

„Jenseits von Jedem?“

Grundverhältnisse, Beziehungsformen und Interaktionsmuster
im musiktherapeutischen Erstkontakt mit schizophrenen
Patienten

Teil 1

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
des Doctor scientiae musicae
am Institut für Musiktherapie der
Hochschule für Musik und Theater
Hamburg

vorgelegt von
Sylvia Kunkel, Hamburg 2008

Gutachter:

1. Prof. Dr. sc. mus. Eckhard Weymann
2. Prof. em. Dr. med. Peter Petersen

Dankbarkeit ist das Gedächtnis des Herzens.

J. B. Massieu

In Dankbarkeit gewidmet:

Meinen Eltern

Meinem Mann

Meinem Sohn

*„Noch eine Weile kann ich das alles aufschreiben und sagen.
Aber es wird ein Tag kommen, da meine Hand weit von mir sein wird,
und wenn ich sie schreiben heißen werde, wird sie Worte schreiben,
die ich nicht meine.*

*Die Zeit der anderen Auslegung wird anbrechen,
und es wird kein Wort auf dem anderen bleiben,
und jeder Sinn wird wie Wolken sich auflösen und wie Wasser niedergehen.*

*Bei aller Furcht bin ich schließlich doch wie einer,
der vor etwas Großem steht,
und ich erinnere mich, dass es früher oft ähnlich in mir war,
eh ich zu schreiben begann.*

*Aber diesmal werde ich geschrieben werden.
Ich bin der Eindruck, der sich verwandeln wird.“*

R. M. Rilke

Inhalt

Teil 1

Einleitung	11
I Grundverhältnisse schizophrenen In–der–Welt–Seins aus der Sicht Betroffener	18
I.1 Innenansichten: selbst–verständlich? Zum Selbst- und Welterleben schizophrener Menschen	20
I.1.1 Allgemeine Erlebensbeschreibungen Betroffener	25
I.1.1.1 „Eine stählerne Wand trennte mich von allen und allem“ Schizophrenie als Prozess der Isolation und Verfestigung.....	25
I.1.1.2 „Alles wurde zusammengemanscht“ Schizophrenie als Prozess der Auflösung und Entdifferenzierung.....	39
I.1.1.3 Zusammenfassung: Die Verabsolutierung der EINS „AbsoluteEINSamkeit“ und „Erfahrung einer größeren EINheit“	47
I.1.2 Spezifische Bereiche schizophrenen Selbst- und Welterlebens mit hoher Relevanz für die Musiktherapie	49
I.1.2.1 Schizophrene Menschen und Sprache	
Die Kapitulation der Sprache und die Kapitulation vor der Sprache	50
I.1.2.2 Schizophrene Menschen und Musik Musik als Ort des Rückzugs und Möglichkeit der Teilnahme	56
I.1.3 Zum Erleben schizophrener Patienten in der Musiktherapie	63
I.1.3.1 Variationen zum Thema Zusammen–Halt Ergebnisse anhand der vorliegenden Literatur	65
I.1.3.2 Zwölf Geschichten vom Anfangen Das Erleben der schizophrenen Patienten innerhalb der untersuchten musiktherapeutischen Erstkontakte	73
I.1.4 Schizophrene Menschen und Musik – schizophrene Patienten in der Musiktherapie. Eine vergleichende Zusammenfassung	88
I.2 Außenansichten: wahr–genommen? Wie Angehörige ihr schizophreses Gegenüber erleben	92
I.2.1 „Eine sich beschlagende Scheibe. Man erreicht sich nicht in der Wahrnehmung“ Das Mit-Erleben von Isolation und Verfestigung	103
I.3 Vergleich und weiterführende Reflexionen	110

II	Theoretische Fundierung der Arbeit	112
II.1	Intersubjektivität	112
II.2	Paradoxie als lebensweltliche Grundstruktur	117
II.2.1	Das Verhältnis zu Anderem - Aneignung und Vergegenständlichung der Welt	120
II.2.2	Das Verhältnis zu Anderen - Anerkennung des und durch den Anderen	121
II.2.3	Das Verhältnis zu sich selbst – Produktion und Anerkennung von Sinn	122
II.2.4	Gelingende Beziehungsentwürfe	123
II.2.5	Psychose als Aufhebung von Komplementarität	124
II.2.6	Strukturelle Möglichkeiten und Ursachen der Störung bzw. Verhinderung von Fiktionen	129
II.3	Zur Ätiopathogenese schizophrener Erkrankungen	130
II.3.1	Defekt oder Konflikt?	131
II.3.2	Psychose und Trauma	133
II.4	Exkurs: Das implizite Gedächtnis	136
II.5	Psychopathologie und Psychodynamik der Schizophrenie	138
II.5.1	„Grundsituationen des psychotischen Leidens“	139
	II.5.1.1 Die primären Symptome der Schizophrenie.....	140
	II.5.1.2 Zur Identität schizophrener Menschen	142
	II.5.1.3 Wahn und Wähnen.....	144
II.5.2	Kunst und Psychopathologie, Psychose und Traum	146
II.5.3	Phantasie und Kreativität	147
II.5.4	Der Grundkonflikt des Schizophrenen	154
II.5.5	Nonverbale Interaktionsmuster schizophrener Menschen	156
II.6	Psychodynamische Psychotherapie mit schizophrenen Patienten	159
II.6.1	Zur Wirksamkeit der psychodynamisch orientierten individuellen Psychotherapie	160

II.6.2 Individuelle psychodynamische Psychotherapie mit schizophrenen Patienten	162
II.6.3 Kreativität, Handlungsdialog und nonverbale Interaktion	166
II.6.4 Musiktherapie mit schizophrenen Patienten	169
II.6.5 „Inszenierungen bei ersten Begegnungen“	176
II.6.6 Therapeutische Haltung und Funktion des Improvisierens innerhalb der zu untersuchenden musiktherapeutischen Erstkontakte	179

Teil 2

III Hintergrund, Ziele und Methoden einer Untersuchung musiktherapeutischer Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten	183
III.1 Hintergrund und Ziele der Untersuchung	183
III.2 Grundannahmen und Begriffsklärungen	185
III.2.1 Die gemeinsame musikalische Improvisation von Patient und Therapeutin	185
III.2.2 Das Zusammenspiel der Ebenen „Grundverhältnisse, Beziehungsformen und Interaktionsmuster“	188
III.2.2.1 Interaktionsmuster	189
III.2.2.2 Beziehungsformen	191
III.2.2.3 Grundverhältnisse	193
III.3 Methodisches Vorgehen	195
III.3.1 Datenerhebung	199
III.3.1.1 Durchführung und Protokollierung der untersuchten musiktherapeutischen Erstkontakte	199
III.3.1.2 Die Erhebung der Beschreibungstexte	203
III.3.1.3 Die Erhebung medizinisch-diagnostischer sowie weiterer klinischer und biografischer Daten	206
III.3.2 Datenaufbereitung	209
III.3.2.1 Die Transkription der Gespräche	209
III.3.2.2 Beschreibung und Notation der Improvisationen	210
III.3.3 Auswertungsschritte	211
III.3.3.1 Ganzheit: Die Auswertung der Beschreibungstexte	211
III.3.3.2 Binnenregulierung: Zur Formenbildung der Improvisationen	214
III.3.3.3 Transformation: Beziehungsformen und Interaktionsmuster	215
III.3.3.4 Rekonstruktion: Die Erarbeitung der Grundverhältnisse	215

IV	Vergleichende psychologische Untersuchung musiktherapeutischer Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten	216
IV.1	Untersuchungsgruppe	216
IV.1.1	Demographische und soziale Daten	217
	IV.1.1.1 Geschlechts- und Altersverteilung	218
	IV.1.1.2 Bildungsniveau und berufliche Situation	218
	IV.1.1.3 Soziale Situation	219
IV.1.2	Medizinisch-diagnostische Daten	219
	IV.1.2.1 Diagnosen und Medikation	219
	IV.1.2.2 Erkrankungsdauer	221
	IV.1.2.3 Ausgewählte Daten der PANSS und der ADS-K	224
IV.2	Grundverhältnisse in Resonanz: Die Improvisationen und Gespräche im Erleben der Beschreibungsgruppe	227
IV.2.1	Vorbemerkungen	227
	IV.2.1.1 Sich einfühlen – unmöglich?	229
	IV.2.1.2 „Verstehen ist ein unwahrscheinlicher Fall, aber dass dies bemerkt wird, noch unwahrscheinlicher.“	232
IV.2.2	„Aber die trennende Glaswand bleibt“ Das Mit–Erleben von Isolation und Verfestigung“	235
IV.2.3	„Alles klebt aneinander“ Das Mit–Erleben von Auflösung und Entdifferenzierung	244
IV.2.4	Die Beschreibungstexte im Austausch mit den Schilderungen Betroffener	256
IV.3	Die Wirkungsgestalt der untersuchten Improvisationen und Gespräche	258
IV.3.1	Ganzheit	258
	IV.3.1.1 Ganzheit der Skriptbeschreibungen	261
	IV.3.1.2 Ganzheit der Improvisationsbeschreibungen	264
	IV.3.1.3 vergleichende Untersuchung der Ganzheiten aller Beschreibungstexte	267
IV.3.2	Vergleich anhand ausgewählter Kategorien	273
	IV.3.2.1 Inhaltliche Aspekte	274
	IV.3.2.2 Formale Aspekte	284
IV.3.3	Zusammenfassung	288

IV.4	Die Formenbildung der untersuchten Improvisationen	293
IV.4.1	Untersuchung anhand formaler Aspekte	293
IV.4.1.1	Dauer der Improvisationen und verwendete Instrumente	294
IV.4.1.2	Struktur und Phrasierung	296
IV.4.1.3	Tempo und Agogik, Metrum und Rhythmus	301
IV.4.1.4	Melodie und Harmonik	305
IV.4.1.5	Dynamik und Artikulation	308
IV.4.2	Zusammenfassung	310
IV.5	Beziehungsformen und Interaktionsmuster innerhalb der Improvisationen	312
IV.5.1	Verunmöglichung von Kontakt im Auseinander: Auf der Flucht	316
IV.5.2	Ermöglichung von Kontakt inmitten eines Auseinander: Flüchtige Momente der Näherung und Gemeinsamkeit	329
IV.5.2.1	„Annäherung an den Verfolger(?)“	338
IV.5.2.2	Zusammenfassung und Reflexion	346
IV.5.2.3	„Bemächtigung? Schutz vor Gefahr?“	349
IV.5.3	Verunmöglichung von Kontakt im Ineinander: Einssein im Einklang	360
IV.5.4	Ermöglichung von Kontakt im Ineinander: Spielarten der ZWEINSamkeit	373
IV.5.4.1	„So entsteht ein schönes Gewebe“	380
IV.5.4.2	Zusammenfassung und Reflexion	388
IV.5.4.3	„Wie soll es jetzt auseinander gehen?“	394
IV.5.5	Zusammenfassung	409
V	Darstellung der Ergebnisse	414
V.1	Zusammenfassende Betrachtung der Ebenen Wirkungsgestalt und Formenbildung	414
V.2	Die bisherigen Ergebnisse im Austausch mit den heraus- gearbeiteten Beziehungsformen und Interaktionsmustern	416
V.3	Die herausgearbeiteten Beziehungsformen und Interaktions- muster im Austausch mit den erhobenen medizinisch- diagnostischen Daten	419
V.4	Strukturierung der Ergebnisse durch die morphologische Systematisierung der Rekonstruktion einer Haupt- und Nebenfiguration	424

VI	Diskussion der Ergebnisse	434
VI.1	Die Ergebnisse im Austausch mit für die Fragestellung relevanter Literatur	434
VI.1.1	Musiktherapeutische Improvisationen mit schizophrenen Patienten	434
VI.1.2	Weitere musiktherapeutische Untersuchungen	445
VI.1.3	Einbettung der Ergebnisse in die psychoanalytische Literatur	450
VI.2	Abschließende Reflexionen	463
	Literaturverzeichnis	466
	Anhang	485
	Beschreibungstexte und Erarbeitungen der Ganzheit anhand eines exemplarischen Beispiels	486
	Verfasser-Erklärung	495
	Lebenslauf	496

Anlagen:

Materialband mit den Beschreibungstexten zu den Improvisationen und Skripten und Erarbeitungen der jeweiligen Ganzheit, einem exemplarisch dargelegten Skript der beschriebenen Gespräche sowie einer **CD** mit allen zwölf untersuchten Erstimprovisationen

Einleitung

Während sich unter der *Krankheit* Schizophrenie nur die wenigsten Menschen Konkretes vorstellen können, sind die *Begriffe* „schizophren“ und „Schizophrenie“ den meisten Menschen geläufig: Werden sie doch nur allzu oft im alltäglichen Sprachgebrauch, in der Tagespresse und im Fernsehen als *Metapher* für widersinniges, verworrenes, unheimliches oder unverständliches Tun unterschiedlichster Art verwendet – mit schwerwiegenden Folgen. Kaum eine Diagnose im psychiatrischen Bereich wird so gefürchtet und mit Eigenschaften wie gefährlich, aggressiv, unheimlich und unberechenbar assoziiert wie die *Diagnose* Schizophrenie. „Schizophrenie als Diagnose verbreitet Schrecken und Pessimismus. Anstatt Orientierung, Richtung, Behandlung und Gesundung zu geben, wird sie häufig als Urteil erlebt. Als Urteil über den Charakter – gefährlich, unzurechnungsfähig; als Urteil über die soziale Rolle – Mitmenschen suchen Distanz; und als Urteil über die Zukunft – die Erkrankung ist chronisch, behindernd, unheilbar“ (Amering und Schmolke 2007, S. 20). Angermeyer und Matschinger kommen anhand ihrer Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass die Überzeugung, es handele sich bei der Schizophrenie um eine Gehirnerkrankung, Assoziationen mit „Gefährlichkeit“ sowie Ängste und Wünsche nach sozialer Distanz fördert. Gleichzeitig kommt es zur Reduktion von Mitleid (vgl. Amering und Schmolke 2007, S. 65ff). Erschreckend ist vor allem „das Hauptstück der Ergebnisse“ einer weiteren von Amering und Schmolke (ebd.) vorgestellten Untersuchung: „Psychiaterinnen sind bezüglich sozialer Distanz nicht anders als die Allgemeinbevölkerung“. „Iatrogenes Stigma“ nennen zahlreiche Autoren dieses Phänomen (ebd. S. 68).¹ Finzen (2001) spricht bezüglich der Stigmatisierung und Diskriminierung schizophrener Menschen von einer „zweiten Erkrankung“. „Zu allem fähig, aber zu nichts zu gebrauchen“ (Horvath, Vizepräsident der Österreichischen Schizophrenie-Gesellschaft, zit. nach Amering und Schmolke 2007, S. 20) formuliert ein Betroffener, was die Diagnose im Erleben Vieler bedeutet.

¹ Bereits 1989 entwickelte die Psychiatrische Weltvereinigung ein Programm zur weltweiten Bekämpfung von Stigma und Diskriminierung wegen Schizophrenie. Amering und Schmolke verweisen darauf, dass angesichts der dargestellten Untersuchungsergebnisse „die Rolle von Psychiaterinnen als Vorbild und Rollenmodell in Anti-Stigma-Kampagnen überdacht werden muss“ (ebd. S. 68).

Einleitung

Die Schizophrenien sind nach den Alterspsychosen die häufigsten psychotischen Erkrankungen, die Prävalenzraten werden mit 1,4 bis 3,9/1000 angegeben (vgl. Berger 2004, S. 455). Unter den Langzeitpatienten bilden die Schizophrenen mit zwei Dritteln die absolute Mehrheit.

Schizophrenie ist eine Erkrankung, die vor allem Jugendliche und junge Erwachsene trifft. Frauen und Männer sind etwa gleich häufig betroffen, allerdings erkranken Männer signifikant früher: Das größte Risiko, erstmalig an einer Schizophrenie zu erkranken, liegt bei ihnen zwischen dem 15. und dem 25. Lebensjahr, bei Frauen zwischen dem 25. und 35. Lebensjahr (ebd.).

In einer 2004 veröffentlichten Studie berichten Michael und Arolt, dass ungefähr 50 % der schizophrenen Psychosen durch die heutige Therapie und insbesondere durch die verfügbaren Antipsychotika kaum zu beeinflussen sind und chronisch verlaufen. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch auf Forschungsergebnisse, die aufzeigen, dass der Verlauf schizophrener Erkrankungen „in den westlichen industrialisierten Ländern ... nicht besser ist als in den sich entwickelnden Ländern dieser Erde“ (Warner 2004, zit. nach Amering und Schmolke 2007, S. 24) und die antipsychotische Medikation „wenig Effekt auf den Langzeitverlauf der Erkrankung“ (ebd. S. 25) hat. Die Global Burden of Disease Study der WHO zeigt, dass Schizophrenie die Erkrankung ist, die am fünfthäufigsten zur dauerhaften Behinderung führt – noch vor den sog. Volkskrankheiten wie Diabetes oder kardiovaskuläre Erkrankungen.

Dennoch muss betont werden, dass Erkrankungen, die als Schizophrenie diagnostiziert werden, äußerst unterschiedlich verlaufen können.

Für die Betroffenen bedeutet „Schizophrenie“ ein unermessliches persönliches Leid, das mit erschreckender Häufigkeit zum Suizid führt. 5 bis 10% der als schizophren diagnostizierten Menschen nehmen sich das Leben (vgl. Michael und Arolt 2004, S. 124).

Krankheit – Begriff – Metapher – Diagnose: Was ist „Schizophrenie“? Was bedeutet es, „schizophren“ zu sein?

Einleitung

Bis heute wurde kein wie auch immer geartetes Substrat, das die Diagnose Schizophrenie begründen könnte, entdeckt. Dennoch wird mit den modernen Klassifikationssystemen ICD und DSM versucht, die Subjektivität der Diagnostik zu überwinden. „Doch das ist nur eine Illusion, denn die Symptome ... sind nicht 'Dinge' oder 'Substanzen', sondern komplexe subjektive Erlebnisse des Patienten, die mittels einer an sich schon vieldeutigen Sprache ausgedrückt werden und die nur die Erfahrung des Untersuchers angemessen bewerten kann“ (Dörr 2004, S. 59). „Mit anderen Worten: Die psychiatrischen Symptome sind in der 'Interpersonalität', d. h. im 'Zwischen', angesiedelt“ (ebd.).

Während ich mit der vorliegenden Arbeit beschäftigt bin, betreue ich in der Klinik einen jungen schizophrenen Patienten. Trotz seines noch jugendlichen Alters leidet er bereits seit mehreren Jahren an einer schweren, chronisch verlaufenden Schizophrenie und unter massiven Residualsymptomen. Zu Beginn seines Aufenthaltes schafft er es weder, die Musiktherapie noch andere therapeutische Angebote wahrzunehmen. Da er mir von seiner behandelnden Ärztin „ans Herz gelegt“ wurde, besuche ich ihn regelmäßig....

Nach einigen Wochen kommt er - wenn ich ihn abhole – mit in den Musiktherapieraum. Zunächst ist es ihm unmöglich, selbst das kleinste Instrument länger als einige Sekunden in die Hände zu nehmen, vom Spielen ganz zu schweigen – alles ist zu schwer, zu anstrengend, zu ängstigend ... Meistens ist er *schnell wieder weg*...

Irgendwann beginnen wir, *gemeinsam* Musik zu hören, die zunächst ich auswähle. Frank, so will ich ihn hier nennen, scheint das gut zu tun - sie übertönt die schreckliche, quälende Musik, die er in seinem Kopf pausenlos hört, erklärt er mir nach einigen Stunden. Dann beginnt *er*, die Titel unter meinen CDs auszusuchen, die wir gemeinsam hören. Und schließlich bringt *er* eine *eigene* CD mit: Es ist die CD „Jenseits von Jedem“ von der Band Blumfeld, und es ist genau dieses Lied, das er gemeinsam mit mir hören möchte...

So verhilft er mir zum Titel der vorliegenden Arbeit.

Allerdings füge ich ein Fragezeichen hinzu.

„Jenseits von Jedem“ ist eine Formulierung, die eine grundlegende Befindlichkeit zumindest der meisten schizophrenen Menschen adäquat beschreibt. Im Mittelpunkt der Schilderungen Betroffener – als schizophren diagnostizierter Menschen, aber auch ihrer Angehörigen - und damit auch in dem ersten Kapitel der vorliegenden Arbeit, stehen immer wieder Beschreibungen eines grundlegenden Gefühls der Fremdheit, des Anders-Seins und des Nicht-Dazugehörens. Mit diesem ersten Kapitel soll eine Annäherung an Grundverhältnisse schizophrener In-der-Welt-Seins wie damit assoziierte Denk- und Sprechstile ermöglicht werden. Hierfür wurde ein literarisch-poetischer Zugang gewählt, dessen Ziel es ist, zu ästhetisieren statt zu pathologisieren. Es geht nicht darum, Krankheitstheorien zu untermauern und/oder Worte zum Symptom zu reduzieren. In diesem Sinne soll in diesem ersten Kapitel weniger etwas *über* schizophrene Menschen ausgesagt werden, als vielmehr *durch* sie.

„Jenseits von Jedem“ bezieht sich als Titel der vorliegenden Arbeit aber nicht nur auf das Erleben Betroffener, sondern ebenso auf Beschreibungen Professioneller: Formulierungen wie „Verlust der Ordnung“ von Kisker; „Verlust der praeindividuellen Verbundenheit“ bzw. „Einschränkung der Weltoffenheit“ von Zutt; „Missglücktes Dasein“ von Binswanger oder „Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit“ von Blankenburg (vgl. Benedetti 1994, S. 15 ff) bringen diese Wahrnehmung in ein anschauliches Bild. Auch psychiatrische Konzepte wie das des „Praecox-Gefühls“ (vgl. IV.2.1.1) fokussieren das (Mit-) Erleben der Ferne und Fremdheit des Therapeuten gegenüber dem schizophrenen Patienten. Zum Leidwesen der Betroffenen wurde aus dieser Wahrnehmung häufig gefolgert, dass das Erleben schizophrener Menschen uneinfühlbar sei - eine Auffassung, die als „Uneinfühlbarkeitstheorem“ (Jaspers, vgl. IV.2.1.1) in der psychiatrischen (Forschungs-) Literatur bezüglich der schizophrenen Erkrankung durchaus Geschichte hat, die weiter wirkt (ebd.).

Letzteres gilt auch für die in Kapitel II dargelegten psychoanalytischen Theorien und Modelle: „Die Kritik am Wert der Psychoanalyse innerhalb einer sich selbst naturwissenschaftlich verstehenden Psychiatrie und die halbherzige Beschäftigung vieler Analytiker mit Psychosen haben in unheilvoller Allianz den Mythos geprägt, dass Psychosen mit psychoanalytischen Mitteln nicht behandelt werden können“ (Dümpelmann 2004, S. 149 mit Bezug auf Lehmann et al. 1998). Auch dieser „Mythos“ hat Geschichte: Trotz seiner psychodynamischen

Erklärungsversuche psychotischer Symptombildung (vgl. II.5.3) glaubte Freud nicht, dass psychotische Patienten einer analytischen Behandlung zugänglich sein könnten – basierend v. a. auf seiner *Wahrnehmung*, dass schizophrene Patienten keiner Übertragung fähig seien. Empathisch spürte auch Freud die von vielen Betroffenen selbst beschriebene Fremdheit und Ferne. Dennoch oder gerade deshalb gelang es ihm nicht, einen Zugang zum Schizophrenen zu finden: Anfang Oktober 1928 schrieb er an den ungarischen Psychiatriereformer Istvan Hollos, der ihm sein gerade ins Deutsche übersetztes Buch „Hinter der gelben Mauer – von der Befreiung des Irren“ geschickt hatte: „Bei uneingeschränkter Anerkennung Ihrer Gefühlswärme ... fand ich mich doch in einer Art von Opposition, die nur nicht leicht verständlich wurde. Ich gestand mir endlich, es komme daher, dass ich diese Kranken nicht liebe, dass ich mich über sie ärgere, *sie so fern von allem Menschlichen empfinde. Eine merkwürdige Art von Intoleranz*, die mich gewiss zum Psychiater untauglich macht“ (zit. nach Schneider 2001, S. 196/97, Hervorhebungen S. K.). In den folgenden Jahrzehnten wurde die psychoanalytische Theorie jedoch weiterentwickelt und differenziert und zahlreiche Theoretiker verschiedener psychoanalytischer Richtungen haben implizit oder explizit zur Entwicklung einer komplexen analytischen Theorie der Psychosen sowie hierauf beruhender Anregungen und Modelle zur individuellen Psychotherapie schizophrener Patienten beigetragen. Im deutschsprachigen Raum sind in den letzten Jahrzehnten vor allem die Arbeitsgruppen um G. Benedetti in der Schweiz sowie die Frankfurter Arbeitsgruppe um St. Mentzos zu erwähnen, darunter und darüber hinaus Psychotherapeuten/Autoren wie M. Dümpelmann, P. Hartwich, G. Lempa, J. Rom, Ch. Scharfetter, P. K. Schneider, E. Wulff und V. Zielen (vgl. II).

„Jenseits von Jedem“ beschreibt auch ein Resultat zahlreicher musiktherapeutischer Darstellungen und Untersuchungen, die überwiegend zu dem Schluss kommen, dass im (zumindest anfänglichen) Zusammenspiel mit schizophrenen Patienten keinerlei Kontakt möglich sei (vgl. II.6.4 sowie VI.1.1).

Warum ich der Formulierung „Jenseits von Jedem“ (dennoch!) ein Fragezeichen hinzugefügt habe?

Die in Kapitel IV dargestellte Untersuchung zu Grundverhältnissen, Beziehungsformen und Interaktionsmustern im musiktherapeutischen Erstkontakt mit schizophrenen Patienten mag eine Antwort auf diese Frage geben. Im Rahmen der in diesem Kapitel vorgestellten Studie wurden zwölf Erstkontakte mit als schizophren diagnostizierten Patienten untersucht, wobei der Beziehungsgestaltung innerhalb der gemeinsamen musikalischen Improvisation von Patient und Therapeutin besonderes Augenmerk galt.

Im Rahmen der (in modifizierter Form) angewendeten morphologischen Methode der „Beschreibung und Rekonstruktion“ konnten erstaunliche, unerwartete Parallelen zwischen den Erlebensbeschreibungen Betroffener und den Erlebensbeschreibungen der Hörer aufgefunden werden, deren Herausstellung in Abschnitt IV.2 erfolgt und so etwas wie eine „Gebrauchsanweisung“ für den Leser sinnvoll erscheinen lässt: Die folgende Arbeit kann durchaus, wie dies üblicherweise der Fall ist, „ganz normal“ von vorne bis hinten, von Kapitel I bis Kapitel VI gelesen werden – in der (hoffentlich berechtigten) Annahme, so etwas wie einem „roten Faden“ folgen zu können. Hinsichtlich der auch für die Verfasserin der Arbeit überraschenden Parallelen bezüglich der Erlebensbeschreibungen dürfte es aber durchaus gewinnbringend sein, die Lektüre nach Kapitel I bei Abschnitt IV.2 fortzusetzen und die übersprungenen Kapitel erst im Anschluss daran zu lesen.

Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit einbezogene Literatur umfasst die für das Thema von der Autorin als relevant erachteten Veröffentlichungen bis einschließlich 2007. Selbstverständlich besteht (auch diesbezüglich) kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Das Erstellen der vorliegenden Arbeit wurde erst durch die Begleitung und Hilfe zahlreicher Menschen ermöglicht, denen ich aus tiefstem Herzen dankbar bin.

Den Betreuern der Arbeit, Prof. Dr. E. Weymann und Prof. em. Dr. P. Petersen danke ich nicht nur für Ermutigung und zahllose Anregungen und Hinweise, sondern auch für ihre jahrelange Geduld und die Möglichkeit, selbstgewählten Umwegen zu folgen, die so manches Mal nur Dank ihrer Orientierungshilfen

Einleitung

nicht in die Irre führten. Dazu trugen wesentlich auch die von Prof. H.-H. Decker-Voigt Ph. D. geleiteten Doktoranden-Colloquien und die von Prof. E. Weymann geleitete Doktoranden-Werkstatt bei. Der in diesem Rahmen wie auch innerhalb der unterschiedlich zusammengesetzten „Beschreibungsgruppen“, im Rahmen der Supervision sowie innerhalb der Klinik erfolgte Austausch mit „Mitdoktoranden“ und anderen Kollegen war immer wieder spannend, anregend und hilfreich.

Wenngleich an dieser Stelle nicht alle Menschen, denen ich danken möchte, einzeln genannt werden können, sei doch jeder Einzelne angesprochen und gemeint! Ausdrücklich erwähnt seien R. Tüpker und M. Kühn, die mir in unterschiedlichen Zusammenhängen und in vielerlei Hinsicht geholfen haben.

Der Andreas-Tobias-Kind-Stiftung (Hamburg) danke ich nicht nur für die großzügige finanzielle Förderung der Arbeit, sondern auch für die Möglichkeit anregenden fachlichen Austausches in einer Atmosphäre der Wärme und Anerkennung im Rahmen der jährlich stattfindenden Stiftungstage.

Uwe Hilterhaus-Kunkel danke ich für unzählige konstruktive Gespräche und die liebevolle Hartnäckigkeit, mich immer wieder zum Weitermachen zu ermuntern. Meiner Familie bin ich dankbar dafür, dass sie mein mit der Erstellung der Arbeit verbundenes häufiges Abwesendsein (in vielerlei Hinsicht) so geduldig mitgetragen hat.

Meinen Eltern danke ich für Vieles - auch für ihre ideelle und finanzielle Unterstützung dieser Arbeit.

Mein besonderer Dank gilt den Patienten, die ich im Rahmen meiner klinischen Tätigkeit über kürzere oder längere Wegstrecken begleiten durfte – besonders den zwölf Patienten, die es mir gestatteten, unseren musiktherapeutischen Erstkontakt zum Gegenstand der vorliegenden Untersuchung zu machen.

Münster und Havixbeck, im April 2008

Sylvia Kunkel

I Grundverhältnisse schizophränen In–der–Welt–Seins aus der Sicht Betroffener

Im Folgenden wird eine erste Annäherung an Grundverhältnisse schizophränen In–der–Welt–Seins gesucht, indem zunächst schizophrene Menschen selbst und in einem weiteren Abschnitt auch Angehörige schizophrener Menschen zu Wort kommen – sie alle sind „Betroffene“! Dabei kann und soll nicht versucht werden, „die Schizophrenie“ mit den Worten dieser Betroffenen zu beschreiben, auch soll nicht der Eindruck erweckt werden, es gäbe „den oder die Schizophrenen“. So, wie kein (schizophrener) Mensch dem anderen gleicht, ist auch keine schizophrene Erkrankung wie die andere, sie sind genau so verschieden wie die jeweiligen Persönlichkeiten und Schicksale der von ihr Betroffenen. „Die Schizophrenie“ gibt es nicht - es gibt nur schizophrene Menschen, deren komplexe Erfahrungen ebenso wenig nur auf der Unmittelbarkeit des Erlebens beruhen wie die anderer Menschen auch. In das Erleben und die Äußerungen Betroffener fließen subjektive Sichtweisen ein, die sich jeder im Verlaufe seiner eigenen Lebensgeschichte angeeignet hat. Wie alle menschliche Erfahrung sind auch die Erfahrungen Schizophrener und ihrer Angehörigen individualbiographisch und gesellschaftlich geprägt und verarbeitet. Wenn im Folgenden trotzdem von „dem Schizophrenen“ die Rede sein wird, so bezieht sich diese Formulierung auf Erlebensweisen, die sich so oder ähnlich mit unterschiedlichen Gewichtungen in allen von mir gesichteten ausführlicheren Veröffentlichungen und Selbstäußerungen schizophrener Menschen bzw. deren Angehöriger finden lassen und insofern als „typisch“ bzw. grundlegend herausgearbeitet wurden. Wenn in der folgenden Darstellung die Einzigartigkeit der zitierten Menschen, die Individualität ihres Erlebens und ihrer Darstellungen zugunsten der Suche nach einer gemeinsamen Gestalt, die diesem Erleben zugrunde liegt und möglicherweise die Zuordnung zu einer Diagnose mitbestimmt, in der Darstellung vernachlässigt wird, so soll dies keineswegs das Vorhandensein dieser Einzigartigkeit oder aber seine Bedeutung infragestellen. Entsprechend der Fragestellung dieser Arbeit soll jedoch eine erste Annäherung gesucht werden an Grundverhältnisse, deren Ausformungen je individuell verschieden sind, deren Erkennen jedoch einen dialogischen Zugang zum Schi-

zophrenen im musiktherapeutischen Setting ermöglichen könnte. Insofern verstehen sich die nachfolgend herausgearbeiteten Grundverhältnisse als ein erstes Modell, das nachvollziehbar und einsichtig sein soll, vor allem jedoch von praktischem Nutzen.

Indem die Betroffenen ihr Erleben und ihre Erfahrungen in Worte und Begriffe fassen, distanzieren sie sich und befreien sich von der Unmittelbarkeit dieses Erlebens und geben ihrem Gegenüber gleichzeitig die Möglichkeit, sich diesem Erleben im reflektierenden Nachvollzug anzunähern. Dass dies jedoch nicht zwangsläufig zu einem Akt erlebter Intersubjektivität werden muss, wird im Folgenden sicher an mehreren Stellen deutlich werden. Zu sehr klaffen subjektiv-situativer Sinn und verallgemeinerbare Bedeutung häufig auseinander oder befinden sich gar in einer Beziehung gegenseitiger Nivellierung. Dass so die erwünschte Annäherung immer wieder zu Entfernung oder aber Entdifferenzierung im plötzlichen „Drin- Sein“ führt, kann und soll an dieser Stelle nicht verhindert werden - nähern wir uns doch gerade im Nachvollzug dieses Paradoxes bereits an ein für schizophrener In-der-Welt-Sein „typisches“ und im Verlaufe dieser Arbeit immer wieder auftauchendes Phänomen an. Sich in das Fühlen Schizophrener einzufühlen und in das Denken Schizophrener einzudenken, ohne in einer Fusion sich und den Schizophrenen zu gefährden, ist eine Gratwanderung, deren Abgründe auch dem Rezipienten dieser Arbeit nicht erspart bleiben können.

Ziel des folgenden Abschnitts ist es, ausgehend vom Erleben Betroffener zu einer erweiterten Vorstellung zu gelangen. Zu Vorstellungen innerer Welten, die über die Grenzen, die die „Vernunft“ uns wie unserem schizophrenen Gegenüber setzt, hinaus weisen. Es geht darum, unsere Grenzen zu erweitern, denn „die Grenzen meiner Sprache bedeuten die Grenzen meiner Welt“ (Wittgenstein, zit. nach Kempker 1991, S. 91). Mögen die zitierten Aussagen auch manchmal „merkwürdig“ anmuten und uns deutlich die Grenzen des Sagbaren spüren lassen – diese Aussagen beschreiben erlebte Realität(en)! Der Schrecken und das Grauen dieser Realitäten werden sich im Folgenden an einigen Stellen unmittelbar mitteilen. Dennoch mag diese Form der Annäherung dem Leser dabei behilflich sein, Angst und Panik im Kontakt mit dem schizophrenen Gegenüber zwar zu verspüren und wahrzunehmen, jedoch selber nicht in diese hinein zu geraten. Auch auf die Bedeutung dieses Unterschiedes weisen

uns die Betroffenen selber immer wieder hin – sowohl bezüglich ihres eigenen Erlebens als auch bezogen auf das ihres jeweiligen Gegenübers. So schreibt D. Buck: „Offenbar ist es von entscheidender Bedeutung, ob der psychotische Mensch sich dem Erlebnis eines der normalen Welterfahrung verschlossenen Sinnzusammenhanges vertrauensvoll überlässt; zerstörerisch wirkt dieses Erleben wohl nur für den, der in Angst und Panik gerät“ (Buck/Zerchin 1999, S. 137). Selbstverständlich ist, dass es hierzu eines Gegenübers bedarf, das gleichfalls nicht in Angst und Panik gerät - ohne diese zu leugnen.

Dennoch – die „Macht der Worte“ soll nicht überschätzt werden: Bei aller möglichen Annäherung bleibt doch zu beachten, dass „die Wortwelt in Relation zur Erfahrungswelt...wie eine Landkarte zu dem Gebiet steht, das sie repräsentieren soll“ (zit. nach Foudraine 1976, S. 326).

Auf theoretisierende Bezugnahmen oder Kommentare wird im folgenden Kapitel weitgehend verzichtet, um die herausgearbeitete Gestalt als Folge einer dominierenden inneren Bewegung nicht in ein durch fachliche Sicht begrenztes Bild zu zwingen. Die herausgearbeiteten Charakteristika werden lediglich zueinander in Bezug gesetzt und untereinander verbunden, die Zitate sollen aber so weit wie möglich für sich sprechen.

I.1 Innenansichten: selbst-verständlich?! Zum Selbst- und Welterleben schizophrener Menschen

durch die tat der beleuchtung
wird die sache zur tatsache
das ding zum gegenstand
für den beleuchter
für das licht bleibt alles dunkel
(Wanner 1996)

In dem folgenden Abschnitt dieses ersten Kapitels der vorliegenden Arbeit werden Menschen zu Wort kommen, die selbst schizophren sind oder einmal waren. Solche Patientenberichte fanden sich bis zum Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts, als noch kaum etwas über die Funktionsweisen des Gehirns bekannt war, auch in der medizinischen Fachliteratur recht häufig. Mit der Entwicklung neuer, v. a. der bildgebenden Untersuchungsverfahren, schienen solche Berichte, wie auch Fallbeschreibungen, zumindest aus Sicht der Psychiatrie überflüssig geworden zu sein. Erst in den fünfziger Jahren widmete die

daseinsanalytische Forschungsrichtung, vertreten durch Autoren wie Benedetti, Scharfetter, Binswanger und Blankenburg (s. u.) den Aussagen schizophrener Patienten wieder ein verstärktes Interesse. In den siebziger Jahren wurden dann von Seiten der Sozialpsychiatrie die Betroffenen als „Experten“ ihrer Erkrankung wahr- und ernst genommen. Seit den achtziger Jahren wurde dem pathischen Aspekt dann auch in wissenschaftlichen Publikationen vermehrt Rechnung getragen (vgl. z. B. Bender et al 2004, Reker 1989, Smolka et al 1997 sowie Windgassen 1989). Auch die amerikanische Fachzeitschrift „Schizophrenia Bulletin“ publiziert vierteljährlich Berichte, die Schizophrenie-Erfahrene selbst verfasst haben. Dennoch belegt eine Analyse der Artikel dreier internationaler psychiatrischer Zeitschriften (British Journal of Psychiatry, American Journal of Psychiatry und Archives of General Psychiatry) bezüglich der Publikationstrends zum Thema Schizophrenie für die Jahre 1994 und 2004 eine signifikante Abnahme von Fallbeschreibungen und klassisch klinischen Themen, während eine deutliche Zunahme von Artikeln, die sich mit Spezialgebieten der bildgebenden Verfahren und post mortem Gehirnuntersuchungen befassen, verzeichnet wurde (vgl. Schrank/Amering 2007). Wie Bock (1997, S. 48) betont, ist dieser Verzicht auf einen verstehenden Umgang mit dem schizophrenen Patienten keineswegs wertneutral, sondern prägt die Art der Beziehungsaufnahme mit dem Betroffenen ganz entscheidend.

Die Bereitschaft, auf die Patienten zu hören und ihre Erfahrungen ernst zu nehmen, fand jedoch ihren Niederschlag - u. a. in den „Psychose-Seminaren“, die sich nach dem Hamburger Modell seit 1989 in ganz Deutschland ausbreiteten. Hier suchen Psychiatrie-Erfahrene, Familienangehörige und Fachleute nach einer gemeinsamen Sprache, um endlich „Abschied von Babylon“ nehmen zu können - so das Motto des Weltkongresses für Soziale Psychiatrie, der 1994 in Hamburg stattfand - als erster psychiatrischer Weltkongress nach dem zweiten Weltkrieg in Deutschland. Dreitausend Teilnehmer - Patienten, Angehörige und Profis - tauschten ihre Erfahrungen, der Idee des „Dialogs“ folgend, aus - die öffentliche Resonanz war groß.

Die aus den Hamburger (Bock et al 1992, 1994 und 1995) und den Potsdamer (Stolz 2005 sowie Kalms/Striegnitz 2006) Psychose-Seminaren hervorgegangenen Veröffentlichungen werden im Folgenden ebenso einbezogen wie Selbstäußerungen Schizophrener, die in anderen Zusammenhängen veröffent-

licht wurden: Da die Art und Weise des Fragens die Antworten und Äußerungen der Patienten nicht unerheblich beeinflusst, werden Untersuchungen und Veröffentlichungen berücksichtigt, deren Grundlage Gespräche mit Betroffenen, Befragungen und/oder Interviews Schizophrener darstellen, denen unterschiedlichste methodische Zugangswege zugrunde liegen (z. B. Bock et al 1995, Rüffer 1999, Strathenwert 1999 und Windgassen 1989). Darüber hinaus kommen aber auch schizophrene Menschen zu Wort, die sich, einem inneren Bedürfnis folgend, ungefragt äußern. Stellvertretend für eine Reihe einbezogener Autobiografien sei das „Tagebuch einer Schizophrenen“ (Sechehaye 1973) erwähnt, in dem (im ersten Teil) die siebzehnjährig an Schizophrenie erkrankte Renée kurz nach ihrer Heilung aus ihrem Leben, von ihrer Kindheit, ihrer Erkrankung und Genesung berichtet. Ihre Aufzeichnungen sind gekennzeichnet durch eine beeindruckende Introspektionsfähigkeit, wobei auch der Einfluss ihrer psychoanalytischen Behandlung (nach der Methode der „Symbolischen Wunscherfüllung“) spürbar und nachvollziehbar wird (vgl. auch Barnes 1989, Green 1980, Klöppel 2004 sowie Buck/Zerchin 1999). Für einen anderen „Typus“ autobiografischer Veröffentlichungen steht das Buch „Abwesenheitswelten“ von Vera Stein, das vor allem von ihren (überwiegend negativen) Erfahrungen in psychiatrischen Institutionen berichtet (vgl. auch Erlenberger 1984, Schiller 1995 sowie Lowry 2000). In dem Buch „Lichtjahre“ von T. Bock kommen Menschen zu Wort, die psychotisch sind oder waren und sich trotzdem nicht (mehr) in psychiatrische Behandlung begeben (Bock 1997). Die Schriftstellerin J. Frame schildert in ihrem dreiteiligen autobiografischen Roman ihren Lebensweg und ihre Suche nach einer Identität als Schriftstellerin, die von ihrer schizophrenen Erkrankung geprägt sind (Frame 1994 und 2004). Um auch Äußerungen schizophrener Menschen, die sich in einem akuten Krankheitszustand befinden, einbeziehen zu können, wurde auf Literatur von Psychiatern und Psychotherapeuten sowie einer Angehörigen zurückgegriffen, in deren Schilderungen schizophrene Patienten wörtlich zitiert werden (z. B. Benedetti 1994, Mentzos 1993, Podvoll 2004, Roggendorf/Rief 2006, Wulff 1995 sowie Eichberger 1990). Darüber hinaus erfolgte die Auswahl der einbezogenen Literatur anhand sprachlicher Kriterien: Schizophrene Menschen gehen, wie andere Menschen auch, sehr unterschiedlich mit Sprache um - die Veröffentlichungen sind diesbezüglich sehr verschieden und individuell. Einige

Autoren verwenden die Sprache wie feststehende Entitäten und äußern sich überwiegend in vorgeprägten Worten und Redewendungen. Sie halten sich gewissermaßen an die Konventionen, das gibt (auch dem Leser) Halt – wir bewegen uns in „vereinbarten Welten“ (Rilke). Diese Autoren verfügen zu meist über einen großen Reichtum an sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten im Sinne sprachlicher und kategorialer Fertigkeiten. Im gekonnten Spiel mit der Sprache geht jedoch der Bezug zu dem, was ausgedrückt werden soll, nicht selten verloren - und damit auch die vorsprachliche Reichhaltigkeit der Wirklichkeit und die Möglichkeit emotionalen Nachvollzugs. Andere Autoren dagegen leiden an der Diskrepanz zwischen dem vorsprachlich Erfassten und den Möglichkeiten der Versprachlichung. Aus der Unmittelbarkeit des Wahrnehmens, Fühlens und Intendierens heraus ringen sie um originäre und passende Formulierungen. Hier haben die Worte oft keine adäquat beschreibende Aufgabe im Sinne des „Wiedergebens“, sondern eher deiktische Funktionen. Hier sind wir häufig mit einer bildhaft –vergleichenden, normübertretenden, fremden, regelrecht ausufernden Sprache konfrontiert, die nicht immer (sofort) zu „verstehen“ ist. So bleibt Vorsprachliches bewahrt und wird doch zu einem sprachlichen Gebilde: Hier wird „mit dem Instrument des Sagens ... an Unsagbares gerührt“ (Vogt 1977). Auf diese Weise erfährt der Leser nicht nur, was ausgesagt wird, sondern nimmt auch die Qualen wahr, die entstehen, wenn jemand die „richtigen“ Worte nicht findet - sei es, weil eine unvollkommene Sprachkompetenz vorliegt oder aber weil der Schizophrene mit einem kaum zu bewältigenden Übermaß an nicht vorformulierter Erfahrung jenseits des Mitteilbaren konfrontiert ist. Hier geht es um Grenzerfahrungen, überschrittene Grenzen wie Sprachgrenzen gleichermaßen. Diese Autoren beeindrucken durch ein Offensein für die Ursprünglichkeit des Begegnenden und nutzen diese Fähigkeit als Quelle sprachlicher Neuschöpfungen. Wo die Möglichkeiten der Bewältigung durch kategoriale und sprachliche Fähigkeiten jedoch eingeschränkt sind, werden wir nicht selten irritiert und verunsichert. Gerade ein Sicheinlassen auf diese Verunsicherungen und Irritationen kann, so die Erfahrung der Autorin, das Erspüren dessen, was schizophrene Welterleben im jeweils individuellen Sinne ausmacht, erleichtern oder überhaupt erst ermöglichen. Wenn P. Rühmkorf davon spricht, „sein Krankheitsbild wie ein Sternbild leuchten [zu] lassen“ (zit. nach Kempker 1991, S. 71), so soll im Folgenden

durchaus auch das Leuchten interessieren. Es geht nicht darum, irgendwelche Krankheitstheorien zu untermauern und/oder die Worte zum Symptom zu reduzieren. In diesem Sinne soll weniger etwas *über* schizophrene Menschen ausgesagt werden, als vielmehr *durch* sie. Und sollte daraus so etwas wie ein „Verstehen“ erwachsen, dann, so die Hoffnung der Autorin, eines, das „Fremdes“ fremd sein lässt und „Ver-rücktes“ nicht um der Verständlichkeit willen, die dann schon keine mehr wäre, zurechtrücken muss. Ein Verstehen vielleicht, wie es der Ethnologe H. P. Dürr (zit. nach Kempker 1991, S. 102) beschreibt: „dass wir nicht mehr etwas (Fremdes) als etwas (Vertrautes) erkennen, wie es das platonische Modell der Erkenntnis als 'Wiedererinnerung' nahelegt, sondern dass wir lernen, wie ein Wort in einer fremden Umgebung gebraucht wird, wie es in einen fremden Bedeutungszusammenhang“ eingreift. Wie bedeutsam die Möglichkeiten eines Verstehens für die Betroffenen sind, können wir immer wieder lesen: „Für mich war die Psychose ein sinnvolles, wenn auch schwer verständliches Erleben, und nur Verstehen hätte da helfen können“ (Buck/Zerchin 1999, S. 145), schreibt z. B. D. Buck in ihrem „Erlebnisbericht: Auf der Spur des Morgensterns“.

Indem wir den Äußerungen schizophrener Menschen zuhören, können wir ein Echo in uns vernehmen, kann eine Saite in uns anschwingen und Resonanz erzeugt werden – diesem Ziel mag das folgende Kapitel dienen.

Eingefügt in diesen ersten Abschnitt der vorliegenden Arbeit finden sich immer wieder Zitate der Pianistin und Verhaltensforscherin H. Grimaud. Warum?

H. Grimaud ist nicht schizophren; sie ist es nie gewesen und nichts deutet darauf hin, dass sie je unter dieser Erkrankung wird leiden müssen. Insofern fallen ihre Äußerungen aus dem Kontext heraus, sie tun es auch optisch durch eine andere Gestaltung. Und doch finden sich in ihren Äußerungen so viele Parallelen zum Erleben schizophrener Menschen, offenbart sich eine so ähnliche Befindlichkeit, eine vor allem in den Schilderungen ihrer Kindheit spürbar werdende Art des In-der-Welt-Seins, dass sich ihre Äußerungen wie von selbst in das zum Zeitpunkt meiner Lektüre ihrer Autobiografie bereits weitgehend fertig gestellte Kapitel einfügen. Doch dies war nicht der einzige Grund, H. Grimaud im Rahmen dieser Arbeit zu Worte kommen zu lassen. Auch gibt es andere Künstler, vor allem Dichter wie Rilke, R. Walser, Artaud, Trakl und

Dostojewski, die Befindlichkeiten zu schildern vermögen, die dem Selbsterleben Schizophrener sehr nahe kommen und dieses Erleben dem Leser auf besondere Art und Weise nahe zu bringen vermögen. H. Grimaud, die sich anders, fremd, als Zuschauerin des Lebens und gespalten fühlt, die als Kind unter massiven Zwängen litt und sich selbst verletzte (s. u.), erkrankte nicht an Schizophrenie und sagt/schreibt heute über sich: „Ich habe nach und nach diese innere Ausgewogenheit erlangt, als ich meine Widersprüche akzeptierte, als ich begriff, *dass manche Menschen nicht eine Einheit sind, sondern ein Puzzle...*“ (S. 253, Hervorhebung S. K.). Was daran besonders beeindruckend ist und im Rahmen der vorliegenden Arbeit herausgestellt werden soll: Diese Entwicklung wurde entscheidend dadurch beeinflusst, dass ihr Vater aufgrund ihrer Probleme (!) die Idee hat: „Und wenn wir Héléne zu einem Musikkurs anmelden?“ Jahre später schreibt sie: „Mich hat die Musik bekehrt, sie hat mich gerettet.“

I.1.1 Allgemeine Erlebensbeschreibungen Betroffener

In dem folgenden Abschnitt der vorliegenden Arbeit sollen Grundverhältnisse schizophränen In-der-Welt-Seins dargelegt werden, indem das Selbst- und Welterleben schizophrener Menschen (weitgehend) mit ihren eigenen Worten beschrieben wird. Hier geht es zunächst noch nicht darum, bestimmte Themen herauszugreifen – dargestellt werden grundlegende Befindlichkeiten und Erlebensformen, wie sie innerhalb der verwendeten Literatur immer wieder beschrieben und fokussiert wurden.

I.1.1.1 „Eine stählerne Wand trennte mich von allen und allem“ Schizophrenie als Prozess der Isolation und Verfestigung

Im Mittelpunkt der Beschreibungen schizophrener Menschen stehen häufig Äußerungen, die eine Entwicklung nachzeichnen, in deren Verlauf der Kontakt zu anderen Menschen, zur Welt ganz allgemein und auch zu sich selber immer dünner wird und schließlich zumindest für quälend lange Zeit kaum oder gar nicht mehr verspürt werden kann, eine Art „Zusammenziehen“, wie es eine meiner Patientinnen kürzlich ausdrückte.

Dieser Prozess führt in einen Zustand innerer und zumeist auch äußerer Isolation und durch den fehlenden Austausch mit der Welt zu Stillstand und Verfestigung – der Schizophrene fühlt sich gefangen und bis zur Leblosigkeit erstarrt.

„Lebendig begraben“

Häufig wird ein Gefühl der *Einsamkeit* beschrieben, das lange vor der manifesten Erkrankung wie ein immer gleich bleibender Orgelton die Befindlichkeit des später Erkrankten begleitet und prägt. „Ich hatte das Gefühl, nirgendwo hinzugehören“, beschreibt Janet Frame das Lebensgefühl ihrer Kindheit (J. Frame 2004, S. 130), fast wörtlich heißt es bei M. Barnes: „Ich gehörte nirgendwo hin“. (Barnes 1989, S. 20) „Ich fühlte mich *einsam* in der Schule“, führt J. Frame weiter aus (ebd. S. 84, Hervorhebung S. K.), und M. Barnes beschreibt: „Ich fühlte mich ausgestoßen, ... andere Kinder waren fremde Wesen ... Sie waren nicht wie ich. Sie waren mir unverständlich, unbekannt“ (Barnes 1989, S. 19). Als Studentin schließlich fühlt sich Janet „vollkommen isoliert“ (Frame 2004, S. 246).

„Ich hatte keine Spielkameraden ... Ich fand sie erbärmlich. Ich fühlte mich vollkommen anders als sie. ... In den Pausen versteckte ich mich, um den anderen aus dem Weg zu gehen“ (Grimaud 2005, S. 10/12/14).

Ähnlich beschreiben fast alle schizophrenen Menschen ein Grundgefühl der *Isolation*, des Anders-Seins; ein Abstand, eine Kluft werden verspürt, die unüberwindbar zu sein scheinen. „Ich passe nicht zu den anderen, und das war schon immer so. ... Ich will nicht sein wie die anderen, niemals!“, drückt es Helene Beitler aus (zit. nach Klöppel 2004, S. 57). „Ich bin für alles andere erzogen worden, nur nicht für die Welt. ... die irdische Substanz fehlt, keine Verbindung zur Welt und Menschen“ schreibt ein Schizophrener an seine Ehefrau (zit. nach Eichberger 1990). „Zwischen uns lag eine tiefe Kluft“, beschreibt M. Barnes das Verhältnis zu ihren Eltern (ebd. S. 24). Auffallend häufig finden sich in den untersuchten Veröffentlichungen Hinweise auf Situationen realer Trennungen durch eigene schwere Erkrankungen in der Kindheit oder den Tod wichtiger Bezugspersonen oder enger Familienmitglieder. So wird z. B. in der oben erwähnten Autobiographie von Janet Frame (2004) er-

wähnt, dass ein Jahr vor der Geburt der später an Schizophrenie erkrankten Janet ein Bruder tot geboren wurde. Sie selber wird auf den Namen eines mit dreizehn Monaten verstorbenen Mädchens aus der Familie ihres Vaters getauft. Als Dreijährige erkrankt sie an rheumatischem Fieber, ihr älterer Bruder erleidet kurz darauf schwere epileptische Anfälle; sein Leiden prägt das weitere Leben der Familie entscheidend. Als Janet zehn Jahre alt ist, wird bei ihrer älteren Schwester eine schwere Herzkrankheit festgestellt, was ebenso wie bei ihrem Bruder dazu führt, dass sie die Schule abbrechen und ihre Zukunftsträume aufgeben muss. Vier Jahre später stirbt die Schwester. Noch einmal vier Jahre später verstirbt eine weitere Schwester (vgl. auch Wohlgemuth in Strathewert 1999 sowie Pembroke ebd.).¹ Das Grundgefühl der Einsamkeit steigert sich vor allem in akuten Krankheitsphasen ins Unermessliche: „Die Isolation ist perfekt geworden“ (Jaskulski 1996, S. 107). „Der Graben zwischen uns ist zu einer tiefen Schlucht geworden. Es gibt keine Brücke mehr. Wir leben in verschiedenen Ländern, in denen nicht dieselben Gesetze walten, nicht dieselbe Sprache gesprochen wird“ (Beitler in Klöppel 2004, S. 79). „Ich fühlte mich nicht abwesend, aber auch nicht zugehörig zu dieser Umgebung, ich war wie mein Geist, und ich selbst war tot“ beschreibt es Erlenberger (a. a. O. S. 80). „Lebendig begraben“ (Lowry 2000), so betitelt ein anderer Betroffener seinen autobiografischen Roman. „Psychose ist für mich ein Abschneiden von der Umwelt“, drückt es eine Betroffene im Rahmen des Psychoseseminars aus. (entn. Bock et al. 1995, S. 27), und noch einmal Erlenberger: „Ich liebte nichts und niemand, ich verließ alle Menschen und verkehrte mit ihnen wie ein Roboter, der eingestellt ist auf die unumgänglichen Kontaktwellen“ (a. a. O. S. 65). „Eine stählerne Wand trennte mich von allen und allem ... die *absolute Einsamkeit*“, beschreibt es die siebzehnjährig an Schizophrenie erkrankte Renée (Secheyne 1973, S. 32, Hervorhebung S. K.). Andere Schizophrene erleben sich „außerhalb der natürlichen Ordnung“ (zit. nach Bock 1997, S. 280).

„Ganz auf dieses Ich konzentriert, wurde mir klar, dass ich die Grenze der Welt war und dass ich... dieses überall ausgebreitete Leben nur betrachten konnte, ohne daran teilzunehmen.“ (Grimaud 2005, S. 41)

¹ Zur Bedeutung traumatischer Erlebnisse für Entwicklung und Verlauf schizophrener Erkrankungen vgl. z. B. Schäfer und Aderhold 2005, Dümpelmann 2003 sowie Abschnitt II.3.2 der vorliegenden Arbeit.

Wenn auch tatsächlich in keiner der in diese Untersuchung einbezogenen Selbstäußerungen Schizophrener Schilderungen von Gefühlen der Einsamkeit und Isolation fehlten, so werden doch die Ursachen und die Qualität dieser Wahrnehmung sehr unterschiedlich erlebt. Viele Schizophrene fühlen sich, ebenfalls zumeist lange vor Beginn der Erkrankung, *ausgeschlossen*. Die bereits zitierte Janet erlebte sich schon in der Schule als *Außenseiterin*, schon dort habe sie sich immer „am Rande des von der Gruppe am weitesten entfernten Kreises“ befunden (Frame 2004, S.124). Das Gefühl des Ausgeschlossenseins geht Hand in Hand mit einer Befindlichkeit des *Andersseins*, das die eigene Person, das eigene Denken und Fühlen, aber auch das eigene Leben ganz allgemein umfasst und ausgrenzt statt abzugrenzen und keine identitätsstiftende Funktion zu übernehmen vermag. J. Frame beschreibt ihr Empfinden nach der durchaus anerkennenden Äußerung ihrer Lehrerin, sie sei originell: „Diese Bestätigung eines offensichtlichen ‚Andersseins‘ in meinem Denken schien übereinzustimmen mit dem – zumindest in meinen Augen bestehenden – ‚Anderssein‘ meines Lebens zu Hause“ (Frame 2004, S. 145). Trotz des vorherrschenden Eindrucks, *ausgegrenzt zu werden*, beschreibt diese Autorin, wie sie selbst diesen Umstand zu nutzen versucht, um an der Schwelle zum Erwachsenwerden ‚Eigenes‘ zu entwickeln: „In der Heimatlosigkeit der Adoleszenz also, einer Zeit, wo ich mir nicht ganz klar war über die Richtung, die ich einschlagen sollte, begab ich mich nur allzu gern in ein Nest des Andersseins, das andere mir bereiteten, das ich jedoch mit meinen eigenen Einrichtungsgegenständen ausstattete“ (ebd. S. 146).

Dass H. Grimaud zwölfjährig am Conservatoire national de musique aufgenommen wird und ihre schulische Ausbildung im Fernunterricht fortsetzt, erlebt sie als Befreiung und identitätsfördernde (!) Bestätigung ihres „Andersseins“: „Ich hatte mich immer als Außenseiter ... gefühlt, von anderer Art und aus einer anderen Welt, und jetzt brachte mich ein Ereignis in meinem Leben endlich in vollkommene Übereinstimmung mit dieser geheimen Gewissheit.“ (Grimaud 2005, S. 76)

Auch das Gefühl, von anderen ausgeschlossen zu werden, anders zu sein, erreicht bei vielen Schizophrenen eine alle und alles umfassende Intensität: „Ich fühlte mich von der Welt verworfen, außerhalb des Lebens“ (Renée in Sechehaye 1973, S. 58). Die Welt wird erlebt als eine „Welt, die sich immer mehr

verschloss“ (zit. nach Bock 1997, S. 113). Das Gefühl, ausgeschlossen zu *werden*, keine Chance zu haben, teilzunehmen am Leben, wahrgenommen zu werden und sich mitzuteilen, wiederholt sich für viele Schizophrene im Rahmen ihrer zumeist klinischen Behandlung. So beschreibt D. Buck bezüglich ihres Aufenthaltes in den dreißiger Jahren in Bethel: „Besonders beängstigend und demütigend fand ich, dass Ärzte und Pfarrer uns psychotische Patientinnen während der ganzen Zeit keines Gespräches für wert oder fähig hielten“ (zit. nach Strathenwert 1999, S. 21). Durch die psychiatrische Behandlung fühlt sie sich „entwertet und in die innere Isolation getrieben“ (Buck/Zerchin 1999, S. 55). Wenn sie auch bei späteren Psychiatricaufenthalten positivere Erfahrungen machen kann, so erlebt sie doch immer wieder, dass das Reden über ihr Erleben in der Psychose nicht erwünscht ist und unterbunden wird. „Und *darüber* mit niemandem sprechen zu können, bedeutet *totale innere Isolierung*“ (Zerchin/Buck 1999, S. 88, Hervorhebungen S. K.). Psychiatrische Lehrbücher bezeichnet D. Buck aufgrund ihrer Erfahrungen und basierend auf einem intensiven Studium psychiatrischer Fachliteratur als „Anleitung zur Beziehungslosigkeit“ (ebd.). Auch wenn Gespräche stattfinden, erleben sich schizophrene Patienten häufig nicht wahr- (!) oder ernst genommen und somit wiederum ausgegrenzt und in ihrem verzweifelten Bemühen, sich mitzuteilen, abgelehnt und unverstanden: „In diesem Stadium war ich nur zu bereit, meinen Ärzten alles zu erzählen ... Ich wollte alles erzählen, was ich sah, fühlte und hörte. Ich erinnere mich noch an das geflissentliche Desinteresse an dem, was ich erzählte“ (zit. nach Katschnig 1977, S. 67). Beeindruckend ist es, das Ringen vieler Schizophrener um Kontakt nachzuvollziehen: Der zitierte Patient erlebte immer wieder, dass seine Versuche, sich mitzuteilen, nicht wahrgenommen, mit Desinteresse beantwortet oder ignoriert wurden oder aber statt zu Kontakt zu führen, mit Kontaktabbruch (z. B. mit Zwangseinweisung durch die Ehefrau) beantwortet wurden. Schließlich stellt dieser Patient für sich „die Regel“ auf, „nichts mehr preiszugeben“. Doch „weil sich ein Psychiater, mit dem ich wirklich sprechen konnte, meines Falls annahm“ (zit. nach Katschnig 1977, S. 67), konnte er aus der nun seinerseits geschaffenen Isolation heraustreten. Viele Schizophrene berichten von dem starken Wunsch, „dass sich jemand um mich kümmert“ (zit. nach Windgassen 1989, S. 129) und betonen, wenn sie entsprechende Erfahrungen machen konnten z. B. bezüglich ihres Klinikaufenthaltes:

„Das Wichtigste war wahrscheinlich, dass ich hier überhaupt mit Menschen zusammenkam und dass ich irgendwie gemerkt habe, dass sich viele Leute doch um mich bemühen“ (ebd. S. 135).

Andere Schizophrene verspüren zwar ebenfalls den Wunsch nach Kontakt und Beziehung, erleben ihr Isoliertsein jedoch weniger als Resultat der Verweigerung des Gegenübers oder anderer äußerer Einwirkungen, sondern eher als Folge eigenen Unvermögens, Kontakt herzustellen oder aufrecht zu erhalten oder auch als bewusst herbeigeführte Schutzmassnahme. (s. u.) „Ich wollte zwar teilhaben, brachte es aber nicht fertig“, beschreibt ein Schizophrener sein Dilemma (zit. nach Katschnig 1977, S. 46).

Eine besondere Rolle kommt hierbei der Sprache zu. Dieses Thema soll wegen seiner hohen Relevanz für die Musiktherapie jedoch gesondert behandelt werden (s. u.).

„Ein Fremder mir selbst gegenüber“

Ein Gefühl des Sich–Selbst-Verlierens beschreiben die Betroffenen mit ähnlichen Worten wie den Verlust des Kontaktes zu anderen Menschen und zur sie umgebenden Welt; das Gefühl der Fremdheit wird auch sich selbst, dem eigenen Erleben, Denken und Fühlen gegenüber dominierend; der Schizophrene wird sich selbst entfremdet: „Das war doch ziemlich erschreckend, weil man sich eine ganze Ecke verändert, so dass man sich selber gar nicht mehr wieder erkennt ... es ist ein richtiges Fremdsein“ (Frau Über in Bock 1997, S. 278). Als „ein Fremder mir selbst gegenüber“ (Jaskulski 1996, S. 107) fühlt sich ein Schizophrener. Selbst eigene Gefühle und Emotionen scheinen fremd: „Wenn ich Angst habe, bin nicht ich es, der sie spürt. Ich werde von ihr verschluckt; ich fühle gar nichts dabei“ (zit. nach Benedetti 1991, S. 159). „Ich habe kein Gefühl von meinem Ich. Ich habe so einen großen Abstand von mir selbst“ (Kolle, zit. nach Roggendorf/Rief 2006, S. 41). „Ich spüre, wie eine Art Zorn aufsteigt, aber der Zorn ist einen Meter von mir entfernt. ... Er ist etwas entsetzlich Fremdes, weil er mich ohne weiteres verschlingen könnte...“ (zit. nach Benedetti 1994, S. 39). „Eine Trennung des Geistes, der vom Leben träumt, vom physischen Körper, der das Reale ist. Das Bewusstsein treibt wei-

ter und weiter ab, bis es sich jenseits des Horizonts der Zeit verliert“ (Burke 1997, S. 128), beschreibt es ein anderer Betroffener.

Diese Dimension des Erlebens finden wir bei H. Grimaud nicht, sie betont dies selber deutlich, als sie über ihre Leidenschaft für Pirandello schreibt: „In seinem Theater fand ich diese Art von Persönlichkeits-spaltung, unter der ich ständig litt, *nicht eine Distanzierung von mir selbst, sondern von der Welt.*“ (Grimaud 2005, S. 20, Hervorhebung S. K.)

Das Gefühl der Fremdheit sich selbst gegenüber mündet in einen Zustand, in dem sich der Schizophrene überhaupt nicht mehr zu spüren vermag: „Ich fühlte mich selbst nicht mehr, sondern fühlte nur ein grauenvolles Nichts, dem ich völlig beziehungslos ausgeliefert war“ (O. Grön in Strathenwert 1999). „Wer bin ich? Ein Mittelding zwischen Gott und Mensch ... nicht mehr wie früher – auch wenn ich wie immer zu sein vorgebe; aber ich bin auch kein Mensch“, beschreibt es ein anderer (zit. nach Benedetti 1991, S. 159). Nicht nur das Gefühl, ein Mensch zu sein, sondern das Gefühl, überhaupt zu sein, geht dem Schizophrenen verloren: „Ich weiß gar nicht mehr, ob ich überhaupt existiere oder nicht“ (zit. nach Benedetti 1991, S.159).

„Alles zerbrach“

So, wie der Kontakt zu anderen Menschen und zu sich selber abreißt, verliert sich auch der Zusammenhang innerhalb einzelner Entitäten. Einzelne Teile eines Ganzen werden, und auch dies durchaus nicht nur in akuten Krankheitsphasen, isoliert und losgelöst voneinander wahrgenommen. So beschreibt Renée eine Situation ihrer Kindheit, in der sie das Gesicht ihrer Lehrerin völlig fragmentiert sieht: „Ich erblickte alle Teile des Gesichts getrennt und unabhängig voneinander“ (Sechehaye 1973, S. 37). Erlenberger (1984) beschreibt, wie ihr „die Geschehnisse in zerklüfteten und zusammenhanglosen Einzelbildern entgegeneilten“ (a. a. O. S. 176).

Das Gefühl der Fragmentierung betrifft auch die eigene Person, das eigene Erleben, Denken und Fühlen, die Wahrnehmung des eigenen Körpers: „Oberflächlich betrachtet lief alles bestens. Aber unter der Oberfläche begann alles auseinander zu fallen“ (Schiller 1994, S. 50). „Die ganze Zeit drohte ich, aus-

einanderzufallen“, heißt es fasst wörtlich gleich bei M. Barnes (Barnes 1989, S. 75). Auch Buck spricht von einem „Zerfallensein mit sich selbst“ (Buck/Zerchin 1999, S. 101). Allerdings erlebt sie dies eher als Folge der erlebten Entwertung: „dazu kommt es, weil die psychiatrische Entwertung der Psychoseerfahrungen als 'sinnlos' und 'geisteskrank' das Selbstvertrauen zerstört.“ „Ich war müde und konnte doch nicht einschlafen, denn ich wusste, dass ich im Schlaf in tausend Stücke zerfallen würde“ (zit. nach Benedetti 1994, S. 88), beschreibt ein Patient seinem Therapeuten seine Ängste. Mit Ausbruch der akuten Erkrankung hat L. Schiller dann das Gefühl, dass „alles zerbrach“ (ebd. S. 273). „Ich war verloren und innerlich zerfallen“, heißt es nun bei M. Barnes (Barnes 1989, S. 61). „Mein Leben ist ein Fragment, ein zusammenhangloser Traum ohne jede Kontinuität“ (Burke 1997, S. 154) beschreibt es ein anderer Betroffener. Und die Malerin Helene Beitler schildert: „Mein Zeichenblock und ein paar Pinsel liegen vor mir. Endlich greife ich einen und tauche ihn in die schwarze Farbe. Immer wieder fahre ich über das Papier, bis es zerreißt. Ja, das ist es! Ich löse das Blatt vom Block und beginne aufs Neue, führe wieder den Pinsel so heftig, bis das Papier an einer Stelle nachgibt: *verletztes Leben in einer zerrissenen Welt*. Es sind die Spuren dessen, was mir widerfährt: *Von mir und meinen Bildern bleiben Fetzen*. Unerträgliche Qual!“ (zit. nach Klöppel 2004, S. 17, Hervorhebungen S. K.). G. Mell drückt es in seinem Gedicht „Dadalo“ folgendermaßen aus: (Mell 1996, S. 185)

„... Die Hüter der Angst
teilen mich mit ihren langen Messern
in viele kleine schwarzweiße Quadrate...“

„Mein Ich ist in Fetzen, von Geschossen durchlöchert und in kleine und aller-
kleinste Teile zersprengt“, erlebt es ein anderer Schizophrener (zit. nach Benedetti 1994, S. 269).

Als Kind entwickelt H. Grimaud ein extremes „Bedürfnis nach Symmetrie“ (S. 49) und beginnt, neben anderen zwanghaften Verhaltensweisen, sich selbst zu verletzen: „Wenn ich mich an der rechten Hand schnitt, machte ich daher sogleich einen Schnitt in die linke ... Ich begann diese Verletzungen zu lieben ... Ich träumte von Brüchen.“ (S. 48/49) „Diese Verbissenheit grenzte an Wahnsinn“ (S. 51) sagt sie dazu und kann sehr genau beschreiben, welche Gefahr sie zu bannen sucht: „...ich verlor das Gleichgewicht, mein kostbares Gleichgewicht

in der Welt, meine *Kohärenz*“ (S. 49, Hervorhebung S. K.). Nachdem Helen begonnen hatte, Klavier zu spielen, konnte sie das selbstverletzendes Verhalten aufgeben. In der Musik findet sie die „ Harmonie in der Asymmetrie“ (S. 70) und ist „aus tiefster Seele überzeugt, dass sie [die Musik] mich strukturierte“ (S. 64, Einfügung S. K.).

„Sehr ähnlich der Welt der Träume“

Isoliert und innerlich zerfallen findet sich der Schizophrene schließlich „jenseits der Realität und ganz allein“ (Frau A. in Bock 1997, S. 112) wieder. Als „ein saches Hineingleiten in eine befremdliche Welt“ erlebt Helene Beitler den schleichenden Beginn ihrer schizophrenen Erkrankung (zit. nach Klöppel 2004, S. 13). Eine andere Betroffene beschreibt: „Es kostet mich unwahrscheinlich viel Energie, nicht abzudriften“ (Auf dem Garten 1996, S. 129). Der Zusammenhang zwischen dem Verlust von Kontakt und Beziehung und dem erlebten (hier ist nicht der von Außen zugeschriebene „Realitätsverlust“ gemeint!) *Gefühl* des Verschwindens und Verlustes der Realität wird von vielen Schizophrenen direkt benannt. So beschreibt Renée, wie „der Kontakt zwischen Mama [gemeint ist die Therapeutin] und mir zerbrach, und auch die Realität verschwand mit einem Schlag“ (Secheyay 1973, S. 86, Anmerkung S. K.). In einer weiteren Äußerung setzt Renée das Erleben von Kontakt und das Erspüren der Realität gleich, indem sie beschreibt, wie ihr die Stimme der Therapeutin „für einen Augenblick die Realität, den Kontakt zum Leben zurückgab“ (ebd., S. 39). Dass innere und äußere Realität auseinanderklaffen ist ein Zustand, den die meisten später Erkrankten lange vor dem Ausbruch der manifesten schizophrenen Episode erleben: „Wir waren alle ein schwelender Haufen Zorn unter einem dünnen Schleier von Schein, gefangen wie in einem Spinnennetz“ (Barnes 1989, S. 17), beschreibt M. Barnes die Atmosphäre ihres Heranwachsens in ihrer Familie. Über sich selbst *vor* ihrer Erkrankung äußert sie: „Mein Selbstbetrug war so groß, meine Fähigkeit, andere zu täuschen, so perfekt...“ (ebd., S. 219). Ihre Erkrankung erlebt sie diesbezüglich als Chance und „Rettung“. (ebd.) Dieser Patientin half die Erkrankung, die Realität, in der sie aufgewachsen war, zu erkennen und in Worte zu kleiden. Ähnlich erlebt es ein junger schizophrener Patient, der im Rahmen des Psychoseseminars äußert: „In meiner Psychose habe ich meine Realität ... erlebt. Und als ich aus der Psychose wieder rauskam und von meinem Freundes- und Bekanntenkreis in

die Realität zurückgezogen wurde, wurde mir klar, dass ich auf einmal wieder in 'ner Scheinwelt aufwache, in dieser Alltagswelt. Und hier in dieser Welt ist nichts echt ... Für mich war meine Psychose so was wie 'ne Geburt“ (zit. nach P. Stolz 2005/2007).

Viele Betroffene erleben sich so sehr „außerhalb der natürlichen Ordnung“ (s. o.), dass sie sich eine eigene, höchst private Ordnung konstruieren, die dann kaum noch (mit-) teilbar ist. So wird aus der erlebten Unordnung des Denkens (s. u.) eine neue Denkkonstruktion. Diese, in der Regel als Wahn bezeichnet, wird zu einem Seinsbereich, einem Reich der (privaten) Wirklichkeit, in der sich das Bewusstsein gewissermaßen nach Innen ausdehnt und/oder verloren zu gehen droht. Burke spricht von „Bewusstseinsmord, um jede Erinnerung an die Geburt meines Bewusstseins auszulöschen“ (a. a. O. S. 129). Die entsprechenden Bewusstseinszustände, die Art der Wahrnehmung und Logik, vergleichen die Betroffenen häufig mit der Welt der Träume. „Das Ringen um Realität nervte auf Dauer. Ich bin nicht ein Traum, sondern tausend zersplitterte Alpträume“, schreibt Burke (1997, S. 165). „Manchmal glaube ich, ich erlebe alles im Schlaf“ (Kolle, zit. nach Roggendorf/Rief 2006, S. 41), so beschreibt es ein anderer Betroffener. „Traum und Wachen – ich konnte nicht unterscheiden, ob ich träumte oder wachte“, drückt Erlenberger (1984, S. 13) es aus. Frau Öse meint: „Ich bin immer mehr in diese Traumwelt hineingerutscht und habe sie mit der Wirklichkeit verwechselt“ (zit. nach Bock 1997, S. 266). „Psychose ist für mich das Untertauchen in eine andere Welt und Wirklichkeit, sehr ähnlich der Welt der Träume, Märchen und Mythen ... mit allen Schönheiten und Schrecknissen.“, drückt es eine Schizophrene bei einer Umfrage im Psychose-Seminar aus (zit. nach Bock et al 1995, S. 25). Eine weitere Betroffene wählt ein Beispiel aus der „Welt der Märchen“, um ihr Erleben in ein Sprachbild zu kleiden: „Psychose ist ein Erleben wie Goldmarie, nachdem sie sich in ihrer Ausweglosigkeit in den Brunnen gestürzt hat. ... Leider trifft sie auf diesem Weg meistens keine Frau Holle, die sie aufnimmt und bei der sie arbeiten kann, sondern landet mehr oder weniger sanft in der Psychiatrie“ (ebd.). Eine junge Frau erlebt ihre Psychose als „Alptraum im Spinnennetz“, eine weitere als „müde und wach sein in einem“ (ebd., Hervorhebung S. K.). D. Burke schreibt in seinem autobiografischen Roman: „Ja, ich werde euch verwirren, so dass ihr die Wahrheit meines Traums nicht erkennt. Mein Traum wird euch in eine

feingesponnene, empfindliche Welt entführen“ (Burke 1997, S. 50, Hervorhebung S. K.).

Im (nachträglichen!) Erleben vieler Schizophrener erscheinen die eigenen Ideen in der akuten Krankheitsphase, als sei „alles ... ein Irrtum“ (O. Grön in Stratenwerth 1999, S. 138) gewesen. Den Prozess der Gesundung erleben diese Betroffenen als Auflösung der „Selbsttäuschung“. Ob die Psychose als Chance zur Ent-Täuschung oder aber ihrerseits als Selbsttäuschung erlebt wird, muss sich nicht ausschließen. Auch die zuletzt zitierte Betroffene versteht ihre Erkrankung als eine sinn- und bedeutungsvolle Erfahrung. Sie ist Psychotherapeutin und analysiert die von ihr durchlebte Psychose nach über dreißig Jahren so, wie sie es sonst mit dem Traumerleben ihrer Patienten tut. Die für die Gesundung notwendige Auflösung der „Selbsttäuschung“ hat nichts mit einer Dichotomisierung von „wahr oder nicht wahr“ zu tun, mit denen die Begriffe „Realität“ und „Wahn“ (zum Leidwesen der Betroffenen!) immer wieder gleichgesetzt werden. Diese Ent-Täuschung - „Ich fiel in eine realistische Einfachheit.“ [ebd.] - hat mit dem Erkennen des (traumähnlichen) Charakters der psychotischen Wahrnehmungen zu tun, mit einem Finden von Distanz, mit der Ermöglichung des Zweifels. So beschreiben fasst alle Betroffenen ihr (psychotisches) Erleben ähnlich wie R. D. Burke: „Ich lief fort in mein eigenes *verzaubertes* Reich und gelobte, zurückzukehren, wenn ich die Wahrheit annehmen konnte. In den Burgen des Bösen, in den Palästen des Guten suchte ich nach mir selbst. In den Ländern der Erde kamen und gingen meine *Traumbilder*.“ (Burke 1997, S. 133, Hervorhebung S. K.) Später schreibt er: „Seht ihr, ich habe nichts von dem, das einen leben wollen lässt. Ich habe keine Frau, keine Kinder, keinen Glauben. Ich habe *nichts als einen Traum*. In meinem Bewusstsein habe ich *Himmel und Hölle* der Schizophrenie.“ (ebd. S. 325, Hervorhebung S. K.) Die Möglichkeit des Zweifels, die nichts anderes als eine Distanzierung darstellt und ermöglicht, kann selbst in der akuten Erkrankung einen Ausblick aus Isolation und Irrationalität ermöglichen und den „selbsterstörerischen Anteil, [den] Wasserkopf von Illusionen, der durch Verzicht auf eigene Wünsche Leben gewinnen wollte“, entlarven (O. Grön in Stratenwerth 1999, S. 129, Einfügung S. K.). So kann die zuletzt zitierte Betroffene erkennen, dass sie „die Realität von Leben mit der Sehnsucht nach Leben vertauscht“ (ebd.) hat. Allerdings gibt es auch Betroffene, die ihre schizophrene

Erkrankung selbst als „existentielle Form des Zweifelns“ (Bock 1997, S. 277) verstehen, die mit Chancen, aber auch mit großen Gefahren verbunden ist: „Was zuerst als Denk- und Erkenntnisprozess spiralförmig nach oben verlief, schlug in der Krise selbst in Entsetzen und Verzweiflung um. Ich erlebte, wie entsetzlich es ist, wenn man immer weiterdenken muss, es nichts Gewisses mehr gibt im Leben, alles sofort wieder in Frage gestellt wird“ (Frau H., zit. nach Bock 1997, S. 277). D. Buck spricht vom „Einbruch dieser anderen Wirklichkeit“ (Zerchin 1999, S. 233) und ist davon überzeugt: „Unsere Krankheit kann nur darin liegen, dass wir unser Psychoseerleben mit der Wirklichkeit verwechseln, was wir beim Traum nur tun, solange wir ihn träumen.“ (Buck/Zerchin 1999, S. 226) Und etwas später schreibt sie: „Ich verstand jetzt, dass es sich beim Psychose-Erleben um eine symbolische Wirklichkeit handelt“ (S. 226).

H. Grimaud beschreibt, dass die Musik sie „von Anfang an in eine völlig verwandelte Realität dieser Welt projiziert hat“ (S. 67). Sie findet ihr „Paradies“ (s. u.) in der Musik: „Wie im Traum stiegen Dinge, die von sehr weit herkommen, wieder in mir hoch oder wurden aus meinem Inneren, meinem tiefsten Inneren geboren. Ich erinnere mich,... vollkommen verzaubert gewesen zu sein...“ (S. 53/54). Und sie erlebt auch die „Trauer über den Verzicht auf dieses flüchtig wahrgenommene Paradies, zu dem man durch die Musik Zugang erlangt“ (S. 118).

„Erstarrt im Fluß des Lebens“

„Ich bin ganz kalt, innen und außen. In mir ist alles erstarrt und eingefroren. Wie tot.“, so erlebt Helene Beitler (in Klöppel 2004, S. 86) einen Zustand innerer Erstarrung, den offenbar fast alle schizophrenen Menschen nur allzu gut kennen. „Erstarrt im Fluß des Lebens“, drückt es ein anderer Betroffener aus (Jaskulski 1996, S. 107) Ohne die öffnenden Möglichkeiten des Zweifelns schreitet die Verfestigung so weit fort, sind Bewegung und Beweglichkeit so weit eingeschränkt, dass die Schizophrenen sich und ihre Umwelt als entleert, erstarrt, versteinert oder tot wahrnehmen. „Sogar körperlich fühlte ich, dass ich am Sterben war“, beschreibt Mohelsky (Mohelsky 1996, S. 122) „Ich fühle mich furchtbar müde und apathisch und bin wie von verdorrten Blättern zugedeckt“ (zit. nach Benedetti 1994, S.159), drückt es ein Patient aus. „Ich bin sehr passiv, ... fühle mich geistig zunehmend unflexibel“, beschreibt M. Ha-

gemann diesen Prozess der Verfestigung (In: Stratenwerth 1999, S. 107). „Bei mir ist alles blockiert“, klagen die Betroffenen, oder sie fühlen, wie ihre „Seele zu Eis erstarrt“ (zit. nach Benedetti 1994, S. 159).

Eine alles und alle umfassende Leere breitet sich im Erleben des Schizophrenen aus und erfüllt ihn mit Grauen, er hat das Gefühl einer „inneren Leere“ (zit. nach Benedetti 1994 S. 181) oder erlebt: „Ich falle ins Leere“ (a. a. O. S. 159) oder beschreibt: „Ich bin nichts; genauer: in mir herrscht völlige und vollendete Unbestimmtheit“ (a. a. O. S. 162). Vergangenheit und Zukunft erscheinen leer: „Die hinter mir liegenden Jahre erdrücken mich, weil sie leer sind“, drückt es ein Patient aus, der das Gefühl hat, „große Teile seiner Selbst zu verlieren“ (zit. nach Benedetti 1994 S. 49). Auch die Zeit scheint im Erleben mancher Betroffener zu erstarren: „Fragile Zeit ... Die Zeit steht nahezu still. Uhren lügen von einer Weltzeit, die aber gilt offenbar nicht überall und alle Zeitangaben lösen sich sang- und klanglos auf zu Nichts“ (Aguirre 1996, S. 89).

Auch H. Grimaud erlebt als Kind das Gefühl, „... dass meine Hülle leer war und dass dieses Nichts das war, was von der Welt außerhalb meiner blieb, und dass dieser Rest alles war“ (S. 42). Sie kann diese „Trunkenheit der Leere“ (ebd.) jedoch aktiv herbeiführen – und genießen. „In Todesängsten und schweißgebadet“ erwacht sie dagegen häufig aus einem Traum, den sie als „Wunsch nach einem Anderswo, ... wo ich mich endlich zu Hause fühlen würde“ versteht. Dieser Wunsch, so erlebt sie es, „steckte in mir, wenn auch als *Hohlform*, er war wie ein unabweisbarer Mangel, und diese unaussprechliche Präsenz, ihre unsagbare *Abwesenheit*, quälten mich, ließen mir keine Ruhe“ (S. 15, Hervorhebung S. K.).

Eine Patientin erzählt ihrem Therapeuten: „Bisweilen erwache ich und fühle, wie ich zu Stein werde ... Und jedes Mal glaube ich, dass es aus der Versteinigung kein Zurück gibt“ (zit. nach Benedetti 1994. S. 88). Dieser Prozess der Devitalisierung steigert sich bisweilen zu dem Gefühl, tot zu sein, nie gelebt zu haben, zu einer Befindlichkeit des Nicht-Seins. M. Barnes nennt es „das verlorene Gefühl des Nicht-Hierseins“ (M. Barnes 1989, S. 15). Sie beschreibt ein Erleben, dass sie seit ihrer Kindheit immer wieder überfällt: „Ich war leer, weder da noch irgendwo anders ... -ich war verschwunden ... In mir war das Gefühl einer tödlichen Leere, ... Meine Seele war moderig wie ein Spinnennetz im Staub“ (M. Barnes 1989, S. 20/21).

Dieses Gefühl kennt H. Grimaud trotz des immer wieder ersehnten und herbeigeführten Zustands der Leere (s. o.) nicht.

Bezogen auf ihre Vorliebe („eine starke zärtliche Liebe“; S. 119) für das zweite Klavierkonzert Rachmaninows schreibt sie: „In meinem Leben wie in diesem Werk spürte ich starke Spannungen und Momente intensiver Versöhnung mit mir selbst ... Durch dieses Stück spürte ich, dass die Liebe und die Musik alles vermögen, *alles außer 'nicht zu sein'*“ (S. 120, Hervorhebung S. K.).

Aus dem Erleben der Leblosgkeit (wie paradox!) resultiert dann etwa die Überzeugung: „Ich bin eine Maschine, ein Automat.“ Friedrich R. ist überzeugt: „In Wahrheit“ bin ich schon lange tot, Sie müssen es ja riechen, dieser Körper ist ganz verfault. In Wahrheit bin ich gar nicht geboren“ (in Wulff 1995, S. 57). R. D. Burke beschreibt: „Mein Körper und Bewusstsein starben und folgten in ihrem Todeskampf den Pfaden zum Wahnsinn“ (Burke 1997, S. 134).

Obwohl die im Mittelpunkt dieses Abschnitts stehende Isolation des Schizophrenen häufig in einen Zustand der Verfestigung, Erstarrung und Leblosgkeit führt, scheint sie im Erleben der Betroffenen doch auch Halt und Schutz zu gewähren: „Ich habe ein großes Rückzugsbedürfnis“, äußert Frau H. (in Strathenwert, S. 107), und M. Barnes schreibt: „Anscheinend musste ich physisch allein sein, mich absondern, um leben zu können“ (Barnes, 1989, S. 21). Hier wird die „Wand“ zur „Abschottung“; notwendig, „weil sie mich vor Reizüberflutung schützt und ich bin dabei subjektiv auch ganz ausgeglichener Stimmung“ (Frau H. in Strathenwert, 1999, S. 115). „Ich habe eher distanzierte Beziehungen, und genau diese Distanz brauche ich auch. Ich kann keine engen Beziehungen, keine große Nähe zu Menschen ertragen“ (ebd., S. 116). Warum diese Distanz notwendig ist, beschreibt ein anderer Patient: „Ich habe Angst, Dinge und Menschen in meine Nähe kommen zu lassen, da sonst die Welt in mich einbricht“ (zit. nach Benedetti 1991, S. 23). Hier sind wir nun mit einem Aspekt schizophrener Selbst- und Welterlebens konfrontiert, der den beschriebenen Bewegungen des Sich -Isolierens und Nach -Innen -Gehens (scheinbar) entgegengesetzt ist.

I.1.1.2 „Alles wurde zusammengemanscht“

Schizophrenie als Prozess der Auflösung und Entdifferenzierung

Anhand der in diese Untersuchung einbezogenen Autobiografien Schizophrener wird deutlich, dass sie sich, zumeist von Kindheit an und besonders vor, während und kurz nach akuter Erkrankung, als besonders sensibel und dünnhäutig erleben: „Man ist gefühlsdurchlässiger, empfindlicher, hat nicht das dicke Fell, das andere haben“ (Frau E. in Bock 1997, S. 279). D. Buck erinnert sich: „Da ich als zart galt ... ließen sie mich oft in der Schule fehlen“ (Buck/Zerchin 1999, S. 29).

„Ich vermische mich mit jedem“

Diese „Dünnhäutigkeit“ wird in akuten Erkrankungsphasen zu einem regelrechten „Offensein“: „Die Haut war ganz offen, dünn, so dass auch viele Einflüsse von draußen rein gekommen sind“, beschreibt es Frau Ü. (zit. nach Bock 1997, S. 279). Ein anderer Patient drückt es so aus: „Mir ist, als ob ich keine Haut, keine schützende Hülle hätte; die anderen hingegen fühlen sich so fest an“ (zit. nach Benedetti 1994, S. 187). Fehlende Abgrenzungsmöglichkeiten führen zu extrem ängstigen Gefühlen der Auflösung: „Es war, als schwebte ich verloren in der Luft, aufgelöst, wie ein Geist“ (M. Barnes 1989 S. 20). In diesem Zustand kann der Betroffene nicht mehr zwischen Ich und Nicht-Ich unterscheiden: „Ich weiß nicht mehr, was ist in mir, was ist draußen ... die Abgrenzung ist durchlöchert“ (zit. nach Strathenwert 1999, S. 116). „Ich hatte das Gefühl, sie könne direkt in mich hineinsehen und fühlen, was ich fühlte“, beschreibt L. Schiller ihr Erleben einer Ärztin gegenüber (Schiller 1995, S. 301). Dieses in der Regel als äußerst ängstigend empfundene Gefühl wird dann als positiv und befreiend erlebt, wenn das Gegenüber die Gefühle des Betroffenen (quasi stellvertretend) zum Ausdruck bringen kann: L. Schiller, die, wenn es ihr schlecht geht, wie viele Schizophrene pausenlos Musik hört, hat den Eindruck „Billy Joel kenne das schreckliche Chaos in meinem Innern“, er „gab genau meine Gefühle wieder“ (Schiller 1995, S. 164). Beim Lesen des Buches wird deutlich, dass dieses „wiedergeben“ nicht nur „ausdrücken“ meint, wobei auch dieser Aspekt für L. Schiller, die „nicht wusste, wie ich mein Leiden jemand anderem mitteilen sollte“ (ebd. S. 276), ungemein wichtig

war. Tatsächlich gibt ihr der Sänger in ihrem Erleben ihre Gefühle wieder, er gibt sie ihr gewissermaßen zurück, ermöglicht ihr, sie zu spüren und als Eigenes zu identifizieren. Ganz ähnlich erlebt es Frau E.: Wenn sie ihre Trauer nicht spüren kann, kann sie sie doch in den Augen einer befreundeten Mitpatientin wahrnehmen und fühlen: „Sie könnte meine Tränen weinen“ (zit. nach Bock 1997, S. 306). Erlenberger (1984, S. 13) berichtet, wie sie während eines Gespräches mit ihrem Freund „in seinem Gesicht meine Erschütterung über mich selbst“ sah. Auffällige Ähnlichkeiten weist dieses Erleben während der Psychose mit der von dieser und in ähnlicher Art und Weise auch von anderen Autoren geschilderten Dynamik innerhalb der Familie auf: „Wir teilten alle unsere Gefühle untereinander“, beschreibt L. Schiller (a. a. O. S. 36), und weiter führt sie aus, dass alle in der Familie „ein sehr inniges Verhältnis“ (das „innig“ darf hier durchaus wörtlich verstanden werden) gehabt hätten und die Eltern es „nicht akzeptierten, wenn sich eines der Kinder von der Familie absonderte“ (ebd.). „Wir hatten sogar eine richtige Geheimsprache, die nur wir verstanden“ (ebd.), betont sie die Abgeschlossenheit der Familie nach außen. M. Barnes schreibt: „Die Gefühlsverwirrung meiner Familie war so angespannt, dass automatisch jeder, der sich freizukämpfen suchte, getötet und vernichtet werden musste, ehe sich der Griff lockerte“ (Barnes 1989, S. 17).

Die oben zitierte Wahrnehmung Schillers, ihre Ärztin betreffend, steigert sich schließlich so, dass in ihrem Erleben sie selbst und die Psychiaterin zu einer Person verschmelzen: „Sie war die Person, die unter meinen Fettschichten begraben lag“ (ebd.). Eine andere Patientin berichtet: „Ich vermisse das Gefühl von Einsamkeit. Während ich mit dem Verstand weiß, dass ich alleine bin, kann das nicht verhindern, dass ich mich fühle, als ob mein Kopf voll von anderen Leuten wäre“ (L. Greenblat, zit. nach Roggendorf/Rief 2006, S. 37). So führt Annäherung nicht zu einem Gefühl des Miteinander, sondern zu einem zumeist als extrem ängstigend und quälend erlebten Ineinander: „Es ist eine Art Ansteckung; ich vermische mich mit jedem. Es werden mir ganz fremde Teile angeklebt ... und ich spüre unter der Kruste, dass das Dinge sind, die mir fremd sind ... und überhaupt, wer weiß: Vielleicht bin ich randvoll von solchen Sachen. Die anderen dürfen mir nur nicht zu nahe kommen, sonst werde ich angesteckt. Irgendwie habe ich auch Angst, aus dem anderen mich selbst zu machen“ (zit. nach Benedetti 1994, S. 187). „Ich bin jeder. Wir sind ineinan-

derfließende Bewegung, und jeder trägt jeden in sich. Jeder zu jedem, jeder dasselbe“ (Erlenberger 1984, S. 231). Stern (1996, S. 102) beschreibt, wie er im Aufenthaltsraum der Klinik einen Spielfilm ansieht. Offenbar gibt es eine große Ähnlichkeit zwischen ihm und dem Hauptdarsteller, die auch die Mitpatienten bemerken. Stern erlebt diese Situation als äußerst ängstigend: „Ich sehe mich auf der Leinwand! Ich bin der Held des Films! ... Das kann doch nicht sein! ... Das bin ich! Fluchtartig verlasse ich den Raum und ziehe mich in mein Einzelzimmer zurück. Das Fernsehzimmer betrete ich nie wieder“.

„Alle können ungehindert in mich eindringen“

So fühlt sich der Schizophrene häufig äußeren Einflüssen hilflos ausgeliefert, er kann sich nicht schützen, sortieren, differenzieren: „Jeder Laut überwältigte mich. Ich war nicht in der Lage, bestimmte Geräusche herauszufiltern, alle trafen mein Innerstes mit gleicher Intensität“ (Schiller 1995, S. 334). Andere Menschen werden als eindringend und überwältigend erlebt: „Es ist so, als ob jemand meine Seele auffrisst, ... als ob etwas aus mir ausgesaugt wird“ (Herr Q. in Bock 1997, S. 279). „Ich sah mich Bündel nackter Haut unter den Geieraugen der Ärzte, die mit dünn geschliffenen Rasiermessern mit tropfenden Mundwinkeln mir das Hirn zerstückelten, den Bauch aufschneiden, und dann deren Inhalte vertauschten“ (Erlenberger 1984 S. 48). L. Schiller ist überzeugt: „Amanda, meine Koautorin, kletterte in mein Gehirn“ (ebd., S. 396). Der Schizophrene ist „ein leeres Schloss, das durch alle Umstehenden besetzt wird“ (zit. nach Benedetti 1994, S. 18), „eine Schale ohne Inhalt, deren Wandung zersplittert ist, währenddessen der Innenraum durch fremde Inhalte angefüllt wird“ (ebd.). Oder der Betroffene erlebt sich als „Leiche, auf der Straße, die alle überfahren, in die alle eindringen“ (ebd.).

Es ist jedoch nicht nur die Außenwelt, die den Schizophrenen überwältigt und ihn okkupiert. Umgekehrt haben die Patienten auch das Gefühl, selber in ihr Gegenüber einzudringen, „die Stimmungen anderer Menschen fühlen und manchmal ihre Gedanken belauschen zu können“ (zit. nach Katschnig 1977, S. 53). Auch Frau L. berichtet: „Ich konnte auch lange schon Gedanken auffangen von anderen Leuten“ (zit. nach Bock 1997, S. 166).

„Als ob die verschiedensten Dinge ineinander zerflößen“

Nicht nur Selbst und Gegenüber vermischen sich im Erleben des Schizophrenen, auch verschiedene Menschen: „Meine Mutter verlangte früher von uns, dass wir aßen, auch wenn wir gar nicht hungrig waren. Jede Widerrede beleidigte sie zutiefst. Meine Freundin gebärdet sich ähnlich. Aber zwischen beiden Frauen besteht ein wesentlicher Unterschied: Meine Freundin kocht mit einer Lust, die meiner Mutter gänzlich unbekannt war. Jetzt weiß ich, dass ich später, wenn ich wieder gesund sein werde, *die Freundin von der Mutter unterscheiden kann*. Aber wenn es mir schlecht geht, kommt es mir vor, als ob die beiden Frauen nur eine einzige wären, als ob die verschiedensten Dinge ineinander zerflößen“ (zit. nach Benedetti 1994, S. 96, Hervorhebung dort). Die Unfähigkeit, Unterscheidungen vorzunehmen, betrifft jedoch nicht nur die eigene Person und andere Menschen. Der Schizophrene kann ebenso mit der natürlichen oder gegenständlichen Welt verschmelzen: „Das bin ich“ sagte eine schizophrene Patientin beim Anblick einer leeren Tasse, deren Inhalt auf den Boden geflossen war, und sie meint dies durchaus nicht bildhaft, sondern als „exaktes Äquivalent der Realität“ (Benedetti 1994, S. 104). Hier vermischt sich nicht nur die Person mit dem Gegenstand, auch sprachlich vermischen sich wörtliche und übertragene Bedeutung. Ebenso können Gegenwart und Zukunft ineinander fließen: „Ich ... war bei der Konfrontation mit der Außenwelt oft wie gelähmt, weil meine Erinnerung mir jede Menge Situationen eingab, die ich von der gegenwärtigen nicht mehr unterscheiden konnte, so dass ich nicht wusste, wie ich reagieren sollte“, beschreibt es Frau F. (zit. nach Bock 1997, S. 280).

„Ein Künstler hängt fast immer über dem Rand des Wahns ... Wenn er auf jeder Seite der Partitur die Richtung der Zeit umdreht, dann kommt die Zukunft zu ihm, anstatt dass er sich zu ihr forttragen lässt. Er verschmilzt alles in einer grenzenlosen Gegenwart“ (S. 95).

Auch Beziehungen können zu allem und allen, zwischen allen und allem erlebt werden, so erleben einige Patienten beispielsweise Radio- und Fernsehsendungen als „spezielle an mich gerichtete Sendungen“ (zit. nach Katschnig 1977, S. 35). Dieses Gefühl des Gemeint-Seins erleben manche Schizophrene als durchaus positiv, die meisten jedoch leiden an der verwirrenden Vielfalt der Beziehungsknäuel: „Die Dinge kombinieren sich untereinander in Weisen, die völlig unvorhersehbar sind“ (zit. nach Benedetti 1994, S. 33).

„Chaos in meinem Gehirn“

Nicht nur die Abgrenzung nach Außen oder zwischen unterschiedlichen Entitäten wird durchlässig und zunehmend unmöglich. M. Hagemann erlebt ihre schizophrene Erkrankung vor allem als „Zusammenbruch der *inneren* Abgrenzung“ (in: Stratenwerth 1999, S. 116, Hervorhebung S. K.). Der Schizophrene „vermischt“ sich nicht nur mit anderen und anderem, auch innerlich entsteht ein „Chaos in meinem Gehirn, alles wurde zusammengemanscht wie ein großes Rührei“ (Schiller 1995, S. 332). An anderer Stelle spricht sie von dem „Schlammloch in meinem Gehirn“ (ebd., S. 335). „Ich hatte Angst, mich im Kopf zu verwickeln, ich wollte Ordnung im Hirn und verstrickte mich immer mehr. Ich habe meine Gehirnwindungen durcheinandergewurstelt...“ (Erlenberger 1984, S. 40), beschreibt es eine andere Betroffene. M. Barnes beginnt die Schilderung ihrer Kindheit mit den Worten: „In mir war alles verworren, wie bei einem Wollknäuel, dessen Ende verloren gegangen ist. verdreht, verborgen, begraben. Die große Verwirrung begann lange vor meiner Geburt. Danach wurde es schlimmer“ (M. Barnes 1989, S. 13). Auch T. Jaskulski beschreibt, wie „das Chaos ins Hirn greift“ (Jaskulski 1996, S. 87). Genauer finden wir dieses Chaos bei H. Green beschrieben: „Das Gedächtnis verließ sie ganz und dann der Verstand, und es blieben die schneller und schneller werdenden Abfolgen von Wahrnehmungen, nicht identifizierbar ohne Worte oder Gedanken, um sie festzuhalten. Sie suggerierten etwas Geheimnisvolles und Schreckliches, aber sie konnte nicht festhalten, was es war, denn letzten Endes gab es kein antwortendes Selbst mehr. Jetzt war das Entsetzen ohne Grenzen“ (Green 1980, S. 82). Innen und Außen gerät alles durcheinander: „Es ist alles durcheinander, das Leben, ich komme mit keinem Menschen klar“ (Walter in Eichberger 1990, S. 38). Die Verwirrung betrifft auch das Zeiterleben: „Auch der Zeitbegriff war ganz verwirrt. Alles spielte sich ungeheuer rasch und zugleich langsam ab. Ich hatte den Eindruck von Ewigkeiten“, beschreibt es Erlenberger (a. a. O. S. 23). „Das Bewusstsein treibt weiter und weiter ab, bis es sich jenseits des Horizonts der Zeit verliert“, heißt es bei Burke (1997, S. 128).

„Aufgehobensein im Ganzen“

Nicht immer jedoch kommt es zu verwirrenden Diffusionen oder aber zerstörerischen Fragmentierungen. Sich den Innenansichten schizophrener Erlebens zu öffnen, lässt Erfahrungen eines veränderten Seinszustandes in Umrissen erahnen, dem ein nur negatives Urteil nicht gerecht wird. „Ich hatte das Gefühl, dass der Zusammenbruch sinnvoll war und etwas Neues bewirken würde, die Wiederherstellung des alten Zustandes dagegen ein Zurückweichen wäre“ (Buck/Zerchin 1999, S. 109). Persönliche Entgrenzung ermöglicht andere, universelle Verbindungen. Die Ausdehnung von beziehungsstiftenden Zusammenhängen und damit die Konstruktion von Sinn und Bedeutung werden von einigen Patienten durchaus als Gewinn und Bereicherung erlebt. D. Buck beschreibt als „das entscheidende Wesensmerkmal, durch das sich die psychotische Welterfahrung von der normalen unterscheidet“, (Buck/Zerchin 1999, S. 136) das „Aufgehobensein im Ganzen“ und die daraus erwachsene „Gewissheit verborgener Sinnzusammenhänge“ (ebd., S. 204). Sie nennt dies „Zentralerleben“ (ebd., S. 207) und vergleicht es mit einem Fächer: „Wie bei einem Fächer schienen alle Erscheinungen des Lebens, die sonst beziehungslos wirken, von einer gemeinsamen Mitte auszugehen und in ihr miteinander verbunden zu sein. Das normale Weltgefühl gleicht wohl eher dem Fächersystem eines Schreibtisches: alles hat seinen Platz, bleibt aber isoliert“ (ebd.). Ähnlich erlebt es auch Helene Beitler: „Ich begreife so viel, Menschheit und Religion, alles wird klar, und ich erfasse die großen Zusammenhänge“ (zit. nach Klöppel 2004, S. 212). Positiv erlebt auch Frau Äther diesen Aspekt ihrer Psychose: „Es ist alles ein Wunder, ein ungemeines Ineinander. Es gibt keine Grenzen, keine Unterschiede, es hat alles mit allem Verbindung, und das kann man spüren, das ist ganz großartig“ (in Bock 1997, S. 325).

„...sich ins Unendliche steigern“

Auch eigene Emotionen und Affekte dehnen sich aus, wachsen ungeheuer: „Alle meine Gefühle von Zuneigung und Nähe steigerten sich ins Gewaltige“, schildert L. Schiller (Schiller 1995, S. 321). Vor allem jedoch sind die Patienten mit einer ständig anwachsenden Angst konfrontiert. Eine „furchtbare, ungeheuerliche Angst“ (Renée in Sechehaye, 1973, S. 21), die immer „stärker,

unsäglich, grauenvoll“ (ebd. S. 33) wird. Und immer wieder, eine Steigerung erscheint dem Leser kaum noch möglich, beschreibt sie: „Wiederum steigerte sich die Angst“ (ebd. S. 43). Ein anderer Patient berichtet von nicht näher zu beschreibenden Zuständen, denen er hilflos ausgeliefert ist und die „sich ins Unendliche steigern“ (in Benedetti 1994, S. 25). Diese „Steigerungen“ führen dazu, dass sich die Betroffenen verwirrt, überrannt und gehetzt fühlen: „Bei mir war das eher ’n unheimlich starkes und schnelles Hervorbrechen von Irgendetwas aus meinem Innern, was mich unglaublich überrannt hat und ... sehr, sehr schnell gemacht hat. Also, ich hab ’s geschafft, irgendwie in dieser Zeit meinem Verstand davonzurennen“ (zit. nach Stolz 2005), berichtet ein junger Schizophrener im Rahmen eines Psychoseseminars. Erlenberger (1984, S. 12) schreibt: „...ich war geängstigt, gehetzt durch dieses Leben“.

Die Intensität, gewissermaßen die Qualität der Gefühle steigert sich, jedoch auch ihre Quantität, das Ziel vorherrschender Affekte dehnt sich aus: „Ich hasse alle ... Alle hassen mich“ (Schiller 1995, S. 304).

H. Grimaud beschreibt sich als Kind als „chronisch böse auf die Welt“ und „versank ... in Bildern von Rache, ... das Köstlichste von allen war mein Tod...“ (S. 27)

Als sich-ausdehnend nehmen einige Schizophrene auch ihre Umwelt wahr: „Das Schulgebäude wurde riesengroß“, beschreibt es Renée (Secheyay 1973, S. 16), „Mit einem Schlag wurde die Straße endlos“ (ebd. S. 17). Diffuse Gefühle von ängstiger Grenzenlosigkeit und Weite beschreiben Schizophrene auf mannigfache Art und Weise, dazu noch einmal Renée: „Genau in diesem Augenblick erblickte ich ein Weizenfeld, dessen Grenzen ich nicht erkennen konnte. Und diese gelbe, in der Sonne leuchtende Unendlichkeit ... machte mir solche Angst, dass ich zu schluchzen begann“ (ebd. S. 13). „Ich verlor mich so in mir selbst, ich war so leer und mein Raum so unendlich und unberechenbar“ (Erlenberger, a. a. O. S.12), beschreibt es eine andere Betroffene.

Als H. Grimaud das erste Mal ein Klavierstück vorgespielt wird, wird sie „von der Vorstellung der Unendlichkeit ergriffen“ (S. 54). Sie erlebt dies als „Öffnung, das Gefühl, ... dass ein Weg sich vor mir öffnete“ und hat das Gefühl, „dass ich freier, tiefer hatte atmen können“ (ebd.).

Renée beschreibt im *Vorfeld* ihrer Erkrankung eine „Spannung, etwas, das *maßlos wuchs*“ (Renée in Sechehaye 1973, S. 15, Hervorhebungen S. K.).

„Zustand totaler Entspannung“

Eine Teilnehmerin des Hamburger Psychoseseminars äußert: „Für mich ist Neurose ein ständiges Anwachsen von Spannungen, wie eine Spiralfeder, die immer weiter aufgezo-gen wird. Und Psychose ist, wenn die Spannung gelöst wird“ (in: Bock et al. 1995, S. 48). Ähnlich beschreibt es auch ein anderer Betroffener, der „Psychose als einen Metallring unter hoher Spannung, der zerbricht oder einen Riß bekommt“ (Mohelsky 1996, S. 126) erlebt. Er führt weiter aus, dass der „Metallring aus alten vertrauten Wahrnehmungsmustern besteht“. Und etwas später heißt es: „Die Spannung, die frei wird beim Zerbrechen der Gewohnheitsmuster unserer Wahrnehmung wird als gewaltiger Quell von Energie empfunden und erfahren als physischer und emotionaler Umsturz.“ Auch Herr Riese erlebt die akute schizophrene Phase als Aufheben von Spannung, er erlebt sie als „Zustand totaler Entspannung und Entgrenzung sowie große Überflutung“ (in Bock 1997, S. 202). Dieses Aufgehobensein von Spannung wird erlebt als „Schweben“ (O. Grön in Stratenwerth 1999, S. 129), die Betroffenen fühlen sich „... wach und doch wie in Trance“ (ebd.).

Ein ähnliches Gefühl des Schwebens beschreibt H. Grimaud während des Spielens: „...und im höchsten Augenblick erhebt er [der Interpret] sich ...:Die Erde flieht unter seinen Fingern, weit weg“ (S. 95, Einfügung S. K.).

Ebenso wie das Erleben extremen Isoliertseins führen beim Schizophrenen auch diese Auflösungen und Diffusionen zu einem Gefühl des Unwirklichen, des Verlustes der Realität. „Nichts konnte mir Halt geben, die Straße schwankte, ich selbst war offenbar nur lose zusammengesetzt, schien durchlässig wie ein Sieb, unwirklich wie der Erlkönig zu sein“ (Auf dem Garten 1996, S. 128). Eine andere Patientin fühlt sich schuldig, weil sie „Die Realität von Leben mit der Sehnsucht nach Leben vertauscht“ (O. Grön in Strathenwert 1999, S.127) habe.

Während die dargestellten Phänomene der Isolation eher einer zusammenziehenden und sich abkapselnden Bewegung folgen, haben wir es hier mit einer

extremen Ausdehnung zu tun, die zu den beschriebenen Entdifferenzierungen führt, oder aber zu Fragmentation und damit letztendlich wiederum zu Isolation. Dem Zerreißen von Zusammenhängen infolge der beschriebenen Zerdehnungen stehen das Erspüren oder die Konstruktion neuer Sinnzusammenhänge gegenüber.

I.1.1.3 Zusammenfassung: Die Verabsolutierung der EINS

„Absolute Einsamkeit“ und „Erfahrung einer größeren Einheit“

Charakteristischer als jede der beschriebenen seelischen Bewegungen an sich ist ihr Nebeneinandervorkommen, die Gleichzeitigkeit dieser so gegensätzlichen Strebungen. In der Psychose, so ein Betroffener, manifestiert sich die „Gleichzeitigkeit der Gegensätze“ (zit. nach Bock 1997, S. 230). Die Widersprüchlichkeiten im Erleben und Verhalten, das Aufeinanderprallen simultan entgegengesetzter Motivationen und Affekte erleben die meisten Schizophrenen im Zustand ihrer akuten Erkrankung gerade nicht als Widerspruch oder Gegensatz. Die intrapsychische Spannung, die ja aus Gegensätzen erwächst, erleben sie als aufgehoben („Psychose ist, wenn die Spannung gelöst wird“, s. o.). Aufgehoben aber nicht in einem dialektischen Sinne sondern in der Lösung von Dialektik, Kausalität und Gemeinschaft, in der Befreiung vom Realitätsprinzip.

Auf unterschiedliche Art und Weise wird sowohl infolge der zusammenziehend-isolierenden Verfestigung als auch als Resultat von Ausdehnung, Auflösung und Vermischung ALLES EINS: Sowohl in der „absoluten (!) EINSamkeit“ (s. o., Hervorhebung S. K.) als auch in der „Erfahrung einer größeren EINheit“ (Buck/Zerchin 1999, S.13, Hervorhebung S. K.) wird die Ausschließlichkeit von Gegensätzen aufgehoben und damit ein Zustand des Stillstandes, der Leere, aber auch der Ekstase („Aussichheraustreten“, Duden, S.1551) hergestellt. „Alles oder Nicht, heißt das Ziel, welches Gesundheit büßt“ (zit. nach Roggendorf/Rief 2006, S. 39), heißt es im „Manifest eines Schizophreniekranken“, und das fehlende „s“ am Ende des „Nicht“ ist durchaus kein Druckfehler.

Die „Erhobenheitsgefühle“ (Frau Ä. in Bock 1997, S. 278) rühren von dem Eindruck, sich „vom Grauen, Banalen und Langweiligen“ (ebd.) zu lösen. Die

Loslösung vom „Banalen“ (im 19. Jahrhundert aus frz. banal entlehnt, mit seiner Ableitung aus dem altfrz. ban, „Bann“, i. S. von „gemeinnützig“, vgl. Duden, Herkunftswörterbuch, S. 60) betont noch einmal besonders deutlich das Heraustreten aus der Gemeinschaft, dem Zusammenschluss Vieler, in eine Welt des Alleinseins. (All-Eins!) Auch Frau F. betont diesen Aspekt: „Andere kaufen sich eine Pille, um drauf zu kommen, ich kriege das umsonst. Im Allgemeinen habe ich Angst davor, wieder psychotisch zu werden, doch manchmal sehne ich mich auch nach diesem *ekstatischen Zustand* zurück: plötzlich wieder im Fahrwasser der Phantasie zu schwimmen, *im Mittelpunkt der selbstgeschaffenen Welt zu stehen*“ (in Bock 1997, S. 277, Hervorhebungen S. K.). Auch Frau H. beschreibt, dass sie „...wiederum auch ein bisschen süchtig nach diesem Zustand“ (in Strathenwert 1999, S. 112) sei. Weiter heißt es bei ihr: „Er hat eine Sogwirkung, der ich mich nur schwer entziehen kann“ (ebd.). Das hat mit der von ihr verspürten „Sinnhaftigkeit“ (ebd.) zu tun, die daraus resultiert, dass sie sich „aufs unmittelbarste mit [seiner] ihrer Umwelt verknüpft“ erlebt. Sie spürt „eine Geborgenheit“, das „hat eine kosmische Seite, ist emotional unheimlich befriedigend“ (ebd.). Diesen Suchtcharakter beschreiben selbst Schizophrene, die extreme Ängste verspüren. Bei der oben zitierten Frau F. heißt es weiter: „Wäre da nur nicht die Sterbensangst, die diesen Zustand immer wieder durchbricht, so als gäbe es kein danach“ (ebd.) – als gäbe es keine Zwei, kein Anderes, kein Später... Das Erspüren eines erlösenden „Danach“ ist ihr in der Aufgehobenheit der Gegensätze von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft unmöglich. Wie fast alle Betroffenen, so beschreibt auch Erlenberger einen Zustand der Gleichgültigkeit: „In diesem leuchtenden Zustand ging mein Fühlen über in eine Gleichgültigkeit, auch mir selbst gegenüber“ (a. a. O. S. 13/14). Auch wenn Renée einen „Zustand der dumpfen Gleichgültigkeit“ (in Secheyne 1973, S. 73) beschreibt, können wir davon ausgehen, dass diese Formulierung wörtlich gemeint ist: In der Aufhebung alles Kontradiktorischen in der Gleich-Zeitigkeit der EINS ist eben tatsächlich alles gleich gültig! „Tod und Leben sind eins, tiefste Nacht und hellstes Licht – alle Widersprüche und Gegensätze, die dich immer zerrissen, sind anwesend“ (Jentgens in Strathenwert 1999, S. 141). Dieses „Anwesendsein“ der Gegensätze und Widersprüche ist „frei“ von der ihnen sonst innewohnenden Gegensatzspannung und der hiermit verbundenen Dynamik. Alles kann Alles sein oder bedeuten – oder

aber es „IST“ wie es ist, weist nicht über sich hinaus, nichts vermag einen Schatten zu werfen: „Für mich war der Wahnsinn ein Land, ... in dem ein unerbittliches Licht herrschte, das keinen Platz für Schatten lässt und uns blendet. Es war eine unendliche Weite, grenzenlos, flach, flach – ein mineralisches, mondartiges Land, kalt wie die Steppen des Nordpols. In dieser Weite ist alles unveränderlich, reglos, versteinert, kristallisiert“ (Renée in Sechehaye 1973, S. 31/32). In dem folgenden Zitat Renées wird die „Anwesenheit“ der Gegensätze von „Stille“ und „Geräuschen“ beschrieben, es wird deutlich, wie die Gegensatzspannung auch hier aufgehoben ist, Laute und Geräusche vermögen die Stille nicht aufzuheben, zu durchbrechen oder ihr gegenüber zu stehen, vielmehr verstärken sie sie in der ihr eigenen Qualität: „Und über dieser Weite herrschte eine furchterregende Stille, und die Geräusche, die sie unterbrachen, machten sie nur noch stiller, noch furchterregender“ (ebd. S. 25). Die Verabsolutierung der „Eins“ kommt auch in folgendem Zitat Renées deutlich zum Ausdruck: „In der Stille und Unendlichkeit erschien jedes Ding wie mit dem Messer ausgeschnitten, aus der Leere, der Grenzenlosigkeit herausgelöst, von anderen Gegenständen getrennt. Da nur das Ding alleine da war, in keiner Beziehung zu seiner Umgebung stand, begann es zu existieren...“ (ebd. S. 64/65). Das folgende Zitat Erlenbergers mag abschließend noch einmal auf den Zusammenhang zwischen der von der Autorin benannten „Verabsolutierung der EINS“ und der von den Betroffenen so häufig beklagten „Leere“ und dem quälenden „Nichts“ hinweisen: „Das Meer aller Motive ist der Wahnsinn - die grenzenlose Einheit von allen Gedankenbildern und Formen“, heißt es bei ihr, und wenig später: „Ich darf mich an keine Form heften, keine Gestalt geben wollen“ (a. a. O. S. 218).

I.1.2 Spezifische Bereiche schizophrener Selbst- und Welterlebens mit hoher Relevanz für die Musiktherapie

Im Folgenden sollen noch einmal Bereiche schizophrener Selbst- und Welterlebens herausgearbeitet werden, die unter musiktherapeutischen Gesichtspunkten besonders relevant erscheinen. Selbstverständlich sind die bereits geschilderten Selbstzeugnisse schizophrener Menschen von immenser Bedeutung auch für die Musiktherapie, schildern sie doch grundlegende Befindlich-

keiten und Erlebensmuster Schizophrener im Kontakt und im Umgang mit „der Welt“, wie wir sie auch in der Musiktherapie mit schizophrenen Patienten erwarten können.

Die Musiktherapie, wie sie im Rahmen der vorliegenden Arbeit verstanden und innerhalb der zu untersuchenden Erstkontakte praktiziert wurde, gibt Begegnung und Beziehungsgestaltung von Patient und Therapeutin im verbalen und musikalischen Miteinander Raum. In den musiktherapeutischen Erstkontakten fungierten Sprache und Musik (als gemeinsame musikalische Improvisation, aber auch als Thema, über das gesprochen werden konnte und durfte) als Beziehung vermittelnde und modulierende Medien. Das Erleben der Betroffenen hinsichtlich „Sprache“ und „Musik“ noch einmal ausdrücklich zu fokussieren, liegt im Rahmen der vorliegenden Arbeit also nahe, war aber gleichwohl bei der Konzeption so nicht geplant und resultiert aus der überraschenden Erkenntnis, dass die Betroffenen selbst diese beiden Themenkomplexe immer wieder aufgreifen und beschreiben.

Dem Erleben schizophrener Patienten in und mit der Musiktherapie dann auch noch Raum zu geben war wiederum nahe liegend, erwies sich aber als gar nicht so leichtes Unterfangen: Zwar gibt es einige Untersuchungen zum Erleben schizophrener Patienten in der Musiktherapie, die Suche nach Zitaten geriet jedoch häufig zur Suche nach der Nadel im Heuhaufen.

I.1.2.1 Schizophrene Menschen und Sprache **Die Kapitulation der Sprache und die Kapitulation vor der Sprache²**

„Die Sprache ist nicht nur eine der Ausstattungen, die dem Menschen, der in der Welt ist, zukommt, sondern auf ihr beruht und in ihr stellt sich dar, dass die Menschen überhaupt Welt haben.“

(Gadamer 1965, zit. nach Dörr 2004)

Das Verhältnis Schizophrener zur Sprache, Veränderungen der „schizophrenen“ Sprache („Schizophasie“, „Kryptolalie“...) und Veränderungen im Umgang Schizophrener mit Sprache sind Gegenstand zahlreicher Untersuchungen und Veröffentlichungen (z. B. Blankenburg 1991, Kempker 1991, Luif 2004

² Kempker (1991) betont bezüglich der „Aussagekraft des Nichtmehrsprechens“, dass es hier um „die Kapitulation der Sprache angesichts der Geschehnisse und um die Kapitulation des Ich vor der Sprache“ gehe (ebd., S. 96).

sowie Schmidt-Knebel 1983). Den Besonderheiten der Sprache schizophrener Menschen wurde seit jeher eine fundamentale Bedeutung zugemessen. Für die meisten Autoren allerdings ist das „wundersame Gewächs des verrückten Sprechens immer schon ein zu vertilgendes Unkraut“ (von Trotha in Kempker 1991): Ausdruck oder Illustration von Symptomen und/oder Defiziten und bestenfalls diagnostisches Kriterium. Die Sprache Schizophrener wird als verarmt, verflacht, zerfahren und inadäquat beschrieben (vgl. ICD 10). Inadäquat? Nicht passend, nicht angemessen, nicht entsprechend (Duden/Fremdwörterbuch S. 352)??? Was passt hier nicht wozu? Gemessen woran? Ent-sprechen – wem oder was?

Was schizophrene Menschen selbst über ihr Verhältnis zur Sprache und zum Sprechen zu sagen haben, war kaum je Gegenstand wissenschaftlichen Interesses. Zwischen Fach- und Alltagssprache bestehen nur schwer zu überbrückende Barrieren. Im psychiatrischen Alltag wird, z. B. im Rahmen der Psychoedukation, viel Mühe darauf verwendet, schizophrenen Patienten ein Krankheitsmodell zu vermitteln. Ein für den Betroffenen selber ängstigendes und befremdendes (s. o.) Erleben und Verhalten in (fremde) Worte und Definitionen zu kleiden, kann zweifelsohne als Entlastung erlebt werden – aber auch den Prozess der Entfremdung verstärken (s. o.). Professionelle und subjektiv – eigene Erklärungsansätze in Einklang zu bringen, diese zu *vermitteln*, ist in psychiatrischen Institutionen kaum üblich.

Sprache stellt soziale Verbindungen dar – aber auch her. Deshalb geht es bei der Frage nach der Sprache letztlich um das Bemühen um Beziehung (vgl. Bock 1996, S. 34): „Schon der Versuch der Verständigung macht die Psychoseerfahrung zu etwas Drittem, relativiert also ihre Macht“ (a. a. O. S. 36). Die Daseinsanalytische Forschungsrichtung der Schizophrenielehre versucht, zu verstehen, auf welche Erlebensweisen mit „schizophrener“ Sprache verwiesen wird, welche inneren Welten mit ihrer Hilfe – durchaus „adäquat“! - dargestellt werden. Dass dies ein schwieriges Unterfangen ist, dürfte sich dem Leser auf den letzten Seiten an der einen oder anderen Stelle deutlich mitgeteilt haben: „Die 'Sprache der Verrücktheit' ... spricht, schreit, stammelt, verstummt, lebt in Bildern, Gesten, im Machen jenseits der Worte der Logik. Sie ist im Prozess, ringt um sich, sie verweigert sich neben der 'Realität' auch sich selber“ (Kempker 1991, S. 108). Sich dieser Sprache zuzuwenden macht Sinn, denn

„wir nehmen mehr wahr, wenn die Worte dafür bereitstehen“ (Blankenburg 1991, S. 141). Wir können und dürfen den verzweigten Satzgefügen mancher Schizophrener weitaus mehr entnehmen als ihre Verstricktheit in eigene Widersprüche, und ihrer blumigen Sprache durchaus mehr und anderes als (nur) ein Verhüllungsbedürfnis! „Wenn wir den Reichtum des präverbalen Moments nicht zu erkennen wissen, gehen uns vielleicht die spezifischsten Sachverhalte verloren“ (Dörr 2004, S. 61)

„Wo es gewagt wird, den Radius des Denk-, Sag- und Machbaren zu erweitern, da erhält der eigene Lebensraum mehr Spiel. ... Wo die Schwerhörigkeit des Gegenübers schwindet, kommen auch Zwischentöne an“ (Kempker 1991, S. 113).

„Jenseits von Wörtern“

Viele Schizophrene fühlen sich „vollkommen unfähig, irgendein Gefühl in Worten auszudrücken“ (ebd. S. 44), erleben sich „jenseits von Wörtern“ (ebd. S. 39). Einige Betroffene beschreiben dies als grundsätzlichen, schon immer ihr Erleben prägenden Zustand: „Ich lernte Wörter und glaubte von Anfang an, dass Wörter buchstäblich gemeint sind“ (Frame 2004, S. 15). Andere bringen dies eher in Verbindung mit dem Prozess des Voranschreitens ihrer Erkrankung und haben das Gefühl, „die Sprache *verloren* zu haben“ (Barnes 1989, S. 45, Hervorhebung S. K.). „Ich löste mich von den Worten, die meine Gedanken gebildet hatten“ beschreibt es Burke (1997, S. 50), und später heißt es: „Ich konnte mich nicht mitteilen und versank in einem Riesenfaß Furcht. ... Die Worte um mich her bedeuteten nichts“ (ebd. S. 125). Renée beschreibt ihre „riesige Anstrengung, um einen affektiven Kontakt zu ihr [der Therapeutin] herzustellen. Doch trotz aller Anstrengung konnte ...[sie] nur stammeln: 'Ich...ich...mir...ich...mir...ich'“ (Renée in Sechehaye 1973, S. 93, Einfügungen S. K.). Ein anderer Patient, offenbar ebenfalls mit starkem Kontaktwunsch unter seiner Ausdrucksunfähigkeit leidend, bittet seinen Therapeuten: „Bitte, wenn ich nicht bis zu Ihnen durchdringe, ... würden Sie bitte immer kämpfen?!“ (zit. nach Benedetti 1991, S. 25). Zahlreiche Äußerungen Betroffener bezüglich ihres Erlebens in der Psychotherapie verweisen auf den von ihnen besonders sensibel wahrgenommenen fundamentalen Zusammenhang

zwischen Wort und Stimme ihrer Therapeuten: „Das heilende Element war während dieser zwei ersten Jahre **die Stimme meiner Therapeutin...**“ (Conraths 2004, S. 70, Hervorhebungen dort). Der Wunsch nach Gemeinsamkeit wird auch in folgendem Gedicht H. Walchhofers spürbar – und ebenso die Schwierigkeit, eine solche (mit Worten) herzustellen:

Mache mal auf deine sinne für
eine gemeinsamkeit mensch und
diese rassenverständlichkeit wie
machen wir es den da bin ich da
schau mich an weil hier du bist
betrachtet und geachtet tu ein
deiniges dazu da auf dieser welt
mitgemacht leben in eigener person
bin gerne dein dafür auch wesen
in arten eigen sei und doch ein
miteinander gerne gesehen weil das
leben liebste der gegebenheiten
wir sind komme mit

(Walchhofer, H. 1996)

„Wir lebten in verschiedenen Ländern, *in denen nicht ... dieselbe Sprache gesprochen wird*“ (zit. nach Klöppel 2004, S. 79, Hervorhebung S. K.), beschreibt Helene Beitler das Zusammenleben mit ihrem Mann nach Ausbruch ihrer Erkrankung. Hier klingt bereits an, dass es durchaus nicht immer oder nur als eigenes Unvermögen erlebt werden muss, sich sprachlich nicht mitteilen zu können. Herr W. beschreibt, dass „sich zwei Dimensionen von Ausstrahlung widersprechen, die eigentlich paradox, aber trotzdem da sind. Da hört dann auch die Sprache auf, noch irgendetwas fassen zu können“ (zit. nach Bock 1997, S. 319). Und an anderer Stelle sagt er: „Da hört auch die Sprache auf, noch irgendetwas greifen zu können. Damit kommen *die anderen* nicht klar“ (ebd. S. 280, Hervorhebung S. K.). Herr Weber kann den Gegenstand seines Leidens erspüren, nicht jedoch verbalisieren. Auch er erlebt dies nicht als eigenes Unvermögen, sondern als Manko der Sprache: „Und dann war ich nicht in der Lage, die seelischen Dimensionen in die Sprache umzusetzen, weil die Kompetenz der Sprache einfach nicht weit genug reicht“ (in Bock 1997, S. 229). Und weiter beschreibt er: „Ich müsste meine sprachlichen Fähigkeiten, die gewohnten Sprechqualitäten und Sprachinhalte erweitern, erweitern um die emotionalen Dinge. Das wäre bestimmt ein guter Psychoseschutz, die Gefühle

zu äußern: 'Ich habe Angst', 'Ich habe Unruhe', 'Mir ist flirrig zumute' oder solche Dinge. Da gibt es in unserem Kulturkreis nicht so besonders viele geeignete Personen, die das überhaupt positiv empfangen können..." (ebd. S. 318).

„Hat die Musik sich meiner bemächtigt, weil sie die Fortsetzung der Stille ist...? Die Musik ist der Zugang zu einem Anderswo der Sprache, das die Sprache nicht sagen kann, das sie aber doch ausdrückt, indem sie es verschweigt“ (Grimaud 2005, S. 68).

Ein schizophrener Patient äußert, dass „die Sprache nur für Ich-Menschen gemacht ist“ (in Benedetti 1994, S. 26) und spürt: „Was ich sagte, ist nichts Wirkliches, nur etwas, was immer mehr verschwindet. Darum hat die Sprache keine Chance“ (ebd.). Herr Riese wünscht sich eine Weiterentwicklung der Sprache, damit „auch Psychotiker in die sprachliche Kultur integriert werden können“ (Bock, a. a. O. S. 318). Herr W. (s. o.) hat sogar den Eindruck, dass sich „mit einer weicheren Sprache...Psychosen vermeiden bzw. integrieren“ (ebd. S. 296) ließen.

Als Helen mit dem Klavierspielen beginnt, erlebt sie „die ... Lust zu spielen, in mir die Emotionen zu suchen, die ich niemals, nirgends und auf keine Weise hatte ausdrücken und zu ihrem Höhepunkt hatte führen können.“ und „das doppelte Glück, meine Gefühle auszudrücken und zugleich ... ihr Echo zu empfangen“. (S. 56) Sie „brachte eine neue Sprache hervor.“ (S. 57)

Nachdem sie die Natur und vor allem die Welt der Wölfe für sich entdeckt hat, fühlt sie sich „...endlich zu Hause, an einem Ort, wo die Sprache entsteht. Auch das ist die Natur, ein gigantischer Ort des Keimens der Musik, die die andere Sprache ist...“ (Grimaud 2005, S. 252).

Doch selbst die Schizophrenen, die ihr Erleben und Empfinden in Worte kleiden können, haben zumeist das Gefühl, sich nicht „wirklich“ ausdrücken und verständlich machen zu können: „Das, was man eigentlich sagen möchte, kann man schwer ausdrücken, und das, was man ausdrücken kann, ist im Grunde nicht das Wesentliche“ (Buck/Zerchin 1999, S. 198).

Gerade dort jedoch, wo der Schizophrene das Gefühl hat, sich seinem inneren Erleben entsprechend „adäquat“ auszudrücken, wird er anderen häufig unverständlich. Renée, die über einen langen Zeitraum hinweg in einer eigenen „Sprache“ spricht und schreibt, äußert sich im Nachhinein folgendermaßen:

„Sie [die Worte] kamen ganz von allein und sollten überhaupt nichts bedeuten ... Es war nur der Klang, der Rhythmus, der einen Sinn ergab ... In Wahrheit beklagte ich mich durch solche Worte, drückte damit den tiefen Schmerz und die unendliche Trauer aus, die mein Herz erfüllten. Ich bediente mich nicht der üblichen Wörter, denn mein Schmerz und meine Verzweiflung hatten keinen wirklichen Gegenstand“ (zit. nach Sechehaye 1973, S. 94).

Auch im Erleben (und nicht nur im Gebrauch) der Sprache zeigt sich der Verlust von Beziehung, vor allem zwischen dem Wort (als Phonem oder Satzzeichen) und seiner Bedeutung: „Das Wort war wie abgezogen, jeder Bedeutung entleert, es hatte den Gegenstand verlassen, sich von ihm abgelöst“ (Renée in Sechehaye 1973, S. 42). So gab es im Erleben Renées schließlich „auf der einen Seite das lebendige spöttische Ding und auf der anderen seinen sinnentleerten Namen, wie ein seines Inhalts entleerter Umschlag ... Es gelang mir nicht mehr, sie wieder zusammenzubringen“ (ebd.).

Für andere Schizophrene ist das Sprechen jedoch noch aus einem anderen Grund quälend und regelrecht gefährlich: „Immer, wenn ich etwas über mich erzähle, geht es für mich verloren“, beschreibt es ein Patient (zit. nach Windgassen 1989, S. 130). M. Barnes schreibt: „Mir wurde klar, warum ich nicht sprechen konnte, ... Wenn ich sprach, ... verlor ich mich“ (Barnes 1989, S. 193). „Ich hatte so viel Angst, ich konnte gar nicht mehr reden. Ich habe mich dann nur mit Zeichensprache verständigt“ (zit. nach Bock 1997, S. 320), drückt es ein anderer Betroffener aus.

Viele Betroffene sehnen sich jedoch danach, über ihr (psychotisches) Erleben sprechen zu können und beklagen, dass dies im psychiatrischen Alltag zumeist nicht erwünscht ist oder lediglich zu diagnostischen Zwecken „gebraucht“ wird (s. o.). So schreibt Erlenberger über die ärztlichen Gespräche: „Sie sprechen nicht viel mit den Patienten. ... Wird man vielleicht doch einmal zu einem Gespräch gerufen, so ist es kurz und so sachlich abgezielt auf ein baldiges Ende und in bekannten Grenzen gehalten. Niemand erwartet, dass es interessant oder nützlich sein könnte“ (Erlenberger 1984, S. 126). Und doch geben viele Betroffene den Versuch, sich – dennoch - verständlich machen zu wollen, nicht auf. Auch, wenn sie hierzu nicht auf „ihre“ Sprache zurückgreifen können. Dazu noch einmal Erlenberger: „Ich spüre, sie wollen es nicht wissen ... Ich kann mich nicht erklären ... ich muss alles ins Rennen werfen, um für meinen Irr-

sinn einzustehen und ihn mit der Sprache der Normalen beschreiben. Ich muss meinen Irrsinn auf der Ebene der Vernunft tanzen lassen. Es ist ein schwieriges Unterfangen, aber ich schicke meinen ganzen Hirnsaft auf die Jagd, um die Zweifel zu erlegen“ (ebd. S. 227).

I.1.2.2 Schizophrene Menschen und Musik

Musik als Ort des Rückzugs und Möglichkeit der Teilnahme

Veröffentlichungen, die sich fokussiert mit dem *Verhältnis* schizophrener Menschen zur Musik befassen, scheint es nach den Recherchen der Autorin nicht zu geben. Bereiche, in denen entsprechende Veröffentlichungen vermutet werden könnten, sind in erster Linie die Musikpsychologie und natürlich die Musiktherapie.

Gerade im Rahmen musiktherapeutischer Behandlungen fällt auf, dass schizophrene Patienten nicht nur auffallend positiv auf die Möglichkeit des Musizierens reagieren, sondern auch, vor allem im musiktherapeutischen Erstkontakt, das Thema „Musik“ häufig aufgreifen – möglicherweise dankbar, einen *Anhaltspunkt* zu haben, eine Chance, von sich zu erzählen, wo es doch „nur“ um die Musik geht ... Wie auch immer: Es scheint nicht an fehlendem „Material“ zu liegen, dass es hierzu keine Literatur gibt.

Nach Meinung der Autorin laufen sowohl Musikpsychologie als auch Musiktherapie mehr und mehr Gefahr, in diesem Zusammenhang eher auf eine Art „Musikpsychopathologie“ zu fokussieren, von Autoren wie Steinberg (s. u.) auch so benannt. Wie Steinberg (1993) betont, ist die Anzahl von Kompositionen schizophrener Menschen im Vergleich zu den zahlreich dokumentierten Dichtungen und bildnerischen Werken Schizophrener eher gering. Dort, wo diese Kompositionen dennoch ins Blickfeld geraten (vgl. z. B. Steinberg 1993 sowie Pethö 1980), geht es zumeist darum, Gestaltungscharakteristika zu beschreiben, die die Feststellung untermauern, dass sich in diesen Werken auch psychopathologische Faktoren spiegeln. So schreibt beispielsweise Pethö (1980 S. 258): „Qualitativ gesehen entsprechen die übertriebene Vereinfachung, der dürre, öde Stil und die Ausdruckslosigkeit, in die der erhabene Ideengehalt eingebettet ist, sehr wohl dem reinen Defekt des Patienten“. Auffallend an dieser wie anderen Untersuchungen und Beschreibungen ist einerseits, dass hier nur *scheinbar* oder gar nicht von Musik als einem interaktionellen Geschehen

ausgegangen wird und dass das Wahrnehmen (oder eben Nicht –Wahrnehmen) der untersuchten Qualitäten lediglich als ein der jeweiligen Musik immanentes Phänomen verstanden wird.

Andererseits bringen Adjektive wie *übertrieben* (s .o.) die Orientierung an einer wie auch immer gearteten Norm zum Ausdruck, die weder definiert noch auch nur problematisiert wird. Die folgende Beschreibung Steinbergs bringt dies besonders deutlich zum Ausdruck. Er charakterisiert „die Kompositionen“ „der Schizophrenen“ folgendermaßen: „...*überkomplizierte* musikalische Ausdrucksmittel, ... eine Neigung zu melodischen Bruchstücken, zu stereotypen Sequenzbildungen in einfachen metrischen Schritten ... *Unmotivierte* Melismen, eine Verarmung der harmonischen Entwicklung ... *Maßlose* ... Oktavüberschreitungen ..., *maßlose* dynamische Vorschriften...“ (Steinberg 1993, S. 390, Hervorhebungen S. K.). Dass sich psychische Erkrankungen in veränderten Qualitäten musikalischen Ausdrucks widerspiegeln wird auch durch musiktherapeutische Untersuchungen bestätigt (vgl. z. B. Inselmann und Mann 2000, Pavlicevic und Trevarthen 1989). Der Wert musiktherapeutischer Improvisationen als diagnostisches Instrument ist unbestritten – wenn „Diagnose“ nicht als Ansammlung psychopathologischer Auffälligkeiten (oder Gestaltungsmerkmale, die als solche klassifiziert werden) (miss-) verstanden wird.

In dem folgenden Abschnitt soll dem *Erleben* Schizophrener bezüglich ihres Verhältnisses zur Musik nachgegangen werden. Wie beschreiben schizophrene Menschen ihr Verhältnis zur Musik? Was suchen sie *in* und *mit* Musik? Welche Wünsche und Sehnsüchte richten sie auf dieses *Medium* bzw. auf seine Vermittlungsfunktion? (Schließlich kann Musik nur dort erklingen, wo sie von *jemandem* oder von *etwas* hervorgebracht wird – und seien es im Rahmen akustischer Halluzinationen die eigenen Was-auch-immer...) Und was davon erfüllt sich – was *erleben* sie, wenn sie Musik hören und/oder selber musizieren? Und schließlich: In welchem Verhältnis zu ihrem (sonstigen) Selbst- und Welterleben steht das „Musikerleben“ schizophrener Menschen?

„Die Musik ... ist die Rechtfertigung unserer Berührung“

Ein wunderbares Beispiel dafür, wie im Erleben einer schizophrenen Patientin Gemeinsamkeit und Berührung (hier sowohl im wörtlichen Sinne zwischen den beiden Frauen als auch als verspürten Kontakt mit „der Welt/unserer Zeit“ s. u.) durch Musik vermittelt werden können, findet sich bei M. Erlenberger. Sie beschreibt in ihrem autobiografischen Roman „Der Hunger nach Wahnsinn“ zunächst einen ihrer (ansonsten) einsamen Spaziergänge auf dem Klinikgelände - im Garten der „Anstalt“. Dann: „Es klingt Musik an. Ein junges Mädchen kommt einen Seitenweg herauf. Sie hält einen Kassettenrecorder vor sich hin und bewegt sich nach der Musik. Ich habe so lange keine solche Musik mehr gehört. Laute, rütmische Popmusik, ich horche auf. - Wir treffen einander an der Wegkreuzung. Wir gehen wortlos den breiten Weg weiter. Wir gehen mit der Musik. Wir bewegen uns zusammen nach dem Rütmus, *er verbindet uns*. Wir sprechen nicht. ... Die Bäume bewegen sich im Rütmus. Die Blätter fliegen mit uns. *Unsere Energie ist dieselbe geworden, die Musiker dazu treibt, solche Musik zu machen. Es ist die Energie unserer Zeit. ... Wir fassen uns an der Hand und schreiten weiter. Die Musik trägt uns. Sie ist die Rechtfertigung unserer Berührung*“ (Erlenberger 1984, S. 183, Hervorhebungen S. K.).

Auf den in dieser Beschreibung auch spürbar werdenden *Sog der Vereinheitlichung* soll an dieser Stelle lediglich hingewiesen werden – ebenso wie darauf, dass er in diesem Zusammenhang *nicht* als ängstigend und destabilisierend erlebt wird – ganz im Gegenteil.

Dass die Musik bzw. das Musizieren als *etwas* herbeigesehnt wird, das dazu verhilft, *dazuzugehören*, wird deutlich anhand zweier Aussagen von J. Frame, die sich auf jeweils ganz unterschiedliche Lebensstufen beziehen. Bereits als Schülerin sehnt sie sich danach, ein Instrument zu erlernen, und schreibt dazu: „Ich muss gestehen, dass meine Freude über die Aussicht, ein Instrument zu lernen, zum Teil von dem Bewusstsein herrührte, im nächsten Trimester, wenn die Lehrerin ihre übliche Liste jener Schülerinnen aufstellte, die solche Dinge wie tanzen, ein Instrument, Rhetorik 'lernten', endlich auch meinen Namen nennen zu können, der stets unter den wenigen Namen derer gewesen war, die zu ihrer Schande nichts 'lernten'“ (Frame 2004, S. 141). Auch aus dem folgenden Zitat spricht dieser inzwischen deutlich drängender gewordene Wunsch:

Frame steht inzwischen am Beginn ihres Studiums, zur Immatrikulation singen die Studierenden des zweiten Jahres wohl so eine Art „Universitäts hymne“. Janet, die sich einsam und außerhalb mitmenschlicher Bezogenheit fühlt (s. o.) beschreibt diese Situation folgendermaßen: In ihrem Erleben singen die Studenten des zweiten Jahres „ ‚ihr‘ Lied, das bald ‚unseres‘ sein sollte. ... Das fröhliche Singen bewegte mich so stark ... Die Vorstellung, dass auch ich bald singen würde ... erschien mir *wie eine Verheißung des Himmels*“ (ebd. S. 198, Hervorhebungen S. K.). „Singen“ als erlebtes „Dazugehören“ taucht aber nicht nur als Hoffnung und Wunsch auf, ist auch nicht durch andere Aktivitäten austauschbar, sondern knüpft an Jahre zuvor Verspürtes an: Schon in ihrer Schulzeit ist für Janet „das Singen - eine Stunde, die ich liebte“ (ebd. S. 53). Tiefe und Bedeutung dieser Aussage werden erst vor dem Hintergrund ihres sonstigen Selbst- und Welterlebens nachvollziehbar, erlebte die kleine Janet doch gerade die Schule als einen Ort und die Schulzeit als einen Lebensabschnitt, in denen sich das verspürte Abgeschnittensein von Anderen und Anderem in quälender Art und Weise immer und immer wiederholte (s. o.).

„Die Welt des Musizierens als ein[en] Ort privaten Rückzugs“

Neben der Möglichkeit, *durch* das Musikhören und *im* Singen Gefühle von Dazugehörigkeit und Überwindung von Einsamkeit und Isolation zu erleben, ermöglicht das gegen alle Widerstände doch durchgesetzte Erlernen eines Instrumentes, des Klaviers, Janet Frame (s. o.) noch etwas ganz anderes – der Leser (und auch sie selbst?) erfährt es erst, als es ihr genommen wird: Nach ihrem ersten Vorspiel sagt die Klavierlehrerin zu Janets Mutter „Jean ist hochbegabt“ (Frame 2004, S. 143). Die Wirkung dieser Aussage ist ganz *anders*, als „man“ vermuten würde – wie und warum kann die Betroffene sehr eindringlich schildern: „Dieses Urteil freute, verwirrte und ängstigte mich, weil es eine Meinung und eine Erwartung aussprach, die mir nun *die Welt des Musizierens als einen Ort privaten Rückzugs* verleiden würde“ (ebd. S. 144, Hervorhebung S. K.). Und sie schreibt weiter: „Das Vorspielen war so greifbar und öffentlich. Mein einziger Rückzug war der nach innen, zu ‚meinem Ort‘, in eine Welt der Phantasie, die ich nicht einmal mit Sicherheit besaß, wo ich jedoch den Lob- und-Tadel-Urteilen der anderen zu entgehen hoffte“ (ebd.). Diesen *inneren Ort*

kann Frame etwas später (ebd. S. 180) auch mit Worten schildern – wenn auch nicht mit eigenen, so doch mit den Worten des Dichters J. C. Squire. Janet lernt in der Schule Lieder kennen, die sie sehr berühren. „Lieder, die mich unweigerlich an einen *Ort* versetzten, der mir, so entdeckte ich, von J. C. Squire ... beschrieben worden war ...:

Es ist noch etwas in meinem Kopf
Aus weit entfernter Zeit;
Ich sah es und ich sehe es nicht,
Ein Land, ganz voll von Flüssen,
Es rührt mein Herz und spricht zu mir...“

Dass *diese* Art von Rückzug in die und mit der Musik Kontakt und Aktivität nicht verunmöglicht, wie wir dies bei schizophrenen Menschen im autistischen Rückzug erleben, sondern im Gegenteil gerade auf spezifische Art und Weise ermöglicht, wird auch noch einmal anhand folgender Schilderung Frames, bezogen inzwischen auf ihr letztes Jahr in der Schule, deutlich: „Ich war nur deshalb imstande, den Hauschor beim Musikwettbewerb zu dirigieren ... und die Jazzband der vierten Klasse anzuführen ..., *weil es keinen beunruhigend engen Kontakt mit dem Chor, der Band oder dem Publikum gab*“ (ebd. S. 179, Hervorhebungen S. K.). *Wie* sehr das Klavierspielen eingebunden ist in *atmosphärisch Erlebtes*, wird deutlich, wenn Frame – die nach besagtem Vorspiel das Klavierspielen tatsächlich aufgibt - beschreibt: „Manchmal hatte ich Sehnsucht nach dem *schönen schwarzen glänzenden* Klavier und dem *warmen abgeschlossenen* Zimmer und der Musik“ (ebd., Hervorhebungen S. K.). Es sei noch angemerkt, dass sich doch noch etwas retten lässt von dem Erlebten: „Dort, wo ich wusste, dass niemand zuhörte, verbrachte ich die Zeit mit Herumklimpern und Improvisieren“ (!! (ebd.), schreibt Frame weiter, und im Studium wurde für sie, die sich ansonsten überall fremd und nicht zugehörig fühlte, „das Musikzimmer [wurde] zu einem ... Ort, an dem ich mich zu Hause fühlte“ (ebd. S. 242) - ein *Ort*, den sie nun auch *außen* finden konnte! Vor allem an den letzten Beschreibungen wird deutlich, dass es sich im Erleben der Betroffenen bei in und mit Musik erfahrenen Zuständen des Rückzugs oder Kontaktes durchaus nicht immer um gegensätzliche oder auch nur klar voneinander zu unterscheidende seelische Bewegungen handelt: In die „Welt der

Musik“ einzutauchen führt einerseits an einen „inneren Ort“, ermöglicht Schutz im Rückzug. Andererseits wird genau in dieser „Welt“ Gemeinsamkeit verspürt, wird sie als mit anderen teilbar erlebt.

Manchmal fungiert die Musik weniger *als Ort* des Rückzuges, sondern wird *im* Rückzug selbst zu „etwas“, das oder dessen Anwesenheit und Nähe als Einziges ertragen werden kann, das quasi *an die Stelle* (sonstigen) Kontaktes „zur Welt“ tritt. Die folgende Schilderung bringt deutlich zum Ausdruck, wie Musik – in diesem Fall das Hören von Musik - einerseits *diese* Art von Kontakt *ermöglicht* und *gleichzeitig* den gefürchteten mitmenschlichen Kontakt *verhindert*: „Ich hatte so viel Zeit wie möglich am Ende des Hauptflurs verbracht, wo die Stereoanlage stand. *Ich wollte nichts um mich herum haben als meine Musik*. Wenn ein anderer Patient den Flur herunterkam, war das für mich, als würde ein Feind mein Territorium betreten“ (Schiller 1996, S. 372/73 während eines ihrer zahlreichen Klinikaufenthalte, Hervorhebungen S. K.).

„Wenn er von Einsamkeit sang, gab er genau meine Gefühle wieder“

Die Qual des Erlebens, „vollkommen unfähig [zu sein], irgendein Gefühl in Worten auszudrücken“ (Barnes 1989, S.44, Einfügung S. K., s. auch o.) scheint für die Betroffenen zumindest für Momente aufgehoben, wenn sie den Eindruck haben, *ihre* Gefühle würden adäquat musikalisch und/oder anhand von Liedtexten zum Ausdruck gebracht. Diesen Eindruck kennt sicher jeder Mensch – auch hier bekommt dieses Erleben schizophrener Menschen seine Bedeutsamkeit gerade dadurch, dass es *auch* ihnen bei allem verspürten Anderssein gelingen kann, sich in diesen Momenten eben gerade *nicht anders* zu erleben und eigenes Fühlen als von anderen (!) verstanden, mit diesen *identisch* und deshalb *stellvertretend* vermittelbar zu erleben. Deutlich spürbar wird hier *auch* die Nähe zu bzw. bereits eingetretene Entdifferenzierungen, die *hier* die Betroffenen jedoch *nicht destabilisieren* und *ängstigen*, sondern eher *bestärken*. So schreibt Schiller (1994, S. 163/164): „Die Songs sprachen meine Erfahrungen an, meine Gefühle. Es war, als ob die Außenwelt durch die Musik zu einem Spiegel meiner inneren Welt wurde. Die Grenzen zwischen der Musik und meinem Bewusstsein schwanden. ... Ich hörte auch Billy Joels aufpeitschende Musik. ... Manchmal, wenn er in seinen Liedern Depressionen,

Wahnsinn oder euphorische Stimmungen beschrieb, klang es so, *als kenne Billy Joel das schreckliche Chaos in meinem Inneren*. Und wenn er von Einsamkeit sang, *gab er genau meine Gefühle wieder*. ... Crosby, Stills & Nash *wussten alles über die Angst, die ich empfand*, als meine Innenwelt mich einkreiste und schließlich realer wurde als die Außenwelt“ (Hervorhebungen S. K.). Dass hier Eigenes, eigenes Erleben und Leiden, *als Eigenes* eher bestätigt und bestärkt wird, bringt auch folgend Beschreibung Schillers zum Ausdruck: „Musik konnte die unterschiedlichsten Stimmungen bei mir hervorrufen. ... Die Musik *wirkte sehr stark auf mich*, aber *meine Stimmungen waren stärker*. Meist war es nicht die Musik, die meine Gefühle bestimmte, sondern *meine Gefühle, die die Musik bestimmten*. Sie wirbelten um mich herum, sickerten hinaus in die Welt, bestimmten die Auswahl der Songs und filterten die Melodien und Texte – nicht um sich selbst zu verstärken, sondern *um sich im Einklang mit ihnen zu verstärken*“ (ebd. S. 163, Hervorhebungen S. K.). „Was für eine wunderbare Erfahrung, in tiefster Depression eine Kassette von Jackson Browne einzulegen und in seiner Selbstmordbesessenheit zu schwelgen. Meine eigene Obsession *vermischte sich mit seiner*. *Durch seine Gefühle konnte ich meine verinnerlichen und verstärken*“ (ebd. S. 165).

„Mozart klebt die Welt wieder zusammen, wenn sie zersprungen ist“

Die drohende oder bereits eingetretene Fragmentierung, das „Auseinanderfallen“ des Selbst und/oder „der Welt“ (s. o.) wird im Erleben vieler schizophrener Menschen beim Hören jeweils bestimmter Musik zumindest für Momente „rückgängig“ gemacht: „Mozart klebt die Welt wieder zusammen, wenn sie zersprungen ist. Mozart ist Balsam. Mozart ist Umarmung“, beschreibt es ein schizophrener Musiker (in Debus, o. Jg. S. 3). Schiller (1994, S. 162), die unter dem Auseinanderfallen ihrer Gefühlswelt, unter völlig entgegengesetzten, schnell wechselnden Affektzuständen litt, meint etwas ganz Ähnliches, wenn sie in der für sie so hilfreichen distanziert-humorvollen Tonart über E. John schreibt: „Mit seiner Musik beherrschte er das gesamte Spektrum der Gefühle. ... Elton John war mein Lithium. Elton Lithium John. Wir füllen ihn in Flaschen ab und stellen ihn ins Medizinschränkchen. Je nach Bedarf zu verwenden. Musik ist die beste Medizin, wie man so schön sagt“ (ebd. S. 162; ange-

merkt sei noch, dass Schiller jahrelang Lithium verabreicht bekam, das ihr wie die meisten anderen Medikamente nicht nur nicht helfen konnte, sondern ihr Leiden durch seine massiven Nebenwirkungen eher noch verstärkte.). Herr Weber äußert in seinem Gespräch mit dem Psychologen Th. Bock folgende Gedanken zur Musik: „Musik ist ein aufhebendes Moment, was die Psychose betrifft. Da sind die Klänge, die Schwingungen, die für das Ohr hörbar und nach dem Hören auch verbalisiert sind. Man kann viele Schwingungen, die Psychotiker haben, der Musik entnehmen“ (zit. nach Bock 1997, S. 230).

Dass sowohl das Hören von Musik als auch das eigene aktive Musizieren dem erlebten „Chaos“ (s. o.) entgegen zu wirken vermag, taucht in zahlreichen Schilderungen schizophrener Menschen auf. Selbst das innere Hören, die *Vorstellung* einer bestimmten Komposition, vermag dies: „Das wohltemperierte Klavier ist die Mathematik der Musik. Alles hat seine bestimmte Entfernung zueinander, seine Ordnung: die Tonhöhen, der Rhythmus, die Klänge. Wenn draußen zu viel Unordnung ist, dann erklingt in meinem Kopf das wohltemperierte Klavier und alles ordnet sich wieder“, beschreibt es ein schizophrener Musiker (in Debus o. Jg. S. 1). Allerdings droht sich auch diese Fähigkeit des Betroffenen und damit natürlich auch die beschriebene Möglichkeit der Musik zu verselbständigen, ihm zu entgleiten: „Nur manchmal ist es nicht mehr auszustellen“, fügt er hinzu (ebd.).

I.1.3 Zum Erleben schizophrener Patienten in der Musiktherapie

In der vorliegenden Literatur zur Musiktherapie mit schizophrenen Patienten findet das *Selbsterleben* Betroffener relativ häufig Beachtung. Sofern es sich um direkte Befragungen von Patienten handelt, sind Hintergrund oder Anlass entsprechender Untersuchungen allerdings zumeist eher Fragestellungen, die im Rahmen der Konzeptionalisierung und/oder des Wirksamkeitsnachweises musiktherapeutischer Behandlungen entwickelt wurden und der Etablierung und Legitimierung der Musiktherapie dienen sollen. Titel wie „Musiktherapie im *Urteil* schizophrener Patienten“ (Reker 1990, Hervorhebung der Autorin) bringen dies deutlich zum Ausdruck. Im Rahmen der Wirksamkeitsforschung überhaupt nach dem *Urteil* und der Meinung Betroffener zu fragen und damit

(auch) auf dieser Ebene den *Kontakt* mit Betroffenen zu suchen und *ihre* Erfahrungen und Kompetenzen zu würdigen, zu beachten und letztendlich zu *nutzen* kann nach Meinung der Autorin gar nicht genug gewürdigt werden - obwohl oder gerade weil es ohnehin unabdingbar ist: Der Gedanke, im Rahmen von Wirksamkeitsstudien das Subjekt, in oder an dem sich die erhoffte Wirkung vollziehen soll, *nicht* einzubeziehen und nach den tatsächlich erfahrenen und *erlebten* Wirkungen zu fragen (wo dies möglich ist), scheint mir ein groteskes und letztendlich wenig aussagekräftiges Unterfangen!

Wie in der zum (sonstigen) Selbsterleben Schizophrener vorliegenden Literatur ist es auch hier sehr unterschiedlich und doch wesentlich, in welchem Rahmen und in welcher Form sich Betroffene äußern: Engelmann (2000) lässt Patienten, die im Rahmen ihrer stationären psychiatrischen Behandlung mehr als 20 Sitzungen lang an der Gruppenmusiktherapie teilgenommen haben, anhand einer qualitativ ausgewerteten Interviewstudie zu Wort kommen. Reker (1990) befragte 30 schizophrene Patienten, die ebenfalls im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in einer psychiatrischen Klinik an 3 bis 38 Sitzungen Gruppenmusiktherapie teilgenommen hatten, nach ihrer subjektiven Bewertung und Einschätzung der Musiktherapie. Der Autor verwendet hierfür einen aus 25 Items mit je drei Antwortmöglichkeiten bestehenden selbst entwickelten Fragebogen. Hervorzuheben ist dabei, dass der Fragebogen auf den Erfahrungen Rekers aus *Gesprächen mit schizophrenen Patienten* beruht und damit von vornherein nah am Erleben Betroffener bleibt: Die Items stellen „in etwas gestraffter und durchformulierter Form ... spontane oder auf Befragen geäußerte Aussagen von musiktherapeutisch behandelten schizophrenen Patienten“ (Reker 1990, S. 36) dar. Pfeiffer et al. (1987) verwenden in ihrer Untersuchung „Freie Musikimprovisation mit schizophrenen Patienten - Kontrollierte Studie zur Untersuchung der therapeutischen Wirkung“ unterschiedliche Messinstrumente, u. a. auch Selbstbewertungsbögen wie den VEV (Veränderungsbogen des Erlebens und Verhaltens) sowie die KASSL (Kieler Änderungssensitive Symptomliste). Auch Messer (1998) nutzt im Rahmen seiner Untersuchung nicht nur Selbstbeurteilungsinstrumente wie den FBF (Frankfurter Beschwerde Fragebogen). Seine theoretische Fundierung der von ihm konzeptionalisierten und beschriebenen Musiktherapie *basiert* auf dem Basisstörungsmodell von Huber (1983), das als solches wiederum auf den von den Betroffenen selbst

erlebten Symptomen basiert. In Meschede et al. (1983) werden Patientenäußerungen sowohl kasuistisch als auch beruhend auf einem Patientenfragebogen dargestellt.

Der Selbstbeurteilungsbogen nach Reker wurde von Isermann (2001) in der „Einzelfalluntersuchung einer Gruppenmusiktherapie“ erneut angewandt. Darüber hinaus haben zahlreiche Autoren (z. B. Deuter 1997, Gebauer 2000, Reichelt 1998, Seitz 2002) in Kasuistiken Zitate von Patienten einfließen lassen, die Aufschluss darüber geben, wie sich die Betroffenen *unmittelbar* in und mit der Musiktherapie fühlen.

I.1.3.1 Variationen zum Thema Zusammen-Halt Ergebnisse anhand der vorliegenden Literatur

Bezüglich der herausgearbeiteten Tendenzen im Selbsterleben der Betroffenen sei beispielhaft auf die Ergebnisse Engelmanns und Rekers verwiesen: Basierend auf seinen Untersuchungsergebnissen benennt Engelmann die folgenden „Fünf Kategorien für persönlich Wichtiges“ (a. a. O., S. 199/200):

- Kategorie 1: Selbst–Ausdruck und Selbst–Erleben
- Kategorie 2: Objektbeziehungen, Übergangsobjekte, Triangulierungen
- Kategorie 3: Über–Ich
- Kategorie 4: Übertragungsbeziehungen
- Kategorie 5: Musik, Musikinstrumente

Anhand der Benennungen der einzelnen Kategorien wird deutlich, dass hier das Selbsterleben der Patienten in direkten Zusammenhang mit theoretischen Überlegungen und Kategorisierungen gebracht wird. Obwohl nicht alle, aber die meisten (11) der von Engelmann befragten Patienten an schizophrenen oder affektiven Psychosen erkrankt waren, sollen einige Ergebnisse in die vorliegende Untersuchung einfließen, da gerade hier deutlich wurde, dass die psychotischen Patienten die Musiktherapie auf eine eigene und in der Tendenz durchaus spezifische Art und Weise nutzten (vgl. Engelmann a. a. O. S.197/198).

Die Auswertung der Fragebögen Rekers belegt, dass „im Hinblick auf Möglichkeiten und Vorteile des Mediums Musik in der Behandlung schizophrener Menschen“ (S. 4) vor allem das Item *Kontakt* hervorgehoben werden muss: Ein

Drittel der von Reker befragten Patienten „erlebt die Musik als etwas, das Kontaktaufnahme erleichtert“ (ebd.). Sein Hinweis darauf, dass dies vor allem die Patienten mit klinisch leichten bis mittelschweren *Residualsyndromen* so erleben, soll hiermit noch einmal hervorgehoben werden. Die klinische Bedeutung dieses Phänomens beruht vor allem auf der schwierigen Beeinflussbarkeit schizophrener Residualsymptomatik. Weitere im Erleben der Patienten wesentliche Gesichtspunkte waren die Möglichkeit, Gefühle zu erleben und auszudrücken, die Reduktion von Angstgefühlen, Beruhigung und Entspannung sowie Aktivierung.

Eine Besonderheit stellen die Äußerungen von M. Erlenberger dar. Diese Autorin schildert in ihrem autobiografischen Roman „Der Hunger nach Wahnsinn“ (1984) u. a. ihre Erfahrungen in der Musiktherapie während eines psychiatrischen Aufenthaltes – ungefragt und losgelöst vom Kontext der Therapie oder entsprechender Untersuchungen.

Unbedingt hingewiesen sei an dieser Stelle darauf, dass es im Folgenden *nicht* um die Darstellung *des* Erlebens *der* Schizophrenen in *der* Musiktherapie gehen kann und soll. Neben individuellen Charakteristika sowohl der einzelnen Betroffenen als auch der behandelnden Musiktherapeuten und anderen hier nicht im Einzelnen zu nennenden Variablen wird das Erleben der musiktherapeutisch behandelten Patienten natürlich auch durch die unterschiedlichen theoretischen Hintergründe und darauf beruhenden Annahmen, Haltungen und konkreten Arbeitsweisen der jeweiligen Musiktherapeuten geprägt. So ist es z. B. natürlich von Belang, ob die Patienten einzeln (z. B. Gebauer 2000, Reichelt 1998) behandelt wurden oder im Rahmen einer Gruppenmusiktherapie (z. B. Engelmann 2000 sowie Reker 1990); ob die Gruppentherapie von einem (Reker 1990) oder zwei (Engelmann 2000) Therapeuten durchgeführt wurde; ob es sich um ein überwiegend übungszentriertes Verfahren (Reker 1990) oder psychoanalytisch fundierte Musiktherapie (Engelmann 2000) handelt u. a. m.. Unzählige weitere Aspekte ließen sich anführen, die in diesem Zusammenhang von Bedeutung sind. Soweit dies möglich ist, wird im Folgenden dennoch versucht, unabhängig von dem jeweiligen methodischen Vorgehen auf das *Erleben* der schizophrenen Patienten *in* und *mit* der *Musik* bzw. der musikalischen *Improvisation*, die im Mittelpunkt fast aller erwähnten Behandlungen stand, zu fokussieren.

Auch in dem folgenden Abschnitt der vorliegenden Arbeit sollen die Patientenäußerungen soweit wie möglich für sich sprechen. Da sich die Beschreibungen nun jedoch auf das Erleben in einem bestimmten Kontext – die musiktherapeutische Behandlungssituation - beziehen, und die zitierten Aussagen losgelöst von diesem nicht immer nachvollziehbar und/oder verständlich sind, ist es an einigen Stellen unumgänglich, Erläuterungen einzufügen und auf Sinnzusammenhänge zu verweisen, die kontextunabhängig zu zerreißen drohen. Dies ist auch der Fall, wenn die Patienten ihr Erleben zwar mimisch-gestisch deutlich zum Ausdruck bringen, das Zitieren des von ihnen verbalisierten Erlebens allein jedoch nicht aussagekräftig wäre.

Die folgende Beschreibung Erlenbergers (1984), die sie im Anschluss an ihre erste Musiktherapiestunde in der „Anstalt“ notiert, bringt in ausdrucksvoller und verdichteter Form bereits fast alle Aspekte zum Ausdruck, auf die in den nächsten Seiten noch differenzierter eingegangen wird und sei im Sinne einer Overtüre dem Folgenden vorangestellt. Dem persönlichen Charakter der in Tagebuchform veröffentlichten Aufzeichnungen soll durch eine Schriftart Rechnung getragen werden, die auch in formaler Hinsicht ein wenig von der Atmosphäre zu vermitteln vermag, in die der Leser des Berichts von Erlenberger mehr und mehr eintaucht. Wenngleich einzelne Formulierungen an den entsprechenden Stellen noch einmal zitiert werden, soll dem Leser diese umfangreichere Textpassage nicht vorenthalten werden: Nicht nur die Chance, sich durch einen etwas längeren Text in Sprachrhythmus und –gestus der Autorin einzulesen, scheint mir lohnenswert, sondern auch die Chance, *erlebbar* zu machen, dass auch in diesem Zusammenhang das Ganze mehr und anders ist als die Summe seiner Teile ... (Wenngleich das „Ganze“ auch hier natürlich nicht wirklich das Ganze ist...). Angemerkt sei noch, dass es sich bei dem Wort „Rütmus“ weder um einen orthographischen Fehler Erlenbergers noch der Autorin der vorliegenden Arbeit handelt. Erlenberger selber schreibt dazu schlicht: „gefällt mir besser als R–hyt–h–mus“ (Erlenberger 1984, S. 8).

„Die Musik der Irren ist monoton gehalten. Einmal in einem Rütmus gefangen, wechseln sie ihn nie mehr. Und würden, tief und einsam eintauchend in den Ton und die Bewegung, weitertun und keinen Grund zur Unterbrechung oder zum Wechsel finden. Sie haben kaum ein Zusammenspiel. Der andere ist da, aber niemand verlangt etwas. ... Der Wechsel von Instrumenten, der

Wechsel von Rhythmus und Tonfolgen, der Wechsel von Bewegungen liegt ihnen fremd. ... Aus sich herausspielen, ohne eine Form geben oder wahren zu wollen. Hören, was man selbst spielt. Ein Ton gibt den anderen. Man spielt mit dem Hirn, man bringt sein Gehirn zum Klingen und hält Zwiesprache mit sich selbst. ... Alles, was kommt, ist recht, es ist für nichts gut und bringt nichts ein. Ob das was ist? Ich lerne das Instrument, indem ich es spiele, lerne es kennen beim Hören. Jedes Instrument kann jeder spielen, wenn er es tut. Es spielt sein ganzes Wesen. Spielen zwei absichtlich gern zusammen, so sind sie bereit, den anderen in ihren Kopf einzubeziehen und seine Töne als eigene zu erkennen. Es ergibt eine Harmonie der beiden Einsamkeiten. Jeder lässt den anderen sein, allein für sich, dann treffen sich zwei Gleichgesinnte. ... Es gibt Harmonie zweier Instrumente und zweier Seelen. Nicht von einem Dirigenten geleitet, sondern von sich selbst gesteuert. ohne Steuerrad, ohne das Verlangen nach Harmonie, ergibt das ein Chaos von Tönen oder Gefühlen, das Chaos als Basis der Ordnung, ohne dass die Verbindung abgeschnürt ist, Töne, die ihre Ordnung im Tun, ihren Antrieb in ihrem Ursprung haben und wieder dahin zurückkehren. Chaos ist zugleich Ordnung. Das Chaos besteht aus allen Ordnungen zugleich.“

„Das Gefühl, nicht allein zu sein – so eine Erlösung praktisch“

Dass viele Betroffenen selbst nicht nur innerhalb der musikalischen Improvisation Kontakt *spüren*, sondern auch die Dimension einer existentiellen Bedeutsamkeit dieses Erlebens wird anhand von Äußerungen wie der als Überschrift bereits zitierten Aussage einer Patientin (zit. nach Engelmann 2000, S. 209) unmittelbar nachvollziehbar. „Das Gefühl, nicht allein zu sein“ kommt für sie tatsächlich einer „Erlösung“ gleich!

Eine Szene, die die offenbar von beiden beteiligten Patienten erlebte Möglichkeit und Bedeutung gelingenden Kontaktes – hier beim Tanzen innerhalb der Musiktherapie - eher in der *Atmosphäre* der beschriebenen Sequenz *ahnen* lässt, findet sich bei Erlenberger: „Ich tanze mit einem alten hageren Mann. Er gibt mir die Hände. Wir drehen uns wie die Tanzbären stampfend im Kreis. Wir machen es *im Gleichschritt*, und die Augen dieses knochigen Mannes leuchten auf. Er begreift: Ich tanze mit ihm, ich habe mir ausgesucht, mit ihm die Bewegung übereinstimmen zu lassen. Es gibt jemanden, der etwas mit ihm zusammen tut, und das macht die Augen des irren Mannes leuchten, und macht meine leuchten, wie ich bemerke, dass der Irre mein Angebot und meine Bereitschaft erfasst hat, und wir stampfen nach dem Klang der Trommeln miteinander und mit den anderen durch den Saal“ (Erlenberger 1984, S. 134, Hervorhebung S. K.).

Auch Szenen wie die folgende werden innerhalb der untersuchten Fallberichte sehr häufig beschrieben. Oft gibt es jedoch keine verbalen Äußerungen der Patienten, so dass die Schilderungen zahlreicher ähnlicher Szenen in diesen Abschnitt, der ja die Verlautbarungen der Patienten fokussiert, nicht aufgenommen werden konnten. Auch das folgende Zitat wird in seiner Bedeutsamkeit erst im Kontext der geschilderten Szene nachvollziehbar: Nach einem *gemeinsamen* Schluss *strahlt* der schizophrene Patient seinen Therapeuten an und sagt „Das war oft sehr synchron“ (in Reichelt 1989, S. 64). Dass die von ihm verspürte *Synchronizität* des Spiels den ansonsten schwer depressiven Patienten mit ausgeprägter Residualsymptomatik derartig „strahlen“ lässt, verweist auf eine von ihm verspürte Bedeutsamkeit, die sich in der Situation und auch anhand der Schilderung dieser Szene deutlich spürbar mitteilt, ohne jedoch als solche verbalisiert zu werden.

„an Gefühle rankommen, die mit Worten nicht zu schildern sind.“

Das Leiden vieler Schizophrener daran, sich als „vollkommen unfähig [zu erleben], irgendein Gefühl in Worten auszudrücken“ (Barnes 1989, S. 39, Einfügung S. K., s. o.), wandelt sich in der Musiktherapie häufig zu der Erfahrung, endlich Ausdrucksmöglichkeiten zu finden für das, was mit Worten (noch oder überhaupt) nicht zu schildern ist: „An Gefühle rankommen, die mit Worten nicht zu schildern sind“, beschreibt eine Patientin (in Engelmann 2000, S. 205), was für sie in der Musiktherapie wesentlich war.

Auch Szenen wie die folgende, die ich im Rahmen meiner Diplomarbeit (1994) geschildert habe, werden in der Literatur immer wieder in ähnlicher Art und Weise beschrieben. Hier wird deutlich, dass zuvor diffuse, für den Betroffenen kaum identifizierbare oder gar benennbare Affekte nicht nur in der gemeinsamen Improvisation spürbar und hörbar, sondern auch hinterher benennbar werden: Ein schizophrener Patient, der seine affektive Gestimmtheit *vor* dem Spielen *nicht* beschreiben kann, meint im Anschluss an eine relativ laute, heftige Improvisation, in der aggressive Tendenzen deutlich *hörbar* und spürbar werden: „Ein Glück, dass ich in der Musik meine Gefühle rauslassen kann, so die Wut und die Trauer“ (Kunkel 1995, S. 119).

Doch nicht nur das, was mit Worten (zunächst) noch nicht (oder nicht mehr) beschrieben werden kann oder darf, findet im Erleben schizophrener Menschen Ausdruck in der Musiktherapie, sondern auch das, was mit Worten (zunächst noch) geleugnet werden muss, kann mit–geteilt und erlebt werden.: Der von Reichelt (1989) beschriebene schwer depressive schizophrene Patient (s. o.), der sich verbal überhaupt nicht zu seinem Befinden äußern kann, gibt nach einer gemeinsamen Improvisation dieser den Namen „wechselhaftes Aprilwetter“ und fügt nach einer Weile nachdenklich hinzu: „So, wie ’s mir eben geht“ (S. 64). Hinzugefügt sei, dass auch der Therapeut das Spiel abwechslungsreich und dynamisch fand, während der Patient *im Nachgespräch* meint, es klinge alles gleich und sei ja immer dasselbe...Der gleiche Patient assoziiert zu einer lauten, kraftvollen, dynamischen Improvisation den Titel „Extravertiert“ und betont, er sei das aber nicht. (!): „Nein, ich bin eher introvertiert.“ Auf die Frage des Therapeuten, was extravertiert heißt: „Extravertiert ist störend für andere, das darf nicht sein“, worauf der Therapeut fragt: „Ist es hier auch störend für andere?“ Die Antwort: „Nein, *hier ist es möglich*“ (Reichelt 1989, S. 65, Hervorhebung S. K.).

Nicht nur im aktiven Vollzug des Improvisierens kann Selbstaussdruck gelingen. Auch das *Hören* von Musik kann in der Musiktherapie Anknüpfungen an erlebte Zustände ermöglichen, die zuvor nicht verbal mitgeteilt werden konnten: Seitz (2002) berichtet von einer Patientin, die nach dem Hören des Liedes „Die Forelle“ (Schubert/Schubart) direkt an den Text des Liedes anknüpfend von eigenen Erfahrungen der Desorientierung und Verwirrung während der Psychose erzählen konnte - ähnlich der Forelle im trüben Wasser. Dass dies tatsächlich durch das *Hören* des Liedes, der *Musik* möglich wurde, und sich nicht lediglich auf den Text bezieht, betont die Patientin, indem sie, gewissermaßen sich selbst beruhigend, betont: „Aber die Musik ist so schön, *sie hält alles zusammen*“ (ebd. S. 57; auf den Aspekt des „Zusammenhaltens“ wird später noch einmal gesondert verwiesen).

„Sich selbst aus dem Instrument zu hören“

...ermöglicht vielen schizophrenen Patienten eine Annäherung an eigenes Erleben, Fühlen und Denken – ein Erleben, das den Betroffenen zuvor häufig in quälender Selbstentfremdung verloren gegangen ist (s. o.). Das hat *auch* mit der beschriebenen Möglichkeit des Selbstaudrucks zu tun, geht zugleich jedoch weit darüber hinaus und betrifft wesentlich grundlegendere Schichten der Selbstwahrnehmung. Eine der wohl schönsten Beschreibungen dieses Erlebens stammt von Erlenberger (1984, S. 135): „Improvisieren heißt nicht, etwas Neues erfinden oder eine bestimmte Form zu verfolgen, die Improvisation heißt und gut sein soll. Improvisation ist das sorglose Loslassen jedes Bemühens, Musik zu machen. In blindem Vertrauen auf sich, auf das Instrument, bildet sich Ton an Ton, und bevor der eine nicht angeklungen hat, weiß man nicht, was der nächste bringt. Mit leisem Erstaunen hört man sich spielen, lernt das Instrument während des Spiels kennen und lernt, *sich selbst aus dem Instrument zu hören*“. Bereits zuvor beschrieb sie Ähnliches: „Aus sich heraus spielen...Hören, was man selbst spielt. ... man bringt sein Gehirn zum Klingen und hält *Zwiesprache mit sich selbst*. Jedes Instrument kann jeder spielen, wenn er es tut. *Es spielt sein ganzes Wesen*“ (ebd. S. 52, Hervorhebungen S. K.). Auf den Aspekt der Annäherung an die eigene Individualität und Einmaligkeit verweist auch die Aussage eines schizophrenen Patienten, der nach der Improvisation betont: „Diese Musik gibt es sonst nirgends“ (zit. nach Reichelt 1989, S. 61). Als für die Betroffenen hilfreich erweist sich hierbei häufig die Möglichkeit, Distanz zu schaffen, indem das gespielte Instrument sprachlich an die Stelle des gemeinten „Ich“ gerückt wird: So berichtet Reichelt (a. a. O. S. 73) von einem chronisch schizophrenen Patienten, der nach einer Improvisation, innerhalb derer es gelingt, „seine ins Unendliche zielenden, unstrukturierten Trommelschläge erstmals [zu] verändern“, meint: „*Die Trommel* war gut“ (Hervorhebung und Einfügung S. K.).

„Aber die Musik ist so schön, sie hält alles zusammen“

Neben der Ermöglichung von musikalisch gestaltetem sowie häufig im Anschluss auch verbalem Selbstaudruck verweist die Äußerung der bereits oben zitierten Patientin (in Seitz 2002) zu dem Lied „Die Forelle“ darauf, dass hier

im Erleben der Betroffenen die *Musik* Tendenzen des erlebten Durcheinander, des Zerfalls und der erlittenen Fragmentierung entgegenwirken kann. „Aber die Musik ist so schön, *sie hält alles zusammen*.“ (S. 57, Hervorhebungen S. K.) – häufig ermöglicht erst dieses verspürte „Zusammenhalten“ Annäherung an Zustände inneren Verlustes von Zusammenhalt und Ordnung. „Allein versinkt sie im Chaos, hat nicht die Kraft, sich selbst eine Ordnung zu schaffen. Das gemeinsame Spiel bot die Möglichkeit, Strukturen zu schaffen“ schreibt Engelmann (2000, S. 203) mit Bezug auf entsprechende Äußerungen der gemeinten Patientin. Gebauer (1995) zitiert einen schizophrenen Patienten, der ein Jahr nach Beendigung der Musiktherapie am Telefon beschreibt: „In der Musiktherapie hatte man immer etwas, was man tun und worüber man sprechen konnte, und man hatte immer bei allem, was man tat, *das Gefühl, dass es so etwas wie einen großen Zusammenhang gibt, in den alles hineingehört*. Irgendwie habe man in der Musik immer den *roten Faden* gehabt, an dem man alles erkennen konnte“ (S. 75, Hervorhebungen S. K.).

Deuter (1997, S. 28/29) berichtet von einem schizophrenen Patienten, der im Vorgespräch zur Musiktherapie äußert, er erhoffe sich vom „Hören verschiedener Instrumente“, dass dies „Harmonie in sein Leben bringen“ möge. Die im weiteren Verlauf der Therapie immer wieder erfolgenden Zuordnungen von „harmonisch“ und „aggressiv“ sind jedoch wenig prägnant und offenbar eher beliebig und wirken „oft wie der bloße Versuch einer *Orientierung*“ (Hervorhebung S. K.).

Das folgende Zitat Erlenbergers (a. a. O. S. 52) bringt noch einmal deutlich zum Ausdruck, dass es im Erleben vieler Betroffener bei den verspürten Möglichkeiten von Formgebung und Strukturierung nicht darum geht, sich in eine von außen vorgegebene Ordnung einzufügen, sondern darum, eigene Ordnungen zu ermöglichen, die das Chaos nicht ausschließen: „Es gibt Harmonie zweier Instrumente und zweier Seelen. Nicht von einem Dirigenten geleitet, sondern von sich selbst gesteuert. Ohne Steuerrad, ohne das Verlangen nach Harmonie, ergibt das ein Chaos von Tönen oder Gefühlen, das Chaos als Basis der Ordnung, ohne dass die Verbindung abgeschnürt ist, Töne, die ihre Ordnung im Tun, ihren Antrieb in ihrem Ursprung haben und wieder dahin zurückkehren. Chaos ist zugleich Ordnung. Das Chaos besteht aus allen Ordnungen zugleich“.

I.1.3.2 Zwölf Geschichten vom Anfangen **Das Erleben der schizophrenen Patienten innerhalb der** **untersuchten musiktherapeutischen Erstkontakte**

Die meisten schizophrenen Patienten sind im akuten Stadium ihrer Erkrankung, und damit im Rahmen ihrer klinischen Behandlung, in dem auch die untersuchten Erstkontakte stattfanden, kaum in der Lage, ihr inneres Erleben und ihr Leiden zu verbalisieren oder gar zu reflektieren. Dies trifft in besonderem Maße für diejenigen Patienten zu, die im Rahmen ihres klinischen Aufenthaltes auch musiktherapeutisch behandelt werden: Neben einer für gerade diese Patienten recht hohen Eigenmotivation (von den zwölf in die Untersuchung einbezogenen Patienten forcierten fünf die Anmeldung zur Musiktherapie von Anfang an aus eigener Initiative) ist das Hauptanliegen der behandelnden Ärzte oder Psychologen zumeist, Patienten anzumelden, die verbal „nur schwer zu erreichen sind“, wie es dann zumeist im klinischen Alltag heißt. Gerade bei schizophrenen Patienten sind verbale Ausdrucksunfähigkeit und/oder Probleme, mit dem Betroffenen in einen verbalen *Austausch* zu kommen, im klinischen Alltag die Hauptgründe, gerade diesen oder jenen Patienten zur Musiktherapie anzumelden.

Dennoch geben die meisten Patienten auch innerhalb der im Rahmen der vorliegenden Arbeit untersuchten musiktherapeutischen Erstkontakte Auskunft über ihr Verhältnis zur Musik, ihren Umgang mit der Musik und/oder dem Musizieren, ihren Erfahrungen, Wünschen und Hoffnungen. Häufig scheint das Reden „über Musik“ die einzige Möglichkeit zu sein, überhaupt (über oder von sich) zu reden. Die Äußerungen der Patienten geben erste Hinweise darauf, was sie sich von der Musik(-therapie) erhoffen und wie sie sie erleben. Vor allem das Gespräch direkt im Anschluss an die erste(n) gemeinsame(n) Improvisation(en) verdeutlicht, was sich hier im Erleben der Patienten ereignen konnte – oder auch nicht - was für sie in diesem Spiel wichtig war, was das gemeinsame Spielen mit ihnen „gemacht“ hat. Häufig können aber auch im Schutz des Redens „über Musik“ oder im Anschluss an das gemeinsame Improvisieren Hinweise auf ein grundlegendes Leiden anklingen. Fast immer wird dies zwar während des Spielens deutlich und auch hinterher eher atmosphärisch spürbar (für mich, als mitspielende Therapeutin, aber auch für die

Beschreibenden, vgl. Abschnitt IV.2 der vorliegenden Arbeit), jedoch häufig nicht direkt verbalisierbar.

Da in diesem Teil der vorliegenden Arbeit das Selbsterleben Betroffener fokussiert wird, können im Folgenden natürlich nur die Patienten zitiert werden, die sich im Rahmen der untersuchten Erstkontakte auch entsprechend geäußert haben. Die folgenden kurzen Beschreibungen mögen jedoch auch für das sensibilisieren, was nicht in Worte gekleidet wurde. An einigen Stellen, vor allem dort, wo das Gespräch wenig Auskunft über das eigentliche Geschehen zu geben vermag, wird zur Verdeutlichung auf kurze Zitate aus den Skript- bzw. Musikbeschreibungen zurückgegriffen. Dieses punktuelle Vorgreifen auf die im Abschnitt IV dargestellte Untersuchung sei an dieser Stelle zur besseren Nachvollziehbarkeit gestattet – auf das Phänomen des „erlaubten Springens“ zwischen diesen beiden Teilen der vorliegenden Arbeit wurde ja bereits einleitend verwiesen... Die anhand der vorliegenden Literatur in den vorigen Abschnitten herausgearbeiteten vier Schwerpunkte, die zusammenfassend am Ende dieses Abschnitts noch einmal präzisiert werden sollen, finden sich anhand der Äußerungen der zwölf Patienten ähnlich auch im Rahmen der untersuchten Erstkontakte. Zur besseren Nachvollziehbarkeit und detaillierteren Darstellung soll im Folgenden jedoch auf die einzelnen Patienten gesondert eingegangen werden. Während die in Kapitel IV der vorliegenden Arbeit vorgestellte Untersuchung überwiegend zusammenfassend und vergleichend vorgeht, versteht sich der folgende Abschnitt als Möglichkeit, die Gestaltungen der zwölf Erstkontakte in ihrer jeweiligen Besonderheit und Individualität zumindest anzudeuten. Eine kurze „Vorstellung“ am Anfang soll dem Leser lediglich ermöglichen, sich ein erstes Bild von dem jeweiligen Patienten zu machen.

Um die Anonymität der Betroffenen zu wahren, wurden ihre Namen kodiert und auf detailliertere Angaben verzichtet. Die zur Abkürzung verwendeten Buchstaben wurden in der Reihenfolge des Alphabets angeordnet.

Frau A.: „So, jetzt hab’ ich alle durch“

Frau A. ist 38 Jahre alt. Sie ist gelernte Bürokauffrau, momentan jedoch Hausfrau. Sie wird vor allem als lust- und antriebslos beschrieben, außerdem sei sie „sorglos – in keinster Weise problemorientiert.“

Auf mich wirkt die Patientin auf den ersten Blick sehr jugendlich, ruhig und irgendwie „geduldig“. Nur ihre Augen blicken unruhig, ängstlich und misstrauisch umher. Im Verlauf der Stunde habe ich den Eindruck einer „braven Schülerin“, die alles zur (zu wessen?) Zufriedenheit machen möchte - aber froh ist, wenn „es“ vorbei ist. Die Atmosphäre ist entsprechend angestrengt...

Frau A. erzählt von ihrer beruflichen Situation, erwähnt ihre Kinder, berichtet dann von ihren Klinikaufenthalten. „Ja, das ist eigentlich so alles, was ich jetzt von mir erzählen kann im Moment“, meint sie dann. Schweigen ist ihr spürbar unangenehm. Für Fragen meinerseits ist sie dankbar, fällt mir dann mit ihren Antworten ins Wort und berichtet auch ein wenig von konkreten Schwierigkeiten und Problemen: Auf eine Art und Weise, dass ich eher das Gefühl habe, sie führt mich damit von sich weg... Ich könne ja noch Fragen stellen, fügt sie dann hinzu, und die beantwortet sie dann auch alle „ganz brav“... Auch sie stellt Fragen zur Musiktherapie. Ihre Vermutung ist, „dass man sich ’n bisschen entspannt wahrscheinlich?“. Dann erzählt sie noch, dass sie von Mitpatienten gehört habe, „dass das ja wohl ’was bringen“ soll, „dass das praktisch weiter, dass einen das weiterbringt.“

Während der Improvisation spielt sie die Instrumente der Reihe nach kurz an, (auch) das wirkt eher wie ein gehorsames „Abarbeiten“, das Lösen einer nun einmal zu bewältigenden Aufgabe, nicht schlimm, aber auch nicht schön oder interessant: Wie in ihrem Gebrauch die einzelnen Instrumente, so wirkt auch Frau P. gleichgültig. So wirkt der erste Satz, mit dem sie die Improvisation beendet denn auch sehr authentisch: „So, jetzt hab’ ich alle durch“. Dann aber wird sie wieder zur „braven Schülerin“: „Ja, das war ganz interessant, die Töne zu hören...“ meint sie, und bezüglich der Instrumente: „Alles kennt man ja noch gar nicht, so vom Sehen wohl, aber da kann man ja nicht so viel mit anfangen...Muss man erstmal ’n bisschen drüber wissen.“ Und dann fragt sie doch allerlei, von sich aus, scheint sich doch zu interessieren...

Dass sie sehr wohl Gewichtungen vornehmen kann, zeigt ihre spontane Beantwortung meiner Frage, ob es irgendein Instrument gegeben habe, das ihr besonders gefiel. Mit der Bemerkung „Aber ich bin nicht so musikalisch“ muss sie diese Verlautbarung von Eigenem jedoch sofort wieder infragestellen...

(Die Beziehungsformen und Interaktionsmuster, die sich innerhalb der Improvisation mit Frau A. etablieren konnten, werden unter IV.5.1 der vorliegenden Arbeit ausführlich dargestellt – der interessierte Leser darf durchaus dort weiter lesen.)

Frau B.: „So um die Leere auszufüllen, die ich hatte“

Frau B. ist 18 Jahre alt und Schülerin der 12. Klasse. Seit einem Jahr sei sie nicht mehr sie selbst, alles sei unwirklich. Sie fühlt sich beobachtet, grübelt viel, kann sich kaum konzentrieren.

Auf mich wirkt die Patientin in ihrem bunten, farbenfrohen Flower-Power-Outfit seltsam deplatziert und verloren, wie ein eingesperrter Paradiesvogel, scheu und „zutraulich“ zugleich.

Frau B. erzählt zunächst einmal von musikalischen Erfahrungen, davon, dass sie früher oft Gitarre spielte. Als es ihr schlecht ging und sie „depressiv wurde“, spielte sie besonders viel, da tat es ihr gut, aber „dann wurd ’s weniger“. Auf die Frage, warum, erklärt sie: „Wenn ich gespielt hab’, das kam irgendwie nich’ an mich ran.“ Dann kann sie von sich erzählen, von ihrer Kindheit, von Angst und Schrecken, von ihrer großen Liebe, von betrogenen Hoffnungen und von ihrer Erkrankung, von Drogen, von hilfreichen und quälenden Stimmen, von verloren gegangenen Gefühlen und dem verlorenen Selbst und dem verlorenen Bezug zur Gitarre...“Ich hoffe mal, dass ich wieder ’n bisschen Bezug zur Gitarre krieg’.“ meint sie, und wir nicken uns zu, wissend.... Für das erste gemeinsame Spiel wählt sie denn auch die Gitarre – obwohl da eine Saite locker ist, die schräbblig und schräg klingt und eigentlich ziemlich kaputt ist... - Letzteres erzählt mir Frau U. auf dem Weg zum Musiktherapieraum auch bezüglich ihres Befindens. Sie spielt dann Begleitakkorde und ich am Klavier eine Melodie dazu, und hinterher meint sie: „Also, das Lied hab’ ich immer gespielt, als es mir ganz schlecht ging, so um die Leere auszufüllen, die ich hatte“. Ja, dieses (!) Lied habe sie selber komponiert, einen Text gebe es nicht, meistens habe sie „immer irgendwie englisch gesungen und irgendwelche

Wörter, die zwar vielleicht keine Bedeutung hatten, halt einfach nur vom Gefühl her, wie sich das anhört...“. Und dann möchte sie mir gerne noch ein Lied „zeigen“, das sie geschrieben hat, als es ihr so schlecht ging, aber unsere Zeit ist leider um und sie bräuchte auch die kaputte Saite... Ich verspreche, eine neue Saite aufzuziehen und wir „verschieben“ das Lied auf die nächste Stunde. „Hm, ja, aber irgendwie merk’ ich schon, wie so ’n bisschen der Bezug zur Gitarre wiederkommt... Ich merk’ halt, dass alles wieder rauskommt, da muss ich einfach, ... was so an Trauer noch in einem steckt versuchen, einfach rauszuspielen.“

(Auch die Beziehungsformen und Interaktionsmuster, die das gemeinsame Spiel mit Frau B. prägen, werden in Abschnitt IV.5.4.1 der vorliegenden Arbeit ausführlich dargestellt – auch an dieser Stelle darf gesprungen werden...)

Frau C.: „Früher hab’ ich immer unter ’m Flügel gesessen“

Frau C. ist 48 Jahre alt und geschieden. Sie hat eine Lehre zur MTA abgeschlossen. Ein geplantes Medizinstudium konnte sie aufgrund der Erkrankung nicht mehr beginnen. Jetzt ist sie, so erzählt sie mir, „Privatier, Hausfrau.“

Die Patientin wird als besonders Ich-schwach, unsicher und ängstlich-angespannt beschrieben. Sie sei sehr verwirrt und habe „leichte autistische Anteile“.

Auf mich wirkt sie vor allem verzweifelt und von großer Angst erfüllt.

„Ja, ich spiel’ gern Klavier. Früher hab’ ich immer unter ’m Flügel gesessen, wenn mein Vater Chopin spielte und hab’ auf die Lyra geachtet, die hoch und runter ging.“, beginnt die Patientin unser Gespräch. Ich erfahre, dass der Flügel – der, unter dem sie, etwa dreijährig, immer saß - beim großen Luftangriff auf Leipzig ausgelagert wurde und nur so und als einzige Habseligkeit Krieg und Zerstörung überstand. Von ihrer Klavierlehrerin erfahre ich, die so gerne rauchte und vor der Stunde immer noch schnell eine Zigarettenpause einlegte (wir lachen) und sie mit Wettbewerben verschonte, so dass sie für sich spielen durfte, was ihr Spaß machte: Walzer von Chopin, Bach – und Volkslieder. Eine vertraute, angenehme Atmosphäre – „Die Klavierlehrerin wird wieder belebt.“, heißt es in einer der Skriptbeschreibungen. Und dann schlägt plötzlich eine Tür zu, mehr gäbe es von ihr nicht zu sagen, sagt Frau C...

Aber „die Klavierlehrerin“ wird dann doch noch „rein gelassen“, ich erfahre von ihrem Wunsch, selbstsicherer werden zu wollen, endlich ohne Medikamente leben zu wollen; von ihrer Krebserkrankung und von dem, was sie wirklich quält – aber da möchte sie lieber, dass ich das Tonband (vgl. Kap. III der vorliegenden Arbeit) abstelle, und das tue ich natürlich...

Viele Tränen später möchte sie mit mir vierhändig am Klavier spielen, „Der Mond ist aufgegangen“ – und sie erinnert mich daran, das Tonband wieder anzustellen...

Frau D.: „Bei der Musik bin ich völlig unvorbelastet“

Frau D. ist 36 Jahre alt und berichtet sofort von ihrem erfolgreichen beruflichen Werdegang im künstlerischen Bereich, ihrer hohen beruflichen Qualifikation und ihren „Stellen auf ziemlich hohem Niveau“. Das klingt stolz, darüber kann sie sich definieren, aber es wirkt auch angespannt und gehetzt. Die Ansprüche sind so hoch, da könne sie die Kunsttherapie gar nicht für sich nutzen... Aber „bei der Musik bin ich völlig unvorbelastet.“

Ansonsten ist es ihr unmöglich, über sich zu erzählen: „... mit dem Spontanen ist es nicht so gut.“ Als das Gespräch „droht“, sich einem Aspekt ihres Leidens anzunähern, wehrt sie ab: „Lieber nicht...das is’ ja grad’ das, was, was jetzt so ver-, verheilen soll... Das soll jetzt so bisschen, so verarbeitet werden und nicht aufgearbeitet.“ Stattdessen hinterfragt sie nun meine berufliche Qualifikation ...

Während der gemeinsamen Improvisation wird sie in meinem Erleben ruhiger, spürbarer. Hinterher meint sie: „Also, das macht ’n bisschen traurig.“ Sie weint, und während sie selbst in dieser Aussage zunächst gar nicht vorkam, wird nun auch ihr erlebbar, dass diese Trauer tatsächlich ihre ist. Sie kann erzählen, dass tags zuvor ihre Großmutter verstarb... „Ist das jetzt richtig so, dass ich das jetzt so sage?“ fragt sie zweifelnd, um sich dann etwas später diese Frage selbst zu beantworten: „Aber das ist eigentlich ganz gut, weil, man ist, von diesen Medikamenten ist man so gedämpft, dass man da überhaupt, das hab’ ich schon gesagt, überhaupt, dass man überhaupt so stumpf ist.“

Immer wieder braucht sie Abstand von sich und ihrer Trauer und stellt mir viele Fragen... Zwischendurch bekommt die Trauer noch einmal Raum: „Ich

glaub', das is' ganz gut, wenn man da mal, wenn man das mal so 'n bisschen auslösen kann, ne? Glauben Sie auch?'“ Dass sie auf meine Bemerkung, es sei gut, wenn sie mit ihrer Trauer nicht so alleine sei, heftig(er) weint, sich dann aber beruhigt und meint: „Ich geh' dann jetzt, ne?“ (!) vermittelt mir schlagartig die Einsamkeit und Verlorenheit ihrer Kindheit mit einer psychisch schwer kranken Mutter, von der sie in späteren Stunden dann auch berichten wird...

Aber sie bleibt, fragt nun wieder mich über mich aus und meint dann am Ende: „Ja gut. Also dann komm' ich gerne nächste Woche wieder.“

(Auch der Erstkontakt mit Frau D. wird im Hinblick auf die hier herausgearbeiteten Beziehungsformen und Interaktionsmuster unter IV.5.2.3 ausführlich dargestellt)

Frau E.: „Eigentlich immer gleich bleibend schlecht“

Frau E. ist 34 Jahre alt und studierte Juristin. Sie wird als verzweifelt und mutlos beschrieben; die Angst, an einer Psychose zu leiden, enge ihr Denken völlig ein. Sie halte aus Angst vor dem Sehen die Augen oft längere Zeit geschlossen, müsse sie jedoch immer wieder öffnen um zu überprüfen, ob alles noch da ist. Auf mich wirkt die Patientin fast unerträglich gehetzt und gequält; hinter all dieser Qual kann ich sie kaum spüren.

Frau E. erzählt schnell, gehetzt, der Therapeutin immer wieder ins Wort fallend und sich immer wieder sprachlich überschlagend von ihren quälenden Zuständen der Fremdheit und Verwirrung, von zahlreichen Klinikaufenthalten und ambulanten Behandlungen. „Alles ist, fühlt sich fremd an...ich kann gar nicht sprechen...das ist schon ziemlich schlimm...ich fühl' mich auch ganz furchtbar...“ Der einzige Lichtblick: „Wenn ich mich hinleg' und 'n bisschen schlafe...Schlafen konnt' ich immer schön.“ Dass ihre Angstzustände mit ihrer Geschichte zu tun haben, kann sie ganz klar formulieren: „Ich hab' 'ne psychisch kranke Mutter und hab' da sehr, sehr viel miterlebt, was sehr, sehr schlimm war“ und dass ihr „die Beine wegbrachen, wenn mein Vater nur vor der Tür stand.“.... Dass sich jemand auf sie einschwingen kann, scheint ihr schier unglaublich zu sein – oder fürchtet sie Eindringen und überwältigende Nähe?: Nach meinen (eher allgemein gehaltenen) Erörterungen bezüglich der Musiktherapie meint sie völlig ungläubig, auch ein wenig aufgeregt: „Was, was

meinen Sie, wenn Sie sagen mitspielen? Wie meinen sie das? Sie wissen ja gar nicht, was ich spiele?“...

Hier in diesem Raum mit den Instrumenten geht es ihr „ganz gut“.

Das Spielen wird ihr aber bald „zu viel“. Es ging ihr auch während des Improvisierens „eigentlich immer gleich bleibend schlecht.“ Noch einmal betont sie Gefühle der Fremdheit, ihre Hoffnungslosigkeit und Qual, und schließlich auch Trauer darüber, „dass alles so kommen musste.“

Ich greife den Aspekt des „Geworden-Seins“ heraus, den sie so deutlich spürt, betone ihn und verweise auf den darin enthaltenen Keim von Entwicklung und Veränderung. „Das hoffe ich.“, entgegnet Frau E., und beendet dann die Stunde mit der Bemerkung, es sei „ganz schön, das jetzt auch zu machen, hat Spaß gemacht.“

Herr A.: „Wenn niemand zuhört“

Herr A. ist 25 Jahre alt und Student. Auch er leidet vor allem unter massiven Ängsten, die Welt erlebt er als falsch und bedrohlich. Er berichtet von drängenden Gedanken, die er laut hört, und hat das Gefühl, sein Gehirn wende sich gegen ihn.

Auf mich wirkt der Patient vor allem zurückgezogen und kraftlos, dabei aber durchaus zugewandt und interessiert: Wie ein verletztes, scheues Tier, das mich aus seiner Höhle heraus ängstlich-prüfend, aber durchaus neugierig beäugt, notiere ich als Erstes...

Herr A. erzählt vorsichtig-tastend von sich, berichtet, dass Gedanken laut wurden und er einfach zu viel denken müsse, erzählt von seinen Zukunftsplänen und dass er bald „hier raus“ sei... Bezug nehmend auf meine Frage nach Vorlieben und Interessen kommt er darauf zu sprechen, dass er früher Saxophonunterricht hatte und auch heute noch ab und zu spielt. Er sei aber nicht so gut, dass er es sich selbst weiter autodidaktisch beibringen könne.

Unsere gemeinsame Improvisation ist von großer Intensität und Dichte – „...da spielen zwei zusammen, als hätten sie nie was anderes getan.“ heißt es in einem Beschreibungstext.

Im Anschluss an das Improvisieren fragt er zunächst nach dem Namen des Instrumentes, dann erzählt er: „Das mach’ ich übrigens auch gerne ... wenn ich

zu Hause bin,...wenn meine Mutter nicht Klavier spielt, dass ich mich dann an 's Klavier setze, eigentlich, wenn niemand zuhört,...dann kann ich.“ Auf meine Frage, wie es denn jetzt hier für ihn gewesen sei, da sei er ja nicht alleine gewesen, meint er lachend: „Also, ich fand 's so unangenehm nicht.“, und später noch einmal, nachdenklich nun: „Ja, ich hab 's wohl als angenehm empfunden“.

Herr B.: „Irgendwas Verrücktes muss passieren, damit ich das Verrückte loswerde“

Herr B. ist 24 Jahre alt. Noch sei er Student, erzählt mir aber, dass er sein Studium wegen der Erkrankung abbrechen wird. Auf Station beklagt er seine Gedankenflut und beschreibt, dass ihm die Gedanken „zerlaufen“. Er sei schon immer sehr zurückgezogen gewesen, momentan wird er vor allem als ratlos und genervt beschrieben, dabei sei er sehr irritierbar und von Ängsten und Schuldgefühlen geplagt.

Auf mich wirkt Herr B. wie ein gehetztes, gejagtes Tier, seine großen Kinder-Augen scheinen mich anzuflehen, ihm ja nichts zu tun...

Auch Herr B. kann sein Leiden zunächst nicht verbalisieren, „Die Sprache zerirnt ihm“, heißt es in einer der Skriptbeschreibungen. „Weswegen ich hier bin, ja, äh, weiß ich nicht, weswegen ich hier bin.“ Stattdessen erzählt er mir, wie alt und wie groß er ist und dass er noch zu Hause wohne. Nachdem er von dem geplanten Studienabbruch erzählt hat, meint er: „Das war 's“, als gäbe es weiter nichts (über ihn) zu sagen. Auf Nachfrage berichtet er, dass Musik sein Hobby sei, acht Jahre spielte er Gitarre, „aber zur Zeit klappt das nicht mehr so.“ Vor der Musiktherapie habe er „noch 'n bisschen Angst.“. Die ist mehr als deutlich spürbar und Herr B. ist sehr erleichtert, als ich anbiete, zunächst meinerseits etwas zur Musiktherapie zu erzählen: „Ja, erzählen Sie mal!“.

Als wir dann beginnen zu spielen, meint er lachend: „Ach so – Hilfe ... Einfach mal eben mal...“ – und ist dann sofort mittendrin...

„Ja, da krieg' ich so 'n bisschen ... bisschen Bammel krieg' ich davor, vor diesem Ding“ (gemeint ist das von ihm gespielte große Xylophon). Es bedarf einer weiteren Improvisation auf einem anderen Instrument (Metallophon; „Ja, das ist schöner!“), damit der Patient die Angst vor dem nicht zu regulierenden Ineinander formulieren kann: „Äh... dieses Vor-sich-Hinspielen, einfach nur

den Klängen zu... sich von den Klängen so.... fangen zu lassen , von den Klängen fassen zu lassen, und dann einfach nur so dahinzuschweben in den Klängen und so, das ist so 'n Ding wo ich sag', äh,vorsichtig oder irgend so was. Weiß nich'...". Mit dem zweiten Instrument sei es etwas besser gewesen, aber „da kam ich auch ziemlich schnell rein in das ganze Geschehen. Zu schnell, find' ich irgendwie.“ Und dann kann er auch erzählen, warum er nicht mehr Gitarre spielen kann: „Also, ich kann nicht mehr spielen, weil es mich irgendwie...unheimlich emotional fasst...deswegen kann ich, muss ich da irgendwie wieder 'n Abstand von bekommen, Distanz schaffen, ja...Irgendwas Verrücktes muss passieren, damit ich das Verrückte loswerde.“ Dass das Verrückte noch einmal „ein Stück rücken“ müsse, wiederhole ich und schlage vor, dass wir „das langsame Sich-Annähern“ noch mal musikalisch ausprobieren könnten. Der Patient stimmt zu, wählt nun ein ganz anderes Instrument (Conga) und nähert sich nun tatsächlich langsam an, streicht vorsichtig über 's Fell, ruhige, gleichmäßige Schläge, lange Pausen...

„Gut. Ja, gut. Gut. Gut ist gut...Also ich kam...ich komm' wieder 'n bisschen zurecht...Muss das nur ausprobieren. Ja. Wieder zurecht. Mich zurechtsuchen...Ja, sehr weiten Weg hab' ich da.“ Und auf meine Bemerkung, dass wir ja vielleicht ein Stück gemeinsam suchen könnten, meint er: „Ja...ja, ich glaube, das is' es.“ Und dann merkt er, dass es fast schon wieder zu schnell geht: „Das geht ja schnell. Das geht ja schneller, als ich dachte...“ Und das, was in der Nähe der Musik deutlich und klar wurde, beginnt doch wieder zu „zerlaufen“: „Das stimmt mich wieder so nachdenklich...ja, das beschäftigt mich, jetzt fang' ich wieder an, 'n bisschen zu denken, das ist vielleicht ganz gut. Aber ich weiß ja nicht, ob 's doch schlecht ist und so...“

Herr C.: „Sprünge?“

Herr C. ist 48 Jahre alt und von Beruf Bauingenieur. Aufgrund seiner Erkrankung ist er seit Jahren berentet. Der Patient wird vor allem als zurückgezogen, antriebslos und sehr ängstlich beschrieben.

Auch auf mich wirkt Herr C. sehr ängstlich, irgendwie geduckt, als erwarte er jederzeit, beschimpft oder geschlagen zu werden...

Schon auf dem Weg zum Musiktherapieraum erzählt der Patient, dass er schon mal getrommelt habe und das sehr gerne mache. Im Raum angekommen, berichtet er von seinem beruflichen Werdegang. Sein Leiden kann er nur in Diagnosen benennen, das wirkt irgendwie hilflos und leer: „Was geht es mich an, wie es mir geht“, drückt es einer der Beschreibenden aus. Dann folgt die Aufzählung verschiedener Behandlungs- und Rehabilitationsangebote, die er wahrnahm bzw. wahrnimmt. Auch vom betreuten Wohnen erzählt er, von Trommelkursen und Theateraufführungen... Das wirkt beziehungs- und zusammenhanglos, Risse und Sprünge werden spürbar, es scheint keine Gewichtungen zu geben, die auf Eigenes schließen lassen; dazu passt, dass *alles* geholfen habe... „Nichts Fassbares, nur Fragmente“, heißt es in einer der Skriptbeschreibungen. Es gibt lange, spannungsvolle Pausen, die ich zumeist durch Fragen beende. Dann fällt mir Herr C. mit seinen Antworten ins Wort, spürbar dankbar für diesen „Anschub“, und das Gespräch springt weiter... Obwohl Herr C. relativ viel erzählt, habe ich das Gefühl, gar nichts über ihn zu erfahren. „Ein Verhör. Was die alles wissen will! Aber ich sage nichts.“, heißt es in einem Beschreibungstext, „die Welt ist öd und leer“ in einem anderen.

Für die Improvisation wählt er die ihm vertraute Conga...

Hinterher berichtet er wieder von seinen Trommelerfahrungen... Nach einem Titel für unsere Improvisation gefragt, äußert er spontan: „Sprünge?“. Zu dieser auch in meinem Erleben so sehr passenden Formulierung kann ich nur zustimmend nicken und es folgt eine lange Pause – angenehmes, gemeinsames Schweigen nun... Dann, plötzlich, die Stunde ist eigentlich schon um, erwacht in ihm Interesse und er fragt nach verschiedenen Instrumenten, steht sogar auf, geht hin... „Als das Ende der Stadt naht, wird allerdings der Spielplatz immer interessanter.“ heißt es in einer Skriptbeschreibung, „Nach dem Spiel: Das vorher apathische Kind beginnt nach den Dingen (der Welt) zu greifen, es fängt gerade an, sich zu interessieren.“ in einer anderen. Und dann kündigt er an: „Demnächst spiel’ ich dann mal da drauf.“ und zeigt lachend auf das Xylophon. „Ich könnte mich locken lassen“, heißt es in einer Skriptbeschreibung... (Auch die Beziehungsformen und Interaktionsmuster innerhalb dieser Improvisation werden in Abschnitt IV.5. 3 ausführlich dargestellt – es darf gesprungen werden!)

Herr D.: „Ganz cool eigentlich“

Herr D. ist 19 Jahre alt und Schüler der zwölften Klasse. Seit seinem 13. Lebensjahr habe er sich mehr und mehr in andere hineinversetzt, die Gedanken anderer gedacht und sich schließlich auch in andere verwandelt. Er selbst sei leer, seine Gehirnzellen abgestorben. Dieses Erleben ist von starken Ängsten und großer Verzweiflung begleitet.

Auf mich wirkt der Patient vor allem fragil, kindlich–zart, ich habe das Gefühl, schon der Luftstrom meines Sprechens könne ihn umpusten...

Herr D. meint, er hoffe, dass das jetzt auch gescheit gehe bei ihm, denn „irgendwie fehlen bei mir auch so die Gefühle und dann auch das Gefühl für die Musik.“ Er spielt Didgeridoo und hört gerne Musik: „Eigentlich, normalerweise. Nur jetzt halt nicht mehr so, durch die Erkrankung“... Gefragt, welche Musik er gerne höre, zählt er Stilrichtungen und Gruppen auf, die ich alle nicht kenne. Plötzlich fühle ich mich uralt und abgeschnitten von dem, was ihn interessiert und bewegt. Selbst die Namen und Begriffe kommen mir so fremd vor, dass ich das Gefühl habe, er berichtet da von einer mir völlig verschlossenen Welt. „Na ja, is’ ja auch egal.“, meint er dazu, und unpassenderweise müssen wir beide darüber lachen. Überhaupt gibt es viel *gemeinsames* Lachen, gerade an den unpassendsten Stellen. „Ein Gespräch über die Farben und Muster des Tuches, das über einen klaffenden Abgrund gebreitet ist. Gemeinsamkeit bietet Schutz, sie wird gebraucht wie ein Klebestreifen, der ein zersplittertes Glas umschlingt.“, heißt es in einer Skriptbeschreibung, „Lachen aus Angst?“ innerhalb einer anderen. Später kann Herr D. sehr nachfühlbar beschreiben: „Alles, was ich mache, is’ irgendwie schon quälend.“ Und wieder später meint er: „Dinge, wo ich irgendwie fühlen muss, das geht eigentlich nicht so richtig...Halt auch bei der Musik denn, und wenn ich irgendwie denken muss, das ist auch ziemlich anstrengend.“ Nach der überraschend lebendigen und abwechslungsreichen Improvisation meint er: „Ja, also, war ganz gut irgendwie. Ich mein’, ich hatt ’s jetzt irgendwie echt nicht so raus irgendwie mit dem Spielen. Na ja, aber trotzdem hat ’s echt Spaß gemacht.“ Auch mir hat es Spaß gemacht, mit Herrn D. zu spielen, das äußere ich auch. Bei der Orgel habe das, was er noch einstellen wollte, „auf einmal nicht mehr funktioniert.“ Dass die

auch uralt sei, entgegne ich, und schon wieder lachen wir. Aber Herr D. findet sie „ganz cool eigentlich...“

Herr E.: „Finden Sie, dass das gepasst hat – so ’n bisschen?“

Herr E. ist 18 Jahre alt und Schüler der zwölften Klasse eines Gymnasiums. Seit einem halben Jahr zieht sich der Patient zurück, beendete ihm bis dahin wichtige Beziehungen. Er hat Probleme, seine Gedanken zu ordnen und grübelt viel. Er fühlt sich schutzlos und ausgeliefert, ist sensibel für die Gefühle anderer, habe aber keine eigenen. Auch die sich in seinem Kopf unterhaltenden Stimmen seien ihm egal.

Herr E. ist groß und schlank. Irgendwie erlebe ich einen krassen Gegensatz zwischen seinen kraftvoll-männlichen Bewegungen und seinem weichen, offenen, sehr kindlichen Gesicht.

Verbal ist es zunächst trotz beiderseitiger Anstrengung schwierig und immer wieder verwirrend, mit ihm in Kontakt zu kommen. Herr E. kann kaum von sich erzählen, Sprechen ist ihm spürbar unangenehm, Schweigen irritiert ihn deutlich. Über sein Leiden erfahre ich (verbal) zunächst so gut wie nichts. Herr E. stellt viele Fragen und kommt immer wieder auf seine musikalischen Erfahrungen zu sprechen: Er hat im Rahmen des Pädagogikunterrichtes am Gymnasium erste Erfahrungen mit Musiktherapie gemacht und sich deshalb gedacht, „dass ich das mal auch mal mitmachen kann.“ Darüber hinaus hat er „vorher schon ’n bisschen getrommelt und Didg [Didgeridoo, Anm. S. K.] gespielt...improvisiert öfters...manchmal, wenn ich Lust hatte...auf Afrikafestivals oder so.“ Nach der ersten gemeinsamen Improvisation, die von außen unterbrochen und damit beendet wurde, fragt er: „Finden Sie, dass das gepasst hat?“ und sofort noch einmal, nun in fast flehendem Ton: „Finden Sie, dass das gepasst hat – so ’n bisschen?“. Er selber könne das „irgendwie nicht so beurteilen...“ Im Anschluss an eine weitere Improvisation, die sich nun auch zeitlich entfalten konnte, schweigt er lange und meint auf die Frage, was ihn beschäftige, zögernd: „Eigentlich bin ich...eigentlich nichts, weil ich... die Musik noch...“ und fügt nach einer weiteren Pause hinzu: „Aber das...also ich, ich finde auch schon, dass es passt.“ (Auch die Beziehungsformen und Inter-

aktionsmuster innerhalb dieser Improvisation werden in Abschnitt IV.5.4.3 dargestellt.)

Herr F.: „Und dann hat es sich gefunden“

Herr F. ist 41 Jahre alt. Ein Designstudium musste er aufgrund seiner Erkrankung abbrechen. Seit Jahren lebt er völlig zurückgezogen, er fühlt sich verfolgt und leidet unter massiven Ängsten sowie wahnhaft ausgestalteten Schuldgefühlen. Dennoch lese ich in der Akte: „Durch Kontakt erhofft er sich mehr Besserung als durch Medikamente.“

Auf mich wirkt der Patient vor allem gehetzt, wie ständig auf der Flucht, dabei ängstlich und traurig.

Auch Herr F. kann nur im Zusammenhang mit dem „Thema Musik“ etwas von sich preisgeben. Von der anfänglichen Aufforderung, von sich zu erzählen, ist er spürbar überfordert und erfreut und befreit, als die Therapeutin anbietet, zunächst ihrerseits etwas darüber zu erzählen, „was so...gemacht wird hier in der Musiktherapie“. Daran knüpfen sich viele Fragen des Patienten und schließlich Erzählungen über seine musikalischen Erfahrungen und Vorlieben. E-Gitarre, Querflöte, Saxophon und Klavier hat er gespielt, auch in Bands, und viel Musik gehört, er kennt sich in allen möglichen musikalischen Stilrichtungen bestens aus, und komponiert hat er, „wollt’ das sogar früher beruflich machen. ... Früher war das für mich das Ein und Alles.“ Seit der Erkrankung jedoch macht er keine Musik mehr: „Fehlt mir so der Zugang.“ Manchmal probiert er es, aber es gelingt kaum, ein Instrument zu spielen, „weil ich vor jeder Bewegung manchmal Angst haben muss.“. Außerdem „ist das dann nicht so befriedigend...so rausgepresst, so mit letzter Not, so, als wenn ich so ’ne Zahnpastatube ausdrücke, so press ich das dann aus mir raus, das ist dann nichts Richtiges.“ Sein Reden über seine musikalischen Erfahrungen ist das ganze Gegenteil: Es sprudelt regelrecht aus ihm heraus, beginnt sich zu drehen, zu zerfließen... Immerhin erfahre ich so von abgebrochenen Beziehungen und einem einsamen, angstvollen, ein- wie ausgeschlossenen Leben, von schier unendlich vielen Möglichkeiten und der Unmöglichkeit, auch nur eine davon für sich zu nutzen. Dennoch: Diese Art zu Reden führt ihn von sich und mich von ihm fort, Reden und Zuhören werden immer quälender. Meinen Vorschlag,

miteinander zu improvisieren, beantwortet er mit Zustimmung und befreitem Aufatmen – um dann das Spielen ebenso sprudelnd mit nicht enden wollenden Fragen zu verhindern ...- zu groß ist offenbar in all der Überbeweglichkeit die Angst vor der Bewegung... Und dann gelingt es doch irgendwann, gemeinsam zu spielen!

„Applaus, muss doch der Applaus einsetzen, oder?“, meint Herr F. im Anschluss an die Improvisation, und beide müssen wir lachen. „Um den Erfolg, den therapeutischen Erfolg noch etwas zu unterstreichen“, fügt er hinzu. Und dann, wieder ernst: „Ja, war erstmal ’ne kleine chaotische Phase drin...Ja, und dann hat es sich gefunden.“ Das habe auch ich so erlebt, und Herr F. betont es so befreit und regelrecht glücklich - deutlicher kann die spürbar werdende Bedeutsamkeit dieses „Sich-Findens“ nicht vermittelt werden. Und dann fragt er sicherheitshalber noch mal, ob das jetzt „immer so ablaufen soll. Also, dass man sich *trifft* einmal die Woche...“. (Die Beziehungsformen und Interaktionsmuster innerhalb unserer gemeinsamen Improvisation werden unter IV.5.2.1 ausführlich dargestellt.)

Herr G.: „Das hat ’n bisschen gelockert“

Herr G. ist 27 Jahre alt und Student. Er leidet unter massiven Ängsten (vor allem unter dem Gefühl, andere könnten seine Gedanken lesen) und Schuldgefühlen, die sich in unterschiedlichen wahnhaften Selbstanschuldigungen äußern. Er selbst beschreibt sich als gefühllos und gleichgültig. Er sei autistisch und nehme auch auf Station keinerlei Kontakte auf.

Auf mich wirkt Herr G. auffallend unauffällig und blass.

Auch Herr G. berichtet über sich ausschließlich anhand seines beruflichen Werdegangs. Bei der Beantwortung der Frage nach dem Grund seines Klinikaufenthaltes hilft ihm die Diagnose, über sein Erleben zu berichten ist nicht möglich: „Schwierig, da waren mehrere Sachen so zusammengekommen.“ Herrn G. ist es lieber, wenn ich Fragen stelle, und ich bleibe mit meinen Fragen auf der ihn entlastenden Ebene der Fakten und Zahlen...

„Ja, musikalisch bin ich auch gut in Blockflöte“, meint er irgendwann...

Das Improvisieren ist zunächst anstrengend, die Musik chaotisch und unstrukturiert... Aber dann entwickelt sich doch Gemeinsamkeit, und die Anspannung

entlädt sich gemeinsam mit der Freude über den völlig synchron gestalteten Schluss in einem befreienden Lachen beider Spieler.

Nach der Improvisation kann Herr G. seine Anspannung thematisieren, die sich aber während des Spielens „’n bisschen gelockert“ habe. Jetzt kann er auch ein wenig mehr erzählen: Das Spielen erinnerte ihn an seine Schulzeit, den Musikunterricht. Das war „eher unangenehm“, weil er das „eigentlich nie so richtig konnte“. Er habe „nie so ’n richtig rhythmisches Gefühl“ gehabt. Während unseres gemeinsamen Spielens habe er sich aber „keine Gedanken darüber gemacht.“ Dann erzählt er (wirklich!) von seinem Blockflötenunterricht, der „nicht sehr erfolgreich“ gewesen sei: „Auf dem Abschlusszeugnis stand, das ist eher zwecklos oder wäre abzuraten, ein weiteres Instrument zu lernen.“ Er lacht entschuldigend, ich bin empört... „Nach der Musik ist etwas anders... Da sind es Menschen. Sie sprechen!! Miteinander!“, heißt es in einer der Skriptbeschreibungen. Wir sprechen darüber, auf welche Art und Weise Herr G. das Instrument gespielt hat, er betont noch einmal die Spannung und die Entspannung und „Ja, is’, war erstmal ’was Neues“.

I.1.4 Schizophrene Menschen und Musik – schizophrene Patienten in der Musiktherapie. Eine vergleichende Zusammenfassung

Sowohl anhand der Äußerungen schizophrener Menschen bezüglich ihres Verhältnisses zur Musik als auch anhand der Beschreibungen schizophrener Patienten bezüglich ihres Erlebens in der Musiktherapie kristallisierten sich vier thematische Schwerpunkte heraus, die sich in unterschiedlichen Gewichtungen auch innerhalb der beschriebenen Erstkontakte finden.

Im Folgenden sollen diese Themen noch einmal verallgemeinernd anhand der als Überschriften verwendeten Zitate sowie anhand von Patientenäußerungen aus den untersuchten Erstkontakten dargestellt werden:

Thema	Aussagen Betroffener bezüglich ihres Musikerlebens	Aussagen von Patienten im musiktherapeutischen Kontext anhand der Literatur	Aussagen von Patienten innerhalb der untersuchten Erstkontakte
I Kontakt, Beziehung, Gemeinsamkeit, „Zur Welt kommen I“	„Die Musik ... ist die Rechtfertigung unserer Berührung.“	„Das Gefühl, nicht allein zu sein – so eine Erlösung praktisch.“	„Ja, und dann hat es sich gefunden.“
II Selbsterleben, Selbstwahrnehmung, „Zu sich kommen“	„Die Welt des Musizierens als ein[en] Ort privaten Rückzugs.“	„sich selbst aus dem Instrument zu hören“	„Also, das macht ’n bisschen traurig.“
III Selbstausdruck „Zur Welt kommen II“	„Wenn er von Einsamkeit sang, gab er genau meine Gefühle wieder.“	„an Gefühle rannkommen, die mit Worten nicht zu schildern sind.“	„was so an Trauer noch in einem steckt versuchen, einfach rauszuspielen.“
IV Ordnung, Strukturierung, Defragmentierung	„Mozart klebt die Welt wieder zusammen, wenn sie zersprungen ist.“	„Aber die Musik ist so schön, sie hält alles zusammen.“	„Also ich kam ... ich komm’ wieder ’n bisschen zurecht ... Muss das nur ausprobieren. Ja. Wieder zurecht. Mich zurecht suchen.“

Insgesamt heben die Betroffenen Erlebnisse hervor, die irgendwie mit dem Ermöglichen von Zusammen–Halt zu tun haben: Interpersonell im Erleben von Kontakt und Gemeinsamkeit sowie als Möglichkeit des Selbstausdrucks, also das Ermöglichen einer „Hinwendung zur Welt“, indem Beziehung(en) gestaltet und Gemeinsamkeit(en) erlebt werden sowie im Ausdruck von „Eigenem“. Aber auch intrapsychisch als Chance, Eigenes zunächst überhaupt *als* Eigenes wahrzunehmen und an das eigene Erleben und die eigene Geschichte

anzuknüpfen und „Ordnung“ in das erlebte innere Chaos zu bringen und inneren Fragmentierungsvorgängen entgegenzuwirken. Diese Möglichkeiten der Hinwendung zum eigenen Erleben und damit gewissermaßen nach Innen scheinen im Erleben der Betroffenen fast ebenso bedeutsam zu sein. Auch unterschiedliche Formen der Strukturierung und des Findens (eigener!) Ordnungs- und Orientierungsmöglichkeiten im Umfeld der Musik (Hören, Spielen, über Musik reden...) werden immer wieder betont. Assoziiert sind die genannten Punkte häufig mit einem Erleben, das übergeordnet als *Verlebendigung* bezeichnet werden könnte. Die von anderen Autoren hervorgehobene Aktivierung (s. o.) gehört hierzu, aber Verlebendigung meint wesentlich mehr und grundlegendere Dimensionen: „Etwas“ (Gefühle, Empfindungen, Bewegung und Beweglichkeit, Erinnerungen, Anknüpfungen...) taucht plötzlich (wieder) auf, wird möglich, spürbar, darstellbar... Anhand der dargestellten musiktherapeutischen Erstkontakte wird vor allem die Bedeutsamkeit von Punkt I nachvollziehbar: Da wird die drängende Frage nach dem Zusammen–Passen gestellt (Herr E.) oder das als beglückend erlebte „Sich –Finden“ (Herr F.) betont, erlebte Beziehung atmosphärisch wieder belebt (Frau C.), im gemeinsamen Spiel heraufbeschworen, was sonst nur im Schutz des Alleinseins möglich ist (Herr A.), Möglichkeiten der Regulierung von Ineinander und Auseinander spielerisch erprobt (Herr B.). Andere Erstkontakte betonen in ihrer Gesamtheit das Zu–Sich–Kommen (Frau B., Frau D.) und Möglichkeiten des Selbstaudrucks (Frau B.). Verlebendigung wird spürbar im erwachenden (Selbst-) Interesse (Herr C.) oder zunächst vor allem innerhalb der Improvisation (Herr D.). Die herausgearbeiteten Schwerpunkte weisen einen direkten Bezug zu den Themen auf, die das Selbst- und Welterleben schizophrener Menschen grundlegend prägen insofern, als in und mit der Musik (-therapie) diese Verhältnisse anders gestaltet und erlebt werden können.

Um dies zu verdeutlichen, sollen die als Überschrift verwendeten Zitate bezüglich grundlegender Selbst- und Weltbezüge sowie hinsichtlich der Musik bzw. Musiktherapie sowie einzelne Aussagen aus den zwölf Erstkontakten noch einmal direkt gegenübergestellt werden:

Aussagen Betroffener bezüglich ihres Selbst- und Welterlebens	Aussagen Betroffener hinsichtlich ihres Erlebens in der Musiktherapie
<p>„Eine stählerne Wand trennte mich von allen und allem“</p> <p>„...keine Verbindung zur Welt und Menschen“</p> <p>„Ich wollte zwar teilhaben, brachte es aber nicht fertig“</p>	<p>„Die Musik ... ist die Rechtfertigung unserer Berührung“</p> <p>„Das Gefühl, nicht allein zu sein – so eine Erlösung praktisch“</p> <p>„Ja, und dann hat es sich gefunden.“</p>
<p>„Ein Fremder mir selbst gegenüber“</p> <p>„Ich ... fühlte nur ein grauenvolles Nichts“</p>	<p>„sich selbst aus dem Instrument zu hören“</p> <p>„Also, das macht ’n bisschen traurig.“</p>
<p>„Ich müsste meine sprachlichen Fähigkeiten, die gewohnten Sprechqualitäten und Sprachinhalte erweitern, erweitern um die emotionalen Dinge.“</p> <p>„vollkommen unfähig, irgendein Gefühl in Worten auszudrücken.“</p>	<p>„an Gefühle rankommen, die mit Worten nicht zu schildern sind.“</p> <p>„was so an Trauer noch in einem steckt versuchen, einfach rauszuspielen.“</p> <p>„Ein Glück, dass ich in der Musik meine Gefühle rauslassen kann, so die Wut und die Trauer.“</p>

Diese deutlichen Bezüge zwischen dem Leiden schizophrener Menschen und dem, was sie im Umgang mit Musik und in der Musiktherapie erleben, die in ihrem Erleben stattfindenden Veränderungen ihrer Selbst- und Weltbezüge verweisen darauf, dass das Medium Musik *im Erleben der Betroffenen* geeignet erscheint, diesem grundsätzlichen Leiden nicht nur Ausdruck zu verleihen, sondern auch modulierend auf dieses einzuwirken.

I.2 Außenansichten: wahr-genommen? Wie Angehörige ihr schizophrenes Gegenüber erleben

„Die Geschichte der Psychoseerfahrenen ist zugleich auch immer eine zentrale Geschichte im Leben ihrer Angehörigen: der Eltern, der Partner, der Kinder. Zwischen Staunen und Bestürzung, Selbstanklage und Schuldzuweisung, Hoffnung und Verzweiflung, Ängsten um, aber auch vor den Betroffenen erleben sie, wie ein naher und vertrauter Mensch ihnen fern und fremd werden kann. Gedanken, Gefühle, Gespräche verdrehen, verwirren, verirren sich.“ – so beginnt Ingeborg Esterer ihren Beitrag mit dem bezeichnenden Titel „Leid und Leiden sind auf beiden Seiten“ (in Bock et al. 1995, S. 53 ff), dem fünf Interviews mit Angehörigen psychotisch Erkrankter folgen. „Jede dieser Geschichten ist eine Odyssee, die jahrelange Irrfahrt durch die Landschaft der menschlichen Seele. Jede Geschichte ist auch ein Ozean an Leid, an Verzweiflung und an Gefahr, im Strudel der Ängste unterzugehen“ (ebd., S. 54). Lange Zeit wurden (auch) diese Geschichten kaum erzählt, gab es keinen Ort, keinen Raum und kein Gegenüber für sie: „Angehörige psychisch Kranker waren hinter einer Mauer von Isolation, Schuld, Trauer, Scham und Sprachlosigkeit verschollen oder wurden von psychiatrisch Tätigen ... dorthin verbannt“ (Deger-Erlenmaier in Dörner et al. 1995, S. 7). Baumann (2000) berichtet von der durch Angehörige schizophrener Menschen oft verwendeten Metapher, „Am Rande eines Vulkans zu leben“; die Mutter zweier schizophrener Söhne (ebd. S. 32) beschreibt durch Abschottung infolge der Erkrankung „eingefrorene Beziehungen zu den meisten Verwandten“. Als „eingefroren“ erleben Angehörige aber nicht nur die Beziehungen zu „anderen“, sondern eben und gerade auch das an einer Schizophrenie erkrankte Familienmitglied und ihre Beziehung zueinander: Als „Mutter ... die wieder Eis ist“ beschreibt Soria 2002 (S. 115) ihre an einer Schizophrenie erkrankte Mutter, „Augen in kaltem, eiskaltem Nordpoleisensetzen, Eis sind deine Augen geworden, Packeis, das zerbricht“ (ebd. S. 58) nimmt sie an ihr wahr. Als „Lebendig, aber verloren“ erlebt eine Mutter ihren an einer Schizophrenie erkrankten Sohn (in Bock 1995, S. 54); als „Wandeln am Rande des Abgrunds“ beschreibt eine Frau das Leben mit ihrem schizophrenen Ehemann (in Bock 1995, S. 61).

Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts fand die Behandlung und Betreuung psychisch Kranker, vor allem Schizophrener, in Anstalten statt, die zumeist weit entfernt vom Wohnort des Patienten lagen. So schrieb der Heidelberger Psychiater C. F. W. Roller, ärztlicher Leiter der von ihm geplanten Anstalt Illenau, 1831: „Jeder Seelengestörte muss von den Personen getrennt werden, mit welchen er früher Umgang pflog. Er muss an einen anderen, ihm unbekanntem Ort verbracht werden; die, welche ihn pflegen, müssen ihm fremd sein. Er muss, mit einem Wort gesagt, *isoliert* werden“ (zit. nach Häfner 2005, S. 58, Hervorhebung dort). Wie Häfner betont, wurde diese Philosophie nicht nur in die Alltagspraxis des Umgangs mit psychisch Kranken, bei denen es sich überwiegend um schizophrene Patienten handelte, umgesetzt, „sondern auch in die geographische Lage und – was der historischen Tradition der Nutzung leerer Klöster entgegenkam - in die Architektur der Pflegeanstalten umzusetzen versucht“ (ebd.). Auch nach dem Scheitern dieser Isolationstheorie waren den Betroffenen Entlassung und Rückkehr, nun aus gesellschaftspolitischen Gründen, zumeist verwehrt (vgl. Häfner 2005, S. 60ff sowie Blasius 1994). Selbst in den siebziger Jahren betrug die durchschnittliche Entfernung zwischen einer psychiatrischen Einrichtung und dem Rand ihres Einzugsgebietes noch 88 km (vgl. Klee 1980 S. 54). Auch war die Verweildauer gerade schizophrener Patienten bis zur Entdeckung der Antipsychotika Mitte der 50er Jahre extrem hoch, so wurde z. B. die mittlere Aufenthaltsdauer nach Erstaufnahme wegen Schizophrenie 1930 in den württembergischen Anstalten mit 8,5 Jahren angegeben (vgl. Wetzel 1932, entn. Häfner 2005, S. 59). Noch Anfang der siebziger Jahre verbrachten schizophrene Menschen unnötig lange Perioden ihres Lebens mehr oder weniger isoliert in psychiatrischen Krankenhäusern: Nach dem Ergebnis einer Stichtagserhebung zum 30. 5. 1972 wiesen in psychiatrischen Krankenhäusern der Bundesrepublik Deutschland 59% der Patienten Aufenthaltsdauern von über zwei Jahren, 31% sogar von über 10 Jahren auf, auch hier handelte es sich überwiegend um schizophrene Patienten (vgl. Häfner 2005, S. 69). Die Trennung von den Angehörigen führte dazu, dass die Rolle der Familie – wenn überhaupt - lediglich bezüglich der Ätiologie schizophrener Erkrankungen Beachtung und Einzug in entsprechende Fachliteratur fand. Auffallend ist, dass die Suche nach einer Ursache der Schizophrenie immer wieder verknüpft war und ist mit der Suche nach einem „Schuldigen“: Die Fa-

milie wird zum „Krankheitsüberträger“ oder „Krankheitsverursacher“ (Dörner et al. 1995, S. 27). Die Autoren erinnern in diesem Zusammenhang ebenso an die Degenerationstheorie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, „wonach die Schuld der Familie bis ins dritte und vierte Glied zurückverfolgt und sogar mit der Erbsünde in Verbindung gebracht wurde“ (ebd. S. 10) wie an „Erbtheorien in fataler Verbindung mit dem Endogenitätskonzept“ (ebd., vgl. auch Blasius 1994, S. 117 ff). Psychoanalytische Konzepte wie das der „schizophrenen Mutter“ (1948 von Fromm-Reichmann geprägt) oder das der „mütterlichen Überprotektion“ (Levy 1943) führten, nicht selten missverstanden und in eher anklagender Manier angewandt, zu Schuldzuweisungen, Verwirrungen und Unsicherheit auf Seiten der Angehörigen wie der Betroffenen. „Mutter ist ja wohl ein Schimpfwort bei Euch“, zitieren Dörner et al. (1995, S. 27) ein betroffenes Ehepaar. Verschiedene Theorien und Hypothesen (s. u.) wie die „double-bind“-Theorie der Forschungsgruppe um Gregory Bateson, das Konzept der „Pseudogemeinschaft“ bzw. „schizophrenen Familie“ von Wynne und Mitarbeitern oder das der „Mystifizierung“ (Laing 1965) oder „Maskierung“ (Lidz) beruhen auf einem Verständnis der schizophrenen Symptome als nach außen sichtbar gewordener Manifestationen spezifischer intrafamiliärer Prozesse wie z. B. Kommunikations- und Interaktionsstörungen. So versteht beispielsweise Laing unter „Mystifizierung“ interaktionelle Situationen, in denen eine Person das Erleben einer anderen bestimmt und definiert, dem Schizophrenen „wird zu verstehen gegeben, man verstünde, was er sagt, auch oder besonders dann, wenn man nichts versteht. ... Durch diese Art der Kommunikation wird der Psychotiker ... mehr oder weniger aus der Kommunikation ausgeschlossen, 'exkommuniziert'“ (Retzer 1996, S. 199). „Der Mystifizierte ist jemand, dem man zu verstehen gibt, dass er sich glücklich oder traurig fühlt, ohne Rücksicht darauf, wie er fühlt, dass er sich fühlt Es werden ihm Eigenschaften oder ein Mangel an bestimmten Eigenschaften zugeschrieben, ohne dass man sich auf ein gemeinsames empirisches Kriterium bezieht, mit dem sich diese Eigenschaften näher bestimmen ließen. ... Und natürlich sind, wenn das der Fall ist, nicht nur seine Wahrnehmung von sich selbst sowie seine Selbstidentität konfus; auch seine Wahrnehmungen anderer ... sind zur selben Zeit zwangsläufig vielfältigen Mystifikationen unterworfen“, heißt es darüber hinaus bei Laing (Laing in Bateson et al. 1988, S. 284/85). Neben wertvollen

und differenzierten Erkenntnissen führten auch diese Theorien zu weiterer Verunsicherung Betroffener wie Familienangehöriger – vor allem wohl, wenn sie in unprofessioneller Art und Weise *außerhalb* der auf ihren Erkenntnissen beruhenden (Familien-) Therapie als Vorwurf daherkamen. So zitiert Retzer (1996) die Mutter einer schizophrenen Patientin, deren Erleben im Rahmen einer Familientherapie als Resultat von Mystifikation verstanden wurde. Innerhalb der Familientherapie konnte ihr ein „Herauskommen aus der Mystifikationsfalle“ (S. 201) ermöglicht werden. Die Mutter der jungen Frau berichtet, wie ihnen „in der psychiatrischen Klinik in geduldiger Kleinarbeit beigebracht worden war, was wir doch für schlechte Eltern sein müssten, wenn unsere Tochter krank ist“ (ebd. S. 202). In einem Nachuntersuchungsgespräch *des Familientherapeuten* beschreibt sie als besonders hilfreich, dass sie *innerhalb* der Familientherapie „von diesen Eindrücken ... befreit“ werden konnte (ebd.)³. Dass das in diesem Zusammenhang immer wieder auftauchende Erleben (und die Zuschreibung) von Schuld und Scham zwar in besonderem Maße, aber durchaus nicht nur die Eltern (und hier besonders die Mütter) betrifft, macht das folgende Zitat einer Tochter und Schwester zweier schizophrener Frauen deutlich: „Die drei maßgebenden Gefühle ... waren einmal die übergroße Schuld, die ich empfand (was mache *ich* falsch, dass Mutter und Schwester immer wieder abdrehen?, warum war die Schwester so krank und ich nicht?), die Scham über den 'Wahnsinn' in der Familie, für den ich mich mitverantwortlich fühlte, und die Angst, selbst verrückt zu werden“ (S. W. 2001, S. 28). Dörner et al. (1995) betonen im Vorwort ihres 1982 erstmals erschienenen, hinsichtlich des Themas dieses Abschnitts wohl geradezu als „Klassiker“ zu bezeichnenden Buches „Freispruch der Familie“ (!): „Seit es Psychiatrie gibt, fügen wir psychiatrisch Tätigen den Familien und Angehörigen psychiatrischer Patienten täglich Unrecht zu. Gestern, heute und wohl auch noch morgen, aber hoffentlich nicht mehr übermorgen“ (ebd. S. 9). Diese Worte schrieb Dörner et al. 1987 im Vorwort zur dritten Auflage ihres Buches mit dem ebenso programmatischen wie (inzwischen) legendären o. g. Titel – und heute, zwanzig Jahre später; ist heute „übermorgen“?

³ Ihre eigenen, sehr positiven Behandlungserfahrungen nach Laings Modell in Kingsley Hall beschreibt M. Barnes (1989). Eher negative Erfahrungen mit dem therapeutischen Konzept Laings schildert Anstadt (1992) aus ihrer Sicht als Mutter eines schizophrenen Sohnes.

Vier Jahre arbeiteten rund 2000 Wissenschaftler und Praktiker aus dem In- und Ausland Anfang der siebziger Jahre an einem Bericht über die psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik, der 1975 als 1800 Seiten umfassende „Psychiatrie-Enquete“ vom Bundesgesundheitsministerium der Öffentlichkeit übergeben wurde (vgl. Klee 1980, S. 53 ff). Die Reform blieb zunächst „in den Betten stecken“ (ebd.), es dauerte Jahre, bis sich grundlegende Veränderungen vollziehen konnten, die sich in ganz besonderem Maße der Verbesserung der Versorgung schizophrener Patienten von der Akutbehandlung bis zu Nachsorge und Rehabilitation widmeten. Mit dem Bundesmodellprogramm (BMJFFG 1988) und dem Programm des Landes Baden-Württemberg zur Förderung der außerstationären psychiatrischen Versorgung wurde vor allem der Ausbau von Tageskliniken, Werkstätten und sozialpsychiatrischen Diensten gefördert (vgl. Häfner 2005 S. 74). Diese Entwicklung von der krankenhauszentrierten zur offenen, gemeindenahen therapie- und rehabilitationsorientierten Psychiatrie (vgl. Schulte-Wintrop 1994, S. 1 ff) führte dazu, dass Schizophrene außerhalb von Kliniken und nicht selten eben (wieder) in ihrer (Ursprungs-) Familie leben konnten und mussten. Familienangehörige wurden häufig zum wichtigsten Glied in der Kette psychiatrischer Behandlung – auch, weil viele Schizophrene kaum noch soziale Beziehungen anknüpfen oder aufrechterhalten. So gerieten viele Angehörige „in eine wirklich verrückte Position: Auf der einen Seite werden sie für die Krankheit des Patienten verantwortlich gemacht, auf der anderen Seite wird von ihnen erwartet, dass sie für ihn sorgen“ (Dörner et al. 1995, S. 34). Wenn auch das folgende Zitat eines Vaters einer schizophrenen jungen Frau hinsichtlich der hierin zum Ausdruck kommenden *Beziehung* befremden mag, so bringt es doch die Situation und (Über-) Forderung dieses Angehörigen ebenso deutlich zum Ausdruck wie die oben angedeutete Schuldproblematik: „Im Zuge der Entwicklung mit immer kürzer werdendem Klinikaufenthalt wird Psychiatrie zunehmend in die Wohnzimmer der Angehörigen verlagert. So mancher Angehörige arbeitet dort – nicht unter den Bedingungen der 40 Stunden, sondern der 168-Stunden-Woche - und dies ohne Bezahlung, ohne Sozialversicherung, ohne Urlaub, ohne Supervision. Ich fände es infam von einer Gesellschaft, wenn sie diesen Angehörigen zu allen Belastungen schließlich noch die Schuld aufladen würde, anstatt ihnen zu helfen“ (Walter in Koenning 1982, zitiert nach Baumann 2000, S. 34).

Die verwirrende, vielfältige und nach Hilfe geradezu schreiende affektive Reaktion eines mit einer schizophrenen Mutter aufwachsenden Kindes schildert eine inzwischen erwachsene Tochter: „Schlimm war ... für mich, dass eine Krankheit generell Mitgefühl auslöst, aber genau das löste diese Krankheit nicht bei mir aus. Ich *haßte* meine Mutter, wenn sie mich oder meine Oma in ihrer Krankheit ordinär beschimpfte, wenn sie uns als vom Teufel besessen titulierte oder mich Hure nannte. Ich hatte *Angst* vor ihr, wenn sie mich mit ihrem hasserfüllten diabolischen Blick anschaute und grundlos auf mich einschrie. Ich *schämte mich* für sie, wenn sie stundenlang laute Selbstgespräche führte, sich für Hitler oder andere Personen hielt, wirre Fragen stellte oder Worte erfand, die sie stotternd von irgendwelchen anderen Worten ableitete. Ich *ekelte mich* vor ihr, wenn sie stank, weil sie sich nicht mehr richtig pflegte. Doch das Schlimmste für mich war, dass diese Gefühle bei meiner Oma auf *kein Verständnis* stießen, schließlich handelte es sich doch um meine Mutter, und ich sollte froh sein, überhaupt eine Mutter zu haben ... Und trotz Krankheit habe ich nie aufgehört, meine Mutter zu *lieben*“ (Bern 2001, S. 15-16 sowie 23, Hervorhebungen S. K.).

Im Zuge der beschriebenen Entwicklungen rückte die Bedeutung der Familie für den weiteren Krankheitsverlauf ebenso ins Zentrum psychiatrischen Interesses wie die Anerkennung des Mitleidens und der Mitbetroffenheit Angehöriger. Die Rolle und Verantwortung der Familien als „Rehabilitationsinstanz“ (vgl. Schulze-Wintrop 1994) führte zu verschiedenen Formen der Angehörigenarbeit: Fast gleichzeitig, zunächst jedoch unabhängig voneinander hatten sich in den fünfziger Jahren drei Forscher- und Therapeutengruppen organisiert und markierten mit ihrer Arbeit den Beginn dessen, was wir heute als systemische Therapie oder systemische Familientherapie bezeichnen (vgl. Retzer 1996, S. 162 ff). Die Palo Alto Gruppe um Gregory Bateson entwickelte völlig neue Ideen zur Beschreibung menschlicher Kommunikation, die für die Entwicklung der systemischen Familientherapie besondere Bedeutung erlangten, obgleich die Ziele der ersten Arbeitsphase nicht therapeutischer Natur waren. Dies war erst der Fall, als Don D. Jackson 1958 das Mental Research Institut gründete. Auch die Mailänder Gruppe um die Psychoanalytikerin und Psychiaterin Mara Selvini Palazzoli und die Heidelberger Gruppe um Helm Stierlin entwickelten unterschiedliche Modelle der Familientherapie. Bedeu-

tung erlangten ebenfalls die „bifokale Methode der Familientherapie“ (1947-49 an der Wiener Psychiatrischen Klinik von Schindler entwickelt) oder die „bilaterale Familienarbeit nach dem Expressed-Emotion-Konzept“, das an der Forschungsstelle für Sozialpsychiatrie am Institute of Psychiatry in London in den siebziger Jahren von Wing und Mitarbeitern entwickelt wurde. Beiden Konzeptionen gemeinsam ist die getrennte Arbeit mit Patienten und ihren Angehörigen in Gruppen. Untersuchungen zur Familieninteraktionsforschung in den sechziger und siebziger Jahren fokussierten vor allem auf die Art und Weise, wie Familien Probleme lösen, wie innerfamiliäre Entscheidungsprozesse ablaufen und welche organisatorischen Strukturen dabei verwirklicht werden (vgl. Retzer 1996 S. 69). Die Untersuchungsergebnisse wurden in verschiedenen Theorien zusammengefasst, so als „Paradigmen von Familien“ (Reiss 1981 in Retzer ebd.) oder als „Beziehungsrealitäten“ (Stierlin 1981 in Retzer ebd.). Ziel dieser Untersuchungen war es, Prozesse der Entstehung und Aufrechterhaltung kommunikativer und interaktiver Muster zu verstehen, in ihren Auswirkungen auf die Psychopathologie des als schizophren diagnostizierten Familienmitgliedes zu erkennen und die gewonnenen Erkenntnisse therapeutisch nutzbar zu machen. Retzer (a. a. O.) verweist darauf, dass diese Art der Forschung seit Ende der siebziger Jahre kaum noch betrieben wurde und begründet dies mit der Hinwendung der Familientherapie und -forschung zu epistemologischen Fragestellungen in den achtziger Jahren.

Heute finden wir eine Vielzahl bestehender Gruppenangebote für Angehörige, die in ihren Zielen dennoch Gemeinsamkeiten aufweisen: Aufklärung und Information, um (in ihren Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf des Betroffenen) negative Einstellungen zu verändern, den Beteiligten zu helfen, Schwierigkeiten zu erkennen, durchsichtiger werden zu lassen und voneinander zu trennen; Abbau von Spannungen und Konflikten, um Patienten und Angehörige zu unterstützen sowie die Motivation Angehöriger zum Besuch einer Selbsthilfegruppe gehören nach Schulte-Wintrop (a. a. O. S. 23 ff) zu den gemeinsamen Zielen unterschiedlicher Typen der Angehörigenarbeit. Bei aller Vielfalt bestehender Angebote ist sie jedoch noch immer nicht allgemein üblicher Bestandteil psychiatrischer Therapie. Dabei haben Krankheitsvorstellungen sowie Schuld- und Schamgefühle Angehöriger bezüglich der schizophrenen Erkrankung eines Familienmitgliedes sowie emotional gestörte Familien-

interaktionen einen zentraler Stellenwert bezüglich des Krankheitsverlaufs der Betroffenen: Steimer-Krause (1996, S. 462) betont im Hinblick auf Adoptionsstudien, 'high-risk'-Studien sowie Untersuchungen zur Expressed-Emotion-Forschung, dass „nach heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen die Tatsache, dass kommunikative und affektive Aspekte in Familien mit schizophrenen Patienten sowohl einen Einfluss auf die Entstehung der Schizophrenie als auch auf die Rückfallgefahr haben, außer Frage“ steht. Bislang blieb die Frage, wie dieser Einfluss ätiologisch zu bewerten ist, allerdings offen.⁴ Allerdings konnte in der prospektiven finnischen Adoptionsstudie von Tienari nachgewiesen werden, dass gute und fördernde familiäre Beziehungen und entsprechende Interaktionsmuster einen wirksamen Schutz gegen die Manifestation psychotischer Störungen darstellen und „dass ein förderliches Familienmilieu anscheinend auch solche Kinder vor Denkstörungen schützt, deren leibliche Mütter an Schizophrenie erkrankt waren“ (vgl. Aderhold et al. 2003).⁵ In neuerer Zeit zielen Familienuntersuchungen vermehrt darauf ab, positive Bedingungen für eine gesunde psychische Entwicklung aufzufinden bzw. protektive Faktoren für eine Verminderung des Dekompensationsrisikos (Baumann 2000, S. 22). 1985 wurde der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. Bonn gegründet, dem heute deutschlandweit ca. 300 Gruppen angehören. Ermutigt und ganz wesentlich beeinflusst wurde diese Entwicklung durch das oben erwähnte Buch von Dörner et al.; offenbar war der „Freispruch der Familie“ notwendig, um die Angehörigen aus ihrer Isolation herauszuführen. Darüber hinaus hat auch die Idee des „Triologs“ (vgl. Bock et al. 1992, 1994 und 1995 sowie die Einleitung zu Abschnitt eins dieses Kapitels) viel dazu beigetragen, dass sich Angehörige mehr und mehr mit ihren Erfahrungen, Zweifeln und Selbstzweifeln an die Öffentlichkeit trauen. Ähnlich wie bei den Betroffenen selbst nimmt auch hier die Auseinandersetzung mit „der“ Psychiatrie einen großen Raum ein. Darüber hinaus stehen die Probleme der Angehörigen, die Auswirkung der Schizophrenie auf ihr Leben und die Gestaltung

⁴ Steimer-Krause (ebd. S. 462) verweist darauf, dass innerhalb des auf Zubin und Spring (1977) zurückgehenden Vulnerabilitätsmodells davon ausgegangen wird, dass es sich bei den affektiven und kommunikativen Auffälligkeiten in den Beziehungsstrukturen von Familien mit schizophrenen Erkrankten um notwendige, jedoch nicht hinreichende pathogenetische Faktoren handelt.

⁵ Die Studie von Tienari ist nach Aderhold et al. die einzige Adoptionsstudie, die genetische und psychosoziale Untersuchungsmethoden zusammenführt, indem z. B. auch die Persönlichkeiten der Adoptiveltern untersucht und in die Auswertung einbezogen wurden.

der Beziehung zu dem als schizophren diagnostizierten Familienmitglied im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Ganz konkret berichten Klier und Domna (in Platz 1995) von einer seit 1993 existierenden Angehörigengruppe, in der „Betroffenheit, Verzweiflung und Resignation der Angehörigen einerseits und Überforderung bzw. Ratlosigkeit im Umgang mit dem Kranken andererseits ... immer wieder Thema in der Gruppe“ (ebd. S. 294) waren. Von mehreren Teilnehmern wurden auch „die Beeinträchtigung des eigenen Lebens aufgrund der ständigen Belastung und Verantwortung sowie zunehmende soziale Isolation“ angesprochen. Etliche Teilnehmer hatten das Ziel, „sich vom kranken Familienmitglied besser abgrenzen zu können“ (ebd.), beklagten, dass der Erkrankte inaktiv sei und sich und seine Umgebung vernachlässige, wobei die Frage, ob dies „Faulheit“ sei oder sich auf die Erkrankung zurückführen lasse (!) zentrale Bedeutung erlangte. Neben Themen wie Schuld, Scham, Ängsten und Zukunftssorgen wurden auch Kränkungen (z. B. darüber, dass sich die Betroffenen „unzugänglich, abweisend und aggressiv“ verhielten) thematisiert und die Unsicherheit darüber, „wie viel man ihm zumuten könne und ob man ihn mit eigenen Gefühlen konfrontieren dürfe“ (ebd.). Später wurden auch Themen wie die Stigmatisierung der Kranken in der Öffentlichkeit und Hilflosigkeit und Wut gegenüber Institutionen und Fachleuten zum Thema. Wie bei den Betroffenen selber steht auch in den Äußerungen der Angehörigen die Angst ganz im Vordergrund ihres affektiven Erlebens: Angst *um* das erkrankte Familienmitglied, Angst, etwas/„alles“ „falsch“ zu machen oder gemacht zu haben - „Oft wusste ich nicht, wie ich mich verhalten sollte. Jedes Verhalten konnte 'falsch' sein, alles war oft unberechenbar und unvorhersehbar“ schreibt eine Tochter (Familie H. 2001, S. 51) -, Angst, selbst zu erkranken: „Angst, selbst verrückt zu werden“ (Bern 2001, S. 28) - diese Angst betrifft vor allem Geschwister und Kinder Betroffener, mit oft weit reichenden und erschreckenden Konsequenzen! - aber auch Angst *vor* dem an einer Schizophrenie Erkrankten: „Zunächst hatte ich Angst *um* meine Mutter, doch von dem Moment an, als sie mich schlug, weil sie in einem von mir für sie zubereiteten Tomatensaft Gift vermutete, hatte ich Angst *vor* ihr.“, schreibt die inzwischen erwachsene Tochter einer Schizophrenen (Bern 2001, S. 14, Hervorhebung S. K.). Und natürlich nehmen viele Angehörige auch die Angst des schizophrenen Gegenüber deutlich wahr und nicht selten in sich auf. Diese Angst der Ange-

hörigen wiederum wird von dem Schizophrenen äußerst sensibel wahrgenommen und läuft Gefahr, in einen sich immer wieder verstärkenden Kreislauf zu geraten, den die Betroffene Bettina (in Rüffer 1999, S. 85) folgendermaßen beschreibt: „Diese Angst der Anderen darf ich mir nicht mehr zu eigen machen, obwohl man gerade darauf äußerst sensibilisiert ist Die Angst der anderen provoziert Unsicherheit in mir, es folgt der Rückzug, die Verdrängung der Gefühle folgt auf den Fuß, und dann kommt bei mir die Angst vor der Angst.“

Nachdem im ersten Abschnitt dieses Kapitels versucht wurde, das Selbst- und Welterleben schizophrener Menschen weitgehend mit ihren eigenen Worten nachvollziehbar zu beschreiben, soll nun der Frage nachgegangen werden, wie Angehörige, Freunde oder andere dem Betroffenen nahe stehende Menschen den Schizophrenen *wahrnehmen*: Was erspüren sie, was und wie fühlen und leiden sie (mit)? Welche Grundverhältnisse schizophrener In-der-Welt-Seins erspüren und beschreiben sie? Welche Beziehungsformen und Interaktionsmuster etablieren sich im Umgang mit dem schizophrenen Gegenüber? Was bedeutet „Schizophrenie“ im Miterleben Angehöriger? Dieser speziellen Frage wird in der vorliegenden Literatur eher selten nachgespürt – geht es doch zumeist gerade darum, sich in heilsamer Art und Weise von dem als schizophren diagnostizierten Angehörigen abzugrenzen und eigene durch die Erkrankung des Familienmitgliedes aufgetretene (?) Probleme zu meistern (s. o.). Die für die Betroffenen selbst im Mittelpunkt stehenden Themen, *ihr*e Verzweiflung, Nöte und Ängste bestimmen einerseits ganz wesentlich, wie sie ihr erkranktes Familienmitglied wahrnehmen und sind auch in den folgenden Ausführungen nicht bzw. nicht immer davon zu trennen. Andererseits geben aber auch *gerade* die Ängste und Sorgen der Angehörigen Auskunft darüber, wie sie ihr an einer Schizophrenie erkranktes Familienmitglied wahrnehmen, was sie erspüren (oder auch gerade nicht), wo sie mit-leiden und wo sie sich ausgeschlossen und ihrerseits isoliert fühlen. So ist, zumindest teilweise, aus dem folgenden Abschnitt eben doch *auch* ein Text *über* die Angehörigen geworden. Gleichwohl mit dem Ziel, auch auf diesem Wege dem (Er-) Leben schizophrener Menschen nachzuspüren.

In die folgenden Reflexionen fließen Texte ein, die aus der Arbeit in den „Psychoseseminaren“ (Bock et al. a. a. O.) hervorgegangen sind, autobiografische Romane oder Aufsätze von Menschen, deren Eltern[teil] (z. B. K. Bern 2001 und Soria 2002), (Ehe-) Partner (z. B. Eichberger 1990), Geschwister (z. B. Moorman 1994), FreundInnen (Burgard 1999) oder Kind(er) (z. B. Hattebier 1999 und Anstadt 1992) an einer Schizophrenie erkrankt sind und Untersuchungen Professioneller zu diesem Thema (z. B. Katschnig 1977, Hambrecht 2001, Mattejat und Lisofsky 2001 sowie Fischer und Gerster 2005). Auch hier wurde Wert darauf gelegt, Schilderungen Angehöriger einzubeziehen, die in unterschiedlichen Kontexten geäußert wurden; mündlich oder von vornherein in schriftlicher Form, erfragt oder ungefragt geäußert; mit völlig unterschiedlichen Intentionen. Wie Angehörige ihr an einer Schizophrenie erkranktes Familienmitglied wahrnehmen, hängt natürlich – neben ganz individuellen Besonderheiten – wesentlich vom spezifischen Verwandtschaftsverhältnis und von der Intensität der Beziehung ab, ebenso aber auch von der Intensität und Dauer der Erkrankung. Mag es in vielerlei Hinsicht auch fragwürdig erscheinen, die Äußerungen beispielsweise eines Menschen, dessen Kindheit (und späteres Leben) geprägt ist von der Erfahrung des Aufwachsens mit einem schizophrenen Elternteil, mit denen eines Menschen, dessen Partner oder Kind an einer Schizophrenie leidet zu vergleichen, und mag dieser Vergleich hinsichtlich der Auswirkungen auf das Leben des entsprechenden Angehörigen auch noch so unterschiedlich sein – hinsichtlich des Erlebens *in* der Beziehung *mit* dem Betroffenen und des Erlebens *der* Beziehung *zu* dem Betroffenen gibt es – natürlich auch hier bei aller Individualität – doch zahlreiche Übereinstimmungen, die zudem so deutlich als Resonanz auf das Erleben des Betroffenen zu verstehen sind, dass der Aufbau des folgenden Abschnitts im Wesentlichen dem des vorigen angeglichen werden konnte. Auch in diesem Abschnitt soll auf theoretisierende Bezugnahmen oder Kommentare zugunsten einer Annäherung an dominierende innere Bewegungen und Resonanzphänomene verzichtet werden. Ebenso wie die Selbstäußerungen Betroffener im vorigen Abschnitt mögen die Zitate der Angehörigen so weit wie möglich für sich sprechen.

Die jeweilige als Überschrift verwendete Formulierung eines Angehörigen soll auch hier das in den einzelnen Abschnitten herausgestellte Verhältnis einfühlend hervorheben.

I.2.1 „Eine sich beschlagende Scheibe. Man erreicht sich nicht in der Wahrnehmung“ Das Mit-Erleben von Isolation und Verfestigung

Auch Angehörige beschreiben vor allem Zustände und Symptome, „die im Zusammenhang mit sozialer Abkapselung auftreten“ (Katschnig 1977, S. 106) – häufig als beobachtete Verhaltensauffälligkeit, manchmal nur während akuter Schübe oder aber als überdauerndes Merkmal der oft als „einseitige Beziehung“ (ebd. S. 120) erlebten Beziehungsgestaltung. Dabei sind es nicht nur die als vom Schizophrenen selber hergestellt erlebte Isolation des Betroffenen oder aber eine Art abwesender Anwesenheit, die gespürt und beschrieben werden – auch die Angehörigen leben häufig „in verzweifelter Isolierung“, in einem „Gefängnis der Einsamkeit“, wie es die Mutter einer schizophrenen jungen Frau (in Bock 1995, S. 153/150) ausdrückt. „Allmählich verödete unser Leben“ (zit. nach Bock 1995, S. 63), beschreibt es eine andere Angehörige. „...wir sind eingesperrt, eingekesselt, abgeschnitten, wir leben in einem anderen Land in deinem Kopf ... Du weißt nichts von mir.“, drückt es die (inzwischen erwachsene) Tochter einer schizophrenen Mutter in einer etwas anderen Akzentuierung aus. Dass die innere Isolation schizophrener Menschen ihren Ausdruck auch in der Gestaltung sozialer Beziehungen findet und von den Betroffenen selbst sehr unterschiedlich erlebt wird, wurde bereits im letzten Abschnitt der vorliegenden Arbeit ausgeführt. So individuell wie die Schizophrenen selbst erleben auch Angehörige den Rückzug oder gar Abbruch sozialer Beziehungen –ähnlich wie die Betroffenen fühlen auch sie sich (aktiv) ausgeschlossen oder aber unfähig, Kontakt zu dem Betroffenen aufrechtzuerhalten oder (wieder) herzustellen.

„Anstatt erwachsen zu werden, zog sie sich in sich selbst zurück“

schreibt M. Moorman (1994, S. 59) über ihre achtzehnjährig an einer Schizophrenie erkrankte Schwester. Doch beim Anblick einiger Photos, die ihre acht Jahre ältere Schwester etwa im Alter von zwölf Jahren zeigen, ist sie rückblickend auch für diese Zeit überzeugt: „Sie hat bereits begonnen, sich zurückzuziehen“ (ebd.). Auch Eichberger beschreibt, wie sich ihr Mann „in noch tiefere Verslossenheit zurückzog“ (Eichberger 1990, S. 55). Diesen Rückzug nach

Innen selbst bei (zunächst) äußerlicher Anwesenheit beschreiben fast alle Angehörigen, wobei zumeist der Eindruck entsteht, der Betroffene lebe in einer anderen, selbst geschaffenen, inneren oder auch äußeren Welt: „Inzwischen war von Kontakt zwischen Raf und mir keine Rede mehr. Raf lebte wie in einer Privatwelt im eigenen Zimmer.“, beschreibt es eine Mutter (Anstadt 1992, S. 24). Und die Tochter einer schizophrenen Mutter konstatiert: „Später war sie meistens in Selbstgespräche vertieft und reagierte überhaupt nicht mehr auf meine Anwesenheit“ (Bern 2001, S. 14). Viele Angehörige suchen verzweifelt nach Ursachen dieses Verhaltens und kommen dem Erleben des Betroffenen damit häufig sehr nahe: So vermutet eine andere Mutter, dass ihr Sohn sich zurückziehen muss, „...weil er in seiner eigenen privaten Welt lebt und es eine derartige Anstrengung für ihn ist, sich in die wirkliche Welt zu versetzen“ (zit. nach Katschnig 1977, S. 119). Auch Burgard beschreibt, wie schwer ihrer Freundin der Kontakt zu anderen Menschen fiel – und wie wichtig er gleichwohl für sie war: „Ihr fiel der Kontakt schwer, obwohl sie ihn brauchte. Es musste immer jemand in ihrer Nähe sein“ (in Brügge 1999, S. 119).

Deutlichen Ausdruck innerhalb zwischenmenschlicher Beziehungen, und deshalb von Angehörigen oftmals beschrieben, findet der Rückzug nach Innen häufig im Schweigen. (Dass die Betroffenen oftmals *innerlich* um Worte ringen und sehr wohl mit ihrem Gegenüber sprechen *wollen* [vgl. Abschnitt I.1] scheint sich den Angehörigen kaum zu vermitteln, zumindest waren in der zur Verfügung stehenden Literatur keine diesbezüglichen Hinweise zu finden.)

„...und spricht absolut kein Wort“

Katschnig (1977) berichtet von der absoluten Verblüffung einer Frau, deren Neffe an einer Schizophrenie erkrankt ist und sie ab und zu besucht. Als sie von einem Freund des jungen Mannes erfährt, dass dieser sehr gern zu ihr komme, ist sie völlig überrascht: „Ich hätte das nie vermutet, denn jedes Mal wenn er kommt, setzt er sich auf einen Sessel und spricht absolut kein Wort“ (S. 107). Ein anderer Angehöriger beschreibt: „Er geht sehr gern zu Familientreffen, es gefällt ihm dort gut, auch wenn er nur in einer Ecke sitzt und mit niemandem spricht“ (ebd.). Unter der „mangelnden Gesprächigkeit“ und Responsivität leiden die meisten Angehörigen: „Es macht mich einfach fertig, wenn er nichts sagt, wenn er gar nicht zu hören scheint, was man zu ihm

spricht“ (zit. nach Katschnig ebd. S. 111). „Immer diese vergebliche Mühe, als spräche ich gegen eine Wand“ (Hattebier 1999, S. 35), klagt eine Mutter. „Ich hätte gern, dass Du ein bisschen mehr sprichst“, zitiert Katschnig (ebd.) die Mutter eines schizophrenen jungen Mannes – der darauf hilflos antwortet: „Ja, aber was gibt es denn überhaupt zu sprechen?“ (ebd.)!

Viele Angehörige versuchen, sich Schweigen und Abweisung irgendwie zu erklären. Vergleicht man Aussagen wie die jener Mutter, die, bezogen auf die Schweigsamkeit ihres Sohnes, überzeugt ist: „Er sagt nichts, weil er seinen inneren Raum gegen ein Eindringen schützen möchte“ (zit. nach Katschnig, S. 110) mit den im vorangegangenen Abschnitt zitierten Aussagen Betroffener, so wird deutlich, wie feinfühlig manche Angehörigen das Leiden ihres betroffenen Familienmitgliedes wahrzunehmen vermögen.

„Er ist so schroff und derb, dass die Leute einfach nichts mit ihm zu tun haben wollen“

...beschreibt ein Vater das Verhalten seines an einer Schizophrenie erkrankten Sohnes (in Katschnig 1977, S. 107). Die Mutter eines schizophrenen jungen Mannes beschreibt ihren Sohn als „verwirrt, ... unbeherrscht und irrational in seinem Verhalten“ (Hattebier 1999, S. 45). „...immer musste ich mit seiner Aggressivität rechnen“ (ebd. S. 46) führt sie weiter aus, und schließlich: „Konrad wurde mir unheimlich“ (ebd. S. 67), „...wir waren für ihn nicht mehr vorhanden“ (ebd. S. 69). Viele Angehörige sind mit einem *Verhalten* des betroffenen Familienmitgliedes konfrontiert, das sie als bewusst hergestellte Isolierung wahrnehmen, deren Ursachen sich ihnen (zunächst oder überhaupt) entziehen. „Er wollte keinen Menschen sehen“ schreibt die Ehefrau eines an einer Psychose erkrankten Mannes (in Bock et al. 1995, S. 62). „Er hat sich von der Außenwelt total zurückgezogen. Er geht nie raus – weder spazieren noch einkaufen“ (ebd., S. 72) – so der Bericht eines Vaters über seinen schizophrenen Sohn. „Walter weist jeden Ansatz zu einer Gemeinschaft zurück und will nicht viel von uns Mitmenschen wissen“, schreibt die Ehefrau eines schizophrenen Mannes (Eichberger 1990, S. 132), und etwas später: „Walter ist wieder so schrecklich, er ist so feindselig und abweisend und ich finde gar keine Verbindung zu ihm und manchmal stößt er mich so furchtbar ab“ (ebd. S. 137).

Schließlich vertraut sie ihrem Tagebuch an: „Ich kämpfe jeden Tag mit den Tränen und leide furchtbar unter Walters Gegenwart! Ich habe gestern wieder den Versuch gemacht, zärtlich zu ihm zu sein, -es ist jedes Mal eine Qual! Ich habe es eigentlich nur gemacht, weil er sonst so böse war“ (ebd. S. 139). Wie sich das Gegenüber in solchen Momenten fühlen mag, wird auch anhand folgender Aussage spürbar: „Er lehnte es von Zeit zu Zeit ab, sich einem in die Nähe zu setzen. Er starrte einen dabei so an, als sei man etwas schrecklich Ekeleregendes, und weigerte sich, mit einem zu sprechen“ (in Katschnig 1977, S. 110). Offenbar nicht mehr als menschlich (!) nimmt Anstadt (1992, S. 28) ihren Sohn in ähnlichen Momenten wahr und beschreibt folgende erschütternde Szene: „Durch den kalten, herausfordernden Blick, mit dem er mich anschaute, konnte ich keinerlei Mitleid mehr empfinden. Ich fühlte, wie ich selber eiskalt wurde. Eine unbezwingbare Wut stieg in mir auf. Ich suchte um mich herum, ergriff einen schweren Aschenbecher und warf ihn ihm regelrecht an den Kopf. Er zog den Kopf ein und griff mit beiden Händen nach der schmerzhaften Stelle, ohne einen Ton von sich zu geben. Diese Bewegung hatte *plötzlich wieder* etwas Menschliches. Ein jähes Mitleid ergriff mich“ (Hervorhebungen S. K.). Nicht immer handelt es sich um überdauernde, jegliches Gegenüber ausschließende oder als grundsätzliche Beziehungsmuster wahrgenommene Rückzugsbewegungen. *Phasen* der Isolation können von Angehörigen häufig leichter toleriert werden: „Manchmal ist K. aber auch reizbar und möchte nicht angesprochen werden. Das respektieren wir“ (zit. Nach Bock, a. a. O.). *Eingeschlossen mit dem erkrankten Elternteil und zugleich ausgeschlossen von „der Welt“* fühlen sich häufig die Kinder der Betroffenen: „...ganz eingeschlossen im Mikrokosmos ... am Spielplatz ein weiter Kreis Niemandsland um uns, Demarkationslinie, ein paar Meter Distanz ... ich stehe an der Rutsche, niemand, der sie mir streitig macht“ (Soria 2002), so die ergreifende Schilderung einer Tochter.

Viele Äußerungen Angehöriger bringen ein tiefes Verständnis dieses Verhaltens zum Ausdruck: „Er kann Menschen einfach nicht ertragen – er hält es nicht einmal aus, mit einer anderen Person im selben Raum zu sein“ (Mutter eines schizophrenen Sohnes in Katschnig 1977, S. 109).

„...doch er war nicht in der Lage, das Ergehen eines anderen Menschen zu erfüllen“

...so beschreibt die Ehefrau eines Betroffenen eine andere Art der Einsamkeit und Entfremdung im täglichen Zusammenleben (Eichberger 1990, S. 53). Verunsichert und besorgt über die Veränderungen, die sie an ihrem Mann Walter erlebt, ge- (über-) fordert mit der Versorgung dreier Kinder fühlte sie sich „...immer einsamer und isolierter“ (ebd.). „Oft weinte ich auch nachts, und Walter war allenfalls beleidigt, dass er im Schlaf gestört wurde und nicht in der Lage, nach meinem Kummer zu fragen“ (ebd.). Und auch darin erlebt sie die Unfähigkeit ihres Mannes, sich in ihr Erleben und befinden einzufühlen: „...er war immer öfter um fünf Uhr morgens schon wach, weckte mich und erklärte, wenn ein Ehepartner nicht mehr schlafen könne, brauche auch der andere keinen Schlaf mehr“ (ebd. S. 30). In diesem Falle kam es schließlich mehrfach zu tätlichen Übergriffen des Ehemannes gegenüber seiner Frau, von denen einer zur (erneuten) Einweisung in eine psychiatrische Klinik führte: „Plötzlich sprang er auf, schlug mir die Flasche aus der Hand, warf mich auf das Bett und würgte mich. Ich wehrte und befreite mich, rief laut um Hilfe in meiner Angst, da drückte er mir das Kissen auf das Gesicht,...“ (ebd. S. 65).

Wenn an dieser Stelle auch eine so dramatische Szene geschildert wird, so nicht etwa, um das in vielen Studien als solches belegte Vorurteil, psychisch Kranke seien gefährlicher als die Durchschnittsbevölkerung (Rüffer 1999, S. 83), zu untermauern – im Gegenteil! *Gerade* eine vorurteilsfreie Darstellung des Erlebens Angehöriger darf diese eben *auch* vorkommenden Eskalationen nicht verschweigen, will sie neben der Angst *um* den Betroffenen und davor, alles falsch zu machen, auch die nie fehlende Angst *vor* dem Betroffenen ernst nehmen.⁶

Unter der zumindest in akuten Krankheitsphasen immer wieder von Angehörigen erlebten Unfähigkeit schizophrener Menschen, sich in ihr Gegenüber einzufühlen, leiden vor allem „die meist übersehenen und noch unmündigen verletzlichen Kinder“ (Fischer und Gerster 2005, S. 162), deren als schizophren

⁶ Wie Konrad (in Mauthe 2000) betont, ist das Gewaltisiko, das von schizophren Erkrankten ausgeht, in absoluten Zahlen niedrig und lediglich (ebenso wie bei nicht an Schizophrenie Erkrankten) bei Schizophrenen mit Drogen- und/oder Alkoholabusus erhöht. Darüber hinaus heißt es bei ihm: „Die Opfer psychosekranker Gewalttäter entstammen zu ca. 60% der Kernfamilie des Täters oder einer Intimbeziehung.“ (N. Konrad in Mauthe 2000 S. 21, vgl. auch Häfner 2005 S. 399ff)

diagnostizierter Elternteil „krankheitsbedingt oft nur mit sich selbst beschäftigt ist“ (ebd. S. 165). Tim, inzwischen erwachsener Sohn einer schizophrenen Mutter, erzählt: „...ich hatte große Angst vor ihr...Dann hab' ich gedroht, ihr einen Bauklotz an den Kopf zu schmeißen. Daraufhin ging sie aus meinem Zimmer. ... Wir hatten große Angst vor ihr...“ (zit. nach Bock 1995, S. 58/59). Und so geraten Betroffene und ihre Angehörigen nicht selten in einen Kreislauf der Isolation und Flucht auch voreinander: Tim beschreibt weiter, dass er von seiner Mutter nichts habe annehmen wollen: „...so zum Beispiel körperliche Nähe. Ich habe mich zugemacht. Sie zu küssen fand ich furchtbar“ (ebd.). „Das erste, was ich machte, war, dass ich zum Kleiderständer schaute, um zu sehen, ob ihre Schuhe und ihr Mantel dort waren. Und dann jedes Mal der Frust: Es hat sich doch nichts geändert, sie ist noch da.“, so ein anderer Sohn, der ebenfalls mit einer schizophrenen Mutter aufwuchs (zit. nach Baumann 2000, S. 42). Und wie Tim geben viele Kinder den Kontakt schließlich auf – als Erwachsene, versteht sich! - um ihr „eigenes Leben auf die Reihe zu kriegen“ (Tim in Bock 1995, ebd.). *Wenn* sie es „auf die Reihe kriegen“... Fischer und Gerster (2005) konstatieren diesbezüglich, dass „das Problembewusstsein in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat“ (ebd. S. 166). Dennoch „sind unterstützende Angebote von psychiatrischen Fachleuten ... für besonders belastete Kinder bei uns noch rar“ (ebd.). Und so ist es wohl auch heute noch allzu oft so, wie es Baumanns 2000 schildert: „Beachtung von professioneller Seite finden die Kinder meist erst, wenn ihre Probleme derartig eskaliert sind, dass sie als Jugendliche dem Kinderpsychiater vorgestellt werden müssen oder als junge Erwachsene selbst mit ihrer ersten, zynischerweise dann als endogen bezeichneten Psychose in die Psychiatrie eingewiesen werden. Vielleicht wartet auch dann wieder ein Kind allein zu Hause!“.

„...eine Fremde bist Du...“

schreibt eine Tochter, und weiter: „verloren habe ich meine Mutter im Dickicht hinter mir“ (Soria 2002, S. 25). „Etwas Fremdes ist da“ (ebd. S. 114), so erleben die meisten Angehörigen ein Fremdwerden ihres jeweiligen Gegenüber, zumeist ebenfalls (wie die Betroffenen selber) lange vor der manifesten Erkrankung. Wie diese Mutter, die für die Zeit lange *vor* der Erkrankung ein „Ge-

fühl der Fremdheit“ (Bock et al. 1995, S. 54) ihrem Sohn gegenüber beschreibt. Sie hat ihn als „immer unangepasst“ (ebd.) wahrgenommen und spürt schließlich: „Ich hatte keinen Zugang mehr zu ihm“ (ebd.). Andere Angehörige erleben ihr schizophrener Familienmitglied vor allem oder auch ausschließlich während manifester Erkrankungsphasen als fremd: „...das Schlimmste war für mich, so festzustellen, da ist ein Mensch, den man kennt und mag, und in diesen Schüben ist er jemand ganz anderes.“, zitiert auch Baumann (S. 74) die inzwischen erwachsene Tochter einer schizophrener Mutter. Ein anderer Angehöriger beschreibt es folgendermaßen: „Mir steht eine andere Person gegenüber – Fremdheit, Unverständnis, Angst – Hilflosigkeit, Ohnmacht“ (zit. nach Bock et al. 1995, S. 28). Besonders verunsichert über dieses (plötzliche) Fremdwerden sind die Kinder schizophrener Eltern. So erlebt die oben zitierte Tochter (Soria 2002) ihre Mutter schließlich gerade dann als fremd, wenn sie in gesunden (?) Zeiten „wie früher“ ist: „Ich spüre ihre Gegenwart wie vor langer Zeit, als ich meiner Mutter Kind werden sollte. Was ist geschehen? Was geschieht? Was ist mit ihr geschehen? Kein Gift, kein Feind, weder Verfolgung noch Entführung, noch Strahlen, noch Tod, noch Teufel, noch Angst. Ihre Augen leben, ihr Mund lebt, ihre Stimme lebt, ihr Körper lebt. Von soviel Leben schwindelt mir. Was geschieht mit mir? ... Ich will nahe hin zur Liebe, ganz in ihre Arme. Nahe, nahe hin; ich krieche zu meiner neuen Mutter ins Bett und schmiege mich an sie, nahe, nahe hin“ (S. 111/113). Doch „keine Nähe bleibt bestehen ... ich falle außer mich, ich laufe auf Grund an meiner neuen Mutter, die wieder ganz die Andere ist, die wieder Eis, die Gletscher ist, die mit tödlicher Ruhe mein Toben ignoriert. Wir stehen am Abgrund und niemand hält uns auf“ (ebd. S. 115). Und nach weiteren Krankheitsschüben erlebt sie die Mutter wiederum im „gesunden“, zumindest nicht akut psychotischen Zustand als „Besuch vom anderen Planeten“ (S. 119) Fremd- oder Anderssein in akut psychotischen oder „gesunden“ Phasen? Auch für S. W. nicht mehr zu entscheiden und – keine Frage mehr: „Ich kenne meine Mutter als sehr ruhige, verschlossene und für mich oft unbegreifliche und unzugängliche Mutter, die hinter dicken Mauern zu leben scheint. Ich kenne sie auch als warmherzige und fröhliche Mutter, und ich nehme oft eine tiefe Traurigkeit in und an ihr wahr. Trotzdem bleibt immer eine Distanz zwischen uns, ... Ich benutze deshalb den Begriff 'Anderssein', weil die Worte krank, psychotisch oder manisch mir nur schwer

über die Lippen kommen. ... Heute ist diese Zuschreibung für mich nicht mehr wichtig. Ich weiß nicht, wie krank meine Mutter ist. Ich weiß vor allem nicht, wann sie krank ist und wann nicht. ... Umso mehr ich darüber nachdenke, umso mehr muss ich feststellen, dass ich sehr wenig über meine Mutter weiß. Ich weiß eben nur, dass sie 'anders' ist. Anders als andere Mütter, anders als ich und anders als viele, die ich kenne“ (S. W. 2001).

Eichberger (1990) schildert eindrücklich die langsamen, schleichenden Veränderungen ihres schließlich als schizophren diagnostizierten Mannes ab der Geburt ihres ersten Kindes. Während sie zunächst „erlebte ..., wie lebensfern Walter dachte“ (S. 28), beschreibt sie, etwas später, dass er „...immer unwirklichere Gedanken äußerte, denen [sie] ich kaum noch zu folgen imstande war“ (S. 31, Einfügung S. K.). Und auch die Wahrnehmungen der Mutter eines schizophrenen Jungen sind ganz ähnlich: „...in seinem Gehirn musste es pausenlos arbeiten, wie von einer Endlosrolle spulten sich abertausende von Gedankenketten ab und suchten sich den Weg ins Freie. Vielleicht machten sie für ihn Sinn – ich hatte es aufgegeben, ihnen folgen zu wollen“ (Hattebier 1999, S. 158). So sind Angehörige wie Betroffene nicht selten im Kreislauf gegenseitigen Sich-nicht-Verstehens, von Einsamkeit und Isolation gefangen.

I.3 Vergleich und weiterführende Reflexionen

Bei einem Vergleich der Erlebensbeschreibungen Betroffener und Angehöriger fällt vor allem auf, dass sich in den Äußerungen Angehöriger lediglich *eine* Seite der von den Betroffenen selbst beschriebenen Gleichzeitigkeit von Ineinander und Auseinander findet: Isolation und Verfestigung werden deutlich, wenn auch sehr unterschiedlich, wahrgenommen und beschrieben: als Leiden der Betroffenen, als Charakteristikum der Erkrankung, unter dem die Angehörigen ihrerseits leiden und als Wunsch, sich von dem schizophrenen Familienmitglied *abgrenzen* zu können. Lediglich in diesem Wunsch taucht die andere Seite, das (zu) Nahe, Enge, Ineinander auf. Durchlässigkeit und Offenheit, Prozesse von Auflösung und Entdifferenzierung werden nicht beschrieben (nicht wahrgenommen?). Selbst da, wo der (später) Schizophrene als „empfindsam“, was eine gewisse Durchlässigkeit darstellt, beschrieben wird, erscheint der Betroffene seinen Angehörigen genau deshalb eher fremder oder eben „anders“

(als andere...; vgl. z. B. Anstadt S. 8ff), so dass auch dieses Erspüren einer erhöhten Durchlässigkeit letztlich bezüglich des Beziehungserlebens Tendenzen des Auseinander verstärkt. So sind wir auch hier auf paradoxe Weise mit einem Phänomen der „Verabsolutierung der Eins“ konfrontiert, indem nur eine Seite der Gegensatzlichkeit Ineinander-Auseinander im Erleben der Angehörigen repräsentiert ist.

Was dieses Nicht-Wahrnehmen der genau gegensätzlichen Strebungen und Verhältnisse eines Ineinander für die Betroffenen und die Beziehungsgestaltung zwischen Angehörigen und Betroffenen bedeutet, kann anhand der einbezogenen Literatur nur vermutet werden. An diesem Punkt der vorliegenden Arbeit soll zunächst lediglich auf dieses Phänomen verwiesen werden.

Im nächsten Kapitel gilt es, die Arbeit theoretisch zu fundieren und relevante Theorien und Modelle u. a. bezüglich der anhand der Fachliteratur herauszuarbeitenden Ausformungen von Grundverhältnissen schizophrener In-der-Welt-Seins darzulegen. Hierbei wird hinsichtlich der bisherigen Ergebnisse besonders darauf zu achten sein, ob und wie die *beiden* grundlegenden gegensätzlichen Strebungen Ineinander-Auseinander Beachtung finden und konzeptualisiert werden.

II Theoretische Fundierung der Arbeit

Die im Rahmen des folgenden Abschnitts dargelegte theoretische Fundierung der Arbeit erhebt keineswegs den Anspruch, die ausgewählten Theorien und Modelle umfassend darzustellen. Es sollen lediglich die Aspekte herausgegriffen werden, die einerseits dem Nachvollzug und einem tieferem Verstehen des im ersten Kapitel fokussierten Selbsterlebens schizophrener Menschen dienen können und andererseits grundlegend für die in Abschnitt IV vorgestellte Untersuchung sind, sowie für das dieser zugrunde liegende musiktherapeutische Arbeiten mit schizophrenen Patienten.

Die Reihenfolge der dargelegten Themenbereiche mag auf den ersten Blick willkürlich erscheinen – tatsächlich wechseln sich Ausführungen zu allgemeineren Aspekten von Beziehungsgestaltung und Interaktion mit speziell das Thema Schizophrenie betreffenden Darlegungen ab. Den „roten Faden“ der gewählten Reihenfolge bilden das Ringen um Annäherung und Verstehen seitens der Autorin sowie das Bemühen, auch dem Leser Nachvollziehbarkeit und Annäherung an schizophrenes Sein sowie mögliche (musik-)therapeutische Implikationen zu ermöglichen. Die hierfür gewählten Umwege schienen notwendig und hilfreich und wurden zugunsten einer stringenteren Darstellung in Kauf genommen.

II.1 Intersubjektivität

Im Mittelpunkt der Schilderungen Betroffener steht immer wieder ein Erleben tiefster Einsamkeit, grundlegenden Fremdseins und eines fundamentalen Andersseins. Die Suche nach Theorien und Modellen, die diese zentrale Grundbefindlichkeit schizophrener Menschen thematisieren, führte zur vertieften Auseinandersetzung der Autorin mit das Thema übergreifenden Konzepten, wie der Bindungstheorie, sowie speziell das Thema Schizophrenie fokussierenden psychoanalytischen Psychosentheorien (s. u.). So hilfreich und sinnvoll diese Theorien und Modelle für ein Verstehen der Psychodynamik und Etablierung spezifischer Beziehungskonstellationen schizophrener Patienten auch waren – eine Annäherung an ein Verstehen der eigentümlichen Befindlichkeit grundlegenden Sich-fremd-Fühlens in und mit dieser Welt schienen diese Konzepte und Modelle nicht zu ermöglichen.

Erst die Beschäftigung mit Veröffentlichungen zur Intersubjektivität (z. B. Stern 2005) bzw. der Intersubjektivitätstheorie (z. B. Altmeyer und Thomä 2006 sowie Jaenicke 2006) führten zu dem Eindruck, dass hier genau die Verhältnisse thematisiert würden, die das grundlegende Selbst- und Welterleben schizophrener Menschen charakterisieren: Intersubjektivität „ist ... für die *Regulierung von psychischer Zugehörigkeit versus psychischer Einsamkeit* zuständig. Die *Pole dieses Spektrums* sind einerseits *kosmische Einsamkeit* und andererseits *mentale Transparenz, Verschmelzung und Verschwinden des Selbst*.“ (Stern 2005, S.112) Erlebte Intersubjektivität begründet eine Befindlichkeit, die Stern als Überzeugung „Andere Menschen sind Objekte wie wir, mit denen wir innere Zustände teilen können“ (Stern 2005, S. 89), beschreibt – eine „Tatsache“ scheinbar – eine Selbst-Verständlichkeit, die schizophrenen Menschen grundlegend mangelt. Wichtig ist, noch einmal zu betonen, dass es sich hierbei um *andere* Formen der Bezogenheit handelt, als sie mit den zuvor genannten Modellen erfasst werden: „Psychische Zugehörigkeit ist etwas anderes als physische oder sexuelle Anziehung, als Bindung oder Abhängigkeit. Sie konstituiert eine *eigenständige Kategorie der Bezogenheit*“ (ebd. S. 112, Hervorhebungen S. K.). Intersubjektivität als angeborenes, primäres Motivationssystem unterscheidet sich vom Motivationssystem der Bindung und ergänzt es: Das Bindungssystem fördert körperliche Nähe und Gruppenbildung, beschreibt die Pole Nähe/Sicherheit vs. Distanz/Exploration/Neugierde - psychische Intimität fällt nicht in diesen Bereich. Viele fest gebundene Menschen teilen keine psychische Nähe oder Intimität, manchmal verhindert Bindung gerade Intersubjektivität. Mit Bezug auf das Thema der vorliegenden Arbeit sei diesbezüglich z. B. auf die enge Bindung vieler Schizophrener an ihre Mütter verwiesen (vgl. z. B. Alanen 2003) – eine Bindung, die häufig gerade durch ein erschreckendes Fehlen intersubjektiver Bezogenheit imponiert. Stern (2005) verweist darauf, dass auch viele autistische Kinder ein klares und identifizierbares Bindungsverhalten aufzeigen - wenngleich sie „außerhalb der uns vertrauten intersubjektiven Matrix zu leben“ (a. a. O., S. 104) scheinen. Umgekehrt kann intersubjektive Vertrautheit durchaus ohne Bindung erlebt werden. Das Verhältnis der Motivationssysteme von Bindung und Intersubjektivität kann, etwas vereinfacht, folgendermaßen beschrieben werden: Bindung sorgt für den Zusammenhalt, in dem sich Intersubjektivität entwickeln oder vertiefen kann, wäh-

rend Intersubjektivität die Bedingungen schafft, die der Entwicklung von Bindungen förderlich sind.

Benjamin (1996) postuliert mit Bezug auf Winnicott eine „grundlegende Spannung zwischen Verleugnung und Bestätigung des Anderen (zwischen Allmachtsphantasie und Anerkennung der Realität)“ (ebd. S.50, vgl. auch Schneider in II.2). Weiter heißt es bei ihr: „Das Realitätsprinzip ... bedeutet ... eine Fortsetzung der ursprünglichen Faszination des Kleinkindes durch die und mit der Außenwelt, seiner Begeisterung für Unterschiedliches und Neues ... Während dem intrapsychischen Ich die Realität von außen übergestülpt wird, entdeckt das intersubjektive Ich die Realität“ (ebd., S. 51), „Erst der Verlust der Balance zwischen Intrapsychischem und Intersubjektivem, zwischen Phantasie und Realität wird zum Problem“ (ebd.). Diese Gedanken greifen ganz direkt ein zentrales Thema schizophrener Seins auf: Der Verlust einer als gemeinsam geteilt erlebten Realität im Rahmen akuter schizophrener Erkrankungen bzw. das Grundgefühl vieler Schizophrener, eine solche habe es nie gegeben (s. o.). „Es ist diese Begeisterung für die Realität des/der Anderen, die das Bild der Loslösung vervollständigt und gleichzeitig erklärt, was jenseits der Internalisierung liegt – nämlich die Verankerung einer geteilten Realität“ (ebd. S. 52). Hier geht es um die „Anerkennung der *Ähnlichkeit* innerer Erfahrung bei gleichzeitiger Erfahrung von *Differenz*“ (ebd. S. 52, Hervorhebung S. K.), vom „wir fühlen“ zum „du teilst ein Gefühl mit mir, bist aber trotzdem ein getrenntes Bewusstsein“ – dann können Gefühle (mit-)geteilt werden ohne die Angst, die eigenen Gefühle seien nur die des anderen oder umgekehrt. Teichholz (2007) beschreibt diesbezüglich vor dem Hintergrund ausgewählter Forschungsergebnisse der neueren Säuglingsforschung sowie der kognitiven Neurowissenschaften die „Entwicklungsaufgabe sowohl der regulierenden Abstimmung als auch der differenzierenden Anerkennung“ (Teichholz 2007, S. 271). Zusammenfassend ist zu betonen, dass Formen gelingender Abstimmung und Regulation – mithin gelingender Intersubjektivität - *sowohl* der Ähnlichkeit und Resonanz *als auch* der Differenz bedürfen: „Resonanz sichert Bindung ... Differenz öffnet Räume“ (Pinter 2007, S. 388/289). Eine besondere Bedeutung bekommt dieses „Wechselspiel von Resonanz und Differenz“ (ebd.) auch innerhalb des therapeutischen Prozesses, wo „bestätigende *Resonanz* und kontrastierende *Differenz*“ als „zwei Elemente emphatischen Verstehens“ (ebd.

S. 387) fungieren können und immer wieder sorgfältig ausbalanciert werden müssen. Ausführlichere Darlegungen dieser Gedanken finden sich z. B. bei Pinter 2007 sowie im Hinblick auf ihre Relevanz für die Musiktherapie bei Gindl 2002. Die Bedeutung der Intersubjektivitätstheorie für die vorliegende Arbeit wie für die den durchgeführten Erstkontakten zugrunde liegende *Hal-**tung* der Autorin resultiert darüber hinaus aus der dieser Theorie immanenten konsequenten Kontextualisierung des Intrapsychischen: Der „Doktrin der unbefleckten Wahrnehmung“ (Jaenicke 2006, S. 73) setzt sie eine ständige Betonung des intersubjektiven Charakters von Wahrnehmung entgegen, was zur Betonung eines – gerade im Kontext schizophrener Selbst- und Welterlebens so wichtigen – Unterschiedes zwischen *Bedeutung* und *Wahrheit* führt: „Wahrheit ist dialogisch“ (Stolorow, zit. nach Jaenicke 2006, S. 76) – „es gibt kein außerhalb“ (Orange, zit. nach Jaenicke, ebd. S. 77). Fokus therapeutischer Aufmerksamkeit ist demnach „nicht der isolierte Geist, sondern das durch die Wechselwirkung der subjektiven Welten von Patient und Therapeut erzeugte System“ (Jaenicke 2006, S. 74) – im Rahmen der vorliegenden Arbeit z. B. die *gemeinsame* musikalische Improvisation von Patient und Therapeutin. Die Kernfrage der Intersubjektivitätstheorie (wie des Schizophrenen!) formuliert Jaenicke (2006, S. 77) folgendermaßen: „Können wir unserer existentiellen Verwundbarkeit entkommen, indem wir behaupten, getrennt von all dem, was uns am Leben erhält, zu existieren?“ Schizophrene Menschen *stellen* diese Frage eher selten, sie *leben* und *erleben* sie jedoch auf radikale Art und Weise – ebenso, wie die Antwort auf diese Frage, die intersubjektive Grundlage allen menschlichen Seins, die „unerträgliche Eingebettetheit des Seins“ (Jaenicke 2006, S. 52). Wenngleich also schizophrene Menschen ein grundlegendes Gefühl der Intersubjektivität mangelt, können wir im Kontakt mit ihnen doch „basale Formen der Intersubjektivität“ (s. u.) vermuten (Benedetti spricht von „Inter-Subjektivität“ in Abgrenzung zur „Inter-Personalität“, Benedetti 1992, S. 53, Deuter vom „Gemeinsamen Anwesendsein“ als „Vorform von Begegnung und Beziehung“, Deuter 1996/2007, S. 47): „Die entwicklungspsychologischen Befunde zeigen, dass der Säugling mit seiner Geburt in eine intersubjektive Matrix eintritt. Bestätigt wird dies durch *basale Formen der Intersubjektivität*, die tatsächlich von Anfang an manifest sind. ... schon während des ersten Lebensjahres, in dem das Kind weder zu sprechen noch zu symbolisie-

ren vermag“ (Stern 2005, S.103). Auch Trevarthen (1999/2000; dargestellt in Stern 2005, S. 96) entdeckte eine primäre Intersubjektivität bei sehr kleinen Säuglingen: die Interaktion bricht allerdings zusammen, wenn die vom Säugling erwartete Korrespondenz im zwischenmenschlichen Kontakt nicht eintritt. Meltzoff und Moore 1999 (ebenfalls in Stern 2005, S. 96 dargestellt) beschreiben frühe Formen der Intersubjektivität, „die auf einem crossmodalen Transfer von *Form* und *Timing* beruht“ (Hervorhebungen S. K.) sowie Formen früher Imitation insofern, als „dass Säuglinge im Akt der Imitation etwas von der anderen Person in sich aufnehmen“ (ebd.). Auch das im Kontext schizophränen Seins immer wieder infrage gestellte oder von vornherein als unmöglich erachtete *Verstehen* der subjektiven Realität des Patienten ist nur durch *gemeinsam* erzeugte Erfahrungen im intersubjektiven Feld zu haben: Jaenicke (a. a. O.) beschreibt das, was wir als Therapeuten spüren können, müssen oder dürfen als „dass auf der Klaviatur unserer eigenen Gefühle gespielt wird und wir die Musik unter Umständen nie zuvor gehört haben“ (a. a. O. S. 110). Auch die von Schizophrenen wie ihrem Gegenüber immer wieder betonte „Andersheit“ ist „kein Ding-an-Sich, sondern vielmehr ein Aspekt einer sich kontinuierlich selbst organisierenden Erfahrung innerhalb relationaler Systeme“ (Orange, zit. nach Jaenicke 2006, S. 78) und damit Produkt beider bzw. aller an der Interaktion Beteiligten.

Wichtigstes Merkmal intersubjektiver Bezogenheit ist das Teilen von Affektzuständen bzw. die „Inter-Affektivität“, sie bestimmt „die Gestalt und die Größe des gemeinsam mit dem Anderen erlebbaren inneren Universums“ (Stern, zit. nach Jaenicke 2006, S. 127) und ermöglicht „authentische Gefühle der Selbstheit“ (ebd. S. 130). Jaenicke betont mit Bezug auf Basch, dass das Entgleisen und Nicht-Gelingen der Affekt Abstimmung grundsätzliche Zweifel daran wecken, emotionale Zustände mit anderen teilen zu können und zu einem grundlegenden Gefühl der Verwundbarkeit führen – sie machen das Selbst fragmentierungsanfällig und vulnerabel. Diese dem Selbsterleben schizophrener Menschen entsprechenden Befindlichkeiten und auch innerhalb psychoanalytischer Psychosentheorien (s. u.) hervorgehobenen Besonderheiten leiten direkt zum nächsten Punkt über: Nachdem zunächst danach gefragt wurde, wie das schizophrene Menschen so schmerzlich mangelnde Gefühl des Dazugehörens konzeptualisiert werden kann und sich entwicklungspsychologisch konsti-

tuiert, soll innerhalb der beiden folgenden Abschnitte zu verstehen gesucht werden, welche Ursachen und Umstände dazu führen können, dass sich diese grundlegende Befindlichkeit bei schizophrenen Menschen gerade *nicht* oder nicht ausreichend entwickelt.

II.2 Paradoxie als lebensweltliche Grundstruktur

*„Das Wirkliche ist, was in unendlich vielen Perspektiven,
Kombinationen, Aktionen vorkommen kann, mit einem Wort
eine potentielle Unendlichkeit.“*

Paul Valéry

Der viele Jahre in psychiatrischen Zusammenhängen als Psychosentherapeut tätige Psychologe und Soziologe P. K. Schneider versteht psychotisches In-der-Welt-Sein vor allem als „Störung der Sinnhaftigkeit und der Zwischenmenschlichkeit“ (Schneider 1994 S. 85), wobei es, wie er immer wieder betont, ja gerade der Zwischenmenschlichkeit bedarf, um Sinnhaftigkeit herzustellen: „Der Einzelne ist Kristallisationspunkt der Wirkungsmomente anderer: sein psychisches Leben und Ver-rücken muss darum grundsätzlich in der Optik interpersonalen Beziehungen, zwischenmenschlicher Interaktion und deren folgenreicher Wirkung also, verstanden, untersucht und therapiert werden“ (Schneider 1994, S. 122, vgl. auch II.5).

Ähnlich, wie es die Betroffenen selber darstellen (vgl. I), ist nach Schneider das „Leitthema“ des psychotischen Menschen das „Nicht-zu-Hause-Sein-in-dieser-Welt“ (Schneider 1994 S. 75). Dieses „Leitthema“ aufgreifend stellt der Autor zunächst dar, wie sich Lebenswelt als die Welt, die wir miteinander teilen und in der wir uns folglich zu Hause fühlen können, konstituiert – bzw. als eine solche, geteilte, intersubjektive, eben gerade nicht konstituiert. Da die Ausführungen Schneiders nach Auffassung der Autorin einen wesentlichen Beitrag zum Nachvollzug schizophrenen In-der-Welt-Seins leisten können, in psychoanalytischen wie musiktherapeutischen Zusammenhängen jedoch nach Kenntnis der Autorin bislang kein Echo finden konnten (im Gegensatz zu den in etlichen Punkten Parallelen aufweisenden Veröffentlichungen Sterns, Benedettis und Mentzos’, die auch in musiktherapeutischen Zusammenhängen bereits dargestellt wurden, vgl. z. B. Deuter 1996/2007, Gindl 2002 sowie Kunkel 2004 und 1996/2007), sollen die für das Thema der vorliegenden Arbeit we-

sentlichen Grundzüge des Modells Schneiders im Folgenden etwas ausführlicher dargelegt werden.

Nach Schneider sind „Lebenswelt“ als gegebene Umwelt, in die der Säugling hineingeboren wird, und „Lebenswelt“ im Sinne gemeinsam geteilter Realität (oder dessen, was wir dafür halten), nicht identisch. Lebenswelt wird weder einfach vorgefunden noch konstruiert; sie muss konstituiert werden, was wiederum nur in und durch Beziehungen möglich ist. Die auf jeden Menschen einwirkenden Umweltreize und –informationen stellen in ihrer Totalität eine paralysierende und chaotisierende Informationsüberflutung dar, denen das Individuum mit Ordnung, Reduktion, Selektion und Negation begegnen muss, um lebens- und handlungsfähig zu bleiben. Damit aus der „Überfülle möglicher Welten“ (s. u.) *meine* und *unsere* Welt werden kann, eine Welt, die mitteilbar ist und als *gemeinsame* Realität erlebt werden kann, eine Welt in der „Ich“ sich zu Hause fühlen kann, bedarf es der gestalthaften Reduzierung der (hypothetischen) Totalität von Welt: „Menschliches Selbstbewusstsein bringt im primären Sozialisationsprozess durch selektive Abschattung die desorientierte und paralysierende/chaotisierende Informationsüberflutung auf alltagsweltlich praktikable Ordnungsmuster“ (Schneider 1985, S. 101). In diesem Prozess der Selektion ist der Mensch Zeit seines Lebens, besonders jedoch im Zuge der primären Sozialisation, also in den ersten Lebensmonaten und –jahren, auf die Selektivität Anderer angewiesen. Nur in Beziehung definieren sich die Grenzen der *Sinnhaftigkeit* von Selektionsprozessen (Mit-Teilbarkeit, Vermittlung). Die Konstituierung von Lebenswelt dient also der Reduzierung von innerer und äußerer Komplexität, muss diese jedoch zugleich als zur Verfügung stehende Möglichkeit erhalten. Das Nicht-Gewählte darf nicht einfach verschwinden (wenngleich es im Erleben unserer Welt als „objektiv“ so erscheinen mag), sondern wird *sinnhaft neutralisiert*. Das Individuum muss die paradoxe Aufgabe bewältigen, konträre Weltbilder aus sich zu entlassen, ohne dass diese verloren gehen. Lebenswelt konstituiert sich in der paradoxen Gleichzeitigkeit der Reduktion und Erhaltung von Komplexität, um eine „Form der Selektion zu gewährleisten, die einerseits verhindert, dass die Welt im Akt der Determination des Erlebens auf nur einen Bewusstseinsinhalt zusammenschrumpft und darin verschwindet ... und andererseits vor der Entgrenzung angesichts der Überfülle 'möglicher Welten' strukturierend schützt“ (Schneider

1985, S. 43). Im Balanceakt zwischen Festlegen und Offenlassen bleibt konstituierte Lebenswelt, von Schneider als *Fiktion* bezeichnet, kontingent. Die Wahl des Begriffs „Fiktion“ für interindividuell konstituierte und geteilte Lebenswelt mag an dieser Stelle verwundern. Schneider ist kein Konstruktivist, nicht ohne Grund spricht er vom Konstituieren (i. S. von „...die eigene Organisationsform festlegen...“, Duden II, S. 440) von Lebenswelt. So versteht er Fiktion in diesem Zusammenhang nicht nur als „etwas, das nur in der Vorstellung existiert“ (Duden II, S. 261), was auf Lebenswelt *in dieser Form* als in objektivierender Art und Weise erlebtes Ganzes natürlich zutrifft, sondern vor allem im Sinne einer „bewusst gesetzte[n] widerspruchsvolle[n] ... Annahme *als methodisches Hilfsmittel bei der Lösung eines Problems*“ (ebd., Hervorhebung der Autorin). Menschliches In-der-Welt-Sein ist nach Schneider also zutiefst paradox und Individualität vom Umgang mit dieser Paradoxie geprägt. Modellhafte Grundlage der „Verdoppelung der Welt“ (ebd.) sind Sprache und Symbolbildung, wobei Außenwelt und Modell der Außenwelt in der Innenwelt im Idealfall weitgehend übereinstimmen. Schneider unterscheidet also zwischen der interpersonal konstituierten, geteilten Lebenswelt, die er „das Fixierte“ (Schneider 1994, S. 16), oder eben an anderer Stelle „Fiktion“ (s. o.) nennt, und der Welt der Phantasie (s. u.) als „das Fiktive“ (ebd.). Etwas irreführend, inhaltlich gleichwohl nachvollziehbar, ist die (wohl gewollte!) Ähnlichkeit der Begriffe „Fiktion“ (als „das Fixierte“) und „das Fiktive“ als Gegenwelt, als „Welt der Phantasie“. Da Schneider selber von Letzterem überwiegend als Phantasie/Kreativität/Welt der Phantasie spricht (vgl. II.5.3), soll im Verlaufe der weiteren Ausführungen diese Begrifflichkeit verwendet werden, um den Leser nicht unnötig zu verwirren.

Genauer und detaillierter wird dieser Prozess von Schneider als dreifache strukturelle Paradoxie beschrieben. Mit Stern ist er der Ansicht, dass der Säugling von Geburt an auf Begegnung und Beziehung ausgerichtet ist und zwischenmenschlich prägende Erfahrungen macht, verarbeitet und sinnhaft speichert – lange bevor er verbal kommuniziert. Mit „Beziehung“ meint Schneider grundlegende psychische Beziehungen und beruft sich in seiner dreigliedrigen Konstitution des Menschen auf den grundlagentheoretischen Erkenntnisstand moderner Sozialwissenschaften: Den „Beziehungen des Bewusstseins zu dinglich-objektiven Gegebenheiten“ (einschließlich der eigenen biologischen

Situiertheit) ordnet er den Leitbegriff der *Lust* [1] zu und stellt ihnen das „Verhältnis zu anderem Bewusstsein als Abhängigkeit und Anerkennung im gesellschaftlichen Rollen- und Normensystem“ mit dem Leitbegriff *Herrschaft* (individuell erfahren als Macht) [2] sowie die „Reflexion des Bewusstseins auf sich selbst mit dem Anspruch einer Letztbegründung seiner individuellen Existenz“ mit dem Leitbegriff *Daseinssinn* (individuell praktiziert als Glauben oder Weltanschauung) [3] gegenüber (vgl. Schneider 1994, S. 88 ff). „Konstituierung von Lebenswelt“ (Schneider 1985, S. 45) versteht der Autor dementsprechend „als dreifache strukturelle Paradoxie“ (ebd.), als Vorgang in drei Dimensionen mit jeweils einem Paar konträrer, aber dialektisch verschränkter Momente, deren Zusammenwirken er jeweils als „Grundfigur“ (ebd. S. 35) bezeichnet.

II.2.1 Das Verhältnis zu Anderem - Aneignung und Vergegenständlichung der Welt

„Diese Grundfigur konstituiert, erfasst und definiert aus der Mannigfaltigkeit möglicher Struktur- und Wirkungszusammenhänge einer bloß objektiven (und als an sich nicht fassbaren) Gegenständlichkeit die Gestalt dessen, was Objekt-’Welt’ in ihrer Beschaffenheit ist, und wie Objekt-’Welt’ beschaffen ist.“ (Schneider 1985, S. 35)

Schneider fokussiert hier auf die Formierung der dinglich-gegenständlichen Welt als (im weitesten Sinne) *Natur*. Dabei geht es um die Bildung verschiedener Muster von gegenständlicher Beherrschbarkeit und dinglicher Verwertung, die „ursprünglich nach Maßgabe anthropologisch (in ihrem Kern) konstanter bio-physischer Notwendigkeiten und Bedürfnisse im Zusammenspiel mit den jeweiligen ökonomischen Rahmenbedingungen“ (ebd.) erfolgt. Jede Handlung eines Menschen zielt auf Gestaltung, die Intention des Menschen kann sich nur am naturhaften Gegenstand materialisieren. So wird „naturhaft Objektives subjektiviert“ (ebd. S. 46) ebenso, wie sich das Subjektive des Menschen am Objekt vergegenständlicht. Intentionen und Motive eines Menschen hinterlassen in der Welt Spuren in verselbständigter und eigengesetzlicher Qualität einerseits, und andererseits prägt das Gegenständlich-Vorgefundene die seelische Verfasstheit eines Menschen. Auf der materiell-dinglichen Ebene ist der Mensch also einer Situiertheit durch die vorgefundene objektale Welt unter-

worfen und gestaltet diese gleichwohl selber handelnd. Indem menschliche Intention sich entäußert, wird sie vom Menschen losgelöst und damit dinglich, das menschliche Subjektive wird objektiviert. Damit „ist die zu objektiver Mächtigkeit geronnene Welt nicht mehr in meiner subjektiven Macht und doch war und ist sie nie in einer anderen als der Regie des Subjekts“ (ebd. S. 47). Obgleich sich also Aneignung und Vergegenständlichung der dinglichen Welt „formal invers und material konträr“ (ebd.) zueinander verhalten, bedingen sie sich wechselseitig.

II.2.2 Das Verhältnis zu Anderen - Anerkennung des und durch den Anderen

„Diese Grundfigur ermöglicht, aus der Vielfalt potentieller zwischenmenschlicher Orientierungs- und Verhaltensweisen solche sozialen Regelmäßigkeiten auszugrenzen, die tendenziell sowohl individuell autonomes Verhalten wie gesellschaftlich autarke Selbsterhaltung garantieren.“ (Schneider 1985, S. 35)

Die Definition des sich entwickelnden Ordnungssystems als soziale Wirklichkeit ermöglicht funktionale Verhaltensdifferenzierung gemäß normierender und normierter Rollenerwartungen gemäß jeweils herrschender Grundnormen. Wie auch die neuere Säuglingsforschung bestätigt, kann der Mensch von Geburt an zwischen handlungsfähigem Subjekt und gegenständlichem Objekt unterscheiden (vgl. z. B. Stern 1993). Die zu Beginn des Lebens real (!) erfahrene Asymmetrie zwischen Ich und Anderem, das Ausgeliefertsein an ein übermächtiges und autonomes Subjekt lässt Individualität (zunächst) nur als Ergebnis fremder Intentionalität sich entwickeln – erst „der Andere“, ein Gegenüber, kann zunächst ein „Ich“ physisch und psychisch ermöglichen. Erst in der lebensgeschichtlich späteren, konstitutionslogisch jedoch gleichzeitigen Erfahrung prinzipieller interpersonaler Umkehrbarkeit kann sich das Ich selbst als übermächtiger Anderer erleben, der sein Gegenüber mit eigener, also fremder Intentionalität durchsetzen zu vermag. Auch diese Konstitutionsmomente sind wiederum zueinander invers: Der Mensch ist ein Abhängiger, dem andere ausgeliefert sind, und doch bleibt er letztendlich autonom. Persönlichkeit vermag sich nicht ohne soziale Identitätsbestimmung zu entwickeln, Gesellschaftlichkeit nicht ohne personale Autonomie.

II.2.3 Das Verhältnis zu sich selbst – Produktion und Anerkennung von Sinn

„Diese Grundfigur entwirft und schafft unter dem (objektiv allerdings niemals einklagbaren) Anspruch letztbegründender Legitimation, im Horizont möglicher objektgebundener, interpersonaler oder individueller Sinnfülle, jene jeweils existentiell absoluten, subjektiv 'letzten Zwecke', auf die hin sich lebensweltliches Verhalten als seine Sinnerfüllung und individuelle Selbstversicherung insgesamt schlüsselt.“ (Schneider 1985, S. 36)

Hier beschreibt Schneider die (Notwendigkeit der) Bildung von Sinnfiktion, denn den Sinn seiner (menschlicher) Existenz (überhaupt) findet das Individuum in der Welt nicht als relative Konstante von naturhafter oder intersubjektiver Gültigkeit. Er muss von jedem einzelnen Menschen für sich produziert oder aber anerkannt werden „im Wechselspiel kulturell-milieuhafter, familien- bis schichtspezifischer und kreativ-individueller Kraftfelder“ (ebd.). Gemeint sind Prägungen durch Tradition („konditionierte Gewohnheit“), Emotionalität („langfristige geprägte Affektstrukturen“) und/oder Rationalität (Diskursfähigkeit von religiösen, kulturellen oder ästhetischen Werten) (vgl. Schneider 1985, S. 36). Anders als bei der Situiertheit durch Natur und im Bereich der Intersubjektivität, wo die wechselseitigen Grenzen zumindest negativ faktisch gegeben sind, ist der Mensch in der Selbstbestimmung individueller Werte prinzipiell willkürlich frei und in seinen Möglichkeiten grenzenlos. Das Individuum erfährt sich diesbezüglich ursprünglich als unumschränkter Schöpfer, scheint omnipotent und zugleich in qualitativer Einheit mit allem, es bringt sich, bezogen auf die Frage nach der Sinnhaftigkeit seiner Existenz, fortwährend selbst hervor. Dieses Sich-selbst-Hervorbringen widerspricht jedoch der Logik dinglicher Welt, unter deren Gesetzen eben jenes Individuum sich unabwendbar erfährt; in einer Welt kausalen Werdens und Vergehens verliert diese Freiheit ihren Geltungsbereich. Handeln unter der intentionalen Bedingung der Entgrenztheit ist unmöglich, das Individuum ist genötigt, sich selbstbegrenzend zu unterwerfen. Es muss nicht nur diesen Verlust von Freiheit und Grenzenlosigkeit initiieren und ertragen, da der Handlungsakt eine Transformation in den Bereich natürlicher Determination darstellt, sondern auch, dass das jeweils individuelle Wert- und Glaubenssystem niemals eine logische Legitimation erfährt: „Sein Existenzsinn wird objektiv zu Nichts“ (ebd. S. 48). Mit anderen Worten: Existenz ist sinnfrei und *zugleich* immer schon sinnfixiert. Der Mensch kann

diese Sinnparadoxie lediglich annehmen oder ablehnen: Es gibt kein Kriterium, das über die individuelle Willkür hinausginge. Vor aller Fest-Legung auf einen wie auch immer gearteten „Sinn des Lebens“ gilt es, diese Paradoxie – egal, ob unbewusst, naiv oder bewusst und reflektiert - anzunehmen.

II.2.4 Gelingende Beziehungsentwürfe

Handelnd, und das heißt: im Vollzug des Lebens, findet sich der Mensch nach Schneider also „in prinzipiell jeder Situation zwischen mindestens drei Paaren paradoxer Pole *schwebend* vor“ (Schneider 1985, S. 57, Hervorhebung dort). Biografie ist in diesem Sinne die individuelle, sozial überformte, in Grenzen freie Auseinandersetzung mit dieser konstitutiven Paradoxiestruktur. Im wechselseitigen Bezug der Lebenswelt konstituierenden Dimensionen entwickeln sich je individuelle *Grundfiguren* – Verarbeitungsparadigmen, die die Komplexität von Natur, Gesellschaft und Sinn reduzieren und die gestalthaft fassbar sind. Durch Selektion (Auswahl und Abweisung von Informationen) und Strukturierung (Ordnung von Informationen) von Natur, Interpersonalität und Sinnbild gestalten sich *Fiktionen* mit „freischwebendem, Spielraum offen lassendem Charakter“ (ebd. S.101). Um handlungsfähig zu werden bzw. zu bleiben müssen eben diese fiktiven Ordnungsraaster greifen, die jedoch individuell willkürlich – natürlich „unter Abwägung der Wechselwirkung mit anderen, aber letztendlich ebenfalls willkürlichen Fixierungen“ (ebd.) - sind, da eine Verrechnung aufgrund der logischen Gleichrangigkeit zwischen den Paradoxierteilen unmöglich ist. Der Funktionsrahmen lebensfähiger Fiktionen „resultiert aus dem nicht weiter zu begründenden *Basispostulat individueller Selbsterhaltung*“ (ebd.). Bezogen auf die drei dargestellten Dimensionen der Konstituierung von Lebenswelt heißt dies:

- 1) Das Individuum kann sich naturhaft nur selbst erhalten, „wenn es sich den chemo-physikalischen Existenzrisiken und –grenzen anpasst *und* für eine langfristig gesicherte Subsistenz sorgt“ (ebd. S. 59, Hervorhebung dort).
- 2) Als gesellschaftliches Wesen ermöglicht sich das Individuum, indem es im „gesellschaftlichen Rollensystem die zwischen ihm und anderen wechselseitig zugeschriebenen Verhaltensweisen tendenziell einhält und damit eine (immer

nur approximative) zwischenmenschliche Identität herstellt und bewahrt“ (ebd.).

3) Bezogen auf die Sinnparadoxie schließlich perpetuiert sich Individualität nur dann, wenn trotz Widersinns historischer Erfahrungen und deren leidvollen Konkretionen (qualitativ wie quantitativ) Sinnfiktion angeeignet und bewahrt werden kann. Die Strukturierung von Welt „unter einen wie auch immer gearbeteten biographieübergreifenden Sinn“ (ebd. S. 58) durch individuell autarke Sinnfixierung *ist* Individuation.

Gelingende Beziehungsentwürfe – mithin funktionsfähige Fiktionen - befähigen zu Unterdrückung der Unmittelbarkeit der Lust und Sublimierung in gesellschaftlich angepasste Formen [1], zu Unterwerfung unter die ausgeübte Herrschaft und das (innerliche) Anerkennen einer autoritären Schuldstanz [2] sowie zur Aufgabe von Legitimations- und Begründungsfragen zugunsten des kulturellen, religiösen oder ideologischen Selbstverständnisses der Gesellschaft und der Akzeptanz des hierin begründeten Sinns der (eigenen) Existenz (vgl. Schneider 1994, S. 99 ff). Nur mittels *reflexionsrestfreier* Fiktionen kann die Neutralisierung der Paradoxien gelingen. Andernfalls können die jeweils konträren Paradoxie-Teile nicht integriert und in ihrer Komplementarität nicht wirksam werden.

Im „Misslingen dieser dreifachen Unterwerfung des Individuums unter die Struktur des alltäglichen Daseins“ (ebd.) sieht Schneider den existentiell allgemeingültigen Kern in den psychotischen Grundqualitäten – „nichts Fremdes, nichts Unverstehbares, nichts Uneinfühlpbares“ (ebd.).

II.2.5 Psychose als Aufhebung von Komplementarität

*„Die Dinge kombinieren sich untereinander
in Weisen, die völlig unvorhersehbar sind.“*

Aussage eines Betroffenen, zit. nach Benedetti 1994, S. 33

Paradoxie als lebensweltliche Grundstruktur kann in verschiedenster Art und Weise verdrängt, bewusst ausgehalten oder aber als solche zu zerstören gesucht werden (vgl. auch Wulff 1995 sowie in II.5.1.2). Letzteres führt zu lebensweltlicher Orientierungs- und Handlungsdefizienz, zu „abnormen“ Äußerungsfor-

men menschlichen Verhaltens als phänomenal unterschiedlich artikulierte Muster sich entwickelter Grundfiguren: „Das von dem betroffenen Individuum praktizierte naturhafte, interpersonale oder sinnhafte Grundbild hat nicht die milieu-adäquate Reduktionskapazität, um aus der Mannigfaltigkeit möglicher Fiktionsstrukturen ein eindeutiges und der anfallenden Informations- und Kommunikationsfülle entsprechend komplexes Orientierungs- und Handlungs-raster zu konstituieren“ (Schneider 1985, S. 74). So kann es zur Vereinseitigung der Paradoxie kommen, zur biografisch-existentialen Vorherrschaft über die je anderen konstitutiven Verhaltensmomente und damit zur Ver-Rückung der Konstitution von gegenständlicher Welt, anerkanntem Anderen und/oder sinnhafter Existenz. Dann sind wir mit einer Vereinseitigung der Komplementarität bis hin zur völligen Unvermitteltheit von konstitutiven Lebenswelt- oder Bewusstseinsqualitäten konfrontiert oder, anders ausgedrückt, mit psychotischem In-der-Welt-Sein. Es handelt sich nach Schneider bei diesem also gerade nicht um ganz andere oder neue Qualitäten lebensweltlicher Erfahrungen, sondern um die gleichen Konstitutionsmomente wie die des „Normalen“ oder „Neurotikers“, allerdings geprägt durch inhaltslogische Unvereinbarkeit und Kollision zwischen Grundfiguren (s. u.). Dass psychotisches Erleben und Handeln *im Prinzip* verstehbar oder zumindest einfühlbar ist, ist dieser Auffassung immanent. Schneiders Schlussfolgerung: „Nicht-Verständnis als Kriterium psychotischen Verhaltens beschreibt zunächst also nur das Unvermögen eines Beobachters“ (ebd. S. 83).

Welche Verarbeitungsparadigmen und Grundfigurationen aufgehobener Komplementarität finden wir nun aber beim psychotischen Menschen? Alltagsweltliche Kriterien wie Fragen nach dem Zurechtkommen beispielsweise im Beruf, mit anderen Menschen und Fragen nach Selbsteinschätzung und Selbstbild heben auf die beschriebenen drei Dimensionen ab und vermitteln erste Anhaltspunkte. Auch aus den Beschreibungen Betroffener (vgl. Kap. I der vorliegenden Arbeit) ging hervor, dass sich schizophrene Menschen zumeist in allen drei Dimensionen unsicher und fremd fühlen:

- 1) Eine spürbare ontologische Unsicherheit prägt das Selbsterleben Schizophrener: In einer gegenständlich nicht bewältigten Welt fehlt die Permanenz der Dinge. Fehlende Sicherheit und Unbestimmtheit von Welt lassen diese irreal, tot und leer erscheinen, Identität und Autonomie von Selbst und Welt

werden immer wieder in Frage gestellt. Die Paradoxie von Aneignung der Welt und Angeeignet-Werden durch Welt radikalisiert sich zur Paradoxie von Subjektivierung des Gegenstandes und Verdinglichung des Subjektiven: *Verichlichung der Objekte* versus *Erstarrung des Ich*.

2) Gestörte Interpersonalität führt zu Isolation, da keine kompromissfähige Vermittlung zwischen Vereinnahmung Anderer und durch Andere gelingt. Hier sind wir mit der Radikalisierung von *Vereinnahmung von Anderen im Selbst* versus *Verlust des Selbst an Andere* konfrontiert.

3) Das Verhältnis zu sich selbst schließlich bleibt unbestimmt und fremd, das Selbst damit undefiniert und unverpflichtet. Der Körper wird als Objekt unter anderen Objekten erlebt, nicht als Kern eigenen Seins. Nicht gelingende Selbstbegrenzung lässt Welt und Verhalten im Zugriff uneingeschränkter Omnipotenz erscheinen, um zugleich von Sinnlosigkeit verschlungen zu werden. *Entgrenzung* und *Entleerung* sind die Folge der Radikalisierung der Sinnparadoxie.

Grundlegend ist nach Auffassung der Autorin (S. K.) jedoch nicht nur die Radikalisierung komplementärer Paradoxie-Teile, sondern ihre damit einhergehende Pervertierung: Ähnlich, wie dies Mentzos für den Grundkonflikt von Nähe und Distanz beschreibt, der sich in der Radikalisierung symbiotischer versus autistischer Beziehungsmuster selbst aufhebt bzw., wie Mentzos es ausdrückt, als solcher exkommuniziert (vgl. II.5.4), wird auch das Kontinuum der drei beschriebenen Dimensionen der Konstituierung von Lebenswelt als solches zerstört, denn die „normalerweise“ konträren, aber dialektisch verschränkten und sich gegenseitig bedingenden und fördernden Gegensatzpaare haben in dieser ver-rückten Form einander ausschließenden Charakter und wirken gleichwohl, wie dies auch von den Betroffenen selbst beschrieben wurde (s. Kap. I), gleichzeitig und unverbunden nebeneinander. Verglichen mit der im ersten Kapitel herausgearbeiteten Charakterisierung schizophrener In-der-Welt-Seins als „Verabsolutierung der EINS“ (ebd.) findet sich eine verblüffende Übereinstimmung mit der paradoxen Konstitutionsmatrix Schneiders. Jeder Paradoxieteil für sich genommen führt in der beschriebenen Extremisierung in die EINheit:

- 1) Die Subjektivierung des Gegenstandes lässt ebenso wie die Verdinglichung des Subjektiven Ich und Welt EINS werden: *'Ich' im Gegenstand* oder aber *als Gegenstand* verunmöglicht die Differenzierung von Ich und Welt.
- 2) Die Vereinnahmung von Anderen im Selbst führt ebenso wie der Verlust des Selbst an Andere zu entdifferenzierenden Vermischungen und zum EINSwerden von Ich und personalem Gegenüber: *'Ich' im Anderen* oder *als Anderer* verunmöglicht (und rettet?) sich selbst in der Aufhebung der Unterscheidung von Selbst und Anderem.
- 3) Die Paradoxie von uneingeschränkter Omnipotenz und Entgrenzung vs. Unfähigkeit und Entleerung bringt den Gegensatz von Alles und Nichts besonders deutlich zum Ausdruck und spiegelt das in Kapitel eins beschriebene EINSwerden in EINheit oder EINSamkeit direkt wider.

Da die Paradoxieteile in der beschriebenen Radikalisierung und damit Pervertierung ihre jeweilige Komplementarität eingebüßt haben, ist das Resultat auch bezogen auf ihr Zusammenwirken EINS geworden: Unabhängig davon, ob die Paradoxieteile gleichzeitig und unverbunden nebeneinander fortbestehen oder aber ein Paradoxieil auf Kosten des Anderen bevorzugt wird (s. u.) – dem EINSwerden von Ich und Welt kann nicht regulierend, ordnend und damit differenzierend begegnet werden.

Die folgende Tabelle mag die Ausführungen noch einmal in übersichtlicher Art und Weise darstellen. Sie wurde, der Nachvollziehbarkeit halber in leicht abgewandelter Form, Schneider 1984 (S. 75) entnommen, zum besseren Verständnis jedoch – zusätzlich zu den von Schneider angegebenen Zitaten - mit Äußerungen Betroffener aus dem ersten Kapitel der vorliegenden Arbeit bzw. der dort verwendeten Literatur „angereichert“ (gekennzeichnet durch Kursivsetzung).

Grundfiguration	Natur	Interpersonalität	Sinn
<p>Komplementärer Paradoxierteil</p>	<p>Subjektivierung des Gegenstandes: „Dinge werden mir zu Personen; ich bin in den Gegenständen“</p> <p><i>„Diese Puppe existierte ... für mich wirklich, ... es war ... eine affektive Existenz“ (Renée in Sechehayé, S. 30)</i></p> <p>Verichlichung der Objekte</p>	<p>Übernahme fraktionierter fremder Identität: „Ihr seid nur durch mich; und nur, was ich euch sein lasse“</p> <p><i>„Irgendwie habe ich auch Angst, aus dem anderen mich selbst zu machen“ (S. 23)</i></p> <p>Vereinnahmung von Anderen im Selbst</p>	<p>Welt und Verhalten erscheinen im Zugriff uneingeschränkter Omnipotenz: „Ich bin in umfassender Verschmelzung die Totalität; ich kann alles“</p> <p><i>„Es ist alles ein ... ungemaines Ineinander. Es gibt keine Grenzen ... das ist ganz großartig“ (S. 26)</i></p> <p>Entgrenzung (des eigenen Verhaltens)</p>
<p>Komplementärer Paradoxierteil</p>	<p>Verdinglichung des Subjektiven: „Ich bin nur ein Gegenstand –die Anderen werden mir zu Dingen“</p> <p><i>„Bisweilen erwache ich und fühle, wie ich zu Stein werde“ (S. 19)</i></p> <p><i>„Ich bin eine Maschine, ein Automat“ (S. 20)</i></p> <p><i>„Meine Kameradinnen ... kamen mir vor wie Roboter“ (Renée in Sechehayé, S. 19)</i></p> <p><i>„Alles kam mir künstlich, mechanisch, elektrisch vor“ (ebd. S. 21)</i></p> <p>Erstarrung des Ich</p>	<p>Fehlen einer konstanten eigenen Identität: „Ich bin niemand – nur, was ihr mich sein lasst“</p> <p><i>„Ich bin ein leeres Schloss, das durch alle Umstehenden besetzt wird, ... eine Schale ohne Inhalt, ...der[en] Innenraum durch fremde Inhalte angefüllt wird.“ (S. 23)</i></p> <p>Verlust des Selbst (an Andere)</p>	<p>Welt und Verhalten werden verschlungen von Sinnlosigkeit: „Ich bin in absoluter Isolation nichts; ich kann und will nichts mehr wollen“</p> <p><i>„Ich war leer, weder da noch irgend woanders ... in mir war das Gefühl einer tödlichen Leere“ (S. 20)</i></p> <p>Entleerung (des eigenen Verhaltens)</p>

II.2.6 Strukturelle Möglichkeiten und Ursachen der Störung bzw. Verhinderung von Fiktionen

„In mir herrscht völlige und vollendete Unbestimmtheit“

Äußerung eines schizophrenen Patienten,
zit. nach Benedetti 1994, S. 162

Nach Schneider ist die beschriebene Aufhebung von Komplementarität also Folge der Störung bzw. Verhinderung der Bildung und Aneignung von Lebenswelt konstituierenden Grundbildern. Die von ihm herausgearbeiteten drei Formen struktureller Möglichkeiten beschreibt er als *Verhinderung von Gestaltbildung*, *Doppelsozialisation* und als *Überlastung praktikabler Grundfiguren durch widerstreitende Sinnfiktionen*. Die Darstellung dieser drei Typen erscheint im Rahmen der vorliegenden Arbeit entbehrlich. Wesentlich für Verstehen und Nachvollzug sind die Ausführungen Schneiders zu der Frage, *warum* die „dreifache Unterwerfung“, die im Alltag wohl eher als Ein- oder Anpassung imponiert, misslingt und damit zu der zugrunde liegenden Not der Betroffenen führt. Die nachfolgenden Gedanken mögen die Darlegungen zu den Veröffentlichungen Schneiders abrunden und gleichzeitig zum Thema des nächsten Abschnitts der vorliegenden Arbeit überleiten.

Schneider betont: „Dass Bewusstsein versucht, seine lebensweltlichen Dissonanzen auf psychotische Weise zu mindern, ist Ausdruck entweder davon, dass ihm sehr früh und über lange Zeit etwas angetan wurde, *bevor* es etwas anderes tun konnte, oder dass ihm *so* Extremes angetan wurde, dass es nichts anderes *mehr* tun konnte“ (Schneider 1994, S. 84, Hervorhebungen dort; vgl. auch Abschnitt II.3.2 der vorliegenden Arbeit). An anderer Stelle präzisiert er: „Hier geht es um Machtverhältnisse und ihre pathogene Balance zwischen ungleichen Partnern, und es geht um die vorenthaltene Selbst- und Sinnfindung in einer nur scheinbar auf Trennung angelegten Symbiose“ (Schneider 1994, S. 138). „In einem interpersonalen Feld vollzieht sich Alltägliches, scheinbar Normales, Nebensächliches, und doch auch wieder nicht. An irgendeiner Stelle des familiären Beziehungsgeflechts ... wird eine Position geschwächt. Nichts Spektakuläres, nichts Traumatisierendes weist auf ein bestimmtes Opfer hin; ohne merklichen Beginn ... entstehen zwischenmenschliche Schief lagen und fordern doch unerbittlich ihre Opfer“ (ebd. S. 129). Die Aussage „nichts Traumatisierendes“ relativiert der Autor in einer späteren Veröffentlichung (2001)

mit Hinweis auf die Untersuchungen E. Kris' zur traumatisierenden Dynamik kumulativer und kombinierter Überstressungen des Bewusstseins.¹ „Psychotogene Strukturen“ (S. 114) beschreibt der Autor ausgehend von diesen Prämissen als „Grundmuster menschlicher Einpassung“ (ebd.): nicht als Fehlanpassung oder Unfähigkeit zur Anpassung sondern als Anpassung an das Falsche, Unerträgliche. Paradoxe- und vor allem tragischerweise kann es so zur Ausbildung seelischer Strukturen kommen, die in der „Widerholung eines Musters als Muster eines Lebens“ (ebd. S. 107) imponieren und in deren Folge Existenz sinnhaft, nicht (nur) biologisch scheitert. Auch hier, wie hinsichtlich vieler Aspekte, befindet sich Schneider in Übereinstimmung mit Benedetti, der im schizophrenen Autismus die „Rettung der Individualität in eine die Individualität zerstörende Psychose“ sieht (Benedetti 1994, S. 23; vgl. auch Abschnitt II.5.1.1 der vorliegenden Arbeit).

II.3 Zur Ätiopathogenese schizophrener Erkrankungen

Eine eindeutige Ursache oder ein Ursachenkomplex für das Auftreten schizophrener Erkrankungen konnten bis heute nicht gefunden werden (vgl. Berger 2004).

Dennoch gibt es eine ganze Reihe relevanter Erklärungsansätze (dargestellt z. B. in Berger 2004, Hartmann 2003, Hartwich und Grube 2003 sowie Schwarz et al. 2006).

Ähnliche Grundannahmen, wie sie Schneider formulierte, finden sich bezüglich der Genese schizophrener Erkrankungen inzwischen innerhalb der meisten psychodynamisch orientierten Psychosentheorien.

¹ Kris betonte als Erster, dass die signifikant verletzende Qualität eines Ereignisses zum Zeitpunkt des Geschehens noch keineswegs festliegt. Erst existentielle Besonderheiten des weiteren Lebensverlaufs entscheiden darüber, ob ein Ereignis im Sinne einer ersten (Hyper-) Sensibilisierung überhaupt eine traumatische Nachwirkung hat; ob und wie sich also Ereignis und späteres Schicksal ergänzen. Es ist die Formierung der gesamten Erfahrung zu einer biografischen Matrix, die im Sinne eines „strain-trauma“, einer traumatisierenden Dynamik also, zu psychotischen Erkrankungen prädisponiert (vgl. auch II.3.2).

II.3.1 Defekt oder Konflikt?

Auch innerhalb psychodynamischer Modelle sind es „entgegengesetzte Grundannahmen ... die über die Zuordnung eines jeweiligen Modells entscheiden“ (Hartwich und Grube 2003) und sich als Kontroverse „Konflikt versus Defizit, (Gabbard, entn. Hartwich und Grube 2003, S. 12) oder „Defekt versus Dilemma und Abwehr/Kompensation versus Dysfunktion/Schwäche“ (ebd.) darstellen und damit Theorien zur genetischen Verursachung unterschiedlich nahe kommen (vgl. Hartwich und Grube 2003 S. 7ff). Wie die Autoren betonen, wird heute in der Forschung „stattdessen ein pragmatisches Sowohl-als-Auch“ (ebd. S. 7) vertreten, was auch den neueren Erkenntnissen der Neurobiologie (vgl. z. B. Green 2005, Hartwich und Grube 2003 sowie Hartmann 2003) und der Säuglingsforschung (vgl. z. B. Stern 1992 sowie 2005) entspricht (s. u.). Zu nennen ist hier vor allem das Diathese–Stress–Modell, das die Interaktion von genetischen und organischen Faktoren mit psychologischen Stressoren als für die Krankheitsentstehung relevant beschreibt. Allerdings betont Alanen (2003): „Eine einfache Vulnerabilitäts-Stress-Hypothese (Zubin und Spring 1977) reicht nicht aus, um diese Zusammenhänge aufzuzeigen“ (ebd. S. 28). Genauer zu erfassen sind diese Interaktionen anhand des transaktionalen Entwicklungsmodells im Rahmen der empirischen Entwicklungspsychologie, das davon ausgeht, dass Entwicklung maßgeblich durch Transaktionen zwischen Genotyp, Phänotyp und Umwelt beeinflusst werden (vgl. Hartmann 2003, S. 214ff). Dieses Modell überwindet die Dichotomisierung zwischen biologischen und psychologischen Erklärungsansätzen. Der Begriff der Strukturbildung, wie er innerhalb psychoanalytischer Theorien gebraucht wird, kann durchaus auf psychische wie neurobiologische Entwicklungen bezogen werden, können wir doch heute von lang anhaltenden neurochemischen Veränderungen in der Folge früher Beziehungserfahrungen ausgehen (Hartmann mit Bezug auf Rogness/McClure, 1996). Auch Green betont: „Ob bestimmte Gehirnentwicklungen stattfinden oder nicht, hängt von der Art der frühen Erfahrungen mit den Bezugspersonen ab und hat signifikante Konsequenzen für die emotionale Entwicklung“ (Green in Green et al. 2005, S. 13). So ist beispielsweise die Entwicklung und Reifung zerebraler Strukturen in besonderer Weise von interaktiver Stimulation abhängig. Wenngleich die neuronale Ausreifung (Bahnung)

genetisch angelegt ist, kann sie sich doch nur im Wechselspiel von Interaktionserfahrungen ausformen und ausdifferenzieren (vgl. auch Teichholz 2007). Dennoch, so Hartmann, „spielen Umweltfaktoren in den meisten wissenschaftlichen Untersuchungen zur Entstehung von Psychosen keine Rolle“ (a. a. O. S. 211). Auch Alanen konstatiert: „Es ist typisch für einen großen Teil der neurobiologischen Forschung zur Schizophrenie, dass der Zusammenhang zwischen Gehirnentwicklung ... und interaktionellen Umwelteinflüssen nicht beachtet wird“ (in Aderhold et al. 2003, S. 24/25). Ähnlich wie das transaktionale Entwicklungsmodell, so stellt auch Sterns Theorie der Entwicklung des Selbstgefühls ein „Prozessmodell interagierender, sich gegenseitig beeinflussender Systeme von Person und Umwelt“ (ebd. S. 214) dar, wobei die regulative Beziehung zwischen Mutter/Bezugsperson und Kind von besonderer Bedeutung ist. Vor allem affektmodulierende Interaktionen (positive Affekte werden verstärkt, negative minimiert) spielen eine elementare Rolle bezüglich der Selbstentwicklung, aber auch hinsichtlich des Bindungsverhaltens (die affektmodulierende Bezugsperson wird zumeist zur wichtigsten Bindungsperson). Hartmann (ebd. S. 216) verweist mit Bezug auf Fahrman et al. auf die Entwicklungslinie von der Imitation zur Affektabstimmung und führt weiterhin aus: „Nach Trevarthen (1993) ermöglicht die dyadische Resonanz z. B. auf visuellem oder auditorischem Gebiet die Koordination positiver Affektzustände auf neurobiologischer Grundlage. Diese dyadische Regulation geht vorrangig über die rechte Hirnhälfte (zuständig für integrative und emotionale Verarbeitung) des Säuglings, die auch früher als die linke reift. *Therapeutisch würde dies für den Umgang mit schizophrenen Patienten bedeuten, besonders die Momente des Gleichseins (Alter Ego) aufzugreifen und sie als früheste struktur- (besser: netzwerk-)bildende Momente zu begreifen*“ (Hartmann 2003, S. 225, Hervorhebung S. K.). Unterstützt wird diese Annahme (auch in ihrer Relevanz für die Musiktherapie) durch Erkenntnisse wie sie Freedman und Lavender (1997) beschreiben: So „werden psychotische Patienten auf psychiatrischen Stationen vom Team dann als weniger schwierig eingeschätzt, wenn das Team sich spontan mit Tonhöhe und Sprachrhythmus dieser Patienten *in Übereinstimmung befindet*“ (Hartmann 2003, S. 225, Hervorhebung S. K.).

II.3.2 Psychose und Trauma

Die Bedeutung traumatischer Erlebnisse für Entstehung, Verlauf und Therapie psychischer Erkrankungen wurde schon lange erkannt und gewürdigt. Bei Patienten mit psychotischen Störungen wurde diesen Zusammenhängen allerdings lange Zeit weniger Aufmerksamkeit gewidmet - sowohl bezüglich der Forschung als auch in klinischen Zusammenhängen: „Von klinischen Studien zu Traumatisierungen und ihren Folgen wurden Patienten mit Psychosen häufig explizit ausgeschlossen“ (Schäfer und Aderhold 2005, S. 60). Darüber hinaus weisen die Autoren auf folgenden Umstand hin: „In klinischen Settings findet bei psychotischen Patienten noch seltener als bei anderen Diagnosegruppen eine systematische Exploration traumatischer Lebensereignisse statt“ (ebd. S. 60). Weiter heißt es dort: „bei positiver Traumanamnese kommt es häufig dazu, dass Symptome uminterpretiert werden (,Pseudohalluzinationen’, ,psychoseähnlich’ ...) und die Diagnose gewechselt wird“ (ebd.).

Inzwischen konnten in zahlreichen Studien „signifikante Zusammenhänge zwischen kindlichen Traumatisierungen und psychotischen Phänomenen, besonders akustischen Halluzinationen“ (ebd.) nachgewiesen werden. Auch Dümpele (2003) verweist darauf, „dass das Auftreten späterer Psychosen nach schweren, wiederholten und mehrere Arten von Misshandlung umfassenden, insbesondere aber nach Traumatisierungen in den ersten 7 Lebensjahren beschrieben wurde“. Wenngleich kein monokausaler Zusammenhang zwischen Trauma und Psychose besteht, werfen einige Autoren die Frage auf, „inwieweit psychotische Syndrome zu einem Spektrum von Reaktionen auf traumatische Erlebnisse gehören könnten“ (ebd.). Problematisch ist, dass sich „die überwiegende Mehrheit der Studien ... mit sexuellem Missbrauch und physischer Misshandlung in der Kindheit“ (Schäfer und Aderhold 2005, S. 63) befasst. Die Autoren fordern für zukünftige Untersuchungen „eine umfassendere Perspektive“ (ebd.), die „das Spektrum möglicher Traumatisierungen über die gesamte Lebensspanne hinweg einschließlich ihrer Interaktionen“ (ebd.) umfasst. Dieses „Spektrum möglicher Traumatisierungen“ müsste vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen vor allem biografisch frühe Traumatisierungen erfassen und für das zwischenmenschliche Resonanzgeschehen als zentralen

Entwicklungsfaktor sensibilisieren sowie die dialogische Wechselwirkung zwischen genetischer Disposition und interaktiven Erfahrungen fokussieren.

Die Ätiologie schizophrener Erkrankungen betreffend, betonen entwicklungspsychologisch orientierte Autoren inzwischen zumeist die Bedeutung realer maligner, früher Beziehungserfahrungen in Form mangelnder Verhaltensabstimmungen (s. o.). Besondere Bedeutung für diese Formen früher Wechselseitigkeit haben Phänomene von Klang und Rhythmus (vgl. auch Gindl 2002 sowie Stern 1983 und 2005), vor allem Synchronisationsprozesse „sowohl zeitlich simultaner wie rhythmisch sequentieller Natur“ (Steimer-Krause 1996, S. 419).

Während „Vulnerabilität“ lange mit einer Disposition für die Manifestation schizophrener Erkrankungen gleich gesetzt wurde und z. T. auch heute noch wird (vgl. z. B. Berger 2004, S. 478), gerät mit der Fokussierung dieser frühen *Beziehungserfahrungen* die *Genese der Vulnerabilität* selber, einschließlich ihrer neurobiologischen Aspekte, immer mehr ins Blickfeld. So heißt es bei Steimer-Krause: „Wie die interaktiven Fehlregulierungen im einzelnen auch aussehen mögen, als Effekt ist eine spezifische 'Ich-Schwäche' oder 'Identitätsunsicherheit' zu erwarten und zwar in dem Sinne, dass das Kind die Erfahrung nunmehr in sich trägt, dass seine Wünsche und Bedürfnisse keine Bestätigung oder Antwort erhalten. Mit einem anderen zusammen zu sein bedeutet vielmehr, entweder allein gelassen zu werden oder vom anderen beherrscht zu werden. Meines Erachtens können solche elementaren Erfahrungen als die Basis für die psychotischen Ängste: vernichtet, aufgefressen, verfolgt oder vergiftet zu werden, wie auch für die Angst, das Gegenüber wolle in einen eindringen, angesehen werden. Ich meine also, dass die[se] Metaphern ... auf die repetitive Erfahrung einer affektiven Fehlregulation [hinweisen]“ (a. a. O. S. 211). „Nicht allein die Vulnerabilität macht den Stress, sondern Stress macht auch vulnerabel“, heißt es auch bei Dümpelmann (a. a. O. S. 10). Der Autor kommt aufgrund neuerer Forschungsergebnisse zu der „Hypothese einer komplexen traumatogenen Entwicklungsstörung mit dem Ergebnis einer traumatisch erworbenen Vulnerabilität für psychotische Manifestationen“ (ebd.) und postuliert ähnlich wie Steimer-Krause, „dass Erlebnisse von seelischem Tod, Zerfall, Auflösung und Vernichtung in vielen Fällen eben kein 'Nichts', sondern erlebte Geschichte sind“ (ebd.). „Frühe interpersonale Traumatisierungen

stellen ... besonders gravierende negative Entwicklungseinflüsse dar, sowohl auf psychologischer als auch auf biologischer Ebene“, heißt es auch bei Schäfer und Aderhold (2005, S. 59). Auch im Rahmen der Intersubjektivitätstheorie werden Fehlregulationen, nicht gelungene Abstimmungsprozesse und das Ausbleiben einer bestätigenden Abstimmung als „die eigentliche Grundlage des psychischen Traumas“ (Stolorow und Atwood, zit. nach Jaenicke 2006, S. 156) verstanden. Grotstein (1986) verweist darüber hinaus im Zusammenhang psychotischer Erkrankungen auf traumatische Erfahrungen von verfrühter Trennung, er „spricht von einer verfrühten Beendigung des primären Einsseins, einer vorzeitigen Zweiheit in der Beziehungswelt, die unvorbereitet zu einer ‚mentalen Geburt‘ führt, aber traumatologisch leicht einen seelischen Tod bedeuten kann“ (zit. nach Kapfhammer in Schwarz 2006, S. 123). Als Reaktionen können psychologische Einkapselung (Autismus) oder Verwirrtheit und Neigung zur Desorganisation beobachtet werden. Darüber hinaus verweisen zahlreiche Autoren auf die gravierende Bedeutung einer fehlenden oder unzureichenden Bestätigung zentraler Affekte in selbstobjekthaften Beziehungen. So betont Jaenicke (a. a. O., S. 101): „Kohut hielt das Ignoriertwerden für einen sehr bösartigen pathogenen Faktor“. Ein direkter Bezug zum Erleben schizophrener Menschen drängt sich auf, wenn wir das grundlegende Verständnis des Kerns psychischer Traumata betrachten, das Jaenicke als „Zerschlagung der Absolutismen“ (a. a. O. S. 150) bezeichnet, sowie seine grundlegenden Folgen: „Der Betroffene hat das Gefühl, *die Welt der anderen Menschen nicht mehr zu teilen*“ (ebd., Hervorhebungen S. K.). Mit „Absolutismen“ sind existentielle Befindlichkeiten gemeint, „die es uns erlauben, die Welt als einen sicheren, berechenbaren Ort zu empfinden“ (ebd., S. 153). In diesen Absolutismen vermag der Schizophrene nicht zu leben, stattdessen muss er sich andere Absolutismen konstruieren: „Wahnvorstellungen werden als eine Form von Absolutismus verstanden – als radikale Entkontextualisierung im Dienste lebenswichtiger und wiederherstellender Abwehrfunktionen“ (Stolorow, zit. nach Jaenicke 2007, S. 151).

Zu der wichtigen, im Rahmen der vorliegenden Arbeit jedoch nicht mehr zu erörternden Frage danach, was den *manifesten* Beginn einer schizophrenen Erkrankung triggert, vgl. z. B. Kapfhammer in Schwarz et al. 2006, S. 33ff.

Zumindest erwähnt werden soll noch der für die Therapie relevante und mit Bezug auf das in Kapitel I der vorliegenden Arbeit dargestellte Selbsterleben Betroffener sicher nachvollziehbare Umstand, dass auch die Psychose selbst häufig als traumatisch erlebt wird: „Bereits seit langem wurde darauf hingewiesen, dass Psychosepatienten *in der Folge* psychotischer Episoden Beschwerden entwickeln können, die an posttraumatische Syndrome erinnern“ (Schäfer und Aderhold 2005, S. 61, Hervorhebung S. K.). Allerdings wird kontrovers diskutiert, ob und inwiefern die Auswirkungen inneren Erlebens mit äußeren und im intersubjektiven Feld erlebten Traumata vergleichbar sind. Mithin belegen verschiedene Untersuchungen, dass über 50% der Patienten im Anschluss an eine psychotische Episode die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach den Kriterien des DSM –III –R erfüllen (Shaw et al. 1997, Priebe et al. 1998, McGorry et al. 1991; zit. nach Schäfer und Aderhold 2005). Nicht zu vergessen sind in diesem Zusammenhang auch traumatische Behandlungserfahrungen, die das Erleben schizophrener Patienten gerade zu Beginn einer Therapie maßgeblich beeinflussen können (Schäfer und Aderhold 2005 zitieren zahlreiche Studien zu diesem Thema).

Bezüglich der im Rahmen schizophrener Erkrankungen so grundlegenden diffizilen Formen früher Traumatisierungen als Folge nicht geglückter Abstimmungsprozesse rückt bezüglich eines möglichen therapeutischen Umgangs mit diesen Erfahrungen die Frage in den Vordergrund, wo und wie diese frühen Interaktionserfahrungen repräsentiert sind.

II.4 Exkurs: Das implizite Gedächtnis

Im Zusammenhang mit dem spezifischen Beziehungserleben innerhalb der Psychotherapie mit schizophrenen Patienten und bezugnehmend auf die Annahme traumatischer Beziehungserfahrungen in den ersten Lebensmonaten wird in neueren Veröffentlichungen immer wieder auf die Bedeutung des impliziten (auch: prozeduralen, subsymbolischen, handlungsbezogenen) Gedächtnisses (vgl. Teichholz 2007), in diesem Zusammenhang verstanden als „kognitiv-unbewusstes Traumagedächtnis“ (vgl. Tabbert –Haugg in Schwarz et al. 2006, S. 157), verwiesen. Da es „vor der zweiten Hälfte des zweiten Lebensjahres keine innere Repräsentanz der Erfahrungen, d. h., keine symbolische

Repräsentation von Beziehungsformen sondern nur so genannte RIGs (representation of interaction generalized) im Sinne präsymbolischer, psychobiologischer Prägungen der Wahrnehmung, der Affekte und Handlungsabläufe“ (Tabbert-Haugg in Schwarz et al., S. 157/158 mit Bezug auf Stern 1985 und Dornes 1993) gibt, enthält es keine sprachlich kodierten Inhalte. Implizites Wissen ist „nicht-symbolisch, nonverbal, prozedural und unbewusst in dem Sinne, dass es nicht bewusst reflektiert wird“ (Stern 2005, S. 123). Die Ebene des impliziten Wissens prägt das Gefühl unseres In-der-Welt-Seins ein Leben lang, vor allem jedoch die Art, Beziehungen zu gestalten bzw. das, was wir in Beziehungen erwarten oder befürchten. „Die ersten Verinnerlichungen betreffen primär *Beziehungserfahrungen*, genauer gesagt, frühe *interaktive Regulationsprozesse*, und nicht Selbst- oder Objektbilder“ (Gindl 2002, S. 98). Was das Kind internalisiert, sind Interaktionsmuster. „Das gesamte *Wissen*, das Babys und Kleinkinder darüber erwerben, *was sie von anderen Menschen zu erwarten haben, wie sie mit ihnen umgehen sollen, welche Gefühle ihnen gegenüber angemessen sind und wie sich das Zusammensein mit ihnen gestalten lässt*, fällt in diesen nonverbalen Bereich“, beschreibt es Stern (Stern 2005, S. 124, Hervorhebungen S. K.). Unterstützt durch die „*Musik der Sprache*“ und „ohne von den Kompliziertheiten der Worte abgelenkt zu werden“, hat der Säugling Zeit, zu lernen, „wie die menschliche Welt tatsächlich funktioniert“ (ebd.). Die zitierten Formulierungen Sterns ähneln nicht nur etlichen Aussagen Betroffener bezüglich ihres Umgangs mit Sprache (vgl. auch Abschnitt I.1.2.1 der vorliegenden Arbeit), auch eine grundlegende Orientierung, wie die menschliche Welt funktioniert, fehlt den meisten Betroffenen. Das implizite Gedächtnis enthält also die „enkodierte Beziehungsgeschichte“ (Jaenicke 2006, S. 117) – das, was wir über uns und unsere Beziehungsgeschichte *sagen* können, deckt sich bei weitem nicht mit dem, was wir darüber *wissen*. „Die Tatsache, dass die Basalganglien und die Amygdala schon früh in der Kindheit normal entwickelt sind, der Hippocampus hingegen noch längere Zeit 'unreif' bleibt, ... macht auch verständlich, dass das implizite Gedächtnis für Kindheitserfahrungen ... erhalten bleibt. Die beginnende Sprachentwicklung läuft der 'Funktionalisierung' des Hippocampus mit 18 Monaten parallel. Implizite, nicht konzeptionelle und nicht sprachliche Gedächtnisinhalte werden vielfach mit Hilfe der Gegenübertragung, der empathischen Resonanz und der averbalen Kommunikation er-

fasst“ (Bürgin, zit. nach Gindl 2002, S. 57). Das implizite Wissen ist „von einer immensen klinischen Relevanz“ (Stern 2005, S. 127), da „die Regulierung des intersubjektiven Feldes in der Therapie weitgehend nonverbal, nicht-bewusst und implizit vonstatten geht“ (ebd.). Tabbert-Haugg verweist darauf, dass „Menschen mit ungenügenden frühen Prägungen im zwischenmenschlichen Dialog ... im späteren Leben von starken Gefühlen des Alleinseins beherrscht [werden]. Sie haben gewissermaßen keine gelebte Erfahrung von Intimität und entwickeln entsprechend heftige Ängste vor dieser Nähe“ (Tabbert-Haugg in Schwarz et al., S. 158). Das Erleben und die Regulation von Nähe und Distanz sind bei schizophrenen Menschen in besonderem Maße beeinträchtigt (vgl. II.5.4).

II.5 Psychopathologie und Psychodynamik der Schizophrenie

*„Ja, er wusste, dass er sich jetzt von allem entfernte:
nicht nur von den Menschen.
Einen Augenblick noch, und alles wird seinen Sinn verloren haben,
und dieser Tisch und die Tasse und der Stuhl, an den er sich klammert,
alles Tägliche und Nächste wird unverständlich geworden sein,
fremd und schwer.
So saß er da und wartete, bis es geschehen sein würde.
Und wehrte sich nicht mehr.“*

(Rilke)

Im Folgenden sollen weder die Vielzahl psychopathologischer Symptome der Schizophrenie dargestellt noch die vielfältigen Aspekte zugrunde liegender Psychodynamik erläutert werden. Diesbezüglich sei im Hinblick auf die Wahrung eines angemessenen Umfangs der vorliegenden Arbeit auf die entsprechende Literatur verwiesen (z. B. Benedetti 1994, Mentzos 1993, Rom 2007, Scharfetter 1995, Schwarz et al. 2006, Wulff 1995 sowie Zielen 1987). Innerhalb des folgenden Abschnitts wird lediglich Einblick in entsprechende Theorien und Modelle gegeben und auf die Punkte eingegangen, die bezüglich der nachfolgenden Untersuchung von besonderer Relevanz sind. Hier geht es nicht um exaktes Definieren, schon gar nicht um Vollständigkeit, sondern um den Versuch eines modellhaften Verstehens.

Psychopathologie ist vor allem dann von Interesse, wenn sie „als Wegorientierung für die Therapieangebote“ (Scharfetter 2007, S. 27) fungieren kann.

Bezüglich der Psychopathologie und Psychodynamik schizophrener Menschen werden in psychoanalytisch fundierten Veröffentlichungen vor allem Besonderheiten der Beziehungsgestaltung fokussiert: „Der Pathologie des Ich korrespondiert eine defiziente Intersubjektivität (im Sinne von Husserl) und Interpersonalität“ (ebd.).

Betont sei, dass die Autorin mit Benedetti der Meinung ist, „dass innerhalb der Psychiatrie keine neutrale psychopathologische Beobachtung möglich ist, die sich auf wissenschaftliche Objektivität berufen könnte: Unsere Beziehung zum Kranken spielt dabei immer eine zentrale Rolle“ (Benedetti 1994, S. 41). Schon „Kahlbaum (1863) wusste von der interaktionellen Abhängigkeit der Psychopathologie: Ein Kranker fühlte sich als Leichnam, aber das hing davon ab, mit wem er es zu tun hatte!“ (Scharfetter 2007, S. 26). Und so betont auch Scharfetter: „Schizophrenein ereignet sich in zwischenmenschlicher Interaktion“ (ebd. S. 34). So ist bei den im Folgenden dargestellten Symptomen – auch wenn dies nicht immer wieder explizit betont wird - mitzudenken, dass sie stets situativ und interaktionell verankert sind. Scharfetter verweist darüber hinaus darauf, „dass alle Psychopathologie sich auf nur einen Bereich menschlicher Bewusstseinsmöglichkeiten bezieht: dass sie nur Gültigkeit hat im Bereich des mittleren (...) Tages-Wach-Bewusstsein“ (Scharfetter 1995, S. 45).

II.5.1 „Grundsituationen des psychotischen Leidens“

... überschreibt Benedetti das erste Kapitel seines Buches „Psychotherapie als existentielle Herausforderung“. Er verweist darauf, dass sich die erstmals von Eugen Bleuler vorgenommene Unterscheidung zwischen primären und sekundären Symptomen vor allem hinsichtlich des Bemühens um ein Verstehen schizophrener Menschen bewährt habe. Dennoch betont er, dass ihm der Begriff „primäre Symptome“ zumindest in theoretischer Hinsicht fragwürdig erscheint und fragt kritisch: „Können wir Symptome als ‚primär‘ privilegieren?“ (Benedetti 1992, S. 12). Stattdessen schlägt er vor, „von den fundamentalen Situationen des psychotischen Erlebens“ bzw. von „Grundsituationen“ (ebd.

S. 14) zu sprechen, mit denen er den Identitätsverlust in der Psychose, den Wahn und „die Verzerrung der Symbole in der Spaltung und in der autistischen Fusion mit der Welt“ (ebd., S. 14 ff) meint. Dennoch soll im Folgenden auch auf frühere Ausführungen des Autors eingegangen werden, innerhalb derer er den Terminus „primäre Symptome“ gebraucht, da die Bleulersche Unterteilung in primäre und sekundäre bzw. Grund- und akzessorische Symptome auch Eingang in die heute gängigere Unterscheidung zwischen Positiv- und Negativsymptomen fand – wenngleich eine Vielzahl wissenschaftlicher Studien „insgesamt zu der ernüchternden Erkenntnis“ (Berger 2004, S. 467) führten, „dass die Positiv-Negativ-Typologie eine zu starke Vereinfachung darstellt ... und Übergänge ineinander vorkommen“ (ebd.).

II.5.1.1 Die primären Symptome der Schizophrenie

Als primäre Symptome der Schizophrenie bezeichnet Benedetti (1994, S. 16ff) *Spaltung*, *Autismus* und *Athymie*. Diese Begrifflichkeiten greift auch Rom (2007) auf, ersetzt den Begriff der Spaltung jedoch durch die Bezeichnung *Fragmentierung* (ebd. S. 27ff). Diese drei grundlegenden Dimensionen schizophrener Seins werden in Abschnitt VII.3 der vorliegenden Arbeit im Hinblick auf die Untersuchungsergebnisse genauer ausgeführt und sollen an dieser Stelle lediglich kurz eingeführt werden.

Spaltung

Die Spaltung betrifft und beeinflusst das Verhältnis schizophrener Menschen zu sich und ihrer Umwelt wesentlich, sie ist „auf psychischem Gebiet das primärste eigentlich schizophrene Symptom“ (E. Bleuler, zit. nach Benedetti 1994, S. 17). Dabei handelt es sich um „eine entscheidende Störung des kognitiv-affektiven Grenzschemas zwischen Selbst und Objekt, bzw. zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen“ (Kapfhammer in Schwarz et al. 2006, S. 24). Sie äußert sich in Verwechslungen von Innen- und Außenwelt, als gesplattene Identitätsbildung, als Kohärenzverlust der Person, als schizophrene Ich-Entgrenzung und im Fehlen der Kontinuität der Bewusstseinszustände. Zahlreiche in Kapitel I dargelegte Erlebensweisen Betroffener schildern diese grundlegende Dimension schizophrener In-der-Welt-Seins als erlebtes Ver-

mischen unterschiedlichster Entitäten, als Gefühl der Auflösung und des Zerfalls. „Unmittelbare Korrelate“ (Kapfhammer in Schwarz et al. 2006, S. 24) der Spaltung sind *Ambivalenz* und *Ambitendenz*: „Gott und Teufel reißen den Kranken und seine Welt buchstäblich in Stücke“ (Benedetti 1994, S. 20).

Autismus

Als „weitere, unabwendbare Folge“ der Spaltung nennt Kapfhammer (a. a. O.) den „Rückzug in eine autistische Eigenwelt“ (ebd.). Auch bei Benedetti heißt es: „Der ... Schizophrene kontrolliert seine gespaltene Welt im wesentlichen durch die *autistische Auseinandersetzung mit der Spaltung*“ (Benedetti 1994, S. 23). Autismus stellt sich nach Benedetti in den Erscheinungsformen Eigenweltlichkeit, Ausdrucksunfähigkeit sowie Selbst- und Fremdverborgenheit dar, er kann sowohl als Primärsymptom als auch als Abwehr verstanden werden. Er ist die „Rettung der Individualität in eine die Individualität par excellence zerstörende Psychose“ (Benedetti 1994, S. 23). Kapfhammer (in Schwarz et al. 2006) verweist in diesem Zusammenhang auf einen „Exzess in der introspektiven Zuwendung ..., eine überanstrengte Reflexion auf den Prozess des Selbstbewusstmachens. ... In dieser hyperselbstreflexiven Haltung kommt es zu einer Umkehr der impliziten Selbstverständlichkeit, die ein basales Selbstgefühl normalerweise auszeichnet ... Hiermit geht aber eine weitere bedeutsame Entfremdung von wesentlichen Selbstaspekten einher, die nun objektiviert, fremd und getrennt vom beobachtenden Selbst erscheinen“ (a. a. O. S. 25). Auch für dieses Erlebensspektrum finden sich anhand des in Kapitel I dargelegten Selbsterlebens Betroffener zahlreiche Beispiele. Eine wunderbare Beschreibung autistischen In-der-Welt-Seins findet sich bei Buber. Wenngleich der Autor nicht von „Autismus“ oder „autistisch“ spricht, sind seine Darlegungen doch so plastisch und lebendig, dass sie hier zur besseren Nachvollziehbarkeit dargelegt werden sollen: „Wenn der Mensch das Apriori der Beziehung nicht an der Welt bewährt, das eingeborene Du nicht am begegnenden auswirkt und verwirklicht, dann schlägt es nach innen. Es entfaltet sich am unnatürlichen, am unmöglichen Gegenstand, am Ich; das heißt: es entfaltet sich da, wo es gar keinen Ort zur Entfaltung hat. So entsteht das Gegenübertreten in sich selbst,...das nur Selbstwiderspruch sein kann ... Ein Unerfülltes ist hier in den

wahnwitzigen Schein einer Erfüllung geflüchtet; nun tastet es in den Irrgängen umher und verliert sich immer tiefer.“ (Buber 1962/1997, S. 73) Wulff (1995) greift Aspekte autistischer Eigenweltlichkeit auf und stellt einen „Prozess von Paradoxalisierung“ (a. a. O. S. 163) in den Mittelpunkt seiner Theorie und damit die „Außerkraftsetzung von Verständlichkeit fundierender Beziehungen“ (ebd., S. 165). Gemeint ist hier nicht nur die Außerkraftsetzung von Zusammenhängen, sondern ein Außerkraftsetzen der *Dimension* und *Kategorie* „Zusammenhang“. Ein Außerkraftsetzen, das die Ebene der Intersubjektivität, mithin die Beziehung zwischen Subjekt und Objekt, ebenso betrifft wie die zwischen Ursache und Wirkung, zwischen Innen und Außen, Identität und Differenz, Aktiv und Passiv usw.: „Nicht anerkannt wird ... dass eine verbindliche *Beziehung* zwischen ihnen überhaupt möglich ist“ (ebd. S. 168, Hervorhebung S. K.).

Athymie

Benedetti beschreibt die Athymie, die sowohl als Erlebensfolge als auch als Ursache der Spaltung verstanden werden kann, unter den Aspekten Passivierung, Devitalisierung und Negativismus (vgl. Benedetti 1994, S. 28ff). Huber (1961) spricht vom „Verlust des energetischen Potentials“ (zit. nach Rom 2007, S. 44), Scharfetter (1995) von Störungen der Ich-Aktivität und Ich-Vitalität. Ähnliches meint Kapfhammer (in Schwarz et al., 2006, S. 29), der von „mentale[r] Anästhesie“ und einer „nirwanaähnliche[n] Verfassung“ (ebd.) spricht, die aus „einem höchst selbstdestruktiven Prozess“ (ebd.) resultieren. Auch Beschreibungen aus dem Bereich eines Erlebensspektrums im Umfeld der Athymie finden sich in Kapitel I der vorliegenden Arbeit recht häufig.

II.5.1.2 Zur Identität schizophrener Menschen

Schizophrene Menschen erleiden einen „Untergang der Selbstidentität“ (Benedetti 1994, S. 95): Grenzenlose Identifikationsbereitschaft, verwirrende Projektionen und psychische Diffusionsphänomene ziehen eine umfassende Desorganisation der Selbstidentität nach sich. Die „Erlebensseite des Ich-Zerfalls“ (ebd. S. 48) beschreibt Benedetti mit den Begriffen „Nicht-Existenz“ bzw. „negative Existenz“ oder auch als „Erfahrung des Nichts“: „Das Ich löst sich

auf, und die einzelnen Fragmente gehen untereinander neue Beziehungen ein“ (ebd., S. 96). Damit verbunden sind Prozesse der Entdifferenzierung, eines „Verlust[es] der differenzierenden, ordnenden, unterscheidenden, hierarchisierenden Funktion des Ich“ (Benedetti 1994, S. 37). Verwechseln und Durcheinandergeraten in verschiedener Hinsicht und in unterschiedlichen Zusammenhängen kennzeichnen das Erleben der Entdifferenzierung. Kapfhammer (in Schwarz et al. 2006, S.27ff) spricht von einer „Störung der intrapsychischen Differenzierung und Integration“ (ebd.). Aspekte der Entdifferenzierung finden sich auch in Wulffs Konzept eines Prozesses der Paradoxialisierung, dessen Resultat die Aberkennung der Verknüpfungen ist, die Verständlichkeit und Bezogenheit ermöglichen. Als Beispiele seien das Außerkraftsetzen „von fundamentalen Sätzen der formalen Logik, wie der Satz der Identität, der Satz vom Widerspruch, der Satz vom zureichenden Grund ... aber auch Gesetzmäßigkeiten, denen in raumzeitlichen Verhältnissen erscheinende Gegenstände unterworfen sind, z. B. Gleichzeitigkeit und Nacheinander, ... Innen und Außen, Durchlässigkeit und Abschottung, ... Alles und Nichts ... Gemeint ist mit der Außerkraftsetzung dieser Zusammenhänge nicht bloß, dass gegen die sie regierenden Verwendungsregeln und Gesetze verstoßen wird oder aber, weil die entsprechenden kognitiven oder sensorischen Voraussetzungen nicht gegeben sind, diese Regeln und Gesetze nicht fehlerlos befolgt werden können. Um den Eindruck des Schizophrenen – oder, um mit den Daseinsanalytikern zu sprechen, eine ‚schizophrene Seinsweise‘ – entstehen zu lassen, müssen sie vielmehr als solche, als gültige und verbindliche Zusammenhänge überhaupt, als Dimensionen und Kategorien außer Kraft gesetzt werden“ (Wulff 1995, S. 164). Einen ähnlichen Zugang zu schizophrenem In-der-Welt-Sein findet Schneider, dessen Ausführungen gleichzeitig die im Rahmen der Schizophrenie (-therapie) essentiellen Themen „Kreativität“ und „Realität“ aufgreifen und unter diesen Aspekten ausführlicher dargestellt werden sollen (s. u.). Kapfhammer spricht im Zusammenhang akuter Krankheitsmanifestationen von einem „Zustand der kollabierenden Individualität und personalen Identität“ (Kapfhammer in Schwarz et al. 2006, S. 35). Fortschreitende Fragmentierung (s. o.) führt zur gespaltenen Identitätsbildung, die „Bedrohung und Versicherung zugleich“ (Rom 2007, S. 32) ist: „Dissoziativ abgespaltene Teile, die zwar zur Identität des Gesamt-Ich gehören, aber vom Kranken nur als Objekte der Außenwelt wahrgenom-

men und halluzinatorisch, manchmal auch wahnhaft eingebunden sind, können geradezu 'gerettet' werden" (ebd.). Weiterhin heißt es bei Rom: „Das Ich fließt quasi durch die Poren der fragmentierten Ich-Grenze aus und löst sich so, verschmelzend mit und im gesamten Universum, auf (Superexistenz/Negativexistenz. ... Durch die passive Verschmelzung mit der Welt und das Besetztwerden durch andere rettet sich das Ich vor dem völligen Verlust“ (a. a. O. S. 35). Benedetti beschreibt, dass für die Betroffenen „Selbstwahrnehmung ... nur noch durch Spiegelung im Mitmenschen möglich“ (Benedetti 1994, S. 95) ist: „Für den Kranken ist das Aus-sich-Herausfallen, um in der Vorstellungswelt des anderen aufzugehen, die einzige mögliche Überlebensweise und gleichzeitig Verzicht auf eine eigene Existenz“ (ebd., S. 52). Allerdings kann dieser Prozess in psychotherapeutischen Zusammenhängen „eine Verwandlung“ (ebd. S. 96) erfahren: „Aus einem Krankheitsvektor wird allmählich ein Vektor des therapeutischen Fortschritts“ (vgl. II.6).

II.5.1.3 Wahn und Wähnen

Nach Benedetti ist der Wahn einerseits Ausdruck der Desorganisation und Destrukturierung des Ichs und stellt die Ausgestaltung einer äußersten Kommunikationsstörung dar. Er geht aus dem durch die Ausformung der primären Symptome veränderten Erleben des Selbst und der Mitmenschen hervor. Das Erleben der Nicht-Existenz, der Irrealität des eigenen Seins, ist nur lebbar, wenn die Irrealität des Wahns akzeptiert wird: „die wahnhafte Verwirklichung wird als Verwirklichung nur erlebt, weil sie die Dimension der Irrealität des Wesens des schizophrenen Patienten gemein hat“ (Benedetti 1983, S. 42). In dieser Sichtweise wird der Wahn zur folgerichtigen, obligaten und oft einzigen Ausdrucksweise, derer sich der Schizophrene bedienen kann und damit zum Ausdruck der Wehrlosigkeit - zur krassesten und hilflosesten Äußerung des Existenzwillens des psychotischen Menschen. Andererseits betont auch Benedetti, dass der Schizophrene mittels des Wahns versucht, aus der Gespaltenheit der Prä-Psychose eine Art psychotischer Ganzheit zu erlangen und damit die Abwehrfunktion des Wahngeschehens. Abgewehrt wird mittels des Wahns vor allem das Erleben der Beziehungslosigkeit. Darüber hinaus erscheint der Wahn als Ergebnis des Bemühens um Rekonstruktion von Realität, Restitution und

Kausalität – die zur Parakausalität gerät. Ähnlich formulieren es Hartwich und Grube (2003, S. 41ff), die bezüglich der Symptombildung bei Psychosen (nicht nur, aber *auch* hinsichtlich des Wahns) von „Gegenregulation und Parakonstruktion“ (ebd.) sprechen, „mit denen die kranke Psyche in oft kreativer Weise versucht einen psychischen Zusammenhalt wieder zu reorganisieren“ (ebd. S. 41). Auch hier wird der Wahn als „kreativer Schutzversuch“ (ebd. S. 51) verstanden, ähnlich wie bei Schneider (vgl. II.4.3) heißt es: „Grundsätzlich handelt es sich ... um *Schutzversuche der Psyche* mit der Intention das psychische Überleben zu sichern, indem inkompatible, ... zerstörerische und andere gegenwärtig unaushaltbare psychische Inhalte abgewehrt werden“ (ebd. S. 59). Dennoch grenzen die Autoren „Parakonstruktion“ von „Abwehr“ ab (vgl. Hartwich und Grube 2003, S. 59ff). Der Abwehrcharakter des Wahns wird vor allem von Mentzos immer wieder betont. In seinem Verständnis handelt es sich bei den Wahnbildungen schizophrener Patienten um projektive Abwehrmechanismen, die „als Abwehr und Schutz gegen die schreckliche Angst vor psychischer Desintegration und Kontrollverlust mobilisiert und eingesetzt werden“ (Mentzos 1993, S. 12). Auch Scharfetter verweist auf die „autotherapeutische Anstrengung“ (Scharfetter 2002, S. 2) und die „gestaltbildende Potenz des Bewusstseins“ (ebd. S. 11), die im Wahngeschehen zum Ausdruck kommen und beschreibt den Wahn als „in sich geschlossenes systematisches Kunstwerk“ (ebd. S. 3), als „Gebilde der Phantasie, der kreativen Gestaltung des Bewusstseins“ (ebd. S. 14, vgl. auch II.4.3). Bedeutsam für die Psychotherapie schizophrener Patienten ist vor allem die allen genannten Autoren gemeinsame Überzeugung, „dass sich im Wahn ... das Wirklichkeitserleben eines Menschen und sein Ringen, diesem Erleben affektiv-kognitive Gestalt zu geben, austrägt“ (ebd. S. 34).

Ein besonderes Augenmerk widmet Wulff (1995) den Wahnerfahrungen (er benutzt ausdrücklich nicht den Terminus Wahnerleben, vgl. Wulff 1995, S. 34ff). Der Autor berichtet in seinem Buch „Wahnsinnslogik“ zunächst von eigenen Wahnerfahrungen und thematisiert damit einen Aspekt, der nach Meinung der Autorin eher zu selten reflektiert wird: Selbstverständlich ist die Fähigkeit des Wähnens als solche nicht pathologisch, wenngleich die meisten Menschen sicherlich kein so ausgeprägtes Wahnerleben kennen, wie es Wulff beschreibt und wie es schizophrene Menschen erfahren. Dennoch dürfte ein

bewusstes Reflektieren dieses Umstandes (z. B. in Ausbildungszusammenhängen) bei dem Bemühen einer Annäherung an schizophrenes In-der-Welt-Sein durchaus hilfreich sein. Dabei geht es allerdings nicht darum, den Wahn zu „befrieden“, das Irritierende an ihm zum Verschwinden zu bringen, ihn „humanitär zu entschärfen“ und damit „eine Art begrifflicher Tranquillizerwirkung“ zu erzielen (Wulff a. a. O. S. 36). Gerade Wulff betont die „Unverständlichkeit“ als „das eigene Wesen“ des Wahns (ebd. S. 37). Auch Schneider versucht nicht, den Wahn(sinn) zu „normalisieren“ und ihm damit seinen Schrecken zu nehmen. Dennoch: Die Fähigkeit zu Wähnen stellt auch Schneider als jedem Menschen gegebenes Talent „zur Bildung und Umbildung von ‚Wirklichkeit‘ (2001, S. 27) heraus, das „normalerweise“ als Resultat gelungener ‚Domestizierung‘, mithin seiner Unterwerfung unter das Realitätsprinzip, „nur in Kunst, Religion oder Wahnsinn“ (ebd.) überdauert (vgl. auch II.5.3). Ähnlich formuliert es auch Scharfetter: „Wähnen scheint eine grundsätzlich menschenmögliche Weise der Selbst- und Welt-Deutung“ (Scharfetter 2002, S. 1). Mit anderen Worten: die *Möglichkeit*, psychotisch zu werden, gehört, so paradox dies zunächst erscheinen mag, zur *gesunden* Grundausstattung des Menschen. Wohl aber birgt diese „gesunde Grundausstattung des Menschen“ (vgl. auch Schneider 2001, s. u.) eben *auch* die anthropologische *Möglichkeit* psychotischer Produktionen (vgl. II.5.3). In diesem Sinne bezeichnet Schneider die Psychose als „anthropologische Möglichkeit des Andersseins“.²

II.5.2 Kunst und Psychopathologie, Psychose und Traum

Für Benedetti sind sowohl Kreativität als auch Psychopathologie Existenzbereiche, Seinsmöglichkeiten des Selbst und gleichzeitig Ausdruck dieser: „Psychopathologie und Kunst haben einen Zug gemeinsam“ (Benedetti 1975a, S. 19). Benedetti formuliert, „dass Psychopathologie und Kunst ein unbewusstes Mittelglied haben können, das mit der Welt des Traumes verwandt zu sein scheint“ (ebd.). Wie von den Betroffenen selbst (vgl. I), so werden auch inner-

² Die in allen seinen Veröffentlichungen spürbar werdende Nähe zum psychotischen Menschen bewahrt Schneider davor, das Pathologische beschönigend ins Philosophische zu verklären, wie es diese Formulierung möglicherweise befürchten lässt. Ausgangspunkt und Ziel seiner Ausführungen bleibt stets der psychotisch Leidende.

halb psychoanalytischer wie musiktherapeutischer Veröffentlichungen im Zusammenhang mit psychotischen Erkrankungen die Themen „Psychose und Traum“ (Wendl-Kempmann in Schwarz et al. 2006, S. 262ff, vgl. auch Hartwich und Grube 2003, S. 208ff) bzw. „Veränderte Bewusstseinszustände“ (vgl. z. B. Scharfetter 1995, Hess 2007 sowie Strobel 2007) immer wieder thematisiert. Traum und psychotisches Erleben sind gleichermaßen „Manifestationen des Unbewussten“ (Wendl-Kempmann in Schwarz et al. 2006, S. 262): „Für mich ist sowohl die Bildsprache eines Psychotikers als auch die Bildsprache, derer sich Träume bedienen, eine präverbale Ausdrucksform, die eindrucksvoll und prägnant die unbewusste Dynamik wiedergibt“ (Wendl-Kempmann in Schwarz et al. 2006, S. 265). Weiter heißt es bei der Autorin: „Gleich ist die Logik der vom Unbewussten benutzten Bildsprache. ... Um das Prinzip der Logik des Unbewussten zu verstehen, muss man etwas von der Gleichzeitigkeit spüren, die in der Betrachtung von Bildern wirksam ist“ (ebd. S. 274). Aber: „Psychotiker und Träumer gehen unterschiedlich mit dem bildlogischen Angebot ihres Unbewussten um. ... Die dem Ich zugeschriebene Entscheidungsfähigkeit auf der Basis kausallogischer Überlegungen fehlt dem Psychotiker im akuten Zustand seiner Erkrankung. Anders geht es einem Träumer. Seine Ich-Struktur bleibt ihm erhalten. Er unterscheidet Traum und 'Realität', die seinem kausallogischen Denken entspricht“ (ebd. S. 274). Hartwich und Grube (2003) fragten Psychosekranken, ob Traum- und Psychoseerleben identisch seien. Bezüglich unterscheidender Faktoren betonen die Betroffenen vor allem „*Intensität, Zentralität des Betroffenseins, mangelnde Korrekturmöglichkeit* durch das Wachbewusstsein und *Dauer*“ (a. a. O. S. 208, Hervorhebungen dort).

II.5.3 Phantasie und Kreativität

Das Thema „Phantasie“ ist in der psychoanalytischen Tradition ausführlich thematisiert und als Denkvorgang unter eigenen Gesetzen anerkannt worden (s. u.). Schneider kritisiert jedoch, dass ihr eigener Wahrheitsgehalt im Existentiell-Lebensweltlichen verworfen und „nur in der Optik von Befriedigung und Triebgeschehen“ (Schneider 1994, S. 63) gesehen wird, *deren* höchste Form sich in der Kunst erschöpft. „Aber Phantasie als Kunst verdirbt den Blick fürs Phantasieren aus Not“ (ebd.), das er der Verdrängung gegenüberstellt. Für

Schneider sind Verdrängung und Phantasie gleichermaßen Fähigkeiten menschlichen Bewusstseins, „sich gegen unerträgliche Dissonanzen zu verteidigen“ (Schneider 1994, S. 52). In diesem Sinne, so Schneider, kann es von existentieller (nicht medizinischer) Gesundheit zeugen, sich dem Realitätsprinzip zu widersetzen. „Phantasieren aus Not“ wird „vom Psychotiker instrumentalisiert im Dienste einer sehr privaten Daseinsbewältigung, *die keine realitätskonforme Alternative mehr zu kennen scheint*“ (ebd. S. 53, Hervorhebung S. K.). Beide seelischen Operationen ermöglichen zunächst einmal „Dissonanzminderung durch Verleugnung der Realität“ (ebd. S. 25). Und so entwirft Schneider vor allem in seinen neueren Publikationen (2001) ein Bild der Psychose als „Phantasieren aus Not“ (ebd.) Diese „Fähigkeit zu weltkonstruierender Gestaltbildung“ (ebd. S. 73) jedoch schließt (sich) aus: Verdrängung *passt an*, Phantasie aus Not *stößt an* und *schließt aus*. Auch Freud erklärte das Zustandekommen einzelner psychotischer Symptome bereits 1896 psychodynamisch (vgl. Dührsen 1999, S. 7). 1930 schrieb er in „Das Unbehagen in der Kultur“: „Die unerträglichsten Züge einer Wirklichkeit, die zu stark ist für einen Menschen, um sie realiter umzuschaffen, werden in verzweifelter Empörung durch die Durchsetzung seines Wahns abgewehrt“ (zit. nach Dührsen, ebd.).

Mit Navratil ist Schneider der Ansicht: „Die schizophrenen Gestaltungstendenzen *sind* Kreativität“ (Navratil in Schneider 2001, S. 12). Angesichts der bei vielen Schizophrenen versiegenden gestalterischen Möglichkeiten mag dieser Satz zunächst befremden. Sein Verständnis erschließt sich erst bei genauerer Beschäftigung mit den Veröffentlichungen des Autors. Schneider postuliert ein „phantastisch-halluzinatorisches Talent“, eine „Fähigkeit zu weltkonstruierender Gestaltbildung“ (Schneider 1985, S. 73), ein „angeborenes Talent zur Bildung und Umbildung von 'Wirklichkeit'“ (1994, S. 27). Diese Fähigkeit, kreativ zu sein, gehört nach Schneider zur „gesunden Grundausstattung“ (ebd.) jedes Menschen, und sie ist Grundlage unseres gesamten alltagsweltlichen Verhaltens, denn auch die Konstitution von Lebenswelt ist ohne diese Fähigkeit unmöglich. Ähnlich heißt es auch bei Hartwich: „Das Kreative und das spontan Schöpferische im Menschen hat eine ursprüngliche Kraft, die dann eingesetzt werden kann, wenn unsere Psyche in Gefahr ist, ge- oder zerstört zu werden. Somit wird eine kompensatorische Funktion entfaltet, die gelegentlich

Heilkraft hat“ (Hartwich und Fryrear 2002, S. 48). Darüber hinaus, so Schneider, richten wir alle unser Leben innerhalb *gewählter* Wahrheiten ein (vgl. hierzu auch Goleman 1995 sowie Ditzinger 1998). Jegliche Form menschlichen Fortschritts, wissenschaftlicher und kultureller Errungenschaften verdanken wir, so Schneider, dieser Bewusstseinsstufe, „auf der kreative Grundfunktionen es ermöglichen, das vorgefundene Bestehende imaginativ zu übersteigen und durch konkretes Handeln ... zu *deformieren*“ (Schneider 2001, S. 13). Der logisch-rationale Bereich menschlichen Bewusstseins dagegen kann sich „erst sekundär des Gefundenen bemächtigen“ (ebd.), indem das „Talent zur Imagination ... unter die Botmäßigkeit eines Realitätsprinzips gebracht wird“ (ebd. S. 27). „Durch sozio-kulturelles Normalitätsdiktat reguliert“, so Schneider weiter, „überdauert es nur in Kunst, Religion und Wahnsinn – dies seine drei anthropologischen Gesichter“ (ebd.). Das „nur“ allerdings relativiert der Autor selbst, indem er, Navratil zitierend, an anderer Stelle betont, dass diese Trennung keine so scharfe und eindeutige ist, denn wir finden den Bereich der Kreativität, wie oben bereits angedeutet, im Alltag „in verschiedener Verdünnung und Verteilung immer noch möglich und vorhanden“ (ebd. S. 15).

Auch in psychoanalytisch fundierten Zusammenhängen der Entwicklungspsychologie ist dieses Phänomen dargestellt. In ihrer Schrift „Das Ich und die Abwehrmechanismen“ schreibt Anna Freud: „Das Ich des Kindes sträubt sich dagegen, ein Stück unliebsamer Wirklichkeit zur Kenntnis zu nehmen. So wendet es sich erst einmal von der Realität ab, verleugnet sie und ersetzt das Unerwünschte bei sich durch die Vorstellung vom umgekehrten Sachverhalt. ... Wenn diese Umwandlung gelingt, wenn das Kind durch die Phantasiebildung für das betreffende Stück der Wirklichkeit unempfindlich gemacht wird, so erspart sich das Ich die Angstentwicklung und alle Triebabwehr“ (A. Freud 1936/ohne Angabe, Kap. VI, S. 63). Das Kind „verleugnet die Realität mit Hilfe seiner Phantasie....“ (ebd. S. 58, Hervorhebung dort). Dass kreative Fähigkeiten zur Leidensminderung eingesetzt werden (können), ist selbstverständlich kein neuer Gedanke. Ganz besonders ausgeprägt finden wir diese Fähigkeit bei den Künstlern: „Mein Leben ist eine ständige Flucht in die Unwirklichkeit.“, so beschreibt es der österreichische Dramatiker P. Turrini (in: Schneider 2001, S. 211). Und Schubert erlitt „...jenes fatale Erkennen einer

miserablen Wirklichkeit, die ich mir durch meine Phantasie so viel als möglich zu verschönern suche“ (ebd. S. 155). Bezüglich des Themas der vorliegenden Arbeit sind vor allem die weiterführenden Gedanken Schneiders von Interesse: Sich der Not einer unerträglichen Wirklichkeit im kreativen Tun zu entziehen und Linderung in „anderen Welten“ zu finden, setzt voraus, die Gesetze und Sinnzusammenhänge der Alltagswelt nieder zu reißen, „um Platz für das freie Spiel der Phantasie und der Wunschträume zu schaffen“ (Schneider 2002, S. 211). Erst die Logik destruktiver Ver-Rückung also ermöglicht die gewähnte Lösung als Erlösung: „Könnte sich das Bewusstsein von den ... Fesseln der Alltagslogik nicht just durch *Fragmentierung* und *Desorganisation* befreien, so wäre phantastische Imagination überhaupt nicht möglich“ (ebd. S. 212, Hervorhebung der Autorin). Auch dieser Gedanke ist nicht neu, Schneider selbst zitiert Künstler, die ihr Tun mit ähnlichen Worten beschreiben, so Charles Baudelaire: „Die Phantasie zerlegt die ganze Schöpfung nach Gesetzen, die dem tiefsten Seeleninnern entspringen, sammelt und gliedert sie in Teile und erzeugt daraus eine neue Welt“ (ebd. S. 211; vgl. auch H. Grimaud in Kap. I der vorliegenden Arbeit).

In musiktherapeutischen Zusammenhängen ist das von Schneider fokussierte Thema von besonderer Relevanz, bieten wird dem Patienten doch ganz direkt die Möglichkeit, im gemeinsamen kreativen Tun Lösungsmöglichkeiten grundlegender Konflikte zu erarbeiten oder zunächst einmal Linderung von als unerträglich erlebten Zuständen zu erfahren. Tüpker (1996) verweist darüber hinaus bezüglich der Frage, ob MusiktherapeutInnen MusikerInnen sein sollten, auf die „persönliche Grunderfahrung der Notwendigkeit der Musik“ (ebd. S. 218). Weymann (2002) kommt aufgrund seiner Untersuchungen zu dem Schluss, dass „der Wirkungsraum der Improvisation ... *spezifische Lösungsmöglichkeiten* für grundlegende Lebensprobleme an[bietet]“ (ebd. S. 250). Was aber ist in dieser Welt - des Kindes, des Künstlers, dessen, der „aus Not improvisiert“ oder „aus Not phantasiert“ und *nicht* schizophran ist oder werden muss, anders als in der des Schizophrenen? Schneiders verblüffende Antwort: (Zunächst einmal:) Nichts! Seine Denkfigur ist die einer „Geburt von Kultur und Zivilisation aus dem Geiste des Wahnsinns“ (ebd. S. 12). Wahn-Sinn verstanden *als* eben jene kreativen Fähigkeiten des Menschen und damit, etwas weniger pointiert formuliert: Die Ermöglichung von Zivilisation, Kultur und eben auch des

„Wahnsinns“ aus dem Geiste eben jenen (soweit wir wissen) nur dem Menschen eigenen Talents zu Wähnen.³ Um das „auf den ersten Blick seltsame und irritierende Paradoxon der Kreativität vermittelnd zu erklären“ (ebd.) bezieht sich Schneider auf eine Metapher Baders, Mitbegründer der Internationalen Gesellschaft für Psychopathologie des Ausdrucks: „Man stelle sich den Ort, an dem unsere Träume entstehen, das Reich des Imaginären und des Wahns, als einen Garten vor, der von einem Zaun umgeben ist. Innerhalb dieses Zauns hat das logische Denken seine Gültigkeit verloren, man findet dort nur Irrationales...“ (entn. ebd.). Einen Unterschied zwischen dem Künstler und dem Schizophrenen, und einen solchen gibt es natürlich auch bei Bader und Schneider, finden wir, wenn wir Baders Metapher weiter verfolgen: „In privilegierten Augenblicken, wenn wir inspiriert sind, dürfen wir den Garten mit einem Fuß betreten. Dem Künstler ist es vielleicht erlaubt, ganz hinein zu gehen, doch das Tor bleibt offen, und er kann jederzeit wieder hinaus. Der schizophrene Kranke hingegen, wenn er die Verbindung mit der äußeren Realität verliert, findet sich in diesem Garten eingeschlossen. Nicht der Garten macht krank, *da er ja in jedem Menschen vorhanden ist*, auch wenn er für viele unentdeckt bleiben muss; die Krankheit Schizophrenie hat ihren Ursprung vielmehr darin, dass das Tor versperrt ist und der Kranke nicht mehr aus dieser besonderen Welt heraus kann“ (ebd., Hervorhebung der Autorin). Dieser Ansicht stimmt die Autorin zumindest in dieser Konsequenz nicht zu, vermögen doch viele Schizophrene gerade dann im zwischenmenschlichen Kontakt ganz gut „zurechtzukommen“, wenn sie auf einer (überwiegend) rationalen Ebene kommunizieren können: Derselbe Patient, der auf die Frage nach der Beziehung zu seiner Mutter nur stammeln konnte, vermag beispielsweise auf die Frage nach Uhrzeit und Datum völlig korrekt und „unauffällig“ zu antworten. Auch Untersuchungen bezüglich des Rorschach-Tests weisen darauf hin, dass dem Schizophrenen normale und rationale Sichtweisen durchaus nicht verwehrt sind, sondern eher im Sinne einer „doppelten Buchführung“ unvermittelt *nebeneinander* existieren

³ Interessant ist in diesem Zusammenhang auch der Bedeutungswandel des Wortes 'Wahn': Ursprünglich mit „Meinung, Hoffnung, Erwartung, Vermutung, Verdacht“ gleichgesetzt, ist es aus der unter 'gewinnen'(!) behandelten idg. Wurzel „umherziehen, streifen, nach etwas suchen oder trachten“ entstanden und hat zu tun mit „sich quälen, leiden“ (Duden: Das Herkunftswörterbuch, S. 241/797).

(vgl. hierzu auch das von Mentzos beschriebene Fallbeispiel in Mentzos 1993, S.32). Auch die den meisten Psychosentherapeuten bekannte Erfahrung, „dass es psychotherapeutische Interventionen gibt, die einen ähnlich 'antipsychotischen' Effekt wie die Psychopharmaka haben können“ (ebd. S. 24) sprechen gegen die generelle Annahme, „dass der Kranke nicht mehr aus dieser besonderen Welt heraus kann“ (s. o.). Nach Einschätzung der Autorin ist der Unterschied zwischen „der“ Welt „des“ Schizophrenen und „der des“ Künstlers der Unterschied selbst, das Dazwischen, genauer gesagt, die dem Schizophrenen verwehrte Möglichkeit des Dazwischen und des Sowohl-als-Auch: Er kann sich nicht, wie der Künstler, zwischen den 'Welten' frei und selbstbestimmt hin und her bewegen und/oder beide integrieren. Statt Austausch und gegenseitiger Bereicherung können wir häufig ein Kippen zwischen beiden Bereichen beobachten oder, wie bei Bader angedeutet, die Unmöglichkeit des Überstiegs. Beim Schizophrenen ist, wie in dem oben beschriebenen „Kippen“ zwischen den Welten, jeweils EINE Ebene ALLES oder aber der Zaun wird niedergerissen und beide vermischen sich zu EINem. Darüber hinaus ist nach Auffassung der Autorin die „Welt der Musik“ durchaus nicht der „Welt der Kreativität“ i. S. Schneiders gleichzusetzen, sondern umfasst Aspekte beider Welten und kann gerade deshalb Vermittlung ermöglichen. Hier sei Schneider ausdrücklich widersprochen, der postuliert: „Musik hat keine abbildbare und damit ordnende Vorlage in unserer sinnlichen Wirklichkeit; - Musik ist reine Phantasie, freie Kreativität, Halluzination ohne jegliches Vorbild“ (Schneider 2001, S. 159). Der Annahme Schneiders, dass der Musik, möglicherweise in höherem Maße als andere Formen künstlerischer Betätigung, ein „Sog, sich zu entgrenzen“ (ebd.) immanent ist, stimmt die Autorin dagegen zu. Schneiders Fazit lautet: „...dass die Musik unter den Künsten die reinste Form des Wahn-Sinns darstellt“ (ebd.). Dies mag bis auf die im Verlaufe der inzwischen fünfzehnjährigen musiktherapeutischen Arbeit der Autorin mit psychiatrischen Patienten sich immer wieder bestätigende Erfahrung, dass gerade schizophrene Patienten häufig eine auffallende Affinität zum Musizieren (in unterschiedlichen Formen) aufweisen und sich in der „Welt der Musik“ oft „wie zu Hause fühlen“, unkommentiert bleiben... Ausführungen zur „Welt der Musik“ und zur musiktherapeutischen Improvisation finden sich im Rahmen der vorliegenden Arbeit in Abschnitt III.2.1, weshalb an dieser Stelle der Standort der Autorin lediglich

in Abgrenzung zu Schneider skizziert werden sollte. Auch wenn die Autorin in diesem Punkt nicht ganz mit Schneider übereinstimmt, so kann doch der von ihm beschriebenen Folge zugestimmt werden: Das „Phantasieren aus Not“ kann im Leben schizophrener Menschen in seiner ursprünglich progressiven Funktion nicht mehr wirksam werden. Während es in dem oben zitierten Abschnitt bei Anna Freud weiter heißt: „...und ermöglicht sich erst damit ihre Anerkennung“ (ebd.), verunmöglicht sich genau diese beim Schizophrenen. Indem der Schizophrene den „Zaubergarten“ nicht mehr [selbstgewählt und frei] verlassen kann, so Schneider weiter, zeigt die vermeintlich romantisierende Idylle ihr anderes Gesicht und die Flucht erweist sich als Bewältigungsversuch mit janusköpfigen Folgen: Durch den fehlenden Austausch mit der Welt wird aus dem „Zaubergarten“ ein „gefährlicher Irrgarten, aus dem die chaotisierende Bedrohung der individuellen Existenz entspringt“ (2001, S. 16). „Die Idylle trägt“ (ebd.), denn „gerade wenn das Kind versucht, sich vor dem Oktroi fremder Inhalte ... zu schützen, droht ihm durch dieses Sichabschirmen die vielleicht noch größere Gefahr“ (Schneider 1994, S. 137). Das von Betroffenen immer wieder beschriebene Grundgefühl des „Nicht-Zuhause-Seins in dieser Welt“ spezifiziert sich also bei Schneider zu einem „Nicht-Zuhause-Sein“ in der Welt außerhalb des „Zaubergartens“, in der (scheinbar) überwiegend rational organisierten Welt – bzw. in der Sichtweise der Autorin in einem Verlust des vermittelnden Sowohl-als-Auch *beider* Welten. Auch innerhalb der Veröffentlichungen Benedettis finden sich immer wieder Hinweise auf die von ihm vermuteten Zusammenhänge zwischen kreativer Tätigkeit und Krankheits- bzw. Gesundungsprozessen. So berichtet er beispielsweise von einem Patienten, dessen vor Ausbruch der Psychose gesteigerte Kreativität (ein häufig beobachtetes Phänomen!) er als „unbewusste[n] Versuch, die geistig-seelische Not zu bewältigen“ (Benedetti 1992, S. 125), versteht. Der Beobachtung des Autors, „dass die Kreativität durch die Psychose gefördert, ja eigentlich erst begründet werden kann“ (Benedetti 1988, S. 217), steht die Erfahrung der Zerstörung der Kreativität durch die Psychose gegenüber, wenn diese nicht bewältigt wird und es zu einem „Verlust der Lebenskreativität schlechthin“ (Benedetti 1992, S. 126) kommt. Die Metapher vom „Verbleiben“ im „Zaubergarten“ bzw. der verlorenen Freiheit, diesen Bereich seelischen (Er-) Lebens selbstbestimmt aufzusuchen und zu verlassen, ist auch vereinbar mit Theorien

und Modellen, die Extremisierungen von Distanzierungsbewegungen fokussieren.

II.5.4 Der Grundkonflikt des Schizophrenen

Innerhalb traditioneller psychodynamischer Zugangsweisen zum Verständnis schizophrener Psychosen findet sich vor allem eine starke Orientierung an Entwicklungsdefiziten. Nach diesen Auffassungen wird von einer konstitutionellen oder aber erworbenen Ich-Schwäche und Defizienz des Ich des Schizophrenen ausgegangen, als maßgeblich werden also nicht ein Konflikt oder die Formen der hieraus resultierenden Abwehr angesehen, sondern ein zumeist nicht genauer definierter Defekt (s. o. Abschnitt II.2 sowie Mentzos 1993, S. 29ff). Wie Steimer-Krause (1996) eindrucksvoll aufzeigt, hatte „Freuds erster triebtheoretischer Erklärungsversuch ‚verhängnisvolle‘ Konsequenzen auf die weiteren Ansätze“ (a. a. O., S. 209, vgl. auch die einleitenden Ausführungen zu diesem Kapitel), vor allem sein „triebtheoretisches Denken unter Ausblendung realer Beziehungserfahrungen“ (ebd.). Infolge der Abwendung vom klassischen Triebverständnis sind bezüglich der Genese schizophrener Erkrankungen inzwischen die bereits beschriebenen, realen Interaktionserfahrungen mit realen, (zunächst) äußeren Objekten in den Mittelpunkt auch psychoanalytischer Theorien gerückt (s. o., vgl. auch Steimer-Krause 1996). Die Dimension einer konflikthaften Motivation wurde von Mentzos (z. B. 1991/1993 sowie 1992) als weiterführendes Modell psychodynamischer Differenzierung psychotischer Prozesse vorgeschlagen. Der Autor geht davon aus, „dass ein großer Teil dieser so genannten ‚Ich-Schwäche‘ nicht primär vorhanden, sondern das Resultat (bzw. der unvermeidliche Nachteil) von Abwehrvorgängen ist“ (Mentzos 1991/1993, S. 35), was zu der Frage führt, worauf sich die psychotischen Formen der Abwehr und Kompensation beziehen. Mentzos betont vor allem das Kontradiktorische der Psychose, das massive Aufeinanderprallen simultan entgegengesetzter Motivationen – mithin die konflikthafte Struktur der psychotischen Dynamik. Im Falle schizophrener Psychosen beschreibt er

einen Grundkonflikt⁴ zwischen autophilen und allophilen Tendenzen, zwischen Nähe und Distanz, der mit einer „unüberwindbaren Konfliktspannung zwischen narzisstischem Rückzug in den objektlosen Autismus und der Fusion mit einem Objekt bei Gefahr der Selbstausslöschung“ (Kapfhammer in Schwarz et al. 2006, S. 22) einhergeht (zu den strukturellen Hintergründen s. o.). Die beschriebene Konfliktspannung resultiert daraus, dass die in den Bipolaritäten implizierten Gegensätze nicht aufgehoben werden und als aktueller Zusammenprall von gegensätzlichen Motivationen weiterhin virulent bleiben: „Dynamisch betrachtet bleibt also der Konflikt [infolge der beschriebenen interaktiven Fehlregulierungen] aktuell“ (Mentzos 1991/1993, S. 40, Anmerkung S. K.). Der Schizophrene fürchtet (für ihn zu große, als eindringend erlebte) Nähe ebenso wie (für ihn zu große, Verlassenheitsängste mobilisierende) Distanz. Die immer stärker werdende, bedrohliche intrapsychische Spannung erzwingt schließlich eine Pseudolösung: „Diese kann sich entweder in einer Abwehr des Konfliktes insgesamt ausdrücken (z. B. durch Verleugnung oder Externalisierung des Konfliktes) oder auf charakteristische Weise in der einseitigen starren Bevorzugung des einen Poles der jeweils hier implizierten Bipolarität (z. B. durch den totalen narzisstischen Rückzug im Autismus unter Vernachlässigung beziehungsweise Blockierung jeder Objektbezogenheit)“ (Mentzos a. a. O. S. 38). Wenngleich Benedetti nicht von einem „Grundkonflikt“ spricht, betont auch er die „zerstörende Dialektik zwischen Nähe und Distanz“ (Benedetti 1994, S. 161) und beschreibt zwei grundlegende Befindlichkeiten schizophrener Menschen, „die des völligen Fremd-Seins und die der Identitätsverwischung“ (ebd. S. 160) und einen „Wechsel von auflösender Nähe und undurchdringlicher Ferne“ (ebd.). Die auch für ihn grundlegende Dimension dieser Gegensätze offenbart sich in der Aussage: „Autismus und Identitätskonfusion bilden die beiden Pole der Psychose“ (ebd. S. 195). Als „Kernthemen alles Psychotischen“ (Schneider 1994, S. 97) identifiziert auch Schneider u. a. die

⁴ Mit „Grundkonflikt“ sind intrapsychische Gegensätze, vorgegebene Bipolaritäten, gemeint, die sich auf universelle Entwicklungsstufen und damit zusammenhängende Aufgaben beziehen, die jeder Mensch im Verlaufe seiner Entwicklung meistern bzw. integrieren muss und die die Gestalt eines Konfliktes annehmen *können*. Zur genaueren, den Rahmen der vorliegenden Arbeit übersteigenden Darstellung dieses Modells s. z. B. Mentzos (1991/1993 und 1992) sowie im Hinblick auf ihre musiktherapeutische Relevanz z. B. Deuter 1996/2007 und Kunkel 2004).

Polarität zwischen Nähe und Distanz. Eine grundlegende Bedeutung der „Regulierung der Objektdistanz“ (Wulff 1995, S. 192) betont auch Wulff im Rahmen seiner Theorie der „Paradoxalisierung“ als Prozess des „Außerkräftsetzen[s] von Verständlichkeit fundierender Beziehungen“ (ebd. S. 165), was auch die „Aberkennung von Intersubjektivität“ (ebd. S. 192) beinhaltet. Wie bereits die Ausführungen zum impliziten Gedächtnis nahe legen, werden Beziehungsverhältnisse und damit das Verhältnis von Nähe und Distanz auch innerhalb verbaler Interaktionen vor allem anhand nonverbaler Interaktionsmuster reguliert.

II.5.5 Nonverbale Interaktionsmuster schizophrener Menschen

Die Beziehungsstrukturen, die schizophrene Menschen im Kontakt etablieren, charakterisiert die Psychologin und Psychoanalytikerin Steimer-Krause (1996) als „negative Intimität“. Die Autorin untersuchte das dyadische, nonverbale, interaktive Verhalten von schizophrenen und psychosomatisch erkrankten Patienten und konnte einen „pathologiespezifischen interaktiven Störungsanteil“ (ebd. S. 417) identifizieren, den sie allgemein zunächst folgendermaßen beschreibt: „Erstens, handelt es sich um den Versuch, eine spezifische Beziehungsstruktur herzustellen, wobei zweitens diese angestrebte Beziehungsstruktur aus internalisierten historischen Objektbeziehungen resultiert. Die internalisierten Objektbeziehungen reflektieren dabei drittens interaktive Erfahrungen, die bei der Aushandlung motivationaler Wünsche in der Beziehung erlebt und unter anderem in Form von Affekten subjektiv abgebildet wurden. Viertens umfasst das Bestreben, eine spezifische Beziehung herzustellen, den Versuch, bestimmte Affektzustände aufzusuchen oder bestimmte Affektzustände zu vermeiden wie auch den Versuch, im Gegenüber spezifische Affekte auszulösen“ (ebd.). Mit Emde (1988), Stern (1985) und Wilson & Malatesta (1989) geht Steimer-Krause davon aus, „dass die frühen Beziehungserfahrungen, die in Form von Synchronisations- und nonverbalen Dialogerfahrungen vorliegen, zu einem großen Teil weiter bestehen bleiben und das Fundament bzw. einen festgeschriebenen Rahmen darstellen, auf dem sich die durch Sprache vermittelten Bezugsformen aufbauen. *Sie setzen die Grenzen dessen, was an Bezie-*

hungsformen leb- und denkbar ist“ (ebd. S. 421/422, Hervorhebung S. K., vgl. auch II.1). Vor dem Hintergrund psychoanalytischer Psychosentheorien vermutet die Autorin, dass die Betroffenen einerseits versuchen würden, Kontakt weitgehend zu vermeiden und die „interaktive, emotionale Nähe zum Objekt“ (ebd. S. 422) gering zu halten und andererseits den Kontakt aufrechterhalten würden, da sie aufgrund ihrer mangelhaft ausgebildeten Identität (s. o.) in besonderem Maße auf die Beziehung zu einem Gegenüber angewiesen sind. Die Analysen der von Steimer-Krause untersuchten verbalen Interaktionssequenzen haben vor dem Hintergrund einer dyadischen Sichtweise ein diffiziles Interaktionsmuster hervortreten lassen, das die Autorin mit dem oben erwähnten Begriff „negative Intimität“ beschreibt. Die Beziehung *beider* Gesprächspartner ist charakterisiert durch eine reduzierte Reziprozität und ein mangelndes emotional positiv gestaltetes Miteinander, also die Vermeidung interaktiver Intimität vor allem durch gegenläufige Tendenzen innerhalb unterschiedlicher Kommunikationskanäle *zwischen den Interaktionspartnern* und *zwischen den Kommunikationskanälen* bei jedem der Teilnehmer. Wie der Terminus „negative Intimität“ nahe legt, handelt es sich um eine Art von Beziehung, die zwar etabliert und aufrechterhalten wird, andererseits aber durch überwiegend negative Affektexpressionen charakterisiert ist, wie z. B. Verachtung und Ekel. Diese gezeigten Affektexpressionen stimmen allerdings überhaupt nicht mit den verbal geäußerten Gesprächsinhalten oder den hinterher zum Ausdruck gebrachten Gefühlen *beider* Interaktionspartner überein. Sie sind bei *beiden* Interaktionspartnern nicht selbstreflexiv gesteuert, also weitgehend unbewusst (bzw. Ausdruck impliziten Wissens). Während die schizophrenen Gesprächspartner diese Form der Interaktion als angenehm empfanden, äußerten die gesunden Partner schwer zu definierenden Unmut über das Gespräch und hatten keine Lust, mit *diesem* Gegenüber noch einmal zu kommunizieren. Die „Zufriedenheit“ der schizophrenen Gesprächspartner erklärt Steimer-Krause damit, dass das so hergestellte Verhältnis von Nähe und Distanz den zwischenmenschlichen Regulationsbedürfnissen schizophrener Menschen entspricht, indem es eine zunächst relativ geglückte Lösung des Grundkonfliktes (s. o.) darstellt. „Gelingt die Einhaltung dieser prekären Nähe-Distanz-Balance nicht, so kann es zu Verschmelzungs- oder Verfolgungsphänomenen kommen“. Die Tendenzen des jeweiligen Gegenübers, den Kontakt abubrechen, deuten aber

bereits darauf hin, dass auch diese „Lösung“ zumindest keine tragfähige ist, erweist sie sich doch hinsichtlich des ersehnten Kontaktes als Weder-Noch-Verhältnis, denn *weder* kommt der Patient wirklich in Kontakt mit seinem Gegenüber, *noch* kann er sich der Beziehung entziehen. Mag dies auch einerseits entlastend sein – letztendlich verstärkt sie die Gefahr wachsender Isolation in einem Kreislauf innerer und äußerer Vereinsamung. Da es sich, und daran zweifelt die Autorin (S. K.) keineswegs, um einen „pathologiespezifischen interaktiven Störungsanteil handelt“, ist einerseits zu erwarten, (oder – vor dem Hintergrund der obigen Aussagen, zu erhoffen!?) -, dass sich dieser auch innerhalb der musikalischen Interaktionen zwischen Patient und Therapeutin etabliert. Andererseits ist es meines Erachtens notwendig, *diese* Art von Gleichgewicht im Rahmen therapeutischer Bemühungen vorsichtig zu erschüttern oder zumindest um andere Möglichkeiten der Beziehungsregulation zu erweitern: wünschen wir uns doch im psychotherapeutischen Kontakt mit dem Patienten oder als Resultat dessen andere Beziehungsformen als die Einhaltung einer präkeren Nähe-Distanz-Balance in einer Atmosphäre „negativer Intimität“. Allerdings entstammen die tatsächlich vor sich gehenden interaktiven Verhaltensproduktionen und -regulierungen einem Erfahrungsbereich, der direkter verbaler und bewusster Kontrolle verschlossen ist – und dies, obwohl er in allen Therapieformen und nicht zuletzt auch für die Diagnostik von großer Bedeutung und Spezifität ist⁵. Wie bereits anhand der Ausführungen zum impliziten Gedächtnis hervorgehoben, bekräftigen auch die Untersuchungen Steimer-Krauses, dass sich Beziehungsgestaltung, selbst wenn verbale Kommunikation stattfindet, größtenteils jenseits verbaler Kommunikation abspielt (vgl. auch Geißler et al. 2005) - und das auch noch ohne unser Wissen und, wie Steimer-Krause betont, ohne die Möglichkeit *bewussten* Einflussnehmens auf die von ihr untersuchten Prozesse.

Wie aber kann in der Psychotherapie mit schizophrenen Patienten dennoch eine Beziehungsregulation gelingen, die den spezifischen Wünschen und Notwendigkeiten dieser Klientel Rechnung trägt und gleichzeitig Veränderung ermöglicht?

⁵ Streeck (2005) verweist auf empirische Untersuchungen, die bestätigen, dass sich Diagnosen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich zumeist schon in den allerersten Minuten des Zusammentreffens mit dem Patienten entscheiden und sich später kaum noch ändern. Auch das bereits erwähnte „Praecox-Gefühl“ ist ein Beispiel hierfür.

II.6 Psychodynamische Psychotherapie mit schizophrenen Patienten

*„Ich will mich beschreiben wie ein Bild, das ich sah,
lange und nah,
wie ein Wort, das ich begriff,
wie meinen täglichen Krug,
wie meiner Mutter Gesicht,
wie ein Schiff, das mich trug
durch den tödlichen Sturm.“*
(Rilke)

„Seit fast hundert Jahren wird die Einzeltherapie bei an Schizophrenie erkrankten Menschen angewandt, aber die Frage ihrer Effektivität ist bis heute eine der am heftigsten diskutierten Themen in der Geschichte der Psychiatrie“, beginnen Gottdiener und Haslam (2007, S. 7) ihre Ausführungen zum „Nutzen der Einzeltherapie für schizophrene Menschen“. Dennoch betont Schwarz (in Schwarz et al. 2006, S. 309), „dass die Zeit der erbittert geführten Kämpfe, ob Psychotherapie oder Medikamente besser wirksam sind, vorbei ist, da die völlig unterschiedliche Wirksamkeit beider Behandlungen nicht vergleichbar ist und man sich deshalb inzwischen mehr für die Interaktion der beiden interessiert.“ Obwohl in den vergangenen Jahrzehnten an den spezifischen Bedürfnissen schizophrener Patienten orientierte Formen psychodynamischer Einzelpsychotherapie entwickelt und erfolgreich angewendet wurden (vgl. z. B. Aderhold, Alanen, Hess und Hohn 2003) gibt es bis heute „eine weit verbreitete Kritik gegen die Anwendung von psychodynamischer Psychotherapie bei Schizophrenie“ (Gottdiener und Haslam 2007). Zahlreiche Untersuchungsergebnisse widerlegen jedoch die von Kritikern erhobenen Einwände und Befürchtungen und bestätigen ihre Effektivität. Allerdings entsprechen viele dieser Studien „unter anderem wegen der Wichtigkeit der Therapeutenvariable kaum dem geltenden Standard ..., weshalb zum Beispiel die 'Cochrane-Analysen' diese Therapieform als nicht sicher wirksam einstufen“ (Haebler, Müller und Matejek 2007, S. 7). Hier gilt es dringend, „die Kluft zwischen Empirie und geltenden wissenschaftlichen Standards zu überwinden“ (ebd.).

Ein Kapitel zur Psychotherapie mit schizophrenen Patienten direkt mit einem Abschnitt zu ihrer Wirksamkeit zu beginnen – noch vor der Erörterung inhaltlicher Aspekte – mag befremdlich erscheinen. Dennoch habe ich mich vor dem

Hintergrund der angedeuteten Problematik zu diesem Vorgehen entschieden. Da das Thema der Effektivität psychotherapeutischer Behandlungen aktuell von herausragender Bedeutung ist und die von den zitierten Autoren angedeuteten (Vor-) Urteile bezüglich einer (psychodynamisch orientierten) psychotherapeutischen Behandlung schizophrener Patienten hartnäckig repetiert werden (vgl. z. B. Berger 2004) – mit direkten und konkreten Folgen für die Betroffenen – soll im Folgenden zumindest kurz auf einige Untersuchungsergebnisse empirischer Forschung in der Psychosenpsychotherapie eingegangen werden. Ausführlichere Darstellungen zu diesem Thema finden sich z. B. in Aderhold et al. (2003), Haebler, Müller und Matejek (2007), Hartwich und Grube (2003), Müller/Matejek (2007) sowie Schwarz (2006). Zu generellen methodischen Fragen vgl. z. B. Schwarz (2007).

II.6.1 Zur Wirksamkeit der psychodynamisch orientierten individuellen Psychotherapie

Exemplarisch für die Untersuchung psychotherapeutischer Behandlungen schizophrener Patienten auf psychodynamischer Basis sei zunächst auf eine umfangreiche Katamnese studie der Forschungsstelle für Psychopathologie und Psychotherapie der Max-Planck-Gesellschaft verwiesen (vgl. Schwarz in Schwarz et al. 2006, S. 314ff), die 70 schizophrene Patienten und 24 an einer schizoaffektiven Psychose Erkrankte umfasst. „Im Vorher-Nachher-Vergleich ergaben sich eindrucksvolle Veränderungen der Symptomatik, und zwar vorwiegend von meist schon langfristig vorhanden gewesenen Symptomen außerhalb akuter Krankheitsepisoden.“ (ebd.) Darüber hinaus nahm die Anzahl akuter Krankheitsmanifestationen ebenfalls signifikant ab – allerdings „noch nicht während der ersten beiden Behandlungsjahre, sondern erst ab dem Behandlungs- bzw. Katamnesezeitraum zwischen zwei und vier Jahren und noch einmal ebenso deutlich zwischen vier und 8 Jahren nach Behandlungsbeginn“ (ebd.). Schwarz verweist neben den aufschlussreichen Daten der statistisch kontrollierten Ergebnisse auch auf die interessanten Ergebnisse der „weichen“ Daten, vor allem die „zahlreichen und recht unterschiedlichen Spontanangaben der Patienten“ (ebd.). Die hierin zum Ausdruck kommenden zentralen Themen „betrafen eine Zunahme an Initiative, emotionaler Lebendigkeit und Lebens-

freude, von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Selbstständigkeit und Kontaktfähigkeit sowie eine Verbesserung der Fähigkeit, sich abzugrenzen und Partnerbeziehungen einzugehen“ (a. a. O. S. 315). Die von den Patienten beschriebenen und auf die Therapie zurückgeführten neu erworbenen oder auch verbesserten Fähigkeiten entsprechen in hohem Maße dem in Abschnitt I.1.3.1 beschriebenen Erleben schizophrener Patienten in der Musiktherapie sowie den „*psychodynamischen Veränderungskriterien bei der Psychotherapie schizophrener Patienten*“ (Schwarz in Schwarz et al. 2006, S. 315, Hervorhebung dort), die nach Schwarz (ebd.) folgende Kriterien umfassen:

- „Differenzierung von Selbst- und Objektrepräsentanzen und dadurch Verminderung der Angst vor symbiotischer Verschmelzung, die das Zustandekommen intensiverer Beziehungen verhindert.
- Veränderung des negativen Selbstbildes und dadurch geringere Angst vor Entwertung in wichtigen Beziehungen.
- Verbesserung der Kohärenz des von Fragmentierung bedrohten Selbst und dadurch geringere Abhängigkeit vom Selbstobjekt und verbesserte Möglichkeit, Affekte in Beziehungen zu tolerieren. (Schwarz 2002)“

Schwarz kommt zu dem Schluss, dass es „bei den vorliegenden zahlreichen Einzeluntersuchungen und metaanalytischen Studien keine zwingenden Argumente [gibt], die dazu berechtigen, die grundsätzliche Wirksamkeit der psychodynamischen Therapie bei Schizophrenen zu bestreiten“ (ebd.). Wie der Autor (in Schwarz et al. 2006, S. 154) betont, umfasst die Indikation für die *Einzeltherapie* „die größte Bandbreite“ (ebd.). „Ihre Grenzen sind einerseits weniger in der Schwere einer psychotischen Störung begründet, sondern mehr in der Motivation der Patienten ... Andererseits sind die Grenzen durch die Therapeutenvariable gegeben.“

Eine Metaanalyse zur Wirksamkeit psychodynamischer Einzeltherapie stellen Gottdiener und Haslam (2007) vor. Die Autoren schlossen 37 Studien, die zwischen 1954 und 1999 veröffentlicht worden waren, in ihre Untersuchung ein. Bezüglich der Ergebnisse ihrer Untersuchung heißt es bei den Autoren: „Das wichtigste Ergebnis der vorliegenden Metaanalyse ist, dass Einzeltherapie, ob sie mit Antipsychotika kombiniert wird oder nicht, eine effektive Behandlung

für schizophrene Patienten ist“ (Gottdiener und Haslam, a. a. O. S. 32). Bemerkenswert ist, dass die Autoren „einen etwas größeren Effekt für Menschen, die mit chronischer Schizophrenie diagnostiziert wurden, als für Patienten mit akuter Schizophrenie“ (ebd. S. 33) fanden. Darüber hinaus schreiben die Autoren: „Überraschend ist, dass der Anteil der Patienten, die ohne zusätzliche Medikation sich verbesserten, in etwa der Anzahl der Patienten entspricht, denen es mit Hilfe einer Kombination aus Einzeltherapie und Antipsychotika besser ging“ (ebd.). Darüber hinaus fanden die Autoren im Vergleich zwischen psychodynamischer und kognitiv-behavioraler Therapie vergleichbare Effektstärken. Beide Therapieformen wiesen deutlich höhere Effektstärken auf als die nichtpsychodynamischen supportiven Therapien. Diese Ergebnisse widersprechen nicht nur der Kritik gegen die Anwendung psychodynamischer Psychotherapie bei Schizophrenen, sondern auch der in der Mehrzahl psychiatrischer Publikationen vorzufindenden Tendenz, dass „die Anwendung kognitiv-behavioraler und nichtpsychodynamischer supportiver Therapien für Schizophrenie besonders gelobt und hervorgehoben“ (ebd. S. 29) werden (so z. B. auch in Berger 2004).

II.6.2 Individuelle psychodynamische Psychotherapie mit schizophrenen Patienten

Auch „wenn es in der Psychiatrie und Psychotherapie bereits Manuale gibt, die wissenschaftlich evaluiert worden sind und dadurch auf den ersten Blick den Anschein erwecken, dass es die erfolgreiche Behandlung einer Krankheit oder Störung gäbe, so kann dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass es mehr mit dem vorherrschenden Zeitgeist und Wunschdenken als mit definitiver Wahrheit zu tun hat“ (Rom 2007, S. 120/121). So ist (auch) bezüglich der Psychotherapie schizophrener Patienten zunächst hervorzuheben, dass es hierfür „kein allgemeingültiges Rezept zur Behandlung geben“ (ebd. S. 119) kann. Auch Benedetti versteht die Psychotherapie schizophrener Patienten als methodisch zu gestaltende und nachzuuntersuchende Situation, der jedoch keine standardisierte Methode zugrunde liegt oder liegen kann. Der Sinn einer bestimmten Haltung oder Sichtweise oder eines konkreten Vorgehens muss und kann sich ausschließlich an seiner psychotherapeutischen Effektivität messen.

Anliegen und Ziel der Psychotherapie mit schizophrenen Patienten sollte vor allem die „Integration von Gegensätzen“, die „gleichbedeutend ist mit der Bildung einer belastbaren Ich-Struktur“ (Wendl-Kempmann in Schwarz et al. 2006, S. 261), sein. Darüber hinaus betont die Autorin, „...dass ein wesentlicher Teil der Psychotherapie darin besteht, dass der Therapeut den Patienten dort erreichen muss, *wo er jeweils erlebnismäßig anzutreffen ist*. ... Die Vorstellung, man könne den Patienten da erreichen, wo er sein sollte, macht Heilung auch hier wieder unmöglich“ (ebd. S. 268, Hervorhebung S. K.).

Benedettis Vorstellungen von der Psychotherapie schizophrener Patienten beinhaltet die Kombination zweier grundsätzlicher methodischer Ansätze: der Psychosynthese und der modifiziert psychoanalytischen Technik. Während es mittels der modifiziert psychoanalytischen Technik darum geht, die wesentliche intrapsychische und interpersonale Psychodynamik des Leidens zu erkennen und dem Patienten diese allmählich anhand seiner Übertragung und Widerstände aufzuzeigen, soll es im Rahmen der Psychosynthese zunächst gelingen, gemeinsam mit dem Patienten Symbole zu schaffen, die es diesem ermöglichen, mit und an dem Therapeuten jene Erfahrungen zu machen, deren Fehlen oder Nichtgelingen die späteren Symbolisierungsprozesse gefährdete oder verunmöglichte. „Psychosynthese ist die ständige Verwandlung von Todessymbolen in Symbole des Lebens, der Hoffnung, der Zuversicht, der Zukunft, der Integrierung, der Differenzierung, der Neugeburt, der Verwandlung, der Auferstehung, der Dualität, der Ordnung und Vertiefung, des Personwerdens und der Identitätsbildung“ (Benedetti 1994, S. 309) und damit das „Ringens um eine in die menschliche Beziehung integrierte Existenz“ (ebd. S. 299). Gemeinsame Symbole dieser Art können jedoch nur gefunden werden, wenn der Therapeut bereit ist, innerhalb der Symptomerscheinungen zu kommunizieren, sich in die Welt des Patienten zu begeben und mit ihm sein Erleben zu teilen. Die Psychosynthese erscheint also innerhalb der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie als komplementäre Komponente zur Analyse. Auch bei Scharfetter heißt es: „Die Aufgabe jeder Therapie bei den schizophrenen Syndromen ist Hilfe bei der Resynthese des Ich“ (Scharfetter 2007, S. 10).

Nach Benedetti kann die notwendige Antinomie von positiver Kritik und unbedingter Verteidigung nur gelingen, wenn sich der Therapeut stets als Anwalt und Dolmetscher des Patienten gegen dessen psychopathologisches ICH und

die Umwelt sieht. Auch Schneider versteht die Rolle des Therapeuten als „Anwalt und Fürsprecher des Individuums, dessen tatsächliche Verwirklichung aber im Zusammenspiel von Durchsetzungsschwäche und obwaltenden Milieubedingungen zu kurz gekommen ist; eines 'anderen' Ich also, das aber in der psychotisch zugespitzten Situation auch nicht mehr gemäß Konformitätsgebot einer konventionellen Umwelt völlig verdrängt werden kann, und deshalb in seiner aufbrechenden Erscheinungsweise banalisiert, brutalisiert, maskiert, normativ umgepolt oder vor sich selbst verfremdet wird“ (ebd. S. 221). Dieses „andere Ich“ kann dem Patienten nur wahrnehmbar werden „an einem Ort menschlichen Miteinanderseins“ (ebd.). Nur in der Begegnung kann sich der Schizophrene selbst begegnen und neu gewinnen. Erst und nur dann wird die innere Auseinandersetzung des Patienten mit seinen abgespaltenen Regungen, Stimmen und Verfolgern zum realen zwischenmenschlichen Prozess. Ein besonderes Augenmerk in der Psychotherapie schizophrener Patienten gilt infolgedessen der Gestaltung der therapeutischen *Beziehung* in Verbindung mit der *Haltung* des Therapeuten bezüglich der „Dialektik zwischen objektivierendem Verständnis und Identifikation“, der „Dialektik zwischen Analyse und Toleranz der Abwehr“ sowie der „Dialektik zwischen Nähe und Distanz“ (vgl. Benedetti 1994, S. 10). Benedetti (1992, S. 48) charakterisiert die notwendige therapeutische Haltung als „abwartende, nicht versagende ... stets optimistische.“ Der Therapeut sollte „die Fähigkeit besitzen, die kleinsten Fortschritte seiner Patienten wahrzunehmen und sich darüber wirklich zu freuen ... und zutiefst vom Wert und der potentiellen Kreativität seines Patienten überzeugt sein“ (ebd.). Der Psychiater und Psychoanalytiker Podvoll beschreibt seine Haltung ganz ähnlich als „Prinzip Einladung“ (Podvoll 2005, S. 437) und ergreift und fördert alle „Maßnahmen, mögen sie sich als noch so ungeschickt oder ungeeignet erweisen, [die,] dem Patienten Gelegenheit geben, seine Leiden zu äußern, wodurch sie erkannt und womöglich gelindert werden können“ (ebd. S. 439/40). Podvoll kultiviert eine Form des Zuhörens, ohne (auch innerlich!) zu analysieren und zu interpretieren. So kann sich Austausch auf der „Ebene symbiotischer Beziehung“ (ebd. S. 454) ereignen – „unser sensitivstes und verlässlichstes Organ zur Wahrnehmung der Welt ... auch wegen der Prozesse der Introjektion und Projektion“ (ebd.). Diese Ebene zwischenmenschlichen Austauschs ist immer wirksam und nicht etwa auf den Kontakt mit psy-

chotischen Menschen beschränkt: „Es gibt eine Dimension unseres Lebens, in der wir in dauernder Symbiose mit Welt und Menschen leben. Das meiste, was im menschlichen Zusammensein passiert, ereignet sich in einem unsichtbaren Atmungsprozess, in einer unterbewussten, schon in frühester Kindheit entwickelten Schicht. Sie ist natürlich längst von anderen Realitäten überlagert, doch wirkt der freie Austausch unbemerkt weiter (Podvoll 2005, S. 454). Diesen „spontane[n] Gezeitenstrom wechselseitigen Austauschs“ (ebd.) gilt es, in einer förderlichen Atmosphäre zuzulassen, ihm nachzuspüren. Ermöglicht werden muss er eigentlich nicht, eher gilt es, zu vermeiden, was ihn behindert, denn genau das passiert nicht selten gerade im Kontakt mit psychotischen Menschen: Sich psychotischem Welterleben anzunähern löst im Gegenüber zumeist instinktiv Furcht und ein Gefühl der Bedrohung aus: „Diese Furcht, die Herrschaft über sich selbst zu verlieren, erzeugt stärksten Widerstand gegen jeden emotionalen Austausch mit psychotischen Personen oder gar Identifizierung und echtes Mitleid mit ihnen. Von daher stammen die ‚unpersönlichen‘ und ‚aggressiven‘ Therapien sowie die vielen Theorien über die Notwendigkeit einer ‚distanzierten‘ Behandlung, die heute so sehr dominieren“ (Podvoll 2005, S. 184/185; vgl. auch die Ausführungen zur Wirksamkeit psychodynamischer Therapien).

Benedetti stellt für die Psychotherapie schizophrener Patienten ein Vier-Phasen-Modell vor (vgl. z. B. Benedetti 1992, S. 55ff). Für das Thema der vorliegenden Arbeit ist vor allem die erste Phase von Bedeutung und wird an entsprechender Stelle (s. u.) ausführlicher erläutert.⁶

Eine besondere Rolle spielt in der Psychotherapie schizophrener Patienten die *Atmosphäre*, eine „warme Atmosphäre der Teilnahme“ (Benedetti 1992, S.46), wie Benedetti ausdrückt. Ähnlich, wie es innerhalb der skandinavischen Projekte bedürfnisangepasster Behandlung praktiziert wird (vgl. Aderhold, Alanen, Hess und Hohn 2003) fordert auch Scharfetter: „Besonders bei den nach heutiger Diagnostik schizophren genannten Menschen muss das therapeutische Angebot flexibel auf Bedürfnis und Zugänglichkeit des Patienten angepasst werden, müssen averbale, auch leibeinbeziehende Therapien zum Zuge kommen. ... Dabei ist die Wechselwirkung von intrapersonaler Erfahrung und

⁶ Die Darstellung eines musiktherapeutischen Behandlungsverlaufes anhand des Vier-Phasen-Modells von Benedetti findet sich in Kunkel 1996/2007.

interpersonaler Interaktion zu beachten“ (Scharfetter 2007, S. 33). Besonders wichtig sei dabei „konkretes Handeln ... z. B. einen Ton hervorzubringen...“ (ebd. S. 41). Ähnlich beschreibt es auch Schneider: Er formuliert vor dem Hintergrund seiner in den Abschnitten II.2 sowie II.5.3 dargelegten Überlegungen zur Ätiopathogenese schizophrener Erkrankungen (vgl. Schneider 1985, 1988, 1994 sowie 2001) die Notwendigkeit, den Patienten Verhaltensweisen auszusetzen, „zu deren Steuerung er sich keiner generalisierten äußeren Kriterien bedienen kann“ (Schneider 1985, S. 207) und sich damit kreativ festzulegen, um „in der Serie solcher Akte sein individuelles Stilprofil zu prägen“ (ebd.). Der Autor spricht diesbezüglich von der „Phase des seriell situativen Zwangs zu eigener Entscheidung, individuellem Verhalten und gegebenenfalls beider argumentativer Verteidigung“ (ebd. S. 208). Er schlägt hierfür „ästhetisch-kreative Tätigkeiten einschließlich der Diskussion ihrer Produkte“ (ebd.) vor, „Bereiche also, in denen Verhalten zwar weder 'richtig' noch 'falsch' sein kann, und dennoch kraft persönlichen Führ-Wahr-Haltens oder Glaubens, Geschmacks oder Meinung *individuell* eindeutig zu verteidigen bzw. zu respektieren ist“ (ebd., Hervorhebung dort). Schneider schlägt ein „Probehandeln“ und „strukturelle Wiederholungen auf jeweils komplexerer Stufenleiter“ (ebd.) vor, bei dem „aus Tönen Melodien“ werden, „Melodien verknüpfen sich...“ (ebd.).

II.6.3 Kreativität, Handlungsdialog und nonverbale Interaktion

*Das seelische Geschehen braucht eine Form,
weil sich darin ein 'Sein' entwickelt.*
(W. Salber)

*Kunst ist niemals anderes
als Wille zur Form.*
(F. Marc)

Bereits vor zehn Jahren stellte ich im Rahmen einer dreijährigen Weiterbildung in psychoanalytischer Psychosentherapie am Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse e. V. München erstaunt fest, dass es kaum einen der anwesenden Ärzte oder Psychologen gab, der in der psychotherapeutischen Arbeit mit schizophrenen Patienten nicht irgendein „Medium“ neben der Sprache *brauchte*. Die einen erzählten (damals noch etwas verschämt) von Sand und Wasser oder Ton, die anderen von Stiften und Papier, einige auch von Musikinstrumenten... „Wer sich für die inneren psychischen Vorgänge bei Psychosekranken

ken interessiert und psychotherapeutische Intentionen hat, stößt unweigerlich auf das Kreative“ (Hartwich 2002, S. 62), heißt es auch bei Hartwich. Darüber hinaus legt der Autor dar: „Das Kreative und das spontan Schöpferische im Menschen hat eine ursprüngliche Kraft, die dann eingesetzt werden kann, wenn unsere Psyche in Gefahr ist, ge- oder zerstört zu werden. Somit wird eine kompensatorische Funktion entfaltet, die gelegentlich Heilkraft hat“ (ebd. S. 48). Hartwich und Fryrear (2002) verstehen „Kreativität“ als „drittes therapeutisches Prinzip in der Psychiatrie“, das die pharmako- und psychotherapeutischen Behandlungsverfahren ergänzt. Aber auch in der psychoanalytischen Literatur zur Psychotherapie der Psychosen finden sich zunehmend Anknüpfungen an künstlerisch-kreatives Tun (z. B. in Benedetti 1992, s. u.). Hier hat sich in den vergangenen Jahren der Begriff des Handlungsdialogs (Böker 1995, Dürsen 1999) als notwendige Modifikation der Behandlungstechnik durchgesetzt. So heißt es bei Mentzos (2004) bezüglich der „Psychodynamische[n] Therapie der Psychosen“ (ebd. S. 139ff): „Was wir hier Übertragung nennen, ist vielmehr eine präsymbolische Beziehung, die nur innerhalb einer Art von Handlungsdialog angegangen werden kann“ (ebd. S. 143). „Elemente eines solchen Handlungsdialogs sind zwar in jeder Behandlung enthalten. Die Therapie psychotischer Störungen verlangt jedoch in besonderem Maße diese spezielle therapeutische Technik“ (ebd. S. 144). Auch Schwarz (in Schwarz et al. 2006, S. 302) betont: „Nonverbale und agierende Momente – z. B. im Sinne eines Handlungsdialogs (...) – sind ... von besonderer Bedeutung.“ Lempa (2007) führt aus: „...dass psychotische Patienten spezifische Ich –Probleme, Dilemmata haben, die jegliche Kommunikation und jeden Austausch mittels der Sprache der Erwachsenen erheblich erschweren oder gar unmöglich machen. Bereits die Basis der üblichen Kommunikation ist dadurch oft zutiefst gestört ... Um den Patienten zu erreichen, bleibt oft nur die Ebene des Handlungsdialogs“ (Lempa 2007, S. 50). Was aber ist mit der Ebene des Handlungsdialoges gemeint? Handlungsdialog meint vorsprachlich agierende Verständigung, mittels derer Erkennungszeichen, die repräsentierbar und kommunizierbar sind, als Verständigungsmittel validiert und zu Symbolen werden können und als Brückenschlag zum verbalen Dialog fungieren. Benedetti betont diesbezüglich: „ausgerechnet in der Kommunikation mit diesen Patienten [gemeint sind schizophrene Patienten] finden die hochentwickelten präverbalen

Kommunikationsphänomene doch ihren intensivsten Ausdruck, und gerade deswegen können wir sie als die Kehrseite oder das Spiegelbild des Autismus definieren“ (Benedetti 1994, S. 47). Der Autor konkretisiert diese Gedanken auf mannigfaltige Art und Weise. So beschreibt er z. B.: „Ein wichtiger Heilungsfaktor der Schizophrenietherapie gründet in der oft erstaunlichen Art und Weise, wie *das Unbewusste des Therapeuten* funktioniert. Sicher scheint mir zu sein, dass dieses Unbewusste vom Patienten wahrgenommen wird, und zwar keineswegs nur auf dem Wege verbaler Kommunikation“ (ebd. S. 172). In diesem Sinne ist auch Benedettis Aussage zu verstehen: „In den meisten Fällen der akuten Psychose ist die Psychotherapie entweder eine psychosoziale oder eine noch präverbale Angelegenheit: Umweltfürsorge oder emotionaler Austausch mit dem Unbewussten des Patienten“ (Benedetti 1992, S. 46). Der sich aus der notwendig eingetretenen und nie völlig rationalisierbaren Beziehung zwischen dem Unbewussten des Patienten und dem Unbewussten des Therapeuten ergebene präverbale empathische Kontakt weist eine Synchronizität auf, die ohne Sprache wirkt: „Auch wenn Worte gebraucht werden, handelt es sich im wesentlichen um eine präverbale Therapie“ (Benedetti 1976, S. 79). Ähnlich formuliert es Wendl-Kempmann: „Der aufgegriffene Inhalt ist nur insofern wichtig, als er möglichst auch weitgehend zulässt, dass sich Patient und Therapeut gegenseitig wahrnehmen ... Unseren erwachsenen Patienten gegenüber brauchen wir Träger (Worte) für den Empathieaustausch. Sie stimmen, wenn sie diesen empathischen Austausch ermöglichen und stimmen nicht, wenn sie ihn verhindern“ (Wendl-Kempmann in Schwarz 2006, S. 273). In der Therapie schizophrener Patienten geht es also vor allem darum, präverbale Momente wie Gesten oder Laute ins Geschehen einzubeziehen und um die „Übersetzung sinnloser Äußerungen in eigene [des Therapeuten] Rhythmen“ (ebd., Einfügung S. K.). Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen sowie der Gedanken Benedettis zu Kunst und Psychopathologie (s. o.) verwundert es nicht, dass der Autor nach langjähriger Erfahrung in der Psychotherapie schizophrener Patienten gemeinsam mit seinem Mitarbeiter M. Peciccia eine Arbeitsmethode entwickelt hat, die eine spezifische Möglichkeit nonverbaler Interaktion in die (verbale) Psychotherapie integriert: „das progressive therapeutische Bild“ (ebd. S. 215) – eine Form bildgestaltender Psychotherapie, innerhalb derer die Bilder von Patient und Therapeut *gemeinsam* gestaltet werden. Der Autor betont dies-

bezüglich: „Es scheint, dass die Eröffnung eines zweiten Kommunikationskanals vom Unbewussten zum Bewusstsein ... den psychotherapeutischen Prozess nachhaltig aktivieren kann“ (a. a. O. S. 240). Anhand „idealtypische[r] Etappen des psychotherapeutischen Prozesses“ (ebd. S. 239) veranschaulicht der Autor „die Bedeutung der Bildgestaltung in der Psychosentherapie“ (a. a. O.) und betont vor allem die damit verbundenen Möglichkeiten der *Abgrenzung* durch *Objektivierung*, *Projektion* und *Lokalisierung*, der *Ichaktivität* und die im gemeinsamen Prozess möglich werdende *Erfahrung der Dualität* sowie die immense Bedeutung dessen, „dass etwas Diffuses, nur als Angst oder Depression Wahrnehmbares für den Patienten selbst zu einer Sache wird: eine Physiognomie bekommt, die schließlich das Ebenbild der Angst und der Depression ist oder sich in einer Handlungsszene entfaltet, die endlich etwas *objektiviert*“ (ebd. S. 218, Hervorhebung dort). Die Ausführungen und Begründungen Benedettis für das beschriebene Vorgehen weisen zahlreiche Parallelen zu der den zu untersuchenden musiktherapeutischen Erstkontakten zugrunde liegenden Arbeitsweise der Autorin auf. Wenngleich die Methode der bildgestaltenden Psychotherapie im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht ausführlich dargestellt werden kann, soll an geeigneter Stelle (II.6.3) doch zumindest auf die ersten von Benedetti beschriebenen Etappen des therapeutischen Prozesses eingegangen werden, die bezüglich des *Beginns* bzw. der ersten Phasen der Psychotherapie mit schizophrenen Patienten und damit für die in Kapitel IV der vorliegenden Arbeit vorgestellte Untersuchung von besonderer Bedeutung sind.

II.6.4 Musiktherapie mit schizophrenen Patienten⁷

Wissenschaftliche Untersuchungen zur Musiktherapie mit schizophrenen Patienten bestätigen die im klinischen Alltag immer wieder zu bemerkende und für die psychotherapeutische Arbeit gerade im psychiatrischen Bereich durchaus nicht vorauszusetzende große Akzeptanz und Offenheit der Patienten gegenüber der musiktherapeutischen Behandlung (vgl. z. B. Reker 1989 sowie Engelmann 2000). Positive Effekte finden sich sowohl im Hinblick auf An-

⁷ Dem folgenden Abschnitt liegt ein Beitrag der Autorin zugrunde, der für die zweite Auflage des „Lexikon Musiktherapie“ verfasst und im Rahmen der vorliegenden Arbeit aktualisiert und überarbeitet wurde (Kunkel 2008).

triebs- und Stimmungsbesserung sowie im Erleben von Gemeinsamkeit (Meeschede et al. 1983, Pfeiffer et al. 1987 sowie Reker 1989) und werden vor allem in der subjektiven Beurteilung durch die Betroffenen selbst betont (vgl. Engelmann 2000 und 2002, Reker 1989 sowie Abschnitt I.1.3.1 der vorliegenden Arbeit). Darüber hinaus wurden die Bedeutung der musikalischen Improvisation als diagnostisches Instrument (Pavlicevic und Trevarthen 1989) sowie positive Effekte der Musiktherapie bezüglich des Kontaktverhaltens (Plum et al. 1998), der Verbesserung der Lebensqualität und hinsichtlich der Psychopathologie (Pavlicevic et al. 1994) beschrieben.

In einem Kommentar vom 06.06.2005 heißt es bei Berger (<http://www.berger-psychische-erkrankungen-klinik-und-therapie.de>; Aktualisierung zu Berger 2004): „In einem Cochrane Review ... wurde der Effekt von Musiktherapie ... bei schizophrenen Patienten untersucht. Es fanden sich signifikante Effekte auf das allgemeine psychische Befinden, die Psychopathologie (insbesondere Negativsymptome) und das Sozialverhalten. *Musiktherapie ist daher eine vielversprechende Zusatztherapie bei schizophrenen Patienten*“ (Hervorhebung S. K.). Dieses Resultat ist umso bemerkenswerter, als die Dauer der musiktherapeutischen Behandlungen innerhalb der nur vier in das Review, auf das Berger sich bezieht (Gold 2007⁸), einbezogenen Studien (zu den Auswahlkriterien s. Gold et al. 2007) lediglich ein bis drei Monate betrug. Auch hier, wie innerhalb der Untersuchungen zur (verbalen) Psychotherapie mit schizophrenen Patienten (s. o.), wurde deutlich, dass die Länge der Behandlung signifikant mit der positiven Wirksamkeit korreliert. Entsprechend wurde die Kreativtherapie – und hier wird ausdrücklich auch die Musiktherapie genannt – inzwischen in die Behandlungsleitlinie Schizophrenie des OPS aufgenommen.

Der 1994 erstmals veröffentlichte „Operationenschlüssel nach §301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin, Version 1.0“ wurde in Anlehnung an die ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) entwickelt (vgl. Graubner 2007) und trägt dem Umstand Rechnung, „dass für die medizinische Dokumentation und die davon abgeleiteten Abrechnungsverfahren

⁸ Wenngleich sich Berger bereits 2005 auf die Studie von Gold et al. bezieht, liegt die Untersuchung der Autorin ausschließlich in einer erst 2007 durch die Cochrane Library veröffentlichten Version vor.

neben den Diagnosen die Prozeduren oder Maßnahmen die größte Bedeutung haben“ (Graubner 2007, S. 939). Der OPS wurde seitdem mehrfach erweitert, u. a. zur Anpassung an das 2002 eingeführte G-DRG-System. Seit den Versionen 2004 wurde er jährlich revidiert. Der aktuell geltende OPS 2007 umfasst rund 27.600 Schlüsselnummern und –bereiche (vgl. Graubner 2007). Die im OPS dargelegten Leitlinien „dienen der Qualitätssicherung in der Medizin und stellen für den behandelnden Arzt eine Orientierungshilfe für diagnostische und therapeutische Bemühungen dar“ (Informationen S3-Praxisleitlinien, www.dgppn.de). Grundlage des OPS ist nicht nur „eine systematische Aufarbeitung der Literatur mit Evidenzbewertung der verfügbaren klinischen Studien und des bisherigen Wissensstandes nach standardisierten Kriterien“ (ebd.), sondern auch „der Einbezug von Repräsentanten verschiedener Gruppierungen (insbesondere auch von *Betroffenen und Angehörigen*) in den Konsensusprozess“ (ebd., Hervorhebung S. K.).

So heißt es in der zunächst bis Ende 2008 gültigen Kurzversion der „Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Behandlungsleitlinie Schizophrenie“ (2006, S. 211) unter Punkt „5.10 Weitere Therapieformen“: „Zu weiteren bei der Schizophrenie angewendeten Verfahren gehören u. a. Kreativtherapie wie die ... Musiktherapie ... Hauptsächliche Ziele dieser Therapieformen sind u. a. eine Wiedergewinnung des Selbst- und Realitätsbezuges, Entwicklung der Körper- und Raumwahrnehmung, Verbesserung der kognitiven Funktionen, der Autonomie und des Gefühlsausdrucks.“ Diese Ziele stimmen in hohem Maße mit den von den Patienten selbst herausgestellten Effekten der Musiktherapie überein (vgl. I.1.3.1).

Wie auch Engelmann (2000, 2002 und 2007) beschreiben die meisten Musiktherapeuten in ihren Veröffentlichungen zur Musiktherapie mit schizophrenen Patienten (vgl. z. B. Deuter 1996/2007, Kunkel 1996/2007 und 2004, Metzner 1999 und 2001 sowie Reichelt 1989) ein „beziehungsorientiertes, nicht symptomorientiertes Arbeiten“. Dieser auch für die musiktherapeutische Arbeit mit anderem Klientel zutreffende Grundsatz findet eine Spezifizierung für den Bereich der musiktherapeutischen Arbeit mit schizophrenen Patienten wie im Rahmen der vorliegenden Arbeit z. B. vor dem Hintergrund psychoanalytischer Theoriebildung, in deren Rahmen die schizophrenen Erkrankungen als Ich-

strukturelle bzw. Grund- oder Frühe Störungen verstanden werden (vgl. II.3 sowie Balint 1997 und Moser 2005). Hier wird beispielsweise die *Indikation* zur Musiktherapie von strukturellen und psychodynamischen Besonderheiten der Patienten wie spezifischen Eigenschaften und Möglichkeiten des Mediums Musik und der musikalischen Interaktion sowie aus Überlegungen zur Ätiopathogenese abgeleitet. So schreibt beispielsweise Metzner (1999): „Bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen, die nach psychoanalytischer Auffassung mit den misslungenen Interaktionen während der frühen Kindheit zu tun haben, sind die Materialeigenschaften der Musik geeignet, Szenen der Verschmelzung, Verfolgung, Überwältigung, Verlassenheit oder Unerreichbarkeit entstehen zu lassen. Hieraus leitet sich eine wichtige Indikationsstellung für die Musiktherapie in der psychiatrischen Behandlung ab“ (ebd. S. 28).

Ähnlich wie innerhalb der psychoanalytischen Literatur zur Psychotherapie schizophrener Patienten, werden auch bezüglich der musiktherapeutischen Behandlung dieser Klientel weniger konkrete Techniken oder Vorgehensweisen als vielmehr eine zugrunde liegende therapeutische *Haltung* als notwendig erachtet, die spezifische Atmosphären (MU 26/3, 2005) und damit je unterschiedliche Formen der Beziehungsgestaltung (s. u.) ermöglicht. Um die Vielfalt musiktherapeutischer Handlungsansätze in der Arbeit mit schizophrenen Menschen darstellen zu können, ist es hilfreich, nach den der jeweiligen Vorgehensweise zugrunde liegenden inneren Bildern und der daraus resultierenden Haltung der Autoren/Musiktherapeuten zu fragen. So untersuchte Behrens (2000) anhand qualitativer Interviews mit sechs klinisch tätigen Musiktherapeuten zunächst sehr unterschiedlich anmutende musiktherapeutische Arbeitsweisen mit schizophrenen Patienten, die sich – das konkrete Vorgehen betreffend - anhand der Polarisierung in einerseits klar strukturierendes Vorgehen (Verabredung von Spielregeln in der Improvisation, Vermeidung von längeren freien Improvisationen) und andererseits freies Improvisieren ohne vorgegebene Spielregeln unterscheiden. Die von Behrens interviewten sechs Musiktherapeuten nehmen ihre schizophrenen Patienten erstaunlich ähnlich wahr, was für die vorliegende Literatur zum Thema bestätigt werden kann: Im Vordergrund steht dabei vor allem das Erspüren der Gefahr der seelischen Auflösung, des Auseinanderfallens, der Leere und/oder eines drohenden Chaos (vgl. auch I sowie die obigen Ausführungen zur Psychopathologie). Dementsprechend nut-

zen alle Musiktherapeuten vor allem die strukturierenden Möglichkeiten des musikalischen Materials sowie die spezifischen Besonderheiten der Beziehungsgestaltung in der musikalischen Interaktion. Nicht unabhängig von der (psycho-)therapeutischen Ausrichtung, aber doch dieser übergeordnet identifiziert die Autorin schließlich „zwei Ausrichtungen und sechs Gestaltungen musiktherapeutischer Behandlung“ (ebd., S. 62) und anhand dieser ein grundlegendes Verständnis des jeweiligen Musiktherapeuten von seinem schizophrenen Patienten und dessen Erkrankung, sich selber in seiner Rolle als Therapeut und der gemeinsamen Arbeit. Sie beschreibt einerseits den Therapeuten, der an einem steilen Abgrund steht und an einem Seil zieht, an dessen anderem Ende der Patient hängt. Der Patient befindet sich an einem anderen Ort als der Therapeut und die Gefahr, dass der Patient in diesen gähnenden Abgrund (zurück-)fällt ist allgegenwärtig - ihr muss mit aller Kraft entgegengewirkt werden. Von einem sicheren Standort - der „Realität“ - aus wird dem Patienten geholfen, in eben diese zu gelangen. Das Seil symbolisiert die Musik als Hilfsmittel, das zur Rettung eingesetzt wird. Dieses Seil muss fest und stabil sein: Gezielte Struktur- und Spielvorgaben und eine klar umrissene Technik stellen dem Therapeuten wie dem Patienten ein handfestes Werkzeug zur Verfügung: So beschreibt auch Willms (in Harrer 1982) einen „Behandlungsplan, der in vier Teile gegliedert ist, die im Sinne eines Baukastensystems aufzufassen sind“ (ebd. S. 228). Dazu gehören neben tänzerischer Gymnastik auch rezeptive und aktive Musiktherapie. Letztere steht „als Einzel- und Gruppenimprovisation im Mittelpunkt der Arbeit des Musiktherapeuten“ (S. 230), wobei „Spielregeln von entscheidender Bedeutung“ sind. Auch das von Smeijsters (2000) beschriebene „Behandlungsmodell bei schizophrenen Erkrankungen“, das er (2005) als Beispiel für eine evidenzbasierte Indikation für Musiktherapie anführt, entspricht diesem Bild: Als spezifisch musiktherapeutische Ziele formuliert der Autor die Verbesserung der sozialen Interaktion, der Anpassungsfähigkeit und Zusammenarbeit sowie ein Durchbrechen der Isolation. Mit Hilfe des Seiles/der Musik soll es dem Patienten ermöglicht werden, in die Welt des Therapeuten/die Realität zu gelangen: „Die musikalische Interaktion hilft ihm [dem Patienten], den Kommunikationspartner [Therapeuten] zu erfassen, sich auf ihn einzustellen und sich in sein Spiel einzufügen“ (Smeijsters 2000, S. 2, Anmerkungen der Autorin).

Gerade entgegengesetzt die (Spiel-) Haltung der Musiktherapeuten, deren innere Bilder Behrens folgendermaßen umschreibt: Wiederum ein Abgrund, auf halbem Wege *treffen* Patient und Therapeut aufeinander um sich *gemeinsam* an den Aufstieg zu wagen. „Statt eines gähnenden Abgrunds, in den der Patient unkontrolliert hineinfallen könnte, erscheint der Weg, auf dem sich ein Schizophrener befindet, auch für den Therapeuten gangbar“, heißt es bei Behrens (S. 70; vgl. auch Zielen 1987, für den „Psychose und Individuationsweg“ durchaus zusammengehören *können*). Bei aller Unterschiedlichkeit des konkreten musiktherapeutischen Vorgehens der von Behrens interviewten Musiktherapeuten, deren Arbeitsweise diesem inneren Bild entspricht (Hess, Engelmann und die Autorin der vorliegenden Arbeit), ist ihnen eine Grundhaltung gemeinsam, die Spielraum eröffnet für eine Identifizierung mit dem schizophrenen Patienten. Sie ermöglicht eine Dualisierung des Erlebens, wie es Benedetti für die Psychotherapie schizophrener Patienten für unerlässlich hält (s. o.). Der Patient identifiziert sich also nicht mit dem Therapeuten oder „sollte“ dies tun, sondern kann sich mit sich selbst identifizieren, weil sich jemand mit ihm identifiziert hat (s. o.). Einen Handlungsdialog im oben beschriebenen Sinne *kann*, abhängig von der *Spielhaltung* des Therapeuten, auch die gemeinsame Improvisation innerhalb der Musiktherapie darstellen. Wenn der Therapeut den aktuellen Beziehungsentwurf des Patienten aufgreift, kann z. B. musikalisch eine Beziehung gestaltet werden, die das Gewähren von Fusionszuständen zu einem für den Patienten menschliche Nähe als angenehm erlebten Geschehen werden lässt, das aufgrund seiner Absicherung durch das musikalische Tun seine Identität nicht gefährdet und ggf. durch das sonstige Beziehungsverhalten des Patienten konterkariert werden kann (vgl. hierzu Kunkel 2004). Auch Deuter (1996/2007 sowie 2005) verweist darauf, dass aufgrund der (auch hier) dargestellten psychodynamischen und interaktionellen Besonderheiten in der musiktherapeutischen Arbeit mit psychotischen Patienten „Beziehung nicht Ausgangspunkt der Behandlung sein kann“ (2005, S. 224). Mit Bezug auf die spezifischen Interaktionsmöglichkeiten innerhalb der musikalischen Improvisation plädiert er für „ein Beziehungsangebot, das sich in erster Linie atmosphärisch definiert“ (ebd. S. 223) und beschreibt ein musiktherapeutisches Vorgehen, dem eine spezifische Haltung des Therapeuten zugrunde liegt, die es ermöglicht, in der gemeinsamen Improvisation ein „gemeinsames Anwesendsein im

Sinne einer Vorform von Begegnung und Beziehung zu konstituieren“ (Deuter 1996/2007, S. 42). So entsteht ein „Raum, in dem man zunächst einfach sein kann, und in dem erst allmählich eine Annäherung an gegenseitige Wahrnehmung und Auseinandersetzung in Gang kommt“ (Deuter 2005, S. 224). Praktische Konsequenzen hat diese Haltung vor allem bezüglich der Spielweise des Therapeuten: „Um dem gerecht zu werden, ist es von Vorteil, wenn die Haltung des Abwartens und der Offenheit in der Präsenz des Therapeuten eine für den Patienten sinnlich erfahrbare Qualität erhält. Der Therapeut ... wartet nicht etwa ab, bis der Patient von sich aus zu spielen beginnt. Der Raum einer potentiellen Begegnung in der Musik wird vom Therapeuten eröffnet, der Patient kann ihn aufsuchen und auf seine Weise nutzen“ (ebd. S. 225). Gerade in der ersten Phase der Psychotherapie mit schizophrenen Patienten vermag also die Musiktherapie Grundlegendes zu leisten, das auch für die psychotherapeutische Arbeit mit anderen psychiatrischen Patienten notwendig ist: Erfahrungsbereiche, die nicht in Worte gefasst werden können, werden im gemeinsamen Spiel mit-teilbar, verschiedene Qualitäten von Gemeinsamkeit können sinnlich erfahrbar werden, ohne dem Patienten ein direktes Bezug-Nehmen und damit eine ihn möglicherweise noch destabilisierende Beziehung aufzuzwingen.

Dass Modelle, Theorien und bestimmte Sichtweisen lediglich eine operative Wirklichkeit für sich in Anspruch nehmen können und sich letztendlich an ihrer nur von dem jeweiligen Patienten selber erlebten psychotherapeutischen Wirksamkeit als „wahr“ erweisen können, wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit mehrfach betont und mag den abschließenden Hinweis auf eine „Bereitschaft zur Einmaligkeit und damit zu größtmöglicher Differenzierung“ (Wendl-Kempmann in Schwarz et. al 2006, S. 11) rechtfertigen - denn das, was schizophrene Patienten wie alle anderen auch benötigen und in der Musiktherapie finden können sollten, ist „das Recht auf einen vollkommen subjektiven Umgang mit der Erkrankung“ (Engelmann 2000, S. 17).

II.6.5 „Inszenierungen bei ersten Begegnungen“

...überschreibt Tabbert-Haugg (in Schwarz et al. 2006, S. 156ff) ihre Ausführungen über „Das psychoanalytische Erstinterview als riskante Schwellensituation für einen psychotischen Menschen“ (ebd.). Die hier anklingenden Themen der „Inszenierung“ und des damit verbundenen Risikos für den Patienten und damit letztendlich natürlich auch für die gemeinsame therapeutische Arbeit beschreiben zentrale Aspekte (erster) therapeutischer Begegnungen mit schizophrener Patienten. Das ist im Rahmen musiktherapeutischer Erstkontakte zunächst einmal nicht anders als im psychoanalytischen Erstinterview. Allerdings werden anhand der Ausführungen Tabbert-Hauggs auch die Chancen thematisiert, die mit der Ermöglichung der Inszenierungen einhergehen – Inszenierungen, innerhalb derer durchaus „spezifische Konstellationen“ (Schwarz in Schwarz et al., S. 153) beschrieben werden können.

Tabbert-Haugg (in Schwarz et al. 2006, S. 156) geht davon aus, dass der Anlass des Erstkontaktes (bezüglich der untersuchten Erstkontakte mag dies vor allem für den Anlass des Klinikaufenthaltes gelten) „mit der Wiederbelebung eines Traumas oder einer drohenden Gefahr des Zusammenbruchs der Ich-Grenzen im aktuellen Leben des Ratsuchenden und der Erschütterung seiner psychischen Abwehrmöglichkeiten und der entsprechenden psychotischen Entgleisung“ in Zusammenhang gebracht werden kann. Die ursprünglich traumatisch erlebten Szenen und Konstellationen können jedoch im Falle psychotischer Erkrankungen nicht bewusst mitgeteilt, sondern müssen *ausschließlich* szenisch dargestellt werden. Wie Benedetti betont, bewegt sich der schizophrene Patient zu Beginn der Therapie vor allem entlang projektiver Dimensionen, während die Identifikation des Therapeuten mit dem Patienten die Art und Weise darstellt, wie er auf die strukturellen Mängel des Patienten antwortet. Dem nonverbalen Verhalten des Patienten sowie den eigenen Reaktionen des Therapeuten kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu. Mit Bezug auf Brenneis (1998) formuliert Wendl-Kempmann: „Traumatische Erlebnisse und die zwischenmenschliche Dimension der Pathogenese in der frühesten Kindheit eines psychotischen Menschen sind im Allgemeinen ... nur 'im unmittelbaren Vollzug einer aktiven Demonstration zugänglich' ... Direktes Fragen würde sich an die bewussten Teile des Ratsuchenden richten und von einem Psychoti-

ker eher als Intrusion verarbeitet werden“ (ebd. S. 159). Besondere Bedeutung kommt dem Umstand zu, dass „mangels einer symbolisch repräsentierten Beziehungsinteraktion und einem nur minimal zur Verfügung stehenden sogenannten intermediären Raum (Winnicott 1974) auch keine Übertragungsszene im Sinne der herkömmlichen psychoanalytischen Auffassung im Interview stattfind[e]n[t]: Auf den Therapeuten wird mangels schwerer Differenzierungsdefizite nicht das frühe Objekt gewissermaßen übertragen, sondern der Patient verwechselt das frühe Objekt mit dem Therapeuten, dieser *ist* sozusagen dann für den Patienten die Bezugsperson Vater oder Mutter (Searles 1963)“ (ebd. S. 158). Benedetti (1992, S. 47/48) betont, dass der Therapeut „am Anfang keine ehrgeizigen psychotherapeutischen Ziele haben [dürfe]; man soll vielmehr für den Kranken da sein, sich von ihm ‚gebrauchen‘ lassen, bis der Patient beginnt, sich selber wahrzunehmen“.

Schneider erachtet als besonders wesentlich, dass die Therapie psychotischer Patienten „mit genauestem Anhören“ (1985, S. 224) beginnt und dem Ermöglichen und Erspüren erster Anzeichen von *Gemeinsamkeit*: „Still und entspannt nebeneinander zu sitzen, im gleichen Rhythmus zu atmen, auf den gleichen Baum aus dem Fenster zu sehen“ (1985, S. 157). In einer solchen Atmosphäre könnten die Wiederherstellung des gebrochenen Selbstwertgefühls des psychotischen Menschen und die Rekonstruktion beschädigter Lebenszusammenhänge gelingen (vgl. auch Schneider 1994, S. 158 ff). Innerhalb des Vier-Phasen-Modells Benedettis (s. o.) wird die erste Phase der Therapie als „rekonstruierende Form des Zuhörens“ beschrieben. Hier geht es vor allem darum, die „Grundmuster der Welt des Patienten“, wie Benedetti es nennt, zu erfassen und eine zunehmende *Dualisierung* des Erlebens zuzulassen. Diese kann sich in der Psychosentherapie nur dann ereignen, wenn der Therapeut bereit ist, sich mit dem Patienten zu identifizieren, um bestimmte Erlebensweisen mit ihm zu teilen. Nach und nach kann es so zur Introjektion des therapeutisch verstehenden Ich als synthetisierende Kraft von Innen kommen. Der Patient kann sich mit sich selbst identifizieren, weil sich jemand mit ihm identifiziert hat. Die *erste Etappe* der bildgestaltenden Psychotherapie (s. o.) nennt der Autor „Wahrnehmung des Leidens“ (Benedetti 1992, S. 224): „Im Ausdrücken des Leidens – durch das Symbol, durch das Bild, hinter dem sich die fragile Person des Patienten positiv verbirgt (und nicht versteckt) – liegt seine mögliche Überwin-

dung. ... vor allem deswegen, weil es von einem *Partner* wahrgenommen wird“ (a. a. O., Hervorhebung dort). Benedetti spricht in diesem Zusammenhang bezeichnenderweise von dem „sich rekonponierende[n] Selbst“ (ebd.). Im Hinblick auf die untersuchten musiktherapeutischen Erstkontakte sind auch die von Benedetti beschriebene zweite Phase (von vier Phasen, s. o.) der Psychotherapie sowie die zweite, dritte, vierte und fünfte Etappe (von zehn, s. o.) der bildgestaltenden Psychotherapie von besonderer Bedeutung: „Die zweite psychotherapeutische Phase besteht in einer zunehmenden Dualisierung des Verhältnisses [von Patient und Therapeut]“ (Benedetti 1992, S. 56, Einfügung S. K.). Sie ist auf Seiten des Therapeuten geprägt durch die Anreicherung der Erzählungen des Patienten mit eigenen Phantasien und Assoziationen. *Nachdem* der Therapeut in partieller Identifizierung in die Welt des Patienten eingetreten ist, kann er es nun vorsichtig wagen, diese mit Eigenem anzureichern, um dem Patienten zu *ermöglichen*, sich nun seinerseits mit dem Therapeuten zu identifizieren. Die *zweite Etappe* der bildgestaltenden Psychotherapie ist die ‚Symmetrie‘. Der Therapeut dokumentiert oft seine Anwesenheit in der Welt des Kranken, indem er sich ihm an die Seite stellt. ... um die Dimension der Dualität in der autistischen Innenwelt des Kranken zu ermöglichen“ (ebd. S. 225/127). Die *dritte Etappe* bildgestaltender Psychotherapie ist der „Sprung des Therapeuten in den Spalt des Patienten“ (ebd. S. 228), die *vierte Etappe* die „Stellvertretung des Opfers“ (a. a. O. S. 229). „Die *fünfte Etappe* gibt einen ‚Entwicklungsvorschlag‘. Der Therapeut übernimmt das negative Bild des Patienten und verwandelt es, um ihm eine neue Sicht zu öffnen“ (ebd. S. 230).

II.6.6 Therapeutische Haltung und Funktion des Improvisierens innerhalb der zu untersuchenden musiktherapeutischen Erstkontakte

Die Thematik des Beginns musiktherapeutischer Behandlungen kann und soll im Folgenden nicht ausführlich dargestellt werden. Ausführungen hierzu finden sich z. B. in Priestley 1983, Tüpker 1993 und 1996 sowie Frohne-Hagemann 1999. Eine ausführliche Untersuchung stellt Krückeberg (2000) vor, die betont, dass es in der musiktherapeutischen Praxis „viele verschiedene Varianten erster Gespräche“ (ebd. S. 32) gibt. Die Autorin differenziert bezüglich des „Einstieg[s] in musiktherapeutische Behandlungen“ zwischen „Erstkontakten“, „Erstinterviews“ und „Vorgesprächen“ (ebd. S. 50ff). Wenngleich die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung durchgeführten musiktherapeutischen Erstkontakte durchaus Züge des von Krückeberg als „Vorgespräch“ bezeichneten musiktherapeutischen Behandlungsbeginns tragen, bevorzugt die Autorin (S. K.) dennoch den Terminus *Erstkontakt*. Das Thema *Kontakt* ist, wie anhand der bisherigen Ausführungen deutlich wurde, ein gerade für schizophrene Patienten und für die gemeinsame (musik-)therapeutische Arbeit zentrales – auch und gerade zum Beginn der Behandlung. Mit und in der gemeinsamen musikalischen Improvisation steht dem Patienten im Rahmen dieses Erstkontaktes ein Handlungsfeld zur Verfügung, das – über das Gespräch hinaus – Möglichkeiten der Inszenierung in oben beschriebenem Sinne bietet (zu den Möglichkeiten der musiktherapeutischen Improvisation im Rahmen der untersuchten Erstkontakte vgl. auch Abschnitt III.2.1 der vorliegenden Arbeit). Um im Sinne eines *Handlungsdialoges* wirksam werden zu können, bedarf es nach Ansicht der Autorin vor allem einer großen Plastizierbarkeit der mitspielenden Therapeutin, um im Rahmen der (musikalischen) Inszenierungen die je unterschiedlichen Übertragungsangebote und Projektionen des Patienten aufgreifen und die entsprechenden „Rollen“ einnehmen zu können. Akute und vorübergehende Projektionen können im musiktherapeutischen Erstkontakt mit schizophrenen Patienten „als Ableitung der Aggressivität auf das Objekt“ (Benedetti 1979, S. 52) fungieren und damit entlastende und klärende Funktion haben. Damit sich der Patient mittels der Projektionen ausdrücken kann, muss der Therapeut durchlässig sein für paranoide Projektionen, die, eingebettet in die

Therapie, im Gegensatz zu dem sonstigen autistischen Erleben des Patienten, zum Ausdruck des Erlebens zweier Partner werden und günstigstenfalls als „Zurücknahme einer unheilvollen Introjektion“ (Benedetti 1980, S. 93) fungieren können. Damit können die notwendigen Voraussetzungen für die angestrebte Identifizierung mit dem Patienten und die „Dualisierung“ des Erlebens geschaffen werden. Die therapeutische Identifizierung entspricht dem „Eintreten oder Einspringen in das Dilemma, in die Situation des Patienten“ (Benedetti 1976, S. 33). Die besondere Chance besteht darin, dass „ein wirklicher Partner ... an die Stelle phantasierter und halluzinierter Mitmenschen getreten [ist]; die Angst und Verfolgung gestalten sich echt dialogisch und nicht mehr im Pseudozwiegespräch des Kranken mit seinen inneren Gestalten; dadurch ist der Schizophrene bereits aus seiner autistischen Welt geholt“ (Benedetti, zit. nach Schneider 1985, S. 226). Dies kann sich auch und gerade mittels der gemeinsamen Improvisation ereignen. Einerseits besteht eine der Funktionen des Improvisierens also gerade darin, diese Inszenierungen zu ermöglichen und damit Mit-Teilung des Unsagbaren (impliziten, prozeduralen Wissens, s. o.) zu ermöglichen bzw. das, was Benedetti „interpersonale Realität“ (ebd. S. 182) nennt. Damit bilden diese Inszenierungen andererseits gerade in der Therapie schizophrener Patienten die Grundlagen für die notwendige „Dualisierung des Leidens“ und die Identifikation des Therapeuten mit dem Leiden seines Patienten (Benedetti, s. o.). So können die Projektionen des Schizophrenen zu einer „Brücke, auf der gegenseitige Annäherung stattfindet“ (ebd. S. 184) werden. Bezüglich symbiotischer Beziehungsmodi heißt es beispielsweise bei Benedetti: „Die Symbiose, die den Schizophrenen an die elterliche Figur bindet, überträgt sich in der Folge auf den Therapeuten“ (Benedetti 1994, S. 206). So kann es zur Entwicklung einer „therapeutischen Symbiose, deren er noch dringend bedarf“ (ebd. S. 277) kommen und damit zu dem, was Benedetti „Kommunikative Psychopathologie“ oder auch „Progressive Psychopathologie“ nennt (vgl. Benedetti 1992 sowie 1994). Damit verbunden sein kann z. B. ein „Gefühl des Einverleibt-Werdens: In der therapeutischen Beziehung wird es sich mit ungebrochener Intensität inszenieren, und doch gesellt sich auch hier etwas Neues hinzu, das gezwungenermaßen zu leicht verschobenen bzw. verwandelten Gefühlskonstellationen führt“ (Benedetti 1993, S. 205; vgl. auch II.5.3). Hinsichtlich einer anderen, im Rahmen der Psychotherapie schizophrener Pa-

tienten häufig auftauchenden Beziehungskonstellation, der Projektion (und partiellen Übernahme?) der Rolle des Verfolgers durch den Therapeuten, heißt es bei Benedetti: „Wir können dazu stehen, wenn uns der Kranke die Last seiner Projektionen auferlegt und uns dadurch zum Verfolger stempelt...“ (ebd. S. 173; vgl. auch IV.5.2). Vor dem Hintergrund dieser Aussagen versucht die Autorin in der Arbeit mit schizophrenen Patienten eine Haltung einzunehmen, die nicht von vornherein auf die Etablierung einer bestimmten Beziehungskonstellation abzielt oder aber andere – wie die beschriebenen – zu verhindern sucht: „Die Haltung, mit der ich zu Beginn der Therapie dem schizophrenen Menschen begegne, lässt sich am besten als „absichtslos“ beschreiben. Absicht, von *absehen/sehen*, dessen eigentliche Bedeutung „[mit den Augen] **verfolgen**“ (Duden, Das Herkunftswörterbuch S. 662) den hier zu vermeidenden invasiven Charakter betont, wird im Erleben des Schizophrenen allzu schnell tatsächlich zur Verfolgung und verstärkt eher Ängste und Rückzugstendenzen. „Absichtslosigkeit“ darf jedoch nicht verwechselt werden mit fehlender Präsenz oder gar Desinteresse! Geht es doch gerade zu Beginn der Therapie darum, die (intrapsychische) 'Welt' des Patienten kennen zu lernen und identifikatorische Prozesse zuzulassen, um eine Dualisierung des Erlebens zu ermöglichen, die die Grundlage jeder (weiteren) therapeutischen Bemühungen ist (vgl. Benedetti 1992). Der Absicht möchte ich deshalb den Wunsch gegenüberstellen. Natürlich habe ich als Therapeutin den Wunsch, den schizophrenen Patienten zu erreichen, Leben, Lebendigkeit in den „Todeslandschaften der Seele“ zu finden und zu ermöglichen. *Wünschen* jedoch, im Gegensatz zum beabsichtigen, hat zu tun mit 'umherziehen ... nach etwas suchen', mit 'sich abmühen' und auch mit 'gern haben, lieben' (ebd. S. 240). Die Unterschiede in der therapeutischen Haltung sind verbal schwer zu vermitteln, umso deutlicher spürt sie aber der Patient während der gemeinsamen musikalischen Improvisation. Spiele ich als Therapeutin den ersten Ton am Klavier, um damit einen Raum zu eröffnen, in den der Patient eintreten kann (aber nicht muss!), so 'fühlt' sich dieser Ton völlig anders an, als wenn ich vielleicht den selben Ton spiele mit der Absicht, der Patient solle oder müsse mir unbedingt antworten, etwas ausdrücken o. ä.. Es ist eben eine andere Atmosphäre (s. o.), die sich vor dem Hintergrund der beschriebenen Haltung einstellen kann“ (Kunkel 2004, S. 57/58). Dieser „Wunsch“ darf durchaus *mein* Wunsch sein: „Therapeutische Hingabe,

die nicht auch Antwort erwartet, wird zu einer narzisstischen Manifestation, zu einer heroisch überhöhten Selbst-Vorstellung. Der Therapeut braucht aber den Patienten, so wie dieser den Therapeuten braucht. Ohne diese Reziprozität, die sich langsam aus einer von Einseitigkeit geprägten Beziehung heraus entwickelt, ist Therapie, ist Dualität nicht möglich“ (Benedetti 1994, S. 266/267). Für mich ist es wesentlich, diesen *Wunsch* im musiktherapeutischen Erstkontakt mit schizophrenen Patienten auch wirklich zu verspüren – vor allem als Wunsch des Patienten. Dass dies möglicherweise als Projektion der Therapeutin verstanden werden kann, soll nicht bestritten werden: Immer wieder beschreibt Benedetti die *Notwendigkeit* dessen, dass der Therapeut seine psychische „Gesundheit“ auf den Patienten projiziert sowie das ganzheitliche Bild, das er trotz aller Spaltungsphänomene als Daseinsmöglichkeit des Patienten in diesem zu sehen vermag. Wesentlich ist die Frage, ob es mittels der – gegenseitigen – Projektionen gelingen kann, eine „gemeinsame Realität“ zu schaffen. So schreibt Benedetti z. B. im Rahmen seiner Ausführungen zur therapeutischen Identifikation: „Freilich geht es bei den anthropologischen Auslegungen der autistischen Symbole um 'Modelle', die – warum nicht? – als unsere Projektionen gedeutet werden könnten! Aber sie gestatten uns, eine gemeinsame Realität mit dem Kranken zu schaffen und sind deshalb, in einem operationellen Sinne des Wortes, real“ (Benedetti 1994, S. 202). Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen wird nachvollziehbar, dass sich im Verständnis der Autorin innerhalb der zu untersuchenden Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten durchaus unterschiedliche Beziehungsformen etablieren können, dürfen und sollen.

„Jenseits von Jedem?“

Grundverhältnisse, Beziehungsformen und Interaktionsmuster
im musiktherapeutischen Erstkontakt mit schizophrenen Patienten

Teil 2

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
des Doctor scientiae musicae
am Institut für Musiktherapie der
Hochschule für Musik und Theater
Hamburg

vorgelegt von
Sylvia Kunkel, Hamburg 2008

Gutachter:

1. Prof. Dr. sc. mus. Eckhard Weymann
2. Prof. em. Dr. med. Peter Petersen

III Hintergrund, Ziele und Methoden einer Untersuchung musiktherapeutischer Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

In dem folgenden Kapitel soll zunächst auf die Hintergründe eingegangen werden, die zur Idee der Untersuchung führten und die darzustellenden Ziele prägten. Die Darlegung des methodischen Vorgehens rundet das vorliegende Kapitel ab.

III.1 Hintergrund und Ziele der Untersuchung

Den meisten Musiktherapeuten, die mit schizophrenen Patienten arbeiten, dürfte bekannt vorkommen, was die Autorin nunmehr seit vierzehn Jahren immer wieder erlebt: Da wird ein schizophrener Patient zur Musiktherapie angemeldet, der kaum oder gar nicht spricht, sich (so er darf) völlig zurückzieht und den Kontakt zur Welt weitgehend vermeidet. Therapeutische Gespräche lehnt der Patient von vornherein ab, oder er vergisst sie, oder er schweigt... „Wir kommen nicht an ihn heran!“, heißt es dann im Klinikalltag, oft auch: „Vielleicht geht 'es' ja in der Musiktherapie...!“ Oder der Patient überrollt in manischer Art und Weise alles und jeden, so dass nun „die Anderen“ den Patienten ihrerseits fliehen. Und dann kommt der Patient zur Musiktherapie, schweigt (auch hier) und kann auf die Frage, warum der Klinikaufenthalt notwendig wurde, trotz größter Mühe nur sagen, dass er auch das (wie so vieles...) nicht wisse; oder aber der Patient überrollt uns mit nicht enden wollenden Monologen... Alles ist schwierig, Reden und Schweigen gleichermaßen unerträglich, alles scheint deprimierend sinnlos und gleichermaßen erdrückend bedeutungsvoll zu sein, das gemeinsame Anwesendsein kaum zu ertragen. Dann improvisieren wir mit dem Patienten – und irgendetwas ist plötzlich anders! Vor allem fühlt sich das gemeinsame musikalische Anwesend-Sein „anders“ an – was aber heißt hier „anders“? Welche Qualität hat dieses „anders“? Was führt dazu, dass zumindest manchmal auch *nach* der Improvisation etwas *anders* ist? Warum ist das so *typisch* für die musiktherapeutische Arbeit mit schizophrenen Patienten? Und: Ist das überhaupt *typisch* für *diese* Patienten? Heißt es doch

auch innerhalb der meisten musiktherapeutischen Untersuchungen, der schizophrene Patient sei bzw. spiele isoliert und es sei kein gegenseitiger Kontakt möglich (vgl. z. B. Pavlicevic und Trevarthen 1989 sowie II und V.1 der vorliegenden Arbeit). Als „gegenseitigen Kontakt“ erlebe ich das, was sich da ereignet, zumeist auch nicht gerade – und doch ist da „etwas“! Gemeinsamkeit? Nähe? „Etwas“ zumindest, das mit großer Evidenz spürbar ist, sich jedoch mit eben so großer Vehemenz dem Verstehen und einer Versprachlichung zu entziehen scheint. Manchmal blitzt etwas auf, findet gemeinsamen Ausdruck (über die Musik hinaus) in der Atmosphäre, die sich eingestellt hat, in gemeinsamem Ausatmen, in einem Blick, einem Lächeln, darin, dass sich etwas *verändert*. Seltener in Worten. Neben diesen Erfahrungen und dem Wunsch, das geschilderte (Evidenz-) Erleben bzw. dessen Grundlagen und damit die „Beziehungsformen und Interaktionsmuster“ (s. u.) im wahrsten Sinne des Wortes zu *erforschen*, gilt das Interesse der Autorin bezüglich der nachfolgenden Untersuchung folgendem Umstand: Ausgehend von dem Anliegen und der Überzeugung, in der Musiktherapie nicht „Krankheiten“ oder „Symptome“ zu behandeln, sondern „die zugrunde liegenden seelischen Verhältnisse anhand ihrer Ausdrucksbildung“ (Tüpker 1990, S. 17), organisiert sich die konkrete musiktherapeutische Arbeit mit dem Patienten von der Rekonstruktion der vorzufindenden Grundverhältnisse oder Grundgestalt her. Das musiktherapeutische Verfahren der „Beschreibung und Rekonstruktion“ (vgl. z. B. Tüpker 1996, S. 70ff) entwickelt diese aus der Musik bzw. der konkreten musiktherapeutischen Situation heraus und ermöglicht so die Formulierung eines für jeden Patienten individuellen Behandlungsauftrages. Grundlage einer Konzeptentwicklung musiktherapeutischen Arbeitens mit schizophrenen Patienten müsste demnach eine Rekonstruktion der Grundgestalt oder Grundverhältnisse für diese *Gruppe* von Patienten sein. Die grundlegend-existenzielle Dimension schizophrener *Seins*, wie sie in Formulierungen wie „Schizophrenie ist eine Erkrankung der Person insgesamt. Der Patient *hat* nicht schizophrene Störungen, sondern er *ist* schizophren.“ (Tölle 1988, S. 181) anklingt, lassen vermuten, dass es tatsächlich möglich sein könnte, bei aller natürlich auch hier vorhandenen Individualität der Patienten, eine solche übergreifende Gestalt herauszustellen. Insofern versteht sich die vorliegende Untersuchung auch als

Beitrag zur Erforschung des Zusammenhangs zwischen Erkrankung und musikalischem Verhalten und Erleben.

III.2 Grundannahmen und Begriffsklärungen

Im Folgenden sollen einige der *Grundannahmen*, die die Art der Durchführung der untersuchten musiktherapeutischen Erstkontakte ebenso prägten wie die Art und Weise der Durchführung der vorliegenden Untersuchung, dargelegt werden.

Wesentliche Grundannahmen, die sich auf die Sicht und das Verstehen des Krankheitsbildes „Schizophrenie“ bzw. der „Seins-Weise“ „schizophren“ beziehen, wurden bereits in den Kapiteln I und II dargelegt und sollen an dieser Stelle nicht noch einmal thematisiert werden.

Die folgenden Ausführungen beschränken sich auf kurze Darstellungen des Verständnisses des Improvisierens im Rahmen der morphologisch orientierten Musiktherapie und speziell im Rahmen der untersuchten musiktherapeutischen Erstkontakte mit schizophrenen Patienten sowie auf die inhaltliche Konkretisierung der untersuchten Ebenen „Grundverhältnisse, Beziehungsformen und Interaktionsmuster“.

III.2.1 Die gemeinsame musikalische Improvisation von Patient und Therapeutin

Der Durchführung der untersuchten musiktherapeutischen Erstkontakte wie der Untersuchung selbst liegt ein Verstehen des Seelischen als „Gestalt und Verwandlung“ im Sinne der morphologischen Psychologie zugrunde, die von W. Salber begründet wurde. Darlegungen zur Morphologischen Psychologie finden sich innerhalb der zahlreichen Veröffentlichungen ihres Begründers (vgl. z. B. Salber 1965, 1980, 1989 sowie 1991). Das gleiche gilt für die auf den Grundannahmen der Morphologischen Psychologie beruhenden morphologisch orientierten Musiktherapie, wie sie von der „Forschungsgruppe zur Morphologie der Musiktherapie“ (F. Grootaers, R. Tüpker, T. Weber und E. Weymann) entwickelt wurde (z. B. in Tüpker 1988/1996 und 2001, Weymann 1996 sowie Grootaers 1996). Auch Verständnis und Rolle der gemeinsamen musikalischen Improvisation innerhalb der morphologisch orientierten Musiktherapie wurde

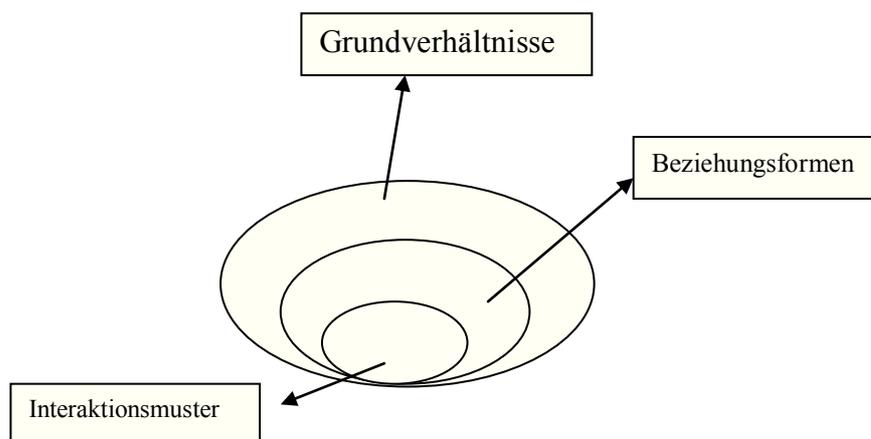
in unterschiedlichen Zusammenhängen in hervorragender Art und Weise dargelegt, weshalb auch diesbezüglich ebenfalls auf die entsprechende Literatur verwiesen werden soll (über die o. g. Literatur hinaus vgl. z. B. Grootaers 1983, Kalle-Krapf 2006 sowie Weymann 2002). Für die vorliegende Untersuchung sei lediglich herausgestellt, dass das gemeinsame Improvisieren einerseits der Beziehungsgestaltung und –regulation (s. u.) in der aktuellen Situation diene und andererseits als Verlautbarung seelischer Verhältnisse einschließlich ihres Gewordenseins verstanden wird (zu entwicklungspsychologischen Dimensionen des Improvisierens s. u. sowie z. B. Loos 1996, Grootaers 1994 sowie Decker-Voigt 1996). Allerdings ergibt sich diesbezüglich innerhalb der musiktherapeutischen Behandlung schizophrener Patienten eine Akzentuierung, die zu einer Modifizierung dessen führt, was im Rahmen der folgenden Untersuchung unter „Improvisation“ verstanden werden soll. Diese Erweiterung ergibt sich einerseits aus praktischen Gesichtspunkten und andererseits aus methodischen Gründen: Ein Verstehen der musikalischen Improvisation im Rahmen der Musiktherapie als „dauerndes Suchen nach *Gestaltbildung* und *Gestaltverwandlung*“ (Hegi 1990, zitiert nach Weymann 1996, S. 136) innerhalb der angeführten Literatur bezieht sich auf ein gemeinsames musikalisches Spiel von Patient und Therapeutin, das als „unreflektiertes Handlungsgefüge“ (Grootaers 1996, zitiert nach Weymann 2002, S. 54) Eigenschaften des als „freie“ Improvisation bezeichneten Zusammenspiels von Patient und Therapeutin aufweist, die Weymann (2002, S. 14ff) als „Wendigkeit . . . , Variabilität . . . , Begegnungs-Offenheit . . .“ bezeichnet. Gemeint ist hier eine Art des Spielens, bei der sich sowohl Patient als auch Therapeut „aktiv in ein improvisiertes, d. h. nicht vorhersehbares, unbewusst determiniertes musikalisches Zusammenspiel“ (Weymann 2002, S. 12, Hervorhebung S. K.) begeben. Dies gilt für die untersuchten Improvisationen nur bedingt: Wie es in der musiktherapeutischen Arbeit mit schizophrenen Patienten relativ häufig vorkommt (vgl. z. B. auch Metzner 2001 sowie De Backer 2007), greifen auch einige Patienten, die in die vorliegende Studie aufgenommen wurden, auf bekannte musikalische Formenbildungen zurück, was sich im Aufgreifen erlernter rhythmischer Patterns niederschlägt und bis zum Intonieren eines (in einem Fall beiden bekannten, in einem anderen eines von der Patientin komponierten und nur dieser bekannten) Liedes reicht. Hier werden Eigenschaften der (freien) Improvisation

wie Wendigkeit, Variabilität und Offenheit gerade vermieden, Unwägbarkeit und Unvorhersagbarkeit weichen einem Suchen nach den „richtigen“ Tönen. „Unbewusst determiniert“ scheint hier allenfalls die Wahl des jeweiligen Liedes – oder der Umstand, dass überhaupt auf (von den Patienten selbst!) vorgegebene musikalische Formenbildungen zurückgegriffen wird. Die gemeinsamen musikalischen Werke, die innerhalb dieser untersuchten Erstkontakte entstanden, aus der geplanten Untersuchung auszuschließen, nur weil es keine „freien“ Improvisationen waren, schien vor dem Hintergrund dessen, dass es sich um eine bei schizophrenen Patienten häufig vorkommende Art und Weise handelt, das musiktherapeutische Angebot zu nutzen, geradezu absurd! (Zur Problematik des – dennoch – gewählten methodischen Vorgehens s. u.) Dass ein solches Vorgehen *der Patienten* im Hinblick darauf, dass es sich um schizophrene Menschen handelt, durchaus als not – wendig und bezüglich der Beziehungsgestaltung sinnvoll und willkommen angesehen werden kann, soll an späterer Stelle (vgl. IV. 5) ausführlich dargelegt werden. An diesem Punkt der Untersuchung sei diesbezüglich auf Deuter (1996/2007, s. auch Kapitel II der vorliegenden Arbeit) verwiesen, der, ebenfalls vor dem Hintergrund eines morphologischen Verständnisses der musiktherapeutischen Improvisation, auf ihre besondere Rolle im Rahmen der Behandlung psychotischer Patienten verweist: „Der ‚Ort‘ des gemeinsamen Werkes soll ausgeweitet werden auf die Vorstellung eines *Gemeinsamen Anwesendseins*“ (ebd., S. 47). „Die Improvisation übernimmt in der Musiktherapie die Aufgabe, das ‚Gemeinsame Anwesendsein‘ im Sinne einer Vorform von Begegnung und Beziehung zu konstituieren“ (ebd.), heißt es bei Deuter weiter. Die Art und Weise des „gemeinsamen Anwesendseins“ wird im Rahmen der musiktherapeutischen Erstkontakte, innerhalb derer die Patienten auf vorgegebene musikalische Formenbildungen zurückgreifen, maßgeblich gerade *durch* dieses Aufgreifen bekannter Muster und Strukturen beeinflusst – oder vielleicht in einigen Fällen sogar erst ermöglicht!? Interessant ist, dass hier das, was Deuter für *das Spiel des Therapeuten* beschreibt, zumindest in einer Hinsicht für *das Spiel der Patienten* zutrifft: Deuter beschreibt eine Art des Spielens, bei der die musikalische Aktion des Therapeuten zuerst (was nicht immer im direkten zeitlichen Sinne eine Rolle spielt) da ist. Wenngleich hiermit *kein* Rückgriff auf bekannte oder vorgegebene musikalische Formenbildungen seitens des Therapeuten gemeint ist, ergibt

sich doch eine ähnliche Situation – in die innerhalb einiger der untersuchten Erstkontakte allerdings nicht der Patient (wie bei Deuter vorgeschlagen), sondern die Therapeutin geriet: „Die Musik – damit der Begegnungsraum – ist jeweils vorhanden; er kann aufgesucht, vermieden und ... verändert und moduliert werden“ (a. a. O. S. 51). So ergibt sich für die nachfolgende Untersuchung, dass z. B. auch das vierhändig am Klavier intonierte Lied „Der Mond ist aufgegangen“ als „Improvisation“ verstanden wurde insofern, als der Wunsch der Patientin, gerade dieses Lied zu intonieren, als „ganz aus dem Augenblick“ (Weymann 1996, S. 134) entstanden aufgefasst wurde und damit als die ihr eigene Möglichkeit eines improvisierenden Umgangs mit der *als solche* fremden und unvorhersehbaren *Situation* „*Erstkontakt*“. Eine *Grundannahme* der Autorin ist es, dass diese Patientin (wie auch andere) das musiktherapeutische Setting spontan und in (ihrer seelischen Formenbildung und den daraus resultierenden Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung) angemessener Art und Weise genutzt hat.

III.2.2 Das Zusammenspiel der Ebenen „Grundverhältnisse, Beziehungsformen und Interaktionsmuster“

Vor einer inhaltlichen Bestimmung der drei im Titel der Arbeit genannten Begriffe soll zunächst einmal das Verhältnis, in dem die damit gemeinten Bereiche zueinander stehen, herausgestellt werden:



Die Ebene der „Grundverhältnisse“ bestimmt und beinhaltet „Beziehungsformen“ und „Interaktionsmuster“ gleichermaßen, umfasst und meint als grundlegende Dimensionen seelischer Verhältnisse (s. u.) jedoch weit mehr und anderes. Ähnlich verhält es sich mit den „Beziehungsformen“ und „Interaktionsmustern“: Die konkreten Muster der Interaktion bedingen zwar die je unterschiedlichen Formen der Beziehungsgestaltung, deren Wesen und Charakteristik gehen jedoch über das äußerlich Beobachtbare (s. u.) weit hinaus.

III.2.2.1 Interaktionsmuster

Mit dem Begriff „Interaktionsmuster“ sind in Anlehnung an Decker-Voigt (2001, S. 415), der mit „*Interaktion* die planbare und äußerlich beobachtbare Rahmenbedingung meint“ (Hervorhebung dort), innerhalb der folgenden Untersuchung alle während des Improvisierens hör- und beschreibbaren konkreten Handlungen und Verlautbarungen von Patient und Therapeutin in ihrem Bezug aufeinander gemeint. Dabei geht es vor allem um das Geschehen auf der Ebene der musikalischen Formenbildung (s. u.). Die Untersuchung und Darstellung der jeweiligen Interaktionsmuster erfolgt vor allem in Bezug auf die für jeden Fall einzeln erarbeitete „Binnenregulierung“ und bezieht zudem die in Abschnitt IV.4 erarbeiteten Charakteristika der musikalischen Formenbildung ein. Um all zu viele Doppelungen zu vermeiden, werden die erarbeiteten Binnenregulierungen (mit Ausnahme eines exemplarischen Beispiels im Anhang) der vorliegenden Arbeit nicht beigefügt, da sie größtenteils ganz direkt in die Darstellung der Interaktionsmuster eingeflossen sind. Weitere nicht im engeren Sinne musikalische Handlungen wie das Aufstehen während des Spielens, verbale Verlautbarungen oder Dialoge u. Ä. werden, sofern sie in die musikalische Interaktion zwischen Patient und Therapeutin hineinwirken, ebenfalls berücksichtigt. Darüber hinaus gehende mimisch-gestische oder andere Äußerungen auf der Ebene der Körpersprache werden nicht einbezogen und spielen als Ausdruck interaktionellen Geschehens nur insofern eine Rolle, als die Therapeutin diesbezüglich von sich aus eher Distanz herstellt und Interaktion weitgehend vermeidet, indem sie mit geschlossenen Augen spielt und darüber hinaus mit dem Rücken zu den Patienten am Klavier. Fokussiert werden mit der Herausarbeitung der Interaktionsmuster vor allem musikalische Rollenver-

teilungen, wie sie z. B. innerhalb der von Bruscia entwickelten Improvisation-Assessment-Profiles (IAP) anhand der Stufen „Abhängigkeit – Folgen – Partner – Führen - Widerstand“ (zit. nach Wosch 2002) beschrieben werden. Darüber hinaus gilt die besondere Aufmerksamkeit der „Prozessdynamik“ (Weymann 1996, S. 136), die als Überbeweglichkeit, Trägheit oder als Herstellen von Brüchen (ebd.) imponieren kann sowie der „Beziehungsverhältnisse“ (ebd., zur inhaltlichen Bestimmung der „Beziehungsverhältnisse, wie sie im Rahmen der vorliegenden Untersuchung vorgenommen wird, s. u.), die nach Weymann (ebd.) z. B. als verschwimmend, ergänzend, ausweichend oder kontrastierend beschrieben werden können. Anhand des zuletzt genannten Punktes wird bereits deutlich, dass „Interaktionsmuster“ und „Beziehungsverhältnisse“ nicht getrennt voneinander betrachtet werden können. In dem hier gemeinten Sinne werden die „Interaktionsmuster“ gewissermaßen als beschreibbares Substrat der „Beziehungsformen“ verstanden, hier wird nach dem Zustandekommen, der Binnenregulierung, nach dem ‚Wie‘ (vgl. Tüpker 1988/1996, S. 73) dessen gefragt, was die Qualität des „Ganzen“ – wobei in diesem Zusammenhang die „Beziehungsformen“ als „das Ganze“ definiert werden (s. u.) - charakterisiert.

Die Untersuchungen Steimer-Krauses (1996, vgl. II.5.5) legen nahe, dass sich der von ihr für schizophrene Menschen als typisch beschriebene pathologiespezifische nonverbale interaktive Störungsanteil auch innerhalb der untersuchten Improvisationen anhand der hier fokussierten Ebenen nonverbaler Interaktion auffinden lassen müsste. Mit Bezug auf die spezifischen Möglichkeiten des Improvisierens (vgl. z. B. Weymann 2002) sowie die Besonderheiten der „Welt der Musik“ (Tüpker 1988/1996) kann jedoch gleichzeitig die *Vermutung* formuliert werden, dass sich das von Steimer-Krause beschriebene spezifische nonverbale Interaktionsmuster, das sich in dyadischen Interaktionen mit schizophrenen Menschen etabliert, in der gemeinsamen musikalischen Improvisation anders ausformen würde, als dies innerhalb der von ihr untersuchten Gespräche der Fall war. In Anlehnung an Steimer-Krause müssten bezüglich der zu untersuchenden Interaktionsmuster vor allem widersprüchliche Verhaltensweisen und gegenläufige Tendenzen auf verschiedenen Ebenen der musikalischen Interaktion sowohl innerhalb der jeweiligen Parts von Patient und Thera-

peutin als auch bezüglich ihres Zusammenspiels von Bedeutung für die Etablierung der herauszustellenden „Beziehungsformen“ sein.

III.2.2.2 Beziehungsformen

Grundlegend für die musiktherapeutische Arbeitsweise der Autorin wie für die nachfolgende Untersuchung ist die Annahme, dass sich innerhalb der musiktherapeutischen Improvisation „...wie von selbst ‚altbekannte‘ Verhältnisse und Konstellationen ein[stellen]: vor dem Hintergrund des Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehens bilden sich akustische *Szenen* (Lorenzer) als komplexe gestisch-dynamische Beziehungsverhältnisse ab. Sie ermöglichen als vorsprachliche ‚sinnlich-symbolische Interaktionsformen‘ Anknüpfung an bedeutsame frühe Szenen des Patienten.“ (Weymann 1996, S. 135, Einfügung S. K.) An anderer Stelle heißt es bei Weymann: „Man könnte auch davon sprechen, dass sich bestimmte Interaktionsformen, eine bestimmte Art, miteinander anwesend zu sein, im Improvisieren unbewusst in Szene setzen.“ (Weymann 1991, S. 9) Nach der „Art, miteinander anwesend zu sein“ (vgl. auch Deuter 1996/2007 sowie 2002) wird mit der Erarbeitung der „Beziehungsformen“ innerhalb der nachfolgenden Untersuchung gefragt. Eine erste Annäherung erfolgt wiederum aus der Perspektive des (Mit-) Erlebens: Die im gemeinsamen Improvisieren etablierten „Beziehungsverhältnisse“ (s. o.) oder „Beziehungsformen“ spiegeln sich in den konkreten Darstellungen der wahrgenommenen Beziehungsgestaltung zwischen Patient und Therapeutin durch die Beschreibenden (s. o.), ebenso jedoch in ihren Assoziationen, Bildern, Einfällen und Befindlichkeiten sowie nicht selten anhand der (Beziehungs-) Dynamik innerhalb der Beschreibungsgruppe. Auch das Erleben der Therapeutin sowie der jeweiligen Patienten bezüglich der Beziehungsgestaltung in der Musik wird anhand der entsprechenden Notizen auf dem verwendeten Protokollformblatt (s. u.) einbezogen.

Mit der Untersuchung der Beziehungsformen (und Interaktionsmuster, s. u.) soll im Rahmen der nachfolgend dargestellten Untersuchung die psychologische Einheit der Improvisation überschritten und „in weiterem Material nach Analogien, Ergänzungen und Zuspitzungen“ (Tüpker 1988/1996, S. 76) gesucht werden. Insofern trägt die Untersuchung der „Beziehungsformen“ (IV.5)

Züge der Transformation des morphologischen Verfahrens der „Beschreibung und Rekonstruktion“ (s. u.). Ohnehin werden im Rahmen dieses Verfahrens die Erlebensbeschreibungen „in der weiteren Verarbeitung auf den Patienten und die von ihm ausgehende Beziehungsgestaltung bezogen.“ (Tüpker 1988/1996, S. 86). Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung soll das Thema „Beziehungsgestaltung“ wegen seiner Relevanz im Rahmen schizophrener Erkrankungen (vgl. II) ausdrücklich fokussiert und umfassender dargestellt werden. Weitere innerhalb dieses Untersuchungsschrittes einbezogene Daten wurden den Patientenakten oder Teambesprechungen entnommen.

Die Untersuchung und Darstellung der „Beziehungsformen“ fokussiert also die aktuelle Beziehungsgestaltung zwischen Patient und Therapeutin vor dem Hintergrund dessen, was (sonst noch) über das Beziehungserleben und –verhalten des Patienten bekannt ist. Dabei orientiert sich die Autorin an folgenden Fragen:

- 1) Welche Formen der Bezogenheit werden von den Beschreibenden zwischen welchen Figuren dargestellt? (direkte Beschreibungen: Patient – Therapeutin, Verhältnisse zwischen assoziierten Figuren etc.) Um das Verhältnis zwischen Formen des gemeinsamen Anwesendseins während des Gespräches und des Improvisierens herauszustellen, wird an einigen relevanten Stellen auch noch einmal auf die Skriptbeschreibungen zurückgegriffen.
- 2) Welche Affekte sind damit bei den assoziierten Figuren/Personen, aber auch den Hörern selbst verbunden?
- 3) Wie erlebte die Therapeutin die Beziehungsgestaltung innerhalb und außerhalb der Improvisation?
- 4) Wie erlebte der Patient die Beziehungsgestaltung innerhalb und außerhalb der Improvisation? (falls möglich)
- 5) Was äußert der Patient über sein Beziehungserleben und –verhalten außerhalb der Musiktherapie? (*Wenn* er sich dazu äußert – direkt oder indirekt)
- 6) Wie wird das Beziehungsverhalten des Patienten außerhalb der Musiktherapie beschrieben? (Hier werden auch Daten der PANSS einbezogen, s. u.)

Diese Fragen werden zunächst für jeden Patienten einzeln zu beantworten gesucht, wobei sie nicht nacheinander „abgearbeitet“ werden, sondern der Orien-

tierung und Fokussierung bei der Erarbeitung der „Beziehungsverhältnisse“ dienen sollen.

Vor dem Hintergrund psychoanalytischer Psychosentheorien (II) sowie der in Anlehnung an Deuter (1996/2007, s. o.) eingenommenen Haltung der Therapeutin (s. u.) und nicht zuletzt bezüglich des Erlebens der Therapeutin (s. o.) wie der Patienten kann die *Vermutung* formuliert werden, dass sich innerhalb der untersuchten Improvisationen *spezifische* Formen des Miteinander-Anwesendseins etablieren, die, so legen es die positiven Reaktionen der Patienten nahe (vgl. Steimer-Krause 1996) als zunächst geglückte Version der für den Schizophrenen so grundlegend wichtigen Regulierung von Nähe und Distanz verstanden werden kann.

III.2.2.3 Grundverhältnisse

Der Begriff „Grundverhältnisse“ bzw. „Grundverhältnis“ wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit unterschiedlich verwendet: Im ersten Kapitel wurden als „Grundverhältnisse“ von den Betroffenen selbst in den Mittelpunkt gerückte grundlegende Dimensionen ihres In-der-Welt-Seins dargelegt. In Anlehnung an Benedettis Beschreibungen der „Grundsituationen des psychotischen Leidens“ (Benedetti 1992, S. 14ff) sollte hier versucht werden, mit den Worten Betroffener und durch diese hindurch eine Annäherung an konstitutive, das Selbst- und Welterleben schizophrener Menschen maßgeblich prägende Seinsweisen zu ermöglichen. Allerdings wurden hier weniger Befindlichkeiten, Situationen und Zustände fokussiert, als vielmehr elementare *Verhältnisse* Schizophrener zu der sie umgebenden Welt wie zu sich und in sich. Um die der vorliegenden Arbeit zugrunde liegende Sichtweise herauszustellen, „dass seelisches Geschehen sich nur in einem ständigen Prozess der Gestaltbildung und –umbildung vollzieht“ (Weber 1987, S. 51) und damit das dynamische Moment zu betonen, Aspekte der Bewegung und Beweglichkeit des Seelischen, wurde der Begriff *Grundverhältnisse* dem der *Grundsituationen* vorgezogen. Eine fundamentale Dimension von Verhältnismäßigkeit begegnete auch in Kapitel II: Mit Benedetti und zahlreichen anderen psychoanalytisch orientierten Autoren bin ich der Meinung, dass es „kein ‚objektives‘ psychopathologisches Bild vom Patienten, unabhängig von meiner therapeutischen Person“ (Benedetti 1992, S.14), gibt.

Während anhand der Untersuchung der „Beziehungsformen“ die Art des gemeinsamen Anwesendseins von Patient und Therapeutin herausgestellt wird, werden mit den „Grundverhältnissen“ Beziehungsverhältnisse fokussiert, die mit Dilthey folgendermaßen charakterisiert werden können: „Leben ist überall nur im Zusammenhang da. ... Dieser Lebenszusammenhang ist ... eine durch *Beziehungen, die alle Teile verbinden*, konstituierte *Einheit*“ (Dilthey, zitiert nach Weber 1987, S. 48, Hervorhebungen S. K.).

Im Rahmen der folgenden Untersuchung ist mit „Grundverhältnis“ der in der morphologischen Psychologie gebräuchliche Fachbegriff *Grundverhältnis* gemeint, das als „Doppelstruktur ... zweier bestimmender Bilder ... oder Figurationen“ (Weymann 2002, S. 103) vorgestellt werden kann. „Das bewegte Miteinander dieser Figurationen bildet das *Grundverhältnis* oder die *Grundgestalt*“ (a. a. O., S. 104). Das Herausarbeiten des Grundverhältnisses wird verstanden als „Rekonstruktion der seelischen Konstruktion des Patienten“ (Tüpker 1983), als *Rekonstruktion* einer „Lösungsgestalt ...“, die sich unter den besonderen Bedingungen des Aufwachsens allmählich herausgebildet hat und von der aus die Wirklichkeit zu behandeln gesucht wird“ (Tüpker 1988/1996, S. 81). Von der Rekonstruktion der – je individuellen - Grundgestalt her organisieren wir die musiktherapeutische Arbeit mit unseren Patienten. Im Rahmen der nachfolgenden Studie geht es jedoch nicht um die Rekonstruktion der individuellen Grundverhältnisse *eines* Patienten, sondern um den Versuch, diese für eine Gruppe von Patienten zu erarbeiten – für Menschen, die schizophren *sind*. Ganz bewusst wird hier nicht davon gesprochen, dass die Patienten an einer Schizophrenie *erkrankt* sind, sondern die fundamentale Dimension dieser Seins-Form betont. So wurde auch in den Kapiteln I und II herausgestellt, dass es sich um Menschen handelt, deren *In-der-Welt-Sein* als schizophren bezeichnet bzw. diagnostiziert wird – Daseinsanalytiker sprechen von „schizophrener Seinsweise“ (vgl. z. B. Binswanger 1957 und Blankenburg 1971, aber auch Tölle 1988). Die folgende Untersuchung zielt also von vornherein auf eine „übergreifende Polarität“ (Weymann 2002, S. 106), die hier jedoch nicht (wie z. B. bei Weymann 2002) auf einem Vergleich der Grundverhältnisse der Einzelfälle beruhen soll. Anhand des dargestellten methodischen Vorgehens werden die individuelle Ausformungen übergreifenden Verhältnisse von Anfang an vergleichend und Gemeinsamkeiten fokussierend erarbeitet. Unterschiede

und Ausprägungen der jeweils individuellen Grundverhältnisse und deren Relevanz für die musiktherapeutische Arbeit sollen damit keineswegs geleugnet werden. Hinweise darauf klingen ab und zu an, sind jedoch nicht Gegenstand der nachfolgenden Untersuchung.

III.3 Methodisches Vorgehen

Die folgende Untersuchung zum musiktherapeutischen Erstkontakt mit schizophrenen Patienten orientiert sich an qualitativen Forschungsmethoden, wie sie in den Sozialwissenschaften, in Psychologie und Psychiatrie angewendet werden (vgl. z. B. Bock 1997, Flick 2002 sowie Mayring 2004) und auf vielfältige Art und Weise für die Untersuchung musiktherapeutischer Fragestellungen modifiziert wurden (vgl. z. B. Töpker 1988/1996 sowie Weymann 2002). Die dargestellten Ziele der vorliegenden Untersuchung stimmen mit den von Bock allgemeiner (1997 S. 81) formulierten Intentionen qualitativer Forschung überein, „durch das Konkrete hindurch das Typische zu sehen und die Struktur ... zu verdeutlichen“. Die Beantwortung der Frage nach der Gegenstandsangemessenheit des gewählten methodischen Vorgehens kann der Komplexität der zu untersuchenden Interaktionen nur vor dem Hintergrund der Annahme gerecht werden, dass „soziale Wirklichkeit immer nur als sinnhaft durch Kommunikation und Interaktion der Menschen konstituiertes Gebilde begriffen“ werden kann (Kardorff 1991, S. 7, zit. nach Bock 1997 S. 83). Die Entscheidung, „Wirklichkeit“ als Resultat und nicht als Ausgangspunkt sozialer Interaktion und damit per se als Ko-Konstruktion (vgl. Stern 2005 sowie Kapitel II der vorliegenden Arbeit) zu verstehen, liegt der gesamten vorliegenden Arbeit zugrunde und impliziert konsequenterweise eine am subjektiven Erleben orientierte Vorgehensweise. „Qualitative Forschung hat ihren Ausgangspunkt im Versuch eines vorrangig deutenden und sinnverstehenden Zugangs zu den interaktiv hergestellt und in sprachlichen wie nichtsprachlichen Symbolen repräsentiert gedachten sozialen Wirklichkeiten“ (Kardorff 1991, zit. nach Bock 1997 S. 79). Die Wahl eines qualitativen Vorgehens resultiert also sowohl aus den Umständen der klinisch – praktischen Situation der *Datenerhebung* als auch aus der spezifischen *Fragestellung*: Aufgabe des qualitativ Forschenden ist es, „das Forschungssubjekt, den Anderen, nicht zum Gegenstand, sondern

zum dialogischen Partner“ zu machen (Koepping 1987 S. 29, zit. nach Bock 1997 S. 78) und gleichzeitig „eine vergleichende, verallgemeinernde und damit abstrahierende Perspektive zu eröffnen“ (ebd.). Die auch im Rahmen der vorliegenden Untersuchung zu beachtenden Grundzüge (Weymann 2002) und Grundkriterien (Tüpker 1988/1996) qualitativen Vorgehens wurden von den genannten Autoren auch im Rahmen musiktherapeutischer Fragestellungen ausführlich dargelegt und diskutiert sowie von zahlreichen Autoren (z. B. Kalle-Krapf 2006) zitiert und sollen deshalb an dieser Stelle nicht noch einmal vorgestellt werden.

Dass im Rahmen der *Datenerhebung* auch quantitative Maße in Form entsprechender Untersuchungsinstrumente (s. u.) erhoben werden, bereichert einerseits die angestrebte Vielfalt unterschiedlicher Auswertungsmöglichkeiten *innerhalb* des gewählten theoretisch-methodischen Ansatzes und mag andererseits in klinisch relevanter Art und Weise unterschiedliche Paradigmen und Disziplinen in Austausch bringen. Auch Weymann (a. a. O., S. 71) betont mit Bezug auf Faller (1994), dass 'qualitativ' und 'quantitativ' nur tendenziell einander ausschließende Begriffe sind und nicht als „Grenzpfähle“ verwendet werden sollten. Tatsächlich gibt es in der klinisch-praktischen Arbeit wie in Forschungszusammenhängen vielfältige Verbindungen und Überschneidungen, deren bewusste Verknüpfungen durchaus spannende Fragen aufwerfen. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung betrifft dies z. B. Zusammenhänge zwischen den Daten der PANSS (s. u.) und den Ergebnissen der Untersuchung der musikalischen Improvisationen. Darüber hinaus werden im Rahmen der vorliegenden Untersuchung vor allem soziale und biografische Daten auf quantitativem Niveau präsentiert, die eine sofortige Darstellung der gesamten Stichprobe ermöglichen.

Nach wie vor sind Einzelfallstudien ein wichtiger praxisbezogener Forschungsbereich in der Musiktherapie. Tüpker verweist jedoch darauf, wie wichtig es ist, entsprechende Untersuchungen „durch methodische Gemeinsamkeiten vergleichbar zu machen“ (Tüpker 1993, S. 289). Die Möglichkeiten einer Vergleichbarkeit musiktherapeutischer Einzelfalluntersuchungen hängen nicht nur davon ab, ob es genügend Gemeinsamkeiten bezüglich der Durchführung der musiktherapeutischen Behandlung bzw. im Rahmen der vorliegenden Studie des musiktherapeutischen Erstkontaktes gibt (die ja ihrerseits abhängig

sind von theoretischen Grundannahmen und praktischen Gegebenheiten), sondern auch von der gewählten Fragestellung und natürlich dem jeweiligen methodischen Vorgehen. Auch das für die Untersuchung in modifizierter Form angewendete hermeneutische Verfahren der Beschreibung und Rekonstruktion, das Anfang der 80er Jahre von der 'Forschungsgruppe zur Morphologie der Musiktherapie' (Grootaers, Tüpker, Weber und Weymann) für die Untersuchung musiktherapeutischer Fragestellungen entwickelt wurde und dem seinerseits das von Salber entwickelte Verfahren der Erlebensbeschreibung zugrunde liegt, wurde inzwischen in unterschiedlichen Zusammenhängen ausführlich beschrieben (z. B. Tüpker 1988/1996, Weymann 1983 sowie Grootaers 1994). Krapf (2001) spezifizierte dieses Verfahren im Rahmen ihrer Diplomarbeit für den *Vergleich* musiktherapeutischer Erstimprovisationen: Sie nimmt in der von ihr entwickelten Methode auf die ersten beiden Untersuchungsschritte *Ganzheit* und *Binnenregulierung* Bezug, um Ähnlichkeiten und Unterschiede in der seelischen Gestalt von Schmerzpatienten zu erfassen. In dieser modifizierten Fassung wurde das Verfahren inzwischen in weiteren Arbeiten (Tönnies 2001, Erhardt 2003 sowie Schütt 2005) auch für die Untersuchung von (Erst-) Improvisationen mit jeweils anders, in sich jedoch homogen diagnostizierten Patientengruppen angewendet. Ziel auch dieser Untersuchungen war es, die seelische Gestaltbildung der jeweiligen Patienten zu Beginn einer musiktherapeutischen Behandlung zu erfassen, nach Ähnlichkeiten und *spezifischen* Strukturen in den untersuchten Improvisationen zu suchen und die Ergebnisse in Austausch mit dem jeweiligen Erkrankungsbild der Patienten zu bringen. Infolge der Anwendung dieser Methode innerhalb der vorliegenden Untersuchung besteht hier die Möglichkeit eines Vergleichs spezifischer Gestaltbildungen von Patienten mit verschiedenen Krankheitsbildern, ohne die vorliegende Studie durch den Einbezug einer eigenen Vergleichsgruppe unzumutbar auszuweiten oder aber auf in dieser Beschränkung mögliche Differenzierungen und Modifikationen (s. u.) verzichten zu müssen. Darüber hinaus wurde dieses Vorgehen für die vorliegenden Untersuchung jedoch noch einmal modifiziert und erweitert: Die erwähnten Arbeiten, die nach der Methode Krapfs erstellt wurden, hatten jeweils *ausschließlich* die Untersuchung der jeweiligen *Improvisationen* zum Gegenstand und bezogen keine weiteren Daten der Patienten oder der Erstkontakte, in die die Improvisationen eingebettet waren, in die Untersu-

chung ein. Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Rekonstruktion eines *Grundverhältnisses* (s. u.), das als „übergreifende Polarität“ (Weymann 2002, S. 106) die je individuellen Grundverhältnisse umfasst und transzendiert sowie die Untersuchung der *Beziehungsformen* und *Interaktionsmuster* (s. u.), die sich innerhalb der untersuchten Improvisationen etablierten *im Verhältnis* zu dem, was darüber hinaus über das Beziehungserleben und –verhalten der Patienten bekannt ist. Zu diesem Zweck wird der psychologische Rahmen der Improvisation überschritten und weiteres Material in die Untersuchung einbezogen. Dies soll zunächst der musiktherapeutische Erstkontakt in seiner Ganzheit *gerade* auch hinsichtlich aufzufindender Gemeinsamkeiten und Unterschiede sowie des Zusammenwirkens musikalischer und verbaler Interaktionsmodi sein. Um die Untersuchung der *beiden* Ebenen musikalische und verbale Interaktion von der Mitbewegung her zu organisieren und zu ähnlichem und vergleichbarem Untersuchungsmaterial in Form von Beschreibungstexten zu gelangen, wird der Untersuchungsschritt *Beschreibung* auch auf die Untersuchung des *Gesprächs* zwischen Patient und Therapeutin angewendet. Die hierbei aufgetretenen Probleme und das daraus entwickelte konkrete Vorgehen werden an der entsprechenden Stelle bei der Darstellung der *Auswertungsschritte* genauer erläutert. Eine weitere Modifikation ergab sich aus der im Rahmen der vorliegenden Arbeit gewählten Fokussierung auf das *Erleben Betroffener*, das zur Erarbeitung des ersten Kapitels führte. Die im Rahmen des Verfahrens der „Beschreibung und Rekonstruktion“ durch jeweils eine Gruppe von Hörern angefertigten Beschreibungstexte (sowohl der Gespräche als auch und in besonderem Maße der Improvisationen) weisen in vielerlei Hinsicht eine so verblüffende Ähnlichkeit mit den Beschreibungen Betroffener auf, dass es geradezu zwingend erschien, diese unterschiedlichen „Erlebensbeschreibungen“ miteinander in Austausch zu bringen. Dies war bei der Konzeption der vorliegenden Untersuchung ursprünglich nicht geplant, insofern ist das Einfügen dieses Schrittes in den Untersuchungsablauf selber bereits Resultat des (bis dahin beschrittenen) Untersuchungsganges. Vor dem Hintergrund der Frage, ob es sich bei den evtl. vorzufindenden Ähnlichkeiten hinsichtlich der Wirkungsgestalt um eine für als schizophren diagnostizierte Menschen *typische* handelt, erscheint dieser Untersuchungsschritt nahe liegend: Bei den im Rahmen der vorliegenden Untersuchung angefertigten Beschreibungstexten handelt es sich

ebenso wie bei den in Kap. I dargestellten Texten Betroffener um den Versuch, subjektives Erleben in Form von Gedanken, Bildern, Empfindungen und Geschichten zu nutzen, um seelische Prozesse in ihrer (Mit-) Bewegung darzustellen und zu beschreiben. Da die Beschreibungstexte als Resonanztexte verstanden werden und die hierin zum Ausdruck kommenden Erlebensweisen als Prozesse der Mitbewegung, erscheint es sinnvoll, hier nach Ähnlichkeiten und Gemeinsamkeiten zu suchen. (vgl. auch die Ausführungen hierzu im Rahmen der Einleitung sowie unter dem Gesichtspunkt der Fragestellung.)

III.3.1 Datenerhebung

Der folgende Abschnitt widmet sich zunächst der Darstellung der Durchführung der untersuchten musiktherapeutischen Erstkontakte. Zeitraum, Rahmenbedingungen und Auswahlkriterien sollen erläutert und das konkrete Vorgehen dargelegt werden. Darüber hinaus werden Vorgehen und methodische Besonderheiten bei der Erhebung der Beschreibungstexte sowie klinischer und biografischer Daten thematisiert.

III.3.1.1 Durchführung und Protokollierung der untersuchten musiktherapeutischen Erstkontakte

Die im Rahmen der Studie untersuchten zwölf Erstkontakte wurden in den Jahren 1998 und 1999 sowie 2002 und 2003 an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Münster durchgeführt, wo die Autorin seit 1993 als Musiktherapeutin tätig ist. In diesen beiden gewählten Zeiträumen fanden 15 Erstkontakte statt, die die Kriterien für die Aufnahme in die Studie erfüllten (s. u.). Um die auch sonst im klinischen Alltag üblichen Voraussetzungen für die Beziehungsgestaltung innerhalb des musiktherapeutischen Erstkontaktes nicht zu verändern und vor allem nicht von vornherein in eine „Forschungssituation“ umzudeuten, fragte ich bis auf eine Ausnahme (s. u.) die Patienten erst *nach* dem Vorgespräch, ob sie mit der Aufnahme in die Untersuchung einverstanden seien. Vor Beginn der Stunde bat ich lediglich, das Aufnahmegerät während des (gesamten, s. u.) Erstkontaktes mitlaufen lassen zu dürfen. So wussten die Patienten *während* des Erstkontaktes noch nichts von der Untersu-

chung und ich zumindest nicht, ob dieser jeweilige Erstkontakt in die Untersuchung aufgenommen würde.

Drei Begegnungen konnten in die Studie nicht einbezogen werden: Bei einem Erstkontakt versagte die Technik. Ein Patient lehnte es ab, das Tonband mitlaufen zu lassen, was für das gewählte methodische Vorgehen jedoch unerlässlich war. So informierte ich ihn gleich zu Beginn der Stunde über mein Forschungsvorhaben, um ihm zu erklären, warum mir das Aufzeichnen der gesamten Stunde wichtig war. Der Patient wollte zwar gerne in die Studie aufgenommen werden und zeigte sehr großes Interesse dafür, blieb aber bei seiner Ablehnung einer Aufnahme. Seine Begründung, nachdem er sich hatte schildern lassen, welche Untersuchungsschritte ich vorhabe, war, dass ich so nicht finden würde, was ich suche. (Leider hatte er aber auch keine andere Idee und so hoffe ich, dass er nicht Recht behält.) Lediglich eine Patientin wollte nicht, dass unsere erste Begegnung Gegenstand der geplanten Untersuchung würde. Aufgenommen wurden also zwölf Erstkontakte. Um wirklich den klinischen Alltag wiederzuspiegeln, gab es außer der Tatsache, dass es sich tatsächlich um einen musiktherapeutischen *Erstkontakt* handeln sollte, keine Auswahlkriterien als das der Diagnose einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis zum Zeitpunkt des musiktherapeutischen Erstkontaktes, diagnostiziert nach ICD-10 (F20.0- F20.6) bzw. nach DSM-IV (295.30/10/20/60 oder 90).

Dass in dem angegebenen Erhebungszeitraum von vier Jahren (dazwischen lagen zwei Jahre beruflicher Pause der Autorin) im Rahmen einer halben Stelle klinischer Tätigkeit lediglich fünfzehn musiktherapeutische *Erstkontakte* mit schizophrenen Patienten stattfanden, mag verwundern und resultiert aus den für die Untersuchung klar definierten Kriterien des *Erstkontaktes*, die gewährleisten sollten, dass die Patienten in einer für sie neuen und unbekanntem Situation und vor allem mit mir als noch fremdem Gegenüber interagieren sollten, sich das Seelische des Patienten also tatsächlich in einem *Erfahrungsraum* (in diesem Sinne) *ersten Kontaktes* bewegen sollte. Aus diesem Grunde sollte es sich sowohl um einen ersten Kontakt innerhalb des musiktherapeutischen Settings zwischen dem jeweiligen Patienten und mir handeln als auch um einen ersten Kontakt des Patienten mit „der Musiktherapie“. Im klinischen Alltag kommen allerdings extrem häufig schizophrene Patienten zur Musiktherapie, die entweder in anderen Kliniken oder im Laufe der vergangenen Jahre in unserer Klinik

von mir musiktherapeutisch behandelt wurden. Da ich die sonst üblichen Anmeldekriterien nicht durch die Studie verändern wollte, dauerte es insgesamt vier Jahre, bis ich die zwölf für die Einbeziehung in die Untersuchung „geeigneten“ Erstkontakte durchgeführt hatte.

Die Beschränkung auf diese zwölf Erstkontakte resultiert einerseits aus einer realistischen Einschätzung des im Rahmen des gewählten methodischen Vorgehens Möglichen. Andererseits erfolgte sie aufgrund eines in jahrelangen Erfahrungen mit schizophrenen Patienten gewachsenen vorwissenschaftlichen „Erkennens“, dass anhand dieser zwölf Erstkontakte bei aller Individualität das Spektrum grundsätzlicher Ausformungen musiktherapeutischer Erstkontakte mit schizophrenen Patienten in hinreichendem Maße dargestellt werden könnte. Letzteres gilt es selbstverständlich weder zu beweisen noch besteht überhaupt so etwas wie ein Anspruch auf „Vollständigkeit“ oder „Objektivität“.

Zustandekommen und Gestaltung entsprachen im Wesentlichen dem auch sonst üblichen klinischen Setting. Die Patienten werden von dem jeweiligen behandelnden Arzt oder Psychologen zur Musiktherapie angemeldet, wobei die Intentionen hierfür sehr unterschiedlich sein können: Anlass ist häufig die Schwierigkeit oder Unmöglichkeit, mit dem Patienten in einen verbalen Austausch zu gelangen (was wiederum die unterschiedlichsten Gründe haben kann...). Auch Informationen über (frühere) musische Aktivitäten des Betroffenen, seien diese aktiver oder, was gerade bei jungen schizophrenen Patienten wie bei anderen Jugendlichen auch der Fall ist, eher rezeptiver Art, nähren bei den Behandelnden häufig die Hoffnung, dem Patienten mit der Musiktherapie etwas „anbieten“ zu können, das in welcher Art und Weise auch immer an positive Erfahrungen anzuknüpfen vermag. Nicht selten äußern gerade schizophrene Patienten von sich aus den Wunsch, an der Musiktherapie teilzunehmen, und manchmal ist es zumindest die einzige der zur Auswahl stehenden Therapieformen, die die Betroffenen bereit sind, „auszuprobieren“. (Zu der spannenden und klinisch durchaus manchmal kuriosen, im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht weiter zu erörternden Frage der Praxis der Indikationsstellung s. z. B. Vogt-Schäfer 1991, Weymann 1991 b, Dettmer 1996 sowie Kühn 1991)

Um meine erste Begegnung mit dem Patienten möglichst unvoreingenommen zu gestalten, erkundigte ich mich erst *nach* Durchführung des Erstkontaktes

nach lebensgeschichtlichen Hintergründen sowie biografischen und sonstigen Daten. Da ich im Rahmen der vorliegenden Untersuchung jedoch um die Diagnose wissen musste, gab es diesbezüglich eine Änderung, darüber hinaus fanden jedoch auch die untersuchten Begegnungen ohne weitere Vorkenntnisse meinerseits betreffs der jeweiligen Patienten statt.

Auch die *Durchführung* der Erstkontakte entsprach bis auf das durchgängige Mitlaufen des Aufnahmeegerätes, das ich sonst nur während des Spielens einschalte, dem sonst üblichen Vorgehen: Ich hole die Patienten, die ich bis dahin ja noch nicht kenne, von der jeweiligen Station ab und wir gehen gemeinsam zum Musiktherapieraum. Dort bitte ich sie, Platz zu nehmen, von sich zu erzählen, und dann erkläre ich ihnen, was wir in der Musiktherapie (miteinander) tun können... Danach improvisieren wir gemeinsam, in der Regel, „um die Instrumente oder das Improvisieren schon mal auszuprobieren“ – zumeist ohne ein Thema oder irgendwelche Vorgaben (meinerseits, s. u.) oder Anknüpfungen an das Gespräch, die sich im Erstkontakt mit schizophrenen Patienten eher selten ergeben. Anschließend ist noch einmal Zeit, um miteinander zu sprechen, das Gespielte anzuhören oder ähnliches. In meinem Vorgehen orientiere ich mich ausschließlich an der mir mitgeteilten und/oder von mir verspürten Befindlichkeit meines jeweiligen Gegenübers. Insgesamt versuche ich, die Situation so wenig wie möglich, aber so viel wie nötig durch eigene Beiträge, Fragen u. Ä. zu „strukturieren“.

Für den Erstkontakt mit schizophrenen Patienten biete ich einen Zeitraum von dreißig Minuten an, was sich im Laufe der Jahre als angemessener, haltgebender zeitlicher Rahmen bewährt hat, der selbstverständlich abhängig von der Befindlichkeit oder auf Wunsch der Patienten verkürzt, jedoch nicht verlängert werden kann. Im Anschluss haben die Patienten und auch ich die Möglichkeit, sich für oder auch gegen ein gemeinsames Arbeiten zu entscheiden. Die zwölf an der Studie beteiligten Patienten entschieden sich alle für die Teilnahme an der Musiktherapie.

Über die erwähnten Aufnahmen hinaus erfolgte eine *Protokollierung* der durchgeführten musiktherapeutischen Erstkontakte. Von den hierfür zur Verfügung stehenden Fragebögen (eine ausführliche Darstellung findet sich bei Krückeberg 2000) wurde der von Tüpker (1993) in Anlehnung an Balint entwickelte Erstinterviewbogen ausgewählt: Einerseits, weil hier besonders das

(Selbst-) *Erleben* (des Patienten, Punkt D des Erstinterviewbogens) fokussiert (vgl. Krückeberg 2000, S. 28ff) und damit eine die gesamte vorliegende Arbeit organisierende Sichtweise eingenommen wird, die die zu untersuchenden Phänomene grundsätzlich vom Erleben und Miterleben her zu erfassen sucht. Darüber hinaus gilt der *Beziehungsgestaltung* zwischen Patient und Therapeutin in und außerhalb der Musik (Punkt E) und damit einem der Hauptthemen der vorliegenden Untersuchung ein besonderes Augenmerk. Die anhand des Protokollformblattes notierten Eindrücke bildeten die Grundlage der unter Punkt I.1.3.2 dargestellten Einblicke in die jeweiligen Erstkontakte. Darüber hinaus finden sie Eingang vor allem in die Untersuchung der „Beziehungsformen und Interaktionsmuster“ (IV.5).

III.3.1.2 Die Erhebung der Beschreibungstexte

Wenngleich die Anfertigung der Beschreibungstexte bereits einen ersten methodischen Schritt zur Untersuchung der musiktherapeutischen Erstkontakte darstellt, muss auch dieser als Schritt der *Materialerhebung* verstanden werden, denn die entstehenden Texte sind zunächst einmal eine Art erster Übersetzungsversuch (vgl. Tüpker 1988/1996 S. 71); ein erstes verfügbares Material, das es im Folgenden seinerseits zu analysieren gilt und das die Grundlage weiterer Untersuchungsschritte darstellt. In diesem ersten Schritt des Verfahrens der *Beschreibung und Rekonstruktion* werden Prozesse der Empathie und Resonanz, wird das eigene Erleben einer Gruppe von Hörern als Instrument der Untersuchung genutzt und anhand der notierten Assoziationen und Reaktionen nach der *Wirkung* und dem *Erleben* des Ganzen einer *Improvisation* gefragt. (Zur spezifischen Darstellung dieses Untersuchungsschrittes s. z. B. Tüpker 1988/1996 S. 71ff) Die als Ganzheit definierte Untersuchungseinheit der vorliegenden Studie sind die jeweiligen musikalischen Improvisationen, zu denen entsprechend des gewählten Verfahrens *Beschreibungstexte* angefertigt wurden. Die Entscheidung, die Untersuchung konsequent von den Beschreibungen des *Erlebens* und *Miterlebens* ausgehend zu organisieren und die Fokussierung der Beziehungsformen *auch* hinsichtlich des Verhältnisses zwischen verbaler und musikalischer Interaktionen innerhalb der musiktherapeutischen Erstkon-

takte führten zu der Idee, diesen ersten Untersuchungsschritt auch auf die innerhalb der Erstkontakte geführten Gespräche anzuwenden.

Die Beschreibungen der Improvisationen

Zu den 12 Improvisationen entstanden insgesamt 66 Beschreibungstexte.

Zu den einzelnen Improvisation wurden jeweils vier (4x), fünf (4x) bzw. 6 (2x) Texte angefertigt. Für zwei weitere Improvisationen waren es 8 bzw. 10 Texte. Diese Anzahl entspricht in etwa der für das Verfahren empfohlenen Gruppenstärke von 4-8 Personen (vgl. Tüpker 1988/1996 S. 89). Die unterschiedliche Anzahl an Texten resultiert aus der absichtlich in *unterschiedlichen* Gruppenkonstellationen durchgeführten Beschreibungsarbeit. Es wurde bewusst keine konstante Gruppe gewählt, um persönlichen Beeinflussungen oder des letztlich nicht nachzuprüfenden Vorwurfs solcher entgegenzuwirken. Die jeweiligen Beschreibungsgruppen setzten sich aus unterschiedlichen musiktherapeutischen Kollegen zusammen oder aber aus verschiedenen Studierenden des Zusatzstudienganges Musiktherapie an der WWU Münster, die an einem Seminar zur Musiktherapie in der Psychiatrie teilnahmen. Die Beschreibungstexte zu 5 Improvisationen entstanden im Rahmen einer kollegialen Intervision mit jeweils nur leichten Unterschieden der Gruppenzusammensetzung, 2 Improvisationen wurden im Rahmen des erwähnten Seminars mit unterschiedlichen Teilnehmern beschrieben und für die Beschreibungsarbeit der verbleibenden 5 Improvisationen konnten (weitere) Kollegen gewonnen werden. Auch hier gab es jeweils kleinere Unterschiede in der Gruppenzusammensetzung. So entstanden die Beschreibungstexte in unterschiedlichen Gruppenkonstellationen, deren Mitglieder jedoch – wenn auch in unterschiedlichem Maße - mit dem Beschreibungsverfahren vertraut waren. Die relativ große Anzahl der im Rahmen der beiden Seminare entstandenen Beschreibungstexte hätte aufgrund inhaltlicher Redundanzen durchaus reduziert werden können. Erwartungsgemäß fanden sich gehäuft verschiedene Bilder und Metaphern für ähnlich Wahrgenommenes und Verspürtes. Gleichwohl waren diese so plastisch und aussagekräftig, dass eine inhaltlich durchaus angemessene Reduzierung aus Gründen der Anschaulichkeit und Nachvollziehbarkeit weder notwendig noch sinnvoll erschien. Da die Texte qualitativ unter inhaltlichen Aspekten ausgewertet wur-

den, konnten die Unterschiede in der Anzahl der Beschreibungstexte vernachlässigt werden.

Entsprechend dem Verfahren der Beschreibung und Rekonstruktion erhielten die Hörer keine Vorinformationen zu dem jeweiligen Patienten. Bekannt war den meisten Beschreibenden allerdings, dass es sich entsprechend meinem Forschungsvorhaben um Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten handeln würde.

Die Beschreibungen der Gespräche

Gemäß der oben erwähnten Idee, die jeweils gewählten Einheiten vom zu beschreibenden Erleben her zu untersuchen und zu ähnlichem Ausgangsmaterial für die weitere Untersuchung zu gelangen – um also auch für die Auswertung des Gesprächsteils zu Beschreibungstexten zu kommen, wurde eine Gruppe von Kollegen gebeten, eines der Erstgespräche (ohne Improvisation) vom Band zu hören und zu beschreiben. Dieses Vorgehen erwies sich als ebenso unmöglich wie eine Beschreibung des gesamten Erstkontaktes, was ebenfalls versucht wurde. Die Reaktionen der Hörer waren heftig und reichten von dem unangenehmen Gefühl, in voyeuristischer Art und Weise einer als sehr intim erlebten Szene beizuwohnen bis zu einem als verfolgend und eindringend erlebten Tun. Die Mühe, das Gesprochene auf jeden Fall in seiner semantischen Bedeutung verstehen zu wollen (was ausdrücklich nicht gefordert war!) erzeugte bei einigen Hörerinnen Kopfschmerzen und lenkte die Hörer von innerem Erleben, auftauchenden Bildern o. ä. ab. Was blieb, waren Ärger und regelrecht Wutwahlweise auf die Untersucherin oder die zu undeutlich sprechenden Patienten - und Resignation – auch auf Seiten der Autorin. Deutlich wurde, dass die geschilderte Dynamik neben methodenimmanenten Problemen auch mit der spezifischen (Nähe – Distanz-) Problematik (s. II) der untersuchten Patienten zusammenhängen dürfte. Infolge einer gewissen methodischen Hartnäckigkeit entschloss ich mich nach eingehender Diskussion und fachlichem Austausch, noch einen Versuch zu wagen und einer weiteren Beschreibungsgruppe eines der Gespräche vorlesen zu lassen. Dass bei diesem Vorgehen gerade die eher musikalischen Anteile des Gesprochenen verloren gehen bzw. von dem Vorlesenden beschreibend „nachgereicht“ würden, schien mir einerseits ein großer

Verlust zu sein. Andererseits war es ja gerade die zu große Nähe zum Material, die eine Beschreibung der Gespräche vom Band verunmöglichte. Die Idee, diesem Problem mit der Distanz, die durch das Vorlesen entstehen würde, zu begegnen, erwies sich als überraschend konstruktiv: In dieser Form konnten die Beschreibungen mit überraschend aussagekräftigen und interessanten Ergebnissen durchgeführt werden. Konkret wurde der Vorlesende, der selber keine Beschreibung anfertigte, gebeten, back-channel-Signale (Sprachsignale, die dem Sprechenden Aufmerksamkeit und Zuwendung signalisieren und ihn i. d. R. zum Weiterreden ermutigen) mitzulesen, auffallend schnelle und abrupte Sprecherwechsel mitzuvollziehen und auch alle Arten von Räuspern, Hüsteln, Lachen und andere paraverbale Verlautbarungen. Auf stimmliche Besonderheiten wie auffallende dynamische Gegebenheiten, raue, kratzige Stimme u. ä. sowie gleichzeitiges Sprechen von Patient und Therapeutin sollte dagegen anhand der Notizen lediglich hingewiesen werden, um die gewonnene Distanz durch ein „Nachspielen“ der Situation nicht wieder zu verringern (oder allzu sehr zu vergrößern).

Insgesamt wurden zu den 12 Gesprächen 58 Beschreibungstexte angefertigt, 2 x 4 und 10 x 5 Texte. Vier Mal wurde diese Beschreibungsarbeit im Rahmen einer kollegialen Intervisionsgruppe durchgeführt, acht Mal trafen sich Kolleginnen und Kollegen in eigens für diesen Untersuchungsschritt zusammengestellten Gruppen mit jeweils kleinen Unterschieden in der Zusammensetzung. Auf eine Beschreibungsarbeit im Rahmen von Seminaren oder (noch) mehr Heterogenität in der Gruppenzusammensetzung wurde verzichtet, da für diese Art der Beschreibungsarbeit Kolleginnen gesucht wurden, die über möglichst viel Erfahrung bezüglich klinisch-musiktherapeutischen Arbeitens wie mit dem Beschreibungsverfahren selbst verfügen sollten.

III.3.1.3 Die Erhebung medizinisch-diagnostischer sowie weiterer klinischer und biografischer Daten

Da im Rahmen der folgenden Untersuchung nicht nur die Improvisationen isoliert betrachtet, sondern weitere Daten und Informationen einbezogen werden, die „ein Gegengewicht zu der Mitbewegung und dem Sich-Führen-Lassen vom Material her“ (Töpker 1988/1996, S. 76) darstellen sollen, wurde es notwendig,

über den Rahmen des musiktherapeutischen Erstkontaktes hinaus für die Fragestellung relevante Informationen zu erfassen.

Medizinisch-diagnostische Untersuchungsinstrumente

In Absprache mit dem Chefarzt unserer Klinik, Prof. Dr. V. Arolt, habe ich mich dazu entschlossen, auch die Ergebnisse medizinisch-diagnostischer Untersuchungsinstrumente in die Untersuchung einzubeziehen. Nach eingehender Beschäftigung mit entsprechenden Tests und Manualen entschloss ich mich, die Positive and negative Syndrome Scale (PANSS), eine auf einem speziellen Interview beruhende Beurteilung schizophrener Positiv- und Negativsymptomatik sowie der allgemeinen Psychopathologie und die Kurzform der Allgemeinen Depressions Skala (ADS-K) zu verwenden.

1) Die Positive and negative Syndrome Scale (PANSS)

Die PANSS wurde als psychometrisches Instrument zur typologischen und dimensional Bewertung voneinander abzugrenzender schizophrener Syndrome entwickelt und standardisiert. Dabei handelt es sich um eine Bewertungsskala mit 30 Items, denen jeweils eine Punktzahl von 1-7 zugewiesen wird. Diese sieben Bewertungsstufen entsprechen zunehmenden Schweregraden des psychopathologischen Zustandes von 1=nicht vorhanden bis 7=extrem. Die PANSS dient der Beurteilung von Plus- (7 Items), Minus- (7Items) und anderer Symptomformen (psychopathologische Globalskala mit 16 Items), basierend auf einem 30 -40minütigen formalisierten, semistrukturierten klinischen Interview und weiteren Informationsquellen wie Berichten des Krankenhauspersonals oder Angehöriger über das alltägliche Verhalten des Patienten. Der Untersucher erhält präzise Hinweise für die Durchführung des PANSS-Interviews (Haltung des Interviewers, Aufbau in vier Phasen, empfohlene Fragenkataloge etc.), die zu beurteilenden Parameter sind exakt definiert und getrennte Kriterien für jede der sieben Stufen dargestellt. Das Interview eignet sich zur Beobachtung physischer Manifestationen, der kognitiv-verbale Abläufe, der Gedankeninhalte, der Reaktion auf die strukturierte Befragung sowie allgemein des *zwischenmenschlichen Verhaltens* – letzteres war der Hauptgrund für die Wahl gerade dieses Untersuchungsinstrumentes.

Die Kolleginnen, die die PANSS ausgefüllt haben, waren in ihrer Handhabung geschult und erfahren.

2) Die Allgemeine Depressions Skala (ADS-K)

Die ADS wurde durch Revision der deutschsprachigen CES-D erarbeitet und liegt in einer Langform mit 20 Items sowie als hier verwendete Kurzform ADS-K mit 15 Items vor. Die Entscheidung für die ADS-K resultierte vor allem aus dem Bedürfnis, eine kurze, unkomplizierte Skala zu wählen, um die Patienten nicht übermäßig zu fordern und *allen* ein Ausfüllen zu ermöglichen. Die Items beziehen sich auf das Befinden „Während der letzten Woche...“. Neben 13 negativ formulierten Items wie „... war ich deprimiert /niedergeschlagen“ oder „...fühlte ich mich einsam“ enthält die Skala zwei in umgekehrter Richtung auszuwertende, positiv formulierte Items „...war ich fröhlich gestimmt“ und „...habe ich das Leben genossen“. Die daraus resultierende Möglichkeit der Berechnung als unglaublich einzustufender Skalenantworten („Lügenkriterium“) sollte, falls dies zutreffen würde, allerdings nicht dazu führen (wie eigentlich gemeint), die entsprechenden Fragebögen nicht zu berücksichtigen. Neben depressiven und auch positiven Affekten sowie somatischen Beschwerden und Antriebslosigkeit (auch motorischen Hemmungen, was bezüglich des Spielverhaltens besonders interessant sein könnte) wird auch nach dem für die vorliegende Untersuchung besonders relevanten Erleben interpersoneller Erfahrungen gefragt wie „...hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können“. Der Fragebogen wurde den Patienten im Anschluss an den Erstkontakt mit der Bitte, ihn innerhalb von drei bis vier Tagen auszufüllen, übergeben, nachdem sie über das Forschungsvorhaben informiert und gefragt wurden, ob sie in die Untersuchung einbezogen werden dürften.

Die Erhebung weiterer klinischer und biografischer Daten

Nach der Durchführung der musiktherapeutischen Erstkontakte erfolgte die Durchsicht der Patientenakten, um neben sozialen Daten und Angaben zu Diagnosen und Medikation auch klinische *Beschreibungen* des Pflegepersonals sowie der behandelnden Ärzte und/oder Psychologen in die Untersuchung einbeziehen zu können. Auch diese Informationen werden zur Vorstellung der

Untersuchungsgruppe unter IV.1 herangezogen und darüber hinaus im Rahmen der Untersuchung der „Beziehungsformen und Interaktionsmuster“ genutzt und dargestellt.

III.3.2 Datenaufbereitung

Nachdem die entsprechenden Erstkontakte stattgefunden hatten und die Entscheidung getroffen war, genau diese und keine weiteren in die Untersuchung aufzunehmen, lagen die Aufnahmen, teils auf Mini -Disc, teils auf Kassetten, als „neue empirische Basis“ (Weymann 2002, S. 96) vor. Der erste Schritt zur Datenaufbereitung musste also in einer Form der Verschriftung der Gespräche bestehen. Darüber hinaus wurde es im Rahmen der *Binnenregulierung* der Improvisationen notwendig, die musikalischen Improvisationen zumindest abschnittsweise in geeigneter Form zu notieren.

III.3.2.1 Die Transkription der Gespräche

Unterschiedliche soziologische und linguistische Verfahren der Verschriftung sprachlicher Äußerungen unterscheiden sich vor allem hinsichtlich ihrer Detailliertheit und bezüglich ihrer Einbeziehung parasprachlicher Verlautbarungen, durch die sich die gesprochene Sprache erheblich von der geschriebenen Sprache unterscheidet (vgl. Weymann 2002 S. 97 ff sowie Steimer-Krause 1996 S. 263 ff). Da die therapeutischen Gespräche – mit kurzen, der Illustration bestimmter Aussagen dienenden Ausnahmen - im Rahmen der vorliegenden Arbeit *nicht* als geschriebene Texte rezipiert werden sollten, sondern die jeweiligen Transkriptionen notwendig wurden, um als Ausgangsmaterial der *Beschreibungen* der Gespräche zur Verfügung zu stehen, konnte das Kriterium der Ermöglichung einer Rezeption des Gesprochenen *als* Text vernachlässigt werden zugunsten differenzierterer Angaben parasprachlicher Informationen. Infolge dieser Überlegungen wurden die Gespräche *wörtlich* notiert einschließlich back-channel-Signalen (s. o.), Erwähnung von (längeren oder kürzeren) within-pausen (hierunter sind mit Bezug auf Steimer-Krause Stilleperioden zwischen zwei Äußerungen desjenigen Sprechers, der den turn hat, zu verstehen) oder aber switching-pausen (hierunter sind, wiederum mit Bezug auf Steimer-Krause, Stilleperioden zwischen Gesprächsbeiträgen verschiedener

Sprecher zu verstehen, mit denen ein turn-Wechsel verbunden ist) und Hinweisen auf simultansprachliche Aktivitäten. Mit „turn“ ist die Zeitspanne zwischen zwei Sprecherwechseln gemeint. Auch auf Besonderheiten wie geräuschvolles Ein- oder Ausatmen, auffallend schnelle Anschlüsse, deutliche Betonungen, Wort- oder Satzabbrüche und steigende oder fallende Intonationskurven, Zögern, Stocken, Lachen, dynamische Auffälligkeiten u. Ä. wurde *mit* diese Besonderheiten *beschreibenden Worten* hingewiesen. Es wurden, soweit wie möglich, alle (auf dem Tonträger) hörbaren (wenn auch nicht immer in ihrer semantischen Bedeutung *verstehbaren*) Bestandteile des Gespräches notiert bzw. auf diese hingewiesen, um bei dem für den Untersuchungsschritt der *Beschreibung* notwendig gewordenen *Vorlesen erwähnt* bzw. *umgesetzt* zu werden.

III.3.2.2 Beschreibung und Notation der Improvisationen

Für die Durchführung der Analysen der musikalischen Improvisationen im Rahmen der *Binnenregulierung* ist es notwendig, die Improvisationen in Ausschnitten zu notieren. Tüpker (1988/1996) empfiehlt, „Aufwand und Ertrag gut abzuwägen und vor allem zu berücksichtigen, dass die Notation selbst nichts weiter ist als die mediale Vermittlung des Materials und nicht seine wissenschaftlich-psychologische Verarbeitung.“ (ebd. S. 93) Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung schien es weder (mit einer Ausnahme, vgl. IV.5.4.1) notwendig noch sinnvoll, komplette Improvisationen zu notieren. Stattdessen wurden lediglich wesentliche Ausschnitte im Notenbild dargestellt und andere Aspekte und Verläufe mit Worten beschrieben, was ein höheres Maß an Nachvollziehbarkeit gerade komplexerer musikalischer Strukturen gewährleisten sollte. Dort, wo eine Notation einzelner markanter Episoden des Gespielten notwendig und sinnvoll war, schien dies gleichwohl häufig ein fast unmögliches Unterfangen zu sein (vgl. IV.5). Gelang dieser Arbeitsschritt nach mühevoller Kleinarbeit dann aber doch, erwies sich dieser Aufwand *immer* als lohnenswert, da so manche diffizile Interaktionsmuster erst infolge dieser akribischen Feinarbeit überhaupt zutage traten. Die erarbeiteten Binnenregulierungen mit den auszugsweise angefertigten Notationen der einzelnen Improvisationen fungieren einerseits als Ausgangsmaterial für die zusammenfassende Untersu-

chung der Formenbildung (s. u. sowie IV.4). Andererseits finden sie Eingang in die Untersuchung der musikalischen Interaktionsmuster (vgl. IV.5), weshalb auf ihre Darstellung zugunsten der Wahrung eines angemessenen Umfangs der vorliegenden Arbeit verzichtet wird.

Ausführlichere Erläuterungen bezüglich der Durchführung der musikalischen Analysen finden sich innerhalb der Darstellung des Auswertungsschrittes „Binnenregulierung – zur Formenbildung der Improvisationen und Gespräche“ (s. u.).

III.3.3 Auswertungsschritte

Im Folgenden werden die Auswertungsschritte dargestellt, die im Rahmen der nachfolgend dargestellten Studie durchgeführt werden, um die „Grundverhältnisse, Beziehungsformen und Interaktionsmuster“ herauszustellen, die innerhalb der zwölf untersuchten musiktherapeutischen Erstkontakte bzw. ausgehend von diesen erarbeitet werden sollen.

III.3.3.1 Ganzheit: Die Auswertung der Beschreibungstexte

In einem ersten Auswertungsschritt (IV.2) werden die angefertigten Beschreibungstexte als *Erlebensbeschreibungen* der Hörer den *Erlebensbeschreibungen* Betroffener gegenübergestellt und hinsichtlich der dort herausgearbeiteten Besonderheiten zusammenfassend dargestellt. Dieser Auswertungsschritt soll eine erste Annäherung an Möglichkeiten und unterschiedliche Formen des *Selbstausdrucks* und der *Beziehungsgestaltung* innerhalb der Improvisation und zwischen Spielenden und Hörenden bzw. der Musik und den Hörern einerseits und im therapeutischen Gespräch andererseits ermöglichen, indem danach gefragt wird, wie sich diese im *Erleben* der Hörer zum Ausdruck bringen und in welchem *Verhältnis* dieses Erleben zum Erleben der Betroffenen steht. Der morphologische Begriff der „Mitbewegung“ (Grootaers 1983, S. 247) rückt die empathische Haltung der Hörenden in den Blick, die einen Vergleich der Erlebensbeschreibungen der Hörer mit denen der Betroffenen sinnvoll erscheinen lässt: Auf einer verallgemeinernden Ebene – denn die beschreibenden Betroffenen sind im Rahmen der vorliegenden Arbeit ja nicht die spielenden Betroffenen - können wir diesen Untersuchungsschritt als Versuch verstehen, Bewe-

gung und Mitbewegung, so, wie sie im Rahmen der vorliegenden Untersuchung erarbeitet wurden, miteinander in Austausch zu bringen.

Dieser Untersuchungsschritt soll eine erste Annäherung an die Frage ermöglichen, ob es einen nachvollziehbaren Zusammenhang zwischen dem Erleben Betroffener und dem Erleben der Hörer, das als Resonanz auf das in den Gesprächen und Improvisationen zum Ausdruck gebrachte Erleben (anderer) Betroffener verstanden wird, gibt. Eine solche Übereinstimmung könnte als erster Hinweis darauf verstanden werden, dass die im weiteren Verlauf der Untersuchung erarbeitete Grundgestalt tatsächlich als eine für schizophrene Patienten charakteristische verstanden werden kann.

Die anschließend folgenden Auswertungsschritte beziehen sich auf das von Krapf entwickelte methodische Vorgehen, erweitert um die Anwendung dieses Verfahrens auch auf die Untersuchung der Beschreibungstexte zu den Gesprächen. Mit Bezug auf Mömesheim (1999) entwickelte Krapf ein Vorgehen, bei dem die Beschreibungstexte wie die Improvisationen sowohl auf formaler als auch auf inhaltlicher Ebene untersucht werden. Dieser Untersuchungsschritt versteht sich im Zusammenspiel mit der Erarbeitung der jeweiligen Ganzheit aufgrund seiner Bezugnahme auf die Erlebensbeschreibungen der Hörer und damit auf die *Wirkungen* der beschriebenen Improvisation als Untersuchung der Improvisationen auf der *Ebene der Wirkungsgestalt* (IV.3). Das subjektive Erleben der Hörer wird genutzt, „um seelische Prozesse in ihrer Bewegung ... zu beschreiben und zu erfassen“ (Krapf 2001 S. 44). In den Erlebensbeschreibungen der Hörer etablieren sich der Grundriss der Gestaltverhältnisse des jeweiligen Patienten (vgl. Grootaers 1994 S. 56) und damit auch ein *Grundverhältnis* der jeweiligen intersubjektiven Matrix, die durch diese Gestaltverhältnisse geprägt ist. Insofern soll die Erarbeitung der Wirkungsgestalt im Rahmen der vorliegenden Untersuchung als Ganzheit verstanden werden, wenngleich dieser Untersuchungsschritt nach Auffassung der Autorin (S. K.) durchaus als Ganzheit und Binnenregulierung der Beschreibungstexte zu verstehen ist (s. u.). Diese „Verschachtelung“ des methodischen Vorgehens entspricht dem Gesamtaufbau der vorliegenden Arbeit und wird hier gezielt eingesetzt, um die Binnenstruktur des methodischen Vorgehens bei der Untersuchung der jeweils als Ganzheit definierten Untersuchungseinheit jeweils ähnlich zu gestalten. Die folgenden Untersuchungsschritte vollziehen sich in drei Stufen: Zunächst

werden die zu einer Beschreibungsganzheit gehörenden Texte auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede hin untersucht und jeweils eine vereinheitlichende Zusammenfassung, die *Ganzheit*, erarbeitet. Die *Ausführungen* dieses Arbeitsschrittes sind, wie die Beschreibungstexte auch, mit Ausnahme eines im Anhang der Arbeit befindlichen exemplarischen Beispiels im Materialband zu finden. *Dargestellt* werden zunächst die jeweiligen Zusammenfassungen der Beschreibungstexte zu den vorgelesenen Gesprächen/Skripten. Diese werden dann zueinander in Beziehung gesetzt, um in einer vergleichenden Sicht Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten und ggf. eine vereinheitlichende Zusammenfassung aller Beschreibungstexte zu erarbeiten. Anschließend wird mit den Beschreibungstexten zu den Improvisationen ebenso verfahren. Da sowohl die zu den Improvisationen als auch die zu den Gesprächen angefertigten Beschreibungstexte auf diese Art und Weise zusammengefasst werden, resultieren für jeden *Erstkontakt* zwei *Ganzheiten*. Die jeweils zu *einem* Erstkontakt erarbeiteten *Ganzheiten* der Beschreibungstexte zu den Improvisationen und der Beschreibungstexte zu den Gesprächen werden in einem weiteren Untersuchungsschritt zueinander in Beziehung gesetzt, um auch auf dieser Ebene eine Annäherung an spezifische Möglichkeiten der musikalischen sowie der verbalen Interaktionen zu ermöglichen. Basierend auf den bis dahin gewonnenen Erkenntnissen wird eine zusammenfassende *Ganzheit* aller 124 Texte erarbeitet, die – falls anhand der *Ganzheiten* vorgefunden - grundlegende Ähnlichkeiten sowie Unterschiede zwischen den Musik- und Skriptbeschreibungen zum Ausdruck bringen soll und eine erste Annäherung an die Frage, ob es so etwas wie eine Grundgestalt gibt, darstellt .

Ebenfalls in Anlehnung an das Vorgehen Krapfs werden in den beiden weiteren Untersuchungsschritten *inhaltliche und formale Aspekte der Beschreibungstexte* dargestellt und untersucht. Diese Untersuchungsschritte können nach Ansicht der Autorin (S. K.) gewissermaßen als „Binnenregulierung der Beschreibungstexte“ verstanden werden: Krapf betrachtet die Beschreibungstexte in Anlehnung an Mömesheim (1999) als sprachliche Entsprechung der Improvisationen (vgl. Krapf 2001 S. 44) und geht bei der weiteren Untersuchung der Texte ähnlich vor wie bei der Auswertung der Formenbildungen der Improvisationen. Zunächst werden *inhaltliche Aspekte* der Beschreibungstexte untersucht. Zu den von Krapf erarbeiteten Vergleichskategorien zählen *Inhalt*

vs. *Zustand, Figuren und Beziehungen, Zeit/Struktur, Raum/Atmosphäre/Realitätsebene, Affekte und Reaktionen der Hörer* sowie *thematische Durchgängigkeit*. Diese Kategorien werden zunächst für die Beschreibungstexte der Gespräche herausgearbeitet, anschließend für die Beschreibungstexte der Improvisationen und schließlich vergleichend dargestellt. Diese Orientierung an den von Krapf herausgearbeiteten Kategorien versteht sich jedoch nicht als starre Festlegung: So soll auf jeden Fall Offenheit dafür bewahrt werden, dass die hier untersuchten Texte möglicherweise andere Schwerpunktsetzungen erfordern.

In einem weiteren Untersuchungsschritt werden anhand der Vergleichskategorien *Gattung, Besonderheiten der Sprache* sowie *Erzählperspektive* formale Aspekte der Beschreibungstexte herausgearbeitet. Auch dies zunächst zusammenfassend für die Beschreibungstexte der Gespräche und anschließend für die Beschreibungstexte der Improvisationen, um in einem weiteren Untersuchungsschritt die Ergebnisse in Beziehung zueinander zu setzen.

Anhand einer *Zusammenfassung* der Ergebnisse der Untersuchung der Ganzheiten sowie der inhaltlichen und formalen Aspekte wird die erarbeitete Wirkungsgestalt noch einmal herausgestellt und als solche formuliert.

III.3.3.2 Binnenregulierung: Zur Formenbildung der Improvisationen

In dem folgenden Untersuchungsschritt wird nach Zusammenhängen zwischen der Gestalt als umfassender Ganzheit, wie sie anhand der bisherigen Untersuchung herausgearbeitet wurde, und den sie konstituierenden Formenbildungen gefragt. Auf der Ebene der Formenbildung werden ausschließlich die Improvisationen im Hinblick auf *formale Kriterien* untersucht. Die Untersuchung der *musikalischen Gestaltbildung* (IV.4) erfolgt anhand der von Krapf herausgearbeiteten Kategorien, die hinsichtlich formaler Aspekte äußere Merkmale wie die *Art der gewählten Instrumente* und die *Dauer der Improvisationen* sowie Gestaltungsmerkmale hinsichtlich *Phrasierung, Tempo/Metrik/Rhythmik, Melodik/Harmonik* sowie hinsichtlich der *Dynamik* umfasst. Auf die Untersuchung der von Krapf dargestellten inhaltlichen Aspekte anhand der Kategorien *Gefühlsbeteiligung in der Musik, musikalische Beziehungsgestalt* sowie Such-

bewegung vs. Absicherung wird innerhalb dieses Untersuchungsschrittes zugunsten der späteren Fokussierung der Ebenen „Beziehungsformen und Interaktionsmuster“ (s. u.) verzichtet.

III.3.3.3 Transformation: Beziehungsformen und Interaktionsmuster

Im nächsten Abschnitt der Studie erfolgt die Herausarbeitung und Darstellung der „Beziehungsformen und Interaktionsmuster“ (IV.5). Das methodische Vorgehen dieses Untersuchungsschrittes trägt im Rahmen der folgenden Untersuchung Züge der „Transformation“ und wurde im Zusammenhang mit der Begriffsklärung unter III.2.2.2 sowie III.2.2.3 dargestellt.

III.3.3.4 Rekonstruktion: Grundverhältnisse

Auch das methodische Vorgehen des Untersuchungsschrittes Rekonstruktion wurde bereits im Zusammenhang mit der inhaltlichen Bestimmung des Begriffes „Grundverhältnisse“ (III.2.2.4) dargestellt.

IV Vergleichende psychologische Untersuchung der musiktherapeutischen Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

Das folgende Kapitel widmet sich der Annäherung an Grundverhältnisse sowie die Erarbeitung der Beziehungsformen und Interaktionsmuster im musiktherapeutischen Erstkontakt mit schizophrenen Patienten anhand der vergleichenden psychologischen Untersuchung der im Rahmen der jeweiligen Erstkontakte intonierten gemeinsamen Improvisation von Patient und Therapeutin.

Zu Beginn dieses Kapitels wird die Untersuchungsgruppe anhand demographischer und sozialer (IV:1.1) sowie medizinisch-diagnostischer (IV.1.2) Daten vorgestellt. Anschließend werden die im Rahmen des ersten Untersuchungsschrittes angefertigten, im Anhang bzw. Materialband befindlichen Erlebensbeschreibungen sowie die Erarbeitungen der jeweiligen Ganzheit vergleichend und zusammenfassend dargestellt und in Austausch mit den in Kapitel I dargelegten Erlebensbeschreibungen Betroffener gebracht (IV.2). Danach erfolgt die Erarbeitung und Darstellung der Wirkungsgestalt der untersuchten Improvisationen und Gespräche (IV.3) sowie der Formenbildung der untersuchten Improvisationen (IV.4). Den Hauptteil dieses Kapitels bildet die Untersuchung der innerhalb des Improvisierens etablierten Beziehungsformen und Interaktionsmuster unter Einbeziehung weiteren Materials (IV.5).

IV.1 Untersuchungsgruppe

Die im Rahmen der Studie untersuchten Improvisationen mit schizophrenen Patienten wurden von den einzelnen Patienten und der Musiktherapeutin, die zugleich die Autorin der vorliegenden Arbeit ist, während des jeweiligen musiktherapeutischen Erstkontaktes gestaltet. Diese Erstkontakte fanden in den Jahren 1998 und 1999 sowie 2002 und 2003 statt, ihre Dauer betrug jeweils ca. 30 min. Elf Patienten nahmen im Rahmen ihres stationären Aufenthaltes in unserer Klinik an der Musiktherapie teil, ein Patient kam ambulant über die Poliklinik zur musiktherapeutischen Behandlung. Zustandekommen und Gestaltung der musiktherapeutischen Erstkontakte entsprachen im Wesentlichen

dem auch sonst üblichen klinischen Setting (vgl. III.3.1.1). Alle durchgeführten musiktherapeutischen Erstkontakte werden im Folgenden mit einem Großbuchstaben und einer Nummer bezeichnet: A.1 bis A.5 bezeichnet die Erstkontakte mit den fünf in die Untersuchung einbezogenen Patientinnen, B.1 bis B.7 die Erstkontakte mit den männlichen Patienten. Die Bezeichnung der einzelnen Patienten erfolgt gemäß dieser Chiffre anhand von Großbuchstaben in der Reihenfolge des Alphabetes: Die Patientin, mit der der als A.1. bezeichnete Erstkontakt stattfand, wurde Frau A. genannt, der Patient, mit dem der Erstkontakt B.1 stattfand, heißt im Folgenden Herr A. usw. Während ihres Aufenthaltes in unserer Klinik werden die Patienten selbstverständlich mit ihrem Familiennamen angesprochen, so auch von mir im Rahmen der Musiktherapie. Die hier gewählte sehr unpersönliche Form der Anonymisierung ist das Resultat einer ganz bewusst vollzogenen Gegenbewegung: Die musiktherapeutische Behandlung der hier vorgestellten Patienten hat sich (mit lediglich zwei Ausnahmen) über einen längeren Zeitraum erstreckt, währenddessen mir die Patienten und ihre je eigenen Welten in sehr unterschiedlichem Maße (an-) vertraut wurden. Während das einbezogene Datenmaterial (einschließlich meiner beschriebenen Befindlichkeiten während des Erstkontaktes mit dem jeweiligen Patienten) ausschließlich aus dem zeitlichen Umfeld der durchgeführten Erstkontakte stammt, verfasste ich die vorliegende Arbeit doch vor dem Hintergrund einer mich mit den meisten der zwölf Patienten verbindenden intensiven gemeinsam geteilten therapeutischen Erfahrung. Die für die vorliegende Untersuchung gewählte Fokussierung auf unsere erste Begegnung im Rahmen des jeweiligen musiktherapeutischen Erstkontaktes aufrecht zu erhalten, fiel mir vor diesem Hintergrund nicht immer leicht. Die gewählte, betont distanzierte Form der Anonymisierung schien mir diesbezüglich durchaus hilfreich.

IV.1.1 Demographische und soziale Daten

Die folgende Darstellung soll zunächst einen Überblick über die grundlegenden demografischen und sozialen Daten der in die Studie einbezogenen Patienten ermöglichen. Darüber hinaus werden die hier vorgestellten Daten an späterer Stelle (V.3) Verwendung finden, um auf mögliche Zusammenhänge zwischen den innerhalb der untersuchten Improvisationen herausgearbeiteten

Grundverhältnissen, Beziehungsformen und Interaktionsmustern sowie den hier fokussierten Angaben zu den einzelnen Patienten zu verweisen.

IV.1.1.1 Geschlechts- und Altersverteilung

Bei den in die Untersuchung einbezogenen zwölf Patienten handelt es sich um sieben Männer und fünf Frauen.

Drei Patienten sind unter 20 und drei über 40 Jahre alt. Der jüngste männliche Patient ist 19, der älteste 49 Jahre alt. Die jüngste der Frauen ist 18, die älteste 48 Jahre alt. Dennoch sind die Frauen mit durchschnittlich 34,8 Jahren älter als die Männer, die im Durchschnitt 29,14 Jahre alt sind.

IV.1.1.2 Bildungsniveau und berufliche Situation

Insgesamt ist das Bildungsniveau bei den zwölf untersuchten Patienten sehr hoch. Drei Personen sind Schüler der zwölften Klasse und besuchen ein Gymnasium bzw. ein Berufskolleg. Zwei Patienten studieren, einer von ihnen hat bereits eine Lehre sowie einen Meisterlehrgang erfolgreich absolviert. Drei Patienten haben ihr Studium erfolgreich abgeschlossen: Frau D. hat bereits in ihrem Beruf gearbeitet, Frau E. hat gerade ihr Referendariat absolviert. Herr C. hat nach Beendigung seiner Lehre das Fachabitur erworben, anschließend studiert und zwei Jahre als Dipl.-Ingenieur gearbeitet. Zwei Patientinnen haben eine Lehre abgeschlossen.

Die aktuelle berufliche Situation der Patienten steht jedoch in den meisten Fällen in einem traurigen Gegensatz zu den hohen beruflichen Qualifikationen: Herr C. ist zum Zeitpunkt des musiktherapeutischen Erstkontaktes seit sechs Jahren berentet. Frau C. bekam eine Zulassung zum Medizinstudium, konnte dieses aufgrund ihrer Erkrankung jedoch nicht mehr beginnen. Zwei weitere Patienten haben ein Studium begonnen, mussten es jedoch aufgrund der Erkrankung abbrechen. Zwei Patientinnen sind zum Zeitpunkt der Untersuchung Hausfrau. Zwei der Schüler mussten aufgrund der Erkrankung das letzte Schuljahr wiederholen.

Keiner der zwölf Patienten befindet sich in einem Arbeitsverhältnis.

IV.1.1.3 Soziale Situation

Sechs Patienten leben noch (drei) bzw. wieder (ebenfalls drei) bei ihren Eltern, einer davon in einer eigenen Wohnung. Herr C. lebt in einer betreuten Wohngemeinschaft. Drei Patientinnen wohnen in einer eigenen Wohnung, eine Patientin in einer WG. Eine weitere Patientin lebt in einer eigenen Wohnung zusammen mit der Familie einer Verwandten im Haus der (bereits verstorbenen) Eltern. Auffallend ist, dass *alle* Frauen selbständig leben, während von den sieben Männern sechs noch oder wieder bei ihren Eltern (5) oder zumindest im Haus der Eltern (einer) wohnen und einer in einer betreuten Wohngemeinschaft. Dies könnte mit dem höheren durchschnittlichen Alter der Frauen zusammenhängen, vor allem jedoch mit dem höheren Alter der Frauen bei Erst-erkrankung (s. u. sowie die Angaben in der Einleitung zur vorliegenden Arbeit).

Mit Ausnahme von Frau A. lebt keiner der zwölf Patienten (mehr) (in) eine(r) Partnerschaft.

IV.1.2 Medizinisch-diagnostische Daten

Die nachfolgende Darstellung medizinisch-diagnostischer Daten umfasst Angaben zu Diagnosen und Medikation, zur Erkrankungsdauer sowie ausgewählte Daten der PANSS und der ADS-K (vgl. III.3.1.3). Auf eine Erläuterung oder Diskussion der Daten wird zugunsten der Wahrung eines angemessenen Umfangs der vorliegenden Arbeit sowie hinsichtlich der thematischen Schwerpunkte der Untersuchung verzichtet. Die medizinisch-diagnostischen Daten sollen hier lediglich dargelegt und an späterer Stelle (V.3) in Austausch mit den musiktherapeutischen Untersuchungsergebnissen gebracht werden.

IV.1.2.1 Diagnosen und Medikation

Bei den nachfolgend aufgeführten Diagnosen handelt es sich um die „aktuellen“ Diagnosen der Patienten. Dieser Umstand ist insofern erwähnenswert, als zwar alle Patienten zum Zeitpunkt ihres Klinikaufenthaltes und damit auch des musiktherapeutischen Erstkontaktes als schizophren (ICD-10 F20.0-20.6 bzw. DSM-IV 295.30 bis 295.60) diagnostiziert wurden.

IV Vergleichende psychologische Untersuchung der musiktherapeutischen
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

Wie den Ausführungen im Rahmen der Erarbeitung der Beziehungsformen und Interaktionsmuster jedoch zu entnehmen sein wird, weisen einige der Patienten im Vorfeld ihres Aufenthaltes in unserer Klinik bereits andere, zumeist mehrere und unterschiedliche Diagnosen auf. So erhielt beispielsweise Frau E. in den Jahren vor Durchführung des untersuchten musiktherapeutischen Erstkontaktes in unterschiedlichen Kliniken von unterschiedlichen Behandelnden die Diagnosen Panikstörung F41.0, Anankastische und histrionische Persönlichkeitszüge F61, Dissoziative Störung mit Derealisations- und Depersonalisationserleben F44.6 sowie Rezidivierende depressive Störung F33.1.

Auch die aufgeführte Medikation erfasst die zum Zeitpunkt der durchgeführten musiktherapeutischen Erstkontakte verabreichten Substanzen und Dosierungen.

Erstkontakt/ Name	Diagnose	Medikation
A.1.: Frau A.	paranoide Schizophrenie F20.04	Zyprexa 2x10mg
A.2.: Frau B.	paranoide Schizophrenie F20.04 (Störung durch multiplen Substanz- missbrauch F19.50)	Zyprexa 2,5-0-5mg
A.3.: Frau C.	paranoide Schizophrenie (chronifi- ziert) F20.00	Zyprexa 10-0-15mg Glianimon 1-1-0
A.4.: Frau D.	undifferenzierte Schizophrenie F20.3	Risperdal 5mg Tavor 1mg (0,5 bei Be- darf) Seroquel 150 mg Akineton 2mg
A.5.: Frau E.	undifferenzierte Schizophrenie F20.3	Taxilan 100-0-100 Seroquel 500mg Stangyl 100mg Tavor 3x0,5mg bei Bedarf
B.1.: Herr A.	undifferenzierte Schizophrenie F20.3	Zyprexa 30mg Diazepam 15mg Risperdal 2mg
B.2.: Herr B.	paranoide Psychose F20.04	Leponex 200-0-250
B.3.: Herr C.	schizophrenes Residuum F20.5 Depressives Syndrom F32.2	Leponex 50-50-100mg Amineurin 75mg Melperon 25-0-25mg

IV Vergleichende psychologische Untersuchung der musiktherapeutischen
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

B.4: Herr D.	undifferenzierte Schizophrenie F20.3	Leponex 25-0-175mg Seroquel 300-0-300mg Cipramil 40-0-0mg Ergenyl Chrono 500-300-500mg
B.5: Herr E.	beginnende schizophrene Psychose F 20.19	Zyprexa 15 mg
B.6: Herr F.	paranoide Psychose 295.3	Taxilan 100-0-200mg
B.7: Herr G.	schizophrenia simplex F 20.6	Zyprexa 10-0-10 Edronax 4-0-4mg

IV.1.2.2 Erkrankungsdauer

Wenngleich in der vorliegenden Untersuchung Improvisationen untersucht werden, die im Rahmen eines musiktherapeutischen Erstkontaktes stattfanden, und die Kriterien zur Aufnahme in die Studie (vgl. III.3) sicherstellen, dass die in die Studie einbezogenen Patienten bislang noch keine musiktherapeutische Behandlung erfahren haben, steht die mit dem untersuchten Erstkontakt beginnende Musiktherapie zumeist nicht am Anfang, sondern in einigen Fällen eher am (vorläufigen) Ende einer ganzen Reihe von Behandlungsmaßnahmen und den damit verbundenen Erlebens- und Verarbeitungsformen des jeweiligen Patienten. Da die Erkrankungsdauer nicht nur in dieser Hinsicht einen möglicherweise großen und kaum abzuwägenden Einfluss auf die Gestaltung der untersuchten musiktherapeutischen Erstkontakte haben dürfte, soll im Folgenden versucht werden, die entsprechenden Angaben zu den einzelnen Patienten im Überblick darzustellen. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass der jeweilige Beginn der Erkrankung (und damit auch die Erkrankungsdauer) kaum je wirklich zu erfassen ist: So werden beispielsweise bei Herrn D. bereits in frühester Kindheit Symptome beschrieben (vgl. IV.5.4.3), die zumindest retrospektiv als schizophrenes Selbst- und Welterleben (bzw. dessen Abwehr und Kompensation) verstanden werden können. Diesem Umstand Rechnung tragend, wird in der Krankenakte des Patienten die „Schwere und Chronizität“ der schizophrenen Erkrankung hervorgehoben – obwohl Herr D. erst 19 Jahre alt ist, zum ersten Mal stationär behandelt wird und erstmals die Diagnose einer schizophrenen Psychose (F.20.3, s. o.) gestellt wird.

Andere Patienten (z. B. Frau E. und Herr C.) haben im Verlaufe vieler Jahre während zahlreicher Klinikaufenthalte zahlreiche Diagnosen erhalten – welcher Zeitpunkt kann, soll und darf hier als Beginn der (schizophrenen) Erkrankung angenommen werden? Trotz dieser (und zahlreicher weiterer) Unwägbarkeiten soll angesichts der angenommenen Bedeutsamkeit der Erkrankungsdauer auch vor dem Hintergrund eines psychodynamischen Verständnisses schizophrener Erkrankungen (vgl. z. B. die Ausführungen Mentzos' zum sekundären Circulus vitiosus in der Dynamik der Schizophrenie in Machleidt et al 2004, S. 145 ff) im Folgenden ein Kriterium festgelegt werden, das es dennoch erlaubt, zumindest ungefähre Angaben zur Krankheitsdauer zu machen und, falls sich Zusammenhänge zeigen sollten, in die Auswertung der vorliegenden Studie einzubeziehen. Als Ausgangspunkt zur Berechnung der Dauer der Erkrankung wird im Folgenden die erste Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung definiert – unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär erfolgte und ungeachtet dessen, welche Diagnose(n) zunächst gestellt wurden. Aufgrund der (diesbezüglich) geringen Anzahl der untersuchten Fälle sollen einige kurze Zusatzinformationen das so entstehende Bild der Erkrankungsdauer vervollständigen bzw. „zurechtrücken“. Mit „Erkrankungsdauer“ ist im Folgenden also die Zeitspanne von der ersten psychiatrischen Behandlung und Diagnosestellung bis zur Durchführung des untersuchten musiktherapeutischen Erstkontaktes gemeint.

Erstkontakt/ Name	Erkrankungsdauer	Ergänzende Angaben
A.1: Fr. A.	9 Jahre	Frau A. wird als „extrem ich-schwach“ und misstrauisch, dabei jedoch angepasst und unauffällig beschrieben. Im Vordergrund der Symptomatik stehen eher manische bzw. eher depressive Phasen, weshalb im Vorfeld auch die Diagnose einer schizoaffectiven Erkrankung gestellt wurde.
A.2: Fr. B	1 Jahr	Erstdiagnose: Störung durch multiplen Substanzmissbrauch (F 19.50), VD: Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis (F 20.09), Entlassungsdiagnose s. o. (vgl. IV.5.4.1)

IV Vergleichende psychologische Untersuchung der musiktherapeutischen
Erstimmunifikationen mit schizophrener Patienten

A.3: Fr. C.	27 Jahre	Frau C. hat seit ihrem ersten Klinikaufenthalt 1975 zahlreiche weitere stationäre wie ambulante Behandlungen erlebt. Die Erstdiagnose (Hebephrene Schizophrenie, F 20.1) wurde später in die oben angegebene Diagnose eines anderen Subtyps der Schizophrenie geändert.
A.4: Fr. D.	3 Jahre (?)	Frau D. leide seit drei Jahren an paranoiden Wahnvorstellungen. Es ist lediglich bekannt, dass sie eine ambulante Psychotherapie begonnen hat – auch das bleibt jedoch unklar... (vgl. IV.5.2.3)
A.5: Fr. E.	3 Jahre	Seit drei Jahren zahlreiche Aufenthalte in psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken, abgebrochene ambulante Verhaltenstherapie sowie ebenfalls abgebrochene ambulante tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie; zahlreiche, wechselnde Diagnosen (von Panikstörung F 41.0 über Rezidivierende depressive Störung F 33.1 bis Dissoziative Störungen mit Derealisation und Depersonalisation F 44.6); aktuelle Diagnose s. o.
B.1: Hr. A.	Ersterkrankung (???)	selbstverletzendes Verhalten („Schnippeln“) vom 13. bis ca. 16. Lebensjahr, seit 16. Lj. täglicher hoher Cannabis- und Alkoholabusus, Erstdiagnose
B.2: Hr. B.	1 Jahr (???)	Herr B. sei schon immer zurückgezogen gewesen, habe nie Freunde gehabt, sei 12jährig durch „Geistesabwesenheit“ (Angaben der Mutter) aufgefallen, 2. Klinikaufenthalt, Diagnose von Anfang an s. o.
B.3: Hr. C.	22 Jahre	zahlreiche Aufenthalte zunächst in psychosomatischen, später ausschließlich in unterschiedlichen psychiatrischen Kliniken, erste angegebene Diagnose: Depressives Syndrom im Rahmen einer depressiv – neurotischen Entwicklung, vor 16 Jahren erstmals „psychotisch“, Diagnose s. o. seit ca. 8 Jahren (vgl. IV.5.3.)
B.4: Hr. D..	Ersterkrankung (???)	Herr D. war ein „Schreikind“, mit drei Jahren wurde er wegen „unstillbaren Erbrechen“ stationär behandelt, seit seinem sechsten Lebensjahr leidet er unter massiven Zwangsgedanken und damit einhergehenden Ängsten, seit seinem 13. Lebensjahr habe er sich mehr und mehr in andere hineinversetzt und sich schließlich in andere verwandelt. Erstdiagnose s. (vgl. IV.5.4.3)

IV Vergleichende psychologische Untersuchung der musiktherapeutischen
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

B.5: Hr. E.	Ersterkrankung (etwa 2 Jahre)	Rückzug seit a. 3 Jahren, seit ca. ½ Jahr massiv, Erstdiagnose (vgl. IV.5.4.3)
B.6: Hr. F.	15 Jahre	Herr F. befindet sich seit 15 Jahren in ambulanter psychiatrischer Behandlung, unterbrochen von zahlreichen kurzen stationären wie teilstationären Klinikaufenthalten. Diagnose war von Anfang an die oben angegebene einer paranoiden Psychose (295.3 nach DSM –IV) (vgl. IV.5.2.1)
B.7: Hr. G.	1 1/2 Jahre	zunächst ambulante Verhaltenstherapie, dann ambulante psychiatrische Behandlung, Erstdiagnose

Die Zeitspanne der Erkrankungsdauer der in die Studie einbezogenen Patienten reicht von ca. einem Jahr bis 27 Jahre. Die Angabe einer durchschnittlichen Erkrankungsdauer dürfte vor dem Hintergrund der großen Unterschiede hinsichtlich der Erkrankungsdauer und im Hinblick auf die geringe Anzahl von Patienten keinen Sinn machen.

IV.1.2.3 Ausgewählte Daten der PANSS und der ADS-K

Im Folgenden werden ausschließlich ausgewählte Daten der PANSS sowie der ADS-K dargestellt, die bezüglich des Themas der vorliegenden Arbeit von besonderer Relevanz sind. Aufgeführt werden für jeden einzelnen Patienten die Items, die Angaben zu Beziehungserleben und –gestaltung darstellen.

In die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen den erhobenen medizinisch-diagnostischen Daten und den herausgearbeiteten Beziehungsformen und Interaktionsmustern (V.3) wurden zwar alle erhobenen Werte einbezogen, da statistisch signifikante Korrelationen jedoch lediglich im Hinblick auf zwei Items gefunden werden konnten (vgl. V.3), die tatsächlich das Beziehungsverhalten der Patienten erfassen, scheint die vollständige Darstellung *aller* Daten vor dem Hintergrund des Bemühens der Autorin um einen angemessenen Umfang der vorliegenden Arbeit entbehrlich.

Daten der PANSS

Den einzelnen Items der drei Subskalen der PANSS (Positive Subskala, Negative Subskala und Subskala Allgemeine Psychopathologie) wurden von den behandelnden Ärzten bzw. Psychologen jeweils Werte von 1 bis 7 zugeordnet. Für die folgende Darstellung individueller Werte wurden die folgenden acht Items ausgewählt:

Positive Subskala:

P6: Argwohn/Misstrauen/Verfolgungswahn
P7: Feindseligkeit

Negative Subskala:

N1: Affektverarmung
N2: Emotionaler Rückzug
N3: Mangelnde Beziehungsfähigkeit
N4: Passiver, apathischer Rückzug
N6: Mangelnde Spontaneität und Gesprächsfähigkeit

Subskala Allgemeine Psychopathologie:

G2: Angst
G16: Aktiver sozialer Rückzug

Pat./EK	P6	P7	N1	N2	N3	N4	N6	G2	G16
A.1	2	1	5	6	4	4	4	3	4
A.2	1	1	4	3	3	1	1	3	1
A.3	5	2	3	2	3	2	4	6	3
A.4	1	1	3	3	2	3	3	4	1
A.5	2	1	4	4	3	3	4	5	3
B.1	2	3	2	3	3	3	3	4	3
B.2	3	1	3	3	2	2	4	5	2
B.3	1	1	4	1	1	1	4	4	2
B.4	2	1	4	3	2	3	1	3	3
B.5	1	1	5	4	4	3	4	1	2
B.6	3	2	3	5	5	5	3	3	5
B.7	4	1	5	5	4	4	5	4	3

1=nicht vorhanden, 2=vorhanden, 3=leicht, 4=mäßig, 5=mäßig schwer, 6=schwer,
7=extrem schwer

[Ein Wert von 2 bedeutet „fraglich pathologisch, evtl. an der oberen Grenze des Normalen“. Die Werte 3 bis 7 stellen einen deutlich pathologischen Befund dar und sind für jedes einzelne Item noch einmal genau beschrieben.]

Auffallend und bedeutsam für die Durchführung und den zu erwartenden Verlauf der musiktherapeutischen Erstkontakte ist, dass die Patienten die durchschnittlich höchsten Werte für die Items N1 (Affektverarmung), N2 (emotionaler Rückzug sowie G2 (Angst) erhielten. Auch das Item N6 (Mangelnde Spontaneität und Gesprächsfähigkeit)

taneität und Gesprächsfähigkeit) wurde durchschnittlich relativ hoch bewertet (3,3), allerdings erhielten immerhin zwei Patienten diesbezüglich einen Wert von 1 (nicht vorhanden).

Daten der ADS-K

Aus den fünfzehn Items der ADS-K (vgl. III.3.1.3) wurden für die folgende Darstellung zwei ausgewählt:

ADS-K 11: „Während der letzten Woche fühlte ich mich einsam“

ADS-K 14: „Während der letzten Woche hatte ich das Gefühl, dass die Leute mich nicht leiden können“

Den einzelnen Items der ADS-K konnten die Patienten Werte von 0 bis 3 zuordnen.

Pat./EK	ADS-K 11	ADS-K 14
A.1	0	0
A.2	1	0
A.3	0	1
A.4	2	0
A.5	3	0
B.1	1	0
B.2	0	1
B.3	0	0
B.4	2	0
B.5	1	0
B.6	2	1
B.7	2	1

0=selten oder überhaupt nicht
2=öfters

(weniger als 1 Tag)
(3 bis 4 Tage lang)

1=manchmal (1 bis 2 Tage lang)
3=meistens, die ganze Zeit
(5 bis 7 Tage lang)

Bezüglich der ausgewählten (wie auch der übrigen) Werte der ADS-K fällt auf, dass die Patienten sich selbst insgesamt eher niedrige Werte zuordnen. Überraschenderweise finden sich dennoch gerade bezüglich der Frage nach erlebter Einsamkeit (11) deutlich höhere Werte (3x1, 4x2, 1x3, nur 4x0) als z. B. bezüglich erlebter Ablehnung (14), wo nur Werte von 1 (4x) und 0 (8x) vergeben wurden.

IV.2 Grundverhältnisse in Resonanz

Die Improvisationen und Gespräche im Erleben der Beschreibenden

„Die Menschen verstehen einander ... dadurch, dass sie gegenseitig einander dasselbe Glied der Kette ihrer sinnlichen Vorstellungen und inneren Begriffserzeugungen berühren, dieselbe Taste ihres geistigen Instruments anschlagen, worauf alsdann in jedem entsprechende ... Begriffe hervorspringen...“

W. v. Humboldt

IV.2.1 Vorbemerkungen

Die folgende Art der Darstellung der Beschreibungstexte in direkter Bezugnahme auf das in Kap. I.1 dargestellte Selbsterleben schizophrener Menschen war *so* bei der Konzeption der Untersuchung nicht vorgesehen und ist bereits Resultat der Datenerhebung: Diesen Untersuchungsschritt als weiteren methodischen Zugangsweg und gewissermaßen als „Bindeglied“ zwischen dem ersten Kapitel der vorliegenden Arbeit und der konkreten Untersuchung der musiktherapeutischen Erstkontakte zu nutzen, ergab sich infolge der Zusammenschau der angefertigten Beschreibungstexte „wie von selbst“: Die Erlebensbeschreibungen der Hörer zeigen so erstaunliche Parallelen zu den Erlebensbeschreibungen Betroffener, dass es geradezu zwingend erschien, auf diese verblüffenden Ähnlichkeiten anhand eines eigenen Abschnitts hinzuweisen. Dies betrifft vor allem, aber durchaus nicht nur, die zu den Improvisationen angefertigten Beschreibungstexte. Hier werden nicht nur ähnliche grundlegende Verhältnisse und Befindlichkeiten zum Ausdruck gebracht: Die Beschreibenden tun dies darüber hinaus mit ganz ähnlichen oder sogar identischen Bildern und Metaphern und mit z. T. identischen Formulierungen. Doch nicht nur das: Viele der Hörer beschreiben zumindest abschnittsweise nicht nur, *was* sie assoziieren, wahrnehmen, denken usw., sondern auch, *wie*: Die Hörer selbst geraten in Befindlichkeiten und Zustände hinein, die ihnen *befremdlich* erscheinen und nicht selten für sie ängstigend sind und ebenfalls in verblüffender Art und Weise dem in Abschnitt I.1 geschilderten Erleben Betroffener ähneln. Und: Auch die Art und Weise, wie sie dieses Erleben formal mit-teilen, dürfte dem Leser an der einen oder anderen Stelle durchaus bekannt vorkommen...

Auch hier sollen die Aussagen und Formulierungen der Hörer zunächst einmal für sich sprechen, ohne allzu voreilige Bedeutungszuschreibungen und Einordnungen.

Die bereits in Kapitel III eingeführten Codierungen der einzelnen Patienten (A.1 bis A.5 steht für die fünf in die Untersuchung aufgenommenen Patientinnen, B.1 bis B.7 für die sieben männlichen Patienten) wurden auch für die Kennzeichnung der Beschreibungstexte verwendet. Im Folgenden gibt die dritte Ziffer die Nummer des angefertigten Beschreibungstextes an, wobei Improvisationsbeschreibungen mit arabischen, Skriptbeschreibungen mit römischen Ziffern codiert wurden. So bezeichnet A.1.1 die erste Improvisationsbeschreibung der „Patientin A.1“, während A.1.I die erste Skriptbeschreibung zu demselben Erstkontakt meint.

Natürlich drängt sich die Frage auf, worauf die gefundenen Ähnlichkeiten verweisen: Der psychoanalytisch denkende Leser mag identifikatorische Prozesse entdecken, eine „Affizierung“ (Benedetti 1985) oder sogar „Dualisierung des Leidens“ (Benedetti 1996), andere Leser mögen Ansteckungsphänomene, eine „folie á deux“ beobachten oder sich die Ähnlichkeiten mit Hilfe anderer Theorien erklären. All dies ist durchaus „erlaubt“, auf eine Stellungnahme der Autorin soll diesbezüglich zunächst zugunsten eines anderen Fokus verzichtet werden: Wesentlich wichtiger als eine Einordnung dieses Phänomens erscheint mir die Würdigung seines Auftretens als solchem! Was hat sich hier ereignet? Den Beschreibenden hat sich in der Offenheit Resonanz gebenden Mitvollzugs der vorgelesenen Gespräche sowie der gehörten Improvisationen etwas mitgeteilt, und dieses „Etwas“ hat in seiner Darstellung durch die Hörer eine verblüffende Ähnlichkeit mit den Darstellungen schizophrener Menschen bezüglich ihres Selbst- und Welterbens. Die Beschreibenden haben ganz offensichtlich eine Ahnung davon bekommen, was schizophrene Menschen in ihrem Selbstverständnis erleben (müssen). Es ist nicht Absicht des folgenden Abschnitts, dies zu erklären oder theoretisch einzuordnen, sondern eine gewisse anschauliche Nachvollziehbarkeit zu gewähren. Dem Leser, der den folgenden Abschnitt direkt im Anschluss an die Lektüre der Erlebensbeschreibungen Betroffener liest, mögen viele der Formulierungen wie ein Echo erscheinen, und es mag der Eindruck entstehen, die Hörer hätten sich irgendwie in die Patienten hineinversetzt und ganz viel verstanden. Und dieses Phänomen ist gerade im Hinblick darauf,

dass es sich bei den Patienten um schizophrene Menschen handelt, besonders bemerkenswert. Um die Bedeutsamkeit dieses Phänomens hervorzuheben, sollen seiner Darstellung einleitend einige Reflexionen zum Verstehensbegriff in der Psychiatrie und hier vor allem im Hinblick auf schizophrene Patienten sowie zum Verhältnis von Verstehen und Wissen, wie es sich u. a. im Gebrauch von Metaphern äußert, vorangestellt werden.

IV.2.1.1 Sich einfühlen – unmöglich?

Mit Beginn des 20. Jahrhunderts rückten methodische Fragen innerhalb der deutschen Psychiatrie immer mehr in den Vordergrund des Interesses. Die rasante Entwicklung der Hirnpathologie führte dazu, dass Symptome psychischer Erkrankungen überwiegend als Symptome vermeintlich zugrunde liegender organischer Prozesse verstanden wurden. Beide Entwicklungen hatten eine „materialistische Verflachung der Psychiatrie“ (Morte et al., zit. nach Frommer und Frommer 1990, S. 397) zur Folge, gegen die sich „rasch Widerstand unter Verwendung erkenntniskritischer Argumente“ formierte (ebd.). Frommer und Frommer (a. a. O.) zitieren Weygand, der bereits 1901 kritisierte, „dass man mit dem Zustandekommen psychiatrischer Erfahrung umgehe, ‚als habe Kant nie gelebt‘“.

Karl Jaspers, dem Autor des psychiatrischen Standardwerkes „Allgemeine Psychopathologie“ (1913) ist es (einerseits) zu verdanken, dass er „das Beschreiben weitergeführt [hat] zum Verstehen“ (Häfner 2005, S. 77): Im Nachvollzug von Psychischem sah er ein Erkenntnisinstrument für seelische Zusammenhänge und übernahm die wissenschaftstheoretische These des Freiburger Neukantianers Wilhelm Dilthey: „Die Natur erklären wir, das Seelenleben verstehen wir“ (zit. nach Häfner 2005, S. 28). Für die Psychiatrie leitete er daraus die These ab, dass seelische Prozesse verständlich nachvollziehbar auseinander hervorgingen, während *außerseelische* Störungen, gemeint sind – nach damaligem Verständnis - Hirnfunktionsstörungen (zu denen Jaspers im Zirkelschluss die „dementia praecox“, wie die Schizophrenien zu diesem Zeitpunkt noch genannt wurden, zählt; s. u.) als grundsätzlich Unverstehbares in diese „verständlichen“ Zusammenhänge einbrächen. Das Zusammentreffen von „Schizophrenie“ und „Nicht-Verstehen“ hat aber bereits zu diesem Zeitpunkt durchaus Geschichte und ist

ausgerechnet mit dem Namen Emil Kraepelin verbunden, der die Krankheit als „Dementia praecox“ in die Fachliteratur einführte. Dass Kraepelin sowohl während seiner klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit in Estland (1886 -1891) als auch an der Universität Heidelberg (1891 -1903) ausschließlich mit schwer und chronisch Kranken zu tun hatte und seine Erkenntnisse „anhand einer hochselektierten Subpopulation definiert hat“ (Katschnig 2007), prägte nicht nur seine eigene Sichtweise, die eindrücklich allein schon in der durch ihn vorgenommenen *Bezeichnung* der Erkrankung zum Ausdruck kommt, sondern in Folge die zahlloser psychiatrisch Tätiger. So führte Kraepelin 1916 in seiner „Einführung in die psychiatrische Klinik“ aus: „Nur ein gewisser Teil der ungeheilten Kranken geht rasch zugrunde; die große Masse aber lebt blöde und hilflos jahrzehntelang fort und stellt eine ... alljährlich wachsende Last dar ... Hüten wir uns, hüten sie sich, junge Ärzte, die sie mir zuhören, der Wahnsinnige ist gefährlich und wird es bis zu seinem Tode bleiben, der leider nur selten rasch eintritt“ (zit. nach Kempker 1991, S. 18). So ist durchaus Skepsis angebracht hinsichtlich der Tatsache, dass „das Konzept der Schizophrenie in den modernen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV ... im Wesentlichen auf diesen traditionellen Wurzeln, insbesondere auf dem Ansatz von Kraepelin“ basiert (Möller/Laux/Deister 2005, S. 134). Die Auswirkungen des Umstandes, dass er während seiner immerhin fünfjährigen Tätigkeit als Psychiater in Estland nicht einmal die Sprache seiner Patienten verstand (und dies ist hier wirklich wörtlich gemeint!) auf sein Denken, seine Theorie und natürlich auf die jeweiligen Patienten, sind sicher kaum zu unterschätzen.

Jaspers vertritt in dem 1913 erschienenen Aufsatz „Kausale und verständliche Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der dementia praecox“ die These, dass die „Form“ psychischer Vorgänge vererbbar und im Falle der Psychosen unverstehbar sei, während ihr „Inhalt“ erworben würde. (Interessanterweise taucht hier die uns aus der Musikgeschichte wohlbekanntes „Inhalt-Form-Debatte“ wieder auf – ein spannendes Detail, auf das im Rahmen der vorliegenden Arbeit aber nicht weiter eingegangen werden kann...) Biographische Ereignisse, so Jaspers, kehrten in den *Inhalten* der akuten Psychose wieder, ihre Exazerbation an sich sei jedoch Ausdruck eines *unabhängig von inhaltlichen Bestimmungen eigengesetzlich verlaufenden Krankheitsprozesses* – hier gehe es vor allem um das *Beschreiben beobachteter Zustände und Verhaltens-*

äußerungen. Die von seinem Schüler Kurt Schneider allein auf klinischer *Beobachtung* beruhende Unterscheidung zwischen „Erstrangsymptomen“ und „Symptomen zweiten Ranges“ basiert (u. a.) auf dieser These Jaspers, die so auch in die empirisch deskriptive Vorgehensweise nach ICD-10 und DSM-IV Eingang fand.¹ So „verdanken“ wir Jaspers andererseits auch die auf diesen Annahmen und Thesen beruhende Unterscheidung zwischen „nicht einfühlbaren“ endogenen Psychosen, zu denen auch die Schizophrenie zählt(e?), und „einfühlbaren“ reaktiven Syndromen. Die „Allgemeine Psychopathologie“ Jaspers' bildete die Grundlage der in den folgenden Jahrzehnten erarbeiteten Psychopathologie, sein „Unverstehbarkeitstheorem“ wirkt nach - bis heute! Jaspers, sein Schüler Kurt Schneider, der daraus das Diktum des Zerreißen der Sinnge-setzlichkeit der Lebensentwicklung in der Psychose ableitete, und mit und nach ihnen zahllose andere psychiatrisch Tätige propagierten die Überzeugung, dass die Unverstehbarkeit psychotischen Erlebens und die Unmöglichkeit, sich in das psychotische Gegenüber einfühlen zu können, größte diagnostische Bedeutung habe: „Verstehen oder Nichtverstehen des Kranken, seines psychotischen Erlebens und Denkens durch den untersuchenden Arzt war *das einzig unterscheidende Erkenntnisinstrumentarium*“ (Häfner 2005, S. 28, Hervorhebung der Autorin). Auch das von Rümke (1941) differenziert beschriebene „Praecox-Gefühl“ wurde nach und nach eher zum Synonym der Uneinfühlbarkeit und Unverstehbarkeit. Der Mythos der Unverstehbarkeit und *Uneinfühlbarkeit* schizophrenen Selbst- und Welterlebens prägte die Psychiatrie des 20. Jahrhunderts und die Wahrnehmung(sfähigkeit) der in ihr Tätigen enorm! So berichtet Irle (1962), beruhend auf einer Befragung deutscher Nervenärzte, dass 86% aller antwortenden Psychiater das „Praecoxgefühl“ kennen, 54% halten dieses Gefühl für verlässlich, 25% für verlässlicher als alle übrigen Symptome. Das „*Unverständlichkeitstheorem* des Psychotischen, insbesondere in Gestalt des schizophrenen Erlebens und Verhaltens ... wurde zum Ausgangspunkt einflussreicher, auch heute noch wirksamer Denk- und Forschungsbewegungen in der Psychiatrie, die in einem erkenntnistheoretischen Kurzschluss der inkommensurablen Dimension im psychotischen Erleben als einem Nicht-Verstehbaren und

¹ Häfners Hinweis (2005, S. 78), „dass sich krankhafte Veränderungen häufig nur im *Erleben* des Betroffenen abspielen und von *außen nicht beobachtbar* sind“ verweist auf eine Problematik, die gerade im Rahmen deskriptiver Diagnostik von höchster Relevanz ist.

letztlich Sinnlosen eine somatische Genese unterschoben“ (Schmidt–Degenhard 2004). Dass hier subjektive Kriterien wie „verstehen“ oder „sich-einfühlen“ behandelt werden, als handle es sich um objektive Gegebenheiten, ist irritierend und mag befremdlich erscheinen – nach den Grenzen individueller Verständnissfähigkeit haben Jaspers, Kurt Schneider und mit ihnen viele andere nicht gefragt! So ist Schmidt–Degenhard zuzustimmen, wenn er betont, dass „das von Jaspers, Gruhle und auch Kurt Schneider postulierte Nichtverstehen des schizophrenen Kranken durch den Untersucher ... zunächst nur die von diesem selbst zu eng gezogenen Grenzen des kommunikativen Zugangs zum Anderen“ (s. a. O. S. 12) bezeichnet. Empathie(fähigkeit) und sich einstellende psychologische Evidenz sind jedoch nicht voneinander zu trennen: „Wer das erste nicht hat, wird das zweite bestreiten“ beschreibt P. K. Schneider (2001, S. 165/66) die Folgen dieses Irrtums über die objektive Aussagekraft subjektiver Verstehensprozesse für die Psychiatrie des 20. Jahrhunderts.

Dem um Verstehen ringenden Leser dürfte es dennoch bei der bisherigen Lektüre ähnlich gehen wie der Autorin: *Gänzlich* unverstehbar ist (auch) Jaspers Unverstehbarkeitstheorem nicht... Dass daraus eher ein „Uneinfühlbarkeitstheorem“ wurde, ist zutiefst bedauerlich, denn im Grunde bekundet es mit seiner einführenden Teilhabe an Zuständen der Fremdheit und des Anders–Seins doch genau das Gegenteil!

IV.2.1.2 „Verstehen ist ein unwahrscheinlicher Fall, aber dass dies bemerkt wird, noch unwahrscheinlicher“

(Buchholz 1997, S. 85)

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit dem *Erstkontakt* mit schizophrenen Patienten.

Buchholz verweist darauf, dass „Kontakt ... eine der meistgebrauchten Vokabeln der therapeutischen Umgangssprache“ (Buchholz 1997, S. 15) ist und darauf, dass Kontakt „als zentrales Konzept in der Psychotherapie betrachtet werden“ (ebd.) darf. „Kontakt ist etwas, das sich genau auf der Grenzlinie zwischen Ereignis und Erlebnis abspielt ... Kontakt muss konzeptualisiert und *beschrieben* werden“ (ebd. S. 46, Hervorhebung S. K.), heißt es bei Buchholz weiter. Die im Rahmen des gewählten methodischen Vorgehens angefertigten Beschreibungstexte „diagnostizieren“ die gehörten Gespräche bzw. Improvisatio-

nen prozessual, nicht kategorial–klassifizierend. Und sie bringen ihre „Diagnosen“ sprachlich zum Ausdruck – u. a. in Sprachbildern und Metaphern. Diese gestatten es uns, „über Bereiche zu sprechen, über die wir anders kaum etwas sagen könnten“ (a. a. O. S. 75). Metaphern können Komplexität reduzieren und Bedeutungen erzeugen. Buchholz erinnert in diesem Zusammenhang auch an „Freuds Formel von der ‚Verbildlichung für das Unbekannte‘“ (Buchholz 2003, S. 35). Wir „verstehen“, weil wir uns „auf unser metaphorisch ‚gebildetes‘ Verstehen verlassen – dies Verstehen nimmt gerade nicht wörtlich, sondern nutzt die Unschärfe von bildhaft–figurativen Sprechweisen als *gestaltbildende Ressource, um die Anschlussfähigkeit zu sichern*“ (Buchholz 2003, S. 149, Hervorhebung S. K.). Indem im Rahmen der vorliegenden Arbeit auf Erlebensbeschreibungen Betroffener, und damit eben auch auf Bilder und Metaphern zurückgegriffen wurde, um eine Annäherung an schizophreses In–der-Welt–Sein zu ermöglichen, sollte die „versteinernde, fest–legende Wirkung von Definitionen“ (Buchholz 1997, S. 70) umgangen werden. Ausschlaggebend für die Autorin war, dass die Metapher Resonanz ermöglicht (vgl. Buchholz, zit. nach Weymann 2002) und eine Eigenschaft, die Buchholz folgendermaßen beschreibt: „Metaphern dienen dazu, etwas zu sagen und das Gesagte zugleich in der Schwebe zu halten“ (Buchholz 2003, S. 135).

Des Umstandes, dass die von den Betroffenen benutzten Metaphern durchaus nicht immer *als* Metaphern gebraucht wurden, ist sich die Autorin durchaus bewusst. Dennoch sollen sie im Folgenden als solche verstanden werden. Diesbezüglich sei noch einmal auf Buchholz verwiesen, der betont: „Aber ob etwas *als* Metapher gesehen wird, hängt vom Betrachter ab“ (zit. nach Weymann 2002)

Nicht, dass es sich bei den Bezeichnungen der innerhalb gebräuchlicher deskriptiv orientierter Diagnosesysteme genannten Symptome *nicht* um Metaphern handeln würde! Keiner der „Gedankenabreißen“ diagnostizierenden Psychiater dürfte je einen abgerissenen Gedanken zu Gesicht bekommen haben, und die bei Schizophrenen anzutreffende „Zerfahrenheit“ mag sich – wörtlich genommen - wohl auch niemand ernsthaft vorstellen. Und selbstverständlich handelt es sich auch bei dem *Wort* Schizophrenie um eine Metapher, die wiederum nur durch eine Fülle von metaphorischen Verweisungen darstellbar ist... Nur werden diese Begriffe im klinischen Alltag und noch weniger in Lehrbüchern oder

anderen Publikationen zumeist nicht (mehr) als Metaphern verstanden und verwendet: Wir erkennen sie nicht mehr *als* Metaphern, „aus einem Mittel der Darstellung ist dann eine *Feststellung* geworden. Sie will ohne *Vorstellung* auskommen können“ (Buchholz 1997, S. 76). Bei einem Vergleich zwischen den Kriterien, wie sie beispielsweise der ICD-10 für die Diagnose einer Paranoiden Schizophrenie (F20.0) ausweist und dem Selbsterleben der mit dieser Diagnose *gemeinten* Patienten würde sich der Leser möglicherweise wie die Autorin an eine Aussage des Malte Laurids Brigge in Rilkes Roman „Die Aufzeichnungen des Malte Laurids Brigge“ erinnern fühlen: „Ich merkte, wenn sie von ihr erzählten, wie sie sie aussparten...“ (Rilke 1994, S. 71).²

Nein, dies soll keine Kritik an deskriptiver Diagnostik sein – ihr geht es nicht um *Verstehen* sondern um Systematisierung und Operationalisierung. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung geht es jedoch um Nachvollzug und Verstehen, und Verstehen hat mit Vorstellung zu tun – und Vorstellungen werden (u. a.) mit Hilfe von Metaphern zum Ausdruck gebracht und ebenso erzeugt. Über „dasselbe“ kann mit unterschiedlichen Metaphern gesprochen werden. Die Selbstbeschreibungen Schizophrener zielten nicht darauf ab, darzustellen, was „Schizophrenie“ ist, sondern darauf, wie schizophrene Menschen sich selbst und „die Welt“ erleben – und wie sie dieses Erleben verbalisieren. Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit angefertigten Beschreibungstexte bringen das durch das Hören der Skripte und der Improvisationen ausgelöste Erleben der Beschreibenden in sprachlich unterschiedlicher Art und Weise zum Ausdruck. Die häufig verwendeten Bilder und Metaphern ähneln sich in erstaunlich hohem Maße. Sie bringen die Vorstellungen des psychischen Binnenraumes des Patienten ebenso zum Ausdruck, wie sie sie erzeugen. „Die Metapher formuliert Wissen“ (a. a. O. S. 56): Buchholz (2003) spricht mit Bezug auf dieses besondere Wissen von „mimetische[n]r Symbolisierung“ (a. a. O. S. 53) und fügt erklärend hinzu: „Der Zuhörer schmiegt sich, das ist das Thema der Mimesis, unter zwanglosem Zwang in seinem Selbst-Zustand dem Anderen an. ... Sie ist ... mit dem Hören und der Stimme, mit dem Ohr verbunden. Was da erlebt wird – auf das kann man nicht in einer Weise zeigen wie auf ein sichtbares Objekt. Man braucht

² An dieser Stelle sei auf eine „Übersetzung“ der Symptome für Schizophrenie nach ICD-10 in Alltagssprache hingewiesen, die der Psychologe Th. Bock im Rahmen eines Psychoseminars gemeinsam mit Betroffenen, Angehörigen und Professionellen erarbeitet hat (In Bock et al. 1995 S. 87 ff).

Metaphern, die mit phantastischer Genauigkeit ausformulieren, die darstellen, was wir uns vorstellen“. Buchholz spricht im Folgenden von „Einschwingen“ oder „Einstimmen“ und vergleicht diese Vorgänge mit dem in der Säuglingsforschung verwendeten Begriff des „attunement“ zwischen Mutter und Kind: „Offenbar bleibt etwas davon auch beim Erwachsenen erhalten und findet ein Echo in Metaphern...“. Die Verwendung ähnlicher und in Einzelfällen sogar identischer Metaphern verweist darauf, dass die Hörer im sich einfühlenden Nachvollzug, in mimetischer Teilhabe etwas *wahr*-genommen haben. Die Hörer der Improvisationen, aber auch der Skripte haben in ihren Beschreibungstexten etwas „erzählt, was sie noch nicht *wussten* ... was aber als Erfahrungsbestand [infolge des sich einfühlenden Mitvollzugs] vorhanden war“ (Weymann 2002, S. 13, Hinzufügung S. K.). Sie haben ein Wissen erworben, von dem sie aber nicht wissen, dass sie es wissen! Dem Leser mag sich dieses Wissen und damit auch ein Wissen um den hier eben doch durchaus möglichen einfühlenden Mitvollzug in vergleichender Lektüre mit den Selbstbeschreibungen Betroffener jedoch mitteilen.

IV.2.2 „Aber die trennende Glaswand bleibt...“ Das Mit-Erleben von Isolation und Verfestigung

Innerhalb der Beschreibungstexte finden sich zahlreiche Äußerungen, die Zustände von Isolation und Verfestigung und damit verbundene Befindlichkeiten tiefster Einsamkeit, des Ein- oder Ausgesperrtseins, von Erstarrung und Verdinglichung zum Ausdruck bringen.

„Lebendig begraben“

In zahlreichen Texten finden sich Formulierungen, die eine Verortung eigenen Seins „außerhalb des Lebens“ (so die in Kap. I.1 zitierte Formulierung einer Betroffenen) z. B. in „*verschiedenen Welten*“ (B. 2.3) beschreiben: „*Es ist so wie bei den Borg –Wesen aus dem Weltall*“ (B.3.1) heißt es dann z. B., oder auch: „*Jede in einer anderen Welt*“ (A.1.6). Auch in Bildern wie dem einer „*Aussätzige[n]*“, die „*geführt [wird] von einem Engel*“ (B.1.2) oder dem der „*Urmenschen mit Keulen*“, die auf „*die hohe Kunst des Klavierspiels*“ (B.2.3) treffen, spiegelt sich der Eindruck von „*Wesen*“ aus „*verschiedene[n] Welten*“

(ebd.). Grundlegend existentielle Dimensionen eines Erlebens „außerhalb“ (s. o.) menschlicher Gemeinschaft begegnet uns auch in der Formulierung „*Lebendig begraben!*“ (B.1.1), wie sie einem der Texte vorangestellt wird. In diesem Zusammenhang sei auf den gleichnamigen autobiografischen Roman Robert Lowrys verwiesen, der mit diesem Titel zunächst einmal sein Erleben im Zusammenhang mit seinen (unfreiwilligen) Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken zum Ausdruck bringt, wobei sich dem Leser im Verlaufe der Lektüre durchaus eine grundlegendere Dimension eines Erlebens und Erleidens erschließt, dem die Formulierung „lebendig begraben“ nur allzu gerecht wird.

„*Es klingt eigentlich nach großer Ferne*“ (B.4.4), so oder ähnlich heißt es immer wieder. „*Unendliche Weite und Ferne*“ (ebd.) bildet den Schauplatz des Geschehens, auch andere *ferne* Orte wie „*Wüste, unendliche Landschaften aus Sand ... Oase ... Ferne...*“ (B.3.2), „*chinesische Szenerie*“ (B.2.2), „*japanische Umgebung*“ (B.2.4), „*Wüste ... orientalische Oase*“ (B.7.1), „*große Ferne, ähnlich Sibirien*“ (B.4.4), „*fremde[n] Stadt*“ (B.7.4) -- es klingt eben „*fremdländisch*“ (B.3.2). Auch die Hörer selbst erleben *sich* (auf allerdings ganz eigene Art und Weise) häufig als dem Beschriebenen eher *fern*. „*Ich gerate auf Abwege ..., kriege nichts mehr mit...*“ (B.3.4), „*auch hier lässt mich die Musik abschalten*“ (B.1.4) oder auch „*Ich schalte völlig um und kriege nichts mit*“ (B.1.2) heißt es dann beispielsweise. Dass dieses Um- oder Abschalten nicht mit Desinteresse zu verwechseln ist, wird anhand unterschiedlicher Parameter, z. B. vieler Fragen, die ein deutliches Interesse zum Ausdruck bringen, nachvollziehbar (s. auch die späteren Ausführungen zu Affekten und Reaktionen der Hörer). Ganz im Gegenteil: Da dieses „Umschalten“ die Beschreibenden eher in Bewusstseinszustände führt, die wiederum den von Betroffenen beschriebenen verblüffend ähnlich sind, können sie wohl eher oder zumindest auch als Form der Annäherung an das Erleben der Betroffenen verstanden werden (s. u.).

Die von den Betroffenen so qualvoll erlebte Einsamkeit wird innerhalb der Musikbeschreibungen immer wieder auch direkt benannt: „*Einsamkeit*“ (B.4.4) heißt es dann z. B. resümierend, oder auch „*einsamer, verwirrter Mensch*“ (B.7.4). Das Bild von einem „*Einsamer[n] Reiter oder Ritter (Don Quichotte) in der Prarie*“ (A.2.1) wird assoziiert, das eines Menschen, der allein durch einen Wald gehend „*merkt, dass er sich nach Gemeinschaft sehnt*“ (B.6.6) und zu rufen beginnt, jedoch „*keine Antwort*“ (ebd.) bekommt oder „*ein kleines*

Mädchen“ (A.4.1), das im Dunkeln allein in einem Park „*zurückgeblieben...oder...vergessen*“ ist (vgl. auch B.5.1, A.5.1 und B.4.3).

Beeindruckend ist, dass das von vielen Betroffenen beschriebene (vgl. Abschnitt I.1 der vorliegenden Arbeit), in der direkten Beziehung jedoch offenbar ansonsten wenig spürbare Ringen um Kontakt (vgl. Abschnitt I.2 der vorliegenden Arbeit) im Erleben der Hörer der Musik (seltener der Skripte) deutlich präsent ist. So heißt es in der oben zitierten Beschreibung, die mit der Fest-Stellung „*Lebendig begraben!*“ (B.1.1) beginnt, weiter: „*Hört denn keiner, dass ich noch lebe? ... Was kann ich tun, damit die anderen merken, dass ich wirklich noch lebe?*“ (vgl. auch B.7.6). In mehreren Improvisationsbeschreibungen werden Szenen dargestellt, in denen es ganz direkt darum geht, *wahrgenommen, bemerkt* zu werden. Nicht (nur) einzelne Formulierungen, sondern die gesamte geschilderte *Handlung* erzählt von diesem Bemühen. Der Verdeutlichung mag an dieser Stelle eine dieser Beschreibungen dienen, weitere ähnliche Schilderungen finden sich in B.8.2 sowie B.1.1.

„...Später sehe ich ein Mädchen, das mit einem Kinderschneebeesen in einem Kinderrührtopf wild herumrührt, um von der Mutter beachtet zu werden. Sie rührt heftig, und für kurze Zeit rührt sie im Einklang mit ihrer Mutter. Ihre Anstrengung ist für mich körperlich spürbar. Das Zuhören ist anstrengend, so dass ich hoffe, dass die Impro. bald enden wird.

Die Mutter entfernt sich, das Kind ist enttäuscht, tut alles, um die Mutter wieder dahin zurückzubekommen, wo sie vorher war. Erst am Ende des Stückes spielen Mutter und Tochter wieder zusammen...“ (B.7.1)

Andere Beschreibungstexte vermitteln das Erleben abgrundtiefer Einsamkeit bei gleichzeitig deutlichem Kontaktwunsch und die damit verbundene melancholisch-sehnsuchtsvolle Atmosphäre eher mit künstlerisch-formalen Mitteln. Auch hier mag eine der Improvisationsbeschreibungen beispielhaft das Gemeinte verdeutlichen. Hinzugefügt sei, dass es sich bei der Verfasserin dieses Textes um eine Musiktherapiestudentin aus Japan handelt, was den Umgang mit der deutschen Sprache natürlich nachvollziehbar beeinflusst, das Gemeinte jedoch nach Auffassung der Autorin eher noch deutlicher hervortreten lässt.

„(Diejenige oder Derjenige sitzt im Raum allein)

*Ein Tropfregen ist mein Tränen.
Vom schiefen Dach tropft der Regen.
Das Dach hat viele Löcher.
Mal kurz, mal lang.
Komm` Du Regen zu mir.
Ob Du mich satt machen kannst?
Tropft weiter.
Obwohl ich so ein Sehnsucht nach Regenfluss hat,
regnet es nicht richtig.
Die Tropfen werden schwächer
Aber gib es nicht auf.
Lass mich nicht allein (oder im Stich)
Lass mich mit Dir richtig weinen
Wie soll ich dich vergessen?
Nein, verlang` es bitte nicht von mir.“ (B.8.8)*

Mit Erlebensbeschreibungen von Isolation und Abgetrenntsein, wie sie in der Metapher der trennenden stählernen Wand (I. 1) und anderen in diesem Zusammenhang zitierten Formulierungen zum Ausdruck kommt, korrespondieren innerhalb der Improvisationsbeschreibungen Bilder wie das einer „trennende[n] Glaswand“ (B.4.3), in den Skriptbeschreibungen Bilder eines „Panzer[s]“, (B.7.I) oder „Verteidigungspanzer[s]“ (A.4.IV) sowie der „Mauer“, die „einer...vor mir –zwischen uns aufbaut“ (B.6.III). Hier wird noch einmal deutlich, dass – genau wie bei den Beschreibungen Betroffener - die Isolation durchaus nicht immer als ausschließlich erlitten, sondern zumindest in einigen Texten auch als aktiv (und offenbar auch hier zum Schutz) herbeigeführt erlebt wird. Ein Erleiden des Ein- und damit gleichermaßen Ausgeschlossenenseins begegnet uns auch in Schilderungen wie der folgenden:

*„Ein dicker, brauner Käfer ist in einem Glas gefangen und stößt mit seinem harten Körper immer an die Glaswände. Er sieht Licht, gelangt aber nicht in die Freiheit. Er ist unruhig, ängstlich, verwirrt und seine Kräfte lassen nach.“
(B.8.9, Hervorhebung S. K.)*

Dass auch die beschriebenen, aus diesen und ähnlichen Situation resultierenden Befindlichkeiten von Unruhe, Angst und Verwirrung (s. o.) weitgehend denen entsprechen, die schizophrene Menschen als ihr Erleben prägend beschreiben, überrascht angesichts der Übereinstimmung der innerhalb der jeweiligen Beschreibungen verwendeten Bilder und Metaphern nicht.

„Er sucht, und findet nicht ... Sich selbst?“

Gefühle der Fremdheit beschreiben schizophrene Menschen nicht nur anderen und anderem, sondern auch sich selbst gegenüber, z. B., indem sie (sich selbst) nicht mehr fühlen oder aber Gefühle wie z. B. Angst als etwas erleben, wovon sie überwältigt und verschluckt werden, ohne diese aber selbst zu fühlen (vgl. I. 1). Innerhalb der Beschreibungstexte kommt ein ähnliches Befinden zum Ausdruck, indem Affekte und Gefühle häufig als Substantiv in eher verdinglichter Art und Weise gebraucht werden, ohne dass deutlich würde, wer denn dieses erwähnte Gefühl fühlt: „*Angst vor der Freiheit...*“ (A.3.I), „*Angst in Beziehungen*“ (A.4.IV) oder auch „*sich steigernde Angst*“ (B.6.6) heißt es beispielsweise. „*Was ist das wohl, was er nicht mehr fühlt?*“ (B.4.III) fragt sich eine Hörerin bezugnehmend auf eine entsprechende Äußerung des Patienten im Gespräch. Selbstverborgenheit kommt auch in dem Bild des „*Menschen, der nachts in völliger Dunkelheit eine lange gerade Landstraße entlanggeht – er geht, merkt aber nicht, dass er geht und weiß auch nicht, wohin er geht*“ (B.6.II, Hervorhebung S. K.) zum Ausdruck, anhand des Verstecken spielenden Kindes –, „*das, was es sucht, ist ihm aber nicht bekannt – große Unsicherheit*“ (B.7.10) sowie in der folgenden Aussage über einen „*einsame[r]n Reiter oder Ritter*“ (A.2.1): „*Der ist lächerlich in seiner Ernsthaftigkeit, weiß nichts von seiner Lächerlichkeit*“ (ebd., Hervorhebung S. K.). Auch die folgende Formulierung einer Hörerin greift dieses Thema auf und verweist gleichzeitig auf die Gegenbewegung, die Suche nach dem fremd gewordenen Selbst: „*Er sucht und findet nicht ... Sich selbst?*“ (B.4.V).

„Am Ende zerfällt oder zerklumpt der Ritter“

Die ebenfalls im Rahmen eines Erlebensspektrums von Isolation und Verfestigung von Betroffenen beschriebenen Gefühle des Auseinanderfallens und eines durch Fragmentierung hervorgerufenen Verlustes von Zusammenhang und Ordnung stehen besonders häufig im Mittelpunkt der untersuchten Beschreibungstexte: Hinter der schon erwähnten „*trennende[n] Glaswand*“ (B.4.2, s. o.) „*werden neue Splitter und Risse sichtbar*“ (ebd.). Da ist die Rede davon, dass etwas „*ganz zerrissen anfängt*“ (B.2.3), die Musik wird als „*Alles ist abgehackt, irgendwie zusammenhanglos*“ (B.3.3) charakterisiert, „*einzelne, dahin*

geworfene Töne“ (B.7.4) bleiben im Erleben der Hörer isoliert voneinander und fügen sich nicht in einen musikalischen Zusammenhang (vgl. auch A.1.4 und A.1.3). Einen „*plötzlich[en] FILMRISS*“ (B.8.7) erlebt eine der Hörerinnen bezüglich ihrer Assoziationen, die auch im Nachgespräch betonte Dramatik dieses Erlebens durch die Verwendung von Großbuchstaben unterstreichend. „*Ich beobachte verschiedene Märchenszenen*“ (B.7.1, Hervorhebung S. K.), leitet eine andere Hörerin ihre Beschreibung ein. Auch ständig und „*plötzlich*“ (ebd.) wechselnde, sich nicht auseinander entwickelnde Bilder und Szenen bleiben selbst Fragment und verweisen ganz direkt auf Abbrüche, fehlenden Zusammenhang, abgeschnittene Entwicklungen und Fragmentierung. Auch diese „Textsorte“ soll exemplarisch anhand einer der Beschreibungen dargestellt werden. (Weitere Beispiele finden sich innerhalb der Musikbeschreibungen in A.1.5, B.2.1, B.5.1, B.8.3, B.8.5, B.8.10, B.7.1 sowie B.1.3)

„Mir kommt das Bild von einem Kanalgully -da hämmert einer dagegen, von unten, von oben-weiß ich nicht. Dann ein Zeichentrickfilm -Figuren erkenne ich nicht, dann taucht eine chinesische Szenerie auf -aber auch die irgendwie unklar; habe das Bedürfnis, das Bild schärfer einzustellen. Eigentlich ist alles zu kurz, um mich darauf einstellen zu können.“ (B.2.2)

„Der Anblick vieler kleiner Filme, die Kinder spielend zeigen und die ohne Projektionswand [!] nebeneinander im grauen, kalten Raum um mich herum laufen, erfüllen mich mit Grauen.“ (A.1.1) beschreibt die Hörerin einer anderen Improvisation nach der Darstellung unterschiedlicher Szenen ihren Gesamteindruck, und fügt resümierend an: *„Bewegte Bilder. Zerrissene Welt. Grauen“* (ebd.) *„Am Ende zerfällt oder zerklumpt der Ritter“* (A.2.1) heißt es in Weiterführung des bereits erwähnten Bildes eines einsamen Ritters.

Andere Beschreibungstexte sind formal und/oder inhaltlich so fragmentiert, dass sie ganz konkret selbst für das stehen, was sie beschreiben: Deutung und Bedeutetes fallen hier zusammen. Der folgende Beschreibungstext bringt dies formal wie inhaltlich besonders deutlich zum Ausdruck (weitere Beispiele finden sich in B.7.7, B.6.4 sowie B.8.6, vgl. auch die späteren Ausführungen zu formalen Aspekten).

„-Kuddelmuddel
-Chaos
-Fragmente
-Fetzen-Papierfetzen-Wortfetzen-Klangfetzen, Zerrissenes
-es fällt mir schwer, mich aufs Hören einzulassen
-ich bin genervt, muss mir ab und zu ein Ohr zuhalten, fühle mich belästigt von
dem Lärm
-das macht mich ärgerlich
-und dazwischen wird auch noch das Klavier gestimmt?!
-es gibt keinen Kontakt -jede für sich!
-jede in einer anderen Welt !

*Fragmente von Anfängen -was daraus wird ist völlig ungewiss -und das wirkt
bedrohlich!“ (A.1.6)*

„Alles nur ein (böser?) Traum?“

So, wie viele Betroffene ihren Bewusstseinszustand und die Art ihrer Wahrnehmung und Logik während der Zeit ihrer Erkrankung mit der „Welt der Träume, Märchen und Mythen“ (vgl. Abschnitt I.1 der vorliegenden Arbeit) vergleichen, finden sich auch innerhalb der Beschreibungstexte immer wieder und in unterschiedlicher Art Hinweise auf entsprechende Atmosphären, Zustände und Befindlichkeiten. „Eine schöne, angenehme Situation, so beieinander zu sitzen und zu wirken – dabei träumen.“ (A.2.2, Hervorhebung S. K.) schreibt eine Hörerin, als „Traumszene“ (B.7.3) charakterisiert ein anderer Hörer einen Einfall, bereits zuvor hieß es dort „wie im Traum `gefangen`“. „Es wirkt alles unwirklich, wie ein Alptraum“ (B.7.10) heißt es in einem weiteren Text - auch hier finden wir ein ganzes Spektrum von „Schönheiten und Schrecknissen“ (vgl. Abschnitt I.1) und häufig Unklarheit darüber, auf welcher Ebene sich ein Geschehen abspielt bzw. in welchem Bewusstseinszustand sich jemand gerade befindet. So heißt es immer wieder fragend: „Alles nur ein (böser?) Traum?“ (B.6.1) oder auch „War das Vorherige ein Traum...?“ (B.6.2, vgl. auch A.4.1). Am auffälligsten ist jedoch, dass die Hörer selbst immer wieder von „Müdigkeit“ (B.1.4) berichten: „Oszillieren zwischen träumen, schlafen ... und fragen.... Vorher war ich kaum müde – jetzt könnte ich einschlummern!“ (B.1.3) schreibt eine Hörerin, „Ich versinke allmählich und glaube zu schlafen“ (B.3.4) eine andere (vgl. auch B.5.2, B.7.10 und B.1.2). Die Hörer fühlen sich „eingelullt von der Musik“ (B.1.4) und „versinke[n]“ (B.3.3). Häufig wird das Ge-

schehen auch als märchenhaft, unwirklich und/oder idyllisch charakterisiert: Ein Hörer „*beobachte[t] verschiedene Märchenszenen*“ (B.6.1), ein „*Kind...landet in einer Märchenwelt, in der es gegen böse Mächte kämpfen muss.*“ (B.7.10, vgl. auch A.5.3 und A.4.4). Ein „*Engel*“ (B.1.2), ein „*schwebender Engel*“ (B.5.3) und ein „*Schutzengel*“ (A.2.1) tauchen auf, „*Ein Fürst ... will seine Tochter verheiraten; das Böse lauert ... Jemand trifft die schöne Tochter in einem Märchengarten...*“ (B.6.1), Spielfiguren werden lebendig (A.4.1)... Wie ein Betroffener (vgl. Abschnitt I.1 der vorliegenden Arbeit) vergleicht auch eine Hörerin eines Skriptes das Geschehen mit dem (eben anderen!) Verlauf eines Märchens: „*So begab er sich auf die Suche ... doch anders als im Märchen traf er keine hilfreichen Zwerge und Feen, sondern Haldol und Zyprexa*“ (A.2.IV). Auch Charakterisierungen wie „*der Welt entschwebt*“ (B.6.7) oder „*unwirklich*“ (B.6.4) betonen diesen Aspekt. Während sich innerhalb der Skriptbeschreibungen kaum Märchen- oder Traumwelten eröffnen, sind die *Reaktionen* der Hörer der Skripte (vgl. auch die späteren Aussagen zu diesem Punkt) in noch größerem Maße von Müdigkeit, Abschweifen und Vergessen geprägt: „*Am liebsten schlafen schön schlafen nichts wissen wollen*“ (A.5.IV), „*Ich werde ganz schwer und müde und vergesse meine Einfälle.*“ (A.3.III) oder auch „*Einschlafgefahr! Ich könnte vom Stuhl fallen*“ (B.6.IV) heißt es dort.

„Erstarrung“

Bilder von Leblosigkeit und Erstarrung finden sich innerhalb der Improvisationsbeschreibungen häufig insofern, als die Protagonisten oder einer der Protagonisten der beschriebenen Handlungen und Geschichten zwar sich bewegende, dabei aber leblose Geschöpfe (in menschenähnlicher Gestalt!) sind wie „*Puppen*“ (B.4.4) und „*Marionetten*“ (B.1.3, vgl. auch B.2.4, B.7.4 und B.3.5). In dem Bild der „*Holzpuppen in einer Kiste (zu)*“ (B.7.5) wird der Zustand des Abgeschnittenseins und des Festen ergänzt durch die Betonung des Eingeschlossenseins, was durch die Hinzufügung des „*zu*“ noch verstärkt wird. Innerhalb eines weiteren Textes werden „*feste Mauern*“ (A.1.2) assoziiert. Während ein Betroffener überzeugt ist: „*Ich bin eine Maschine*“ (vgl. Abschnitt I.1 der vorliegenden Arbeit) heißt es in einer Improvisationsbeschreibung: „*Zwischen Mensch und Maschine*“ (B.3.1). Innerhalb der Musikbeschreibungen sind

es zumeist (eigentlich) leblose Figuren, die sich (dennoch) bewegen und/oder wie lebendig agieren (vgl. auch die späteren Ausführungen zu diesem Punkt). Innerhalb der Skriptbeschreibungen dagegen werden häufig – gewissermaßen umgekehrt - zumeist eigentlich lebendige Personen dargestellt, die aber als (er-)starr(t) und unlebendig wahrgenommen werden, darüber hinaus finden sich Hinweise auf als fest oder erstarrt Wahrgenommenes wesentlich häufiger: Von „*innerer Bewegungslosigkeit*“ (A.4.II) ist dort die Rede, „*Verteidigungspanzer*“ (A.4.IV), „*Panzer*“ (B.7.I), „*das Gefühl, alles würde auf der Stelle treten*“ (B.6.III), „*Alles scheint verstellt, zugestellt [...] kaltgestellt.*“ (B.1.II) heißt es, oder auch „*Alles ist fest, geschlossen, abgeschnitten*“ (A.4.III). Eine etwas andere Nuancierung des Festwerdens und der Erstarrung finden wir, ebenfalls wie bei vielen Betroffenen, in Bildern des Eingefrorenenseins und der Kälte: als „*unendliche[n] Eisfläche*“ (B.4.3), „*Winterlandschaft*“ (B.4.4 sowie B.4.3), in der es „*bitterkalt*“ (ebd.) ist, oder als „*Eiszapfen*“ in einer verschneiten Landschaft (B.2.6). Der Eindruck von etwas Leblosem, nur scheinbar Natürlich-Lebendigen spiegelt sich auch in dem grotesk anmutenden Resümee am Ende eines Beschreibungstextes zu einer Improvisation, in der das Lied „Der Mond ist aufgegangen“ (A. 3) intoniert wurde: „*Der Mond geht hier zumindest nicht auf, allenfalls wird eine silbrig glänzende Scheibe grell angestrahlt*“ (A.3.4). Die von Betroffenen so häufig beklagte „Leere“ findet innerhalb der Improvisationsbeschreibungen ihren Ausdruck in Formulierungen wie „*die Geschichte hat ein Ende und einen Anfang, aber nichts dazwischen.*“ (B.3.1) oder Aussagen wie „*nichts kommt vor die Augen trotz der angefüllten Musik*“ (B.5.3). Auch die Konturlosigkeit und fehlende Charakteristik der assoziierten Figuren (vgl. die späteren Ausführungen zu diesem Punkt) verstärken diesen Eindruck. Konkreter benannt und wesentlich häufiger anzutreffen ist die „Leere“ innerhalb der Skriptbeschreibungen: „*Irgendwie nach einem Schicksal große Leere*“ (A.3.II), „*Die Welt ist öd und leer.*“ (B.3.III), „*Lange Zeit ist da nichts, schwarze Leere.*“ (B.4.I) oder auch „*Aufmunternde Worte, damit ein Echo in der Leere hängen bleibt*“ (B.4.IV) heißt es dort.

IV.2.3 „Alles klebt aneinander“ Das Mit-Erleben von Auflösung und Entdifferenzierung

Anhand der Äußerungen schizophrener Menschen wurde deutlich, dass ein Erleben und Erleiden eigener „Dünnhäutigkeit“ bis hin zur Durchlässigkeit einen zentralen Stellenwert im Selbsterleben der Betroffenen einnimmt und in unterschiedlichen Facetten und Erscheinungsformen immer wieder beschrieben wird. Auch innerhalb der Beschreibungstexte finden sich häufig Hinweise auf entsprechende Zustände und Befindlichkeiten

„Und wer ist wer?“

Ähnlich, wie die Betroffenen selbst häufig nicht zwischen Ich und Nicht-Ich unterscheiden können, geraten auch Patient und Therapeutin im Erleben der Hörer der Skripte immer wieder in verwirrender Art und Weise durcheinander: „*Manchmal weiß ich nicht, wer was gesagt hat*“ (B.1.I) heißt es dann beispielsweise, oder auch „*Manchmal verliere ich den Durchblick; wer ist wer?*“ (B.6.I, vgl. auch A.5.II und B.2.III). Innerhalb der Improvisationsbeschreibungen finden sich zahlreiche Bilder für Vorgänge oder Zustände eines Ineinander, denen jedoch zumeist die von den meisten Betroffenen beschriebene sowie innerhalb der Skriptbeschreibungen zum Ausdruck kommende Qualität des Verwirrenden und häufig äußerst Ängstigenden fehlt. So beschreibt eine Hörerin: „*Da spielt ein Wesen mit vier Armen auf einem Instrument mit zwei Manualen, eines Orgel, eines Klavier*“ (B.4.1; Hinzugefügt sei, dass der Patient tatsächlich Orgel und die Therapeutin Klavier spielte und sich beide Personen/Instrumente im Erleben der Hörerin offenbar vermischten). Am Ende fügt die Beschreibende hinzu, das, worum es hier gehe, „*könnte auch der erste Geschlechtsverkehr sein, den jemand nun 'erfolgreich' hinter sich gebracht hat.*“ Neben der distanzierenden und gewissermaßen ent-emotionalisierenden Bewertung des Geschehenen als „erfolgreich“ finden sich keine Konnotationen, die auf einen als leidvoll oder ängstigend erlebten Zustand hinweisen (auch die Reaktion des betreffenden Patienten weist nicht darauf hin). Das gefundene Bild der Hörerin bringt deutlich zum Ausdruck, dass *diese* Art von Vermischung in ihrem Erleben nicht zur Aufhebung von Unterschieden und Unterscheidendem führt sondern eher eine Vereinigung von Unterschiedlichem in Einem darstellt. Dies wird auch

daran deutlich, dass es sich bei dem Bild um ein „*Doppelbild*“ (ebd.) handelt: „*Die Therapeutin spielt auch ganz für sich, so wie der Patient*“, verweist die Hörerin auf die *Gleichzeitigkeit* von Ineinander und Bei–Sich–Bleiben, von Nähe und Distanz. Die *Gefahr* einer (entdifferenzierenden) Vermischung wird jedoch in folgendem Textausschnitt beschrieben. Ähnlich, wie ein Betroffener berichtete, er würde sich mit jedem vermischen und ihm würden ganz fremde Teile angeklebt (vgl. Abschnitt I.1 der vorliegenden Arbeit), heißt es auch hier:

„-Zwei treffen aufeinander und suchen den Gleichschritt

-nun geht es

-munter nebeneinander her!

-Warum wird es so eng?

-keine Luft, kein Unterschied mehr

-alles klebt aneinander

...

-ah, jetzt gibt es eine Veränderung, man wird wieder aufmerksam aufeinander,

-nimmt sich gegenseitig wieder wahr, es sind wieder 2

... “ (B.5.2)

Und ähnlich, wie L. Schiller (vgl. Abschnitt I.1 der vorliegenden Arbeit) beschrieb, es sei ihre Ärztin gewesen, deren Person unter ihren (eigenen) Fettschichten begraben lag, erlebt auch eine Hörerin eines Skriptes, wie sich „Eigenes“ mehr und mehr mit dem der Patientin vermischt: „*Ich kann mitfühlen*“ (A.5.I) heißt es zunächst, später dann „*Nach wie vor das Gefühl, dass mir etwas fehlt.*“ (ebd., Hervorhebung S. K.) und schließlich „*...irgendwie peinlich, ... Irgendwie geht es um mich – und das ist totaler Blödsinn. Merkwürdig??!*“

„**Bedrohlich dringt sie in das Terrain ein**“

Charakterisierungen eines Geschehens als „eindringend“ finden sich innerhalb der Beschreibungstexte sowohl ganz direkt als auch indirekt: „*Bedrohlich dringt sie in das Terrain ein*“ (A.5.1) heißt es, bezogen auf die linke Hand der Klavier spielenden Therapeutin, in einer Improvisationsbeschreibung (vgl. auch die späteren Ausführungen zur Formenbildung der Improvisationen), „*es dringt ein, prasselt nieder, bedrängt*“ (B.2.II) innerhalb einer Skriptbeschreibung. Ein ebenso eindringliches wie erschütterndes Szenario eines von Betroffenen so häufig beschriebenen Erlebens der Überwältigung und Okkupation findet sich in folgendem Text: Verweist schon das Eingangsbild „*Im Ameisenhaufen – ein*

unermüdliches Gekrieche und Gekrabbel, hin und her, rauf und runter, nebeneinander, übereinander...“ (B.3.1) auf einen Zustand überbeweglicher Entdifferenzierung und aufgehobener Individualität, heißt es, den Aspekt des Eindringenden betonend, kurz darauf: „Gnadenlos, ... Jetzt stochert auch noch einer drin herum!“. Daraufhin tritt die Hörerin selbst in die Szene ein, vermischt sich gewissermaßen mit dem Geschehen und schreibt: „Ich will hier raus! Ich bin keine Ameise!“. Und weiter heißt es: „Es ist so wie bei den Borg – Wesen aus dem Weltall. Die assimilieren alles, was ihnen in den Weg kommt, ihre Parole: Widerstand ist zwecklos. ... Die Menschen/Wesen, die sie assimilieren, werden zum Teil der Borg. Sie verlieren ihre Identität vollständig...“

Dem im Rahmen der Äußerungen Betroffener zitierten (Selbst-) Bild einer „Schale ohne Inhalt, deren Wandung zersplittert ist, währenddessen der Innenraum durch fremde Inhalte angefüllt wird“ (vgl. Abschnitt I.1 der vorliegenden Arbeit) sollen anhand der beiden folgenden Textauszüge das Bild eines zersplitterten Glases sowie das einer zerbrochenen Vase gegenübergestellt werden – die hier allerdings nicht mit Fremdem angefüllt werden (!):

„Gemeinsamkeit bietet Schutz, sie wird gebraucht wie ein Klebestreifen, der ein zersplittertes Glas umschlingt...“ (B.4.IV, Hervorhebung S. K.)

Eine andere Hörerin schreibt: *„...Stattdessen beginnt der Patient langsam und ruhig, ein Stück nach dem anderen aus der Vase zu brechen. Mal legt er eine Scherbe zur Seite, mal bricht er sie in noch kleinere, mal hält er sie in der Hand. ... Am Schluss haben sie beide [gemeint sind Patient und Therapeutin] auf einer Scherbe eine kleine Zeichnung entdeckt, die ihnen Sinn macht. Das ist tröstlich!“ (B.2.IV, Anmerkung S. K.).*

„Es schwimmt alles ineinander“

So, wie sich im Erleben vieler Schizophrener nicht nur Selbst und Gegenüber vermischen, sondern auch verschiedene Menschen und Entitäten miteinander verschmelzen, finden sich auch innerhalb der Beschreibungstexte häufig Darstellungen eines ähnlichen Geschehens. Auf unterschiedlichen Ebenen vermittelt sich immer wieder der Eindruck von Fließendem, undeutlich Bleibendem, Unstrukturiertem und Unabgegrenztem. So vermischt sich z. B. das Gehörte im

Erleben der Hörer häufig mit Eigenem, Bekanntem: „*Diese Spielsequenz meine ich zu kennen, woher weiß ich nicht.*“ (A.1.5) schreibt eine Hörerin, eine andere fragt (sich) allen Ernstes, ob es sich um eine *ihrer* Patientinnen handeln würde! (vgl. B.6.III, die Kollegin arbeitet in einem völlig anderen Bereich mit einer ganz anderen Klientel). Auch bezüglich dieser Art des Ineinanderfließens und Verschmelzens finden sich innerhalb der Musikbeschreibungen zahlreiche Bilder, die eher positiv konnotiert sind und eher dem von Betroffenen geschilderten Gefühl des „Aufgehobensein im Ganzen“ (vgl. Abschnitt I.1 der vorliegenden Arbeit) entsprechen, weshalb sie an späterer Stelle zitiert werden sollen (s. u.).

Die Formulierungen innerhalb der Skriptbeschreibungen verweisen dagegen auf ein als verwirrend erlebtes Geschehen: „*Es schwimmt alles ineinander, Abgrenzungen sind nicht möglich, erst als es um die Instrumente geht*“ (A.5.II), „*Irgendwie gerät immer wieder etwas durcheinander. Wer sagt eigentlich was, wer ist wer?*“ (B.2.III), „*Kann mal jemand den Nebel wegmachen, ich kann nichts erkennen...*“ (B.3.III) heißt es dort.

„Kuddelmuddel – Chaos“

Immer wieder werden Personen innerhalb der Improvisationsbeschreibungen als verwirrt charakterisiert: „*einsamer, verwirrter Mensch in einer fremden Stadt*“ (B.6.4) heißt es beispielsweise, „*Er ist unruhig, ängstlich, verwirrt und seine Kräfte lassen nach*“ (B.7.9) oder auch „*gehetzt, verwirrt, suchend, sprunghaft, desorientiert*“ (B.7.3). „*Kuddelmuddel – Chaos*“ (A.1.6) werden beschrieben, „*immer weitermachen, wenn es auch noch so schräg und chaotisch wird.*“ (A.3.3). „*Wirre Bilder*“ (A.5.4) beschreibt eine Hörerin, „*Durcheinander*“ (A.1.II) eine weitere. „*Der Rausch verwirrte die Grenze.*“ (A.2.IV), greift eine Beschreibende die Äußerung einer Patientin auf. „*Je näher du kommst, desto größer die Verwirrung.*“ (A.5.IV) heißt es in einem anderen Text.

Innerhalb der Skriptbeschreibungen sind es interessanterweise häufig die Hörer selber, die sich verwirrt fühlen: „*Wie verwirrend und wie schnell – ich kann gar nicht folgen.*“ (B.6.V) heißt es, oder auch „*Manchmal verliere ich den Durchblick ... Verwirrung*“ (B.6.I). „*Plötzlich ist da ein Gedächtnisausfall, erschütternd: Ich weiß nichts mehr*“ (B.1.II, vgl. auch B.1.IV und B.3.I).

„Harte Regentropfen fallen in weiches Wasser“

Innerhalb der Musikbeschreibungen finden sich häufiger Bilder, die ein Ineinander ohne verwirrende Diffusionen oder aber zerstörerische Fragmentierungen zum Ausdruck bringen und eher an die von einigen Betroffenen geschilderte Qualität des „Aufgehobensein[s] im Ganzen“ (vgl. Abschnitt I.1. der vorliegenden Arbeit) erinnern. „*Harte Regentropfen fallen in weiches Wasser*“ (A.4.4) heißt es z. B. in einem Text. Eine andere Hörerin beschreibt eine Szene aus dem Film „Das Piano“: „*Das Klavier fällt ins Wasser, ein Tau wickelt sich um den Fuß der Frau, sie wird mit ins Wasser gezogen, in die unendliche, sie befreiende Tiefe ... endlich angekommen, Einssein mit dem Element Wasser.*“ (B.3.3, Hervorhebung S. K.)

Ein Bild als angenehm konnotierten Sich–Auflösens, assoziiert mit dem Flüssigwerden von Erstarrem und einem Wärmerwerden findet sich auch in folgendem Text:

„Ich sehe einen Eiszapfen, der durch das Sonnenlicht (bzw. die Wärme des Lichtes) schmilzt, wodurch ständig Wasser auf den Boden tropft. Zunächst sehe ich nur diesen einen ziemlich langen Eiszapfen, der an einer Regenrinne vor einem Haus hängt. Die Landschaft, in der das Haus steht, ist verschneit, aber es wird bereits wärmer und es ist ein schöner Tag. Im Verlauf sehe ich noch weitere Eiszapfen verschiedener Größe, die alle nebeneinander hängen und abwechselnd auf den Boden tropfen.“ (B.2.6)

Eine Szene konstruktiven Ineinanderwirkens, das im Gegensatz zum Ineinander–Zerfließen nicht auflösend wirkt, sondern bei Erhalt individueller Besonderheiten etwas Neues be–wirkt, bringt folgende Improvisationsbeschreibung zum Ausdruck:

„Flechten, Spinnen, Fäden ineinander wirken: Wirkwerk. Drehend, kreisend wird daraus ein fester Faden werden. Ein Faden ist eher rau, mit kleinen Spelzen, beige, der andere ein feiner, glänzender, farbiger Seidenfaden. So entsteht ein schönes Gewebe. Eine schöne, angenehme Situation, so beieinander zu sitzen und zu wirken – dabei träumen...“ (A.2.2)

„zieht sich unendlich und verliert ihren Zusammenhang, ihre Form“

Wie die Betroffenen selbst, so beschreiben auch die Hörer immer wieder Angst, und auch hier sind es besonders heftige Affekte, häufig steigert sich diese Angst: „Angst“ (B.3.4, A.1.3, A.4.2), „große Angst“ (B.5.4), „sich steigende Angst ..., ständige, unterschwellige Angst“ (B.6.6) wird beschrieben, „Grauen“ (A.1.1), „Schrecken“ (B.7.7, s. auch B.2.1 und B.3.3), „große Unsicherheit.“ (B.7.10), „große Gefahr“ (A.1.3, s. auch A.5.2), „große Wucht“ (B.2.1, s. auch B.2.3). Etwas wird als „sehr bedrohlich“ (A.1.4, s. auch B.6.1, B.6.5, B.6.6, A.1.2, B.7.10) charakterisiert, der „Mann am Xylophon ist riesengroß“ (B.2.2). Doch auch Gegenstände werden als sich-ausdehnend und ihre Form verlierend beschrieben: „Ein schwebender Engel mit einer Fanfare, die dehnt sich zur Aida-Trompete, wird immer länger, zieht sich unendlich und verliert ihren Zusammenhang, ihre Form“ (B.5.3) heißt es in einem Text, „Den Klangstab stelle ich mir als Eisenstab vor. Er wird immer größer, bis dass Kinder hindurch laufen können“ (A.1.1) in einem anderen.

Schilderungen von Grenzenlosigkeit und Weite bestimmen die Beschreibungstexte in hohem Maße. So z. B. bei der Schilderung der Umgebung oder des jeweiligen Ortes (vgl. auch die späteren Ausführungen zu diesem Punkt): „...eine große weite Winterlandschaft ... unendliche[n] Eisfläche“ (B.4.3) oder auch „unendliche Landschaften aus Sand“ (B.3.2, vgl. auch B.4.4) werden assoziiert. Grenzenlosigkeit begegnet uns auch als Eindruck von Unendlichkeit in unterschiedlicher Hinsicht anhand folgender Einfälle: „Geschichten ohne Ende...Oder vielleicht die 'unendliche Geschichte?'“ (A.1.5), „Dann droht eine Gefahr, beide versuchen, davor wegzulaufen und laufen und laufen und laufen...“ (A.5.2, vgl. auch B.6.II, B.5.III, B.7.4, B.7.6, A.1.2 und B.6.I).

„Sphärische Klänge – Musik zum Träumen“

Beschreibungen von Zuständen aufgehobener Spannung und Differenzierung oder des „Schwebens“ (vgl. Abschnitt I.1 der vorliegenden Arbeit) finden wir auch innerhalb der Musikbeschreibungen: „angenehme[n] weiche[n] und warme[n] Musik“ (B.1.2) wird beschrieben, „sphärische Klänge“ (B.1.4) und „Alles ist sehr weich – einlullend und bereichernd - Wärme – tibetanische Klänge und Weite“ (B.6.2, vgl. auch A.4.2 und B.7.6). Und auch hier sind diese Cha-

rakterisierungen mit Qualitäten des Unwirklichen, Sehnsuchtsvollen, Träumereich–Irrealen assoziiert: „*Sehnsucht nach Ruhe ... das Kind soll schlafen, genießt das wiegende Schaukeln.*“ (A.2.4, vgl. auch B.1.4) oder auch „*der Welt entschwebt*“ (B.6.7.) heißt es in den Texten.

„Die Sprache zerrinnt“

Hinweise auf sprachliche Besonderheiten finden sich in allen Skriptbeschreibungen, innerhalb der Beschreibungstexte zu den Improvisationen dagegen nur dreimal. Einerseits wird innerhalb der Skriptbeschreibungen direkt auf das Gespräch zwischen Patient und Therapeutin Bezug genommen, was verständlicherweise innerhalb der Improvisationsbeschreibungen so nicht möglich ist. Andererseits erleben die Hörer an sich selbst ein verändertes Verhältnis zur Sprache und zu den Worten, die sie aufschreiben (wollten...). Diese sind innerhalb der Improvisationsbeschreibungen zwar seltener (s. o.), jedoch finden sich diesbezüglich interessanterweise die gleichen Phänomene, wie sie innerhalb der Skriptbeschreibungen formuliert werden.

Im Folgenden werden einige bereits zitierte Ausschnitte der Beschreibungstexte nochmals hervorgehoben. Dass sich im Umgang mit Sprache und Worten die gleichen Grundverhältnisse abbilden, wie sie bereits herausgearbeitet wurden, überrascht nicht und spiegelt sich in den Aussagen der Betroffenen ebenso (vgl. Abschnitt I.1 der vorliegenden Arbeit). Dennoch sollen, wie im Abschnitt zum Selbsterleben Betroffener auch, die Aussagen, die sich konkret auf sprachliche Dimensionen beziehen, noch einmal ausdrücklich herausgearbeitet werden. Einerseits, um einen direkten Vergleich mit den Aussagen Betroffener zu ermöglichen. Andererseits aber auch, weil hier die besonderen Qualitäten des verbalen Dialoges, der ja *einen* wichtigen Bestandteil des musiktherapeutischen Erstkontaktes darstellt, ins Blickfeld rücken.

„Der ganze Dialog erscheint mir wie zerstückelt“

Häufig finden sich innerhalb der Skriptbeschreibungen Hinweise darauf, dass die Hörer das Gefühl haben, Patient und Therapeutin würden völlig „*aneinander vorbei*“ (A.5.II) reden. „*Etwas ist nicht eingespielt, Pausen, Unterbrechungen...*“ (B.3.I) heißt es in einem Text, „*Löcher, zwei Menschen unterhalten sich*

und reden doch aneinander vorbei...Fragmente“ (B.7.IV), in einem weiteren. „Sie reden miteinander, aber doch aneinander vorbei, verstehen sich nicht.“ (A.1.V) schreibt eine Hörerin. Eine andere erlebt den Dialog „Als sprächen zwei verschiedene Wesen“ (A.5.IV). „Zwei Menschen –zwei Sprachen – Barrieren –Nicht verstehen...Der ganze Dialog erscheint mir wie zerstückelt“ (B.2.I) heißt es in einem Text. Dieser Eindruck des „Zerstückeltes“ taucht ebenfalls häufiger auf: Eine Hörerin assoziiert „Zeitungspapierfetzen“ (A.1.V), die „vom Wind durch die Luft getrieben“ (ebd.) werden. „Manchmal erkennt man Worte, Wortfetzen, manchmal sogar ganze Sätze“ führt sie weiter aus. Die folgende Skriptbeschreibung fokussiert den Umgang mit Sprache ganz direkt, zunächst als konkrete Beschreibung, dann anhand eines Bildes:

„Er kann nicht sprechen. Er versucht es, aber die Sprache zerrinnt ihm, wenn er sie nutzt. Wie furchtbar ! Auch die Therapeutin verliert ihre Sprache. Mehr und mehr verstehe ich überhaupt nicht mehr, was und warum sie etwas sagt. Das ist quälend! Warum müssen sie sich so quälen? Sehnsucht nach der Musik. Musik vorgestellt als einen Ort, an dem Sprechen möglich ist. Während ich immer weniger in der Lage bin, dem semantischen Gehalt des Textes zu folgen und immer tranceartiger auf etwas dahinter lausche, stellt sich ein Bild ein: Der Patient hat eine schwere Vase mit Sand in den Händen. Er schüttet den Sand aus. Nun müsste folgen, dass Wasser eingefüllt wird, dann die Blumen. Stattdessen beginnt der Patient langsam und ruhig, ein Stück nach dem anderen aus der Vase zu brechen. Mal legt er eine Scherbe zur Seite, mal bricht er sie in noch kleinere, mal hält er sie in der Hand. Ruhig, aber unerbittlich. --- unerbitterlich ? Wie heißt denn das? ---- So geht es mir immer wieder beim Schreiben, dass so viele Seitengedanken kommen - dass ich mich sehr aufraffen muss, denen nicht zu folgen.---J. schnarcht---Kifferlebnis, im Kreis schreiben.--- Website Design---Schluss jetzt ! Zurück. Am Schluss haben sie beide auf einer Scherbe eine kleine Zeichnung entdeckt, die ihnen Sinn macht. Das ist tröstlich!“ (B.2.IV)

„Es hatte so etwas bruchstückhaftes, abgerissenes“ (A.2. I), wird weiterhin beschrieben, „holpriges Gespräch“ (A.5.III), „nichts Fassbares, nur Fragmente“ (B.3.I), oder auch: „aneinander vorbei – ver-rückt“ (B.2.I).

Doch das Gespräch wird nicht nur als fragmentiert und zerstückelt erlebt, sondern die Worte werden teilweise gar nicht erst wahrgenommen oder aber das Gespräch selbst droht im Erleben der Hörer zu versiegen: *„Zwei Mal versiegt das Gespräch“ (A.1.III), schreibt ein Hörer. „Aneinander vorbei, an mir vorbei“ (A.5.II, Hervorhebung S. K.), heißt es in einem Text, „Kann nur dem Gespräch folgen bzw. an mir vorbeiduselnd lassen“ (A.2.I, Hervorhebung S. K.) in*

einem anderen (vgl. auch B.5.I und A.1.V). Einen Verlust bezüglich wesentlicher Bestandteile des Gesprächs gewissermaßen in ihrer eigenen Innenwelt beschreibt eine Hörerin folgendermaßen: „*Das ganze Gespräch wirkt so normal ... Da ist was Leichtes, Zerbrechliches. Wenn man es weiterdenkt, dann ist nichts mehr da, aufgelöst, verschwunden.*“ (B.1.IV) Dieser Hörerin wie auch der oben zitierten und zahlreichen anderen Beschreibenden passiert also selbst hinsichtlich ihrer Gedanken und damit auch hinsichtlich der Sprache etwas, das ähnlich auch von den Betroffenen selbst beschrieben wurde und im Gegensatz zu dem im „Zerstückeln“ und Fragmentieren deutlich werdenden „Auseinander“ eher einer Bewegung des „Ineinander“ angehört – fast ist dabei an die von den Betroffenen befürchtete „Ansteckung“ zu denken! Dieser Aspekt steht in fast allen Skriptbeschreibungen und auch in einigen Improvisationsbeschreibungen so sehr im Vordergrund, dass hierauf später noch gesondert eingegangen werden soll.

Noch einmal zurück zu den Eindrücken des „Zerstückelns“: Dieser Eindruck rührt offenbar auch daher, dass die Hörer häufig das Gefühl haben, hier würde ein Gespräch stattfinden mit jemandem, „*der nicht gesprächig ist, seine Ruhe haben möchte, der Menschen, die reden und fragen, eher lästig findet...der gnädig Audienz abhält und die Anfragen zur Kenntnis nimmt*“ (B.1.III) „*Jedes Wort ist zu viel! Geh weg –lass mich in meiner Welt!*“ heißt es in diesem Text weiter. „*Ein Verhör. Was die alles wissen will! Aber ich sage nichts.*“ (B.3.IV) beschreibt ein anderer Hörer einen ähnlichen Eindruck. Häufig wird im Erleben der Beschreibenden etwas zurückgehalten: „*Ein aufgeklärter Patient ... er erzählt viel, ohne wirklich Wichtiges zu sagen*“ (B.4.V) oder auch „*Geplauder am Rande – Partygeplauder*“ (A.4.III, vgl. auch B.6.III), beschreiben die Hörer: „*das wirklich Schwierige bleibt ausgespart, aber man kann sich verständigen*“ (A.1.IV, vgl. auch A.3.I und A.2.III). „*Das Schweigen interessiert mich*“ (B.5.I) schreibt eine Hörerin, und häufig entsteht der Eindruck: „*Mir scheint, ich weiß gar nichts, habe nichts erfahren*“ (B.7.V). Infolgedessen wirkt das Gespräch oft „*scheinbar uninteressant*“ (A.1.III), „*alltäglich, ganz o. k....normal ... belanglos?*“ (A.1.IV). „*Oberflächlichkeit*“ (B.5.II) wird konstatiert und „*Verharmlosungen und Vertuschungen*“ (B.4.III, vgl. auch B.7.I und A.5.IV).

Einige Texte vermitteln jedoch auch mögliche Gründe für dieses „Zurückhalten“: „*Der Patient ... offenbart nicht wirklich das, was ihn beschäftigt – es*

bleibt im Gespräch bei Fähigkeiten und anderen 'Fakten'. Es gerät ins Stocken ... immer an der Oberfläche bleiben ... Sich wirklich berühren – könnte das gefährlich werden?“ (B.5.II, vgl. auch B.1.IV, B.6.IV und A.4.IV).

„Und wer ist wer?“

Warum auch auf der konkret verbalen Ebene „Beziehungsaufnahme“ (s. o.) vermieden werden muss, welche Gefahr zumindest damit verbunden ist, wird ebenfalls anhand der konkreten Beschreibungen des jeweiligen Dialoges und damit (auch, s. o.) anhand der verbalen Äußerungen nachvollziehbar. „*Und wer ist wer? Es verschwimmt alles ineinander*“ (A.5.II, vgl. auch B.2.III, B.1.I, B.6.I und B.1.II) schreibt eine Hörerin. Die Beschreibenden erleben das als „*verwirrend*“ (B.6.V), als „*Chaos*“ (B.6.V). „*Immer das Ins–Wort–Fallen*“ (A.1.III), beklagt ein Hörer. Doch nicht nur die Worte und damit die beiden Gesprächspartner geraten im Erleben der Beschreibenden durcheinander bzw. ineinander: Auch die Hörer selbst beschreiben bezüglich ihres Erlebens im Hinblick auf sprachliche bzw. Besonderheiten im Umgang mit Worten Auffälligkeiten, die nur allzu sehr an die Beschreibungen Betroffener erinnern.

„Es wird immer schwerer zu schreiben“

...beklagt eine Hörerin am Ende ihres Beschreibungstextes (A.5.I), andere Hörer verweisen auf „*fehlende Konzentration hier in der Beschreibungssituation*“ (A.1.IV), „*kann mich kaum konzentrieren auf das, was gesprochen wird...ich merke, dass ich mich kaum konzentrieren kann*“ (A.5.II), und immer wieder wird betont, dass den Hörern nichts einfallt: „*Jetzt fällt mir nichts ein*“ (B.5.I), „*Mir fällt nichts ein!*“ (A.5.IV, vgl. auch A.2.II, B.4.III, A.4.IV, B.3.I, A.4.V, B.5.IV, A.5.III, B.1.II). Das „Vergessen“ von Einfällen bzw. den *Worten*, um diese zu notieren, wird immer wieder beschrieben: „*Ich werde ganz schwer und müde und vergesse meine Einfälle*“ (A.3.III, vgl. auch A.4.I und A.1.III), „*Die Worte, die ich aufschreiben wollte, habe ich vergessen.*“ (B.V.V.). Diese Phänomene erleben auch die Hörer der Improvisationen: „*Ich kenne das Lied genau, aber ich komme nicht auf den Titel, den Text ... Es liegt mir auf der Zunge*“ (A.3.1). Hier drängt sich die Suche nach dem Titel so sehr in den Vordergrund, dass die Hörerin nur noch nach den Worten ringt: „*Das beschäftigt mich die ganze Zeit...Alles andere hat keine Bedeutung. Oder vielleicht doch?*“

(ebd.) „*Diese Spielsequenz meine ich zu kennen...Mir fallen keine Worte mehr ein, sie zu benennen, aber greifbar nah...Mir gehen die Bilder zu den einzelnen Spielsequenzen...immer mehr verloren*“ (A.1.5) heißt es in einem anderen Text zu einer anderen Improvisation. „*Ich habe zwischendurch immer das Gefühl, meine Gedanken festhalten zu müssen, bloß nichts verlieren. Man müsste sich Spicker machen dürfen.*“ (B.4.4) schreibt eine weitere Hörerin. Andere Hörer beschreiben ihr Erleben bzw. das, was sie bemerken und spüren, als von vornherein schwer in Worten auszudrücken: „*An manchen Stellen schrecke ich auf: Da war doch was, ich kann es schwer in Worte fassen.*“ (A.2.I) Eine andere Beschreibende desselben Skriptes hat interessanterweise das Gefühl, „*dass es eigentlich gar nicht nötig ist, das noch einmal in Worte zu fassen.*“ (A.2.IV, vgl. auch B.3.II), eine weitere schreibt: „*Ist doch alles gesagt*“ (A.2.II). Der Beschreibungstext der zuletzt zitierten Hörerin beginnt mit „*Mir fällt nichts ein*“ und endet mit der Aussage „*...und jetzt fällt mir nix mehr ein*“.

Der bereits oben zitierten Hörerin passiert gewissermaßen das Gegenteil, ihr kommen „*so viele Seitengedanken*“ (B.2.IV) und sie muss sich „*sehr aufraffen... denen nicht zu folgen*“, denn die Gefahr droht, dass (auch) ihr die Worte nicht mehr selbstverständlich scheinen: „*Ruhig, aber unerbittlich. - unerbittlich? Wie heißt denn das?*“.

„Damit ein Echo in der Leere hängen bleibt“

Welche Funktion das Sprechen trotz der beschriebenen Probleme und Ausformungen eines Nicht-Gelingens gerade *in* dieser besonderen Ausgestaltung haben kann, klingt ebenfalls in einigen Texten an. Es geht um Ordnung, Orientierung und Absicherung, verbunden mit dem Ermöglichen von Gemeinsamkeit und „Eindruck“: „*Alles scheint so trocken, spröde. Die Worte wirbeln Staub auf, der sich schnell wieder legt. Es bleiben jedoch Spuren in der Staubschicht zurück*“ (B.1.I). Von „*Orientierungsfragen*“ (A.4.I) ist die Rede, „*Fragen über Fragen, nach Antworten weinend*“ (A.4.II) heißt es, und in einem weiteren Text zum selben Skript: „*Viele Nachfragen, Absicherung*“ (A.4.V). Absicherungen werden zumindest in einigen Gesprächen sprachlich, mit Worten tatsächlich hergestellt: „*Die Therapeutin baut Brücken.*“ (B.7.V) heißt es in einem Text, und innerhalb einer anderen Beschreibung zum selben Skript ist von einer

„komplizierte[n] Konstruktion“ (B.7.III) die Rede, die „die ständig drohende Gefahr, dass die Uhr ins tiefe Wasser, ins unendlich grässlich tiefe Wasser, einbrechen wird ... [ge] bannt.“ (ebd.): „Aus Fragewörtern wird ein Schienensystem durch Wasser und Eis gespannt, auf dem die Pendeluhr sich vorsichtig und langsam vorwärts schieben kann.“ Durch das Sprechen (und Verschweigen!) werden Bestätigung und Gemeinsamkeit und darin ein Halt gesucht: „Suche nach Gemeinsamkeiten ... Suche nach Lob und Anerkennung ... Gemeinsam etwas finden, woran man sich festhalten kann“ (A.3.I); „viel Bestätigung“ (A.1.IV). Manchmal wird dies als gelingend erlebt: „Alles bleibt freundlich verhüllt. Ein Gespräch über die Farben und Muster des Tuches, das über einen klaffenden Abgrund gebreitet ist. Gemeinsamkeit bietet Schutz, sie wird gebraucht wie ein Klebestreifen, der ein zersplittertes Glas umschlingt. Aufmunternde Worte, damit ein Echo in der Leere hängen bleibt“ (B.4.IV); „Wird die Therapeutin ihr helfen können? Zumindest ist es angenehm mit ihr, etwas knüpft an an die guten alten Zeiten“ (A.3.III); „Ich bin überrascht und angerührt davon, wie schnell ein Vertrauensverhältnis zwischen Patientin und Therapeutin entsteht“ (A.4.I). Eine Veränderung findet statt innerhalb des als „Verhör“ (B.3.IV) erlebten Gespräches: „Trotzdem auch ganz angenehm, die Situation. Ich könnte mich locken lassen.“ heißt es dort weiter. „Durch viele ‘Hm‘ wird Übereinstimmung gesucht und es entsteht auch eine winzig kleine gemeinsame Basis, deren Erweiterung offenbar besser durch das Spielen als im Gespräch gelingt“ (B.1.V), schreibt eine andere Hörerin. Solche „Erweiterungen“ und infolgedessen auch Veränderungen des *verbalen* Dialoges werden in einigen Texten ganz direkt beschrieben. Veränderungen der Sprache und im Umgang mit Sprache werden einerseits nach der gemeinsamen Improvisation von Patient und Therapeutin erlebt, andererseits aber auch bezüglich des Sprechens über Themen, die irgendwie mit Musik zu tun haben: „Nach der Musik ist etwas anders. Da sind es Menschen. Sie sind behutsam. Wiederholen häufig den Ausdruck des anderen. Dadurch erkennen sie einander. Sie sprechen!! Miteinander!“ (B.7.III) heißt es in der Weiterführung der bereits zitierten Skriptbeschreibung, in der eine Pendeluhr und ein Klavier ein Schienensystem aus Fragewörtern spannten... „Nach der Musik fließt das Gespräch mehr.“ (B.7.IV) schreibt ein anderer Hörer zu demselben Skript. Die Hörerin, die das Gespräch zunächst als „Chaos“ (B.6.V) erlebt, dem sie „gar nicht folgen“ könne,

schreibt weiter: „dann wird es klarer als er von seiner Musikmaschine ... erzählt – da entsteht ein Bild ... Als der Patient von den technischen Möglichkeiten des Instrumentes und seiner Faszination davon spricht, beginnt es mich ein wenig zu interessieren.“ „Abgrenzungen sind nicht möglich, erst, als es um die Instrumente geht.“ (A.5.II) schreibt eine andere Hörerin – es ist die Hörerin, die zuvor beklagte: „Und wer ist wer? Es schwimmt alles ineinander“.

IV.2.4 Die Beschreibungstexte im Austausch mit den Schilderungen Betroffener

Im Folgenden sollen die in Abschnitt I.1 der vorliegenden Arbeit als Überschriften verwendeten Zitate bezüglich allgemeiner Erlebensbeschreibungen (mit Ausnahme der hier eingefügten Überschrift hinsichtlich der Sprache) der Betroffenen sowie die entsprechenden in diesem Teil der Arbeit als Überschrift gewählten Zitate der Beschreibenden noch einmal in tabellarischer Form vergleichend gegenübergestellt werden:

Als Überschriften verwendete Formulierungen Betroffener	Als Überschriften verwendete Formulierungen der Beschreibenden
„Eine stählerne Wand trennte mich von allen und allem“	„Aber die trennende Glaswand bleibt“
„Lebendig begraben“	„Lebendig begraben“
„Ein Fremder mir selbst gegenüber“	„Er sucht und findet nicht...sich selbst?“
„Alles zerbrach“	„Am Ende zerfällt oder zerklumpt der Ritter“
„Sehr ähnlich der Welt der Träume“	„Alles nur ein (böser?) Traum?“
„Erstarrt im Fluss des Lebens“	„Erstarrung“
„Jenseits von Wörtern“	„Die Sprache zerrinnt.“
„Alles wurde zusammengemanscht“	„Alles klebt aneinander.“
„Ich vermische mich mit jedem“	„Und wer ist wer?“
„Alle können ungehindert in mich eindringen“	„Bedrohlich dringt sie in das Terrain ein.“
„Als ob die verschiedensten Dinge ineinander zerflößen“	„Es schwimmt alles ineinander“

IV Vergleichende psychologische Untersuchung der musiktherapeutischen
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

„Chaos in meinem Gehirn“	„Kuddelmuddel – Chaos“
„Aufgehobensein im Ganzen“	„Harte Regentropfen fallen in weiches Wasser“
„Sich ins Unendliche steigern“	„... zieht sich unendlich“
„Zustand totaler Entspannung“	„Sphärische Klänge – Musik zum Träumen“

Ein Vergleich zwischen den Erlebensbeschreibungen Betroffener und denen der Hörer der Improvisationen bzw. der Skripte zeigt, dass wir – im Gegensatz z. B. zum Erleben Angehöriger (vgl. Ab. I.2 der vorliegenden Arbeit) - innerhalb der im Rahmen der vorliegenden Untersuchung angefertigten Beschreibungstexte tatsächlich das ganze Spektrum schizophrenen Erlebens wieder finden, wie es in Kapitel I.1 – ohne Anspruch auf so etwas wie Vollständigkeit - herausgearbeitet wurde. Auch hier sind wir letztendlich mit der „Verabsolutierung der EINS“ in EINSamkeit und EINheit konfrontiert: „Tod und Leben sind eins...“ (I.1) drückt es eine junge Schizophrene aus – „Himmel und Hölle zugleich“ (B.1) heißt es in einer der Beschreibungsganzheiten zu den Improvisationen (s. u.). Der Schizophrene *erleidet* in der „Verabsolutierung der EINS“ immer auch das Weder–Noch: So erleben die Betroffenen z. B. die oben erwähnte Gleichzeitigkeit von „Tod und Leben“ zumeist eher so, dass sie sich *weder* „wirklich“ lebend fühlen *noch* „wirklich“ tot *sind*. Der gleichzeitig lachende und weinende schizophrene Patient beschreibt, so er kann, zumeist *weder* Trauer *noch* Belustigung, sondern eher Verwirrung und Chaos. *Hinsichtlich* dieses sich als Weder–Noch–Verhältnis erweisenden scheinbaren Sowohl–als–Auch finden sich deutliche *Unterschiede* zwischen den Skript- und Improvisationsbeschreibungen. Während die *Ähnlichkeiten* zwischen den Beschreibungen der Hörer und denen der Betroffenen bei einer ersten Beschäftigung mit den Texten deutlich im Vordergrund standen, treten innerhalb des folgenden Untersuchungsschrittes die Unterschiede mehr in den Vordergrund.

IV.3 Die Wirkungsgestalt der untersuchten Improvisationen und Gespräche

In dem folgenden Abschnitt soll, wiederum in Annäherung an die vorzufindenden Grundverhältnisse, die Fragestellung nach der Wirkungsgestalt der untersuchten Improvisationen und Gespräche innerhalb der zwölf Erstkontakte beantwortet werden. Dazu werden die 124 angefertigten Beschreibungstexte zunächst hinsichtlich ihrer Ganzheit (vgl. Abschnitt III.3.3.1 der vorliegenden Arbeit) und anschließend anhand eines kategorialen Vergleichs dargestellt und untersucht.

Die Beschreibungstexte sowie die Erarbeitung der jeweiligen Ganzheit befinden sich - mit Ausnahme eines exemplarischen Beispiels im Anhang der Arbeit – im Materialband.

IV.3.1 Ganzheit

In diesem ersten Untersuchungsschritt innerhalb des Verfahrens der „Beschreibung und Rekonstruktion“ wird „nach dem Erleben des Ganzen einer Improvisation“ (Tüpker 1988/1996, S. 71) gefragt, indem die von den Hörern notierten Bilder, Metaphern, Geschichten, Einfälle, Eindrücke, Assoziationen und Reaktionen verglichen und ausgetauscht werden, um eine erste *zusammenfassende Beschreibung* zu erarbeiten, „die das Ganze, d. h. die Musik und ihr Erlebt-Werden, charakterisiert“ (a. a. O. S.72). Im Gegensatz zu unterschiedlichen umgangssprachlichen Bedeutungen ist mit „Ganzheit“ zunächst einmal dieser als solche definierte erste Untersuchungsschritt des Verfahrens der „Beschreibung und Rekonstruktion“ gemeint. Um im Folgenden sprachliche Ungenauigkeiten und Überschneidungen der Begrifflichkeiten zu vermeiden, soll die zu jeder einzelnen Improvisation und zu jedem einzelnen Skript erarbeitete *zusammenfassende Beschreibung* (s. o.) als „Ganzheit“ definiert werden. Da sich die jeweilige Ganzheit als *Fokus* auf die innerhalb der Beschreibungstexte anklingenden Grundthemen und –verhältnisse versteht und das weitere methodische Vorgehen zudem sicherstellt, dass die Leser im Rahmen der Untersuchung der Wirkungsgestalt mit den Beschreibungstexten und der Art und Weise ihrer Analyse noch intensiv konfrontiert sein werden,

wurde bewusst auf ausführlichere Darstellungen und Erläuterungen verzichtet und ein kurzes verbales „Blitzlicht“, in einigen Fällen auch nur eine „die Paradoxie der Gestaltbildung sprachlich umsetzende Kurzformel“ (Tüpker 1983/1996, S. 90) erarbeitet, die gerade in ihrer Verdichtung Wesentliches zum Ausdruck bringen soll. Tüpker (a. a. O.) verweist auf die Gefahren einer „Überhöhung in der Abstraktion“ (ebd.) und die damit verbundene Gefahr der Verhinderung der Nachvollziehbarkeit, die diese Form sprachlich-poetischer *Umsetzung* der Paradoxien in sich birgt. Beides ist infolge der Art sprachlicher Zusammenfassung der vorliegenden Texte in einigen Fällen eingetreten. Nicht dennoch, sondern gerade deshalb wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit genau diese Form des Zusammenfassens gewählt. Zugegebenermaßen entspricht dieses Vorgehen den Neigungen und Vorlieben der Autorin, die sich hier jedoch nicht unreflektiert durchgesetzt haben. Da sich in dem Vorgang der sprachlich-poetischen *Umsetzung* der Paradoxien, statt diese (nur) zu erläutern (a. a. O.), eine Art und Weise des Umgangs mit diesen Paradoxien spiegelt, die sich sowohl in den sprachlichen Produktionen Betroffener (s. Kap. I der vorliegenden Arbeit) als auch innerhalb der Erlebensbeschreibungen der Hörer auffinden lassen, wurde die „Gefahr der Unverständlichkeit“ (a. a. O.) bewusst in Kauf genommen. Die Ausführungen in den Kapiteln I und II der vorliegenden Arbeit verweisen darüber hinaus auf die *Notwendigkeit* des Sich-Einlassen auf genau diese *Befindlichkeit* des Nicht-Verstehens. Gerade in Folge dieses Vorgehens bleibt also eine Nähe zum Material erhalten, die eine Art des Nachvollzugs ermöglicht oder ermöglichen soll, die tatsächlich weniger mit dem *Nachvollzug von Erläuterungen* zu tun hat, als vielmehr mit dem zunächst im Vordergrund stehenden Ermöglichen von *Resonanz*. Diese Ausführungen sollen die Bedeutung und Dimension der Nachvollziehbarkeit als notwendiges Kriterium qualitativer Forschung jedoch keineswegs in Frage stellen. Dem Ermöglichen eher *affektiven Nachvollziehens* soll das eher *rationale Nachvollziehen des Zustandekommens* der jeweiligen Ganzheit zur Seite gestellt werden. Wenngleich dies im Anhang bzw. Materialband nachvollzogen werden kann, ist es doch notwendig, bei der dann folgenden Erarbeitung einer zusammenfassenden Beschreibung *aller* Skriptbeschreibungen (und später der Improvisationsbeschreibungen) zumindest in einigen Punkten noch einmal auf die der einzelnen Ganzheit zugrunde liegen-

den Verhältnisse und Paradoxien einzugehen. Allerdings soll dies lediglich exemplarisch an jeweils einem kurzen Beispiel erfolgen, um Nachvollziehbarkeit auch innerhalb des folgenden Textes zu gewährleisten. Eine ausführlichere und differenziertere Darstellung einzelner Passagen der Beschreibungstexte und auch ausgewählter Themenbereiche, die zunächst nur angedeutet werden können, erfolgt später ohnehin im Rahmen der weiteren Untersuchung zur Wirkungsgestalt. Trotz allem sei darauf verwiesen, dass das Zustandekommen der jeweiligen Ganzheit letztlich doch nur durch den Nachvollzug der im Anhang bzw. Materialband befindlichen Ausarbeitungen möglich ist. Eine vereinheitlichende Beschreibung *aller* Improvisations- und Skriptbeschreibungen soll dann in etwas ausführlicherer Art und Weise möglichst beide Formen sprachlichen Ausdrucks vereinen und damit möglicherweise auch unterschiedliche Formen des Nachvollzugs und Verstehens ermöglichen. Abschließend sollen die verwendeten Begrifflichkeiten noch einmal geklärt werden, um die möglicherweise ohnehin etwas verwirrende Perspektivenvielfalt und die zunehmende Verdichtung des Materials klar und nachvollziehbar darzustellen:

1. Beschreibungstexte/Texte: Hiermit sind die insgesamt 124 schriftlichen Darlegungen der einzelnen Beschreibenden/Hörer gemeint. Da unabhängig voneinander Beschreibungstexte zu den Improvisationen (66) und Skripten (58) der einzelnen Erstkontakte angefertigt wurden, werden im Folgenden

1.a) Improvisationsbeschreibungen (um all zu viele Wiederholungen zu vermeiden auch: Beschreibungen zu den Improvisationen bzw. Musikbeschreibungen) und

1.b) Skriptbeschreibungen (auch: Beschreibungen zu den Skripten bzw. zu den Gesprächen) unterschieden.

2. Ganzheit: Die wesentlichen Aussagen aller zu *einer* Improvisation oder *einem* Skript gehörenden Beschreibungstexte wurden in wenigen Sätzen zu einer zusammenfassenden Ganzheit verdichtet.

3. zusammenfassende Beschreibung: *Alle* Beschreibungstexte und Ganzheiten der Skripte bzw. der Improvisationen werden zu *jeweils einer* zusammenfassenden Beschreibung *aller* Skripte bzw. *aller* Improvisationen verdichtet.

4. vereinheitlichende Beschreibung: Am Ende des folgenden Untersuchungsschrittes sollen *alle* angefertigten Beschreibungstexte anhand *einer* vereinheitlichenden Beschreibung komprimiert und die in ihnen dargestellten Grundverhältnisse verdichtet zum Ausdruck gebracht werden.

IV.3.1.1 Ganzheit der Skriptbeschreibungen

- 1. Alles oder Nichts, Überschwappen oder Versanden, Orientierungslosigkeit und Angst oder Rückzug und Leere. Der Versuch ordnender Begrenzung führt zu Ausgrenzung und Stillstand. (A.1)**
- 2. Eine Täuschung: Hereingefallen auf ein nur scheinbar Ganzes, das in eindrucksvoller Perfektion Alles zu sein scheint und keinen Raum lässt für Anderes. Ent-Täuschung entlarvt Brüche und Leerstellen, führt aber in die Irre. (A.2)**
- 3. Auf der Suche nach dem, was nur im Verborgenen bewahrt werden konnte, verloren gegangen und in die Irre geführt. Wird das Herstellen absichernder Gemeinsamkeit Anknüpfungen ermöglichen? (A.3)**
- 4. Fehlende Verbindungen, keine Wurzeln, in innerer Bewegungs- und Orientierungslosigkeit verloren. Angst und Not und Fragen. Wird das Festhalten am Image Eigenes bewahren oder verhindern? (A.4)**
- 5. Es holpert und stolpert aneinander vorbei und ist doch ineinander verwoben und voneinander aufgesogen. Die Realität erweist sich als Illusion und Annäherung führt zu größerer Entfernung. Das ist absurd, quälend und verwirrend. (A.5)**
- 6. Eigenes droht im Sog vereinheitlichender Tendenzen verloren zu gehen. Das führt zu Verwirrung und Leere. Das Zerreißen von Zusammenhängen(dem) stellt demgegenüber eine Ordnung her, in der Eigenes im Verborgenen ge(er?)funden und bewahrt werden kann. In der Isolation ist es jedoch nicht mehr verfügbar und durch fehlenden Austausch von Auflösung bedroht. (B.1)**
- 7. Alles zu nah und gleichzeitig zu fern –treffend und doch daneben. Ein verwirrendes Hin und Her ineinander und auseinander strebender Tendenzen verrückt die Modalitäten von Differenzierung und Kontakt in eine andere Welt und Wirklichkeit. (B.2)**
- 8. Ein Versteckspiel im Versteckspiel:
Ich habe kein Interesse an mir, aber dass Du Interesse an mir hast, finde ich interessant. Der lockenden Verführung zum Selbstinteresse kann aber nicht nachgegeben werden, denn es gibt keinen Spielraum für Austausch und Begegnung: Ich brauche mich nicht vor Dir zu verbergen, denn ich habe mich bereits vor mir selbst verborgen, und es gibt weder Zeit noch Raum, mich in mir zu finden. (B.3)**
- 9. Leerstellen werden mit Fremdem, Imaginärem gefüllt oder aber verhüllt und überbrückt. Gemeinsamkeit bietet Schutz, sie wird gebraucht wie ein Klebestreifen, der ein zersplittertes Glas umschlingt. So bleibt ein Echo in der Leere hängen – oder ist das eine Täuschung? (B.4)**
- 10. Etwas wird versteckt und gebremst, um Berührung zu verhindern und die damit einhergehende Verletzungs- und Absturzgefahr zu bannen. So kann es geschützt werden oder aber verloren gehen. (B.5)**
- 11. In einer Welt der unbegrenzten Möglichkeiten spitzt sich das Tempo zu bis zum Stillstand. Alles bleibt Nichts. Zerstört und verloren gegangen in grenzenloser Maßlosigkeit. Begegnung wird ersehnt, gefürchtet und verhindert: alle(s) zu fern und gleichzeitig zu nah. Einsamkeit, Angst und Verwirrung. Aufgeben? (B.6)**
- 12. Isoliert und bis zur Verdinglichung erstarrt: Das ermöglicht ein Zusammenhalten auf Distanz und bannt die unerträgliche Angst auf Kosten der Lebendigkeit. Das gemeinsame Improvisieren ermöglicht jedoch Verlebendigung und Kontakt. (B.7)**

Bei der Lektüre der zwölf erarbeiteten Ganzheiten fällt zunächst auf, dass es sich zumeist um Formulierungen handelt, die irgendwie „seltsam“ anmuten, eine „besondere“ Textsorte ist entstanden, die sich erst nach einer Weile erschließt. *Ähnlich* wie viele Äußerungen Betroffener setzen diese Formulierungen viel voraus, um nicht als Unsinn abgetan zu werden. *Ähnlich? Ähnlich!* Auf die Ähnlichkeiten zwischen den ursprünglichen Beschreibungstexten und den Selbstbeschreibungen Betroffener wurde bereits ausführlich hingewiesen. Die vorliegenden Formulierungen der jeweiligen Ganzheit sind das Resultat des Bemühens der Autorin, die in den Assoziationen und Reaktionen innerhalb der Beschreibungstexte auftauchenden Paradoxien und Gegenläufigkeiten überhaupt in eine als Fokus zu verstehende Form zu bringen. Ihre Charakteristik impliziert offenbar eher einen Ausdruck in imaginierten Bildern, Metaphern und Szenen, wie sie von den Beschreibenden assoziiert wurden, während sie sich der gesuchten fokussiert-abstrakten Ausdrucksweise immer wieder zu entziehen schien. So ähneln die oft paradoxen und widersprüchlichen Aussagen häufig einer Ineinanderschachtelung von Sinnestäuschungen und implizieren durchaus Fragen nach den Grenzen der Grammatik.

Die in den Ganzheiten fokussierten Verkehrungen und Extremisierungen beziehen sich zumeist auf extreme Ausgestaltungen von *Ordnung* und *Differenzierung*, *Annäherung* und *Entfernung*: Einerseits werden Verhältnisse beschrieben, innerhalb derer Zusammenhänge und Zusammenhängendes abreißen oder zerreißen, auseinanderdriften; fragmentieren. Andererseits sind wir mit Verhältnissen konfrontiert, die ein Miteinander durch die Verkehrung in ein Verhältnis von entdifferenzierendem Ineinander und damit das Erkennen und Differenzieren Zweier verunmöglichen. Wenn diesbezüglich im Folgenden von „Pervertierung“ die Rede ist, so sei ausdrücklich darauf verwiesen, dass dieser Begriff hier weder in seiner inzwischen gebräuchlichen Verwendung im Rahmen psychopathologischer Gegebenheiten gemeint ist noch in seiner erst im 20. Jahrhundert aufgekommenen Bedeutung im Sinne der „Abweichung vom Normalen“ und/oder (geschlechtlicher) „Entartung“ (vgl. Duden/Herkunftswörterbuch). Die *ursprüngliche* Bedeutung dieses Begriffes trifft den gemeinten Sachverhalt jedoch so passend, dass die Autorin nicht umhin kann, darauf zurückzugreifen: Zugrunde liegt *lat.* *per-vertere* „umkehren, umstürzen; verderben“ (a. a. O. S. 521), eine Bildung zu *lat.* *vertere* „keh-

ren, wenden, drehen“ (ebd.). Das Verb pervertieren ist bereits im 16. Jh. in der Bedeutung „umkehren, zerrütten“ bezeugt (ebd.). Perversion, aus *lat.* *perversitas*, „Verkehrtheit“ (ebd.) sei hier in eben diesem Sinne gemeint. Die in den Beschreibungen auftauchenden und in den Ganzheiten fokussierten Verhältnisse beschreiben Verkehrungen, die uns vertraute Ordnungsmuster und Kausalitäten umstürzen, (ver-)drehen und wenden und das Gewollte tatsächlich „verderben“ („Realität erweist sich als Illusion und Annäherung führt zu größerer Entfernung“, A.5). Eine Pervertierung liegt auch dann vor, wenn Differenzierung nicht mehr als „Unterscheidung“ (s. Duden/Fremdwörterbuch) und „Abstufung“ (ebd.) erlebt wird, sondern die damit verbundene Abgrenzung zu „Ausgrenzung“ (A.1) gerät und in „Isolation“ (B.1) („Absonderung“, Duden/Fremdwörterbuch) mündet. Während einige Formulierungen diese Verkehrungen direkt zum Ausdruck bringen („voneinander aufgesogen“, A.5), betonen andere den Charakter der Täuschung („scheinbar Ganzes...“, A.2) oder beinhalten das „Verderben“ (s. o.) erst in der Weiterführung des Geschehens: Etwas im Verborgenen zu bewahren (A.3) verkehrt seinen schützend - bewahrenden Charakter erst dann, wenn man „Auf der Suche nach dem, was nur im Verborgenen bewahrt werden konnte, in die Irre geführt“ (ebd.) wird. Bei genauerem Hinsehen erweist sich die deutlich überwiegende Seite der Pervertierung von Differenzierung und Distanz, die zu Fragmentierung und Verlust von Zusammenhang gerät, häufig als Reaktion auf Tendenzen zur Verkehrung von Nähe und Zusammenhang, die zu entdifferenzierendem Ineinander geraten oder zu geraten drohen. So ver-rücken die „Modalitäten von Differenzierung und Kontakt“ (B.2) im Erleben der Hörer „in eine andere Welt und Wirklichkeit“ (ebd.). Beide Extremisierungen sind assoziiert mit Verhinderung von Entwicklung, Beweglichkeit und Lebendigkeit (A.1, A.2, A.4, B.5, B.6, B.7) und mit der Gefahr der Ver(w)irrung und von Auflösung, Zerstörung und Verlust (A.2, A.5, B.1, B.2, B.3, B.4, B.5, B.6). Der „Stand“ dieser Entwicklung scheint allerdings unterschiedlich zu sein.

Aber es keimt auch *Hoffnung* auf: „Das Herstellen absichernder Gemeinsamkeit ermöglicht ... Anknüpfungen“ (A.3).

Die in manchen Erstkontakten verspürten Unterschiede zwischen dem Gespräch vor und nach der Improvisation (s. u.) nähren diese *Hoffnung* oder

Überzeugung, dass das gemeinsame Improvisieren der Ort sein könnte oder ist, an dem *Veränderung* möglich ist.

Zusammenfassend und vereinheitlichend lassen sich anhand der Skriptbeschreibungen Grundverhältnisse herausarbeiten, die **eine Verkehrung** darstellen:

Annäherung ist bedrohlich: Die unerträgliche Angst vor der Gefahr der Auflösung in verwirrendem Ineinander wird auf Kosten der Lebendigkeit gebannt in Erstarrung und Leere des Auseinander, wo durch fehlenden Austausch wiederum Auflösung und Stillstand drohen.

So gibt es keinen Spielraum, denn beide Bewegungen verrücken die Modalitäten von Differenzierung und Kontakt an denselben Nicht-Ort der aufgehobenen Gegensätze und Kausalitäten, in Wirklichkeiten, die ein *Miteinander* entweder durch die Verkehrung in ein Verhältnis von entdifferenzierendem *Ineinander* oder aber durch Ausgrenzung und Isolation im *Auseinander* verunmöglichen. Das ist verwirrend.

Das gemeinsame Improvisieren wird als Ort der Verlebendigung in absichernder Gemeinsamkeit erhofft oder aber anhand verspürter Veränderungen des jeweiligen Gespräches im Anschluss an die Improvisation als solcher erlebt.

IV.3.1.2 Ganzheit der Improvisationsbeschreibungen

1. Um sich nicht in unbegrenzter Maßlosigkeit aufzulösen, werden in unendlichen Wiederholungen Abbrüche und unvermittelte Wechsel vollzogen. Kann der Gefahr des Verlorengehens in einer zerrissenen Welt mit Kontinuität begegnet werden? (A.1)

2. ZWEI, differenziert und dennoch verwoben und aufgehoben in der Geborgenheit der GemEINSamkeit. Distanzierung ist zerstörerisch, noch darf der Raum nicht erweitert werden. (A.2)

3. Wo alles unsicher und fragwürdig erscheint, kann das Festhalten an starren Formen Halt geben. Aber etwas geht verloren und kann deshalb nicht in diese Form gebracht werden. (A.3)

4. Träume oder wache ich? Realität und Irrealität schließen sich gegenseitig aus oder lösen sich ineinander auf. Droht in einer Idylle von Ungeschiedenheit und Einheit Bemächtigung, der nur durch Vermeidung von Gemeinsamkeit entflohen werden kann, oder bietet sie Schutz vor Gefahr? (A.4)

5. Annäherung ist für unkonturiert und unbestimmt Gebliebenes bereichernd und bedrohlich zugleich. Kann Gemeinsamkeit vor Eindringen und Auflösung bewahren? (A.5)

6. Beim Eingesogenwerden in eine Verfassung, die Himmel und Hölle zugleich ist, entdifferenziert sich die Wahrnehmung. Doch es gibt einen Funken Hoffnung: Gebiert das Sterben ein Werden? (B.1)

7. Blitzartig scheint auf, was sofort seine Gestalt verwandelt und zu verbergen sucht. Das Archaische und Ängstigende und das Monströse und Clowneske treffen auf kultivierende Zartheit. Wenn sich diese beiden unterschiedlichen Welten berühren, kann Verwandlung sich ereignen. (B.2)

8. Im Sog der Vereinheitlichung, die als perfekt Gekonntes imponiert. Assimilation wird gefürchtet und erzwungen oder aber herbeigesehnt und mit ungeheurer Anstrengung aufrechterhalten. Das schützt vor dem drohenden Auseinanderbrechen, verkehrt sich jedoch und verunmöglicht in assimilierender Bemächtigung Differenzierung und Individualität. (B.3)

9. Heftige Ambivalenzen, aufgehoben im Sowohl-als-auch grenzenlosen All-Eins-Seins. In einer Atmosphäre der Einsamkeit und Kälte scheint alles vergeblich und unnütz. Es gibt keinen Raum in unendlicher Weite und kein Gegenüber – aber die Möglichkeit einer Begegnung in ZWEINSAMKEIT. (B.4)

10. Den Anschluss verloren: Eine verheißungsvoll begonnene Entwicklung reißt ab und verkehrt sich in Existenznot. Leben(digkeit) geht im verschlingenden Ineinander oder zerstörerischen Auseinander verloren. Bleibt es beim kunstvollen Unkenntlichmachen oder ist Veränderung möglich? (B.5)

11. Einsam und verwirrt auf der Flucht vor und der Suche nach der ersehnten bedrohlichen Gemeinschaft. Alles scheint unwirklich und fremd – nur ein (böser?) Traum? Wird Annäherung gelingen? (B.6)

12. In Isolation und Einsamkeit drohen Tod und Erstarrung, hineingezogen zu werden ist aber auch mit tödlicher Gefahr verbunden. Das ist ängstigend und verwirrend. Kontakt wird sehnsüchtig erhofft oder mit großer Anstrengung herzustellen gesucht und gelingt in der spielerischen Begegnung zweier Menschen. (B.7)

Auch viele der zu den Beschreibungen der Improvisationen erarbeiteten Ganzheiten weisen Charakteristika auf, wie sie für die Ganzheiten der Skriptbeschreibungen herausgearbeitet wurden. Und auch hier schien die beabsichtigte Fokussierung mittels einer *eher* abstrakten Sprache manchmal kaum möglich zu sein. Die *Gleichzeitigkeit* von Ineinander und Auseinander, von Gemeinsamkeit und Einsamkeit, die in zahlreichen assoziierten Bildern, Zuständen oder Begebenheiten eindrücklich beschrieben wird, führte zur *Konstruktion von Begriffen* (!) wie „ZWEINSAMKEIT“ (B.4) oder „GemEINSamkeit“ (A.2).

Dass auch innerhalb der Ganzheiten zu diesen Beschreibungstexten spezifische Ausformungen fokussiert werden konnten, die Verhältnisse von Ineinander und Auseinander, Differenzierung und Distanz einerseits und Nähe und Zusammenhang andererseits beschreiben, verwundert nicht – sofern es sich um *Grundverhältnisse* handelt, war zu erwarten, dass anhand der Beschrei-

bungstexte der Gespräche wie der Improvisationen das gleiche Thema, ein Leitmotiv gewissermaßen, identifiziert werden müsste. Gleichwohl deuten die erarbeiteten Zusammenfassungen darauf hin, dass sich dieses innerhalb der Improvisationen anders ausgestaltet als innerhalb der verbalen Kommunikation zwischen Patient und Therapeutin. In den Ganzheiten der Improvisationsbeschreibungen werden Verhältnisse beschrieben, die überwiegend eine Aufhebung polarer Gegensätze in der *Gleichzeitigkeit* beinhalten; beispielsweise in der *Gleichzeitigkeit* von ganz nah und ganz fern als Gleichzeitigkeit von Beziehung und Beziehungslosigkeit („ZWEINSAMKEIT“, B.4) oder aber in räumlichen Dimensionen („Kein Raum in unendlicher Weite“, B.4) oder als Dimensionen des Erlebens („Himmel und Hölle zugleich“, B.5). Hier sind wir überwiegend mit Verhältnissen konfrontiert, die die Gefahr eines zerstörerischen Auseinander fokussieren: Von der Gefahr der Auflösung in unbegrenzter Maßlosigkeit, daraus resultierenden Abbrüchen und Wechseln ist die Rede, aus denen wiederum die Gefahr der Auflösung resultiert (A.1). Oder vom Abreißen einer verheißungsvoll begonnenen Entwicklung (B.5). Oder davon, dass Distanzierung zerstörerisch ist (A.2) und von der tödlichen Gefahr der Erstarrung in Isolation und Einsamkeit (B.7). Gemeinschaft wird ersehnt, aber auch gefürchtet (B.6), denn Annäherung ist bereichernd und bedrohlich *zugleich* (A.5): Die verwirrenden Ausgestaltungen eines Ineinander implizieren einerseits eine tödlicher Gefahr: Im Sog der Vereinheitlichung drohen Bemächtigung (A.4) und Assimilation (B.3). Andererseits *können* in der Geborgenheit der GemeINSamkeit (A.2) in schützender Einheit (A.4) ZWEI verwoben und aufgehoben sein und *dennoch* differenziert werden. Und extreme Gegensätze *können* aufeinander treffen, ohne sich ineinander aufzulösen (B.2).

Als zusammenfassende Ganzheit aller Improvisationsbeschreibungen konnte folgende Charakterisierung erarbeitet werden:

Annäherung ist bereichernd und bedrohlich zugleich: Der Gefahr tödlicher Erstarrung und Auflösung in Isolation und Einsamkeit kann in einer Idylle von Ungeschiedenheit begegnet werden, die die Modalitäten von Differenzierung und Kontakt an einen Ort aufgehobener Gegensätze verückt:

In Wirklichkeiten, in denen ein *Miteinander* kaum möglich scheint, kann in einer paradoxen Gleichzeitigkeit von Ineinander und Auseinander Differenzierung *im Ineinander* gelingen. Die Geborgenheit der ZWEINSAMKEIT kann Schutz vor der Gefahr bieten, aber auch selber in assimilierender Bemächtigung Auflösung bewirken. Es bleibt fraglich, ob es gelingen wird, der Gefahr gemEINSam zu entfliehen.

IV.3.1.3 Vergleichende Untersuchung der Ganzheiten *aller* Beschreibungstexte

Der folgende Untersuchungsschritt widmet sich dem *Vergleich* der erarbeiteten Ganzheiten der Beschreibungstexte zu den Gesprächen mit den zusammenfassenden Ganzheiten der Beschreibungstexte zu den Improvisationen.

Zur Übersicht sollen zunächst die einzelnen Ganzheiten einander gegenübergestellt werden:

Ganzheit der Beschreibungstexte zu den Gesprächen	Ganzheit der Beschreibungstexte zu den Improvisationen
1. Alles oder Nichts, Überschwappen oder Versanden, Orientierungslosigkeit und Angst oder Rückzug und Leere. Der Versuch ordnender Begrenzung führt zu Ausgrenzung und Stillstand. (A.1)	1. Um sich nicht in unbegrenzter Maßlosigkeit aufzulösen, werden in unendlichen Wiederholungen Abbrüche und unvermittelte Wechsel vollzogen. Kann der Gefahr des Verlorengehens in einer zerrissenen Welt mit Kontinuität begegnet werden? (A.1)
2. Eine Täuschung: Hereingefallen auf ein nur scheinbar Ganzes, das in eindrucksvoller Perfektion Alles zu sein scheint und keinen Raum lässt für Anderes. Enttäu- schung entlarvt Brüche und Leerstellen, führt aber in die Irre. (A.2)	2. ZWEI, differenziert und dennoch verwoben und aufgehoben in der Geborgenheit der GemEINSamkeit. Distanzierung ist zerstö- rerisch, noch darf der Raum nicht erweitert werden. (A.2)
3. Auf der Suche nach dem, was nur im Verborgenen bewahrt werden konnte, verloren gegangen und in die Irre geführt. Wird das Herstellen absichernder Gemein- samkeit Anknüpfungen ermöglichen? (A.3)	3. Wo alles unsicher und fragwürdig er- scheint, kann das Festhalten an starren For- men Halt geben. Aber etwas geht verloren und kann deshalb nicht in diese Form gebracht werden. (A.3)
4. Fehlende Verbindungen, keine Wurzeln, in innerer Bewegungs- und Orientierungs- losigkeit verloren. Angst und Not und Fragen. Wird das Festhalten am Image Eigenes bewahren oder verhindern? (A.4)	4. Träume oder wache ich? Realität und Irrealität schließen sich gegenseitig aus oder lösen sich ineinander auf. Droht in einer Idylle von Ungeschiedenheit und Einheit Bemächtigung, der nur durch Vermeidung von Gemeinsamkeit entflohen werden kann, oder bietet sie Schutz vor Gefahr? (A.4)

IV Vergleichende psychologische Untersuchung der musiktherapeutischen
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

<p>5. Es holpert und stolpert aneinander vorbei und ist doch ineinander verwoben und voneinander aufgesogen. Realität erweist sich als Illusion und Annäherung führt zu größerer Entfernung. Das ist absurd, quälend und verwirrend. (A.5)</p>	<p>5. Annäherung ist für unkonturiert und unbestimmt Gebliebenes bereichernd und bedrohlich zugleich. Kann Gemeinsamkeit vor Eindringen und Auflösung bewahren? (A.5)</p>
<p>6. Eigenes droht im Sog vereinheitlicher Tendenzen verloren zu gehen. Das führt zu Verwirrung und Leere. Das Zerreißen von Zusammenhängen(dem) stellt demgegenüber eine Ordnung her, in der Eigenes im Verborgenen ge(er?)funden und bewahrt werden kann. In der Isolation ist es jedoch nicht mehr verfügbar und durch fehlenden Austausch von Auflösung bedroht. (B.1)</p>	<p>6. Beim Eingesogenwerden in eine Verfassung, die Himmel und Hölle zugleich ist, entdifferenziert sich die Wahrnehmung. Doch es gibt einen Funken Hoffnung: Gebiert das Sterben ein Werden? (B.1)</p>
<p>7. Alles zu nah und gleichzeitig zu fern – treffend und doch daneben. Ein verwirrendes Hin und Her ineinander und auseinander strebender Tendenzen verrückt die Modalitäten von Differenzierung und Kontakt in eine andere Welt und Wirklichkeit. (B.2)</p>	<p>7. Blitzartig scheint auf, was sofort seine Gestalt verwandelt und zu verbergen sucht. Das Archaische und Ängstigende und das Monströse und Clowneske treffen auf kultivierende Zartheit. Wenn sich diese beiden unterschiedlichen Welten berühren, kann Verwandlung sich ereignen. (B.2)</p>
<p>8. Ein Versteckspiel im Versteckspiel: Ich habe kein Interesse an mir, aber dass Du Interesse an mir hast, finde ich interessant. Der lockenden Verführung zum Selbstinteresse kann aber nicht nachgegeben werden, denn es gibt keinen Spielraum für Austausch und Begegnung: Ich brauche mich nicht vor Dir zu verbergen, denn ich habe mich bereits vor mir selbst verborgen, und es gibt weder Zeit noch Raum, mich in mir zu finden. (B.3)</p>	<p>8. Im Sog der Vereinheitlichung, die als perfekt Gekonntes imponiert. Assimilation wird gefürchtet und erzwungen oder aber herbeigesehnt und mit ungeheurer Anstrengung aufrechterhalten. Das schützt vor dem drohenden Auseinanderbrechen, verkehrt sich jedoch und verunmöglicht in assimilierender Bemächtigung Differenzierung und Individualität. (B.3)</p>
<p>9. Leerstellen werden mit Fremdem, Imaginärem gefüllt oder aber verhüllt und überbrückt. Gemeinsamkeit bietet Schutz, sie wird gebraucht wie ein Klebestreifen, der ein zersplittertes Glas umschlingt. So bleibt ein Echo in der Leere hängen – oder ist das eine Täuschung? (B.4)</p>	<p>9. Heftige Ambivalenzen, aufgehoben im Sowohl-als-auch grenzenlosen All-Eins-Seins. In einer Atmosphäre der Einsamkeit und Kälte scheint alles vergeblich und unnütz. Es gibt keinen Raum in unendlicher Weite und kein Gegenüber – aber die Möglichkeit einer Begegnung in ZWEINSAMKEIT. (B.4)</p>
<p>10. Etwas wird versteckt und gebremst, um Berührung zu verhindern und die damit einhergehende Verletzungs- und Absturzgefahr zu bannen. So kann es geschützt werden oder aber verloren gehen. (B.5)</p>	<p>10. Den Anschluss verloren: Eine verheißungsvoll begonnene Entwicklung reißt ab und verkehrt sich in Existenznot. Leben(digkeit) geht im verschlingenden Ineinander oder zerstörerischen Auseinander verloren. Bleibt es beim kunstvollen Unkenntlichmachen oder ist Veränderung möglich? (B.5)</p>

IV Vergleichende psychologische Untersuchung der musiktherapeutischen
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

<p>11. In einer Welt der unbegrenzten Möglichkeiten spitzt sich das Tempo zu bis zum Stillstand. Alles bleibt Nichts. Zerstört und verloren gegangen in grenzenloser Maßlosigkeit. Begegnung wird ersehnt, gefürchtet und verhindert: alle(s) zu fern und gleichzeitig zu nah. Einsamkeit, Angst und Verwirrung. Aufgeben? (B.6)</p>	<p>11. Einsam und verwirrt auf der Flucht vor und der Suche nach der ersehnten bedrohlichen Gemeinschaft. Alles scheint unwirklich und fremd –nur ein (böser?) Traum? Wird Annäherung gelingen? (B.6)</p>
<p>12. Isoliert und bis zur Verdinglichung erstarrt: Das ermöglicht ein Zusammenhalten auf Distanz und bannt die unerträgliche Angst auf Kosten der Lebendigkeit. Das gemeinsame Improvisieren ermöglicht jedoch Verlebendigung und Kontakt. (B.7)</p>	<p>12. In Isolation und Einsamkeit drohen Tod und Erstarrung, hineingezogen zu werden ist aber auch mit tödlicher Gefahr verbunden. Das ist ängstigend und verwirrend, unwirklich wie ein Alptraum. Kontakt wird sehnsüchtig erhofft oder mit großer Anstrengung herzustellen gesucht und gelingt in der spielerischen Begegnung zweier Menschen. (B.7)</p>

Die meisten Ganzheiten stehen in einem aufeinander verweisenden, einander ergänzenden und/oder sich gegenseitig verdeutlichenden Verhältnis, was sowohl Übereinstimmungen beinhaltet als auch Beschreibungen, die in der jeweils anderen Ganzheit nicht oder so nicht auftauchen. Am deutlichsten wird einer der zu findenden Unterschiede bei dem Versuch, die anhand der Ganzheiten herausgearbeiteten Verhältnisse von Nähe und Zusammenhang einerseits und Differenzierung und Distanz andererseits analog dem Vorgehen bei der Untersuchung der Ganzheiten zu den Gesprächen gegenüber zu stellen und die Extreme unter jeweils einer abstrahierend-zusammenfassenden Überschrift einzuordnen. Der Begriff „Pervertierung“, wie er für die Beschreibung der besonderen Ausgestaltung dieser Verhältnisse anhand der Gesprächsbeschreibungen passend schien, trifft die Charakteristik der im Rahmen der Musikbeschreibungen herausgearbeiteten Formenbildungen nicht. Annäherung führt beispielsweise nicht zu größerer Entfernung, wie dies innerhalb der Gesprächsbeschreibungen auftauchte und *eine* Form der dort vorgefundenen Aufhebung zu erwartender Kausalitäten charakterisierte, sondern eher in einen Zustand der *Gleichzeitigkeit* von Ineinander und Auseinander.

Anhand der Skriptbeschreibungen sind wir überwiegend mit Verhältnissen konfrontiert, die ein *Weder-Noch* gelingender Nähe oder Distanzierung bzw. Ordnung darstellen, entweder anhand eines grundlegenden *Weder-Noch*, oder

aber infolge extremer Ausgestaltungen von An-Ordnung und Differenzierung, die aus dem Spektrum von Struktur und Zusammenhalt herausfallen, während anhand der Musikbeschreibungen bis auf zwei Ausnahmen (A.3 und B.5) diesbezüglich Formen eines *Sowohl-als-auch* identifiziert wurden. Dieses Verhältnis findet seinen Ausdruck im Vergleich der beiden im vorigen Abschnitt erarbeiteten zusammenfassenden Beschreibungen, soll im Folgenden jedoch auch noch einmal anhand zweier Beispiele konkretisiert werden: Die unter Punkt 1 zusammengefassten Ganzheiten (A.1) fokussieren ein Verhältnis, in dem es um Strukturierung, Ordnung und Setzung geht:

<p>1. Alles oder Nichts, Überschwappen oder Versanden, Orientierungslosigkeit und Angst oder Rückzug und Leere. Der Versuch ordnender Begrenzung führt zu Ausgrenzung und Stillstand. (A.1)</p>	<p>1. Um sich nicht in unbegrenzter Maßlosigkeit aufzulösen, werden in unendlichen Wiederholungen Abbrüche und unvermittelte Wechsel vollzogen. Kann der Gefahr des Verlorengehens in einer zerrissenen Welt mit Kontinuität begegnet werden? (A.1)</p>
---	---

Beide Formulierungen verweisen auf eine „Gefahr“, der mit Ordnungs- und Strukturierungsmaßnahmen begegnet wird. Die Ganzheit der Musikbeschreibungen benennt die Bedrohung genauer: Es geht um die Gefahr der Auflösung in unbegrenzter Maßlosigkeit. Die in der Ganzheit der Skriptbeschreibungen erwähnten, aber nicht genauer beschriebenen Maßnahmen zu Ordnung und *Begrenzung* verweisen auf diese Art der Gefahr, verkehren sich hier jedoch in der beabsichtigten Wirkung: Struktur(ierung) gerät zur Panzerung, Zusammenhalt zur Erstarrung. So kann *weder* Zusammenhalt („Ausgrenzung“) gelingen *noch* Bewegung und Beweglichkeit erhalten bleiben. („Stillstand“). Diese Gefahr wird auch in der Ganzheit der Musikbeschreibungen benannt, ebenso wie eine genauere Charakterisierung der Art der ordnenden Maßnahmen und der wiederum daraus resultierenden Gefahr: Infolge von „Abbrüche[n] und unvermittelte[n] Wechsel[n]“ droht die „Gefahr des Verlorengehens“ – was da verloren zu gehen droht, erfahren wir wiederum genauer anhand der Ganzheit der Skriptbeschreibungen: Zusammenhalt und Beweglichkeit und die ihnen innewohnenden Möglichkeiten von Differenzierung und Sein. *Trotz* der beschriebenen „Abbrüche und Wechsel“ wird anhand der Ganzheit der Musikbeschreibungen eine Lösung angeboten: „Kontinuität“.

„Kontinuität“, definiert als „lückenloser Zusammenhang, Stetigkeit, Fortdauer“ (Duden, Fremdwörterbuch, S. 442) stellt tatsächlich das Gegen-Teil dessen dar, was als Gefahr benannt und anhand der Ganzheit zu den Skriptbeschreibungen als eingetreten beschrieben wurde: Stillstand und Ausgrenzung. Extremisierungen von An-Ordnung und Strukturierung also auch hier, aber es wird die *Möglichkeit* eines *Sowohl-als-auch* aufgezeigt.

Ebenfalls um ein Verhältnis von Ordnung und Setzung geht es in den Ganzheiten zu A.3, hier finden wir jedoch einen Hinweis auf Ermöglichung eines Sowohl-als-auch anhand der Ganzheit der Skriptbeschreibungen (s. o.) und insofern eines der wenigen Beispiele für ein bezüglich eines „Lösungsangebotes“ umgekehrtes Verhältnis zwischen Musik- und Skriptbeschreibungen.

Die unter Punkt 2 (A.2) dargestellten Ganzheiten bieten ein eindrückliches Beispiel für den Zusammenhang der jeweils im Vordergrund stehenden Verhältnisse von Nähe und Distanzierung bzw. Differenzierung (hierauf wird später noch eingegangen) sowie Ordnung und Konfusion:

2. Eine Täuschung: Hereingefallen auf ein nur scheinbar Ganzes, das in eindrucksvoller Perfektion Alles zu sein scheint und keinen Raum lässt für Anderes. Ent-Täuschung entlarvt Brüche und Leerstellen, führt aber in die Irre. (A.2)	2. ZWEI, differenziert und dennoch verwoben und aufgehoben in der Geborgenheit der GemEINSamkeit. Distanzierung ist zerstörerisch, noch darf der Raum nicht erweitert werden. (A.2)
---	---

Die Ganzheit der Skriptbeschreibungen fokussiert die Unmöglichkeit von Nähe und Kontakt in der Verabsolutierung der EINS im All-Eins-Sein wie in der Leere der Unbezogenheit. In einem Alles-oder-Nichts-Verhältnis kann auch Ent-Täuschung ihr ordnendes Zurechtrücken nicht einlösen – was sonst ordnend entwirrt und Differenzierung beabsichtigt, führt hier in die Irre. Dass *diese* Ordnungsmaßnahmen nicht greifen, hat sich musikalisch mitgeteilt: „Distanzierung ist zerstörerisch, noch darf der Raum nicht erweitert werden.“ Auch hier wird zerstörerischen Gestaltungen von Ineinander und Auseinander eine paradoxe Formenbildung gegenübergestellt, die „ZWEI differenziert und dennoch verwoben“ ermöglicht – „in der Geborgenheit der GemEINSamkeit“ eine Formenbildung, die in der Ermöglichung der Gleichzeitigkeit einander ausschließender (?) Möglichkeiten des Beisammenseins so fremd anmutet, dass die sprachliche Umsetzung des in der Musik Möglichen nur mit Hilfe

sprachlicher Konstruktionen gelang, die zugegebenermaßen seltsam anmuten, worauf bereits verwiesen wurde. Was anhand der Skriptbeschreibungen als „Weder-Noch“ charakterisiert wurde, *erscheint* hier als „Sowohl-als-auch“. Dem Eindruck des „Scheins“ und der immer wieder geäußerten Hinweise auf ein irgendwie „unwirkliches“ Geschehen (s. u.) der Verwirklichung dieses „Sowohl-als-auch“ mag durch die Formulierung „Sowohl-als-ob“ Rechnung getragen werden –ursprünglich ein „Versprecher“ der Autorin im Rahmen einer Doktorandenwerkstatt, der das Gemeinte jedoch treffend darstellt.

In der Gegenüberstellung der erarbeiteten zusammenfassenden Beschreibungen sollen nun noch einmal grundlegende Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Skript- und Improvisationsbeschreibungen fokussiert werden, um im Anschluss eine vereinheitlichende Beschreibung der sich innerhalb der untersuchten Erstkontakte etablierten Grundverhältnisse zu ermöglichen:

Zusammenfassende Beschreibung der Ganzheiten zu den Skripten	Zusammenfassende Beschreibung der Ganzheiten zu den Improvisationen
<p>Eine Verkehrung: Annäherung ist bedrohlich: Die unerträgliche Angst vor der Gefahr der Auflösung in verwirrendem Ineinander wird auf Kosten der Lebendigkeit gebannt in Erstarrung und Leere des Auseinander, wo durch fehlenden Austausch wiederum Auflösung und Stillstand drohen. So gibt es keinen Spielraum, denn beide Bewegungen verrücken die Modalitäten von Differenzierung und Kontakt an denselben Nicht-Ort der aufgehobenen Gegensätze und Kausalitäten, in Wirklichkeiten, die ein <i>Miteinander</i> entweder durch die Verkehrung in ein Verhältnis von entdifferenzierendem <i>Ineinander</i> oder aber durch Ausgrenzung und Isolation im <i>Auseinander</i> verunmöglichen. Das ist verwirrend. Das gemeinsame Improvisieren wird als Ort der Verlebendigung in absichernder Gemeinsamkeit erhofft oder aber anhand verspürter Veränderungen des jeweiligen Gespräches im Anschluss an die Improvisation als solcher erlebt.</p>	<p>Annäherung ist bereichernd und bedrohlich zugleich: Der Gefahr tödlicher Erstarrung und Auflösung in Isolation und Einsamkeit <i>kann</i> in einer Idylle von Ungeschiedenheit begegnet werden, die die Modalitäten von Differenzierung und Kontakt an einen Ort aufgehobener Gegensätze verrückt: In Wirklichkeiten, in denen ein <i>Miteinander</i> kaum möglich scheint, <i>kann</i> in einer paradoxen Gleichzeitigkeit von Ineinander und Auseinander Differenzierung <i>im Ineinander</i> gelingen. Die Geborgenheit der ZWEINSAMKEIT <i>kann</i> Schutz vor der Gefahr bieten, aber auch selber in assimilierender Bemächtigung Auflösung bewirken. Es bleibt fraglich, ob es gelingen wird, der Gefahr <i>gemeINSam</i> zu entfliehen.</p>

Verallgemeinernd und vereinheitlichend kann an diesem Punkt der vorliegenden Arbeit konstatiert werden, dass **beide** der jeweils erarbeiteten Zusammenfassungen **Verhältnisse** fokussieren, **die extreme Ausgestaltungen eines Miteinander, der Regulierung von Nähe und Distanz darstellen, die durch Verunmöglichung von Differenzierung einerseits und Gemeinsamkeit andererseits charakterisiert sind und stattdessen Zustände von Isolation oder Konfluenz beschreiben. Assoziiert sind diese Zustände mit Formen der Ordnung und Strukturierung, die bewahrenden Zusammenhalt in Erstarrung verkehren und belebende Wechsel in Auflösung.**

Die Lösung dieses Dilemmas wird „in anderen Welten und Wirklichkeiten“ erhofft, ersehnt oder gewähnt, möglicherweise auch als aktuell in der jeweiligen Interaktion sich ereignende Gestalt und Gestaltung verspürt: In der überwiegenden Zahl der Ganzheiten zu den Skripten wird die „andere Welt“ als Weder-Noch-Verhältnis an einem Nicht-Ort aufgehobener Gegensätze charakterisiert, an dem Kausalitäten aufgehoben sind und Gegensätzliches sich gegenseitig verunmöglicht.

Dem wird anhand der Ganzheiten zu den Improvisationen eine Wirklichkeit gegenübergestellt, die in einem „Sowohl-als-ob“ Gegensätze in Gleich-Zeitigkeit einbindet und dennoch bewahrt.

IV.3.2 Vergleich anhand ausgewählter Kategorien

Im Folgenden sollen die Beschreibungstexte der Skripte und der Improvisationen einerseits auf inhaltlicher und andererseits auf formaler Ebene zusammenfassend und vergleichend dargestellt werden.

Da im Verlaufe dieses Untersuchungsschrittes immer wieder Fragen nach der Realitätsebene in den Vordergrund traten, wurde den zuvor in Anlehnung an Krapf (2001 sowie 2006) ausgewählten Kategorien eine weitere hinzugefügt: Unter der Überschrift „Realität vs. Irrealität“ sollen noch einmal jene Besonderheiten aufgeführt werden, die bezüglich dieses Themas herausgearbeitet werden konnten.

IV.3.2.1 Inhaltliche Aspekte

In dem nun folgenden Abschnitt werden wesentliche inhaltliche Aspekte der Beschreibungstexte zu den Skripten sowie der Beschreibungstexte zu den Improvisationen in vergleichender Zusammenschau gegenübergestellt. Bei den zu untersuchenden Aspekten handelt es sich um die Kategorien „Entwicklung vs. Zustand“(a), „Figuren, Handlungs- und Beziehungsgeschehen“(b), „Zeitliche Dimensionen“(c), „Raum und Atmosphäre“(d), „Affekte und Reaktionen der Hörer“(e), „Realität vs. Irrealität“(f) sowie „Thematische Durchgängigkeit“(g).

a) Entwicklung vs. Zustand

Innerhalb dieser Vergleichskategorie wird nach Zuständen und/oder Veränderungen innerhalb der Texte gefragt: Werden Handlungen und Ereignisse beschrieben oder eher Zustände? Gibt es Veränderungen? Wenn ja – welcher Art? Werden Veränderungen angestrebt? Wenn ja – wie?

Zusammenfassend und vergleichend wurde festgestellt, dass sich sowohl innerhalb der Beschreibungen zu den Skripten als auch innerhalb der Musikbeschreibungen überwiegend Darstellungen sich verändernder Verhältnisse auffinden lassen. Während innerhalb der Beschreibungstexte zu den Skripten jedoch überwiegend Veränderungen i. S. einer Verhinderung von Entwicklung, einer Veränderung zum Stillstand, ein „Verschwinden“ von Etwas oder Jemandem, ein „Versanden“, wie es in einem der Texte hieß, beschrieben wird, überwiegen innerhalb der Musikbeschreibungen „positive“ Veränderungen i. S. eines Sicherer-, Wärmer-, Ruhiger- oder auch Gehört- Werdens. Diese geschilderten Veränderungen sind häufig nicht Folge eines nachvollziehbaren Entwicklungsganges, sondern Resultat plötzlicher Wechsel, Abbrüche und Wendungen: Uns begegnen eher Verwandlungen als Entwicklungen, die Veränderungen haben oft märchenhaften, traumähnlichen Charakter, weshalb ihre Wirklichkeit häufig infrage gestellt wird (s. u.).

Die innerhalb der Skriptbeschreibungen wesentlich seltener erwähnten positiven Entwicklungen beziehen sich vor allem auf das Zustandekommen einer Beziehung, wobei dies mehrfach mit der musikalischen Improvisation in Ver-

bindung gebracht wird. Darüber hinaus werden die Entwicklung von Interesse und Beweglichkeit sowie das Herstellen von Sinn beschrieben.

Die innerhalb der Musikbeschreibungen weniger auftauchenden negativen Entwicklungen schildern Formverlust durch zerstörerisches Auseinander (Zerfall, Zerdehnung...) oder aber Ineinander (Versinken, Assimilieren...). Allerdings werden Zustände des Einswerdens oder -seins im Gegensatz zu den Skriptbeschreibungen hier überwiegend als durchaus positiv erlebt.

In beiden Textkategorien finden sich etwa gleich häufig Beschreibungen von Zuständen bzw. Umständen, die keine Veränderung erfahren. Dabei handelt es sich zumeist um Situationen des Gefangen- und/oder Eingeschlossenseins und der Isolation, um Verfassungen von Einsamkeit und des Entrücktseins oder aber um die Darstellung ziel-, sinn- und endloser Bewegungen.

Schilderungen von Veränderungen, die nicht Resultat (nachvollziehbarer) Entwicklungsgänge sind, sondern als plötzliches Umschlagen oder unvorhergesehene Wendung imponieren, finden sich ebenfalls innerhalb beider Textkategorien, wobei sie innerhalb der Musikbeschreibungen deutlich überwiegen. Hier tragen sie häufig den Charakter mystischer oder märchenhafter Verwandlungen.

Eine Gleichzeitigkeit von Veränderung und Nicht-Veränderung findet sich lediglich innerhalb der Musikbeschreibungen.

b) Figuren, Handlungs- und Beziehungsgeschehen

Zusammenfassend und vergleichend kann auch hinsichtlich der Figuren und des Handlungs- bzw. Beziehungsgeschehens zunächst festgestellt werden, dass in beiden Textkategorien ähnliche Verhältnisse beschrieben werden, wiederum jedoch auch mit deutlichen Unterschieden, die auf je unterschiedliche Ausgestaltungsmöglichkeiten innerhalb der verbal oder aber musikalisch gestalteten Beziehung hinweisen.

Innerhalb beider Textkategorien werden Figuren in unterschiedlichen Erscheinungsbildern benannt, die durch genauere Benennungen charakterisiert sind und zumeist im Vordergrund des Geschehens stehen. Zumeist handelt es sich dabei um Personen, die jedoch aufgrund fehlender genauere Beschreibungen und kaum je zugeordneter Empfindungen seltsam konturlos bleiben,

sie bekommen kein Gesicht, werden in ihrer Individualität nicht spürbar, was häufig auch direkt als Mangel benannt wird.

Dargestellte Charakteristiken beziehen sich zumeist auf Befindlichkeiten, Zustände oder so etwas wie Charakterzüge: Innerhalb der Skriptbeschreibungen werden Personen häufig als „brav“ und unauffällig oder auch als verwirrt und ziellos charakterisiert, während innerhalb der Musikbeschreibungen ebenfalls Darstellungen von Verwirrt – Sein auftauchen, darüber hinaus dominieren jedoch vor allem *Gegenüberstellungen* von klein, lächerlich, bedroht und/oder verfolgt einerseits und groß, wuchtig, verfolgend andererseits. Ebenfalls in beiden Textkategorien findet sich eine geringe Anzahl an Texten (4 bzw. 5), in denen keine Figuren benannt werden.

Während innerhalb der Skriptbeschreibungen ganz konkret überwiegend von Patient/in und Therapeutin die Rede ist, werden die Agierenden innerhalb der Musikbeschreibungen nicht weniger konkret häufig durch die von ihnen verwendeten Instrumente benannt. Weitere benannte Personen sind innerhalb der Skriptbeschreibungen „Verwandte“ – zumeist, sofern sie im Laufe des Gesprächs erwähnt wurden. Auffallend ist, dass diese niemals Träger der Handlung sind, sondern lediglich benannt werden.

Auch innerhalb der Musikbeschreibungen werden Personen erwähnt, die als Verwandte identifiziert werden. Hier jedoch sind es handelnde und in Beziehung stehende Personen. Ein weiterer Unterschied ist, dass innerhalb der Musikbeschreibungen häufig Kinder assoziiert werden, die dann zumeist mit einer Elternfigur oder anderen „Verwandten“ agieren. Überhaupt finden sich hier auch bei den assoziierten Figuren zumeist Paare, also eine Person oder Figur und ein Gegenüber, wobei es sich häufig um funktionale Beziehungen handelt. Einerseits werden darüber hinaus häufig extreme Gegensätze beschrieben, bis hin zu der Feststellung, beide Figuren kämen aus unterschiedlichen Welten. Andererseits sind wir häufiger mit Prozessen des Gleich- oder Einswerdens konfrontiert, was dann z. B. zur Assoziation eines Wesens, das Zwei ist, führt. Fehlende Abgrenzungsmöglichkeiten zwischen den Figuren der Skriptbeschreibungen rufen eher Verwirrung hervor und Fragen danach, wer hier eigentlich wer sei. Darüber hinaus findet sich innerhalb der Skriptbeschreibungen häufig kein Gegenüber und/oder es wird nach einem Gegenüber gefragt. Imaginäre Figuren oder Gestalten werden hier so gut wie gar nicht

erwähnt, allerdings wird genau dies auch hervorgehoben (und „bemängelt“), während sie innerhalb der Musikbeschreibungen häufiger (7x) auftauchen. Dort finden sich auch mehrfach Figuren in einer undifferenzierten Mehrheit. Tiere tauchen innerhalb beider Textkategorien eher selten auf. Während es sich dabei innerhalb der Skriptbeschreibungen ausschließlich um kleine und „harmlose“ Tiere handelt, werden darüber hinaus innerhalb der Musikbeschreibungen auch gefährliche und/oder große Tiere sowie häufiger fliegende Tiere assoziiert.

Innerhalb beider Textkategorien finden sich häufiger Beschreibungen eines konkreten Beziehungsgeschehens, seltener werden (andere) konkrete Handlungen assoziiert. Wenn dies doch der Fall ist, werden innerhalb der Skriptbeschreibungen mehrfach sinn- und ziellose, oder aber zerstörerische Handlungen beschrieben, häufiger auch Ordnungsmaßnahmen, die aber nicht gelingen und/oder zu Stillstand und Erstarrung führen. Innerhalb der Musikbeschreibungen finden wir Darstellungen gemeinsamen Tuns häufiger. Bezüglich des Beziehungsgeschehens finden sich in ebenfalls beiden Textkategorien vielfach Beschreibungen nicht gelingender Beziehung, eines Aneinander –Vorbei, wobei dieses innerhalb der Skriptbeschreibungen häufiger als aktiv herbeigeführt beschrieben wird. Hier überwiegen die Darstellungen nicht gelingender Beziehung deutlich, wobei innerhalb von 12 Texten diesbezüglich eine Entwicklung verspürt wird, die in einigen Fällen direkt in Beziehung zur musikalischen Improvisation gebracht wird.

Eine Aufhebung trennender Unterschiede wird ebenfalls innerhalb beider Textkategorien beschrieben. Während dies innerhalb der Improvisationen bis zum Ineinander führt, was häufig durchaus als angenehm erlebt wird und z. B. zur Assoziation des bereits oben erwähnten „Wesens“ führte, werden ähnliche Vorgänge innerhalb der Skriptbeschreibungen eher als verwirrend erlebt und führen immer wieder zu der Frage, wer hier eigentlich wer sei.

Ebenfalls innerhalb beider Textkategorien werden aber auch Zustände von oder auch Entwicklungen hin zu so etwas wie Gemeinsamkeit beschrieben: Gemeinsamkeit statt Gegenseitigkeit, gemeinsames Tun in der Anonymität des Unerkannbleibens z. B. innerhalb der Musikbeschreibungen, Überbrückung statt Annäherung innerhalb der Skriptbeschreibungen.

Bei den Musikbeschreibungen finden sich darüber hinaus Darstellungen unterschiedlichster Formen der Bezugnahme: Gehört- und Beachtetwerden, kurze Augenblicke gegenseitigen Wahrnehmens oder auch ein Sich-Treffen trotz extremer Unterschiede und/oder einer Verortung in unterschiedlichen Welten. Hier findet sich darüber hinaus ein Phänomen, das so in den Skriptbeschreibungen ebenfalls nicht auftaucht: Mehrfach stehen zuvor assoziierte Zwei plötzlich jemandem oder etwas Drittem gegenüber, fliehen gemeinsam (vor einem Dritten), oder aber sie trauern gemeinsam oder musizieren gemeinsam *ohne* Gegenüber, erscheinen gewissermaßen „gemeinsam einsam“.

c) Zeitliche Dimensionen und Struktur

Im Folgenden wird nach zeitlichen und damit verbundenen strukturellen Gegebenheiten innerhalb der Texte gefragt. Im Hinblick auf die Zeit ist zu fragen, ob das erzählte Geschehen überhaupt historisch verortet ist und/oder welche Bedeutung der zeitliche Rahmen für das erzählte Geschehen hat. Vor allem die Abfolge des erzählten Geschehens, Fragen nach der Chronologie und zeitlichen Kontinuität, aber auch Fragen nach der Gestaltung von Anfang und Schluss der Texte stehen im Mittelpunkt dieses Abschnitts.

Zusammenfassend und vergleichend steht hinsichtlich zeitlicher Dimensionen sowohl innerhalb der Skript- als auch innerhalb der Musikbeschreibungen der Eindruck von „Zeitlosigkeit“ im Vordergrund: Die Zeit scheint stillzustehen oder aber sich in Unendlichkeit auszudehnen und zu verlieren. Vor allem aber findet sich ein deutlicher Mangel an Entfaltung in der und mit der Zeit. Das lässt verspürte Veränderungen unglaublich erscheinen, sind sie doch zumeist nicht Resultat einer nachvollziehbaren Entwicklung – hierzu bedürfte es ja der Zeit! –, sondern Folge plötzlichen und häufig unvorhergesehenen Umschlagens oder Springens oder überraschender Verwandlungen.

Die *Anfänge* entsprechen zumeist einem plötzlichen „Drinsein“ und/oder der Konfrontation mit einem plötzlich auftauchenden Bild oder mit einer als Leere beschriebenen Bilder- und Einfallslosigkeit. Im weiteren Verlauf wechseln sich dann häufig Bilder und/oder Einfälle ab, ohne jedoch auch in zeitlicher Hinsicht auseinander hervorzugehen oder aufeinander zu verweisen – ledig-

lich die Reihenfolge der Bildeinfälle gewährleistet eine Orientierung in der Zeit.

Am *Ende* der meisten Texte wird betont, dass das Geschehen gerade nicht als beendet erlebt wird insofern, als hier eben etwas gerade nicht zu einem Ende kommt, abgerundet wird: Stattdessen bleibt etwas offen, wird weit, erstarrt in Endlosigkeit oder (plötzlichem) Stillstand, oder aber es bricht abrupt ab.

Darüber hinaus finden sich in den Musikbeschreibungen in einigen Texten eine „Umkehrung“ des Zeitverlaufs sowie die Möglichkeit eines „Treffens“ von Vertretern unterschiedlicher Zeitdimensionen, hier finden wir häufig ein Phänomen der Gleich-Zeitigkeit.

d) Raum und Atmosphäre

Hier wird zunächst nach dem Ort, dem Handlungsraum des beschriebenen Geschehens gefragt, wobei eine Unterscheidung von Innen- und Außenräumen und evtl. erwähnten Zwischenräumen getroffen werden soll. Dass der Raum auch über seine reine Gegenständlichkeit hinaus Bedeutung hat, wird vor allem dort deutlich, wo Stimmungsräume und Atmosphären beschrieben werden, die wie „Seelenlandschaften“ anmuten und ganz direkt auf Befindlichkeiten und auf so etwas wie ein Augenblicks- oder Lebensgefühl verweisen.

Zusammenfassend und vergleichend ist hinsichtlich der Räume und Atmosphären hervorzuheben, dass sowohl innerhalb der Skript- als auch innerhalb der Musikbeschreibungen eher Stimmungsräume als Handlungsräume beschrieben werden, in beiden Textkategorien wird der jeweiligen Atmosphäre wesentlich mehr Aufmerksamkeit gewidmet als der konkreten Verortung des jeweiligen Geschehens. Während die Atmosphäre innerhalb der Skriptbeschreibungen überwiegend von Verwirrung, Orientierungslosigkeit und/oder Starrheit, Isolation und (fraglicher) Belanglosigkeit, aber auch Angst, Gefahr, Not und Bedrängnis, geprägt ist, finden sich neben ähnlichen Charakterisierungen innerhalb der Musikbeschreibungen auch Atmosphären, die als idyllisch, märchenhaft, träumerisch bzw. unwirklich-verklärt charakterisiert werden, wo neben Weite, Ferne und Fremde, Angst und Gefahr auch Atmosphären kindlicher Allmacht „Alles-ist-möglich“, der Sehnsucht und Trauer spür-

bar werden. Allerdings werden Atmosphären von Bedrohlichkeit und/oder konkrete Gefahren und Bedrohungen innerhalb der Musikbeschreibungen ebenfalls häufiger erwähnt.

Innerhalb der Skriptbeschreibungen werden kaum Orte dargestellt, dafür ist häufiger von Leere die Rede oder von „fehlenden Bildern“. Werden doch Orte erwähnt, so werden sie eher aufgezählt und aneinandergereiht, niemals genauer beschrieben –manchmal wirken diese Aufzählungen starr und unlebendig wie Attrappen, was an die wie Statisten wirkenden „Verwandten“ innerhalb dieser Texte erinnert. Darüber hinaus handelt es sich überwiegend um Außenräume, die dann häufig mit Wasser (als Schnee, See u. ä.) assoziiert sind. Innerhalb der Musikbeschreibungen werden zwar häufiger Orte erwähnt, auch hier jedoch werden diese kaum genauer beschrieben. Auch hier handelt es sich zumeist um Außenräume, häufig durch schier unumgrenzte Weite und Vielfalt (z. B. von Sand oder Schnee) gekennzeichnet wie Wüste oder „Sibirien“ oder aber umgrenzte Naturräume wie Wald oder Garten, wobei letztere häufig eher irrealen Charakter tragen und als Zaubergarten oder Zaubewald charakterisiert werden. Auch hier sind diese Orte häufig mit Wasser in unterschiedlichen oder wechselnden Aggregatzuständen assoziiert. Insgesamt werden entweder einsame Orte, unendliche Weiten oder aber verschlossene Welten dargestellt.

Innerhalb der Musikbeschreibungen finden sich auch häufiger Gegenüberstellungen von mit genau gegensätzlichen Qualitäten ausgestatteten Orten wie Wüste und Oase oder Beschreibungen wie Draußen - Drinnen; Enge - Weite, idyllisch (im Garten) - gefährlich (am Waldrand) u. ä. Darüber hinaus werden hier auch häufiger „Spielplätze“ erwähnt – oder aber es wird explizit auf das Fehlen von Spiel-Raum verwiesen.

e) Affekte und Reaktionen der Hörer

Bezüglich der Affekte und Reaktionen der Beschreibenden stellt sich zunächst einmal die Frage, ob die Hörer überhaupt (emotional) auf die Musik reagieren und wenn ja, wie. Ob und wie sie diese Reaktionen in ihre Texte einarbeiten ist ebenfalls von Interesse und wird auch unter dem Gesichtspunkt sprachlicher Besonderheiten noch einmal thematisiert.

Zusammenfassend und vergleichend kann zunächst festgestellt werden, dass sich in allen Texten auffallend häufig Aussagen zu eigenen Befindlichkeiten, Reaktionen und Affekten der Hörer finden. Die Reaktionen der Beschreibenden der Gespräche und der Improvisationen sind sehr ähnlich und unterscheiden sich offenbar eher in „quantitativer“ Hinsicht: Fast alle Hörer beschreiben plötzlich auftretende und/oder zunehmende Müdigkeit, haben das Gefühl oder den Wunsch, zu schlafen, zu träumen, sich einlullen zu lassen, hören eher tranceartig oder lassen das zu Hörende an sich vorbeirauschen. Diese deutliche Veränderung des Bewusstseinszustandes der Hörer begegnet uns innerhalb der Skriptbeschreibungen wesentlich häufiger als anhand der Musikbeschreibungen, gleichwohl werden mit zum Teil denselben Worten identische Vorgänge und Befindlichkeiten beschrieben. Assoziiert sind diese mit dem Wunsch oder dem Gefühl, „etwas“ nicht mitzubekommen, nicht zu merken (oder merken zu wollen), was vorgeht, etwas vergessen oder verpasst zu haben. Das wird innerhalb der Musikbeschreibungen (wo die Bedrohungen und Gefahren deutlicher werden!) häufiger positiv erlebt, auf „Störungen“ reagieren die Hörer eher mit Ärger, während die Beschreibenden der Skripte häufiger mit Schuldgefühlen, Unsicherheit und Verwirrung reagieren. Deutlich wird anhand beider Textkategorien, dass diese Änderung des Bewusstseinszustandes, vor allem der Vigilanz der Hörer, einerseits so etwas wie ein Eintauchen und Versinken, dies vor allem in die Musik, gewährleistet, also eine wenn auch sehr eigene Form der Annäherung, und andererseits einem Abdriften und Sich-Entfernen von einem als unerträglich erlebten Geschehen entspricht. Darüber hinaus scheint das häufig als sogartig beschriebene Hineingeraten in diese Zustände das Auftauchen differenzierterer Affekte eher zu verhindern: Neben den geschilderten Darstellungen schlaf- oder traumähnlicher Befindlichkeiten werden nur äußerst selten deutliche affektive Reaktionen geäußert. Innerhalb beider Textkategorien, aber wiederum häufiger innerhalb der Musikbeschreibungen, finden sich Erschrecken, Ärger, Aufregung und Grauen. Darüber hinaus werden Interesse und (seltener) Desinteresse geäußert.

f) Realität vs. Irrealität

Während die Überprüfung der Realitätsebene bei Krapf (2001 sowie 2006) und nachfolgend auch bei Tönnies (2001) und Erhardt (2003) anderen Kategorien untergeordnet wurde, zeigte sich im Rahmen der vorliegenden Untersuchung, dass das Thema „Realität vs. Irrealität“ innerhalb der hier untersuchten Texte so sehr im Vordergrund steht, dass es notwendig und sinnvoll schien, diesen Punkt innerhalb der Darstellung der Wirkungsgestalt als eigene Kategorie hervorzuheben. Beschreibungen, die eine besondere Bedeutung der Frage nach der Realitätsebene des jeweils dargestellten Geschehens und/oder des eigenen Wahrnehmens und Erlebens (der Hörer oder der beschriebenen Figuren) und/oder bezüglich der Verortung des Geschehens hervorheben, finden sich innerhalb der 124 Texte extrem häufig und prägen einige dieser Beschreibungen in hohem Maße, indem sie ganz im Mittelpunkt der Texte stehen.

Verallgemeinernd und Vergleichend kann hinsichtlich der Frage nach der Realitätsebene festgestellt werden, dass sich diesbezüglich die bislang größten Unterschiede zwischen Skript- und Musikbeschreibungen auffinden lassen. Die Beschreibungstexte zu den Skripten fokussieren mit nur drei Ausnahmen ein ganz reales oder aber zumindest ganz realistisches Geschehen, wobei genau das häufig wieder infrage gestellt wird: Immer wieder betonen die Beschreibenden, alles sei (A.5.4) oder wirke (B.1.4) „so normal“ oder höre sich zumindest „so normal“ (B.5.1) an oder scheine (!) „so trocken, spröde“ (B.1.1) Das wird zwar häufig hinterfragt - „Kaum zu glauben, aber irgendwie ist alles völlig harmlos – das kann nicht sein!“ (ebd.); „um welche Realität geht es?“ (A.5.2), bleibt jedoch ganz im Vordergrund der Texte. Die Hörer scheinen sich geradezu an ganz konkrete und „reale“ Äußerungen, Begriffe, erwähnte Personen oder (geschilderte) Vorkommnisse zu klammern: „Verzweifelt klammere ich mich an das Saxophon, da war doch was? Irgendetwas Eigenes?“ (B.1.2).

Irreale Momente tauchen selten auf, dafür umso häufiger Verunsicherung und Zweifel bezüglich der „Wahrheit“ assoziierter Bilder und vor allem hinsichtlich der eigenen Wahrnehmung. Häufig finden sich Hinweise auf „Gemachtes“ oder (Vor-) Täuschungen, darauf, dass etwas falsch, nicht wahr ist - aber

es bleibt bei Vermutungen, Ahnungen und den später noch zu erwähnenden (s. „Besonderheiten der Sprache“) vielen, vielen Fragen. Die Frage danach, was „wahr oder falsch“ ist, führt zu Verwirrung, auch und vor allem bezüglich des eigenen Erlebens

In den Beschreibungstexten zu den Improvisationen überwiegen Darstellungen irrealer Geschehnisse oder Atmosphären. Hier erscheint die Qualität des Unwirklichen, des „Nicht-Wahr-Seins“ nicht als Täuschung oder als „falsch“, sondern in der Qualität märchen- oder traumartiger oder aber als künstlich oder künstlerisch „gemacht“ erlebter Ereignisse. Innerhalb einiger Texte stehen sich reale und irrealer Welt wie mit scharfen Rändern gegenüber und es ist nicht klar, ob jemand wacht oder träumt (z. B. A.4.1). Neben konkreten Charakterisierungen (z. B. als „Traumszene“, B.7.3) wird der irrealer Charakter vor allem anhand der Orte, der Atmosphären, der beschriebenen Handlungen und/oder Figuren deutlich (s. o.).

g) Thematische Durchgängigkeit

Diese Kategorie widmet sich der Frage danach, ob sich innerhalb der Texte eher Tendenzen zur Hervorhebung eines Pols oder aber zur gleichwertigen Behandlung zweier Pole auffinden lassen.

Zusammenfassend und vergleichend ist hervorzuheben, dass es sich, die thematische Durchgängigkeit betreffend, bei den Beschreibungstexten zu den Skripten ausschließlich und bei den Musikbeschreibungen überwiegend um unausgeglichene Texte handelt. Sowohl innerhalb der Beschreibungstexte zu den Skripten als auch innerhalb der Beschreibungstexte zu den Improvisationen überwiegt deutlich der thematische Pol eines Leidens. Während dies bei den Beschreibungen zu den Skripten ausschließlich der Fall ist, finden sich innerhalb der Musikbeschreibungen auch zwei Texte, innerhalb derer ein Gegenpol überwiegt sowie vier Texte, die als ausgeglichen bezeichnet werden können. Innerhalb von siebzehn Texten wird ein Gegenpol zumindest deutlicher erkennbar. Bei gleicher Tendenz zur Unausgewogenheit zeigt sich das Verhältnis hier also gewissermaßen in weniger „radikaler“ Form.

IV.3.2.2 Formale Aspekte

In dem nun folgenden Abschnitt werden die formalen Aspekte „Gattung der Texte“, „Besonderheiten der Sprache“ sowie die „Erzählperspektive“ der Beschreibungstexte zu den Skripten sowie zu den Improvisationen wiederum in vergleichender Zusammenschau gegenübergestellt.

a) Gattung

Im Folgenden sollen die Beschreibungstexte den von Mömesheim (1999) identifizierten Formen „szenisch-erzählender“ bzw. „symbolhaft-lyrischer“ Typus zugeordnet werden. (vgl. auch Krapf 2001). Hintergrund der Frage nach der Gattung eines Textes ist die Erkenntnis, dass sich die inhaltlichen Aussagen der einzelnen Texte zumeist auch in ihrer formalen Gestaltung spiegeln und Merkmale darstellen, die auf die seelische Konstellation des jeweiligen Patienten hinweisen können (vgl. Mömesheim 1999 S.93). Erwähnt sei aber noch, dass diese Zuordnung niemals ganz eindeutig zu treffen ist und mit ihrer Hilfe lediglich auf *Tendenzen* des jeweiligen Textes verwiesen werden kann und soll. Ausschlaggebend für die je konkrete Einordnung ist das Überwiegen des jeweiligen Erzähltypus innerhalb eines Textes.

Von den insgesamt 58 angefertigten Beschreibungstexten zu den Skripten wurden 55 dem szenisch-erzählenden Typus zugeordnet und nur 7 dem lyrisch-symbolischen, wobei es insgesamt vier Doppelzuordnungen gab: Da innerhalb einiger Beschreibungen beide Erzählformen in unterschiedlichen Abschnitten gleichwertig nebeneinander standen, wurden diese Texte beiden Erzählformen zugeordnet. (zwei Texte in A4 und je ein Text in A5 und B6) Auffallend ist, dass die überwiegende Anzahl der Texte *auf den ersten Blick* in Versen abgefasst zu sein *scheint*: Die Zeilen „brechen an einer vom Dichter/ [Beschreibenden] und nicht zufällig vom Buchformat [Notizzettel] bestimmten Stelle ab.“ (Biermann/Schurff 1999, S. 179) und müssten insofern als Gedicht und damit als lyrische Texte angesehen werden:

„...Ein Gedicht ist das,
was die Zeilen bricht“

(Ritter in Biermann/Schurff, ebd.). Da aber alle anderen Kriterien lyrischer Ausdrucksformen (vgl. Biermann/Schurff) nicht gegeben sind, muss hier wohl

mit Ritter (in Biermann/Schurff S.46) konstatiert werden, „dass in Zeilen gestotterte Sätze noch keine Lyrik sind“. Ritter spricht in diesem Falle von „Laberlyrik“ und vermutet, dass dieser „das Bedürfnis, sich mitzuteilen. Von sich zu sprechen, von der eigenen Welterfahrung, *von allem, was ungelöst und fragwürdig ist*“ (ebd., Hervorhebung S. K.), zugrunde liegt. „Es steckt dahinter das Bedürfnis, ... *Ängste zu vertreiben, indem sie erst einmal benannt werden, ... Das Bedürfnis, unentfremdet zu leben*“ (ebd., Hervorhebungen S. K.). Interessant ist nicht nur, dass uns an dieser Stelle wiederum das Problem des nur *Scheinbaren* (s. o.) begegnet, sondern auch, dass Ritter in diesem Falle auf *Ängste* verweist – die innerhalb der Skriptbeschreibungen ja wesentlich seltener *erwähnt* werden als innerhalb der Musikbeschreibungen. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Tendenzen zum erzählenden Gestus und damit die relativ klaren und plastischen Beschreibungen das inhaltliche Verständnis erleichtern und dem Leser damit den Nachvollzug der Texte und häufig auch der Gespräche selber zumeist recht gut ermöglichen.

Die zu den Improvisationen angefertigten Texte wurden überwiegend in einem lyrisch-symbolischen Gestus verfasst, 37 der insgesamt 66 Texte konnten diesem Typus zugeordnet werden. Für 29 Texte wurde eine szenisch - erzählende Form gewählt. Auffallend ist, dass es keine Doppelzuordnungen gibt, die Texte konnten relativ klar – mit der o. g. Einschränkung bezüglich so etwas wie „Eindeutigkeit“ - einer der Erzählformen zugeordnet werden. Allerdings findet sich auch hier das Phänomen der „Laberlyrik“ (s. o.) - Texte, die in erzählendem Sprachgestus eine sprachlich geschlossene und ausgestaltete Form aufweisen, jedoch „wie“ Gedichte formal angeordnet sind, ohne das für Gedichte „besonders hohe Maß an Strukturiertheit“ (Biermann/Schurff 1999, S. 178) und andere typische Merkmale lyrisch-symbolischer Texte aufzuweisen (vgl. ebd. sowie Mömesheim 1999, S.90). Innerhalb der symbolisch-lyrisch geprägten Texte wurden Gedanken oder symbolträchtige Bilder oft unverbunden aneinandergereiht, zwischen den einzelnen Aspekten plötzlich auftauchender Bildausschnitte oder Assoziationen besteht häufig kein nachvollziehbarer Zusammenhang, Handlungen werden nicht weitergeführt, oft beschreiben die Texte nicht nur Fragmentierungen, sondern wirken selber fragmentiert; bruchstückhaft und unzusammenhängend. Darüber hinaus wird der Sprachfluss immer wieder durch Fragesätze (s. u.) unterbrochen. Für den

Leser resultieren daraus häufig Verwirrung und Orientierungslosigkeit bezüglich des konkreten Geschehens, Atmosphären und Stimmungen werden jedoch eindrucksvoll zum Ausdruck gebracht und vermittelt.

b) Besonderheiten der Sprache

Der folgende Untersuchungsschritt fokussiert häufiger auftauchende Besonderheiten und Auffälligkeiten bezüglich des Satzbaus, des Wortschatzes und der Komposition der Textstruktur.

Bezüglich sprachlicher Besonderheiten fällt sowohl bei den Skriptbeschreibungen als auch bei den Improvisationsbeschreibungen vor allem der Satzbau mit seiner überwiegend kurzen Satzstruktur auf. Inhaltlich unvollständige Sätze sind zumeist durch das Fehlen des Subjektes (!) charakterisiert. Häufig gipfelt diese sprachliche, formale wie inhaltliche Reduktion in Einwortsätzen. So finden sich innerhalb dieser Beschreibungstexte überwiegend unvollständige, auch formal nicht geschlossene Sätze: Häufig werden Sätze, selbst wenn es sich um längere und inhaltlich vollständige Sätze handelt, nicht als solche gekennzeichnet. Fehlende Satzzeichen vermitteln auch auf der formalen Ebene einen Eindruck von Ungeschlossenheit, mangelnden Abgrenzungsmöglichkeiten und Orientierungslosigkeit. So werden neue Sätze z. B. dadurch kenntlich gemacht, dass mit jedem Satz eine neue Zeile beginnt, fehlende Satzzeichen am Ende und Kleinschreibung am Beginn lösen den Eindruck der Satzstruktur jedoch wieder auf: Die „üblichen“, hier fehlenden Ordnungszeichen und Strukturmerkmale werden durch andere Formen der Anordnung ersetzt. Häufig finden sich *statt* der einen Satz formal beendenden Satzzeichen Bindestriche zwischen verschiedenen, durchaus in sich geschlossenen Sätzen, was selbst diesen längeren Sätzen, die sich durchaus zu einer inhaltlich stringenten Erzählung formen, den Eindruck dahin geworfener, stichwortartiger Gedanken verleiht: Zumeist handelt es sich aber tatsächlich formal wie inhaltlich um stichwortartige Ansammlungen von Eindrücken und Assoziationen, Einfällen und Reaktionen, Einordnungen und Bewertungen.

Insgesamt finden sich also sprachliche Besonderheiten vor allem in unterschiedlichen Formen sprachlicher Fragmentierung, die die Syntax durchbrechen und einen eher stockenden Sprachfluss aufweisen.

Ein weiteres sprachliches Merkmal der untersuchten Beschreibungstexte ist das Vorkommen zahlreicher Fragen: In den 58 Skriptbeschreibungen wurden 69 Fragen identifiziert, innerhalb der 66 Musikbeschreibungen finden sich 66 Fragen.

Der verwendete Wortschatz ist innerhalb der Skriptbeschreibungen durchgehend gemeinsprachlich, es finden sich ausschließlich Wörter mit hoher Gebrauchssequenz. Innerhalb der Improvisationsbeschreibungen fallen bezüglich des Wortschatzes Begriffe (v. a. für Figuren und Orte, s. u.) auf, die aus der Welt der Märchen und Sagen, aus der (Welt-) Literatur oder dem Fernsehen bekannt sind oder aber religiösen Vorstellungswelten entstammen und deutlich symbolischen Charakter tragen. Abhängig von inhaltlichen Besonderheiten finden sich darüber hinaus Worte, die eher konstruiert erscheinen. Auch werden durchaus gemeinsprachlich zu nennende Begriffe und Worte in ungewöhnlicher Art und Weise verwendet. Insgesamt finden sich innerhalb der Improvisationsbeschreibungen abhängig von den kurz angedeuteten inhaltlichen Besonderheiten viele Worte mit eher niedriger Gebrauchssequenz.

Die Komposition der zu den Skripten angefertigten Texte wird vor allem von inhaltlichen Aspekten (s. o.) geprägt: Die Handlungsführung lehnt sich in allen Beschreibungen dicht an das tatsächliche Geschehen an, die chronologische Reihenfolge wird allerdings aufgrund zahlreicher Unterbrechungen und der insgesamt eher fragmentierten Struktur der Texte häufig unterbrochen, Symbole werden eher selten verwendet. Die Beschreibungstexte zu den Improvisationen dagegen fallen bezüglich sprachlicher Besonderheiten vor allem durch ihre Komposition auf. Die hier verwendete Erzählform der Montage führt allerdings ebenfalls dazu, dass die chronologische Reihenfolge der Ereignisse häufig unklar bleibt. (s. auch oben die Ausführungen zu inhaltlichen Aspekten und zeitlichen Dimensionen)

c) Erzählperspektive

Zusammenfassend und vergleichend ist hervorzuheben, dass sich die Skript- und die Musikbeschreibungen bezüglich der Erzählperspektive äußerst ähnlich sind. In beiden Textkategorien überwiegt die Erzählform der Er/Sie-Form, was aber durch das auktoriale Erzählverhalten der Beschreibenden aufgebrochen wird: Immer wieder greifen die Hörer mit Kommentaren, häufig

bezüglich ihrer eigenen Befindlichkeit, aber auch mit Reflexionen, Urteilen, Fragen und/oder geäußerten Hoffnungen oder Wünschen in das geschilderte Geschehen ein. Dieses Erzählverhalten kann den im Vordergrund der Texte stehenden Eindruck der Fragmentierung verstärken oder auch abmildern: Während es innerhalb der Skriptbeschreibungen häufig wirkt, als würde ein sich möglicherweise gerade entfaltendes Geschehen gestoppt oder zumindest unterbrochen, haben diese Einwürfe innerhalb der Musikbeschreibungen oft eher verbindenden Charakter und scheinen das häufig fragmentierte Geschehen irgendwie zusammenzuhalten.

Wechselnde Erzählformen finden sich insgesamt eher selten, innerhalb der Skriptbeschreibungen jedoch etwas häufiger und beziehen sich in beiden Textkategorien jeweils auf das Aufgeben der eher distanzierenden Er/Sie-Form, was bezüglich der Sichtweise einen Wechsel von der Außen –zur Innenperspektive darstellt. Da diese Wechsel in der Mehrzahl weder angekündigt noch durch Anführungszeichen deutlich gemacht werden, führt dieser Wechsel beim Lesen der Texte zu Verwirrung darüber, wer sich hier eigentlich gerade äußert bzw. in welcher Rolle oder aus welcher Position heraus eine Äußerung getätigt wird. Hier zeigt sich auch auf formaler Ebene die auch anhand anderer Kategorien vorgefundene Tendenz zum Ineinander.

Die Erzählhaltung ist insgesamt wenig distanziert, vor allem innerhalb der Beschreibungstexte zu den Improvisationen deutlich affirmativ.

IV.3.3 Zusammenfassung

Zunächst einmal ist festzustellen, dass sich auf der Ebene der Wirkungsgestalt sowohl innerhalb der Musik- und Skriptbeschreibungen als auch zwischen den Texten, die jeweils zu den Skripten bzw. den Improvisationen angefertigt wurden, stark ausgeprägte Ähnlichkeiten zeigen. Die insgesamt 124 Beschreibungstexte sind in wesentlichen Aspekten vergleichbar. Die Frage nach Entsprechungen in der Wirkungsgestalt der zwölf Erstkontakte ist somit positiv zu beantworten.

Im Folgenden sollen die anhand der einzelnen Kategorien herausgearbeiteten Ähnlichkeiten und Unterschiede innerhalb der sowie zwischen den Musik-

und Skriptbeschreibungen bezüglich der Wirkungsgestalt noch einmal zusammenfassend dargestellt werden.

Anhand der Untersuchung ausgewählter Kategorien konnten immer wieder Grundzüge herausgearbeitet werden, die einem *Mangel an oder Verlust von Form* (Ordnung, Struktur, Differenzierung, Deutlichkeit...) entsprechen und mit einem *Verlust von bzw. Mangel an Bewegung und Beweglichkeit* (Freiheit und Lebendigkeit), *Sicherheit und Orientierung* und *Kontinuität* einhergehen. So wurden auf unterschiedlichen Ebenen Verhältnisse beschrieben, innerhalb derer sich bewahrender Zusammenhalt entweder in Erstarrung und Verfestigung verkehrt oder aber in Überbeweglichkeit und Konfluenz auflöst. Ganz im Vordergrund stehen dabei mangelnde Abgrenzungsmöglichkeiten einerseits und Formen starrer, rigider Abgrenzung, die zum Ein- oder Aussperren gerät, andererseits. Diese grundlegenden Charakteristika zeigten sich anhand der einzelnen Kategorien folgendermaßen:

a) Innerhalb von 25 Skriptbeschreibungen wurden Veränderungen hin zu Stillstand, Erstarrung und Verfestigung sowie in elf weiteren Texten entsprechende Zustände beschrieben. Innerhalb der Musikbeschreibungen überwiegen Darstellungen, die mit einem Mangel an Kontakt und Zusammenhang oder Verlust von Form und Struktur einhergehen. Zwar finden sich hier häufiger Veränderungen (48-mal), die mit einem Zugewinn an Sicherheit, Orientierung und/oder Zusammenhang einhergehen, doch bleiben diese aufgrund eines häufig nicht nachvollziehbaren Entwicklungsganges (auch hier reißen Zusammenhänge ab) sowie infolge ihrer Verortung in Sphären entrückter Irrealität in ihrer Wirklichkeit fragwürdig. Insgesamt zeigt sich der beschriebene Mangel oder Verlust in gegensätzlichen Zuständen oder Bewegungen des Ineinander oder Auseinander – oder beider gleichzeitig.

b) Den innerhalb der Beschreibungstexte zu den Skripten sowie zu den Improvisationen assoziierten oder benannten Figuren fehlt es entweder an Deutlichkeit und Individualität oder aber entsprechende Qualitäten gehen im Verlaufe des geschilderten Geschehens verloren. Darüber hinaus fällt auf, dass es innerhalb der Skriptbeschreibungen häufig kein Gegenüber gibt (nach dem dann allerdings häufig gefragt wird) oder aber eine Figur und ein Gegenüber benannt werden, zwischen denen aber keine verbindende Dynamik spürbar wird. Bewegung und Beweglichkeit werden immer wieder ein-

geschränkt. Das jeweilige Handlungsgeschehen wird häufig als sinn- und/oder ziel- und/oder hoffnungslos charakterisiert. Bezüglich des Beziehungsgeschehens wird häufig eine Verunmöglichung eines Miteinander beschrieben: entweder als extreme Ausgestaltung eines Auseinander oder aber (häufig gleichzeitig) als verwirrendes Ineinander.

c) Zeitliche Dimensionen scheinen innerhalb der Beschreibungstexte kein Gewicht zu haben, die Zeit wirkt häufig fragmentiert in dem Sinne, dass ein deutlicher Mangel an Qualitäten, die einem Voranschreiten in der und mit der Zeit entsprechen, spürbar wird. Plötzliches Umschlagen, überraschende Wechsel, nicht nachvollziehbare Verwandlungen bestimmen den Ablauf des jeweils geschilderten Geschehens und lassen Zusammenhang und Zusammenhalt in nachvollziehbaren Entwicklungsgängen vermissen. Häufig wirkt es, als stehe die Zeit still oder zerdehne sich in Unendlichkeit.

d) Auch bezüglich der Orte und Handlungsräume sind wir überwiegend mit einem stark im Vordergrund stehenden Mangel an Deutlichkeit und Kontur konfrontiert: Orte werden innerhalb der Skriptbeschreibungen lediglich aufgezählt oder aber gar nicht erwähnt. Dies ist innerhalb der Musikbeschreibungen zwar häufiger der Fall, jedoch werden diese Orte auch hier so gut wie nie genauer beschrieben, sie bleiben undeutlich und konturlos wie die meisten Figuren. Wird das jeweilige Geschehen doch verortet, so handelt es sich zumeist um (Außen-) Räume, die entweder mit Weite und Unstrukturiertheit assoziiert sind oder aber trotz des in ihnen zum Ausdruck gebrachten Draußenseins wie die meisten Innenräume als eine Art Gefängnis charakterisiert werden, aus dem es häufig kein Entrinnen gibt. Die seltener genannten Innenräume sind zumeist mit Enge, Ein- und Abgeschlossenheit assoziiert. Der überwiegend beschriebenen Überbeweglichkeit in Grenzen- und Strukturlosigkeit werden hier starre, enge bzw. beengende Grenzen gegenübergestellt: Einem Mangel an Ein- und Umgrenzung steht, zumeist unvermittelt, ein Mangel oder Verlust an Bewegung und Beweglichkeit aufgrund starrer Grenzziehungen gegenüber. Oft wird auf das Fehlen von Spiel-, Zwischen- oder einfach Raum verwiesen, häufiger ist auch von Leere die Rede. Tatsächlich finden sich kaum Beschreibungen von Zwischenräumen. Atmosphären werden wesentlich häufiger beschrieben, Stimmungsräume spielen innerhalb der untersuchten Texte eine deutlich wichtigere Rolle. Hier werden innerhalb der

Skriptbeschreibungen Verwirrung und Orientierungslosigkeit, Gefahr und Bedrohung oder auch Trostlosigkeit und Sinnlosigkeit sowie Leere hervorgehoben. Ähnliche Charakterisierungen finden sich auch innerhalb der Musikbeschreibungen, Hinweise auf Bedrohungen finden sich dort häufiger als innerhalb der Skriptbeschreibungen. Verbunden sind diese Charakteristika hier zumeist mit Atmosphären der Irrealität alptraumartigen Grauens und diffuser Bedrohungen. Darüber hinaus überwiegen innerhalb der Musikbeschreibungen Stimmungen der Ferne, Weite, Fremdheit und Einsamkeit. Häufig werden hier jedoch auch märchenhafte und traumartige, irrealer Atmosphären beschrieben, die als schön, friedlich, angenehm und idyllisch charakterisiert werden.

e) Die Affekte und Reaktionen der Hörer entsprechen dieser Atmosphäre eines Entgleitens in veränderte Bewusstseinszustände. Im Abschweifen, Träumen, Sich-einlullen–lassen und ähnlich kontemplativen Zuständen gehen Möglichkeiten differenzierten Wahrnehmens, Anknüpfens und Dabeibleibens verloren, Zusammenhänge lösen sich auf, Erinnerungen gehen verloren – einer als unerträglich erlebten Wirklichkeit kann entflohen werden. So kann, wie es eine Hörerin betont, Bedrohliches harmlos erscheinen –aber auch umgekehrt. In einigen Texten wird deutlich, dass gerade *dieses* Sich–Entfernen auch mit Möglichkeiten einer Annäherung einhergehen kann.

f) Sowohl innerhalb der Skript- als auch innerhalb der Musikbeschreibungen tauchen immer wieder Unsicherheiten und Fragen bezüglich der Realitätsebene der assoziierten Bilder und des beschriebenen Geschehens auf. Während wir anhand der Skriptbeschreibungen überwiegend mit Darstellungen einer als falsch erlebten Realität konfrontiert sind, was zumeist mit Verwirrung und Ärger assoziiert ist, fokussieren die Musikbeschreibungen häufig ein Geschehen, das eher als irreal bezeichnet werden kann und häufig auch als märchen- oder traumartig charakterisiert wird. Auffallend ist, dass hier zwar häufig nach der Realitätsebene des Geschehens gefragt wird, das Geschehen selber aber oder die damit verbundenen Affekte zumeist jedoch nicht, wie bei den Skriptbeschreibungen, grundsätzlich infrage gestellt werden. Während –etwas vereinfacht ausgedrückt– innerhalb der Skriptbeschreibungen eher danach gefragt wird, ob etwas wahr oder falsch (z. B. i. S. einer Täuschung) ist bzw. Einfälle, Affekte usw. direkt als falsch charakterisiert

werden, stellt sich anhand der Musikbeschreibungen zumeist eher die Frage danach, ob jemand oder der Hörer selber wache oder träume oder ob etwas eher künstlich bzw. künstlerisch hergestellt wurde. Während also innerhalb der Skriptbeschreibungen Realität eher mit „Wahrheit“ gleichgesetzt wird, der „Unwahren“ i. S. von Täuschung oder „Falschem“ gegenübersteht, finden wir innerhalb der Musikbeschreibungen Realität als Pendant zu Irrealität oder auch Surrealität, beides wird dort häufig auch direkt gegenübergestellt, zumeist jedoch, ohne in direkten Kontakt oder Austausch zu kommen. Ein Aufeinandertreffen beider ist eher mit Zuständen diffuser Bedrohung verbunden oder geht mit einem Herausgerissen–Werden aus einer der Welten in die andere einher.

g) Bezüglich der thematischen Durchgängigkeit begegnet uns noch einmal ein deutlicher Mangel an Ausgewogenheit. In allen Skriptbeschreibungen und in der Mehrzahl der Musikbeschreibungen überwiegt der Pol des Leidens, der als Mangel und Verlust bzw. Verlorengehen das Geschehen und die Atmosphäre der Texte prägt. Ein Gegenpol ist nur schwach ausgebildet und wird häufig als unwirksam oder unreal charakterisiert.

Vor allem die beschriebenen Charakteristika mangelnder Strukturierungsmöglichkeiten, der Auflösung und Fragmentierung prägen in hohem Maße auch die *formalen Besonderheiten* der Texte. Auch auf der formal-sprachlichen Ebene sind wir mit fehlenden Ordnungsprinzipien, (Vor-) Täuschungen, mangelnden Abgrenzungsmöglichkeiten und fehlender Kontinuität konfrontiert sowie mit entsprechenden Ersatzkonstruktionen.

IV.4 Die Formenbildung der Improvisationen

Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, anhand welcher musikalischen Formenbildungen sich die im vorangegangenen Abschnitt herausgearbeiteten Grundverhältnisse konfigurieren konnten. Grundlegend und von besonderer Relevanz bezüglich der Intention der vorliegenden Untersuchung sind dabei die Fragen, ob sich hinsichtlich formaler Aspekte Gemeinsamkeiten innerhalb der Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten auffinden lassen und – falls dies der Fall sein sollte - welcher Art diese Gemeinsamkeiten sind. Die herausgearbeiteten Charakteristika sollen wiederum als Grundverhältnisse (der musikalischen Formenbildung) verstanden werden und in einem späteren Untersuchungsschritt in Austausch mit den anhand der Wirkungsgestalt herausgearbeiteten Grundverhältnissen (V.1) sowie mit weiterem Material gebracht werden. In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der musikalischen Analysen der einzelnen Improvisationen anhand formaler Kategorien zusammenfassend dargestellt.

Die Untersuchung erfolgt aus den unter III.3.3.2 dargestellten Gründen ausschließlich unter formalen Aspekten. Ein Vergleich der musikalischen Beziehungsgestalt (vgl. Krapf 2007, 126ff) findet sich aufgrund der spezifischen Fragestellung der vorliegenden Untersuchung eingebettet in den Abschnitt „Beziehungsformen und Interaktionsmuster“ (IV.5).

IV.4.1 Untersuchung anhand formaler Aspekte

Die folgende Darstellung des Materials erfolgt zunächst getrennt anhand der Kategorien Anzahl und Dauer der Improvisationen sowie Anzahl und Art der hierbei verwendeten Instrumente, der Struktur/Phrasierung, der Eigenschaften Tempo/Metrik/Rhythmik/Agogik, Melodie/Harmonik sowie Dynamik /Artikulation. Anschließend werden die Ergebnisse noch einmal zusammenfassend dargestellt und aufeinander bezogen.

IV.4.1.1 Dauer der Improvisationen und verwendete Instrumente

Da die Therapeutin in allen untersuchten Improvisationen Klavier spielt, wird im Folgenden lediglich auf die Instrumentenwahl des jeweiligen Patienten verwiesen.

Improvisation	Dauer der Improvisation	Art der verwendeten Instrumente	Anzahl der Instrumente
A.1	4'40''	kleines Xylophon, Becken, Gitarre, Orgel, Metallophon, Bassstäbe, großes Xylophon, Pauke, Tempelblocks, Gong, Conga	11
A.2	2'44''	Gitarre	1
A.3	3'07''	Klavier	1
A.4	9'35''	Xylophon, Metallophon, Schlitztrommel, Bassstäbe, Tempelblocks, Conga, Djembe, großes Xylophon, Pauke	9
A.5	5'30''	großes Xylophon	1
B.1	6'05''	großes Xylophon	1
B.2	0'57''	Xylophon	1
B.3	10'35''	Conga	1
B.4	15'46''	elektronische Orgel, Cello, großes Xylophon	3
B.5	7'52''	Conga	1
B.6	7'58''	großes Xylophon, Monochord, Tempelblocks, Gong, Pauke, kleines Xylophon	6
B.7	9'49''	Tempelblocks	1

Abb. IV.4.1.1: Anzahl und Art der verwendeten Instrumente sowie Dauer der Improvisationen

Die überwiegende Anzahl der Patienten (8) verwendet innerhalb der untersuchten Improvisation lediglich ein Instrument, vier Patienten spielen mehrere Instrumente. Die Anzahl der verwendeten Instrumente betreffend fällt insgesamt eine große Spannweite von nur einem bis zu elf Instrumenten auf.

Bei drei der vier Improvisationen (A.1, A.4, B.6), innerhalb derer der jeweilige Patient mehrere Instrumente spielt, finden sich einerseits plötzliche Abbrüche und überraschende, kaum nachvollziehbare Wechsel der Instrumente, andererseits spielen diese Patienten zumindest zeitweise mehrere Instrumente zugleich bzw. so schnell hintereinander, dass der Eindruck entsteht, es würden zwei oder mehrere Instrumente von mehreren Personen (vgl. die Ausführungen zur Wirkungsgestalt) gleichzeitig gespielt. Hier sind wir anhand des Umgangs mit den Instrumenten noch einmal mit extremen Ausgestaltungen von Auseinander (Abbrüche) und Ineinander (Gleichzeitigkeit) sowie der Frage, wie viele Personen/Instrumente hier eigentlich am Werke sind, konfrontiert. Eine deutliche Strukturierung der Improvisation entsteht infolge des Instrumentenwechsels lediglich in einem Fall (B.4, vgl. auch die Ausführungen zur Struktur der Improvisationen).

Hinsichtlich der Art der verwendeten Instrumente fällt auf, dass die Patienten für ihr Spiel überwiegend Schlaginstrumente wählten: Am häufigsten (7x) erklingen die drei Xylophone, 6x werden Rhythmusinstrumente wie Pauke, Djembe, Conga und Tempelblocks gespielt. Von den acht Patienten, die nur ein einziges Instrument spielten, wählten drei ein Xylophon, zwei die Conga und einer die Tempelblocks. Obwohl etliche Saiteninstrumente im Musiktherapieraum vorhanden sind, werden sie eher selten verwendet: Eine Patientin (A.2) spielt auf der Gitarre. In drei weiteren Improvisationen wird im Rahmen häufiger Instrumentenwechsel sehr kurz und eher beiläufig über die Saiten der Gitarre (A.1), des Cellos (B.4) bzw. des Monochords (B.6) gestrichen. Weitere durchaus vorhandene Saiteninstrumente (zwei Leiern, eine Geige, ein Streichpsalter, eine Kantele) werden ebenso wie die Blasinstrumente (verschiedene Flöten) gar nicht verwendet.

Insgesamt fällt hinsichtlich der Instrumentenwahl der Patienten auf, dass kleine und eher zarte und leise Instrumente wie z. B. Leier und Glockenspiel gar nicht verwendet werden. Der Instrumentenwahl zufolge gibt es offenbar tendenziell den Wunsch, mit größeren und „mächtigeren“ Instrumenten kräftige-

re und lautere Klänge zu produzieren. Diese Annahme wird gestützt durch die Spielweise der verwendeten Instrumente: Markante Schläge, das Spielen mehrere Instrumente zugleich bzw. in sehr schnellem Wechsel und/oder zumeist eher höhere Lautstärken prägen die meisten der zwölf Improvisationen (s. u.). Auch wenn Melodieinstrumente, wie z. B. das häufig verwendete Xylophon, gespielt werden, steht der rhythmische Aspekt deutlich in Vordergrund (s. u.). Dass die Wünsche nach (Laut-) Stärke und „Macht“ sowie Rhythmus (als mögliches Strukturmerkmal) *auch* als Wunsch nach Sicherheit verstanden werden können, bringen die Äußerungen der Patienten, die nur ein Instrument gewählt haben, zum Ausdruck: Im Anschluss an diese Improvisationen wird deutlich, dass der Aspekt der Vertrautheit mit dem gewählten Instrument (in zwei Fällen sogar mit dem gespielten „Lied“, s. u.) den Ausschlag für die Wahl des jeweiligen Instrumentes gab (A.2, A.3, B.3, B.5): Die Patienten suchten mit dem jeweiligen Instrument Sicherheit bietendes Bekanntes und Vertrautes – etwas, das sie „beherrschen“.

IV.4.1.2 Struktur und Phrasierung

Alle untersuchten Improvisationen weisen hinsichtlich ihres Gesamtaufbaus Strukturierungsmerkmale auf, die die Musik in verschiedene Teile oder Abschnitte gliedern: Die Improvisationen B.1 und B.3 bestehen aus jeweils zwei deutlich voneinander abgegrenzten Teilen: In B.1 spielt der Patient zunächst ausschließlich auf der pentatonischen Reihe des großen Xylophons. Nachdem dieser Teil mit einer gelungenen Schlussbildung beendet wurde, fragt der Patient (bezogen auf die zweite Reihe des Instrumentes): „Gehören die zusammen?“ und spielt dann noch einmal ausschließlich auf der diatonischen Reihe. Dass die *Verbindung* von Pentatonik und Diatonik nicht gelingt ist ein Strukturmerkmal aller Improvisationen, innerhalb derer eines der Xylophone (oder mehrere) verwendet werden: Statt einer Einbindung in melodische Wendungen oder andere strukturelle Zusammenhänge finden sich abrupte Wechsel (A.1, A.4, A.5 und B.6) oder aber längere, deutlich voneinander getrennte Sequenzen des Spielens im diatonischen *oder* pentatonischen Tonraum (B.1 und B.2). Herr C. (Improvisation B.3), der die Conga zunächst im Sitzen spielt, bricht sein Spiel plötzlich ab und signalisiert mir wortlos, dass das

Spielen so zu anstrengend für ihn sei. Auf meinen Vorschlag, die Conga entweder aus dem Ständer zu nehmen, was aber schwierig sei, oder aber im Stehen weiter zu spielen, erhebt er sich und spielt nun im Stehen weiter. Die Improvisation B.4 besteht aus drei deutlich voneinander getrennten Teilen. Der Patient spielt drei unterschiedliche Instrumente direkt hintereinander. Im ersten Teil bricht er sein Spiel abrupt ab und meint in das Spiel der Therapeutin hinein: „Ich probier’ mal das Cello aus.“. In die noch immer nachklingenden Töne des Klaviers fragt er nach dem Bogen, so dass auch diese klangliche Verbindung zum weiteren Spiel unterbrochen wird. Am Ende des zweiten Teils gibt es keinen plötzlichen Abbruch, eher gleicht das langsame „Verschwinden“ der Cellostimme einem „Vergehen“: Immer leiser und tiefer spielt das Cello, so dass es kaum noch zu hören und schließlich fasst unmerklich verschwunden ist. In A.2. und A.3. werden „fertige“ Lieder intoniert, die entsprechend klare Strukturen aufweisen. Innerhalb der Improvisationen A.1, A.4 und B.6 verwenden die jeweiligen Patienten mehrere Instrumente, ohne dass es hierdurch zu einer deutlichen Aufteilung in mehrere Teile kommt wie in B.4. Eher scheinen durch die zumeist schnellen und musikalisch unmotivierten Instrumentenwechsel einzelne „Splitter“ und Fragmente zu entstehen. Zudem werden die zumeist eher kurzen Sequenzen auf einem Instrument fast immer plötzlich abgebrochen, sich entwickelnde Motive nicht weitergeführt oder wieder aufgegriffen. So wirken die einzelnen Abschnitte einerseits unverbunden und zusammenhanglos. Andererseits wechseln die Patienten die Instrumente manchmal so schnell oder spielen sogar kurzzeitig mehrere Instrumente zugleich, dass die einzelnen Abschnitte *gleichzeitig* übergangslos ineinander verwoben sind. So gibt es innerhalb der meisten Improvisationen zwar zahlreiche Einschnitte, Phrasierungen i. S. deutlicher Sinngliederungen finden sich jedoch kaum - und wenn, dann entweder lediglich im Spiel der Therapeutin oder aber in Anlehnung an die Struktur der gewählten *vorgegebenen* musikalischen Muster (z. B. in A.3, hier intonieren Patientin und Therapeutin vierhändig am Klavier das Lied „Der Mond ist aufgegangen“). Die innerhalb einiger Improvisationen darüber hinaus kurzzeitig identifizierbaren Phrasenbildungen sind jeweils mit der Beziehungsgestaltung assoziiert, indem Motive oder Anregungen im Spiel der Therapeutin aufgegriffen oder aber diesen ausgewichen wird (vgl. die späteren Ausführungen zu dem Punkt „Be-

ziehungsgestaltung und „Interaktionsmuster“). Damit verbunden sind zumeist ebenfalls Möglichkeiten musikalischer Ordnung und Strukturierung: Sequenzen kurzzeitigen gemeinsamen Spielens sind assoziiert mit eher klar strukturiertem Spiel hinsichtlich rhythmisch - metrischer und/oder melodischer Gestaltung sowie mit deutlichen Veränderungen von Dynamik und/oder Agogik. (vgl. die folgenden Ausführungen zu diesen Punkten)

Hinsichtlich der Gestaltung von Anfang und Ende der Improvisationen fällt auf, dass alle Patienten von sich aus mit dem Spielen beginnen, jedoch tun sie dies auf sehr verschiedene Art und Weise: Frau A. (A.1) und Frau E. (A.5) beginnen ihr Spiel, während die Therapeutin noch auf dem Weg zum Klavier ist so direkt im Anschluss an das Gespräch, dass Spielen und Sprechen Übergangslos ineinander fließen. Übergangslos „sofort drin“ im Spiel sind auch Herr C. und Herr D.: Die Improvisationen B.3 und B.4 beginnen jeweils mit lautem, kräftigem Anschlag und klaren, vorgeformten Rhythmen, ganz unvermittelt bricht ihr Spiel die Stille. Frau D. (A.4) beginnt zwar auf sehr freie und rhythmisch-metrisch sowie melodisch völlig unstrukturierte Art und Weise zu spielen, auch hier ist jedoch kein Suchen, keine langsame Annäherung spürbar, trotz seiner Unstrukturiertheit wirkt das Spiel sehr entschlossen, auch sie ist sofort „mitten drin“. Das Gleiche gilt für Frau C. (A.3), die ihr Spiel zwar suchend, jedoch ebenfalls entschlossen, sehr laut und mit hartem Anschlag beginnt und diesen Gestus fast unverändert beibehält. Herr E. (B.5) beginnt sein Spiel zwar mit einem leisen, leichten Schlag auf die Conga und tippt dann nacheinander mit den Fingern über das Fell. Was zunächst suchend und tastend klingt und langsame Annäherung und Entwicklung verspricht, bricht jedoch plötzlich ab und es folgen laute, kräftige Schläge in klar strukturierten Patterns, die fertig und eingeübt wirken. Ähnlich auch der Beginn der Improvisation B.2: Herr B. beginnt auf dem Xylophon mit zwei gleichmäßigen Viertelnoten g^1 , die Therapeutin fügt auf dem Klavier das c^2 hinzu. Diese Auftaktquarte (den Oktavabstand vernachlässigend) wirkt mit ihrem fanfarenartigen Charakter ankündigend, verweist auf Kommendes. Es folgt jedoch eine Pause und dann geht es „ganz woanders“ weiter: Bis zum Ende der Improvisation spielt der Patient ausschließlich auf der hinteren Reihe des Xylophons und damit im pentatonischen Tonraum. Nur vier der untersuchten Improvisationen (A.2, B.1, B.6 und B.7) weisen einen Beginn auf, der auf eine

langsame, teilweise behutsame Annäherung an das Instrument bzw. die Tätigkeit des Spielens hinweist und musikalisch an das Spiel heranführt: So zupft beispielsweise Frau B. (A.2) zunächst vorsichtig–prüfend die tiefste, dann zweimal die höchste und noch zweimal die tiefste Saite der Gitarre an, als stecke sie zunächst vorsichtig einen Rahmen für das kommende Spiel ab. Herr A. (B.1) intoniert zunächst ein etwas längeres gis auf dem großen Xylophon, das er in schneller werdendem Tempo wiederholt.

Das Ende dreier Improvisationen ist von plötzlichen Abbrüchen auf Seiten der Patienten geprägt, so dass die Therapeutin zumeist allein bleibt und ihr die Gestaltung des Schlusses überlassen wird – selbst das ist jedoch nicht immer möglich: So bricht beispielsweise Frau D. (A.4) ihr Spiel nicht nur plötzlich ab, sondern bringt mit ihrer gleichzeitig ausgesprochenen Frage „Sollen wir aufhören?“ auch die Therapeutin dazu, ihr Spiel abrupt zu beenden. Auch Frau E. (A.5) beendet ihr Spiel überraschend und verbal fast im gleichen Wortlaut: „Soll’ n wir Schluss machen?“. Frau A. (A.1) bricht ihr Spiel ebenfalls plötzlich ab, hier gestaltet die Therapeutin das Ende alleine. In den letzten noch klingenden Ton des Klaviers spricht die Patientin hinein und beendet mit den Worten „So, jetzt hab’ ich alle durch“ die Improvisation ebenfalls verbal. Frau B. (A.2) kommt kurz vor dem Ende der Improvisation aus dem Takt und nutzt diese Gelegenheit, ein neues Begleitschema einzuführen (sie spielt Gitarre, die Therapeutin am Klavier eine Melodie). Es gelingt jedoch nicht, in ein gemeinsames Metrum zu finden, die zuvor gefundene musikalische Ordnung zerfällt, ohne dass sich neue musikalische Ordnungsmuster entwickeln. Während die Therapeutin auf die zuvor gespielten Motive zurückgreift, probiert Frau B. noch etwas herum und bleibt dann plötzlich auf einem G-Dur-Akkord stehen (die Improvisation wurde zuvor in a-moll intoniert). Das kommt überraschend, da sie ihren Akkord jedoch lange ausklingen lässt, führt die Therapeutin ihre Melodiestimme zu einem h², so dass am Ende klanglich beide Instrumente gemeinsam enden. Allerdings spricht auch Frau B. in diesen noch klingenden Akkord hinein. Frau C. (A.3), die gemeinsam mit der Therapeutin vierhändig am Klavier das Lied „Der Mond ist aufgegangen“ intoniert, gestaltet am Ende der dritten Strophe zunächst mit der Therapeutin gemeinsam ein Ritardando, ist dann jedoch etwas schneller, so dass der Schlussston der Therapeutin bezogen auf das Zusammenspiel „zu spät“ kommt.

Allerdings kann die Atmosphäre des Spielens in einer längeren, angenehmen Pause nachschwingen. In fünf Improvisationen ist eine deutliche Entwicklung zu einem Ende hin nachvollziehbar, hier wird der Schluss von beiden Spielern gemeinsam gestaltet. Dennoch gibt es in zwei Improvisationen keinen deutlichen Schlusspunkt und das Ende bleibt eher offen: So wird das gemeinsame Spiel beispielsweise in B.5 immer leiser, bis es schließlich ganz verebbt. Eine ähnliche Entwicklung findet sich in B.6, hier spielt der Patient abschließend jedoch noch einmal ein Motiv, das an den Anfang der Improvisation erinnert und die deutliche Schlussgestaltung mit seinem fanfarenartigen Gestus eher konterkariert. In den Improvisationen B.1, B.3, B.4 und B.7 gestalten beide Spieler gemeinsam klare und eindeutige Schlusswendungen, werden gemeinsam leiser und langsamer, führen dann ihre Stimme zu ihrem jeweiligen Anfangston zurück (B.1) oder gestalten z. B. in B.7 eine völlig synchrone Schlusswendung. In diesem Fall wiederholt der Patient den gemeinsamen Schlussston noch zweimal, und nachdem die Töne verklungen sind feiern Patient und Therapeutin diesen schwer erarbeiteten (vgl. die Ausführungen zum Punkt „Beziehungsgestaltung“) Moment der Gemeinsamkeit mit einem herzhaften Lachen. Auch der Schluss der Improvisation B.3 wirkt gekonnt und wird in völliger Gemeinsamkeit vollzogen, beide Spieler bilden eine perfekte Einheit: Beide Instrumente werden nach und nach leiser und langsamer, Herr B. spielt ein letztes Mal sein zweitaktiges Motiv und endet klar und deutlich mit einem letzten akzentuierten Schlag auf sein Instrument.

Insgesamt fallen hinsichtlich struktureller Besonderheiten vor allem Gestaltungsmerkmale auf, die *extreme Ausgestaltungen eines Auseinander oder/und Ineinander* darstellen: Alle Improvisationen bestehen aus mehreren Teilen, Abschnitten oder Sequenzen. Teilweise wirken diese unzusammenhängend und fragmentiert, sind durch plötzliche Abbrüche und Wechsel voneinander getrennt - die Improvisationen scheinen *einerseits* auseinanderzufallen (A.1, A.4 und B.6). *Andererseits* gehen die einzelnen, durch die Instrumentenwechsel markierten Sequenzen häufig fast unmerklich ineinander über, indem beispielsweise zwei Instrumente zugleich gespielt werden. Innerhalb zweier Improvisationen entsteht der Eindruck, es mit einander ergänzenden und nur gemeinsam ein Ganzes bildenden Teilen zu tun zu haben (B.1, B.2) – so, wie die von den Patienten in jeweils einem Teil *ausschließlich* verwendeten bei-

den Reihen des Instrumentes (Xylophon) gemeinsam *ein* Instrument darstellen. Auch das Ende einiger Improvisationen (A.1, A.4 und A.5) ist durch plötzliche Abbrüche gekennzeichnet. Auch dieses abrupte Auseinander stellt andererseits eine extreme Ausgestaltung eines Ineinander dar, da Spielen und Sprechen bzw. Spielen und Nicht-Mehr-Spielen nun übergangslos ineinander greifen. Gerade bezüglich der Schlussgestaltung finden sich jedoch auch einige Improvisationen, die den strukturellen Besonderheiten in der Ausgestaltung extremen Ineinanders oder Auseinanders Schlusswendungen gegenüberstellen, die nicht nur ein deutliches Ende markieren, sondern auch Ausgestaltungen eines gelingenden Miteinander darstellen (vgl. auch die Ausführungen zu den Punkten „Beziehungsgestaltung und Interaktionsmuster“).

IV.4.1.3 Tempo und Agogik, Metrum und Rhythmus

Die untersuchten Improvisationen sind bezüglich rhythmisch-metrischer Gesichtspunkte sowie hinsichtlich des Tempos größtenteils durch weitgehend fehlende oder aber verloren gehende Ordnungs- und Gestaltungsprinzipien gekennzeichnet. Nur in einem Fall finden wir diesbezüglich durchgehende und dennoch bewegliche Formenbildungen, in einigen Improvisationen jedoch zeitweise feste und starre Muster. In anderen Improvisationen finden sich wechselnd extreme Ausformungen beider Gestaltungsmerkmale.

Innerhalb der Improvisationen A.1, A.4, A.5, B.6 und B.7 sowie des ersten Teils von B.1 finden sich keine regelmäßig wiederkehrenden Zählzeiten, was die Festlegung eines Taktes unmöglich macht. Nur selten finden sich rhythmische Motive, die noch seltener variiert und/oder weiterentwickelt werden. Die ständigen Unregelmäßigkeiten setzen die Maß setzenden Regeln des Rhythmus, das Regel-mäßige des Rhythmus außer Kraft. Selbst die Dauer der einzelnen Töne ist so unterschiedlich, dass es in einigen Fällen (A.1, A.4 A.5, Beginn B.1, Mitte B.4, B.7) fast unmöglich war, die Improvisationen bzw. besonders bedeutsame Sequenzen daraus überhaupt zu notieren: Die Entscheidung für bestimmte Notenwerte, die ja auch eine Aussage über das Verhältnis der Töne zueinander hinsichtlich ihrer Dauer macht, war nur als Kompromiss möglich, der lediglich eine Annäherung an das tatsächlich zu Hörende darstellt.

Immer wieder finden sich Temposchwankungen, zumeist als plötzliche Temposteigerungen wie zu Beginn der Improvisation B.6 (vgl. die ausführliche Darstellung dieser Improvisation im Abschnitt „Beziehungsformen und Interaktionsmuster“). Unregelmäßigkeiten in einem durchaus spürbaren Rhythmus finden sich zumeist als Ausweitungen, als „Zuviel“ einer rhythmischen Gestalt: So intoniert Frau C. beispielsweise vierhändig mit der Therapeutin am Klavier das Lied „Der Mond ist aufgegangen“. Die Patientin spielt im Diskant die Melodie – in verzweifelt anmutendem Bemühen, auch wirklich die richtigen Töne zu finden, falsche zu verbessern und die richtigen doch noch „nachzureichen“. Dieses „Verbessern“ führt dazu, dass sie immer wieder aus dem Takt kommt und der 4/4Takt zum 6/4Takt gerät. Innerhalb einer anderen Improvisation (A.2), in der die Patientin ebenfalls ein „Lied“ intoniert, führt ein ähnlicher Suchvorgang dazu, dass die musikalisch-metrische Ordnung am Ende zerfällt. (Auch diese Improvisation wird im Abschnitt „Beziehungsformen und Interaktionsmuster“ detailliert dargestellt.) Innerhalb der Improvisation A.5 finden sich zunächst kaum Betonungen und Schwerpunktsetzungen, kein Metrum oder Takt können identifiziert werden, kein Rhythmus wird erkennbar. Hier finden sich jedoch beide Spieler schließlich in einem klaren 4/4Takt, der aber ebenfalls wieder zerfällt... Umgekehrt in B.3: Hier beginnt die Improvisation mit einem klaren 4/4Takt in gleichmäßigem Metrum: Nach und nach kommt es jedoch zu subtilen Ver-Rückungen; ebenso in B.4.

Ganz anders gestalten sich die rhythmischen Verhältnisse innerhalb der Improvisation B.2: Hier erfährt der klare, nach und nach jedoch immer starrer wirkende 4/4Takt keinerlei Veränderung. Innerhalb des ersten Teils der Improvisation B.5 finden sich ebenfalls eher starre rhythmische Gestaltungsmuster, diese werden zwar mehrfach kurzzeitig aufgelockert, jedoch immer wieder aufgesucht.

Die folgende Tabelle soll die charakteristischen rhythmisch-metrischen Gestaltungsmerkmale der untersuchten Improvisationen noch einmal im Überblick zusammenfassend darstellen:

IV Vergleichende psychologische Untersuchung der musiktherapeutischen
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

Improvisation	Tempo	Metrik
A.1	Allegro vivace zahlreiche acce- randa	kein einheitliches Metrum , kurze No- tenwerte (Sechzehntel, Achtel), Synko- pen, keine oder wechselnde Schwer- punktsetzungen
A.2	Adagio, in der Mitte ritenuto, am Ende acceleran- do	durchgehend gleichmäßige Sechzehntel, überwiegend klarer 4/4Takt, „Stolperer“ in der Gitarrenstimme, Metrum zerfällt am Ende
A.3	Adagio am Ende der ersten Strophe ritardando	4/4Takt, der jedoch durch Suchen und Verbessern häufiger zum 6/4Takt gerät; ansonsten durchgehendes Metrum
A.4	a capriccio	Notenwerte von ganz unterschiedlicher Dauer und in keinem erkennbaren Ver- hältnis zueinander, keine oder wechsell- de Akzente, kurzzeitig klares Metrum , kurze rhythmische Motive, die nicht weitergeführt werden, kein durchge- gehendes Metrum
A.5	anfangs Adagio, später a capriccio mehrfache accele- randa	zunächst keine Akzente, dann kurzzeitig klares Metrum , das wieder verloren geht, kein durchgehendes Metrum
B.1	Adagio a capriccio	1. Teil: Töne von unbestimmter, unter- schiedlicher Dauer, keine Schwerpunkte, Metrum variabel, viele Pausen 2. Teil: gleichmäßiger Puls ohne Schwerpunktsetzungen, kurzes tänzeri- sches Miteinander im 6/8Takt kein durchgehendes Metrum
B.2	Allegretto marciale	deutliche Akzentuierungen, keine Ent- wicklungen und Veränderungen, durch- gehend 4/4Takt, durchgehendes, star- res Metrum
B.3	Allegretto	1. Teil: klarer 4/4Takt und gleichmäßi- ges Metrum am Beginn, Anpassung an das Klavier: „Ver –Rückung“, Akzent- verschiebung: Betonung auf Zählzeit 2 und 4 2. Teil: klarer 4/4Takt, wiederum Ak- zentverschiebung durch 5/4Takt der The- rapeutin durchgehendes, starres Metrum, Ver- rückungen der Akzente

IV Vergleichende psychologische Untersuchung der musiktherapeutischen
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

B.4	Adagio a capriccio Andante	1. Teil: 3/4Takt am Beginn, durch Anpassung an Therapeutin 4/4Takt, löst sich auf 2. Teil: frei, kein Metrum 3. Teil: bis auf „Stolperstellen“ durchgehend gleich bleibendes Metrum, Vielfalt in der rhythmischen Gestaltung kein durchgehendes Metrum, innerhalb des dritten Teils jedoch durchgehend
B.5	Allegretto marciale	kurzer, freier Beginn, dann starres, durchgehendes Metrum , 4/4Takt, kurze „Stolperstellen“
B.6	A capriccio mehrfache accelerandi gegen Ende ritardando Adagio -accelerando	sehr freier Beginn, ständige Tempo- veränderungen, Entwicklung zu gemeinsamem Metrum, das wieder verloren geht, kein durchgehendes Metrum
B.7	A capriccio zahlreich accelerandi	frei, ungeformt, wechselnde Tonlängen, fehlende oder wechselnde Akzente, rhythmische Motive, die die Therapeutin aufgreift führen zur Entwicklung eines gemeinsamen Metrums und klaren 4/4Taktes, der verloren geht und dann wieder gefunden wird, kein durchgehendes Metrum

Abb. IV.4.1.2: Rhythmisch-metrische Gestaltungsmerkmale der Improvisationen

Insgesamt finden sich bezüglich rhythmisch-metrischer Gestaltungsmerkmale sowie hinsichtlich der Tempi innerhalb der untersuchten Improvisationen vor allem Besonderheiten, die auf fehlende Durchformungsprinzipien verweisen sowie auf einen Mangel an Kontinuität und Bezogenheit. Infolge der fehlenden rhythmischen Stabilität innerhalb der meisten Improvisationen fällt es dem Hörer schwer, sich zu orientieren. Einige Improvisationen waren kaum zu notieren – die gewählten notierten Tondauern stellen eher Annäherungen an die tatsächlichen zeitlichen Verhältnisse dar. Rhythmisch-metrische Veränderungen erfolgen zumeist durch plötzliche Wechsel und Abbrüche, seltener anhand nachvollziehbarer Entwicklungen. Dieser Überbeweglichkeit in der musikalischen Formenbildung stehen andererseits Improvisationen oder Sequenzen gegenüber, die durch weitgehend fehlende Veränderungen bis hin zur Starrheit gekennzeichnet sind. Bei letzteren handelt es sich zumeist um

Improvisationen, innerhalb derer die Patienten auf Erlerntes und Bekanntes (s. o.) zurückgreifen.³

IV.4.1.4 Melodik und Harmonik

Auch hinsichtlich melodischer und harmonischer Gestaltungsmerkmale wirken die meisten Improvisationen unstrukturiert, wenig festgelegt und „frei“: So wirken die verwendeten Töne in A.1, A.4 und A.5 fast durchgehend zusammenhanglos und beliebig, Tonfolgen erscheinen entweder zufällig und willkürlich, oder sie folgen der Anordnung der Töne auf dem jeweiligen Instrument: So entstehen beispielsweise die innerhalb dieser drei Improvisationen zeitweilig identifizierbaren Skalen lediglich infolge der Logik des verwendeten Instrumentes, wenn die Patientin z .B. auf der hinteren Reihe des Xylophons aufwärts spielen und dabei eine pentatonische Reihe intonieren. Statt melodischer Wendungen finden sich darüber hinaus zahlreiche Glissandi, Tonwiederholungen oder auch Triller und Vorschläge. So wirken die im ersten Teil der Improvisation B.1 immer wieder intonierten Triller und Vorschläge manchmal wie kleine Motive oder Motivsplitter, werden jedoch nicht zu einem melodischen Motiv oder gar einer Melodie weiterentwickelt. Die Improvisation B.2 beginnt zwar mit einer von Patient und Therapeutin gemeinsam intonierten Auftaktquarte (s. o.), die als melodisches Motiv verstanden werden kann, aber auch dieses wird nicht weiterentwickelt oder wieder aufgegriffen, selbst das verwendete Tonmaterial taucht im Spiel des Patienten nicht mehr auf (er wechselt von der vorderen, diatonischen Reihe des Xylophons zur hinteren, pentatonischen). Innerhalb der Improvisation B.4 beginnt der Patient mit einer Melodie, harmonisch zunächst zwischen a-moll und C-Dur schwankend, später durch die Klavierbegleitung auf a-moll festgelegt. Aber auch diese Melodie löst sich schließlich auf. Im weiteren Verlauf des ersten Teils der Improvisation intoniert der Patient an der elektronischen Orgel zwar noch kleinere melodische Motive, gestaltet diese jedoch nicht mehr zu einer Melodie und bricht schließlich das Spiel auf der Orgel ab. Im letzten Teil der Improvisation gestaltet er auf dem Xylophon dann wiederum deutli-

³ Innerhalb zweier Improvisationen spielen die Patientinnen Lieder – zu der Frage, warum die Autorin im Rahmen der vorliegenden Arbeit dennoch von Improvisieren und infolgedessen auch von Improvisationen spricht, s. III.

che Motive, die sich aber ebenfalls nicht zu einer Melodie zusammenfügen oder weiterentwickeln. Auch innerhalb der Improvisation B.6 finden sich kleinere melodische Motive, die jedoch nicht zu einer Melodie ausgestaltet werde. Eines dieser Motive wird jedoch trotz zahlreicher Instrumentenwechsel wieder aufgegriffen und im letzten Teil der Improvisation mehrfach, einmal zwanzigmal hintereinander wiederholt (vgl. die ausführliche Darstellung dieser Improvisation im Teil „Beziehungsformen und Interaktionsmuster“).

Die folgende Tabelle soll die charakteristische Melodieführung der untersuchten Improvisationen noch einmal im Überblick darstellen:

Improvisation	Charakteristische Melodieführung
A.1	Glissandi und Tonwiederholungen, viele Abbrüche, Motivsplitter, keine Melodie , an der Orgel kurzzeitig zweistimmig in Nonnen oder Septimen. Im <u>Klavier</u> ebenfalls viele Tonwiederholungen, später absteigende melodische Wendungen
A.2	ausschließlich Begleitmotive (Dreiklangsbrechungen), keine Melodie im Spiel der Patientin <u>Klavier</u> gestaltet die Melodie alleine
A.3	vorgegebene Melodie („Der Mond ist aufgegangen“), deren Töne die Patientin sucht und bei Verfehlen „nachreicht“, weitet den Tonumfang aus, indem sie stellenweise zu hoch spielt <u>Klavier</u> : spielt zweite Stimme rechts und Akkorde links
A.4	Tonhöhen überwiegend beliebig und zusammenhanglos, Glissandi, kleine Motive, die nicht weitergeführt werden, Abbrüche, keine Melodie <u>Klavier</u> greift Motiv auf, was kurzzeitig Ordnung und Gemeinsamkeit ermöglicht, imitiert Glissandi –keine Melodie
A.5	Skalen auf- und abwärts, diatonisch–pentatonisch, der Logik des Instrumentes folgend, später Tonwiederholungen, keine Melodie <u>Klavier</u> zunächst ebenfalls „ungeordnet“, später melodisches Motiv, das zu einem kurzen „Treffen“ und den erwähnten Tonwiederholungen im Spiel der Patientin führt
B.1	1. Teil: Tonwiederholungen, Triller und Vorschläge, die wie Motivsplitter wirken, jedoch nicht zu einer Melodie ausgestaltet werden. 2. Teil: Tonwiederholungen, „Pendeln“ zwischen zwei Tönen, Glissandi, viele Pausen; keine Melodie <u>Klavier</u> : 1. Teil: imitiert Glissandi und Triller, lange Notenwerte, häufige, lange Pausen. 2. Teil: absteigende melodische Wendung, dann Imitation der Tonrepetitionen und Glissandi

IV Vergleichende psychologische Untersuchung der musiktherapeutischen
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

B.2	Sich wiederholende Intervalle: Quarten, Quinten; Dreiklangsmotive, die nicht zu einer Melodie weiterentwickelt werden, Pausen, Tonwiederholungen, melodische Wendung am Schluss, deutliches Schlussmotiv, keine Melodie <u>Klavier:</u> Melodie erkennbar, Motive
B.3	Patient spielt Conga, entsprechend keine Melodie <u>Klavier:</u> anfangs Melodie, dann Glissandi, Läufe und Verzierungen, wieder Melodie, später Melodie im Bass
B.4	Patient beginnt mit klarer Melodie, klingt, wie ein komponiertes Lied, Melodie löst sich auf , später melodische Wendungen und Motive, die nicht weitergeführt werden, Tonwiederholungen <u>Klavier:</u> lang ausgehaltene Noten und Akkorde, keine Melodie
B.5	Patient spielt Conga, entsprechend keine Melodie <u>Klavier:</u> Tonwiederholungen und Akkorde rechts, absteigende Basslinien, später Begleitformel (1-5-8), keine Melodie
B.6	einzelne, dahingeworfene Töne, Triller, Tonwiederholungen, kleines, fanfarenartiges Motiv, häufig wiederholt, keine Melodie <u>Klavier:</u> Tonwiederholungen, lang ausgehaltene Töne (rechts) und Oktaven (links), keine Melodie
B.7	Patient spielt Tempelblocks, entsprechend keine Melodie <u>Klavier:</u> Tonwiederholungen, anfangs kurze Melodie, dann Triller, Tonwiederholungen und Melismen, später (Reaktion auf rhythmisches Motiv des Patienten) Melodie in a-moll, deutlich phrasiert, dann Melodie in Terzen in d-dorisch, wieder Triller, Glissandi, wiederum Reaktion auf musikalisches Angebot des Patienten: zweitaktige melodische Phrase, dann Begleitakkorde; völlig synchrone melodische Aufwärtsbewegung am Schluss

Abb. IV.4.1.3: Charakteristische Melodieführung der untersuchten Improvisationen

Insgesamt wirken die Improvisationen auch hinsichtlich ihrer melodischen Gestaltungsmerkmale überwiegend zusammenhanglos, offen, unstrukturiert und/oder fragmentiert. Motivsplitter, Verzierungen und kurze Motive sind häufig eingebettet in unzusammenhängende, scheinbar wahllos angeordnete Töne. Entfaltungen und Entwicklungen zu ausgestalteten Melodien finden sich innerhalb der *Improvisationen* kaum: „Sangbare, in sich geschlossene und sinnvoll gegliederte Folge[n] von Tönen“ (Hirsch 1987), so die Definition von „Melodie“, können (mit Ausnahme einer kürzeren Sequenz, s. o.) lediglich dort identifiziert werden, wo auf bereits Bekanntes und Festgelegtes zurückgegriffen und in diesem Sinne nicht *improvisiert* wird (s. o.) oder aber im Spiel der Therapeutin (s. u.). Dennoch wirken kleinste Motive wie erste Kei-

me möglicher Entwicklungen und Entfaltungen, ihr Aufgreifen ermöglicht innerhalb einiger Improvisationen kurze Sequenzen gemeinsamen und geordneteren Spiels (vgl. die späteren Ausführungen zum Thema „Beziehungsformen und Interaktionsmuster“). Auffallend ist die häufige Orientierung an durch die Anordnung der Töne auf dem jeweiligen Instrument vorgegebenen Tonfolgen und Skalen. Eine Melodie als deutlich abgeschlossene, gegliederte, eine Einheit bildende Gestalt findet sich lediglich innerhalb der Improvisationen B.4 (Anfang, s. o.) sowie A.2 und A.3 – in A.2 spielt die Patientin jedoch ausschließlich Begleitfiguren auf der Gitarre und überlässt der Therapeutin am Klavier die Gestaltung einer Melodie, in A.3 greift die Patientin auf ein bekanntes Lied („Der Mond ist aufgegangen“) zurück. Harmonische Festlegungen finden sich (mit Ausnahme der erwähnten Lieder A.2 und A.3) kaum, Harmonisierungen sind durch die fehlende melodische Ausgestaltung und/oder die fehlende Leittonigkeit häufig wechselnd, uneindeutig und werden zumeist der Therapeutin am Klavier überlassen. Auffallend ist, dass einige Patienten häufig für längere Zeit im pentatonischen Tonraum spielen (vor allem B.1 und B.2, in schnelleren Wechseln aber auch in A.4, A.5 und B.4). Gerade hier wirkt das Spiel infolge der fehlenden Grundtonbezogenheit und der zumeist wenig ausgeformten rhythmischen Gestaltung (s. o.) (spannungs-)frei, ungebunden und wenig festgelegt, häufig auch schwebend und träumerisch. Verstärkt wird dieser Eindruck durch den häufigen Gebrauch der bereits erwähnten Verzierungen, Triller, Glissandi oder auch Tonwiederholungen.

IV.4.1.5 Dynamik und Artikulation

Genau die Hälfte der untersuchten Improvisationen bewegt sich überwiegend in einem Lautstärkebereich von *f* bis *ff* (A.1, A.3, B.2, B.3, B.5, B.6). Verbunden ist dieses laute Spiel zumeist mit einem harten, wuchtigen Anschlag und Sequenzen zunehmender Lautstärke, die aber zumeist nicht auf einen Höhepunkt geführt werden, sondern plötzlich abbrechen, um später erneut anzuschwellen. Die Töne werden darüber hinaus häufig im Staccato („deutlich voneinander getrennt“, Hirsch 1987, 446) intoniert. So finden sich auch auf der Ebene der Dynamik und Artikulation Abbrüche und Fragmentierungen, Ausgestaltungen eines Auseinander.

In A.3, Patientin und Therapeutin intonieren das Lied „Der Mond ist aufgegangen“, konterkariert das laute Spiel der Patientin, verbunden mit einem harten Anschlag und fehlenden Legatobögen, Inhalt und Aussage des intonierten Liedes sowie bezüglich dieser musikalischen Parameter auch das Spiel der Therapeutin. Allerdings gibt es diesbezüglich Veränderungen und auch Sequenzen gemeinsamen leisen und weicheren Spielens. Ein durchgehend lautes und insgesamt eher modulationsarmes Spiel findet sich lediglich in B.2, andeutungsweise auch in B.5 und B.3: Hier wird das Spiel der Patienten am Ende allerdings leiser, was in Verbindung mit rhythmischen Ungenauigkeiten und „Stolperern“, häufigerem Abrutschen der Hände und einem Langsamerwerden innerhalb dieser Improvisationen zunehmend kraftloser und müde klingt. Die Improvisationen A.2, A.4, A.5, B.1 und B.7 werden in weitgehend geringen Lautstärkebereichen von pp bis p intoniert. Teilweise ist das Spiel der Patienten kaum noch zu hören. Verbunden ist diese Art des Spielens zumeist mit einer weichen, gebundenen Anschlagsart, die Töne verschwimmen ineinander und das Spiel von Patient und Therapeutin miteinander. Das wirkt sphärisch-entrückt (B.1), manchmal zerbrechlich (A.2) oder aber, als verstecke sich die Patientin mit ihren Tönen (A.4, A.5, vgl. auch die Ausführungen zur Wirkungsgestalt der Improvisationen). Auch innerhalb dieser Improvisationen gibt es allerdings deutliche dynamische Veränderungen, das Spiel der Patienten wird zwischendurch oder zum Ende lauter und damit auch wahrnehmbarer (B.1 und B.7, vgl. wiederum die Ausführungen zur Wirkungsgestalt). Lediglich eine der Improvisationen (B.4) bewegt sich überwiegend in einem mittleren Lautstärkebereich von mp bis mf.

Insgesamt finden wir innerhalb der zwölf untersuchten Improvisationen hinsichtlich der Lautstärke etwa gleich oft extreme Ausgestaltungen eines sehr leisen oder aber umgekehrt eines sehr lauten Spiels. Veränderungen der Tonstärke finden sich innerhalb fast aller Improvisationen, zumeist als Übergangsdynamik durch langsames (z. B. B.1 und B.7) oder auch schnelleres (z. B. B.6) Zunehmen der Tonstärke, seltener durch abnehmende Tonstärken (z. B. B.3 und B.5). In einigen Improvisationen entstehen aber auch kontrastreiche Momente durch abrupte Abstufungen der Dynamik, häufig infolge plötzlicher, unerwarteter Instrumentenwechsel (A.1 und B.6).

IV.4.2. Zusammenfassung

Insgesamt kann die Frage nach Ähnlichkeiten hinsichtlich der musikalischen Formenbildung der untersuchten Improvisationen positiv beantwortet werden. Die Improvisationen sind anhand der untersuchten formalen Aspekte *entweder* durch weitgehend fehlende Muster und Strukturen *oder* aber durch besonders starre und feste Strukturen charakterisiert, das Spiel hat einen fragmentierten oder aber repetitiven Charakter. *Einerseits* sind wir mit Unzusammenhängendem und Unverbundenheit konfrontiert, die Musik ist häufig schnell und hastig gespielt, manchmal kontinuierlich aber unregelmäßig, manchmal ohne jede Kontinuität. Weder eindeutige Tempi noch Rhythmen, noch in ihrem Verhältnis zueinander eindeutige Tonlängen noch Tonarten können identifiziert werden. Fehlende Grundtonbezogenheit lässt diese Improvisationen schwebend und offen erscheinen, es finden sich kaum Wiederholungen, das Spiel wirkt unklar, häufig chaotisch und instabil. Hier finden sich Aspekte einer Überbeweglichkeit, ständige Veränderungen, die einer Bewegungsrichtung des Auseinander und damit zu Vereinzeln (der Töne, Teile usw., s. o.) und Fragmentierung führen. *Andererseits* finden sich Improvisationen, innerhalb derer feste, starre, zumeist durch das Instrument vorgegebene Anordnungen oder bekannte Rhythmen oder Melodien vorherrschen. Hier imponieren eher fehlende Beweglichkeit und Wiederholungen, das Spiel wirkt häufig wenig individuell und schablonenhaft. Sicherheit und Kontrolle herrschen hier vor, das Spiel wirkt durch das Festhalten an Bekanntem und Vertrautem eher willentlich intendiert und kontrolliert.

Die zuerst beschriebenen Formenbildungen erinnern in ihrer musikalischen Struktur(losigkeit) an die Formulierung einer unter I.1 häufiger zitierten schizophrenen jungen Frau, die postulierte: „Ich darf mich an keine Form heften, keine Gestalt geben wollen.“ (Erlenberger 1984, 218). So, wie sich die meisten Betroffenen „außerhalb der natürlichen Ordnung“ (zit. nach Bock 1997, S. 280, vgl. Abschnitt I.1 der vorliegenden Arbeit) fühlen, spielen sich auch diese Improvisationen weitgehend außerhalb musikalischer Ordnungsprinzipien ab und entsprechen eher Prozessen der Loslösung, Auflösung, Isolation (einzelner musikalischer Entitäten) und damit Bewegungen eines *Auseinander*.

Prozesse der Verfestigung finden sich anhand der als zweites beschriebenen musikalischen Formenbildungen: Hier befinden wir uns in vorhersagbaren musikalischen Welten, nicht selten um den Preis der Beweglichkeit und Lebendigkeit. Diese Improvisationen folgen überwiegend einer Bewegung des *Ineinander*.

Ausgestaltungen extremer Formenbildungen finden sich darüber hinaus z. B. anhand der Länge der Improvisationen (0'57'' – 15'46''), der Anzahl der verwendeten Instrumente (1 - 11) sowie hinsichtlich der Dynamik (pp – ff). Die Ähnlichkeit der untersuchten Improvisationen besteht hinsichtlich der musikalischen Formenbildungen also nicht überwiegend in Übereinstimmungen musikalischer Parameter, sondern vor allem in den aufzufindenden Ausgestaltungen der Extreme, die sich manchmal als Entweder–Oder, häufiger jedoch als Sowohl–als–auch manifestieren. Diese Betonung von Gegensätzlichkeit lenkt den Blick auf gegenläufige Tendenzen innerhalb der einzelnen Improvisationen. Solche gegenläufigen Tendenzen finden sich anhand unterschiedlicher Parameter. So z. B. in A.3, dort konterkarieren Dynamik und Agogik auf groteske Art und Weise Inhalt und Aussage des intonierten Liedes und des Spiels der Therapeutin sowie die (dennoch!) sich entwickelnde Atmosphäre (s. o.).

IV.5 Beziehungsformen und Interaktionsmuster innerhalb der untersuchten Improvisationen

„Im Anfang ist die Beziehung.“

(Buber 1962/1997, S. 22)

In dem folgenden Abschnitt sollen die Beziehungsformen und Interaktionsmuster herausgearbeitet werden, die sich innerhalb der untersuchten Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten etablieren konnten. Die Erarbeitung der Beziehungsformen orientiert sich weitgehend an den im Materialband befindlichen Improvisationsbeschreibungen und bezieht infolgedessen auch einige Ergebnisse der unter IV.3 dargestellten Wirkungsgestalt ein. Ergänzt werden die Eindrücke der Beschreibenden durch meine im Anschluss an jeden Erstkontakt notierten Gedanken bezüglich meiner Wahrnehmung der Beziehungsgestaltung mit dem jeweiligen Patienten. So basiert auch die erste Annäherung an die Herausstellung der Beziehungsformen innerhalb der untersuchten Improvisationen auf Erlebensbeschreibungen und knüpft damit an das der gesamten Untersuchung zugrunde liegende Vorgehen an, sich den untersuchten Entitäten – wenn möglich – zunächst einmal anhand der Resonanz, die sie hervorzurufen vermögen, anzunähern. Dagegen verstehen sich die Interaktionsmuster als Zusammenwirken des konkreten musikalischen Handelns von Patient und Therapeutin und damit als „äußerlich beobachtbare Rahmenbedingung[en]“ (Decker-Voigt 2001, S. 415). Infolgedessen basiert ihre Erarbeitung vor allem auf den Binnenregulierungen bzw. entspricht diesen in hohem Maße und bezieht darüber hinaus die für diese spezielle Fragestellung relevanten Ergebnisse der unter IV.4 dargestellten Formenbildung mit ein. Da Beziehungsformen und Interaktionsmuster jedoch nicht eindeutig voneinander getrennt (konzipiert und betrachtet) werden können (vgl. III) und zudem auch innerhalb der musikalischen Analyse der Bezug zur Ganzheit gewahrt werden soll, finden sich auch hier verdeutlichende Zitate aus den Improvisationsbeschreibungen. Um der Komplexität des Geschehens Rechnung zu tragen und die vorgefundenen Strukturen nicht völlig losgelöst vom Kontext zu betrachten, wurden darüber hinaus Daten und Informationen einbezogen, die ein besseres Verstehen und Einordnen der aus dem genannten Material gewonnenen Kenntnisse und Ergebnisse gewährleisten können. Als zusätzliches Datenmaterial dienen

ausgewählte und für die Fragestellung relevante Items der PANSS und Informationen aus dem Team bzw. der Akte der Patienten. Darüber hinaus wird zur verdeutlichenden Gegenüberstellung der Beziehungsformen innerhalb der Gespräche und Improvisationen und damit zur Verdeutlichung der innerhalb der Improvisationen herausgearbeiteten Formenbildungen in einigen Fällen auf die angefertigten Skriptbeschreibungen und/oder auf kurze Gesprächssequenzen innerhalb des Erstkontaktes verwiesen. Der Überzeugung folgend, dass sich Beziehungsformen und Interaktionsmuster nur im gegenseitigen Austausch konstituieren können und vor dem Hintergrund eines Verständnisses der musikalischen Improvisation als „gemeinsames Werk“ von Patient und Therapeutin (vgl. auch Kap. II und III der vorliegenden Arbeit), soll im Folgenden eine konsequent dyadische Betrachtungsweise eingenommen werden, die neben der Einbeziehung meiner musikalischen und teilweise auch verbalen Verlautbarungen auch mein Erleben als (durchaus nicht nur innerhalb der Improvisationen) *mitspielende* Therapeutin, wie ich es im Anschluss an die jeweiligen Erstkontakte notiert habe, berücksichtigt (s. o.). Auf Stellenwert und Bedeutung von Gegenübertragung, Identifikation und ganz allgemein des Erlebens der Therapeutin in der Psychotherapie gerade mit schizophrenen Patienten (aber natürlich nicht nur dort) wurde in Kapitel II der vorliegenden Arbeit ausdrücklich hingewiesen. Die im Rahmen des folgenden Abschnitts einbezogenen Beschreibungen meines (Mit-) Erlebens können der Relevanz dieser Prozesse keineswegs gerecht werden und sollen im Rahmen der vorgestellten Untersuchung lediglich verdeutlichenden Charakter haben. Auf eine vertiefende Fokussierung muss angesichts der Anzahl der untersuchten Erstkontakte sowie zugunsten der Wahrung eines angemessenen Umfangs der Arbeit verzichtet werden.

Wenngleich bezüglich des nonverbalen interaktiven Verhaltens schizophrener Patienten ein „pathologiespezifischer interaktiver Störungsanteil“ (Steimer-Krause 1996, vgl. auch Abschnitt II.6.1 der vorliegenden Arbeit) identifiziert werden konnte, kann und soll im Folgenden für das Interaktionsverhalten innerhalb der Improvisationen davon ausgegangen werden, „dass es nicht für die gesamte Gruppe der Kranken mit dieser Diagnose allgemein verbindliche typische interpersonelle Verhaltensweisen gibt“ (Schwarz 2006, S. 91).

Insgesamt kristallisierten sich anhand der untersuchten zwölf Erstimprovisationen bezüglich der Beziehungsformen und Interaktionsmuster zwei Gestalten heraus, von denen die erste *überwiegend* durch Tendenzen eines *Auseinander* gekennzeichnet ist, während die zweite *tendenziell* eher Bewegungen in Richtung eines *Ineinander* aufweist. Lediglich innerhalb von zwei Improvisationen finden sich hinsichtlich der Beziehungsgestaltung *durchgehend* Merkmale, wie sie z. B. von Pavlicevic und Trevarthen (1989) sowie De Backer (2007, vgl. auch Kapitel V der vorliegenden Arbeit) als charakteristisch für das musikalische Interaktionsverhalten schizophrener Patienten (zumindest am Beginn musiktherapeutischer Behandlungen) beschrieben wurden. Wenngleich auch hier deutliche Formen der Bezugnahme beschrieben werden können, sind diese beiden Improvisationen doch vor allem durch Kontaktlosigkeit und fehlendes Miteinander gekennzeichnet. Innerhalb der vorliegenden Untersuchung stellen diese beiden Improvisationen extreme Ausgestaltungen des erwähnten polaren Verhältnisses *Ineinander – Auseinander* dar, das auf unterschiedlichen Ebenen und so auch hinsichtlich der hier fokussierten Beziehungsformen und Interaktionsmuster zunächst als Grundverhältnis beschrieben werden konnte. Diese beiden Improvisationen stellen in der extremen Ausformung eines *Auseinander* bzw. *Ineinander* gewissermaßen die „Eckpfeiler“ dieser konträren Strebungen dar, die sich bei aller Gegensätzlichkeit in der resultierenden Verabsolutierung der EINS jedoch bezüglich der Verunmöglichung eines Gegenüber in paradoxer Art und Weise gleichen:

Auseinander ----- Ineinander	
<i>Es gibt keinen Kontakt (A.1)</i>	<i>Einssein im Einklang (B.3)</i>
Verabsolutierung der Eins im Auseinander	Verabsolutierung der Eins im Ineinander

Mit Ausnahme der in diesen beiden Improvisationen (A.1 und B.3) herausgearbeiteten extremen Ausformungen konnten sich jedoch innerhalb der untersuchten Improvisationen, die überwiegend einer Bewegung des *Ineinander* folgen, Beziehungsformen etablieren, die spezifische Ausgestaltungen eines *Bei-* oder *Miteinander* darstellen und deren eigentümliche Beziehungsqualität als „ZwEINSamkeit“ metaphorisiert wurde (A.2, A.3, B.1, B.2, B.4 und B.5). Darüber hinaus ereigneten sich innerhalb von vier Improvisationen, die (auch)

auf der Beziehungsebene tendenziell eher *auseinander* streben, „Flüchtige Momente der Näherung und Gemeinsamkeit“ (A.4, A.5, B.6, B.7). Bezüglich einer Zuordnung aller zwölf Improvisationen handelt es sich bei diesen beiden Gruppen also nicht um in sich homogene Formenbildungen, sondern eher um ein Kontinuum individueller Ausformungen des Grundverhältnisses und damit verbunden aufscheinender Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung sowie damit assoziierter Interaktionsmuster, wobei das (zunächst als solches angenommene, s. u. V.4) Grundverhältnis von *Ineinander* – *Auseinander* in keiner der herausgearbeiteten Gestalten als ausgewogen bezeichnet werden kann (vgl. auch IV.3, IV.4 sowie V.4). Um die Nähe zum Material gerade an diesem Punkt nicht zu verlieren, wurden die jeweils gewählten Formulierungen zur Charakterisierung der Beziehungsformen und damit assoziierten Interaktionsmuster in enger Anlehnung an die jeweiligen Beschreibungstexte konzipiert bzw. diesen entnommen. Lediglich der Begriff „ZwEINSamkeit“ *musste* konstruiert werden, da sich die hier herausgearbeiteten Beziehungsformen innerhalb der Improvisationsbeschreibungen überwiegend in assoziierten Bildern und Szenen ausdrückten, weniger in der Abstraktion der konkret dafür verwendeten Worte (s. u.).

Im Folgenden werden die herausgearbeiteten vier Ausgestaltungen des Grundverhältnisses von *Auseinander* – *Ineinander* zunächst vereinheitlichend bezüglich charakteristischer Merkmale und nachfolgend anhand je eines exemplarischen Beispiels dargestellt. Die sich jeweils anschließenden Reflexionen widmen sich zunächst vor allem Überlegungen zur Sinnhaftigkeit der herausgearbeiteten Beziehungsgestalten. Dazu wird mit unterschiedlicher Gewichtung auf entsprechende psychoanalytische Theorien zurückgegriffen und/oder auf den konkreten Fall betreffende Daten und Informationen.

Eine Zusammenfassung (IV.5.5) rundet den vorliegenden Abschnitt der Untersuchung ab.

IV.5.1 Verunmöglichung von Kontakt im Auseinander: Auf der Flucht

Sowohl die Improvisationsbeschreibungen als auch die musikalische Analyse der Improvisation verweisen darauf, dass sich im ersten Zusammenspiel mit Frau A. kein Kontakt etablieren konnte und sich keine Formen der Gemeinsamkeit oder *gemeinsamer* Bezogenheit ereignen konnten. Die Patientin nahm zwar deutlich Bezug auf das Spiel der Therapeutin –allerdings nur insofern, als sie sich Begegnung oder Gemeinsamkeit zu entziehen wusste und bis zum Schluss eine Flüchtende blieb (s. u.). Die Musik folgt hier seitens der Patientin ausschließlich Bestrebungen eines *Auseinander* und weist auch bezüglich musikalischer Parameter innerhalb ihres Parts vor allem Charakteristika der Unverbundenheit auf. Aspekte eines Ineinander finden sich hinsichtlich der Gestaltung des Beginns der Improvisation (s. u.) sowie bezüglich eines Ineingangreife bei einigen Instrumentenwechseln (s. u.), beides dient jedoch der Beziehungsvermeidung (s. u.) und damit ebenfalls einer Bewegung des Auseinander. Aspekte eines Miteinander, die hier durchaus ins Bild rücken, tauchen innerhalb der Improvisationsbeschreibungen und somit anhand der Wirkungsgestalt immer wieder als Hoffnung auf, die sich aber nicht erfüllt. Bezüglich des konkreten musikalischen Interaktionsverhaltens können diese verheißungsvollen Momente ebenso nachvollzogen werden wie ihr Scheitern (s. u.). Insgesamt fungiert die gemeinsame Improvisation hier vor allem als Medium gelungener Beziehungsvermeidung. Dies soll im Folgenden ausführlich dargestellt werden.

Eine Darstellung des Erstkontaktes, auf den sich die folgende Untersuchung bezieht, kann auf S. 75 der vorliegenden Arbeit nachgelesen werden.

„Wo ist denn die Patientin geblieben?“

Hinweise auf das Vermeiden einer Beziehungsaufnahme finden sich innerhalb *aller* Improvisationsbeschreibungen, wobei es sich im Erleben der Hörer ausschließlich um das aktive Verhindern einer Beziehungsaufnahme seitens der Patientin handelt: „Halt’ an, wo läufst Du hin? ... Oft frage ich mich, wo ist denn die Patientin geblieben?“ (A.1.2), heißt es beispielsweise in einem der Texte. Hinweise darauf, mit welchen musikalischen Interaktionsmustern diese

Form der Beziehungsvermeidung hergestellt wird, finden sich ebenfalls bereits innerhalb der Improvisationsbeschreibungen: So formuliert eine Hörerin: „Die Verwandlung geschieht zu schnell, ich kann ihr nicht folgen, alles maßlos – [entweder] viel zu laut *oder* viel zu leise“ (A.1.2, Einfügung und Hervorhebungen S. K.). Von „ständigen Abbrüche[n]“ (A.1.3) ist die Rede, „rasend schnell und unvermittelt wird gewechselt“ (A.1.4) beschreibt es eine andere Hörerin. Während die Patientin als „Flüchtende“, Beziehung und Kontinuität Vermeidende erlebt wird, beschreiben die Hörer die Therapeutin als Folgende und Kontinuität sowie (einen gemeinsamen Bezug auf) etwas Drittes anbietende: „Das Klavier versucht, dem schnellen Wechsel zu folgen und gleichzeitig Kontinuität anzubieten. Doch der Kontakt wird vermieden“ (A.1.4); „Das Klavier ist wie ein Seil an einem Pfad, der an der Wand einer Schlucht entlangführt – ohne das Seil droht dem Wanderer der Absturz“ (A.1.2). „Die Mutter bemüht sich, das Spielzeug interessant zu machen, damit das Baby/Kind bei einer Sache – auch gemeinsam – verweilt. Vergebens“ (A.1.4). Kontakt und ein gemeinsamer Bezug gelingen nicht, stattdessen bekommt die Therapeutin die *Funktion* des (Zusammen-) Haltens. Und noch einmal anders ausgedrückt, direkt an den assoziierten Bildern anknüpfend: Als *Gegenüber* („Therapeutin“, „Mutter“...) wird die Therapeutin gemieden, Kontakt und Beziehung scheinen in diesem Verhältnis ebenso unmöglich wie ein gemeinsamer Bezug auf etwas Drittes (Spielzeug...). Als Bild verdinglichter Funktionalität („Seil“) kann die Therapeutin im Erleben der Hörer jedoch *in* dieser Funktion *wirksam* werden. Bezüglich des konkreten musikalischen Interaktionsverhaltens innerhalb der untersuchten Improvisation imponieren im Spiel der Patientin vor allem die anhand unterschiedlicher Parameter hergestellten (Ab-) Brüche und Diskontinuitäten. Frau A. spielt elf verschiedene Instrumente: das kleine Xylophon, Becken, Orgel, Gitarre, Metallophon, Bassstäbe, großes Xylophon, Pauke, Tempelblocks, Gong, Conga und abschließend wiederum das kleine Xylophon. Dabei beginnt sie mit dem Instrument, das ihr am nächsten steht und folgt dann der Anordnung der Instrumente im Raum, so dass ihre Instrumentenwahl weniger wie ein wirkliches Auswählen, Sich-Festlegen und Entscheiden wirkt, sondern eher wie ein „Abarbeiten“ (s. u.) oder eben „Abhaken“ (2. B.). Die Improvisation ist mit einer Dauer von 4 Minuten, 40 sek. vor allem im Hinblick auf die Anzahl der verwendeten Instrumente eher kurz.

Das Nicht-zustande-Kommen, Vermeiden oder aber Immer-wieder-Abbrechen von Bezugnahme und Beziehung lässt sich zunächst einmal auf das schnelle und (scheinbar) unmotivierte Wechseln der Instrumente beziehen. Übergänge zwischen den einzelnen Sequenzen gestaltet Frau A. nicht: Während ihr Spiel zunächst jeweils plötzlich *abbricht*, wechselt sie später die Instrumente so schnell, dass die einzelnen Teile *übergangslos ineinander übergehen*. Meine im Anschluss an diesen Erstkontakt auf dem Protokollformblatt (vgl. III.3.1.1) notierten Gedanken zum Thema „Übergänge“ vermitteln neben meiner Wahrnehmung der Gestaltung von Übergängen vor allem einen Eindruck von einer diesen Erstkontakt prägenden Atmosphäre der Gleichgültigkeit und Resignation: „Da sie nirgendwo richtig ‚reinkommt‘ ist es auch nicht nötig, irgendwo ‚herauszukommen‘... Alle Übergänge (Stundenbeginn, Stundenende etc.) vollziehen sich irgendwie kaum merklich, so erschreckend belanglos... es ist nicht so, dass alles ineinander zu fließen scheint - eher so, als habe ohnehin nichts Gewicht und Bedeutung und sei als Eigenes so wenig, dass auch Übergänge von Einem zum Anderen kein Gewicht haben weil das Eine und das Andere kein Gewicht haben... Am ehesten erlebe ich, und ich habe das Gefühl, bei der Patientin ist es auch so, Erleichterung darüber, dass wieder einmal irgendetwas vorbei/ geschafft/ abgehakt ist – das ganze Leben?“ Durchgängige Formprinzipien lassen sich, bis auf Versuche des Klaviers, auf die noch genauer eingegangen wird, nicht auffinden, da ohnehin kaum musikalische Parameter identifizierbar sind, die Halt, Ordnung und Strukturierung gewährleisten: Da keine Schwerpunkte gestaltet wurden, konnte keine Taktart identifiziert werden, so dass die Improvisation im zeitlichen Ablauf beschrieben und ohne Taktstriche notiert wurde. Das Fehlen eines (durchgängigen) Metrums und die im Verhältnis zueinander immer wieder schwankenden Tondauern ließen auch die Wahl der jeweiligen Notenwerte eher in Annäherungen zu. Die Kürze der einzelnen Spielsequenzen auf einem Instrument (der längste Abschnitt dauerte 43 Sekunden!) verhinderte Entwicklungsmöglichkeiten ebenso wie ein bestätigendes Aufgreifen musikalischer Parameter.

Insgesamt spielt Frau A. sehr laut und kräftig, was die Hörer - in Verbindung mit fehlenden Ordnungs- und Durchformungsprinzipien - als eher unangenehm empfinden, was wiederum dazu führt, dass nun die Hörer sich der Musik entziehen und insofern ebenfalls einen Beziehungsabbruch nach sich zieht: „Ich

bin genervt, muss mir ab und zu ein Ohr zuhalten, fühle mich belästigt von dem Lärm“, heißt es z. B. in der sechsten Beschreibung.

Frau A. beginnt ihr Spiel mit kurzen schnellen Schlägen auf das kleine Xylophon, einzelne Tonfolgen in insgesamt aufsteigender Linie sind jeweils durch kurze Pausen voneinander *getrennt*, ohne dass Motive, Taktart, Metrum, Grundtonbezogenheit oder andere musikalische Ordnungsprinzipien erkennbar würden. Die Töne wirken eilig, unzusammenhängend und beliebig. Da die Therapeutin noch auf dem Weg zum Klavier ist, spielt die Patientin zunächst (tatsächlich) *allein*, was einerseits gleich zu Beginn den Eindruck weckt, dass es keinen Kontakt zwischen den Spielern gibt. Andererseits fallen so Spielen und Sprechen übergangslos *ineinander*. Das Klavier wiederholt den Anfangston des kl. Xylophons (g^2) und spielt zunächst einen längeren Ton, dann kürzere Töne im staccato (wie die Patientin), in absteigender Melodieführung lediglich mit der rechten Hand und im gleichen Tonraum wie das Xylophon. Die Therapeutin gleicht ihr Spiel also einerseits dem der Patientin an, kommt ihr in tonaler Hinsicht sehr nah, bildet jedoch andererseits einen Gegenpol, was im weiteren Verlauf noch deutlicher wird.

The image shows three systems of musical notation. The first system is labeled 'Kleines Xylophon' (8va) and 'Klavier' (f). The Xylophon part has a triplet of eighth notes followed by a quarter note, then a quarter rest, then a quarter note, and finally a quarter note. The Klavier part has a whole note followed by a quarter rest, then a quarter note. The second system is labeled 'Kl. Xyl.' (8va) and 'Kl.' (tonlos). The Xylophon part has a melodic line of eighth notes. The Klavier part has a staccato line of eighth notes. The third system is labeled 'Kl. Xyl.' (8va) and 'Kl.' (weich). The Xylophon part has a melodic line of eighth notes with a glissando line. The Klavier part has a melodic line of eighth notes.

Abb. IV.5.1.1: Notenbeispiel 1: Vermeidung von Beziehung 1

Die später intonierten zahlreichen Glissandi in der Xylophonstimme in wechselnd auf- und absteigender Bewegung klingen richtungslos, fieberhaft und aufgereggt. Ab der 31. Sekunde wird das Pedal im Klavier über eine längere

IV Vergleichende psychologische Untersuchung musiktherapeutischer
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

Phrase (etwa 30 Sekunden) gehalten, es folgen längere Notenwerte. Die Patientin spielt im gleichen spannungsvoll-atemlosen Gestus weiter, *bricht* nach weiteren 9 Sekunden ihr Spiel jedoch mitten in einem abwärts geführten Glissando *plötzlich ab*. Die Therapeutin wiederholt ihren zu diesem Zeitpunkt klingenden Ton e^2 zweimal, lässt ihn nach einem vierten Anschlag liegen, bestätigt ihn etwas später nochmals leise und *fällt* damit die durch den plötzlichen Abbruch der Xylophonstimme entstandene *Leere*. Ähnliche Muster finden sich im weiteren Verlauf der Improvisation immer wieder: Das e^2 klingt im Klavier bis in die ersten Töne des Beckens, das die Patientin jedoch nicht hochhebt sondern auf der Fensterbank liegen lässt, während sie mit heftigen und schnellen Schlägen darauf haut.

The image shows three systems of musical notation. The first system is for 'Kleines Xylophone' and 'Klavier'. The second system is for 'Kl. Xyl.' and 'Kl.', featuring 'glissandi' and 'Ped.' markings. The third system is also for 'Kl. Xyl.' and 'Kl.', with 'glissandi' and 'weich' markings, and includes sound effect notations: 'Geräusch vom Weglegen eines Schlägels' and 'Scheppern des Beckens'.

Notenbeispiel IV.5.1.2: Vermeidung von Beziehung 2

So kann sich der Klang des Instrumentes gar nicht erst entfalten, zumal diese Sequenz bereits nach acht Sekunden ebenso *plötzlich endet* wie der erste Teil der Improvisation. Als „unmusikalisches Geklapper und Scheppern“ (3. B.) wird dieser Teil wohl einerseits wegen der beschriebenen Verunmöglichung klanglicher Entfaltung beschrieben, andererseits resultiert dieser Eindruck auch aus der rhythmischen Gestaltung: Mit einiger Mühe lassen sich Synkopen und lombardische Rhythmen identifizieren, die aber zu kurz und flüchtig erklingen,

als dass sie als Ordnungsprinzipien wirksam werden könnten. Auch in diesem Teil versucht das Klavier einerseits, in diesem Falle die Tonhöhe betreffend, Kontinuität herzustellen, indem es bis auf einen Quartsprung weiterhin ausschließlich den Ton e^2 spielt. Andererseits vollzieht es schließlich die rhythmische Gestaltung (Sechzehntel und Synkopen) des Beckens mit, ohne dass sich hierdurch Phasen der Synchronizität entwickeln würden. Wiederum spielt das Klavier am Ende dieser Sequenz noch einmal den Ton e^2 und lässt ihn weiter klingen, als die Patientin *plötzlich* ihr Spiel *abbricht*. Dass die Patientin durch plötzliche Abbrüche sich anbahnender Entwicklungen und infolge der schnellen Instrumentenwechsel Kontakt von vornherein vermeidet oder aber ihr Spiel jeweils abbricht, wenn sich Kontakt ereignet oder zu gelingen droht, wird anhand der Analyse der musikalischen Struktur deutlich nachvollziehbar.

In den folgenden Abschnitten der Improvisation wird mit ähnlichen musikalischen Mitteln Ähnliches dargestellt („Alles was danach kommt ist entweder Wiederholung des einen Ereignisses oder beider Phänomene“, 3. B.).

Gegenseitige Bezugnahme deutet sich vorsichtig an, als die Patientin am Metallophon Triolen spielt, die zuvor im Klavierpart erklangen. Daraufhin nähert sich die Therapeutin ihrerseits dem Metallophon an, indem sie in die rhythmische Gestaltung nun kurzzeitig erklingender regelmäßiger Achtel einsteigt. Eine klare Struktur scheint sich zu entwickeln, fasst werden Takt und Metrum identifizierbar! Sofort beendet Frau A. ihr Spiel, allerdings nicht ganz so abrupt: Sie lässt ihren letzten Ton erstmalig ausklingen. „Beim Metallophon und bei der Conga denke ich: da kann was draus werden“ heißt es diesbezüglich in der zweiten Beschreibung, und wird in das Bild: „Ein Schwarm Vögel erhebt sich in die Luft“ gebracht. Doch gerade dieser Abschnitt der Improvisation ist, was nach der bisherigen Analyse nicht überrascht, besonders kurz. Dennoch findet sich am Ende dieser Sequenz eine weitere Veränderung: Die Therapeutin am Klavier hält nicht wie bisher nur einen Ton und überbrückt damit die Pause, sondern spielt weiter und verdeutlicht und konturiert die von der Patientin übernommene Achtelkette. Doch das war offenbar zu viel Betonung des Eigenen, zu viel Kontinuität und erkennendes Aufgreifen: Frau A. reagiert, indem sie nun aus dem musikalischen Kontakt völlig aussteigt und auf die verbale Ebene ausweicht. So dient das hergestellte *Ineinander* von Spielen und Sprechen wiederum dem Abbruch, dem Vermeiden von Bezugnahme und Kontinui-

tät und damit einem *Auseinander*. Noch während des kurzen Dialoges, in dessen Verlauf Frau A. nach dem Namen der Bassstäbe fragt, beginnt sie auf diesen weiter zu spielen und stellt somit auf der Ebene verbalen Austausches das gleiche Verhältnis her wie zuvor bezüglich der musikalischen Interaktion. Mit schnellen aber regelmäßigen Sechzehnteln, vielen Tonwiederholungen und aufgrund des tiefen Registers entfaltet sich eine geheimnisvolle, gruselige Atmosphäre. In dieses Spiel steigt die Therapeutin erst nach einer Weile ein, leise und vorsichtig, die deutlichen Abgrenzungsbedürfnisse der Patientin akzeptierend in kontrastierend hohem Register. Als in den Bassstäben ein Oktavsprung erklingt, wiederholt die Therapeutin diesen jedoch sofort – allerdings um eine Oktave versetzt. Trotz des trennenden Oktavabstandes stellt auch dies offenbar eine zu direkte Bezugnahme auf das Spiel der Patientin dar: Kurz darauf beendet Frau A. ihr Spiel wiederum. Das Klavier führt den Oktavsprung von der zweiten bis zur kleinen Oktave fort und versucht einmal mehr und dennoch, Kontinuität zu schaffen. Die durch die Imitation der Therapeutin entstandene Bezugnahme und Nähe und der durch die Oktavsprünge entstandene Eindruck von Weite und Raum scheinen die Patientin zu verunsichern und zu ängstigen: In den folgenden dreißig Sekunden spielt Frau A. drei Instrumente (großes Xylophon, Pauke, Tempelblocks) in schnellem Wechsel, die Übergänge sind so fließend, dass es manchmal scheint, als spiele sie zwei Instrumente zugleich; bei einer Hörerin tauchte die Frage auf: „Spielt da noch ein Dritter?“ (5. B.). Durch die besonders kurze Verweildauer an jedem der Instrumente, die pausenlosen Übergänge; durch sich steigernde Tempi und Dynamik, verbunden mit rhythmischer Verdichtung, wirkt dieser Abschnitt besonders atemlos, ängstlich und gehetzt. Das Klavier imitiert nun weniger, passt sich dem Spiel der Patientin weniger an, wird im Verlauf dieses Abschnitts im Gegenteil ruhiger, spielt zwischendurch gleichmäßige Viertel, viele Tonwiederholungen, wird langsamer und leiser in absteigender Melodielinie in C-Dur mit deutlichen metrischen Betonungen, die einen 4/4 Takt andeuten. Nachdem die Patientin ihr Spiel mit einem akzentuierten Ton deutlich (!), wenngleich wiederum plötzlich und überraschend, beendet hat, führt die Therapeutin ihr Spiel zum lang ausgehaltenen c, also in die Ruhe der Tonika (bezogen auf die Klavierstimme). Kurz darauf verschmelzen die Töne des Klaviers mit denen des Gongs, beide Spielerinnen intonieren ein massives Crescendo – eine solche dynamische Ex-

pressivität voller Gemeinsamkeit gab es zuvor noch nicht, wenngleich auch dieser Abschnitt extrem kurz ist. Wieder stellt das Klavier Kontinuität her, indem es die Oktave c über c^2 bis c^3 gestaltet und damit, ein bereits bekanntes und von der Patientin ins Spiel gebrachtes Motiv aufgreifend (s. o.), den vor der „Flucht“ bereitgestellten Spielraum weiter öffnet. Wiederum reagiert die Patientin mit „Flucht“ zu einem anderen Instrument, bleibt aber diesmal im Bezugsrahmen des gemeinsamen Improvisierens. Auf der Conga spielt sie dann zunächst gleichmäßig (hier entsteht fast, aber eben wiederum nur fast, ein rhythmisch gemeinsames Spiel), dann synkopiert, wiederum kurze schnelle Notenwerte. Das Klavier wiederholt im Diskant immer wieder das c^3 , zusammen mit der absteigenden C-Dur-Tonleiter im Bass gestaltet es eine deutliche Schlusswendung mit Hinführung zum Grundton. Wiederum hört die Conga plötzlich auf und mit einem schwungvollen Glissando aufwärts, dessen Bewegung und Timbre an den Beginn der Improvisation erinnern, dehnt Frau A. am Xylophon das Spiel noch etwas aus. Noch ein letztes Mal bricht dann das Spiel der Patientin plötzlich (hier mit dem dis^2) ab, die Gestaltung des Schlusses überlässt sie so der Therapeutin, die, wiederum nur im Diskant, Gestaltungsmittel der bisherigen Musik aufgreifend (kurze Notenwerte, Tonwiederholungen, lombardische Rhythmen) ihre Stimme zum Grundton (c^2) führt – alleine. Wie um das Nebeneinander und die Kontaktlosigkeit noch zu betonen, enden beide Instrumente (zeitlich versetzt) in tonaler Hinsicht direkt nebeneinander, verfehlen sich noch ein letztes Mal.

Kaum sind die letzten Töne verklungen, bestätigt Frau A. den Eindruck des „Abhakens“ (s. o.) mit den Worten „So, jetzt hab’ ich alle durch.“...

IV Vergleichende psychologische Untersuchung musiktherapeutischer
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

The image shows a musical score for four instruments: Conga, Piano, Xyl. (Xylophone), and Pno. (Piano). The score is divided into four systems, each with performance instructions.

- System 1:** Conga (top staff) has a rhythmic pattern of eighth notes. Piano (bottom staves) has a simple harmonic accompaniment.
- System 2:** Xyl. (top staff) has a melodic line with glissando markings and the instruction "schneller werdend". Piano (bottom staves) has a harmonic accompaniment with a triplet in the right hand.
- System 3:** Xyl. (top staff) has a melodic line with the instruction "Patientin schmeißt die Schlägel auf das Instrument". Piano (bottom staves) has a harmonic accompaniment.
- System 4:** Xyl. (top staff) has a melodic line with the instruction "in den letzten Ton des Klaviers: 'So, jetzt hab' ich alle durch!'". Piano (bottom staves) has a harmonic accompaniment with the instruction "verzögert" and "weich".

Abb. IV.5.1.3: Notenbeispiel 3: Vermeidung von Beziehung 3

Insgesamt stellt sich innerhalb der Improvisation eine Beziehungsform her, die *auseinander* strebt und auf der Betonung von Verschiedenheit und Kontrast beruht – Versuche der Therapeutin, imitierend und spiegelnd Ähnlichkeit oder Gemeinsamkeit herzustellen, werden von der Patientin mit Distanzierungen eines „(Wo-) Anders – Weiter“ beantwortet. So gestaltet sie ihr Spiel weitgehend unvorhersehbar und entzieht sich damit immer wieder den Versuchen der

Therapeutin, ihrerseits Bezüge zum Spiel der Patientin herzustellen. Beide Spielerinnen vertreten infolgedessen häufig jeweils eine Seite (entweder–oder) aufscheinender Polaritäten, die um Themen wie Zerreißen – Zusammenhalten, Verwandlung/Diskontinuität – Dauer/Kontinuität, konturieren/strukturieren – auflösen/entgrenzen, kreisen. Wenngleich hier eine deutliche Gegensatzspannung spürbar wird, kommt es nicht zu Austauschverhältnissen, die zu Gestaltverwandlungen führen (könnten). Stattdessen stellt sich ein Verhältnis her, das in der Formenbildung der untersuchten Improvisation lediglich (oder immerhin) ein Anwesend–Sein (sowohl–als–auch) beider Pole in einer auf beide Spielerinnen verteilten Separation ermöglicht.

Ein ähnliches Verhältnis zeichnet sich auch anhand der Daten ab, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung zusätzlich erhoben wurden: *Einerseits* wird Frau A. als misstrauisch und zurückgezogen erlebt und beschrieben, was seinen Niederschlag auch in sehr hohen Werten entsprechender Items innerhalb der PANSS findet. Hier fällt vor allem das Item „Emotionaler Rückzug“ auf, dem die behandelnde Ärztin den Wert 6 (stark) zugeordnet hat. Frau A. ist die einzige der in die vorliegende Untersuchung einbezogenen zwölf Patienten, die diesbezüglich einen so hohen Wert innerhalb der PANSS aufweist (vgl. Abschnitt IV.1 sowie V.3 der vorliegenden Arbeit). Als extreme Ausgestaltung seelischer Bewegung eines Auseinander kann auch ein Suizidversuch verstanden werden, den Frau A. nur knapp überlebte. Zwei Schwestern der Patientin sind durch Suizid verstorben. *Andererseits* wird die Patientin wie viele schizophrene Menschen im Vorfeld ihrer Erkrankung (vgl. Schwarz in Schwarz et al. 2006, S. 91 sowie Roggendorf/Rief 2006) als sehr angepasst beschrieben und lebt in privat wie beruflich kontinuierlichen und stabilen Beziehungen (vgl. diesbezüglich auch die Ausführungen in II): Sie ist seit Jahren verheiratet und hat, wiederum als einzige der in die Untersuchung einbezogenen Patienten, (mehrere) Kinder. Das Item „Unkooperativität“ innerhalb der PANSS erhielt den tiefsten Wert 1 (nicht vorhanden).

Das Gespräch *vor* dem Spielen verlief *einerseits* stockend und zäh, da Frau A. außer stichwortartigen Angaben zu äußeren Lebensumständen nichts von sich erzählt. *Andererseits* fällt sie der Therapeutin jedoch bei deren Nachfragen oder Anmerkungen immer wieder ins Wort. So kommt es in diesem Hin und Her zwischen Auseinander und Ineinander nicht zum Miteinander, kommen

wir *weder* zusammen *noch* auseinander. *Nach* der Improvisation beginnt Frau A., nach den Instrumenten zu fragen, ihrem Namen, ihrer Handhabung... Auch zeigt sich, dass sie sehr wohl Gewichtungen vornehmen kann, denn es gibt durchaus Instrumente, die ihr besonders gefallen haben... So gelingt es *nach* der Improvisation, im Reden über die Instrumente *sowohl*, Distanz zu wahren, *als auch* ein gewisses Maß an Nähe und gemeinsamer Bezogenheit zu wagen. Beginnt sich „das Kind“ doch noch für „das Spielzeug“ zu interessieren? (s. o., A.1.4)

In der Akte der Patientin findet sich eine Bemerkung, die in vielerlei Hinsicht bemerkenswert erscheint und an dieser Stelle mit dem Verweis auf einen der Beschreibungstexte zitiert werden soll: Frau A. wird als „sorglos und in keins-ter Weise problemorientiert“ beschrieben. Auch innerhalb der Beschreibungstexte werden häufiger „Verharmlosungen“ beschrieben und inszenieren sich beispielsweise in der Nachbesprechung der Skriptbeschreibungen (vgl. die ausführlicheren Angaben hierzu im Materialband der vorliegenden Arbeit). Während die „Sorglosigkeit“ der Patientin im Team als Ausdruck einer auch in anderen Bereichen diagnostizierten „affektiven Verflachung“ verstanden wird, heißt es in einem der Beschreibungstexte: „Etwas Kleines ist in großer Gefahr und darf diese doch nicht wahrnehmen, *um am Leben zu bleiben*“ (A.1.3, Hervorhebung S. K.).

Reflexion

Insgesamt erscheint das Spiel der Patientin vor allem weitgehend fragmentiert und desorganisiert, ein „Mangel an Maßgefühl“ (vgl auch Deuter 1997, S. 22) wird auch innerhalb der Beschreibungstexte als „alles maßlos“ (A.1.2) direkt benannt. Auf der Ebene des dargebotenen musikalischen Materials geht es hier offenbar zunächst einmal darum, „das große, oft ungeordnete und verwirrende Material, das der Patient in die Stunde bringt, aufbewahrend anzunehmen“, was Mentzos in einem erweiterten Sinne mit Bezug auf Bions Ausführungen zur mütterlichen „Container-Funktion“ als wesentlich für die Psychotherapie psychotischer Patienten erachtet (Mentzos 1993, S. 57). Darüber hinaus versuche ich jedoch auch, „hinter all dem expansiven Getöse die kommunikative Botschaft nicht aus den Augen zu verlieren“, wie es Tabbert-Haugg (in

Schwarz et al 2006, S. 305) bezüglich des Erstkontaktes mit einer manischen Patientin formuliert. So bemühe ich mich um Kontakt mit der Patientin und versuche gleichzeitig, die durch die ständigen Abbrüche getrennten Teile und Fragmente der Improvisation zu verbinden und zusammenzuhalten – „Therapeutische Intention ist es, über den Abgrund ... so etwas wie einen dünnen Faden zu spannen: aber der Patient wehrt sich mit Händen und Füßen dagegen“ (Benedetti 1994, S. 165). So auch innerhalb der untersuchten Improvisation: Hier findet sich *auf Seiten der Patientin* ein deutliches Überwiegen der Bestrebungen nach Vermeidung von Zusammenhang und Kontinuität und damit auch von Kontakt und Beziehung. Bezüglich des für schizophrene Menschen in psychodynamischer Hinsicht als typisch beschriebenen Grundkonfliktes zwischen den Polen Nähe und Distanz (vgl. Abschnitt II.4 der vorliegenden Arbeit) findet sich hier eine „einseitige, starre Bevorzugung des einen Pols“ (Mentzos 1993, S. 38) mit weitgehender Blockierung von Nähe und Kontakt. Ihre Distanzierungswünsche und Abgrenzungsbedürfnisse vermag die Patientin im Rahmen unserer gemeinsamen Improvisation in durchaus aktiver Art und Weise durchzusetzen. Die beschriebene Beziehungsform und die im Rahmen der musikalischen Analyse herausgearbeiteten Interaktionsmuster lassen weniger auf eine „Beziehungsunfähigkeit“ im Sinne einer grundlegenden Defizienz schließen, als vielmehr auf einen aktiven Abwehrvorgang, wie er beispielsweise von Mentzos 1993 (S. 31ff) oder auch von Benedetti beschrieben wurde: „Einzig die autistische Abwehr ermöglicht es ihm [dem Patienten, S. K.], sich von einer ihm feindseligen Welt abzusetzen, die schon deshalb gefährlich wirkt, weil sie ist“ (Benedetti 1994, S. 265, vgl. auch die Ausführungen in Abschnitt II.4 der vorliegenden Arbeit). Wenngleich also der autistische Rückzug als Abwehr einer das Ich überwältigenden Nähe verstanden werden kann und die Würdigung der darin enthaltenen Ich–Leistung von immenser therapeutischer Bedeutung ist (vgl. Mentzos 1993, S. 62), so dürfen wir doch nicht vergessen, dass diese Form der Abwehr letztlich eine Notlösung darstellt, deren Kompromisscharakter fragil und letztlich zerstörerisch ist: Mag Autismus in diesem Sinne auch Ausdruck gelungener Abwehr und von Produktivität sein, so impliziert er doch gleichermaßen einen Verlust des vitalen Kontaktes mit „der Welt“ und gründet damit seine Tragik in der Paradoxie seiner selbst: Er ist

die Rettung der Individualität in eine die Individualität zerstörende Psychose (vgl. Benedetti 1994 sowie Abschnitt II.5 der vorliegenden Arbeit).

Eine dyadische Betrachtungsweise rückt den entgegengesetzten Pol im Spiel der Therapeutin in den Blick: Hier finden sich Wünsche und Bestrebungen nach Nähe, Kontinuität und Mit-Sein. Kontakt wird ebenso aktiv herzustellen gesucht, wie die Patientin ihm zu entfliehen weiß. Selbst- und objektbezogene Tendenzen finden sich innerhalb dieser Improvisation also in einer relativ starren Aufteilung auf beide Spielerinnen. (Eine vorsichtig sich andeutende Relativierung bezieht sich auf die beiden oben geschilderten kurzen Sequenzen, in denen die Patientin Elemente des Spiels der Therapeutin aufgreift, wodurch – fast - kurzzeitig Gemeinsamkeit zu gelingen scheint oder droht.) Dass sowohl die Therapeutin als auch die Patientin ihren jeweiligen „Part“ der Kontaktsuchenden und Kontaktvermeidenden *weitgehend* (s. u.) beibehalten, ermöglicht eine paradoxe Gleichzeitigkeit der Vermeidung von Kontakt einerseits und Ermöglichung der Identifikation andererseits: Einerseits hält sich die Patientin mich als mitspielende Therapeutin gekonnt „vom Leibe“. Andererseits verspüre ich während des Spielens zunehmend schwerer erträgliche Gefühle des Alleinseins, des Ausgeschlossenenseins, der Einsamkeit und Trauer, die irgendwann „umschlagen“ (so fühlte es sich zumindest an!) in eine diffuse Befindlichkeit von Vergeblichkeit, Sinnlosigkeit und Ratlosigkeit, die dann wiederum „umschlagen“ in Gleichgültigkeit, die immerhin noch etwas Raum lässt für ein undeutliches Gefühl des Genervtseins... Im Anschluss notiere ich bezüglich unserer Beziehungsgestaltung während des Improvisierens: „Versuche immer wieder, auf die Patientin einzugehen, aber immer, wenn ich das Gefühl habe, sie ‚gefunden‘ zu haben, hört sie wieder auf, ist schon ganz woanders. Fühle mich aufdringlich und infolgedessen ‚abgehängt‘, überflüssig und nutzlos. Irgendwann gebe ich es auf, spiele (auch?) eher lustlos vor mich hin und bin froh, als es vorbei ist. Das ganze Spielen scheint keinen Sinn zu machen, nichts entwickelt sich, alles endet schon, bevor es überhaupt angefangen hat“. Erst im Nachhinein vermag ich diese Affekte und Befindlichkeiten als durchaus willkommene Boten gelingender Identifikation zu verstehen (vgl. auch die Ausführungen in Abschnitt II.6 der vorliegenden Arbeit), wenngleich sich mein Erleben zu Beginn der Improvisation offenbar nicht auf ein durch die Patientin momentan verspürtes Leiden bezieht (s. o.). Haben ihre „Affektlosig-

keit“ (vgl. die diesbezüglichen extrem hohen Werte innerhalb der PANSS in IV.1) und „Gleichgültigkeit“ eine ähnliche Geschichte wie in meinem Erleben während des Improvisierens? In diesem Zusammenhang sei noch einmal auf die bereits erwähnte „Sorglosigkeit“ der Patientin hingewiesen. Auch dem Wert „während der letzten Woche fühlte ich mich einsam“ innerhalb der ADS –K gibt Frau A. den Wert 0 – nicht vorhanden. Benedetti schreibt diesbezüglich: „Im Autismus fehlt oft die Dimension des Verlassen-Seins. ... Wenn sich aber das Gefühl, jemandem anzugehören, nicht einmal auf der phantasmatischen Ebene meldet, sind auch Verlassenheit oder Ablehnung nicht vorstellbar“ (Benedetti 1994, S. 266). In diesem Fall findet sich also nicht nur der Pol der Kontaktsuche im Spiel der Therapeutin repräsentiert, sondern auch die schmerzliche Erfahrung des Ausgeschlossenseins und der Isolation in ihrem Erleben sowie das „Umschlagen“ dieses Erlebens in Resignation und Gleichgültigkeit. So kann sich die Patientin *einerseits* im Spiel von der Therapeutin distanzieren und den Kontakt weitgehend vermeiden, ohne „wirklich“ gehen zu müssen und mir *andererseits* innerhalb der gemeinsamen Improvisation wesentliche Aspekte ihres In–der–Welt–Seins und möglicherweise auch ihrer Geschichte mitteilen und sie mit mir teilen. Zur Sinnhaftigkeit dieser Form der Beziehungsgestaltung noch einmal Benedetti: „Der autistische Kranke, der keine Deutung versteht und annimmt und sich in seinen 'herrlichen Kosmos' zurückzieht, überlässt seinen Psychotherapeuten einer Einsamkeit, die ein wenig der seinigen gleicht. Davon Mit–Teilung zu machen, ist nicht nötig. In deren Erfahrung liegt schon eine teils unausgesprochene Kommunikation, die selbst ein Kranker wahrnimmt, der sich der Logik verschließt“ (Benedetti 1994, S. 271).

IV.5.2 Ermöglichung von Kontakt inmitten eines Auseinander: Flüchtige Momente der Näherung und Gemeinsamkeit

Vier der untersuchten zwölf Erstimprovisationen (A.4, A.5, B.6 und B.7) weisen Beziehungsformen auf, die als „Flüchtige Momente der Näherung und Gemeinsamkeit“ beschrieben werden können und ebenfalls mit spezifischen musikalischen Interaktionsmustern hergestellt wurden bzw. einhergingen. Die-

ses Beziehungsmuster ist in ein Spiel eingebettet, das zunächst einmal durch das Vorherrschen einer Beziehungsform gekennzeichnet ist, die ebenso wie die zuvor als „Auf der Flucht“ beschriebene weitgehend durch nicht gelingende Begegnung und Gemeinsamkeit gekennzeichnet ist. Auch hier zeigt sich ein direkter Zusammenhang mit dem Item „Emotionaler Rückzug“ innerhalb der PANSS, das auch für diese Patienten recht hoch bewertet wurde (3/4/5/5; vgl. auch die Abschnitte IV.1 sowie V.3 der vorliegenden Arbeit).

Mit der Charakterisierung „flüchtig“ soll einerseits die zumeist kurze Dauer der Sequenzen gemeinsamen Spielens betont werden. Andererseits soll diese Formulierung auf die hier immer wieder zahlreich beschriebenen Situationen der Flucht sowie die damit assoziierten Atmosphären der Angst und Gefahr hinweisen. Mit „Moment“ ist im Folgenden zunächst einmal *der* Moment gemeint: ein „Augenblick, Zeitpunkt“ (Duden, Das Fremdwörterbuch, S. 527), eine „kurze Zeitspanne“ (ebd.). Innerhalb der Improvisationen A.5, B.6 und B.7 konnte dieser bezüglich des weiteren, hier nicht mehr darstellbaren Verlaufs der Musiktherapie eine Entwicklung in Gang setzen, die es durchaus rechtfertigt, diese Momente rückwirkend als „*das* Moment“ (ebd.) zu verstehen: als „Bewegung, Bewegkraft, ausschlaggebender Umstand“ (ebd.). Innerhalb der Improvisation B.4 kann dieser Moment im Nachhinein als „erregendes Moment“ (ebd.) spezifiziert werden: als eine „Szene im Drama, die zum Höhepunkt des Konflikts hinleitet.“ (ebd.). Darüber hinaus sei darauf verwiesen, dass die als Überschrift und Charakterisierung der „Beziehungsformen und Interaktionsmuster“ dieser vier Improvisationen verwendeten Formulierungen Beschreibungstexten entnommen sind, die zu diesen angefertigt wurden.

Die Improvisationen (A.5, B.6 und B.7) weisen hinsichtlich der Gestaltung und des Erlebens (durch Patienten, Therapeutin und Beschreibende) der „Momente der Näherung und Gemeinsamkeit“ weitgehend Übereinstimmungen auf und sollen im Folgenden zunächst verallgemeinernd und dann anhand *eines* exemplarischen Beispiels (B.6) ausführlicher dargestellt werden. Der „Flüchtige Moment der Näherung und Gemeinsamkeit“, der sich innerhalb der Improvisation A.4 ereignen konnte, wird von den Beschreibenden wie von Patientin und Therapeutin anders erlebt und konnotiert als innerhalb der Improvisationen A.5, B.6 und B.7. Er scheint auch im Rahmen des untersuchten Erstkontaktes wie bezüglich dieses Falles eine andere Funktion und Wirkung zu haben und

soll deshalb gesondert und ebenfalls ausführlicher dargestellt werden (s. IV.5.2.3).

Innerhalb der Beschreibungstexte zu den Improvisationen A.5, B.6 und B.7 finden sich neben Szenen aktiven Vermeidens von Kontakt und Gemeinsamkeit häufiger auch Zustandsbeschreibungen *erlittener* Isolation, Einsamkeit und des Eingesperrtseins sowie die Formulierung von Sehnsucht und Wünschen nach Kontakt und Beziehung. Interessanterweise korrelieren diese Beschreibungen ganz direkt mit den Werten, die diese drei Patienten dem Item „Während der letzten Woche fühlte ich mich einsam“ innerhalb der ADS-K gaben (vgl. auch Abschnitt IV.1 der vorliegenden Arbeit): Während die oben beschriebene Patientin Frau A. diesem Item den Wert 0 (nicht vorhanden) zuordnete, gaben diese drei Patienten diesem Item den für sie höchsten (Herr F.: 2, Frau E.: 3) bzw. zweithöchsten (Herr G.: 2) Wert.

Die Beschreibungen aktiver und/oder erlittener Beziehungslosigkeit sollen an dieser Stelle exemplarisch an je einem Zitat aus den Beschreibungstexten zu jeder der drei Improvisationen dargestellt werden.

Beziehungsvermeidung, Einsamkeit, Isolation
„...er entkommt, versteckt sich,...entwischt...verhüllt sich in ein Gewand, das ihn unsichtbar macht.“ (A.5.2)
„...einsamer, verwirrter Mensch in einer fremden Stadt.“ (B.6.4)
„Ein dicker brauner Käfer ist in einem Glas gefangen.“ (B.7.9)

Diese Formen vermeidender Beziehung oder erlittener Isolation und Einsamkeit sind auch hier mit musikalischen Interaktionsmustern assoziiert, die vor allem durch das weitgehende Fehlen durchgängiger Formprinzipien gekennzeichnet sind und den zuvor beschriebenen nahezu gleichen: Unregelmäßige, sehr schnelle und immer wieder schneller werdende, plötzlich wechselnde Tempi und dynamische Steigerungen, die jedoch zumeist plötzlich abbrechen, lassen das Spiel jeweils gehetzt, fragmentiert und zerrissen erscheinen. Dazu trägt auch das weitgehende Fehlen der Entwicklung von rhythmischen oder melodischen Motiven bei. Stattdessen finden wir zahlreiche Tonwiederholungen, Glissandi und Melismen auf der melodischen Ebene und ständig wechselnde oder aber fehlende rhythmische Gestaltungsmerkmale. Die Musik weist

IV Vergleichende psychologische Untersuchung musiktherapeutischer
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

kein durchgängiges, eindeutiges Metrum auf, Betonungen finden sich entweder gar nicht oder in völliger Unregelmäßigkeit, so dass der Musik weitgehend keine Taktart zugeordnet werden kann. Obwohl sich aufgrund der beschriebenen Gestaltungsmerkmale zahlreiche Einschnitte innerhalb der jeweiligen Improvisation auffinden lassen, werden keine Phrasierungen im Sinne einer deutlichen Sinngliederung gestaltet. Die einzelnen Töne sind mal länger und mal kürzer, stehen jedoch in keinem eindeutigen Verhältnis zueinander, so dass die jeweils gewählte Form der Notation auch hier weitgehend lediglich eine Annäherung an das tatsächliche musikalische Geschehen darstellt. Und auch hier ist es für große Abschnitte der jeweiligen Improvisationen kaum möglich, diese zu notieren. Neben den beschriebenen Formenbildungen auch deshalb, weil es im Zusammenspiel zwischen Patient(in) und Therapeutin immer wieder zu subtilen Verrückungen und Verschiebungen kommt. Zu jeder der drei Improvisationen gibt es mindestens einen Text, innerhalb dessen eine Person oder Tätigkeit als einsam charakterisiert wird und/oder die Sehnsucht nach Kontakt und Gemeinsamkeit beschrieben bzw. mit hoher Intentionalität aktiv herbeizuführen gesucht wird:

Einsamkeit/ Wunsch nach Kontakt bzw. Versuch, diesen herzustellen
„einsames Kreiseziehen“ (A.5.1)
„merkt, dass er sich nach Gemeinschaft sehnt - beginnt zu rufen“ (B.6.6)
„Später sehe ich ein Mädchen, das mit einem Kinderschneebecken in einem Kinderührtopf wild herumührt, um von der Mutter beachtet zu werden. Sie ührt heftig, und für kurze Zeit ührt sie im Einklang mit ihrer Mutter...Die Mutter entfernt sich, das Kind ist enttäuscht, tut alles, um die Mutter wieder dahin zurückzubekommen, wo sie vorher war.“ (B.7.1)

Innerhalb der Beschreibungstexte zu allen drei Improvisationen finden sich darüber hinaus auch Hinweise auf zerstörerische, ängstigende Interaktionen, die jedoch zumeist lediglich als potenziell gefährlich beschrieben werden und/oder deren Ausgang offen bleibt. Auch hierzu wiederum exemplarisch je ein Beispiel:

Potenziell zerstörerische, gefährliche Situationen bzw. Interaktionen
„Dann droht eine Gefahr.“ (A.5.2)
„...sich steigende Angst, warten auf Unglück – welches nicht eintritt, es wird nicht klar, ob reale Gefahr droht.“ (B.6.6)
„Kampf im Meer gegen Ertrinken, Kind wird immer tiefer in den Strudel hineingezogen und landet in einer Märchenwelt, in der es gegen böse Mächte kämpfen muss und auf sie einschlägt.“ (B.7.10)

Eine Relativierung und Veränderung erfahren die meisten dieser Beschreibungen im Zusammenhang mit Veränderungen der Beziehungsgestaltung, die in die beschriebenen Szenen und Situationen der Beziehungslosigkeit eingebettet und als Momente der Gemeinsamkeit oder einer flüchtigen Begegnung deutlich hörbar sind und ebenfalls innerhalb der Beschreibungstexte in unterschiedlichen Bildern und Assoziationen dargestellt wurden. Um dem deutlichen Überwiegen der Darstellungen dieser Form gegenseitiger Bezugnahme innerhalb der Improvisationsbeschreibungen Rechnung zu tragen, sollen an dieser Stelle exemplarisch je zwei Beispielzitate aus den Beschreibungstexten das Gemeinte verdeutlichen:

Flüchtige Momente der Näherung und Gemeinsamkeit
„Plötzlich ändert sich was: Bereicherung, Innehalten. Das Im-Kreis-Wandern hört auf, man sieht sich.“ (A.5.1) „Konzentrische Kreise in einem See, manchmal treffen sich die Wellen und laufen dann wieder in unterschiedlichen Richtungen auseinander...Kurze Momente von Näherung, die sich wieder auflösen und verlieren.“ (A.5.5)
„Jemand trifft die schöne Tochter in einem Märchengarten, in dem es viele Hecken gibt ...Dann sind wir zu Hause.“ (B.6.1) „Auf der Suche...Auf der Flucht: ruhelos, gehetztes Tier, verfolgt, hilflos ... Hetzjagd ... kein Ausweg, kein Schutz, Misstrauen, verzweifelter Umsichschlagen; später Beruhigung, Annäherung an den Verfolger (?) ein Stück gemeinsam gehen – nicht mehr so sehr als Bedrohung erlebt; trotzdem noch misstrauisch; auf der Hut, auf dem Sprung, wieder wegzulaufen“ (B.6.5)
„...für kurze Zeit rührt sie im Einklang mit ihrer Mutter ... am Ende des Stückes spielen Mutter und Tochter wieder gemeinsam“ (B.7.1) „Das Kind bringt den Vater dazu, etwas langsamer und im gemeinsameren Rhythmus ‚zu arbeiten‘“ (B.7.2)

Auch diese Form gegenseitiger Bezogenheit innerhalb der Improvisationen kann anhand der musikalischen Interaktionsmuster nachvollziehbar beschrieben werden, allerdings ist der Grad der individuellen Ausformung dieser Inter-

aktionsmuster der *Ermöglichung* von Kontakt und Begegnung wesentlich ausgeprägter als das oben dargestellte, leichter zu verallgemeinernde Interaktionsmuster der Kontaktvermeidung. Im Folgenden soll versucht werden, vergleichend sowohl Unterschiede als auch Ähnlichkeiten der musikalischen Interaktionen, die innerhalb dieser drei Improvisationen eine Begegnung beider Spieler bzw. Momente der Gemeinsamkeit ermöglichten, darzustellen.

In allen drei Improvisationen kommt es relativ schnell zu einem „ersten Treffen“, das der beim ersten Hören der Improvisation auffälligen und innerhalb der Beschreibungstexte zumeist gemeinten Begegnung vorausgeht: In B.6 und B.7 sind es die Patienten, die dieses erste Treffen initiieren, in A.5 ist es die Therapeutin: Frau E. (A.5) beginnt (ebenso, wie Frau A., s. o.) bereits zu spielen, während die Therapeutin noch auf dem Weg zum Klavier ist. Sie spielt zögerlich und suchend ein paar Töne auf der diatonischen Reihe des Xylophons, hält dann inne, spielt einige Töne auf der pentatonischen Reihe und verweilt dann nach einer kurzen Pause auf einem dieser Töne (dis). Die Therapeutin beginnt nach einiger Zeit zunächst nur im Diskant/mit der rechten Hand zu spielen und intoniert um zwei Oktaven versetzt den gleichen Ton wie kurz zuvor die Patientin. Da beide Instrumente diesen Ton dis (bzw. dis²) lange ausklingen lassen (im Notenbeispiel rot markiert), kommt es zu einem ersten Treffen, bevor die Patientin in schnelleren Notenwerten und „woanders“ (auf der vorderen Reihe ihres Instrumentes) davonläuft, während die Therapeutin am Klavier längere Notenwerte spielt, einen Ton noch im pentatonischen Bereich, dann folgt sie der Patientin in den diatonischen Bereich - wobei das Xylophon inzwischen wieder im pentatonischen Bereich spielt - , wo es für längere Zeit bleibt.

The image shows two staves of musical notation. The top staff is labeled 'gr. Xyl.' and the bottom staff is labeled 'Kl.'. The xylophone part begins with a diatonic scale (C4-D4-E4-F4-G4-A4-B4-C5), then moves to a pentatonic scale (C4-D4-E4-G4-A4), and finally settles on a note marked 'dis' (D4). The piano part starts with a long note marked 'dis' (D5), then moves to a pentatonic scale (C5-D5-E5-G5-A5), and finally follows the xylophone into the diatonic range (C5-D5-E5-F5-G5-A5). A red circle highlights the 'dis' note in both parts, indicating the 'meeting' moment.

Abb. IV.5.2.1: Notenbeispiel 1: Momente der Näherung, Treffen

Auffallend ähnlich gestaltet sich der Beginn der Improvisation mit Herrn F. (B.6), allerdings ist es hier der Patient, der einen Bezug zum Spiel der Thera-

peutin herstellt, indem *er* den gleichen Ton (allerdings um eine Oktave versetzt) intoniert wie kurz zuvor die Therapeutin (s. u.). Innerhalb der Improvisation mit Herrn G. ist es ebenfalls der Patient, der ein erstes Treffen initiiert, nicht direkt zu Beginn, gleichwohl innerhalb des ersten Viertels dieser mit 9'49'' min etwas längeren Improvisation: Herr G. spielt auf den Tempelblocks zunächst (ebenfalls) sehr frei und ungebunden bzw. unstrukturiert in oben beschriebenem Sinne, wobei er die Schlägel verkehrt herum hält, was den Charakter der Undeutlichkeit der Töne noch verstärkt. Die Therapeutin imitiert das Spiel des Patienten hinsichtlich der Parameter Dynamik, Anschlagsart und bezüglich zahlreicher Tonwiederholungen, allerdings ist die rhythmische Gestaltung der Klavierstimme organisierter, pulsierende Achtelnoten sind in ihrer Wertigkeit gleichmäßig und eindeutig identifizierbar. Mehr und mehr gleicht sie sich jedoch dem ungeformten Spiel des Patienten an, indem sie schließlich auch in rhythmischer Hinsicht freier und ungeordneter spielt. In seiner Ungeformtheit wirkt das Spiel nun insgesamt chaotisch, aufgrund des sich steigernden Tempos gehetzt, angestrengt und desorientiert, was innerhalb der Beschreibungstexte anhand entsprechender Bilder und Assoziationen deutlich zum Ausdruck kommt bzw. auch ganz direkt benannt wird (s. o. sowie die Beschreibungstexte im Materialband zur vorliegenden Arbeit). Schnelle Schläge auf einen Block und das Hin- und Herflirren zwischen zwei nebeneinander liegenden Klangkörpern verstärken gleichzeitig einen kreisenden, unlebendig-mechanischen Eindruck, was innerhalb der Beschreibungstexte in Bildern von Holzpuppen u. ä. verbale Entsprechungen findet. Und doch, beim ersten Hören kaum wahrnehmbar, bietet der Patient ein kurzes rhythmisches Motiv an, auf das die Therapeutin sofort reagiert: Ähnlich wie am Beginn der Improvisation führt sie eine absteigende, hier lauter werdende Achtelkette im staccato abwärts, nun jedoch bis in den Bassbereich, wo sie in die linke Hand übergeht. Es folgt eine rhythmisch lebendige und interessante Sequenz mit Viertelnoten im staccato links auf die Zählzeiten 1 und 3 und mit ebenfalls im staccato intonierten Achteln rechts auf 1⁺, 2⁺, 3⁺ und 4⁺. Der Patient, nun lauter (Herr G. hält die Schlägel inzwischen richtig herum) und kräftiger im Anschlag („hört sich bewusster an, so als wäre jetzt ein Ziel/Bild da“, 3. B.), spielt das Motiv jetzt rhythmisch ausgestaltet und prägnant. Das klingt fanfarenartig und wirkt wie eine Ankündigung, und tatsächlich folgt auch etwas Neues: In einer zunächst

langsamen, dann *gemeinsam* organisch schneller werdenden Achtelbewegung treffen sich beide Spieler in einem gemeinsamen Metrum. Das Klavier intoniert eine in a-moll gehaltene Melodie, deutlich und klar phrasiert und an den Phrasenenden jeweils weich ausklingend, die Tempelblocks vollziehen die Bewegung in gleichmäßigen Achteln mit. Als die Therapeutin nach zwei Takten mit der linken Hand einsetzt, wird das Spiel des Patienten wiederum schneller und etwas unregelmäßiger, das wirkt, als ängstige ihn das Einsetzen der linken Hand. Die Therapeutin vollzieht das Accelerando im Diskant mit und pausiert mit der linken Hand noch einmal einen Takt, dann setzt sie im Bass wieder ein, mit leisen, lang ausgehaltenen Tönen. Die Stimme der Tempelblocks wird daraufhin immer unregelmäßiger, leiser und schneller, einzelne Schläge rutschen hörbar vom Holz ab, im achten Takt spielt es eine Achtel, im neunten zwei Achtel „zu viel“. Dies gleicht die Therapeutin aus, indem sie ebenfalls im Diskant eine bzw. zwei Achtel mehr spielt und den Ton im Bass entsprechend länger liegen lässt. Über einen 9/8Takt und einen 5/4Takt finden beide Instrumente noch einmal kurzzeitig in den 4/4Takt zurück, doch immer häufiger „stolpert“ (7. B., s. o.) die Stimme der Tempelblocks, bis das Spiel wieder ungeformt und chaotisch erscheint und der Kontakt zunächst wieder verloren geht. Innerhalb aller drei Improvisationen kommt es im weiteren Verlauf immer wieder zu ähnlichen punktuellen Treffen, die sich jeweils zu länger werdenden Sequenzen gemeinsamen Spielens entwickeln. Diese Sequenzen sind assoziiert mit der Entwicklung musikalischer Strukturen, auf die sich wiederum beide Spieler als vorhersagbare, Gemeinsamkeit ermöglichende Muster beziehen können. Wie der vorsichtige Beginn einer Strukturentwicklung, aber auch deutlichen Bezugnehmens im Lauschen auf das Gegenüber wirken z. B. die bei allen drei Patienten im Umfeld der musikalischen Begegnung anzutreffenden Tonwiederholungen, die im Rahmen des insgesamt eher (über-) beweglichen und ungeformten Spielens wie ein Innehalten wirken, Ruhepunkte, die ein „Anders–Weiter“ ermöglichen. Den beschriebenen „Treffen“ auf einem Ton oder gemeinsamem Spiel innerhalb eines gemeinsamen Rhythmus, die Phänomene von Gleichzeitigkeit und Übereinstimmung betonen, folgen Sequenzen gemeinsamen Spielens, die auf unterschiedlichen Ebenen der musikalischen Formenbildung *sowohl* Übereinstimmung *als auch* Differenz ermöglichen. So finden sich z. B. zahlreiche Sequenzen, in denen sich die Therapeutin

hinsichtlich einiger musikalischer Parameter (Dynamik, Anschlagsart, melodische Gestaltung) dem Spiel des Patienten anpasst, sich hinsichtlich anderer musikalischer Gestaltungsmerkmale (z. B. Rhythmik und Metrik) jedoch deutlich vom Spiel des Patienten unterscheidet. Darüber hinaus weisen einige Beschreibungstexte ganz direkt darauf, dass die Therapeutin am Klavier partiell mit beiden Händen ganz unterschiedlich agiert und damit innerhalb der musikalischen Interaktion unterschiedliche Rollen eingenommen hat. Infolgedessen haben sich Möglichkeiten der Bezugnahme eröffnet, die ein „Sowohl–als–Auch“ hinsichtlich der Beziehungsgestaltung darstellen, die linke Hand z. B. als verfolgend erlebt wird (s. o.), während der Gefahr im und mit dem Spiel der rechten Hand gemeinsam entflohen werden kann. Am deutlichsten wird dies innerhalb der Beschreibungstexte zur Improvisation mit Frau E.: „Die linke Hand! Bedrohlich dringt sie in das Terrain ein, will die mich einfangen?“ (A.5.1) heißt es z. B. ganz direkt innerhalb eines Beschreibungstextes. Assoziiert sind damit innerhalb anderer Beschreibungstexte z. B. Szenen, innerhalb derer zwei (Menschen) von einem oder etwas Drittem bedroht werden. „Dann droht eine Gefahr, *beide* versuchen, davor wegzulaufen...“ (A.5.2) heißt es z. B. in einem Text zur gleichen Improvisation, wobei sich die Formulierung „beide“ anhand der Binnenregulierung deutlich auf den Part der Patientin sowie das Spiel der rechten Hand der Therapeutin bezieht (vgl. die Reflexionen dieses Phänomens in Abschnitt V.1.3 der vorliegenden Arbeit).

Die beschriebenen Möglichkeiten der Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung „Flüchtiger Begegnungen“ innerhalb der Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten sollen im Folgenden exemplarisch am Beispiel der Improvisation mit Herrn F. ausführlich dargestellt werden. Da entsprechende Hinweise und Ausschnitte aus den Beschreibungstexten bereits innerhalb der alle drei Improvisationen zusammenfassenden Darstellung zitiert wurden, kann hierauf weitgehend verzichtet und direkt mit der Schilderung der Interaktionsmuster anhand des Verlaufs der Improvisation begonnen werden. Zur Einstimmung in diesen Erstkontakt sei auf die Darstellung des Verlaufes in Kapitel I.1.3.2 verwiesen.

IV.5.2.1 „Annäherung an den Verfolger(?)“

Die Dauer der Improvisation beträgt 7'58'', wobei hinzuzufügen ist, dass Herr F. zuvor sehr viel und lang erzählt und darüber hinaus den Beginn des Improvisierens mit schier endlosen Fragen und Bemerkungen und einer quälenden Ambivalenz bezüglich der Instrumentenwahl immer wieder hinauszögert. So ist es die Therapeutin, die aus Zeitgründen musikalisch auf einer Beendigung des Spielens beharrt (s. u.) und damit die Dauer der Improvisation entscheidend bestimmt.

Herr F. verwendet insgesamt sechs Instrumente: das große Xylophon, das Monochord, die Tempelblocks, den Gong, die Pauke und das kleine Xylophon, wobei Monochord, Gong, Pauke und Tempelblocks jeweils nur sehr kurz angeschlagen werden (s. u.).

Der Patient beginnt mit einem leisen (g), dann etwas kräftigeren Tönen auf dem großen Xylophon (a, f, h). Zwischen dem dritten und vierten Ton gesellt sich die rechte Hand der Therapeutin, also die Oberstimme des Klaviers, hinzu. Dieser erste Klavierton (d²) knüpft weder metrisch (er erklingt *zwischen* dem dritten und vierten Xylophonton) noch bezüglich der Tonhöhe an das Xylophonspiel an. Trotzdem *übernimmt Herr F. diesen Ton* – den Grenzen des Instrumentes folgend eine Oktave tiefer als am Klavier, aber doch so hoch wie möglich (d¹) - sofort. Da der Ton im Klavier liegen bleibt, kommt es zu einem ersten musikalischen „Treffen“ (im Notenbeispiel rot markiert), das vom Xylophon jedoch nur kurz mitgestaltet wird: Mit schnellen Achtelnoten aufwärts läuft die Xylophonstimme in schnellen Achteln regelrecht davon – bis zum Ende des Instrumentes (a¹). Das Klavier *folgt* dieser Bewegung und spielt im Oktavabstand genau die gleichen Töne wie der Patient. So wird aus der anfänglichen „Suche“ (5. B., s. o.) des Xylophons nach Kontakt eine „Flucht“ (ebd.) und – das Klavier folgt - eine „Hetzjagd“ (ebd.). Das Klavier endet auf h², bleibt also auf dem Ton stehen, der den aufsteigenden Achteln folgte. Das Xylophon, da der höchste Ton des Instrumentes erreicht ist, spielt „*woanders*“ weiter, ein fanfarenartiges, melodisch aufsteigendes Motiv erscheint kurz, noch wenig prägnant, wird später jedoch in der Klavierstimme weitergeführt und auch von dem Patienten wieder aufgegriffen (s. u.).

Abb. IV.5.2.1.1: Notenbeispiel 2: Momente der Näherung, Treffen

Etwa eine Minute nach dem oben beschriebenen ersten Treffen imitiert das Klavier eine kurz zuvor intonierte Tonwiederholung (a a) des Xylophons, worauf dieses mit einer Verlängerung der zuvor sehr kurzen Notenwerte (überwiegend Sechzehntel) reagiert. Zwei Töne weiter *treffen* sich beide Stimmen ein zweites Mal, diesmal auf genau demselben Ton e – ohne die Distanz der Oktave bzw. zweier Oktaven. Bekräftigend *wiederholen* beide Instrumente diesen Ton (im Notenbeispiel rot markiert). Während das Klavier ihn in einem langen Notenwert ausklingen lässt, läuft das Xylophon anschließend wiederum davon: mit einem schnellen, aber rhythmisch klar konturierten, dem ersten „Weglaufmotiv“ (s. o.) sehr ähnlichen, fanfarenartigen Motiv aufwärts, wiederum bis zum letzten Stab/höchsten Ton des Instrumentes.

Abb. IV.5.2.1.2: Notenbeispiel 3: Momente der Näherung, Treffen

So verstärkt sich noch einmal der Eindruck einer „Flucht“ vor einer Gefahr: Das Xylophon spielt in kurzen Notenwerten und schnellem Tempo weiter, das wirkt ängstlich und fliehend, zumal sich das Tempo im weiteren Verlauf wiederum steigert. Das Klavier spielt dazu in kontrastierend ruhigem Gestus lange Notenwerte, nun auch in der linken Hand. Ausdifferenzierungen, die in der Musik Ordnung und Orientierung ermöglichen: ein Metrum, die Festlegung auf Tonart und Taktart, melodische Wendungen etc., entwickeln sich auch im weiteren Verlauf der Improvisation zunächst nicht. Stattdessen finden sich in der Xylophonstimme Brüche und Fragmente, „einzelne, dahin geworfene Töne“ (4. B.) und immer wieder kurze Sequenzen von Steigerung: Schnelle Tonwie-

derholungen oder Triller, beides an Trommelwirbel erinnernd, werden immer lauter und schneller. So entsteht der Eindruck „sich steigernde[r] Angst“ (5. B.). Diese Steigerungen führen jedoch nirgendwo hin, sondern werden abgebrochen oder beruhigen sich (plötzlich) wieder, um alsbald von neuem loszuwirbeln- auf unterschiedlichen Instrumenten und im Zuge der Steigerung häufig auch auf zwei Instrumenten zugleich. Das Klavier passt sich der Klangfarbe des jeweiligen Instrumentes an, spielt beispielsweise kurze Staccatotöne, als der Patient die Tempelblocks wählt und lange, im Pedal verschwimmende Klänge, als er den Gong spielt. Auch diese *Imitationen* der Klangfarben der vom Patienten gewählten Instrumente bekräftigen den Eindruck einer Verfolgung und der jeweilige Instrumentenwechsel des Patienten den einer Flucht, zumal es keine durchgängigen und verbindenden Motive oder Rhythmen gibt. Die Instrumente wechseln plötzlich und scheinbar unmotiviert, einzelne Sequenzen gehen nicht auseinander hervor. Die Formulierung „Ein Hase rast durch die Gärten einer Vorstadt; *schlägt Haken*“, (4. B., Hervorhebung S. K.) beschreibt die immer wieder abbrechenden und wechselnden musikalischen Sequenzen sehr anschaulich. Auch die Beschreibungen verschiedener Orte und Szenen, ohne dass diese in einem erkennbaren Zusammenhang stehen, resultieren aus dieser wechselnden, zusammenhanglosen und bruchstückhaften (manchmal spielt Herr F. nur einen Ton auf dem jeweils zusätzlich gespielten Instrument) Verwendung der Instrumente. Häufig überlagern sich Töne und Klänge, wenn der Patient zwei Instrumente zugleich spielt, z. B. großes Xylophon und Monochord, Tempelblocks und Gong, schließlich Pauke, Tempelblocks, Gong und Xylophon in so schnellem Wechsel, das fast alle vier Instrumente gleichzeitig erklingen. Ungeheure Steigerungen: „Auf hoher See, es droht ein Sturm“ (1. B.) klingen „gewaltig nach Außen“ (2. B.), es entsteht der Eindruck von „Ruh- und Rastlosigkeit“ (4. B.), das wirkt wie ein „verzweifeltes Umsichschlagen“ (5. B.), eine „Hetzjagd“ (ebd.). Der „Einmarsch von gefährlichen Tieren“ (7. B.) wird assoziiert. Erst, als *Ober- und Unterstimme des Klaviers unterschiedlich reagieren*, gibt es eine Veränderung: Während Herr F. nunmehr am kleinen Xylophon und mit diesem Instrument betreffs des zur Verfügung stehenden Tonraums der Oberstimme des Klaviers sehr ähnlich, wiederum einen „Wirbel“ (er lässt den Schlägel mit hoher Geschwindigkeit zwischen zwei oder mehr Tönen hin und her flirren) spielt und im Zuge der

IV Vergleichende psychologische Untersuchung musiktherapeutischer
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

Steigerung auch noch kurzzeitig auf Pauke und Gong schlägt, vollzieht die rechte Hand der Therapeutin diese Bewegung mit, allerdings relativ leise und – im Gegensatz zum Patienten - eher ab- als anschwellend. Die linke Hand jedoch spielt lange Notenwerte in einem ruhigen, beruhigenden Gestus. Nach und nach stimmt auch die rechte Hand in dieses ruhige Spiel mit ein und schließlich auch das Xylophon. So kommt es zu „Beruhigung“ (5. B.) und „Annäherung“ (ebd.). Indem das Xylophon längere Zeit langsamer werdend einen Ton (f¹) wiederholt, pendelt es sich in einen ruhigen, gleichmäßigen 4/4Takt ein und bewahrt gleichzeitig durch die Beibehaltung kurzer Notenwerte (Sechzehntel und Achtel) den ihm eigenen Charakter. Diese Tonwiederholungen wirken, als lausche der Patient dem zwischen rechter und linker Hand merkwürdig zerrissenen Spiel der Therapeutin (s. o.). Das Klavier steigt mit gleichmäßigen Vierteln rechts und langen, über zwei bis drei Takte gehaltenen Oktaven links in das nun gleichmäßige Metrum ein. Dieser Teil taucht in den Beschreibungen auf als „Annäherung an den Verfolger(?), ein Stück gemeinsam gehen“ (5. B.); „ruhiger werden. Das Umkreisen wird zum (Ein-) Pendeln, hin- und herwippen“ (3. B.), „bleibt sitzen, ringt keuchend um Atem und schöpft Kraft,...“ (4. B.).

The image displays four systems of musical notation for Xylophon (Xyl.) and Klavier (Kl.). Each system consists of two staves: a single staff for the Xylophon and a grand staff (treble and bass clefs) for the Klavier. The time signature is 4/4. The first system shows the Xylophon playing a continuous eighth-note pattern, while the Klavier plays a single note in the bass clef. The second system shows the Xylophon playing a continuous eighth-note pattern, and the Klavier playing a sequence of notes in the treble clef. The third system shows the Xylophon playing a continuous eighth-note pattern, and the Klavier playing a sequence of notes in the treble clef. The fourth system shows the Xylophon playing a continuous eighth-note pattern, and the Klavier playing a sequence of notes in the treble clef.

Abb. IV.5.2.1.3: Notenbeispiel 4: Momente der Näherung, Gemeinsamkeit

Das spielerische Umkreisen des Tones f im Xylophon mündet schließlich in das folgende Motiv:

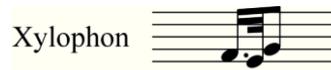


Abb. IV.5.2.1.4: Notenbeispiel Herr F., Motiv

Nachdem Herr F. noch einige Varianten ausprobiert hat, wiederholt er es schließlich zwanzigmal (!).

Abb. IV.5.2.1.5: Notenbeispiel Herr F., Motivwiederholung

Dieses Motiv ähnelt dem „Fluchtmotiv“, mit dem Herr F. bereits den beiden ersten musikalischen Begegnungen enteilt war (vgl. Abb. IV.5.2.1.1 sowie IV.5.2.1.2), es erscheint mit der kleinen (statt einer großen) Sekunde am Anfang und der aufwärts strebenden Terz (statt der Quarte) allerdings etwas „kleiner“ bzw. enger. Durch die Punktierung und den aufsteigenden Gestus wirkt es dennoch fanfarenartig und vorwärtsstrebend. Im Gegensatz zu den anfänglichen fanfarenartigen (Flucht-) Motiven (s. o.) hat dieses Motiv nun in seiner ständigen Wiederholung jedoch eher etwas Kreisend-Festigendes. Es wirkt in sich geschlossen, triumphal, aber nicht bis an den Rand seiner (des Instrumentes) gehenden Möglichkeiten wie am Anfang. Atmosphärisch nimmt dieses Motiv in seinen beständigen Wiederholungen und dem begeistert-triumphalen Ausdruck die Äußerung des Patienten im Anschluss an unser gemeinsames Spiel bereits vorweg: Das begeisterte, spontane „Applaus, muss doch der Applaus einsetzen.“ (s. u.) schwingt in diesem Motiv bereits deutlich spürbar mit. (Diese Ähnlichkeit bzw. Vorwegnahme lässt sich stimmlich wesentlich nachvollziehbarer mitteilen als in der vorliegenden schriftlichen Form). So bewahrt das Spiel des Patienten einerseits seinen eigenen Charakter, weist jedoch andererseits deutliche Entwicklungen und Veränderungen auf. Gleichzeitig gibt es in der Gemeinsamkeit von Klavier- und Xylophonstimme

und im gemeinsamen Bezug auf musikalische Ordnungsprinzipien wie Takt und Metrum und schließlich die durch die Unterstimme des Klaviers gestaltete Festlegung auf die Tonart d-moll (und damit Identifizierung des f als Terz) bezüglich der Beziehungsgestaltung einen deutlichen Unterschied zum Beginn der Improvisation. Auch diese *Gleichzeitigkeit von Veränderung und Gleichbleibendem* findet sich in den beschriebenen Bildern und Geschichten: „Ein Stück gemeinsam gehen – nicht mehr so sehr als Bedrohung erlebt; trotzdem noch misstrauisch; auf der Hut, auf dem Sprung, wieder wegzulaufen“, heißt es in der fünften Beschreibung. „Bleibt sitzen ... die Gedanken rasen weiter“ schreibt der vierte Hörer. Ähnlich heißt es auch im ersten Text: „Dann sind wir zu Hause, äußerlich ruhig (draußen nichts los), innerlich nervös.“ Das langsame Tempo und die Tonart d-moll verändern die Stimmung von gehetzt-ängstlich zu traurig, wobei diese Trauer unterschiedlich erlebt wird, abhängig davon, ob die gefundene gemeinsame Ordnung im positiven Sinne als Gemeinsamkeit erlebt oder aber als „eingefangen“ interpretiert wird. So heißt es in der 7. Beschreibung: „Resignation nach verlorenem Kampf, gemeinsame Trauer um die Verlorenen“, im zweiten Text dagegen: „Ein produktives In-Sich-Gekehrt-Sein, das gewaltig nach Außen klingt, das sich schließlich verflüchtigt und in dem *gefangenen* Vogel im Urwald traurig endet“ (Hervorhebung S. K.). Nach und nach werden Klavier und Xylophon gemeinsam langsamer, die Musik klingt aus, die Unterstimme des Klaviers steigt aus und die Oberstimme steigt auf in die zweigestrichene Oktave, mit immer langsamer werdenden Viertelnoten, wobei sich das Tempo so sehr verlangsamt und zerdehnt, dass schließlich kein Metrum mehr erkennbar ist. So *fallen* aber auch Klavier- und Xylophonstimme *wieder auseinander* und die Töne des Klaviers erklingen wie zu Beginn der Improvisation zwischen den Tönen des Xylophons, das – sehr langsam und zerdehnt, so dass das Motiv kaum noch seinen fanfarenartigen Charakter aufweist, auch in nun wieder unterschiedlichen Varianten, aber doch noch deutlich identifizierbar - „sein“ Motiv wiederholt. Das Klavier erinnert zunächst mit mehreren Tonwiederholungen, die wiederum wie ein „Trommelwirbel“ (s. o.) in Zeitlupe wirken, sowie mit zwei aufsteigenden glissandi an den Beginn der Improvisation, auch die linke Hand steigt noch einmal kurz ins Spiel ein. Trotzdem lässt es sich von den nun wieder kräftiger und schneller werdenden, an das zuvor gefundene Motiv anknüpfende Umspielen des Tones

f im Xylophon nicht mehr zu Steigerung und Fortführung des Spiels locken, sondern gestaltet langsamer und leiser werdend und dabei immer höher aufsteigend und ausklingend („der Welt entschwebt“, 7. B.) ganz klar das Ende der Improvisation (s. o.). So entsteht der Eindruck, am Ende würde jemand „rufen“, erhalte aber „keine Antwort“ (6. B.) Das Xylophon gibt schließlich seine Versuche, das Klavier doch noch zu locken, auf und wiederholt mehrmals akzentuiert und beharrlich den Ton g, während das Klavier den Ton f³ ausklingen lässt - den Ton, auf den sich beide Instrumente als gemeinsamen Bezugston und schließlich als Terz der Tonart d-moll geeinigt hatten. Sich noch einmal mit zwei kurzen Noten vom f abstoßend, bestätigt das Xylophon diesen Ton und wiederholt dann noch viermal das g. Das Klavier folgt, schlägt ebenfalls kurz das g an um es dann erneut an- und schließlich ausklingen zu lassen. Daraufhin gestaltet das Xylophon den Schluss, indem es in das klingende g³ des Klaviers mit kurzen Notenwerten die Töne g-e-g spielt. Diese Wendung erinnert noch einmal an das fanfarenartige Motiv und die Umspielung des Tones f, wirkt hier jedoch eher fragend und es bleibt unentschieden, ob durch diese letzte Umspielung noch einmal der Bezug auf das f bekräftigt oder aber durch die Endung mit g eine neue Einigung erzielt wurde. Im Erleben der Beschreibenden wird vor allem deutlich, dass diese Hinwendung zu einem neuen Bezugston bzw. die Einigung, die Improvisation auf diesem Ton enden zu lassen, und wohl auch der Umstand, dass im Verlassen von Takt und Metrum beide Instrumente eher wieder vereinzelt wirken, dazu führt, dass die zuvor erlangte Gemeinsamkeit infrage gestellt wird: „Alles nur ein (böser?) Traum?“ heißt es am Ende der ersten Beschreibung. Und die zweite Hörerin schreibt: „War das Vorherige ein Traum des Urwaldvogels, der nicht zur Ruhe kommt und gefangen ist im eigenen Dilemma?“.

Im Erleben des Patienten haben die Momente der Näherung und Gemeinsamkeit innerhalb der Improvisation einen zentralen Stellenwert und wurden von ihm ganz offensichtlich positiv erlebt: Wie bereits angedeutet, äußert er direkt im Anschluss an die Improvisation spontan: „Applaus, muss doch der Applaus einsetzen, oder? Um den Erfolg, den therapeutischen Erfolg noch etwas zu unterstreichen.“, und da ich seine Hilfe brauche, um zu verstehen, fügt er erklärend hinzu: „Ja, erstmal war ’ne kleine chaotische Phase drin, *und dann hat es sich getroffen.*“ Mehr noch, als es der explizite Inhalt seiner Worte auszudrü-

cken vermag, vermitteln mir der zufriedene, glückliche Tonfall und das strahlende Lächeln des Patienten, *wie* bedeutsam dieses „Treffen“ auch in seinem Erleben war. Mir vermittelt sich die Bedeutsamkeit dieser Begegnung nicht nur anhand eines schwer zu beschreibenden Gefühls von Freude und Dankbarkeit, das neben einer Befindlichkeit abgrundtiefer Trauer mein Erleben während des Improvisierens beherrscht, sondern auch in der Reflexion der mir bekannten Informationen über den Patienten: Als Herr F. drei Jahre alt war, verstarb sein Vater völlig unvorhergesehen infolge eines Sturzes (?) aus dem Fenster. Dass sich, über das beschriebene Verstehen der plötzlichen (Beziehungs-) Abbrüche innerhalb der Improvisation hinaus, hierin auch diese abrupte Trennungserfahrung wieder spiegelt, kann durchaus vermutet werden, zumal sich ähnliche Erfahrungen in den Biografien aller vier Patienten (Frau A. eingeschlossen) finden, deren Improvisationen maßgeblich durch die beschriebenen musikalischen Formen von (Beziehungs-) Abbruch und Fragmentierung gekennzeichnet sind. Herr F. ist zum Zeitpunkt unseres Erstkontaktes seit ca. 15 Jahren erkrankt. Im Verlaufe dieser Zeit hat er sich mehr und mehr zurückgezogen, seit etwa fünf Jahren pflegt er außer seltenen Kontakten mit Mutter und Schwester keinerlei mitmenschlichen Beziehungen mehr. Auch die in etwa vierwöchigem Abstand geplanten Termine bei seiner Psychiaterin kann er häufig nicht wahrnehmen, da er unter starken Verfolgungsängsten leidet und oft tagelang die Wohnung nicht verlassen kann. Vor der Zudringlichkeit der Dinge konnte er sich schützen, indem er fast all sein Hab und Gut weggeschmissen hat – so auch seine gesamte Schallplattensammlung, die er, selbst (früher?) begeisterter Musiker, einst besessen hat. In seiner fast leeren Wohnung entflieht er der (Über-) Welt (-igung) - der Zudringlichkeit seiner inneren Verfolger kann er nicht entfliehen. Im Kontakt mit seiner inneren wie der äußeren Welt fühlt und inszeniert er Szenen der Verfolgung und Überwältigung: Überumpelung statt Annäherung und Begegnung. So wirkt er auch innerhalb des untersuchten Erstkontaktes zunächst ängstlich–getrieben, ausufernd und mir immer wieder ins Wort fallend erzählt er (z. B. in weitschweifigen Ausführungen über die schier endlosen Möglichkeiten seiner work station) und erzählt und erzählt... Ich fühle mich überrollt und irgendwie ausgespart, ohnmächtig und abprallend an einer Mauer von Destruktivität und Aggression – auch dieses verbale Überrollen hält mich auf Abstand und behindert den Dialog.

Gleichzeitig spüre ich seine Angst, die fast greifbar zwischen uns steht; Todesangst eines in der Falle sitzenden Tieres, und ich: Der Jäger?! Das Tier?!

IV.5.2.2 Zusammenfassung und Reflexion

Auch die drei Improvisationen, innerhalb derer sich Beziehungsformen und Interaktionsmuster etablieren konnten, die als „Momente der Näherung und Gemeinsamkeit“ metaphorisiert wurden, sind überwiegend durch musikalische Strukturen gekennzeichnet, die instabil, unklar und chaotisch erscheinen. Eine musikalische Mitbewegung ist schwierig, denn in seiner weitgehenden Strukturlosigkeit ist das Spiel der Patienten kaum antizipierbar; es wirkt beliebig und zufällig. So finden sich bezüglich der Beziehungsgestaltung zunächst einmal auch ganz ähnliche Vermeidungsstrategien, wie sie innerhalb der Improvisation mit Frau A. imponierten. Auch hier wird Kontakt seitens der Patienten mit ähnlichen musikalischen Mitteln über längere Zeiträume aktiv verhindert. Dennoch konnten sich die beschriebenen Momente gelingender Beziehungsaufnahme ereignen! Begegnungen, die - und sei es auch kurzfristig und fragmentarisch - Beziehung und Veränderungen ermöglichten und innerhalb zweier Erstkontakte (B.6. und B.7.) auch deutlich in das nachfolgende Gespräch hineinwirkten. Zum Problem der Untersuchung des emotionalen Gehaltes solcher Momente gelingenden Kontaktes schreibt Gindl (2002, S. 20): „Bei jedem wirklichen Kontakt herrscht eine intensiv emotional gefärbte Atmosphäre. Dieser nicht messbare emotionale Gehalt lässt sich im Allgemeinen nicht wieder einfangen“. Innerhalb des ausführlicher dargestellten Erstkontaktes mit Herrn F. kann diese intensiv emotional gefärbte Atmosphäre, so zumindest die Hoffnung der Autorin, zumindest ansatzweise anhand des zitierten kurzen Dialoges im Anschluss an die Improvisation nachvollzogen werden. Am Ende der Improvisation mit Herrn G. löst sich die im beiderseitigen Ringen darum, den Kontakt nicht wieder zu verlieren, aufgebaute Anspannung nach einem völlig synchron gestalteten Schluss in einem gemeinsamen befreiten Lachen, das die schwer erarbeiteten Momente der Gemeinsamkeit feiert und noch einmal deutlich akzentuiert. Auffallend ist, dass die innerhalb der musikalischen Improvisation Kontakt und Beziehung ermöglichenden Strategien der einzelnen Patienten ein sehr viel höheres Maß an Individualität aufweisen als die wesentlich

leichter zu verallgemeinernden und direkt in Zusammenhang mit dem Erkrankungsbild zu bringenden Formen der Kontaktvermeidung. So finden sich auf der Ebene der musikalischen Formenbildung beispielsweise Muster, die wie Ansätze einer Strukturbildung wirken (Tonwiederholungen, beruhigende Pendelbewegungen, rhythmische oder melodische Motive, die Patienten wie Therapeutin ein Aufgreifen und Weiterentwickeln ermöglichen) sowie Sequenzen, innerhalb derer die Patienten ihrerseits Motive des Spiels der Therapeutin aufgreifen, bei „Stolperstellen“ auf die Therapeutin warten o. ä.. Die hier wirksam werdenden Ressourcen zu Strukturbildung, Selbstberuhigung und Intentionalität und die damit möglich werdende (Beziehungs-) Dynamik scheinen eher quer zum Krankheitsgeschehen zu verlaufen und ein je individuelles Können zu repräsentieren. Dieses Können steht offenbar in einem direkten Zusammenhang mit dem Leiden dieser Patienten an ihrer Beziehungslosigkeit und Isolation, wie es in ihrer Selbsteinschätzung anhand der ADS-K sowie im miterlebenden Beschreiben der Hörer zum Ausdruck kam (s. o.). Mit Bezug auf das bereits oben im Zusammenhang mit dem Frau A. offenbar nicht erlebbaren Leiden an ihrer Isolation dargestellte Zitat Benedettis kann hier festgestellt werden, dass „die Dimension des Verlassen-Seins“ (Benedetti 1994, S. 266) im Erleben dieser Patienten offenbar repräsentiert ist und infolgedessen im Verlauf des Improvisierens auch nicht innerhalb projektiv-identifikatorischer Prozesse stellvertretend von mir *erlebt* werden muss: Wenngleich ich auch innerhalb dieser Improvisationen Atmosphären des Verlassenseins und abgrundtiefer Einsamkeit verspüre, fühle ich *mich* nicht einsam und verlassen. Noch wichtiger erscheint mir, dass das den Patienten erlebbare Erleiden dieses Schmerzes innerhalb der gemeinsamen Improvisationen mit deutlichen Anstrengungen und der Mobilisierung vorhandener Ressourcen zur Überwindung dieses Zustandes einhergeht. Bezüglich der Beschreibungstexte fällt darüber hinaus auf, dass neben Schilderungen verzweifelter Bemühens um Kontakt, Gemeinsamkeit und Beachtung (am deutlichsten ausgeprägt in B.7) immer wieder Szenen der Verfolgung assoziiert werden, in die die schließlich möglich werdenden Begegnungen häufig direkt eingebettet sind. Innerhalb der Beschreibungstexte zu der zuvor untersuchten Improvisation A.1 wird die Patientin zwar als „Flüchtende“ und die Atmosphäre als grauenvoll und gefährlich beschrieben, jedoch wird innerhalb der Texte kein „Verfolger“ assoziiert und

„das Ende erfolgt, *bevor* die Bedrohung ihren Anfang nehmen kann“ (A.1.2, Hervorhebung S. K.). Dagegen finden sich innerhalb der Beschreibungstexte zu den Improvisationen A.5, B.6 und B.7 gehäuft Verfolgungs-, Jagd- und/oder Kampfszenen. *Dass* diese Szenen und damit auch ein „Verfolger“ auftauchen, ist aber gerade *Voraussetzung* dafür, dass bei *dennoch* erfolgter Annäherung eine Differenz zur ebenfalls beschriebenen befürchteten Gefahr und Bedrohung erlebt werden und die Gefahr als potentielle identifiziert oder gar infrage gestellt werden kann (s. o.). In Anlehnung an die Ausführungen Mentzos und Benedettis zum Verfolgungswahn schizophrener Patienten (vgl. Kapitel II. der vorliegenden Arbeit) kann zumindest vermutet werden, dass das Zustandekommen eines Verhältnisses (und Erlebens?) der Verfolgung innerhalb der Improvisation durchaus als Chance verstanden werden darf: „Die Beziehung zum Verfolger zeichnet sich dadurch aus, dass die Verfolgung trotz der bestehenden intensiven Beziehung die notwendige Distanz schafft“ (Mentzos 1993, S. 66). Vergegenwärtigen wir uns, dass innerhalb der Improvisationen diese „Verfolgungsszenen“ direkt und aktiv gestaltet und somit aus dem intrapsychischen Binnenraum in die Interaktion transformiert werden und einen dialogischen Charakter erhalten, wird ersichtlich, welche therapeutischen Möglichkeiten mit dieser Form der Beziehungsgestaltung assoziiert sein *können*. In der Annahme der Rolle (und des Erlebens!) des Verfolgers erweist sich die Therapeutin als durchlässig für die paranoiden Projektionen des Patienten, die, eingebettet in die Therapie, im Gegensatz zu dem sonstigen autistischen Erleben des Patienten, nun zum Ausdruck des Erlebens zweier Partner werden. Selbst paranoide Projektionen, die im vortherapeutischen Zustand nicht existierten, wertet Benedetti unter diesem Gesichtspunkt als konstruktive Anstrengung des Patienten, Voraussetzungen für das Zustandekommen eines Dialoges zu schaffen (vgl. z. B. Benedetti 1979, S. 52ff). Ausschlaggebend für die je individuell (zumeist durchaus nicht bewusst!) zu fällende „Entscheidung“ der Therapeutin, ob es in diesem ganz konkreten Fall und Moment sinnvoll und für den Patienten hilfreich sein könnte, innerhalb der musikalischen Improvisation die Rolle des Verfolgers anzunehmen, kann in der konkreten therapeutischen Situation ausschließlich das durch das (Mit-) Erleben der Therapeutin vermittelte Erleben des Patienten sein: Ein Sich-Ereignen der beschriebenen Momente der Näherung und Gemeinsamkeit bedarf selbstverständlich entsprechender Wünsche

und Sehnsüchte seitens des Patienten – wie (selbst-) verborgen sie auch häufig sein mögen! Tatsächlich erlebe ich Frau E., Herrn F. und Herrn G. bereits vor dem gemeinsamen Improvisieren als einsam, traurig und trotz spürbarer Angst Kontakt suchend. Mich selber erlebe ich innerhalb dieser drei Improvisationen nicht durchgehend, wie im gemeinsamen Spiel mit Frau A. als einsam, aufdringlich, überflüssig und letztlich nutzlos, sondern phasenweise und schnell wechselnd als verfolgend, abgehängt, Kontakt suchend, gemieden; aber auch als findend und gesucht. Ich erlebe mich und auch mein jeweiliges Gegenüber als lebendig, beweglich und bewegend. Eine Improvisation, die sich in der Wiederholung traumatischer Szenen der Verfolgung und Überwältigung *erschöpft*, dürfte – bei allem Mitteilungscharakter - kaum geeignet sein, als Ausgangspunkt sinnvollen gemeinsamen therapeutischen Arbeitens zu fungieren. Verlauf und Veränderungen bezüglich der Beziehungsgestaltung innerhalb dieser drei Improvisationen verweisen darauf, dass bereits innerhalb der Erstimprovisation mit schizophrenen Patienten eine „Behandlung durch die Grundbeziehung“ (Mentzos 1993, S. 58, vgl. auch Kapitel II der vorliegenden Arbeit) stattfinden *kann*, die u. a. dadurch gekennzeichnet ist, dass die „sich entwickelnde psychotischen Beziehung ... durch das Erbringen des faktischen Gegenbeweises ... beantwortet“ (ebd.) wird.

IV.5.2.3 „Bemächtigung? Schutz vor Gefahr?“

Auch innerhalb der nachfolgend untersuchten Improvisation konnte sich ein „Moment der Näherung“ ereignen. Dieser unterscheidet sich jedoch sowohl hinsichtlich der hierin zum Ausdruck kommenden Beziehungsform und bezüglich der konkreten musikalischen Interaktionsmuster in einigen wesentlichen Punkten von den bislang untersuchten Improvisationen als auch bezüglich der herausgearbeiteten Sinnhaftigkeit dieses Momentes.

Eine kurze Darstellung des musiktherapeutischen Erstkontaktes, in dessen Verlauf die Improvisation entstand, kann in Abschnitt I.1.3.2 nachgelesen werden. Wie bei den zuvor dargestellten Fällen finden sich sowohl innerhalb der Skript- als auch innerhalb der Improvisationsbeschreibungen, die zu diesem Erstkontakt angefertigt wurden, vor allem Hinweise auf nicht gelingende Beziehung und Gemeinsamkeit, wobei hier übereinstimmend ganz unterschiedliche Facet-

ten geschildert werden: Einerseits wird bezüglich der konkreten Situation ein aktives Sich-Entziehen seitens der Patientin beschrieben, infolgedessen sich Gemeinsamkeit gar nicht erst ereignen kann: „Ich bin nicht da, wo ihr mich sucht ... Die Patientin versucht alles, um nicht 'erwischt' zu werden. Sie entwischt immer wieder, lässt sich nicht 'einfangen'. Und das Klavier kann alles geben – es gelingt nicht, wirklich gemeinsam zu spielen. Sie ist nicht da, da kann man noch so sehr suchen...“ (A.4.3), heißt es beispielsweise in einer der Improvisationsbeschreibungen. Gewissermaßen aus einem anderen Blickwinkel heraus werden Szenen beschrieben, in denen jemand/etwas verschwindet, Verbindungen/ Zusammenhänge(nde) zerreißen, jemand verlassen oder vergessen wird: „Als es dunkel geworden ist, ist ein kleines Mädchen zurückgeblieben. Hat man es vergessen? ...“ (A.4.1). In diesen Betonungen eines *Auseinander* finden sich zunächst einmal große Ähnlichkeiten mit den innerhalb der bisher untersuchten Improvisationen beschriebenen Beziehungsformen, was auch anhand der musikalischen Formenbildung und bezüglich der konkreten Interaktionsmuster deutlich nachvollzogen werden kann. Da die Übereinstimmung der musikalischen Formen der Vermeidung von Kontakt und Beziehung bzw. der Darstellung von Beziehungsabbrüchen innerhalb dieser Improvisation mit denen innerhalb der Improvisationen A.1, A.5, B.6 und B.7 so frappierend ist, dass sich eine genauere Darstellung fast wie eine Wiederholung vor allem der in A.1 herausgearbeiteten Interaktionsmuster liest, sei an dieser Stelle lediglich noch einmal darauf verwiesen, dass die der Abwehr von Kontakt dienenden musikalischen Interaktionsmuster offenbar leichter zu identifizieren und zu verallgemeinern sind und eher überindividuelle Züge tragen (s. o.). Ganz ähnlich wie innerhalb der Improvisationen A.5, B.6 und B.7 ereignet sich darüber hinaus auch hier deutlich nachvollziehbar ein Moment gemeinsamen Spielens, der bezüglich der Interaktionsmuster beider Spielerinnen den dort beschriebenen „Momente[n] der Näherung und Gemeinsamkeit“ sehr ähnlich ist: Wie in B.7 erklingt in dem bis dahin freien, chaotischen und ungeformten Spiel der Patientin plötzlich und überraschend ein kurzes, hier melodisches Motiv (im folgenden Notenbeispiel markiert), das ich, indem es mich an das französische Volkslied „Au clair de la lune“ erinnert, zumindest als solches erlebe, obwohl es in der Ungeformtheit des gesamten Spiels kaum hörbar ist, mit zwei kleinen statt großen Sekunden beginnt und auch nicht wei-

IV Vergleichende psychologische Untersuchung musiktherapeutischer
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

tergeführt wird, sondern, dem bisherigen Gestus der musikalischen Gestaltung folgend, sofort wieder abbricht. Dennoch greife ich es auf, indem ich es einerseits auch in seiner Fragmentierung imitiere, andererseits allerdings auch „berichtige“, indem ich zwei große Sekunden intoniere. Kurz danach wird das Spiel des Klaviers weicher („Harte Regentropfen fallen in weiches Wasser“, 4. B.) und leiser und Patientin und Therapeutin finden in ein gemeinsames Metrum: Frau D. wiederholt in melodisch insgesamt aufsteigender Bewegungsrichtung abwärts geführte Sekunden vom betonten zum unbetonten Taktteil. Diese „ausdrucksvoll fallende[n] Sekunde[n]“ (Rummenhöller 1983, S. 99) sind in der Musikwissenschaft als „Seufzer“ (ebd.) oder Seufzermotiv bekannt.¹ So wirkt dieser kurze Abschnitt einerseits anrührend und klagend, andererseits mit seinen abspringenden Nebennoten (De la Motte 1985, S. 206ff) und der aufwärts strebenden Melodieführung spielerisch und hoffnungsvoll.

The image displays four systems of musical notation for a piece titled 'Moment der Nahrung und Gemeinsamkeit'. Each system consists of two staves: 'gr. Xylophon' (large xylophone) and 'Klavier' (piano). The first system shows the xylophone playing a rhythmic pattern of eighth notes, while the piano is silent. The second system features a melodic line on the xylophone with a bracketed section labeled 'Motiv *' and a piano accompaniment. The third system includes a dynamic marking 'pp weich' (pianissimo soft) for the piano part. The fourth system shows both instruments playing in a more complex, interlocking rhythmic pattern.

Abb. IV.5.2.3.1: Notenbeispiel 5: Frau E.: Moment der Nahrung und Gemeinsamkeit

¹ Ein ergreifendes Beispiel für die Verwendung dieses Motivs findet sich in der „Weihnachts – Historie“ (SWV 435) von Heinrich Schütz innerhalb des dem Intermedium VII folgenden Rezitativs des Evangelisten an der Stelle: „...viel Klagens, Weinens und Heulens. Rahel beweinet ihre Kinder und wollte sich nicht trösten lassen...“.

Wenngleich es sich auf der Ebene der konkreten musikalischen Interaktion um einen „Moment der Näherung“ handelt, dem die Patientin denn auch recht schnell wieder entflieht, bekommt er im Erleben der Hörer doch eine ganz andere Konnotation, als dies bei den drei Improvisationen der Fall war, die im vorigen Abschnitt untersucht wurden: Das oben angeführte Zitat von den harten Regentropfen, die in weiches Wasser fallen, verweist auf ein von *dieser* Hörerin als angenehm erlebtes *Ineinander*. Ähnlich erlebt es auch ein anderer Hörer, der allerdings die mit dem Erleben eines Ineinander verbundene Entdifferenzierung kritisch hinterfragt: „Das Aufkeimende, Eigenständige, Differentente soll (?) gleich wieder eingebunden, eingebettet werden. Das Bild einer großen, warmen Decke, die über etwas ausgebreitet werden soll. Bemächtigung? Schutz vor Gefahr? Ist das Kind schon selbständig, oder ist dies die Täuschung, dass es sich zu viel zutraut? Oder hat nur die Mutter Angst, ohne davon zu wissen? Es wird nicht klar“ (A.4.2). Eine weitere Hörerin imaginiert zunächst ein „munteres, buntes Treiben“ (A.4.1) im Park und dann eines der Kinder als „eingeschlafen?“ und/oder „vergessene?“. Das Mädchen, nicht wissend, ob es wacht oder träumt, gerät in eine traumartig–illusionäre Großvater–Nachtwelt, in der die Dinge lebendig werden und das Kind genießt, „dass es jetzt all die schönen Spielsachen ganz für sich alleine hat“ (ebd.). Die beschriebene traumartige Atmosphäre und die Lösung von Kausalitäten und Regeln lässt sich auf das von musikalischen Regeln und Festlegungen weitgehend freie und ungebundene Spiel der Patientin beziehen, dem sich die Therapeutin schließlich angeglichen hat. Weiter heißt es bei dieser Hörerin: „Plötzlich kommt die Mutter und schimpft und holt das kleine Mädchen ab.“ So wird das Kind aus der bunten Phantasie–Großvater–Nacht–Welt (in der es gleichwohl alleine war, was es aber genoss...) in die zuvor als „grau“ geschilderte, dieser Nachtwelt gegenüberstehende und wohl eher als Tagwelt oder „Realität“ zu bezeichnende Welt der Mutter *geholt*. Blitzschnell scheinen hier Patientin und Therapeutin die Rollen zu wechseln: Einerseits lässt sich das Bild des allein zurück gebliebenen Kindes zunächst auf die Rolle der Therapeutin am Klavier beziehen, die bei all den von der Patientin initiierten Abbrüchen und Wechseln tatsächlich immer wieder alleine zurück bleibt (und sich auch so fühlt...) und schließlich, sich an diese weitgehend ungeformte Art des Spielens anpassend, in die traumartig–idyllische Zauberwelt aufgehobener (musikalischer) Regeln

und Ordnungen eintritt. In dieser Lesart gerate ich durch die Art meines Aufgreifens dieses Motivs wohl eher in die Rolle der die „graue“ (s. o.) Welt der Ordnungen und Regeln vertretenden Mutter: Tatsächlich „verbessere“ ich dieses erste Motiv der Patientin, das infolgedessen einer Ordnung einverleibt (?) wird, die kurz darauf den beschriebenen Moment gemeinsamen Spielens in einem geordneten Rahmen (gemeinsames Metrum, beide spielen im diatonischen Bereich) ermöglicht - oder erzwingt? Die ansonsten so frei und losgelöst von musikalischen Regeln und Formen spielende Patientin greift in diesem Moment auf ein seit Jahrhunderten in der Musik tradiertes Motiv (s. o.) zurück und kann damit kurzfristig ihrer Trauer (s. u.) Raum geben. In dieser Szene lässt sich das Bild der das Kind abholenden Mutter auf das nun geordnete und symbolische Spiel der Patientin beziehen (Rummenhöller charakterisiert die „Seufzer“ als „weibliche Endung“!). Dennoch oder gerade deswegen entflieht sie dieser „Bemächtigung?“ oder diesem „Schutz?“ (s. o.) in den spannungsfrei-schwebenden pentatonischen Tonraum und in undefinierbare, nicht mitvollziehbare metrisch-rhythmische Gestaltungsmuster. Als ihr die Therapeutin in die Pentatonik folgt, bricht sie ihr Spiel ab und geht zu einem anderen Instrument. Im Gegensatz zu den Improvisationen A.5, B.6 und B.7 kommt es im weiteren Verlauf der Improvisation nicht mehr zu Sequenzen gemeinsamen Spielens. Die weitere musikalische Gestaltung weist mit seiner erfolgreichen Verhinderung von Kontakt hinsichtlich der Formenbildung und auch bezüglich der Interaktionsmuster wiederum eine so verblüffende Ähnlichkeit mit den innerhalb der bereits vorgestellten Improvisationen herausgearbeiteten Charakteristika auf, dass eine weitere Darstellung an dieser Stelle entbehrlich erscheint.

Auch innerhalb dieses musiktherapeutischen Erstkontaktes gibt es deutliche Unterschiede bezüglich des Gespräches vor und nach der Improvisation. Während Frau D. zu Beginn der Stunde meint: „Also, mit dem Spontanen ist es nicht so gut, weil, die Medikamente dämpfen das irgendwie bei mir...“ und wir beide uns an Fakten und Formalien festhalten („Geplauder am Rande/Partygeplauder ... immer schön brav sein, nur nicht zu neugierig/ interessiert, schön den Deckel/ die Decke drüber lassen...“, A.4.III), kann sie hinterher von ihrer Trauer (!) über den Tod ihrer tags zuvor verstorbenen Großmutter erzählen. Jetzt wirkt sie auf mich gar nicht mehr „gedämpft“, sie kann ihre

Trauer spüren, ihr weinend nachspüren und Ausdruck verleihen. Während des Spielens verspürte ich eine abgrundtiefe Trauer, die seltsam losgelöst ganz (in der) Musik zu sein schien - nun kann ich *sie* spüren: die Patientin, die Trauernde. Da der bereits zitierte Beschreibungstext A.4.1 so viele Parallelen zu den von mir im Anschluss an diesen Erstkontakt notierten Gedanken und meinem Erleben der Patientin und unseres gemeinsamen Anwesendseins aufweist, möchte ich sie mit Bezug auf diesen Text darlegen, was auch der Nachvollziehbarkeit meines später im Rahmen der Reflexion darzustellenden Verständnisses der ganzen Szene „Erstkontakt“ zugute kommen mag: Ja, es ist dunkel geworden, und hier ist ein kleines Mädchen zurückgeblieben! Aber deswegen muss es (hier) nicht allein in illusionären *Großvater* (?) – Welten wandeln, auch wenn dort alles möglich ist und es durchaus genießt, all die schönen Spielsachen ganz für sich alleine zu haben... Auch diese fast überwältigende Trauer ist mit-teilbar! „Ich bin überrascht und angerührt davon, wie schnell ein Vertrauensverhältnis zwischen Patientin und Therapeutin entsteht (A.4.I), heißt es in einer der Skriptbeschreibungen, wobei die Beschreibende im Nachgespräch betont, dass sich dieses Erleben ganz deutlich auf die Beziehungssituation *nach* der (nicht gehörten!) Improvisation bezieht... Im Erleben anderer Hörer verändert sich diesbezüglich nichts, es bleibt beim Eindruck einer „Vermeidung der Beziehungsaufnahme“ (A.4.IV). Diese unterschiedlichen Wahrnehmungen innerhalb der Gruppe, die das Skript beschrieb, begegnete uns ja bereits innerhalb der Improvisationsbeschreibungen (s. o.) und verweist deutlich auf die Vielschichtigkeit des (Beziehungs-) Geschehens auf unterschiedlichen Ebenen seelischen (Er-)Lebens. Natürlich kann, muss und darf angesichts des vorliegenden Forschungsgegenstandes mit dieser Vielschichtigkeit gerechnet werden! Dass dieses Thema hier so deutlich in den Vordergrund tritt dürfte allerdings eher mit dem zu tun haben, was hier „der Fall ist“. Verbunden damit vermittelt sich eine erste Ahnung davon, dass es hier möglicherweise nicht um die *Alternative* „Bemächtigung?“ *oder* „Schutz vor Gefahr?“ geht, sondern um Gleichzeitigkeit und/oder Kippbewegungen, die in schnellem Hin und Her ebenfalls als Gleichzeitigkeit imponieren. Hingewiesen sei an dieser Stelle noch darauf, dass sowohl innerhalb dieses Erstkontaktes als auch innerhalb der Skript- und Improvisationsbeschreibungen immer wieder Fragen auftauchen,

die auf Unentschiedenes, Offenes...verweisen: „Fragen über Fragen, nach Antworten weinend“ (A.4.II).

Frau D. hat Bemächtigung in Beziehungen erlebt: Im Aufnahmegespräch berichtet sie, dass sie in einem Land, in dem sie vor einiger Zeit lebte, „schlimme masochistische Dinge mit Männern erlebt“ habe, auch sei sie von der Fremdenpolizei verfolgt worden. Später habe sie sich in einen Psychotherapeuten, bei dem sie eine ambulante Gesprächstherapie absolvierte, verliebt. Dieser habe „die Grenzen überschritten“ und dann die Behandlung beendet. Hier begegnet uns nun deutlich eine Verkehrung von Beziehungsformen, die mit „Schutz vor Gefahr“ assoziiert sind (Polizei, Therapeut), stattdessen jedoch Formen drohender oder eingetretener „Bemächtigung“ annehmen. Genaueres ist über diese Vorkommnisse nicht bekannt: Frau D. will (?) darüber nicht weiter berichten, sie ist zum Zeitpunkt des Aufnahmegesprächs akut psychotisch, und da sie auch weiterhin als „extrem labil“ erlebt wird und unter „extreme[n] Ängste[n]“ (Angaben aus der Patientenakte) leidet, werden diese Vorkommnisse nicht thematisiert... So bleibt auch die Frage, ob sich diese Geschehnisse *so* in der äußeren Realität abgespielt haben, oder ob die Patientin mit diesen Verlautbarungen auf (nicht weniger reale!) intrapsychische Verarbeitungs- und Erlebensformen hinweist, unbeantwortet - „Das kleine Mädchen weiß nicht, ob es träumt oder wacht“ (A.4.1)... Eines aber inszeniert sie ganz konkret: Als Frau D. in akut psychotischem Zustand nach Drogenkonsum in die Klinik eingeliefert wird, legt sie sich in ihrer Einsamkeit, wie sie berichtet, auf den Arzt, der sie im Krankenwagen begleitet. Diesmal ist Frau D. selbst diejenige, die auf der Suche nach „Schutz vor Gefahr“ zur Bemächtigenden wird. Auf der Station wird Frau D. als „extrem ängstlich und verzweifelt“, hilfesuchend und anklammernd beschrieben – auch hier ist sie in fast bemächtigender Art und Weise auf der Suche nach Schutz vor Gefahr. Trotzdem erhält die Patientin innerhalb der PANSS bezüglich der Items „Passiver apathischer Rückzug“ und „Emotionaler Rückzug“ die – vor diesem Hintergrund – relativ hohen Werte 3, was noch einmal auf die Konflikthaftigkeit und Ambivalenz dieser Suche nach Schutz verweist. Dem Item „Innerhalb der letzten Woche fühlte ich mich einsam“ innerhalb der ADS-K ordnet Frau D. einen Wert von 2 (öfters) zu.

Die innerhalb der Improvisation immer wieder inszenierten (Beziehungs-) Abbrüche und Diskontinuitäten können *auch* und *auch in diesem Fall* (s. o.) als

Ausdruck erlittener Verluste und Diskontinuität verstanden werden, auf die sich in der Biografie der Patientin zahlreiche Hinweise finden. Als sie sieben Jahre alt ist, verstirbt ihr Vater durch Suizid. Seit ihrem dritten Lebensjahr zog die Familie immer wieder um, später studierte und arbeitete sie in unterschiedlichen Städten und Ländern auf verschiedenen Kontinenten der Erde.

Frau D. leidet seit ihrer Kindheit an Asthma.

Reflexion

Insgesamt ist auch das gemeinsame Spiel mit Frau D. überwiegend durch unterschiedliche Ausgestaltungen von Fragmentierung, Instabilität und Diskontinuität geprägt, was eine musikalische Mitbewegung und ein Sich-Ereignen von Kontakt und Gemeinsamkeit weitgehend verunmöglicht. Die Qualität des dennoch auch innerhalb dieser Improvisation auffindbaren „Momentes der Näherung“ trägt Züge eines Verkehrsverhältnisses, das sich auch anhand der zusätzlich einbezogenen Daten bestätigt. Auch hier finden wir innerhalb und außerhalb der Improvisation extreme Ausgestaltungen eines *Auseinander*. Auf der Suche nach einer Bewegungsrichtung des Ineinander findet sich hier jedoch nicht, wie anhand der bisher untersuchten Fälle, ein weitgehendes Fehlen dieser Tendenzen, die dann als Extrem eines *Ineinander* überwiegend als Symptom imponierende Ausformungen annehmen, die wiederum (lediglich oder immerhin) entsprechende Strebungen beinhalten (wie dies z. B. im Beziehungs- oder Verfolgungswahn der Fall ist; vgl. II sowie IV.2.5). Solche Symptome finden sich bei dieser Patientin auch (vgl. IV.1). Darüber hinaus fällt jedoch auf, dass sie immer wieder Situationen erlebt und/oder inszeniert, in denen Annäherung und „Schutz vor Gefahr“ den Charakter von Überwältigung und „Bemächtigung“ annehmen – so, wie der „Moment der Näherung“ innerhalb der untersuchten Improvisation.

Mit Bezug auf das Gespräch vor der untersuchten Improvisation sowie unter Einbezug weiteren Materials lassen sich die geschilderte Beziehungsszene und die Rolle, die ich als mitspielende Therapeutin hierin übernommen habe, als Reaktion auf einen entsprechenden Beziehungswunsch der Patientin verstehen: Wie auf Station, so wirkt Frau D. auch auf mich verunsichert, irritierbar, suchend nach Halt und Sicherheit. So verstehe ich in der konkreten Situation ihre

starke Betonung formaler Aspekte vor allem als Ausdruck dieser Suche nach Sicherheit und Orientierung. Hinweise auf Abbrüche und Fragmentarisches tauchen zunächst im Schutz des Berichtens äußerer Umstände auf als Leben und Arbeiten in zahlreichen unterschiedlichen Städten, über die ganze Welt verstreut, verbunden mit der Erzählung, dass sie bereits als Kind seit ihrem dritten Lebensjahr häufig umgezogen sei. Zum Ausbruch der Erkrankung sei es durch Mobbing gekommen – aber davon möchte sie nicht weiter berichten, das solle jetzt „verheilen“...Angst wird spürbar... Auch innerhalb der Skriptbeschreibungen wird immer wieder auf den Aspekt des Suchens nach Sicherheit und Ordnung verwiesen, auch auf die damit verbundene Not und Verkehrung: Von „viele[n] Nachfragen, Absicherung“ (A.4.V) ist die Rede, von „Orientierungsfragen“, die die Beschreibende an „Verkehrsschilder“ erinnern, „die aber ihre warnende oder weisende Funktion verloren haben“ (A.4.I). Noch weiß ich nicht um diese verlorenen Funktionen und befolge die Verbots- und Hinweisschilder, die die Patientin wie einen Schutzschild vor sich und zwischen uns stellt... So bleibe auch ich in unserem Gespräch in der Welt der Fakten und Formalien – „...sich die Angst wegreden und Vermeidung der Beziehungsaufnahme“ (A.4.IV)! „... schön ... die Decke drüber lassen...“(A.IV.3), heißt es in der bereits oben ausführlicher zitierten Skriptbeschreibung. Auch im Gespräch wird also eine „...Decke über etwas ausgebreitet“ (s. o.), und es bleibt fraglich, ob dies nun als „Bemächtigung?“ oder „Schutz vor Gefahr?“ (ebd.) verstanden werden kann.

Innerhalb der gemeinsamen musikalischen Improvisation ereignete sich jedoch ein „Moment der Näherung“, der (auch hier) deutlich nachvollziehbar in das nachfolgende Gespräch hineinwirkt und zumindest *auch eine* Ebene der Beziehungsgestaltung zwischen Patientin und Therapeutin prägt. Dennoch steht dieser Beziehungsaspekt *hier nicht* im Vordergrund des Geschehens, sondern ermöglicht eine andere Art der „Näherung“: Die affektive Befindlichkeit der Patientin im Anschluss an das Improvisieren, die in einem direkten Zusammenhang mit dem innerhalb des kurzen Momentes gemeinsamen Spielens symbolisierten musikalischen Affektausdruck steht, verweist darauf, dass es hier vor allem um eine Annäherung an inneres Erleben geht, an die eigene Geschichte, an „gestern“ erlittene Verluste und die damit verbundene Trauer. Mit Bezug auf den oben dargestellten Beschreibungstext sowie die Lebensgeschichte der

Patientin lässt sich die ungeformte, weitgehend spannungsfreie innere Welt, in die Frau D. (das alleine zurückgebliebene Kind!) während unseres gemeinsamen Improvisierens „hineingeraten“ ist, eine Welt aufgehobener Kausalitäten, der Träume und Illusionen, verstehen als innere Welt des geleugneten, aufgehobenen Schmerzes des frühen Verlustes des *Vaters* – aktualisiert und verstärkt durch den Verlust der *Großmutter*. Diese innerhalb des Beschreibungstextes wie in einem Traumbild zur „Groß-Vater-Welt“ verdichtete, eher primärprozesshafte Züge tragende Ebene seelische Erlebens (vgl. auch die späteren Ausführungen bezüglich der „Spielarten der *ZwEINSamkeit*“) kann in einem Moment *gemeinsamen* Spielens verlassen werden. Die in diesem Moment gelingende Symbolisierung ermöglicht eine Annäherung an die „graue“ Welt des Klagens und Trauerns, die Realität von Geschehenem und die innere Realität der Trauer und *Wahrnehmung* von Tod und Verlust. Ob dieser „Moment der Näherung“ einen ersten Schritt auf dem Weg zu einem „Gewinn der Trauer“ (Tüpkler 1988/1996, S. 187) darstellen kann, ist zu diesem Zeitpunkt der Therapie fraglich: Der Möglichkeit und Hoffnung, mit vorsichtigen Schritten Integration zu ermöglichen und damit „Schutz vor der Gefahr“, in psychotische Gegenwelten flüchten zu müssen, steht die Gefahr einer „Bemächtigung“ und Überflutung durch (noch) nicht integrierbare Erlebensformen gegenüber. Obwohl der geschilderte Beginn der musiktherapeutischen Behandlung mit den deutlich werdenden Ressourcen der Patientin bezüglich ihrer Fähigkeiten und Möglichkeiten der Beziehungsregulation und der Affekttoleranz *in mir* – und mein Eindruck ist innerhalb dieses Erstkontaktes wie auch anhand der folgenden Stunden, dass es auch bei Frau D. so ist - die beschriebene Hoffnung aufkeimen lässt, inszeniert sich die innerhalb der Beschreibungstexte hervorgehobene Unentschiedenheit auch hinsichtlich des musiktherapeutischen Behandlungsverlaufs und führt (auch hier!) zu einem (Beziehungs-) Abbruch: Frau D.'s Klagen und Hilfsappelle auf der Station verstärken sich, was zu einer Erhöhung der Medikation führt. *Einerseits* ist Frau D. darüber froh und fühlt sich weniger ängstlich und gequält. *Andererseits* klagt sie – vor allem in der Musiktherapie! - darüber, dass sie kaum noch etwas fühlen könne und sich als „gedämpft und unlebendig“ erlebe. Hier nehmen nun die Medikamente die Funktion der großen wärmenden Decke ein, die über „etwas“ ausgebreitet wird, und auch hier begegnet uns im Erleben der Patientin wieder ein Schutz vor Gefahr,

der sich in Bemächtigung verkehrt. In den Gesprächen mit ihrer behandelnden Psychologin betont Frau D. einerseits, wie gut ihr die Musiktherapie tue und dass sie sich dort als lebendig und affektiv erreichbar und sich selbst affektiv erreichend erlebe. Andererseits schildert sie *dort* jegliches Fühlen als so qualvoll und unerträglich, dass nun (auch) die Psychologin ihrem Appell nachkommt und die Rolle der Ordnung und Sicherheit Stiftenden übernimmt: Wieder werden die Medikamente erhöht und die Psychologin beginnt, in ihrer Sorge um die Patientin an der Sinnhaftigkeit der Weiterführung der Musiktherapie zu zweifeln. Wir können uns zwar bezüglich dieser Zweifel vor dem Hintergrund eines guten kollegialen Verhältnisses konstruktiv auseinandersetzen und die Kollegin befürwortet die Fortführung der Musiktherapie. Dennoch fungieren die auch mit der Patientin erörterten Zweifel als „Zünglein an der Wage“ und gehen gemeinsam mit der Wirkung der Medikamente eine Allianz ein, deren Macht zum Abbruch der Musiktherapie und damit immerhin inmitten dieser quälenden Ambivalenz und Unentschiedenheit zu einer die Patientin tatsächlich zunächst einmal entlastenden Entschiedenheit führt. Frau D. wird sich ihres Erlebens (ganz allgemein und auch ihres Gefühls, dass ihr die Musiktherapie irgendwie gut tut) immer unsicherer, ihr und unser gemeinsames Spiel wird immer lebloser und schematischer. Das zu bemerken und den Unterschied zu mir und meinem Spiel, das sie als „so lebendig und gefühlvoll“ wahrnimmt, ist für sie so quälend, dass sie sich nach einigen Stunden entscheidet, die Musiktherapie zu beenden.

Hat sie ihre Trauer und damit ihre Lebendigkeit in der Musik(-therapie)/bei mir „hinterlegt“? (vgl. die Ausführungen Benedettis zu „Transitivismus und Apersonierung“ in Benedetti 1994, S. 194ff). Werde ich sie bewahren können? Und vor allem: Wird Frau D. irgendwann wiederkommen, um sie „abzuholen“ und zu integrieren? Muss sie sich vorerst (wieder?) von der „grauen“ Mutter-Welt und der dort drohenden (Überwältigung durch?) Trauer abwenden? Und um wessen Trauer geht es eigentlich? Hat sie nach dem Tod ihres Vaters Schutz gesucht und Bemächtigung durch (die) Trauer (ihrer Mutter?) erlebt? Oder eine Bemächtigung, die (ihrer) Trauer keinen Raum geben konnte? Und wird sie diesmal (vorerst) Ent-Spannung in dämpfenden Medikamentenwelten finden? Tatsächlich bleiben „Fragen über Fragen“ (s. o.): Wie lange wird Frau D. noch nach Antworten weinen müssen?!

IV.5.3 Verunmöglichung von Kontakt im Ineinander: Einssein im Einklang

Die zweite der zwölf untersuchten Improvisationen, innerhalb derer sich kein Kontakt etablieren konnte, ist das gemeinsame Spiel mit Herrn C. Dieser Eindruck prägt die angefertigten Improvisationsbeschreibungen und bestätigt sich anhand der musikalischen Analyse bezüglich des konkreten musikalischen Interaktionsverhaltens beider Spieler. Patient und Therapeutin nehmen in ihrem Spiel zwar deutlich Bezug aufeinander, jedoch führt die spezifische Art dieses Bezugnehmens mit seinem Nicht-zusammen-Passen von Phasen gegenseitiger Anpassung einerseits und starrem Festhalten an Eigenem andererseits dazu, dass Kontakt und Gemeinsamkeit hier gerade nicht gelingen. *Einerseits* folgt die Musik hier überwiegend Tendenzen und Bestrebungen eines *Ineinander*, so dass ein Gegenüber *als* Gegenüber und damit die belebende Wirkung eines/etwas Anderen nicht wirksam werden kann. Insofern ähnelt diese Art der hier vorgefundenen Beziehungsgestaltung der beschriebenen Form der „Spielarten der ZWEIFSsamkeit“, was auch anhand der konkreten musikalischen Interaktionsmuster nachvollziehbar ist. *Andererseits* nimmt die Therapeutin hier nicht – wie überwiegend dort beschrieben – die Rolle der Sich-Anpassenden, sich in das Spiel des Patienten Einfügenden an, sondern bringt von Anfang an Eigenes mit ins Spiel – mit dem Resultat der oben angedeuteten Prozesse wechselseitig nicht gelingender Abstimmung und Regulation. Anhand der musikalischen Analyse wird deutlich, dass das Spiel der Therapeutin infolge dieser Fehlregulierungen entweder einen einverleibend-verschlingenden Charakter bekommt oder aber dazu führt, dass sich das Spiel des Patienten verrückt. Beides taucht im Erleben der Hörer deutlich auf und wird innerhalb der Beschreibungstexte in dramatische Bilder gebracht.

Insgesamt fungiert auch hier die gemeinsame Improvisation als Medium der Beziehungsvermeidung – hier vor allem im *Ineinander* und *Nebeneinander* –, was in diesem Fall jedoch *als solches* (zur Erklärung s. die spätere Reflexion) im Gegensatz zu der Art der Kontaktvermeidung in A.1 (s. o.) weniger als gelungen denn als (Darstellung eines?) Erlitten bezeichnet werden muss. Darauf verweisen das diesbezüglich anhand der Beschreibungstexte nachvollziehbare Fehlen von Aktivität und Intentionalität sowie meine eigene heftige Gegen-

übertragung während des Spielens sowie im Anschluss an die Improvisation. Auch an dieser Stelle darf zur Einstimmung in den konkreten Fall „gesprungen“ werden (s. S. 82).

„Widerstand ist zwecklos“

Bezüglich der in den Skript- und Improvisationsbeschreibungen geschilderten Beziehungsformen fallen vor allem krasse *Gegensätze* ins Auge, hier findet sich zunächst eine deutliche *Kontrastbildung* der Beziehungsgestaltung innerhalb des musiktherapeutischen Erstkontaktes mit Herrn C. bezüglich des Gespräches und innerhalb des Improvisierens: Innerhalb der Skriptbeschreibungen wird vor allem das Nicht-zustande-Kommen von Austausch und Gemeinsamkeit beschrieben, ein Drängen (auf Seiten der Therapeutin) und Sich-bedrängt-Fühlen, Zurückhalten, Unerkannt-Bleiben und fehlendes Selbstinteresse (auf Seiten des Patienten). So heißt es z. B. in einem Text: „Was geht es mich an, wie es mir geht?“ Wenn man sich bemüht, kommt aber trotzdem was. Aber es muss gequetscht werden, bis die Zahnpastatube noch etwas hergibt“ (B.3.II); „Ein Verhör. Was die alles wissen will! Aber ich sage nichts... Eine Mutter, die mein Leben kontrollieren will. Macht und Verführung“ (B.3.IV), innerhalb eines anderen. Beide Texte wurden aus einem sich mit dem Patienten identifizierenden Erleben heraus in der Ich-Form geschrieben und betonen insofern eine seelische Bewegung des Ineinander, während sie bezüglich des beschriebenen Geschehens und Erlebens eher eine Form des Auseinander fokussieren. Eine ähnliche Betonung auseinander strebender Tendenzen findet sich innerhalb der Improvisationsbeschreibungen vor allem anhand der Reaktionen der Hörer als Ablehnung, Erschrecken oder Abwertung des Spiels des Patienten: „Der erste Schlag ist so durchdringend, dass es mir im Hirn wehtut“ (B.3.1), beschreibt es eine Hörerin, später schreibt allerdings auch sie in der Ich-Form und ist affektiv zu ihrem eigenen Erschrecken völlig involviert in das beschriebene Geschehen (vgl. die Beschreibungstexte und Erarbeitung der Ganzheit im Materialband der Arbeit). „Der erste Schlag, ich erschrecke mich. Wie, geht 's schon los? Ich bin doch noch gar nicht da. Gut, dass das Klavier mitspielt, das Trommeln ist so langweilig ... Was machen denn die Holperer

IV Vergleichende psychologische Untersuchung musiktherapeutischer
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

der Trommel? Muss das jetzt sein? ... Das Trommeln geht mir langsam auf die Nerven“ (B.3.3), formuliert es eine andere Beschreibende.

Darüber hinaus überwiegen innerhalb der Improvisationsbeschreibungen Schilderungen eines Miteinander in einer undifferenzierten Mehrheit, Entwicklungen hin zum „Einssein“ (s. u.), Formen des Mit- und Hineingezogenwerdens, der Assimilation, des perfekten Zusammenpassens bis hin zu Zuständen undifferenzierten *Ineinanders*. Um auch hier (s. o.) das deutliche Überwiegen dieser Form der Bezogenheit darzustellen, soll hierzu aus jeder der angefertigten fünf Improvisationsbeschreibungen ein Ausschnitt zitiert werden:

„Im Ameisenhaufen - ein unermüdliches Gekrieche und Gekrabbel, hin und her, rauf und runter, nebeneinander, übereinander. Ich will hier raus! Ich bin keine Ameise! Es ist so wie bei den Borg-Wesen aus dem Weltall. Die assimilieren alles, was ihnen in den Weg kommt, ihre Parole: Widerstand ist zwecklos.
Zwischen Mensch und Maschine. Die Menschen/Wesen, die sie assimilieren, werden zum Teil der Borg. Sie verlieren ihre Identität vollständig. Sie denken nur in der Gemeinschaft der Borg.“ (B.3.1)

Erster Teil: „Die Djembe begleitet das Klavier.“
Zweiter Teil: „Die Karawane zieht vorbei, viele bepakte Kamele machen sich mit ihren Treibern auf den Weg in die Wüste, in unendliche Landschaften aus Sand... Die Karawane erreicht eine Oase und ruht sich aus, beobachtet, wie eine andere Karawane an ihnen vorbei zieht und in der Ferne verschwindet“ (B.3.2)

„Das Klavier fällt ins Wasser, ein Tau wickelt sich um den Fuß der Frau, sie wird mit ins Wasser gezogen, in die unendliche, sie befreiende Tiefe. Das Wasser schwappt über ihr und dem Klavier zusammen, endlich angekommen, Einssein mit dem Element Wasser....
Und wieder versinke ich in dem Bild des abtauchenden Klaviers mit der Frau.
Unterbrechung...“ (B.3.3)

„Und ich kann mich vom Klavier nicht trennen,... weiterhin lasse ich mich vom Klavier mitziehen... Ich hänge weiter am Klavier, obwohl der Trommler auch etwas zu bieten hat, aber das Klavier...tritt immer wieder hervor... Auch die Überleitung übernimmt das Klavier...Ich versinke allmählich und glaube zu schlafen.“ (B.3.4.)

„...Zwei spielen im Einklang miteinander...Dann habe ich das Gefühl, dass es um einen Kräfteausgleich geht...
2. Teil: Tanzende Holzpuppen, perfekt zueinander passend“ (B.3.5.)

Der Frage nach den konkreten musikalischen Interaktionsmustern soll wiederum anhand einer hierauf fokussierenden musikalischen Analyse der untersuchten Improvisation nachgegangen werden.

Die Improvisation mit Herrn C. dauert 10'35''min und besteht aus zwei Teilen, die durch ein kurzes Gespräch voneinander getrennt sind und einen Wechsel

der (Spiel-) Haltung des Patienten markieren: Herr C. spielt sein Instrument (die Conga) zunächst im Sitzen. Da der Corpus der Conga recht hoch ist und sie noch dazu auf/in einem Ständer steht (und sehr schwer ist!), gehen die Patienten „normalerweise“ zu dem Instrument hin und spielen im Stehen. Die Conga ist eines der Instrumente im Musiktherapieraum, die kaum je verrückt werden. Herr C. tut genau dies: Er holt die Conga zu sich und stellt sie vor den Stuhl, auf dem er zuvor saß. Dabei muss er sich ebenso abmühen wie beim Spielen im Sitzen: Er ist relativ klein und gelangt mit den Händen kaum auf die Spielfläche – „eine Kinderperspektive“, geht es mir spontan durch den Kopf, die er da einnimmt – und während des zweiten Teils wieder verlässt. Nach ca. fünf Minuten beendet Herr C. sein Spiel und signalisiert mir *wortlos*, dass das Spielen so zu anstrengend sei, woraufhin ich ihm vorschlage, entweder im Stehen weiterzuspielen oder die Conga aus dem Ständer herauszunehmen, was aber schwierig sei. Der Patient spielt daraufhin im Stehen weiter...

Herr C. beginnt die Improvisation mit lauten und kräftigen Schlägen in klarem 4/4-Takt und gleichmäßigem Metrum. Er hatte zuvor erzählt, dass er bereits mehrere „Trommelworkshops“ belegt hat und auch im Alltag und in einer Theatergruppe, der er angehört, öfter spielt, dort allerdings auf den kleineren Bongos (die er hier vermisst). In meinem Erleben in diesem Moment strahlt das Spiel - ganz im Gegensatz zu meinem vorherigen Eindruck von dem Patienten - Lebendigkeit, Klarheit, Sicherheit und Kraft aus, was die noch zu beschreibende Art meines Spielens maßgeblich prägt. Die Hörer der Improvisation erleben das nuanciert anders: Auf sie wirkt das kräftige und infolgedessen sehr laute Spiel des Patienten „durchdringend“ (s. o.) und eher erschreckend. Der Eindruck des plötzlichen und irgendwie zu frühen Anfangens („Wie, geht 's schon los? Ich bin doch noch gar nicht da“, 3. B.) lässt sich darauf zurückführen, dass es kein vorsichtiges, langsames oder leises Herantasten gibt, kein Suchen, keine Widerständigkeit dem Instrument oder der Tätigkeit des Improvisierens gegenüber. So ist auch der Hörer sofort „drin“, ohne die Möglichkeit langsamen Sich-Annäherns und Hereinfindens. Auch hier finden sich Formen des Ineinander, indem die Grenzen zwischen Spielen und Nicht-Spielen aufgehoben scheinen und das laute Spiel als durch (ein-?) dringend (!) erlebt wird. Die Musik ist sofort „da“, ein klarer eindeutiger Rhythmus, gleichmäßiges Metrum, eine, wie sich bei genauerer Analyse herausstellt, differenzierte neun-

taktige rhythmische Phrase, die sich ab Takt 10 zunächst völlig identisch (!) und in der Folge mit leichten Abwandlungen wiederholt.

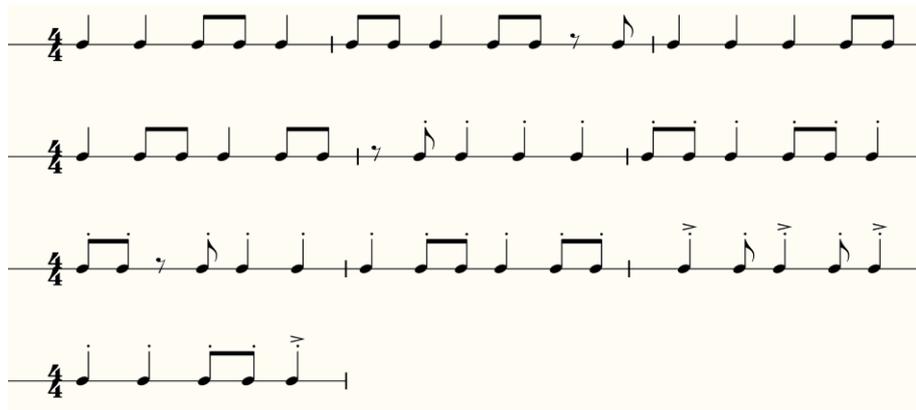


Abb. IV.5.3.1: Notenbeispiel 1 Herr C.

Das Klavier steigt im ersten Takt auf der dritten Zählzeit mit der rechten Hand in das Spiel ein und übernimmt zunächst Takt und Metrum der Conga. Die vorsichtige Annäherung des Klaviers – eine ruhige halbe Note zu Beginn, einstimmige Melodie nur mit der rechten Hand, Übernahme von Takt und Metrum - unterstützt zunächst das Spiel des Patienten.

Abb. IV.5.3.2: Notenbeispiel 2 Herr C.

Doch diese erste unterstützende Phase, in der die Therapeutin sich an das Spiel des Patienten anpasst, ist äußerst kurz: *Mit dem Einsetzen der linken Hand* in der Klavierstimme in Takt fünf kündigt sich ein grundlegender *Wechsel in der Beziehungsgestaltung* an: In den Takten fünf und sechs beginnt sich ein rhythmisches Motiv zu gestalten, das ab Takt sieben den Klavierpart prägt: Ähnlich wie beim Einsatz der Klavier(ober)stimme beginnt jedoch zunächst auch die linke Hand, also die Unterstimme des Klaviers, mit langen und zunächst sich in das musikalische Geschehen einfügenden Tönen. Der Klavierpart wird dreistimmig, durchlaufende Achtelnoten bilden die Mittelstimme.

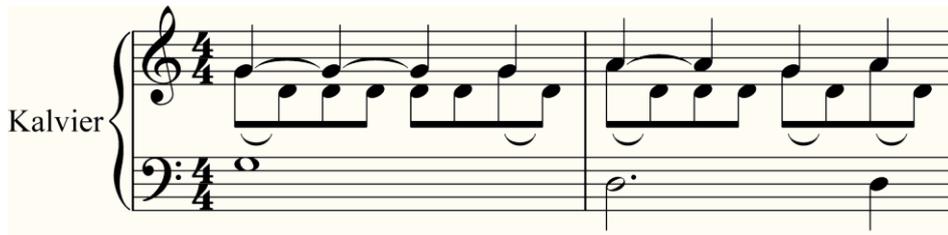


Abb. IV.5.3.3: Notenbeispiel 3 Herr C.

Ab Takt sieben gestalten Ober- und Unterstimme des Klaviers ein rhythmisches Motiv, das den folgenden ersten Teil der Improvisation im weiteren Verlauf *völlig beherrscht*. In der parallelen rhythmischen Gestaltung punktierte Viertel – punktierte Viertel – Viertel verstärken sich erste und dritte Klavierstimme (Bass und Diskant), während die Mittelstimme nach wie vor durchgehende Achtelnoten gestaltet. Diese synkopische rhythmische Ausgestaltung des 4/4-Taktes und die daraus resultierenden Betonungen auf den Zählzeiten 1, 2+ und 4 sind eher ungewöhnlich, „jazzmäßig“ (2. B.), dagegen wirkt die wesentlich gängigere und eher übliche rhythmische Gestaltung der Conga „langweilig“ (3. B.). So fügt sich das Klavier zwar weiterhin in das durch die Conga vorgegebene Metrum, verschiebt in seinem eigenen Spiel jedoch die Betonungen und bildet so einen deutlichen Gegenpart zum Spiel des Patienten. (Bei genauerer Analyse des musikalischen Materials zeigt sich allerdings, dass Herr C. bereits in Takt neun [s. o.] ein rhythmisches Motiv intoniert, dessen Gestalt und vor allem Betonung auf 1 - 2⁺ - 4 den Gestus seines eigenen bisherigen Spiels verlässt und sich – zunächst einmal nur hier - der Klavierstimme anpasst.)

Ab Takt vierzehn wird die rechte Hand des Klaviers vollgriffiger, die linke Hand/Klavierunterstimme behält das rhythmische Motiv bei, während in der rechten Hand dreistimmige Akkorde in durchgehenden Achteln gespielt werden, die durch die deutliche Betonung der Zählzeiten 1, 2+ und vier das rhythmische Motiv der Unterstimme jedoch unterstützen. Das „Klaviermotiv“ tritt durch die „Vereinigung“ von Mittel- und Oberstimme zu einem dreistimmigen Akkord noch deutlicher in den Vordergrund.

IV Vergleichende psychologische Untersuchung musiktherapeutischer
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

The image displays a musical score for a Conga and a Klavier (piano) in 4/4 time. The score is organized into three systems. The top system features the Conga part on a single staff with a simple rhythmic pattern of eighth and quarter notes, and the piano accompaniment on two staves. The middle system shows the piano part with more complex rhythmic patterns and dynamics, including accents and slurs. The bottom system shows the piano part with a dense, complex rhythmic pattern. The Conga part is consistently simple and rhythmic throughout.

Abb. IV.5.3.4: Notenbeispiel 4 Herr C.

Im weiteren Verlauf der Improvisation nimmt der Patient nun seinerseits Ver-
rückungen vor durch geänderte Betonungen, die sich zumeist denen des Klavi-
erparts anpassen. Allerdings bringt er auch eigene Veränderungen bezüglich
der Betonung seines Spiels in die Improvisation ein, z. B. zwei Achtel – betonte
Viertel – zwei Achtel – betonte Viertel. Üblicherweise werden im 4/4Takt
die Zählzeiten `1` (stark) und `3` (etwas weniger) betont, so wie es Herr C.
auch zu Beginn seines Spiels tat. Obwohl er noch immer im Bezugsrahmen
eines gemeinsamen Metrums bleibt („Zwei spielen im Einklang miteinander“,
5. B.), wirken die Congaschläge nun störend und falsch: „Was machen denn
die Holperer der Trommel? Muss das jetzt sein?“ heißt es z. B. in der dritten
Beschreibung (s. o.). Immer mehr passt sich der Patient dem Spiel der Thera-
peutin an und wird dabei immer leiser, langsamer und kraftloser, das anfäng-
lich kraftvolle Eigene (neuntaktige Phrase!) verliert sich mehr und mehr. Das
Spiel der Conga wird vom Klavier, das immer lebendiger und kunstvoller, mit
Synkopen, Trillern und Verzierungen besticht, in den Hintergrund gedrängt:

„Der erste Teil ist auch kraftvoll, erinnert mich aber eher an ein Konzert, jazzmäßig: Die Djembe begleitet das Klavier, von dem wunderschöne Akkorde und Läufe kommen.“ (B.3.2). Tatsächlich hat das Zusammenspiel (inzwischen) den Charakter eines Konzertes, in dem „der Solist die Aufmerksamkeit der Zuhörer auf sich“ (Hempel et al 1977, S. 89) lenkt. Indem das Spiel der Conga *als Eigenes*, Individuelles („keine Charakteristik entsteht“, 4. B.) jedoch mehr und mehr verschwindet, beginnt sich auch diese Beziehungskonstellation zu ändern. Während im Konzert Solist und Orchester, dessen Funktion hier der Conga entspricht, „wettstreiten“ und „zusammenwirken“ (ebd.), bahnt sich hier eine Entwicklung an, in dessen Verlauf die Conga sich dem Klavier mehr und mehr anpasst, vom Klavier einverleibt wird und dadurch beide Stimmen „*Eins*“ werden. An diesem Punkt des Geschehens initiiert Herr C. einen Abbruch (!): Überraschend hört er plötzlich auf zu spielen. Das Klavier intoniert daraufhin eine wellenförmige auf- und wieder ab- und wieder aufsteigende Linie und am Ende noch ein paar vereinzelte Töne, das Spiel „plätschert“ regelrecht aus: „...endlich angekommen, Einssein mit dem Element Wasser“ (B.3.3) schreibt eine der Hörerinnen. Die Conga ist weg, im Erleben der Hörer wohligh eingetaucht oder in einem Schreckensszenario assimiliert. Und nun: Noch einmal aufgetaucht (wie es sich in der Bewegung des Aufstehens darstellt)?

Auch den zweiten Teil der Improvisation beginnt Herr C. mit kräftigen Schlägen in klarem 4/4Takt. Obwohl auch dieser „Neubeginn“ kraftvoll und klar gestaltet wird, fehlt doch das Vielfältige, Differenzierte (neuntaktige Phrase!), das den Beginn der Improvisation charakterisierte. Das Klavier greift, wiederum zunächst nur im Diskant, den kraftvoll-marschartigen Gestus der Conga auf und fügt sich in das vorgegebene Metrum ein. Wie bereits im ersten Teil der Improvisation wird der Klavierpart immer abwechslungsreicher, lebendiger und interessanter, kunstvolle Verzierungen und Läufe, angedeutete Themen und Motive (später spielt das Klavier eine Melodie im Wechsel von e-phrygisch und d-dorisch), die sich rechte und linke Hand zuspielden beherrschenden Gesamteindruck. Auch bezüglich Lautstärke und Intensität gerät die Conga wiederum in den Hintergrund, da das Spiel des Patienten immer leiser und die Schläge kraftloser werden und sein Spiel insgesamt an Intensität und Präsenz verliert. Resignation und Ausweglosigkeit bestimmen nun den Charakter der Improvisation: „Widerstand ist zwecklos.“ (B.3.1). Immer wieder kommt es zu

„Stolperstellen“ im Part der Conga: Herr C. scheint (zunächst?) immer mal wieder mit der Hand vom Rand des Instrumentes abzurutschen, wodurch schließlich eine Punktierung zustande kommt. Er setzt eine Viertel aus und steigt dann wiederum mit einer Sechzehntel und nachfolgend einer punktierten Achtel ein. Während diese Punktierung noch ein wenig wie „aus Versehen“ klingt, hat eine weitere Punktierung zwei Takte später eher den Charakter einer Veränderung und lässt das Spiel der Conga zumindest kurzzeitig wieder präsenter werden: „Alles so perfekt, da freut man sich über einige Störstellen im zweiten Teil... ich warte direkt auf Stolperstellen, die sich dann auch zwei-drei Mal bewahrheiten - das ist entspannend“, heißt es in der fünften Beschreibung. Das Klavier reagiert darauf zwei Takte später mit einer Verrückung des bis dahin gültigen metrischen Rahmens: Statt des bis dahin klaren und deutlichen 4/4-Taktes spielt die Therapeutin plötzlich einen 5/4-Takt, also gewissermaßen eine Viertel zu viel, um dann wieder in einen deutlichen 4/4-Takt zu wechseln, nun allerdings mit der Melodie im Bass (s. o. die anfängliche Rolle der linken Hand!) und begleitenden Terzen im Diskant. Herr C. spielt „sein“ inzwischen etabliertes rhythmisches Schema (sechs Achtel, eine Viertel; zwei Achtel, drei Viertel) weiter und verändert es nicht. Genau dadurch, dass er es nicht verändert, erscheint es jedoch bezüglich des Zusammenspiels nun verrückt:

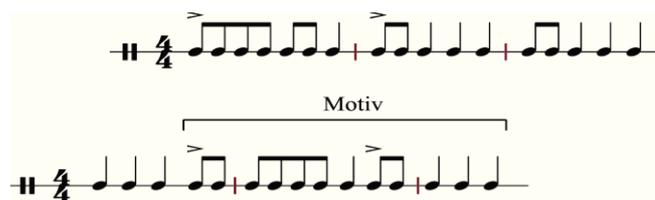


Abb. IV.5.3.5: Notenbeispiel 5 Herr C.

Der Schluss wirkt gekonnt und wird in völliger Gemeinsamkeit vollzogen, beide Spieler bilden eine perfekte EIN-heit: Beide Instrumente werden nach und nach leiser und langsamer, Herr C. spielt ein letztes Mal „sein“ (ver-rücktes) zweitaktiges Motiv und endet klar und deutlich mit einem letzten akzentuierten Schlag auf sein Instrument.

Während des Spielens ganz eingetaucht (auch ich: versunken) in einen Sog der (Spiel-) Lust und Expansion, den ich wahrnehmen, dem ich mich aber während

des Spielens nicht entziehen kann und will, fühle ich mich nach Beendigung der Improvisation wie auftauchend, erwachend aus einem Traum, dessen Protagonistin ich selbst war. Diesem Erleben nachspürend, treffen mich mit kaum erträglicher Wucht plötzlich Gefühle ohnmächtiger Scham und Angst: Angst, alles falsch und kaputt gemacht zu haben, den Patienten, sein Spiel zerstört und ausgelöscht zu haben... Während ich um meine Fassung ringe, beginnt Herr C. das Gespräch mit der Bewertung/Einordnung: „War ganz gut“. Dankbar, dass er mir (und sich?) solchermaßen wertend eine Distanzierung von dem Geschehenen und zumindest in meinem Falle dem noch immer innerlich Passierenden ermöglicht, bestätige ich (noch etwas abwesend) nickend (obwohl mir ganz und gar nicht klar ist, was hier und ob hier irgendetwas gut war) und frage dann, an die Erzählung des Patienten vor der Improvisation und seinen (und meinen!) Wunsch nach Distanzierung anknüpfend: „Haben Sie auf solchen Instrumenten auch den Kurs gemacht?“... Später komme ich noch einmal auf die Improvisation zurück und frage nach einer Anknüpfung, (Ein-) Ordnung und gleichzeitig Distanz ermöglichenden Titel oder Namen für die Improvisation, worauf Herr C. spontan, aber fragend äußert: „Sprünge?“. Und dann beginnt er seinerseits, schon mal eine Verbindung zur nächsten Stunde zu knüpfen, indem er lachend auf das Xylophon zeigt und meint: „Demnächst spiel’ ich dann mal da drauf“. Und dann beginnt er, Verbindung zu den Instrumenten aufzunehmen, fragt nach einzelnen Instrumenten, steht auf (wie auch innerhalb der Improvisation!) und geht zu ihnen hin... Diese deutliche Veränderung, dieses Aktiver-Werden und das erwachende Interesse an „der Welt“ tauchen auch in den Skriptbeschreibungen auf:

„Nach dem Spiel: Das vorher apathische Kind beginnt nach den Dingen (der Welt) zu greifen, es fängt gerade an, sich zu interessieren.“ (B.3.II)

„Der Fluss kommt in eine Großstadt, wird kanalisiert, große Häuser, mehr Zusammenhang, aber weniger Natur. Obwohl: Auch mal ein Park. Dann ein Spielplatz. Dennoch: Der Fluss hofft, dass die Stadt bald vorbei ist. Als das Ende der Stadt naht, wird allerdings der Spielplatz immer interessanter. Dahin würde er doch ganz gerne zurückkommen.“ (B.3.III)

„Trotzdem auch ganz angenehm, die Situation. Ich könnte mich locken lassen.“ (B.3.IV)

Ich registriere diese Veränderung mit Verwunderung und Überraschung, voller Freude merke ich plötzlich, dass ich Herrn C. im Gegensatz zu dem Gespräch *vor* der Improvisation (und auf dieser Ebene des Gegenüber auch währenddessen) plötzlich spüren kann, ihn als lebendig und (mir) Gegenüber wahrnehmen kann. Die heftigen Gefühle der Angst und Scham sind ebenso plötzlich verschwunden wie aufgetaucht und finden ihren Wiederhall in der sich an die Stunde anschließenden Reflexion, die natürlich auch die Frage beinhaltet, ob ich alles falsch oder kaputt gemacht habe – aber in diesem Zusammenhang und wieder ganz bei mir fühlt sich das völlig anders an...

Bezüglich seines Beziehungserlebens und -verhaltens finden sich keinerlei Angaben in der Akte des Patienten. Obwohl - oder weil? - Herr C. bereits seit vielen Jahren erkrankt ist und zahlreiche Klinikaufenthalte erlebt hat, ist seine Akte überhaupt auffallend dünn (das gleiche Phänomen findet sich bei Frau C.). Der behandelnde Arzt schildert den Patienten als angepasst, schüchtern und sehr zurückhaltend, er sei beispielsweise kaum fähig, Blickkontakt aufzunehmen. Und obwohl (oder gerade wegen der „Angepasstheit“?) Herr C. auch auf Station als sehr zurückgezogen und regelrecht devot erlebt wird, weist er innerhalb der PANSS bezüglich der Items, die Beziehungsverhalten und -erleben beschreiben, sehr niedrige Werte auf: So wird das Item „Emotionaler Rückzug“ mit 1 (=nicht vorhanden!) bewertet, obwohl den Items „Affektverarmung“ und „Mangelnde Spontaneität und Gesprächsfähigkeit“ ein relativ hoher Wert (jeweils 4) zugeordnet wird. „Obwohl“ - oder „weil“? Wo kaum (noch) Affekte vermutet werden¹, gilt es scheinbar auch nichts zu verbergen oder zurück zu halten - und dann vielleicht auch nicht mehr (mit-) zu erleben... (Vgl. hierzu auch die Ausführungen in IV.6.4 sowie in Kapitel V der vorliegenden Arbeit.)

Dem Item „Während der letzten Woche fühlte ich mich einsam“ innerhalb der ADS-K gibt auch Herr C. den Wert 0 (selten oder überhaupt nicht).

¹ Diesem Eindruck entsprechen auch die Diagnose(n) des Patienten (Schizophrenes Residuum F 20.5 sowie Depressives Syndrom F 32.2) sowie ein deutliches Überwiegen der Minussymptomatik anhand der Daten der PANSS (vgl. IV.1).

Reflexion

Insgesamt ist das gemeinsame Spiel mit Herrn C. auf der Ebene der musikalischen Formenbildung überwiegend durch eher feste Strukturen gekennzeichnet, die der Patient im Rückgriff auf Erlerntes und auf eine als angenehm erlebte Tätigkeit, wovon er zuvor auch berichtete, anbietet. Auch sein Spiel scheint in hohem Maße willentlich intendiert. Mir vermittelt es nicht nur ein *großes Bedürfnis nach* Orientierung, Sicherheit und Vorhersagbarkeit, sondern auch *ein hohes Maß an* Sicherheit, Kraft und Vitalität. Insofern erlebe ich sein Spiel weniger als Einladung, zu folgen und zu begleiten (s. u.). Vielmehr regt es mich „zu musikalischen ‚Höhenflügen‘ an“ (Tüpker 1988/1996, S. 239, vgl. auch die Ausführungen in V.1.2): Wenngleich ich mich (zunächst) in den metrischen Rahmen, den Herr C. mit seinem Spiel vorgibt, einfüge, so bringe ich doch von Anfang an Eigenes mit ins Spiel, eigene Formen rhythmischer Gestaltung, „Eigenheiten“ bezüglich der Betonung (die tatsächlich meinen persönlichen Vorlieben entsprechen), der Gestaltung von melodischen Wendungen usw. (s. o.). Doch hier wird das Andere, fremdes Eigenes, Kontrastierendes überwältigend und einverleibend und führt zu Auslöschung des Gegenüber. Das anfänglich kraftvolle, klare, differenzierte Spiel des Patienten wird zunehmend unsicher, unklar und kraftlos. Doch gleich, wie er sich musikalisch verhält – „Widerstand ist zwecklos“, wie es in einer der Beschreibungen hieß: *Sich–Angleichen* führt zum *Verlorengehen*; das Initiieren von *Veränderungen* bekommt in diesem starren Rahmen ebenso wie das *Festhalten an Eigenem* einen Charakter des *Ver–rückten*, und wo Übereinstimmung zu gelingen droht, ver–rückt die Therapeutin den bis dahin gültigen metrischen Rahmen, was (im Erleben der Hörer) wiederum zu einer Wahrnehmung des Spiels *des Patienten* als falsch und unpassend führt ... Je nachdem, ob das „Einswerden“ als positives Ineinander–Aufgehen, oder aber als Assimilation erlebt wird, erscheint das Unpassende als Störendes, das besser „weg“ sein sollte, oder aber als befreiend Herbeigesehtes... Bezüglich des Beziehungsgeschehens etabliert sich hier eine Gestalt, die i. S. eines Sich–Ereignens von Kontakt, Gemeinsamkeit oder gar Begegnung wohl kaum als „gelingen“ oder „gut“ (s. u.) bezeichnet werden kann! Was aber war an dieser Improvisation „ganz gut“? Mag diese Formulierung des Patienten in der konkreten Situation auch (Ein-)Ordnung und Distan-

zierung ermöglicht haben und seinem/unserem Bedürfnis nach diesen entsprungen sein oder zumindest entsprochen haben – es ist deutlich zu *spüren*, dass Herrn C. das Improvisieren tatsächlich „ganz gut“ *getan* hat, dass er da irgendetwas als ganz gut *erlebt* hat! Etwas, das weiter wirkt, das ein erwachendes (Selbst-) Interesse bewirkt, das ihn, den Schweigenden, fragen lässt, dass ihn, den Isolierten, eine Verbindung zur nächsten Musiktherapiestunde und zu den (anderen) Instrumenten knüpfen lässt – „War ganz gut“?!

Mit der Musik wurde in dem vorliegenden Fall eine *Geschichte* „erzählt“ – um genau zu sein: Ton für Ton inszeniert, Darsteller Herr C. und ich. Eine Geschichte von nicht geglückten Abstimmungsprozessen, vom Sich-Verfehlen, von Anpassungs- und Behauptungsversuchen die in ver-rücktem Ineinandergipfeln und von der Vergeblichkeit des Bemühens, diesem Sog zu entkommen... Die Parallelen zu den in Abschnitt II.3 und II.4 der vorliegenden Arbeit im Rahmen psychodynamischer Theorien zur Ätiopathogenese schizophrener Erkrankungen dargestellten Hypothesen bezüglich erlebter FehlAbstimmungen sind unübersehbar. So heißt es bei Benedetti (1993, S. 205): „*Die psychotische Übertragung ist insofern schon therapeutisch, als sie die Wiederholung einer frühen Verhaltensweise gegenüber einem neuen, sich anders verhaltenden Partner vollzieht.* ... Nehmen wir z. B. das Gefühl des Einverleibt-Werdens: In der therapeutischen Beziehung wird es sich mit ungebrochener Intensität inszenieren, und doch gesellt sich auch hier etwas Neues hinzu, das gezwungenermaßen zu leicht verschobenen bzw. verwandelten Gefühlskonstellationen führt“ (Hervorhebung S. K.).

Trotz seiner chronisch verlaufenden Erkrankung, obwohl er sich (ansonsten) überwiegend zurückzieht, ist Herr C. Mitglied einer Theatergruppe, deren Mitglieder - „psychisch Kranke“ und „Gesunde“ - überwiegend Werke aufführen, die sich mit Themen seelischer Erkrankung, „Normalität“, Stigmatisierung u. ä. befassen. Offenbar gibt es ein Verlangen, (s)eine Geschichte(n) mit zu teilen... Hat mir Herr C. *seine* Geschichte mitgeteilt? Mehr noch: Hat er sie mit mir geteilt? Ist er deshalb so zufrieden, kann er aus diesem Grund vorsichtig wagen, sich (wieder) für sich und die Welt zu interessieren? Hat er *erlebt*, dass *seine* Geschichte und *sein* Erleben (mit-) teilbar sind? War es das, was er als „gut“ erlebt hat? Vieles spricht dafür: Das Befinden des Patienten im Anschluss an die Improvisation, sein erwachendes Interesse an sich und der Welt

(das sich im weiteren hier nicht mehr darstellbaren Verlauf der Musiktherapie weiter entfaltet); die Parallelen zur Ätiopathogenese; meine „musikalischen Höhenflüge“, die den Eindruck einer deutlichen Spaltung zwischen Musik und Sprache ergänzen und auf „ein Leben in zwei Welten“ verweisen (vgl. Tüpker 1988/1996) und auch meine erst viel später als Ausdruck identifikatorischer Prozesse verstehbar werdende Befindlichkeit im Anschluss an die Improvisation: Als ich Wochen nach unserem musiktherapeutischen Erstkontakt für die vorliegende Untersuchung die Akte des Patienten „durcharbeite“, erfahre ich von einer über zwanzigjährigen „Krankengeschichte“ mit wechselnden Symptomen und Diagnosen. Dennoch ziehen sich durch all diese Beschreibungen zunehmender Hoffnungslosigkeit und Vergeblichkeit wie ein roter Faden Hinweise auf Selbstunsicherheit und Fragilität Und trotz zunehmender Betonung der „Affektverarmung“ wird immer wieder auf die großen Ängste des Patienten verwiesen. Seit Jahren konkretisiert sich eine „Angst, etwas falsch oder kaputt zu machen oder gemacht zu haben.“. *Erzählt* hat mir Herr C. zu diesem Zeitpunkt von diesen Ängsten noch nichts – mitgeteilt und mit mir geteilt hat er sie längst...

IV.5.4 Ermöglichung von Kontakt im Ineinander: Spielarten der ZWEINSamkeit

Innerhalb der sechs Improvisationen (A.2, A.3, B.1, B.2, B.4 und B.5), die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung als „Spielarten der ZWEINSamkeit“ metaphorisiert wurden, konnten Beziehungsformen identifiziert werden, die durch ein Streben nach Vereinheitlichung und Ungetrenntheit, Kontinuität und Kontingenz gekennzeichnet sind. Auffallend ist, dass es sich bezüglich der zwölf in die vorliegende Untersuchung einbezogenen Patienten genau um diejenigen handelt, die eine ausgeprägt fusionäre Symptomatik aufweisen: So wird beispielsweise über Herrn D. berichtet, dass seine Mutter bei seiner Geburt psychotisch wurde. Er sei ein Schreikind gewesen und habe in den ersten Lebensjahren wegen „unstillbaren Erbrechens“, wie es in der Krankenakte heißt, längere Krankenhausaufenthalte erlebt. Er selbst berichtet im Aufnahmegespräch, dass er sich seit seinem dreizehnten Lebensjahr mehr und mehr in

andere hineinversetzt, die Gedanken anderer gedacht und sich schließlich in andere verwandelt habe. So habe er z. B. sein Gesicht verloren und das seines Freundes bekommen. Nun wurde bei ihm eine schizophrene Psychose diagnostiziert - wie bei seiner Mutter...

Bezüglich des Items „Emotionaler Rückzug“ innerhalb der PANSS erhielten diese Patienten – mit Ausnahme von Herrn E., s. u. - im Vergleich zu den bisher genannten deutlich niedrigere Werte (3/2/3/3/3; vgl. auch die Abschnitte IV.1 sowie IV.6.4 der vorliegenden Arbeit). Sofern ein wie auch immer gearteter „Rückzug“ als Ausdruck sich entziehender und abgrenzender Tendenzen verstanden werden kann, verwundert dieser Befund nicht.

Bei fünf der sechs Patienten wird ein z. T. erheblicher Drogenkonsum im Vorfeld bzw. im Rahmen der Erkrankung beschrieben.

Wenngleich die Beziehungsgestalten innerhalb aller sechs genannten Improvisationen als „Spielarten der ZWEINSamkeit“ metaphorisch umschrieben werden können, weist die Improvisation mit Herrn E. diesbezüglich doch einige Besonderheiten auf, die sich von den anderen fünf unter diesem Gesichtspunkt durchaus vereinheitlichend darzustellenden Improvisationen abheben. Um dieser individuellen Ausformung gerecht zu werden und sie nicht (auch!) im „Sog der Vereinheitlichung“ (s. o./s. u.) untergehen zu lassen, soll die Untersuchung dieser Improvisation im Anschluss an die zunächst zusammenfassende Darstellung der anderen fünf Improvisationen und das anschließende exemplarische Beispiel B.6 ebenfalls ausführlich beschrieben werden.

Innerhalb der Improvisationen A.2, A.3, B.1, B.2 und B.4 führen fusionäre Tendenzen dazu, dass Gegensätzliches eingebunden und/oder die aus der Gegensätzlichkeit resultierende Spannung aufgehoben wird - nicht jedoch die Gegensätzlichkeit als solche! Innerhalb der Beschreibungstexte finden sich Hinweise auf dieses (Beziehungs-) Geschehen vor allem anhand der beschriebenen bzw. assoziierten Figuren und Handlungen (vgl. auch Abschnitt IV.3 der vorliegenden Arbeit). Das Beziehungsgeschehen selber bleibt dabei allerdings zumeist ebenso ausgespart wie die beteiligten Personen. Innerhalb der Beschreibungstexte, die zu den genannten fünf Improvisationen angefertigt wurden, werden Personen zwar deutlich als (gemeinsam) anwesend dargestellt, häufig aber dennoch gar nicht erwähnt oder aber ihre Identität und Erscheinung

IV Vergleichende psychologische Untersuchung musiktherapeutischer
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

und sogar die Anzahl der Personen und Figuren bleiben im Dunkeln, indem z. B. Menschen in einer undifferenzierten Mehrzahl assoziiert werden. *Wenn* deutlich zwei Spieler wahrgenommen bzw. zwei Figuren assoziiert werden, betonen die Hörer entweder Aspekte der Ähnlichkeit und Übereinstimmung, oder aber des Zusammenpassens trotz betonter Gegensätzlichkeit; des entspannten Beisammenseins, des gemeinsamen Tuns, der Ausrichtung auf *etwas*. Wiederum soll je ein Zitat aus den Beschreibungstexten, die zu den entsprechenden Improvisationen angefertigt wurden, das Gemeinte verdeutlichen:

„Eine schöne, angenehme Situation, so beieinander zu sitzen und zu wirken – dabei träumen.“ (A.2.2)
„Ich warte darauf, dass Ihr endlich zu singen anfangt.“ (A.3.1)
„...da spielen zwei zusammen, als hätten sie nie was anderes getan.“ (B.1.5)
„...später tanzt sie mit einer anderen Person fröhlich.“ (B.2.4)
„Jugendchor in der Kirche ... tanzen die Puppen...“ (B.4.4)

Während die Äußerungen einiger Patienten (s. u.) darauf verweisen, dass in ihrem Erleben Gegensätzlichkeit und Differenz in der Interaktion aufgehoben schienen bzw. die Therapeutin *als Gegenüber* und ihr Spiel *als Anderes* nicht wahrgenommen wurden, bringen sowohl die von den Hörern assoziierten Bilder als auch die musikalische Analyse der Improvisationen deutlich zum Ausdruck, dass hier (dennoch) Gegensätze - auch der Gegensatz von und die auftauchende Frage danach, ob hier „Einer oder Zwei oder Viele“ am Werke sind - *in ihrer Gegensätzlichkeit* integriert werden, zusammenfinden und *zweINS* werden konnten. Dieses innerhalb der Improvisationen etablierte Beziehungsmuster konnte in den assoziierten Szenen und Bildern der Beschreibenden (s. u.) sprachlich sehr plastisch dargestellt werden – der angestrebten sprachlichen Abstraktion dagegen entzog es sich hartnäckig! Es dürfte kein Zufall sein, dass die Autorin in dem Bemühen, auch dieses Beziehungsmuster zu abstrahieren, also „zum Begriff [zu] erheben“ (Duden/Fremdwörterbuch 1997, S. 26), ausgerechnet einen Neologismus kreieren musste, der zudem wahrhaft konkretistisch ist! Die hierdurch *gelungene* Übereinstimmung mit dem konkretistischen Denken und sprachlichen Besonderheiten schizophrener Menschen (vgl.

Abschnitt I.1 der vorliegenden Arbeit) ist durchaus im Sinne der Autorin. Auch hier soll das Gemeinte zunächst exemplarisch an je einem Beispiel aus den angefertigten Improvisationsbeschreibungen dargestellt werden:

„Flechten, spinnen, Fäden <i>ineinander wirken</i> : Wirkwerk. Drehend, kreisend wird daraus <i>ein</i> fester Faden werden. Ein Faden ist eher rau, mit kleinen Spelzen, beige, der andere ein feiner, glänzender, farbiger Seidenfaden. So entsteht <i>ein schönes Gewebe</i> .“ (A.2.2, Hervorhebungen S. K.)
--

„ <i>Oberstimme</i> wirkt erst unsicher, wird aber im Laufe des Spiels treffsicherer, auch weil sie getragen wird von <i>Unterstimme</i> “ (A.3.2, Hervorhebung S. K.: gemeint sind mit Ober- und Unterstimme das Spiel von Patientin und Therapeutin)
--

„Lebendig begraben! ... ich lebe in der Erinnerung der anderen Jemand hat mich gehört, weiß, dass ich lebe, wenn auch unter der Erde. Hoffentlich ist es keine Einbildung!“ (B.1.1)
--

„Ein ganz archaisch wirkendes Xylophonspiel - wie Urmenschen mit Keulen - trifft auf die hohe Kunst des Klavierspiels, erstaunlicherweise treffen sich diese beiden verschiedenen Welten in einem Stück.“ (B.2.3)

„ <i>Doppelbild</i> : Die Therapeutin spielt auch ganz für sich, so wie der Patient./ Da spielt ein Wesen mit vier Armen auf einem Instrument mit zwei Manualen, eines Orgel, eines Klavier ... könnte auch der erste Geschlechtsverkehr sein, den jemand nun 'erfolgreich' hinter sich gebracht hat“ (B.4.1)

Das zuletzt zitierte „Doppelbild“ mit seiner Betonung der *Gleichzeitigkeit* von Distanzierung und Auseinander („ganz für sich“, „hinter sich gebracht“) und Ineinander („Wesen...“, „Geschlechtsverkehr“) bezieht sich auf den Beginn einer Improvisation, deren Notation das beschriebene Beziehungsmuster anhand der konkreten musikalischen Interaktion und der hergestellten musikalischen Formenbildung recht plastisch darzustellen vermag: Herr D. beginnt mit klaren und deutlichen Tönen in gleichmäßigem 3/4Takt auf der Orgel zu spielen. Mit der rechten Hand intoniert er eine traurig-schöne Melodie („melancholische Musik im russischen Stil“, heißt es in der dritten Beschreibung), seine linke Hand begleitet mit lange ausgehaltenen, sparsamen Tönen. Dieser Beginn wirkt so fertig und sich selbst genug (Melodie und Begeleitung), dass die Erinnerung auftaucht „an Patienten, die so spielen, dass man auch gehen könnte“ (1. B.). Die im dritten Takt einsetzenden, sehr viel leiseren und ebenfalls lang ausgehaltenen Töne des Klaviers klingen so vorsichtig und gestalten noch dazu eine andere Taktart (4/4Takt), dass der Eindruck entsteht: „Die Therapeutin spielt auch ganz für sich, *so wie der Patient*“ (1. B., Hervorhebung der Auto-

rin). Paradoxerweise besteht hier eine Art von Gemeinsamkeit genau darin, dass *jeder für sich* spielt, die Spieler sind gewissermaßen gemeinsam einsam (vgl. auch das unten zitierte Bild der zwei Musiker in der Winterlandschaft, das zu dieser Improvisation imaginiert wurde). In der beschriebenen Art und Weise sind sich beide Spieler zu ähnlich, um sich Gegenüber zu sein, auch im Hinblick auf die tonale Gestaltung: Die ersten Töne der Therapeutin werden nicht nur leise und zaghaft angeschlagen, sondern befinden sich zunächst auch bezüglich der Tonhöhe genau *zwischen* den von dem Patienten gespielten Melodie- und Begleittönen; während der Notation habe ich das Gefühl, es wäre angebracht, diese ersten Klaviertöne tatsächlich in der Mitte zwischen der Ober- und Unterstimme der Orgel zu notieren! Diese Art der Notation ist *normalerweise* nicht üblich, entspricht aber der hergestellten Beziehung, die in den Einfällen und assoziierten Bildern der Beschreibenden zum Ausdruck kommen. Der Eindruck des Einswerdens kommt jedoch auch dadurch zustande, dass sich der Patient fast unmerklich der Taktart der Therapeutin *anpasst* und seinen anfänglichen 3/4Takt ändert: Nach einem überleitenden 2/4Takt spielt er ebenfalls im 4/4Takt.

The image displays two systems of musical notation. The first system consists of three staves: 'Oberstimme Orgel' (top), 'Klavier' (middle), and 'Unterstimme Orgel' (bottom). The 'Klavier' staff begins with a dynamic marking 'p' and shows a rhythmic change from 3/4 to 4/4. The second system consists of three staves: 'Oberst. Org.' (top), 'Kl.' (middle), and 'Unterst. Org.' (bottom). The notation shows various rhythmic patterns and rests across the staves.

Abb. IV.5.4.1: Notenbeispiel 1 Spielarten der ZweINSamkeit

In den zu den genannten fünf Improvisationen angefertigten Beschreibungen sind wir vor allem mit der irritierenden *Gleichzeitigkeit* von „Eins“ und „Zwei“, von „ganz nah/ineinander/ähnlich“ und „unendlich fern/distanziert/völlig verschieden“ konfrontiert. Die EINS gewordene ZWEI ist sich nicht Gegenüber, was durch den sprachlich etwas merkwürdig anmutenden, das Ge-

meinte jedoch nach Meinung der Autorin recht plastisch zum Ausdruck bringenden Gebrauch des Singular unterstrichen werden soll: Es *sind* nicht zwei, es *ist* die *Eins* gewordene *ZWEI*, ohne Gegenüber: „Ich sehe eine große, weite Winterlandschaft. Dort stehen *zwei* Musiker ... es gibt *keine Menschen, die ihnen zuhören*.“ (B.4.3, Hervorhebung S. K., s. o.), heißt es z. B. in einem Beschreibungstext. Und so verwundert es nicht, dass die Hörerin das Spiel als „einsam“ charakterisiert, obwohl *zwei* Musiker assoziiert werden, die *gemeinsam* spielen. Am Ende verspürt sie eine Veränderung, die entsprechende Formulierung betont jedoch noch einmal den zuvor erlebten und hier fokussierten Zustand der Einsamkeit und des (Zu–zweit–) Alleinseins: „Bevor *der eine* Musiker vor Erschöpfung zusammenbricht, wechselt er das Instrument. Dabei wird ihm warm und er bleibt *nicht mehr* allein“ (ebd., Hervorhebungen S. K.).² Wir finden in den assoziierten Bildern keine dialogischen Strukturen, keine *auf Dialog gerichteten* Erwartungshaltungen, es geht nicht um Austausch und erkennendes Erblickt–Werden. Das in B.1.1 (s. o.) beschriebene Gehört–Werden gelingt, obwohl (oder weil?) der Mensch (im Text „Ich“) „unter der Erde“ lebt, also gewissermaßen in einer anderen Welt, eben gerade nicht *erblickt* wird. Während *ähnliche* Beziehungs- und Erlebensformen (s. o. sowie die Abschnitte I.1 sowie II.5.4 der vorliegenden Arbeit) in anderen Zusammenhängen mit einem die Betroffenen extrem ängstigenden Auflösen von Strukturen und Konturen (ebd.) verbunden ist, finden wir hier sowohl auf der Ebene der manifesten musikalischen Strukturen als auch im Erleben der Hörer wie der Patienten genau das Gegenteil: Die innerhalb dieser Improvisationen vorherrschende und/oder sich entwickelnde „schön[e] und harmonisch[e]“ (B.2.3) Atmosphäre bleibt auch im Anschluss an das gemeinsame Spiel spürbar und findet Ausdruck z. B. in tiefem, befreiendem Seufzen und „wohligem“ Schweigen (Frau C.), seltener in entsprechenden verbalen Äußerungen der Patienten (s. u.). Feste, häufig starr bis stereotyp wirkende, immer wieder reproduzierte rhythmische und/oder melodische Wendungen und vorgegebene Formen, zahlreiche Wiederholungen und ein bezüglich Melodik, Rhythmik und Dynamik zumeist weitgehend monotones Spiel geben den Improvisationen einen Charakter des

² Es sei darauf verwiesen, dass innerhalb dieser Improvisation in den durch die Instrumentenwechsel markierten drei Teilen tatsächlich unterschiedliche Beziehungsformen herausgearbeitet werden konnten. Die hier dargestellten Beziehungsformen und Interaktionsmuster beschreiben die innerhalb der Improvisation überwiegende Form der Beziehungsgestaltung.

klar Strukturierten, Bekannten, Vertrauten, Haltgebenden, auch des Kontemplativen, häufig aber auch des Starren, Unlebendigen, Maskenhaften, was seinen Ausdruck ebenfalls in entsprechenden Bildern innerhalb der Beschreibungstexte findet (vgl. Abschnitt IV.3 der vorliegenden Arbeit sowie die Improvisationsbeschreibungen im Materialband). Hier wird auf ganz eigene Art und Weise der strukturierende Charakter der Musik genutzt, es werden musikalisch Absicherungen geschaffen, Vorhersagbarkeit und damit Kontrollierbarkeit bestimmen den Charakter dieser Musik. Dabei ist hervorzuheben, dass nicht etwa die Therapeutin „Strukturen vorgibt“: Es sind die Patienten, die hier „den Ton angeben“: Die musikalischen Aktivitäten dieser Patienten sind in hohem Maße willentlich intendiert und kontrolliert, *sie* bieten *mir* als mitspielende Therapeutin mit großer Klarheit musikalische Strukturen an, auf die ich mich unmittelbar und ganz direkt beziehen kann. Wir befinden uns in „vereinbarten Welten“ (Rilke), wobei es die Therapeutin ist, die sich in die von den Patienten gewählten (musikalischen) Welten einfügt. „Gewählt“ meint in diesem Zusammenhang zumeist einen Rückgriff auf bereits Bekanntes, Vertrautes, (mehr oder weniger) Beherrschtes: Anknüpfend an positive Beziehungserfahrungen im Klavierunterricht und dort Angeeignetes (A.3), in Trommelkursen erlernte Rhythmen und Patterns (B.1 sowie B.4) oder aber andere früher praktizierte Formen des Umgangs mit Musik (A.2). Auf Wunsch einer Patientin spielen wir beispielsweise vierhändig am Klavier („Der Mond ist aufgegangen“, A.3). In diesen Improvisationen geht es nicht um Austausch, Entwicklung und Differenzierung. Ich und Nicht-Ich scheinen ungeschieden insofern, als ein Gegenüber *als* Gegenüber nicht oder zumindest nicht als deutlich konturierte und abgegrenzte Entität konstituiert wird, sondern eher Prozesse des Gleich- und/oder Einswerdens stattfinden. Aufgrund der klaren musikalischen Vorgaben der Patienten entsteht dieses Angleichen überwiegend infolge eines Sich-Einschmiegens des Spiels der Therapeutin in das Spiel der Patienten. Dennoch gestaltete musikalische Unterschiede betreffen hier zumeist nicht die musikalischen Parameter Rhythmus und melodische Gestaltung (wie überwiegend innerhalb der zuvor beschriebenen Formen der Bezogenheit), sondern die Ebenen der Klangfarbe, Dynamik und Agogik (s. u.). Betreffen diese Unterschiede dennoch die rhythmische Gestaltung, indem sich die Therapeutin z. B. nicht in den Rhythmus der Patienten einfügt (was allerdings nur äußerst selten

vorkommt), kommt es entweder zur *Angleichung* des Patienten (wie in obigem Beispiel) oder aber zum *Zerfall* der rhythmischen Struktur (wie am Ende der unten ausführlicher dargestellten Improvisation). So werden insgesamt zwar überwiegend Momente des Ähnlich- oder Gleichseins gesucht und hergestellt, aufgrund der beschriebenen, dezenten musikalisch gegenläufigen Tendenzen kommt es jedoch nicht dazu, dass beide Spieler bzw. Stimmen diffundieren.

Auch diese Form der Beziehungsgestaltung und Interaktion soll im Folgenden exemplarisch anhand eines konkreten Beispiels ausführlicher dargestellt werden. (Um sich ein Bild von der Patientin und unserer Begegnung im musiktherapeutischen Erstkontakt machen zu können, darf auf S. 76 zurückgeblättert werden.)

IV.5.4.1 „So entsteht ein schönes Gewebe“

Bei der Untersuchung der vier Skript- und vier Improvisationsbeschreibungen, die zu diesem Erstkontakt angefertigt wurden, fällt zunächst auf, dass innerhalb der Skriptbeschreibungen kaum ein Beziehungsgeschehen dargestellt wird. Eine Hörerin erwähnt zwar das „Gespräch“ und charakterisiert dieses als „bruchstückhaft[es], abgerissen[es]“ (A.2.I), macht jedoch keinerlei Angaben zum Beziehungs- oder Interaktionsgeschehen oder zu den Interaktionspartnern. Darüber hinaus wird innerhalb dieser Texte eher beschrieben, was jemand – es werden ausschließlich *männliche* Personen ohne Gegenüber erwähnt - tut oder möchte. „Eins, zwei, drei, vier Eckstein, alles muss ... perfekt sein!“ (A.2.3). Dieser beim Versteckspiel verwendete Reim, mit dem eine der Skriptbeschreibungen beginnt, verweist nicht nur an sich darauf, dass hier etwas versteckt wird, sondern verdeckt auch in sich, denn das Wort „versteckt“ wird gewissermaßen selbst „versteckt“ und durch „perfekt“ ersetzt – ähnlich, wie auch das, was „*der Patient*“ erzählte als so klar und eindeutig und „perfekt“ erlebt wurde, als sei damit schon alles klar und gesagt! Und hier wird nun etwas ausgedrückt, das sich auch in der Dynamik der Gruppe inszeniert, denn auch hier wird plötzlich deutlich, dass sich hinter dem Eindruck des „Normalen“ (A.2.III), Gelungenen und „Perfekten“ etwas „versteckt“: Alle Beschreibenden der Skripte waren davon ausgegangen, dass es sich um einen Patienten, also einen jungen Mann handelt. Das Zustandekommen dieses Eindrucks liegt rela-

tiv nahe (die Patientin hatte erzählt, dass sie sich in eine Freundin verliebte) und soll nicht weiter interpretiert werden. Auffallend ist jedoch, was sich nachfolgend in der Beschreibungsgruppe inszeniert: Nachdem die Untersucherin den Irrtum aufklärt und berichtet, dass es sich um eine Patientin handelt, reagieren die Hörer mit Ärger und dem Gefühl, irgendwie *getäuscht* worden zu sein. Nichts scheint mehr zu stimmen und zu passen, die Hörer sind *verwirrt*, schwanken zwischen dem Gefühl, genau mit diesem Irrtum und dem Gefühl, das „Versteckte“ sei die Patientin selbst, irgendwie auf den Kern des Problems gestoßen zu sein einerseits und Verharmlosungstendenzen („Ist doch egal“) andererseits. Sogar die etwas absurde Idee, die Therapeutin könne sich *irren* und es handle sich eben doch um einen Mann, wird in Erwägung gezogen. Hier gerät also sofort die Frage nach der Person, der (nicht nur Geschlechts-) Identität in den Blick, wobei dieser Bereich mit Gefühlen der Täuschung und Verwirrung assoziiert ist. Ähnliches findet sich auch innerhalb der Improvisationsbeschreibungen, bekommt hier jedoch eine Qualität, die als Möglichkeit einer Form der Beziehungsgestaltung verstanden werden kann, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit als „Spielarten der ZWEINSamkeit“ charakterisiert wurde. Im Gegensatz zu den Skriptbeschreibungen werden in allen Improvisationsbeschreibungen Szenen oder Situationen der Gemeinsamkeit assoziiert. Allerdings auf eine Art und Weise, die die daran beteiligten Personen oder aber ein Bezugnehmen *aufeinander* vermissen lässt: Innerhalb der ersten Beschreibung werden ein „*einsamer* Reiter oder Ritter (Don Quichotte) in der Prärie“ (A.2.I, Hervorhebung S. K.) sowie „Darüber schwebt sein Schutzengel, liebevoll“ (ebd.) assoziiert. Außer in der als „Schutzengel“ angedeuteten Funktion gibt es keinerlei Bezug oder Interaktion zwischen beiden – und selbst die „Schutzfunktion“ des Engels wird ad absurdum geführt durch die Betonung seiner Machtlosigkeit: „Der kann aber nicht verhindern, dass der Ritter strauchelt. Am Ende zerfällt oder zerklumpt der Ritter“. Innerhalb des zweiten Beschreibungstextes werden das Tun selber, die Objekte des Tuns und die Situation sehr genau beschrieben – die Subjekte, die Personen selbst, ihre Identität, bleiben jedoch unbenannt und unbekannt:

*„Flechten, spinnen, Fäden ineinander wirken: Wirkwerk. Drehend, kreisend wird daraus ein fester Faden werden. Ein Faden ist eher rau, mit kleinen Spelzen, beige, der andere ein feiner, glänzender, farbiger Seidenfaden.
So entsteht ein schönes Gewebe. Eine schöne, angenehme Situation, so beieinander zu sitzen und zu wirken- dabei träumen.
Schade, dass es so schnell zu Ende ist“ (A.2.2)*

Diese Art des Beisammenseins ist nicht durch Austausch, Sich–Gegenüber–Sein, Gegensatz und Differenz(ierung) geprägt, sondern durch ein „Gemeinsam–anwesend–Sein“ i. S. Deuters (1996/2007, vgl. auch Abschnitt II.6.4 der vorliegenden Arbeit), das Unterschied(lich)e(s) zusammenführt und Getrenntes ineinander fügt: ineinander wirkt (s. o.) oder „einbaut“ (A.2.3). Erwähnt sei noch, dass sich so etwas wie ein „Ineinanderwirken“ auch während des Gespräches ereignet – hier aber auf völlig andere Art und Weise und mit für die Beziehungsgestaltung völlig anderen Folgen: Wie zahlreiche andere Patienten innerhalb der untersuchten Erstkontakte fällt mir auch Frau B. ständig ins Wort und verhindert damit (trennende) Pausen zwischen unseren turns – was in diesem Zusammenhang von mir eher als störend empfunden wird und mich *in diesem Moment* affektiv in meinem Erleben dann doch eher von der Patientin trennt. (Oder, aber dies wird mir erst im reflektierenden Nachvollzug deutlich, im Erleben des Überrollt- und Überwältigt- und Negiertwerdens auf einer anderen Ebene meines Erlebens vielleicht auch doch wieder Annäherung in Ähnlichkeit und Identifizierung ermöglicht.)

Eine *ähnliche* Beziehungsform, wie sie anhand der Improvisationsbeschreibungen dargestellt und innerhalb der Musik als „Spielart der ZWEINSamkeit“ metaphorisiert wurde, schildert Frau B. im Rahmen des Erstkontaktes bezüglich der Beziehung zu ihrer Freundin: „...wir war ’n jeden Tag zusammen, haben jeden Tag geraucht ... zusammen waren wir ein Ganzes, alleine waren wir zwei Hälften.“ Im Alltag jedoch erweist sich diese Form der Beziehungsgestaltung als prekär: Frau B. erkrankte, nachdem sich ihre Freundin von ihr trennte... (vgl. auch die Ausführungen zu Benedettis Modell der „Spiegel-Existenz“ schizophrener Menschen in V.1.3). Auch in einem Frau B. besonders quälenden Symptom taucht die Tendenz zum „Ineinander“ wieder auf: Die Patientin leidet sehr darunter, alles „verschwommen“ zu sehen, wodurch die sie umgebenden Entitäten weniger abgegrenzt sind und eben ineinander verschwimmen. Auch das bei ihr besonders ausgeprägte Symptom des Stimmen-

hörens, von dem sie im Erstkontakt berichtet und dessen anfänglich durchaus hilfreiche Wirkung sie betont, verweist auf die mit der Beziehungsform der „Zweinsamkeit“ einhergehende bzw. dieser zugrunde liegende erlebte Durchlässigkeit der Ich-Grenzen der Patientin.

Im Folgenden sollen wiederum die musikalischen Interaktionsmuster, die in diesem Fall mit der geschilderten Beziehungsform assoziiert sind, herausgearbeitet werden.

Frau B. wählt für unsere erste gemeinsame Improvisation die Gitarre, von der sie zuvor bereits erzählte, dass sie sie früher öfter und sehr gerne gespielt habe - gerade, wenn es ihr schlecht ging. Seit ihrer Erkrankung habe sie aber gar nicht mehr gespielt, weil „das irgendwie nich' an mich ran“ kam. „Ich hoffe mal, dass ich wieder 'n bisschen Bezug zur Gitarre krieg'“, lautet ihr Wunsch bezüglich der Musiktherapie. Die Therapeutin spielt Klavier, die Dauer der Improvisation beträgt 2'44"min. Nachdem Frau B. anfänglich ein paar Mal prüfend vorsichtig und leise über die Saiten des Instrumentes gestrichen hat, spielt sie im weiteren Verlauf der Improvisation Begleitmotive in gleichmäßig-ruhigen Sechzehnteln, im Wesentlichen zwischen den Tonfolgen E-H-e1-H, D-A-f¹-A und D-A-g¹-A wechselnd. Die Therapeutin am Klavier spielt dazu eine ebenso ruhige Melodie, sich in die vorgegebenen Harmonien *einfügend* in amoll, weich intoniert, in zumeist langen Notenwerten und im Pedal nachklingend. Das Klavier fügt sich in die vorgegebenen Harmonien, in Takt, Metrum und Dynamik ein, so dass die Improvisation wie ein „fertiges“ Lied klingt. Auch innerhalb dieser Improvisation werden Stolperstellen (im Notenbeispiel durch * gekennzeichnet), die beispielsweise entstehen, wenn die Patientin von einer der Saiten abrutscht, vom Klavier ausgeglichen indem es sein Spiel verzögert und jeweils kurz wartet. Auch hier erfolgen die Reaktionen so schnell, dass diese Verzögerungen fast ebenso synchron erklingen wie beispielsweise das gemeinsame Langsamerwerden etwa in der Mitte der Improvisation.

Da diese Improvisation die Geschlossenheit eines auskomponierten Liedes aufweist, soll der Notentext im Folgenden zum Nachvollzug komplett wiedergegeben werden:

IV Vergleichende psychologische Untersuchung musiktherapeutischer
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

The musical score consists of six systems, each with a Klavier (Kl.) staff in treble clef and a Gitarre (Git.) staff in bass clef. The time signature is 2/4. The guitar part features a consistent eighth-note accompaniment pattern. The piano part has a melodic line with some rests and a slight delay in measure 7.

1. System (Measures 1-3): Klavier starts with a whole rest in measure 1, followed by quarter notes in measures 2 and 3. Gitarre plays eighth-note chords throughout.

2. System (Measures 4-6): Klavier continues with quarter notes. Gitarre continues with eighth-note chords.

3. System (Measures 7-9): Klavier has a note in measure 7 with the annotation *etwas verzögert* (slightly delayed), followed by quarter notes in measures 8 and 9. Gitarre continues with eighth-note chords.

4. System (Measures 10-12): Klavier continues with quarter notes. Gitarre continues with eighth-note chords.

5. System (Measures 13-15): Klavier continues with quarter notes. Gitarre continues with eighth-note chords.

6. System (Measures 16-18): Klavier continues with quarter notes. Gitarre continues with eighth-note chords.

IV Vergleichende psychologische Untersuchung musiktherapeutischer
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

19 *Verzögerung, langsamer* *neues gemeinsames langsames Tempo*

Kl. 

Git. 

stolpert

22 *verzögert*

Kl. 

Git. 

schrabbelt, schnarrt

24

Kl. 

Git. 

26 *verzögert* ** wartet*

Kl. 

Git. 

verzögert *verzögert*

29

Kl. 

Git. 

32

Kl. 

Git. 

IV Vergleichende psychologische Untersuchung musiktherapeutischer
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

35
Kl.
Git.

37
Kl. *** Verzögerung, aus dem Metrum* *schneller, ohne Takt, ohne klares Metrum*
Git. *tonloses Schrabbeln*

39 **** Klavier wieder im Metrum*
Kl.
Git.

Abb. IV.2.5.4.1: Notenbeispiel 2 Spielarten der ZweINSamkeit

Die beschriebene musikalische Gestaltung erzeugt eine Atmosphäre des ruhigen, harmonischen, besinnlichen Zusammenseins. Im Anschluss an die Stunde notiere ich: „Das Zusammenspiel mit Frau B. ist so schön, ganz leicht... Erinert mich an die Zeit, als A. [mein Sohn, der zu diesem Zeitpunkt drei Jahre alt ist] noch ganz klein war: Wie er auf meinem Arm am Einschlafen ist, satt und zufrieden noch in einer Zwischenwelt, nicht mehr wach und noch nicht schlafend...“ Dass sich eine solch „harmonische“ Atmosphäre entwickelt, verwundert eigentlich angesichts der Tatsache, dass die Gitarrentöne eher schnarrend (die Saiten sind alt und zu locker gespannt) und häufig, da ungenau gedrückt, abgeklemmt und „schräbblig“ klingen. Zudem fehlt am Instrument eine Saite. So gibt es trotz dieses „Ineinanderwirkens“ noch deutliche Unterschiede zwischen Klavier- und Gitarrentönen, was innerhalb der Beschreibungstexte in dem Bild der *unterschiedlichen* Fäden (B.2.2, s. o.) und der Formulierung „Das Verklemmte wird mit eingebaut“ (A.2.3) auftauchte. So bleibt die Unterschiedlichkeit der „Zwei“ *in* der „Eins“ bewahrt.

Dass Patientin und Therapeutin offenbar um die Qualität des *Ineinander* ihres gemeinsamen Spiels wissen, offenbart der kurze Dialog im Anschluss an die Improvisation. Angesichts der Tatsache, dass die Therapeutin die von ihr ge-

spielte Melodie zwar den Harmonien und Begleitformeln der Gitarre angepasst, sie ansonsten jedoch frei improvisiert hat, erscheint dieser Dialog regelrecht absurd – *innerhalb* der Beziehungssituation ist er für uns beide jedoch vollkommen stimmig: Unmittelbar im Anschluss an unser gemeinsames Spiel meint Frau B.: „Also, *das Lied* (!) hab’ ich gespielt, als es mir ganz schlecht ging, so um die Leere auszufüllen, die ich hatte“, woraufhin ich wie selbstverständlich frage: „Haben Sie *das* (!) selber komponiert?“, was die Patientin bestätigt (!). Und *in* dieser Beziehungssituation und Atmosphäre erscheint es überhaupt nicht verwunderlich, dass Frau B. das Lied komponiert hat, dessen Melodie der Therapeutin im gemeinsamen Spiel gerade erst in die Finger gekommen ist... Die Frage, ob die Patientin möglicherweise lediglich ihr Spiel meint (und damit mein Spiel ausspart), oder ob sie tatsächlich unser *gemeinsames* Spiel und damit auch die durch die Therapeutin gerade erst improvisierte Melodie meint (und damit das Andere *als* Anderes negiert), bleibt hier offen. Entscheidend ist, dass auch ich die Aussage der Patientin in diesem Moment als so *stimmig* erlebe, dass eine entsprechende Frage oder Anmerkung (und damit die Betonung einer Differenz) auch in meinem Erleben gar nicht erst auftaucht.

Bezüglich der unter I.1 dargestellten Besonderheiten der Sprache im Erleben und Gebrauch schizophrener Menschen sowie mit Bezug auf die dort zitierte Äußerung Renées, die über einen langen Zeitraum hinweg in einer eigenen „Sprache“ spricht und schreibt und später äußert: „Sie [die Worte] kamen ganz von allein und sollten überhaupt nichts bedeuten ... Es war nur der Klang, der Rhythmus, der einen Sinn ergab...“ (zit. nach Sechehaye 1973), soll abschließend noch einmal auf das weitere Gespräch verwiesen werden, in dem die Patientin von einer ähnlichen „Musikalisierung“ der Sprache berichtet: Auf meine Frage, ob es zu diesem Lied auch einen Text gäbe, meint Sie: „Nee, noch nich’.“, und fügt hinzu: „Meistens hab’ ich immer irgendwie englisch gesungen und irgendwelche Wörter, die zwar vielleicht keine Bedeutung hatten, halt einfach nur vom Gefühl her, wie sich das anhört...“.

Bezüglich ihres Beziehungsverhaltens heißt es in Frau B.s Akte, dass sie sehr misstrauisch sei, da sie sich bedroht und beobachtet fühle. Die Patientin selbst erzählt während des musiktherapeutischen Erstkontaktes: „Als es mir ganz schlecht ging, hab’ ich gedacht, dass die Menschen alle böse sind und mich

angreifen wollen.“ Dass dieses Erleben vor allem als Reaktion auf ausgeprägt fusionäre Tendenzen verstanden werden kann, wird erst im Verlaufe des weiteren Gespräches deutlicher (s. u.). Weiterhin heißt es in der Akte, Frau B. leide vor allem unter einem mangelnden Identitätsgefühl, Gefühllosigkeit und großer Antriebsschwäche, die dazu führte, dass sie sich mehr und mehr ins Bett zurückzog. Die Patientin selber schildert mir Ähnliches und betont, sie habe irgendwann gar nicht mehr gewusst, wer sie sei. In den vergangenen zwei Jahren konsumierte Frau B. unterschiedliche Drogen (Marihuana, Ecstasy, Amphetamine, LSD, Kokain), die Patientin selbst beschreibt dies als „Flucht in eine Traumwelt“.

Sowohl im Kontakt mit den Mitpatienten als auch mit Pflegern und Therapeuten wird sie als offen und freundlich–zugewandt erlebt. Innerhalb der PANSS weist Frau B. generell sehr niedrige Werte auf. Die Items, die das Beziehungserleben und –verhalten fokussieren, werden von der behandelnden Ärztin mit Ausnahme dreier Items überwiegend mit 1 (nicht vorhanden) bewertet (vgl. diesbezüglich auch die Abschnitte IV.1 sowie IV.6.4 der vorliegenden Arbeit). Dem Item „Während der letzten Woche fühlte ich mich einsam“ innerhalb der ADS-K gibt Frau B. den Wert 1 (manchmal). Anhand dieser Daten entsteht der Eindruck, dass Frau B. sich zwar aufgrund ihrer Angst (und Antriebsschwäche?) in der Vergangenheit zurückzog, ansonsten jedoch Beziehungen aufnehmen und im direkten Kontakt auch gestalten möchte und kann. Dennoch wird eine deutliche Tendenz zu einer Art innerem Rückzug („Flucht in eine Traumwelt“, s. o.) deutlich, was die Patientin selbst sehr genau beschreiben kann und, da sie diese Zustände als angenehm und entlastend erlebte, in der Vergangenheit durch die Einnahme psychotroper Substanzen forcierte.

IV.5.4.2 Zusammenfassung und Reflexion

Die als „Spielarten der ZweINSamkeit“ metaphorisierten Beziehungsformen und Interaktionsmuster sind auf der Ebene der musikalischen Formenbildung vor allem durch feste, häufig vorgegebene und bekannte Strukturen gekennzeichnet, die die Patienten von sich aus an- und darbieten. Sie knüpfen damit an Erlerntes, Bekanntes, Angenehmes und Vertrautes an, worauf im Gespräch zumeist auch verwiesen wird. Ihr Spiel scheint weitgehend oder ausschließlich

willentlich intendiert und vermittelt ein großes Bedürfnis nach Orientierung, Sicherheit und Vorhersagbarkeit. Wenngleich die dargebotenen musikalischen Strukturen zumeist keinen konkreten Aufforderungscharakter aufweisen (mit Ausnahme des klar als Begleitung konzipierten Gitarrespiels innerhalb der ausführlicher dargestellten Improvisation), sind sie doch für mich als mitspielende Therapeutin unmittelbar mitzuvollziehen. Tatsächlich erlebte ich sie in der jeweiligen Situation als Einladung (nicht Aufforderung), zu folgen und zu begleiten. Keiner der Patienten versuchte, diesem Mitvollzug zu entfliehen. Wenngleich ich mich nicht als Gegenüber wahrgenommen fühlte (und mich musikalisch innerhalb dieser Improvisationen auch kaum so verhielt!), erlebte ich doch eine sehr eigentümliche Form des Beisammenseins, dessen Atmosphäre ich nur als GemeINSamkeit oder eben ZweEINSamkeit umschreiben kann. *Insofern* kann diese Art des Spielens neben der Suche nach Halt und Sicherheit auf Seiten der Patienten durchaus als Eröffnung eines Raumes verstanden werden, innerhalb dessen (diese Form der) Gemeinsamkeit, zumeist als gemeinsames Spiel i. S. eines Synchronspiels, möglich ist. Neben diesem weitgehenden Angleichen meines Spiels an das der Patienten gibt es kurze Momente und Sequenzen, innerhalb derer die Patienten nun ihrerseits ihr Spiel bzw. einzelne musikalische Parameter (s. o.) an das meine angleichen. Auf Versuche meinerseits, Eigenes ins Spiel zu bringen (andere rhythmische Gestaltungsmerkmale etwa, s. o.), reagieren die Patienten mit Irritation oder ebenfalls mit Formen der Angleichung. So droht „Anderes“, Differierendes oder Kontrastierendes zu Bemächtigung und Auslöschung des jeweils Anderen zu führen. Entweder – oder, ein Sowohl–als–auch gibt es *auf dieser Ebene* nicht. Da ich innerhalb dieser fünf Improvisationen fast ausschließlich eine Rolle der Sich–Angleichenden, mich in das Spiel der Patienten Einfügenden übernehme, überwiegt bezüglich der Beziehungsgestaltung ein Streben nach Ähnlichkeit, Ungetrenntheit und Einheit. Das weitgehende Fehlen von Darstellungen eines Beziehungsgeschehens i. S. eines Aufeinander–Bezug–Nehmens innerhalb der Beschreibungstexte und das weitgehende Sich–Einschmiegen in das vorgegebene Spiel der Patienten durch die Therapeutin und die damit verbundenen Beziehungsqualitäten können als Ausdruck einer Pseudolösung des beschriebenen Grundkonfliktes verstanden werden, die Mentzos (1993, S. 38) als „Abwehr des Konfliktes insgesamt“ durch „Verleugnung“ oder „Exkommunika-

tion“ (ebd.) beschreibt. Statt einer dialektischen Aufhebung der Gegensätze und der damit einhergehenden Gegensatzspannung finden sich Aspekte eines Ineinanderwirkens von Gegensätzlichkeit und Differenz, wobei dieses primärprozesshaft anmutende Nebeneinander (vgl. Engelmann 2000) nicht als Integration erstanden werden kann. Statt einer Bewegung aufeinander zu werden Formen des Nebeneinander und Ineinander hergestellt, statt Anspannung und Dramatik bewegen wir uns in entspannten Atmosphären kontemplativer Zustände. So verwundert es nicht, dass innerhalb der Beschreibungstexte Beziehungsformen eines schizoid anmutenden Nebeneinander geschildert werden und das Ganze *gleichzeitig* als Situation innigen Miteinanders charakterisiert wird: Indem der Andere *als* Anderer gewissermaßen depersonalisiert wird, hebt sich der augenscheinliche Widerspruch auf. Dennoch bzw. infolgedessen kann gerade *im* Ineinander Unterschiedliches bewahrt und *in diesem Sinne* aufgehoben werden. „Aufgehoben“ i. S. von aufgelöst und exkommuniziert sind hier zwar die der Differenz innewohnende Spannung und Möglichkeiten lebendigen Austausches, dennoch bekommt die Qualität des Aufgehobenseins hier eher den Charakter des Bewahrenden. Der Bezug auf ein gemeinsames Tun (innerhalb der assoziierten Bilder) und der ganz konkrete gemeinsame Bezug auf bekannte, von den Patienten vorgegebene musikalische Themen verbindet und ermöglicht Zusammenhalt und Beisammensein, ein Erleben von Synchronizität und Kontingenz. Wenngleich hier in weitgehender Spannungsfreiheit gewissermaßen musikalische Gegenwelten zur Realität konstruiert werden, was durchaus nicht Sinn und Zweck musiktherapeutischen Arbeitens ist³, kann dieses *gemeinsame* Errichten musikalischer Gegenwelten doch als in diesen Momenten mögliche Kompromissbildung und als dialogische Ausformung eines im Rahmen psychotischer Konstruktionen von Welt intrapsychischen Vorgangs verstanden werden. Hier geht es nicht um das Schönmalen von Abgründen, sondern um ein Überbrücken von Abgründen, was sich neben der Ermöglichung der beschriebenen Formen von Gemeinsamkeit z. B. auch darin zeigt, dass zumindest einige Patienten ihr Leiden im Anschluss und mit Bezug auf die Improvisation verbalisieren können, ohne dass ihnen dieses zuvor möglich

³ Allerdings gehört „die Entfaltung einer Gegen-Welt zur bestehenden Realität“ nach Weymann (2002, S. 237) gerade zu den Möglichkeiten und Chancen des Improvisierens, um einen „Spielraum“ zu etablieren und z. B. eine „Flucht aus der Enge ins ‚Eigene‘“ oder auch „das Beleben des kühl Distanzierten“ zu ermöglichen (ebd.).

gewesen wäre (vgl. z. B. das Skript sowie die ausführliche Darstellung der Beziehungsformen und Interaktionsmuster bezüglich B.2. im Anhang der vorliegenden Arbeit.). Kapfhammer (2006, S. 29) betont für schizophrene Patienten, „...welch eigentümliche Attraktivität für Patienten innerseelische Zustände von globaler Schmerzfreiheit besitzen“ und charakterisiert diese, ähnlich wie innerhalb der Improvisationsbeschreibungen (vgl. auch IV.3), als „mentale Anästhesie“ bzw. „nirwanaähnliche Verfassung“ (ebd.), die allerdings im Rahmen psychotischer (Minus-) Symptomatik aus einem höchst selbstdestruktiven Prozess resultiert und „auf die Zerstörung von inneren emotionalen Prozessen, auf eine Auflösung der inneren Repräsentanzenwelt gerichtet [ist], *um* einen Zustand der seelischen Anästhesie ... zu bewirken“ (Schwarz 2006, S. 110/111, Einfügung und Hervorhebung S. K.). Dennoch betont Winnicott (zit. nach Lempa 2007) die „Notwendigkeit zur Illusion“ und des Schaffens von „Zwischenräume[n], um die Realität als bewohnbar zu erfahren“. Innerhalb der untersuchten Improvisationen werden offenbar ähnliche seelische Zustände aufgesucht und hergestellt – allerdings in Form eines (inter-) aktiven, gemeinsamen Tuns und Erlebens. *Um* die beschriebenen Zustände zu bewirken, bedarf es möglicherweise (hierüber können wir anhand der vorliegenden Untersuchung nichts erfahren) auch innerhalb des Improvisierens einer Illusion der Allmacht – auf jeden Fall aber der Fähigkeit, Urheber einer Handlung zu sein und sich auch als solcher zu erleben, was im Falle der fünf hier dargestellten Improvisationen deutlich der Fall war.

Auch bei den Hörern selbst führten die beschriebenen Zustände der Bewusstseinsveränderung und Selbstvergessenheit zu einer Blockierung des Austausches mit der Umwelt. Das logische Denken trat zugunsten des assoziativen Denkens zurück, Gefühle von Grenzenlosigkeit und Weite tauchten auf, manchmal kam es zu einer Entrückung aus Zeit und Raum (vgl. IV.3). Hier scheint die Musik eher drogentypische Eigenschaften zu verkörpern (erinnert sei in diesem Zusammenhang daran, dass bei vier der fünf Patienten ein z. T. erheblicher Drogenkonsum beschrieben wurde). Auch Hippel (2002) verweist auf Berührungspunkte der Wirkungsweisen von Musik und Drogen, die sie vor allem als „Rausch, Ekstase, Regression, Entspannung, Betäubung und als angstlösendes Mittel“ identifiziert (vgl. Hippel 2002, S. 41). Kapteina (1993) postuliert, dass das gemeinsame musikalische Improvisieren u. a. auch am

Rauschbedürfnis des Patienten ansetze: „Sie gibt die Möglichkeit, den Reichtum, den der Rausch spenden kann zu erlangen, *ohne dass eine Sucht der Preis ist*“ (zit. nach Hippel 2002, S. 42, Hervorhebung S. K.). In Abwandlung dieser These und mit Bezug auf die hier dargestellten Improvisationen ließe sich für die musiktherapeutische Arbeit mit zumindest einigen schizophrenen Patienten – zugegebenermaßen etwas pointiert - formulieren, dass die gemeinsame musikalische Improvisation *auch* an dem Bedürfnis schizophrener Menschen ansetzen kann, der als unerträglich erlebten „Realität“ zu entfliehen, *ohne dass eine Psychose der Preis ist*.

Als triangulierendes Drittes schafft der Bezug auf die durch die Patienten vorgegebenen Muster und Strukturen (nicht „die Improvisation“ als solche!) aber auch Distanz: Der Aufforderung, zu *improvisieren* und sich damit dem Unvorhergesehenen und Unbekannten und den damit verbundenen Unwägbarkeiten anzuvertrauen, folgen diese Patienten nicht bzw. in extrem eingeschränkter Art und Weise. Das gemeinsame Spiel ist den der Improvisation inhärenten Eigenschaften und Möglichkeiten „des Dialogischen, der Begegnungs–Offenheit“ (Weymann 2002, S. 15 mit Bezug auf Petersen 2000) beraubt. So verwundert es nicht, dass die herausgearbeiteten Beziehungsformen und Interaktionsmuster tatsächlich keine dialogischen Strukturen aufweisen. Hier steht nicht der Beziehungsaspekt im Vordergrund, es geht nicht um ein Bezugnehmen aufeinander, sondern auf ein gemeinsames musikalisches Thema. Diese Patienten begeben sich nicht in das „Dazwischen“ (vgl. Weymann 2002 sowie Abschnitt III.2.1 der vorliegenden Arbeit), Qualitäten der Wendigkeit und Variabilität, wie sie die Tätigkeit des Improvisierens charakterisieren (vgl. Weymann a. a. O.) bleiben weitgehend ausgespart. Der „schwankende Werkcharakter der Improvisation“ (Weymann 2002, S. 15) begegnet uns hier gerade nicht. Genau dieser jedoch „kann geradezu als prototypisch gelten für den Übergangscharakter des Seelenlebens im Ganzen“ (ebd.). Was uns hier also nicht *begegnet*, ist gewissermaßen der Patient selber! So gesehen, sind auch diese Patienten innerhalb unserer gemeinsamen Improvisationen „Flüchtende“. Dennoch – oder gerade deshalb? - konnten sich innerhalb des gemeinsamen Improvisierens Beziehungsformen und Interaktionsmuster etablieren, die als „Spielarten der ZWEINSamkeit“ metaphorisiert wurden. Ein Verständnis dieser Form der musikalischen Beziehungsgestaltung als (auch) Flucht und Vermeidung *dialog-*

gischer Formen der Beziehungsgestaltung kann und soll nicht pathologisieren und/oder die dieser Form des „gemeinsamen Anwesendseins“ (vgl. Deuter 1996/2007) inhärenten Möglichkeiten und Chancen negieren und vor allem nicht aus dem Blick verlieren, dass *sowohl* die fünf Patienten *als auch* ich selbst dieses gemeinsame Spielen als sehr angenehm und gelungen erlebten. Meine eigene Befindlichkeit während des Improvisierens mit diesen Patienten lässt sich nur schwer verbalisieren und in Anlehnung an den Begriff ZWEINSamkeit am treffendsten als Erleben von GemeINSAMkeit beschreiben. Dies differenzierter zu analysieren wäre sicherlich eine lohnenswerte Aufgabe, kann im Rahmen der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht geleistet werden. Dennoch soll hier ausdrücklich darauf verwiesen werden, da sich ein solches *beiderseitiges positives* Erleben der Beziehungssituation im Kontext der Beziehungsregulation mit schizophrenen Patienten nicht nur eher selten ereignet (vgl. z. B. Steimer–Krause 1996), sondern auch an sich als therapeutisch wirksam verstanden werden darf (vgl. z. B. Tabbert–Haugg in Schwarz et al 2006). Eine Reflexion der innerhalb der Improvisation B.3 aufscheinenden Tendenzen von *Ineinander – Auseinander* führt noch einmal zur Betonung einer grundlegenden Ähnlichkeit mit den Verhältnissen innerhalb der als „Spielarten der ZWEINSamkeit“ metaphorisierten, zuletzt dargestellten Improvisationen: Auch hier konnten „Das Eine“ und „das Andere“ *als solche* nicht koexistieren. Indem ich mich als mitspielende Therapeutin in das Spiel der Patienten einfügte und auf „Eigenes“ von vornherein weitgehend verzichtete, konnte sich die beschriebene Form der GemeINSamkeit ereignen – in weitgehender Freiheit von Spannung und Differenz. Infolgedessen kam es innerhalb dieser Improvisationen auch nicht zur dramatischen Ausgestaltung eines *Prozesses* der Verunmöglichung eines Gegenüber (wie in B.3!). Diese *Geschichte* wurde dort *weder* auf der Ebene der Wirkungsgestalt *erzählt* noch anhand der konkreten musikalischen Interaktionen *nachvollziehbar*. Das betont noch einmal den bereits hervorgehobenen Charakter der Abwehr und Restitution dieser musikalischen Produktionen. Kann bereits der Rückgriff der Patienten auf bekannte musikalische Formenbildungen innerhalb des beschriebenen musiktherapeutischen Vorgehens als Widerstand interpretiert werden, so ist es die hierdurch gelungene Form der „Flucht“ allemal – was in einer paradoxen Wendung gerade die Möglichkeiten und Ressourcen dieser Form der Beziehungsgestaltung und

Interaktion ins Bild rückt: Benedetti (1994, S. 265) beschreibt es gerade für den Beginn der psychotherapeutischen Arbeit mit schizophrenen Patienten als vorrangige Aufgabe des Therapeuten, „...dem Kranken innerhalb der therapeutischen Beziehung eine stufenweise Annäherung zu ermöglichen, die sich jedoch *weitgehend hinter den Mauern der Abwehr* vollziehen soll“ (Hervorhebung S. K.) und begründet dies folgendermaßen: „In der Neurose hat der Widerstand einen anderen Stellenwert. Er dient dem Kranken zur Flucht vor sich selbst ... Demgegenüber ist schizophrener Widerstand Offenbarung im Sich-Verstecken. ... So kann ein Kranker etwa von Büchern, Ereignissen, Menschen oder von tausend neutralen Dingen sprechen, aus denen er selbst höchstens als Maske hervortritt. ... Was uns als Maske erscheint, ist im Grunde ein Gegenwärtig-Sein des Kranken“ (Benedetti 1994, S. 264). Das Spielen von Liedern oder anderen vorgegebenen musikalischen Strukturen erscheint mir durchaus vergleichbar mit dem Erzählen von Büchern o. ä. „neutralen Dingen“, und auch ich erlebe die beschriebenen Formen musikalischer Beziehungsgestaltung als „Offenbarung im Sich-Verstecken“! Das Gegenwärtig-Sein von Patient *und* Therapeutin kommt in den Beschreibungstexten in Bildern gemeinsamen Tuns eben so deutlich zum Ausdruck, wie es – auch hier - im Aussparen der beteiligten Personen bewahrend verhüllt wird. „So lasst mich scheinen, bis ich werde ... die Maske ist eine Maske und keine Vortäuschung“ (Buber 1962/1997, S. 279).

IV.5.4.3 „Wie soll es jetzt auseinander gehen?“

Auch die innerhalb der nachfolgend untersuchten Improvisation herausgearbeiteten Beziehungsformen und Interaktionsmuster tragen Züge einer „Spielart der ZWEINSamkeit“, die jedoch noch einmal etwas andere Charakteristika aufweist, als dies bei den zuvor dargestellten Improvisationen der Fall war. Aus diesem Grunde soll auch diese Erarbeitung der Beziehungsgestalt ausführlicher dargestellt werden. Eine erste Annäherung an Atmosphäre und Verlauf dieses Erstkontaktes mag die Lektüre der S. 85 der vorliegenden Arbeit ermöglichen. Sowohl innerhalb der zu diesem Erstkontakt angefertigten Skript- als auch innerhalb der Improvisationsbeschreibungen finden sich einerseits Schilderungen von Beziehungslosigkeit und Isolation. Innerhalb der Skriptbeschreibungen

werden zumeist Formen eines Zurückhaltens und Versteckens beschrieben, das Gespräch erleben die Beschreibenden infolgedessen als oberflächlich (B.5.II). „Sich wirklich berühren – könnte das gefährlich werden?“ (B.5.II) fragt sich eine Beschreibende, und eine andere imaginiert „ein kleines Auto“ (B.5.III), das „bloß nicht die Absperrung berühren“ darf – „Absturzgefahr“, heißt es dort weiter. Andererseits präzisiert sich die hier verspürte Gefahr anhand der Improvisationsbeschreibungen als drohende oder aber als eingetreten erlebte Gefahr einer Entdifferenzierung im *Ineinander*. So werden auch anhand der Improvisationsbeschreibungen einerseits Szenen dargestellt die ein *Auseinander* betonen, innerhalb derer jemand allein ist/spielt (B.5.1) oder aber verloren geht, wie dies in dem dramatischen Bild einer zunächst (allein) tanzenden, dann jedoch in den „ehemals feste[n], steinerne[n] Kirchenboden“ (B.5.4, s. u.) einsinkenden Person zum Ausdruck kommt. Gerade diese Szene verweist jedoch nicht nur auf Aspekte des *Auseinander*, sondern betont *gleichzeitig* extreme Ausformungen eines *Ineinander*: Einerseits wird diese Tendenz in der Bewegung des Versinkens nachvollziehbar, andererseits gerät die Hörerin selbst in einen Sog der Vereinheitlichung, der sie, wie sie im Nachgespräch erschüttert betont, mitreißt, aufwühlt und an die Grenze dessen bringt, was sie affektiv mit-leiden kann und will. Diese Erschütterung wird anhand des Beschreibungstextes deutlich nachvollziehbar, dort heißt es: „Der ehemals feste, steinerne Kirchenboden, auf dem ich tanze, gibt plötzlich nach, ich sacke knöcheltief ein. Erschrecke mich und sehe jemanden, der in der folgenden quälend langen Zeit sich zu befreien versucht. Er versucht, die Beine schneller herauszuziehen, doch der Sumpf wird tiefer, der Unterkörper ist schon versunken, (ich) er beweg(e)t die Arme, als würde (ich) er noch tanzen. Manchmal bin ich derjenige, der versinkt, manchmal bin ich Beobachterin. ... große Angst, verschlucke schon Schlamm ... Am Ende sind nur noch die Hände zu sehen“ (B.5.4). Eine andere Hörerin verspürt einen Wunsch nach Gemeinsamkeit und erlebt auch gelingende Gegenseitigkeit und Gemeinsamkeit, ahnt jedoch die Gefahr zu großer Nähe und Dichte und beschreibt in ihrem Text wechselnde Formen der Bezogenheit: „Zwei treffen aufeinander und suchen den Gleichschritt - nun geht es - munter nebeneinander her! - Warum wird es so eng? - keine Luft, kein Unterschied mehr - alles klebt aneinander ... - ah, jetzt gibt es eine Veränderung, man wird wieder aufmerksam aufeinander, - nimmt sich

gegenseitig wieder wahr, es sind wieder 2 - wie soll es jetzt auseinander gehen?“ (B.5.2). Die Formulierung „Es sind *wieder* 2“ verweist hier noch einmal auf das zuvor erlebte Einswerden, allerdings auch auf ein anderes Phänomen, das innerhalb der Beschreibungstexte immer wieder benannt wird: Einerseits tauchen vor allem innerhalb der Skriptbeschreibungen häufig gar keine Personen auf, selbst in dem Beschreibungstext, innerhalb dessen das „kleine Auto“ (s. o.) imaginiert wurde, heißt es zweifelnd: „Der Fahrer ist nicht zu erkennen. Gibt es überhaupt einen Fahrer?“ (B.5.III). Innerhalb der oben zitierten Improvisationsbeschreibung werden „Zwei“ erwähnt, und da von Gleichschritt und gegenseitigem Sich -Wahrnehmen die Rede ist, vervollständigt der Leser dieses Bild vermutlich zu zwei Menschen/Personen – benannt wird dies gleichwohl nicht! Neben diesem auffälligen Fehlen von Personen und dem Aussparen genauerer Beschreibungen oder überhaupt nur Erwähnungen (vgl auch IV.3) wird häufiger auch Unsicherheit darüber geäußert, *wie viele* Personen hier spielen: Neben der verspürten Gefahr des Eins -Werdens und dem Gefühl, hier sei Niemand, gar keine Person, tauchen andere Wahrnehmungen auf, die eine Verunsicherung darüber zum Ausdruck bringen, ob hier einer, zwei oder viele am Werke sind: So wird z. B. der Part des Patienten von einigen Hörern erlebt, als spielten hier *mehrere* Personen: „Mir scheint, als wären mindestens 4-6 Personen am Congaspiel beteiligt, so laut und stark spielt er“ (B.5.1), formuliert es ein Hörer. Bereits hier deutet sich an, dass die beschriebenen Beziehungsformen über das konkrete Beziehungsgeschehen zwischen Patient und Therapeutin hinaus auf ein „Kernproblem der psychotischen (schizophrenen) Beziehungsstruktur“ (Deuter 1997, S. 23) verweisen.

Im Folgenden sollen die konkreten musikalischen Interaktionsmuster nachvollzogen werden, die mit den beschriebenen Beziehungsformen assoziiert sind.

Die Dauer der untersuchten Improvisation beträgt 7‘52“. Es ist unsere zweite gemeinsame Improvisation im Rahmen dieses musiktherapeutischen Erstkontaktes - eine zuvor begonnene Improvisation wurde nach zwei Minuten von Außen beendet. Herr E. spielt (in beiden Improvisationen) die Conga.

Der Patient beginnt mit einem leisen, vorsichtigen Schlag und tippt dann zart mit den Fingern auf das Fell, so dass eine Art Glissando entsteht. Dieser Beginn wirkt suchend und tastend, verspricht langsame Annäherung und Entwicklung, etwas scheint sich behutsam zu entfalten. Dieses Entwicklungsverspre-

chen wird jedoch nicht eingelöst, stattdessen folgen laute, kräftige Schläge auf die Conga in einem klaren 4/4Takt, das wirkt eingeübt, gekonnt und irgendwie schon fertig – „ein wenig wie genormt“ (2. B.) bzw. wie Musik von einer „CD“ (1. B.) oder eine „Maske“ (4. B.), hinter der sich etwas/jemand versteckt (s. o!). Während der kurzen Suche auf der Conga noch abwartend schweigend, gesellt sich in Takt 2 die rechte Hand/Oberstimme des Klaviers mit einem längeren Ton zum Spiel der Conga und schließt ein kurzes Glissando an, spiegelt also den Beginn der Conga. Im Gestus passt sich das Klavier jedoch bereits dem inzwischen kräftigen und „zackigen“ Congaspiel an, die Töne sind relativ laut, das Glissando endet mit einem scharfen Staccato-Ton. Bereits ab Takt 4 greift das Klavier, noch immer nur durch die rechte Hand mit der Oberstimme präsent, das erste rhythmische Motiv der Conga auf und behält es mit nur leichten Abwandlungen bei. Diese Spiegelungen und Anpassungen des Klaviers tauchen in der oben hervorgehobenen zweiten Beschreibung auf als Suche nach „Gleichschritt“, die dazu führt, dass es „so eng“ wird und „keine Luft, kein[en] Unterschied mehr“ (ebd.) zu erkennen ist.

The image displays a musical score for Conga and Klavier in 4/4 time, divided into four systems. The first system (measures 1-4) shows the Conga starting with a rhythmic pattern of eighth notes, marked 'mit den Fingern getippt' and 'p'. The Klavier enters in measure 2 with a long note, followed by a glissando. The second system (measures 5-8) shows the Conga continuing its pattern, while the Klavier mirrors it with eighth notes. The third system (measures 9-12) continues this mirroring. The fourth system (measures 13-16) shows the Conga playing a more complex rhythmic pattern, with the Klavier continuing to mirror it. The score is written on a yellow background.

Abb. IV.5.4.3.1: Notenbeispiel 3 „Spielarten der ZwEINSamkeit“

Diese Gestaltung des Beginns der Improvisation ähnelt in hohem Maße dem Anfang der Improvisation B.2 mit ihrem kurzen Anfangsmotiv und dem dann folgenden „Woanders–Weiter“. Bezüglich der hier untersuchten Improvisation muss jedoch betont werden, dass die Anfangsgestaltung wohl eher Resultat äußerer Umstände ist: Die erste Improvisation (s. o.) beginnt Herr E. direkt in der Art und Weise, wie sie hier dem vorsichtigen Beginn folgte und eher dem sofortigen „Drin–Sein“ der Improvisation mit Herrn D. gleicht. Wie bereits angedeutet, wurde diese erste Improvisation abgebrochen: Nebenan würden Prüfungen geschrieben und wir sollten doch *bitte* leiser spielen! Verärgert über diesen plötzlichen Abbruch kann ich dem Kollegen in einem kurzen Gespräch ... das Versprechen abringen, uns *bitte* nicht noch einmal zu stören! Im Gegenzug verspreche ich eine geringere Lautstärke ... Seufzend vereinbaren Herr E. und ich, etwas leiser zu spielen, was den *Beginn* der nachfolgenden und hier untersuchten Improvisation maßgeblich prägt – glücklicherweise aber nur den Beginn! Nachdem sich Herr E. meiner „Erlaubnis“ versichert hat, dennoch auch jetzt Conga spielen zu dürfen, setzt sich das Ausdrucksverlangen des Seelischen durch und damit die ursprünglich gewählte Art des Spielens, die so sehr der Formenbildung der ersten Improvisation gleicht, dass es trotz der äußeren Beeinflussung, die bis auf die Gestaltung des Beginns der Improvisation offenbar keine Wirkungen zeigt, sinnvoll schien, die Improvisation als „freie Improvisation“ (vgl. III.2.1) zu verstehen und im Rahmen der vorliegenden Studie dennoch zu untersuchen. Glücklicherweise hält sich der Kollege, wie ich vermutet hatte, im Gegensatz zu mir an sein Versprechen und unterbricht uns nicht noch einmal.

Wie Herr D., so hat auch Herr E. ein Instrument gewählt, das ihm (relativ) vertraut ist: *Auch er* berichtet in dem Gespräch vor der Improvisation von „Trommelworkshops“, die er besucht hat. Er hat sogar eine Djembe zu Hause, auf der er öfter alleine oder auch im Rahmen von „Sessions“ spielt. *Auch er* ist, zunächst einmal bezüglich der Instrumentenwahl, auf der Suche nach Bekanntem, Vertrautem. Das Gesuchte findet (auch) er nicht ganz – er ist enttäuscht, dass ich keine Djembe da habe -, aber die Conga ist wohl *ähnlich* genug – und ein wenig kann er noch zu dieser Ähnlichkeit beitragen: *Auch er* holt das Instrument zu seinem Platz, nimmt sogar mit viel Mühe (s. o.) die Conga aus dem Ständer und schafft es tatsächlich, sie trotz ihrer Größe und ihres Umfangs

zwischen die Beine zu nehmen und *wie eine Djembe* zu spielen. „Er hat es geschafft, aus der Conga eine Djembe zu *machen*“, geht es mir während des Erstkontaktes durch den Kopf, und trotz Verwunderung und einer gewissen Hochachtung für dieses *Können* verspüre ich ein Unbehagen, „irgendwie auch gruselig, ein („An-) Verwandlungskünstler“, notiere ich im Anschluss an diesen Erstkontakt. Und obwohl ich darüber froh bin, fällt mir auch das ganz andere Können auf: Die Fähigkeit, das störende, hemmende, einengende *Außen* ganz „auszublenden“ und auf dieser Ebene kaum Einwirkung zuzulassen. So ist er fast ebenso schnell wie am Beginn der ersten Improvisation wieder „ganz drin“ in diesem lauten, kräftigen Spiel. Durch die rigide Beibehaltung des aufgegriffenen ersten rhythmischen Motivs *des Patienten* (punktierte Viertel, punktierte Viertel, Viertel) in der Oberstimme des Klaviers bekommt die Musik nun etwas Festes, Starres. Als gäbe es nicht schon genügend verwirrende *Ähnlichkeiten*, sei darauf hingewiesen – der Leser hat es vermutlich schon bemerkt - dass dieses von Herrn E. ins Spiel gebrachte Motiv nun genau das rhythmische Motiv ist, das die Therapeutin *ihren* Neigungen und Vorlieben folgend, in die Improvisation mit Herrn D. einbrachte und dort ebenso rigide darauf beharrte! (Angemerkt sei, dass die beiden Erstkontakte mit einem zeitlichen Abstand von vier Jahren durchgeführt wurden.) Herr E. wandelt das Motiv zwar im weiteren Verlauf der Improvisation ab, spielt jedoch eher Varianten als Neues und bleibt mit seinen sehr lauten, kräftigen und harten Schlägen dem starren Metrum verpflichtet. Das später in der Conga häufig verwendete Motiv (Viertel-Achtel-Viertel-Achtel—Viertel) wirkt eher noch zackiger und starrer. Auch dieses Motiv greift das Klavier in der Oberstimme ab Takt 27 auf, während nun die Unterstimme des Klaviers das anfängliche Motiv übernimmt und ebenso starr wie zuvor die rechte Hand sehr lange wiederholt. Wenngleich die beiden Motive durchaus *ähnlich* sind und *zusammen passen* (s. u.), begegnet uns in dieser starren Aufteilung auch hier wieder eine Diskrepanz (s. u.) zwischen linker und rechter Hand der Therapeutin, zwischen Ober- und Unterstimme des Klaviers: „Die Arme tanzen in einem anderen Rhythmus als meine Beine – ich wundere mich, dass ich das kann“ (4. B.), schreibt eine Hörerin und erlebt dies als „Irritation: wessen Rhythmus soll ich folgen?“ (ebd.).

IV Vergleichende psychologische Untersuchung musiktherapeutischer
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

The image displays three systems of musical notation, each starting with a measure number (18, 23, and 27) in the upper left corner. Each system consists of two staves: the top staff is labeled 'Cga.' (Conga) and the bottom staff is labeled 'Kl.' (Klavier/Klavier). The notation is in 4/4 time. The first system (measures 18-22) shows a steady 4/4 rhythm with eighth notes on the conga and block chords on the piano. The second system (measures 23-26) shows a change in the piano accompaniment, with more complex chords and some sixteenth-note patterns. The third system (measures 27-31) shows a further evolution, with the piano part becoming more active and the conga part showing some syncopation. The notation ends with a double bar line and a wavy line indicating the end of the excerpt.

Abb. IV.5.4.3.2: Notenbsp. 4 Spielarten der ZweINSamkeit

Erst jedoch, als die Oberstimme des Klaviers aus diesem Schema ausbricht und durchgehende Achtelnoten spielt („Das Klavier will Veränderung“, 3. B.), gelingt es kurzzeitig, dem starren Nebeneinander (zwischen Ober- und Unterstimme des Klaviers, aber auch zwischen dem Spiel von Patient und Therapeutin), das kaum Raum für Differenzierung und Unterscheidung lässt, zu entkommen („Ah, jetzt gibt es eine Veränderung“, ebd.): Die Conga reagiert („Man wird wieder aufmerksam aufeinander“) ihrerseits mit kleinen Veränderungen: Eine Überbindung in T 84/85, die das Klavier sechs Takte später imitiert, was wiederum die Conga zwei Takte später aufgreift. Diese Überbindungen erwecken den Eindruck der Auflösung des bis dahin klaren 4/4 Taktes, was den Patienten offenbar irritiert: In T 92 kommt die Conga durcheinander. Im nächsten Takt tippt der Patient ähnlich wie am Anfang der Improvisation mit

IV Vergleichende psychologische Untersuchung musiktherapeutischer
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

den Fingern auf das Fell, das wirkt - je nach Wahrnehmung des Beginns der Improvisation - wie eine zweite Chance, die anfänglich angedeutete Entwicklung doch noch zu zulassen: „Hoffnung auf einen Neubeginn“ heißt es in der dritten Beschreibung, oder aber wie eine Hemmung: „Die Congas können nicht recht mit“, heißt es innerhalb der selben Beschreibung.

86

Cga.

Kl.

90

Cga.

Kl.

93

mit den Fingern
getippt

Abbildung IV.5.4.3.3: Notenbeispiel 5 Spielarten der ZweINSamkeit

Auch in der Oberstimme des Klaviers gibt es kurz darauf eine Irritation, während die Unterstimme des Klaviers ihr rhythmisches Motiv unbeirrt wiederholt. Schließlich steigt auch die Klavieroberstimme in den Rhythmus der Unterstimme mit ein. Ähnlich laut und dominant erklingt nun am Klavier dasselbe rhythmische Motiv wie zu Beginn der Improvisation, und auch hier tritt es an die Stelle des als Veränderung erwarteten Eigenen, Neuen, gibt aber auch Halt: Die Conga steigt noch lauter und kräftiger als zuvor zunächst mit durchgehenden Achtelnoten (ähnlich wie das Klavier bei seinem Versuch der Veränderung), dann wieder wechselnden rhythmischen Motiven ein. Später kommt es

noch mehrmals zu ähnlichen „Stolpersituationen“, infolgedessen sich nun das Klavier zurückzieht und leise lange Notenwerte (links ganze Noten, rechts halbe Noten) und später in der Unterstimme ruhige, gleichmäßige Viertel spielt. Das wirkt abwartend, gibt der Conga musikalisch Raum. Diesmal ist es der Patient an der Conga, der wiederum Zuflucht in bekannte, starre rhythmische Motive sucht - und das Klavier schließt sich nochmals an. Immer mehr wirkt das laute Spiel der Conga jedoch angestrengt; wie eine Rüstung wirkt nun der (zunächst) haltgebende Rhythmus, das laute Spiel eher verzweifelt, besonders starke Betonungen der `1` holen das Klavier in den starren Rhythmus zurück. Ein Ausbrechen aus dem repetitiven, zunehmend unpersönlich-genormt wirkenden Spiel ist offenbar zu sehr mit der Gefahr des Verlustes der – wenn auch rigiden und starren, so doch haltgebenden - rhythmischen Struktur verbunden, die beide Spieler wechselnd immer wieder aufgreifen. Schließlich jedoch hält das Klavier an, spielt mehrmals denselben Ton, dann einen längeren Triller: Noch einmal eröffnet es den Raum, will es eine „Veränderung bewirken“ (s. o.). Das Spiel verebbt, eine kurze Pause tritt ein: „Ein Loch, eine Ablenkung, bis nur noch kleine Kratzbewegungen bei mir ankommen“ (3. B.). Es geht weiter, und noch einmal wiederholt sich der tippende Glissandibeginn, in beiden Instrumenten nun, dann eine kleine Melodie in der Oberstimme des Klaviers und in der Conga noch einmal der Versuch, sich in feste Rhythmen zu retten, aber weder steigt das Klavier mit ein, noch entwickelt sich aus den immer wieder perlenden Glissandi etwas Neues, eher scheinen sie das Gewesene metaphorisch wegzuwischen (vgl. de Backer in Metzner 2007) – wer oder was „verschwindet“ (s. o.) hier? Da das Klavier weder auf die rhythmischen Angebote der Conga reagiert noch, wie an vergleichbaren Stellen zuvor, von sich aus den „alten“ Rhythmus aufgreift, entsteht der Eindruck, es bemerke die Not der Conga nicht: „Offenbar hat noch niemand was bemerkt – gut so. Militärrhythmus, Afrikanisches – nichts bringt Rettung, große Angst, ... Niemand merkt was, gut so“ (4. B.). Schließlich „plätschert“ das Spiel in der ständigen Wiederholung der Glissandi aus, wird immer leiser, verebbt schließlich: „Da schabt etwas im Kreis, wird immer kleiner und zieht sich schließlich zusammen“ (3. B.); „Es klingt langsam – etwas unsicher - aus“ (2. B.).

Eine ähnliche Entwicklung, wie sie innerhalb der Improvisationsbeschreibung als „Suche nach Gleichschritt“ (s. o.) und nachfolgend als Gefahr eines dro-

henden oder eingetretenen Ineinander beschrieben wurde findet sich auch bezogen auf die Dynamik der Beziehungssituation im Verlaufe des gesamten Erstkontaktes: In die Stille *vor* der ersten Improvisation fragt Herr E.: „Warten Sie auf mich?“, was ich durch Nicken bestätige und damit meinerseits einen Beziehungswunsch äußere.⁴ „Finden Sie, dass das gepasst hat?“, fragt er *im Anschluss* an diese erste Improvisation, und da ich ihn (akustisch) nicht verstanden habe, wiederholt er, nun in fast flehendem Tonfall: „Finden Sie, dass das gepasst hat, so `n bisschen?“. Deutlicher als es die von ihm verwendeten Worte auszudrücken vermögen, vermittelt sein flehender Tonfall, dass es hier nur formal-sprachlich um eine Frage geht: Der *Wunsch* nach dem Zusammen-Passen und die spürbare Hoffnung, es möge in meinem Erleben so gewesen sein, rühren mich in diesem Moment zutiefst – ebenso wie seine Antwort auf meine Frage, wie *er* das erlebt habe: Er könne das „irgendwie nicht so beurteilen“. Da ist sie wieder, diese Diskrepanz meiner Wahrnehmung dieses Patienten und meines Erlebens bezüglich unserer Beziehungsgestaltung: Die Diskrepanz zwischen seinen kraftvoll-männlichen Bewegungen und seinem weichen, kindlichen Gesicht; die Diskrepanz zwischen der ängstlich-fragilen Gesprächsatmosphäre und dem lustvoll-kräftigen Spiel; die Diskrepanz zwischen meiner anfänglichen Lust und Freude am (Mit-) Spielen und der zunehmenden Anstrengung und Langeweile; die Diskrepanz zwischen dem Erleben dieser Diskrepanzen und dem Erleben von Übereinstimmung und Anverwandlung auch innerhalb der Improvisation. Diese Diskrepanz zeigt sich auch in meinem Erleben bezüglich der Frage nach dem Zusammen-Passen, die auch ich in diesem Moment „irgendwie nicht so beurteilen“ (s. o.) kann: Einerseits lasse ich mich in meinem Erleben von dem Spiel des Patienten mitreißen, sein Spiel ist leicht mitzuvollziehen, es kommt mir auf merkwürdige Art und Weise von Anfang an *bekannt* vor, unser Zusammenspiel fühlt sich *vertraut* an - welche Diskrepanz zu der mühsam-zähen Gesprächsatmosphäre voller Angst und Fremdheit zuvor! Dennoch habe ich nicht das Gefühl, mich in dieses Spiel einzufügen – ich passe mich *an*, aber nicht *ein*, auch „beflügelt“ (s. o.) es mich bei aller anfänglichen Spiellust nicht. Eher habe ich das Gefühl, dass sich unser

⁴ Es ist durchaus nicht so, dass ich „aus Prinzip“ warte, bis der jeweilige Patient zu spielen beginnt. In diesem Falle hatte das schweigende Einschwingen in die folgende Improvisation meinerseits jedoch tatsächlich die Qualität eines ruhigen Ab- und Erwartens.

Spiel sehr *ähnlich* ist, mir eben irgendwie *vertraut* – aber „passt“ es deswegen zusammen? Ich nicke – weil das Erleben der *Ähnlichkeit* so übermächtig ist und vielleicht auch, weil Herr D. mich so „flehend“ anschaut... Im Anschluss an diesen Erstkontakt notiere ich im Protokollformblatt bezüglich unserer anfänglichen Beziehungsgestaltung in der Musik das Wort „Zwillingswelten“, die mich sehr berühren; diese Art des gemeinsamen Anwesend-Seins genieße ich zunächst sehr, was zumindest *auch* mit meiner eigenen Geschichte als Zwilling zu tun hat... (Dass auch Herr D. ein Zwilling ist, weiß ich zu diesem Zeitpunkt noch nicht.) Als ich mir im Anschluss an diesen Erstkontakt noch einmal die dargestellte Szene und Herrn D.'s flehenden Gesichtsausdruck vergegenwärtige, fällt mir das Buch „Das kleine ICH BIN ICH“ ein, dieses kleine Wesen, das sich auf den Weg macht, um herauszufinden, wer es ist, das überall nach *Ähnlichkeiten* sucht und glücklicherweise neben diesen auch noch genügend Unterscheidendes gespiegelt bekommt, so dass es infolge dieser Ausgewogenheit von Ähnlichkeit und Differenz - selbstverständlich nicht ohne das Hindurch eines zugespitzten kritischen Momentes der Trauer und Verzweiflung - schließlich spüren und sagen kann: Ich bin Ich! Die Äußerungen im Umfeld der Antwort des Patienten offenbaren nicht nur, dass es hier um ein Identitätsproblem und damit verbunden die Frage des Zusammenpassens von Ich und Welt geht, das er in dieser Art und Weise auch verbal thematisieren kann, sondern fokussieren auch das Problem des hierfür notwendigen Gestaltens von Übergängen, das ihm kaum möglich ist (was zum Erleben verwirrenden Ineinander und/oder zu in unterschiedlichen Formen der Beziehungsvermeidung sichtbar werdenden Bewältigungsversuchen rigider Überabgrenzung führt, s. u.): „Ich kann das irgendwie nicht so beurteilen... Das war nur... also ich war jetzt nicht ganz in dem Takt oder so, ich hatte noch `n bisschen... so... der Übergang vom Alltag, von ander 'm... nicht so durchgespielt“.

Im Anschluss an die zweite, hier untersuchte Improvisation, zeigt sich, wie sich die „Suche nach Gleichschritt“ (s. o.) verkehrt und das Finden und/oder Ermöglichen von Unterschieden und Eigen-Sein bedroht: Herr E. schweigt nach dem Spielen lange, und während die Musik im Erleben der Therapeutin zunächst (trotz des von ihr als langweilig erlebten Schlusses) angenehm nachschwingt, um dann auch atmosphärisch zu verklingen, scheint Herr E. in diesem Übergangsraum verloren zu gehen – oder gar nicht dorthin gelangt zu

sein?! Auf die Frage, was ihn jetzt gerade beschäftige, muss er sich zunächst dieses Momentes vergewissern („Jetzt im Moment, oder...?“) und äußert dann stammelnd: „Eigentlich bin ich...eigentlich nichts, weil ich...die Musik noch...“ Im Erleben der Therapeutin befinden sich der Patient und auch seine Sprache in diesem Moment noch ganz in der (Nähe der) Musik, und in dieser Poetisierung der Sprache kann Herr E. sein Erleben deutlich zum Ausdruck bringen: In diesem Moment *ist* Herr E. *eigentlich nichts*, die verspürte Anverwandlung ist so stark, dass er (auch in meinem Erleben!) *die Musik noch* ist... Er kann sich dann distanzieren, indem er seinen Wunsch nach dem Zusammenpassen nochmals aufgreift und betont, er fände schon, dass es passt... („es sind wieder 2“, s. o.).

Die herausgearbeiteten Beziehungsformen eines drohenden verschlingenden Ineinander bei gleichzeitigen Ausformungen eines beziehungslosen Auseinander finden sich auch anhand der Einbeziehung weiteren Materials. Einerseits schildert auch Herr E. bezüglich seines Beziehungserlebens im Aufnahmegespräch eine überwiegend fusionäre Symptomatik, er fühlt sich schutzlos und ausgeliefert, andere Personen seien zu nah, könnten in ihn hineinschauen. Er sei sehr sensibel für die Gefühle anderer, habe aber keine eigenen Gefühle und sei zu nüchtern, kopflastig, langweilig und gleichgültig. So seien ihm auch die ständig sich in seinem Kopf unterhaltenden Stimmen egal. Auch Herr E. hat vor seinem Klinikaufenthalt regelmäßig unterschiedliche Drogen konsumiert. Im Gespräch vermeidet er den Blickkontakt fast vollständig und spricht auffallend leise und langsam. Auf den untersuchenden Arzt wirkt der Patient ebenso schwer erreichbar wie auf mich während unseres Gespräches. Zur Einweisung kommt es, weil sich Herr E., nachdem sich seine Freundin völlig überraschend von ihm getrennt hat, seit etwa einem halben Jahr völlig zurückgezogen und schließlich keinerlei Kontakte mehr aufrechterhalten hat. Innerhalb der PANSS erhält der Patient bezüglich seines Beziehungsverhaltens relativ hohe Werte (vgl. IV.1). Dem Item „Emotionaler Rückzug“ innerhalb der PANSS ordnet der behandelnde Arzt den (relativ hohen) Wert 4 zu. Als einsam erlebt sich Herr E. dennoch kaum, zumindest gibt er selbst diesem Item innerhalb der ADS-K den Wert 1.

Bezüglich der Beziehungsform, die sich innerhalb der untersuchten Improvisation etabliert hat, ist sicherlich von Bedeutung, dass Herr E., wie ich später aus

seiner Akte erfahre, eineiiger Zwillings ist. Doch nicht nur der Umstand an sich ist diesbezüglich auffallend: Auch der Bruder habe sich, allerdings schon vor etwas drei Jahren, mehr und mehr zurückgezogen und Probleme in der Schule bekommen. Schließlich sei er zum Vater (die Eltern sind seit dem fünften Lebensjahr des Patienten geschieden) gezogen. Daraufhin zog sich auch Herr E. mehr und mehr zurück und bekam Probleme in der Schule (blieb aber gleichwohl bei der Mutter, s. u.). Dieser Rückzug gipfelte nach der erwähnten Trennung von der Freundin darin, dass Herr E. kaum noch das Bett verließ. Die Eltern und der einweisende Arzt bitten darum, *beide* Brüder in die Klinik aufzunehmen. Allerdings erscheint ein stationärer Aufenthalt des Zwillingbruders des Patienten aus Sicht unseres aufnehmenden Arztes weder notwendig noch ratsam. Darüber hinaus ist bezüglich der Zwillingbrüder lediglich bekannt, dass der Bruder immer „der Exotrovertierte“ gewesen sei, während Herr E. als „schon immer introvertiert“ beschrieben wird.

Reflexion

Innerhalb der untersuchten Improvisation sowie anhand des Verlaufes dieses musiktherapeutischen Erstkontaktes finden sich deutliche Hinweise auf Beziehungsformen rigiden Auseinander, gleichzeitig und überwiegend jedoch auch Züge einer drohenden Vereinnahmung im Ineinander sowie ein stark ausgeprägter Wunsch nach Ähnlichkeit und Übereinstimmung. Die innerhalb der Improvisation als „Spielart der ZWEINSamkeit“ metaphorisierte Beziehungsgestalt trägt hier Züge des EINSwerdens vor allem in Gestalt eines Gleich- und Ähnlichwerdens. Ein Prozess, innerhalb dessen das bzw. der Andere zwar nicht Teil des Einen, der (Id-) Entität wird (wobei sich diese drohende Gefahr durchaus vermittelt), sondern eher eine Anverwandlung stattfindet, in deren Zuge aus dem „Anderen“ der (oder das! s. o.) „Eine“ zu werden scheint.

Ausführungen, die auf der Suche nach Sinn und Geschichte der beschriebenen Beziehungsform hilfreich sein können, finden sich u. a. bei Roggendorf und Rief (2006). Die Autorinnen referieren zahlreiche Zwillingstudien zur Schizophrenie und verweisen auf Folgendes: „Wenn bei eineiigen Zwillingen eine Schizophrenie auftritt, erkrankt in 52 % der Fälle nur einer von beiden“ (a. a. O., S. 110), was im Rahmen der zumeist von einer genetischen Verursachung

der Schizophrenie ausgehenden Forschungen zwangsläufig zu der Frage führte, warum *welcher* der doch genetisch identischen Zwillinge an einer Schizophrenie erkrankt. Die zitierten Autoren (u. a. Tienari 1963, Onstad et al. 1994, Asanger und Wenniger 1999 sowie Alanen 2001) kommen übereinstimmend zu dem Schluss, dass hier bestimmte Persönlichkeitsmerkmale eine herausragende Rolle spielen: Asanger und Wenniger sprechen von „destruktiver Anpassung“ (zit. nach Roggendorf und Rief 2006, S. 110). Es ist „der angepasste..., nachgiebigere, der weniger aufmüpfige...“ (ebd.) Zwilling, der schließlich erkrankt. Roggendorf und Rief verweisen zu Recht darauf, dass natürlich auch diese Eigenschaften, Anlagen oder Begabungen (!) das Ergebnis dynamischer Wechselprozesse sind. Gerade hinsichtlich der sehr diffizilen Interaktionen zwischen Zwillingen und ihrer gegenseitigen Beeinflussung im alltäglichen Zusammenleben (bereits vor der Geburt! vgl. Piontelli 1992) können Prozesse beschrieben werden, in deren Verlauf bei einem der Zwillinge „die Anpassung zu [-, und], die Ich –Stärke ab[-nimmt]“ (a. a. O. S. 111, Einfügungen S. K.). „Als Tienari ... eineiige, diskordante [das heißt: Der eine erkrankt, der andere nicht, Anm. d. Verf.], männliche Zwillinge untersuchte, fand er eine stärker ausgeprägte Disposition für Schizophrenie bei jenen, die passiver als ihre Brüder waren und deshalb eine stärkere Abhängigkeit von der Mutter zeigten“ (ebd.). Auch Herr E. war „schon immer *der Introvertierte*“, (s. o.) und derjenige, der bei der Mutter blieb... Wurde es auf der „Suche nach Gleichschritt“ (s. o.) zu eng, erstickend, Eigenes verunmöglichend? War Herr E. „der nachgiebigere Zwilling“ (So der Titel dieses Kapitels bei Roggendorf und Rief)? Eine etwas andere, gleichwohl ähnliche Verstehensmöglichkeit bietet sich in Anlehnung an Benedettis Ausführungen zur „Leih-Existenz“ (Benedetti 1994, S. 52ff) an. Der Autor beschreibt, wie schizophrene Menschen die eigene (mangelnde) Identität in der Ausgestaltung einer „parasitäre[n] Selbstidentität“ (ebd. S. 54) zu retten versuchen, indem sie sich als „Gegenbild und ‚Viceversa‘“ (ebd.) eines anderen Menschen konstituieren (vgl. die Beschreibungen des Patienten und seines Bruders). Das von Benedetti in diesem Zusammenhang vorgestellte Fallbeispiel einer jungen Frau, die an einer schizophrenen Psychose erkrankt, kurz nachdem ihre Schwester ebenfalls an einer Psychose erkrankt ist, ähnelt dem hier vorgestellten in vielerlei Hinsicht (Und vielleicht ist es kein

Zufall, dass die Autorin gerade an dieser Stelle ein anderes, *ähnliches* Fallbeispiel zum Vergleich und Verständnis heranzieht...).

Vor dem Hintergrund der zentralen Rolle gelingender Abstimmungsprozesse im Rahmen frühkindlicher Interaktionsprozesse für die Identitätsentwicklung - „Die Wahrnehmung des Säuglings bevorzugt synchrone, (oder synchronisierte), also *zusammenpassende* Sinneseindrücke“ (Gindl 2002, S. 97, Hervorhebung S. K., s. auch Kap. II der vorliegenden Arbeit) – sowie im Hinblick auf das grundlegende Gefühl der meisten schizophrenen Menschen, eben gerade *nicht* in diese Welt zu *passen* (vgl. Abschnitt I.1 der vorliegenden Arbeit) kann die deutlich spürbare Sehnsucht des Patienten nach dem „Zusammenpassen“ durchaus als progressive Suchbewegung im Rahmen identitätsfördernder Prozesse verstanden werden. Während die auseinander strebenden Tendenzen als Schutz vor dem hier deutlich im Vordergrund stehenden drohenden Ineinander imponieren, drohen sich die stark ausgeprägten Wünsche nach (stabilisierender?) Übereinstimmung und Ähnlichkeit immer wieder in Formen entdifferenzierenden Ineinander zu verkehren. Dennoch könnte die gesuchte „Verdoppelung“ als (im Zwilling–Sein erlebte?) Kompromissbildung einen ersten Schritt auf dem Weg zum eigenen Selbst darstellen – wenn es gelingt, die belebende Wirkung von Differenz und Unterschied in einen Entwicklungsgang zu integrieren, der es ermöglicht, dass es schließlich tatsächlich „wieder 2“ (s. o.) *sind*, die „auseinander gehen“ (ebd.) können. Genau das scheint Herrn E. jedoch momentan noch nicht möglich zu sein, worauf die Manifestierung der Erkrankung des Patienten (mit zunächst den gleichen Symptomen wie sie zuvor der Bruder zeigte!) im Anschluss an die *Trennungen* von Zwillingbruder und Freundin zumindest verweisen. Zusätzlich zu der in schizophrenen Beziehungsgefügen lauenden Gefahr drohender Entdifferenzierung im Ineinander muss und darf in dem vorliegenden Fall also das individuelle Leiden – Können des Patienten („ein Anverwandlungskünstler“, s. o.) Beachtung finden, damit sich das wachstumsfördernde Potential des „Zusammenpassens“ nicht verkehrt und zur Verunmöglichung der Entwicklung von Eigenem und Eigen–Sein führt. Oder, anders und als Frage formuliert: Sucht Herr E. in unserer gemeinsamen Improvisation die/seine verlorene Zwillingswelt? Und kann der Aufenthalt in diesen, „Eigenes“ (zunächst) bewahrenden wie (letztendlich) verhindernden (musikalischen) Zwillingswelten eine *zunächst* gelungene

Kompromissbildung darstellen, um nicht „im verschlingenden Ineinander oder zerstörerischen Auseinander verloren“ zu gehen? (In der zu dieser Improvisation erarbeiteten Ganzheit heißt es zunächst: „Den Anschluss verloren: Eine verheißungsvoll begonnene Entwicklung reißt ab und verkehrt sich in Existenznot. Leben(digkeit) geht im verschlingenden Ineinander oder zerstörerischen Auseinander verloren“, vgl. IV.2.) Kann das „kleine Wesen“ (s. o.) genügend stärkende Erfahrungen der Ähnlichkeit und Passung machen, um in einem weiteren Entwicklungsschritt die Ent-Täuschung identitätsfördernden Anders-Seins zu erleiden und spüren zu können: „Ich bin Ich“? Oder verwandeln sich Ähnlichkeit in verschlingendes Ineinander und Anders-Sein in zerstörerisches Auseinander? Leider kann diese Frage nicht mehr beantwortet werden, da Herr E. zwei Wochen nach dem dargestellten musiktherapeutischen Erstkontakt (für uns beide) überraschend entlassen wird (auch hier eine plötzliche Trennung und ein Herausgerissenwerden aus „Zwillingswelten“?). So bleibt auch die Beantwortung der im Rahmen der erarbeiteten Ganzheit folgenden Frage unbeantwortet: „Bleibt es beim kunstvollen Unkenntlichmachen oder ist Veränderung möglich?“

IV.5.5 Zusammenfassung

Im Zusammenspiel mit fünf Patienten imponiert eine Beziehungsdynamik, die insgesamt eher auseinander strebt, während sieben Improvisationen überwiegend einer Bewegungsrichtung des Ineinander folgen. Die beschriebenen Beziehungsgestalten „Flüchtige Momente der Näherung und Gemeinsamkeit“ sowie „Spielarten der ZWEINSamkeit“ bringen jedoch bereits anhand ihrer Formulierungen zum Ausdruck, dass es gegenläufige Tendenzen zu den im Vordergrund stehenden ineinander oder auseinander strebenden Bewegungen gibt.

Bezüglich der vorherrschenden Tendenzen und hinsichtlich ihrer Beziehungsgestalt können die untersuchten Improvisationen im Überblick zunächst folgendermaßen dargestellt werden:

IV Vergleichende psychologische Untersuchung musiktherapeutischer
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

Erstkontakt/Name	vorherrschende Bewegung innerhalb der Beziehung	Beziehungsgestalt
A.1: Frau A.	(ausschließlich) Auseinander	Auf der Flucht
A.4: Frau D. A.5: Frau E. B.6: Herr F. B.7: Herr G.	(überwiegend) Auseinander	Flüchtige Momente der Näherung und Gemeinsamkeit
B.3: Herr C.	(ausschließlich) Ineinander	Einssein im Einklang
A.2: Frau B. A.3: Frau C. B.1: Herr A. B.2: Herr B. B.4: Herr D. B.5: Herr E.	(in hohem Maße) Ineinander	Spielarten der ZweINSamkeit

Die innerhalb der musikalischen Improvisationen etablierten Beziehungsgestalten weisen sowohl hinsichtlich der Beziehungsformen als auch bezüglich der Interaktionsmuster Gestaltungsmerkmale und Charakteristika auf, die zusammenfassend und vereinheitlichend folgendermaßen dargestellt werden können:

Beziehungsgestalt	Beziehungsformen	Interaktionsmuster
I.a) Auf der Flucht	Deutliche Bezogenheit, aber kein Kontakt, keine Formen von Gemeinsamkeit oder <i>gemeinsamer</i> Bezogenheit, aktive Beziehungsvermeidung seitens der Patientin, aktive Beziehungssuche der Therapeutin. Komplementärverhältnisse mit klarer Rollenübernahme von Patientin und Therapeutin als Flüchtende und Folgende, Kontinuität Vermeidende und Kontinuität Anbietende. Das Gegenüber ausschließende Gegensätzlichkeit und Differenz. Vermeidung von Kontakt im Auseinander	Fehlende Ordnungs- und Durchformungsprinzipien im Spiel der Patientin, die die Therapeutin partiell übernimmt, indem sie der Patientin in die von ihr aufgesuchten musikalischen Welten folgt, worauf Frau A. jeweils mit (Ab-) Brüchen und Diskontinuitäten (überraschende Instrumentenwechsel, plötzliche Abbrüche begonnener musikalischer Gestaltungen, Ausweichen auf die verbale Ebene u. ä.) reagiert; darüber hinaus musikalische Angebote von Kontinuität und Struktur durch die Therapeutin

IV Vergleichende psychologische Untersuchung musiktherapeutischer
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

<p>I.b) Flüchtige Momente der Näherung und Gemeinsamkeit</p>	<p>Eingebettet in die oben beschriebenen Formen aktiv vermeidender, hier jedoch auch als erlitten beschriebener fehlender Bezogenheit: Betonung von Sehnsucht und Wünschen nach Kontakt (nicht, wie oben, nur oder eindeutig auf die Therapeutin bezogen), Szenen der Verfolgung und Momente gegenseitigen Sich-Wahrnehmens, Sich-Treffens, der Annäherung, Begegnung und/oder kurzzeitigen gemeinsamen Tuns, überraschende Wendungen, die ein Zweifeln ermöglichen. Gegensätzlichkeit, die sich Gegenüber sein kann.</p> <p>Ermöglichen von Kontakt inmitten eines Auseinander</p>	<p>Eingebettet in die oben beschriebenen Interaktionsmuster: kurze Momente des Sich – Treffens auf einem Ton oder in einem gemeinsamen Rhythmus, Sequenzen gemeinsamen Spielens die sich ereignen: -weil die Therapeutin den(m) jeweiligen Patienten (ver)folgt (in die von dem Patienten intonierten musikalische Welten, s. o.), dieser jedoch nicht (sofort) „woanders“ weiterspielt, -indem der jeweilige Patient musikalische (rhythmische und/oder melodische Wendungen) Motive intoniert/anbietet, die die Therapeutin aufgreif(t)en kann (imitiert, weiterführt etc.) -indem der jeweilige Patient seinerseits Bezug nimmt auf das Spiel der Therapeutin, indem er imitiert, folgt, „wartet“ etc.</p>
<p>II.a) Einssein im Einklang</p>	<p>Auch hier übernimmt die Therapeutin die Rolle der Folgenden, allerdings in einem ganz anderen als dem obigen Sinne: Hier geht es nicht um Flüchten und (Ver-) Folgen, sondern um Ver- Führen und Be- Folgen. Das gipfelt in Ausformungen und Darstellungen eines zerstörerischen Ineinander: Das/der Andere, Differente, Kontrastierende wirkt überwältigend und einverleibend und führt zu Auslöschung des Anderen/Gegenüber; das Gegenüber wird zum „Assimilat“⁵. Negation und Zerstörung des Gegenüber im Einssein.</p> <p>Verunmöglichung von Kontakt im Ineinander</p>	<p>Das laute, kräftige, klar strukturierte Spiel des Patienten regt die Therapeutin zu virtuosem, selbstständigem Spiel an. Diese Verlautbarungen von Eigenem führen zu Anpassungsversuchen des Patienten, doch das <i>Sich – Angleichen</i> führt zum <i>Verlorengehen</i>; das Initiieren von <i>Veränderungen</i> bekommt in diesem starren Rahmen ebenso wie das <i>Festhalten an Eigenem</i> einen Charakter des <i>Ver –rückten</i>, und wo Übereinstimmung zu gelingen droht, ver –rückt die Therapeutin den bis dahin gültigen metrischen Rahmen. Vor allem imponieren unterschiedliche Phasen nicht gelingender gegenseitiger Abstimmungs- und Anpassungsprozesse</p>

⁵ „...ein in Lebewesen durch *Umwandlung körperfremder in körpereigene Stoffe* entstehendes Produkt“ (Duden, Fremdwörterbuch, 88)

II.b) Spielarten der ZwEINSamkeit	<p>Drohende Gefahr eines entdifferenzierenden Ineinander, der durch feste Rollenübernahmen begegnet wird: Der Patient „gibt den Ton an“, übernimmt Herrschaft und Führung, die Therapeutin fügt/schmiegt sich ein, beide Interaktionspartner imponieren als (unterschiedene!) Teile eines Ganzen. Ein Verhältnis von Vorgeben und Einfügen, Charakteristik eines Miteinander, Betonung von Ähnlichkeit oder des Einbindens von Differentem. Negation des Gegenüber <i>als</i> Gegenüber, Einbindung des Gegenüber.</p> <p>Ermöglichung von Kontakt im Ineinander.</p>	<p>Die Patienten geben im Rückgriff auf Bekanntes, Vertrautes, Beherrschtes (!) klare Strukturen vor, in die sich die Therapeutin einfügt, indem sie „Leerstellen“ besetzt (z. B. die Melodie übernimmt im Spiel einer Patientin, die eine Begleitung intoniert), indem sie gemeinsam mit der oder neben der Patientin nach der zweiten Stimme eines Liedes sucht, dessen Melodie wiederum die Patientin sucht, indem sie Takt und Metrum übernimmt. Die Verlautbarungen von „Eigenem“ finden sich (im Spiel der Therapeutin) kaum.</p>
--	--	---

In jeder der beiden herausgearbeiteten Gruppen findet sich eine Improvisation, innerhalb derer sich kein Kontakt⁶ ereignen konnte. Darüber hinaus wurden jedoch innerhalb beider Gruppen jeweils spezifische Ausformungen gelingenden Kontaktes beschrieben. Wengleich diese Kontakte mit ihrer *weitgehenden* (I.b) oder *durchgängigen* (II.b) Negierung des Gegenüber als solchem bzw. des Gegenüber *als* Gegenüber z. B. nicht den Charakter einer Begegnung i. S. Bubers annehmen, handelt es sich doch im hier gemeinten Sinne um Formen gelingenden Kontaktes: Das innerhalb der Improvisation mit Frau A. etablierte Verhältnis von Flüchten und Folgen (I.a) spitzt sich innerhalb der Improvisationen A.4, A.5, B.6 und B.7 (I.b) zu: In der Dramatik eines Flüchtens und *Verfolgens* ereignen sich „Flüchtige Momente der Näherung und Gemeinsamkeit“, die Kontakt im Sinne einer „Führung“ und „Berührung“ (s. u.) ermöglichen. Der Gefahr eines auflösenden Ineinander (II.a), wie es sich innerhalb der Improvisation B.3 darstellt, kann innerhalb der Improvisationen A.2, A.3, B.1,

⁶ Das Wort „Kontakt“ wird hier mit konkretem Bezug auf die herausgearbeiteten Beziehungsgestalten und lediglich in seiner umgangssprachlichen Bedeutung („Verbindung, ...Führung..., Berührung“ [Duden/Fremdwörterbuch, S. 441]) verwendet und bezieht sich nicht auf ein differenzierteres, inhaltlich spezifischer gefasstes Begriffsverständnis, wie es sich in musiktherapeutischen Zusammenhängen z. B. der EBQ zugrunde liegt (vgl. Schumacher 1999).

IV Vergleichende psychologische Untersuchung musiktherapeutischer
Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten

B.2, B.4 und B.5 in der beschriebenen Art und Weise begegnet werden und ermöglicht dort mit den „Spielarten der ZwEINSamkeit“ eine spezifische Art der Kontaktgestaltung im Sinne eines „Verbindens“ (s. u.).

Dass die Frage nach dem Gelingen oder Nichtgelingen von Kontakt innerhalb der untersuchten Improvisationen nicht mit der Frage nach der Sinnhaftigkeit der hergestellten Beziehungsformen verwechselt werden darf, sollte anhand der den Darstellungen der herausgearbeiteten Beziehungsformen und Interaktionsmustern folgenden Reflexionen zumindest angedeutet werden.

V Darstellung der Ergebnisse

In dem folgenden Kapitel erfolgt zunächst eine zusammenfassende Betrachtung der beiden untersuchten Ebenen Wirkungsgestalt (IV.3) sowie Formenbildung (IV.4) der Improvisationen (V.1). In einem zweiten Untersuchungsschritt werden die herausgearbeiteten Tendenzen in Beziehung zu den Ergebnissen der Untersuchung der Beziehungsformen und Interaktionsmuster innerhalb der Improvisationen (IV.5) gesetzt (V.2). Eine Strukturierung erfahren die Ergebnisse anschließend durch die morphologische Systematisierung der Rekonstruktion einer Haupt- und Nebenfiguration (V.3). Im letzten Abschnitt dieses Kapitels werden die herausgearbeiteten Grundverhältnisse in Beziehung gesetzt zu den in die Untersuchung einbezogenen medizinisch-diagnostischen Daten (V.4).

V.1 Zusammenfassende Betrachtung der Ebenen Wirkungsgestalt und Formenbildung

Innerhalb der Wirkungsgestalt und anhand der Formenbildung der untersuchten Improvisationen zeichnen sich ähnliche jeweils im Vordergrund stehende Tendenzen ab, die, wie bereits anhand der ausführlicheren Darstellung deutlich wurde, Ausformungen eines Gegensatzpaares von *Ineinander-Auseinander* darstellen. Anhand der Wirkungsgestalt konnten Tendenzen des Auseinander als Versuch einer Regulation ineinander strebender Tendenzen verstanden werden und somit als Möglichkeit, der Gefahr einer Auflösung im entdifferenzierenden Ineinander zu entgehen. Diese Regulationsversuche erweisen sich jedoch angesichts einer Lebendigkeit bannenden Erstarrung und Leere im Auseinander als dysfunktional. Eine Gegenbewegung und Möglichkeit der Lösung dieses Dilemmas deutet sich anhand der zu den Improvisationsbeschreibungen erarbeiteten Ganzheit als paradoxe Gleichzeitigkeit von Ineinander und Auseinander an, der regulierend eine Tendenz zum Miteinander gegenüber steht, die zunächst als ZWEINSAMKEIT metaphorisiert wurde (vgl. IV.3).

Die im Vordergrund stehenden Charakteristika sollen zunächst vergleichend und im Überblick aufgeführt werden:

Wirkungsgestalt der Improvisationen <i>In Auflösung oder Verfestigung fehlende oder verloren gehende Identität¹</i>	Formenbildung der Improvisationen <i>In Überbeweglichkeit verunmöglichte oder in Verfestigung erstarrte Formenbildungen</i>
<i>entweder</i> Mangel an oder Verlust von Form (Ordnung, Struktur, Differenzierung, Deutlichkeit) <i>oder</i> Erstarrung und Verfestigung (auf der formalen wie inhaltlichen Ebene)	<i>entweder</i> weitgehend fehlende Strukturen und Durchformungsprinzipien <i>oder</i> starre, feste, vorgegebene Strukturen
keine Individualität: <i>entweder</i> Figuren tauchen gar nicht auf bzw. werden nicht konturiert bzw. entsprechende Qualitäten gehen verloren <i>oder</i> Figuren sind leblos, starr (Marionetten u. ä.) bzw. bekannte Figuren aus Literatur und Religion (Don Quichotte, Engel u. ä.); Handlungs-geschehen <i>entweder</i> als ziel, hoffnungs- oder sinnlos charakterisiert <i>oder</i> ganz im Vordergrund des Geschehens, Selbstzweck ohne handelnde Figuren	<i>entweder</i> ist die Musik schnell und hastig gespielt, finden sich im Verhältnis zueinander uneindeutige Tonlängen, weder eindeutige Rhythmen noch Tempi, fehlende Grundtonbezogenheit, keine Melodien, so dass keine Form entsteht <i>oder</i> klare, häufig bekannte Rhythmen und Melodien, vorgegebene musikalische Formen, ruhiges, gleich bleibendes, dann oft starr wirkendes Metrum
<i>entweder</i> Mangel an Kontakt und Zusammenhang <i>oder</i> Kontakt und Zusammenkommen in irrealen Sphären, aufgrund nicht nachvollziehbarer Entwicklungsgänge, <i>entweder</i> verschiedene, plötzlich wechselnde Orte und Szenen <i>oder</i> gar keine benannt	<i>entweder</i> immer wieder Abbrüche und Diskontinuitäten hinsichtlich Tempo und Dynamik <i>oder</i> ein repetitives Spiel mit kaum oder nur geringfügigen dynamischen Veränderungen
<i>entweder</i> Beschreibungen von unumgrenzter Weite <i>oder</i> beengenden Eingesperrtseins, Fehlen von (Spiel-, Zwischen- oder einfach) Raum, Leere	Das Spiel wirkt <i>entweder</i> überbeweglich, sprunghaft, unklar, unkontrolliert, instabil, oft haltlos-schwebend und chaotisch <i>oder</i> kontrolliert, festgelegt, manchmal starr, (fest-)haltend, schablonenhaft
<i>entweder</i> Beschreibung von Verwirrung und Orientierungslosigkeit, Gefahr und Bedrohung, Angst und Anspannung <i>oder</i> märchenhafte Atmosphären, idyllisch, friedlich, spannungsfrei, schwebend	extreme Unterschiede hinsichtlich der Länge (0'57''-15'46'') und dynamischen Gestaltung (pp-ff) der Improvisationen sowie bezüglich der Anzahl der verwendeten Instrumente (1-11)
plötzliche (Szenen-) Wechsel hinsichtlich Atmosphäre, Geschehen, auftretenden Figuren usw., Gegenüberstellungen von Realität und Irrealität, Wachen und Träumen	gegenläufige Tendenzen innerhalb ein und der selben Improvisation

Abb. V.1.1: Gegenüberstellung charakteristischer Aspekte der Wirkungsgestalt und Formenbildung der untersuchten Improvisationen

¹ „Identität“ wird hier zunächst allgemein als „das Existieren von jmdm., etw. als ein Bestimmtes“ (Duden/Fremdwörterbuch, S. 344) verstanden.

Die bis auf die Ebene der konkreten sprachlichen wie musikalischen Formenbildung übergreifenden Ähnlichkeiten und Übereinstimmungen, die sich in beiden Bereichen zeigen, bestätigen und bekräftigen die Relevanz der jeweils herausgearbeiteten Charakteristika, in deren Vordergrund Merkmale stehen, die *entweder* als Überbeweglichkeit, Grenzenlosigkeit, Strukturlosigkeit, Fragmentierung und Kohärenzverlust imponieren *oder* aber als Starrheit, fehlende Beweglichkeit (Devitalisierung), Einengung und Festhalten an rigiden Mustern und Strukturen. Dieses im Vordergrund stehende *Entweder-Oder* begegnet uns auf unterschiedlichsten Ebenen und ist assoziiert z. B. mit Themen wie Kontrolle und (All-) Macht vs. Kontrollverlust und Ohnmacht, die uns auf der Ebene der Wirkungsgestalt in Bildern von Don Quichotte und Schutzengel, Puppenspieler und Puppen u. ä. begegnen und auf der Ebene der Formenbildung als kontrolliertes (Intonieren von Liedern u. ä.) vs. strukturlos und unkontrolliert wirkendes Spiel. Die als Gegenbewegung angedeuteten Tendenzen eines *Miteinander* begegnen uns auf der Ebene der musikalischen Formenbildung z. B. als kurze Momente lebendigen, strukturierten Spielens inmitten der beschriebenen „chaotischen“ Formlosigkeit oder aber als winzige, diffizile Veränderungen und Bewegungen innerhalb der als starr und fest charakterisierten musikalischen Strukturen. Wie die Untersuchung der Beziehungsformen und Interaktionsmuster herausstellen konnte, sind diese den Haupttendenzen eines Ineinander oder Auseinander zuwiderlaufenden Bewegungsrichtungen untrennbar mit den Formen und Möglichkeiten der Beziehungsregulation verbunden und sollen unter diesem Aspekt noch einmal genauer betrachtet werden.

V.2 Die bisherigen Ergebnisse im Austausch mit den herausgearbeiteten Beziehungsformen und Interaktionsmustern

Die Zusammenführung der eher vereinheitlichenden Aussagen zu Wirkungsgestalt und Formenbildung der Improvisationen mit den individuell erarbeiteten Beziehungsformen und Interaktionsmustern stellt heraus, dass die jeweils als „Entweder-Oder“ imponierenden Gegensätzlichkeiten mit unterschiedlichen Formen der Verunmöglichung (A.1 und B.3), aber auch der Ermöglichung

(spezifischer Formen) von Kontakt einhergehen. Auch auf dieser Ebene finden sich zunächst Entweder-Oder-Verhältnisse bezüglich der jeweils übernommenen Rollen der beiden Interaktionspartner: So werden auf der Ebene der Wirkungsgestalt Verhältnisse von flüchten und (ver-) folgen, (ver-) führen und (be-) folgen, dominieren und unterwerfen, (be-) drängen und für-sich-behalten beschrieben. Komplementärverhältnisse werden hergestellt, innerhalb derer zunächst einmal das jeweilige Interaktionsverhalten als durchaus sinnvoll identifiziert werden konnte. Damit ist an dieser Stelle nicht die letztlich jeweils individuelle, in einigen Fällen auch überindividuell zu beschreibende, unter psychodynamischen Gesichtspunkten nachvollziehbare Sinnhaftigkeit gemeint, wie sie innerhalb der jeweiligen „Reflexion“ angedeutet wurde. An diesem Punkt der vorliegenden Arbeit soll das Augenmerk vielmehr darauf gerichtet werden, dass hier tatsächlich *Verhältnisse* beschrieben werden, die Zusammenhänge(ndes) beschreiben: Wo jemand die Rolle des „Flüchtenden“ einnimmt, macht es Sinn, zu folgen, denn „Flüchten und Folgen“ macht *als Verhältnis* Sinn (was natürlich noch nichts darüber aussagt, ob es in diesem individuellen Fall sinnvoll oder hilfreich ist, *dieses* Verhältnis zu etablieren). Eine Begründung dafür, dass eine derart ent-individualisierte Sichtweise im Hinblick darauf, dass es in den vorliegenden Improvisationen um (Vor-) Formen der Beziehungsgestaltung mit schizophrenen Patienten geht, durchaus sinnvoll erscheint, wird vor dem Hintergrund der spezifischen psychodynamischen Besonderheiten dieser Patienten in Deuter (1996/2007, S. 52) dargestellt: „Man kann sich den Rahmen des gemeinsamen Anwesendseins so umfassend vorstellen, dass der andere als persönliches Gegenüber darin gar nicht bemerkbar werden muss: im Extrem in der Vorstellung der gemeinsamen Existenz als Mensch. Damit ist etwas so Allgemeines und Umfassendes bezeichnet, dass der andere als Individuum darin noch nicht erkennbar werden muss“. Dieser Punkt der vorliegenden Untersuchung stellt einen für den Verstehensprozess entscheidenden Aspekt dar: Während die Untersuchungsergebnisse zunächst darauf hinauszulaufen schienen, dass die seelischen Verhältnisse durch ein (wenn auch EINS gewordenes und damit *als Verhältnis* verunmöglichtes) *Grundverhältnis* von Ineinander-Auseinander charakterisiert sind (I), sensibilisierte sich mit der Erarbeitung der Ganzheiten im Rahmen der Untersuchung der Wirkungsgestalt der Blick dafür, dass diese so unterschiedlichen Tenden-

zen innerhalb der hier vorherrschenden Verhältnisse tatsächlich als EINS *wirk-sam werden* – was die Möglichkeit eröffnet, nach dieser EINS gewordenen Gegensätzlichkeit gegenüberstehenden und diese regulierenden Tendenzen zu suchen. Dieser innerhalb der Ganzheit erahnte Gegenpol wurde dort zunächst als paradoxe Gleichzeitigkeit von Ineinander und Auseinander und infolgedessen ermöglichte ZWEINSAMKEIT beschreibbar – wieder alles EINS? Anhand der herausgearbeiteten Beziehungsformen und Interaktionsmuster bestätigt sich das Ergebnis des bisherigen Untersuchungsganges, dass es sich bezüglich des innerhalb der untersuchten Formenbildung ganz im Vordergrund stehenden Gegensatzpaares von Ineinander-Auseinander nur scheinbar um ein *Verhältnis* und damit eine der untersuchten Formenbildung möglicherweise zugrunde liegende Polarität handelt: Polaritäten bedingen und ergänzen einander, „Polarität ist Ergänzung und ahnt noch um das Ganze“ (Gebser 1974, S. 126). Hier geht es um Sowohl-als-auch-Verhältnisse. Die zunächst fokussierten Gegensätze von Ineinander-Auseinander sind jedoch im Rahmen der hier untersuchten Gestalt nichts anderes als das: Gegensätze, „einander ausschließende und bekämpfende Größen“ (ebd.). Diese Charakterisierung widerspricht der beschriebenen Gleichzeitigkeit nur scheinbar: „Einander ausschließend“ meint hier nicht unbedingt eine Eliminierung der jeweils anderen Tendenz, sondern gerade auch ihr Unwirksamwerden im Zugleich. Dies wurde anhand der erarbeiteten Ganzheit deutlich und konnte durch die Untersuchung der Beziehungsformen und Interaktionsmuster bestätigt werden: Hier stehen sich Tendenzen des Auseinander und Ineinander nicht etwa ergänzend oder regulierend gegenüber, sondern verstärken in einer paradoxen Wendung eher die jeweils andere Tendenz, wie dies z. B. innerhalb der Improvisation A.1 bezüglich ineinander strebender Tendenzen deutlich wurde, die hinsichtlich der hier fokussierten Beziehungsformen wiederum einem Auseinander dienen (vgl. IV.5.1). So erwies sich das scheinbare Verhältnis von Ineinander-Auseinander als „Entweder-Oder“ bzw. „Zugleich“ und damit als nur eine Seite der gesuchten Polarität, deren Gegenpol z. B. deutlich in den Formen gelingenden² Kontaktes zum Zuge kommt: Ausprägungen eines Miteinander werden als dem Ineinander-oder-Auseinander gegenüberstehender Pol wirksam und verweisen *sowohl* auf die hier aufschei-

² Mit gelingend ist in diesem Zusammenhang lediglich ein Zustandekommen gemeint, die Bezeichnung entbehrt jeglicher Wertung.

nende Differenz *als auch* auf die Bedingtheit dieser beiden Pole. Während hier zunächst konkrete Formen eines Miteinander auf der Ebene der Beziehungsgestalt gemeint sind, gilt es in einem späteren Untersuchungsschritt (V.4) herauszuarbeiten, ob die hier vorgefundene Polarität von Auseinander/Ineinander – Miteinander als Grundverhältnis im Sinne der morphologischen Systematisierung der Rekonstruktion einer Haupt- und Nebenfiguration verstanden werden kann.

V.3 Die herausgearbeiteten Beziehungsformen und Interaktionsmuster im Austausch mit den erhobenen medizinisch-diagnostischen Daten

Im Folgenden soll untersucht werden, in welcher Relation die herausgearbeiteten Grundverhältnisse zu den unter III.3.1.3 dargestellten medizinisch-diagnostischen Daten stehen. Dazu wurden die Improvisationen, innerhalb derer die Patienten bezüglich der Ebene der Beziehungsformen und Interaktionsmuster *überwiegend* (A.4, A.5, B.6 und B.7) bzw. ausschließlich (A.1) versuchten, Kontakt zu vermeiden (vgl. IV.5.1 und IV.5.2) und innerhalb derer sich vornehmlich Tendenzen eines „Auseinander“ manifestieren, in einer Gruppe als ‚1‘ zusammengefasst. Alle anderen Improvisationen (A.2, A.3, B.1, B.2, B.3, B.4 und B.5, vgl. IV.5.3 und IV.5.4), die (nicht nur) bezüglich der Beziehungsgestaltung eher ineinander streben, wurden als ‚2‘ erfasst. So konnten Korrelationen zwischen den Daten der diagnostischen Tests und der Form der musikalischen Beziehungsgestaltung berechnet werden. Als Korrelationskoeffizient wurde Kendalls Tau-b als Koeffizient für Rangkorrelationen für ordinalskalierte Variablen verwendet. Das Signifikanzniveau der berechneten Korrelationen wird im Folgenden mit ‚p‘ angegeben.

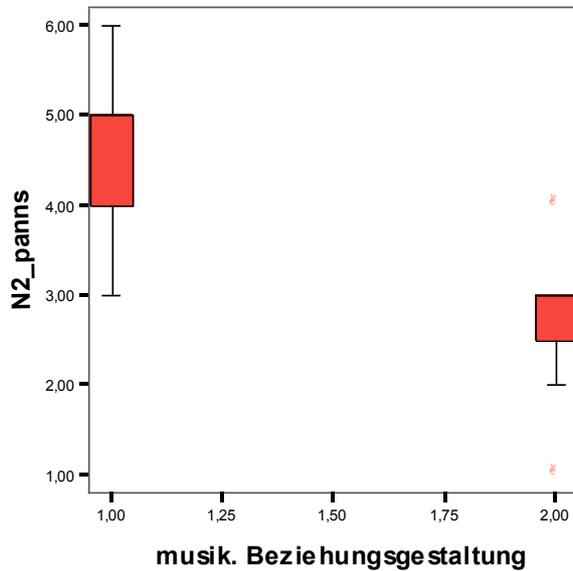
Statistisch signifikante Korrelationen konnten zwischen den Items N2 und N4 der PANSS (vgl. III.3.1.3 sowie IV.1) einerseits sowie den herausgearbeiteten Grundverhältnissen und Beziehungsformen andererseits identifiziert werden. Für den Zusammenhang zwischen N2 und der musikalischen Beziehungsgestaltung ergab sich ein Korrelationskoeffizient (Kendalls Tau-b) von $-.622$ ($p=.018$), für die Korrelation zwischen N4 und der musikalischen Beziehungsgestaltung ein Koeffizient von $-.673$ ($p=.014$). Wenngleich im Folgenden auf

die Ergebnisse der statistischen Auswertung eingegangen wird, soll dennoch an geeigneter Stelle nicht darauf verzichtet werden, auf individuelle Daten einzugehen, was aufgrund der (bezüglich einer statistischen Auswertung der Daten) geringen Anzahl der untersuchten Erstkontakte nicht nur möglich, sondern auch äußerst aufschlussreich ist (s. u.).

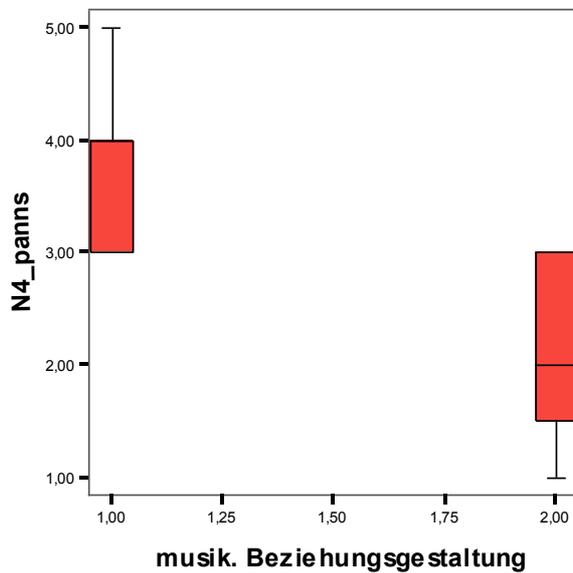
Auffallend ist *einerseits*, dass es sich bei *beiden* Items um Beschreibungen der Beziehungsgestaltung der Patienten handelt. Dieser Umstand scheint sowohl im Hinblick auf ein Verständnis der Erkrankung (vor allem) als „Beziehungsstörung“ (vgl. II.5.4) als auch hinsichtlich eines die Beziehung in den Mittelpunkt rückenden Verständnisses musiktherapeutischen Arbeitens bemerkenswert. Insofern können die Daten dieser Items tatsächlich direkt in Bezug zu den „Beziehungsformen und Interaktionsmustern“ gesetzt werden, die im Rahmen der vorliegenden Studie herausgearbeitet werden konnten. *Andererseits* fällt auf, dass beide als signifikant hervorgehobenen Korrelationen Items der Negativskala (N) der PANSS betreffen und damit Aspekte schizophrener Negativsymptomatik darstellen. Mit dem Item N2 wird „*Emotionaler Rückzug*“ beschrieben. Gemeint ist ein „*Fehlen von Interesse, Teilhabe und affektiver Bindung an die Lebensumstände*“ (Kay, S. R., Fiszbein, A., Opler, L. A. 1987, Hervorhebungen S. K.). Das Item N4 beschreibt „*Soziale Passivität und Apathie*“, verstanden als „*Verminderung von Interesse an und Initiative zu sozialen Interaktionen infolge von Passivität, Apathie, Anergie oder Willensschwäche*. Dies führt zu *verminderter sozialer Einbindung* und zur *Vernachlässigung der Aktivitäten des Alltagslebens*“ (ebd., Hervorhebungen S. K.). Wie die beiden folgenden Abbildungen zeigen, sind auch die Improvisationen genau der Patienten (1), die bezüglich dieser beiden Items hohe Werte aufweisen, durch ganz ähnliche Strebungen charakterisiert (vgl. IV.5.1 und IV.5.2). Auch die Improvisationen imponieren durch ein weitgehendes Fehlen von Teilhabe und verminderter Einbindung (s. o.). Wie den folgenden Abbildungen zu entnehmen ist, weisen die Patienten, die anhand der eigenen Untersuchungsergebnisse der Gruppe 1 („Auseinander“) zugeordnet wurden, im Durchschnitt Werte zwischen 4 und 5 (N2) sowie 3 und 4 (N4) auf, während die Patienten, mit denen sich auch innerhalb der musikalischen Improvisationen überwiegend (wenn auch sehr eigene) Formen der Gemeinsamkeit ereignen konnten (Gruppe 2,

V Darstellung der Ergebnisse

„Ineinander“), Werte zwischen 2 und 3 (N2) bzw. zwischen 1 und 3 (N4) erhielten. Diese Unterschiede in den Werten wurden statistisch signifikant.



N=12



N=12

Hier macht es durchaus Sinn, genauer darzulegen, was diese Werte bedeuten: Erhält ein Patient für eines der Items den Wert 1 heißt dies, dass die entsprechende Definition (s. o.) nicht zutrifft. Bei einem Wert von 2 gilt die beobachtete Form der Beziehungsgestaltung als „fraglich pathologisch; evtl. an der

oberen Grenze des Normalen“. Die für die „Auseinander-Gruppe“ (durchschnittlich) zutreffenden Werte des Items N2 von 4 und 5 beschreiben folgende Formen der Beziehungsgestaltung:

N2/4: „Der Patient steht im allgemeinen in emotionaler Distanz zu seiner Umgebung und ihren Anregungen, *kann aber bei Ermutigung (daran) beteiligt werden*“ (Hervorhebung S. K.).

N2/5: „Der Patient ist von Personen und Ereignissen in seinem Milieu klar emotional distanziert und widerstrebt allen Bemühungen, sie einzubeziehen. Er scheint weit weg, gefügig und ziellos, *kann aber zumindest für kurze Zeit ins Gespräch gezogen werden* und neigt zu persönlichen Bedürfnissen, manchmal mit fremder Hilfe“ (Hervorhebung S. K.).

Diese Beschreibungen ähneln tatsächlich in hohem Maße den Charakteristika der „Beziehungsformen und Interaktionsmuster“, wie sie innerhalb der Improvisationen A.4, A.5, B.6 und B.7 vorgefunden und dort als „Flüchtige Momente der Näherung und Gemeinsamkeit – Ermöglichung von Kontakt inmitten eines Auseinander“ beschrieben wurden. Interessanterweise ist die einzige Patientin, die innerhalb der gemeinsamen Improvisation eine „Flüchtende“ (Frau A., Improvisation A.1, vgl. IV.5.1) blieb, genau diejenige, die für das Item N2 als Einzige einen über dem Durchschnitt dieser Gruppe liegenden (und damit bezogen auf die Gesamtheit der Patienten den höchsten) Wert 6 erhielt.

Aufschlussreich erscheint eine genauere inhaltliche Bestimmung der Werte auch für die „Ineinander-Gruppe“ 2. Sowohl bezüglich des Items N2 als auch für N4 betont der (jeweilige Höchst-) Wert 3 vor allem die mangelnde Initiative der Patienten. So heißt es bezüglich der genaueren inhaltlichen Bestimmung dieser Werte: „Ist *gewöhnlich ohne Initiative...*“ (N2/3) sowie „Zeigt gelegentliches Interesse an sozialen Aktivitäten, *aber wenig Initiative...*“ (Hervorhebungen S. K.). Bezogen auf die untersuchten Improvisationen ist hervorzuheben, dass gerade diese Patienten diejenigen waren, die (musikalisch) die Initiative übernahmen und innerhalb der Improvisation Verhältnisse von (Ver-) Führen und (Be-) Folgen (vgl. IV.5.4) etablierten, wobei es (mit Ausnahme von B.3, s. u.) die Therapeutin war, die die Rolle der von der *Initiative* der Patienten Geführten übernahm.

Des Weiteren imponiert hinsichtlich der als statistisch signifikant aufgefallenen Verhältnisse zwischen den genannten Items und der Resultate der vorliegenden

Untersuchung Folgendes: Herr C., der bezüglich der „Beziehungsformen und Interaktionsmuster“ eine Extremstellung innerhalb der „Ineinander-Gruppe“ einnimmt insofern, als hier ins Extreme gesteigerte Strebungen eines „Ineinander“ Ausformungen von Fusion und Ver-Rückung annehmen und ein „Miteinander“ in assimilierender Bemächtigung verunmöglicht wird (vgl. IV.5.3), weist bezüglich der Items N2 und N4 die niedrigsten Werte aller in die Untersuchung einbezogenen Patienten auf, die niedrigsten überhaupt möglichen Werte: Wie auch für das Item „Mangelnde Beziehungsfähigkeit“ (N3) erhielt Herr C. für die Items N2 und N4 einen Wert von 1 – nicht vorhanden (s. o.). Vor dem Hintergrund eines psychodynamischen Schizophrenieverständnisses und bezüglich des Ergebnisses der vorliegenden Untersuchung sowie angesichts der Tatsache, dass es sich hier um einen Patienten handelt, der seit Jahren an einer chronisch verlaufenden schizophrenen Erkrankung leidet (vgl. IV.1) ist dieser Befund nicht nachvollziehbar. Angesichts der Tatsache, dass es sich bei der Kollegin, die die PANSS ausfüllte, um eine sensible und im Umgang mit psychotischen Patienten erfahrene Kollegin handelt, noch weniger. Hinsichtlich der inhaltlichen Bestimmung der genannten Items innerhalb der PANSS sowie bezüglich der in Abschnitt I.2 der vorliegenden Arbeit herausgestellten Besonderheiten jedoch schon: Auch im Erleben und in den Beschreibungen Angehöriger fanden die für die Betroffenen extrem ängstigenden Zustände *auflösender* „Nähe“ („Ineinander“) keinen Widerhall – auch innerhalb der PANSS finden sich keine Beschreibungen *dieser* Art der „Beziehungsstörung“. Ein vertieftes Eingehen auf die in diesem Phänomen sich zeigende Problematik erfolgt an späterer Stelle der vorliegenden Arbeit im Rahmen der Diskussion der Ergebnisse (vgl. VI).

V.4 Strukturierung der Ergebnisse durch die morphologische Systematisierung der Rekonstruktion einer Haupt- und Nebenfiguration

In diesem Abschnitt soll versucht werden, die beschriebenen Phänomene auf ihre seelische Grundgestalt hin zu betrachten. Diese „Grundgestalt oder seelische Konstruktion wird einerseits als eine Lösungsgestalt angesehen, die sich unter den besonderen Bedingungen des Aufwachsens allmählich herausgebildet hat und von der aus die Wirklichkeit zu behandeln gesucht wird. ... Zum anderen hat jede seelische Konstruktion ihre spezifischen Probleme und Konflikte, die in der therapeutischen Begegnung zu einem spezifischen Behandlungsauftrag mit diesem Patienten führen“ (Tüpker 1996, S. 81). Bezogen auf das Denkgerüst der morphologischen Psychologie (vgl. Grootaers 2001, S.5ff) soll vor dem Hintergrund eines allgemeinen Entwurfs über das seelische Geschehen und einer Vorannahme von der Widersprüchlichkeit seelischer Figurationen (vgl. z. B. Weymann 2002, 103ff) nach einer „Doppelstruktur“ (ebd.), einer jeweils bestimmenden Gegensatzeinheit gesucht werden. Die herausgearbeiteten polaren Grundverhältnisse repräsentieren strukturelle Zusammenhänge, die sich in einem „Dazwischen“ zweier bestimmender Bilder entfalten, deren Zusammenwirken als je eigene Gestalt beschrieben werden kann. Innerhalb der vorliegenden Untersuchung geht es gemäß der formulierten Fragestellung darum, eine übergreifende Polarität zu identifizieren, in der die Einzelfälle aufgehoben sind. Eine jeweils *individuelle* Ausformung dieser Gegensatzeinheit und deren immense Bedeutung für den therapeutischen Prozess soll keineswegs geleugnet werden, ist jedoch nicht Gegenstand des wissenschaftlichen Untersuchungsganges der vorliegenden Studie.

Wie anhand der Gegenüberstellung der zu den Skripten und den Improvisationen erarbeiteten Ganzheit (vgl. IV.3.1.3) deutlich wurde, verweisen die anhand der Untersuchung der musikalischen Improvisationen zum Ausdruck kommenden Grundverhältnisse nicht nur auf das Lebens-Werk der Improvisierenden (dies betrifft die grundlegende Übereinstimmung der jeweiligen Ganzheiten), sondern auch auf spezifische Möglichkeiten des Improvisierens (vgl. Weymann 2002, S. 105; s. u.). Dies wird innerhalb der vorliegenden Untersuchung

vor allem hinsichtlich (der Möglichkeiten) des Wirksamwerdens der Nebenfiguration im Rahmen der Improvisationen deutlich.

Doch wie können Haupt- und Nebenfiguration innerhalb der untersuchten Gestalt beschrieben werden?

Unter Einbezug aller bisherigen Untersuchungsergebnisse konnte folgendes Grundverhältnis ermittelt werden:

Grundverhältnis	Grundgestalt
<i>Ineinander/Auseinander - Miteinander</i>	<i>Klebestreifen, der ein zersplittertes Glas umschlingt</i>

Auffallend ist, dass der vorangestellte Begriff, der die Hauptfiguration repräsentiert, hier zwei völlig gegensätzliche Strebungen beinhaltet und aus diesem Grunde auch nicht in *ein* Wort gebracht werden konnte, wie dies in ähnlichen Untersuchungen der Fall ist (vgl. z. B. Weymann 2002). Hier spiegelt sich in der Formulierung des Hauptbildes ganz direkt ein Grunddilemma schizophrener In-der-Welt-Seins, worauf an späterer Stelle ausführlicher eingegangen wird (s. u.). Im Folgenden soll zunächst der Weg der Erarbeitung der Grundverhältnisse und der Formulierung der Grundgestalt nachvollziehbar dargestellt werden.

Auf den beiden untersuchten Ebenen Formenbildung und Wirkungsgestalt sowie hinsichtlich der Beziehungsformen und Interaktionsmuster stehen extreme Ausformungen *ineinander oder auseinander* strebender Tendenzen *im Vordergrund* des Geschehens: Musikalische Entitäten (Melodiefragmente, Abschnitte, sogar einzelne Töne...) werden z. B. *entweder* eben so getrennt gehalten wie die beiden Spielenden *oder* in verschmelzender Nähe *ineinander* verwoben. Trotz ihrer Gegenläufigkeit tendieren beide Strebungen zu einer 'Eins', die 'Anderes' *als* Anderes negiert und damit einen differenzierenden Umgang Zweier miteinander verunmöglicht. Die Gegensätzlichkeit *ineinander* und *auseinander* strebender Tendenzen wird hier also auf der Ebene der Sinnhaftigkeit aufgehoben insofern, als sie lediglich unterschiedliche Ausgestaltungen *einer* Tendenz darstellen: der bereits anhand des Selbsterlebens Betroffener beschriebenen Tendenz zur „Verabsolutierung der EINS“. So kam es bereits in Kapitel 1 der vorliegenden Arbeit anhand der Schilderungen Betroffener zur

Fokussierung des Gegensatzpaares *Ineinander-Auseinander*, wobei die beschriebenen Formen der Gleichzeitigkeit beider Tendenzen oder des plötzlichen Umschlagens von einem ins andere mit der metaphorischen Umschreibung „Verabsolutierung der EINS“ sprachlich zu fassen gesucht wurden.

Die Bedeutsamkeit einer Polarität, die in dem hier herausgearbeiteten Gegensatzpaar aufgehoben ist, wird auch innerhalb psychodynamischer Psychosentheorien dargelegt anhand der Beschreibung des Grundkonfliktes schizophrener Menschen zwischen Nähe und Distanz (vgl. Kap. II der vorliegenden Arbeit). Auch innerhalb dieser Theorie ist von einer „Pseudolösung“ (Mentzos 1993, S. 38) die Rede, die z. B. in der „einseitigen, starren Bevorzugung des einen Pols der jeweils hier implizierten Bipolarität“ (ebd.) besteht. Eine solche Bevorzugung jeweils eines „Pols“ (hier des Ineinander oder Auseinander) findet sich auch innerhalb der untersuchten Improvisationen. Wenngleich sich in der Etablierung dieser Formenbildung *auch* der beschriebene *Grundkonflikt* spiegelt, darf dieser doch nicht mit dem hier gesuchten *Grundverhältnis* gleichgesetzt werden (vgl. auch die späteren Ausführungen zu diesem Thema unter VI.1.3). Anhand der vorliegenden Untersuchung wurde deutlich, dass es sich bei der Gegensatzeinheit Ineinander-Auseinander eben gerade nicht um eine Polarität handelt. Dies kann, wie in einem ersten Entwurf beschrieben, als Verwandlungsproblem der untersuchten Gestalt verstanden werden. In dieser Sichtweise würde weiterhin von einem Grundverhältnis Ineinander – Auseinander ausgegangen, dessen Verwandlungsproblem in der beschriebenen Verunmöglichung gegenseitigen Austausches und wechselseitiger Belebung besteht. Die vorliegenden Ergebnisse der Untersuchung der musiktherapeutischen Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten legen jedoch eine andere Lesart nahe: Da die beiden gegensätzlichen Strebungen einander weder ergänzen noch bedingen, sondern vielmehr derselben Tendenz dienen, können sie eben so gut als lediglich ein Pol des gesuchten Verhältnisses verstanden werden. Unter diesem Blickwinkel erweist sich das Gegensatzpaar Ineinander – Auseinander als Hauptfiguration Ineinander/Auseinander der vorliegenden Konstruktion. Das Hauptbild selbst ist gewissermaßen „gespalten“, ein paradoxer Entweder-Oder-Zustand von Ineinander-Auseinander: Entweder-Oder schließt in diesem Falle durchaus die Gleichzeitigkeit von Ineinander und Auseinander ein, allerdings eine Gleichzeitigkeit i. S. eines Nebeneinander, ohne Bezug

zueinander, ohne die spürbar werdende Dynamik eines Austauschverhältnisses, ohne (*wechselseitige*) Regulation, Bereicherung und Relativierung. Stattdessen eine gemEINSame Ausrichtung auf die Verhinderung der Zwei.

Was hier als Hauptfiguration imponiert, weist zahlreiche Parallelen zum Selbsterleben Betroffener, zu psychodynamischen Besonderheiten schizophrener Menschen und zu seelischen Formenbildungen auf, die in anderen Zusammenhängen als „Symptom“ schizophrener Erkrankungen bezeichnet werden (vgl. VI.1.3). Und gerade deshalb ist es notwendig, nach der Nebenfiguration zu fragen: Was passt nicht in die Bewegungen des Bildes der Hauptfiguration? An welcher Stelle wird ein anderer Blick riskiert? Wo wird eine Situation anders angepackt als bisher? Wo wird etwas anders gemacht oder erlebt als bisher? (vgl. Salber 1987/1999 sowie Grootaers 2007 und Weymann 2002). Hinweise auf ein Wirksamwerden der Nebenfiguration finden sich zahlreich auf der Ebene der Wirkungsgestalt der untersuchten Improvisationen (interessanterweise nur selten innerhalb der Skriptbeschreibungen, s. u.): „Erstaunlicherweise treffen sich diese beiden verschiedenen Welten“ (B.2.3) heißt es in einer Beschreibung, „Jemand hat mich gehört, weiß, dass ich lebe“ (B.1.1) in einer anderen. Nach Flucht, Hetzjagd und verzweifelter Umsichschlagen kommt es zur „Annäherung an den Verfolger (?)“ (B.6.5), dazu, dass ein Stück gemeinsam gegangen werden kann, und es kommt zu einer Änderung des Erlebens: „nicht mehr so sehr als Bedrohung erlebt“ (ebd.). „... perfekt zueinander passend - ich warte direkt auf Stolperstellen, die sich dann auch zwei- drei Mal bewahrheiten- das ist entspannend“ (B.3.5), wird eine verspürte Gegenbewegung zu dem bisher Beschriebenen innerhalb eines anderen Textes dargestellt. „Die Nebenfiguration neigt dazu, unser Leben zu beunruhigen“ (Grootaers 2007, S. 124). Auch darauf verweisen die Beschreibungstexte: „Was machen denn die Holperer der Trommel? Muss das jetzt sein? ..., was soll das? *Es stört mich*“ (B.3.3, Hervorhebung S. K.). „Plötzlich ändert sich was: Bereicherung, Innehalten. Das Im-Kreis-Wandern hört auf, man sieht sich. Aber *das erschreckt*“ (A.5.1, Hervorhebung S. K.). Die beunruhigenden Bewegungen, die nicht in das Bild der Hauptfiguration passen, imponieren innerhalb der untersuchten Improvisationen allenthalben als Ausformungen von Annäherung, Gemeinsamkeit und/oder Begegnung (inmitten eines Auseinander) oder aber als Stolpern und Distanzierung (inmitten eines Ineinander) und wirken somit

den jeweiligen Tendenzen zur „Verabsolutierung der EINS“ regulierend entgegen. So kann den Tendenzen zur „Verabsolutierung der EINS“ eine Tendenz zur „Ermöglichung der ZWEI“ gegenübergestellt werden, die in je individuellen Ausformungen eines Miteinander das Verkehrungswerk von Ineinander/Auseinander zu verwandeln vermag. Das Wirksamwerden der Nebenfiguration zeigt sich innerhalb der untersuchten musiktherapeutischen Improvisationen in der beschriebenen Art und Weise, wird jedoch auch im Verlaufe des jeweiligen Erstkontaktes auf je individuelle Art und Weise nachvollziehbar: So auch innerhalb des musiktherapeutischen Erstkontaktes mit Herrn A.: Bevor wir improvisieren erzählt er, dass er Saxophon gespielt habe, auch Unterricht hatte, aber er habe kein gutes Rhythmusgefühl und könne nicht gut Noten lesen... Das scheint (für ihn) nicht bedeutungsvoll zu sein, auch in mir klingt bei diesen Schilderungen nichts an... Im Anschluss an unsere gemeinsame Improvisation erzählt er, fast ein wenig „verschämt“: „Das mach’ ich übrigens auch gerne... wenn ich zu Hause bin,...wenn meine Mutter nicht Klavier spielt, dass ich mich dann an ’s Klavier setze, eigentlich, wenn niemand zuhört,...dann kann ich“. *Das* scheint von Bedeutung zu sein, die Atmosphäre hat sich völlig verändert, hier spricht Herr A. von *sich*. Deutlich wird spürbar: Da kann er nach Innen gehen, kommt er zu sich – allerdings, indem er (andere? sich?) ausgrenzt. Die damit verbundene Gefahr der Bedrohung gerade dessen, was hier bewahrend geschützt werden soll, steht im Vordergrund der zu den Skriptbeschreibungen dieses Erstkontaktes erarbeiteten Ganzheit (vgl. IV.3.1). Eine polare Tendenz des Miteinander taucht in seinen Erzählungen nicht auf, aber er *erlebt* sie in der aktuellen Situation (wenn auch auf spezifische Art und Weise, denn *als Gegenüber* scheint er mich während des Improvisierens nicht wahrzunehmen, vgl. IV.5.4): Auf meine Frage, wie es denn jetzt hier für ihn gewesen sei, da sei er ja nicht alleine gewesen (!), meint er lachend: „Also, ich fand ’s so unangenehm nicht“, und später noch einmal, nachdenklich nun: „Ja, ich hab ’s wohl als angenehm empfunden“. Die Überraschung steht im ins Gesicht geschrieben: Dass *das* möglich sein könnte scheint eine neue Erfahrung für ihn zu sein, eine Erfahrung, die *anders* ist als das, was er kennt und sonst tut... Eine „Sterbeszene“ wird zunächst innerhalb einer der Improvisationsbeschreibungen imaginiert, aber dann erweist sich der „Todeskampf“ zumindest möglicherweise als „Geburtsschmerz“... (B.1.5). Weymann (2002, S. 226) spricht im Zu-

sammenhang der Beschreibung einer nach Auffassung der Autorin zumindest ähnlichen Figuration von der „polare[n] Geste des Zur-Welt-Kommens“. „Zeit des Erwachens“ (B.1.2) betitelt eine Hörerin ihren zu der untersuchten Improvisation angefertigten Text...

Richten wir den Fokus sowohl auf die vorherrschenden Bewegungsrichtungen als auch auf das jeweilige Ziel dieser Bewegung, kann das herausgearbeitete Grundverhältnis nun folgendermaßen dargestellt werden:

Grundverhältnis
Ineinander/Auseinander – Miteinander Verabsolutierung der EINS - Ermöglichung der ZWEI

Das herausgearbeitete Grundverhältnis kann innerhalb der untersuchten Improvisationen in keinem Fall als ausgewogen bezeichnet werden. Dennoch wird hier nicht nur das Hauptbild deutlich herausgestellt – auch die Nebenfiguration entfaltet innerhalb der meisten untersuchten Erstimprovisationen in unterschiedlichem Maße und auf verschiedene Arten ihre Wirksamkeit. Allein die Repräsentanz der Nebenfiguration innerhalb der untersuchten Improvisationen ist angesichts der „Verdrehung“ (Weymann 2002, S. 251) und „Pervertierung“ (vgl. Abschnitt IV.3.1.1 der vorliegenden Arbeit) der untersuchten Verhältnisse erstaunlich: Sowohl innerhalb der Erlebensbeschreibungen Betroffener als auch innerhalb der einbezogenen (psychiatrischen, psychoanalytischen wie musiktherapeutischen) Literatur lassen sich die hier als Nebenbild verstandenen Tendenzen lediglich als Fehlendes, Vermisstes, bestenfalls Ersehntes und Erhofftes oder aber als unmöglich Festgeschriebenes („Praecoxgefühl“) auffinden. Auch hier scheinen sich die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung als Hauptfiguration verstandenen Tendenzen derart in den Vordergrund gedrängt zu haben, dass kaum (Spiel-) Raum bleibt, um die hier als Nebenfiguration verstandenen Tendenzen überhaupt nur als *möglich* anzunehmen (Eine Ausnahme bildet diesbezüglich der Artikel Deuters, vgl. Deuter 1996/2007 sowie Kapitel II der vorliegenden Arbeit).

Auch der Titel der vorliegenden Arbeit bringt dieses Verhältnis zum Ausdruck: „Jenseits von Jedem“ repräsentiert gewissermaßen das Hauptbild, während das

von der Autorin hinzugefügte (!) Fragezeichen für das Aufscheinen des zarten Pflänzchens Nebenfiguration steht. Vor diesem Hintergrund soll noch einmal darauf verwiesen werden, dass die *Entscheidung*, die innerhalb der Improvisationen wirksam werdenden Tendenzen eines Miteinander als Nebenfiguration zu verstehen (und damit als potentiell vorhandene Gegenteil!) und nicht etwa als eine komplette Bildverschiebung (von der wir im musiktherapeutischen Erstkontakt ohnehin weit entfernt sein dürften), hier ganz bewusst zugunsten dieser Sichtweise ausgefallen ist, da sie nach Meinung der Autorin einen immensen Einfluss auf die Haltung der mitspielenden Therapeutin haben kann. Dieser wichtige Punkt soll im Rahmen der Darstellung und Diskussion der Ergebnisse noch einmal aufgegriffen und ausführlicher dargestellt werden, wenn es darum geht, weiterführende Reflexionen zu möglichen therapeutischen Konsequenzen der Untersuchungsergebnisse darzulegen.

Die Suche nach einer die herausgearbeitete Grundgestalt vermittelnden Metapher fokussiert noch einmal die hervorgehobenen strukturellen Zusammenhänge und damit die beschriebenen Tendenzen zu Fragmentierung, Zerfall und Strukturverlust *innerhalb* der Hauptfiguration und *infolge* ihres Wirksamwerdens sowie entsprechende gegenläufige Tendenzen im Wirksamwerden der Nebenfiguration. Eine Formulierung, die Haupt- und Nebenfiguration sowie ihr Verhältnis ins Bild rückt, findet sich in einer der Skriptbeschreibungen (B.4.4): „Gemeinsamkeit bietet Schutz, sie wird gebraucht wie ein *Klebestreifen, der ein zersplittertes Glas umschlingt*“ (Hervorhebung S. K.). So kann das ermittelte Grundverhältnis abschließend noch einmal folgendermaßen dargestellt werden:

Grundverhältnis	Grundgestalt
<i>Ineinander/Auseinander - Miteinander</i>	<i>Klebestreifen, der ein zersplittertes Glas umschlingt</i>

Die Durchlässigkeit der Ich-Grenzen des schizophrenen Patienten befördern einen Prozess, der dazu führt, dass sich die Dynamik der Grundfiguration nicht nur in der aktuellen therapeutischen Situation *inszeniert* – die Begegnung selbst wird hier zum Spiegelbild der Grundgestalt und der in ihr wirksamen Verhältnisse. Welch immenses therapeutisches Potential in der Wahrnehmung der Ne-

benfiguration und in einem Für-möglich-Halten ihrer Wirksamkeit liegt, formuliert Benedetti (1992, S. 19) folgendermaßen: „*Wenn wir das sich auflösende Erleben des Kranken -... - als zusammenhängende Welt erleben, dann haben wir durch dieses vereinheitlichende Erleben das Spaltende etwas kompensiert, es zunächst in uns zusammengefügt*“ (Hervorhebung des gesamten Zitats ebd.). Die in der Formulierung des Hauptbildes zum Ausdruck kommende paradoxe Gleichzeitigkeit findet sich im Rahmen der Psychodynamik schizophrener Psychosen auf unterschiedlichen Ebenen, und sie ist untrennbar mit Ausformungen der Spaltung und Fragmentierung verbunden: So erleidet der schizophrene Patient Ich-Zerfall und Fragmentation, während er *gleichzeitig* „symbiotisch verschmelzend auf- oder besser gesagt untergeht“ (Rom 2007, S. 55). Der Preis ist der Verlust der eigenen Identität, die Folge die Verwechslung von Ich und Welt (vgl. Rom 2007, S. 55ff). In der „psychotischen Superexistenz“ (Benedetti 1994, S. 33ff) werden auch Allmacht und Ohnmacht EINS, dem Betroffenen bleibt „lediglich noch die Identifikation mit den mächtigen Kräften wie Gott oder Teufel“ (Rom 2007, S. 55). Doch es ist eine „negative Allmacht“, denn sie ist „das Spiegelbild der negativen Existenz, ist deren bittere Alternative“ (ebd.), denn diese Allmacht beschränkt sich darauf, „Lenker des eigenen Zerfalls“ (ebd.) zu sein. Wie genau die im Rahmen des Untersuchungsschrittes „Beschreibung“ assoziierten Bilder und Figuren diese komplexen intrapsychischen Vorgänge darzustellen vermögen, sei an dieser Stelle noch einmal anhand des Bildes von Don Quichotte und seinem Schutzengel illustriert, der – trotz seiner (All-) Macht - nicht verhindern kann, dass der Ritter am Ende zerfällt und zerklumpt... Dass gerade diese so schwer nachvollziehbaren grundlegenden Ausformungen von Widersprüchlichkeit und Gleichzeitigkeit innerhalb der zu den musikalischen Improvisationen angefertigten Beschreibungstexte so eindrucksvoll ins Bild gerückt werden konnten, resultiert aus den Besonderheiten des Mediums Musik und der Tätigkeit des Improvisierens: Neben anderen Besonderheiten der „Welt der Musik“ (vgl. Tüpker 1996, S. 215ff) und des „Improvisierens als Behandlung und Selbstbehandlung in der Musiktherapie“ (Weymann 2002, S. 248ff) ist es vielleicht gerade die Möglichkeit der „Mehrstimmigkeit“ der Musik, die innerhalb der untersuchten Improvisationen wirksam wird: So betont Rom hinsichtlich der im Rahmen schizophrener Erkrankungen beschriebenen Gleichzeitigkeiten die „Mehrspu-

rigkeit seines [des Schizophrenen, Anm. S. K.] Denkens in verschiedenen Systemen, die sich auch durchmischen können“ (Rom 2007, 52). Und kurz zuvor beschreibt er: „Während beim schizophrenen Menschen alles gleichzeitig nebeneinander oder auch hintereinander abläuft, ist der Gesunde nur im Stande, in einer ‚Buchhaltung‘ gleichzeitig zu denken“ (a. a. O. S. 51). Zu denken vielleicht – zu musizieren durchaus nicht (... und das kann dann auch in unterschiedlichen „Systemen“ notiert werden...)! In der Musik können beispielsweise Ober- und Unterstimme gleichzeitig von ganz Unterschiedlichem „berichten“, vielleicht völlig entgegengesetzte Stimmungen und Atmosphären zum Ausdruck bringen. Was in der Welt logischen Denkens (dieses) stört und als Symptom („doppelte Buchführung“) schizophrener Erkrankung imponiert, ist in der Welt der Musik durchaus üblich, bereichernd und anregend. Diese Eigenschaft der Musik wird auch bei Weymann (2002, S. 240) herausgestellt als „Möglichkeit der gleichzeitigen (*polyphonen*) Darstellung und Wahrnehmung des Verschiedenen“. Und weiter heißt es dort: „Es lassen sich *innerhalb* eines Musikstücks mehrere auch sehr unterschiedliche Gestalten zugleich realisieren...“ (ebd., Hervorhebungen dort). So kann die Formulierung „Idyll entspannt *polyphoner* Zweisamkeit im Garten“ (A.5.3, Hervorhebung S. K.) innerhalb einer der Improvisationsbeschreibungen durchaus nicht nur auf das konkrete Beziehungsgeschehen zwischen den Spielenden bezogen werden, sondern repräsentiert ein in diesem Moment wirksames Verhältnis, eine Art des Miteinander von seelischen Gestalten und Figurationen. In diesem Zusammenhang sei auch noch einmal auf die anhand der musikalischen Formenbildungen herausgearbeiteten „Spaltungsphänomene“ im Part des Klaviers durch auf verschiedenen musikalischen Ebenen völlig unterschiedliches Spiel und daraus resultierend unterschiedliche Rollenübernahmen der rechten und linken Hand der Therapeutin verwiesen sowie auf das Intonieren dreier Stimmen in drei ganz unterschiedlichen zeitlichen Dimensionen innerhalb der Improvisation B.7. Schilderungen eines „Entweder-Oder“ (einschließlich der Gleichzeitigkeit beider) bezüglich ineinander oder auseinanderstrebender Tendenzen finden wir jedoch auch innerhalb musiktherapeutischer Untersuchungen und Darstellungen, wenn es darum geht, charakteristische Merkmale der musikalischen Improvisationen mit schizophrenen Patienten zu beschreiben: So bezeichnet z. B. De Backer (2007, S. 26) das für schizophrene Patienten (anfäng-

lich) charakteristische Spiel als „sensorial play“, das u. a. durch „einen repetitiven *und/oder* fragmentierten Charakter“ gekennzeichnet ist (Hervorhebung S. K.). De Backer bezieht dieses „und/oder“ sowohl vergleichend auf zwei verschiedene Patienten als auch auf das Spiel eines Patienten: „With Marianne and Adrian we can see different modalities of sensorial play. Marianne’s sensorial play ... has an endless and unstructured, not-phrased repetitiveness, without any dynamics or variation. Adrian’s sensorial play is more diverse: on the one hand, there is a repetitive play ... while on the other, there is fragmented play ... in which he allows the initiation of a musical development each time after which he destroys it by abruptly breaking off the music” (De Backer 2005, S. 271). Hier wird interessanterweise anhand des Spiels des Patienten (rechte und linke Hand) ein ähnliches Phänomen beschrieben, wie es in der hier vorliegenden Untersuchung im Spiel der Therapeutin identifiziert wurde (vgl. auch die ausführliche Bezugnahme der vorliegenden Untersuchungsergebnisse auf die Arbeit De Backers in dem später folgenden Abschnitt VI.1.1). Das herausgearbeitete Hauptbild Ineinander/Auseinander verweist mit seinen Charakteristika der Widersprüchlichkeit, Gleichzeitigkeit und Zerrissenheit sowie der Verunmöglichung eines gelingenden Miteinander (auf unterschiedlichen Ebenen) ganz direkt auf Kernprobleme schizophrener In-der-Welt-Seins, was angesichts der Tatsache, dass gerade die schizophrene Erkrankung „eine Erkrankung der Person insgesamt“ (Tölle 1988, S. 181) darstellt, nicht verwundert. „Der Patient *hat* nicht schizophrene Störungen, sondern er *ist* schizophren“ (ebd.), heißt es in dem Lehrbuch der Psychiatrie bei Tölle weiter. Möglicherweise ist dies der Grund dafür, dass sich sowohl im Selbsterleben der Betroffenen als auch innerhalb psychoanalytischer wie musiktherapeutischer Veröffentlichungen die hier als Nebenbild verstandenen Tendenzen lediglich als Fehlendes oder Vermisstes auffinden lassen (s. o.). Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung sind vor dem Hintergrund der Literatur diesbezüglich zumindest eher überraschend und werden im Rahmen des folgenden Kapitels ins Verhältnis zu ausgewählten für die eigene Fragestellung relevanten Untersuchungen und Veröffentlichungen gesetzt und diskutiert.

VI Diskussion der Ergebnisse

Innerhalb dieses Kapitels werden die dargestellten Ergebnisse der Untersuchung in Austausch mit ausgewählter und für die Fragestellung relevanter Literatur gebracht. Weiterführende Reflexionen zu möglichen Konsequenzen für die musiktherapeutische Behandlung schizophrener Patienten sollen diesen letzten Teil der vorliegenden Arbeit abrunden.

VI.1 Die Ergebnisse im Austausch mit für die Fragestellung relevanter Literatur

Wie im Rahmen der vorliegenden Arbeit bereits ausgeführt (vgl. I.1.3), finden sich sowohl im Bereich der Musiktherapie als auch der Musikwissenschaft /Musikpsychologie Untersuchungen zum musikalischen Ausdrucksverhalten schizophrener Menschen sowie Versuche, Parallelen zwischen psychopathologischen und musikalischen Auffälligkeiten herauszustellen. Darüber hinaus können zahlreiche Darstellungen musiktherapeutischer Behandlungsverläufe und/oder Fallvignetten Aufschluss über Grundverhältnisse, Beziehungsformen und Interaktionsmuster innerhalb musiktherapeutischer Improvisationen mit schizophrenen Patienten geben (VI.1.1). Neben diesen Veröffentlichungen bieten sich jedoch auch Studien für einen Vergleich an, die in methodisch ähnlicher Art und Weise musiktherapeutische Erstimprovisationen mit einer anders diagnostizierten Klientel untersuchen (VI.1.2) oder aber Grundverhältnisse, Beziehungsformen und/oder Interaktionsmuster schizophrener Patienten im psychoanalytisch-psychotherapeutischen Kontext darstellen (VI.1.3).

Erwähnt sei noch, dass die folgenden Ausführungen keineswegs einen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

VI.1.1 Musiktherapeutische Improvisationen mit schizophrenen Patienten

Wie zahlreiche andere Autoren (vgl. z. B. Hegi 1998, Krapf 2007, Smeijsters 1999, Tüpker 1996 sowie Weymann 1983) ist auch Timmermann der Ansicht, „dass der musikalische Ausdruck des Patienten und die musiktherapeutische Interaktion mit dem Therapeuten zu Erkenntnissen über Problematik, Patholo-

gie, grundlegende Beziehungsmuster, gestörte/gesunde Persönlichkeitsanteile führen kann“ (Timmermann 1990, zit. nach Krapf 2007, S. 233). Diese Annahme bestätigte sich anhand unterschiedlicher Untersuchungen (z. B. Deuter 1997, Erhardt 2003, Hopster 2005, Krapf 2007, Tönnies 2001). Die Bedeutung der musikalischen Improvisation als diagnostisches Instrument konnte auch von Inselmann und Mann (2000) sowie Pavlicevic und Trevarthen (1989) bestätigt werden. Anhand der Studien der beiden zuletzt genannten Autoren (dargestellt nach Hoffmann 2002, S. 133ff) konnten die Aktivitäten schizophrener Patienten als signifikant unterschiedlich zu den der anderen (depressiven sowie gesunden) Probanden identifiziert werden: Pavlicevic verwendet die von ihr selbst entwickelte Skala MIR („Music Improvisation Rating“), die anhand von 6 Stufen (von 1=no contact bis 6=established mutual) die Qualitäten der musikalischen Kommunikation und Beziehung in der Einzelmusiktherapie abbilden soll. Ergebnis dieser Untersuchung ist, dass sich das Spiel der schizophrenen Patienten „im wesentlichen dadurch aus[zeichnet], dass es im Zusammenspiel isoliert ist und kein gegenseitiger Kontakt in der Musik möglich wird“ (ebd. S. 133). Ein direkter Vergleich dieser Bilanz mit den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung erscheint aufgrund der völlig unterschiedlichen methodischen Vorgehensweise nicht sinnvoll. Es zeichnet sich jedoch ab, dass hier – wie innerhalb der meisten vorliegenden Untersuchungen zur musikalischen Beziehungsgestaltung mit schizophrenen Patienten, s. u. – vor allem Tendenzen beschrieben werden, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung der Dynamik der Hauptfiguration zugeordnet wurden, während Aspekte der Nebenfiguration wiederum insofern fokussiert werden, als ihr Mangel bzw. ihre Abwesenheit betont werden.

Ein ähnliches Bild zeichnet sich innerhalb der Untersuchung De Backers (2005 sowie 2007) ab. Diese Studie ist mit der hier vorgelegten auf mehreren Ebenen vergleichbar: Auch hier erfolgt eine musikalische Analyse der im musiktherapeutischen Kontext entstandenen Improvisationen mit schizophrenen Patienten, so dass ein Vergleich der beschriebenen musikalischen Formenbildungen möglich ist. Auch hier ist der Autor der Studie zugleich der Musiktherapeut, der die untersuchten Improvisationen mitgestaltet hat. Vor dem Hintergrund eines psychodynamischen Verständnisses schizophrener Erkrankungen und einer psychoanalytisch begründeten musiktherapeutischen Arbeitsweise sind auch the-

rapeutische Haltung und methodisches Vorgehen in der therapeutischen Situation zumindest vergleichbar. So finden sich auch innerhalb der Studie De Backers immer wieder Aussagen über das Erleben des Therapeuten sowie der Einbezug des Kontextes, in den die untersuchten Improvisationen eingebettet waren. Vor diesem Hintergrund beschreibt der Autor charakteristische Merkmale der von ihm untersuchten Improvisationen auf den Ebenen „Form“, „Musical aspects“, „Psychological aspects“, „Aspects of body posture“ sowie „Aspects of inter-personal / intra-personal experiences from the music therapist’s point of view“ (vgl. De Backer 2005, S. 270). Bezüglich der musikalischen Formenbildung konstatiert der Autor zunächst: „In der musiktherapeutischen Arbeit mit psychotischen Patienten begegnet man manchmal *charakteristischen*, repetitiven und durchgängig gleichen musikalischen Mustern“ (De Backer 2007, S. 19, Hervorhebung S. K.). Vor dem Hintergrund seiner klinischen Erfahrung und mit Bezug auf entsprechende psychoanalytische und psychotherapeutische Literatur versteht er „diese Art des Spielens mit repetitiven Rhythmen und melodischen Fragmenten als ein ‚sensorisches Spiel‘“ (ebd. S. 19/20), das er auf den Ebenen „Form“ und „Musical aspects“ schließlich folgendermaßen charakterisiert (vgl. De Backer 2005, S. 270):

Form:	Musical aspects:
1. There is no anticipation (sensed by the presence of an inner sound) of a musical beginning and ending. This is represented in the music by endless play or by abrupt termination of the music	1. Random playing (tonal and atonal)
2. There is almost no musical development. The content and style of the music is repetitive, unchanging and/or fragmented	2. Repetitive and/or fragmented play
3. The structure is limited and rigid, with a lack of dynamic variability	3. Significant lack of phrasing
4. The individual notes and melodic and/or rhythmic fragments are not related to each other	4. Significant lack of dynamics
	5. Significant lack of variation
	6. An absence of silence in the music

Auch in diesen Beschreibungen zeigen sich bis ins Detail große Übereinstimmungen mit charakteristischen Merkmalen der im Rahmen der hier vorgelegten Studie untersuchten Improvisationen. Allerdings betreffen auch diese Über-

einstimmungen wiederum lediglich Grundzüge der hier als Hauptfiguration verstandenen Tendenzen. Die bei De Backer dargestellten Charakteristika stimmen mit den hier herausgearbeiteten Merkmalen der Improvisationen auf der Ebene der musikalischen Formenbildung weitgehend überein, wobei mit „weitgehend“ in quantitativer Hinsicht überwiegende Formprinzipien gemeint sind. Die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung gefundenen Veränderungen, die zwar jeweils eingebettet sind in ein musikalisches Spiel, das De Backer als „sensorial play“ bezeichnet, die jedoch Züge musikalischer Gestaltungsmerkmale tragen, die De Backer für spätere Phasen des therapeutischen Prozesses beschreibt (s. u.), tauchen dort noch nicht auf – bzw. werden nicht als solche benannt (s. u.). Das gleiche trifft für die Ebenen „Psychological aspects“ und „Aspects of inter-personal / intra-personal experiences from the music therapist’s point of view“ zu, die mit den im Rahmen der vorliegenden Untersuchung dargestellten “Beziehungsformen und Interaktionsmuster[n]” verglichen werden können. (Die Ebene „Aspects of body posture“ muss hier vernachlässigt werden: Da die Autorin in der musiktherapeutischen Arbeit gerade mit schizophrenen Patienten fast ausschließlich mit geschlossenen Augen improvisiert und im Rahmen der vorliegenden Studie keine Videoaufnahmen angefertigt wurden, können zu diesem Punkt keine Angaben gemacht werden.) Die charakteristischen Merkmale dieser Ebenen werden bei De Backer (2007, S. 270) folgendermaßen beschrieben:

<p>Psychological aspects:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A lack of connection by the patient to the sounds or music he is producing 2. A lack of creation of a psychic space 3. The patient is isolated 4. The patient does not initiate interaction 5. The patient cannot stop or let sounds post resonate 	<p>Aspects of inter-personal / intra-personal experiences from the music therapist’s point of view:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. The therapist feels completely caught up in the patient’s music 2. The therapist does not experience contact or resonance with the patient or with this musical play 3. The therapist cannot match the timbre of the patient’s play 4. The therapist experiences the play of the patient as endless and empty 5. There is a lack of response to the therapist’s initiatives to interact
--	---

	6. The therapist experiences that he is not recognised as a subject by the patient
	7. There is an absence of inter-subjectivity

Auch hier finden sich weitgehende Übereinstimmungen bei dennoch wesentlichen Unterschieden. Da der Beziehungsgestaltung im Rahmen der vorliegenden Untersuchung ein besonderes Augenmerk zukommt, sollen die Unterschiede an dieser Stelle differenzierter anhand einiger der von De Backer auf der Ebene „Aspects of inter-personal / intra-personal experiences from the music therapist’s point of view“ genannten Merkmale dargestellt werden: Lediglich Punkt 1 kann bezüglich der eigenen Untersuchung komplett bestätigt werden. Bezüglich Punkt 2 wird anhand der beschriebenen Beziehungsform „Flüchtige Momente der Näherung und Gemeinsamkeit“ nachvollziehbar, dass sich innerhalb dieser Improvisationen durchaus *Momente* gelingenden Kontaktes ereignen konnten. Innerhalb dieser Improvisationen fühlte ich mich als mitspielende Therapeutin auch deutlich als Subjekt wahrgenommen – sowohl in den Momenten der Näherung als auch in den (quantitativ überwiegenden) Sequenzen der „Flucht“ der Patienten: Ich fühlte mich durchaus *als Subjekt*, das allerdings (weitgehend) gemieden wird. Das betrifft auch die Improvisation A.1 und damit alle untersuchten Improvisationen, die eine Haupttendenz des Auseinander aufweisen. Auch unter diesem Blickwinkel bestätigt sich die Vermutung, dass die Bewegungen eines Auseinander dem Schutz des Subjektes bzw. von Subjekthaftigkeit in der Beziehung dienen. Ebenso trifft auch Punkt 5 für diese fünf Improvisationen keineswegs zu. Wie die Untersuchung der „Beziehungsformen und Interaktionsmuster“ deutlich herausstellen konnte, reagieren diese Patienten im Gegenteil auf jede noch so minimale Initiative der Therapeutin – wenn auch zumeist mit einer Verhinderung des „drohenden“ Kontaktes. Im Gegensatz dazu treffen die Punkte 5 und 6 auf alle sieben Improvisationen, innerhalb derer Tendenzen eines Ineinander überwiegen, fast uneingeschränkt zu (vgl. IV.5.4). Dagegen muss die unter Punkt 3 getroffene Aussage für 6 dieser Improvisationen verneint werden. Aufschlussreich bezüglich der herausgestellten Unterschiede sind die weiteren Ausführungen De Backers. In konsequenter Weiterführung differenzierter Gedanken zu Zusammenhängen zwischen psychodynamischen und strukturellen Besonderheiten psy-

chotischer Patienten und ihrer musikalischen Ausdrucksbildung – die hier nicht referiert werden können, vgl. De Backer 2005 - formuliert er die Aufgabe der musiktherapeutischen Behandlung psychotischer Patienten folgendermaßen: „Deshalb ist es sehr wichtig, dass der Therapeut Wege findet, den Übergang vom sensorischen Eindruck zur musikalischen Form zu ermöglichen“ (De Backer 2007, S. 20). Dieser von De Backer anhand zweier Fallbeispiele eindrücklich dargestellte Weg führt über eine Beziehungsgestalt, die der Autor „Moment of synchronicity“ nennt und ebenfalls auf den oben dargestellten Ebenen folgendermaßen beschreibt (vgl. De Backer 2005, S, 277):

<p>Form:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unexpected initiation of a short musical image by the patient 2. Presence of individual musical initiatives leading to some moments of shared musical development 3. The music begins to adopt some shared dynamic characteristics for short periods 4. Unexpected joint ending of a shared musical event 	<p>Musical aspects:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Occurrence of shared sense of pulse and rhythmicity between patient and therapist 2. Phrasing in the music emerges 3. Some variation in rhythm and melody begins to emerge 4. Some silences occur during the improvisation 5. Moments of musical dialogue and interaction emerge between patient and therapist 6. Moments of intertwining of the timbre between patient and therapist 7. Pulsated and rhythmical characteristics of the music are a striking phenomena 8. Off-beats and accents are played by the therapist
<p>Psychic aspects:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Synchronicity occurs immediately; there is no latent period 2. Patient and therapist experience that they are able to play autonomously 3. Psychic space emerges within the patient 	<p>Aspects of inter-personal / intra-personal experiences from the music therapist's point of view:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. The patient allows the therapist into his musical play 2. The patient becomes involved in shared musical play 3. The patient and the therapist begin to experience moments of resonance

4. The patient becomes more independent	<p>4. There is a shared inner experience of freedom and autonomy by patient and therapist.</p> <p>5. There is acceptance and recognition of mutual dependency</p> <p>6. Patient and therapist become mutually independent</p> <p>7. The patient relates to the therapist as a subject</p> <p>8. The therapist experiences joy of playing music</p> <p>9. Inter-subjectivity occurs for short moments</p>
---	--

Ein Vergleich dieser charakteristischen Merkmale mit denen der unter IV.5.2 beschriebenen „Flüchtigen Momenten der Näherung und Gemeinsamkeit“ zeigt zahlreiche Übereinstimmungen, die vor dem Hintergrund der Tatsache, dass es sich bei den hier untersuchten Improvisationen um *Erst*improvisationen mit schizophrenen Patienten handelt, überraschen. Noch überraschender ist, dass innerhalb einzelner Improvisationen bereits Elemente der von De Backer als „musical form“ (vgl. De Backer 2005, S. 271ff sowie De Backer 2007, S. 68ff) bezeichneten musikalischen Strukturen identifiziert werden konnten, so die in B.7 auftauchenden rhythmischen Themen, denen weiter nachgegangen werden konnte, die variiert wurden. Charakteristischerweise zeichnet sich gerade diese Improvisation auch durch ein eindeutiges, gemeinsam gestaltetes Ende aus (vgl. die Ausführungen in IV.5.2). Dass „musical form“ erarbeitet werden muss und sich – wenn überhaupt - erst infolge eines Entwicklungsganges ereignen kann, der mit der *Erst*improvisation bestenfalls beginnt, muss hier noch einmal deutlich betont werden. Dennoch kann das Auffinden *einzelner* Merkmale und Tendenzen dieser musikalischen Gestalt innerhalb der untersuchten Improvisationen dazu beitragen, den Blick zu schärfen für das, was hier durchaus nicht zu erwarten ist, sich jedoch gleichwohl ereignen *kann*. Der Aussage De Backers, der psychotische Patient sei (zu Beginn der Behandlung) „von seiner eigenen musikalischen Produktion perzeptiv und emotional getrennt“ (De Backer 2007, S. 27) und das Improvisieren sei aus diesem Grunde

„keine echte Erfahrung für den Patienten“ (ebd.) kann aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse zumindest in dieser Uneingeschränktheit eben so wenig zugestimmt werden wie der Feststellung, es entstehe „kein gemeinsam geteiltes Spiel und keine Intersubjektivität in dem Sinne, dass der Patient sich nicht in die Gemeinsamkeit einbringt“ (ebd.). Allerdings werden diese Formen des „Sich-Einbringens“ im musiktherapeutischen Erstkontakt wie überhaupt innerhalb der Musiktherapie mit schizophrenen Patienten häufig andere sein als die, die wir möglicherweise erwarten. Dies soll in Anknüpfung an die Schilderungen De Backers bezüglich der ausführlichen Darstellung des musiktherapeutischen Erstkontaktes mit seinem Patienten Adrian und mit Bezug auf die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung herausgearbeiteten „Spielarten der ZWEINSamkeit“ noch einmal differenzierter betrachtet werden: Das als „ZWEINSamkeit“ metaphorisierte Beziehungsmuster konnte sich etablieren, indem die Patienten auf bekannte musikalische Formenbildungen (erlernte rhythmische Patterns, ein bekanntes Lied...) zurückgreifen konnten und durften. Dass dies als Widerstand interpretiert werden kann, wurde dargelegt – zugleich jedoch auch die besondere Rolle des Widerstandes in der psychotherapeutischen Arbeit mit schizophrenen Patienten sowie die Betonung dessen, dass sich diese besondere Form der Gemeinsamkeit eben gerade infolge bzw. inmitten dieses Widerstandes etablieren konnte. Auch der innerhalb der Einzelfallstudie von De Backer vorgestellte Patient Adrian macht – so das Verständnis der Autorin vor dem Hintergrund der dargelegten Untersuchungsergebnisse – direkt zu Beginn des musiktherapeutischen Erstkontaktes ein ähnliches Angebot und versucht damit durchaus, sich in (s)eine Art der Gemeinsamkeit einzubringen: „Adrian setzte sich augenblicklich an das Klavier, spielte die Eingangsmelodie von ‚Für Elise‘ von Ludwig van Beethoven und fragte den Therapeuten, ob er ihm das Stück beibringen könne“ (De Backer 2007, S. 25). „Der Therapeut ging auf diese Bitte nicht ein und erklärte stattdessen, dass Musikunterricht kein Bestandteil der musiktherapeutischen Behandlung sei“ (ebd.). Innerhalb der (stattdessen) nachfolgenden Improvisation „sehnte sich [der Therapeut] förmlich danach, Adrian etwas mehr Struktur ... anzubieten“ (a. a. O. S. 28). Der Patient willigt sofort ein (!), woraufhin der Therapeut eine „stützende, eher etwas nüchterne Spielart an[bietet]“ (ebd. S. 29). Nun stellt der Therapeut fest: „Adrian war überhaupt nicht selbst aktiv und nicht invol-

viert in die Improvisation“ (ebd.). Die Schlussfolgerung (oder war es eher die Vorannahme?) des Therapeuten liest sich folgendermaßen: „Während der Therapeut fühlte, dass er es nicht vermocht hatte, Adrians sensorisches Spiel zu halten, *wusste er gleichzeitig, dass die Musik in diesem Stadium noch keinen Einfluss oder keine Bedeutung für Adrian haben würde*“ (ebd., Hervorhebungen S. K.). Es folgen „vier unzusammenhängende kurze Improvisationen“ die der Autor vor allem charakterisiert, indem er auf Fehlendes (im Verständnis der Autorin: das Fehlen der Tendenzen der Nebenfiguration) verweist, das sprachlich deutlich in Formulierungen wie „Adrians Unfähigkeit...“ (a. a. O. S. 31), „Unvermögen“ (ebd.), „es gab keine...“ (ebd.), „Somit war es Adrian unmöglich ... In seinem Tun machte er es unmöglich ... Außerdem war es ihm nicht möglich ...“ (ebd. S. 32) zum Ausdruck kommt. Bezüglich der Beziehungsgestaltung innerhalb dieser Improvisationen beschreibt der Autor: „Die Interaktion hatte wieder diesen morastigen Charakter, wo nichts verstanden *oder sich an etwas festgehalten werden konnte*...“ (a. a. O. S. 31, Hervorhebung S. K.). Die Wahrnehmung dessen, dass der Patient etwas, woran sich beide hätten „festhalten“ können, direkt zu Beginn der Stunde in die Gemeinsamkeit dieses musiktherapeutischen Erstkontaktes versucht hat einzubringen, fällt hier wie die darin aufblitzende Chance einer vorsichtigen Entfaltung der Nebenfiguration dem Hauptbild, das die Nebenfiguration nur als fehlend, abwesend repräsentieren kann, zum Opfer. Zu Beginn der zweiten Stunde bemüht sich der Patient, diesem (Haupt-) Bild zu entsprechen und kündigt dem Therapeuten an, dass er die Einzelmusiktherapie sofort beenden möchte... (Hinzugefügt sei noch, dass der Therapeut in sich das *scheinbar* Fehlende bewahren konnte und daraufhin das Angebot des Patienten doch noch aufgreift und nun seinerseits das Angebot macht, Adrian bei „Für Elise“ zu helfen – glücklicherweise nimmt der Patient dieses Angebot an und damit ein fruchtbarer und sensibel dargestellter gemeinsamer therapeutischer Weg seinen Fortgang...) De Backer analysiert diese Szene sehr differenziert und betont, dass er vor diesem Hintergrund den Vorschlag des Patienten als Wunsch nach Orientierung, Sicherheit und Kontrolle verstehen und akzeptieren und „mit Adrians Widerstand besser umgehen“ (De Backer 2007, S. 35) konnte. Dass das Festhalten an vorgegebenen musikalischen Strukturen *auch* als Widerstand interpretiert werden kann, steht außer Frage und wurde im Rahmen der vorliegenden Untersuchung

ebenfalls hervorgehoben. Wofür dieses Beispiel sensibilisieren soll, ist eine andere Sichtweise, die die eigenen Untersuchungsergebnisse nahe legen: Die Wahrnehmung des in und mit dem Widerstand möglich werdenden Wirksamwerdens der Nebenfiguration und damit der Ermöglichung eines „lebenswichtigen“ (Salber 1999, S. 36, zit. nach Weymann 2002, S. 227) Stellenwechsels erleichtert nicht nur den Umgang mit diesem und ähnlichen Phänomenen, sondern erweitert als verinnerlichte Seherfahrung das Spektrum dessen, was wahrgenommen, zugelassen und wirksam werden kann.

Ein hohes Maß an Übereinstimmung, wiederum vor allem bezogen auf die Tendenzen der Hauptfiguration, zeigt sich im Vergleich der vorliegenden Untersuchungsergebnisse mit Kasuistiken, die musiktherapeutische Behandlungsverläufe (oder Vignetten daraus) mit Patienten, die an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis leiden, darstellen. Im Folgenden sollen lediglich einige Veröffentlichungen erwähnt und aufscheinende Parallelen exemplarisch herausgegriffen werden (über die erwähnten Beispiele hinaus s. z. B. auch Engelmann 2002 sowie 2007, Kunkel 2007, Meyer 1991 und Reichelt 1989). Deuter (1997) untersucht eine musiktherapeutische Improvisation mit einem schizophrenen Patienten, die ebenfalls zu Beginn der musiktherapeutischen Behandlung intoniert wurde, gleichfalls mit dem morphologischen Verfahren der „Beschreibung und Rekonstruktion“ und stellt ähnliche Verhältnisse sowohl bezüglich der Wirkungsgestalt (Ganzheit) und Formenbildung (Binnenregulierung) als auch hinsichtlich der etablierten Beziehung heraus. So beschreibt auch dieser Autor einerseits häufige, unmotiviert wirkende (Instrumenten-) Wechsel und verschiedene Formen von Abbrüchen und „das totale Aufgeben der Struktur aus dem subjektiv als bedrohlich erlebten Zusammenhang einer Annäherung“ (ebd., S. 22) und andererseits einen Moment, in dem beide Spieler einen Wechsel „in überraschenden Einmütigkeit“ vollziehen, „wie in einer lange eingeübten Abstimmung“ (ebd.).

Ähnlich wie innerhalb der vorliegenden Studie innerhalb der Improvisation B.3 beschreibt Gebauer (1995), ebenfalls im Rahmen einer morphologischen Rekonstruktion, bezüglich der von ihr untersuchten Improvisation mit einem schizophrenen Patienten zahlreiche Umdeutungen und Verrückungen und resümiert schließlich: „Es kam dazu, dass die Therapeutin das Seine untergrub und schließlich nahezu vollständig vereinnahmte“ (ebd., S. 50).

Hoffmann (2002), der Aspekte des Phrasierens in musiktherapeutischen Improvisationen untersucht, schildert in diesem Rahmen u. a. Episoden aus Improvisationen mit einem Patienten (Herr B.), der an einer paranoid-halluzinatorischen Psychose leidet sowie einer Patientin (Frau K.), die als chronisch schizophran diagnostiziert wurde. Während die Improvisationen mit Frau K. in hohem Maße Charakteristika aufweisen wie die Improvisationen im Rahmen der vorliegenden Arbeit, die vor allem Tendenzen eines Ineinander betonen, werden die von Hoffmann beschriebenen Episoden aus Improvisationen mit Herrn B. vor allem durch Tendenzen eines Auseinander charakterisiert. So erlebt der Autor die musikalischen Aktivitäten von Frau K. z. B. ebenfalls als „willentlich intendiert“ (ebd. S. 218) und betont Charakteristika der „Geschlossenheit und Wiederholung“ (ebd. S. 192) mit ihrer Betonung von Orientierung und Sicherheit. Direkte Hinweise auf ein Verspüren des Ineinander finden sich hinsichtlich der musikalischen Interaktion in Formulierungen wie „Als sei es verabredet...“ (ebd. S. 218). Bezüglich der Beziehungsgestaltung beschreibt auch Hoffmann ein Verhältnis von Führen (Patientin) und Folgen (Therapeut, vgl. die Ausführungen ebd. auf S. 219). Das Spiel von Herrn B. dagegen charakterisiert Hoffmann als unregelmäßig, zufällig, orientierungslos, instabil und unklar: „Ich erlebe das ungegliederte, unregelmäßige Spiel als orientierungslos, nicht ausgerichtet oder nicht intendiert“ (ebd. S. 222). Bezüglich der Beziehungsgestaltung innerhalb dieser Improvisation heißt es zuvor: „Die musikalische Mitbewegung erlebe ich als schwierig ... Ich habe weder den Eindruck, musikalischen Kontakt herstellen zu können, noch erlebe ich, dass Herr B. mein Spiel wahrnimmt oder dass er den Kontakt zu mir oder meiner Musik in seinen Handlungen sucht“ (ebd. S. 222). Dennoch findet sich die Beschreibung eines kurzen Momentes, die die zuletzt getroffene Aussage Hoffmanns infrage stellt oder zumindest doch relativiert: „Im Klavier werden plötzlich im Nonlegato in vergleichsweise ruhigen Tempo Repetitionen gespielt Das Spiel in der Trommel [des Patienten, Anmerkung S. K.] verlangsamt sich kurz danach, *folgt* für einige Momente – verspätet – den Impulsen des Klaviers und kehrt mit einer Verdichtung der Schlagimpulse wieder zum anfänglich beschriebenen Spiel zurück“ (ebd. S. 200, Hervorhebung S. K.). Diese im Verständnis der Autorin als kurze Verlautbarung der Nebenfiguration zu verstehende Szene wird am Ende zwar nochmals kurz dargestellt

(„... Nach meinem Erleben richtet er seine Tätigkeit kurz danach aus...“, ebd. S. 222), vermag das im Vordergrund stehende Erleben des Therapeuten, der Patient nehme sein Spiel nicht wahr, jedoch nicht zu relativieren.

Als letztes Beispiel einer Kasuistik sei auf die Schilderung Metzners (Metzner 2001) verwiesen, innerhalb derer das Spiel des (ebenfalls an einer paranoid-halluzinatorischen Psychose leidenden) Patienten gleichzeitig extreme Ausformungen eines Auseinander und Ineinander dar- bzw. herstellt: So beschreibt die Autorin z. B., wie der Patient während des ersten Kontaktes mit einem „wahren Feuerwerk von Trommelschlägen los[legt]“ (ebd. S. 39), was zu einem heftigen, aus identifikatorischen Prozessen resultierenden Erleben („Ineinander“) der Therapeutin führt und damit dazu, dass sie nicht mitspielt („Auseinander“). Darüber hinaus beschreibt auch Metzner im weiteren Verlauf Beziehungsformen, wie sie innerhalb der vorliegenden Untersuchung identifiziert wurden. So z. B. das Gefühl der Therapeutin, „intrusiv und verfolgend zu sein“, das sie „zu vermeiden suchte“ (ebd. S. 42) sowie Formen der Beziehungsgestaltung, die auf Seiten der Therapeutin als Sich-Gleichmachen und Folgen (ebd. S. 47) imponieren. Letzteres bezieht sich auf die Arbeit an einer von dem Patienten vorgegebenen Tonfolge (!), die zum Dreh- und Angelpunkt der Therapie wird und schließlich zu dem Stück „Für Elise“ leitet. Wie innerhalb einiger der hier untersuchten Improvisationen andere bekannte musikalische Strukturen, ermöglicht auch „Für Elise“ als „neutraler Ort“ (ebd. S. 49) einen Bezug von Patient und Therapeutin auf dieses „objektiv gegebene Dritte“ (... und noch wesentlich mehr! ebd.). Die innerhalb dieser Kasuistik erfolgte Arbeit *an* der Musik soll überleiten zu einer anderen Art musiktherapeutischer Untersuchungen, die nicht Improvisationen mit schizophrenen Patienten fokussieren, aber dennoch einen Vergleich mit den Untersuchungsergebnissen der vorliegenden Studie gestatten.

VI.1.2 Weitere musiktherapeutische Untersuchungen

Tüpker (1988/1996) stellt eine „vorläufige Typisierung“ (S. 231) bezüglich des Aufgreifens des musiktherapeutischen Angebotes dar, „um auf Wiederkehrendes, Gleiches, Ähnliches und Durchgängiges in den unterschiedlichen Musiktherapien aufmerksam zu machen und Ordnungskriterien in der Vielfalt der

Phänomene zu finden“ (ebd.). Ihr Vergleich bezieht sich vor allem auf „charakteristische Brechungspunkte“ (ebd.) wie den „Zugang zu den Instrumenten, an Grundzügen der Art des Improvisierens, am Austausch zwischen Musik und Sprache und an den Auffälligkeiten für den Verlauf einer Behandlung, die über den individuellen Prozess hinausgehen“ (ebd.). Die Benennung der von ihr gefundenen drei Typen „formuliert die Aufgaben, die sich dem Therapeuten in der Arbeit mit diesen PatientInnen stellen“ (a. a. O. S. 234). Die von ihr beschriebenen Merkmale des zweiten Typus „Auflösendes begrenzen und Getrenntes vermitteln“ stimmen in wesentlichen Punkten mit den im Rahmen der vorliegenden Untersuchung herausgearbeiteten Charakteristika überein. Die Aufgabe, die die Autorin (R. T.) für die musiktherapeutische Arbeit mit Patienten, die diesem Typus angehören, beschreibt, verweist direkt auf die im Rahmen der vorliegenden Arbeit als Charakteristika der Nebenfiguration herausgearbeiteten Tendenzen eines „Miteinander“: „Die musiktherapeutische Arbeit bezieht sich bei diesem Typus vor allem auf die allmähliche Vermittlung des ‚Zermittelten‘: darauf, dass Berührung, Austausch und Integration wieder in Gang kommen“ (ebd. S. 240). Als eine konkrete Möglichkeit musiktherapeutischen Arbeitens beschreibt sie die „Arbeit **an der Musik**“ (a. a. O. S. 241, Hervorhebung dort) und charakterisiert dies als „**Drittes**, etwas außerhalb der Zwei, die Eins geworden ist“ (ebd. S. 242). Neben der auch hier betonten Chance einer Arbeit *am* musikalischen Material sei auf die Charakterisierung der ‚Eins‘ gewordenen ‚Zwei‘ verwiesen sowie auf die diesbezügliche Übereinstimmung mit den vorliegenden Untersuchungsergebnissen. Auch der folgenden Aussage Tüpkers bezüglich dieses Typus kann vor dem Hintergrund der eigenen Erfahrungen sowie mit Bezug auf die vorliegende Untersuchung uneingeschränkt zugestimmt werden: „Distanzierung [wie sie sich im Rahmen der untersuchten Improvisationen als ‚Flucht‘ oder Rückgriff auf bekannte musikalische Strukturen zeigt, Anmerkung S. K.] ist in dieser Arbeit nicht als Widerstand gegen die Therapie einzuschätzen, sondern ist ein Mechanismus, der auch vom Therapeuten manchmal methodisch eingesetzt werden muss, um Tendenzen des Eins-Werdens und die Angst vor Auflösung und Verlust der Fassung des Seelischen als Individuum zu regulieren. Das Eins-Werden in der Musik *kann* zwar eine wichtige Phase der therapeutischen Arbeit sein, weil es dem Therapeuten die Möglichkeit gibt, die Welt des Patienten auf dessen Art

zu erleben. Es bedarf aber ... des **Verweises auf ein Außerhalb der Eins ...**“ (a. a. O. S. 241, Hervorhebung dort). An dieser Stelle sei auf die mit der Formulierung Tüpkers inhaltlich völlig übereinstimmende Aussage Roms, hier konkret bezogen auf die Distanzierung(sversuche) schizophrener Patienten, verwiesen: „Dieses Nein ist jedoch nicht als Ablehnung zu verstehen, auch nicht als Antwort auf die Wahl zwischen ja und Nein, sondern Rettung des Ich vor der Fusion und des Sich-Verlierens“ (Rom 2007, S. 48).

Während sich die bisher zum Vergleich herangezogenen Veröffentlichungen (mit Ausnahme der Typisierung Tüpkers) ebenfalls mit der musiktherapeutischen Arbeit mit schizophrenen Patienten befassten und vor allem die Ähnlichkeiten mit den vorliegenden Untersuchungsergebnissen fokussiert wurden, sollen im Folgenden Ergebnisse methodisch ähnlich gestalteter Untersuchungen mit einem jeweils anders diagnostizierten Klientel und damit Unterschiede zu den Ergebnissen der eigenen Studie in den Blick gerückt werden. Innerhalb der bereits im dritten Kapitel der vorliegenden Arbeit mehrfach erwähnten Untersuchungen Krapfs (Krapf 2001 sowie Kalle-Krapf 2006) werden Erstimprovisationen von Patienten mit der Diagnose „Anhaltende somatoforme Schmerzstörung“ auf den Ebenen Wirkungsgestalt und Formenbildung untersucht, innerhalb derer auch Aussagen zur musikalischen Beziehungsgestaltung getroffen werden. Die Autorin kommt zu dem Schluss, „dass die sich in der Analyse der Improvisationen von Patienten mit *anhaltender somatoformer Schmerzstörung* herausgestellten Merkmale eine typische Ausprägung aufweisen und sich damit deutlich von anderen Improvisationen unterscheiden“ (Kalle-Krapf 2006, Hervorhebung dort). Auch Erhardt (2003) kann vor dem Hintergrund des gleichen methodischen Vorgehens bezüglich der Untersuchung musiktherapeutischer Erstimprovisationen mit anorektischen PatientInnen die Frage nach Gemeinsamkeiten dieser Improvisationen positiv beantworten. Tönnies (2002) beschreibt anhand ihrer methodisch ebenfalls an Krapf (2001) angelehnten Untersuchung der Erstimprovisationen von Borderlinepatienten zwar charakteristische Merkmale im musikalischen Ausdruck, kann die Frage nach Gemeinsamkeiten dieser Improvisationen jedoch nur eingeschränkt positiv beantworten. Bevor auf diese letztgenannte Untersuchung genauer eingegangen wird, sollen in Anlehnung an Kalle-Krapf (2006, S. 232) relevante Ergebnisse bezüg-

lich wichtiger Unterscheidungsmerkmale dieser Studien im Zusammenhang mit eigenen Untersuchungsergebnissen tabellarisch dargestellt werden:

Diagnose: anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.4	Diagnose: Anorexia nervosa F50.0	Diagnose: Borderline-Persönlichkeitsstörung F60.31	Diagnose: Schizophrenie F20.0-6
Insgesamt: Eher einheitliches Bild	Insgesamt: Eher einheitliches Bild	Insgesamt: Eher uneinheitliches Bild	Insgesamt: Einheitliches, aber „gespaltenes“ Bild
Keine Phrasierung	Phrasierung, Strukturmerkmale	Teilweise Gliederung der Improvisationen, zumeist durch (plötzliche) Wechsel (des Tonmaterials, der Spielart...) und/oder Unterbrechungen	Gliederungen innerhalb der freien Improvisationen zumeist anhand von unvermittelten Wechseln und/oder Unterbrechungen
Eher leise Instrumente	Große Bandbreite verschiedener Instrumente	Vielfältige Instrumentenwahl	Vor allem Schlaginstrumente, vor allem laute Instrumente
Keine Grundtonbezogenheit	Teilweise Grundtonbezogenheit	Existenz einer Harmonie	außer innerhalb bekannter Lieder: keine Grundtonbezogenheit
Tendenziell keine rhythmischen Motive	Rhythmische Motive	Etablierung eines gemeinsamen Rhythmus	vorgegebene, eher starre Rhythmen oder kaum rhythmischen Motive
Eher keine Herausbildung von Motiven	Existenz von Motiven	Teilweise Orientierung an gemeinsamen Motiven	Häufig vorgegebene, bekannte Motive, sonst eher kurzfristiges Auftauchen von Motivsplintern
Kein Grundmetrum	Teilweise Existenz von Grundmetren und Takten	Teilweise Existenz eines Grundmetrums	Teilweise Existenz eines Grundmetrums (v. a. innerhalb der an Bekanntem orientierten Improvisationen)
Keine dynamischen Entwicklungen	Teilweise dynamische Entwicklungen	Existenz von Spannungsgeladenem	Keine dynamischen Entwicklungen oder plötzliche, spannungsvolle Wechsel der Dynamik, manchmal begonnene Entwicklung, die aber plötzlich abreißt

VI Diskussion der Ergebnisse

Beziehung gekennzeichnet von Nähe	Ambivalente Beziehungsgestaltung hinsichtlich Nähe und Distanz	Beziehungsgestaltung uneinheitlich	Beziehungsvermeidung im Ineinander oder Auseinander, dabei in zehn Fällen kurze Momente oder spezifische Form der Gemeinsamkeit
Beschreibungstexte: Distanziertheit der Beschreibenden	Beschreibungstexte: Distanziertheit der Beschreibenden	Beschreibungstexte: Beschreibende affektiv beteiligt	Beschreibungstexte: Beschreibende überwiegend affektiv beteiligt, intensiv involviert, gleichzeitig sogartiges Abdriften, Ermüdung

Abb. VI.1: Unterscheidungsmerkmale musikalischer Äußerungen innerhalb methodisch vergleichbar untersuchter musiktherapeutischer Erstimprovisationen

Hingewiesen sei noch auf das als insgesamt uneinheitlich charakterisierte Spiel der Borderlinepatienten, das dennoch, wie die Autorin überzeugend darstellt, charakteristische Merkmale im musikalischen Ausdruck aufweist, die wiederum auf Ähnlichkeiten der seelischen Konstruktion der Patienten hinweisen. Die Autorin verweist eindrücklich auf Übereinstimmungen dieser Charakteristika mit den psychodynamischen Gegebenheiten der Borderline-Persönlichkeitsstörung (vgl. Tönnies 2001, S. 110ff). Am Ende ihrer Ausführungen betont sie, dass der von ihr „festgestellte Mangel an Aneignungs- und Umbildungstendenzen des Borderline-Patienten“ (ebd. S. 117) auf „zwei gegensätzlichen seelischen Gegebenheiten“ (ebd.) beruhen kann: „einerseits dem Festhalten an einer einmal gefundenen Struktur ... Andererseits konnten Tendenzen zu permanenter Verwandlung und Bewegung festgestellt werden ...“ (ebd. S. 117). Diese Tendenzen ähneln in hohem Maße den im Rahmen der vorliegenden Untersuchung beschriebenen, was hinsichtlich der (trotz aller deutlichen Unterschiede und Kontraste doch großen) Nähe der beiden untersuchten Krankheitsbilder bezüglich Psychodynamik, struktureller Gegebenheiten und Ätiologie (vgl. Benedetti 1994, S. 49ff und 138ff sowie Rom 2007) nicht verwunderlich ist. Insofern erscheint vor dem Hintergrund der eigenen Untersuchung möglicherweise gerade die von der Autorin erfasste Uneinheitlichkeit als typisches Merkmal der untersuchten Improvisationen, so wie innerhalb der vorliegenden Studie schließlich gerade die „Gespaltenheit“ der Hauptfiguration als diese prägend herausgearbeitet werden konnte.

Der Vergleich der dargelegten Untersuchungsergebnisse mit relevanter Literatur zeigt einerseits deutliche Ähnlichkeiten mit den von anderen Autoren beschriebenen Charakteristika der Improvisationen mit schizophrenen Patienten und andererseits deutliche Unterschiede zu den charakteristischen Merkmalen der Improvisationen mit einem anders diagnostizierten Klientel. Diese Befunde bestätigen die Annahme, dass es sich bei den herausgearbeiteten Merkmalen der Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten um typische Merkmale handelt.

VI.1.3 Einbettung der Ergebnisse in die psychoanalytische Literatur

Anknüpfungen an Theorien und Modelle psychoanalytischer Psychosentheorien wurden bereits in Abschnitt IV.5 im Rahmen der Reflexion der dort erarbeiteten Beziehungsformen und Interaktionsmuster vorgenommen. Dort wurde noch einmal deutlich, wie diese Modelle zu einem Verständnis im Zuschreiben einer je eigenen Sinnhaftigkeit des Sich-Zeigenden und Sich-Ereignenden beitragen können. An dieser Stelle der vorliegenden Arbeit soll lediglich exemplarisch auf einige Punkte hingewiesen werden, die im Austausch der Ergebnisse mit der psychoanalytischen Literatur bedeutsam erscheinen.

Eine Voraussetzung der dieser Untersuchung zugrunde liegenden Arbeitsweise ist die Annahme, dass innerhalb der gemeinsamen musiktherapeutischen Improvisation von Patient und Therapeut „*Spuren* von Lebensweisen und für den Patienten bedeutsamen Szenerien sowie *Muster* der Lebensbewältigung“ (Weymann 2002, S. 249, Hervorhebungen dort) erkennbar werden, was *auch* das Erkennen von Strukturen und Tendenzen meint, die in anderen Zusammenhängen als Psychopathologie oder Psychodynamik beschrieben werden (vgl. III.2.1 sowie II.5). In der Morphologie ist mit den vorzufindenden Mustern jedoch mehr und anderes gemeint, das bringt der Begriff „Leiden-Können“ (vgl. Salber 1977, S. 127ff) deutlich zum Ausdruck. Das Auffinden von entwicklungshemmenden Tendenzen, die sich in ihrer Kombination zu einem Krankheitsbild verdichten können, ist untrennbar verbunden mit dem Auffinden von entwicklungsfördernden Tendenzen, von Ressourcen, die der jeweilige Patient „mitbringt“. Diese je individuellen Ressourcen und Möglichkeiten

durch die je eigenen Möglichkeiten und Eigenschaften des Mediums, mit dem therapeutisch gearbeitet wird, und dessen Einbettung in ein Beziehungsgeschehen, das seinerseits als wesentlicher therapeutischer Wirkfaktor (vgl. z. B. Decker-Voigt 2001, S. 414) fungiert, zur Entfaltung zu bringen, ist Ziel und Anliegen psychotherapeutischen Bemühens und so auch der durchgeführten musiktherapeutischen Erstkontakte.

Im Folgenden sollen die herausgearbeiteten Strukturen und Tendenzen zunächst in Bezug gesetzt werden zu ausgewählten Aspekten der in Kapitel II.5 dargestellten Psychopathologie und Psychodynamik der Schizophrenie. Hier soll es jedoch gerade *nicht* darum gehen, hieraus eine – im Rahmen der vorliegenden Arbeit deutlich kritisierte – Musikpsychopathologie zu erstellen – ganz im Gegenteil! Die nachfolgenden Ausführungen mögen darauf verweisen, dass „Leiden“ und „Können“ zusammengehören und einander bedingen. Und mehr noch: Sie können nicht losgelöst voneinander betrachtet werden, weil gerade das, was der Patient „kann“ das ist, worunter er „leidet“ (und umgekehrt). Dies gilt für alle seelischen Verhältnisse. Im Zusammenhang schizophrener Erkrankungen mit der ihnen eigenen Gegensätzlichkeit und Wider-Sinnigkeit werden wir für die Paradoxie seelischer Gestaltbildungen vielleicht in besonderer Weise sensibilisiert.

„Zerrissene Welt; Fragmente“ (A.1.6)

Als „auf psychischem Gebiet das primärste, eigentlich schizophrene Symptom“ (E. Bleuler 1930, zit. nach Benedetti 1994, S. 17) wird innerhalb psychoanalytischer Theorien und Modelle die *Spaltung* angesehen (vgl. Benedetti 1994, S. 17ff sowie Abschnitt II.5.1.1 der vorliegenden Arbeit). Benedetti (ebd.) verweist auf Synonyme wie „Inkohärenz“ (Ziehen 1894) und „Zerrissenheit der Welt“ (Binswanger 1958). Rom (2007) „ziehe[t] den Begriff Fragmentierung dem der Spaltung vor“ (ebd. S. 28). Hering schreibt: „Psychotische Persönlichkeiten unterscheiden sich von nicht psychotisch Kranken unter anderem dadurch, dass sie im Augenblick einer seelischen Katastrophe vom Gefühl des Zerfalls ihres Selbst und Ichs heimgesucht werden. Neurotische, persönlichkeitsgestörte und Borderlinepatienten kennen in Paniksituationen zwar die *Angst vor* der Desintegration. Psychotische Menschen aber *erleben* die Desin-

tegration“ (Hering in Schwarz et al. 2006, S. 51, Hervorhebungen dort). „Das schizophrene Ich ist ein fragmentiertes Ich“, heißt es bei Benedetti (1994, S. 293). Das Symptom der Spaltung findet im Erleben der Betroffenen seinen Ausdruck vor allem in Gefühlen innerer Unordnung, des Zerfalls und Chaos (vgl. I.1). Die Improvisationen, innerhalb derer die Patienten nicht auf bekannte und vorgegebene musikalische Strukturen zurückgreifen, sind auf der Ebene der musikalischen Formenbildung vor allem durch Merkmale der Inkohärenz und Fragmentierung gekennzeichnet. Hier scheint die musikalische Struktur ganz direkt zum Spiegel seelischer Strukturmerkmale zu werden, z. B. in der Gestaltung musikalischer Übergänge, im Gebrauch der Instrumente sowie im Umgang mit dem melodischen und rhythmischen Material (vgl. IV.4). Fragmentierung und Zerfall finden sich auf der Ebene der musikalischen Formenbildung auch angedeutet innerhalb der Improvisationen, in denen die Patienten auf bekannte musikalische Strukturen zurückgreifen, wenngleich im Rückgriff auf diese haltgebenden Muster wesentlich weniger ausgeprägt (mit Ausnahme der Improvisation B.3), was noch einmal den Reparationscharakter dieses Rückgriffs auf Bekanntes, Vertrautes und Feststehendes innerhalb dieser Improvisationen hervorhebt. Dennoch finden sich auch hier –vor allem auf der Ebene der Wirkungsgestalt - Hinweise auf Tendenzen von Fragmentierung und Zerfall: „Am Ende zerfällt oder zerklumpt der Ritter“ (A.2.1) heißt es z. B. in einem Beschreibungstext zu einer dieser Improvisationen. Darüber hinaus finden sich Merkmale der Fragmentierung und Inkohärenz jedoch auf der Ebene der Wirkungsgestalt auch anhand formaler Besonderheiten der Texte (vgl. IV.3).

„jede in einer anderen Welt !“ (A.1.6)

Das zweite von psychoanalytisch orientierten Autoren hervorgehobene Primärsymptom der Schizophrenie ist der *Autismus*, der sich in Eigenweltlichkeit, Ausdrucksunfähigkeit und Selbstverborgenheit manifestiert (vgl. Benedetti 1994, S. 22ff sowie Abschnitt II.5.1.1 der vorliegenden Arbeit). „Autismus ist sowohl als Primärsymptom als auch als Abwehr zu verstehen“ (Rom 2007, S. 38). Auf der Ebene der Wirkungsgestalt begegnen uns sowohl Beschreibungen erlittenen Abgeschiedenseins als auch Schilderungen aktiven Sich-

Versteckens und Sich-Enziehens. So z. B. als Darstellung erlittener Isolation im Bild des Käfers, der in einem *Glas* gefangen ist und mit seinem dicken *Panzer* immer wieder vergeblich gegen die *Wände* stößt (vgl. B.7.9) oder in der in die Szene eines „Versteckspiels“ eingearbeiteten Formulierung „Ich bin nicht da, wo ihr mich sucht“ (A.4.3). Die „Eigenweltlichkeit“ (Benedetti 1994, S. 24) wird innerhalb der Beschreibungstexte direkt benannt in Formulierungen wie „der Welt entschwebt“ (B.6.7). *Dennoch* finden sich gegenläufige Tendenzen beschrieben wie: „...erstaunlicherweise treffen sich diese beiden verschiedenen Welten in einem Stück“ (B.2.3).

„Aufziehfigur, die ständig wieder aufgezogen wird“ (B.7.4)

Das dritte Primärsymptom der Schizophrenie ist die Athymie, die Benedetti unter den Aspekten Passivierung, Devitalisierung und Negativismus beschreibt (vgl. Benedetti 1994, S. 28ff sowie II.5.1.1). Auf der Ebene der Wirkungsgestalt begegnen uns diese Aspekte z. B. in Bildern von Marionetten oder Puppen, *an* und *mit* denen ein Puppenspieler etwas macht oder auch in Bildern gefrorenen Wassers (das gleichwohl, auch hier entdecken wir Gegentendenzen, zu schmelzen beginnt). Auf der Ebene der musikalischen Formenbildung finden sich ähnliche Tendenzen in Phänomenen wie der „Instrumentenwahl“ von Frau A., die ausschließlich der Anordnung der Instrumente im Raum folgt und eher von dieser gelenkt wird als dass sie selbst als aktiv Auswählende in Erscheinung träte (Allerdings taucht auch hier im Anschluss an das Improvisieren eine Gegentendenz auf insofern, als die Patientin nun durchaus Gewichtungen bezüglich der Instrumente vornehmen kann). Ähnliches ereignet sich innerhalb anderer Improvisationen anhand der Intonation von Tönen, die sich ausschließlich an der Anordnung der Töne auf dem gewählten Instrumente orientiert. Die extremste Ausgestaltung der Passivierung findet sich in der Improvisation B.3: innerhalb der Beschreibungstexte in Bildern assimilierender Bemächtigung, anhand der musikalischen Interaktion im Ver-Rücken und (Ver-)Formen des Spiels des Patienten durch die mitspielende Therapeutin. In gewisser Hinsicht kann auch das Intonieren vorgegebener musikalischer Strukturen (z. B. des Liedes „Der Mond ist aufgegangen“ in A.3) als Ausdruck der Passivierung verstanden werden. Allerdings scheint mir diese von mehreren Patienten ge-

wählte Möglichkeit eher auf ein psychodynamisches Phänomen zu verweisen, das Benedetti „Leih-Existenz“ (Benedetti 1994, S. 52ff) nennt:

„...ich lebe in der Erinnerung der Anderen“ (B.1.1)

Mit „Leih-Existenz“, „Spiegel-Existenz“ oder „Spiegel-Beziehung“¹ als „besondere Erscheinungsform der Nicht-Existenz“ (vgl. auch II.5.1.2) meint Benedetti (a. a. O.) „die stellenweise totale Identifikation des Patienten mit den Vorstellungen, die seine Mitmenschen von ihm entwickeln. Der Patient ... lebt gewissermaßen auf Kosten der anderen. ... Dadurch wird unser Patient zu ... einem Bildnis, einem Gedanken des anderen“. Als Beispiel aus der Kunst erwähnt der Autor die Gestorbenen in den Werken Pirandellos, die „im Geiste jener Gestalten weiterleben, denen sie früher nahestanden – ohne aber deswegen ein eigenes Gesicht zu haben“ (ebd.). Auch die Figur innerhalb des Beschreibungstextes, aus dem das als Überschrift verwendete Zitat stammt, lebt unter der Erde – „lebendig begraben“. „Jemand hat mich gehört, weiß, dass ich lebe, wenn auch unter der Erde“ (B.1.1) heißt es in der Weiterführung dieses Textes. Auch innerhalb der Improvisation B.5. fanden sich unter Einbezug weiterer Daten Hinweise auf ein ähnliches Geschehen. Wenn wir die Etablierung einer „Leih-Existenz“ mit Benedetti als paradoxe „einzige mögliche Überlebensweise und gleichzeitig Verzicht auf eine eigene Existenz“ (a. a. O. S. 52) verstehen, so kann vermutet werden, dass im Rückgriff auf bekanntes, als musikalische Form bereits Existierendes Ähnliches versucht wird. Das „Im-anderen-Leben“ (ebd. S. 53) gelingt auf der Ebene der musikalischen Formenbildung, indem „Eigenes“ - das verunsichernde Sich-Einlassen auf ein unbewusst determiniertes musikalisches Zusammenspiel in seiner individuellen Ausformung (vgl. Weymann 2002, S. 11ff) – von vornherein gemieden und damit in der selbst gewählten musikalischen Struktur gleichzeitig bewahrt wird (vgl. hierzu auch Metzner 2001, die im Zusammenhang eines längeren Therapieverlaufes vom Charakter eines Übergangsobjektes des Stückes „Für Elise“ spricht).

¹ Wenngleich Benedetti diesen Begriff auch bezüglich der therapeutischen Beziehung verwendet, darf er doch nicht mit der von Kohut wesentlich später beschriebenen „Spiegelübertragung“ gleichgesetzt werden (zur Abgrenzung beider Begrifflichkeiten vgl. Benedetti 1994, S. 175).

Im täglichen Leben des Betroffenen führt der Versuch, Identität in dieser Art und Weise zu konstituieren, zum Verlust der Autonomie und erweist sich somit als „Vorstufe der Vernichtung“ (Benedetti 1994, S. 53): „Sobald die Beziehungsperson, auf deren Kosten er lebt, sich von ihm abwendet, ihn gar vergisst oder auch nur die eigenen Vorstellungen umkrepelt, stürzt er ins Leere“ (a. a. O. S. 52). In der Psychotherapie mit schizophrenen Patienten kann die Fähigkeit der Betroffenen zur Etablierung einer „Spiegel-Beziehung“ jedoch positiv genutzt werden, wenn nicht nur der Therapeut zum Spiegel des Kranken wird, sondern „dieser seinerseits zum Spiegel des Therapeuten“ (ebd. S. 175). Eingebettet in die psychotherapeutische Beziehung kann „eine potentielle Selbstmöglichkeit [des Patienten, Anmerkung S. K.] zur Spiegelung gelang[en]“ (ebd.), die eine therapeutische Aktivität erfordert, die „durch die Rückspiegelung des eigenen Bildes die Integration des schizophrenen Ich zu fördern“ (ebd.) hat – was noch einmal die Notwendigkeit betont, sich des eigenen Bildes des Patienten bewusst zu werden. Was wie eine in psychotherapeutischen Zusammenhängen ohnehin selbstverständliche therapeutische Aufgabe klingt, erlangt in der Therapie schizophrener Patienten einen existentiellen Stellenwert (vgl. bezüglich der inneren Bilder ihrer schizophrenen Patienten von Musiktherapeuten und die immense Auswirkung dieser Behrens 2001, s. o.), denn das dem Patienten zurück gespiegelte Bild „ist schon ein verwandeltes Selbst und keinesfalls etwa eine Kopie des psychotischen Selbst, weil es durch den integrierend wirkenden Spiegel eines ... therapeutischen Ich gegangen ist“ (Benedetti 1994, S. 175). *Wenn* es durch einen solchen Spiegel gehen kann und nicht durch einen, der im Patienten wie dieser selbst die integrierenden Kräfte nicht zu sehen oder diese auf ihn zu projizieren vermag. Letzteres ist im Verständnis Benedettis nicht nur „erlaubt“, sondern notwendiger Bestandteil des therapeutischen Prozesses (vgl. hierzu z. B. Benedetti 1994, S. 202 sowie II.6). Die „Spiegel-Beziehung“ zwischen Patient und Therapeut innerhalb der Psychotherapie schizophrener Patienten kann zur „Umkehrung eines psychopathologischen Geschehens“ (ebd. S. 247) führen, wenn sie zu einer „symmetrischen Beziehung“ (ebd. S. 293) wird, die wechselseitige Projektionen ebenso einschließt wie Prozesse gegenseitiger Introjektion und Identifikation, wobei in der Schizophrenietherapie die Identifikation des Therapeuten mit seinem Patienten der (erhofften) Identifikation des Patienten mit seinem Therapeuten

vorausgehen muss. Das Zustandekommen identifikatorischer Prozesse im Rahmen der therapeutischen Spiegel-Existenz ermöglicht eine Dualisierung des Leidens, wie sie auch in den nachfolgend beschriebenen Phänomenen zum Ausdruck kommt.

„Die Therapeutin spielt auch ganz für sich, so wie der Patient“ (B.4.1)

In der ersten Phase der Psychotherapie mit schizophrenen Patienten geht es vor allem darum, die „Grundmuster der Welt des Patienten“ zu erkennen und eine zunehmende Dualisierung des Erlebens zu ermöglichen (vgl. Benedetti 1983 und 1994 sowie II.6). Diese Dualisierung kann sich in der Psychosentherapie nur dann ereignen, wenn der Therapeut bereit ist, sich mit dem Patienten zu identifizieren, um bestimmte Erlebensweisen mit ihm zu teilen. Doch es geht um mehr als Erlebensweisen: „Die Wahrnehmung der Spiegelbeziehung durch den Patienten führt zu kreativen Symbolen, zu Bildern bisweilen, die eine Spaltung sowohl des Patienten wie auch des Psychotherapeuten ausdrücken“ (Benedetti 1994, S. 307). Hinweise auf solche Spaltungsphänomene finden sich innerhalb der untersuchten Improvisationen im Spiel der Therapeutin z. B. anhand des Verhältnisses zwischen rechter und linker Hand bzw. zwischen dem Spiel der rechten und linken Hand. Sowohl im Rahmen der Untersuchung der musikalischen Formenbildung (IV.4) als auch im Zusammenhang mit der Darstellung der Beziehungsformen und Interaktionsmuster (IV.5) wurde mehrfach auf dieses Phänomen hingewiesen. Auffallend ist zunächst, dass die Therapeutin in *allen* Improvisationen zu Beginn, für z. T. längere Zeit und immer wieder auch im Verlauf der Improvisationen, lediglich mit *einer* Hand spielt: In einem Fall (B.1) beginnt sie mit der linken, in allen anderen Improvisationen mit der rechten Hand, in A.2 spielt sie ausschließlich mit rechts. Wenngleich im Rahmen der vorliegenden Arbeit keine Kontrollgruppe und damit keine Improvisationen derselben Therapeutin mit einem anders diagnostizierten Klientel untersucht werden, sei an dieser Stelle im Hinblick auf zahlreiche entsprechende Aufnahmen zumindest darauf verwiesen, dass dies keineswegs typisch für das Spiel *der Therapeutin* als solches ist, sondern tatsächlich typisch für das *gemeinsame* Improvisieren von Therapeutin und *schizophrenen* Patienten. Von Bedeutung für das hier fokussierte Thema sind jedoch vor allem die „Spal-

tungsphänomene“, die auf der Ebene der musikalischen Formenbildung u. a. als völlig unterschiedliches Spiel (geordnet – ungeordnet, tief und bedrohlich – hoch und sanft ...) der rechten und linken Hand *der Therapeutin* imponieren und in hohem Maße an das bei De Backer beschriebene Spiel seines *Patienten* Adrian erinnern. Auch auf der Ebene der Wirkungsgestalt finden sich Hinweise auf dieses Phänomen, das vor allem von großer Bedeutung für die Beziehungsgestaltung zu sein scheint: Die Rolle der rechten Hand² besteht überwiegend im Sich-Gleichmachen, Imitieren und Spiegeln des Spiels des jeweiligen Patienten bzw. einzelner Merkmale wie z. B. Tonhöhe, Tonmaterial und Rhythmus: So intoniert die Therapeutin beispielsweise mit der rechten Hand innerhalb der Improvisationen A.1 und A.5 gleich zu Beginn den selben Ton wie die jeweilige Patientin, in B.2, B.4 und B.6 kommt dies im Verlauf der Improvisation gehäuft vor. Innerhalb der Improvisationen, in denen die Therapeutin den Patienten in einen bestimmten (z. B. pentatonischen) Tonraum folgt, tut sie dies jeweils zu Beginn oder ausschließlich mit der rechten Hand (vgl. A.5, B.2 B.1 sowie B.6). Auch Anpassungen an Tempo, Dynamik und „unstrukturirtes“ Spiel oder ausgleichende Tendenzen („warten“, einen Ton weglassen...) werden zu Beginn der jeweiligen Bewegung oder aber ausschließlich von der rechten Hand übernommen, während die linke Hand eher konträr spielt (z. B. geordnet). In B.5 reagiert die Therapeutin auf ein Motiv des Patienten – zunächst mit der rechten Hand. Auch Imitationen von Tonwiederholungen, Klangfarbe und Lautstärke erfolgen anfänglich oder ausschließlich mit der rechten Hand (vgl. A.1, A.2, A.5, B.1, B.2, B.6 und B.7). Darüber hinaus ist es zumeist die rechte Hand, die „Kontaktangebote“ in Form klar strukturierten Spielens (B.6) macht oder Ruhe ins Spiel bringt (B.6 und B.7). Während die linke Hand jeweils später und zunächst meist vorsichtig und leise ins Spiel kommt, kann sie die bis dahin bereits entstandene Formenbildung doch zumeist nur kurz mittragen: Sobald die linke Hand stärker und deutlicher konturiert in

² Auch De Backer (2005 sowie 2007) spricht von der „Rolle der linken Hand“ bzw. der „Rolle der rechten Hand“. Während diese Begriffe dort als *Metaphern* verwendet werden, die die (als idealtypisch vorgegebene und anzustrebende) Beziehung zwischen Musiktherapeut und Patient beschreiben, sind sie im Rahmen der vorliegenden Arbeit *wörtlich* gemeint (und von daher leider nicht austauschbar) und beschreiben *vorgefundene* Merkmale und Beziehungsmuster, die keineswegs angestrebt oder bewusst intendiert waren.

das Spiel eingreift, bekommt sie den Charakter des Verfolgenden, Eindringenden oder (die gefundene Harmonie) Zer-Störenden – dem dann z. B. rechte Hand und Patient in ihrem Spiel *gemeinsam* entfliehen. So heißt es in A.5.1: „Die linke Hand! Bedrohlich dringt sie in das Terrain ein, will die mich einfangen?“ und in einem anderen Beschreibungstext zu derselben Improvisation: „Dann droht eine Gefahr, *beide* versuchen, davor wegzulaufen und laufen und laufen und laufen...“ (A.5.2, Hervorhebungen S. K.). Über die hier fokussierte Bedeutung der Spaltung der Klavierstimme als Ausdruck identifikatorischer Prozesse hinaus deutet die besondere Ausgestaltung dieses konträren Spiels im Zusammenspiel mit dem jeweiligen Patienten auf nicht gelungene Triangulierungsprozesse hin, wie sie als für schizophrene Menschen typisch beschrieben werden. So spricht beispielsweise Schwarz von einer „in schizophrenen Entwicklungen regelhaft verfehlten ödipalen Triade als strukturelles Merkmal“ (Schwarz 2006, S. 127, zu diesem wichtigen Thema, das gleichwohl im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht weiter ausgeführt werden kann, vgl. auch Metzner 1999). Gedanken zu diesen konträren Strebungen im Spiel der Therapeutin (wie auf weiteren Ebenen) sollen abschließend mit Hinweis auf die Veröffentlichungen Deuters (1996/2007 sowie 2005) noch einmal in Austausch mit den Untersuchungen Steimer-Krauses (1996) gebracht werden.

„Negative Intimität“ und „Gemeinsames Anwesendsein“

Es war zu erwarten, dass sich die von Steimer-Krause (1996, s. auch Abschnitt II.5.5 der vorliegenden Arbeit) anhand verbaler Interaktionen identifizierte nonverbale Interaktionsmuster schizophrener Patienten, die sie als „pathologiespezifischen interaktiven Störungsanteil“ (ebd. S. 417) versteht, auch innerhalb der untersuchten Improvisationen als spezifisch musiktherapeutische Form der nonverbalen Interaktion auffinden lassen würden: Die zugrunde liegenden „frühen Beziehungserfahrungen, die in Form von Synchronisations- und nonverbalen Dialogerfahrungen vorliegen“ (ebd. S. 421) prägen die Formen verbaler wie musikalischer Interaktionen gleichermaßen (vgl. III.2.1). Gleichzeitig konnte mit Hinweis auf die spezifischen Möglichkeiten des Mediums Musik bzw. der Methode des Improvisierens (vgl. auch I.1.3 und III.2.1) vermutet werden, dass sich diese grundlegenden Muster innerhalb der unter-

suchten Improvisationen anders ausgestalten würden und die musikalische Interaktion andere Formen der Nähe-Distanz-Regulierung ermöglichen könnte. Das von Steimer-Krause herausgearbeitete Interaktionsmuster der „negativen Intimität“ ist durch eine beiderseitige reduzierte Reziprozität und ein mangelndes positiv gestaltetes Miteinander charakterisiert, also durch die Vermeidung interaktiver Intimität vor allem durch gegenläufige Tendenzen der gezeigten Signale und Expressionen innerhalb und zwischen unterschiedlichen Kommunikationskanälen. Dieses Weder-Noch-Verhältnis (vgl. II.5.5) metaphorisiert die Autorin als „negative Intimität“. Die Funktion dieses nonverbalen Verhaltens versteht Steimer-Krause im Kontext eines Beziehungswunsches und im Hinblick auf das positive Erleben der schizophrenen Gesprächspartner als geglückte Lösung des Grundkonfliktes schizophrener Menschen (vgl. II.5.4) zwischen Nähe und Distanz. Steimer-Krause hebt besonders hervor, dass die schizophrenen Gesprächspartner ihr Gegenüber „dazu gebracht haben, stellvertretend für sie ein Verhaltensmuster der Distanzierung zu zeigen“ (ebd. S. 455), was dazu führt, „dass sich die gesunden Probanden sehr schnell selbst die Verhaltensanweisung geben, sich von diesen Partnern, den Patienten, besser fern zu halten“ (ebd.). Diese Ergebnisse betonen die auch im Rahmen der vorliegenden Arbeit mehrfach hervorgehobene Akzentuierung des „Auseinander“. Steimer-Krause beschreibt, dass die schizophrenen Gesprächspartner ihr Gegenüber dazu einladen, „die Führungsrolle zu übernehmen. Gleichzeitig wird eine eigene verbale Selbstdarstellung verweigert“ (ebd. S. 458). Sie erkennt hierin eine „kohärente Struktur, ... Bindung im Sinne eines emotional positiv gefärbten Miteinanders oder sozialen Engagements zu verhindern bei gleichzeitiger Übergabe der Gesprächsinitiative an den Partner“ (ebd.). Diesen Beziehungswunsch greift Deuter (1996/2007) auf, der für die musiktherapeutische Arbeit mit psychotischen Patienten eine Modifikation der Haltung des mitspielenden Therapeuten beschreibt (vgl. II.6.4). Wengleich die Ergebnisse der Untersuchungen Steimer-Krauses zum Zeitpunkt der Veröffentlichung Deuters noch gar nicht vorlagen, kommt der Autor vor dem Hintergrund psychoanalytischer Psychosentheorien und seiner eigenen therapeutischen Erfahrungen mit seiner beschriebenen Haltung des Therapeuten dem, was Steimer-Krause als Beziehungswunsch schizophrener Patienten herausarbeiten konnte, erstaunlich nahe. So heißt es bei Deuter: „Im Verständnis dieser Ausgangssi-

tuation muss sich die beschriebene Haltung des Abwartens und der Offenheit ändern; das heißt, dass dem Warten und der Offenheit zugrunde liegende Da-Sein des Therapeuten muss eine erfahrbare Qualität bekommen. Der Raum, in dem sich Begegnung und Beziehung ereignen sollen, ist hier der Raum der Musik; die Präsenz und die Haltung des offenen Abwartens stelle ich dem Patienten zur Verfügung, indem meine musikalische Aktion *zuerst* da ist: der innere Raum in der Musik wird zunächst vom Therapeuten hergestellt“ (Deuter, a. a. O., S. 50, Hervorhebung dort). Hier übernimmt der Therapeut von vornherein die Initiative, allerdings auf eine Art und Weise und mit einer Haltung, die „darauf verzichtet, durch Einfälle und Impulse das System als Ganzes zu beeinflussen“ (ebd., S. 54) und dem Patienten die Freiheit lässt, auf seine je eigene Art mit dieser musikalischen Situation umzugehen: „der Patient kann diesen Raum aufsuchen und ihn auf seine Weise nutzen ... Die Musik – damit der Begegnungsraum – ist jeweils vorhanden; er kann aufgesucht, vermieden und ... verändert und moduliert werden“ (ebd.). Dieses (Beziehungs-) „Angebot“ (ebd.) verhält sich gewissermaßen komplementär zu dem von Steimer-Krause beschriebenen Beziehungswunsch schizophrener Menschen. Haltung und Verhalten des Musiktherapeuten, wie Deuter sie beschreibt, dürften in hohem Maße dem von schizophrenen Patienten gewünschten (Beziehungs-) Verhalten entsprechen. Interessant und bemerkenswert ist darüber hinaus, dass Deuter die mit der geforderten Haltung des Therapeuten einhergehende Spielweise ähnlich charakterisiert, wie Steimer-Krause dies für die nonverbalen Interaktionsmuster der Gespräche anhand (des Zusammenwirkens) unterschiedlicher Kommunikationskanäle darlegt: Auch hier ist von gegenläufigen Tendenzen die Rede, bei Deuter bezüglich der musiktherapeutischen Improvisation verteilt auf die rechte und linke Hand des Therapeuten: „Im Spiel des Therapeuten stellt sich so etwas wie eine doppelte Ausrichtung ein. Es gibt zwei verschiedene Spielweisen, die zunächst nebeneinander gehalten werden. Die eine hat mit Dauer, Undifferenziertheit, Ununterschiedenheit, Kontinuum, bedingungslosem Da-Sein zu tun; die andere enthält das Angebot von Formen, in denen Möglichkeiten zu Anknüpfung und Kontakt liegen. Diese beiden Bereiche stehen im Spiel des Therapeuten zunächst wie zusammenhanglos nebeneinander. ... eine solche Spielweise ... stützt sich auf eine musikalische Praxis, die mit einer relativ großen Unabhängigkeit beider Hände zu tun hat, so dass es

gelingt, die unterschiedlichen Welten in zwei verschiedenen musikalischen Gesten nebeneinander bestehen zu lassen“ (ebd. S. 54/55). Ziel dieses Vorgehens bzw. der Einstimmung in eine entsprechende Haltung ist auch hier die Regulation der Beziehungsgestaltung, auch hier geht es darum, „eine bestimmte Beziehungsstruktur herzustellen“, wie es Steimer-Krause a. a. O. S. 457 bezüglich des Beziehungsverhaltens der Patienten formuliert. Für Deuter geht es darum, mit Hilfe dieser Spielweise „das ‚gemeinsame Anwesendsein‘ im Sinne einer Vorform von Begegnung und Beziehung zu konstituieren“ (ebd. S. 47). Während Steimer-Krause die von ihr beschriebenen Formen nonverbaler Interaktion als „den anderen bestätigenden Unterwerfungsakt“ – mithin als „verdichtete Wiederholung ihrer Primärerfahrungen“ (a. a. O. S. 458) – versteht, findet sich anhand des von Deuter vorgeschlagenen Vorgehens der Wunsch, Gemeinsamkeitserfahrungen zu ermöglichen, die gewissermaßen *vor* den reaktivierten Primärbeziehungen angesiedelt sind. Das, was Steimer-Krause als „Inszenierung und interaktive[n] Implantierung verinnerlichter präverbaler Beziehungserfahrungen“ (a. a. O. S. 461) bezeichnet, wird mit diesem Vorgehen bewusst zu vermeiden gesucht: Das Beziehungsangebot *soll* nicht zur Verfolgung geraten, „die Qualität von Gemeinsamkeit und Beziehung“ sich „nicht in das Erleben von Festlegung, Einengung und Überwältigung“ (Deuter a. a. O. S. 49) verwandeln. Hierzu noch einmal Steimer-Krause: „Gelingt die Einhaltung dieser prekären Nähe-Distanz-Balance nicht, so kann es zu Verschmelzungs- oder Verfolgungsphänomenen kommen“ (a. a. O.). Die „prekäre Nähe-Distanz-Balance“ soll also sowohl durch das (nonverbale interaktive) Verhalten der Patienten innerhalb verbaler Gesprächssituationen als auch durch das von Deuter beschriebene Verhalten des Musiktherapeuten innerhalb der musikalischen Interaktionen und mehr noch mittels der beschriebenen Haltung (vgl. Deuter 1996/2007, S. 49ff) gewahrt werden. Welche Bedeutung dieser Balance im Rahmen schizophrener Psychodynamik zukommt, wurde von den beiden zitierten wie zahlreichen anderen Autoren überzeugend dargelegt (vgl. auch Abschnitt II.5.4 der vorliegenden Arbeit).

Innerhalb der im Rahmen der vorliegenden Arbeit untersuchten Improvisationen haben sich jedoch beide beschriebenen Formen der Nicht-Einhaltung dieser Balance („Verschmelzungs- und Verfolgungsphänomene“) ereignet und wurden im Hinblick auf eine mögliche Sinnhaftigkeit dieses Geschehens dar-

gestellt (vgl. IV.5). Wie bei Deuter (und bei Steimer-Krause bezüglich unterschiedlicher Kommunikationskanäle) beschrieben, fanden sich in fast allen Improvisationen gegenläufige Tendenzen, vor allem in der von Deuter geschilderten Art und Weise im Spiel der Therapeutin, innerhalb einiger Improvisationen jedoch (auf andere Art und Weise) auch im Spiel der Patienten (vgl. IV.5). Nur angedeutet werden konnten im Rahmen der vorliegenden Untersuchung gegenläufige Tendenzen und Kontrastbildungen zwischen musikalischer und verbaler Interaktion im Rahmen der untersuchten Erstkontakte. Darüber hinaus kann innerhalb der untersuchten Improvisationen jedoch bezüglich der beschriebenen Rollenübernahmen beider Interaktionspartner ein genau umgekehrtes Verhältnis beschrieben werden: In *allen* untersuchten Improvisationen waren es die Patienten, die ein (Beziehungs-) Angebot einbrachten und die Führungsrolle übernahmen insofern, als sie durch ihre musikalischen Aktionen einen (Beziehungs-) Raum zu Verfügung stellten, innerhalb dessen nun die Therapeutin die Rolle der (Ver-) Folgenden, Sich-Einschmiegenden, Sich-Anpassenden usw. (vgl. IV.5) einnahm. So waren es die Patienten selbst, die auf unterschiedliche Art und Weise Formen der *Distanzierung* etablieren konnten. Während innerhalb der Gespräche die Initiative, wie auch bei Steimer-Krause beschrieben, zumeist an die Therapeutin delegiert wurde, übernahmen die Patienten innerhalb der untersuchten Improvisationen selbst die Initiative – und konnten *infolgedessen* auf paradoxe Art und Weise „Selbstdarstellung“ vermeiden und gleichzeitig ermöglichen (vgl. IV.5). Im Hinblick auf das Erleben der Patienten sowie die beschriebenen „Wirkungen“ des Improvisierens kann festgestellt werden, dass *trotz* oder gerade *wegen* der erschütterten Balance des Nähe-Distanz-Verhältnisses *andere* Formen der Beziehungsgestaltung möglich wurden. Andere Formen der Beziehungsgestaltung meint hier durchaus nicht nur das (kurzzeitige) Ermöglichen von Kontakt und Begegnung, wie es innerhalb einiger Improvisationen beschrieben wurde (IV.5.2) und auch nicht *ausschließlich* ein als angenehm erlebtes Anwesendsein „ohne den Zwang zur Begegnung“ (Deuter 1996/2007, S. 53), wie es mittels anderer Improvisationen (IV.5.4) erfahrbar wurde. Gemeint sind hier durchaus auch Möglichkeiten *aktiven* Sich-Entziehens, wie sie im Mittelpunkt der Improvisation A.1 standen sowie die Möglichkeit, frühe Beziehungserfahrungen musikalisch zu reinszenieren und damit (mit-) teilbar zu machen.

VI.2 Abschließende Reflexionen

Die vorliegende Untersuchung widmete sich dem Ziel, herauszustellen, ob und wie sich Grundverhältnisse schizophrenen Seins innerhalb der musiktherapeutischen Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten auffinden und beschreiben lassen würden. Dies beinhaltete auch die Frage danach, ob sich für dieses Klientel typische Gestaltungsmerkmale der Improvisationen auffinden lassen würden. Diese wurden bezüglich der Ebenen Wirkungsgestalt und Formenbildung herausgearbeitet sowie hinsichtlich einer möglicherweise aufzufindenden, die individuellen Verhältnisse übergreifenden Polarität. Vor dem Hintergrund eines psychodynamischen Krankheitsverständnisses, entwicklungspsychologischer Ansätze bezüglich der Ätiopathogenese sowie anknüpfend an das Selbsterleben Betroffener, aber auch im Hinblick auf ein beziehungsorientiertes musiktherapeutisches Vorgehen galt Aspekten der Beziehungsgestaltung und Formen der Interaktion ein besonderes Augenmerk.

Die Frage nach Ähnlichkeiten der Improvisationen auf den Ebenen Wirkungsgestalt und Formenbildung konnte positiv beantwortet werden. Darüber hinaus wurde eine die individuellen Verhältnisse übergreifende Polarität identifiziert, die vermuten lässt, dass als schizophren diagnostizierten Menschen nicht nur die für diese Diagnose „notwendigen“ Symptomkomplexe gemeinsam sind, sondern auch wesentliche Aspekte der zugrunde liegenden seelischen Gestalt. Diesbezüglich finden sich zahlreiche Parallelen zum dargestellten Selbsterleben Betroffener sowie zu den Annahmen und Beschreibungen psychoanalytisch orientierter Autoren. Die Ausformung dieser Grundgestalt verweist sowohl auf die seelischen Verhältnisse der Patienten als auch auf die besonderen Chancen des Mediums Musik und des Improvisierens als methodisches Vorgehen innerhalb der Musiktherapie mit schizophrenen Patienten.

Der in unterschiedlichen Zusammenhängen betonten Uneinfühlbarkeit schizophrener Selbst- und Welterlebens kann im Hinblick auf die gefundenen Ähnlichkeiten und Übereinstimmungen zwischen den angefertigten Beschreibungstexten und den Erlebensbeschreibungen Betroffener keineswegs zugestimmt werden. Die Beschreibenden haben in der Offenheit Resonanz gebenden Mitvollzugs ganz offensichtlich eine Ahnung davon bekommen, was schizophrene Menschen in ihrem Selbstverständnis erleben (müssen). Dies gilt in

weit höherem Maße auch und besonders für die mitspielende Therapeutin. Das gemeinsame Improvisieren im Rahmen des musiktherapeutischen Erstkontaktes ermöglicht nicht nur „Selbstaussdruck“, sondern auch Nachvollzug und Miterleben – Formen von Intersubjektivität, deren es gerade im Zusammenhang schizophrener Weltbezüge grundlegend mangelt.

Die Untersuchung der Beziehungsformen und Interaktionsmuster stellt in besonderem Maße heraus, wie sich der „Grundkonflikt“ schizophrener Menschen innerhalb der musikalischen Interaktion inszenieren kann und welche Möglichkeiten der Regulation *beiden* Interaktionspartnern zur Verfügung stehen. Der in zahlreichen musiktherapeutischen Veröffentlichungen getroffenen Aussage, im (anfänglichen) Zusammenspiel mit dem schizophrenen Patienten seien Gegenseitigkeit und Kontakt unmöglich, kann anhand der vorliegenden Untersuchung zumindest in dieser Konsequenz ebenfalls nicht zugestimmt werden. Die vorliegende Untersuchung zeigt auf, dass sich die von Steimer-Krause beschriebenen nonverbalen Interaktionsmuster schizophrener Patienten innerhalb der musiktherapeutischen Improvisationen auf unterschiedliche Art und Weise ausformen können und damit unterschiedliche Formen der Beziehungsgestaltung ermöglichen. Hierzu zählen auch Ausgestaltungen der Beziehungssituation, die gerade nicht als „prekäre Balance zwischen Nähe und Distanz“ verstanden werden können. Der damit verbundenen Gefahren sowie unserer daraus resultierenden besonderen Verantwortung müssen wir uns als Musiktherapeuten stets bewusst sein. Allerdings dürfen wir dies auch hinsichtlich der damit verbundenen therapeutischen Möglichkeiten und Chancen! Bedeutsam erscheint dieses Ergebnis insofern, als es die Haltung des jeweiligen Musiktherapeuten bezüglich dessen, was sich in der Interaktion mit dem Patienten ereignen *könnte*, maßgeblich prägen kann: Gerade schizophrene Menschen sind nur all zu durchlässig für die Erwartungen und Projektionen ihres Gegenüber. Wo *wir* als Musiktherapeuten eine Nähe zum schizophrenen Patienten für unmöglich halten (oder fürchten), wird sich dieser in seiner Erwartung nicht gelingenden Kontaktes bzw. der Gefahr gelingenden Kontaktes bestätigt fühlen – ein Kreislauf, den schizophrene Menschen nur all zu gut kennen!

Wichtige Aspekte konnten im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht berücksichtigt werden und mögen als Anregung für weiterführende Untersu-

chungen verstanden werden. Hierzu zählt z. B. das Mitwirken der Medikamente, deren Einfluss auf somatischer wie psychodynamischer Ebene erheblich sein dürfte – ein Umstand, der in einigen der untersuchten Erstkontakte von den Patienten selbst thematisiert wurde und in mindestens einem Fall direkte Auswirkungen zumindest auf die Weiterführung der begonnenen Musiktherapie hatte (vgl. IV.5.2.3).

Der von psychoanalytisch orientierten Autoren immer wieder betonten Bedeutung der Therapeutenvariable (vgl. II.6) für die Psychosenpsychotherapie wurde Rechnung getragen, indem ausschließlich Erstkontakte mit schizophrenen Patienten untersucht wurden, die die Autorin selbst durchgeführt hat. Dass die beschriebenen Unterschiede zu den in der musiktherapeutischen Literatur dargelegten Formen der Beziehungsgestaltung hiermit zusammenhängen, liegt ebenso auf der Hand wie der hieraus resultierende eingeschränkte Geltungsbereich der Ergebnisse. Da es vornehmlich um die Darstellung und Beschreibung des Vorzufindenden ging und eine Verallgemeinerung vor dem Hintergrund der dargelegten Grundannahmen ohnehin nach Meinung der Autorin unmöglich ist, wird diese Einschränkung als der Individualität der jeweiligen Erstkontakte und Improvisationen wie beider daran Beteiligten angemessen erachtet. Dennoch wäre es sicherlich aufschlussreich, musiktherapeutische Erstkontakte, die vor dem Hintergrund ähnlicher Grundannahmen und Haltungen durchgeführt wurden, in methodisch ähnlicher Art und Weise zu untersuchen.

Wenn sich das von der Autorin im musiktherapeutischen (Erst-) Kontakt mit schizophrenen Patienten immer wieder einstellende *Erleben*, dass hier durchaus Formen von Kontakt und Gemeinsamkeit möglich sind und dass uns schizophrene Menschen gerade *in* ihrer Ferne und Einsamkeit *nah* sein können, dass ihre Erfahrungen mit-teilbar sind und dennoch oder gerade deshalb andere Beziehungserfahrungen möglich werden – mithin, dass das Fragezeichen hinter der Formulierung „Jenseits von Jedem“ berechtigt ist, hat die vorliegende Untersuchung ihr Anliegen erfüllt.

Literaturverzeichnis

- Aderhold, V., Alanen, Y. O., Hess, G., Hohn, P. (Hg.) (2003): Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Alanen, Y. O. (2007): Integrierte und individualisierte psychodynamische Behandlung schizophrener Patienten. Erfahrungen aus Finnland. In: Perspektiven und Ergebnisse der psychoanalytischen Psychotherapie. Hg.: Haebler/Müller/Matejek. Forum der psychoanalytischen Psychotherapie Band 17. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Aldridge, D. (2002): Musiktherapieforschung: eine Erzählperspektive. In: P. Petersen (Hg.): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Verlag Johannes M. Mayer & Co. Stuttgart - Berlin
- Amering, M., Schmolke, M. (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Anstadt, S. (1992): Alle meine Freunde sind verrückt. Piper, München
- Argelander, H. (1970): Das Erstinterview in der Psychotherapie. Wiss. Buchgesellschaft Darmstadt
- Arieti, S. (1989): Schizophrenie. Piper, 3. Auflage, München
- Auf dem Garten, G. (1996): Schattenbilder. Tagesbuch eines Weges aus der Psychiatrie. Paranus, Neumünster
- Balint, M. (1997): Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung. Klett-Cotta, 2. Auflage, Stuttgart
- Barnes, M. (1989): Meine Reise durch den Wahnsinn. Kindler, München
- Bartz, J. (1984): Lehrbuch der empirischen Forschung für Sozialwissenschaftler. Springer, Berlin
- Bartz, J., Döring, M. (1995): Forschungsmethoden und Evaluation. Springer Verlag Berlin, 2. Auflage
- Baumann, K. K. (2000): „Ver-rückte Kindheit“. Probleme und Hilfemöglichkeiten bei Kindern psychisch erkrankter Eltern. Tectum Verlag Marburg
- Baumann, K. S., Lürßen, M. (1992): Lebensraum Familie. Situation von Angehörigen. In: Hand-werks-buch Psychiatrie, Hg.: Th. Bock, H. Weigand, Psychiatrie-Verlag Bonn, 2. Auflage
- Beeck, M. (1979): Schizophrenie nach Noten – Psychopathologisches Ausdrucksverhalten am Beispiel des Patienten E. F. In: Musik & Medizin 3

- Behrens, A. (2000): Wege in die Realität. Bilder von Schizophrenie und ihr Einfluss auf die musiktherapeutische Behandlung. Unveröffentl. Diplomarbeit im Rahmen des Zusatzstudiengangs Musiktherapie an der WWU Münster
- Bender, S. et al (2004): Subjektives Erleben eines computergestützten kognitiven Trainings durch Patienten mit Schizophrenien. In: Nervenarzt 75, 44-50
- Benedetti, G. (1964): Der psychisch Leidende und seine Welt. Hyppokrates-Verlag Stuttgart
- (1966): Prognostische Gesichtspunkte zur Psychotherapie schizophrener Psychosen. In: Psychotherapie und medizinische Psychologie 16
- (1972): Das Irrationale in der Psychotherapie der Psychosen. In: Weiterentwicklung der Psychoanalyse und ihrer Anwendungen. Bd. 5. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- (1973): Dialogische Dimensionen in der Psychotherapie der Schizophrenie. In: Psychotherapie als Dialog. Hrsg.: N. Polen und A. Trenke, Verlag Huber, Stuttgart
- (1974): Zur dynamischen Psychopathologie der Schizophrenie. In: Psychotherapie und medizinische Psychologie 24, 1974
- (1975a): Psychiatrische Aspekte des Schöpferischen und schöpferische Aspekte der Psychiatrie. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- (1975b): Die Schizophrenie in unserer Gesellschaft. Thieme-Verlag, Stuttgart
- (1976): Der Geisteskranke als Mitmensch. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- (1979): Die Bedeutung und Entwicklung der psychodynamischen Theorie in der Psychiatrie der letzten drei Jahrzehnte. In: Theorie und Praxis der Psychoanalyse. Hrsg.: H. Fischle-Carl, Bons-Verlag, Fellbach
- (1980): Klinische Psychotherapie, Verlag Huber, Stuttgart
- (1983): Psychosentherapie, Hyppokrates-Verlag, Stuttgart
- (1985): Das Erleben des Psychoanalytikers in der Behandlung psychotischer Patienten. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, Heft 30, Springer-Verlag
- (1987): Psychotherapeutische Behandlungsmethoden. In: Schizophrenien. Hrsg.: K.P. Kisker. Springer-Verlag, Berlin
- (1988a): Das Symbol in der Psychopathologie und in der Psychotherapie der Schizophrenie. In: Welt der Symbole. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen

- (1988b): Das Todessymbol in psychotherapeutischer Behandlung. In: Welt der Symbole. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- (1991): Todeslandschaften der Seele. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- (1992): Psychotherapie als existentielle Herausforderung, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Benjamin, J. (1996): Phantasie und Geschlecht. Psychoanalytische Studien über Idealisierung, Anerkennung und Differenz. Fischer, Frankfurt a. M.
- Benz, A. (1988): Augenblicke verändern mehr als die Zeit. Das psychoanalytische Interview als erster Eindruck von Therapeut und Gesprächspartner. Psyche 7
- Berger, M. (2004): Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. Urban & Fischer, München, 2. Aufl.
- Blankenburg, W. (1971): Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. F.-Enke-Verlag, Stuttgart
- Bock, Th., Weigand, H. (1992): Hand-werks-buch Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag Bonn, 2. Auflage
- Bock, Th., Deranders, J. E., Esterer, I. (1994): Im Strom der Ideen. Psychiatrie-Verlag Bonn
- (1995): Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn. dtv München
- Bock, Th. (1997): Lichtjahre. Psychosen ohne Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag Bonn
- Bonnet, V., Mehles, G., Zerb-Certa, S. (2004): Integrierte stationär-ambulante Psychosentherapie mit Elementen der Soteria –dargestellt an einem Fallbeispiel. In: Machleidt/Garlipp/Haltenhof (Hg.): Schizophrenie. Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten. Schattauer, Stuttgart
- Bremer, F. (Hg.) (1996): Sinn und Wahn. Berichte aus dem Hinterland der Augen. Paranus Verlag der Brücke Neumünster e. V.
- Brügge, C. (Hg.) (1999): Frauen in ver-rückten Lebenswelten. eFeF-Verlag Bern
- Buber, M. (1962/1997): Das Dialogische Prinzip. Verlag Lambert Schneider, Heidelberg
- Buchholz, M. B., v. Kleist, C. (1997): Szenarien des Kontakts. Eine meta-phernanalytische Untersuchung stationärer Psychotherapie. Psycho-sozial Verlag Gießen
- Burgard, R. (1999): Frauenfalle Psychiatrie. Orlanda Frauenverlag

- Burke, R. D. (1997): Meine Reise in die Schizophrenie. Kiepenheuer & Witsch, Köln
- Ciampi, L. (1982): Affektlogik, Klett-Cotta, Stuttgart
- Conraths, U. (2004): Die wichtigsten Elemente des Heilungsprozesses meiner schizophrenen Psychose. In: Machleidt/Garlipp/Haltenhof (Hg.): Schizophrenie. Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten. Schattauer, Stuttgart
- Deest v., H. (1994): Heilen mit Musik, Thieme-Verlag, Stuttgart
- De Backer, J. (2005): Music and Psychosis. The transition from sensorial play to musical form by psychotic patients in a music therapeutic process. Dissertation submitted for the degree of Doctor of Philosophy, Institute of Music and Music Therapy Aalborg University
- (2007): Die Entwicklung eines psychischen und musikalischen Raumes. Adrian – eine Einzelfallstudie. In: Metzner (Hg.): Nachhall. Musiktherapeutische Fallstudien. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Decker-Voigt, H.-H. (1991): Aus der Seele gespielt, Goldmann, München
- (1999): Mit Musik ins Leben. Wie Klänge wirken: Schwangerschaft und frühe Kindheit. Ariston, Kreuzlingen
- (2001): Schulen der Musiktherapie. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel
- De la Motte, D. (1985): Kontrapunkt. Ein Lese- und Arbeitsbuch. Deutscher Verlag für Musik, Leipzig
- Deuter, M. (1996/2007): Beziehungsformen in der musiktherapeutischen Arbeit mit psychotischen Patienten. In: Tüpker, R. (Hg.): Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. Lit. Verlag, Münster
- (2005): Atmosphären-Wahrnehmungseinstellungen und Wirkungen in der musiktherapeutischen Behandlung. In: Musiktherapeutische Umschau 26/3, S. 222-235
- DGPPN (Hrsg.) (2008): S3 – Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie Bd. 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie, Kurzversion. <http://www.dgppn.de>
- Ditzinger, Th. (1998): Illusionen des Sehens. Südwest Verlag München, 2. Auflage
- Dörner, K.; Egetmeyer, A. Koenning, K. (Hg.) (1995): Freispruch der Familie. Psychiatrie-Verlag, Bonn, Neuausgabe

- Dörr, O. (2004): Beitrag der Phänomenologie zur Behandlung der Schizophrenie. In: Machleidt/Garlipp/Haltenhof (Hg.): Schizophrenie. Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten. Schattauer, Stuttgart
- Dornes, M. (1993): Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Fischer, Frankfurt a. M.
- Dührsen, A. (1999): Handlung und Symbol. Ambulante analytisch orientierte Therapie mit Psychosepatienten. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Dümpelmann, M. (2000): Wahn und Beziehung – Wahn in Beziehung. In: Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie 2
- (2003): Traumatische Aspekte bei psychotischen Krankheitsbildern. In: Selbstpsychologie 12 (4)
- (2004): Wie lässt sich praktisch anwenden, was psychoanalytische Augen erfassen? Zur Behandlungsorganisation in der stationären Psychotherapie von Psychosen. In: Machleidt/Garlipp/Haltenhof (Hg.): Schizophrenie. Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten. Schattauer, Stuttgart
- Eichberger, M. (1990): Die Beruhigung der Angst. Eine Familie lebt mit der Schizophrenie. Verlag Jakob van Hoddis, Gütersloh
- Endres, M., Hauser, S. (Hrsg.) (2000): Bindungstheorie in der Psychotherapie. Ernst Reinhardt Verlag, München
- Engelmann, I. (1995): Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken. Nervenarzt 66
- (2000): Manchmal ein bestimmter Klang. Analytische Musiktherapie in der Gemeindepsychiatrie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- (2002): Die Musiktherapie ist nie zu Ende. Zur Verknüpfung von Psychose, Musiktherapie, Entwicklungspsychologie und Bewusstseinsgeschichte. In: MU 23,2 (2002) S. 121-138
- (2007): Mein allein ist das Land meiner Seele. Phantasie, Erinnerung und Realität in der (musik-) psychotherapeutischen Langzeitbehandlung einer Frau mit einer schizoaffektiven Psychose. In: Metzner, S. (Hg.): Nachhall. Musiktherapeutische Fallstudien. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Erhardt, C. (2003): Hunger nach Weniger. Vergleichende Untersuchung musiktherapeutischer Erstimprovisationen magersüchtiger Patienten. Univ. Diplomarbeit im Zusatzstudiengang Musiktherapie an der WWU Münster
- Erhardt-Rössler, H.(1991): Indikationsstellung für Musiktherapie im Laienverständnis. In: MU Bd. 12, Heft 3
- Erlach, A. (1988): Vom Klang zum Wort – Interventionsmöglichkeiten bei psychotischem Rückzug. In: MU 9

- Erlenberger, M. (1984): Der Hunger nach Wahnsinn. Ein Bericht. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH Hamburg
- Fäh, M., Fischer, G. (Hrsg.) (1998): Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Finzen, A. (2001): Schizophrenie. Die Krankheit verstehen. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Fischer, M.; Gerster, S. (2005): Vergessen und überfordert: Kinder von psychisch Erkrankten. In: Neuropsychiatrie, Band 19, Nr. 4/2005, S. 162-167
- Flick, U. (1995): Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Rowohlt, Reinbek
- Flick, U. et. al. (1995): Handbuch qualitative Sozialforschung. Beltz, 2. Auflage, Weinheim
- Foudraine, J. (1976): Wer ist aus Holz? Neue Wege der Psychiatrie. München
- Frame, J. (1994): Der Gesandte aus der Spiegelstadt. Piper, München
- (2004): Ein Engel an meiner Tafel. Piper, 7. Auflage, München
- Freud, Anna (1936/ohne Angabe): Das Ich und die Abwehrmechanismen. Kindler Verlag GmbH, München
- Freud, S. (1988a): Neurose und Psychose. In: Essays, Bd. 3, Verlag Volk und Welt, Berlin
- (1988b): Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose. In: Essays, Bd. 3, Verlag Volk und Welt, Berlin
- Frohne-Hagemann, I. (2001): Fenster zur Musiktherapie. Musik –therapie –theorie 1976-2001. Reichert Verlag Wiesbaden
- Füg, R. (1991): Indikation zur Musiktherapie in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie, In: MU Bd. 12, Heft 3
- Gasthagger, G., H. Hoff (1961): Erfahrungen mit Musiktherapie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien. In: Ärztliche Praxis, München
- Gebauer, E. (1995): Spiel-Raum entdecken – Eigenes finden. Musiktherapie mit einem schizophrenen Menschen. unv. Diplomarbeit, Münster
- Geißler, P. (Hg.) (2005): Nonverbale Interaktion in der Psychotherapie. Forschung und Relevanz im therapeutischen Prozess. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Gerigk, H. (1957): Fachwörterbuch der Musik. Verlag Sikorski, Hamburg

- Gindl, B. (2002): Die Resonanz der Seele. Über ein Grundprinzip therapeutischer Beziehung. Junfermann Verlag, Paderborn
- Gloger-Tippelt, G. (Hrsg.) (2001): Bindung im Erwachsenenalter. Verlag Hans Huber, Bern
- Gmür, M., Tschopp, A. (1987): Die Broken-home-Häufigkeit bei Schizophrenen. In: Sozial- und Präventivmedizin, 32, 157-160
- Gold, C., Heldal, TO., Dahle, T., Wigram, T. (2007): Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses (Review)
<http://www.thecochranelibrary.com>
- Gottdiener, W. H., Haslam, N. (2007): Der Nutzen der Einzeltherapie für schizophrene Menschen. In: Empirische Forschung in der Psychotherapie. Hg.: Müller/Matejek. Forum der psychoanalytischen Psychotherapie, Band 16. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Graubner, B. (2007): ICD und OPS. Historische Entwicklung und aktueller Stand. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz Bd. 50, Heft 8, Springer Berlin
- Green, H. (1978): Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen. Rowohlt Hamburg
- Green, V. (Hg.) (2005): Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften. Theoretische Konzepte und Behandlungspraxis. Brandes & Apsel, Frankfurt am Main
- Grimaud, H. (2005): Wolfssonate. Blanvalet Verlag München
- Grootaers, F. (1996): Grundverhältnisse in Figurationen. In: Tüpker, R. (Hg.): Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. Materialien zur Musiktherapie, Bd. 1, Lit. Verlag, Münster
- (2001): Bilder behandeln Bilder. Musiktherapie als angewandte Morphologie. Materialien zur Musiktherapie, Bd. 7, Lit. Verlag Münster
- Gross, R. und Eibl, B. (2004): Über das Spannungsverhältnis zwischen psychotherapeutischer Grundhaltung und psychiatrischem Versorgungsauftrag. In: Machleidt/Garlipp/Haltenhof (Hg.): Schizophrenie. Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten. Schattauer, Stuttgart
- Hambrecht, M. (2004): Schritte zur Früherkennung schizophrener Störungen in der Praxis. In: Psychiatrische Praxis, 31, 1-3
- Hartmann, P. (2003): Der Beitrag der Säuglingsforschung zur Ätiopathogenese psychotischer Erkrankungen. In: Selbstpsychologie 4, S. 207-270
- (2007): Ein bindungstheoretisch inspiriertes Verständnis von Psychosen. In: Britische Konzepte der Psychotherapie. Forum der psychoanalytischen Psychotherapie Bd. 18

- Hartwich, P. und Fryrear, J. L. (Hg.) (2002): Kreativität. Das dritte therapeutische Prinzip in der Psychiatrie. Verlag Wissenschaft & Praxis, Sternenfels
- Hartwich, P. und Grube, M. (2003): Psychosen-Psychotherapie. Psychodynamisches Handeln in Klinik und Praxis. Steinkopff Verlag, Darmstadt. 2. Auflage
- Hartwich, P. (2006): Schizophrene Prodromalzustände: Gibt es unterschiedliche Typen? Wie sind sie psychodynamisch zu verstehen und zu behandeln? In: Psychodynamische Therapie von Patienten im schizophrenen Prodromalzustand. G. Juckel/G. Lempa/E. Troje (Hg.) V&R, Göttingen
- Hattebier, E. (1999): Reifeprüfung. Eine Familie lebt mit psychischer Erkrankung. Psychiatrie-Verlag Bonn
- Hegi, F. (1998): Übergänge zwischen Sprache und Musik. Junfermann, Paderborn
- Hempel, G. et al (Hrsg.) (1977): Stichwort Musik. VEB Deutscher Verlag für Musik Leipzig
- Hess, P. (2007): Spiritualität in der Psychiatrie: Ressource oder Vulnerabilität? in: MU 2007/28,3
- Hippel, N. (2002): Die Suche hinter der Sucht. Vergleichende psychologische Untersuchung der musikalischen Erstimprovisationen von Drogenabhängigen. Univ. Diplomarbeit des Zusatzstudiengangs Musiktherapie der WWU Münster
- Hoffmann, P. (2002): „Zur (Wieder-) Entdeckung der Zeit“ Die Bedeutung des Phrasierens in Improvisationen der Musiktherapie – eine Untersuchung an Improvisationen von Patienten der Erwachsenenpsychiatrie. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Grades Doktor rerum medicinalium der Universität Witten/Herdecke im Bereich der Medizin
- Hohage, R. et. al. (1981): Über die diagnostisch-therapeutische Funktion von Erstgesprächen in einer psychotherapeutischen Ambulanz. In: Psyche 6
- Hohoff, C., Deckert, J., Arolt, V. (2004): Genetik der Schizophrenie: Beitrag zum Verständnis und zur Therapie. In: Universitätskolloquien zur Schizophrenie Bd. 2. Steinkopff, Darmstadt
- Hopster, G. (2005): Musik und Kontakt. Musiktherapeutische Improvisation als Spiegel für interpersonale Probleme. In: MU 26/06, Heft 1
- Inselmann, U., Mann, S. (2000): Emotionales Erleben, Ausdruck und Kommunikation in Musikimprovisationen. Eine qualitativ-quantitative Einzelfallstudie. In: Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie, 50, S. 193-198
- Isermann, Heiko (2001): Einzelfalluntersuchung einer Gruppenmusiktherapie mit schizophrenen Patienten. Abschlussarbeit im Fach Musiktherapie an der Hochschule Enschede

- Jaenicke; C. (2006): Das Risiko der Verbundenheit – Intersubjektivitätstheorie in der Praxis. Klett-Cotta, Stuttgart
- Jaskulski, T. (1996): Einer ging über den *Psychiatrienchen*-Bau. In: Sinn und Wahn. Band 12 der Zeitschrift für Sozialpsychiatrie-Literatur-Kunst. Paranus Verlag Neumünster, S. 107
- Juckel, G. (2006): Aspekte des Frühverlaufs schizophrener Erkrankungen. Früherkennung und gegenwärtige Therapiestrategien. In: Psychodynamische Therapie von Patienten im schizophrenen Prodromalzustand. G. Juckel/G. Lempa/E. Troje (Hg.) V&R, Göttingen
- Kalle –Krapf, J. (2007): Vergleichende psychologische Untersuchung der musikalischen Erstimprovisation von Patienten mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung. Inaugural –Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktor rerum medicinalium der Universität Witten/Herdecke
- Kapteina, H. /Hörtreiter, H. (1993): Musik und Malen in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken. Stuttgart, Jena, New York (Praxis der Musiktherapie, Bd. 11)
- Katschnig, H. (Hg.) (1977): „Die andere Seite der Schizophrenie – Patienten zu Hause“, Fortschritte der Sozialpsychiatrie 2, Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore
- Katschnig, H. (2007): Die Schizophrenie und ihr Verlauf – Mythen und Daten. Abstract zum Vortrag am 14.02.2007 im Rahmen der Tagung „Die subjektive Seite der Schizophrenie“ in Wien
- Kay, S.R., Fiszbein, A., Opler, L.A. (1987): The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 13, 261-276.
- Keller, V. (1971): Erfahrungen mit aktiver Musik – Einzeltherapie bei Schizophrenen, Depressiven und Psychosomatikern in der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel, unveröffentlichtes Manuskript
- (1972): Erfahrungen mit aktiver Musiktherapie in der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel. In: Hospitals
- (1979): Musiktherapie, deren Indikation, Ziele und Möglichkeiten. In: Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, Bd. 124, Heft 2
- Kempker, K. (1991): Teure Verständnislosigkeit. Die Sprache der Verrücktheit und die Entgegnung der Psychiatrie. Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag Berlin
- Klöppel, R. (2004): Die Schattenseite des Mondes. Ein Leben mit Schizophrenie. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg

- Klüwer, R. (1983): Agieren und Mitagieren. In: Psyche 7, 37. Jg., S. 828-840. Klett-Cotta, Stuttgart
- Kneutgen, J. (1980): Freie Improvisation als eindeutige Kommunikationsmöglichkeiten für schizophrene Erkrankte. In: Therapie der Gegenwart 119
- Krapf, Jana-Maria (2001): Auf den Schmerz hören. Vergleichende psychologische Untersuchung der musikalischen Erstimprovisation von chronischen Schmerzpatienten. Univ. Diplomarbeit im Zusatzstudiengang Musiktherapie der WWU Münster
- Krause, R. (1983): Zur Onto- und Phylogenese des Affektsystems und ihrer Beziehungen zu psychischen Störungen. In: Psyche 7, 37. Jg., S. 1016-1043. Klett-Cotta, Stuttgart
- Krückeberg, W. (2000): Zum Beginn musiktherapeutischer Behandlungen. unv. Diplomarbeit im Zusatzstudiengang Musiktherapie der WWU Münster
- Kühn, M. (1991): Indikationen für Musiktherapie – ein Legitimationsproblem? In: MU, Bd. 12, Heft 3
- Kunkel, S. (2002): „Eine lange Reise beginnt mit einem ersten Schritt.“ Eine Untersuchung zum musiktherapeutischen Erstkontakt mit schizophrenen Patienten. In: P. Petersen (Hg.): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Verlag Johannes M. Mayer & Co. Stuttgart - Berlin
- (2004): Musiktherapie mit schizophrenen Patienten. In: Universitätskolloquien zur Schizophrenie Bd. 2. Steinkopff, Darmstadt
- (2007): Spielarten der ZwEinsamkeit. Regulationsmöglichkeiten des intersubjektiven Feldes in der musiktherapeutischen Arbeit mit schizophrenen Patienten. In: Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. Hg.: Tüpker, R. LIT Verlag Berlin
- (2008): Schizophrenie und Musiktherapie in der Psychiatrie. In: Lexikon Musiktherapie, Hrsg.: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (im Druck)
- Kurth, W. (1978): Das Reich der Töne beherrschen – Musikalische Kreativität bei Psychosen. In: Musik und Medizin 7/8
- Lamnek, S. (1993): Qualitative Sozialforschung Bd. 2: Methoden und Techniken. Beltz, 3. Auflage, Weinheim
- Laplanche, J., J.-B. Pontalis (1992): Das Vokabular der Psychoanalyse, Suhrkamp-Verlag (11. Aufl.)

- Leferink, K. (1997): Sympathie mit der Schizophrenie – Die Moderne und ihre psychische Krankheit. In: Zaumseil, M., Leferink, K. (1997): Schizophrenie in der Moderne, Modernisierung der Schizophrenie. Psychiatrie-Verlag Bonn
- Lempa, G. (2006): Schizophrenie–Screening und anschließende Frühintervention. Kritische Überlegungen aus psychodynamischer Sicht. In: Psychodynamische Therapie von Patienten im schizophrenen Prodromalzustand. G. Juckel/G. Lempa/E. Troje (Hg.) V&R, Göttingen
- (2007a): Überlegungen zum Verständnis und zur Behandlungstechnik der schizophrenen Psychose. In: Perspektiven und Ergebnisse der psychoanalytischen Psychosentherapie. Hg.: Haebler/Müller/Matejek. Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie Band 17. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- (2007b): Überlegungen zu D. W. Winnicotts Psychosentheorie und Behandlungstechnik. In: Britische Konzepte der Psychosentherapie. Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie Bd. 18
- Lodemann, E., Plum, F.-J. (1999): Entwicklung des Kommunikationsverhaltens, des improvisatorischen Spielausdrucks und der Psychopathologie im Verlauf einer Gruppenmusiktherapie mit schizophrenen Patienten. In: Vortragssammlung 11. Ulmer Workshop für musiktherapeutische Grundlagenforschung.
- Loos, K. (1996): Spielraum. In: Decker-Voigt et al. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. S. 350ff
- Lowry, R. (2000): Lebendig begraben. Fischer Tb. Verlag, Frankfurt a. M.
- Luif, V. (2004): „Ich erlebte den Beginn des Weltuntergangs“ – Erzählungen aus dem Tagebuch eines schizophrenen Menschen. In: Machleidt/Garlipp/Haltenhof (Hg.): Schizophrenie. Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten. Schattauer, Stuttgart
- Mannsdorff, P. (1992): Das verrückte Wohnen. Psychiatrie Verlag Bonn
- (1994): Von der Zukunft umzingelt. Ein psychotischer Bildungsroman. Psychiatrie Verlag Bonn
- (1997): Kind ohne Meinung. Psychiatrie Verlag Bonn (1997)
- Matussek, P. (1992): Analytische Psychosentherapie. Springer-Verlag, Berlin
- Mauhe, J.-H. (Hrsg.) (2000): Psychosen. Verlag Wissenschaft und Praxis
- Mayring, A. (1993): Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken. 2. Aufl., Beltz, Weinheim
- Meister, S. D., Haug, H.-J. (2004): Ressourcen schizophrener Patienten. In: Nervenarzt 75, 467-474

- Melcop, N. (1997): Eine lebensgeschichtliche Betrachtung sozialer Beziehungen bei psychisch Kranken. In: Zaumseil, M.; Leferink, K. (1997): Schizophrenie in der Moderne, Modernisierung der Schizophrenie. Psychiatrie-Verlag Bonn
- Mentzos, St. (1992): Psychose und Konflikt. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- (1993): Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 3. Aufl.
- (2004): Psychodynamische Therapie der Psychosen.
In: Machleidt/Garlipp/Haltenhof (Hg.): Schizophrenie. Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten. Schattauer, Stuttgart
- (2006): Psychodynamische Diagnostik und Therapie psychotischer prodromaler Syndrome. In: Psychodynamische Therapie von Patienten im schizophrenen Prodromalzustand. G. Juckel/G. Lempa/E. Troje (Hg.) V&R, Göttingen
- (2007): Das Bipolaritätsmodell und die dilemmatische Struktur der Psychoendynamik. In: Perspektiven und Ergebnisse der psychoanalytischen Psychotherapie. Hg.: Haebler/Müller/Matejek. Forum der psychoanalytischen Psychotherapie Band 17. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Messer, Ch. H. (1998): Musiktherapie und Schizophrenie. Eine umfassende theoretische Konzeptionalisierung mit anschließender Studie über den Therapieprozessverlauf. Unv. Diss. im Fach Humanmedizin
- Metzner, S. (1999): Tabu und Turbulenz. Musiktherapie mit psychiatrischen Patienten. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- (2001): Psychoanalytische Musiktherapie. In: Decker –Voigt, H. –H.: Schulen der Musiktherapie. Ernst Reinhardt Verlag, München Basel
- (Hg.) (2007): Nachhall. Musiktherapeutische Fallstudien. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Mitchell, Stephen A. (2003): Bindung und Beziehung. Psychosozial- Verlag, Gießen
- Mömesheim, E. (1999): Wer verschweigt das letzte Wort? Vergleichende Untersuchung von Beschreibungstexten aus der Morphologischen Musiktherapie. Unv. Diplomarbeit im Studiengang Musiktherapie an der WWU Münster
- Mönte, Ulrike (1998): Das Gespräch in der Musiktherapie. Unv. Diplomarbeit im Zusatzstudiengang Musiktherapie an der WWU Münster
- Moormann, M. (1994): Zwiespalt. Meine schizophrene Schwester und ich. Knaur München

- Münzberg, Ch. (2002): Beziehungsregulation und Improvisation. In: Einblicke Heft 13, S. 36-46
- Ogden, Th. H. (2000) : Frühe Formen des Erlebens. Springer, Wien, New York, 2. Auflage
- Ostertag, J. (1985): Der „wilde Mann“ und die „sanfte Weise“ – Musiktherapie mit einem schizophrenen Patienten. In: MU 6
- Oswald, H. (1965): Musiktherapeutische Erfahrungen bei chronischen Schizophrenen. In: Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde und deren Grenzgebiete, Bd. 22, Heft 3
- Pavlicevic, M., Trevarthen, C. (1989): A Musical Assessment of Psychiatric States in Adults. In: Psychopathology, 22, S. 325-334
- Petersen, P. (2000): Der Therapeut als Künstler. 4. Neuauflage, Verlag J. M. Mayer & Co, Stuttgart
- (2002) (Hg.): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Verlag Mayer & Co, Stuttgart
- (2005): Wie lässt sich Künstlerisch-Therapeutische Forschung gestalten? Unv. Vortrag auf dem Symposium „Der Durchschnitt und der Einzelfall: Kunsttherapeutische Dokumentation zwischen Statistik und Poesie“ in Ottersberg
- Petzold, Hilarion, G. (Hrsg.) (1993) : Frühe Schädigungen - späte Folgen?. Junfermann Verlag, Paderborn
- Pfeiffer, H. (1987): Freie Musikimprovisation mit schizophrenen Patienten. In: Rehabilitation 26, Thieme-Verlag, Stuttgart
- Pinter, K. (2007): „Resonanz“ und „Differenz“ – ein Wechselspiel therapeutischen Engagements. In: Selbstpsychologie. Europäische Zeitschrift für Psychoanalytische Therapie und Forschung. Brandes & Apsel, Frankfurt a. M.
- Pieper, G. und Stocker-Auer, E. (2004): „Der Weg zum eigenen Ich“: drei lange, kurze Jahre einer Gruppentherapie. In: Machleidt/Garlipp/Haltenhof (Hg.): Schizophrenie. Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten. Schattauer, Stuttgart
- Piontelli, A. (1992): Vom Fetus zum Kind. Die Ursprünge des psychischen Lebens. Eine psychoanalytische Beobachtungsstudie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Platz, T. (Hg.) (1995): Betroffen von Schizophrenie. Ätiologie – Behandlung – Reaktionen. Trauner Verlag, Linz
- Podvoll, E. M. (2004): Aus entrückten Welten. Psychosen verstehen und behandeln. H. Hugendubel Verlag Kreuzlingen/München

- Priestley, M. (1983): Analytische Musiktherapie, Klett-Cotta, Stuttgart
- Proverbio, N.J. (1978): Solist im Orchester – Über die Einbeziehung der Musiktherapie in den Behandlungsprozess bei Psychotikern. In: Musik u. Medizin 6
- Pschyremel, W. (1990): Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch. 256. Aufl., de Gruyter, Berlin- New- York
- Reichelt, R. (1989): Aspekte einer kausalen Musiktherapie mit schizophrenen Patienten. Unveröffentlichte Diplomarbeit im Rahmen des Aufbaustudiums Musiktherapie an der Hochschule für Musik und darstellende Kunst, Hamburg
- Reinecke, H.P. (1973): Einige Überlegungen zum Begriff des musikalischen „Verstehens“ (Interpretation einer psychometrischen Untersuchung mit Psychotikern). Festschrift Gustav Fellerer, Köln
- Reissenberger, K., K. Vosskübler (1983): Nähe und Distanz – Ein Problem bei psychotischen Patienten in der Musik- und Bewegungstherapie. In: MU 4
- Reker, Th. (1989): Musiktherapie im Urteil schizophrener Patienten. Inauguraldissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der Med. Fakultät der West. Wilhelms- Universität Münster
- Retzer, A. (1996): Familie und Psychose. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, 2. Aufl.
- Rilke, R. M. (1910/1994): Die Aufzeichnungen des Malte Laurids Brigge. Insel Verlag Frankfurt a. M.
- Roggendorf, G./Rief, K. (2006): Schizophrenie – ein Denkausbruch mit Folgen. Verlag G. Roggendorf
- Rom, J. (2007): Identitätsgrenzen des Ich. Einblicke in innere Welten schizophrene- und borderlinekranker Menschen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Rüffer, A. (1999): Leben mit Schizophrenie. Scherz Verlag Bern
- Rummenhöller, P. (1983): Die musikalische Vorklassik. DTV Bärenreiter Verlag, München
- Salber, W. (1965): Morphologie des seelischen Geschehens. A. Henn Verlag, Ratingen
- (1969): Wirkungseinheiten. A. Hennen-Verlag, Wuppertal
- (1977): Kunst – Psychologie – Behandlung. Bouvier, Bonn
- (1980): Konstruktion psychologischer Behandlung. Bouvier Verlag, Bonn
- (1989): Der Alltag ist nicht grau. Bouvier Verlag, Bonn

- Sandler, A.-M., (1983): Dialog ohne Worte. Nicht-verbale Aspekte der psychoanalytischen Interaktion. In: Psyche 7, 37. Jg. S. 701-714. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Schäfer, I., Aderhold, V. (2005): Traumatisierungen bei Menschen mit psychotischen Störungen. Schizophrenie 21, S. 58-66
- Scharfetter, Chr. (1995): Schizophrene Menschen. Urban & Schwarzenberg, München, 4. Auflage
- (2002): Wissen – Meinen – Irren – Wähnen. Das Spektrum der Selbst- und Weltkonstrukte. Unv. Vortrag zum Symposium „Wahn“ in Münster zu Ehren von Prof. Dr. R. Tölle
- (2007): Welche Therapien braucht der Patient? Symptome – Indikatoren von Bedürfnis und Zugänglichkeit. In: Perspektiven und Ergebnisse der psychoanalytischen Psychotherapie. Hg.: Haebler/Müller/Matejek. Forum der psychoanalytischen Psychotherapie Band 17. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Schiller, L. (1995): Wahnsinn im Kopf. Gustav H. Lübbe GmbH, Bergisch Gladbach
- Schmidt-Knäbel, S. (1983): Schizophrene Sprache in Monolog und Dialog: psycholinguistischer Beitrag zu einer Charakteristik psychotischer Sprechakte mit Vorschlägen für das Gespräch in Klinik und Psychotherapie. Hamburg
- Schneider, Peter K., Ruff, E. (1985): Der begriffene Wahnsinn. Ein kognitives Modell zur Aufklärung und Therapie des psychotischen Verhaltens. Campus Verlag Frankfurt a. M.
- Schneider, Peter K. (1994): Die Irren irren nicht, aber wir in ihnen. Testpsychologische und existenzielle Aufklärung über Psychosen. Ars Una-Verlag, Neuried
- (2001): Wahnsinn und Kultur. oder die heilige Krankheit. Die Entdeckung eines menschlichen Talents. Verlag Königshausen und Neumann Würzburg
- Scholtz, J. (2007): Interaktionsqualitäten im musiktherapeutischen Beziehungsaufbau: Eine Einzelfall-Videomikroanalyse. In: MU 2007/28,4, S. 340 -350
- Schubert, G. (1982): Klänge und Farben, G. Fischer-Verlag, Stuttgart
- Schulte-Wintrop, P. (1994): „Irgendein Schamgefühl ist wohl da“ Eine Analyse von Schuld- und Schamgefühlen bei Angehörigen psychotisch Erkrankter. Waxmann Münster/New York
- Schultz, D. (1999): Ein Leben, das wir weitertragen werden. In: Brügge, C. (Hg.): Frauen in ver-rückten Welten. eFeF –Verlag Bern

- Schütz, M. (2004): Passungsverlust und Passungsarbeit: zur stationären Psychotherapie und Rehabilitation schizophrener Erkrankungen. In: Machleidt/Garlipp/Haltenhof (Hg.): Schizophrenie. Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten. Schattauer, Stuttgart
- Schwarz, F. et al. (2006): Psychodynamik und Psychotherapie der Psychosen. Verlag W. Kohlhammer Stuttgart
- Schwarz, F. (2007): Empirische Untersuchungen zur analytischen Psychotherapie. In: Empirische Forschung in der Psychosentherapie. Hg.: Müller/Matejek. Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie, Band 16. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Sechehaye, M. (1973): Tagebuch einer Schizophrenen, Suhrkamp-Verlag, Frankfurt/Main
- Seitz, Elisabeth (2002): Lieder in der Psychosenbehandlung. Eine Betrachtung unter Aspekten des Orpheus-Mythos. In: Einblicke Heft 13 S. 53-72
- Sippel, V. (2002): Messung therapeutischer Effekte bei der Implementierung künstlerischer Mittel in ein psychosoziales Lernprogramm für schizophrene Patienten. Diss. im Fachbereich Medizin der Universität Hamburg
- Sloterdijk, P. (1988): Zur Welt kommen - Zur Sprache kommen. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- (1993): Weltfremdheit. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Smeijsters, H. (1999): Grundlagen der Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen
- (2000): Moderne Forschungsansätze in der Musiktherapie.
<http://kenvak.hsnyd.nl/files/presentaties/moderne%20forschungsans.pdf>
- (2005): Sounding the Self: Analogy in improvisational music therapy. Gilsum: Barcelona Publishers
- Soria, C. (2002): Leben zwischen den Seiten. Suhrkamp Taschenbuch Verlag
- Spangler, G., Zimmermann, P. (Hrsg) (1999): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Klett- Cotta, Stuttgart
- Steimer-Krause, E. (1996): Übertragung, Affekt und Beziehung. Theorie und Analyse nonverbaler Interaktionen schizophrener Patienten. Verlag P. Lang, Bern
- Steinberg, R. (1987): Musikpsychopathologie. Musikalischer Ausdruck und psychische Krankheit. In: Musikpsychologie 4, S. 29-48
- (1993): Psychische Krankheit und Musik. In: Bruhn, H., Oerter, R., Rösing, H. (Hrsg.): Musikpsychologie. Ein Handbuch. Rowohlt, Reinbeck, S. 388-397

Literaturverzeichnis

- Stern, D. N. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta, Stuttgart
- (2005): Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Brandes & Apsel, Frankfurt am Main
- Stratenwerth, I. (1999): Wahn und Sinn. Piper Verlag GmbH, München
- Strauß, B. et al (1994): Prozessmerkmale des Indikations- und Abschlussgespräches in stationärer Psychotherapie: Indikatoren für den Behandlungserfolg ? In: ZKPPP Jg. 42
- Strauß, B., Buchheim, A., Kächele, H. (Hg.) (2002): Klinische Bindungsforschung, Schattauer, Stuttgart
- Strobel, W. (1985): Musiktherapie mit schizophrenen Patienten. In: MU 6
- (2007): Klänge als Wegbereiter zu Spirituellem Erwachen. In: MU 2007/28,3, S. 286-289
- Strunck, R. (1986): Therapiebeginn - über die Bedeutung des musiktherapeutischen Vorgesprächs. In: MU 7
- Teichholz, J. G. (2007): Eine unerwartete Annäherung – Postmoderne Theorie, Säuglingsforschung und das psychoanalytische Unbewusste. In: Selbstpsychologie. Europäische Zeitschrift für Psychoanalytische Therapie und Forschung. Brandes & Apsel, Frankfurt a. M.
- Tenbrink, D. (2000): Musik als Möglichkeit zum Ausdruck und zur Transformation präverbaler Erlebnismuster. In: Zs. f. Individualpsychologie, 25. Jg., S. 243-254. E. Reinhardt Verlag, München
- Tölle, R. (1988): Psychiatrie. Springer-Verlag, Berlin (8. Aufl.)
- Tönnies, F. (2001): Erstimprovisationen von Borderline-Patienten. Eine vergleichende musikalisch-psychologische Untersuchung. Unv. Diplomarbeit des Zusatzstudiengangs Musiktherapie an der WWU Münster
- Tüpker, R. (1988/1996): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. Lit Verlag Münster, 2. überarb. und erw. Auflage
- (1989): Warum braucht die Psychiatrie die Kunst? In: THERAPIE KREATIV, Zeitschrift für kreative Sozial- und Psychotherapie Heft 21/1989, Affenkönigverlag, Neukirchen -Vllyn
- (1990a): Beschreibung und Rekonstruktion. Methodik der Auswertung musiktherapeutischer Improvisationen (unveröffentlichtes Manuskript)
- (1990b): Wissenschaftlichkeit in kunsttherapeutischer Forschung. In: MU 11
- (1991): Musiktherapeutische Behandlung. In: Materialien zur Morphologie der Musiktherapie, Heft 4

- (1992a): Leitfaden zur Protokollierung musiktherapeutischer Behandlungen.
In: Einblicke, Heft 4
- (1992b): Zur Bedeutung künstlerischer Formenbildung in der Musiktherapie.
In: Spiele der Seele, Hrsg.: H.-H. Decker-Voigt, Bremen
- (1993): Der Behandlungsauftrag der Musiktherapie. In: Wirklichkeit als Ereignis, Bouvier, Bonn
- (2001): Morphologisch orientierte Musiktherapie. In: Decker –Voigt, H. –H.: Schulen der Musiktherapie. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel
- (2002): Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung. In: Petersen, P. (Hg.): Forschungsmethoden künstlerischer Therapien. Grundlagen- Projekte – Vorschläge. Verlag Johannes Mayer & Co., Stuttgart
- (2007) (Hg.): Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. LIT Verlag Berlin
- Vogt-Schäfer, K. (1991): Indikation in der Psychiatrie am Beispiel einer Berliner Klinik. In: MU 12 (3), S. 185-91
- Volkan, V. D. (1999): Psychoanalyse der frühen Objektbeziehungen. Zur psychoanalytischen Behandlung psychotischer, präpsychotischer und narzisstischer Störungen. Klett-Cotta, Stuttgart
- Vorell, W. (1982): Musiktherapie mit einer psychotisch erkrankten Frau. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, Springer-Verlag
- Walchhofer, H. (1996): Texte. In: Sinn und Wahn. Band 12 der Zeitschrift für Sozialpsychiatrie-Literatur-Kunst. Paranus Verlag Neumünster, S. 191
- Wanner, G. (1996): tatsachen. In: Sinn und Wahn. Band 12 der Zeitschrift für Sozialpsychiatrie-Literatur-Kunst. Paranus Verlag Neumünster, S. 196-197
- Weber, T. (1987): „Doch alle Lust will Ewigkeit“. Zu Verwandlungsproblemen der Gestalt. In: Materialien zur Morphologie der Musiktherapie, Heft 3, S. 47-58
- Wegener, U. (1996): Das erste Gespräch. Kommunikationsformen zwischen Mutter und Kind unmittelbar nach der Geburt. Waxmann Münster/New York
- Weymann, E. (1983): Beschreibung der Musiktherapie unter Aspekten der morphologischen Psychologie. In: Handbuch Musiktherapie. Hg.: Decker-Voigt, H.-H., Eres, Bremen
- (1986): Technik oder Eingebung? Über die Beweggründe des musikalischen Handelns des Musiktherapeuten. In: Materialien zur Morphologie der Musiktherapie, Heft 1

- (1987): Anzeichen des Neuen. Improvisieren als Erkenntnismittel und als Gegenstand der Forschung – dargestellt an einem Fallbeispiel aus der Musiktherapie. In: Materialien zur Morphologie der Musiktherapie, Heft 3
- (1991a): Unerhörtes hörbar machen: Zur Funktion der Musik im musiktherapeutischen Prozess. In: Materialien zur Morphologie der Musiktherapie, Heft 4
- (1991b): „...Das ist ein weites Feld“ – einige unordentliche Anmerkungen zur Praxis der Indikationsstellung für Musiktherapie in der psychotherapeutischen Klinik. In :MU Bd. 12, Heft 3
- (2002): Zwischentöne. Psychologische Untersuchungen zur musikalischen Improvisation. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades des Doctor scientiae musicae am Institut für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Theater Hamburg
- Wigram, T., De Backer, J. (2003): Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry.
- Winnicott, D.W. (1991): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Fischer-Taschenbuch- Verlag
- Willms, H. (1982): Musiktherapie bei psychotischen Erkrankungen. In: Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie. Hrsg.: G. Harrer, Fischer-Verlag, Stuttgart (2. Aufl.)
- Windgassen, K. (1989): Schizophreniebehandlung aus der Sicht des Patienten. Springer Verlag Berlin
- Wosch, Th. (2001): Psychiatrische Einzelmusiktherapie als Modifikation von Leipziger Schule und Verstehender Psychiatrie. In: Decker –Voigt, H. – H.: Schulen der Musiktherapie. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel
- Wulff, E. (1995): Wahnsinnslogik. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Zaumseil, M. , Leferink, K. (1997a): Lebensalltag, Identität und soziale Beziehungen von psychisch Kranken in der Großstadt. In: Zaumseil, M., Leferink, K.: Schizophrenie in der Moderne, Modernisierung der Schizophrenie. Psychiatrie-Verlag Bonn
- (1997b): Schizophrenie in der Moderne, Modernisierung der Schizophrenie. Psychiatrie-Verlag Bonn
- Zerchin, S. (1999): Auf der Spur des Morgensterns. Econ & List Taschenbuchverlag. München, 2. Auflage
- Zielen, V. (1987): Psychose und Individuationsweg. Bonz, Fellbach-Oeffingen

Anhang

Anhang

Beschreibungstexte und Erarbeitungen der Ganzheit anhand eines exemplarischen Beispiels

Im Folgenden werden die von den Mitgliedern der Beschreibungsgruppen angefertigten Texte zu der Improvisation bzw. dem Skript des als B.2 bezeichneten Erstkontaktes sowie die Erarbeitung der jeweiligen Ganzheit dargestellt.

Die einzelnen Beschreibungstexte werden so wiedergegeben, wie sie von den Hörern handschriftlich notiert wurden. Da auch die Form der Darstellung in ihrer Besonderheit Aussagekraft besitzt und in die Untersuchung eingeflossen ist (vgl. IV.3.2.2), wurden keine „Berichtigungen“ vorgenommen, also z. B. fehlende Satzzeichen nicht ergänzt o. ä.

Musikbeschreibungen Herr B. – B.2

Beschreibung 1

Anfang: Schreck, negatives Gefühl !

Töne wie Tropfen ? --- Hammerschläge!

kurzes, flüchtiges Bild: großer kräftiger Mann mit freiem Oberkörper und riesig großem Hammer, der Nägel in ein Holz schlägt mit großer Wucht

Gefühl: Wehren gegen das Erkennen von Kulisse und Sinn dieses Tuns, Ahnung einer „Kreuzigungsszene“

WEGSCHAUEN ! (Ich blocke das Bild ab, es funktioniert)

Veränderung: Versöhnliches Klavierspiel („chinesisch“)

Gefühl: plötzliches, unerklärliches Aufatmen

Schluss: Xylophon hört einfach auf;

Schreck; irgendetwas „Merkwürdiges“ bleibt zurück

Beschreibung 2

Mir kommt das Bild von einem Kanalgully -da hämmert einer dagegen, von unten, von oben-weiß ich nicht.

Dann ein Zeichentrickfilm - Figuren erkenne ich nicht, dann taucht eine chinesische Szenerie auf - aber auch die irgendwie unklar; habe das Bedürfnis, das Bild schärfer einzustellen.

Eigentlich ist alles zu kurz, um mich darauf einstellen zu können.

Ich hätte gerne noch mehr gehört!

Nachtrag: Der Mann am Xylophon ist riesengroß, die Therapeutin am Klavier winzig. Es gibt so viele Märchen, in denen so ein „Ungleichgewicht“ eine Rolle spielt, aber mir fällt keins ein.

Beschreibung 3

Was ganz zerrissen anfängt, endet so unerwartet schön und harmonisch; fast zu schön, um wahr zu sein.

Das Empfinden für die Schlussbildung beeindruckt mich bei der Patientin, wie ein komponiertes Stück.

Manche Töne sind aufdringlich laut (Xylophon), ich fürchte ihre Wucht während des Hörens (oder ist das ein Aufnahmeproblem?)

Ein ganz archaisch wirkendes Xylophonspiel - wie Urmenschen mit Keulen - trifft auf die hohe Kunst des Klavierspiels, erstaunlicherweise treffen sich diese beiden verschiedenen Welten in einem Stück.

Beschreibung 4

Eine Puppe mit langen dünnen Holzbeinen stakst vor sich hin. Zuerst ist sie etwas ziellos, später tanzt sie mit einer anderen Person fröhlich, am Ende verneigt sie sich vor ihr, der Tanz ist beendet, der Partner hätte gerne weitergetanzt.

Japanische Umgebung.

Beschreibung 5

Ein Kasper/Clown betritt eine Zirkusarena.

Erst lugt er zögernd hinter dem Vorhang hervor, dann wird er etwas mutiger. Schließlich stampft er, mit seinen Riesenschuhen etwas trampelig wirkend, aber schon selbstbewusst durch die ganze Arena.

Er springt und hüpfert, schneidet Grimassen, macht skurrile Bewegungen, bis er plötzlich wieder schnurstracks hinter dem Vorhang verschwindet.

Beschreibung 6

Ich sehe einen Eiszapfen, der durch das Sonnenlicht (bzw. die Wärme des Lichtes) schmilzt, wodurch ständig Wasser auf den Boden tropft.

Zunächst sehe ich nur diesen einen ziemlich langen Eiszapfen, der an einer Regenrinne vor einem Haus hängt.

Die Landschaft, in der das Haus steht, ist verschneit, aber es wird bereits wärmer und es ist ein schöner Tag.

Im Verlauf sehe ich noch weitere Eiszapfen verschiedener Größe, die alle nebeneinander hängen und abwechselnd auf den Boden tropfen.

Ganzheit

Nach dem Hören der Musik herrschen Ratlosigkeit und das Gefühl, dass „es“ zu kurz war und die Hörer deshalb nicht die Chance hatten, zu „verstehen“, worum es ging.

Für die Hörer stehen zunächst Eindrücke im Vordergrund, wie sie in der zweiten Beschreibung benannt werden: „...weiß ich nicht...“; „...erkenne ich nicht...“; „...irgendwie unklar...“; „...eigentlich alles zu kurz...“.

Bezüglich der Beschreibungen fällt auf, dass es auf den ersten Blick zwei „Gruppen“ gibt: Einerseits werden „Geschichten“ erzählt, die sich durchgängig innerhalb eines Bildes abspielen und in sich „geschlossen“ sind (Beschreibungen 4-6). Andererseits gibt es Texte, in denen die Szenerie wechselt bzw. die Handlung abreißt (4) oder aber „abgeblockt“ wird (1). Hier gibt es deutlich Brüche, Abrisse, eher „Fetzen“ und kurze „Einblicke“.

Zwei der als Geschichten charakterisierten Beschreibungen ähneln sich auffallend: In beiden (4 und 5) wird ein „Auftritt“ beschrieben, der unsicher-zögernd, staksend, stampfend/trampelig und etwas ziellos beginnt. Der jeweilige Akteur - ein Kasper/Clown bzw. eine Puppe - wird jedoch mutiger, selbstbewusster, fröhlicher; springt, hüpf, schneidet Grimassen, macht skurrile Bewegungen u. ä., bis die *Vorstellung* beendet ist. Diese Bilder beschreiben den Eindruck der Hörer, dass hier etwas „inszeniert“ wurde, dessen „Echtheit“ angezweifelt wird. Die „Puppe“ (4) allerdings tanzt mit einer anderen Person – das klingt, als sei die Puppe lebendig, und tatsächlich wird sie ja auch so beschrieben, *als sei* sie lebendig. Auch das in der zweiten Beschreibung auftauchende Bild des Zeichentrickfilms entspricht dem Eindruck des „Gemachten“. Noch dazu bleiben die Figuren unklar, werden nicht erkannt, es taucht das Bedürfnis auf, das Bild schärfer zu stellen. Immer deutlicher wird der Eindruck, dass (sich) hier etwas (ge)zeigt (wird) und gleichzeitig oder sofort wieder verhüllt/versteckt. In der Anfangsszene der letztgenannten Beschreibung dominiert ebenfalls die Gleichzeitigkeit von Sich-Zeigen/bemerkbar machen (jemand hämmert gegen den Kanalgully) und Sich-Verbergen (*wer* da hämmert ist ebenso unklar wie der Ort „von unten, von oben - weiß ich nicht“). Was da aber sofort wieder „versteckt“ oder abgeblockt wird und die damit verbundene Dramatik findet sich deutlich in der ersten Beschreibung. Auch hier ist von Hammerschlägen

die Rede und auch dieses Bild ist kurz und flüchtig. Es wird jedoch genauer „erblickt“: „großer kräftiger Mann mit freiem Oberkörper und riesig großem Hammer, der Nägel in ein Holz schlägt mit großer Wucht“. Während in den anderen Beschreibungen die Seite des „Sich-Verbergens“ im Vordergrund steht und den Wunsch auslöst, mehr zu erkennen, führt das in dieser Beschreibung auftauchende Erkennen zum Abblocken des Bildes und zu einem Sich-Wehren „gegen das Erkennen von Kulisse und Sinn dieses Tuns“. Diese Beschreibung ist die Einzige, in der bei der Hörerin ausgelöste Gefühle benannt werden: Der anfängliche Schreck und das „negative Gefühl“ steigern sich, nach dem (erfolgreichen) „Abblocken“ des oben beschriebenen Bildes und der daraus resultierenden „Ahnung einer Kreuzigungsszene“ folgt „plötzliches, unerklärliches Aufatmen“. Am Ende bleiben jedoch der „Schreck“ und „irgendetwas Merkwürdiges zurück“.

Auffallende Ähnlichkeit mit der anfänglich beschriebenen Szene weisen in der zweiten und dritten Beschreibung die Darstellung des Xylophonspielers auf: „...archaisch wirkendes Xylophonspiel - wie Urmenschen mit Keulen“ bzw. „Der Mann am Xylophon ist riesengroß“, heißt es dort. In der letztgenannten Beschreibung heißt es weiter: „Die Therapeutin am Klavier winzig“. Dieses „Ungleichgewicht“ (ebd.) wird, mit etwas anderer Akzentuierung, auch von der dritten Beschreibenden betont: „Ein ganz archaisch wirkendes Xylophonspiel – wie Urmenschen mit Keulen - trifft auf die hohe Kunst des Klavierspiels“. Hier heißt es jedoch weiter: „Erstaunlicherweise treffen sich diese *beiden verschiedenen Welten* in einem Stück“(ebd., Hervorhebung S. K.). Hinweise darauf, dass hier etwas/jemand Gegensätzliches, z. T. einander Ausschließendes aufeinander trifft finden sich in der vierten und sechsten Beschreibung: „Eine Puppe mit langen dünnen Holzbeinen ... tanzt ... mit einer anderen Person fröhlich, am Ende verneigt sie sich vor ihr, der Tanz ist beendet, der Partner hätte gerne weitergetanzt“ (4). Infolge dieses Aufeinandertreffens kommt es zu Veränderungen: Die zunächst ziellos vor sich hinstaksende Puppe *tanzt* schließlich *fröhlich*. In der sechsten Beschreibung „trifft“ das Sonnenlicht auf einen Eiszapfen, „... der durch das Sonnenlicht (bzw. die Wärme des Lichtes) schmilzt...“. Auch hier treffen ähnlich wie in Text drei gewissermaßen zwei verschiedene Welten aufeinander: Kaltes, Erstarrtes und Warmes. Und es kommt infolge dieser Berührung zur Verwandlung: Das Kalte, Erstarrte be-

ginnt zu schmelzen und zu fließen und sich damit aber auch aufzulösen, *als solches* zu verschwinden.

Hinweise auf die Schlussbildung der Improvisation finden sich mehrmals. In der dritten Beschreibung heißt es hierzu ganz direkt: „Das Empfinden für die Schlussbildung beeindruckt mich bei der Patientin; wie ein komponiertes Stück“. In der ersten Beschreibung heißt es jedoch: „Xylophon hört einfach auf“. Auch in anderen Beschreibungen wird das Ende eher als plötzlich und überraschend empfunden: „...bis er plötzlich wieder schnurstracks hinter dem Vorhang verschwindet“ (5). Es taucht der Wunsch auf, dass es weitergehen möge: In der vierten Beschreibung innerhalb des Bildes: „Der Partner hätte gerne weitergetanzt“ und in der zweiten Beschreibung als Wunsch der Beschreibenden selbst: „Ich hätte gerne noch mehr gehört“.

Als Hauptcharakteristiken der assoziierten Bilder und Geschichten werden erarbeitet:

- „Etwas“ zeigt sich und versteckt/verhüllt sich sofort wieder bzw. gleichzeitig

Sich-Zeigen - *Sich-Verbergen*

-Entwicklung wird verspürt bzw. direkt beschrieben, gleichzeitig wird diese jedoch infrage gestellt, indem sie als inszeniert und eher vorgetäuscht erlebt wird

Schein - *Sein*

-Auch das Ziel/Ergebnis der Entwicklungsbewegung wird als „zu schön, um wahr zu sein“ beschrieben

Wahr/Real - *irreal/phantastisch*
zu schrecklich, um hin zu sehen - *zu schön, um wahr zu sein*

- „Zwei Welten“ treffen aufeinander.

Archaisches - *Kultiviertes*

groß - *winzig*

unlebendig - *lebendig*

Kaltes, Erstarrtes - *Warmes*

Zerrissen/unharmonisch - *ganz/harmonisch*

Die herausgearbeiteten Paradoxien verdichten sich schließlich zu dem die Musik als Ganzes charakterisierenden Satz:

Blitzartig scheint auf, was sofort seine Gestalt verwandelt und zu verbergen sucht. Das Archaische und Ängstigende und das Monströse und Clowneske treffen auf kultivierende Zartheit. Wenn sich diese beiden unterschiedlichen Welten berühren, kann Verwandlung sich ereignen.

Skriptbeschreibungen Herr B. - B.2.

Beschreibung 1

Zwei Menschen - zwei Sprachen – Barrieren - Nicht-Verstehen - aneinander vorbei -

Der ganze Dialog erscheint mir wie zerstückelt - genau wie meine Einfälle dazu.

Interesse-Vorsicht-Angst

Vortasten- zurückziehen - aufeinander zu, und doch aneinander vorbei - verirrt

Es scheint in der Musik etwas gemeinsam möglich zu sein - aber nicht im Gespräch.

Und im Spiel auch erst nach ein paar Anläufen - aber dort scheint man sich zu verstehen

Ich würde jetzt gerne die Musik hören...

Beschreibung 2

Deutlich zwei.

Das ist nicht verwoben, aber doch verbunden.

Es zieht einen weg, zerfasert, flieht in hunderte Richtungen.

Später umgekehrt: es dringt ein, prasselt nieder, bedrängt.

Also eine Entwicklung:

ausfransen --- zusammenkommen

„geführt“ von der Begleiterin aus der anderen Welt

Urknall und Entropie (im Nachgespräch zeigt sich, dass das Wort falsch gewählt ist, Zusammenziehen ist gemeint)

Am Schluss: die Klage! Treffend und doch daneben.

Beschreibung 3

Irgendwie gerät immer wieder etwas durcheinander. Wer sagt eigentlich was, wer ist wer?

Manchmal bin ich mir nicht sicher, ob die Therapeutin oder der Patient spricht.

Ein Bild von einem beginnenden Wasserstrudel mit nach unten ziehendem Sog, der aber doch immer wieder ausgebremst, gestoppt wird, dann bewegt man sich doch wieder auf sicherem Terrain.
Von diesem Bild ist nicht wegzukommen.

Beschreibung 4

Er kann nicht sprechen. Er versucht es, aber die Sprache zerrinnt ihm, wenn er sie benutzt.

Wie furchtbar! Auch die Therapeutin verliert ihre Sprache. Mehr und mehr verstehe ich überhaupt nicht mehr, was und warum sie etwas sagt.

Das ist quälend! Warum müssen sie sich so quälen? Sehnsucht nach der Musik. Musik vorgestellt als einen Ort, an dem Sprechen möglich ist.

Während ich immer weniger in der Lage bin, dem semantischen Gehalt des Textes zu folgen und immer tranceartiger auf etwas dahinter lausche, stellt sich ein Bild ein: Der Patient hat eine schwere Vase mit Sand in den Händen. Er schüttet den Sand aus. Nun müsste folgen, dass Wasser eingefüllt wird, dann die Blumen. Stattdessen beginnt der Patient langsam und ruhig, ein Stück nach dem anderen aus der Vase zu brechen. Mal legt er eine Scherbe zur Seite, mal bricht er sie in noch kleinere, mal hält er sie in der Hand. Ruhig, aber unerbittlich. -- unerbitterlich? Wie heißt denn das? ---- So geht es mir immer wieder beim Schreiben, dass so viele Seitengedanken kommen - dass ich mich sehr aufraffen muss, denen nicht zu folgen. --- J. schnarcht --- Kifferlebnis, im Kreis schreiben. --- Website Design --- Schluss jetzt ! Zurück

Am Schluss haben sie beide auf einer Scherbe eine kleine Zeichnung entdeckt, die ihnen Sinn macht.

Das ist tröstlich!

Ganzheit

Beim Hören des Textes hat sich eine enorme Spannung aufgebaut, die sich erst nach dem Aufschreiben langsam wieder löst: geräuschvolles Ausatmen, Stöhnen, Hunger - Zufuhr scheint notwendig...

Durch alle Beschreibungen ziehen sich Bilder von Getrenntem, Auflösung und Zerfall einerseits und Vereinheitlichung und Ungetrenntheit andererseits: In der ersten Beschreibung überwiegt der Eindruck des Getrennt-Zerstückelten („Zwei Menschen - zwei Sprachen-Barrieren ... Der ganze Dialog erscheint mir wie zerstückelt“). Das Ungetrennte taucht hier auf, indem die Beschreibende selbst ihre Einfälle als ebenso zerstückelt erlebt; sogar formal gerät ihr Beitrag in diesen Sog und sie notiert ihre Gedanken stichwortartig-zerstückelt.

Der Sog, das Mithineingeraten steht im Mittelpunkt der dritten Beschreibung. Hier ist von einem „nach unten ziehenden Sog“ die Rede, es taucht die Frage

auf: „Wer sagt eigentlich was, wer ist wer?“. Die Hörerin selbst bleibt zwar in affektiver Hinsicht eher distanzierte Zuschauerin (Trennung), kommt jedoch von dem Bild nicht los. Starke emotionale Beteiligung findet sich in der vierten Beschreibung. Hier wird das Zerfließende zunächst der Sprache des Patienten („...die Sprache zerrinnt ihm, wenn er sie benutzt“), später auch der Therapeutin („Auch die Therapeutin verliert ihre Sprache“) zugeordnet – nicht nur die Sprache zerrinnt, auch trennende Unterschiede zwischen Patient und Therapeutin zerrinnen! Dass sich Patient und Therapeutin dennoch um verbalen Austausch bemühen, wird als „quälend“ erlebt. Die Beschreibende versteht nicht nur nicht (mehr), was da gesprochen wird, sondern hinterfragt auch den Sinn des Miteinander-Sprechens: „Warum müssen sie sich so quälen!“ An diesem Punkt taucht, wie auch innerhalb der ersten Beschreibung, „Sehnsucht nach der Musik“ auf - paradoxerweise „...vorgestellt als einen Ort, an dem Sprechen möglich ist“. Nicht mehr so paradox erscheint dieser Wunsch, wenn „Sprechen“ hier Verständigung, Sich-Verstehen, Herstellen von Gemeinsamkeit („dort scheint man sich zu verstehen“, Beschreibung 1) meint, während die Sprache, das Sprechen zwischen Patient und Therapeutin, eher als trennend, zer- statt vermittelnd erlebt wird. Gemeinsamkeit wird hier im Erleben der Hörer nicht durch Sprache, sondern mittels (gemeinsamer) Sprachzerstörung hergestellt! Der Aspekt, Gemeinsames, möglicherweise Sinnstiftendes nicht trotz, sondern gerade wegen und innerhalb des Zerstückelns und Zerstörens zu ermöglichen, findet sich auch in dem Bild derselben Hörerin: „Der Patient hat eine schwere Vase mit Sand in den Händen. Er schüttet den Sand aus. Nun müsste folgen...“. Dieses „nun müsste“ i. S. von „normalerweise“ ist so banal wie folgerichtig und geschieht trotzdem nicht. Stattdessen „... beginnt der Patient langsam und ruhig, ein Stück nach dem anderen aus der Vase zu brechen“. Die Vase wird, ebenso wie zuvor die Sprache, zerstückelt. Und nun gerät auch die Beschreibende selbst in eine Verfassung, in der ihre Gedankengänge ständig zerstückelt weil abgelenkt, auf „Seitengedanken“ geführt, werden. Sie erlaubt sich, diesem Zerfließen und Zerfasern ein Stück weit nachzuspüren, sogar die Form des Geschriebenen trägt dem Rechnung...

Dann ruft sie sich zur Ordnung: „Schluss jetzt! Zurück“. Und nun, wieder zurückgekehrt zu dem anfänglichen Vasen-Scherben-Bild, finden sich in diesem *infolge* des zuvor vorgenommenen Zerstückelns Gemeinsamkeit und Sinn:

„Am Schluss haben sie beide auf einer Scherbe eine kleine Zeichnung entdeckt, die ihnen Sinn macht“. Im Nachgespräch wird betont: Diese sinnstiftende Zeichnung wäre bei „normalem“ Gebrauch der Vase nicht gefunden worden.

Am deutlichsten tauchen beide Pole eines Gegensatzpaares von Auseinander-Ineinander innerhalb der zweiten Beschreibung auf, hier im Nacheinander als Entwicklung verstanden: „Es zieht einen weg, zerfasert, flieht in hundert Richtungen. Später umgekehrt: es dringt ein, prasselt nieder, bedrängt. Also eine Entwicklung: ausfransen --- zusammenkommen“ Auch das „Zusammenkommen“ hat hier eher die Qualität des Bedrängenden. Neben diesen extremen Ausgestaltungen des Auseinander- oder Ineinandergeratens finden sich in diesem Text jedoch auch Hinweise auf ein Beziehungsgeschehen, das Kontakt ermöglicht bei Aufrechterhaltung der trennenden Ferne: Am Anfang heißt es: „Deutlich zwei. Das ist nicht verwoben, aber doch verbunden“. Obwohl die weitere „Entwicklung“ die beschriebenen Extreme polarisiert, heißt es später noch einmal: „geführt“ von der Begleiterin aus der anderen Welt“. Hier findet sich eine Gleichzeitigkeit von Ferne (andere Welt) und Nähe bzw. Kontakt (geführt).

Als zusammenfassende Ganzheit wird erarbeitet:

**Alles zu nah und gleichzeitig zu fern – treffend und doch daneben.
Ein verwirrendes Hin und Her ineinander und auseinander strebender
Tendenzen ver-rückt die Modalitäten von Differenzierung und Kontakt in
eine andere Welt und Wirklichkeit.**

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel und Quellen verwendet habe.

Münster, im April 2007

Sylvia Kunkel

Lebenslauf

Persönliche Angaben

Geburtsdatum: 25. Juli 1967
Geburtsort: Schwerin
Staatsangehörigkeit: deutsch
Familienstand: verheiratet mit Uwe Hilterhaus-Kunkel
Kinder: ein Sohn, Aaron
Eltern: Renate Kunkel, geb. Noetzel, Kindergärtnerin (geb. 1937)
Uwe Kunkel, Dipl.-Ingenieur (geb. 1938)

Schulbildung

09/74 -07/82 POS „Johann Wolfgang von Goethe“, Güstrow
08/82 -07/86 EOS „Gerhart Hauptmann“, Wernigerode, Abitur
Spezialklassen für Musikerziehung, Zusatzzeugnis zur Reifeprüfung, Mitglied des Rundfunk-Jugendchores Wernigerode

Hochschulausbildung und qualifizierende Weiterbildung

09/87 -07/91 Studium der Schulmusikerziehung an der Hochschule für Musik „Franz Liszt“, Weimar, Schwerpunktfach: Klavier
Abschluss: Diplom-Lehrer für Musikerziehung
09/91 -02/95 Zusatzstudium für Musiktherapie an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
Abschluss: Diplom-Musiktherapeutin
03/97 -09/99 Überregionale Weiterbildung in analytischer Psychotherapie an der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e. V. München

Berufstätigkeit

seit 1993 Lehrauftrag an der Musikschule Havixbeck als Klavierlehrerin
seit 1993 Musiktherapeutin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Münster (auf Honorarbasis)
seit 1995 Dipl.-Musiktherapeutin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Münster mit einer halben Stelle

Anhang

- seit 1996 Lehrbeauftragte im Zusatzstudiengang Musiktherapie an der Westfälischen Wilhelms -Universität Münster
- seit 2003 Gründung und Künstlerische Leitung des Chores „La Musica“, Bösensell

Mitgliedschaften

- seit 1995 Förderverein Musiktherapie an der Universität Münster e. V., Gründungsmitglied und II. Vorsitzende von 1996-1998
- seit 1996 Deutscher Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten e. V. (DBVMT), später Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in Deutschland e. V. (BVM)

Veröffentlichungen:

- Kunkel, Sylvia (1996): „Sein oder Nicht-Sein“ –Musiktherapie mit einem schizophrenen Patienten. In: Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. Tüpker, R. (Hrsg.). Lit-Verlag, Münster
- (2002): „Eine lange Reise beginnt mit einem ersten Schritt“ (Laotse) Eine Untersuchung zum musiktherapeutischen Erstkontakt mit schizophrenen Patienten. In: Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. P. Petersen (Hrsg.). Meyer, Stuttgart
- (2004): Musiktherapie mit schizophrenen Patienten. In: Universitätskolloquien zur Schizophrenie, Band 2. Hippius, H. (Hrsg.). Steinkopff, Darmstadt
- (2004): „Verlockung zur Freiheit.“ Ein Behandlungsbeispiel über die (Not-) Wendigkeit der Musik (-therapie) In: Musik als Ausdruck unbewusster Phantasien. Oberhoff et al. (Hrsg.). ZS „psychosozial“, 27. Jahrgang, Nr. 96, Heft II. Psychosozial-Verlag, Gießen
- (2007): Spielarten der ZwEinsamkeit. Regulationsmöglichkeiten des intersubjektiven Feldes in der musiktherapeutischen Arbeit mit schizophrenen Patienten. In: Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. Tüpker, R. (Hrsg.). Lit-Verlag, Münster
- (2008): Schizophrenie und Musiktherapie in der Psychiatrie. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hrsg.): Lexikon Musiktherapie. 2. Auflage, im Druck