

Aus dem Klinischen Institut und der
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Tress

„Laufenlernen“

**Unbewußte Affekte, Konflikte und Phantasien
bei psychosomatischen Erkrankungen -
qualitative Analyse einer Musiktherapie
bei einem Fall von Colitis ulcerosa**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Regina Brennscheidt

2001

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.: Univ.-Prof. Dr. med. Dieter Häussinger
Dekan

Referent: Prof. Dr. Frommer

Korreferent: Univ.-Prof. Dr. Dr. Labisch

**„Erwachsen sein heißt:
vergessen, wie untröstlich wir als Kinder oft gewesen sind.“
(Heinrich Böll)**

Danksagung

Die Gelegenheit zu dieser Arbeit an der Nahtstelle meiner Interessenschwerpunkte verdanke ich einer glücklichen Konstellation in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, wo die von Herrn Prof. Dr. Frommer geleitete *Forschungsstelle für qualitative Methoden in der Psychotherapeutischen Medizin* zusammentraf mit dem Einsatz von Musiktherapie als eigenständigem Psychotherapieverfahren im Rahmen klinischer Behandlungspläne.

Herrn Prof. Dr. Dr. W. Tress, dem Direktor der Klinik, danke ich für die Überlassung des Themas und des klinischen Datenmaterials.

Ebenso danke ich Herrn Prof. Dr. J. Frommer, MA, dem Leiter der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, für die aufmerksame Betreuung und Förderung der Arbeit.

Herrn Prof. Dr. Dr. A. Labisch, MA, dem Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, danke ich für sein Interesse an dieser Arbeit und für die Übernahme des Korreferates.

Weiterhin gebührt mein Dank Frau Prof. Dr. M. Langenberg, der Leiterin des Fachbereichs Musiktherapie der Hochschule der Künste Berlin, für die Überlassung der Tonaufnahmen und Beschreiberprotokolle sowie für die stete fachliche Unterstützung.

Allen Mitarbeitern der oben genannten Forschungsstelle ist an dieser Stelle zu danken für kritische Diskussionen im Gruppenvalidierungsverfahren meiner Ergebnisse.

Meiner Mutter bin ich besonders dankbar, daß sie wenige Monate vor ihrem Tod das Manuskript durchsah, dessen Veröffentlichung sie nun leider nicht mehr erlebt.

Schließlich gilt mein herzlicher Dank meinem Ehemann für die liebevolle Begleitung meiner Arbeit und für die immer wieder aufgebrachte Geduld bei allen technischen Tücken im Zusammenhang mit den Schreibarbeiten und dem Layout.

*Meiner Mutter, **Dipl.-Ing. Gisela Müller** (*7.5.1932, †22.1.2000)*

und

*meinem Mann, **Dipl.-Ing. Arne Brennscheidt**,*

gewidmet, denen die Realisierung dieser Arbeit beiden am Herzen lag.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Musiktherapie als Ausdrucksmedium für unbewußte Affekte, Konflikte und Phantasien	5
2.1	Grundsätzliches zur musiktherapeutischen Forschungstradition	5
2.2	Musiktherapie als historisch gewachsener Raum zur Beschäftigung mit unbewußten Affekten, Konflikten und Phantasien	6
2.3	Der derzeitige qualitative Forschungsstand innerhalb der Musiktherapieforschung	13
3	Die Berücksichtigung der prozessualen Dimension in der Psychotherapieforschung	19
3.1	Das Problem der zeitlichen Dimension innerhalb der Musiktherapieforschung	19
3.2	Die Berücksichtigung der prozessualen Dimension in der Psychotherapieforschung: Methoden zur Prozeßauswertung	20
3.2.1	Grundsätzliches zu den psychotherapeutischen Forschungstraditionen	20
3.2.2	Die Entwicklung der psychotherapeutischen Prozeßauswertungsverfahren: historische Aspekte	20
3.2.3	Der gegenwärtige Stand der psychotherapeutischen Prozeßforschung: Darstellung ausgewählter Verfahren	22
4	Unbewußte Affekte, Konflikte und Phantasien bei psychosomatischen Patienten: Das Alexithymieproblem	25
4.1	Vorbemerkungen	25
4.2	Beschreibung eines psychosomatischen Krankheitsbildes - die Colitis ulcerosa	26
4.3	Das Alexithymieproblem	29
5	Material und Methodik	35

5.1	Die Resonanzkörperfunktion	35
5.2	Die qualitative Methodik zur Beschreibung und Interpretation musiktherapeutischer Behandlungswerke	36
5.3	Der untersuchte Fall	38
5.4	Das Design der Untersuchung	39
5.5	Metaanalytische Auswertungsschritte	41
5.6	Die Ergebnisse der qualitativen Analyse im Bezugsrahmen des klinischen Datenmaterials	43
6	Qualitative Analysen der einzelnen musiktherapeutischen Behandlungswerke	45
6.1	Am Anfang der Musiktherapie - die dritte Improvisation	45
6.1.1	Dynamik der gefundenen Qualitäten	45
6.1.2	Charakteristik der gefundenen Motive	53
6.1.3	Musikalische Analyse	57
6.2	Im Zentrum der Musiktherapie - die 17. Improvisation	60
6.2.1	Dynamik der gefundenen Qualitäten	60
6.2.2	Charakteristik der gefundenen Motive	68
6.2.3	Musikalische Analyse	71
6.3	Der Abschluß der Musiktherapie - die 45. Improvisation	74
6.3.1	Dynamik der gefundenen Qualitäten	74
6.3.2	Charakteristik der gefundenen Motive	82
6.3.3	Musikalische Analyse	85
7	Vergleich der qualitativen Einzelanalysen	89
7.1	Verteilung der Qualitäten	89
7.2	Bearbeitungsthemen - Bildung einer Metaebene der Motive	94
7.3	Metaanalytische Aspekte der Bearbeitungsthemen	99
7.4	Metaanalytische Aspekte der musikalischen Analysen	99
8	Diskussion der Ergebnisse	101
8.1	Klinische Aspekte	101
8.2	Theoretische Aspekte	107
8.3	Methodische Aspekte	108

9	Zusammenfassung	111
A	Anhang: Beschreiberprotokolle	113
A.1	Text A3: Beschreibung der Improvisation der dritten Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber A	113
A.2	Text B3: Beschreibung der Improvisation der dritten Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber B	113
A.3	Text C3: Beschreibung der Improvisation der dritten Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber C	114
A.4	Text D3: Beschreibung der Improvisation der dritten Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber D	114
A.5	Text E3: Beschreibung der Improvisation der dritten Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber E	115
A.6	Text F3: Beschreibung der Improvisation der dritten Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber F	115
A.7	Text T3: Beschreibung der Improvisation der dritten Therapiesitzung durch die Therapeutin	115
	A.7.1 Vorher-Teil	115
	A.7.2 Während-Teil - Improvisation - Teenagerzeit	115
	A.7.3 Nachher-Teil	116
A.8	Text P3: Beschreibung der Improvisation der dritten Therapiesitzung durch die Patientin	116
A.9	Text A17: Beschreibung der Improvisation der 17. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber A	117
A.10	Text B17: Beschreibung der Improvisation der 17. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber B	117
A.11	Text C17: Beschreibung der Improvisation der 17. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber C	117
A.12	Text D17: Beschreibung der Improvisation der 17. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber D	118
A.13	Text E17: Beschreibung der Improvisation der 17. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber E	118
A.14	Text F17: Beschreibung der Improvisation der 17. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber F	118

A.15	Text T17: Beschreibung der Improvisation der 17. Therapiesitzung durch die Therapeutin	119
A.15.1	Vorher-Teil	119
A.15.2	Während-Teil - Improvisation - draußen bleiben	119
A.15.3	Nachher-Teil	119
A.16	Text P17: Beschreibung der Improvisation der 17. Therapiesitzung durch die Patientin	120
A.17	Text A45: Beschreibung der Improvisation der 45. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber A	120
A.18	Text B45: Beschreibung der Improvisation der 45. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber B	120
A.19	Text C45: Beschreibung der Improvisation der 45. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber C	121
A.20	Text D45: Beschreibung der Improvisation der 45. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber D	121
A.21	Text E45: Beschreibung der Improvisation der 45. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber E	121
A.22	Text F45: Beschreibung der Improvisation der 45. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber F	122
A.23	Text T45: Beschreibung der Improvisation der 45. Therapiesitzung durch die Therapeutin	122
A.23.1	Vorher-Teil	122
A.23.2	Während-Teil - Improvisation - Abschlußtöne	123
A.23.3	Nachher-Teil	123
A.24	Text P45: Beschreibung der Improvisation der 45. Therapiesitzung durch die Patientin	124
Literatur		125

1 Einleitung

In psychotherapeutischen Gesprächssituationen fallen psychosomatisch Kranke immer wieder durch ihre „emotionale Kargheit“ (HEIGL-EVERS et al. 1997, S.93) oder den „ausgesprochene(n) Mangel an Spontaneität, Ausdrucksfähigkeit von Gefühlen“ (FEIEREIS und JANTSCHKE 1996, S.824) auf. Konzeptionalisiert werden diese Phänomene in Begriffen wie *la pensée opératoire*, *psychosomatisches Phänomen* und *Alexithymie* (vgl. ZEPF 1986, v. RAD und ZEPF 1990, ALBERTI 1986, ZEPF und GATTIG 1986). Im Rahmen der bestehenden Kontroverse zur Gewichtung dieser Phänomene innerhalb psychoanalytischer Erklärungskonzepte stellt ZEPF (1990, S.91) die Frage, „auf welche Art von Gefühlen ... sich die erhobenen Befunde beziehen“ und ob Alexithymie „nur Ausdruck einer sozialen Beziehung ist und sich auch nur in sozialen Beziehungen darstellen kann.“

Unbestritten hat die alexithyme Symptomatik Einfluß auf die Art und Weise der tiefenpsychologischen Therapie psychosomatisch Erkrankter. In diesem Zusammenhang heben einschlägige Lehrbücher die Bedeutung der tiefenpsychologisch fundierten *Musiktherapie* in der Behandlung hervor (FEIEREIS und JANTSCHKE 1996, LANGENBERG 1997, HUSE-KLEINSTOLL 1997). Dieses Psychotherapieverfahren kann eine musikalische Therapiebeziehung und einen nonverbalen Zugang zur unbewußten Gefühlswelt des Patienten herstellen. Das geleitet unmittelbar zu der Fragestellung, welche Affekte und Phantasien im musikalischen Dialog geäußert werden und welchen Stellenwert sie im Therapieprozeß einnehmen. Zahlreiche quantitative Studien haben in der Vergangenheit eher die therapeutische Wirksamkeit der Musik als solche beforscht, zur Beantwortung von Fragen zum affektiven Bedeutungsgehalt therapeutischer Improvisationen tragen sie dagegen wenig bei. Durch die besondere Situation des gemeinsamen Improvisierens kommt hinzu, daß die Patientenvariable aus dem musikalischen Werk nicht einfach extrahiert werden kann. Hier muß also eine therapeutische Beziehung beforscht werden, an der der Therapeut in aktiver Weise beteiligt ist. Seit einigen Jahren werden daher zunehmend qualitative Verfahren entwickelt, um die Komplexität dieses Forschungsgegenstandes in angemessener Weise zu erfassen.

Diese Tendenz steht im Zusammenhang mit einer Neuorientierung innerhalb der Psychotherapieforschung. Die Aufmerksamkeit richtet sich hier seit den achtziger Jahren auf die *therapeutische Dyade* mit der Vorstellung, daß der Patient frühere ungelöste Beziehungskonflikte in der aktuellen Übertragungsbeziehung zum Therapeuten reinszeniert. Damit verbunden findet eine Verlagerung der forscherschen Aufmerksamkeit auf den *therapeutischen Prozeß* statt. Gleichzeitig wird zunehmend kritisiert, die eta-

blierten statistischen Methoden zur quantifizierenden Erfassung von Therapieerfolgen seien unzureichend zur Messung dessen, was in der Interaktion zwischen Therapeut und Patient tatsächlich stattfindet (z. B. KORDY und KÄCHELE 1996). „Man kann sich manchmal durchaus des Eindrucks nicht erwehren, daß der methodische Aufwand von Untersuchungen proportional zur Trivialität der Resultate ist“ schreibt FALLER (1994, S.18). Mit Blick auf den psychotherapeutischen Prozeß wird von namhaften Wissenschaftlern daher eine Rückkehr zu detaillierten und empirisch fundierten Einzelfallanalysen gefordert (GRAWE 1988, TRESS und FISCHER 1990, TRESS 1994, FALLER 1994, KORDY und KÄCHELE 1996). Dies impliziert, zunächst durch die Anwendung auf möglichst denselben Fall verschiedene prozeßanalytische Methoden hinsichtlich ihrer Aussagefähigkeit zu erproben, um letztlich durch Fallvergleiche zu verallgemeinernden Aussagen zu gelangen. Methodisch bieten sich hierzu Vorgehensweisen der qualitativen Sozialforschung an (FLICK et al. 1991). „In deskriptiver Intention geht es ihr (der qualitativen Psychotherapieforschung, Anm. d. Verf.) um eine Bestandsaufnahme dessen, was in einer Psychotherapie geschieht. Denn das empirisch vorfindliche Geschehen muß nicht unbedingt mit dem übereinstimmen, was in den Lehrbüchern geschrieben steht.“ (FALLER 1994, S.19). In diesem Sinne soll die hier vorgelegte Einzelfallanalyse einen Beitrag leisten.

Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf die Therapie einer psychosomatischen Erkrankung mit *analytischer Musiktherapie* (PRIESTLEY 1983, ESCHEN 1996 und LANGENBERG 1988). Als jahrtausendealtes Behandlungsprinzip hat die Musiktherapie ein variantenreiches Spektrum an Schulen und Methoden hervorgebracht, die sich sowohl hinsichtlich ihrer theoretischen Grundlage als auch ihrer therapeutischen Ausrichtung unterscheiden. Vor diesem Hintergrund erscheint es angemessen, im *theoretischen Teil* (Kapitel 2 und 3) zunächst die *Entwicklung der Musiktherapie* zu beleuchten. Es schließt sich ein Überblick zum derzeitigen *Stand der qualitativen Musiktherapieforschung* an, aus der sich die Begründung für den methodologischen Zugriff auf das zu analysierende Material ergibt. Da dieses auch im Hinblick auf den therapeutischen Prozeß analysiert wird, beschäftigt sich das dritte Kapitel mit methodologischen Grundlagen der *Psychotherapieprozeßforschung*. Aus psychotherapeutischer Sicht werden tiefenpsychologisch fundierte Musiktherapieverfahren gern zur Behandlung von Störungen eingesetzt, bei denen eine Hemmung des sprachlichen Gefühlsausdruckes vorliegt. Diese Störung wird im besonderen für psychosomatische Erkrankungen beschrieben (vgl. v. RAD und ZEPF 1990, FEIEREIS und JANTSCHKEK 1996, KÜCHENHOFF und AHRENS 1997, HEIGL-EVERS et al. 1997). Daher wird im vierten Kapitel das *Alexithymieproblem* am Beispiel der Colitis ulcerosa als *psychosomatisches Krankheitsbild* und im Kontext seiner unterschiedlichen theoretischen Konzeptionalisierungen erörtert.

Dies geleitet in der *eigenen Analyse* zu der Fragestellung über, wie die unbewußten Affekte, Konflikte und Phantasien beschaffen sind, die in die musikalischen Produkte einer Musiktherapie eingewebt werden. Das fünfte Kapitel beinhaltet die Darstellung

von *Material und Methodik*. Das sechste Kapitel ist der *Präsentation der Einzelergebnisse* gewidmet. Die musikalischen Werke der Musiktherapie, d. h. die nonverbalen Therapieanteile von verschiedenen Zeitpunkten einer teilstationären Behandlung bei Colitis ulcerosa werden jeweils mit Hilfe der *qualitativen Methodik zur Beschreibung und Interpretation musiktherapeutischer Behandlungswerke* (LANGENBERG, FROMMER und TRESS 1992) analysiert. Im siebten Kapitel werden die gewonnenen Ergebnisse zueinander in Beziehung gesetzt und für den *Datenvergleich* zwei weitere Auswertungsschritte entwickelt. In der abschließenden *Diskussion* wird die Verbindung der Ergebnisse zur Krankengeschichte hergestellt unter dem Blickwinkel der in der Musiktherapie sich niederschlagenden Affekt-, Konflikt- und Phantasienmuster.

Im Unterschied zu quantitativen Untersuchungen sind die Ergebnisse nicht als Zahlenwerk, sondern als durch Abstraktionsprozesse gewonnene zentrale Aussagen zu präsentieren. Um alle Untersuchungsschritte für den Leser transparent zu halten (vgl. FLICK 1991), sind im Anhang die verwendeten Beschreiberprotokolle ungekürzt wiedergegeben.

2 Musiktherapie als Ausdrucksmedium für unbewußte Affekte, Konflikte und Phantasien

2.1 Grundsätzliches zur musiktherapeutischen Forschungstradition

Die Musiktherapie ist ein altes Therapieverfahren mit noch junger Forschungstradition. Ihre Wurzeln hat die Musiktherapie in der ganzheitlichen Medizin und der Philosophie des Altertums. Die verschiedenen Schulen und Methoden in ihrer heutigen Ausprägung sind jedoch in der Nachkriegszeit vornehmlich aus der praktischen Arbeit heraus entstanden, so daß die Forschungstätigkeit erst spät in Gang gekommen ist. Frühe Arbeiten in diesem Fachgebiet sind daher zumeist geprägt von der Einzelpersönlichkeit des Therapeuten oder von der jeweiligen Forschungstradition des ihn beschäftigenden Institutes. „Da Musik nie direkt in Sprache ‘übersetzt’ werden kann, stellt die Analyse des klanglich-musikalischen Materials sowohl in der Praxis als auch für die Forschung der Musiktherapie eine besondere Herausforderung dar. Qualitative Forschungsmethoden erweisen sich am ehesten als geeignet, mit phänomenologischen, (tiefen-) hermeneutischen bzw. psychoanalytischen Arbeitsansätzen die Vielfalt und auch Vieldeutigkeit musiktherapeutischer Improvisationen aufzugreifen und auf theoretische Perspektiven zu beziehen“ (WEYMAN 1996, S.136). Mit der Etablierung der Musiktherapie als zumeist eigenständiges Verfahren der Psychotherapie ist nun auch hier eine Grundlagenforschung in Gang gekommen, die dem ganzheitlichen Charakter musiktherapeutischen Handelns entspricht.

Musik vereint in sich „ein ordnungs- bzw. orientierungsstiftendes Element und eines unmittelbarer Vermittlung von Emotionalität“ (WYSS 1990, S.5). Im gemeinsamen aktiven Musiziererlebnis kommen zwei weitere Elemente hinzu: Ein beziehungsstiftendes und ein physisches durch den Kontakt mit und die Bewegung am Instrument. Das musiktherapeutische Setting hat somit ein nonverbales Ausdrucksmedium zur Verfügung, das sich besonders für Patienten mit Beziehungsstörungen und geringer Fähigkeit zum verbalen Gefühls- und Phantasieausdruck bewährt. Dies hat in der Vergangenheit immer wieder zu mehr oder weniger erfolgreichen Versuchen geführt, Musiktherapie einer wissenschaftlichen Beforschung zugänglich zu machen. Der historische Bogen ist gespannt von ursprünglich ganzheitlichem Denken über mechanistische An-

sätze und statistisch-quantifizierende Versuchsreihen bis hin zu den wiederum ganzheitlich-qualitativen Forschungsmethoden, die zur Zeit entwickelt und erprobt werden.

2.2 Musiktherapie als historisch gewachsener Raum zur Beschäftigung mit unbewußten Affekten, Konflikten und Phantasien

Das oben Gesagte macht eine historische Einordnung der vielfältigen modernen Musiktherapieverfahren notwendig. Da bereits umfangreiche Arbeiten zu Geschichte und Formen der Musiktherapie (unter anderem MÖLLER 1974, KNEUTGEN 1974, BROCKHOFF, 1986, STROBEL und HUPPMANN 1990, VAN DEEST 1994) vorliegen, soll hier keineswegs der Anspruch der Vollständigkeit erhoben, sondern an ausgewählten Beispielen den historisch gewachsenen Zugangsweisen zum affektiven Sinngehalt der Musik nachgespürt werden.

Beinahe alle Natur- und Kulturvölker wenden seit alters her Musik als Heilmittel bei unterschiedlichen psychischen oder physischen Erkrankungen an, die in letzterem Falle psychosomatisch begriffen werden. Erste schriftliche Überlieferungen zur Musiktherapie stammen aus dem alten Persien, Ägypten, Israel und Griechenland. Sie sind auf ca. 1000 v. Chr. datiert. Bestand in den antiken Hochkulturen für die Berufe des Arztes und des Priesters einerseits sowie für die des Priesters und des Musikers andererseits häufig Personalunion, so schließt die Musiktherapie als Bindeglied zwischen Arzt und Musiker diese Berufe triadisch zusammen.

Entsprechend wird die Heilung von einer magisch-mythischen Bewußtseinsstufe her verstanden (MÖLLER 1974, STROBEL und HUPPMANN 1990). Die wohl bekannteste Überlieferung der außereuropäischen Antike ist das alttestamentarische Harfenspiel Davids vor König Saul (DIE BIBEL, 1. Samuel 16,23). Diese musiktherapeutische Form, bei der das gemeinschaftliche Ritual im Zentrum der Therapie steht, ist bei vielen Naturvölkern bis in unsere Zeit erhalten geblieben. „Der Akt der Gemeinsamkeit also erreicht bei den Beteiligten, daß sie die Krankheit des einzelnen als Problem aller betrachten.“ schreiben STROBEL und HUPPMANN (1990, S.16). Zeitgenössische südafrikanische, arabische und tunesische Methoden stehen gleichfalls in einem sozio-kulturellen Kontext (MÖLLER 1974, TIMMERMANN 1989, 1996, MASTNAK 1996, SUPPAN 1996).

Von diesem für heutige Begriffe höchst fortschrittlichen Verständnis geht auch die europäische Antike zunächst aus. Dies belegen die zur Heilung gesungenen Epoden in OVIDS Metamorphosen (BREITENBACH 1958), in der Ilias (VON DER MÜHL, 1964) und der Odyssee von HOMER (HAMPE 1979).

Die Antike entfernt sich aber bald von dieser Bewußtseinsstufe und nimmt unterschiedliche, der jeweiligen Epoche entsprechende rationale Standpunkte ein. Der ärztliche Heilungsansatz der Humoralpathologie, wie er z. B. im Corpus Hippocraticum oder bei Galen überliefert wird, ist dabei stets ganzheitlich und von Philosophie durchdrun-

gen (MÖLLER 1974). PYTHAGORAS etwa (6. Jh. v. Chr.) betrachtet Musik als *das* Therapeuticum, um die durch Krankheit in Unordnung geratene Seele wieder in Harmonie zu versetzen. Grundlegend ist hier die Überzeugung, daß die musikalischen Intervalle, „die Bewegung des Kosmos und die der Menschenseele auf den gleichen harmonischen Zahlenproportionen beruhen“ (MICHELS 1978, S.175). PLATOS Ideenlehre verbindet die aristotelische mit der Ethoslehre DAMONS. Dieser ordnet einzelne musikalische Qualitäten bestimmten Affekten zu. In sittlich-erzieherischer Absicht soll Musik die affektive Gestimmtheit des Menschen beeinflussen. Dieser Auffassung widerspricht ARISTOTELES im 4. Jh. v. Chr. und betont die kathartische Wirkung der Musik. Übermäßige Affekte, denen Krankheitswert beigemessen wird, sollen isopathisch übersteigert und auf diese Weise abreagiert werden (MÖLLER 1974). Die Stoiker (300 v. Chr. - 200 n. Chr.) hingegen setzen Musik zur Unterdrückung von Affekten ein, diese als die eigentlichen Krankheiten im Sinne von Fehlfunktionen des Lebensprinzips *Pneuma* verstehend.

Die Stellung der Spätantike zur medizinischen Verwendung von Musik sei durch ein Zitat MÖLLERS (1974, S.108) umrissen: „Die Musik wirkt also allopatisch, indem sie die Unordnung der Gemüter wieder in das gesunde Ebenmaß zurückbringt; dieser Heilvorgang erfolgt für den Betreffenden unbewußt, denn die intellektuelle Seelenfunktion wird umgangen, und zwangsläufig, je nach dem Ausmaß der Leidenschaft soll der Betroffene selbst Musik ausüben oder durch das Anhören schöner Musik in die rechte harmonische Ausgeglichenheit der Seele versetzt werden.“

Das Mittelalter verbindet die Sündenstrafentheorie mit der antiken Tradition der Beeinflussung körperlicher Gebrechen über die seelische Harmonisierung. In diesem Sinne ist nur die Erzeugung religiöser Gefühle heilbringend. Folglich kommt nunmehr der Sakralmusik eine therapeutische Wirksamkeit zu. Erst die Renaissance (15./16. Jh.) schöpft den affektiven Gehalt der Musik wieder voll aus: „entsprechend der Art der Bewegung, welche die Affekte in der Seele hervorrufen, wähle die Art der Töne aus, um dieselben Affekte zu erwecken. Denn auf Töne sprechen die Menschen mehr als auf andere Sinneseindrücke an, weil ein Ton etwas ganz Einfaches ist und nur nach den allgemeinen Unterschieden verändert wird“ (CARDANUS 1663, zit. nach MÖLLER 1974, S.127). In dieser Art werden sowohl physische (auch schwere Infektionskrankheiten) als auch psychische Erkrankungen behandelt.

Das Aufklärungszeitalter (17./18. Jh.) bringt eine mechanistisch-physikalische Theoriebildung mit sich, die alle biologischen Funktionen zurückführt auf Bewegungsvorgänge fester oder flüssiger Teilchen (DESCARTES, nach MÖLLER 1974). Die Heilwirkung der Musik ist in dieser Auffassung allein durch die Übertragung der Schallschwingungen auf verschiedene physiologische Systeme des menschlichen Körpers definiert (MICHELS 1986). Der physische Anwendungsbereich ist dementsprechend breit.

Von diesen Theorien wendet sich das ausgehende 18. Jh. wieder ab. Für den romantischen Menschen ist die therapeutische Wirkweise der Musik ein Geheimnis, das er nur umschreiben will. BROWN definiert Krankheit „als Abweichung von einem mittleren Grad der Erregbarkeit“ (STROBEL und HUPPMANN 1990, S.20). Unter dem Einfluß der im 19. Jahrhundert führenden französischen Psychiatrie wird Musiktherapie auf psychische Erkrankungen beschränkt. Musik dient als affektproduzierendes Agens und sensorisches Reizmittel. Ihr therapeutisches Spektrum reicht von Beschäftigungs- und Rehabilitationsmaßnahmen bis hin zum differenzierten Einsatz spezifischer Klangfarben oder Musikgattungen zur Heilung einzelner Krankheiten.

Der Positivismus bringt zum Ende des 19. Jahrhunderts erste Versuche einer naturwissenschaftlichen Überprüfung der heilenden Musikwirkungen mit sich. Die experimentelle Erforschung vegetativer Reaktionen während des Musikhörens, die ihrerseits als Ausdruck psychischer Phänomene begriffen werden, findet vornehmlich in den USA mit dem Ziel statt, Indikationen für bestimmte Musikgattungen zu definieren. Daneben werden Untersuchungen zur Veränderung der Stimmungslage sowie zu inhaltlichen Assoziationen beim Anhören von Musik betrieben (vgl. STROBEL und HUPPMANN 1990). Diese Ansätze scheinen zunächst nicht zum gewünschten Erfolg zu führen, legen aber die Basis für viele quantifizierende Studien unseres Jahrhunderts.

Mit der Entwicklung von Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik wird in unserem Jahrhundert die Frage nach der Ganzheitlichkeit der Medizin erneut aufgeworfen. Dies führt auch zu einer Renaissance der Musiktherapie. Nach dem zweiten Weltkrieg wird in Europa der pythagoräische Ansatz durch PONTVIK (vgl. STROBEL und HUPPMANN 1990) wieder aufgegriffen. Andere Autoren beschäftigen sich weiterhin mit den vegetativen Wirkungen der Musik, wobei vermehrt theoretische Vorstellungen entwickelt werden. So kommt z. B. WEIHS zu einer Klassifizierung in „trophotrop und ergotrop gestimmte Musik“, die jeweils vagotone bzw. sympatiktone Reaktionen hervorruft und so „die vegetativen Funktionen in gewissem Maße steuern und im physiologischen Bereich zu einer Harmonisierung der vegetativen Funktionen führen“ kann (1954, zit. nach STROBEL und HUPPMANN 1990, S.31).

Darüber hinaus werden die psychischen Wirkungen der Musik genauer untersucht, wobei zumeist musikpsychologische Forschungsmethoden zur Anwendung kommen. Die zahlreichen Untersuchungen, von denen nachfolgend einige exemplarisch genannt werden, beziehen sich zumeist auf Musiktherapieformen, die den Patienten rezeptiv mit reproduzierter Musik behandeln. FISHER und GREENBERG (1972, zit. nach STROBEL und HUPPMANN 1990, S.35) zeigen auf, daß erregende Musik mehr bzw. ruhige Musik weniger Angst und Aggression erzeuge als eine „Situation ohne Musik“. Während HESSE (1974, zit. nach STROBEL und HUPPMANN 1990, S.45) die durch Musik hervorgerufenen gefühlhaften Ereignisse „im Spiegel verbaler Äußerungen“ der Rezipienten darstellt, betrachtet FARNSWORTH (1954, nach STROBEL und HUPPMANN 1990) die konnotativen Gehalte der Musik selbst. BÖTTCHER und REINECKE (1971, zit. nach MÖLLER 1974,

S.158) reduzieren den Affektgehalt von Musik faktorenanalytisch in einen „dreidimensionalen Meßraum“ auf die psychologischen Grundqualitäten „Potenz“, „Erregung“ und „Valenz“.

Die Einbeziehung sozialpsychologischer Aspekte führt dazu, Musik als nonverbales Kommunikationsmittel einzusetzen, das besonders geeignet ist für Beziehungsstörungen, die einer verbalen Therapie schwer zugänglich sind. Das hat schließlich die Etablierung der Musiktherapie im Fachgebiet der Psychotherapie zur Folge. In diesem Sinne kommen vermehrt Musiktherapieformen zum Einsatz, bei denen der Patient aktiv musiziert. Während für WILLMS (1975, zit. nach STROBEL und HUPPMANN 1990, S.55) der Kommunikationsgehalt der Musik in der „Partizipation am gemeinsamen Objekt“ (Hören) liegt, halten SUTERMEISTER (1964, nach STROBEL und HUPPMANN 1990) und JOSEF (1974) das aktive Musizieren für beziehungsbildend. Daß in der musikalischen Kommunikation vornehmlich Stimmungen (KNEUTGEN 1974) und Emotionen (SCHWABE 1979) übertragen werden, führt zur Beschäftigung verschiedener Autoren mit der tiefenpsychologischen Wirksamkeit von Musik (HAISCH 1953, nach STROBEL und HUPPMANN 1990). Vielfach wird die regressive Wirkung aktiven Musizierens im Dienste des Ichs hervorgehoben. KOHUT (1967, nach STROBEL und HUPPMANN 1990) definiert zudem drei Funktionen der Musik: emotionale Katharsis für unterdrückte Wünsche, spielerische Kontrolle einer traumatisierten Bedrohung und lustbetonte Unterordnung unter Regeln. Auf der Basis von KOHLERS kommunikationspsychologischem Neurosebegriff entwickelt SCHWABE (1979, 1996) das sogenannte *Methodensystem der Musiktherapie* mit dem Ziel, „für ganz spezifische therapeutische Aufgabenstellungen spezifische Handlungsmodelle zu entwickeln“ (Schwabe 1996, S.209). Schwabe ordnet die musiktherapeutischen Handlungsweisen zunächst in *aktive* und *rezeptive* Verfahren. Innerhalb dieser Hauptgruppen unterscheidet er dann *einzel-* bzw. *gruppentherapeutische* Ansätze. Derartige Klassifizierungen der aktiven Gruppenmusiktherapie beispielsweise stellen die *Instrumentalimprovisation*, die *Gruppensingtherapie*, die *Bewegungsimprovisation* und die *Tänzerische Gruppenmusiktherapie* dar. Das am weitesten verbreitete rezeptive Musiktherapieverfahren dieses Systems ist die *regulative Musiktherapie*, die sowohl zur Entspannung als auch zur Intensivierung der Selbstwahrnehmung eingesetzt werden kann.

Dagegen ist PRIESTLEYS *analytische Musiktherapie* tiefenpsychologisch an FREUD, ADLER, JUNG und KLEIN orientiert. Im Einzel- oder Gruppensetting setzt sie die freie Improvisation mit verbaler Aufarbeitung ein zum „Ausagieren von Gefühlen. In der Musik geschieht dies jedoch in kontrollierter Form und durch das schuldfreie Medium des nichtverbalen Klanges. Gefühle, die unter der Oberfläche des Bewußten verborgen liegen, können in der Sicherheit einer Klangmatrix mit großer Kraft hervorbrechen“ (PRIESTLEY 1982, S.5). Dabei ist die therapeutische Beziehung „ein entscheidender Faktor für die Entwicklung des Patienten“ (PRIESTLEY 1983, S.29). Die Methode kann kombiniert sein mit Entspannungs- oder Bewegungstechniken, wird aber in jedem Falle

flankiert durch Selbsterfahrung und Supervision. ESCHEN (1996a, 1996b, 1996c, 1996d) erweitert dieses Verfahren um die assoziative Improvisation und die Lehrtherapie. Aus heilpädagogisch-anthroposophischer Sicht wendet sich das Konzept von NORDOFF und ROBBINS (1986) zuerst an behinderte Kinder, die mit musikalischen Idiomen und Improvisationen auf rein musikalischer Ebene angesprochen werden. Hierbei bleiben Setting und Instrumentarium immer gleich. Die Methode wird später auf die Behandlung von psychiatrischen, neurologischen und internistischen erwachsenen Patienten ausgeweitet. BONNY (1978, nach METZNER 1996a) entwickelt ein *Guided Imagery and Music* genanntes Verfahren, das Elemente der rezeptiven Musiktherapie mit denen des katathymen Bilderlebens kombiniert.

Eine Übersicht der musiktherapeutischen Verfahren aus den Anfängen bis in die siebziger Jahre geben STROBEL und HUPPMANN (1990). Da eine empirische oder experimentelle Fundierung allzu häufig entweder ganz fehle oder methodologische Ungeheimtheiten aufweise, bedauern die Autoren mit FARNSWORTH, „die im Überfluß vorhandenen Anekdoten, den von Spezialisten akzeptierten Glauben an den gesunden Menschenverstand und die Ergebnisse von ein paar recht undurchdachten Experimenten zu prüfen, um aus all diesen wenigstens ein paar Körnchen von Tatsächlichem auszumachen“ (1976, zit. nach STROBEL und HUPPMANN 1990, S.172). ALDRIDGE (1993) ist eine umfangreiche Zusammenstellung der medizinischen Forschungsliteratur der achtziger Jahre zu musiktherapeutischen Fragestellungen zu verdanken. Insgesamt handelt es sich weniger um Grundlagenforschung, als um Untersuchungen zu Einzelaspekten der therapeutischen Wirksamkeit oder um kasuistische Beispiele. Einige Untersuchungen sollen hier exemplarisch referiert werden, da sie eindrücklich den Wandel demonstrieren, dem dieses noch junge Forschungsfeld in der jüngeren Vergangenheit unterworfen war.

Der Bereich der somatischen Medizin ist eine Domäne der funktionellen Musiktherapie mit von Tonträgern abgespielter Musik. In der Kardiologie dient sie vor allem als Anxiolytikum bei Coronarerkrankungen (MAETZEL 1996). Forschungsarbeiten zu diesem Themenkomplex sind zumeist als randomisierte Kontrollgruppen-Studien angelegt und zeigen eine deutliche Angstreduktion (BOLWERK 1990, nach ALDRIDGE 1993) oder Verringerung der apikalen Herzrate (GUZZETTA 1989, nach ALDRIDGE 1993) durch Applikation von Musik. Auch kontrollierte Studien zur Analgesierung chronischer Schmerzpatienten ergeben eine signifikante Reduktion des Schmerzes (ZIMMERMANN 1989, nach ALDRIDGE 1993) bzw. der Nebenwirkungen einer Chemotherapie bei Carcinompatienten (FRANK 1985, nach ALDRIDGE 1993).

Aus der Neurologie sind vor allem Fallstudien zu Apoplex, Hirntrauma und Koma (VGL. ALDRIDGE 1993, GUSTORFF 1996 b) bekannt. Hier kommen kombinierte, aktive und rezeptive Elemente der Musiktherapie zum Tragen, welche einzelne Gehirnnareale stimulieren sollen. Eine solche Therapie kann z. B. die ständige Wiederholung einzel-

ner melodischer und rhythmischer Muster sein, die in Tonhöhe und Rhythmus dem individuellen Sprach- oder Atemmuster des Patienten angepaßt werden.

In der Pädiatrie und Heilpädagogik ist Musiktherapie fest etabliert. Um das kindliche Hospitalisierungstrauma zu mildern, werden eigens zu diesem Thema komponierte, aber auch improvisierte Lieder eingesetzt. In einer kontrollierten Studie mit Kindern zeigen GRIMM und PETHEY (1990, nach ALDRIDGE 1993), daß im Bezug auf die Angstbewältigung präoperative Aufklärung mit zusätzlicher Musiktherapie der rein verbalen Aufklärung überlegen ist. FROELICH (1984, nach ALDRIDGE 1993) findet als Stimulus zur verbalen Aufarbeitung des Hospitalisierungstraumas signifikant bessere Ergebnisse für die Musiktherapie im Vergleich zur Spieltherapie. Zur Förderung behinderter Kinder wird Musik vor allem als Kommunikationsmittel dort eingesetzt, wo sprachliche Mittel versagen. Besonders autistische Kinder ziehen auditive den visuellen Stimuli vor (THAUT 1987, nach ALDRIDGE 1993). In einer zweiten Studie weist THAUT (1988, nach ALDRIDGE 1993) außerdem nach, daß autistische Kinder bei der Improvisation über ein vorgespieltes Thema den geistig behinderten überlegen sind und zudem nicht wesentlich schlechter abschneiden als die Kontrollgruppe nichtbehinderter Kinder. Ähnliche Ergebnisse finden OLDFIELD und ADAMS (1990, nach ALDRIDGE 1993) an zwei Gruppen geistig schwerstbehinderter Erwachsener, welche durch aktive musikalische Improvisation eine deutlichere Leistungssteigerung als durch Spieltherapie erfahren.

Im Bereich der klinischen Psychiatrie beziehen sich die Arbeiten vornehmlich auf die Verwendung aktiver Gruppenmusiktherapie. Hier arbeiten SCHMUTTERMAYER (1983, nach ALDRIDGE 1993), REINHARDT, RÖHRBORN und SCHWABE (1986, nach ALDRIDGE 1993) mit Gruppen von Schizophrenen in der Intention, Gefühle zu wecken und intrapsychische Konflikte bewußt zu machen. Diese Autoren bedienen sich einer kombinierten Therapie aus Hören, Singen, Tanzen und instrumentalem Musizieren in der Weiterentwicklung SCHWABES. Sie beobachten jeden dieser Parameter hinsichtlich seiner Wirkung auf die Variablen Angst und Aktivität. Andere Autoren beforschen den spezifischen musikalischen Gefühlsausdruck schizophrener Patienten (z. B. STEINBERG et al. 1985, PAVLICEVIC und TREVARTHEN 1989, nach ALDRIDGE 1993). Letztere finden signifikante Unterschiede im emotionalen Kontakt Schizophrener im Vergleich zu Depressiven und zur Kontrollgruppe. Aktive Pop- und Jazzimprovisation wird vor allem in der Adoleszentenpsychiatrie hochresistenter Drogenabhängiger als affektives Kommunikationsmittel eingesetzt (BEHREND 1983, MARK 1988 und PHILLIPS 1988, nach ALDRIDGE 1993). In der Gerontopsychiatrie stellt Musiktherapie zuweilen das einzige Kommunikationsmittel dar, weil die musikalischen Fähigkeiten dementer Patienten oft in bemerkenswerter Weise erhalten sind. (BEATTY et. al. 1988, TYSON 1989 und PRINSLEY 1986, nach ALDRIDGE 1993).

Umfangreiche Synopsen neuerer musiktherapeutischer Konzepte und Forschungsarbeiten bieten SMEIJSTERS und ROGERS (1993), DECKER-VOIGT, KNILL und WEYMANN (als

Hg. 1996) sowie ALDRIDGE (1993), der gleichzeitig den immer noch vorhandenen Mangel an klinischem Datenmaterial und validierter grundlegender Forschungsmethodik beklagt. Angesichts der Komplexität des musiktherapeutischen Forschungsgegenstandes stellt HARRER bereits 1975 die Frage, „ob das, was wir mit diesen (naturwissenschaftlichen, Anm. d. Verf.) Methoden erfassen, nur Begleitphänomene, Epiphänomene, darstellt, die mit dem Musikerleben an sich nichts zu tun haben“ (zit. nach STROBEL und HUPPMANN 1990, S.44).

Bei medizinischen Fragestellungen vor allem in den Bereichen der funktionellen Musiktherapie führt die naturwissenschaftliche Betrachtungsweise weiterhin zu interessanten Einzelergebnissen. In der Erforschung aktiver Musiktherapierichtungen jedoch, deren therapeutische Relevanz in der sinnlich-präverbalen Erfahrbarkeit von Interaktion liegt, welche Therapeut und Patient in der Herstellung eines gemeinsamen musikalischen Werkes, einer „zusätzliche(n) Dimension“ (LANGENBERG 1988, S.17) vereinen, scheinen statistisch-quantitative Methoden an ihre Grenzen zu stoßen. „Wenn aber der verborgene Text, der sich hinter einer Aussage verbirgt, interessiert, dann nützt jedes Zählen überhaupt nichts, es muß etwas anderes für die Beantwortung der Frage ausgedacht werden.“ (ALBERTI 1994, S.55).

Im Zuge der Integration der Musiktherapie in Bereiche der Psychotherapie und Psychosomatik hat die Suche nach gegenstandsangemessenen Verfahren daher eine Hinwendung zu qualitativen Forschungsmethoden bewirkt (TÜPKER 1990). Streng psychoanalytisch orientiert ist z. B. das Konzept NIEDECKENS, das die Musiktherapie als integrativen Bestandteil psychoanalytischen Handelns versteht. Die Interpretation dieser „Möglichkeit..., Erlebnisinhalte auch jenseits der sprachlichen Begrifflichkeit zu formulieren“ erfolgt hier mit rein psychoanalytischen Begriffen (1996, S.158). In ihrer *morphologischen Grundlegung der Musiktherapie* bezieht sich TÜPKER (1988) auf SALBERS ursprünglich für die Kunstpsychologie entwickelte Gestaltfaktoren und beforcht musikalische Improvisationen auf Morphologien hin, die durch Transformation in Relation zur jeweiligen tiefenpsychologisch erhobenen Fallgeschichte gesetzt werden. Ausgehend von PRIESTLEYS und ESCHENS *analytischer Musiktherapie* weist LANGENBERG auf der Basis mehrerer Fallbeschreibungen eine „ausgeprägte Kontaktproblematik“ (1988, S.118) als wichtige musiktherapeutische Indikation aus und entwickelt das Konzept der *Resonanzkörperfunktion*, das im Methodenkapitel dieser Arbeit eingehend dargestellt wird. Insgesamt sind die im psychotherapeutischen Kontext stehenden Forschungsarbeiten eher methodologisch-grundlegender Natur und werden daher im folgenden Kapitel dargestellt.

2.3 Der derzeitige qualitative Forschungsstand innerhalb der Musiktherapieforschung

Bis hierher ist deutlich geworden, daß die historisch gewachsenen Musiktherapierichtungen keine einheitliche musiktherapeutische Forschungstradition zulassen. „Die manchmal ironisierte Meinung, es gebe soviel Musiktherapien wie MusiktherapeutInnen“ (DECKER-VOIGT 1996, S.XI) spiegelt sich im gegenwärtigen Spektrum der wissenschaftlichen Zugänge zu diesem Gegenstand. Eine Zusammenstellung europäischer Forschungsarbeiten bieten z. B. SMEIJSTERS und ROGERS (1993). Die Darstellung derzeitiger Forschungsarbeiten wird im hier vorliegenden Kontext auf die qualitativen Verfahren eingegrenzt.

Das Konzept der *Morphologie*, das sich auf die Kunstpsychologie SALBERS und in letzter Konsequenz auf GOETHE (WEYMANN 1996c) bezieht, wird seit Anfang der achtziger Jahre in verschiedenen Einzelfallstudien angewendet, um daraus Konzeptionen zu präzisieren (WEYMANN 1996). Auf den Beitrag TÜPKERS (1988) zur morphologischen Grundlagenforschung ist im vorigen Kapitel bereits hingewiesen worden. Er soll an dieser Stelle genauer betrachtet werden. Musiktherapeutische Improvisationen werden von einer Gruppe unvoreingenommener Hörer von einem Tonträger abgehört und beschreibend rekonstruiert. Vierschrittig fungiert dabei „das eigene Erleben als ein Instrument der Untersuchung“ (TÜPKER 1988, S.64). Zunächst wird assoziativ ein Thema für die Improvisation gesucht (*Ganzheit*), dessen Zustandekommen durch mehrfaches Anhören der Musik erfaßt wird (*Binnenregulation*). Diese Ergebnisse werden an anderen Improvisationen oder an Aspekten der Kranken- bzw. Lebensgeschichte überprüft (*Transformation*). Im vierten Schritt, der *Rekonstruktion*, der zugleich den ersten Behandlungsschritt darstellt, wird die seelische Grundgestalt des Patienten im Bezugsrahmen der sechs Gestaltfaktoren SALBERS dargestellt. In der Betrachtung der Erlebnisfähigkeit unabhängiger Beschreiber als „Instrument“ der Forschung berührt sich dieses Konzept mit dem methodologischen Zugriff der hier vorgelegten Arbeit.

Ebenfalls vom morphologischen Standpunkt aus beschäftigt sich WEYMANN (1996) mit der Wirkungsweise des musikalischen Improvisierens in seiner Eigenschaft als psychischer Aktivität. In intensiven Interviews werden Musiker und Musiktherapeuten zu ihren Improvisationserfahrungen befragt. Besonderes Augenmerk gilt der Motivation und persönlichen Geschichte mit dieser Technik sowie der erinnerbaren besonderen Erlebnisse während des Improvisierens. Die Auswertung der Interviews erfolgt mit morphologischer Methodik.

In Zusammenarbeit der psychotherapeutischen Institute der Universitäten Stuttgart und Ulm wird das *Integrative Musiktherapie-Dokumentationssystem* entwickelt. In Ulm arbeitet man zudem an Beschreibungssystemen für typische Spielmuster in der Mu-

siktherapie. Sie werden in diesem Falle additiv zur Psychoanalyse verstanden, gewissermaßen als musikalische Begegnung, die im psychoanalytischen Setting verbal aufgearbeitet wird. Eine Einzelfallstudie von TIMMERMANN (1990, nach SMEIJSTERS und ROGERS 1993) in diesem Zusammenhang enthält sowohl quantitative als auch qualitative Elemente. Die Videoaufnahmen der Therapiesitzungen werden vom behandelnden und zwei unabhängigen Therapeuten in zweiminütige charakteristische Interaktionsmuster segmentiert. Unter der Hypothese, daß für bedeutsame klinische Ereignisse und für die Diagnose des Patienten charakteristische Interaktionsmuster in der musiktherapeutischen Improvisation zu finden sind, werden wiederkehrende oder durch Veränderung auffällige Segmente aufgesucht. Diese werden von jedem der drei Beobachter beschrieben. Mit Hilfe eines Fragebogens wird nun geprüft, ob die Anwendung dieser Methode durch psychotherapeutisches Fachpersonal und durch Laien Übereinstimmungen ergibt.

In der Tradition der *schöpferischen Musiktherapie* von NORDOFF und ROBBINS (1977) stehende Verfahren sehen in der musikalischen Improvisation den Aufbau einer musikalischen, an die künstlerischen Kräfte appellierenden Beziehung zum Patienten, die nicht verbal aufgearbeitet werden muß. Die Sitzungen werden auf Tonband aufgenommen und dokumentiert. Mit musikalischen Termini werden der musikalisch-dialogische Prozeß, die therapeutische Beziehung und die Kommunikation beschrieben (GUSTORFF 1996a). Der dieser Therapierichtung zugrundeliegende, auf STEINER zurückgehende anthroposophisch-erweiterte Blickwinkel sieht „das Menschenwesen als eine Einheit aus Leib, Seele und Geist“ (BOTT 1983, S.8), die mit geisteswissenschaftlicher Erkenntnis zu fassen ist. Der Ganzheitscharakter dieser Forschungshaltung erlaubt „Querverbindungen aller menschlicher Lebensbereiche untereinander“ (BOTT 1983, S.7). Musikalische Gesetzmäßigkeiten (insbesondere Zahlenverhältnisse analog der vorerwähnten antiken Tradition) können demnach als Erkenntnisinstrument für anatomische und physiologische Zusammenhänge verstanden werden. Einen solchen Ansatz verfolgt ALDRIDGE (1993) mit der Messung physiologischer Parameter während des Improvisierens (z. B. Blutdruck, Herzfrequenz) unter der ganzheitlichen Sicht, daß die Formvariablen physiologischer und musikalischer Prozesse Analogien aufweisen.

Eine Verlaufsanalyse bei einer mit NORDOFF/ROBBINS-Therapie behandelten Gruppe behinderter Jugendlicher legt AIGEN (1996a,b) vor. Die Grundlage dieser Analyse bildet die Transkription wichtiger Ereignisse aus einer kompletten Videoaufnahme der Therapie über ein Jahr. Die Transkripte werden im Blick auf Körperkommunikation, Gruppenprozesse, Konflikt-Nachwirkungen und die Rolle der improvisierten Musik analysiert. Hierzu dienen als verschiedene Beschreibungsebenen der Forscher, zwei Therapeuten, vier Patienten und die improvisierten, vom Forscher teilweise in Notation übersetzten Lieder. Die fehlenden Ausdrucksmöglichkeiten der Behinderten machen bei den Patientenperspektiven sogenannte *Constructs* (AIGEN 1996a,b) aus einzelnen Äußerungen der Jugendlichen unter Zuhilfenahme des Materials und der Einschätzungen der

Therapeuten notwendig. Durch dem Umstand, daß die Forschung an der laufenden Therapie durchgeführt wird, nimmt sie auf vielfältige Weise Einfluß auf den beforschten Gegenstand. Auf dieses Problem fokussiert AIGEN und diskutiert ausführlich solche Einflußparameter des Forschers auf den Forschungsgegenstand.

Die von SMEIJSTERS (SMEIJSTERS und VAN DEN HURK 1993, SMEIJSTERS 1996b) entwickelte therapiebegleitende Methode *research in practice* umgeht dieses Problem, indem sie von einem ständigen Dialog des Musiktherapeuten mit einem außenstehenden Forscher während der Behandlung ausgeht. Die Therapie wird hierzu durch zeitliche Unterbrechungen phasisch unterteilt (*multiple baseline design*). Am Beginn jeder Phase steht die literaturnahe Formulierung von *focus points* (SMEIJSTERS und VAN DEN HURK 1993). Am Ende jeder Phase werden erwartete und nicht erwartete Behandlungserfolge, negative und positive äußere Einflüsse (*main effects, side effects, disturbances, catalysts*) diskutiert sowie *guide-lines* (SMEIJSTERS und VAN DEN HURK 1993) aufgestellt. Anschließend wird das Problem des Patienten für die nächste Behandlungsphase neu definiert. Dieser Zirkel wird mehrmals dialektisch durchlaufen, um zu objektivierbaren und intersubjektiven *guide-lines* zu gelangen. Indem sie zu den *guide-lines* auf dem Wege der Beschreibung von Einzelfällen gelangt, die Therapieansätze für die einzelnen Behandlungsphasen aber jeweils aus theoretischen Konzepten bezieht, ist diese Methode eine Mischung aus Einzelfallstudie und experimenteller Forschung.

Einen mehr philosophisch orientierten Forschungsansatz verfolgt KENNY (1994, 1996a,b). Ausgehend von der Beobachtung, daß hospitalisierte Patienten bei der Suche nach Richtung im durch Krankheit durcheinander geratenen Lebensplan offenbar spontan mythische Themen in der Musiktherapie aufgreifen, sucht KENNY in der Musik nach den abstrakten Modellen für diesen mythischen Prozeß. Ihre Forschungshaltung ist in der Heilungstradition amerikanischer Ureinwohner verwurzelt, in deren ganzheitlicher Weltsicht Werte wie *Beauty, Space, The Story, Vision, Community* oder *Intuition* (KENNY 1996a) eine große Rolle spielen. In ihrer Achtung vor der Ganzheit des Individuums lehnt KENNY die explizite Formulierung von Kategorien ab. Ausgehend von der Phänomenologie HUSSERLS (nach KENNY 1996a) gelangt sie durch Abstraktionsvorgänge in wiederholten Deskriptionen (*storys*) musiktherapeutischer Werke zu deren allgemeinen Wesens- und Bedeutungseinheiten.

Von einer Musiktherapiesitzung fertigt KENNY eine Vielzahl von immer weiter abstrahierenden Narrativen an. Sie reichen vom eigentlichen Transkript der Sitzung über konkrete und empirisch narrative bis hin zu abstrakten Beschreibungen. Das Material wird zusammen mit einer Videoaufnahme der Musiktherapiesitzung von sieben unabhängigen Personen beurteilt. Diese beantworten einen Fragebogen und fertigen weitere Deskriptionen an. Als Essenz in Form gemeinsamer Elemente aus allen Beschreibungen ergibt sich das *Field of Play* (KENNY 1996a), das sich aus sieben Einzelfeldern zusammensetzt. Die individuellen *aesthetics* von Therapeutin und Patient überlappen sich im gemeinsamen Spiel und bilden einen in sich geschlossenen *musical space*, zu dem

nur die beteiligten Individuen Zugang haben. Diese Schnittmenge wird mit dem Aufbau der therapeutischen Beziehung größer und nimmt schließlich beide *aesthetics* ein. So entsteht das *field of play*, welches offen, modulations- und ausbaufähig ist. Es enthält seinerseits vier interaktive Felder: *ritual*, *a particular state of consciousness*, *power*, und *creative process* (KENNY 1996a). KENNY selbst betont die Berührungspunkte ihres Forschungsansatzes (Darstellung des musiktherapeutischen Begegnungsprozesses, Triangulation unabhängiger Beurteiler) mit den methodologischen Grundlagen der hier vorgelegten Arbeit (1996b).

Eine ebenfalls streng qualitative Methode verfolgt AMIR (1996) im Auffinden von sogenannten *meaningful moments* im musiktherapeutischen Prozeß. Auf diese Weise soll die Komplexität und Bedeutungsqualität herausragender Ereignisse und Empfindungen in der therapeutischen Beziehung methodisch erfaßt werden. Interviews von jeweils vier nach festgelegten Gesichtspunkten ausgewählten Therapeuten und Klienten werden transkribiert und analysiert. Da die Probanden über ihre Erlebnisse in verschiedenen aktiven oder rezeptiven Gruppen- und Einzelmusiktherapiesituationen berichten, bezieht diese Studie sich nicht auf eine bestimmte musiktherapeutische Behandlungsmethode. Die berichteten Ereignisse treten beim Musizieren, in der Diskussion innerhalb der Sitzung, während anderer kreativer Aktivitäten oder auch erst im Interview zu dieser Studie auf.

Methodisch bezieht sich die Analyse unter anderem auf die *grounded theory* von GLASER und STRAUSS (nach AMIR 1996). In mehreren Durchgängen wird das Material zunächst in Kategorien organisiert und anschließend die Klienten- und Therapeuten-sicht für jede dieser Kategorien miteinander verglichen. Einen weiteren Schritt stellt die Abfassung von *profiles* dar, die für jeden Teilnehmer Basisinformationen, eine Beschreibung und Analyse jeder geschilderten bedeutungsvollen Erfahrung sowie deren Organisation in Kernkategorien enthält. Aus Vergleichsanalysen der Patienten- bzw. Therapeutenprofile untereinander ergeben sich *meaningful moments* (z. B. „Moments of acceptance“, „Moments of freedom“, „Moments of surprise“, AMIR 1996, S.121). Als grundsätzliche Gemeinsamkeiten dieser Momente stellt AMIR fest, daß sie alle auf mehreren Ebenen (intra- bzw. interpersonal, physisch, kognitiv, emotional, usw.) erfahren werden, schwer zu beschreiben sind und spontan geschehen. Alle Auswertungsschritte werden in einer *peer-group* von Kollegen diskutiert.

Über verschiedene Bewußtseinsebenen im Verlauf einer Behandlung mit *Guided Imagery and Music* berichtet BRUSCIA (1994). In diesem rezeptiven Musiktherapieverfahren, das auf BONNY (1978) zurückgeht, dient die Musik als Co-Therapeutin bei der Evokierung innerer Bilder, Emotionen, Körperempfindungen oder Gedanken im Patienten. Eine Sitzung beinhaltet jeweils ein *Vor-* und ein *Nachgespräch*, eine *Einführung* mit Entspannungstechniken und die *geleitete Imagination*, während der der Patient Musik hört, über seine Empfindungen mit dem Therapeuten spricht und von diesem tiefenpsychologisch geleitet wird. Unter der Fragestellung, auf welche Weise sich der Therapeut

während der Sitzung zwischen seiner eigenen und der Bewußtseinswelt des Patienten bewegt, führt BRUSCIA eine Einzelfallanalyse anhand von Sitzungstranskripten durch.

Er findet für die drei Hauptkategorien *Client's World*, *Personal World* und *Therapist's World* (private und berufliche Welt des Thrapeuten) jeweils vier unterschiedliche Erlebnisqualitäten (*sensory level*, *affective level*, *reflective level* und *intuitive level*). Im Zugang zur *Client's World* unterscheidet BRUSCIA fünf verschiedene Positionen, die der Therapeut einnehmen kann. Das fremde Erleben ist entweder (1) identisch zum eigenen (*Fusion*), oder (2) eigene Strukturen können ihm angepaßt werden (*Accomodation*), oder (3) es kann in eigene Strukturen eingefügt werden (*Assimilation*), oder (4) es ist nicht zu integrieren (*Differentiation*), oder (5) der Therapeut erlebt sich als Objekt in der Welt des Patienten (*Objectification*). In der Beschreibung der therapeutischen Beziehung folgt Bruscia klassischen Übertragungs- und Gegenübertragungskonzepten, wobei er die authentischen Reaktionen nicht nach denen des Therapeuten und des Patienten unterscheidet. Der Übergang des Therapeuten-Bewußtseins in eine andere Ebene ist jeweils an ein bestimmtes Medium gebunden. Hierzu stehen in der Therapiesituation *altered state of consciousness*, *music*, *imagery*, *physical interaction* und *verbal interaction* zur Verfügung.

Die Zusammenschau auf den gegenwärtigen Stand der qualitativen Musiktherapieforschung zeigt deutlich die Tendenz, das subjektive Erleben als „Instrument“ der Forschung nutzbar zu machen. Damit verbunden ist, daß subjektive Einflußparameter des Therapeuten und der am Forschungsprozeß beteiligten Personen problematisiert werden und Triangulations- oder Peer-group-Konzepte zur Anwendung kommen. Beforscht wird überwiegend der therapeutische Interaktionsprozeß. Wo dieser sich in musikalischen Improvisationen offenbart, wird der Blickrichtungswechsel, der von der musikalischen Aussage auf das Befinden anstatt vom Therapieerfolg auf den Ausdrucksgehalt der Musik schließt, besonders deutlich. Insgesamt ergeben sich in mehrfacher Hinsicht Übereinstimmungen mit der weiter unten beschriebenen *qualitativen Methodik zur Beschreibung und Interpretation musiktherapeutischer Behandlungswerke* (LANGENBERG, FROMMER und TRESS 1992), auf die in dieser Arbeit zurückgegriffen wird. Die Methodik wurde vom Standpunkt der *analytischen Musiktherapie* als einem eigenständigen Psychotherapieverfahren entwickelt, um speziell die musikalischen Anteile einer Therapie zu analysieren. Hierbei stellt die Verbalisierung assoziativer Affekte und Phantasien beim Wiederanhören der Musik (*Resonanzkörperfunktion*, LANGENBERG 1988) einen wesentlichen Schritt der Materialgewinnung dar. Von hier aus begründet sich der methodologische Zugriff auf die unbewußten Affekte, Konflikte und Phantasien innerhalb einer psychotherapeutischen Einzeltherapie im Rahmen dieser Arbeit.

3 Die Berücksichtigung der prozessualen Dimension in der Psychotherapieforschung

3.1 Das Problem der zeitlichen Dimension innerhalb der Musiktherapieforschung

Als künstlerisches Medium ist Musik eng an die zeitliche Dimension gebunden. Musik existiert nur in der Zeit, während der sie erklingt. Auch die Notation eines Musikwerkes kann niemals das gehörte Ereignis ersetzen.

Das oben Gesagte ist für den therapeutischen Einsatz von Musik von noch größerer Bedeutung, weil die improvisierten therapeutischen Werke nicht allein zeitabhängig, sondern zudem einmalig und unwiederholbar sind. Die Musiktherapieforschung hat damit naturgegebenmaßen ein prozessuales Geschehen zum Gegenstand. Beinahe regelhaft haben daher die im vorangegangenen Kapitel beschriebenen neueren qualitativen Forschungsansätze den therapeutischen Prozeß im Blick (vgl. AIGEN 1996a,b, SMEIJSTERS und VAN DEN HURK 1993, KENNY 1996a,b, BRUSCIA 1994).

In diesem Blickrichtungswechsel spiegeln sich Entwicklungen wider, die in der Psychotherapieforschung insgesamt zu verzeichnen sind. Nachdem zuvor in vielfältiger Weise nach Verfahren zur Meßbarkeit von Therapieergebnissen geforscht wurde, verlagert sich hier etwa seit Mitte den achtziger Jahre die Aufmerksamkeit auf die therapeutischen Dyade. Gleichzeitig rückt zunehmend der therapeutische Prozeß ins Blickfeld der Forschung.

Methodologische Anregungen für die Erforschung musiktherapeutischer Prozesse ergeben sich daher vor allem innerhalb derjenigen Verfahren, die im Rahmen der psychotherapeutischen Prozeßforschung entwickelt werden.

3.2 Die Berücksichtigung der prozessualen Dimension in der Psychotherapieforschung: Methoden zur Prozeßauswertung

3.2.1 Grundsätzliches zu den psychotherapeutischen Forschungstraditionen

Forschung am psychotherapeutischen Gegenstand, „dem Selbst in körperlicher und psychischer Aktion“ (RUDOLF 1996, S.424) erhebt zumeist Daten, die nicht - wie in medizinisch-naturwissenschaftlichen Disziplinen üblich - ohne weiteres meß- und quantifizierbar sind. Vielmehr hat Psychotherapieforschung vielschichtige, auslegefähige Untersuchungsmaterialien zum Gegenstand wie etwa verbale, schriftliche oder künstlerische Äußerungen, Selbst- oder Fremdprotokolle.

Bei der Auswertung derartiger Daten sind im Spannungsfeld statistisch-operationalisierender auf der einen und hermeneutisch-ideographischer Ansätze auf der anderen Seite ebenso vielfältige wie gegensätzliche Zugangsweisen entwickelt worden. Nach Jahren der Polarisierung ihrer Gegensätzlichkeiten entspricht es dem derzeitigen Stand der Forschung, die grundsätzliche Verschiedenheit dieser Ansätze zu akzeptieren und als einander ergänzend zu verstehen. Diese Ergänzung ist TRESS zufolge erst auf höherer Ebene in der Passung der Ergebnisse zu erwarten. Als Vermittler zwischen beiden Polaritäten entwickelt Tress das Konzept der *sozialempirischen Marker*: „Damit sind operational leicht zu erhebende, ‘harte’ Daten gemeint, die mit typischen zwischenmenschlichen Situationen hoch korrelieren, ohne deren lebensgeschichtliche Bedeutung auch selbst zu symbolisieren“ (1994, S.50).

3.2.2 Die Entwicklung der psychotherapeutischen Prozeßauswertungsverfahren: historische Aspekte

Die Frühphase der Psychotherapieforschung ist vor allem gekennzeichnet durch die hermeneutische Präsentation von Einzelfällen. Dieses Vorgehen, anhand von abstrahierten und verdichteten Kasuistiken zu theoretischen Schlußfolgerungen zu gelangen, fußt auf den großartigen Krankengeschichten FREUDS. Allerdings generiert dieses Verfahren eher Hypothesen, als daß es zu deren Prüfung beiträgt. „Die kasuistische Darstellung ist deshalb wohl geeignet, die Argumentation des Autors zu illustrieren, nicht aber, sie zu beweisen.“ (FALLER 1994, S.17). Die systematische Dokumentation erfolgreich therapierter Fälle erbringt in der Anfangsphase der Psychotherapie vor allem die Etablierung nach außen und die Stabilisierung nach innen. Heute gewinnt die kasuistische Forschungstradition von neuem Bedeutung bei der Entwicklung von grundlegenden Forschungsmethodologien.

Mit EYSENCKS provokativer Gleichstellung der Wirksamkeit von Psychotherapie mit sogenannten Spontanremissionsraten (1952, 1966, nach KORDY und KÄCHELE 1996) setzt in den fünfziger Jahren eine Phase der quantifizierenden Legitimationsforschung

ein, die sich unter anderem des psychologischen Methodeninventars bedient. Diese intensive Forschung nach Therapieergebnissen bringt vor allem die Legitimation psychotherapeutischer Behandlungen gegenüber den Krankenversicherungsträgern ein. Die Vielzahl systematischer Untersuchungen mit großen Fallzahlen (z.B. *Menninger-Studie*, DÜHRSENS *Katamnesestudie* 1962, nach RUDOLF 1996) läßt die These EYSENCKS inzwischen als widerlegt betrachten, führt aber gleichzeitig zum nächsten Forschungsinteresse: Welche Therapieform zeichnet sich durch die beste Wirksamkeit aus?

Es folgen aufwendige Therapievergleichsstudien, die etwa bis Mitte der achtziger Jahre vorangetrieben werden. Erstaunlicherweise ergeben sich jedoch für alle der untersuchten Therapieformen ähnliche Ergebnisquoten, die somit wiederum lediglich als Nachweis der Wirksamkeit von Psychotherapie insgesamt gelten können. Eine Antwort auf die Frage nach der überlegenen Therapie ergeben diese Studien nicht. Offenbar ist das gewählte gruppenstatistische und metanalytisch-quantifizierende Methodeninventar zu grob gerastert, um spezifische Wirkungen im therapeutischen Prozeß differenziert zu erfassen: Indem „eine bloß quantifizierende empirische Forschung...nur dasjenige erfassen kann, was objektivierend meßbar ist, droht sie das Wesentliche zu verfehlen“ (FALLER 1994, S.18).

Dies führt am Beginn der neunziger Jahre zu einer Neuformulierung der zu untersuchenden Frage: „Welche Behandlungsmaßnahme durch wen, zu welchem Zeitpunkt, führt bei diesem Individuum mit diesem spezifischen Problem unter welchen Bedingungen zu welchem Ergebnis in welcher Zeit?“ (KORDY und KÄCHELE 1996).

Die Komplexität dieser Frage beinhaltet, neben dem bloßen Therapieeffekt auch die Einflußparameter der Forschungssituation zu untersuchen. Indem nun neben dem Patienten auch die Person des Therapeuten und die therapeutische Beziehung selbst beforscht wird, rüttelt diese Neuorientierung am bis dahin außer Frage gestandenen *Uniformitätsmythos* (KIESLER 1966, nach LANGENBERG, FROMMER und TRESS, 1995b). Vor allem aber ist jetzt die zeitliche Dimension in die Diskussion mit eingeschlossen. Im Bereich der Grundlagenforschung verlagert sich die Aufmerksamkeit daher zunehmend auf die Feinanalyse psychotherapeutischer Prozesse.

Hierzu sind unterschiedliche Zugangsweisen denkbar, zum einen mit einer engmaschigen Erhebung persönlichkeits- und symptomorientierter Meßdaten, zum anderen durch eine systematische verlaufsorientierte Abbildung relevanter Therapieereignisse. Schließlich ist die Erfassung und Beschreibung von Ereignissen mit dem Methodeninventar der qualitativen Sozialforschung möglich, wie dies im Rahmen dieser Arbeit geschieht.

Namhafte empirische Forscher empfehlen zunächst eine Rückkehr zu möglichst differenzierten, empirisch fundierten Einzelfallanalysen (GRAW 1988, TRESS und FISCHER 1990, TRESS 1994, FALLER 1994, KORDY und KÄCHELE 1996): „In dieser neuen Art der Darstellung hat das Material das Wort - nicht der Therapeut“ (SPENCE 1989, S.305, zit.

nach FALLER 1994, S.17). Durch die Anwendung verschiedener prozeßanalytischer Methoden auf möglichst denselben Fall sollen diese hinsichtlich ihrer Aussagefähigkeit erprobt werden, um letztlich durch Fallvergleiche zu verallgemeinernden Aussagen zu gelangen. Ein solches Projekt ist beispielweise der internationale Forschungsverbund *Psychotherapeutische Einzel- und Prozeßanalyse (PEP)*, in dem Kurztherapien aus unterschiedlichen Forschungsperspektiven differenziert beschrieben werden.

3.2.3 Der gegenwärtige Stand der psychotherapeutischen Prozeßforschung: Darstellung ausgewählter Verfahren

Seit den neunziger Jahren ist somit eine zunehmende Pluralisierung der Forschungsansätze zu verzeichnen, denen gemeinsam ist, daß sie zunächst auf die therapeutische Beziehung abzielen. Dies geschieht unter der Vorstellung, daß hier ungelöste Konflikte der Vergangenheit als repetitive Verhaltensmuster aktualisiert werden. „In der Beziehung zum Therapeuten stellt sich das Problem des Patienten dar“ (FALLER 1994, S.22). Sie erst schafft die Basis für die therapiebedingten Veränderungen.

Auf der Basis einer positiven therapeutischen Beziehung werden in der einzelnen Sitzung Wirkungen erzielt, die zu Mikroergebnissen in der Befindlichkeit des Patienten führen. Diese beeinflussen wiederum positiv die therapeutische Beziehung, auf deren Boden so in späteren Sitzungen weitere Mikroergebnisse möglich werden. Im Gesamtverlauf einer Psychotherapie fügen sich die Mikroperspektiven akkumulativ zu Makroergebnissen zusammen. In diesem theoretischen Bezugsrahmen werden Therapieverlauf und -ergebnis als ein System von rückgekoppelten Mikroergebnissen aus den einzelnen Sitzungen verstanden. In diesem Kontext haben ORLINSKY und HOWARD aus einer Vielzahl von Einzelergebnissen im Zusammenhang mit Therapieprozessen und -ergebnissen das *Generic Model of Psychotherapy* entwickelt (1986, nach KORDY und KÄCHELE 1996). Untersucht werden kurze Episoden einzelner Therapiesitzungen auf Mikroprozesse hin. Wie der Übergang zum Therapieergebnis, zur Makroperspektive, theoretisch faßbar ist, ist derzeit noch ungeklärt.

Mit erstaunlicher Konvergenz bemühen sich mehrere Methoden um die Identifikation der sich innerhalb einer Therapie wiederholenden maladaptiven Beziehungsmuster (STRUPP und BINDER, LUBORSKY, BENJAMIN, HOFFMANN und GILL, HOROWITZ, BUCCI, WEISS und SAMPSON, nach HILDENBRAND et al. 1994). Beispielhaft sei an dieser Stelle auf die *Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens SASB* (BENJAMIN 1974, nach HARTKAMP 1994) eingegangen. Diese theorienunabhängige und nah am klinischen Geschehen arbeitende Methode stellt einen häufig verwendeten Ansatz dar. Hierbei wird soziale Interaktion dreidimensional abgebildet: Eine Achse steht für Zuneigung - Abneigung, eine weitere für die Kontrolldimension und die dritte schließlich für den Aufmerksamkeitsfokus der Interaktion.

Auch das Modell von FISCHER hat die Beforschung kleiner Therapieschritte im Blick. „Über lange Zeit hinweg können Veränderungen sich in kleinen, kaum merklichen

Schritten abspielen, meist nach vorn und wieder zurück“ schreibt FISCHER (1994, S.339). Dabei geht er von einem *dialektischen Veränderungsmodell* für die Heuristik des therapeutischen Prozesses aus (1989). Dieses qualitative Forschungsmodell versucht, „zwischen den aktuellen Beschwerden und Erlebniskonfigurationen des Patienten, seinen tiefenseelischen Kontrollmechanismen, seinem unbewußten Konflikt und lebensgeschichtlichen Ereignissen eine Beziehung interner Notwendigkeit (...) herzustellen“ (FISCHER 1994, S.332).

Erkenntnistheoretisch beginnt dieser Forschungsansatz mit einer „Oberflächenanalyse“ (FISCHER 1994, S.335) der Beschwerden, d.h. beim Ergebnis der Konfliktverarbeitung. Die sorgfältige phänomenologische Beschreibung von Erlebniszuständen und Stimmungslagen liefert ein systematisches Abbild der Persönlichkeitsorganisation des Patienten. FISCHER geht davon aus, daß sich Konflikte sowohl mikroskopisch innerhalb, als auch makroskopisch zwischen den Erlebniszuständen des Patienten abspielen. Aus dem sich ergebenden System von Einzelkonflikten wird in Forschungsgruppen der *Grundkonflikt* des Patienten formuliert. Die Formulierung erfolgt zunächst entlang der sprachlichen Ausdrucksweise des Patienten. Mit Hilfe seiner Lebensgeschichte läßt sich sodann die Tiefenstruktur des Konfliktes auf metapsychologischer Ebene erschließen.

Durch die Suche passender Formulierungen aus der Begriffswelt des Patienten, „die einen plausiblen positiven Kontrast zur Ausgangslage bilden“ (FISCHER 1994, S.340) ist sodann zu einem *Grundriß des psychoanalytischen Prozesses* zu gelangen. Innerhalb dieses logischen Schemas, das Fischer in Form eines Kräfteparallelogramms aufbaut, findet im Therapieverlauf die *Aufhebung* des Grundkonfliktes in kleinen Schritten statt. Auf verschiedenen Stufen wird dabei der Konflikt durchgespielt und eine dialektische Vermittlung gefunden. Die Stufenübergänge innerhalb der Therapie werden jeweils durch Dekonstruktion vorbereitet und durch Neukonstruktion des Konfliktes auf einer *Metastufe* bewirkt. Fischer spricht von *Akkomodation*, wenn es gelingt, ehemals unüberbrückbare Widersprüche in der Vorstellung dialektisch zu vereinbaren.

Die dargestellten Modelle gehen jeweils von der mikroperspektivischen Analyse einzelner Therapiesitzungen zur Erfassung des therapeutischen Prozesses aus. Mit dieser Blickrichtung stehen sie dem Design der Einzelfallanalyse im Rahmen der hier vorgelegten Arbeit nahe.

4 Unbewußte Affekte, Konflikte und Phantasien bei psychosomatischen Patienten: Das Alexithymieproblem

4.1 Vorbemerkungen

Psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinn stehen im Spannungsfeld zweier unterschiedlicher medizinischer Zugangsweisen. Als physische Krankheiten mit zum Teil beträchtlichen Organdestruktionen gehören sie in den Bereich der somatischen Medizin, die sich dem Problem mit naturwissenschaftlicher Methodik nähert. Der psychoanalytische Zugang dagegen versteht die körperlichen Erscheinungen als Resultate von unbewußten Beziehungskonflikten, die aus der individuellen Lebensgeschichte des Patienten verstanden und aufgearbeitet werden können. Von diesem Standpunkt aus ergab und ergibt sich die Notwendigkeit für psychoanalytische Konzepte, die die Lücke zwischen der körperlichen und seelischen Seite psychosomatischer Erkrankungen zu schließen versuchen (ZEPF 1986a).

Nachdem psychosomatische Erkrankungen zuvor lange Zeit neurosepsychologisch erklärt wurden (vgl. ZEPF 1986a, v. RAD und ZEPF 1990), führten die unter den Begriffen *Alexithymie* (SIFNEOS 1973, nach ZEPF und GATTIG 1986), *psychosomatisches Phänomen* (STEPHANOS 1979, nach ZEPF und GATTIG 1986) oder *la pensée opératoire* (MARTY und DE M'UZAN 1978, nach v. RAD und ZEPF 1990) beschriebenen Phänomene zu neuen Erklärungsansätzen, die von der Formulierung einer spezifischen psychosomatischen Persönlichkeit ausgehen. Im Kern stellt sich das Problem der Patienten als „Phantasieschwäche, die geringe Fähigkeit zum verbalen Gefühlsausdruck sowie die soziale Überangepasstheit“ dar (v. RAD und ZEPF 1990, S.83). Der Körpersymptomatik wird in diesem Zusammenhang eine affektiv-kommunizierende Funktion zugeschrieben (vgl. TRESS 1994, KÜCHENHOFF und AHRENS 1997). Charakteristisch für die neueren Erklärungsmodelle ist, daß in der Primärsozialisation der Erkrankten eine „überfürsorgliche und/oder offen zurückweisende Mutter ausgemacht werden kann“ (ZEPF 1986b, S.140). Im Rahmen der Alexithymiediskussion wurden nahezu alle bestehenden Konzepte psychosomatischer Krankheitsbildung eingehend und kritisch erörtert (z. B. INDEFREY 1986, HARTKAMP 1986a, 1986b, KRUSE 1986, HARTMANN 1986, v. RAD und ZEPF 1990, KÜCHENHOFF und AHRENS 1997). Zusammenfassend merkt ZEPF resignativ an, daß sie „allesamt oberhalb des psychosomatischen Symptoms enden“

(1986a, S.5). Für die Alexithymiekonzepte gilt, daß sie insbesondere Fragen zur Spezifität des alexithymen Verhaltens, seiner Interpretation als Abwehrleistung oder Entwicklungsdefizit, als persönlichkeitsstrukturelle oder beziehungsspezifische Symptomatik offen lassen (ALBERTI 1986, ZEPF und GATTIG 1986, BAUR-MORLOK 1986, ZEPF 1986b, v. RAD und ZEPF 1990).

Zur Darstellung der Persönlichkeitsstruktur bei psychosomatischen Erkrankungen haben die relativ einheitlich beschriebenen Befunde bei *Colitis ulcerosa* maßgeblich beigetragen, wenngleich auch sie nicht als spezifisch für diese Krankheit angesehen werden können. Da in der vorliegenden Arbeit ein Fall von *Colitis ulcerosa* analysiert wird, soll vor der Alexithymieproblematik zunächst dieses Krankheitsbild dargestellt werden.

4.2 Beschreibung eines psychosomatischen Krankheitsbildes - die *Colitis ulcerosa*

Colitis ulcerosa ist eine unspezifische, entzündliche, ulzerative Erkrankung des Colons mit tendenziell proximaler Ausbreitung. Differentialdiagnostisch muß vor allem an Enteritis regionalis Crohn, Colon irritabile, infektiöse Colitis, Amyloidose, Diverticulitis, Laxanzienabusus und Tumorerkrankungen gedacht werden. Der meist schleichende Beginn und die Neigung der Patienten zur Dissimulation verzögern vielfach die Diagnostik. Die körperlichen Leitsymptome sind schleimig-blutiger Stuhl, Diarrhoe, Ulzeration, Schrumpfung und Stenosierung. Als gefürchtete gastroenterologische Komplikationen gelten Perforation, massive Hämorrhagie, narbige Striktur, toxisches Megakolon sowie bei ausgedehntem Befall und jahrzehntelanger Veraufsdauer eine erhöhte Karzinomgefahr (ROSIEN und GOEBELL 1996). Extraintestinal werden vor allem kutane (Pyoderma gangraenosum, Erythema nodosum) polyarthritische, hepatische (Hepatitis, Cholestase-Syndrom, Cholangitis), ophthalmologische (Episkleritis, Iridozyklitis) und kardiale Komplikationen (Myokarditis) beschrieben. Auf psychischer Ebene bestehen die durch den Blutverlust mitverursachte Müdigkeit, Inappetenz, Lethargie, Angst und Depressivität bis hin zu Suizidgedanken. Psychosozial lassen sich daher häufig Arbeits-, Beziehungs- und Sexualstörungen sowie sozialer Rückzug finden.

Die Ausprägung der Symptome ist nach TRUELOVE und WITTS in Abhängigkeit von der Ausdehnung und Schwere des Colonbefalls eingeteilt in: *Grad 0* (Remission), *Grad I* (milde Aktivität, wenig beeinträchtigtes Allgemeinbefinden, hämorrhagische Proktitis oft ohne Diarrhoe), *Grad II* (mäßige Aktivität, Reduktion des Allgemeinzustandes, ausgedehnte Kolitis mit massiven Diarrhoen, Gewichtsverlust und Fieber) und *Grad III* (schwere Aktivität, fulminant-toxisches Krankheitsbild, toxisches Megakolon). Weiterhin werden eine akute, eine chronisch kontinuierliche und eine chronisch rezidivierende Verlaufsform unterschieden. Die letztere stellt die häufigste Form dar (ROSIEN und GOEBELL 1996).

Die Krankheit tritt überwiegend in der zweiten bis vierten Lebensdekade auf. Die Angaben zur Häufigkeit schwanken zwischen 5 und 10 Patienten in Mittel- und Westeuropa und 50 bis 100 Patienten in den USA, jeweils bezogen auf 10 000 Krankenhaus-aufnahmen (FEIEREIS und JANTSCHKEK 1996). Im Rahmen des *Mannheimer Kohortenprojektes* wird von TRESS et al. (1996) aufgrund von subjektiven Angaben gegenüber psychotherapeutischen Interviewern für die erwachsene Allgemeinbevölkerung eine Punktprävalenz von 0,3 für Männer und von 0,6 für Frauen ermittelt. Die jährliche Erkrankungs-ziffer in Westeuropa liegt nach FEIEREIS und JANTSCHKEK (1996) zwischen 2 und 9 pro 100 000 Einwohner. SCHREIBER und STANGE (1997) berichten einen steilen Inzidenzanstieg in den letzten Jahrzehnten.

Die diagnostische Abklärung erfolgt am sichersten koloskopisch und bioptisch, bei höhersitzenden Veränderungen auch radiologisch. Diagnostisch hinweisend sind koloskopisch sichtbare Rötungen, Ödeme, vermehrte Schleimhautvulnerabilität, aufgehobene Gefäßzeichnung, Granulation, Fibrinauflagerungen, Erosionen, Ulzera und Nekrosen. Histologisch erkennt man zusätzlich Infiltrationen des Stratum proprium mit neutrophilen Granulozyten, Plasmazellen und Lymphozyten, Mikroabszesse, Kryptenabszesse, Epithel- und Drüsenirregularitäten, Reduktion der Becherzellen, kleinzystische Kryptenabschnürungen und Ulzera (FEIEREIS und JANTSCHKEK 1996). Radiologisch fallen sägezahnähnliche Dickdarmkonturen, „Kragenknopfabszesse“, Haustrenverlust, das „Gartenschlauchphänomen“ und Pseudopolypen auf (EWE et al. 1992).

Da die Erhebung des psychischen Befundes im allgemeinen therapiebegleitend und fraktioniert erfolgen muß, ist die Abgrenzung der praemorbiden Persönlichkeit von den psychischen Reaktionen auf die Erkrankung schwierig. Diagnostisch ergeben sich jedoch Hinweise auf eine praemorbide „narzißtische, retardierte Persönlichkeit mit labilem Selbstwertgefühl, depressiv-zwanghaften Zügen, der Neigung zur Regression auf die frühkindlich-präödpale Entwicklungsstufe mit gehemmter Aggressivität, Abhängigkeit von einer nahen Bezugsperson und ausgeprägter Kränkbarkeit“ (FEIEREIS und JANTSCHKEK 1996, S.842). Weiterhin werden die im folgenden Kapitel ausführlich diskutierten alexithymen Verhaltensweisen beschrieben.

Die Prognose der Colitis ulcerosa ist für den *Grad I* als günstig einzuschätzen, für die *Grade II* und *III* wird sie sehr unterschiedlich beurteilt. FEIEREIS und JANTSCHKEK (1996) zitieren Letalitätsraten von 22% bis 40%, können jedoch in ihrem eigenen psychotherapeutisch behandelten Krankengut erheblich bessere Behandlungsergebnisse nachweisen. Die höchste Letalität scheint innerhalb eines Jahres nach der ersten klinischen Behandlung zu bestehen. Die schlechteste Prognose ergibt sich für Kinder.

Bei der unklaren Genese der Erkrankung ist eine Kausaltherapie zur Zeit nicht möglich. Über 60% der Patienten (*Grad I*) können ambulant behandelt werden, die *Grade II* und *III* machen meist eine stationäre Einleitung der Behandlung notwendig (EWE et al. 1992, FEIEREIS und JANTSCHKEK 1996). Medikamentös sind topische Installationen mit Salazo-

sulfapyridin oder 5-Aminosalizylsäure/Mesalazin die Mittel der ersten Wahl. Bei schweren Verläufen kommen Glucokortikoide zur Anwendung, in therapieresistenten Fällen auch systemisch. Erst in zweiter Linie kommen Azathioprin und 6-Mercaptopurin in Betracht, bei foudroyanten Verläufen auch eine chirurgische Intervention (ROSIEN und GOEBELL 1996, STANGE und SCHREIBER 1997).

Wegen der „kommunikative(n) Funktion der Erkrankung“ (KÜCHENHOFF und AHRENS 1997, S.389) kann eine frühzeitige Konfliktmobilisation die Körpersymptomatik akut verschlechtern. Begonnen wird daher zunächst mit Entspannungstherapie, um dem Patienten einen aktiven Einfluß auf seinen inneren Spannungszustand und auf die Gefühle der *Hilf- und Hoffnungslosigkeit* zu ermöglichen (ENGEL und SCHMALE 1978, nach FEIEREIS und JANTSCHKE 1996). Im Wege der Regression wird so überdies die nachfolgende Psychotherapie vorbereitet, die zunächst stützende Gespräche, nach und nach auch anamnestische Fragen einbezieht. Ziel dieser Kombinationsbehandlung ist die Angstreduktion und der Aufbau einer stabilen Arzt-Patienten-Beziehung, die nach ENGEL in der Übernahme der Funktion einer für den Patienten zentralen Figur liegt (1979, nach FEIEREIS und JANTSCHKE 1996). Im symptomarmen Intervall kann dann ein tiefenpsychologischer Zugang zu den psychodynamisch wirksamen Anteilen der Erkrankung gesucht werden. Hier haben sich kunsttherapeutische Ansätze, katathymes Bilderleben, sowie der nonverbale Zugang durch analytisch orientierte Musiktherapie bewährt (FEIEREIS und JANTSCHKE 1996, HUSE-KLEINSTOLL 1997). Der tiefenpsychologischen Therapie, evtl. in Kombination mit arbeits- und sozialtherapeutischen Maßnahmen, kommt auch die Funktion der Rezidivprophylaxe zu.

Ätiologie und Pathogenese sind noch weitgehend ungeklärt. Derzeit wird ein multikausales Geschehen mit autoimmunologischen, polygenetischen, vaskulären, infektiösen und psychischen Faktoren diskutiert. Aus internistischer Sicht wird vor allem von der „Entschlüsselung komplexer genetischer Defekte“ der entscheidende Aufschluß erwartet (STANGE und SCHREIBER 1997, S.C-1107). Auf die ätiologische Problematik psychoanalytischer Konzepte wurde bereits weiter oben eingegangen, auch hier ziehen einige Autoren in letzter Konsequenz genetische Faktoren für „den Sprung vom Seelischen ins Körperliche“ heran (FREUD 1957/58, zit. nach ZEPF 1986, S.3). Die Angabe vieler Patienten, vor Ausbruch der Erkrankung über einen langen Zeitraum an funktionellen Darmstörungen gelitten zu haben, wie sie auch für emotionale Belastungen bekannt und tierexperimentell bestätigt sind, legt unter anderem eine neurovegetative Genese nahe. HOFFMANN und HOCHAPFEL (1995) berichten überdies einen deutlichen Anstieg der Darmmotilität der Patienten beim Ansprechen von Abhängigkeits/Unabhängigkeitskonflikten. Als krankheits- bzw. rezidivauslösend gilt der reale, drohende oder phantasierte Verlust einer Schlüsselperson oder eines sozialen Bezugsrahmens. HEIGL-EVERS et al. sehen den Darm „als eine Art Substitut des Teilobjektes, dessen Verlust drohte“ (1997, S.94). Als Grundkonflikt für die Auslösung der Krankheit wird von KÜCHENHOFF und AHRENS (1997) ein Nähe-Distanz-Konflikt angeschul-

dig, bei dem sowohl allzu große Nähe als auch der Verlust der Schlüsselfigur als bedrohlich empfunden wird. HOFFMANN und HOCHAPFEL (1995) fassen den Grundkonflikt als unterdrückte Wut über die aus Angst aufrechterhaltene Abhängigkeit von einer Schlüsselperson zusammen. Mehrfach wurde der Versuch unternommen, aus typischen Persönlichkeitsmerkmalen, die im Zusammenhang mit Psychosomatosen gefunden wurden, eine psychosomatische Persönlichkeit zu konzeptionieren. Diese Konzepte werden im folgenden Kapitel diskutiert.

4.3 Das Alexithymieproblem

Die von FREUD zur Erklärung körperlicher Symptome entwickelten Modelle der *Konversion* und der *Angstneurose* (nach ZEPF 1986a) führten lange Zeit zu einem weitgehend neurosepsychologischen Verständnis der Psychosomatosen. Die Erhebung von *Alexithymiebefunden* löste dann die Kontroverse um eine mit dem psychoanalytischen Strukturmodell nicht adäquat zu fassende eigenständige psychosomatische Persönlichkeit aus.

Bereits 1948 faßt RUESCH die wesentlichen alexithymen Verhaltenszüge („deficiency in the discrimination of cues; paucity of cues“, „conformance to standards either prescribed by the culture, by the family, or by certain persons“, „close symbiosis with other persons“ und „breakdown...through separation from the source of dependency“, zit. nach ALBERTI 1986, S.9) im Begriff der *infantile personality* zusammen und ordnet sie den Psychosomatosen zu. Sein Erklärungsmodell, das über lange Zeit wenig beachtet blieb, bedient sich analytischer und lerntheoretischer Begriffe. Das Fehlen einer bedingungslosen Liebe in der Primärsozialisation führt nach RUESCH zu einer Entwicklungshemmung des Selbstausdruckes, der beim Kind dreischrittig vom Organausdruck über den Handlungsausdruck bis zum symbolischen Ausdruck von Affekten und Konflikten aufgebaut werde. Aus der Hemmung der Progression auf einer dieser Stufen ergibt sich in diesem System die Disposition zu bestimmten Krankheiten. Beim psychosomatisch Kranken liegt die Blockade auf der Ebene des Organausdruckes, wodurch eine Spannungsabfuhr nur körperlich möglich ist. Die Wahrnehmungs-, Denk- und Idealbildungsfunktionen bleiben auf dem Stand eines Kleinkindes. Die Probleme dieses Konzeptes werden von ALBERTI eingehend aufgearbeitet (1986).

Auch die Vertreter der französischen psychosomatischen Schule (FAIN und MARTY 1964, DE M'UZAN und DAVID 1960, NEMIAH und SIFNEOS 1970, STEPHANOS 1979, nach v. RAD und ZEPF 1990) halten die unter den Begriffen *psychosomatisches Phänomen* oder *Alexithymie* beschriebenen Befunde für Defekte, die sie aber in einen anderen Begriffszusammenhang stellen als zuvor RUESCH. Als linguistisch definiertes Kernmerkmal gilt hier *la pensée opératoire*, eine logisch-kausale, ganz in der Realität angesiedelte, von den innerpsychischen Objektrepräsentanzen abgekoppelte Denkweise (v. RAD und ZEPF 1990). Sie kann durchaus mit hoher Intelligenz assoziiert sein. Damit verge-

sellschaftet ist ein Mangel an unbewußten Phantasien, der auch eine geringe Erinnerungsfähigkeit für Träume einschließt (ZEPF und GATTIG 1986). Als *langage dévitalisé* bezeichnen die französischen Autoren eine unpersönliche und allgemeingültige sprachliche Ausdrucksweise, die arm an Symbolen und privaten Konnotationen erscheint. „Der Patient erzählt sozusagen seinen Lebenslauf, in dem er selbst jedoch nicht als Person vorkommt“ schreiben ZEPF und GATTIG (1986, S.75 f.). SIFNEOS (1975, nach v. RAD und ZEPF 1990) hält dafür, daß bei psychosomatischen Patienten nicht der Ausdruck eines Gefühls, sondern nur dessen physische Begleiterscheinungen bewußtseinsfähig seien. Gleichfalls versachlicht (*relation blanche*) erscheint das Gefühl für den eigenen Körper, dessen oft schwerwiegende Erkrankung „mit einer Art stoischer Unbeteiligtheit ertragen wird“ (ebd., S.85). Die Art und Weise der Objektwahrnehmung psychosomatisch Kranker bezeichnet der Begriff *réduplication projective*. Die Objekte werden „nur nach dem Muster des eigenen, weitgehend undifferenzierten Selbstbildes“ wahrgenommen (ebd.). Einen weiteren typischen Verhaltenszug stellt die soziale Überangepaßtheit oder pseudonormale Unauffälligkeit dar.

Nach einem ersten Erklärungsversuch auf der Grundlage des FREUD'schen topographischen Modells, demzufolge das operative Denken „einer durch das Fehlen des Vorbewußten bedingten Diskontinuität von Bewußtem und Unbewußtem“ entspringt (ZEPF und GATTIG 1986, S.76), folgt bei den Autoren der französischen Schule ein auf der Lebens- und Todestrieb-Hypothese FREUDS fußender Ansatz. Dieses Modell erklärt das operative Denken als Reifungsstörung des psychischen Apparates mit fehlender Symbolisierungsfähigkeit. Diese bestehe aufgrund einer durch die Primärsozialisation nicht ausgleichbaren konstitutionellen Schwäche des *Eros*, der unter anderem die Symbolisierungsfähigkeit für primär triebhafte Ziele steuere. Durch dessen Wechselspiel mit dem *Thanatos* seien alle Entwicklungsprozesse des Individuums bestimmt. Das kurzzeitige Überwiegen des *Thanatos* im Säuglingsalter wird für die Ausbildung von *psychosomatischen Fixierungsmechanismen* verantwortlich gemacht, die als Praedilektionsstellen für die spätere Körpersymptomatik verstanden werden können. Zur theoretischen Begründung ist mit ZEPF und GATTIG (1986) und v. RAD und ZEPF (1990) unter anderem anzumerken, daß schon für FREUD selbst die Lebens- und Todestrieb-Hypothese spekulativen Charakter hatte.

Diese Beschreibungen des alexithymen Symptomenkomplexes haben eine Diskussion zu seiner ätiologischen Zuordnung in Gang gesetzt, die bis heute nicht abgeschlossen ist. Einer der zentralen konzeptionellen Unterschiede besteht darin, das Alexithymieproblem als Abwehrleistung oder als Persönlichkeitsdefizit einzustufen.

Da die psychosomatische Theorie von ENGEL und SCHMALE eine Erweiterung des Konversionsmodells darstellt, hat die Diskussion der Alexithymiesymptome darin keinen eigenen Ort. Jedoch kommt in dieser Theorie der Bedeutung einer Schlüsselfigur in der Primärsozialisation und dem tatsächlichen oder phantasierten Objektverlust bei der Krankheitsauslösung eine tragende Rolle zu. Die im Rahmen der Alexithymiediskussi-

on beschriebene affektive Undifferenziertheit spiegelt sich hier in den Affekten der *Hilf- und Hoffnungslosigkeit* wider (1964, nach HARTKAMP 1986b). Diese Affekte sind „als Beitrag zum Auftreten einer somatischen Erkrankung anzusehen und auch das nur dann, wenn die prädisponierenden Faktoren vorhanden sind“ (ENGEL 1954, zit. nach HARTKAMP 1986b, S.51). Nach HARTKAMP (ebd., S.53) sind dies „vergleichsweise undifferenzierte Affekte“, die mit Autonomieverlust einhergehen und „entwicklungspsychologisch frühen Stadien der Individualentwicklung“ zuzuordnen sind (ebd., S.50). Das Konzept von ENGEL und SCHMALE wird bei v. RAD und ZEPF (1990) sowie bei HARTKAMP (1986b) einer kritischen Betrachtung unterzogen.

Durch die Diskussion des Alexithymieproblems vor dem Hintergrund neuerer Theorien z. B. JACOBSONS, MAHLERS, KERNBERGS und KOHUTS (vgl. v. RAD und ZEPF 1990) ergeben sich neue Begründungsschwerpunkte. Diese Ansätze gehen davon aus, daß in der Primärsozialisation psychosomatisch Kranker ein Verhalten vorherrscht, das durch mütterliche Überfürsorge oder Zurückweisung oder beide Verhaltensweisen gemeinsam gekennzeichnet ist und damit beim Patienten einen Nähe-/Distanz-Konflikt verursacht. Die psychoanalytische Deutung zielt hier auf eine Mutter mit eigenen narzißtischen Konflikten ab, die das Kind als einen abzuwehrenden Teil ihrer selbst erlebt und es dabei einmal überfürsorglich einengt, ein andermal zurückweist. Im Sinne KOHUTS wird das Kind zu einem *Selbst-Objekt*, das keine „von Objekten abgegrenzten Selbstrepräsentanzen“ entwickeln kann (1980, zit. nach v. RAD und ZEPF 1990, S.86).

Auf dieser Basis können weder der eigene Körper noch eigene Gefühle anders erlebt werden als nach dem mütterlichen Beziehungsangebot. Dies erklärt sowohl die mangelnde Differenzierungsfähigkeit für Gefühle, in der nur eine allgemeine Unterscheidung von Wohl- und Mißbehagen vorherrscht, als auch den Umgang des Patienten mit seinem Körper, dessen Störungen einerseits sorgfältig überwacht, deren Bedrohlichkeit andererseits jedoch oft mißachtet wird. Anstelle symbolischer Repräsentanzen, deren Entwicklung gehemmt erscheint, besteht die Abhängigkeit von äußeren Bezugspersonen, an deren Normen sich die Patienten übernormal anpassen. Die Patienten stehen im ständigen Spannungsfeld zwischen Verschmelzung und Objektverlust, wodurch „die mühsame und permanente Bemühung um einen optimalen Nähe-Abstand zur Schlüsselperson verständlich“ wird (v. RAD und ZEPF 1990, S.88). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach der Rolle der Abwehrmechanismen. Da den Körpersymptomen häufig der Symbolcharakter im Sinne von Verdrängungsmechanismen fehlt, kommen nur undifferenzierte frühe Abwehrformen in Frage. Die Schwierigkeiten dieses Begründungsversuchs der Alexithymie liegen nach ZEPF darin, daß die herangezogenen Arbeiten „nicht problemlos miteinander kompatibel“ sind (1986b, S.140).

Einen völlig anderen Standpunkt nimmt CREMERIUS (1977, nach BAUR-MORLOK 1986) zum Alexithymieproblem ein. Er führt es zurück auf ein Untersuchungsartefakt, das zum einen durch die Gegenübertragung, zum anderen durch einen unterschichtspezifischen restriktiven Sprachcode im ausgewählten Krankengut entstanden sei.

Dagegen geht die Position KUTTERS zum Alexithymieproblem wiederum von einer spezifischen alexithymen Charakterstruktur aus (1981, nach BAUR-MORLOK 1986). KUTTER deutet diese jedoch nicht als Defizit, sondern als ersten Teil einer zweischrittigen Abwehroperation, deren zweiter Teil die psychosomatische Körpersymptomatik sei. Hier ergeben sich Analogien zu MITSCHERLICH (1967, nach KRUSE 1986). Die schädigende Primärsozialisation führe auf der Ebene der Selbst-, Objekt- und Körperrepräsentanzen zu frühen Ich- und Überich-Konflikten, die primitive, vorsprachliche *Emotiophantasien* mitsamt den dazugehörigen körperlichen Reaktionen aktivierten. Diese undifferenziierten und bedrohlichen Phantasien werden nun in der alexithymen Charakterstruktur abgewehrt. Der so entstehende latente Affektstau führt auf Dauer zur Energieverarmung des Ich, in deren Gefolge sich diese Abwehrfunktion erschöpft. Schließlich ist zur Abwehr eine erneute Bindung der massiv freigewordenen Emotionen in die körperliche Störung erforderlich. Die in diesem Modell vorausgesetzte psychophysische Einheit, auf der die Verbindung zwischen klassischen und neueren psychoanalytischen Theoriebildungen (BALINT, WINNICOTT, KLEIN) aufbaut, wird von BAUR-MORLOK kritisch beleuchtet (1986).

Der Erklärungsversuch KUTTERS wird von ZEPF (1986b) zurückgewiesen. Sein linguistisch gefärbtes Konzept orientiert sich eng an den Befunden der französischen Autoren, mit deren Erklärungsmodellen es jedoch nicht übereinstimmt. Als zusätzliche Befunde betont Zepf die Aggressionsgehemmtheit und die narzißtischen Objektbeziehungen psychosomatisch Kranker. Ein defizitäres Selbstwertgefühl bindet die Patienten in symbiotischer Weise an eine Schlüsselfigur, mit deren Hilfe sie sich abzusichern suchten im Sinne eines *Hilfs-Ichs*. So erklärt sich die extreme Abhängigkeit der Patienten von der Harmonie in dieser Beziehung.

Bei seinem Versuch, zwischen klassischen und neueren psychosomatischen Strukturtheorien zu vermitteln, stellt ZEPF die Alexithymiebefunde in den Begründungszusammenhang von LORENZERS *Theorie der Interaktionsformen*. Demzufolge schlägt sich das Beziehungsangebot einer Mutter an ihr Neugeborenen in diesem als Interaktionsformen nieder, denen auf der somatischen Ebene eine Zusammenschaltung und Fixierung der daran beteiligten Körperprozesse in sogenannten Interaktionsengrammen entspricht. Durch die Kombination mit der Sprache entstehen symbolische und bewußte Interaktionsformen, für deren Ausbildung ebenso wie auch für die Differenzierung des Triebbereichs ein breites und konstantes Interaktionsangebot der Mutter unerlässlich ist.

Die restriktive Sozialisationspraxis bei psychosomatisch Kranken verhindert nun ein solches Interaktionsangebot (ZEPF 1986b). Die diffuse Struktur unbewußter Phantasien oder auch KUTTERS Emotiophantasien erklären sich für ZEPF (1986b) als Folge des mangelhaft differenzierten Triebbereichs. Da die „sich herstellenden Interaktionsformen ... undifferenziert, ... vorsprachlich und unbewußt“ bleiben (v. RAD und ZEPF 1990, S.90), können sich auch bei der Aneignung der Sprache keine subjektiven Beziehungen zwischen Sprache und Interaktionsformen herstellen. In den emotional leeren

sprachlichen Ausdrucksformen („primären Zeichen“, v. RAD und ZEPF 1990, S.90) überwiegt der „öffentliche Bedeutungsraum“ (ZEPF 1986b, S.149). Von hier aus begreift ZEPF den gesamten psychosomatischen Merkmalskomplex als vorsprachliche Entwicklungsstörung mit der Folge einer fehlenden Differenzierung der Objektwelt und der davon als abhängig erlebten Spannungszustände. ZEPF entwirft mit LORENZER eine psychosomatische Persönlichkeitsstruktur mit einer „fehlenden Differenzierung zwischen den Objektrepräsentanzen und einer ebenso fehlenden Differenzierung von Selbst- und Objektrepräsentanzen, sowie einem Alternieren zwischen diffuser Geborgenheit und diffuser Verlassenheitsangst“ (ZEPF 1986b, S.143). Vor diesem Hintergrund lassen sich die symbiotischen Objektbeziehungen, die soziale Überangepaßtheit, die Bedeutung der Schlüsselfigur, die mangelnde Affektdifferenzierung und die Aggressionsgehemmtheit erklären.

Die Bedeutung des Objektverlustes für die Bildung der Körpersymptomatik liegt dann in einer Reaktualisierung undifferenzierter Körperspannungen aus frühkindlichen Trennungserlebnissen. Durch Verschiebung auf eigene Körperrepräsentanzen erhalten diese einen unbewußten Bedeutungszuwachs. Hier ergeben sich Anlehnungen an SCHUR, ENGEL und SCHMALE (HARTKAMP 1986a, 1986b). Da auch die körperlichen Funktionsabläufe der mangelnden Strukturierung durch Interaktionsengramme unterworfen sind, kommt es zu den pathophysiologischen Reaktionen. Die Frage nach der Organwahl wird in diesem Konzept allerdings nicht hinlänglich beantwortet.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die verschiedenen psychoanalytischen Konzeptionen das Alexithymieproblem bisher nicht abschließend zu klären vermögen. Auch aus empirischen Untersuchungen läßt sich bis heute weder eine Spezifität für psychosomatische Erkrankungen nachweisen noch widerlegen. Ebenso uneindeutig ist seine Interpretation als Mangel oder Abwehrleistung geblieben. V.RAD und ZEPF (1990) werfen in diesem Zusammenhang die Frage auf, ob Alexithymie als soziales Phänomen sich nur in sozialen Beziehungen manifestieren könne. Mit einem Methodeninventar, das vorsprachliche Gefühlsqualitäten in der therapeutischen Beziehung einzeln nachweisen und benennen kann, ließe sich ein erster Schritt zur Beantwortung der offenen Fragen tun. Dies soll in den folgenden Kapiteln anhand einer Einzelfallanalyse erprobt werden.

5 Material und Methodik

5.1 Die Resonanzkörperfunktion

Die analytisch orientierte Musiktherapie (LANGENBERG 1988) ist eine psychoanalytisch fundierte, dem Verständnis der neuen Musik folgende Behandlungsmethode in der Weiterentwicklung der Methoden PRIESTLEYS (1982, 1983) und ESCHENS (1983). Die Methode versteht sich als eigenständiges klinisches Psychotherapieverfahren (LANGENBERG 1997). In ihr wird die analytische Grundregel der freien Assoziation um die Möglichkeit der freien Improvisation im Ausdrucksmedium Musik erweitert. Die Grundinstruktion für diesen Begegnungsprozeß lautet in Anlehnung an die psychoanalytische Grundregel: „Wir spielen, was uns einfällt, lassen uns von dem in uns bestimmen, was nach Ausdruck drängt, auch wenn es uns unsinnig oder absurd erscheint.“ (LANGENBERG 1988, S.43). Der Patient befindet sich während der Improvisation in einem „tagtraumartigen Zustand“ (ESCHEN 1980, zit. nach Langenberg 1988, S.43), der ihm spielerisch Zugriff auf Un- oder Vorbewußtes gewährt. Die klingende Therapeuten-Patienten-Begegnung ist gewissermaßen eingebettet in ihre verbale Übersetzung in Form von freien Assoziationen vor, während und nach dem Spiel. Im anschließenden verbalen Teil der Therapie kann zumeist ein *Thema* für die jeweilige Sitzung gefunden werden.

Konkret bedeutet dies, daß der Patient innerhalb eines Einzel- oder Gruppensettings die Möglichkeit sowohl zur verbalen als auch zur klanglich-instrumentalen Beziehungsgestaltung zum Therapeuten erhält. Dazu geht er eine weitere wichtige Beziehung zum gewählten Instrument ein: Zur Wahl stehen Orff'sche Instrumente, Schlaginstrumente, Blas- und Saiteninstrumente sowie das Klavier. Diese sinnlich wahrnehmbaren Beziehungen drücken sich aus in der Herstellung eines hörbaren, einzigartigen und in jedem Falle gemeinsamen Produktes.

Die wahrnehmende Haltung des Therapeuten ist in dieser Situation einem menschlichen Musikinstrument vergleichbar, welches mitschwingt, innere Bilder wahrnimmt und zum Klingen bringt in der „persönliche(n) Resonanz auf die eigenen und die Klänge des anderen“ (LANGENBERG, FROMMER und TRESS 1992, S.5). Dieses Wahrnehmungsinstrument wird von LANGENBERG (1988) als *Resonanzkörperfunktion* bezeichnet.

LANGENBERG geht davon aus, „daß sich in der Darstellung der entstandenen Werke etwas Charakteristisches abbildet“ (1988, S.45), das sich auch einem Fremden mitteilt, der beim Anhören einer solchen Improvisation die oben beschriebene Resonanzkörper-

funktion einnimmt. In diesem Falle lautet die Instruktion: „Beschreiben Sie so freimütig wie möglich Ihre Eindrücke zur entstandenen Improvisation! Gefühle, Gedanken, Bilder, Geschichten - auch wenn sie Ihnen noch so ungeordnet erscheinen - können berichtet werden.“ (LANGENBERG, FROMMER und TRESS 1992, S.8). Weitere Informationen zum Fall oder zur Therapie erhält der Beschreiber nicht. Im Verbalisieren der sich beim Abhören einstellenden inneren Bilder, Gefühle und Phantasien entsteht ein schriftliches Abbild dessen, was durch die Musik transportiert wird. Das Behandlungsmodell wird damit zum Forschungsmodell.

5.2 Die qualitative Methodik zur Beschreibung und Interpretation musiktherapeutischer Behandlungswerke

In Weiterentwicklung des oben beschriebenen Ansatzes beziehen LANGENBERG, FROMMER und TRESS (1992), LANGENBERG, FROMMER et al. (1994), LANGENBERG, FROMMER und TRESS (1995b) und LANGENBERG, FROMMER und LANGENBACH (1996) Verfahren der qualitativen Sozialforschung ein. Die Forschungsmethodik übernimmt Elemente der *systematischen Perspektiven-Triangulation* (FLICK 1991a), der *Komparativen Kasuistik* (JÜTTEMANN 1990), des *offenen Kodierens* (STRAUSS 1987) und der *qualitativen Inhaltsanalyse* (MAYRING 1988).

Da die Methode vom subjektiven Erleben des Beschreibenden ausgeht, sind in einem Text, der mit Hilfe der Resonanzkörperfunktion gewonnen wird, neben Elementen, die eine Resonanz auf die ursprüngliche Behandlungssituation darstellen, auch Anteile zu erwarten, die nur mit der Person des jeweiligen Beschreibers zusammenhängen. Zur Verallgemeinerung solcher Daten bietet sich das Prinzip der *Triangulation* an. Dieses Verfahren ist von DENZIN (1970, nach FLICK 1991a) in die qualitative Forschung eingeführt worden als Validierungsstrategie. Trianguliert werden können in diesem Kontext unterschiedliche Bedingungen der Datenerhebung, unterschiedliche subjektive Beobachter, mehrere Theorien oder verschiedene Methoden bzw. Subskalen derselben. In neuerem Verständnis wird Triangulation nicht mehr als Mittel zur Validierung begriffen, sondern zur Verallgemeinerung und „Geltungsbegründung qualitativer Daten und Ergebnisse auch ohne Rückgriff auf quantitative Forschung“ (FLICK 1991a, S.433) benutzt. Grundlegend für die systematische Perspektiven-Triangulation ist eine möglichst vielschichtige Betrachtung des beforschten Gegenstandes durch qualitative „Forschungsperspektiven mit jeweils spezifischen methodischen Zugangsweisen und Gegenstandsverständnissen“ (Flick 1991a, S.433). Die Ergebnisse aus den verschiedenen Perspektiven lassen sich am analysierten Einzelfall aufeinander beziehen. Andererseits besteht die Möglichkeit, aus den Ergebnissen einer Perspektive auf mehrere Fälle Kategorien zu entwickeln, die sodann auf die andere Perspektive angewendet werden können mit dem Ziel, Analogien zu finden.

In dem hier vorgestellten Verfahren dienen als *off-line-Perspektiven* (MOSER 1991, nach LANGENBERG 1995b) mehrere vom Entstehungsprozeß der Improvisation unabhängige Hörer ohne Informationen zum konkreten Fall. Diese Perspektiven werden mit den reflektiven Beschreibungen der an der Musiktherapie beteiligten Therapeuten und Patienten (*on-line-Perspektiven*) und mit Struktur- und Verlaufsanalysen der Improvisation durch qualifizierte Musiker trianguliert. Auf diese Weise lassen sich intersubjektive Strukturmerkmale aus den Beschreibungen herausfiltern, die den Rückschluß zulassen, daß die Hörer tatsächlich als Resonanzkörper für die ursprüngliche Therapeuten-Patienten-Begegnung dienen (LANGENBERG, FROMMER und TRESS 1992, LANGENBERG, FROMMER et al. 1994).

Die Perspektiven werden von Therapeuten, Patienten und unabhängigen Beschreibern anschließend einer inhaltsanalytischen Auswertung unterzogen. Auf der Ebene des Einzelfalls (in diesem Falle des einzelnen Beschreibers) findet für jedes Protokoll eine Kodierung statt. Die hierzu verwendeten Strategien orientieren sich an der *qualitativen Inhaltsanalyse* (MAYRING 1983). Mehrfachaussagen werden ausgelassen. Textteile, die in anderen bereits abstrahierend enthalten sind, fallen durch Generalisation fort. Unverändert werden zentrale Inhalte zitiert (Selektion). Im Protokoll verstreute, inhaltlich jedoch zusammengehörige Aussagen, unterliegen einer Bündelung.

Weiterhin kommt das *offene Kodieren* (STRAUSS 1991) zur Anwendung. In diesem Verfahren geht es darum, kleine Textbausteine in interpretierender Weise iterativ nach Ähnlichkeiten zu befragen. Durch die wiederholte Frage nach Bedeutungszusammenhängen entstehen Gruppen von Textbausteinen. Diese werden zu Basiskategorien zusammengefaßt, indem sie eine Überschrift erhalten.

Die Auswertung auf der interindividuellen Ebene findet mit Hilfe der *Komparativen Kasuistik* (JÜTTEMANN 1990) statt. Diese „iterative Such- und Prüfstrategie zur Generierung von Hypothesen (...), die bei vergleichbaren Fällen als ‘Übereinstimmungen’ sichtbar werden“ (JÜTTEMANN 1990, S. 23) eignet sich besonders für Kleingruppenanalysen. Die Gruppenanalyse setzt differenzierte qualitative Einzelfallanalysen nach den Prinzipien von STRAUSS (1991) voraus. Durch spiralförmige Iteration der Analysen auf Einzelfall- und Komparationsebene gelangt die Methode zur Klassifikation überindividueller Phänomene.

Bei der *qualitativen Methodik zur Beschreibung und Interpretation musiktherapeutischer Behandlungswerke* wird jedes einzelne Protokoll zwei reduktiven Schritten mit jeweils unterschiedlichen „allgemeine(n) kategorialen Dimensionen“ unterworfen, die anhand eines prototypischen Einzelfalles entwickelt wurden (LANGENBERG, FROMMER und TRESS 1992, S.8). Der erste Schritt beinhaltet eine stichwortartige Reduktion und Gliederung in *Qualitäten* (LANGENBERG, FROMMER und TRESS 1992). Hier wird der Text seiner ursprünglichen Abfolge nach in inhaltliche und subjektiv-kommentierende Passagen strukturiert. Als *Qualität 1* gelten Textpassagen, die inhaltliche Strukturen be-

schreiben. Hierunter fallen auch phantasierte Bilder und Szenen, die den Prozeßcharakter der Improvisation oder deren Gestalt zu beschreiben versuchen. Protokollpassagen, die sich mit gefühlhaften Gedanken, Werten und Normen sowie abstrakten Reflexionen beschäftigen, werden der *Qualität 2* zugeordnet. Eine besondere Klassifizierung als *Qualität 2a* erfahren solche Textteile, die nicht der Beschreibung der Musik dienen, sondern vom Beschreiber in der Ich-Form „als Reaktion auf das Musikerleben“ gemeint sind (LANGENBERG, FROMMER und TRESS 1992, S.9). Da der Patient sein Protokoll unmittelbar nach der Therapiesitzung anfertigt, wird in diesem Falle keine *Qualität 2a* unterschieden. Die Strukturierung nach Qualitäten ergibt ein kartographisches Abbild des subjektiven Erlebnisprozesses jedes einzelnen Hörers.

Der zweite Auswertungsschritt beinhaltet die Suche nach thematischen Kategorien, sogenannten *Motiven* (LANGENBERG, FROMMER und TRESS 1992). Im Sinne MAYRINGS erfolgt zunächst eine weitere Reduktion des Textes unter thematischen Gesichtspunkten. Weiter werden nach STRAUSS „induktiv die im Text angesprochenen thematischen Bereiche vollständig in gebündelter Form notiert“ (LANGENBERG, FROMMER et al. 1994, S.9). Die so entstehenden Basiskategorien entsprechen Vorstufen der Motive.

In Anlehnung an das Verfahren der *Komparativen Kasuistik* werden nun sämtliche Beschreiberprotokolle iterativ nach Entsprechungen für jedes Motiv durchsucht und diese Entsprechungen tabellarisch einander zugeordnet. In diese Tabelle werden auch die Qualitäten mit aufgenommen, die die jeweiligen Zitate kategorisieren. Schließlich ergeben sich durch die Zuweisung je einer zitatnahen Überschrift für jede Gruppe die endgültigen Motive. Da die Auswertung in allen Schritten von der subjektiven Sicht der Beschreiber ausgeht, finden auch solche Motive in der Tabelle ihren Platz, die beispielsweise nur in einem Protokoll besetzt sind. Der grundsätzlich nicht vermeidbare subjektive Einfluß bei qualitativen Forschungsstrategien wird durch die ständige Überprüfung der Kodierungsvorgänge im *Gruppendiskussionsverfahren* (DREHER UND DREHER 1991) minimiert. Weiterhin wird die Kategorienfindung durch die Offenlegung aller Auswertungsschritte und der Materialtexte transparent gehalten.

5.3 Der untersuchte Fall

Die 30jährige Verwaltungsangestellte ist verheiratet und kinderlos. Sie stellt sich wegen eines abklingenden Schubes von Colitis ulcerosa, wegen depressiver Verstimmung und wegen Arbeitsstörungen vor. Seit etwa einem Jahrzehnt leidet sie an Colitis ulcerosa mit massiven Blutungen und Diarrhoen, regelhaft in der zweiten Tageshälfte auftretendem Scheitelkopfschmerz und Dyspareunie. Insgesamt werden fünf Colitis-Schübe berichtet. Weiterhin besteht seit der Kindheit eine fortschreitende Myopie, Strabismus convergens bei Zustand nach Schieloperation im Kindesalter sowie Zustand nach Netzhautablösung beiderseits vor elf Jahren. Schleichend haben sich im Verlauf von etwa fünf Jahren während der Colitis ulcerosa Depressionen entwickelt. Die Einleitung der

psychotherapeutischen Behandlung erfolgt durch den Sozialdienst des Arbeitgebers. Auslösend für die akute Zustandsverschlechterung sind Konflikte am Arbeitsplatz.

Im Kontakt ist die Patientin lebhaft und schwingungsfähig. Unerfreuliche oder ärgerliche Gesprächsinhalte übergeht sie regelmäßig mit Lachen. Gefühle wertet sie oft ab. Die depressive Verstimmung ist gekennzeichnet durch Freudlosigkeit und Interessenverlust. Tageszeitliche Schwankungen werden nicht berichtet.

In der Mutterbeziehung dominieren Identifikation und starkes Harmoniebedürfnis, das Ambivalenzen - beispielsweise auch das Bewußtsein für die Kontrolle durch die allgegenwärtige Mutter - nicht zuläßt. Die elterliche Ehe war mütterlicherseits von Anfang an unsicher und besteht inzwischen nicht mehr. Mit dem jüngeren Bruder verbindet die Patientin eine pseudoharmonische, dem Ursprung nach jedoch ambivalente und eifersuchtsgeprägte Beziehung. Vom Vater, der kinderlos bleiben wollte, fühlt sich die Patientin abgelehnt und abgewertet. Ähnlich erlebt sie ihre erste Partnerbeziehung, in der sie selbst eigene Kinder ablehnt. Hier bricht die Colitis ulcerosa erstmals aus. In ihrer Ehe werden Konflikte symbiotisch und pseudoharmonisch umgangen. Über die gewollte Kinderlosigkeit besteht beiderseitiges Einvernehmen. Im Kindergarten, in der Grundschule und im Gymnasium wiederholt sich die enge Bindung an eine Erzieherin bzw. Lehrerin.

Die Patientin wird sechs Monate lang halbstationär in der psychotherapeutischen Tagesklinik behandelt. Der Therapieplan beinhaltet insgesamt 45 Sitzungen Einzelmusiktherapie. Den Behandlungsverlauf dokumentieren die ungekürzten Vorher- und Nachher-Protokolle der Therapeutin im Anhang.

5.4 Das Design der Untersuchung

Das Forschungsdesign für die Untersuchung gibt Abbildung 1 wieder. Trianguliert werden insgesamt neun Perspektiven. Sechs davon stammen von therapieunabhängigen, unvoreingenommenen Beschreibern. Hinzu kommen die zwei abhängigen Perspektiven der Therapeutin und der Patientin. Die neunte stellt die strukturanalytische Musikerperspektive dar.

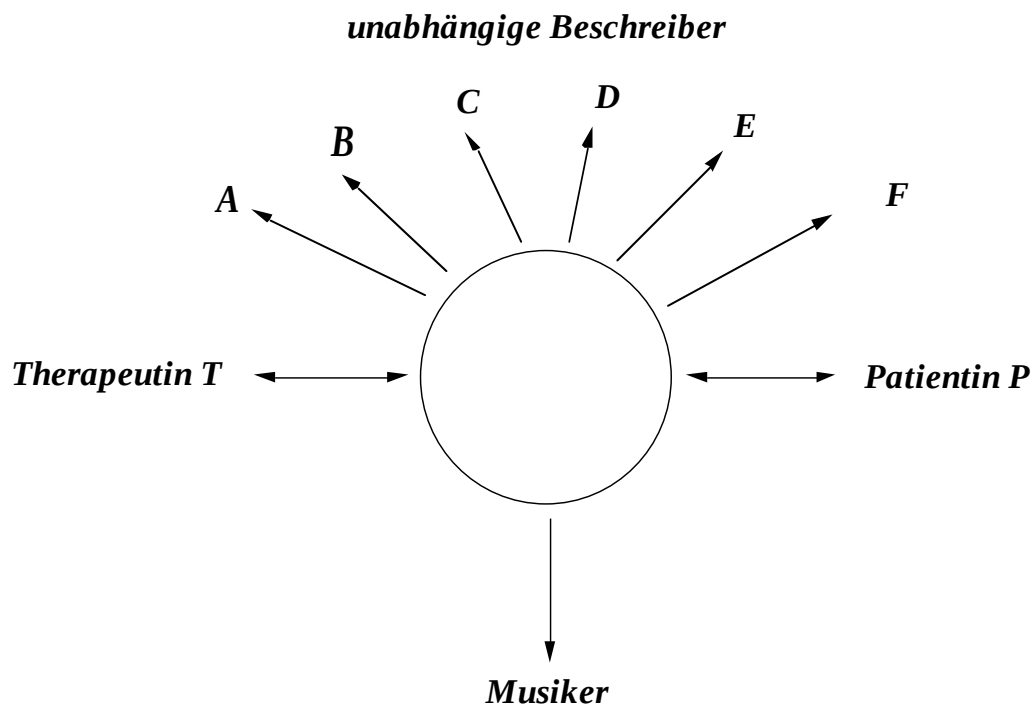


Abbildung 1: Design der Untersuchung

Konkret erhalten sechs Beschreiber einzeln je einen Tonträger, auf dem das musikalische Werk einer musiktherapeutischen Sitzung ohne deren verbale Anteile aufgezeichnet ist. Diese Personen stehen in keiner Verbindung zum Herstellungsprozeß der Improvisation. Sie werden gebeten, nach dem Anhören je eine Spontanbeschreibung unter der weiter oben zitierten Instruktion vorzunehmen.

Unter derselben Instruktion erstellt die Patientin eine Beschreibung direkt im Anschluß an die jeweilige musiktherapeutische Behandlung.

Die Therapeutin schreibt routinemäßig nach der Therapiesitzung ein Protokoll, das sie gliedert in „vor - während - nach der Improvisation“ (LANGENBERG, FROMMER und TRESS 1992, S.8). Von diesen Teilen wird im Rahmen dieses Forschungsdesigns der Während-Teil als Therapeutenperspektive analysiert. Die beiden anderen Teile werden als klinische Daten für die Diskussion herangezogen.

Eine weitere Perspektive stellt die Erhebung einer musikalischen Analyse der Improvisation durch die Verfasserin dar. Zugrunde liegt auch hier nur das Abhören einer Tonaufzeichnung des musikalischen Teils der Behandlungssituation. Mit musiktheoretischem Fachwissen soll nach formal-strukturierenden Merkmalen im Werk gesucht werden, anhand deren Aussagen über den Verlauf und eventuelle Entwicklungen der Improvisation gemacht werden können. Solche Aussagen bedürfen einer angemessenen Notation, um den flüchtigen Höreindruck für den Leser dieser Arbeit schriftlich nachvollziehbar zu machen. Im vorliegenden Fall überbewertet eine objektivierte Ton-für-Ton-Notation den einzelnen Ton und würde dem Klangerlebnis nicht gerecht werden.

Stellenweise ist es mehr vom Rauschen des Bandes als von der Musik bestimmt, oder die Spieler und Einzelstimmen sind nicht eindeutig trennbar. Eine subjektive, im Moment des Hörens erfundene graphische Darstellung wiederum stellt nicht notwendigerweise eine Musikerperspektive dar. Nach diesen Vorüberlegungen entstand eine Notation, die spontan heraushörbare Klangereignisse in Beziehung setzt zu der Zeit in Sekunden, in der die Improvisation abläuft. Die notierten Klangereignisse dienen der Orientierung beim Abhören des Tonträgers und als Grundlage für die nachfolgende Analyse mit aus der Musiktheorie entlehnten Methoden. Die improvisatorische Begegnung zwischen Therapeutin und Patientin wird hierzu als ein Musikstück verstanden, in dem zwei Spieler in kammermusikalischer Weise miteinander verwoben sind.

Die Patientin erhielt insgesamt 45 musiktherapeutische Behandlungen im Rahmen ihres Aufenthaltes in einer psychotherapeutischen Tagesklinik. Hiervon werden die dritte, die 17. und die 45. Therapiesitzung jeweils in der oben beschriebenen Weise analysiert. Die drei ausgewählten Sitzungen erscheinen besonders typisch für die Anfangs-, die Mittel- und die Endphase der Behandlung. Aufgrund des hohen Arbeitsaufwandes, den die quasi mikroskopische Analyse jeder einzelnen Sitzung verursacht, ist die Analyse einer größeren Anzahl von Sitzungen im Rahmen dieser Arbeit nicht zu bewältigen.

5.5 Metaanalytische Auswertungsschritte

Um Aussagen zum Therapieverlauf treffen zu können, sollen anschließend die gefundenen Kategorien der einzelnen Sitzungen vergleichend analysiert werden. Dazu werden die Ergebnisse der drei Einzelanalysen in tabellarischen Synopsen zusammengestellt, aus denen zwei zusätzliche vergleichende Auswertungsschritte entwickelt werden. Der erste Schritt ergibt sich aus der synoptischen Darstellung der Qualitäten, die den motivbildenden Zitaten in allen drei analysierten Sitzungen zugeordnet sind (Tabelle 28).

Horizontal gelesen, läßt die Tabelle erkennen, ob und in welcher Weise die Beschreiberguppe eine Qualität für die Charakterisierung eines bestimmten Motives bevorzugt. Um die Fülle der Eintragungen überschauen zu können, drängt sich beim Betrachten der Tabelle die Frage nach der jeweils überwiegenden qualitativen Dimension auf. Sie stellt jedoch ein allzu grobes Raster dar, bei dem wichtige Informationen zu den seltener auftretenden Qualitäten verloren ginge. Dem qualitativen Forschungsdesign entspricht eher eine Strukturierung, die *sämtliche* der aufgefundenen Qualitäten berücksichtigt. Die oben gestellte Frage muß dazu modifiziert werden. Wieviele Male tritt welche Qualität für welches Motiv auf?

Zur Beantwortung werden nun in jeder Motivzeile alle Eintragungen der Qualität 1 gezählt. Ebenso wird mit denen der Qualität 2 und der Qualität 2a verfahren. Es ergeben sich auf diese Weise für jede Motivzeile drei Zahlen, die im Idealfall eine eindeutige,

durch Fettdruck kenntlich zu machende Bevorzugung einer bestimmten Qualität für das jeweilige Motiv erkennen lassen. Die Beziehung dieser drei Zahlen untereinander wird im folgenden *Präferenz* genannt.

Für den letzten Schritt (Fettdruck der bevorzugten Qualität) ist zu beachten, aus welchen Beschreiberperspektiven die Aussagen stammen. Enthält die Patientenperspektive überhaupt keine Aussage in der Qualität 2, so steht dem direkten Größenvergleich der drei ermittelten Präferenzzahlen nichts entgegen. Enthält die Patientenperspektive dagegen die Qualität 2, dann könnte diese sowohl den Qualität 2- als auch den Qualität 2a-Zitaten zugeschlagen werden, da bei der Auswertung der Patientenprotokolle nicht in diese beiden Dimensionen unterschieden worden ist. Um hier zu verwertbaren Ergebnissen zu gelangen, sind beide Fälle zunächst gedanklich durchzuspielen. Es überwiegt danach

- die Qualität 1, falls sie häufiger als die Qualität 2 und auch häufiger als die um 1 erhöhte Anzahl der Qualität 2a vorkommt.
- die Qualität 2, falls sie häufiger als die um 1 erhöhte Anzahl der Qualität 1 und auch häufiger als die um 2 erhöhte Anzahl der Qualität 2a vorkommt.
- die Qualität 2a, falls sie häufiger als die Qualitäten 1 und 2 vorkommt.

In allen anderen Fällen lassen sich zwar die drei Präferenzzahlen, nicht aber ein sicheres Überwiegen einer Qualität ermitteln. Da die Qualitäten Ausdruck der Resonanz der Beschreiber sind, kann die Bildung von Präferenzen interpretiert werden als Abbild des Mitschwingprozesses der Beschreiber in Bezug auf die einzelnen Motive.

Vertikal gelesen, gibt die Tabelle dagegen Aufschluß über die Gewichtung der Qualitäten bei jedem einzelnen Beschreiber im Therapieverlauf. So sind Rückschlüsse möglich auf Abwehrprozesse bei den Beschreibern, vor allem in den Innensichtperspektiven.

Der zweite Auswertungsschritt beinhaltet die Bildung einer *Metaebene* für die Motive aller analysierten Sitzungen. Dieser Schritt ergibt sich induktiv aus der tabellarischen Übersicht aller Qualitäten der drei analysierten Sitzungen, in der die Motive durch zitaten-nahe Beschreibungen charakterisiert sind (Tabelle 29). Ähnlichkeiten in den Charakteristiken oder Überschriften einzelner Motive weisen bereits vor der Auswertung auf Prozesse von einer Therapiesitzung zur nächsten hin. Um auch die weniger ins Auge springenden Ähnlichkeiten erfassen zu können, werden zunächst aus den Motiven, die ähnliche Themengebiete berühren, im Sinne des *offenen Kodierens* (STRAUSS 1991) Basiskategorien gebildet. Anschließend werden in iterativen Durchgängen die Motive aller analysierten Sitzungen gebündelt (JÜTTEMANN 1990). Diese als *Bearbeitungsthemen* bezeichneten Kategorien erhalten jeweils eine den zugrundeliegenden Charakteristiken nahekommende Überschrift. Das Verfahren ist angelehnt an die Methode zur Bildung der Motive. Wieder dient zur Minimierung der Subjektivität der Ergebnisse das *Gruppendiskussionsverfahren* (DREHER UND DREHER 1991). Die so gewonnenen

Kategorien fungieren im Sinne einer *Makroperspektive* für den Therapieverlauf (KORDY und KÄCHELE 1996). Sie können auf das Material wieder angewendet werden, um zu erfassen, welche Bearbeitungsthemen in welcher Therapiesitzung in Form welcher Motive besonders von Bedeutung sind. Der Wechsel der Motive innerhalb eines Bearbeitungsthemas kann darüber hinaus als Ausdruck der *dialektischen Transformation* (FISCHER 1994) gewertet werden.

Dem *Prinzip der Offenheit* folgend (FLICK 1991b), liegen sämtliche Informationen zur Patientin und zur Krankengeschichte bis zum Abschluß aller Metaanalyseschritte nicht vor. Obgleich die weitgehend traditionelle Gliederung der vorliegenden Arbeit ein deduktives Vorgehen suggeriert, ist auch das notwendige Literaturstudium erst nach Beendigung aller qualitativen Analyseschritte betrieben worden. Zu den beiden Schritten der musikalischen Analyse sei mit NEUNZIG (1991, S.9) angemerkt, „daß es in der Musik (...) nicht desillusioniert zu wissen, wie es gemacht wird. Wagners berühmter ‘weltenschaffender’ Es-Dur-Akkord zu Beginn des *Rheingold* verliert nicht an Wirkung durch unser Wissen davon, daß es sich um einen Es-Dur-Akkord handelt.“ Um alle Auswertungsschritte transparent zu halten, ist das gesamte schriftliche Material im Anhang abgedruckt.

5.6 Die Ergebnisse der qualitativen Analyse im Bezugsrahmen des klinischen Datenmaterials

Unter Hinzuziehung klinischer Daten aus der Krankengeschichte sollen abschließend Aussagen zum zeitlichen Ablauf des Auftretens und der Veränderung unbewußter Affekte und Phantasien innerhalb der Therapie getroffen werden. Als Material hierzu dienen die vollständigen Unterlagen des Erstinterviewberichtes, der Epikrise und der protokollarischen Beurteilungen der Therapeutin vor und nach den drei analysierten Therapiesitzungen (vgl. Anhang).

Anhand des Erstinterviewberichtes läßt sich zunächst unter dem Blickwinkel alexithymer Merkmale die affektive Ausgangslage vor der Therapie bestimmen. Aus der Epikrise ist der abschließende Behandlungserfolg zu entnehmen. Dazwischen dokumentieren die Protokolle der Therapeutin das „Auf und Ab“ des Therapieverlaufs (KORDY und KÄCHELE 1996, S.493). Diese werden nun für jede der analysierten Sitzungen systematisch auf die gefundenen Motive hin untersucht. In Anlehnung an das Verfahren von FISCHER (1989, 1994) können mit Hilfe der gefundenen Motive die Differenzen im affektiven Sprachausdruck zwischen dem Vorher- und dem Nachher-Protokoll deskriptiv-phänomenologisch ermittelt werden. Die Hypothese bei diesem Vorgehen ist, daß sich die in den Motiven enthaltenen unbewußten Affekte und Phantasien nach der musiktherapeutischen Improvisation sprachlich deutlicher offenbaren als vorher.

6 Qualitative Analysen der einzelnen musiktherapeutischen Behandlungswerke

6.1 Am Anfang der Musiktherapie – die dritte Improvisation

6.1.1 Dynamik der gefundenen Qualitäten

Um einen Eindruck zu gewinnen, wie sich zu Beginn der tagesklinischen Behandlung die Beziehung der Patientin zur Therapeutin musikalisch ausdrückt und welche Affekte und Phantasien dabei eine Rolle spielen, soll zunächst die Improvisation aus der dritten musiktherapeutischen Sitzung Gegenstand der Untersuchung sein. Die Improvisation wurde auf Tonträger aufgezeichnet und anschließend von sechs unabhängigen Personen A bis F gehört, die ihren Höreindruck mit Hilfe der in Kapitel 5 beschriebenen Instruktion in Worte faßten. Um alle Auswertungsschritte transparent zu halten, werden die ungekürzten Protokolle dieser Personen sowie der Therapeutin und der Patientin in den Texten A3 bis P3 des Anhangs wiedergegeben. Vom Protokoll der Therapeutin findet in den folgenden beiden Auswertungsschritten nur der Während-Teil Berücksichtigung. Auf der Grundlage dieser Protokolle wird die nachfolgende Analyse nach den in Kapitel 5 dargelegten kategorialen Dimensionen, den Qualitäten und Motiven, vorgenommen.

Bei der Auswertung der Beschreibertexte fällt zunächst deren Unterschiedlichkeit ins Auge. Lange, aufwendige, metaphorische Texte stehen neben extrem kurzen. Die Quantität des geschriebenen Textes korreliert mit der Bereitschaft, sich auf die Musik einzulassen. In den kurzen Texten wird nahezu ausschließlich auf der Basis der musikalisch-instrumentalen Gestaltung des Stückes assoziiert und teilweise sogar eine direkte Verweigerungshaltung ausgesprochen. Die längeren Texte signalisieren dagegen eine vergleichsweise hohe Bereitschaft zur Beschreibung und bedienen sich dazu - mit Ausnahme von Text A3 - vieler außermusikalischer Bilder.

In diesem ersten Auswertungsschritt werden die Texte stichwortartig reduziert und tabellarisch in die Qualitäten 1, 2 und 2a gegliedert (vgl. die Tab. 1 bis 8). In zwei Tabellen (3 und 6) kommen überwiegend inhaltlich-deskriptive Protokollaussagen (Qualität 1) zur Sprache. In Tabelle 3 wird ganz auf die dem Beurteiler am nächsten stehende

Beschreibungsebene 2a verzichtet, während in Tabelle 6 die Qualitäten 2 und 2a jeweils einmal auftreten.

Vier Tabellen (1, 2, 4 und 5) enthalten weniger inhaltliche als affektiv-betonte Protokollpassagen (Qualität 2 und 2a), wovon jedoch Aussagen in Qualität 2a den geringeren Teil darstellen. Eine Ausnahme hiervon bildet die Tabelle 5, die ein ausgewogenes Verhältnis der Qualitäten 2 und 2a zeigt. Interessanterweise drücken die 2a-Passagen hier jedoch meist Abwehr gegenüber der Improvisation aus.

Die Tabelle 7 der Therapeutin zeigt die Qualität 2a ebenfalls nicht, die übrigen Qualitäten werden in gleicher Häufigkeitsverteilung herangezogen. Die Tabelle 8 der Patientin zeigt eine ähnliche Verteilung. Eine Unterscheidung zwischen Qualität 2 und 2a wird hier definitionsgemäß nicht vorgenommen.

In allen Tabellen sind affektiv-betonte Passagen zu finden, die bei den meisten Beurteilern überwiegen. Selten oder nie tritt dagegen die Beschreibungsebene 2a auf, die der Gefühlswelt des Beurteilers am nächsten stünde. Bei den beiden abhängigen Beschreibern ist das Verhältnis der inhaltlichen zu den gefühlhaften Passagen ausgeglichen. Die Musik scheint den beschreibenden Personen „zu nahe getreten“ zu sein, so daß sie sich möglichst wenig darauf einlassen, ihre persönlichen Gefühle positiv in die Beschreibung einzubringen. Interessant sind hier vor allem auch einige negative Gefühlsäußerungen von unabhängigen Beurteilern, die im Sinne einer starken Abwehr- oder Abgrenzungshaltung interpretiert werden können.

In der Tabelle 28 wird eine Bildung von Qualitäten-Präferenzen für die im folgenden Auswertungsschritt gefundenen Motive vorgenommen. Auch hier zeigt sich deutlich das Überwiegen der Qualität 2 gegenüber den beiden anderen Dimensionen.

Qualität 1	Qualität 2	Qualität 2a
zwei miteinander	behutsam	
	zärtlich	
	gemeinsamer Raum, Besonderes	mich gerne hineinziehen lassen - verlassen, wann ich will
Rhythmus gibt Gerüst	nichts Starres, Monotones, Rigides	
	tänzerisch Fließendes	
	Klänge, die sonst verloren gehen würden	Bezug - mir fällt nichts Treffenderes ein
Klavier verschiebt Rhythmus gegen Ende	sanft verweigern	
	andere Farbe: weicher, offener, weiter	
	der „kleine“ Rhythmus läßt sich nicht darauf ein, muß auch nicht dagegen gehen	
	wohin diese beiden weitergehen...	Abstand - Verlorenheit, Sehnsucht

Tabelle 1 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskizzen von Beschreiberprotokoll A 3

Qualität 1	Qualität 2	Qualität 2a
Regentropfen in Erde fallen Bild unklar, Farben ergrauen, Licht dunkel werden, einzelne Tropfen untergehen Papierschiffchen auf Pfütze schwimmen	Glanz der Umgebung in sich spiegeln, würde man sie beachten einzelne krafttragende Tropfen leider verschleiert die nebulöse Tropfenmenge verhalten, gedämpft naive Selbstgefälligkeit, Umgebung, die es nicht bewegt außen Bewegung, die mit-schwingen möchte, distanziert teilnimmt, Distanz nicht überwinden kann	schön, das Schiffchen zu sehen wünsche mir, der Pfütze Wasser zuführen zu wollen, es auf einem Fluß weiterfahren zu lassen

Tabelle 2 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskiz-zierung von Beschreiberprotokoll B 3

Qualität 1	Qualität 2	Qualität 2a
1.Kirchturm schlägt Nacht nasser Marktplatz Nachtschwärmer 2.Intermezzo: Familienausflug, Fahrt hier her, Blick durch die Windschutzscheibe auf die Gesichter sechs Personen, zwei nebeneinander, drei Reihen hintereinander lachen, freuen sich; in den Urlaub 3.Xylophon muntert auf wird bewegt und lustig rhythmisch betont, Teppich, auf dem Klänge des Klaviers stehen sollen Einladung zum Tanz, aber Klavier tanzt nicht bewegt sich ein wenig von der Stelle statisch in sich selber ruhend Bewegung vorsichtig vermieden		

Tabelle 3 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskiz-
zierung von Beschreiberprotokoll C 3

Qualität 1	Qualität 2	Qualität 2a
Frage - leises Plappern - Gegenfrage zwei unterschiedliche Sprachen Schneedecke, dicht und weich; beim Gehen sinkt er oder sie ein Sonnenstrahlen, einzeln klirrende Kälte neue Szene, ohne Bilder reduzierte Tonskala und Lautstärke Fragende antwortet jetzt; malt Kulisse, vor der der Puls schlagen kann	beide so zaghaft achtet auf Zerbrechlichkeit grell, schön, stechend von einzelnen Strahlen und anstrengendem Stampfen erwärmt wird forscher, aber heimlich Puls, lebendig und mutig Zeit verrinnt wissen, daß Schluß ist, keine traut sich, Punkt zu setzen	Mann/Frau egal; oder interessiert es mich doch? bin schlaff, wie vor'm Einschlafen

Tabelle 4 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskizzen von Beschreiberprotokoll D 3

Qualität 1	Qualität 2	Qualität 2a
Xylophon/Metallophon auf kleinem Tonraum immer wieder gleicher Rhythmus immer so weitergehen, Schluß fehlt	penetrantes Gezupfe an den Klaviersaiten kaum zu hören erstaunlich heimliche, geheimnisvolle Stimmung	soll etwas aufschreiben, Brett vor dem Kopf Gott sei dank, nur kurz zerfließt Bilder können nicht greifen „seifiges Wischi-Waschi“, doch angenehm

Tabelle 5 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskiz-
zierung von Beschreiberprotokoll E 3

Qualität 1	Qualität 2	Qualität 2a
Rauschen auf der Cassette stereotype Wiederholungen von Rhythmus und Melodieverlauf auf dem Xylophon daneben, drumherum Klänge des Klaviers angezupfte Saiten aus dem Resonanzkasten	verbirgt	nun ja, erst dritte Sitzung - aneinander gewöhnen

Tabelle 6 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskizzen von Beschreiberprotokoll F 3

Qualität 1	Qualität 2	Qualität 2a
Patientin sucht - findet Baßxylophon pentatonische Reihe bleibt die ganze Zeit immer gleicher Rhythmus, gleiche Betonung, enge melodische Folge	entscheidet sich Atmosphäre weich und sanft keine dissonanten Klänge, die stören	

Tabelle 7 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskizzen von Beschreiberprotokoll T 3

Qualität 1	Qualität 2
Gitarrespielen	mich selbst vor Augen
üben in meinem Zimmer	Rückzugsgebiet
heute Lesen, Musikhören statt Kreativem	Gedanken nachhängen, ohne gestört zu werden
gute Englischnoten	Rückzug in mich selbst, Alleinsein, nicht einsam
Auswendiglernen aktueller Popsongs	Ansehen stieg bei denen, die mir wichtig waren
	Clique aufgenommen

Tabelle 8 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskizzen von Beschreiberprotokoll P 3

6.1.2 Charakteristik der gefundenen Motive

Dieser Auswertungsschritt beinhaltet die Suche nach ähnlichen Aussagen in allen acht Protokollen mit dem Ziel, thematische Kategorien zu finden. Eine Übersicht aller in der dritten Improvisation gefundenen Motive in ihrer Verteilung auf die einzelnen Beschreiberprotokolle stellt die Tabelle 9 dar. Darin ist jeweils in Klammern die Qualität angegeben, der das Motiv zugeordnet ist. Eine weitere Zusammenstellung mit sämtlichen gefundenen Qualitäten unter Bildung von Präferenzen für jedes Motiv bietet die Tabelle 28. Es ergeben sich acht unterschiedliche Motive, die hier einzeln näher charakterisiert werden sollen.

- **Motiv I.3 - *Sich nicht festlegen*:** Außer der Patientin und dem Beurteiler F nehmen alle Beschreiber dieses Motiv wahr. In den insgesamt sechs Texten finden sich Hinweise darauf, daß in dieser Improvisation etwas in der Schwebe bleibt, offen gehalten wird oder sich nicht festlegen will, um Konflikte zu vermeiden. Von einigen Beurteilern wird dieses wenig greifbare Gefühl auch als sanft und zärtlich beschrieben. Die entsprechenden Motivzitate entstammen der Qualität 2 und bei den Be-

schreibern D und E zusätzlich der Qualität 2a. Dieses Motiv ist damit ganz auf der Gefühlsebene angesiedelt.

- Motiv II.3 - *Gemeinsamkeit*: Von vier unabhängigen Beurteilern sowie der Patientin wird eine Form der Gemeinsamkeit beschrieben, die ein symbiotisches, sehr intimes Miteinander meint. Individualität scheint hierbei keine wesentliche Rolle zu spielen. Der Beschreiber C wählt die Qualität 1 und bleibt damit ganz auf einer mehr distanzierten, inhaltlichen Ebene. Beim Beschreiber D läßt sich das Motiv in zwei Zitaten der Ebenen 1 und 2 finden. Die Zitate der Texte A3, B3 und P3 (Patientin) sind der Qualität 2 zugeordnet. Die Therapeutin erwähnt das Motiv nicht.
- Motiv III.3 - *Rückzug*: Rückzugstendenzen im Sinne eines Sich-selbst-genügens, Verbergens, Verheimlichens und Isolierens werden von den drei unabhängigen Beschreibern B, C und E sowie von der Patientin geäußert. Die Beschreibungsebene ist jeweils die Qualität 2. Das Therapeutinnenprotokoll weist dieses Motiv nicht aus.
- Motiv IV.3 - *Gerüst*: Ein starker Halt, eine feste Stütze wie ein Gerüst, das auch ein wenig einengt, wird von vier unabhängigen Beschreibern und der Therapeutin erwähnt. Die entsprechenden Textpassagen in A3, C3, E3, F3 und T3 beziehen sich hauptsächlich auf rhythmische und melodische Elemente der Improvisation. Sie sind der Qualität 1 - bei C3 zusätzlich der Qualität 2 - zugeordnet. Die Patientin erlebt das Motiv nicht.
- Motiv V.3 - *Verweigerung*: Dieses Motiv findet sich nur bei den drei unabhängigen Beschreibern A, C und E, und zwar in jeweils unterschiedlichen Qualitäten. Verweigerung reicht hier vom bloßen „Korb geben“ über „sich nicht einlassen“ bis hin zur formulierten Weigerung, diese Improvisation überhaupt zu beschreiben. Die beiden on-line-Perspektiven durchleben diesen Affekt nicht.
- Motiv VI.3 - *Erweiterung*: Vier unabhängige Beschreiber (A bis D) empfinden eine Erweiterung und Öffnung, die dargestellt wird als lebenslustiger und -mutiger werdend, in Bewegung oder Fluß geratend oder den Beurteiler selbst in Bewegung bringend. Dieses Motiv wird zu gleichen Teilen von der 2- und der 2a-Qualität getragen. Auch diese Vorstellung findet sich nicht in den abhängigen Perspektiven.
- Motiv VII.3 - *Endlos*: Der Gedanke, sich immer weiter bis ins Endlose zu verlieren, wenig Maß und Kontur zu zeigen und sich damit letztlich auch der Realität zu entziehen, findet sich bei vier unabhängigen Beschreibern und bei der Patientin selbst. Bis auf den Text E3, der auf den formal fehlenden Schluß der Improvisation verweist, finden sich alle Zitate (A, B, D, P) auf gefühlsmäßiger Ebene, und zwar zu gleichen Teilen in Qualität 2 und 2a. Die Therapeutin durchlebt dieses Gefühl nicht.
- Motiv VIII.3 - *Distanz*: Die vier unabhängigen Beschreiber B, D, E und F empfinden Distanz entweder als inhaltliche Struktur oder als eigenes Bedürfnis, Abstand zum Geschehen herzustellen, indem sie z. B. Kritik an der Improvisation üben und

sich regelrecht darüber ärgern. Der jeweiligen Blickrichtung entsprechend stammen die Motivzitate aus allen drei Qualitäten. Die beiden abhängigen Beurteiler empfinden keinen Distanzierungswunsch.

Motiv	A 3	B 3	C 3	D 3	E 3	F 3	T 3	P 3
I.3 sich nicht fest- legen	behutsam, zärtlich (2)	nebulös, verhalten, gedämpft; distan- ziert teilnimmt (2)	Bewegung vorsich- tig vermieden (2)	zaghaft (2) schlaff (2a)	kaum zu hören (2) „seifiges Wischi- Waschi“, doch angenehm (2a)		weich und sanft, keine dissonanten Klänge (2)	
II.3 Gemeinsamkeit	gemeinsam (2)	mitschwingen (2)	Familienausflug, zwei nebeneinander (1)	Frage - leises Plappern - Gegen- frage (1) beide (2)				Clique (2)
III.3 Rückzug		einzelne krafttra- gende Tropfen; Selbstgefälligkeit (2)	einsame Szene; in sich selber ruhend (2)		heimlich, geheim- nisvoll (2)			Rückzug in mich selbst (2)
IV.3 Gerüst	Rhythmus gibt Gerüst (1)		rhythmisch betont -Tepich (1) sta- tisch in sich selber ruhend (2)		immer gleicher Rhythmus (1)	stereotype Wieder- holungen von Rhythmus- und Melodieverlauf (1)	immer gleicher Rhythmus und Betonung (1)	
V.3 Verweigerung	verweigern, nicht einlassen (2)		Einladung - aber Klavier tanzt nicht (1)		Brett vor dem Kopf (2a)			
VI.3 Erweiterung	hineinziehen lassen - verlassen (2a) offener, weiter (2)	Pfütze Wasser zuführen, auf Fluß weiterfahren (2a)	wird bewegt und lustig; in den Urlaub (2)	wird forschend; Puls, lebendig und müdig (2)				
VII.3 Endlos	Verlorenheit, (2a), weitergehen (2)	weiterfahren (2a)		Zeit verrinnt, keine traut sich, Punkt zu setzen (2)	immer so weiter, Schluß fehlt (1)			Gedanken nach- hängen (2)
VIII.3 Distanz		Distanz (2)		unterschiedliche Sprachen (1)	penetrantes Gezup- fe (2)	erst dritte Sitzung - aneinander gewöh- nen (2a)		

Tabelle 9 Übersicht der in der Improvisation der 3. Therapiesitzung gefundenen Motive in ihrer Verteilung auf die einzelnen Be-
schreiberprotokolle

Eine Kurzcharakteristik der hier beschriebenen Motive im Überblick zeigt die Tabelle 29. Auch sie bietet das Bild eines symbiotischen, undefinierten und haltsuchenden Beziehungsmodus. Verschiedene Motive waren im Gruppenvalidierungsverfahren schwer voneinander abzugrenzen und wurden lange kontrovers diskutiert. Insgesamt stehen die gefundenen Motive im Spannungsfeld von Nähe und Distanz. Mehrere Motive weisen darauf hin, daß hier etwas in der Schwebelage bleibt, sich nicht offenbart, symbiotische Nähe und Haltsuche ohne deutliche Konturen signalisiert (Motive I.3, II.3, III.3, IV.3 und VII.3). Die feineren Schattierungen dieser Thematik werden offenbar nicht von allen Beschreibern gleichermaßen wahrgenommen. Die Tabelle 9 weist für jedes Motiv wenigstens zwei, für einige Motive bis zu fünf Leerstellen auf. Daneben finden sich jedoch - ebenfalls nur bei wenigen Beurteilern - sehr lebendige, auf Veränderung zielende Impulse (vgl. die Motive *Verweigerung*, *Erweiterung*, *Distanz*). Bei der Therapeutin und der Patientin kommen diese drei Motive gar nicht vor. Charakteristisch für die dritte Improvisation ist ferner, daß die übrigen Motive niemals bei beiden abhängigen Beurteilern zugleich auftreten.

6.1.3 Musikalische Analyse

Um dem Klangerlebnis einerseits gerecht zu werden, es aber andererseits trotzdem in schriftlicher Form nachvollziehbar darzustellen, entstand nach der in Kapitel 5 beschriebenen Methode eine Notation, die die heraushörbaren Klangereignisse in Beziehung setzt zu der Zeit in Sekunden, in der die Improvisation abläuft (Abbildung 2). Die notierten Klangereignisse dienen der Orientierung beim Hören und als Grundlage für die nachfolgende Analyse.

Der erste Höreindruck ist der eines amorphen, wenig strukturierten Stückes mit pentatonischem Ostinato, das durch die Betriebsgeräusche des Bandgerätes größtenteils übertönt wird. An Klangfarben lassen sich ein Baßxylophon, metallisch und hölzern klingende Schläge gegen das Instrument und gezupfte sowie herkömmlich angeschlagene Klaviersaiten mit Pedalgebrauch identifizieren. Formal ist das Stück in zwei sehr unterschiedlich lange Teile gegliedert: A (t=0 bis t=48) und B (t=48 bis t=381).

Teil A wirkt wie eine Frage, bestehend aus unzusammenhängend und vorsichtig wirkenden *ppp*-Tönen, gespielt auf dem Baßxylophon. Es folgt eine Generalpause.

Teil B erinnert an Gamelan- oder Meditationsmusik. Er bewegt sich bis t=101 dynamisch zwischen *pp* im Baßxylophon und *mp* im Klavier. Der Eindruck wird von der zuerst frei fließenden Pentatonik im Baßxylophon, später auch vom Klavier hervorgerufen, das wie ein fernöstliches Zupfinstrument gehandhabt wird. Die Finger zupfen die Klaviersaiten in einem engen Tonraum um gis_1 herum. Die Töne schwingen in großen Notenwerten aus. Das Baßxylophon fällt alsbald in ein streng rhythmisiertes pentatonisches Ostinato in kleineren Notenwerten, das während des ganzen Stückes bleibt. Das Ostinato gibt einerseits Halt im Sinne einer Begleitfigur, andererseits stört es als vorge-

gebener Melodiebaustein ein wenig den frei fließenden Melodieverlauf. Bei $t=101$ beginnt im Klavier der Gebrauch der Tastatur und des Haltepedals, eingeleitet durch vier etwas lautere hölzerne Schläge, die den Anfang einer dynamischen Entwicklung darstellen könnten, würde diese nicht sogleich stagnieren. Während an dieser Stelle auf dem Klavier mehrmals leise der Ton h_1 ausklingt, gerät im Xylophon zunächst der Rhythmus und dann bei den im *mf* angezupften Klaviersaiten ($t=121$) auch das pentatonische Motiv in Auflösung. Hierbei werden die Instrumente lauter, um dann bei $t=127$ im *mp*, *dolce* und großen Notenwerten gespielten Klaviertönen mit Xylophonbegleitung (im wiedergefundenen Ostinato) auszuklingen. Der Tonumfang des Klaviers öffnet sich am Schluß zu einer großen None. Ab $t=142$ wird das Stück geringfügig lauter, eingeleitet von zwei drängend wirkenden gezupften Saiten im Klavier, um sich anschließend bei dem Höreindruck von $t=127$ wieder einzupendeln. Das Xylophon hält sich hier dynamisch sehr zurück. Ab $t=164$ findet ein *Crescendo* im Klavier (schnellere, aber gleichmäßige Tonrepetitionen auf a_1) und im Xylophonostinato (zusätzliche rhythmische Schläge gegen das Instrument) statt. Mit einem dem an der Stelle $t=127$ ähnlichen Klaviermotiv geschieht das Ausklingen in ruhigen, großen Notenwerten mit über die ganze Tastatur gespielten Klaviertönen im *mp*. Sie lassen die Xylophonfigur wieder stärker hervortreten ($t=173$). Bei $t=243$ wird das Baßxylophon für kurze Zeit lauter gegenüber dem im Klavier aufkommenden Oktavmotiv. Bei dem nun folgenden Klavier-Crescendo über die fallende Oktave $e_3 - e_2$ hält sich das Xylophon dann wieder dynamisch zurück ($t=264$). Bei $t=285$ ergibt sich für die Dauer von zwei Ostinatofiguren eine Polyphonie, indem das Klavier eine andere rhythmische Figur gegen das Xylophon spielt, welches lauter und akzentuierter wird mit zusätzlichen metallischen Schlägen. Dann pendelt sich wieder ein Höreindruck ein, der dem bei $t=173$ entspricht.

Während die Klavierstimme bei $t=376$ endet, klingt das Baßxylophon-Ostinato *decrescendo* und *ritardando* offen aus.

Das Stück wirkt formal offen. Das pentatonische Begleitmotiv ist zwar in sich streng strukturiert, durch seine monotone Repetition jedoch nicht geeignet, dem Stück Struktur zu geben. Mehrmals läßt sich der Ansatz zu einer Entwicklung erahnen, gefolgt von einer langen Phase der Stagnation. Das Ohr findet beim Zuhören wenig Halt und nimmt diese Ansätze kaum wahr. Das Stück wirkt ruhig, bewegungsarm und gleichförmig, es zeigt wenig Charakter und bleibt damit auch inhaltlich offen.

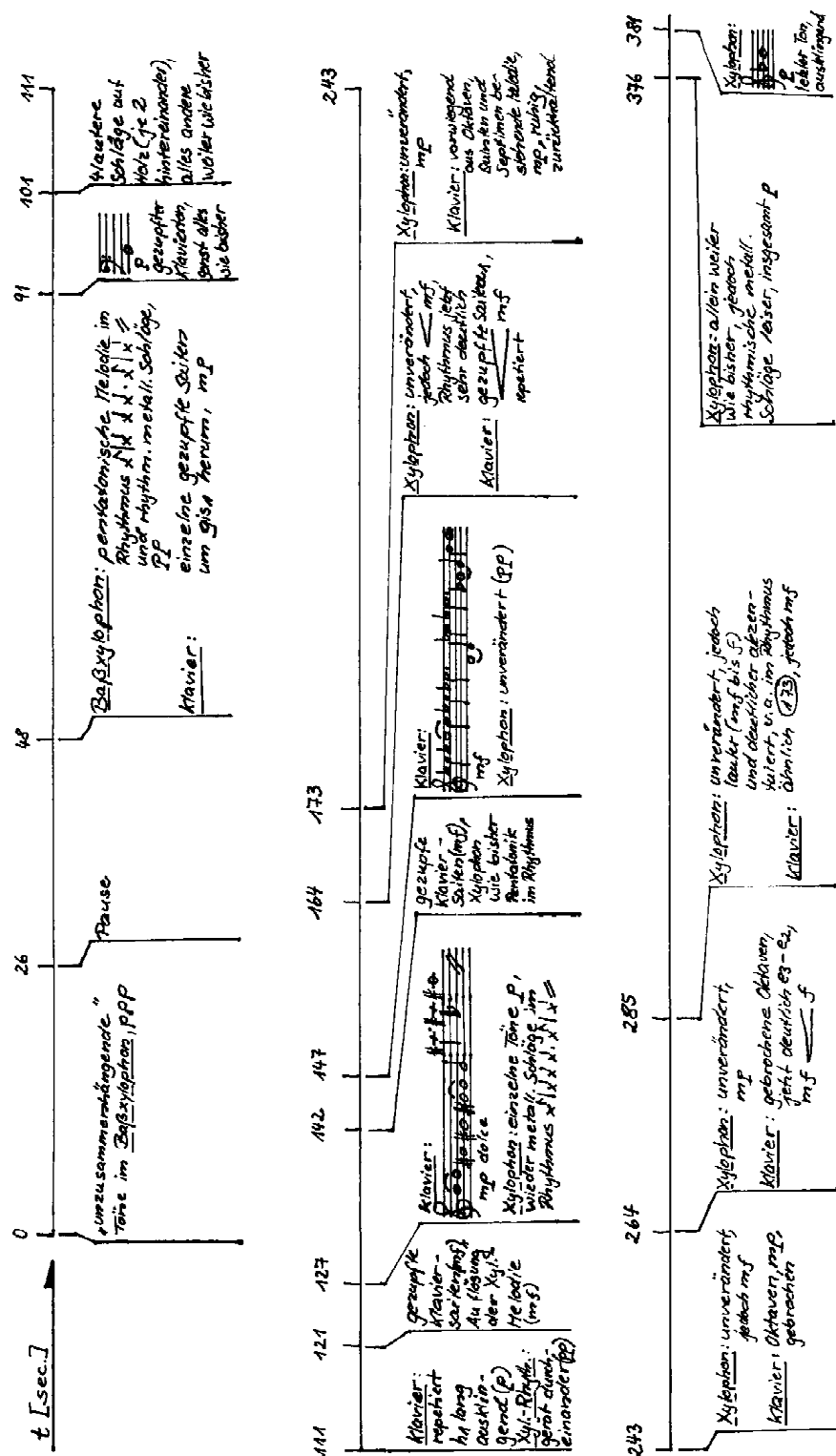


Abbildung 2 Notation zur musikalischen Analyse der Improvisation der dritten Therapiesitzung

6.2 Im Zentrum der Musiktherapie - die 17. Improvisation

6.2.1 Dynamik der gefundenen Qualitäten

Um einen Einblick in den Verlauf der Musiktherapie zu erhalten, erfolgt die Auswahl der Improvisation aus der 17. Therapiesitzung der Patientin für die weitere Analyse. Das auf Tonträger aufgezeichnete Musikstück wurde wiederum von den unabhängigen Personen A bis F gehört, deren ungekürzte Protokolle, angefertigt nach der in Kapitel 5 beschriebenen Instruktion, in den Texten A17 bis F17 im Anhang nachzulesen sind. Die Texte T17 und P17 im Anhang geben die Beschreibungen der Patientin und der Therapeutin wieder, von der in diesem Kapitel der Während-Teil Berücksichtigung findet.

Der folgende Auswertungsschritt gliedert die Ausgangstexte nach Qualitäten (vgl. die Tabellen 10 bis 17). Im Gegensatz zu den Protokollen der dritten Improvisation präsentieren sich diese Texte annähernd gleich lang in ca. einer halben Seite. Inhaltlich zeigen sie eine hohe Bereitschaft zur Beschreibung der Musik. Vier Beschreibungen phantasieren freie Geschichten, die anderen bleiben mit ihren Assoziationen näher bei der Musik und der Instrumentation.

Auf den ersten Blick fällt der relativ hohe Anteil an Textpassagen der Qualität 1 in den Tabellen auf. Inhaltliche Passagen (Qualität 1) überwiegen in den Tabellen 11 und 13. In letzterer sind überhaupt keine 2a-Passagen enthalten.

Die meisten affektiven Protokollpassagen (Qualität 2 und 2a) enthalten die Tabellen 10, 12, 14 und 15. Dabei ist das Verhältnis der drei Qualitäten untereinander in jeder Tabelle unterschiedlich. Die Beschreiber A und E bedienen sich der Qualitäten in einem ausgewogenem Verhältnis. In Tabelle 12 ist das Verhältnis zugunsten der inhaltlichen Qualität 1 verschoben. In Tabelle 15 überwiegt die ich-gefühlshafte Qualität 2a.

Die Tabellen der Therapeutin und der Patientin (16 und 17) befassen sich inhaltlich hauptsächlich mit formal-musikalischen Sachverhalten, die aber ich-haft interpretiert und erlebt werden. Es überwiegt in Tabelle 16 die Qualität 2a. In Tabelle 17 ist es die Qualität 2, da hier keine 2a-Passagen unterschieden werden.

Insgesamt entsteht ein „durchwachsenes“ Bild. Die Protokolle der unabhängigen Beschreiber enthalten zum großen Teil inhaltlich-deskriptive Protokollpassagen, doch sind auch in allen Texten gefühlshafte Passagen vertreten. Die dem Beurteiler am nächsten stehende Qualität 2a wird relativ häufig verwendet. Dies trifft besonders auf die beiden abhängigen Beschreiber (Therapeutin und Patientin) zu. Im Vergleich zur Musik der dritten Improvisation scheint dieses Werk mehr Abstand zum Beurteiler zu wahren. Das schlägt sich zum einen in vermehrt inhaltlich-deskriptiven Beschreibungen nieder. Zum anderen scheint erst die Position des Außenstehenden den Raum für ich-haft ge-

äußerte Gedanken (Qualität 2a) zu schaffen. Betrachtet man die Qualitäten-Präferenzen für die Motive (vgl. Tabelle 28), so findet man das Vorgenannte bestätigt. Je drei Motive werden überwiegend aus Zitaten der Qualität 1 bzw. 2 gebildet, ein Motiv setzt sich hauptsächlich aus 2a-Zitaten zusammen.

Qualität 1	Qualität 2	Qualität 2a
zwei Personen mit Therapeutin spielen: Eine zusammen (Impulse), Andere für sich, aber nicht eingekapselt am Ende mehr zusammen Beckenklirren gegen Ende	entschieden dominierend andere läßt sich nicht kleinkriegen	was will Therapeutin da? habe ich erwartet nicht so berührt - belustigtes Interesse ging „ans Herz“

Tabelle 10 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskizzen von Beschreiberprotokoll A 17

Qualität 1	Qualität 2	Qualität 2a
Tanz auf Wiese Figur, sich wandelnd sich an ihm abrollend, ihn umtanzend Mäuse springen herum, Kind sitzt am Boden wandelt sich, steht auf Sonne scheint, Landschaft bewegt, Zuschauer Bewegen-gemeinsames-im-Wind Wiese ist verlassen	freundlicher, gemütlicher Tanzbär kecke, sich nähernde, schlanke Bärin „trotzt“ Nachhall des Gewesenen	ich weiß nicht, was für „Figuren“ plötzlich sehe ich von oben Gefühl, daß etwas stattgefunden hat

Tabelle 11 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskiz-
zierung von Beschreiberprotokoll B 17

Qualität 1	Qualität 2	Qualität 2a
Felsenküste, vom schäumenden Meer umspült Felsen verwandeln sich in Eisberge aufkommender Rhythmus bindet Xylophon und Klavier, Tanz beginnt: Eisberge werden zu weißgekleideten Figuren, die tanzen, in großer Horde gemeinsam, paarweise mit schwarzen Binden über den Augen, an einer Hand fassen Pirouettes, die eine dreht sich im anderen (zwei Solotänzer)	ruhiger, erhabener, stiller souverän „Gong“ - Schluß unerwartet etwas Abgewürgtes, Chance verwirkt oder bewußt ausgelassen	haben meine Aufmerksamkeit auf sich gezogen Mittelteil (klangmalerisch) und erneut Tanz erwartet

Tabelle 12 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskizzen von Beschreiberprotokoll C 17

Qualität 1	Qualität 2	Qualität 2a
Chaos gemeinsam klettern zwei über Stock und Stein viele Hindernisse Hand kurz reichen, wenn Abgrund hinab geradeaus, stoßen an, überwinden zu zweit und doch allein und Schluß	ganz schön forsch Mut abenteuerlicher Weg beide zielstrebig tapfer, unerschrocken	

Tabelle 13 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskiz-
zierung von Beschreiberprotokoll D 17

Qualität 1	Qualität 2	Qualität 2a
zwei miteinander tanzen: Klavier fordert auf, der andere kommt mit wiederkehrende Paukenschläge „Indianertanz“ - Stampfen um Lagerfeuer	versucht es zumindest sehr entschlossen angenehmer, abrundender Schluß, beide einig	ich kann nicht viel damit anfangen lustige Stimmung bei mir

Tabelle 14 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskiz-
zierung von Beschreiberprotokoll E 17

Qualität 1	Qualität 2	Qualität 2a
musikalische Darbietung	nicht schlecht	erinnerte mich an Sarabande von Lord/York Spaß zuzuhören der, die Patienten versuchten, so meine ich, im Dienste der Musik zu gestalten

Tabelle 15 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskiz-
zierung von Beschreiberprotokoll F 17

Qualität 1	Qualität 2	Qualität 2a
rhythmische Form, Jazzähnliches Schluß-Beckenschlag, der lange ausschwingt	entsteht zwischen uns	auf ihre deutlich herausbringenden Töne vom letzten Mal neugierig, mich damit stehengelassen, ohne darauf antworten zu können, sich in stille Ecke verzogen, weinen ich erlebe Spaß - Festhängen - Klischeehaftes angenehm, Partnerin jetzt vitaler neben sich zu spüren

Tabelle 16 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskizzen von Beschreiberprotokoll T 17

Qualität 1	Qualität 2
Experimentieren mit „lauten“ Instrumenten	offener, fröhlicher interessant gesteuerte Lautstärke nicht zwangsläufig unangenehm neige zu leisen Tönen, die mir Raum lassen, mich auf mich selbst zu besinnen laute, offensive Töne zu dominant Wechsel zwischen Dominanz und Stille erstrebenswert fürchte, leise Töne ganz aufgeben zu müssen - nicht zwangsläufig

Tabelle 17 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskiz-
zierung von Beschreiberprotokoll P 17

6.2.2 Charakteristik der gefundenen Motive

Eine Übersicht der in der 17. Improvisation gefundenen Motive in ihrer Verteilung auf die einzelnen Beschreiberprotokolle gibt Tabelle 18. Die Verteilung der Qualitäten auf diese Motive mit Bildung von Präferenzen für jedes Motiv ist in Tabelle 28 dargestellt. Insgesamt sieben Motive wurden im Gruppenvalidierungsverfahren bestätigt, die an dieser Stelle charakterisiert werden sollen.

- Motiv I.17 - *Stärke*: Ein direkter Hinweis auf Stärke, Entschlossenheit, Kraft, Mut zum Angriff oder Initiative findet sich bei vier der unabhängigen (A, C, D und E) und bei beiden abhängigen Beschreibern. Dieses Motiv korreliert bei den unabhängigen Beurteilern mit der Qualität 2, im Text E17 zusätzlich mit Qualität 1. Die Therapeutin beschreibt ihre eigene Resonanz auf das Musikerlebnis in Qualität 2a, die Patientin - hier ohne Unterscheidung in die Dimensionen 2 und 2a - in Qualität 2.
- Motiv II.17 - *Widerstand*: Hier geht es um Verteidigung, Trotz, nicht nachgeben wollen und Widerstand leisten. Die vier unabhängigen Beurteiler A bis D nennen dieses Motiv in den Qualitäten 1 und 2, die Therapeutin wieder in Qualität 2a. Bei den übrigen Beschreibern und auch bei der Patientin findet sich das Motiv II.17 nicht.
- Motiv III.17 - *Veränderung*: Das Motiv beschreibt auch Verwandlung im Sinne von Kräftezuwachs und Vitalität, Abenteuer und Suche nach einer eigenen Identität. Es findet sich bei fast allen abhängigen und unabhängigen Beschreibern mit Ausnahme der Person E. Die Verteilung der Qualitäten auf das Motiv III.17 zeigt in gewisser Weise ebenfalls eine Wandlung an: Zunächst lassen sich in den Texten A17, B17, C17, D17 und im Patientinnentext (P17) jeweils Zitate der Qualität 1 finden. Bei B, D und der Patientin kommt im weiteren Verlauf dann noch je ein 2a- bzw. 2-Zitat dazu. Beim Beschreiber F und bei der Therapeutin findet sich dieses Motiv in der dem Betrachter am nächsten stehenden Qualität 2a.
- Motiv IV.17 - *Abgrenzung*: Abgrenzung wird auf vielfältige Weise dargestellt, sei es als Beanspruchung eines individuellen Raumes, als Fokuswechsel von einer Gruppe zu einem Paar und vom Paar zum Individuum oder auch als Wechsel in der Beurteilerperspektive. Das Abgrenzungsmotiv lässt sich - wiederum mit Ausnahme der Person E - in fast allen Texten finden. Sehr konsequent wirkt in diesem Fall die Verteilung der Qualitäten: Die fünf unabhängigen Beschreiber wählen die inhaltliche Qualität 1. Zusätzlich äußert der Beurteiler B das Motiv noch einmal in der Qualität 2. Die Therapeutin verwendet die ich-hafte Qualität 2a und die Patientin die Qualität 2, also beide jeweils die dem Beschreiber nächstgelegenen Ebenen.
- Motiv V.17 - *Gemeinschaft*: Der Gedanke von Gemeinschaftlichkeit und Einigkeit im Interesse einer Sache, wie etwa in einem Verein oder Team, kommt in beinahe allen Texten mit Ausnahme des Patientinnenprotokolls vor. Die meisten der Beschrei-

ber bleiben auf der mehr sachbezogenen Ebene (Qualität 1). Der Beschreiber E formuliert den Gedanken zusätzlich noch einmal in Qualität 2. Der Beurteiler F und die Therapeutin sind mit der Verwendung der Qualität 2a am deutlichsten persönlich involviert.

- Motiv VI.17 - *Vergnügen*: Vergnügen, Lustigkeit, Spaß und Feststimmung empfinden fast alle Beurteiler mit Ausnahme von D. Darin ist durchaus auch das Klischee beispielsweise eines Tanzvergnügens impliziert. Nur der Beschreiber C bleibt ganz auf der inhaltlichen Ebene (Qualität 1). Bei den übrigen Beurteilern läßt sich entweder zusätzlich oder ausschließlich ein Zitat der Qualität 2 oder 2a finden. Die Therapeutin formuliert das Motiv ich-haft in Qualität 2a, die Patientin in Qualität 2.
- Motiv VII.17 - *Abschluß*: Daß in dieser Improvisation etwas zum Abschluß gebracht wird, kommt in fast allen Texten (Ausnahme: 17E) zum Ausdruck. Darin ist sowohl das positive „Etwas erreichen“, als auch das Verlusterlebnis des „Vorbei seins“ oder „Hinter sich lassens“ enthalten. Die Mehrheit der Beurteiler, auch die Patientin selbst, nimmt dies gefühlshaft wahr (Qualität 2 und 2a). Der Beurteiler D und die Therapeutin bleiben auf der formal-inhaltlichen Ebene (Qualität 1).

70 QUALITATIVE ANALYSEN DER EINZELNEN MUSIKTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNGSWERKE

Motiv	A 17	B 17	C 17	D 17	E 17	F 17	T 17	P 17
I. 17 Stärke	entschieden dominierend (2)		erhaben; souverän (2)	ganz schön forsch; Mut (2)	entschlossen (2) Stampfen um Lagerfeuer (1)		Partnerin vitaler neben sich zu spüren (2a)	laute, offensive Töne - zu dominant (2)
II. 17 Widerstand	andere läßt sich nicht klein kriegen (2)	„trotz“ (2)	Felsenküste, vom schäumen-den Meer umspült, Eisberge (1)	Hindernisse (1) tapfer, unerschrocken (2)			Festhängen (2a)	
III. 17 Veränderung	zwei Personen mit Therapeutin spielen, Eine zusammen (Impulse), Andere für sich (1)	Figur, sich wandelnd (1) weiß nicht, was für „Figuren“ (2a)	Felsen verwandelnd sich in Eisberge - werden zu weißgekleideten Figuren (1)	Chaos (1) abenteuerlicher Weg (2)		der, die Patienten (2a)	jetzt vitaler (2a)	Experimentieren (1) Wechsel Dominanz/Stille nicht zwangsläufig (2)
IV. 17 Abgrenzung	für sich, aber nicht eingekapselt (1)	Mäuse springen herum (1) Kind sitzt am Boden und „trotzt“ (2)	schwarze Binden über den Augen, zwei Solotänzer (1)	zu zweit und doch allein (1)		musikalische Darbietung (1) [Beurteilerperspektive von außen]	in stille Ecke verzogen (2a)	Raum, mich auf mich selbst zu besinnen (2)
V. 17 Gemeinschaft	am Ende mehr zusammen (1)	Bewegungs-gemeinsames-im-Wind (1)	gemeinsam, Hand fassen (1)	gemeinsam klettern zwei über Stock und Stein; Hand reichen (1)	zwei miteinander tanzen (1) einzig (2)	die Patienten versuchten, im Dienste der Musik zu gestalten (2a)	Partnerin (2a)	
VI. 17 Vergnügen	belustigtes Interesse (2a)	Tanz (1) freundlich, gemütlich (2)	Tanz (1)		„Indianertanz“ (1) lustige Stimmung (2a)	Sarabande; Spaß (2a)	Spaß, Klischeehatles (2a)	offener, fröhlicher (2)
VII. 17 Abschluß	ging „ans Herz“ (2a)	Gefühl, daß etwas stattgefunden hat (2a)	Abgewürgtes, Chance ver-wirkt oder bewußt aus-gelassen (2)	und Schluß (1)	angenehmer, ab-rundender Schluß (2)		Schluß - Beckenschlag, der lange ausschwingt (1)	fürchte, leise Töne aufgeben zu mühsen (2)

Tabelle 18 Übersicht der in der Improvisation der 17. Therapiesitzung gefundenen Motive in ihrer Verteilung auf die einzelnen Be-schreiberprotokolle

Eine Gegenüberstellung sämtlicher gefundener Motive mit Kurzcharakteristik befindet sich in Tabelle 29. Sie entwirft für die 17. Improvisation ein klar definiertes, kraftvoll-souveränes Bild (Motiv I.17) mit sowohl aggressiven als auch vergnüglich-lustvollen Impulsen und der Fähigkeit zur Abgrenzung. Im Gruppenvalidierungsverfahren wurden die stark kontrastierenden Motive zügig herausgearbeitet. Ihr Schlagwortcharakter gab allerdings Anlaß zu mehrmaliger Überprüfung. Drei Motive (*Widerstand*, *Abgrenzung*, *Veränderung*) zeugen von Autonomiebestrebungen. Mit sachbezogenem Gemeinschaftssinn (Motiv V.17) und klischeehaftem Vergnügen (Motiv VI.17) soll hier etwas erreicht und zum Abschluß gebracht werden (Motiv VII.17). Alle Motive werden von der Therapeutin und der Mehrzahl der unabhängigen Beschreiber wahrgenommen. Die Leerstellen in Tabelle 18 reichen von eins bis drei. Bei fünf von sieben Motiven ist jedoch nur jeweils eine Beschreiberperspektive unbesetzt. Im Patientinnenprotokoll finden sich die Motive Widerstand und Gemeinschaft nicht.

6.2.3 Musikalische Analyse

Der Charakter des Stückes wird von den Begleitinstrumenten Klavier und Schlagzeug bestimmt, die das Vibraphon als eigentliches Melodieinstrument zurücktreten lassen. Besonders in den hohen Lagen ist es nicht eindeutig herauszuhören, obwohl das Stück insgesamt viel lauter wirkt als die Improvisation der dritten Sitzung.

Erster Höreindruck ist der einer kraftvollen Jazz-Improvisation mit vielseitigen Klangfarben: Vibraphon, Becken, Klavier sowie trockene Schläge ohne Nachhall. Das Stück ist formal als ABC-Form angelegt. Teil A reicht von $t=0$ bis $t=20$, Teil B von $t=20$ bis $t=218$ und Teil C von $t=218$ bis $t=248$.

Die Introduction A ist meditativ in Form eines Frage-Antwort-Spiels gestaltet. Es beginnt das Vibraphon im *p*, deutlich rhythmisch strukturiert, melodisch jedoch sehr frei. Während es weiterspielt, antwortet das Klavier mit drei *mf*-Phrasen, die das Vibraphon in den Hintergrund drängen: einem Aufgang aus ruhigen Viertelnoten mit viel Pedalgebrauch, dann zunehmend rhythmischer, schließlich *crescendo* und *ritardando* ausklingend.

Der Hauptteil B ist verantwortlich für den Jazz-Eindruck, der durch ein rhythmisches Klavier-Ostinato hervorgerufen wird. Weil es lauter ist als die Vibraphonmelodie in gleichmäßigen Viertelnoten, geht es über eine bloße Begleitfunktion hinaus. Ohne Umschweife geht die Entwicklung auf einen ersten Höhepunkt bei $t=33$ zu, der von einem trockenen Schlag markiert wird. Nach zwei Beckenschlägen wird es ab $t=43$ ruhiger und leiser. Dies geschieht im Klavier durch eine Verschiebung des Rhythmusbausteins zu größeren Notenwerten hin, die das Vibraphon stärker hervortreten lassen. Ab $t=71$ leiten mehr trockene, lauter und drängender werdende Schläge einen neuen Höhepunkt ein ($t=83$). Das Klavier modifiziert jetzt das Rhythmusostinato durch Einfügen von zwei Achtelnoten. Danach „dümpelt“ das Stück eine Zeitlang ruhig und gleichförmig

vor sich hin. Bei $t=101$ bereiten zwei trockene Schläge, ein *Crescendo* im Becken sowie Dissonanzen im Klaviermotiv gemeinsam eine Verdichtung in allen Stimmen vor. Diese ist bis $t=129$ vollzogen. Es folgt ein Rückgang der Dynamik bis zum p . Nun wird aus dem bisherigen thematischen Material ein Spiel mit Klangfarben ohne Höhepunkte. Von $t=191$ an zieht sich das Klavier nach und nach zurück und verläßt schließlich das Jazz-Ostinato, wodurch das Vibraphon in den Vordergrund tritt. Dieses gibt das schlußbestimmende a_1 an.

Im Schlußteil C nimmt das Klavier a_1 auf und repetiert es in einem *Decrescendo* mit viel Pedalgebrauch. Im Vibraphon entwickelt sich umspielend eine meditative Melodie mit eigenständigem Rhythmus. Das Stück verklingt mit fünf Beckenschlägen und einem d-Moll-Akkord im Klavier.

Das ganze Stück wirkt durch den vorgegebenen Jazz-Rahmen und die verwendeten Klangfarben strukturiert, definiert und geschlossen. Der meditative Anfangs- bzw. Schlußteil sind zu kurz, um hierzu ein Gegengewicht zu bilden. Das thematische Jazz-Material wird nur zu einem Teil entwickelt auf musikalische Höhepunkte hin. Der Rest dient zu ungerichtetem Ausprobieren, wodurch das Stück in die Länge gezogen wird. Im Gegensatz zur Musik der dritten Improvisation liegt diesmal im Klavier ein festes Rhythmusmotiv, welches jedoch Anteil an der Melodie hat, denn die Melodiestimme im Vibraphon hält sich rhythmisch und dynamisch sehr zurück.

The image displays three systems of handwritten musical notation, likely for improvisation analysis. Each system consists of multiple staves with various musical symbols, including notes, rests, and dynamic markings. Time markers in seconds are placed above the staves.

System 1 (Top): Time markers range from 0 to 65 seconds. Annotations include:

- 0-10s: "Frei-Stil: freie Rhythmen - melod. Gestaltung in beiden Instrumenten"
- 10-20s: "Bass"
- 20-30s: "Klavier: deutlicher Jazz-Rhythmus"
- 30-40s: "Vibraphon: deutlicher Jazz-Rhythmus"
- 40-50s: "Klavier: deutlicher Jazz-Rhythmus"
- 50-60s: "Vibraphon: deutlicher Jazz-Rhythmus"
- 60-65s: "Klavier: deutlicher Jazz-Rhythmus"

System 2 (Middle): Time markers range from 65 to 180 seconds. Annotations include:

- 65-75s: "Klavier: deutlicher Jazz-Rhythmus"
- 75-85s: "Vibraphon: deutlicher Jazz-Rhythmus"
- 85-95s: "Klavier: deutlicher Jazz-Rhythmus"
- 95-105s: "Vibraphon: deutlicher Jazz-Rhythmus"
- 105-115s: "Klavier: deutlicher Jazz-Rhythmus"
- 115-125s: "Vibraphon: deutlicher Jazz-Rhythmus"
- 125-135s: "Klavier: deutlicher Jazz-Rhythmus"
- 135-145s: "Vibraphon: deutlicher Jazz-Rhythmus"
- 145-155s: "Klavier: deutlicher Jazz-Rhythmus"
- 155-165s: "Vibraphon: deutlicher Jazz-Rhythmus"
- 165-175s: "Klavier: deutlicher Jazz-Rhythmus"
- 175-180s: "Vibraphon: deutlicher Jazz-Rhythmus"

System 3 (Bottom): Time markers range from 180 to 240 seconds. Annotations include:

- 180-190s: "Klavier: deutlicher Jazz-Rhythmus"
- 190-200s: "Vibraphon: deutlicher Jazz-Rhythmus"
- 200-210s: "Klavier: deutlicher Jazz-Rhythmus"
- 210-220s: "Vibraphon: deutlicher Jazz-Rhythmus"
- 220-230s: "Klavier: deutlicher Jazz-Rhythmus"
- 230-240s: "Vibraphon: deutlicher Jazz-Rhythmus"

Abbildung 3 Notation zur musikalischen Analyse der Improvisation der 17. Therapiesitzung

6.3 Der Abschluß der Musiktherapie - die 45. Improvisation

6.3.1 Dynamik der gefundenen Qualitäten

Die 45. Improvisation bildet den Abschluß der teilstationären Behandlung der Patientin. Die Beschreibungen des Musikstückes entstanden nach denselben Kriterien (vgl. Kapitel 5) wie bei den beiden bisher analysierten Therapiesitzungen. Im Anhang befinden sich die Protokolle der unabhängigen Beschreiber A bis F in den Texten A45 bis F45, diejenigen der Therapeutin und der Patientin in den Texten T45 und P45.

In diesem Reduktionsschritt sind die Protokolle nach Qualitäten gegliedert worden (vgl. Tabellen 19 bis 26). Äußerlich imponieren die Texte A45 bis F45 und P45 etwa gleich lang (ca. 1/2 Seite). Der Therapeutinnen-Text T45, bei dem wieder nur der Während-Teil berücksichtigt wird, fällt erheblich länger aus. Inhaltlich sind alle Protokolle recht homogen: Aus allen Beschreibungen spricht die Bereitschaft zu bildhaften Phantasien, die über die Beschreibung des musikalischen Höreindrucks weit hinausgehen.

Die entstehenden Qualitätentabellen lassen sich in zwei große Gruppen einteilen. Bei den unabhängigen Beurteilern C, D, E und F und bei der Therapeutin (vgl. Tabellen 21 bis 25 und 27) überwiegt die affektiv betonte Qualität 2. Die Qualität 1 kommt entsprechend seltener vor. Diese Beschreibergruppe verwendet darüberhinaus häufiger die Qualität 2a. Es erscheint gerechtfertigt, die Tabelle 26 ebenfalls dieser Gruppe zuzuordnen, da die Patientin ganz überwiegend in Qualität 2 spricht, diese aber nicht zusätzlich nach ich-haften Passagen (Qualität 2a) aufgeschlüsselt wird.

Dagegen verwenden zwei unabhängige Beschreiber (vgl. Tabellen 19 und 20) überhaupt keine ich-haften Textpassagen (Qualität 2a), jedoch relativ häufig inhaltliche Strukturen (Qualität 1).

Die Musik scheint besonders die Bilder- und Gefühlswelt der meisten Beschreiber angesprochen zu haben. Dies findet seinen Ausdruck in der gehäuften Verwendung der gefühlshaften Beschreibungsdimensionen. Das vermehrte Auftreten der ich-haften Ebene (Qualität 2a) - möglicherweise auch die Abwehr derselben bei zwei unabhängigen Beurteilern - zeugt davon, daß mit dieser Musik Affekte transportiert werden, mit denen vielen Personen eine Identifikation möglich ist. Die Tabelle der Qualitäten-Präferenzen für die Motive (vgl. Tabelle 28) bestätigt das Ergebnis. Insgesamt sieben von acht Motiven werden hauptsächlich von Zitaten der Qualitäten 2 und 2a gebildet. Zwei Motive bestehen sogar überwiegend aus 2a-Zitaten.

Qualität 1	Qualität 2	Qualität 2a
laufen lernen, zum ersten Mal auf Stelzen stolpert vor sich hin beide laufen nebeneinander her Therapeutin stützt manchmal, beim Balancieren ein bißchen Halt Der lange nachklingende tiefe letzte Ton	Freude , Stolz, Tränen Trotz: Das kann ich! Da bin ich! Ich will aber so! ernster, tiefer, schwerer, traurig Fundament, trägt noch eine Weile	

Tabelle 19 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskizzen von Beschreiberprotokoll A 45

Qualität 1	Qualität 2	Qualität 2a
Vollmondnacht unbelebte Stadt, Straßenzüge vom Mond erhellt zwei Menschen treiben vor sich hin teilen Bilder, Schaufenster, ohne viel zu reden	ruhige Atmosphäre, lau langsam, aber stetig Erinnerung taucht auf Schwere in der Luft, darf sein man weiß nicht so recht, wo sie herkommt beide einig	

Tabelle 20 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskiz-
zierung von Beschreiberprotokoll B 45

Qualität 1	Qualität 2	Qualität 2a
Plätschern, taumelt was durch's Wasser	wird energischer	habe nicht gemerkt
Storch, der durch Wasser stakt	stolzes Gestelze, mal hierhin, dann wieder dorthin, aber mit einem starkem Willen gelenkt	auf einmal feste Linie, Wille, der in Bann ziehen möchte
	entspannt, nicht beendet	meine Gedanken schweifen ab
		denke an ein Lied („Wasting of the Water“) - etwas suchen, das von Grund auf durchschüttelt, um neue Basis zu finden

Tabelle 21 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskiz-
zierung von Beschreiberprotokoll C45

Qualität 1	Qualität 2	Qualität 2a
Béla-Bartók-Stil - Fragezeichen in die Luft geschrieben - Kin- derreime in Versen	anfangs schön schwingend, später alltägliche Stimmung, leichte Drohung	bin schwankend, kann kaum fühlen, angenehme - unange- nehme Gefühle, Grenzen flie- ßend Schluß überrascht mich in sei- ner Eindeutigkeit

Tabelle 22 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskiz-
zierung von Beschreiberprotokoll D 45

Qualität 1	Qualität 2	Qualität 2a
immer wieder gemeinsamer Versuch - Löcher	Kraft im Spiel, kann nicht richtig fließen, große Ungeduld	
	Orientierungsschwierigkeiten - gemeinsame Schwierigkeiten?	
Person experimentiert	unheimliche Stimmung	macht mir leichtes Unbehagen, da viele disharmonische Klänge
	Nebel, dunkler Gang, Höhle	dann wieder angenehme, tiefe, harmonische, weiche Klänge, wie weiches Bett

Tabelle 23 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskiz-zierung von Beschreiberprotokoll E 45

Qualität 1	Qualität 2	Qualität 2a
dokumentieren: ich habe auch 'mal Klavier gespielt	ebenbürtige Gegnerin am Klavier, Auseinandersetzung findet nicht statt	erscheint mir ungeordnet
	hastig	in mir Märchen, „Tischlein deck dich“, in „meiner“ Geschichte wird etwas gestohlen, Knüppel Auftrag gegeben, Gestohlenes zurückzuholen

Tabelle 24 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskiz-zierung von Beschreiberprotokoll F 45

Qualität 1	Qualität 2	Qualität 2a
Nebeneinander, Durcheinander Form bildet sich Klang in der Tiefe darüber gestaltet Patientin eigene Melodie	bollrig, grob, sie fällt mit poltrigen Tönen in ruhigen Raum Partnerin sehr kräftig zunehmend sicherer werdend	warte, suche meine Form des Spiels erinnere mich an die erste Zeit: Halt geben, zu kräftig, überstülpend auf sich ständig wiederholende, haltgebende Begleitung zurückziehe Szene im Urlaub in Venezuela, womit ich nichts anfangen kann in mir angenehmes, ruhiges Gefühl, Haus vor mir zu sehen, obwohl ich weiß, daß zunehmend Aufregung und chaotische Zustände mit zu vielen Menschen auftauchen werden

Tabelle 25 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskizzen von Beschreiberprotokoll T 45

Qualität 1	Qualität 2
Kurzfassung der vergangenen sechs Monate: erst Suchen nach Rollenverteilung, dann Melodie und Begleitung	dachte mehr an Zukunft Urlaub - darauf freue Arbeitsbeginn - unsicher fühle Leute hier - Kontakt aufrecht erhalten finde ich schön

Tabelle 26 Übersicht der gefundenen Qualitäten und stichwortartige Verlaufsskiz-
zierung von Beschreiberprotokoll P 45

6.3.2 Charakteristik der gefundenen Motive

Tabelle 27 bildet eine Zusammenstellung aller in der 45. Improvisation gefundenen Motive in ihrer Verteilung auf die einzelnen Beschreiberprotokolle. Für die Bildung von Präferenzen bei der Verteilung der Qualitäten auf diese Motive sei auf die Tabelle 28 verwiesen. Es wurden acht verschiedene Motive gefunden und im Gruppendiskussionsverfahren bestätigt, die in diesem Kapitel charakterisiert werden.

- **Motiv I.45 - *Laufenlernen*:** Vier unabhängige Personen (A, C, E, F) und die Therapeutin beschreiben eine motorische Unsicherheit und kindliche Ungeduld, sich etwas anzueignen. Es geht ganz offenbar darum, etwas - beispielsweise das Laufenlernen - aus eigener Kraft zu schaffen. Dieses kindliche „Ich will“ bringt bei den Beschreibern Reminiszenzen an die Kindheit mit sich. Bis auf die Person A, die ganz auf der inhaltlichen Ebene der Qualität 1 bleibt, formulieren die Beschreiber ihre Gedanken zu diesem Motiv in Qualität 2. Bei den Beurteilern C und F lässt sich jedoch ein zusätzliches charakteristisches Zitat in der Qualität 1 bzw. 2a finden.
- **Motiv II.45 - *Erinnerung*:** Die sechs unabhängigen Beurteiler A, B, D und F sowie beide abhängigen Beurteiler beschreiben Erinnerungen, Rückblicke oder zurückliegende Situationen. Die Therapeutin erinnert sich ich-haft in Qualität 2a, während die übrigen Personen die inhaltliche Dimension (Qualität 1) bevorzugen. Beim Beurteiler B fließt ein zweites Zitat der Qualität 2 ein.
- **Motiv III.45 - *Gefühlsschwankung*:** Hier geht es um „gemischte Gefühle“, die zu Balanceakten herausfordern. Sie werden entweder sehr differenziert in ihrer Ambivalenz wahrgenommen oder als verwirrende Aufzählung gegensätzlicher Gefühle direkt nebeneinander gestellt. Diese letztere Variante erinnert an pubertäre Gefühlsschwankungen. Das Motiv wird von vier unabhängigen (A, C, D, E) und beiden abhängigen Beurteilern wahrgenommen, und zwar gleich häufig in den Qualitäten 2 und 2a. Beim Beschreiber A wird ein zusätzliches Zitat der Qualität 1 in die Tabelle aufgenommen. Die Therapeutin bleibt wieder auf der ihr am nächsten stehenden Beschreibungsebene 2a.
- **Motiv IV.45 - *Gemeinsamkeit*:** Vom gleichnamigen Motiv II.3 unterscheidet sich dieses Motiv vor allem durch die gegenseitige Wahrung und Achtung der beteiligten Einzelidentitäten. Man geht ein Stück Weg gemeinsam, teilt miteinander oder grenzt sich ab, wie es gerade angebracht ist. Die Therapeutin formuliert dieses Motiv wiederum ich-haft in Qualität 2a. Die Patientin bleibt dagegen ganz auf der inhaltlichen Ebene in ihrer Beschreibung der musikalischen Form (Qualität 1). Von den unabhängigen Personen A, B, E und F, bei denen das Motiv vorkommt, wählen zwei ausschließlich die Qualität 2. Der Beurteiler A benutzt die Qualität 1, während der Beschreiber B die Qualitäten 1 und 2 verwendet.

- Motiv V.45 - *Ernst*: Nur die beiden Personen A und B beschreiben dies Gefühl trauriger Schwere (Qualität 2), das sich am treffendsten mit dem Stichwort „Ernst des Lebens“ charakterisieren lässt.
- Motiv VI.45 - *Rückhalt*: Dieses Motiv findet sich bei den unabhängigen Beurteilern A, C, D und E sowie bei beiden abhängigen Beschreibern. Sie alle beschreiben ein Gefühl der Verlässlichkeit und Sicherheit, wie ein Zuhause, das nötigenfalls Halt geben kann. Die Beschreiber C, D, E und die Therapeutin assoziieren ich-haft in Qualität 2a. Die Person A vermeidet das Einfließenlassen persönlicher Gefühle und wählt Qualität 2. Die Patientin formuliert ebenfalls in Qualität 2. Beim Beschreiber A gibt es zusätzlich ein inhaltliches Zitat (Qualität 1).
- Motiv VII.45 - *Ungewißheit*: Dieses Motiv wird von fast allen Beschreibern mit Ausnahme der Person A genannt. Es behandelt das Verwerfen alter Strukturen, die abenteuerliche Suche nach Neuem und Unbekanntem, die damit verbundene Ungewißheit und das Risiko. In allen Beschreibungen finden sich Zitate der Qualitäten 2 und 2a. Die Therapeutin gebraucht wiederum die ich-hafte Qualität 2a und diesmal zusätzlich - wie auch die Patientin und der Beschreiber D - die inhaltliche Qualität 1.
- Motiv VIII.45 - *Ruhe*: Vier Beurteiler (B, C, D und die Therapeutin) beschreiben angenehme harmonische Schwingungen und entspannte, ruhige Gefühle. Die unabhängigen Beurteiler wählen hierfür die Qualität 2, die Therapeutin wieder die ich-hafte Perspektive (Qualität 2a).

Motiv	A 45	B 45	C 45	D 45	E 45	F 45	T 45	P 45
I.45 Laufenlernen	laufen lernen, zum erstenmal auf Stelzen (1)		taumelt (1) wird energischer, starker Wille (2)		Kraft im Spiel, kann nicht richtig fließen, Ungeduld (2)	hastig (2) ungeord- net, Märchen (2a)	zunehmend siche- rer (2)	
II.45 Erinnerung	zum erstenmal auf Stelzen (1)	Vollmondnacht (1) Erinnerung (2)		Kinderreime (1)		ich habe auch 'mal Klavier gespielt (1)	erinnere mich an die erste Zeit (2a)	Kurzfassung der vergangenen sechs Monate (1)
III.45 Gefühls- schwankung	Freude, Stolz, Tänen, Trotz (2) Balancieren (1)		stolzes Gestecke, mal hiehin, mal dorthin, aber mit einem starken Willen gelenkt (2)	schwankend, kann kaum fühlen, angenehme - unangenehme Gefühle (2a)	Unbehagen, dann wieder angenehme Klänge (2a)		angenehmes ruh- iges Gefühl - zu- nehmend Aufre- gung (2a)	Urlaub - freue- Arbeit - unsicher fühle (2)
IV.45 Gemeinsamkeit	die beiden laufen nebeneinander her, Therapeutin stützt manchmal (1)	zwei Menschen treiben vor sich hin; teilen, ohne viel zu reden (1) einig (2)			gemeinsame Schwierigkeiten (2)	ebenbürtige Gegen- rin am Klavier, Aus- einandersetzung finder nicht statt (2)	auf halgebende Begleitung zu- rückziehe (2a)	Melodie und Be- gleitung (1)
V.45 Ernst	ernster, tiefer, schwerer, traurig (2)	Schwere (2)						
VI.45 Rückhalt	Bißchen Halt (1) Fundament, trägt noch eine Weile (2)		feste Linie (2a)	Schluß - Ein- deutigkeit (2a)	harmonische Klän- ge, wie weiches Bet (2a)		halgebend, ruhiges Gefühl, Haus (2a)	Kontakt aufrecht erhalten, finde ich schön (2)
VII.45 Ungewißheit		man weiß nicht so recht (2)	etwas suchen, das einen von Grund auf durchschüttelt, um eine neue Basis zu finden (2a)	Fragezeichen (1) leichte Drohung (2)	Orientierungs- schwierigkeiten; unheimliche Stim- mung, Nebel, dunkler Gang, Höhle (2)	"Tischlein deck dich" - Gestohlenes zurückholen (2a)	Nebeneinander und Durcheinander (1) suche meine Form des Spiels (2a)	Zukunft (2) Suchen nach Rollenvertei- lung (1)
VIII.45 Ruhe		ruhige Atmosphäre (2)	entspannt (2)	schön schwingend (2)			ruhiges Gefühl (2a)	

Tabelle 27 Übersicht der in der Improvisation der 45. Therapiesitzung gefundenen Motive in ihrer Verteilung auf die einzelnen Beschreiberverprotokolle

Einander gegenübergestellte Kurzcharakteristiken sämtlicher in der 45. Improvisation gefundener Motive zeigt die Tabelle 29. Auf engstem Raum präsentiert sich hier ein auffallend großes Spektrum von Affekten. Diese sind eingebettet in eine von Echtheit geprägte Beziehung. Diese wäre z. B. in einem guten Elternhaus zu erwarten, welches einerseits Halt, andererseits aber auch Raum für Autonomiebestrebungen gibt. Tatsächlich stehen die gefundenen Motive im Spannungsfeld zwischen Halten und Loslassen: *Ruhe*, *Rückhalt*, *Gemeinsamkeit* auf der einen und *Laufendlernen*, *Ernst*, *Ungewißheit* auf der anderen Seite. Zwischen diesen beiden Polen bewegen sich die beiden Motive *Erinnerung* und *Gefühlsschwankung*. „Beweglich“ gestaltet sich auch die Empfindlichkeit der Beschreiber für die einzelnen Motive: Je nach Motiv schwanken die Leerstellen in Tabelle 27 bei den unabhängigen Beurteilern zwischen eins und sechs, bei den abhängigen zwischen null und zwei. Die Motive *Ernst*, *Ruhe* und *Laufendlernen*, die bei den wenigsten Beurteilern vorkommen, werden bei der Patientin gar nicht gefunden. Bei der Therapeutin findet sich kein Hinweis auf das Motiv V.45. Daß die Motive in Abhängigkeit von der Beschreiberpersönlichkeit unterschiedlich wahrgenommen werden, kann als Maß für die „Echtheit“ der mit dieser Musik transportierten Affekte und Phantasien gewertet werden. Im Gruppenvalidierungsverfahren wurde die Abgrenzung des *Ernst*- (V.45) vom *Ungewißheit*- (VII.45) und *Gefühlsschwankung*-Motiv (III.45) sowie des *Ruhe*- (VIII.45) vom *Rückhalt*-Motiv (VI.45) intensiv und ausführlich diskutiert.

6.3.3 Musikalische Analyse

Die 45. Improvisation präsentiert sich als Solo-Klavierstück, verteilt auf zwei gleichberechtigt gehandhabte Klaviere. Das Klangergebnis ist ein zunächst einstimmiges, später polyphon- und im weiteren Verlauf homophon-mehrstimmiges Werk. Beide Instrumente sind nicht klar voneinander zu trennen. Das Stück hat die Form ABCD. Teil A reicht von t=0 bis t=29, Teil B von t=29 bis t=183, Teil C von t=183 bis t=286 und Teil D von t=286 bis t=349.

Die Einleitung A ist einstimmig und sehr durchsichtig über einen großen Tonumfang gestaltet, der sich aus der Verwendung der extremen Lagen des Klaviers ergibt. Der Gesamteindruck ist - abgesehen von kurzen *Crescendi* und *Decrescendi* - eher leise und ruhig. Durch den Gebrauch des Haltepedals klingen einige Melodietöne akkordlich ineinander. Das gilt besonders für den Schluß, der in die Mehrstimmigkeit überleitet.

Hauptmerkmal des Teils B ist seine polyphone Stimmführung mit kleinen Notenwerten (Sechzehntel) in den extremen Lagen der Instrumente. Hierdurch wirkt dieser Teil unruhig und dicht. Gleich zu Beginn steht eine kurze kraftvolle Verdichtung im Tempo und in der Dynamik bis zum *f* hin. Die sich aus der Polyphonie ergebenden Dissonanzen und rhythmischen Unregelmäßigkeiten (ohne Pedalgebrauch) wirken undurchsichtig und gestolpert. Sie lassen an einen Kampf um Vormacht denken. T=51 leitet über in

zwei gleichberechtigte, sich abwechselnde Stimmen, die ein Frage-Antwort-Spiel gestalten. Dabei beginnt die Unterstimme. Ab t=68 folgt eine kurze leisere, beinahe homophone Phase, in der die Oberstimme dominiert. Das Tempo wird ein wenig zurückgenommen, um sich bei t=79 wieder zu verdichten durch das plötzliche *ff*-Hervortreten einer in sich polyphonen Begleitfigur, die auch das Tempo wieder anzieht. Im weiteren Verlauf paßt sich die Oberstimme dynamisch (*f*), die Unterstimme rhythmisch an. Dadurch erscheint diese Stelle trotz des Temporückgangs undurchsichtig. Mit t= 121 folgt eine kurze homophone Stelle mit bordunartiger Unterstimme. Dann wird das bis dahin vorgestellte thematische Material ruhiger, leiser (*mf*) und durchsichtiger fortgesponnen. Die Überleitung zum nächsten Teil ab t=156 geschieht gesanglich und ruhig mit einer sehr phantasievollen Diskantmelodie, die gegen Ende *ritardando* in absteigender Linie in die Mittellage des Klaviers sinkt. Die Unterstimme führt dazu in der gleichen Lage eine Oktav- und Akkordbegleitung mit Pedalgebrauch aus.

Wie die Überleitung vermuten läßt, werden die Stimmen in Teil C überwiegend homophon geführt. Dadurch entsteht ein ruhiger, durchsichtiger und melodioser Eindruck, ohne daß die Dynamik zurückgenommen wird. Bei unveränderter Begleitung bleibt die Melodie zunächst in der Mittellage und wechselt ab t=216 häufig zwischen Diskant und Mittellage. Als ginge es auf den Schluß zu, werden die Notenwerte größer und die Dynamik geht zurück bis zum *mf*.

Teil D kann als eine Art „Coda“ aufgefaßt werden, in der das Material aus Teil C noch einmal aufgegriffen wird bei weiterem Rückgang von Tempo und Dynamik. Insbesondere die Bässe klingen durch die *staccato*-Akkorde weniger durch und enden schließlich ganz. Der Schluß wird von zwei leisen Tönen im Diskant gebildet.

Das Stück scheint auf den Ausklang hin angelegt zu sein, ohne jedoch hierdurch von vornherein eine Festlegung auf eine bestimmte Form zu erfahren. Es hat vielmehr prozessualen Charakter: Jeder Teil entwickelt sich aus dem vorangegangenen. Folglich fehlen dieser Improvisation die „Längen“, die den beiden zuvor analysierten Werken zu eigen waren. Charakteristisch ist die Verwendung zweier gleicher Instrumente in rhythmischer und dynamischer Ausgewogenheit. Dabei wechseln sich polyphone und homophone, ruhigere und aufgewühltere Passagen ab, was dem Stück Struktur und Spannung verleiht. Obwohl stellenweise beträchtliche Lautstärke, Unruhe und Dissonanzen erreicht werden, wirkt das Stück in seiner Gesamtheit ruhig und besonnen.

Handwritten musical notation and analysis for the 45th improvisation. The notation is on a grand staff with a time signature of 4/4. The tempo is marked 'Allegretto'. The key signature has one flat (B-flat). The notation is divided into sections by time markers (t [sec.]): 0, 10, 29, 48, 51, 79, 85. The analysis is written in German and includes musical examples and descriptions of the improvisation.

0 - 10: *2 Klaviere gestalten gemeinsame Melodie, lange Einsamkeit, am Schluss akkordliche Mehrstimmigkeit (mit viel Pedal in einander klingend), Ruhe, Durchsichtigkeit*

29: *polyphone Mehrstimmigkeit in weichen, leichten Bewegungen mit wenig Pedal, allees stark, Unruhe, Kraftvolle Verschiebung, schnelles Tempo*

48: *Überschneidung: mp*

51: *Übergang in 2. gleichberechtigte Stimmen, die sich sehr zurückhaltend, insgesamt Tempo rückgängig*

79: *Einmal, subito sf*

85: *Hervortreten der gegenüber der fortgeführten Oberstimme, schnelleres Tempo*

104: *weitere Fortspinnen der Oberstimme, Gegenstimme sogar sich rhythmisch an, jedoch nicht so verdrängt fort, so verdrängt fort, später decresc.*

121: *polyphone Entwicklung, allees stark, Unruhe, Kraftvolle Verschiebung, schnelles Tempo*

131: *Überschneidung: mp*

142: *Überschneidung: mp*

156: *Überschneidung: mp*

166: *Überschneidung: mp*

183: *Überschneidung: mp*

216: *Handwritten musical notation and analysis for the 45th improvisation. The notation is on a grand staff with a time signature of 4/4. The tempo is marked 'Allegretto'. The key signature has one flat (B-flat). The notation is divided into sections by time markers (t [sec.]): 0, 10, 29, 48, 51, 79, 85. The analysis is written in German and includes musical examples and descriptions of the improvisation.*

216: *Handwritten musical notation and analysis for the 45th improvisation. The notation is on a grand staff with a time signature of 4/4. The tempo is marked 'Allegretto'. The key signature has one flat (B-flat). The notation is divided into sections by time markers (t [sec.]): 0, 10, 29, 48, 51, 79, 85. The analysis is written in German and includes musical examples and descriptions of the improvisation.*

226: *Handwritten musical notation and analysis for the 45th improvisation. The notation is on a grand staff with a time signature of 4/4. The tempo is marked 'Allegretto'. The key signature has one flat (B-flat). The notation is divided into sections by time markers (t [sec.]): 0, 10, 29, 48, 51, 79, 85. The analysis is written in German and includes musical examples and descriptions of the improvisation.*

249: *Handwritten musical notation and analysis for the 45th improvisation. The notation is on a grand staff with a time signature of 4/4. The tempo is marked 'Allegretto'. The key signature has one flat (B-flat). The notation is divided into sections by time markers (t [sec.]): 0, 10, 29, 48, 51, 79, 85. The analysis is written in German and includes musical examples and descriptions of the improvisation.*

Abbildung 4 Notation zur musikalischen Analyse der Improvisation der 45. Therapiessitzung

7 Vergleich der qualitativen Einzelanalysen

7.1 Verteilung der Qualitäten

Eine Übersicht sämtlicher auf die motivbildenden Protokollpassagen entfallenden Qualitäten aus den Tabellen 9, 18 und 27 bietet die Tabelle 28, die bereits Berücksichtigung im Kapitel 6 fand. In der Übersicht springt zunächst ein gehäuftes Vorkommen der gefühlshaften Dimensionen (*Qualitäten 2 und 2a*) ins Auge.

Die folgende Abbildung 5 stellt die Verteilung der auf alle gefundenen Motive entfallenden Qualitäten im Therapieverlauf in graphischen Blöcken dar. Sie bezieht die Qualitäten 1, 2 und 2a auf jede der drei analysierten musiktherapeutischen Behandlungen. Für die Interpretation dieser Graphik ist zu beachten, daß ein Raster von drei feinanalyisierten Sitzungen zu grobmaschig ist, um etwa statistische Aussagen zum Gesamtverlauf der Therapie treffen zu können. Das Diagramm kann daher nur einen optischen Vergleich der erhobenen typischen Eckdaten von Therapiephasen darstellen. Es verdeutlicht die sich im vorherigen Kapitel bereits abzeichnende hohe Dichte affektiv-betonter Beschreibungen (Qualität 2) für die Improvisation der dritten Sitzung. Für die Beschreibungen der 17. Improvisation zeigt die Graphik dann den Rückgang der gefühlshaften Formulierungen. Schließlich findet in der 45. Improvisation ein Wiederanstieg der Protokollpassagen in Qualität 2 statt. Die Verteilung der inhaltlichen Formulierungen (Qualität 1) zeigt einen gegenläufigen Zyklus. Dagegen erhöht sich die Anzahl der Formulierungen in Qualität 2a im Verlauf der Therapie. Die Qualitäten sind Ausdruck der Resonanzkörperfunktion der jeweiligen Beschreiber, die von Qualität 1 über Qualität 2 bis hin zu Qualität 2a kontinuierlich zunimmt. Somit läßt sich die Abbildung 2 auch als graphische Darstellung dieses Mitschwing-Prozesses verstehen.

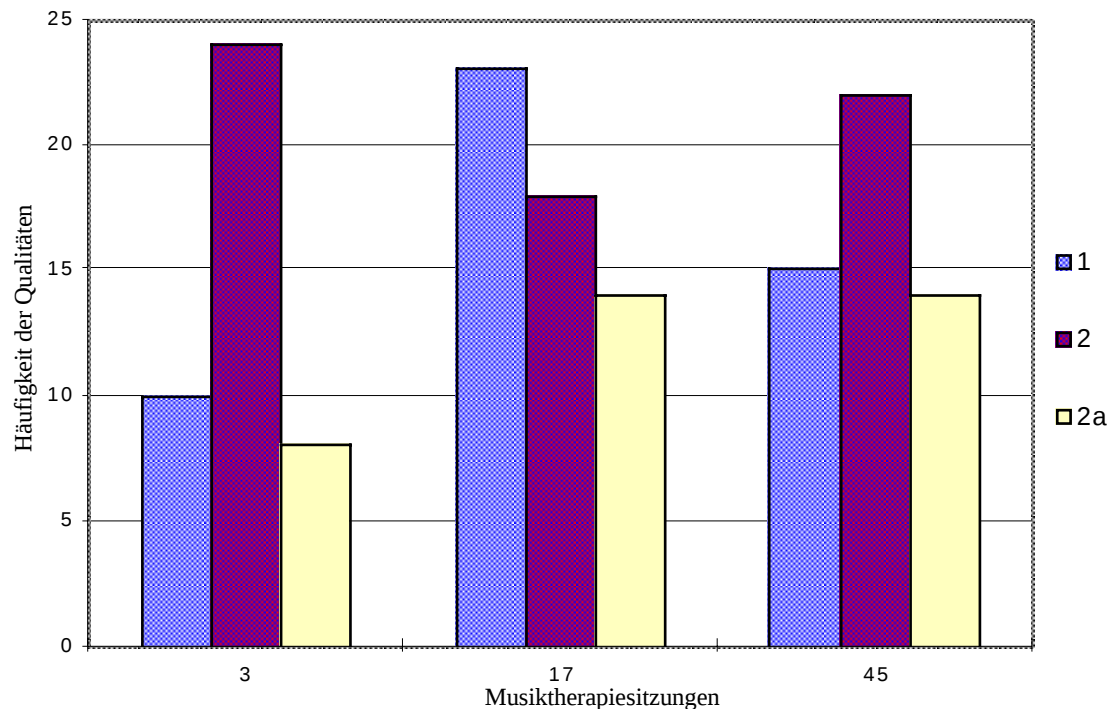


Abbildung 5 Verteilung der Qualitäten im Therapieverlauf

In der Tabelle 28 werden nun für jedes einzelne Motiv die Qualitäten eingetragen, der sich die Beschreiber in den motivbildenden Zitaten bedient haben. Dabei zeigt die horizontale Auswertung der Tabelle, ob eine Qualität für ein bestimmtes Motiv vorherrschend ist. Um diesen Sachverhalt überschaubar zu machen, werden in der rechten Spalte *Präferenzen*, bezogen auf jedes einzelne Motiv, gebildet. Wird für ein Motiv eindeutig eine Qualität bevorzugt, so ist dies durch Fettdruck der entsprechenden Zahl kenntlich gemacht. Wo sich die Präferenz nicht eindeutig bestimmen läßt, wird auf den Fettdruck verzichtet. Damit ist gewährleistet, daß quantitativ unterlegene Auswertungsdetails in diesem Schritt nicht ausgefiltert werden. Es entsteht - numerisch zusammengefaßt - ein genaues Abbild dessen, was die Qualitäten-Analyse der drei ausgewählten Therapiesitzungen ergeben hat. Es ist an dieser Stelle nicht beabsichtigt und wegen der geringen Quantität der Stichprobe auch nicht möglich, aus den Präferenzen statistischen Aussagen abzuleiten. Die einzelnen Auswertungsschritte, die zur Bildung von Präferenzen führen, sind im Kapitel 5 beschrieben.

Die Betrachtung der Präferenzenspalte ergibt „Qualität 1“ als bevorzugte Dimension für die Motive IV.3 *Gerüst*, III.17 *Veränderung*, IV.17 *Abgrenzung*, V. 17 *Gemeinschaft* und II.45 *Erinnerung*. Die Motive I.3 *Sich nicht festlegen*, II.3 *Gemeinsamkeit*, III.3 *Rückzug*, VI.3 *Erweiterung*, VIII.3 *Distanz*, I.17 *Stärke*, II.17 *Widerstand*, I.45 *Laufenlernen*, V.45 *Ernst* und VIII.45 *Ruhe* erhalten die Präferenz „Qualität 2“. Bei den Motiven VI.17 *Vergnügen* und VI.45 *Rückhalt* wird die Qualität 2a bevorzugt. Für

die Motive V.3 *Verweigerung*, VII.3 *Endlos*, VII.17 *Abschluß*, III.45 *Gefühlsschwankung*, IV.45 *Gemeinsamkeit* und VII.45 *Ungewißheit* ist eine eindeutige Festlegung der Präferenz nicht möglich.

Die vertikale Betrachtung der Tabelle zeigt, welche Gewichtung der Qualitäten im Therapieverlauf bei jedem einzelnen Beschreiber stattfindet. Da die Beschreiberpersönlichkeiten der Außenperspektiven nicht Gegenstand dieser Untersuchung sind, interessieren hier vornehmlich die Veränderungen bei der Therapeutin und der Patientin. Die Therapeutin zeigt im Therapieverlauf eine auffällige Zunahme der Formulierungen in Qualität 2a. Bei der Patientin ist, wenngleich viel gemäßigter, eine gegenläufige Entwicklung von Formulierungen in Qualität 2 hin zu solchen in Qualität 1 zu beobachten. Beiden abhängigen Beschreibern gemeinsam ist die Zunahme der Wahrnehmung für die einzelnen Motive im Therapieverlauf.

Motiv	A	B	C	D	E	F	T	P	1-2-2a
I.3	Qual. 2	Qual. 2	Qual. 2	Qual. 2 Qual. 2a	Qual. 2 Qual. 2a		Qual. 2		0-6-2
II.3	Qual. 2	Qual. 2	Qual. 1	Qual. 1 Qual. 2				Qual. 2	2-4-0
III.3		Qual. 2	Qual. 2		Qual. 2			Qual. 2	0-4-0
IV.3	Qual. 1		Qual. 1 Qual. 2		Qual. 1	Qual. 1	Qual. 1		5-1-0
V.3	Qual. 2		Qual. 1		Qual. 2a				1-1-1
VI.3	Qual. 2a Qual. 2	Qual. 2a	Qual. 2	Qual. 2					0-3-2
VII.3	Qual. 2a Qual. 2	Qual. 2a		Qual. 2	Qual. 1			Qual. 2	1-3-2
VIII.3		Qual. 2		Qual. 1	Qual. 2	Qual. 2a			1-2-1
I.17	Qual. 2		Qual. 2	Qual. 2	Qual. 2 Qual. 1		Qual. 2a	Qual. 2	1-5-1
II.17	Qual. 2	Qual. 2	Qual. 1	Qual. 1 Qual. 2			Qual. 2a		2-3-1
III.17	Qual. 1	Qual. 1 Qual. 2a	Qual. 1	Qual. 1 Qual. 2		Qual. 2a	Qual. 2a	Qual. 1 Qual. 2	5-2-3
IV.17	Qual. 1	Qual. 1 Qual. 2	Qual. 1	Qual. 1		Qual. 1	Qual. 2a	Qual. 2	5-2-1
V.17	Qual. 1	Qual. 1	Qual. 1	Qual. 1	Qual. 1 Qual. 2	Qual. 2a	Qual. 2a		5-1-2
VI.17	Qual. 2a	Qual. 1 Qual. 2	Qual. 1		Qual. 1 Qual. 2a	Qual. 2a	Qual. 2a	Qual. 2	3-2-4
VII.17	Qual. 2a	Qual. 2a	Qual. 2	Qual. 1	Qual. 2		Qual. 1	Qual. 2	2-3-2
I.45	Qual. 1		Qual. 1 Qual. 2		Qual. 2	Qual. 2a Qual. 2	Qual. 2		2-4-1
II.45	Qual. 1	Qual. 1 Qual. 2		Qual. 1		Qual. 1	Qual. 2a	Qual. 1	5-1-1
III.45	Qual. 2 Qual. 1		Qual. 2	Qual. 2a	Qual. 2a		Qual. 2a	Qual. 2	1-3-3
IV.45	Qual. 1	Qual. 1 Qual. 2			Qual. 2	Qual. 2	Qual. 2a	Qual. 1	3-3-1
V.45	Qual. 2	Qual. 2							0-2-0
VI.45	Qual. 1 Qual. 2		Qual. 2a	Qual. 2a	Qual. 2a		Qual. 2a	Qual. 2	1-2-4
VII.45		Qual. 2	Qual. 2a	Qual. 1 Qual. 2	Qual. 2	Qual. 2a	Qual. 1 Qual. 2a	Qual. 2 Qual. 1	3-4-3
VIII.45		Qual. 2	Qual. 2	Qual. 2			Qual. 2a		0-3-1

Tabelle 28 Übersicht sämtlicher in den Beschreiberprotokollen der untersuchten Improvisationen gefundenen Qualitäten mit Bildung von Präferenzen für jedes Motiv

Motive der 3. Improvisation	Motivcharakteristik	Motive der 17. Improvisation	Motivcharakteristik	Motive der 45. Improvisation	Motivcharakteristik
I.3 sich nicht festlegen	in der Schwebe, undurchsichtige Sanftheit, Konflikte vermeiden	I.17 Stärke	entschlossen zum Angriff, kraftvoll, offensiv, initiativ	I.45 Laufenlernen	sich etwas aus eigener Kraft aneignen wollen, motorisch unsicher, ungeduldig (Kindheit)
II.3 Gemeinsamkeit	intimes, symbiotisches Miteinander, schwierig, Identität zu wahren	II.17 Widerstand	nicht nachgeben, sich verteidigen, trotzen	II.45 Erinnerung	Blick auf etwas Zurückliegendes
III.3 Rückzug	verborgen, heimlich, selbstgenügsam, einsam	III.17 Veränderung	Verwandlung, kräftiger werden, Suche nach Identität, Abenteuer	III.45 Gefühlschwankung	„gemischte Gefühle“, Verwirrung, (Pubertät)
IV.3 Gerüst	Halt, feste Stütze, aber auch Enge	IV.17 Abgrenzung	Fokuswechsel Gruppe-Paar-Individuum, eigenen Raum beanspruchen	IV.45 Gemeinsamkeit	ein Stück Weg miteinander gehen, teilen, gegenseitige Achtung, Identität wahren
V.3 Verweigerung	sich nicht einlassen, einen Korb geben	V.17 Gemeinschaft	miteinander im Interesse der Sache, Verein, Teamgeist, Einigkeit	V.45 Ernst	Ernst des Lebens wird bewußt, Schwere
VI.3 Erweiterung	lebenslustiger, und mutiger werden, sich öffnen, in Fluß kommen	VI.17 Vergnügen	Freude, Spaß, klischeehafte Feststimmung (Tanz), lustig	VI.45 Rückhalt	verlässlich, Sicherheit, Zuhause, das Halt geben kann
VII.3 Endlos	immer weiter, sich verlieren, grenzen-, kontur- und maßlos	VII.17 Abschluß	etwas erreicht, aber auch etwas verloren, beenden	VII.45 Ungewißheit	Suche nach Neuem, Unbekanntem, Risiko, Abenteuer
VIII.3 Distanz	mit Abstand betrachten, kritisieren, Ärger			VIII.45 Ruhe	Entspannung, angenehme, harmonische Schwingungen

Tabelle 29 Übersicht und Charakteristika sämtlicher gefundenen Motive der Improvisationen der 3., 17. und 45. Therapiesitzung

7.2 Bearbeitungsthemen - Bildung einer Metaebene der Motive

Die Übersicht und Charakteristik sämtlicher gefundenen Motive (Tabelle 29) gibt bei horizontaler Betrachtung Anlaß zu der Hypothese, daß einige Motive einen gemeinsa-

men Ursprung haben oder transformiert werden (FISCHER 1994). Für die Motive II.3 *Gemeinsamkeit*, V.17 *Gemeinschaft* und IV.45 *Gemeinsamkeit* ist dieser Zusammenhang direkt aus der Tabelle ablesbar.

Um auch weniger ins Auge springende Ähnlichkeiten von Motiven erfassen zu können, entsteht eine Metaebene. Hierbei werden auf der Grundlage der Tabelle 29 aus ähnlichen Motiven thematische Kategorien gebildet, die *Bearbeitungsthemen* genannt werden. Das Verfahren zur Kategorienfindung wird in Kapitel 5 beschrieben. Eine Übersicht der so gefundenen Bearbeitungsthemen in ihrer Verteilung auf die einzelnen Improvisationen ist in Tabelle 30 dargestellt. Es ergeben sich insgesamt zwölf Bearbeitungsthemen, die hier näher charakterisiert werden sollen.

- *Suche*: Die Suche ist das Thema aller drei beforschten Improvisationen. Sie kommt zum Ausdruck in den Motiven *Sich nicht festlegen* (I.3), *Veränderung* (III.17), *Gefühlsschwankung* (III.45) und *Ungewißheit* (VII.45). Wird zunächst lediglich „alles offengehalten“, so definiert sich dieses Bearbeitungsthema im Therapieverlauf zunehmend als Identitätssuche, Verwirrung und schließlich als Wagnis, neue Wege zu gehen.
- *Miteinander*: Dieses Thema meint sowohl die Art des Umgangs als auch das musikalische Zusammenspiel in der therapeutischen Beziehung. Dieses Thema wird in allen drei untersuchten Improvisationen bearbeitet. Es bildet sich aus den oben bereits beispielhaft erwähnten Motiven *Gemeinsamkeit* (II.3), *Gemeinschaft* (V.17) und *Gemeinsamkeit* (IV.45). Trotz gleichlautender Überschriften machen sie eine deutliche Entwicklung von einer intimen Symbiose über ein Miteinander im Interesse der Sache hin zur ebenbürtigen gegenseitigen Achtung durch (vgl. Tabelle 29).
- *Eigener Raum*: In allen drei analysierten Improvisationen wird als Thema Sammlung, Rückzug, Introvertiertheit bzw. Abgrenzung bearbeitet. Im *Rückzugs-* (III.3), *Abgrenzungs-* (IV.17) und *Ruhemotiv* (VIII.45) wird dieses Beanspruchen eines „eigenen Raumes“ zunächst als Isolation, dann als Abgrenzung innerhalb einer Gruppe und schließlich als Ruhefindung beschrieben.
- *Halt*: Dieses Bearbeitungsthema kann zum einen eine feste Stütze im Sinne eines Hilfs-Ichs bedeuten. Zum anderen ist hier die Fähigkeit gemeint, Hilfe in Anspruch zu nehmen und sich auf jemanden verlassen zu können, wenn es notwendig ist. Dieses Bearbeitungsthema tritt nur in der dritten und der 45. Therapiesitzung im *Gerüst-* (IV.3) und im *Rückhaltmotiv* (VI.45) auf.
- *Nein sagen*: Auch dieses Bearbeitungsthema enthält Abgrenzung und Selbstschutz, bezieht darüber hinaus aber auch das Leisten von aktivem Widerstand mit ein. In der dritten und in der 17. Improvisation gibt es je zwei entsprechende Motive (V.3 *Verweigerung*, VIII.3 *Distanz*, II.17 *Widerstand* und IV.17 *Abgrenzung*). In der 45. Improvisation kommt dieses Thema nicht vor.

- *Wachsen*: Dieses Thema wird in der dritten Sitzung im Erweiterungs- (VI.3), in der siebzehnten Sitzung im *Veränderungs*- (III.17) sowie in der 45. Sitzung im *Laufenlernen*- (I.45) und im *Ungewißheitsmotiv* (VII.45) bearbeitet. Inhaltlich reicht das Thema von der Horizonterweiterung über Veränderung und Erwachsenwerden bis zum Gedanken an die ungewisse Zukunft.
- *Endlos*: Dieses Bearbeitungsthema kommt nur in der dritten Improvisation im *Endlosmotiv* (VII.3) zur Sprache und hat die gleichen Charakteristika wie dieses: Verlorenheit, Realitätsflucht, Kontur-, Grenzen- und Maßlosigkeit.
- *Distanz*: Mit dem Thema, Abstand von einer Sache zu bekommen und gegebenenfalls Kritik üben zu können, beschäftigen sich in der dritten Therapiesitzung das *Distanz*- (VIII.3) und in der 45. Therapiesitzung das *Erinnerungsmotiv* (II.45). In der 17. Sitzung läßt sich kein entsprechendes Motiv finden.
- *Sich behaupten*: Auch hier geht es um Widerstand, aber auch um die dazu notwendige Kraft und Entschlossenheit sowie um Durchhaltevermögen. Dieses Thema wird in der dritten Improvisation überhaupt nicht, in der siebzehnten Improvisation gleich zweimal im *Stärke*- (I.17) und im *Widerstandsmotiv* (II.17) und in der 45. Improvisation im *Laufenlernenmotiv* (I.45) bearbeitet.
- *Vergnügen*: Vergnügen, klischeehafte Feststimmung und Spaß kommen nur in der siebzehnten Therapiesitzung im *Vergnügenmotiv* (VI.17) zur Sprache.
- *Abschluß*: Auch das Thema, etwas zum Abschluß gebracht zu haben und loslassen zu müssen, findet sich nur in der siebzehnten Improvisation im *Abschlußmotiv* (VII.17).
- *Ernst*: Der Ernst und die Schwere des Lebens werden nur in der 45. Improvisation angesprochen (*Ernstmotiv* V.45).

Einige der Bearbeitungsthemen können in allen untersuchten Therapiesitzungen aufgefunden werden. In diesen vier Themen (*Suche*, *Miteinander*, *Eigener Raum* und *Wachsen*) stellt sich deutlich ein prozessuales Geschehen vom allgemeinen zum spezifischen Bedeutungsinhalt dar. Insgesamt folgen die veränderten Bedeutungsinhalte im Therapieverlauf einer Nähe-Distanz-Bewegung. Dabei ergeben sich von einer untersuchten Therapiesitzung zur nächsten dialektische Vor- und Rückschritte (FISCHER 1989, 1994). Der gleiche Prozeß offenbart sich in den vier Themen (*Halt*, *Nein sagen*, *Distanz* und *Sich behaupten*), die nur in jeweils zwei der drei analysierten Sitzungen bearbeitet werden. Für die Bearbeitungsthemen, die nur in einer Sitzung vorkommen, muß an dieser Stelle offenbleiben, ob sie wirklich nur je einmal im Verlauf der Therapie bearbeitet werden oder ob das Raster der hier untersuchten drei Stichproben zu grob ist, um für diese Themen einen Verlauf feststellen zu können.

Bearbeitungsthema	3. Improvisation	17. Improvisation	45. Improvisation
Suche	I.3 sich nicht festlegen (2)	III.17 Veränderung (1)	III.45 Gefühlschwankung VII.45 Ungewißheit
Miteinander	II.3 Gemeinsamkeit (2)	V.17 Gemeinschaft (1)	IV.45 Gemeinsamkeit
Eigener Raum	III.3 Rückzug (2)	IV.17 Abgrenzung (1)	VIII.45 Ruhe (2)
Halt	IV.3 Gerüst (1)		VI.45 Rückhalt (2a)
Nein sagen	V.3 Verweigerung VIII.3 Distanz (2)	II.17 Widerstand (2) IV.17 Abgrenzung (1)	
Wachsen	VI.3 Erweiterung (2)	III.17 Veränderung (1)	I.45 Laufenlernen (2) VII.45 Ungewißheit
Endlos	VII.3 Endlos		
Distanz	VIII.3 Distanz (2)		II.45 Erinnerung (1)
Sich behaupten		I.17 Stärke (2) II.17 Widerstand (2)	I.45 Laufenlernen (2)
Vergnügen		VI.17 Vergnügen (2a)	
Abschluß		VII.17 Abschluß	
Ernst			V.45 Ernst (2)

Tabelle 30 Übersicht der in der 3., 17. und 45. Improvisation gefundenen Bearbeitungsthemen in ihrer Verteilung auf die einzelnen Improvisationen

Die Tabelle 30 enthält für alle gefundenen Motive die zugehörige *Präferenz*. Damit lassen sich die oben erwähnten Bearbeitungsthemen im Therapieverlauf zusätzlich unter dem Aspekt ihrer gefühlsmäßigen Relevanz für die Beurteiler beleuchten, die von *Qualität 1* über *Qualität 2* bis zu *Qualität 2a* kontinuierlich zunimmt. Für die in allen drei untersuchten Improvisationen vorkommenden Bearbeitungsthemen *Eigener Raum* und *Wachsen* läßt sich in der dritten und der 45. Sitzung jeweils die gefühlshafte Präferenz „Qualität 2“ bestimmen. Für die ebenfalls in allen drei Sitzungen vorkommenden Themen *Suche* und *Miteinander* läßt sich in der dritten Sitzung die Präferenz „Qualität 2“ und in der 45. Improvisation keine eindeutige Präferenz festlegen. Allen vier genannten Bearbeitungsthemen ist gemeinsam, daß sie in der 17. Sitzung durchweg von der mehr inhaltlichen Präferenz „Qualität 1“ bestimmt sind. Das Bearbeitungsthema *Halt*, das nur in der dritten und 45. Improvisation vorkommt, entwickelt sich dagegen von der mehr distanzierten „Qualität 1“-Präferenzebene zur persönlich gefärbten Präferenz „Qualität 2a“. Diese zunehmende Identifizierung der Beurteiler mit dem Thema verläuft proportional zu seiner Normalisierung vom *Gerüst-* zum *Rückhalt*motiv. Gegenläufig - von der Präferenz „Qualität 2“ zur Präferenz „Qualität 1“ - bewegen sich die Präferenzen der Themen *Nein sagen* (nur dritte und 17. Sitzung) und *Distanz* (nur dritte und 45. Sitzung). Die Qualität 1 erlaubt dem Beurteiler mehr Distanz und erscheint somit diesen Themen angemessener.

Eine Übersicht aller oben erwähnten Charakteristika der gefundenen Bearbeitungsthemen gibt die folgende Tabelle 31. Inhaltlich bietet diese Tabelle eine synoptische Darstellung der positiven und der ambivalenten Aspekte des Erwachsenwerdens, der Reifung und der Verselbständigung.

Bearbeitungsthema	Themencharakteristik
Suche	etwas offenhalten, Suche nach Identität und nach Neuem, Wagnis, Verwirrung
Miteinander	Gestaltung der Beziehung und des Umgangs, musikalisches Zusammenspiel
Eigener Raum	sich sammeln, sich zurückziehen, sich abgrenzen, Introvertiertheit
Halt	sich abstützen, Hilfs-Ich, Hilfe in Anspruch nehmen, sich auf jemand verlassen können
Nein sagen	sich versagen, sich abgrenzen, sich selbst schützen, Widerstand leisten
Wachsen	erwachsen werden, Horizont erweitern, sich verändern, an die Zukunft denken
Endlos	Verlorenheit, Realitätsflucht, Grenzen-, Maß- und Konturlosigkeit
Distanz	mit Abstand betrachten, Kritik üben
Sich behaupten	etwas anfassen und durchhalten, etwas entgegensetzen, Entschlossenheit
Vergnügen	Freude, Spaß, klischeehafte Feststimmung (Tanz)
Abschluß	etwas erreicht, aber auch etwas verloren
Ernst	Ernst des Lebens wird bewußt, Schwere

Tabelle 31 Übersicht und Charakteristika sämtlicher gefundenen Bearbeitungsthemen der untersuchten Improvisationen

7.3 Metaanalytische Aspekte der Bearbeitungsthemen

Mit Hilfe der gefundenen Metakategorien läßt sich die unterschiedliche Differenzierung unbewußter Vorstellungen darstellen, wenn die Bearbeitungsthemen in den Motiven jeder analysierten Sitzung wieder aufgesucht werden (vgl. Tab. 30).

Das Thema *Endlos* wird nur in der dritten, die Themen *Vergnügen* und *Abschluß* nur in der 17. und das Thema *Ernst* nur in der 45. Sitzung gefunden. Ob diese Themen wirklich nur je einmal im Verlauf der Therapie bearbeitet werden oder ob das Raster der hier untersuchten drei Sitzungen zu grob ist, um für diese Bearbeitungsthemen einen Verlauf feststellen zu können, muß offenbleiben.

Innerhalb derjenigen Bearbeitungsthemen, die sich über mehrere Therapiesitzungen erstrecken, offenbart sich mit zunehmender Deutlichkeit der Nähe-Distanz-Konflikt, der in der dritten Improvisation bereits impliziert ist. Seine dialektische Transformation im Verlauf der Therapie läßt sich anhand der Motive, die zu einem Thema zusammengefaßt werden, nachvollziehen (FISCHER 1994). Die Themen *Halt*, *Nein sagen*, *Distanz* und *Sich behaupten* lassen sich über jeweils zwei der untersuchten Sitzungen beobachten. In den entsprechenden Motivpaarungen *Gerüst - Rückhalt*, *Verweigerung/Distanz - Widerstand/Abgrenzung*, *Distanz - Erinnerung*, *Stärke/Widerstand - Laufenlernen* ist eine Entwicklung vom allgemeinen zum spezifischen zu verzeichnen (vgl. Tabelle 29).

Noch deutlicher wird der Prozeß in den Bearbeitungsthemen, die sich durch alle drei untersuchten Sitzungen ziehen. Es sind die vier Themen *Suche*, *Miteinander*, *Eigener Raum* und *Wachsen*. Sie lassen sich mit fortschreitender Therapie in immer determinierter wirkenden Motiven finden (vgl. Tabelle 29), d. h., das jeweilige Motiv wird in seinem Bedeutungsgehalt immer enger und klarer gefaßt. *Suche* findet ihren Ausdruck zuerst ganz allgemein in *Sich nicht festlegen*, dann in *Veränderung* und schließlich in *Gefühlsschwankung* und *Ungewißheit*. Das Thema *Miteinander* entwickelt sich von symbiotischer Gemeinsamkeit ausgehend über eine gemeinschaftlich-sachliche Zusammenarbeit bis hin zur Begleitung und Stütze im Bedarfsfalle. *Eigener Raum* bedeutet zuerst *Rückzug*, dann *Abgrenzung* und endlich *Ruhe*. Ähnlich deutlich ist die Entwicklung des Themas *Wachsen*. Es nimmt seinen Ausgang in der dritten Sitzung von allgemeiner Erweiterung, die sich in der 17. Sitzung zur stetigen Verwandlung und in der 45. Sitzung zum Laufenlernen differenziert.

7.4 Metaanalytische Aspekte der musikalischen Analysen

In den musikalischen Analysen (vgl. Kapitel 6.1.3, 6.2.3. und 6.3.3) zeichnen sich mit fortschreitender Therapie formale und inhaltliche Strukturen und thematische Entwick-

lungen ab. Auch hier zeigt sich die oben erwähnte Tendenz vom Undifferenzierten zum Differenzierten. Die dritte Improvisation ist durch formales und inhaltliches Gleich- und Offenhalten charakterisiert. Die 17. Improvisation enthält ein ansatzweises Ausprobieren und thematische Entwicklungen innerhalb einer programmatisch vorgegebenen formalen Struktur. Dagegen gestaltet die 45. Improvisation die Struktur musikimmanent entlang der darin enthaltenen rhythmischen und thematischen Prozesse. Rhythmisch findet sich ein enges, streng rhythmisiertes Ostinato fast während der ganzen dritten Improvisation, eine jazzartige, immer wieder modifizierte Rhythmik in der 17. Improvisation und schließlich in der 45. Improvisation überhaupt keine rhythmische apriori-Festlegung, sondern eine dem jeweiligen Kontext angemessene Rhythmik.

8 Diskussion der Ergebnisse

8.1 Klinische Aspekte

Wie stellen sich nun die erhobenen Daten im Lichte der Krankengeschichte der Patientin dar? Zur Beantwortung dieser Frage stehen neben den im Anhang abgedruckten Therapeutinnenprotokollen zusätzlich der Erstinterviewbericht und die Epikrise zur Verfügung, die an dieser Stelle - nach Abschluß aller Analyseschritte - vergleichend herangezogen wird. Zunächst ist die Erfassung der affektiven Ausgangslage und der abschließenden Therapieergebnisse erforderlich. So ergibt sich ein Rahmen, innerhalb dessen therapeutische *Mikroergebnisse* erfaßt werden können (FISCHER 1989, 1994).

Im *Erstinterviewbericht* findet sich der im Kapitel 4 diskutierte alexithyme Symptomenkomplex für den analysierten Fall bestätigt. In Analogie zu ZEPF (1986b) beginnt das Erstinterview mit einer minutiösen Chronik aller Beschwerden und bisher erfolgten Behandlungsstrategien, jedoch ohne den zugehörigen emotional-subjektiven Widerhall.

Die Patientin berichtet zunächst jeden einzelnen der insgesamt vier Schübe der Colitis ulcerosa mit genauer Monats- und Jahresangabe. Deutlich wird dabei die Neigung der Patientin ausgesprochen, die geschilderten Beschwerden zu dissimulieren (HUSE-KLEINSTOLL 1997): „Sie habe die Diagnostik hinausgezögert“. Es folgt - wiederum mit Datumsangabe - eine genaue Schilderung der Anschlußbehandlung „bei einem Homöopathen..., ca. alle drei Wochen. Jede Behandlungseinheit dauere eineinhalb- bis zwei Stunden, sie berichtet über Ereignisse des Alltags, die sie für die Behandlung protokolliere. Danach falle die Entscheidung über die Medikamente.“ Weiterhin schildert die Patientin rezidivierende Cephalgien, für die sie neben der genauen Lokalisation und der Dauer in Jahreszahlen auch das präzise tageszeitliche Auftreten angibt. Zu den Arbeitsstörungen, die zur Klinikseinweisung führten, berichtet die Patientin, „eine schlechte dienstliche Beurteilung erhalten“ zu haben, „darauf hin sei ihr Mann zu den Vorgesetzten gegangen und habe darauf hingewiesen, daß sie unter colitis ulcerosa und Depressionen leide“. Die Dyspareunie klingt zu Beginn des Erstinterviews nur kurz an und wird später im biographischen Bericht noch einmal mit genauen Jahreszahlen belegt. Hier folgen dann auch die kommentarlos vorgetragenen Daten zur starken Myopie, zur Schieloperation im Kindesalter und zur beidseitigen Netzhautablösung im Erwachsenenalter.

Affektive Reaktionen zu diesem recht beachtlichen Beschwerdekatalog werden kaum berichtet. Offenbar ist die Beurteilung der Befindlichkeit nach Art der *relation blanche*

(MARTY et al. 1963, nach v. RAD und ZEPF 1990) dem Interviewer überlassen. Die einzige emotionale Äußerung, „alle Farben seien grau, jedoch keine Tagesschwankungen“ bleibt undifferenziert und betrifft damit eine depressive Stimmungslage, wie sie von ENGEL und SCHMALE (nach HARTKAMP 1986) beschrieben wird.

Obwohl die biographische Anamnese reichlich Stoff für aggressive Äußerungen enthält, erscheinen diese entweder gehemmt oder nur sehr undifferenziert (ZEPF 1986b). Selbst zur Beschreibung positiver Affekte scheint der Patientin nur das undifferenzierte Adjektiv „gut“ zu Gebote zu stehen. Wo Gefühle anklingen, werden sie abwertend beschrieben oder rasch übergangen. „Unerfreuliche oder ärgerliche Dinge“ werden lachend erzählt. Darüberhinaus fehlt die Erinnerung an einen Traum. Dies entspricht dem in der Literatur beschriebenen Mangel an unbewußten Phantasien (v. RAD und ZEPF 1990).

Aus der Kindheit wird lediglich vorübergehend eine Aggressivität gegen den jüngeren Bruder berichtet, die heute einem seltenen, als „gut“ bewerteten Kontakt gewichen ist. Der Vater der Patientin hofft nach Fehlgeburten der Mutter auch für die Geburt der Patientin auf einen Abort. „Der Bruder habe aufbegehrt zu Hause“, worauf der Vater „mit wenig Verständnis für andere“ reagiert. Die Mutter „hat versucht, alles in seinem Sinne zu tun“. Die vom Vater erfahrene massive Ablehnung findet nur in der Bestärkung des mütterlichen Aufbegehrens gegen den Vater eine sehr vorsichtige negative Wertung. Auch die notwendige konfrontative Klärung der ersten Liebesbeziehung nimmt den Weg über die Mutter. Dieser Mann „habe ihr einen falschen Familiennamen und eine falsche Adresse gegeben“, worauf die Mutter „in die Beziehung eingegriffen“ hat. Es besteht offenbar eine symbiotisch-pseudoharmonische Beziehung zur Mutter (v. RAD und ZEPF 1990). Deren allgegenwärtige Kontrolle wird ohne Einschränkung als „gut“ empfunden. In der nächsten Liebesbeziehung gibt es dann „regelrecht Machtkämpfe“, unter anderem um die gewollte Kinderlosigkeit der Patientin. Mit dem nächsten Partner, an dem „nichts Unbeschwertes“ sei, geht sie eine als „sehr gut“ bezeichnete Ehe ein, die beiderseits gewollt kinderlos ist. Da dem Erstinterviewer trotzdem ein latenter Ehekonflikt wahrscheinlich erscheint, ist es angebracht, hier von Pseudoharmonie und -normalität zu sprechen (v. RAD und ZEPF 1990). Im schulischen Werdegang wiederholt sich mehrfach die stark harmoniebedürftige Bindung an eine Kindergärtnerin oder Lehrerin als Schlüsselfigur (ENGEL 1955, nach v. RAD und ZEPF 1990). Beruflich verkehrt sich die Suche nach einer Schlüsselfigur ins Negative (Ablehnung der Patientin durch einen Vorgesetzten), wodurch berufliche Konfrontationen zu unüberwindlichen Schwierigkeiten anwachsen (HUSE-KLEINSTOLL 1995). Beim Leser dieser hart aneinandergereihten bloßen Fakten stellt sich eine Betroffenheit ein, die in den devitalisierten Worten der Patientin selbst nicht zum Ausdruck kommt (v. RAD und ZEPF 1990).

Ausweislich der *Epikrise* ist „ein stabiles Arbeitsbündnis“ entstanden. Durch die nonverbalen Therapieverfahren ist bei der Patientin „ein Zugang zu ihrer Gefühlswelt ge-

funden“ worden, jedoch zeigen sich „ihre inneren Bilder...noch stark von archaischen Vorstellungen geprägt, die die Welt als aggressiv und feindlich erleben“. Weiterhin wird eine Zunahme ihrer Introspektions- und Konfliktfähigkeit hervorgehoben. Der Patientin ist die Ambivalenz zwischen ihrer Abhängigkeit „von einem tragenden Rahmen“ und eigenen „Autonomie- und Abgrenzungsbedürfnissen“ wahrnehmbar geworden. Eine weitere Arbeit an diesen Themen wie auch an der „Identifizierung und Klarifizierung ihrer Affekte“ wird für die anschließende ambulante Behandlungsphase projiziert. Gleich mehrfach werden in der Epikrise Autonomiebedürfnisse als zentrales Therapiethema definiert. Versteht man unter *Laufenlernen* (Motiv I.45) den Mut, eine Stütze loszulassen und Verantwortung für das eigene Hinfallen und Wiederaufstehen zu übernehmen, so steht dieses Motiv für Autonomie schlechthin. Es läßt sich als Bestandteil des Bearbeitungsthemas *Wachsen* durch alle drei analysierten Improvisationen verfolgen.

Die Diskussion der in Kapitel 6 erhobenen Daten anhand der *Therapieverlaufsprotokolle* soll nun verdeutlichen, auf welche Weise der Zugang zur Gefühlswelt der Patientin stattfindet, den die Epikrise als erreichtes Ziel hervorhebt. In der dritten Improvisation (Kapitel 6.1) fällt zunächst die in allen Auswertungsschritten vorherrschende Undefiniertheit und Konturlosigkeit ins Auge. In der musikalischen Analyse (Kapitel 6.1.3) ist die Strukturierung sehr erschwert, obwohl ein pentatonisches Ostinato Halt zu geben versucht. Dieses kommt bemerkenswerterweise von der haltsuchenden Patientin selbst. Da das vorhandene thematische Material zu einer musikalischen Entwicklung ungenutzt bleibt, ist der Gesamteindruck offen. Das Stück ist sozusagen klanggewordene Anpassungsbereitschaft, und der meditative Charakter der Musik paßt sich jeder Assoziation an.

Dies schlägt sich deutlich nieder in der quantitativen und inhaltlichen Unterschiedlichkeit der Beschreiberprotokolle sowie in der Verwendung der Qualitäten (Kapitel 6.1.1). Zwar spricht die Musik deutlich die Gefühlsebene der Beschreiber an (*Qualität 2*), scheint ihnen dabei aber auch zu nahe zu treten. Hier ergeben sich Parallelen zur grenzüberschreitenden Mutterbeziehung der Patientin. Die zum Teil märchenhaften Phantasiegeschichten der unabhängigen Beschreiber, die in deutlicher Diskrepanz zum eher dürftig-sachlichen Sprachstil des Patientinnenprotokolls stehen, geben einen ersten Hinweis auf das Vorhandensein von Phantasien in der Musik, die der Patientin unbekannt sind.

Aus den gefundenen Motiven (Kapitel 6.1.2) spricht auf der einen Seite eine große Nähe und Anpassungsbereitschaft (II.3 *Gemeinsamkeit*), Konfliktvermeidung (I.3 *Sich nicht festlegen*) bis hin zur Maßlosigkeit (V.3 *Endlos*). Gewissermaßen am anderen Ende der Nähe-Distanzskala stehen jedoch einengender Halt (IV.3 *Gerüst*) und Heimlichkeit (III.3 *Rückzug*). Überraschend sind dazwischen das *Verweigerungs-* (V.3), *Erweiterungs-* (VI.3) und das *Distanzmotiv* (VIII.3) angesiedelt, in denen Affekte und Phantasien wie „jemandem einen Korb geben“, Mut, Lebenslust und Ärger zum Aus-

druck kommen. Da diese Motive in beiden Innensichtperspektiven fehlen, muß angenommen werden, daß sie von der Patientin nicht bewußt in die therapeutische Situation eingebracht werden. Die Nähe-Distanz-Problematik zeigte sich auch im Gruppendiskussionsverfahren (DREHER und DREHER 1991), das im Vergleich zu den beiden anderen analysierten Improvisationen mehr Sitzungen in Anspruch nahm und dabei kontroverser und spannungsreicher geführt wurde.

Ähnlich wie der Erstinterviewbericht ergibt auch das Vorgespräch zur dritten Improvisation (vgl. Vorher-Teil des Therapeutinnenprotokolls, Anhang) nur wenig affektiven Gehalt. Wieder sind es hier hauptsächlich sachliche Inhalte, die zu Sprache kommen. Auch die diffuse Erinnerung an unglückliche Teenager-Verliebtheiten klingt eher versachlicht (ZEPF 1986b). Der Hinweis auf das weiche und vorsichtige Verhalten der Patientin stellt eine erste Andeutung auf Motiv I.3 *Sich nicht festlegen* dar.

Auf nahezu alle in der Improvisation gefundenen Motive finden sich dagegen Hinweise in dem Therapiegespräch, das der Improvisation folgt (Nacher-Protokollteil). Auch dort wird Vorsicht und Weichheit (Motiv I.3 *Sich nicht festlegen*) betont. Zusätzlich fallen die Begriffe „Harmonie“ und „Zärtlichkeit“, die für die Motive I.3 und II.3 (*Gemeinsamkeit*) charakteristisch sind. Auffallend ist, daß *Rückzugs-* (III.3) und *Erweiterungsphantasien* (VI.3) in diesem Text gleich in den ersten vier Sätzen abwechselnd direkt nebeneinander stehen („zurückgezogen“, „rausgetrieben“, „nicht machen können“, „Tanzstunde“). Anschließend wird die *Verweigerung* (V.3) gegenüber dem Freund in einem harten Tonfall thematisiert, der *Distanz* (VIII.3) schafft zur Harmonie in der Musik. Direkte Hinweise auf das *Gerüst-* (V.3) und das *Endlosmotiv* (VII.3) finden sich nicht, das letztere läßt sich allenfalls interpretativ aus dem zu frühen Ende der „herrlichen Zeiten“ einer Beziehung erschließen.

Überraschenderweise finden sich in allen Auswertungsdimensionen zur 17. Improvisation (Kapitel 6.2) Hinweise auf autonome, kraftvoll-aggressive und fröhlich-lustvolle Impulse. Dies geschieht auf eine beinahe idealtypische Weise, so daß wohl richtiger von Pseudoautonomie gesprochen werden sollte. In der musikalischen Analyse (Kapitel 6.2.3) zeigt sich dies in der Festlegung auf eine bestimmte Stilrichtung (Jazz), die das Stück - auch wegen der damit verbundenen Hörerwartung - strukturiert und in sich geschlossen erscheinen läßt. Dieser festgelegte Rahmen bietet gleichermaßen Raum für ungerichtetes Ausprobieren und beginnende thematische Entwicklungen. Den rhythmischen Halt bietet in der 17. Improvisation die Therapeutin.

Die Beschreiberprotokolle sind von quantitativer Einheitlichkeit und von gleichwertigem assoziativem Gehalt geprägt (vgl. Kapitel 6.2.1). Auch dieser Sachverhalt spiegelt eine gewisse Typisierung wider. Die Qualitäten-Auswertung weist im Vergleich zu den beiden anderen Analysen den größten Abstand zwischen Musik und Beschreibern auf (*Qualität 1*). Die Verwendung der gefühlshaften *Qualität 2* ist im Vergleich zur dritten und 45. Improvisation rückläufig.

Die Motiv-Auswertung (Kapitel 6.2.2) definiert zunächst einige Impulse deutlicher, die auch die dritte Sitzung schon enthält. Dies trifft vor allem auf das *Veränderungs-* (III.17), das *Abgrenzungs-* (IV.17) und das *Gemeinschaftsmotiv* (V.17) zu. Verändert ist hierbei, daß die Gemeinsamkeit nicht um ihrer selbst willen, sondern im Interesse eines gemeinschaftlichen Erfolges steht. Ganz neu im Vergleich zur dritten Improvisation sind dagegen Vorstellungen von *Stärke* (I.17), *Widerstand* (II.17), *Vergnügen* (VI.17) und *Abschluß* (VII.17). Die Bezogenheit auf eine gemeinsame Aufgabe war auch im Gruppenvalidierungsverfahren spürbar. Die Diskussion der stark kontrastierenden Motive wurde sehr sachlich und produktiv in vergleichsweise kurzer Zeit geführt.

Zieht man nun zu den Ergebnissen der 17. Improvisation das Vorgespräch heran (vgl. Anhang), so sind hier die oben erwähnten neuen Impulse noch nicht expliziert. Die angesprochenen Themen - Zuweisung der Erwartungshaltung an die Therapeutin, Ärger, fehlendes Durchsetzungsvermögen und Haltsuche - sind in ähnlicher Form schon in der dritten Improvisation vorgekommen.

Im anschließenden Gespräch (Nachher-Protokoll) ist der überwiegende Teil der gefundenen Motive gleich mehrfach in verschiedenen Begriffen enthalten. So kann der Akt des gemeinsamen, aber schweigenden Lauschens sowohl als Hinweis auf das *Gemeinschafts-* (V.17) als auch auf das *Abgrenzungsmotiv* (IV.17) gelten. Das Klingenlassen des Beckens trotz des Impulses zum Abdämpfen drückt *Stärke* (I.17), *Widerstand* (II.17) und *Veränderungswillen* (III.17) aus. Die Motive I.17 und III.17 werden noch deutlicher in zwei verschiedenen als „sicher“ bzw. „bedrohlich“ erlebten Rollenspielen thematisiert. Ein weiteres Mal kommt *Veränderung* (III.17) in der veränderten Sichtweise der Patientin bezüglich ihres Ehemannes zur Sprache. Im Begriff „Spaß“ schwingt das *Vergnügenmotiv* (VI.17) mit. *Abschluß* (VII.17) im Sinne eines Therapieabschnittes wird am Schluß dieses Textes direkt angesprochen.

Die Auswertung der 45. Improvisation (Kapitel 6.3) ergibt ein geordnetes, insgesamt reiferes Beziehungsmuster, in dem ein breites affektives Spektrum und auch temporäre Uneinigkeiten ausgehalten werden können in dem Vertrauen auf eine spätere Einordnung und Klärung. Die musikalische Analyse zeigt instrumentale Ausgewogenheit und Prozeßcharakter. Die kraftvoll vorangetriebenen Entwicklungen, in denen auch Unruhe und Dissonanzen nicht vermieden werden, erscheinen letztlich auf den Ausklang hin angelegt zu sein.

Aus der Auswertung der Qualitäten ergibt sich eine recht phantasievolle Vielfalt an gefühlhaften Äußerungen (*Qualität 2*). Auch die ich-bezogene *Qualität 2a* wird häufiger genutzt als in den beiden zuvor analysierten Improvisationen. Eine Identifikation mit den in der Musik enthaltenen Affekten scheint hier weniger problematisch zu sein als beispielsweise in der dritten Improvisation.

Die Motive beschreiben in wesentlichen Zügen den Prozeß des Erwachsenwerdens. *Laufenlernen* (I.45), *Ernst* (V.45), *Ungewißheit* (VII.45), *Erinnerung* (II.45), *Ruhe* (VIII.45) und Rückversicherung auf ein tragfähiges Zuhause (IV.45 *Gemeinsamkeit*, VI.45 *Rückhalt*), aber auch die ganze Bandbreite der damit verbundenen *Gefühlsschwankungen* (III.45). Diese Prozesse stellen sich so allgemein menschlich dar, daß hierin eine Erklärung für die persönliche Betroffenheit vieler Beschreiber liegen könnte. Eine ähnliche Haltung nahmen auch die Teilnehmer des Gruppendiskussionsverfahrens ein. Es herrschte bis zuletzt eine ambitionierte und sehr produktive Atmosphäre, obwohl die Diskussion für einige Motive (III.45, V.45, VI.45, VII.45) anstrengend und zeitaufwendig war.

Die positiven Komponenten des Weggehensprozesses werden im Vorgespräch (Vorher-Teil des Therapeutinnenprotokolls) nur sehr allgemein angedeutet („ein aktiver Akt“). Vielmehr entsteht zunächst der Eindruck eines fortbestehenden Haltbedürfnisses, indem ein Katalog weiterhin notwendiger therapeutischer Maßnahmen aufgezählt wird. Mit dem Therapieende verbundenen ist offenbar ein massives diffuses Unbehagen (BAUR-MORLOK 1986, v.RAD und ZEPF 1990), von dem lediglich das passive Weggestoßenwerden differenziert ausgesprochen werden kann. Ambivalenz läßt die Patientin erahnen in ihrer Entscheidung für das ebenbürtige Klavier und das gleichzeitige gemeinsame Spiel mit der Therapeutin. Die Entscheidung für das Klavier steht für Strukturierungs-, Ordnungs- und Herrschaftswillen, der Entschluß zum Zusammenspiel mit der Therapeutin offenbart erneut die „Nähe-Distanz-Problematik“ der Patientin (HÖHMANN 1996, S.240). Damit werden mehrere der Vorstellungen, die sich musikalisch niederschlagen, bereits angedeutet.

Erst das Abschlußgespräch fördert die unterschiedlichen Aktivposten des Selbständigwerdens zutage. Das selbstzufriedene Sitzenbleiben der Patientin deutet *Ruhe* (VIII.45) und gleichzeitig die in den *Gefühlsschwankungen* (III.45) enthaltenen Affekte Freude und Stolz an. Weitere Affekte dieses Motivs kommen im Verlauf des Nachherprotokolls hinzu: „nicht so gern hören“, „unerträglich“, „schwarz, weiß, gut und böse“. Die Übernahme des aktiven Parts und die Zuweisung der Begleitung an die Therapeutin entspricht recht genau der Charakteristik des *Gemeinsamkeitsmotivs* (IV.45). Anschließend wird explizit über die *Erinnerung* (II.45) an die letzten Monate gesprochen. Die angesprochene Übernahme von Verantwortung und Schuld läßt sich unschwer mit dem *Ernstmotiv* (V.45) in Verbindung bringen, während „Suchen“ und „Hinfühlen“ charakteristisch für das *Ungewißheitsmotiv* (VII.45) ist. Im letzten Satz des Protokolls wird mit dem „rechten Maß an Begleitung und Schutz“ das *Rückhaltmotiv* (VI.45) angesprochen. Das Motiv *Laufenlernen* (I.45) durchzieht dieses Protokoll wie ein roter Faden. Er beginnt mit der Suche „um das richtige Verhältnis zueinander“, spinnt sich als „zunehmende Verantwortung für ihr eigenes Handeln“ fort und endet mit der Entwicklung „eigene(r) Konturen“.

Die Auffindung der Motive innerhalb der Therapieverlaufsprotokolle offenbart deutlich die *dialektische Veränderungslogik*, mit der dieser therapeutische Prozeß voranschreitet (FISCHER 1989). Nach einer Improvisation können konflikthafte und affektiv gefärbte Vorstellungen signifikant besser im Gespräch geäußert werden als vor der Improvisation. Allerdings schreitet diese Entwicklung nicht kontinuierlich fort. So ist zwischen dem Nachher-Protokoll der dritten Sitzung und dem Vorher-Protokoll zur 17. Sitzung zunächst wieder ein Rückschritt zu verzeichnen, bevor nach der 17. Improvisation eine neue Stufe der Verbasilierungsfähigkeit erreicht wird.

8.2 Theoretische Aspekte

Die Zusammenhänge, denen die Zitate der Krankengeschichte entnommen sind, lassen keine exakte zeitliche Zuordnung des Auftretens einzelner Affekte oder gar einzelner Therapieerfolge im Verlauf der Musiktherapie zu. Bei nur drei exemplarisch untersuchten Sitzungen kann derartiges auch gar nicht beabsichtigt sein. Die Gegenüberstellung von Analyseergebnissen und Krankengeschichte weist aber darauf hin, daß die im Rahmen dieser Arbeit analysierten Affekte und Phantasien tatsächlich „vorsprachlich und unbewußt“ sind (v.RAD und ZEPF 1990, S.90), wie dies in den im Kapitel 4 dargestellten psychoanalytischen theoretischen Konzepten verschiedentlich angenommen wird. Von „undifferenzierten unbewußten Phantasien“ (v.RAD und ZEPF 1990, S.88) zu sprechen, erscheint im vorliegenden Fall jedoch nicht gerechtfertigt. Augenscheinlich sind etliche Phantasien musikalisch bereits vorhanden und differenzierbar, bevor sie sprachlich gegriffen werden können. Dieser Sachverhalt kann auch nicht als bloße Folge einer geglückten Therapie interpretiert werden, weil er bereits am Therapieanfang besteht. Archaisch undifferenziert erscheint zuweilen der prämusikalische Sprachausdruck unbewußter Vorstellungen, ihr primäres Vorhandensein kann aber nicht angezweifelt werden.

Die gefunden Motive sprechen im Kontext der krankengeschichtlichen Daten demnach mehrheitlich für eine defizitäre sprachliche Differenzierungsfähigkeit von Affekten, Konflikten und Phantasien. Insoweit stehen die erhobenen Daten im Einklang mit den Erkenntnissen von RUESCH, MARTY und ZEPF (ALBERTI 1986, ZEPF und GATTIG 1986, ZEPF 1986b, v.RAD und ZEPF 1990). In dieser Weise lassen sich auch die Leerstellen in den drei Motivübersichten (Kapitel 6, Tabellen 9, 18 und 27) interpretieren. Auffallend häufig fehlen zu Beginn der Musiktherapie die *on-line*-Perspektiven für einzelne Motive (MOSER 1991, nach LANGENBERG, FROMMER und TRESS 1995b). Im weiteren Verlauf der Therapie sind diese Perspektiven deutlich stärker vertreten. Soweit die Leerstellen die Patientin betreffen, befinden sie sich überwiegend in Motiven, die einen unangenehmen oder aggressiven Aspekt enthalten.

Dieser Sachverhalt deutet allerdings auch auf abgewehrte Impulse hin, die eine enge Beziehung zur Nähe-Distanz-Problematik der Patientin zu haben scheinen. Sie teilen

sich sowohl den Beurteilern als auch den Mitgliedern des Gruppendiskussionsverfahrens als Gegenübertragungsreaktion via Resonanzkörperfunktion mit. Bemerkenswert ist die Zunahme der den Beurteilern zunächst stehenden Ebene der *Qualität 2a* von der dritten bis zur 45. Sitzung. Es wird deutlich, daß die Beurteiler im Mitschwingprozeß für bestimmte unbewußte Vorstellungen der Patientin zunehmend zugänglicher werden, d. h. mit zunehmender Therapiedauer immer weniger „auf Distanz gehen“. Dies ist auch - und hier am auffälligsten - bei der ins musikalische Werk einbezogenen Therapeutin zu beobachten. Gegenläufig dazu entwickelt die Patientin mit zunehmender Therapiedauer eine Zunahme der *Qualität 1*-Äußerungen. Mit wachsender Distanz erhöht sich demnach die affektive Differenzierungsfähigkeit. Auf dem Boden von KUTTERS Begrifflichkeit (BAUR-MORLOK 1986) läßt dies den Schluß zu, daß sich die Bedrohlichkeit des Abzuwehrenden mit zunehmendem Abstand zu verringern scheint. Im Kontext der Abwehr erklären sich der erhöhte Aufwand, den die dritte Therapiesitzung allen Beteiligten (unabhängige Beschreiber, Gruppendiskussionen, musikalische Analyse) abverlangt, um die darin letztlich doch enthaltenen unbewußten Vorstellungen differenziert zu benennen und auch das Paradoxon, daß das Angebot des rhythmischen Halts von der haltsuchenden Patientin selbst kommt (vgl. Kapitel 6.1.3).

8.3 Methodische Aspekte

Die vorliegende Arbeit dient der Erprobung einer qualitativen Forschungsmethodik (LANGENBERG, FROMMER und TRESS 1992) in ihrer Anwendung auf einen Einzelfall. Die Notwendigkeit einer akribischen Beschreibung der im musiktherapeutischen Prozeß wirksam werdenden unbewußten Vorstellungen wurde in den theoretischen Kapiteln (Kapitel 2, 3 und 4) begründet. Dies implizierte auch die Anwendung der Methode zur Verlaufsuntersuchung dieser Vorstellungen innerhalb des musiktherapeutischen Gesamtverlaufs sowie die Interpretation der Ergebnisse im Blick auf die alexithyme Symptomatik des untersuchten Falles. In diesem Zusammenhang mußten Strategien entwickelt werden, um die Ergebnisse aus mehreren Einzeltherapien miteinander zu vergleichen (vgl. Kapitel 7). Dabei wurde besonderer Wert darauf gelegt, das Prinzip der *Resonanzkörperfunktion* (LANGENBERG 1988) auch diesen Auswertungsschritten zugrunde zu legen.

Aus dem oben Gesagten leiten sich die Möglichkeiten und Grenzen für die im Rahmen dieser Arbeit gewonnen Aussagen ab. Diese gelten vorderhand nur für den hier analysierten Fall. Ob die gefundenen Motive und deren Verläufe intra- oder interindividuellen Charakter haben, kann aus den Ergebnissen noch nicht geschlossen werden. Erst die Analysen einer Vielzahl von Einzelfällen können zu verallgemeinernden Aussagen führen, an denen dann auch die theoretische psychosomatische Begrifflichkeit gemessen werden kann.

Das entwickelte qualitative Forschungsinventar (LANGENBERG, FROMMER und TRESS 1992) erweist sich im vorliegenden Fall nicht nur als sehr geeignet, unbewußte Affekte und Phantasien aus nichtsprachlichem musikalischem Material in ein sprachliches Kategoriensystem zu übersetzen, es erlaubt auch Aussagen über den Verlauf einer Musiktherapie. Einschränkend muß allerdings darauf hingewiesen werden, daß der vorliegenden Analyse nur insgesamt drei exemplarisch ausgewählte Improvisationen vom Anfang, Zentrum und Schluß der Musiktherapie zugrunde liegen. Stattgehabte Prozesse zwischen den drei Improvisationen können auf diese Weise durchaus konstatiert, nicht aber ihr genauer Zeitpunkt im Therapieverlauf erfaßt werden. Andererseits ist zu bedenken, daß auch bei einer engmaschigeren Verlaufsanalyse die gefundenen Veränderungen dem Einfluß äußerer Faktoren beispielsweise aus der privaten Lebenssituation unterliegen und daher nicht exklusiv dem musiktherapeutischen Prozeß zugerechnet werden können. Ähnliches gilt für den vorgenommenen Vergleich der Daten mit der Krankengeschichte, von der nur der Erstinterviewbericht, die Epikrise und die Therapeutinnenprotokolle der drei analysierten Sitzungen zur Auswertung vorliegen.

Weitere unvermeidliche Einschränkungen ergeben sich durch die notwendige Bandaufzeichnung des musikalischen Materials (ALBERTI 1994). Der Informationsverlust durch die Aufnahmequalität betrifft vor allem die musikalischen Analysen, in denen aufgrund des improvisatorischen Charakters der Musik Fehlendes und Undeutliches nur bedingt aus dem musikalischen Kontext erschlossen werden kann. Bei den narrativen Beschreibungen steht dagegen die persönliche Resonanz auf das Gehörte/Nichtgehörte im Vordergrund. Hier dürften aufnahmetechnische Probleme somit kaum zum Tragen kommen.

Spezielle Einschränkungen der Verallgemeinerungsfähigkeit ergeben sich aus dem qualitativen Forschungsdesign der vorliegenden Arbeit. Hier kommt es im Gegensatz zum hypothesentestenden Design unweigerlich zu interpretativen Schritten bei der Auswertung der Daten. Zur Reduktion subjektiver Einflüsse des Untersuchers dienen die transparente Darstellung der einzelnen Interpretationsschritte, die vollständige Dokumentation des Materials im Anhang zu dieser Arbeit, die systematische Triangulation der Beurteilerperspektiven (FLICK 1991) sowie das Gruppendiskussionsverfahren (DREHER und DREHER 1991). Hervorzuheben ist vor allem die Bedeutung des Gruppendiskussionsverfahrens, das im vorliegenden Fall besonders der Tendenz zur Überabstrahierung, d. h. der allzu verallgemeinernden Zusammenfassung von Motiven entgegengewirkt hat. Diese Neigung zu „nachträglicher Alexithymierung“ bestand vor allem bei den weniger deutlich greifbaren Motiven (vgl. Kapitel 6.1) und bei solchen, die nur in einigen Beurteilerperspektiven zu finden sind. In diesen Fällen haben sich größere Diskussionsrunden als vorteilhaft erwiesen. Die Frage, ob die beschriebene Tendenz diagnosetypisch ist, kann im Rahmen einer Einzelfallanalyse nicht abschließend beantwortet werden.

In Analogie zu ähnlichen Untersuchungen (LANGENBERG, FROMMER und TRESS 1992, LANGENBERG, FROMMER et al. 1994, LANGENBERG, FROMMER und TRESS 1995b, LANGENBERG, FROMMER und LANGENBACH 1996d) werden in der hier vorgelegten Arbeit die unabhängigen Beschreiber als perspektivische Gesamtheit gesehen. Nur gelegentlich wird zur Beschreibung des therapeutischen Prozesses die veränderte Resonanzbereitschaft einzelner unabhängiger Beschreiber herangezogen. Es ist zu erwarten, daß eine systematische Betrachtung dieses Parameters noch weiteren Aufschluß bietet. Für die einzelne Improvisation verfolgen LANGENBERG, FROMMER et al. (1994) bereits einen Ansatz mit *Verlaufsgestalten* zur Erfassung von Motiven im Verlauf ihres Auftretens innerhalb eines Beschreiberprotokolls. Für den Verlauf ganzer Musiktherapien ist analog Tabelle 28 auch die Auswertung spezifischer Qualitätsprofile der Beschreiber entlang des musiktherapeutischen Gesamtverlaufs denkbar, um individuelle Nähe-Distanz-Regelungen in der Resonanz zu erfassen.

9 Zusammenfassung

Die Arbeit dient der Beschreibung und Verlaufsanalyse nonverbaler Affekt- und Phantasieinhalte einer Musiktherapie. Die Parallelität des Falles zum alexithymen Symptomkomplex wird im nonverbalen und verbalen Therapieprozeß vergleichend dargestellt.

Die Fragestellung berührt die qualitative Musiktherapie-, die psychosomatische und die Psychotherapieprozeßforschung. Nach der Beschreibung entsprechender Verfahren wird die *qualitative Methodik zur Beschreibung und Interpretation musiktherapeutischer Behandlungswerke* (LANGENBERG, FROMMER, TRESS) zur Einzelfallanalyse ausgewählt. Das Alexithymieproblem wird im Kontext psychosomatischer Konzeptionen dargestellt.

Nach den Prinzipien der *Resonanzkörperfunktion* (LANGEORG) und der *Perspektiven-triangulation* (FLICK) werden drei Werke einer Musiktherapie in unterschiedlichen Beschreibungsebenen abgebildet. In zwei Schritten werden aus dem Material *Qualitäten* und *Motive* (LANGENBERG) induktiv analysiert im Sinne des *offenen Kodierens* (STRAUSS), der *Komparativen Kasuistik* (JÜTTEMANN) und der *qualitativen Inhaltsanalyse* (MAYRING). Anschließend entstehen in ähnlicher Weise Metakategorien für den Datenvergleich. Musikalische Einzelanalysen bilden einen weiteren Auswertungsschritt.

Die Ergebnisse bestehen nicht aus numerischen Verteilungen, sondern aus durch Abstraktionsprozesse gewonnenen zentralen Aussagen. Zu Therapiebeginn dominieren starke symbiotische Harmonie- und Haltbedürfnisse gegenüber vorsichtig anklingenden Autonomiewünschen. Neben vergnüglichen Verwandlungsphantasien ist Autonomie dann das zentrale Thema der Therapiemitte. Das Therapieende beinhaltet ein breites Spektrum von Affekten, die sich um Vorstellungen von Laufenlernen und Weggehen ranken. Die Metakategorien bilden Wachstums-, Reifungs- und Verselbständigungsprozesse ab. In den musikalischen Analysen finden sich Hinweise auf einen Strukturierungsprozeß von formaler Strukturlosigkeit zu inhaltlich bedingter Struktur.

Abschließend werden die induktiv gewonnenen Daten durch klinische ergänzt. Im zeitlichen Vergleich ihres Auftretens in den nonverbalen und verbalen Therapieanteilen kann gezeigt werden, daß zahlreiche Vorstellungen im musikalischen Medium frühzeitiger und differenzierter ausgedrückt werden als im therapeutischen Gespräch.

Im Kontext der Alexithymie deutet der untersuchte Fall auf unbewußte Affekte, Konflikte und Phantasien mit sprachlicher Hemmung hin (V.RAD und ZEPF 1990), die non-

verbal ausdrucksfähig sind. Zur Klärung ihres krankheitstypischen bzw. individuellen Stellenwertes erscheinen weitere Einzelfallanalysen erfolgversprechend.

A Anhang:

Beschreiberprotokolle

A.1 Text A3: Beschreibung der Improvisation der dritten Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber A

Zwei, die ganz behutsam miteinander umgehen. Zärtliche Töne. Die eine steigt auf die Behutsamkeit (oder Vorsicht) des/der anderen ein. Die beiden schaffen einen gemeinsamen Raum, der etwas ganz Besonderes hat, in den ich mich gerne habe hineinziehen lassen, den ich aber auch wieder verlassen kann, wann ich will.

Der Rhythmus, der fast die ganze Zeit hindurch trägt, hat nichts Starres, Monotones, Rigides, sondern gibt ein Gerüst (auch: etwas tänzerisch Fließendes), gibt den Klängen, die sonst verloren gehen würden, einen Bezug (Bezug - Bezugspunkt trifft nicht so ganz, mir fällt aber nichts Treffenderes ein).

Einmal, gegen Ende versucht das Klavier sanft, sich zu verweigern, nimmt aber in der Verweigerung noch Bezug auf den Rhythmus, verschiebt ihn eigentlich nur und gibt ihm eine andere Farbe: weicher, offener, weiter. Aber darauf läßt sich der „kleine“ Rhythmus nicht ein. Aber immerhin muß er auch nicht „fester“ werdend dagegen gehen.

Jetzt, mit einigem Abstand spüre ich ein Gefühl von leichter Verlorenheit und Sehnsucht. Wohin diese beiden wohl weitergehen...

A.2 Text B3: Beschreibung der Improvisation der dritten Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber B

Am Anfang sehe ich Regentropfen, die den Glanz der Umgebung in sich spiegeln, würde man sie beachten, einzelne krafttragende Tropfen, die in Erde fallen. Doch leider verschleiert die nebulöse Tropfenmenge das Bild unklar, läßt Farben ergrauen, Licht dunkel werden, die einzelnen Tropfen untergehen - alles verhalten, gedämpft werden.

Ich sehe ein Papierschiffchen auf einer Pfütze schwimmen. Es bewegt sich, dreht sich hin und her, auf und ab, dreht sich in naiver Selbstgefälligkeit, dreht sich in einer Umgebung, wo keine ist, die es zumindest nicht bewegt - außen eine Bewegung, die mit-schwingen möchte, doch nicht durchdringt, so distanziert teilnimmt, diese Distanz nicht

überwinden kann. - Es ist schön, dieses Schiffchen zu sehen, doch fast wünsche ich mir, der Pfütze Wasser zuführen zu wollen und es auf einem Fluß weiterfahren zu lassen.

A.3 Text C3: Beschreibung der Improvisation der dritten Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber C

- I. Der Kirchturm schlägt. Es ist Nacht. Eine einsame Szene auf einem nassen Marktplatz. Ein paar Nachtschwärmer treiben sich da noch herum.
- II. Intermezzo. „Familienausflug“, die Fahrt hier her. Das Auto von außen, der Blick durch die Windschutzscheibe von vorne auf die Gesichter. Aber es ist eine große Familie, sechs Personen, immer zwei nebeneinander auf einer Bank, die drei Reihen hintereinander. Die Leute lachen und freuen sich, es geht in den Urlaub.
- III. Das Xylophon muntert auf, es wird bewegt und lustig. Rhythmisch betont breitet es einen Teppich, auf dem die Klänge des Klaviers stehen sollen. Eine Einladung wie zum Tanz, aber das Klavier tanzt nicht. Es bewegt sich ein wenig von der Stelle, seine Klänge sind statisch in sich selber ruhend. Jede allzu große Bewegung wird vorsichtig vermieden.

A.4 Text D3: Beschreibung der Improvisation der dritten Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber D

Frage, zaghaft gegen leises Plappern, Gegenfrage. Immer wieder gefragt und gegengefragt, in zwei unterschiedlichen Sprachen. Beide sind so zaghaft; wer achtet auf seine/ihre eigene Zerbrechlichkeit, wer auf die der/des anderen?

Schneedecke, dicht und weich. Beim Gehen sinkt er oder sie ein, ob Mann oder Frau, ist egal. Oder interessiert es mich doch? - Darüber: Sonnenstrahlen, einzeln, grell und schön, stechend. Es ist klirrende Kälte, die von den einzelnen Strahlen und dem anstrengenden Stampfen erwärmt wird.

Neue Szene, ohne Bilder. Der/die wird forscher, aber heimlich. Lautstärke und die sehr reduzierte Tonskala bleiben zaghaft, aber ein Puls zeichnet sich ab, lebendig und manchmal mutig. Die vorher Fragende antwortet jetzt. Sie malt eine Kulisse, vor der der Puls schlagen kann.

Zeit verrinnt. Ich bin ganz schlaff, wie vor'm Einschlafen. Die Spielenden wissen auch, daß bald Schluß ist, aber keine traut sich, einen Punkt zu setzen.

A.5 Text E3: Beschreibung der Improvisation der dritten Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber E

Ich soll etwas aufschreiben und habe allerdings den Eindruck eines Bretts vor dem Kopf;

was für ein penetrantes Gezupfe an den Klaviersaiten! Gott sei dank, nur kurz! Xylophon/Metallophon bewegt sich auf einem so kleinen Ton-Raum, ist kaum zu hören, erstaunlich, daß sich trotzdem immer wieder der gleiche Rhythmus findet,

bei mir fließt alles weg - zerfließt - Bilder können nicht greifen, mein Gefühl kommt einem „seifigen Wischi-Waschi“ gleich, jedoch recht angenehm, verbunden mit heimlicher, geheimnisvoller Stimmung durch/in der Musik. - Eigentlich könnte das - die Musik - immer so weitergehen, denn auch der Schluß fehlt.

A.6 Text F3: Beschreibung der Improvisation der dritten Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber F

„Was verbirgt sich hinter dem Rauschen auf der Cassette?“

Stereotype Wiederholungen von Rhythmus und Melodieverlauf auf dem Xylophon. Daneben, manchmal auch drumherum Klänge, Töne des Klaviers oder auch der angezupften Saiten aus dem Resonanzkasten.

Nun ja, es ist erst die dritte Sitzung; man muß sich ja schließlich aneinander gewöhnen.

A.7 Text T3: Beschreibung der Improvisation der dritten Therapiesitzung durch die Therapeutin

A.7.1 Vorher-Teil

Die Patientin wirkt sehr weich und vorsichtig auf mich. Sie meint, das sei heute ihr kreativer Tag, sie habe eben gerade Werktherapie gehabt und dort Seidenmalerei versucht. Am Wochenende sei sie bei der Mutter gewesen in K., mit der über die Kirmes gegangen und habe sich CD's mitgebracht mit Musik aus den 70er Jahren. Das ist ihre Teenagerzeit gewesen, vielleicht sei auch dort der Grund gelegt worden für ihre spätere Krankheit, die mit 20 Jahren ausgebrochen sei. Sie sei sehr häufig verliebt gewesen, mit dem Herzen immer hinter irgend jemandem hergelaufen. Ich schlage ihr vor, in einer Improvisation der Teenagerzeit nachzuspüren.

A.7.2 Während-Teil - Improvisation - Teenagerzeit

Die Patientin sucht nach dem geeigneten Instrument und findet das Baßxylophon, entscheidet sich dann für die pentatonische Reihe und bleibt die ganze Zeit bei diesem

Spiel. Es fällt auf durch einen immer gleichen Rhythmus, eine immer gleiche Betonung in dieser sehr engen melodischen Folge. Die ganze Atmosphäre ist weich und sanft, es gibt keine dissonanten Klänge, die stören.

A.7.3 Nachher-Teil

Sie habe sich sehr zurückgezogen damals, sei viel allein auf ihrem Zimmer gewesen. Ihre Mutter habe sie dann regelrecht 'rausgetrieben mit 17, sie selbst habe ja auch gern einen Freund finden wollen. Sport habe sie nicht machen können, weil sie große Probleme mit den Augen hatte, eine Netzhautablösung gedroht hätte. In der Tanzstunde war sie dann allerdings, hat dann auch wohl bald einen Freund gefunden. Die herrlichen Zeiten seien mit sechs Wochen vorbei gewesen, sie habe dem Freund, als er am zweiten Tag sagte: „Ich liebe dich“, gesagt, das könne er noch gar nicht wissen. Bei dieser Erzählung wird ihr Tonfall wieder ganz burschikos und hart. Das Schlimmste für sie ist, sich etwas vorzumachen und mit falschen Voraussetzungen zu beginnen. Ich spreche diesen burschikosen Ton im Gegensatz zu dieser weichen Musik an, die voller Harmonie war. Das wünsche sie sich eigentlich, damals auch von einem Jungen, nämlich viel Zärtlichkeit. Dieser Freund muß ihr jedoch dann eine Menge falscher Angaben gegenüber gemacht haben. Wieder einmal fällt mir in dieser Stunde diese Weichheit und Vorsichtigkeit auf, es gab auch zu Beginn der Sitzung eine Szene, daß sie fünf Minuten vor der Tür saß und sich nicht bemerkbar machte.

A.8 Text P3: Beschreibung der Improvisation der dritten Therapiesitzung durch die Patientin

Beim Gitarrespielen habe ich mich selbst vor Augen - beim Üben in meinem Zimmer. Ich habe mich viel in meinem Zimmer aufgehalten, es war ein Rückzugsgebiet, wo ich musizieren oder meinen Gedanken nachhängen konnte, ohne gestört zu werden.

Diesen Rückzug in mich selbst brauche ich auch heute noch - ich habe keine Probleme mit dem Alleinsein, solange ich mich nicht einsam fühle. Allerdings fülle ich diese Zeit heute eher mit Lesen oder Musikhören statt mit Kreativem.

Dadurch, daß ich Gitarre spielen lernte, stieg aber auch mein Ansehen in der Schulklasse, zwar nicht bei allen Mitschülerinnen, aber bei denen, die mir wichtig waren. Wie in einer Kettenreaktion führte das dann sogar zu guten Englischnoten, denn um in die Clique aufgenommen zu werden, war das Auswendiglernen von Texten aktueller Popsongs Voraussetzung.

A.9 Text A17: Beschreibung der Improvisation der 17. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber A

Was will denn die Therapeutin da? Die ist aber heute entschieden dominierend. Aber „das“ andere läßt sich doch nicht kleinkriegen. (Habe ich zunächst erwartet...)

Gedanken, daß da manchmal zwei Personen mit der Therapeutin spielen: „Das“ eine zusammen mit ihr (Impulse), „das“ andere sehr für sich, aber doch nicht eingekapselt.

Am Ende ein bißchen mehr zusammen.

Die Musik hat mich nicht so berührt - eher belustigtes Interesse. Bei Beckenklirren gegen Ende ging es mir mehr „ans Herz“.

A.10 Text B17: Beschreibung der Improvisation der 17. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber B

Tanz eines freundlichen, gemütlichen Tanzbärs auf einer Wiese, sich drehend, leicht springend, im Wind; dabei, um ihn herum sehe ich eine Figur, sich wandelnd:

Die kecke, sich nähernde, mittanzende, schlanke Bärin, sich an ihm abrollend, ihn umtanzend;

Mäuse springen herum, ein Kind sitzt am Boden und „trotzt“; wandelt sich, steht auf, bewegt sich;

die Sonne scheint; die Landschaft ist bewegt, es sind vielleicht sogar Zuschauer da;

ein Bewegen-gemeinsames-im-Wind, ich weiß nicht, was für „Figuren“; plötzlich sehe ich von oben: Die Wiese ist verlassen, zurück bleibt der Nachhall des Gewesenen; die Sonne, das satte Grün der Wiese und ein Gefühl, daß etwas stattgefunden hat.

A.11 Text C17: Beschreibung der Improvisation der 17. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber C

Felsenküste: Felsen, die vom schäumenden Meer umspült werden. Die Felsen verwandeln sich in kleine Eisberge, wodurch die Szene ruhiger, erhabener, stiller wirkt.

Mit dem aufkommenden Rhythmus, der Xylophon und Klavier bindet, beginnt ein Tanz. Die Eisberge werden zu weißgekleideten Figuren, die in großer Horde gemeinsam tanzen. Später tragen sie schwarze Binden über den Augen und tanzen paarweise, wobei sie sich an einer Hand fassen. Souverän probieren sie Pirouettes - die eine dreht sich im anderen, der ihre Hand währenddessen über ihrem Kopf hält. (Es sind jetzt zwei Solotänzer, die meine Aufmerksamkeit auf sich gezogen haben, die anderen sind verschwunden.)

Der „Gong“ (Beckenschlag) kommt unerwartet, unerwartet auch, daß jetzt schon Schluß ist. Ich hatte einen Mittelteil erwartet (ähnlich dem klangmalerischen Anfang),

nach dem erneut der Tanz aufgenommen würde. Es hat etwas Abgewürgtes (= „abgewirkt“ - verwirkt - da wurde etwas verwirkt, eine Chance nicht genutzt oder bewußt ausgelassen!).

A.12 Text D17: Beschreibung der Improvisation der 17. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber D

Ganz schön forsch!

Mut zum Chaos; gemeinsam klettern zwei über Stock und Stein, ein abenteuerlicher Weg mit vielen Hindernissen, aber die Hand müssen sie einander nur kurz reichen, wenn es einen Abgrund hinab geht.

Beide wollen zielstrebig geradeaus, stoßen an, überwinden. Zu zweit und doch jede allein. Und Schluß.

A.13 Text E17: Beschreibung der Improvisation der 17. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber E

Als wollten zwei miteinander tanzen, oder besser, das Klavier fordert den anderen dazu auf, der/die kommt mit oder versucht es zumindest.

Eigentlich kann ich mit den manchmal wiederkehrenden Paukenschlägen nicht viel anfangen, sie erscheinen mir aber sehr entschlossen.

Lustige Stimmung kommt auf bei mir - „Indianertanz“ - ein Stampfen um ein Lagerfeuer herum.

- Was für ein angenehmer, alles abrundender Schluß, als wären beide sich darin einig.

A.14 Text F17: Beschreibung der Improvisation der 17. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber F

Nicht schlecht, diese musikalische Darbietung. (Erinnerte mich an die Sarabande, gespielt von J. Lord und P. York.)

Es machte Spaß zuzuhören. Der, die Patienten versuchten, so meine ich, im Dienste der Musik zu gestalten.

A.15 Text T17: Beschreibung der Improvisation der 17. Therapiesitzung durch die Therapeutin

A.15.1 Vorher-Teil

Zum ersten Mal geht die Patientin vor der Stunde auf die Toilette. Beim Hereinkommen meint sie dann, ich sähe sehr erwartungsvoll aus. Sie selbst bezieht sich noch einmal auf die letzte Stunde am Montag. Sie beschreibt zunächst positiv, daß morgens Bewegungstherapie und nachmittags Musiktherapie sei, sie die Themen dann weiter vertiefen könne. Das Thema mit A. in unserer Sitzung sei ihr dann allerdings etwas viel gewesen. Sie habe abends zu Hause geweint. Ihr Mann bekäme all den Ärger ab, der eigentlich dem A. gehöre, der stehe noch zwischen ihnen. Sie kann sich mit ihren Interessen nicht durchsetzen, mit den Wünschen eindeutig draußen bleiben. Ihre Erwartung ist, gehalten und aufgefangen zu werden, diese Übung war in der Bewegungstherapie gemacht worden. An dem Beispiel des früheren Freundes hat sie erlebt, daß dieser sie dann fallen ließ.

A.15.2 Während-Teil - Improvisation - draußen bleiben

Ich hatte der Patientin gesagt, daß ich auf ihre deutlich herausbringenden Töne vom letzten Mal neugierig sei, sie mich beim letzten Mal damit stehengelassen habe, ohne darauf antworten zu können, sich in ihre stille Ecke verzogen habe. Sie selbst hatte da erlebt zu weinen. Es entsteht zwischen uns eine rhythmische Form, die etwas Jazzähnliches hat.

Zunehmend erlebe ich Spaß an dieser Form, aber auch ein Festhängen darin, etwas Klischeehaftes. Dennoch ist es angenehm, die Partnerin jetzt vitaler neben sich zu spüren. Zum Schluß wird ein Beckenschlag gesetzt, der lange ausschwingt.

A.15.3 Nachher-Teil

Eine Weile sitzen wir da und lauschen diesem Beckenklang. Erst hat die Patientin den Impuls, ihn zu stoppen, läßt dann aber ausschwingen, fühlt zum Schluß noch einmal vorsichtig auf das Material und spürt die Schwingungen nach. Es habe ihr Spaß gemacht, es gibt aber wenig Einfälle dazu. Sie erinnert dann das letzte Rollenspiel in der sozialtherapeutischen Gruppe, wo sie sich in der Rolle einer älteren Ehehälfte, die eine Wohnung mieten wollte, ganz sicher fühlte. Diese Situation war nicht existenziell bedrohlich, da sie ihre Wohnung hat. Die andere Situation im Verhältnis zum Chef und zum Durchsetzen eigener Interessen war für sie viel bedrohlicher gewesen. Sie beschreibt mir dann, daß sie immer den guten Vater suche, ihr Ehemann habe dies auch sein sollen. Der habe auf der anderen Seite pflegen wollen und in ihr die richtige Partnerin gefunden. Sie sehe aber heute, daß kein Mensch nur geben könne, der ginge dabei drauf. Sie selbst setzt ja jetzt auch zunehmend deutlicher Impulse, mit ihren Interes-

sen draußen bleiben zu wollen. Für den nächsten Abschnitt der Therapie ist die interaktionale Gruppe geplant. Sie selbst war zwar früher im Kindergarten - ich assoziiere im Moment diese Phase der Entwicklung mit ihr - sie habe sich dort dabei immer an eine ältere Schwester B. gehalten.

A.16 Text P17: Beschreibung der Improvisation der 17. Therapiesitzung durch die Patientin

Die Musik heute war offener und auch fröhlicher als vorher.

Das Experimentieren mit verschiedenen Instrumenten, die ich mit „laut“ assoziiere, war recht interessant und vermittelte mir den Eindruck, daß gesteuerte Lautstärke nicht zwangsläufig unangenehm sein muß. Im allgemeinen neige ich eher zu den leisen Tönen, die mir Raum lassen, mich auf mich selbst zu besinnen, wohingegen die lauten, offensiven Töne mir zu dominant erscheinen. Der Wechsel zwischen Dominanz und Stille wäre wohl ein erstrebenswerter Zustand, aber ich meine oft, daß es nur ein „Entweder-oder“, kein „Sowohl-als-auch“ gibt. Dann fürchte ich, daß ich die leisen Töne ganz aufgeben müßte, wenn ich die lauten Töne erprobe. Das muß aber nicht zwangsläufig so sein.

A.17 Text A45: Beschreibung der Improvisation der 45. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber A

Zuerst laufen lernen, vielleicht zum ersten Mal auf Stelzen. - Freude und Stolz, gleichzeitig Tränen. So stolpert „es“ vor sich hin. Auch Trotz: Das kann ich! Da bin ich!

Ich will aber so!

Die beiden laufen nebeneinander her. Die Therapeutin stützt manchmal, wie wenn man beim Balancieren bloß ein bißchen Halt braucht ab und zu.

Später wurde es ernster, tiefer, schwerer, ein bißchen auch traurig.

Der lange nachklingende, tiefe, letzte Ton: ein Fundament. Der trägt noch eine Weile.

A.18 Text B45: Beschreibung der Improvisation der 45. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber B

Vollmondnacht, ruhige Atmosphäre, laue Nacht in einer unbelebten Stadt, die Straßenzüge vom Mond erhellt. Zwei Menschen treiben vor sich hin, langsam, aber stetig, immer weiter, ab und zu taucht eine Erinnerung auf, wird kurz angesprochen, sie teilen sich Bilder, Schaufenster, ohne viel zu reden. Eine gewisse Schwere liegt in der Luft,

man weiß nicht so recht, wo sie herkommt, ist erst einmal da, darf sein, darüber sind die beiden einig.

A.19 Text C45: Beschreibung der Improvisation der 45. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber C

Plätschern. Da taumelt was durch's Wasser. Es wird energischer - habe gar nicht gemerkt, wie das so plötzlich geschehen, es war auf einmal eine feste Linie spürbar, ein Wille, der in seinen Bann ziehen möchte...

Ich denke mir einen Storch, der stolz durch das Wasser stakt. Stolztes Gestelze - mal hierhin, dann wieder dorthin (aber mit einem starken Willen gelenkt).

Meine Gedanken schweifen ab. Ich denke an ein Lied („Wasting of the Water“) - darin heißt es etwa so: Sich etwas suchen, das einen von Grund auf durchschüttelt, um eine neue Basis zu finden.

Zum Schluß hin finde ich die Improvisation entspannt, aber nicht richtig beendet. Irrendwie müßte es weitergehen. Aber eine Spannung löste sich auf.

A.20 Text D45: Beschreibung der Improvisation der 45. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber D

Béla-Bartók-Stil; Fragezeichen in die Luft geschrieben

Kinderreime in Versen gereiht

anfangs schön schwingend, später kehren alltägliche Stimmung und leichte Drohung ein

dann wieder Kinderverse

(während des Hörens notiert)

Ich bin schwankend, kann kaum fühlen, welche Gefühle diese Musik auslöst. Es sind unterschiedliche, angenehme wie unangenehme, doch die Grenzen sind fließend, uneindeutig. Der Schluß überrascht mich in seiner Eindeutigkeit.

A.21 Text E45: Beschreibung der Improvisation der 45. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber E

Kraft ist mit im Spiel, aber kann nicht so richtig fließen, aber große Ungeduld. Immer wieder ein gemeinsamer Versuch, dann wieder Löcher - klingt wie Orientierungsschwierigkeiten - gemeinsame Schwierigkeiten?

Musik macht mir leichtes Unbehagen, da viel disharmonische Klänge, dann wieder angenehme, tiefe, harmonische, weiche Klänge, wie ein weiches Bett, ein anderer oder dieselbe Person experimentiert darüber, die Musik verbreitet eine unheimliche Stimmung, „Nebel“, „dunkler Gang“. Das Bild einer Höhle taucht auf.

A.22 Text F45: Beschreibung der Improvisation der 45. Therapiesitzung durch den unabhängigen Beschreiber F

Alles erscheint mir doch sehr ungeordnet.

Da ist zunächst der Eindruck einer ebenbürtigen Gegnerin am Klavier. Doch eine Auseinandersetzung findet nicht statt. Irgendwie ist es nur ein Dokumentieren: Ich habe auch ‘mal Klavier gespielt. Doch dies geschieht sehr hastig.

Als nächstes taucht in mir eine Geschichte auf, die sich an das Märchen „Tischlein deck dich“ anlehnt. In „meiner“ Geschichte wird etwas gestohlen. Nun wird einem Knüttel der Auftrag gegeben, dieses Gestohlene zurückzuholen.

A.23 Text T45: Beschreibung der Improvisation der 45. Therapiesitzung durch die Therapeutin

A.23.1 Vorher-Teil

Wir klären zunächst die Termine für die Weiterbehandlung, als Möglichkeit steht der Montagmorgen um 8.30 oder Donnerstagmorgen um 9.20. Zunächst vereinbaren wir für den 12.11. ein Gespräch. Weiterhin muß der Krankenkassenantrag schnell herausgeschickt werden, das Versorgungsamt braucht auch noch einen Befundbericht für den Schwerbehindertenausweis. Die Verbindung zwischen uns wird weitergehen, dennoch ist dies die letzte Sitzung in diesem Rahmen, worauf ich jetzt fokussiere. Die Patientin wird etwas nachdenklich, beschreibt, sie habe doch schlechter geschlafen als erwartet. Beim letzten Treffen war sie sehr aufgelöst gewesen wegen des Weggangs von Frau C. Mittlerweile habe sie aber verstanden, daß noch etwas anderes darunter gesteckt habe. Ihr sei klargeworden, daß sie den Aspekt des Weggestoßenwerdens, den Frau C. wohl erlebte, von sich selbst kenne. Dies sei ihr sehr nahe gegangen. Der Abschied von der Tagesklinik ist jedoch jetzt von ihr ein aktiver Akt zu einem Zeitpunkt, wo sie sich dafür bereit fühlt. Ich fordere sie auf, mit mir in eine Abschlußimprovisation zu gehen, mich die Töne hören und fühlen zu lassen, die jetzt zu ihrem Abschied gehören. Sie geht spontan zum zweiten Klavier, ich frage noch einmal, ob sie allein spielen wolle oder mit mir gemeinsam, was sie eindeutig bejaht.

A.23.2 Während-Teil - Improvisation - Abschlußtöne

Sehr bollerig und grob beginnt von ihrer Seite das Spiel, sie fällt mit einigen poltrigen Tönen in den ruhigen Raum, ich warte etwas ab und suche dann meine Form des Spiels.

Zunächst erinnere ich mich an die erste Zeit, wo ich mein eigenes Spiel, welches Halt geben wollte, häufig als zu kräftig und überstülpend erlebt habe. Meine Partnerin ist jedoch heute selbst sehr kräftig, so daß eine Weile dieses Nebeneinander und Durcheinander bestehen bleibt, bis sich eine Form bildet. Diese gestaltet sich in der Weise, daß ich mich zunehmend mit einem Klang in der Tiefe auf eine sich ständig wiederholende und sicher auch haltgebende Begleitung zurückziehe. Darüber gestaltet die Patientin zunehmend sicherer werdend eine eigene Melodie. Meine Phantasien gehen in diesem Zusammenhang auf eine Szene, die ich in einem Urlaub in Venezuela erlebte, womit ich im Moment noch nichts anfangen kann. Es ist in mir ein angenehmes und ruhiges Gefühl, dieses Haus vor mir zu sehen, obwohl ich weiß, daß zunehmend in der nächsten Zeit Aufregung und chaotische Zustände mit zu vielen Menschen auftauchen werden.

A.23.3 Nachher-Teil

Die Patientin sitzt sehr selbstzufrieden weiterhin am Klavier und erwähnt als erstes, ich sei ihre Begleitung gewesen. Sie empfand die ganze Musik als eine Zusammenfassung der letzten sechs Monate. Im ersten Teil hatten wir gesucht um das richtige Verhältnis zueinander, sie könne sich aber kaum an Stellen erinnern, wo es einmal gehakelt habe. Als ich nachfrage, erinnert sie dann doch Situationen, wo ich sie auf ihre eigene Beteiligung an gewissen Geschehnissen aufmerksam machte, die sie selbst erst so beschrieb, als sei sie ein passives Opfer. Das wolle sie nicht gern hören, ich spreche die Verantwortung und auch Übernahme von Schuldgefühlen an. Mit diesem Begriff ist sie allerdings bei ihrer katholischen Erziehung, wo Schuld eine ganz besondere und unerträgliche Bedeutung für sie hat. Die zunehmende Verantwortung für ihr eigenes Handeln, das feinere Hinfühlen in Beziehungen und Suchen nach Abstimmungsvorgängen ist sicherlich in den letzten Monaten vor allen Dingen in der Musik zwischen uns häufiger geschehen. Als sie über ihren Chef spricht, wird allerdings wieder die Einteilung der Welt in schwarz, weiß und gut und böse sehr deutlich, dieser bleibt der Schuldige an ihrer Krankheit. Sie könne sich im Nachhinein, wenn sie verletzt worden sei, nicht mehr abgrenzen. Deutlich wird, daß wir weiterhin an diesen Abstimmungsvorgängen arbeiten werden, sie das rechte Maß an Begleitung und Schutz wählen muß, um zunehmend eigene Konturen zu entwickeln.

A.24 Text P45: Beschreibung der Improvisation der 45. Therapiesitzung durch die Patientin

Die Musik schien mir wie eine Kurzfassung der vergangenen sechs Monate zu sein: Erst das Suchen nach der Rollenverteilung, dann Melodie und Begleitung. Beim Spielen dachte ich allerdings mehr an die Zukunft, an meinen bevorstehenden Urlaub und daß ich mich darauf freue. An den Arbeitsbeginn im Januar und daß ich mich da noch etwas unsicher fühle und überlege, ob sich mein Verhalten auch dort ändert. Und ich dachte an die Leute, die ich hier kennengelernt habe und mit denen ich den Kontakt aufrecht erhalten will. Das finde ich schön.

Literatur

Adler, R. (1990): Anamneseerhebung in der psychosomatischen Medizin. In: Adler, R., Herrmann, J. M., Schoenecke, O. W., von Uexküll, T., Wesiack, W. (Hg.): Uexküll, Psychosomatische Medizin. 4. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München, 329-346.

Adler, R., Hemmeler, W. (1996): Anamnese und körperliche Untersuchung. In: Adler, R., Herrmann, J. M., Köhle, K., Schoenecke, O. W., von Uexküll, T., Wesiack, W. (Hg.): Uexküll, Psychosomatische Medizin. 5. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München, 307-321.

Aigen, K. (1996a): Being In Music: Foundations of Nordoff-Robbins Music Therapy. The Nordoff-Robbins Music Therapy Monograph Series.

Aigen, K. (1996b): The Role of Values in Qualitative Music Therapy Research. In: Langenberg, M., Aigen, K., Frommer, J. (Hg.): Qualitative Music Therapy Research - Beginning Dialogues. Barcelona Publishers, Phoenixville, 9-33.

Alberti, L. (1986): Jürgen Ruesch: Die infantile Persönlichkeit. In: Zepf, S. (Hg.): Tatort Körper - Spurensicherung. Eine Kritik der psychoanalytischen Psychosomatik. Springer, Heidelberg, 9-14.

Alberti, L. (1994): Von quantitativer zur qualitativen Forschung. In: Faller, H., Frommer, J. (Hg.): Qualitative Psychotherapieforschung - Grundlagen und Methoden. Asanger, Heidelberg, 53-56.

Aldridge, D. (1993): Music Therapy Research 1: A Review Of The Medical Research Literature Within A General Context Of Music Therapy Research. The Arts in Psychotherapy, Vol. 20, pp. 11-35, Pergamon Press.

Aldridge, D. (1996): Evaluationsforschung, Musiktherapeutische. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, 90-96.

Amir, D. (1994): Moments Of Insight In The Music Therapy Experience. Vortragsmanuskript First International Symposium for Qualitative Research in Music Therapy July 1994.

Amir, D. (1996): Experiencing Music Therapy: Meaningful Moments in the Music Therapy Process. In: Langenberg, M., Aigen, K., Frommer, J. (Hg.): Qualitative Music Therapy Research - Beginning Dialogues. Barcelona Publishers, Phoenixville, 109-129.

Baur-Morlok, J. (1986): Peter Kutters Beitrag zur psychosomatischen Theorie: Problem-benennung als Problemlösung. In: Zepf, S. (Hg.): Tatort Körper - Spurensicherung. Eine Kritik der psychoanalytischen Psychosomatik. Springer, Heidelberg, 88-103.

Beilharz, G. (Hg.) (1989): Erziehen und Heilen durch Musik. Verlag freies Geistesleben, Stuttgart.

Benenzon, R. O. (1983): Einführung in die Musiktherapie. Kösel, München.

Bibel, Die. Neu bearbeitete Lutherübersetzung (1973). Württembergische Bibelanstalt, Stuttgart.

Boehm, B. (1958): Heilende Musik im griechischen Altertum. Zeitschr. Psychother. Med. Psychol., 8, 132-151.

Bott, V. (1983): Anthroposophische Medizin. Eine Möglichkeit, die Heilkunst zu erweitern. 2.Aufl. Bd 1. Haug, Heidelberg.

Bott, V. (1985): Anthroposophische Medizin. Planeten und Metalle. Bd 2. Haug, Heidelberg.

Breitenbach, H. (Hg.) (1964): P. Ovidii Nasonis: Metamorphoseon. Libri XV. 2. Aufl. Artemis, Zürich.

Brockhoff, M. E. (1986): Musik und Medizin in Geschichte und Gegenwart. In: Hörmann, K. (Hg.): Musik- und Kunsttherapie. Bericht über das Symposium zur Musik-, Kunst- und Tanztherapie vom 17.-19. September 1985 in der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Bosse, Regensburg, 19-36.

Bruscia, K. (1995): Modes Of Consciousness In Guided Imagery And Music (GIM): A Therapist's Experience Of The Guided Process. In: Kenny, C. (Hg.): Listening, playing, creating: Essays on the power of sound. State University of New York Press, Albany, NY.

Bruscia, K. (1996): Authenticity Issues in Qualitative Research. In: Langenberg, M., Aigen, K., Frommer, J. (Hg.): Qualitative Music Therapy Research - Beginning Dialogues. Barcelona Publishers, Phoenixville, 81-107.

Buchholz, M. (1994): Therapie als Interaktionsgeschichte. Metaphernanalytische Rekonstruktionen der Prozeßphantasie. In: Faller, H., Frommer, J. (Hg.): Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden. Asanger, Heidelberg, 348-372.

- Burkhardt, R. (1986): Musik-, Kunst- und Tanztherapie in der Psychosomatik. In: Hörmann, K. (Hg.): Musik- und Kunsttherapie. Bericht über das Symposium zur Musik-, Kunst- und Tanztherapie vom 17.-19. September 1985 in der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Bosse, Regensburg, 37-54.
- Decker-Voigt, H.-H. (1991): Aus der Seele gespielt. Eine Einführung in die Musiktherapie. Goldmann, München.
- Decker-Voigt, H.-H. (1996a): Das Erste ist nie das Erste oder Einleitung zu diesem „Lexikon-Handbuch“. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, IX-XII.
- Decker-Voigt, H.-H. (1996b): Entwicklungspsychologische Einflüsse in der Musiktherapie. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, 81-85.
- Dreher, M., & Dreher, E. (1991): Gruppendiskussionsverfahren. In: Flick, U., v. Kardoff, E., Keupp, H., v. Rosenstiel, L., Wolff, S. (Hg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Psychologie Verlags Union, München.
- Eibach, H. (1990): Katathymes Bewegungserleben - Katathymes Klangerleben im Spiegel einer Therapiegeschichte. Musiktherap. Umschau, 11, 339-345.
- Eschen, J. T. (1996a): Aktive Musiktherapie. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, 5-8.
- Eschen, J. T. (1996b): Denkprozesse. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, 79-80.
- Eschen, J. T. (1996c): Lenkung der Aufmerksamkeit (Fokussierende Musiktherapie). In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, 197-198.
- Eschen, J. T. (1996d): Rondo - Beziehungsrondo. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, 334-336.
- Ewe, K., Weis, H. K., Weihrauch, T. R. (1992): Colitis ulcerosa. In: Weihrauch, T. R. (Hg.): Internistische Therapie 1992/1993, Urban & Schwarzenberg, München, 434-437.
- Faller, H. (1994): Das Forschungsprogramm „Qualitative Psychotherapieforschung“. Versuch einer Standortbestimmung. In: Faller, H., Frommer, J. (Hg.): Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden. Asanger, Heidelberg, 15-37.
- Federschmidt, H. (1996): Wirksamkeit und Nutzen von psychotherapeutischen Behandlungsansätzen. Dt. Ärzteblatt, 92, A-41-45.

- Feiereis, H. (1990): Entzündliche Darmerkrankungen. In: Adler, R., Herrmann, J. M., Schoenecke, O. W., v. Uexküll, T., Wesiack, W. (Hg.): Uexküll, Psychosomatische Medizin. 4. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München, 782-814.
- Feiereis, H., Jantschek, G. (1996): Colitis ulcerosa. In: Adler, R., Herrmann, J. M., Köhle, K., Schoenecke, O. W., v. Uexküll, T., Wesiack, W. (Hg.): Uexküll, Psychosomatische Medizin. 5. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München, 839-852.
- Fischer, G. (1989): Dialektik der Veränderung in Psychoanalyse und Psychotherapie. Modell, Theorie und systematische Fallstudie. Asanger, Heidelberg.
- Fischer, G. (1994): Lebensgeschichte - Therapieverlauf - Ergebnisbewertung. Das Bewertungskriterium „Integrität“ in der qualitativen Psychotherapieforschung. In: Faller, H., Frommer, J. (Hg.): Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden. Asanger, Heidelberg, 329-347.
- Flick, U. (1991a): Triangulation. In: Flick, U., v. Kardoff, E., Keupp, H., v. Rosenstiel, L., Wolff, S. (Hg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Psychologie-Verlagsunion, München, 432-434.
- Flick, U. (1991b): Der qualitative Forschungsprozeß als Abfolge von Entscheidungen. In: Flick, U., v. Kardoff, E., Keupp, H., v. Rosenstiel, L., Wolff, S. (Hg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Psychologie-Verlagsunion, München, 148-173.
- Florschütz, T. M. (1996): Anthroposophische Musiktherapie. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, 15-24.
- Frohne-Hagemann, I. (1990): Integrative Musiktherapie und ihr psychotherapeutisches Selbstverständnis. Musiktherap. Umschau, 11, 296-312.
- Frommer, J. (1996): Qualitative Diagnostikforschung. Inhaltsanalytische Untersuchungen zum psychotherapeutischen Erstgespräch. Springer, Berlin.
- Frommer, J., Jüttemann-Lembke, A., Möllering, A., Stratkötter, A., Tress, W. (1994): Narrative neurotisch-depressiver und phobisch-angstneurotischer Patienten im Vergleich. In: Faller, H., Frommer, J. (Hg.): Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden. Asanger, Heidelberg, 94-107.
- Frommer, J., Möllering, A., Tress, W. (1995): Persönlichkeitsstruktur und subjektive Krankheitsvorstellungen phobisch-angstneurotischer Patienten. Qualitativer Vergleich von 12 Einzelfallanalysen psychotherapeutischer Erstgespräche. Zeitschr. Psychosom. Med. Psychoanalys. 41, 38-59
- Grawe, K. (1988): Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. Zeitschr. f. Klin. Psychologie 17, 1-7.

- Gustorff, D. (1996a): Nordoff/Robbins Musiktherapie (Schöpferische Musiktherapie). In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, 274-277.
- Gustorff, D. (1996b): Neurologische Rehabilitation. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, 273-274.
- Hampe, R. (Hg.) (1979): Homer: Odyssee. Reclam, Stuttgart.
- Hartkamp, N. (1986a): Zur Kritik an Max Schurs Konzept der Desomatisierung und Resomatisierung. In: Zepf, S. (Hg.): Tatort Körper - Spurensicherung. Eine Kritik der psychoanalytischen Psychosomatik. Springer, Heidelberg, 27-44.
- Hartkamp, N. (1986b): Die psychosomatische Theorie von George Engel und Arthur H. Schmale. In: Zepf, S. (Hg.): Tatort Körper - Spurensicherung. Eine Kritik der psychoanalytischen Psychosomatik. Springer, Heidelberg, 45-57.
- Hartkamp, N. (1994): Sequentielle Strukturen in einer psychotherapeutischen Interaktion: Ergänzung oder Konkurrenz qualitativer und quantitativer Methoden? In: Faller, H., Frommer, J. (Hg.): Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden. Asanger, Heidelberg, 277-294.
- Hartmann, S. (1986): Das integrierte Menschenbild Thure von Uexkülls: Metasemantik statt Metatheorie. In: Zepf, S. (Hg.): Tatort Körper - Spurensicherung. Eine Kritik der psychoanalytischen Psychosomatik. Springer, Heidelberg, 104-128.
- Heigl-Evers, A., Heigl, F. S., Ott, J. (1997): Vorwiegend entwicklungsbedingte und traumogene Psychopathologie. In: Heigl-Evers, A., Heigl, F. S., Ott, J., Rüger, U. (Hg.): Lehrbuch der Psychotherapie. 3. Aufl. Fischer, Lübeck, 79-99.
- Heigl-Evers, A., Heigl, F. S., Ott, J., Rüger, U. (1997): Alexithymie. In: Heigl-Evers, A., Heigl, F. S., Ott, J., Rüger, U. (Hg.): Lehrbuch der Psychotherapie. 3. Aufl. Fischer, Lübeck, 533.
- Hesse, H.-P. (1974): Musikpsychologische Grundlagenforschung und Musiktherapie. In: Revers, W. J., Harrer, G., Simon, W. C. M. (Hg.): Neue Wege der Musiktherapie. Grundzüge einer alten und neuen Heilmethode. Econ, Düsseldorf und Wien, 163-170.
- Hildenbrand, G., Junkert-Tress, B., Scheibe, G., Hartkamp, N. (1994): Untersuchung kurztherapeutischer Prozesse mit der SASB/CMP-Methode. In: Faller, H., Frommer, J. (Hg.): Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden. Asanger, Heidelberg, 246-273.
- Höhm, U. (1996): In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, 238-241.

Hoffmann, S. O., Hochapfel, G. (1995): Neuroselehre, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. 5.Aufl. Schattauer, Stuttgart.

Huse-Kleinstoll, G. (1997): Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen. In: Ahrens, S. (Hg.): Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Schattauer, Stuttgart, 471-475.

Indefrey, P. (1986): Franz Alexander: Der Mensch als komplizierte Maschine. In: Zepf, S. (Hg.): Tatort Körper - Spurensicherung. Eine Kritik der psychoanalytischen Psychosomatik. Springer, Heidelberg, 15-26.

Jochims, S., Mahns, B., Selle, E. W., Bernius, V. (1990): Editorial. Musiktherap. Umschau, 11, 275-276.

Josef, K. (1974): Musik als Hilfe in der Erziehung geistig Behinderter. 3.Aufl. Marhold, Berlin.

Jüttemann, G. (1990a): Komparative Kasuistik als Strategie psychologischer Forschung (1981). In: Jüttemann, G. (Hg.): Komparative Kasuistik. Asanger, Heidelberg, 21-37.

Kächele, H., Scheytt-Hölzer, N. (1990): Sprechen und Spielen - Verbale und non-verbale Aspekte des musiktherapeutischen Prozesses. Musiktherap. Umschau, 11, 286-295.

Kapteina, H. (1996): Improvisationsbewegung, Geschichte der. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, 137-140.

Karkoschka, E. (1966): Das Schriftbild der Neuen Musik. Moeck, Celle.

Kenny, C. (1994): Our Legacy: Work And Play. Performance, Lecture, Participation for AAMT Conference 11. 6. 1994.

Kenny, C. (1996a): The Story of the Field of Play. In: Langenberg, M., Aigen, K., Frommer, J. (Hg.): Qualitative Music Therapy Research - Beginning Dialogues. Barcelona Publishers, Phoenixville, 55-78.

Kenny, C. (1996b): Remembering What's Between the Lines. In: Langenberg, M., Aigen, K., Frommer, J. (Hg.): Qualitative Music Therapy Research - Beginning Dialogues. Barcelona Publishers, Phoenixville, 191-199.

Kneutgen, J. (1974): Einige Voraussetzungen für eine wirkungsvolle Musiktherapie. In: Revers, W. J., Harrer, G., Simon, W. C. M. (Hg.): Neue Wege der Musiktherapie. Econ, Düsseldorf und Wien, 17-50.

König, A. (1983): Geistig Behinderte und populäre Musik. Reha-Verlag, Bonn.

Kordy, H., Kächele, H. (1996): Ergebnisforschung in Psychotherapie und Psychosomatik. In: Adler, R., Herrmann, J. M., Köhle, K., Schoenecke, O. W., von Uexküll, T., Wesiack,

- W. (Hg.): Uexküll, Psychosomatische Medizin. 5.Aufl. Urban & Schwarzenberg, München, 490-501.
- Kruse, J. (1986): Alexander Mitscherlich: Die zweiphasige Abwehr - Indziensammlung. In: Zepf, S. (Hg.): Tatort Körper - Spurensicherung. Eine Kritik der psychoanalytischen Psychosomatik. Springer, Heidelberg, 58-74.
- Küchenhoff, J., Ahrens, S. (1997): Psychosomatische Störungen. In: Ahrens, S. (Hg.): Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Schattauer, Stuttgart, 386-391.
- Küchenhoff, J., Mathes, L. (1994): Die mediale Funktion subjektiver Krankheitstheorien. Eine Studie zur Verbindung qualitativer und quantitativer Methoden. In: Faller, H., Frommer, J. (Hg.): Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden. Asanger, Heidelberg, 158-179.
- Langenberg, M. (1988): Vom Handeln zum Be-Handeln - Darstellung besonderer Merkmale der musiktherapeutischen Behandlungssituation im Zusammenhang mit der freien Improvisation. Fischer, Stuttgart.
- Langenberg, M. (1989): Grenzerleben - Probleme und Chancen der Behandlung. Musiktherap. Umschau, 10, 183-194.
- Langenberg, M. (1996a): Prologue. In: Langenberg, M., Aigen, K., Frommer, J. (Hg.): Qualitative Music Therapy Research - Beginning Dialogues. Barcelona Publishers, Phoenixville, 1-5.
- Langenberg, M. (1996b): Affektivität. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, 3-5.
- Langenberg, M. (1996c): Psychoanalyse und Musiktherapie. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, 306-310.
- Langenberg, M. (1997): Musiktherapie. In: Heigl-Evers, A., Heigl, F. S., Ott, J., Rüger, U. (Hg.): Lehrbuch der Psychotherapie. 3.Aufl. Fischer, Lübeck, 399-409.
- Langenberg, M., Frommer, J., Langenbach, M. (1996): Fusion and Separation: Experiencing Opposites in Music, Music Therapy, and Music Therapy Research. In: Langenberg, M., Aigen, K., Frommer, J. (Hg.): Qualitative Music Therapy Research - Beginning Dialogues. Barcelona Publishers, Phoenixville, 131-160.
- Langenberg, M., Frommer, J., Seizinger, F., Ressel, T. (1994): Verschmelzung und Trennung - Musiktherapeutische Einzelfallforschung am Beispiel einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung. In: Faller, H., Frommer, J. (Hg.): Qualitative Psychotherapieforschung - Grundlagen und Methoden. Asanger, Heidelberg, 108-127.

- Langenberg, M., Frommer, J., Tress, W. (1992): Qualitative Methodik zur Beschreibung und Interpretation musiktherapeutischer Behandlungswerke. *Musiktherapeutische Umschau* 4, 258-278.
- Langenberg, M., Frommer, J., Tress, W. (1995a) Musiktherapeutische Einzelfallforschung - ein qualitativer Ansatz. *Psychother Psychosom Med Psychol* 12, 418-426.
- Langenberg, M., Frommer, J., Tress, W. (1995b): From isolation to bonding. A music therapy case study of a patient with chronic migrains. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 87-101.
- Latz, I. (1989): *Musik im Leben älterer Menschen*. 2.Aufl. Dümmlers, Bonn.
- Lexikon-Institut Bertelsmann (Hg.) (1995): *Lexikon der Psychologie*. Bertelsmann, Gütersloh.
- Mc Dougall, J. (1982): Alexithymia: A psychosomatic viewpoint. In: *Psychother. Psychosom.*, 38, 31-90.
- Maetzel, F.-K. (1996): Musiktherapie in der cardiologischen Rehabilitation. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): *Lexikon Musiktherapie*. Hogrefe, Göttingen, 263-267.
- Mahns, W. (1996): Denkmodelle, Menschenbilder in der Musiktherapie. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): *Lexikon Musiktherapie*. Hogrefe, Göttingen, 73-78.
- Mastnak, W. (1996): Musikethnologie - Schamanismus - Musiktherapie. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): *Lexikon Musiktherapie*. Hogrefe, Göttingen, 233-237.
- Mayring, Ph. (1983): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Beltz, Weinheim.
- Metzner, S. (1996a): Guided Imagery and Music. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): *Lexikon Musiktherapie*. Hogrefe, Göttingen, 122-124.
- Metzner, S. (1996b): Handlungsbegriff. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): *Lexikon Musiktherapie*. Hogrefe, Göttingen, 124-126.
- Michels, U. (1978): *dtv-Atlas zur Musik*. 2.Aufl. Bd 1. Bärenreiter, Kassel.
- Michels, U. (1986): *dtv-Atlas zur Musik*. 3.Aufl. Bd 2. Bärenreiter, Kassel.
- Miller, A. (1979): *Das Drama des begabten Kindes*. Suhrkamp, Frankfurt.
- Möller, H.-J. (1974): Psychotherapeutische Aspekte in der Musikanschauung der Jahrtausende. In: Revers, W. J., Harrer, G., Simon, W. C. M. (Hg.): *Neue Wege der Musiktherapie*. Econ, Düsseldorf und Wien, 53-160.

- Neugebauer, L., Gustorff, D., Matthiessen, P., Aldridge, D. (1989): Künstlerin an der eigenen Biographie. Musiktherapie mit Silvia. Musiktherap. Umschau, 10, 234-242.
- Neunzig, H. (1991): Meilensteine der Musik. Bd 1. Harenberg, Dortmund.
- Niedecken, D. (1996): Introjekt, Introjektion. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, 156-158.
- Nordoff, P., Robbins, C. (1986): Schöpferische Musiktherapie. Fischer, Stuttgart.
- Priestley, M. (1982): Musiktherapeutische Erfahrungen. Fischer, Stuttgart.
- Priestley, M. (1983): Analytische Musiktherapie. Klett-Cotta, Stuttgart.
- v. Rad, M., Zepf, S., (1990): Psychoanalytische Konzepte psychosomatischer Symptom- und Strukturbildungen. In: Adler, R., Herrmann, J. M., Schoenecke, O. W., v. Uexküll, T., Wesiack, W. (Hg.): Uexküll Psychosomatische Medizin. 4.Aufl. Urban & Schwarzenberg, München, 75-92.
- Rauhe, H. (1986): Interdisziplinäre Grundfragen der musikalischen und musiktherapeutischen Wirkungsforschung. In: Hörmann, K. (Hg.): Musik- und Kunsttherapie. Bericht über das Symposium zur Musik-, Kunst- und Tanztherapie vom 17.-19. September 1985 in der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Bosse, Regensburg, 11-18.
- Rauhe, H. (1996): Funktionale Musiktherapie am Beispiel der neurologischen Rehabilitation von Schlaganfallpatienten. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, 106-108.
- Reinecke, H.-P. (1971): Die emotionellen Kategorien des Musikhörens und ihre Bedeutung für die therapeutische Anwendung von Musik. In: Kohler, C. (Hg.): Musiktherapie. Theorie und Methodik. Fischer, Jena, 48-57.
- Reister, G. (1996): A Psychoanalytic View of Music and Music Therapy Research. In: Langenberg, M., Aigen, K., Frommer, J. (Hg.): Qualitative Music Therapy Research - Beginning Dialogues. Barcelona Publishers, Phoenixville, 247-254.
- Rosien, U., Goebell, H. (1996): Colitis ulcerosa. In: Layer, P., Rosien, U., Goebell, H. (Hg.): Praktische Gastroenterologie. Urban & Schwarzenberg, München, 265-271.
- Rudolf, G., Öri, C.: Psychotherapieforschung. In: Rudolf, G.: Psychotherapeutische Medizin. Enke, Stuttgart, 1996, 424-432.
- Schöffler, H. H. (1986): Anthroposophische Medizin. Eine Erstinformation. Verlag am Goetheanum, Dornach.
- Schreiber, S., Stange, E. (1997): Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Dt. Ärzteblatt 1997; 94: A-1268-1274 [Heft 19].

Schwabe, C. (1980): Methodik der Musiktherapie und deren theoretische Grundlagen. 2.Aufl. Barth, Leipzig.

Schwabe, C. (1979): Regulative Musiktherapie. Fischer, Stuttgart.

Schwabe, C. (1990): Anfänge der aktiven Musiktherapie bei Neurosen. Musiktherap. Umschau, 11, 353-358.

Schwabe, C. (1996): Methodensystem (d. MT). In: Decker-Voigt, H. H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): Lexikon der Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, 208-217.

Simon, W. C. (1974): Musik und Heilkunst. In: Revers, W. J., Harrer, G., Simon, W. C. M. (Hg.): Neue Wege der Musiktherapie. Econ, Düsseldorf und Wien, 9-16.

Smeijsters, H. (1996a): Geschichtlicher Hintergrund zu musiktherapeutischen Methoden der Gegenwart. In: Decker-Voigt, H. H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): Lexikon der Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, 109-113.

Smeijsters, H. (1996b): Qualitative Single-Case Research in Practice: A Necessary, Reliable, and Valid Alternative for Music Therapy Research. In: Langenberg, M., Aigen, K., Frommer, J. (Hg.): Qualitative Music Therapy Research - Beginning Dialogues. Barcelona Publishers, Phoenixville, 35-53.

Smeijsters, H., Rogers, P. (1993): European Music Therapy Research Register. Werkgroep Onderzoek Muziektherapie NVKT, Utrecht.

Smeijsters, H., van den Hurk, J. (1993): Research in Practice in the Music Therapeutic Treatment of a Client with Symptoms of Anorexia Nervosa. In: Heal, M., Wigram, T. (Hg.): Music Therapy in Health and Education. Jessica Kingsley Publishers, London, 235-263.

Sondermann, D. (1997): Musiktherapie. In: Ahrens, S. (Hg.): Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Schattauer, Stuttgart, 587-591.

Spintge, R., Droh, R. (1992): Musik-Medizin. Physiologische Grundlagen und praktische Anwendungen. Fischer, Stuttgart.

Stange, E., Schreiber, S. (1997): Morbus Chron und Colitis ulcerosa. Dt. Ärzteblatt 1997; 94: A-1493-1498 [Heft 22].

Stratkötter, A., Tölle, M. (1994): Qualitative Analyse zur Bedeutung des Geschlechts in der psychotherapeutischen Arbeit. In: Faller, H., Frommer, J. (Hg.): Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden. Asanger, Heidelberg, 128-145.

Strauss, A. L. (1991): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. Fink, München.

- Strobel, W. (1990): Von der Musithérapie zur Musikpsychotherapie. Kann aus der Musiktherapie eine anerkannte Form von Psychotherapie werden?. *Musiktherap. Umschau* 11, 313-338.
- Strobel, W., Huppmann, G. (1990): *Musiktherapie. Grundlagen · Formen · Möglichkeiten*. 2.Aufl. Hogrefe, Göttingen.
- Suppan, W. (1996): Musikanthropologische und ethnologische Aspekte. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): *Lexikon Musiktherapie*. Hogrefe, Göttingen, 224-230.
- Teichmann-Mackenroth, O. (1996): Psychosomatik. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): *Lexikon Musiktherapie*. Hogrefe, Göttingen, 312-315.
- Timmermann, T. (1989): *Die Musen der Musik. Stimmig werden mit sich selbst*. Kreuz, Zürich.
- Timmermann, T. (1996): Ethnologische Aspekte in der Musiktherapie. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): *Lexikon Musiktherapie*. Hogrefe, Göttingen, 87-90.
- Tress, W. (1994a): Forschung zu psychogenen Erkrankungen zwischen klinisch-hermeneutischer und gesetzeswissenschaftlicher Empirie: Sozialempirische Marker als Vermittler. In: Faller, H., Frommer, J. (Hg.): *Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden*. Asanger, Heidelberg, 38-52.
- Tress, W. (1994b): Persönliche Mitteilung 4. 5. 1994. Wissenschaftliches Wochenende. Düsseldorf.
- Tress, W., Fischer, G. (1991): Psychoanalytische Erkenntnis am Einzelfall: Möglichkeiten und Grenzen. *Psyche*, 45, 612-628.
- Tress, W., Junkert-Tress; B. (1997): Erkenntnistheoretische Grundlagen und Probleme der psychotherapeutischen Medizin. In: Ahrens, S. (Hg.): *Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin*. Schattauer, Stuttgart, 71-76.
- Tress, W., Schepank, H., Franz, M. (1996): Epidemiologie. In: Adler, R., Herrmann, J. M., Köhle, K., Schoenecke, O. W., v. Uexküll, T., Wesiack, W. (Hg.): *Uexküll, Psychosomatische Medizin*. 5.Aufl. Urban & Schwarzenberg, München, 103-112.
- Tüpker, R. (1988): *Ich singe, was ich nicht sagen kann*. Bosse, Regensburg.
- Tüpker, R. (1990): Wissenschaftlichkeit in kunsttherapeutischer Forschung. *Musiktherap. Umschau*, 11, 7-20.
- v. Uexküll, T., Wesiack, W. (1996): Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler, R., Herrmann, J. M., Köhle, K., Schoenecke, O. W., v. Uexküll, T., Wesiack,

W. (Hg.): Uexküll, Psychosomatische Medizin. 5.Aufl. Urban & Schwarzenberg, München, 13-52.

van Deest, H. (1994): Heilen mit Musik. Thieme, Stuttgart.

Von der Mühl, P. (Hg.) (1964): Homers Ilias und Odyssee. Übersetzt von Johann Heinrich Voss. 3.Aufl. Birkhäuser, Basel und Stuttgart.

Weber, T. (1996): Improvisationsgestalt. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, 141-143.

Wesiack, W. (1996): Das ärztliche Gespräch - Versuch einer Strukturanalyse. In: Adler, R., Herrmann, J. M., Köhle, K., Schoenecke, O. W., v. Uexküll, T., Wesiack, W. (Hg.): Uexküll, Psychosomatische Medizin. 5.Aufl. Urban & Schwarzenberg, München, 382-388.

Weymann, E. (1996a): Beschreibung und Rekonstruktion. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, 61-65.

Weymann, E. (1996b): Improvisation. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, 133-137.

Weymann, E. (1996c): Morphologische Musiktherapie. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, E. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, 220-223.

Wilke, S. (1992): Die erste Begegnung. Eine konversations- und inhaltsanalytische Untersuchung der Interaktion im psychoanalytischen Erstgespräch. Asanger, Heidelberg.

Wilke, S. (1994): Einige Überlegungen zur Angemessenheit Qualitativer Methoden für die Untersuchung psychoanalytischer Dialoge. In: Faller, H., Frommer, J. (Hg.): Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden. Asanger, Heidelberg, 73-93.

Wyss, D. (1990): Geleitwort. In: Strobel, W., Huppmann, G.: Musiktherapie. Grundlagen · Formen · Möglichkeiten. 2.Aufl. Hogrefe, Göttingen.

Zepf, S. (1986a): Zur Einführung ins Thema: Einige Anmerkungen zur psychosomatischen Theoriebildung und zu diesem Buch. In: Zepf, S. (Hg.): Tatort Körper - Spurensicherung. Eine Kritik der psychoanalytischen Psychosomatik. Springer, Heidelberg, 1-8.

Zepf, S. (1986b): Die psychosomatische Erkrankung in der „Theorie der Interaktionsformen“ (Lorenzer): Metatheorie statt Metasemantik. In: Zepf, S. (Hg.): Tatort Körper - Spurensicherung. Eine Kritik der psychoanalytischen Psychosomatik. Springer, Heidelberg, 129-151.

Zepf, S., Gattig, E. (1986): Die Wiederbelebung der Todestrieb-Hypothese: Das theoretische Konzept der französischen psychosomatischen Schule. In: Zepf, S. (Hg.): Tatort

Körper - Spurensicherung. Eine Kritik der psychoanalytischen Psychosomatik. Springer, Heidelberg, 75-87.

Zink, Chr. (1990): Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. De Gruyter, Berlin.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Regina Brennscheidt
Geburtsdatum	26. September 1961
Geburtsort	Köln
Familienstand	verheiratet

Schul- und Universitätsbildung

Schule	Grundschule 1968-1972 Gymnasium 1972-1981
Abitur	St. Ursula-Schule in Düsseldorf 1981
Studium	Humanmedizin an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf 1983-1991
Ärztliche Prüfung	Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf 1991

Beruflicher Werdegang

Tätigkeiten	Ärztin im Praktikum in einer Praxis für Allgemeinmedizin in Köln 1992-1993 Ärztin im Praktikum in der psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses Mörsenbroich-Rath in Düsseldorf 1993 Assistenzärztin in einer Praxis für Allgemeinmedizin in Aachen 1995 Beratungsstelle für medizinische Fragen des Instrumentalspiels in Düsseldorf seit 1996
Weiterbildung	Anerkennung als Praktische Ärztin 1995

„Laufenlernen“

Unbewußte Affekte, Konflikte und Phantasien bei psychosomatischen Erkrankungen - qualitative Analyse einer Musiktherapie bei einem Fall von Colitis ulcerosa

Regina Brennscheidt

Abstract

Die Arbeit dient der Beschreibung und Verlaufsanalyse nonverbaler Affekt- und Phantasieinhalte einer Musiktherapie. Die Parallelität des Falles zum alexithymen Symptomkomplex wird im nonverbalen und verbalen Therapieprozeß vergleichend dargestellt.

Die Fragestellung berührt die qualitative Musiktherapie-, die psychosomatische und die Psychotherapieprozeßforschung. Nach der Beschreibung entsprechender Verfahren wird die *qualitative Methodik zur Beschreibung und Interpretation musiktherapeutischer Behandlungswerke* (LANGENBERG, FROMMER, TRESS) zur Einzelfallanalyse ausgewählt. Das Alexithymieproblem wird im Kontext psychosomatischer Konzeptionen dargestellt.

Nach den Prinzipien der *Resonanzkörperfunktion* (LANGENBERG) und der *Perspektiven-triangulation* (FLICK) werden drei Werke einer Musiktherapie in unterschiedlichen Beschreibungsebenen abgebildet. In zwei Schritten werden aus dem Material *Qualitäten* und *Motive* (LANGENBERG) induktiv analysiert im Sinne des *offenen Kodierens* (STRAUSS), der *Komparativen Kausalistik* (JÜTTEMANN) und der *qualitativen Inhaltsanalyse* (MAYRING). Anschließend entstehen in ähnlicher Weise Metakategorien für den Datenvergleich. Musikalische Einzelanalysen bilden einen weiteren Auswertungsschritt.

Die Ergebnisse bestehen nicht aus numerischen Verteilungen, sondern aus durch Abstraktionsprozesse gewonnenen zentralen Aussagen. Zu Therapiebeginn dominieren starke symbiotische Harmonie- und Haltbedürfnisse gegenüber vorsichtig anklingenden Autonomiewünschen. Neben vergnüglichen Verwandlungsphantasien ist Autonomie dann das zentrale Thema der Therapiemitte. Das Therapieende beinhaltet ein breites Spektrum von Affekten, die sich um Vorstellungen von Laufenlernen und Weggehen ranken. Die Metakategorien bilden Wachstums-, Reifungs- und Verselbständigungsprozesse ab. In den musikalischen Analysen finden sich Hinweise auf einen Strukturierungsprozeß von formaler Strukturlosigkeit zu inhaltlich bedingter Struktur.

Abschließend werden die induktiv gewonnenen Daten durch klinische ergänzt. Im zeitlichen Vergleich ihres Auftretens in den nonverbalen und verbalen Therapieanteilen kann gezeigt werden, daß zahlreiche Vorstellungen im musikalischen Medium frühzeitiger und differenzierter ausgedrückt werden als im therapeutischen Gespräch.

Im Kontext der Alexithymie deutet der untersuchte Fall auf unbewußte Affekte, Konflikte und Phantasien mit sprachlicher Hemmung hin (V.RAD und ZEPF 1990), die nonverbal ausdrucksfähig sind. Zur Klärung ihres krankheitstypischen bzw. individuellen Stellenwertes erscheinen weitere Einzelfallanalysen erfolgversprechend.

