

Sibylle Herrlen-Pelzer
Gerlinde Sponholz
Helmut Baitsch
(Herausgeber)

Musik in Prävention und Therapie

Bericht über ein Projekt an der Universität Ulm

1991

Armin Vaas Verlag

**Tonius Timmermann, Susanne Bauer, Nicola Scheytt-Hölzer,
Regina Burgmeier, Petra Moser, Dan Pokorny, Horst Kächele**

Musiktherapeutische Prozeßforschung – eine Einzelfallstudie

Entstehung des Projekts

Im Rückblick läßt sich die Entstehung einer streng methodisch orientierten Untersuchung der repetitiven Muster in musiktherapeutischen Prozessen mit dem Sonderforschungsbereich 129 in Verbindung bringen; an diesem war die Sektion Psychoanalytische Methodik durch systematisch angelegte, prozeßanalyse-orientierte Untersuchungen beteiligt (zum Beispiel Ulmer Textbank), und die Abteilung Anthropologie und Wissenschaftsforschung war mit diesem methodischen Zugang durch ein Projekt zu genetischen Beratungsgesprächen vertraut. Methodenkooperation fördert nun schließlich auch Ideenkooperation und dieser Nährboden ermöglichte die Skizzierung eines Projektes zu einer zentralen Behauptung einer beziehungsorientierten Musiktherapie, wie sie von der Wiener Schule (Professor Schmölz) vertreten wird (siehe „Ziel der Untersuchung“).

Die Kooperation zwischen SFB-bewährten Kollegen führte nicht nur zu ideellen Absprachen, sondern die Suche nach Finanzierungsstrategien führte zum Erfolg: mit einer Förderung durch die Breuninger-Stiftung Stuttgart wurde der psychoanalytisch experimentierende Charakter der Untersuchung anerkannt und die Realisierung ermöglicht. Der Versuch, eine Methode zur Identifizierung des „zentralen Beziehungskonfliktes“ zu entwickeln, konnte beginnen.

Benötigt wurde zu dem vorhandenen Musiktherapieraum eine Videoaufzeichnungsanlage, die uns von der Abteilung für Medizinische Soziologie (Professor Dr. Dr. Novak) freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurde.

Mitwirkende

Klinisch-experimentelle Studien stellen an die Beteiligten außergewöhnliche Anforderungen; dies gilt selbstverständlich für erprobende Studien in der Psychotherapie – und wir rechnen die Musiktherapie dazu. Gewonnen werden mußte ein Patient, dem nicht versprochen werden kann, daß die experimentelle Intervention „hilft“: man kann ihm sagen, daß sie vermutlich nicht schaden würde. Dazu benötigt es einen Psychotherapeuten, der seine Therapie durch die zusätzliche Intervention nicht gefährdet sieht, der aber die Möglichkeit einräumt, daß er und der Patient möglicherweise Anregungen aus dem experimentierenden Geschehen ziehen können.

Weiterhin benötigen wir einen Musiktherapeuten, der seine intuitiv-kreative Arbeit ins „grelle Rampenlicht“ eines Therapieversuches rücken läßt:

er wird antizipieren können, daß er manche Feder lassen muß, wenn seine Fachkollegen ihn kritisch unter die Lupe des Designs nehmen. Schließlich benötigen wir eine Konsultantin, eine musiktherapeutisch erfahrene Kollegin, die den Musiktherapeuten auf seinem Wege begleitet.

Nicht genug damit – die Forschung benötigt dann die Forscher, diejenigen, die die Daten herstellen: Den Matador, der als Forscher sein therapeutisches Tun systematisch reflektiert; die Spezialistin für eine deskriptive Notation, die geprüfte, angestellte Hilfskraft und die freiwillige studentische Mitarbeiterin. Ein Projekt braucht dann noch den allwissenden Berater, für den das auch alles neu ist, aber der mit der hilfreichen Einstellung lebt, daß alles sich zum Guten wenden wird.

Der Patient Johann Y. wurde wegen einer schizoiden Persönlichkeitsstörung mit symptomatischer Perversion hochfrequent psychoanalytisch behandelt, worüber sich im „Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie“ von Thomä und Kächele (1985, S.142f) einiges nachlesen läßt. Er erklärte sich bereit, im Rahmen der weiterlaufenden psychoanalytischen Behandlung an zehn Sitzungen einer musiktherapeutischen Intervention teilzunehmen. Die Symptomatik besteht darin, daß sich der Patient allein auf seinem Zimmer mit Ketten fesselt, die er dann noch mit Schlössern abschließt. Dabei gerät er in sexuelle Erregung. Er macht es sich immer schwerer, sich wieder zu befreien und bringt sich damit in reale Lebensgefahr. Einen Teil der Ketten setzt er unter elektrische Spannung. Bereits im Verlauf der seit drei Jahren laufenden Psychoanalyse war eines der Hauptthemen die Beziehungsregulierung, die Möglichkeit, Nähe und Distanz zu kontrollieren. Durch seinen Umgang mit den Setting-Regeln testete er die Grenzen, bestimmte sehr stark die Interaktion und kontrollierte den Therapeuten, was der Patient selbst als Versuch, seine Abhängigkeit unter Kontrolle zu bekommen, begriff. Diese Form der Interaktion wiederholte sich in der musiktherapeutischen Intervention mit dem Musiktherapeuten. Sobald im musikalischen Dialog der Therapeut aus seiner Zurückhaltung herausging und aktiv spielte, hörte der Patient auf. Der Therapeut erlebt dies als ein „Gefesseltwerden“, als Gefühl, nur einen winzigen Spielraum zu haben. Jede spontane eigene Äußerung, jeder Versuch, Kontakt aufzunehmen war zum Scheitern verurteilt. Damit inszenierte der Patient einen unbewußten Rollentausch im Sinne der „projektiven Identifikation“, indem er den Therapeuten das erleben ließ, was ihm selbst in seiner Kindheit widerfahren war und zu seiner spezifischen Symptomatik geführt hatte.

Ziel der Untersuchung

Eine grundlegende Arbeitshypothese der Musiktherapie ist, daß sich im musikalischen Dialog wie in der nonverbalen Interaktion zwischen Patient und Therapeut überhaupt Störungen und Symptomatik des Patienten abbilden kann und diese somit für den Musiktherapeuten erkennbar und bearbeitbar werden. Unsere Ausgangsfragestellung ist also, inwiefern und auf welche Weise sich Interaktionsstrukturen zwischen Patient und Therapeut im Setting des freien musikalischen Agierens abbilden, beschreiben

lassen und erkannt werden können. Dies sollte mit Hilfe von Fremdbeobachtung der Videoaufzeichnungen durch therapeutisch verschieden qualifizierte Gruppen geschehen. Hierzu entwickelten wir in Anlehnung an die Psychotherapieforschung (Rice und Greenberg 1984) eine Methodik, die im folgenden beschrieben sein soll.

Die Methoden zur Beschreibung

Die Herstellung von Daten stellt den ersten Schritt dar. Wir verfügen über vier Datenquellen:

- a) Video-aufgezeichnete Sitzungen als nicht-reaktives Datenmaterial.
- b) Standardisierte Aussagen des Patienten.
- c) Freie und standardisierte Aussagen des Musiktherapeuten.
- d) Den psychoanalytischen Dialog, in dem der Patient mit seinem Analytiker über die musiktherapeutische Intervention reflektiert, die tonband-aufgezeichnet wurden.

Patient und Therapeut produzierten standardisierte Aussagen durch die Beantwortung der Eigenschaftswörterliste nach Janke und Debus (1978) sowie eines Fragebogens zur Erfassung der Stimmungslage nach jeder der zehn Sitzungen.

Der Musiktherapeut schrieb nach jeder Sitzung ein „affektives Spontanprotokoll“, später erst ein ausführliches Protokoll nach der Videoaufzeichnung. Konsultationsgespräche mit einer Kollegin wurden ebenso auf Tonband mitgeschnitten wie die Aussagen des Patienten über die Musiktherapie in der laufenden Analyse.

Die Aufbereitung des Videomaterials erfolgte in Anlehnung an aktuelle Trends der Therapieforschung und wurde auf „therapeutisch relevante Episoden“ (Rice und Greenberg 1984) ausgerichtet. Die konkrete Identifizierung solcher Episoden ging folgendermaßen vor sich:

1. Aus den Filmen wurden alle Passagen identifiziert, bei denen ein sogenannter musikalischer Dialog feststellbar war. Diese Passagen wurden auf ein gesondertes Videoband kopiert und kodiert.
2. Der behandelnde Musiktherapeut und zwei Kolleginnen schauten unabhängig voneinander diesen Zusammenschnitt auf „signifikante Episoden“ an, welche einen hohen Informationsgehalt über den Patienten aufweisen und außerdem typisch für die Musiktherapie sein sollten.
3. Alle drei Kollegen einigten sich in einer gemeinsamen Sitzung auf acht Szenen von ca. zwei bis drei Minuten Dauer für Beschreibung/Notation und Rating. Alle Szenen wurden dann von den MusiktherapeutInnen verbal beschrieben. Susanne Bauer entwickelte ein Beschreibungs- und Notationssystem, welches die musikalische Improvisation selbst beschreiben soll. Es handelt sich hierbei um den Versuch, den musikalischen Austausch zwischen Patient und Therapeut in der Einzelmusiktherapie (EMT) graphisch so darzustellen, daß er jederzeit reproduzierbar ist. Das heißt, aus der therapeutischen Sitzung werden die sogenannten signifikanten Episoden, die es nach verschiedenen Gesichtspunkten genauest zu untersuchen gilt, wort-wörtlich, oder ton-tönlich zu Papier gebracht, um zu verdeutlichen, was und wie Patient und Therapeut musikalisch miteinander umgegangen sind.

Frage: wie kann man die sogenannte „Therapiemusik“ notieren? Da es sich bei dem Dialog um eine freie Improvisation handelt, kann nur in beschränktem Maße von dem in unserem Kulturkreis verwendeten Notationssystem Gebrauch gemacht werden. Ist es jedoch möglich, so sollte auf die uns bekannten Zeichen zurückgegriffen werden – sprich: auf das Fünfliniensystem mit seinen Möglichkeiten der Tonhöhen- und Tonlängenbestimmung. Anderenfalls liegt es nahe, auf die von zeitgenössischen Komponisten verwendeten Zeichen und graphischen Darstellungsmöglichkeiten zurückzugreifen. Da es im Feld der modernen Musik kein einheitliches Notationssystem gibt, hat sich eine gezielte, nämlich für den improvisierten Dialog sinnvoll geeignete Auswahl an Zeichen am besten bewährt. Das wichtigste hierbei ist die eindeutige Zeichenerklärung, das heißt die genaue Beschreibung der Bedeutung der verwendeten Symbole (siehe Abbildungen 1 und 2).

Patient
Xylophon

Therapeut
Röhrenxylophon

sek.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53

„sehr gut“

Bemerkung: der Patient vertauscht vor Spielbeginn systematisch alle Klangstäbe des Xylophons, sodaß sich – von oben nach unten – folgende Tonfolge ergibt: $g^1 - a^1 - e^1 - f^1 - c^1 - d^1 - a^2 - h^2 - f^2 - g^2 - d^2 - e^2 - h^3 - c^3 - g^3 - a^3 - e^3 - f^3 - c^4 - d^4$. Die Quartsprünge (z.B. $a^1 - e^3$, $f^1 - c^3$) werden nicht gesprungen, sondern sind nebeneinanderliegende Töne.

Abbildung 1: „Nachspielpartitur“ des Dialogs Patient/Therapeut

Wie schon gesagt handelt es sich bei der „wörtlichen“ Transskription um ein recht aufwendiges Verfahren, das am besten von zwei Personen durchgeführt wird. Die Videoaufnahme ist dafür eine große Hilfe, da die zwei Stimmen (Patient/Therapeut) rein akustisch oft kaum auseinanderzuhalten sind, und sich erst durch die visuelle Stütze genau bestimmen lassen. Überhaupt sollte für das Transskriptionsvorhaben eine optimale technische Ausrüstung vorhanden sein. Auch die leisesten Töne und Spielversuche müssen noch registriert werden – zum einen, um den Arbeitsaufwand zu erleichtern, zum anderen, um Vollständigkeit zu ge-

währleisten. Hat man die „Nachspielpartitur“ angefertigt, so ist es sinnvoll, so wie auch in der Musikkultur übliche verbale Ergänzungen zur Verdeutlichung von Spiel-Ausdruck, -Dynamik und -Haltung beizufügen. Die Transkription des musikalischen Dialogs erfüllt und gewährleistet die wissenschaftliche Anforderung der Wiederholbarkeit des untersuchten Materials. Erst Geschriebenes kann der genauen Analyse unterzogen werden. Das musikalische Ereignis – um nicht zu sagen der musikalische Dialog oder die musikalische Beziehung – kann so auf seine Töne, Phrasen, Dynamik und auf seine Interaktionsstruktur hin untersucht werden, das heißt sowohl von der musikalischen als auch von der interdynamischen Seite her.

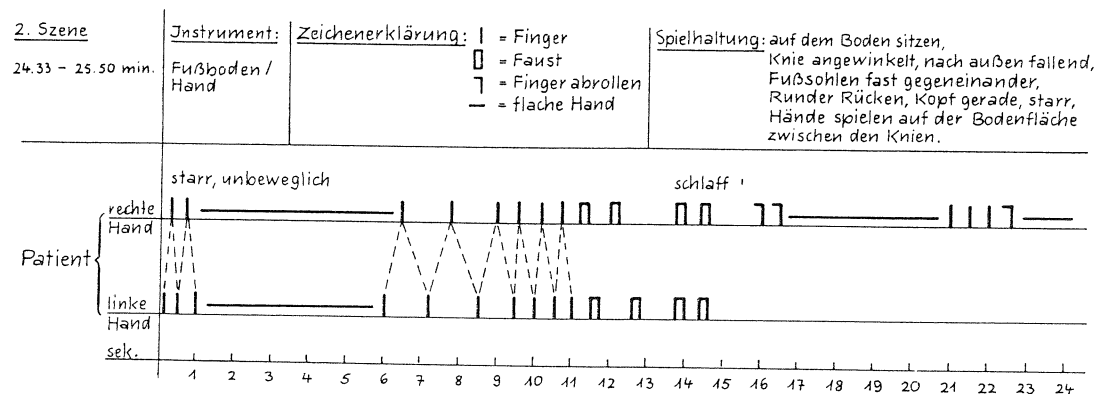
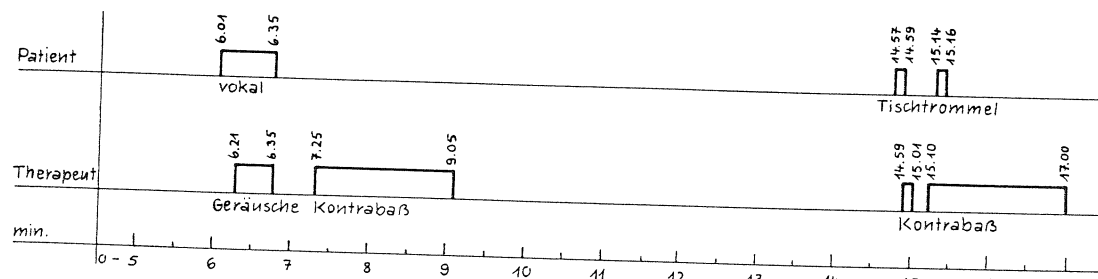


Abbildung 2: „Nachspielpartitur“ des Spiels des Patienten

Neben der Anfertigung der sogenannten Nachspielpartituren erscheinen uns noch zwei weitere Möglichkeiten der Notation zur Erfassung des Phänomens Musiktherapie sinnvoll. Wir haben sie „Balkenpartitur“ und „Spielmuster-Kästchen“ genannt. Bei ersterer handelt es sich um eine Gesamtdarstellung der therapeutischen Sitzung im Hinblick auf ihre musikalischen Anteile. Mit anderen Worten: auf einer Zeitskala (erprobter Maßstab: 1 Minute entspricht 2 cm) werden auf die Sekunde genau die Spieleinheiten des Patienten und die des Therapeuten untereinander mit Hilfe von Blöcken oder Balken notiert. Man erhält somit einen Gesamteindruck über das musikalische „Wer – Wann – Wieviel“. Auch das gewählte Instrument sollte unter den Balken vermerkt werden. Über die musikalische Interaktion erfährt man hier, wer von den beiden Spielern jeweils begonnen, oder wer als erstes aufgehört hat und ob diese Rollen beibehalten oder im Laufe der Therapie verändert werden. Ferner ist ersichtlich, wer von den beiden mehr Spielraum für sich beansprucht, wer weniger, ob auch dieses Verhältnis sich im Laufe der Sitzungen ändert und ähnliches mehr.

Die sogenannte „Balkenpartitur“ könnte auch Anlaß zur Auswahl der signifikanten Episoden geben, das heißt allein von der Interaktion her auffallende Stellen können herausgenommen und vergrößert werden in Form der oben erwähnten „Nachspielpartituren“. Von der Interaktion her

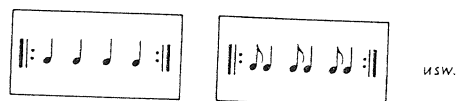


6. Sitzung: Dauer 60 min. - Spielzeit Patient 0,38 min. - Spielzeit Therapeut 12,46 min.

Abbildung 3: „Balkenpartitur“

ähnliche Stellen können nun auf ihren musikalischen Gehalt hin untersucht werden, und die Frage liegt nahe, ob (bei den selben Patienten versteht sich) identische Interaktionsmuster musikalische Ähnlichkeit aufweisen – ein sicherlich interessantes Untersuchungsfeld!

a) rhythmische Muster



b) melodische Muster



c) manuelle Bewegungsmuster

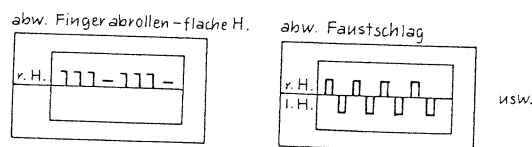


Abbildung 4: „Spielmusterkästchen“

Als dritte und letzte Beschreibungsart dienen uns die „Spielmusterkästchen“, bei deren Erstellung folgendes musikalisches Material erfaßt wird: in Anlehnung an die Psychotherapieforschung haben auch wir versucht, im musikalischen Gespräch die repetitiven Muster der Patienten zu entdecken und darzulegen. Ein musikalisches Spielmuster wäre ein vom Patienten wiederholt verwendetes musikalisches Muster. Das kann ein bestimmter Rhythmus ebenso wie ein kurzes melodisches Motiv sein. Aber auch die Art des Spielens kann zu einem Muster werden, dann nämlich, wenn der Patient, wie es sich gezeigt hat, immer wieder mit derselben Bewegung die Instrumente zu spielen pflegt. Es sei offengelassen, ob bei allen Patienten Rhythmus-, Melodie- und Bewegungsmusterkästchen erstellt werden können. Die Spielmusterkästchen lassen sich nach jeder Stunde relativ leicht anfertigen. Sie sollten im Protokoll der Stunde vermerkt werden. Der Therapeut kann so relativ schnell erkennen, wann ein neues Muster hinzukommt, bzw. wann ein „pattern of change“, eine hörbare signifikante Veränderung stattfindet.

Die gleichzeitige Verwendung aller drei oben beschriebenen Notations-ebenen hat neben der rein dokumentatorischen Funktion sicherlich auch ihre Berechtigung zur Erstellung von Hypothesen, Diagnosen und therapeutischen Zielsetzungen. Was die letzteren drei Punkte betrifft, so sind erweiterte, zu deren Beforschung unentbehrliche empirische Untersuchungen vonnöten.

Das Rating

Für das Rating im Rahmen der Gruppenkonsensstudie wurde folgendes Versuchsdesign entwickelt: den Ratern wird jeweils eine Szene vorgespielt, die sie dann anhand eines zu beantwortenden Fragebogens näher beschreiben sollen. Die Wahrnehmungen der Rater stellen also das eigentlich zu untersuchende Material dar – sie gelten als Abbild der therapeutischen Situation und sollen helfen, Fragen nach der universellen Wahrnehmbarkeit therapeutischer Strukturen zu beantworten. Das Rating wurde mit drei unterschiedlichen Personengruppen durchgeführt: Musiktherapeuten mit Berufserfahrung, Psychotherapeuten ohne musiktherapeutische Erfahrungen und Laien.

Der speziell für diese Studie entwickelte Fragebogen ist uneinheitlich gestaltet: die Fragen sind teilweise zum Ankreuzen, teilweise offen gestellt, so daß die Rater selbst den Umfang der Antwort bestimmen können. Bei Frage 1 und 3 sollen die Rater das Spiel des Patienten bzw. Therapeuten mit Hilfe einer Adjektivliste einschätzen. Frage 2 und 4 verlangen eine Einschätzung der Stimmungslage, die im Spiel des Patienten/Therapeuten zum Ausdruck kommt, mit eigenen Worten. Diese zweifache Einschätzung ist wichtig, um auch Beschreibungsmomente zu erfassen, die über die Adjektivliste hinausgehen. Auch in Frage 5 sollen die Rater selbst formulieren, was ihnen an dem Patienten auffällt. Frage 6 und 7 fragen nach den Wünschen und Bedürfnissen, die die Rater bei dem Patienten wahrgenommen haben bzw. wie der Therapeut darauf reagiert habe. Die Beantwortung ist durch eine Liste möglicher Wünsche, Bedürfnisse des Patienten und Reaktionen des Therapeuten auf JA/NEIN eingeschränkt. Bei Frage 8 soll wiederum aufgrund einer Adjektivliste die musikalische Interaktion beurteilt werden. Diese soll in Frage 9 dann entweder als konkordant, komplementär oder diskordant eingestuft werden. Frei äußern sollen sich in Frage 10 die Rater dazu, was sie gemacht hätten, wenn sie an der Stelle des Therapeuten wären.

Der zweite Teil des Fragebogens wird dann ausgefüllt, wenn die acht Szenen mit dem bisher beschriebenen Fragebogen geratet worden sind. Er besteht aus drei Fragen, die frei beantwortbar sind:

- Der Eindruck der Rater von der Persönlichkeit des Patienten;
- die Hauptproblematik des Patienten, ihre Äußerung in der musiktherapeutischen Situation, so wie sie von den Ratern erlebt wird;
- die Beurteilung, ob technische Probleme bei dem behandelnden Musiktherapeuten zu erkennen waren oder nicht.

Auswertung

Anhand einiger ausgewählter Fragen des Ratingbogens soll exemplarisch unser Vorgehen bei der Auswertung der Raterurteile dargestellt werden. Wie bereits erwähnt enthält dieser Ratingbogen teilweise geschlossene (Teil I, Fragen 1, 3, 6, 7 und 9) und teilweise offene (Teil I, Fragen 2, 4, 5, 8 und 10; Teil II) Fragen. Die geschlossenen Fragen wurden über einfache Häufigkeitstabellen ausgezählt. Die Auswertung der Fragen mit freier Antwortmöglichkeit mußte in mehreren Schritten erfolgen.

Zuerst wurden alle Antworten der Rater herausgeschrieben und zwar unter möglichst wörtlicher Übernahme der jeweils verwendeten Begriffe und Adjektive, um in dieser frühen Phase der Auswertung eine Verfälschung der Ergebnisse durch weiterreichende Schlüsse und Interpretationen auf der Grundlage des von den Ratern gelieferten Materials zu vermeiden. Die Häufigkeit der Nennung der einzelnen Begriffe wurde ausgezählt, es resultierten Häufigkeitstabellen der Raterantworten. Mehrfachnennungen durch verschiedene Rater können hervorgehoben werden, dadurch bekommt der Auswerter einen ersten Überblick und Hinweis auf die Übereinstimmung oder Nichtübereinstimmung der Beurteilung der Szenen durch die Rater. Vorteilhaft an diesem Vorgehen ist, daß nahe am Rohmaterial geblieben werden kann.

In einem zweiten Schritt werden sodann inhaltlich ähnliche Adjektive und Begriffe unter übergeordneten Kategorien zusammengefaßt. Die Kategorien zu den Fragen 2 und 4 wurden aus den Stimmungsskalen der Eigenschaftswörterliste von Janke und Debus (1978) abgeleitet, die bereits der Fragebogenkonstruktion zugrunde gelegt worden war. Eine weitere Art der Gruppierung in selbstgewählte Kategorien erleichtert die Auffindung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden in den Antworten, die zunächst durch unterschiedliche Sprachgewohnheiten verdeckt waren. Die Auswahl der Kategorien ist jedoch prinzipiell subjektiv und willkürlich und muß begründet werden. Als Minimalanforderung gilt, daß die gewählten Kategorien erschöpfend sein müssen.

Ausschlaggebend für die Auswahl der Kategorien waren einerseits Hypothesen über die Psychodynamik des Patienten bzw. Erfahrungen und Äußerungen aus der parallelen Psychoanalyse. Andererseits wurde auf die affektiven Spontanprotokolle und ausführliche Epikrisen des behandelnden Musiktherapeuten zurückgegriffen. Die Kategorien (siehe Übersicht auf Seite 132) umschreiben den Eindruck des Musiktherapeuten, den dieser während des Therapieverlaufs von der Persönlichkeit und Psychodynamik des Patienten gewonnen hatte.

Nicht nur die Kategorienbildung selbst, sondern auch die Zuordnung der Adjektive und Begriffe der Rater zu den Kategorien hängt stark von den persönlichen Assoziationen des Auswerter ab. Es ist deshalb notwendig, daß mindestens zwei Auswerter unabhängig voneinander die Klassifikation durchführen und sich anschließend gegenseitig kontrollieren. Die vorgenommenen Zuordnungen müssen genau dokumentiert werden. Als Beispiel seien in der folgenden Übersicht die Kategorien zur Charakterisierung der Persönlichkeit des Patienten (Teil II, Frage 1) zusammen mit den ihnen zugeordneten Begriffen dokumentiert.

*Kategorien zur Beschreibung der Persönlichkeit des Patienten mit
Nachweis der zugeordneten Raterbegriffe*

Kategorie 1: „Fesselsymptomatik“

Starrheit, marionettenhaft, monoton, eintönig, in sich gefangen, abkapselnd, unbeweglich, bleibt bei sich, innerlich voller Mitteilung äußerlich schlaff, passiv; unzugänglich, hilflos, Ohnmacht.

Kategorie 2: Ablehnung von Beziehungsangeboten

Ablehnung, Apathie, beziehungslos, alleingelassen, selbstbezogen, ichbezogen, wenig Bezug auf Therapeut nehmend, gelangweilt, abwehrend, trotzig, isoliert, Rückzug, weit weg vom Therapeuten, verstimmt, uninteressiert, gelangweilt, Gleichgültigkeit, verschlossen, in der Ecke sitzend, kontaktscheu, einsam, abrupt beendend (das Spiel), Kontaktabbruch, unkooperativ, verweigert sich, betonte Lässigkeit, lustlos, Protest, „wurst“, eigensinnig, flieht vor Antworten des Therapeuten, verschließt sich bei Aktion des Therapeuten.

Kategorie 3: Worte, die inneren Druck, Aggressivität beschreiben

Gehemmte Aggression, Gereiztheit, Ärger, wütend, genervt, aufgewühlte Gefühle, Entladen von Spannungen, spannungsvoll, Seufzen, innere Unruhe, ungeduldig, verhaltener Ärger, autoaggressiv.

Kategorie 4: Gesundes Verhalten

Offen, Aufbruch, Suche nach Neuem, Freude, lustig, Heiterkeit, Harmonie, Gelöst-Sein, Lösung von Angst und Wut, Neugier, ausgeglichen, ruhig, Explorationsfreude, probiert Neues aus, Wachheit, Interesse, Aktionsradius steigt, Kontakt, im Spiel aus sich herausgehend, will sich behaupten, beweglicher, ergreift eigene Initiative, Kontakt ertragend, kommunikativ, instrumenten- und therapeutenzugewandt, Instrument erkundend, sicherer, lockerer, selbstsicher, Vertrauen gewonnen, aktiver, Erwachen, Mut, sich öffnend, Kontaktbereitschaft, Selbstvertrauen.

Kategorie 5: Depressivität und Resignation

Sinnlosigkeit, Leere, resignierend, depressiv, mutlos, dumpf, kraftlos, melancholisch, aufgegeben, niedergedrückt, orientierungslos, Lebensmüdigkeit, schnell aufgebend, Hoffnungslosigkeit, Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit, Verzweiflung, Trauer, Wehmut.

Kategorie 6: Bedrohtsein, Angst vor Kontrollverlust

Ängstlich, unsicher, hilflos, gehemmt, Nähe des Therapeuten ist ihm unangenehm, mißtrauisch, Ratlosigkeit, fehlende Intentionalität, Angst vor Lautstärke gleich Bedrohung, bedroht.

Die in den Raterantworten zum musikalischen Verhalten des Patienten geäußerten Begriffe wurden ebenfalls groben Kategorien zugeordnet, von denen wir annahmen, daß sie möglicherweise geeignet sind, musikalisches Verhalten bzw. die musikalische Interaktion zu beschreiben (Passivität, Aktivität, Miteinander/Kontakt, Nebeneinander/Isolation, Monotonie, Experimentierfreude, Dominanz, Unterwerfung) – zumindest in diesem speziellen Fall. Die gewählten Kategorien sollten vor allem Veränderungen in der musikalischen Interaktion im Verlauf der Therapie sichtbar machen. Als problematisch erwies sich dabei, daß die Kategorien sich mit Einbeziehung weiterer gerateter Szenen als nicht erschöpfend herausstellten. Derlei Schwierigkeiten machen zuweilen ein „Re-rating“ erforderlich.

Ziel der Auszählung der Raterantworten ist es, die vom Therapeuten geäußerten Hypothesen anhand der Raterantworten zu validieren, das heißt zu überprüfen, ob sich ähnliche Formulierungen in deren Beschrei-

bungen wiederfinden lassen. Dieses Vorgehen birgt die Gefahr der Suche nach Bestätigung der eigenen vorgefaßten Meinungen und Hypothesen – es kann aber auch als explorative Auswertungsmöglichkeit verstanden werden, die versucht, subjektive Wahrnehmung durch intersubjektive Übereinstimmung objektivierbar zu machen. Die vorgenommenen Zuordnungen wurden genauestens dokumentiert, aus diesen Befunden abgeleitete Aussagen müssen trotzdem mit Vorsicht behandelt werden.

Ergebnisse

Die oben dargelegten ersten Auswertungsstrategien wurden im Laufe des Jahres 1989 weiterentwickelt und ergänzt. Dabei wurden, bestimmt durch die zwei Arten von Fragen (standardisierte und frei zu beantwortende), folgende Auswertungsmethoden gewählt:

- die standardisierten Fragen wurden deskriptivstatistisch und varianzanalytisch (t-Test, paired t-Test),
- die freien verbalen Äußerungen wurden inhaltsanalytisch qualitativ, deduktiv, heuristisch, selektiv und in Form von Kategorien (Merten 1983) ausgewertet.

Der ersten Methode entstammen die Abbildungen, von denen hier exemplarisch eine vergleichende Darstellung der Einschätzung von Patient und Therapeut im Vergleich für die ersten fünf Szenen (Abbildung 5) und die Einschätzung ihrer Interaktion für die ersten fünf Szenen (Abbildung 6) vorgestellt werden.

Die freien verbalen Äußerungen der Rater wurden als „Rater-Kategorien“ zusammengefaßt. Diese „Rater-Kategorien“ wurden mit den „Hypothesen-Kategorien“ der Studiengruppe verglichen, sowie mit den Ergebnissen der standardisierten Fragen. Die Ergebnisse wurden unter drei Aspekten betrachtet:

- Zunächst interessierte uns die Frage, inwieweit Persönlichkeit und Pathologie des Patienten sich in den Rateraussagen identifizieren ließen;
- damit verbunden war die Frage nach der Rater-Wahrnehmung des Therapeuten bzw. der Interaktion zwischen beiden;
- zentral erschien uns im Rahmen dieser Studie zunehmend die Frage, ob, inwieweit und in welcher Hinsicht sich die drei Gruppen in dieser Wahrnehmung unterscheiden.

Die Ergebnisse sind im folgenden jeweils für den Patienten, den Therapeuten und die Rater gesondert dargestellt.

Der Patient

In den freien Äußerungen beschreiben ihn 74 % der Rater mit Worten, die der Rater-Kategorie „Isolation, Schizoidität, Kontaktprobleme“ zugeordnet wurden. Auf der Skala der standardisierten Fragen ragt das Adjektiv „abgekapselt“ am weitesten in den Bereich „trifft zu“; „einladend“, „offen“, „kontaktfreudig“ tendieren dagegen stark in Richtung „trifft nicht zu“. Im standardisierten Rating zu Interaktion spiegelt sich die schizoide Thematik in der Tendenz der Adjektive „nebeneinander“, „getrennt“ und

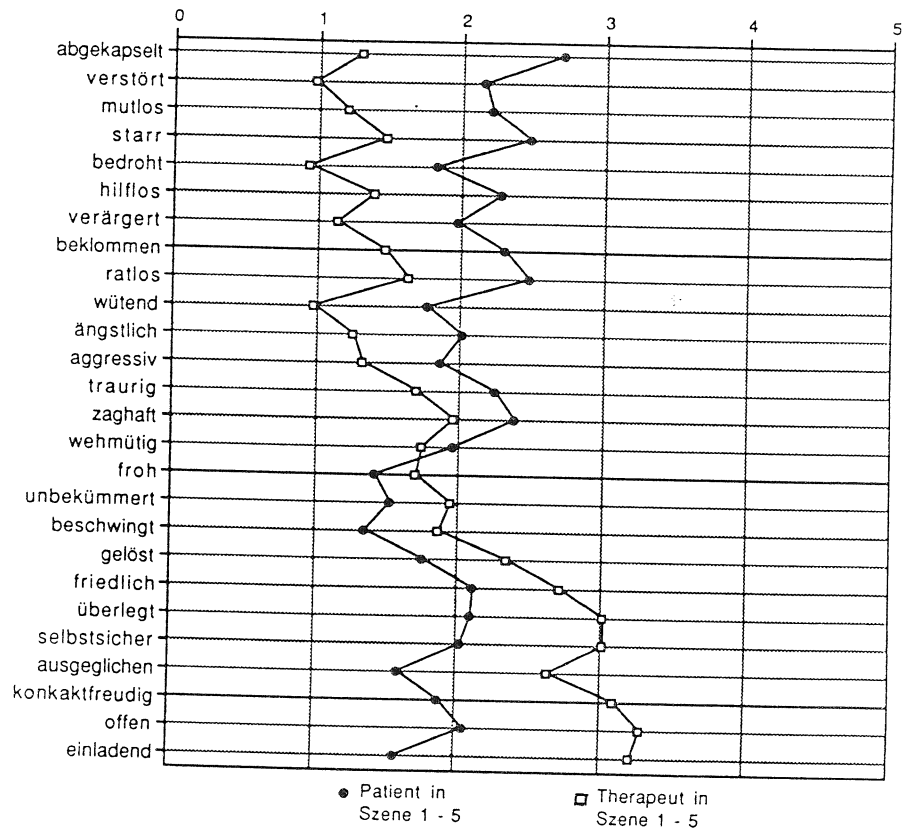


Abbildung 5:

Mittelwerte der Raterurteile zur Einstufung des Spiels des Patienten/Therapeuten anhand der aufgeführten Begriffe eines vorgegebenen semantischen Differentials

„isoliert“ in Richtung „trifft zu“ und von „verschmolzen“, „einig“ und „zusammenschwingend“ in Richtung „trifft nicht zu“. Die Beziehungsstörung als zentrales Problem des Patienten wurde von allen Ratern identifiziert.

Im freien Schlußrating wurden an zweiter Stelle Äußerungen gemacht, die der Rater-Kategorie „Starre, Hemmung, Unfähigkeit, Gefühle auszudrücken“ zugeordnet wurden. In den Abbildungen, welche die Ergebnisse des Ratens der Eigenschaftswörterliste darstellen, sind entsprechende Adjektive wie „starr“, „zaghaft“ und „bekommen“ weit im Bereich „trifft zu“, dagegen tendieren „beschwingt“ und „gelöst“ in Richtung „trifft nicht zu“. Auch die Probleme des Patienten mit „Selbstwertgefühl und Narzißmus“ wurden von 46 % der Rater benannt und in der Eigenschaftswörterliste als zutreffend geratet. Die „gehemmte Aggressivität“ wird als solche vielfältig beschrieben (von 42 %), wie auch seine „Bedrohung durch Nähe, Angst vor Kontrollverlust“ und seine „Depression“ (beide mit 34 %); entsprechend wird in den standardisierten Fragen angekreuzt, außer beim Thema „Aggression“, wo deren Gehemmtheit nicht in der Eigenschaftswörterliste auftaucht.

Vergleicht man in Abbildung 5 die Mittelwertkurven von Patient und Therapeut, so fällt auf, daß die Kurvenverläufe deutlich unterschiedlich breit gestreut sind; die Kurve des Patienten ist wesentlich enger. Dies legt

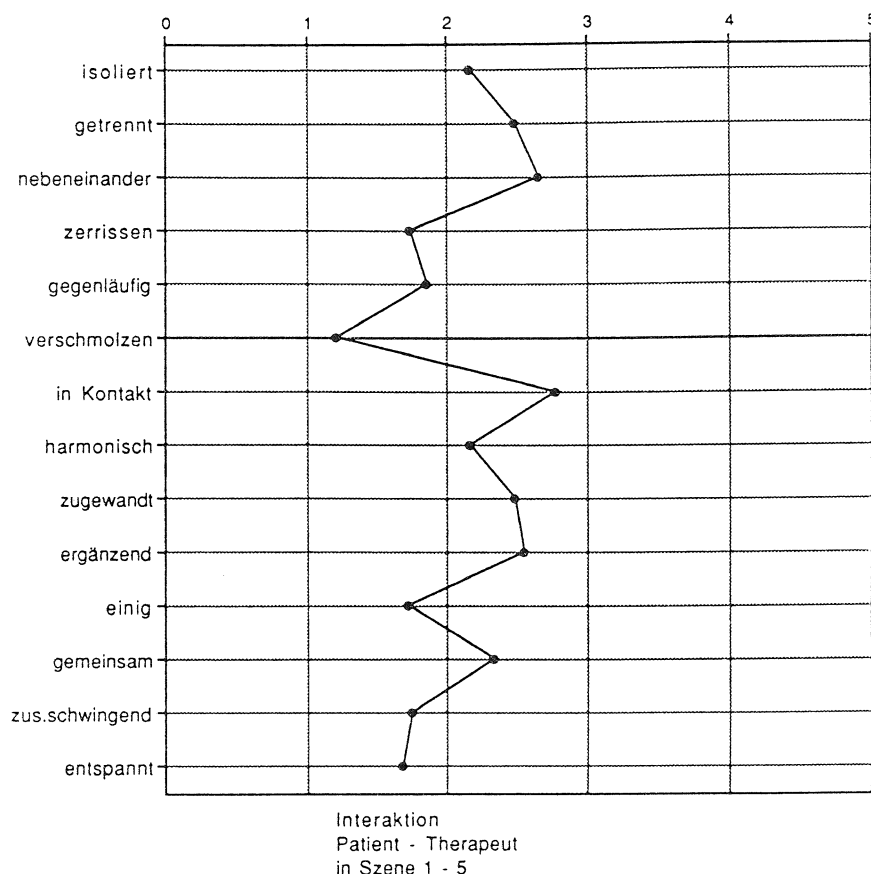


Abbildung 6:

Mittelwerte der Raterurteile zur Einstufung der musikalischen Interaktion Patient/Therapeut anhand der aufgeführten Begriffe

die Vermutung nahe, daß sich die Ausdruckshemmung und der dadurch erzeugte innere Druck, welcher nur im „erlösenden“ Ritual der Fesselung als extremste Einengung abgefahren werden kann, im Verhalten der Rater spiegelt: sie kreuzen enger an als in diesem Fall beim Therapeuten, sind möglicherweise ebenso „gefesselt“ wie die Therapeuten angesichts des Verhalten des Patienten. Insgesamt läßt sich feststellen, daß die affektiven Seiten der Persönlichkeit und Problematik des Patienten von allen drei Ratergruppen adäquat erfaßt und beschrieben wurde, obwohl sie über die acht Szenen (von je ca. zwei Minuten Dauer) mit musikalischen Dialogen hinaus keinerlei Informationen zu dem Patienten erhalten hatten.

Der Therapeut

Die oben beschriebenen verschiedenen Kurvenverläufe können in zweierlei Hinsicht für den Therapeuten interpretiert werden. Zum einen zeigen sie eine größere Beweglichkeit gegenüber dem Patienten, was bei dessen Problematik noch nicht zu einer Aussage über den Therapeuten Anlaß gibt; dieser fühlte sich ja in der Situation mit dem Patienten auch „gefesselt“, wie seine „Affektiven Spontanprotokolle“ belegen. Es zeigte sich aber, daß bei diesem Patienten der Musiktherapeut als aktiverer oder dynamischer Part zu wirken versucht.

Die innere Situation des Therapeuten, wie sie in seinen „Affektiven Spontanprotokollen“ und den Protokollen aufgrund der Tonbandmitschnitte der Konsultationsgespräche hinreichend dokumentiert ist, bildet sich auf bemerkenswerte Weise in den Rater-Äußerungen ab: mit minimalen prozentualen Unterschieden wünschen sie im Schlußrating mehr bzw. weniger Aktivität von ihm. 18 % finden ihn zu wenig fordernd, 16 % äußern sich wörtlich ambivalent, 12 % kritisieren nichts, 10 % finden ihn zu dominant. Stellt man sich die 50 Rater einmal als eine Person vor, so wird deutlich, wie sich die innere Ambivalenz des Therapeuten, sein Gefühl, „was auch immer ich tue, ist falsch“ (Kindheitsgefühl des Patienten als projektive Identifikation), und damit sein Kontrolliertsein („Gefesseltsein“) spiegelt. Die standardisierten Fragen vermögen eine so differenzierte Darstellung nicht zu vermitteln. Aber man kann eine zunehmende Tendenz des Adjektivs „starr“ in den einzelnen Szenen als Merkmal für die Gefühle zunehmender Einengung („Fesselung“) deuten, und die gleichzeitige Zunahme von „zaghaft“ und „aggressiv“ vermittelt etwas von der unterschwelligen Spannung, der „gefesselten“ Impulsivität des Therapeuten.

Die Rater

Die drei Gruppen unterscheiden sich dahingehend, daß die Psychotherapeuten am stärksten die pathologischen Merkmale des Patienten wahrnehmen und beschreiben, während die Laien noch am ehesten gesunde Züge bei dem Patienten finden. Die Musiktherapeuten liegen zwischen den beiden Gruppen: sie nehmen die Pathologie wahr und beschreiben sie auch stärker als die Laien, allerdings nennen sie mehr gesunde Züge als die Psychotherapeuten. Musiktherapeuten sind vermutlich aufgrund ihrer generellen Orientierung und Schulung pathologiezentrierter als Laien; im Vergleich zu psychoanalytisch geschulten Psychotherapeuten tendieren sie aber mehr dazu, die gesunden Seiten des Patienten auch einzubeziehen.

Die Musiktherapeuten sehen im freien Schlußrating auch die Schizoidität des Patienten an erster Stelle (75 %), wie die Psychotherapeuten (90 %), raten jedoch „Starre, Hemmung, Unfähigkeit, Gefühle zu äußern“ (welches sicher ein sehr musiktherapeutisches Thema ist) mit 60 % an zweite Stelle und das Thema „Aggression“ mit 45 % an dritte Stelle, während dies bei den Psychotherapeuten mit jeweils 60 % und 50 % genau umgekehrt ist. Bei den Psychotherapeuten sind weiterhin die Themen „Autonomie“ und „Narzißmus“ wichtig, bei den Musiktherapeuten eher „Depression“. Beiden gleich wichtig ist die „Bedrohung durch Nähe, Angst vor Kontrollverlust“. Bei den Laien rangiert vor „Schizoidität“ und „Starre“ der „Narzißmus“ an erster Stelle. In den Kurvenverläufen der Ergebnisse der standardisierten Fragen bildet sich die oben beschriebene generelle Tendenz gut erkennbar ab. Auch die Ausnahmen von der Regel sind leicht zu identifizieren: die Musiktherapeuten werten den Patienten stärker als „abgekapselt“ denn die Psychotherapeuten, mehr „kontaktfreudig“ als die Laien, mehr „einladend“, „beschwingt“, „verärgert“ und weniger „aggressiv“ als beide anderen Gruppen.

Hervorzuheben ist bei allen Verschiedenheiten jedoch eine insgesamt ausgeprägte Homogenität. Dies wird in den Kurvenverläufen bei den standardisierten Fragen deutlich sichtbar, wobei dies bei der Beurteilung

des Therapeuten noch deutlicher wird als beim Patienten. Auch die Interaktion wird relativ homogen eingeschätzt. Die Musiktherapeuten schätzen die Kommunikation von Patient und Therapeut positiver ein als die beiden anderen Gruppen, die hier mehr Berührungspunkte haben als sonst.

Resümee und Ausblick

Pilotstudien genießen unsere Wertschätzung nicht zuletzt deshalb, weil sie uns einen spielerischen Zugang zu einem neuen Feld ermöglichen. Die hier skizzierte Studie pilotierte eine engagierte Gruppe von Musiktherapeuten und Psychotherapeuten ein gutes Stück weit in die Vision einer musiktherapeutischen Prozeßforschung hinein.

Ein Resümee kann sein: es ist machbar.

Das Design des Versuches sollte überarbeitet werden, da und dort sollte eine Straffung vorgenommen werden.

Unsere Untersuchung verweist eindrücklich darauf, daß sich Kommunikationsprozesse als multikanal organisierte Austauschprozesse verstehen lassen. Sogenannte musische Therapieverfahren wie die Musiktherapie können einen Beitrag auch zu einem besseren Verständnis anderer stärker verbal orientierter Therapieverfahren leisten, wenn sie ihre Forschungsbemühungen auf das Verständnis der komplexen und doch gestalthaften Informationsübermittlung in non-verbalen Dialogen richtet.

In weiteren Studien wird zu zeigen sein, ob sich diese Fragestellung differentialdiagnostisch und differentialtherapeutisch bewährt.

Literatur

- Janke, W., Debus, G.: Die Eigenschaftswörterliste (EWL). Göttingen 1978.
Merten, K.: Inhaltsanalyse. Einführung in Theorie, Methode und Praxis. Opladen 1983.
Rice, L. N., Greenberg, L. S. (Hg.): Patterns of Change. Intensive Analysis of Psychotherapy Process. New York 1984.
Thomä, H., Kächele, H.: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 1: Grundlagen. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo 1985.