

# Musik, Schmerz und das Gewahrsein der eigenen Gegenwart

Versuch einer ästhetiktheoretischen Rahmensetzung  
für den Einsatz von Musik in der Schmerzbehandlung

Vortrag gehalten bei der 19. Ulmer Werkstatt für musiktherapeutische Grundlagenforschung  
am 10.2.2007

## **Einleitung**

Der Nachweis der Wirksamkeit von musiktherapeutischen Methoden zur Behandlung von akutem und chronischem Schmerz konnte bereits in verschiedenen wissenschaftlichen Untersuchungen nachgewiesen werden. Die theoretischen Begründungen für die positiven Wirkungen folgen zum einen den aus den in der Psychotherapie bekannten basalen Wirkprinzipien. Zum andern wird die Wirksamkeit von musiktherapeutischer Schmerzbehandlung zunehmend mit neurophysiologischen Veränderungsprozessen in Verbindung gebracht, die man sich allerdings nicht als lineare Ursache-Wirkungs-Relation vorzustellen hat, sondern als sich selbst organisierende und durch Interaktion mit der - in diesem Fall - akustischen Außenwelt gelenkte Prozesse in einem komplexen Netzwerk neuronaler Strukturen. Bei diesem Ansatz kommt jedoch bisher immer die Tatsache zu kurz, dass es sich bei Musik um mehr als ein akustisches Ereignis handelt, nämlich einen Gegenstand, der vom Menschen gestaltet ist, einen Gegenstand, der etwas zu bedeuten scheint und der den Eindruck, sich verstanden fühlen können vermittelt.

In den schon viel zitierten Kasseler Thesen zur Musiktherapie, wird ein konsensual getragener Musikbegriff für die Musiktherapie definiert. Ich gebe ihn sinngemäß wieder: Mit Hilfe von Musik artikuliert der Mensch sein Erleben oder er erweckt es. Das gestaltete Klangmaterial befindet sich in einem dialektischen Spannungsfeld von individuellen, d.h. körperlichen, psychischen, sozialen Vorgängen und gesellschaftlich-kulturellen Bedingungen.

Folgt man nun diesem Ansatz, verbieten sich scheinbar jegliche Aussagen, die über die individuelle Bedeutung von Musik hinausgehen. Im Rahmen der Musiktherapieforschung wirkt sich dies so aus, dass die Analyse des Gegenstandes Musik oder besser die Analyse des Musizierens eher nur peripher behandelt wird, denn unter dem Diktum eines sich seit dem 19. Jahrhundert durchsetzenden Objektivitätsbegriffs wird in der wissenschaftlichen Betrachtung all das als zu minimieren erachtet, was erstens nicht eindeutig und was zweitens nicht unveränderlich ist. Musik und Musizieren sind, da brauchen wir gar nicht lange zu überlegen, weder eindeutig noch unveränderlich. Zugespitzt formuliert, gelten in der musiktherapeutischen Forschung Musik und Musizieren als der ‚menschliche Faktor‘, als der irrationale, als der nicht kommunizierbare und damit auch als der nicht objektiv beobachtbare Bereich.

Verbirgt sich in der Marginalisierung des Musikalischen nicht der Zweifel, fast schon das Eingeständnis, die fachliche Besonderheit von Musiktherapie nicht erforschen und nicht begründen zu können?

Ich denke, solch ein Eingeständnis könnten wir in voller Bewusstheit so nicht abgeben und brauchen es auch nicht. Am Beispiel der musiktherapeutischen Schmerzbehandlung möchte ich zeigen, dass uns die positiven Ergebnisse der Effektforschung ein sicheres Polster geben, um sie mit Selbstbewusstsein vertreten zu können und im gleichen Atemzug weiterzufragen: Wie lässt sich das Rezipieren, Produzieren oder Reproduzieren von Musik in einen Zusammenhang mit dem Gewahrsein der eigenen Gegenwart und mit daran kausal anknüpfenden Prozessen bringen, die eine Förderung oder Erhaltung von Gesundheit, bzw. eine Linderung von krankheitsbedingtem Leiden sowie eine positiven Verstärkung von Heilungsprozessen (vgl. Troschke 2003) beinhalten?

Meinen Vortrag hatte ich im Programm etwas salopp überschrieben mit „Wozu Musik?“ Ein Titel den ich allerdings bereut habe, denn er deutet eine Globalität an, die ich nicht einlösen werde. Zwar ist es mein Anliegen, einen Beitrag zur Theoriebildung zu leisten, aber es geht mir dabei um eine Theorie, die die Besonderheit schützen vermag und damit ihre wichtigste Aufgabe für die musiktherapeutische Praxis erfüllen kann. Benötigt wird ein konsistenter theoretischer Bezugsrahmen, der einerseits flexibel genug für eine kontinuierliche Integration neuer Erkenntnisse aus den verschiedenen Wissensbereichen ist und andererseits dem Reichtum, der Vielfalt und der Subtilität des phänomenalen Erlebens Rechnung trägt. Nur zusammen mit einem Sinn für das Allgemeine ist der Sinn für das Besondere da. Gleichwohl

kann ich dieses Allgemeine hier auch nur erarbeiten, wenn ich mich beschränke.

Der eigentliche Titel meines Vortrags lautet daher:

**Musik, Schmerz und das Gewahrsein der eigenen Gegenwart –  
Versuch einer ästhetiktheoretischen Rahmensetzung  
für den Einsatz von Musik in der Schmerzbehandlung**

Die Musik-Imaginative Schmerzbehandlung, die ich Ihnen darstellen und anhand eines Fallbeispiels veranschaulichen werde, eignet sich deshalb so sehr für die Konzentration auf die Musik als Faktor der Behandlung, weil es eine Kurz-Behandlung mit manchmal nur 2-3 Sitzungen ist, bei der die Prozesse der zwischenmenschlichen Interaktion zwar ebenfalls eine Rolle spielen, jedoch nicht in demselben Maße wie in einer Behandlung mit 10-20 oder noch mehr Sitzungen. Ausführlich erörtert werden müssen die Fragen 1. Was ist Schmerz? und 2. Was ist eine ästhetische Wahrnehmungssituation? Dazu werde ich theoretische Exkurse in die Schmerztheorie und in die Philosophie insbesondere in die Ästhetik-Theorie unternehmen. Die Verbindungen, die ich zwischen den verschiedenen Teilaspekten herstelle, und die Schlussfolgerungen, die ich ziehe, sind als vorläufige Gedankengänge zu verstehen, die ich, um sie weiter entwickeln zu können, hier in der Fachöffentlichkeit zur Diskussion stellen möchte. Mein Vortrag gliedert sich also folgendermassen:

**Was ist Schmerz?**

*Ein Beispiel:*

*Ich berichte von einer 59jährigen Patientin, die 3,5 Wochen stationär in einer orthopädischen Abteilung eines allgemeinen Krankenhauses behandelt wurde. Frau K. kommt in die Klinik zur schmerztherapeutischen Behandlung wegen starker Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule und im rechten Bein. Nach einem Bandscheibenvorfall vor 10 Jahren hatte sie eine Operation, seitdem jedoch weiterhin kontinuierlich Schmerzen. Die Musiktherapeutin lernt die Patientin während der Visite kennen. Frau K. ist eine zierliche, etwas vorgealtert wirkende Frau, die gepflegt gekleidet und frisiert ist, der man*

*indes an der vorsichtigen Art ihrer Bewegungen und ihrer eingeschränkten Mimik anmerkt, dass es ihr nicht gut geht. Im Gespräch mit dem Stationsarzt tritt die Unzufriedenheit der Patientin über die vorangegangenen Behandlungen sehr deutlich zu tage. Ihre Vermutung ist, dass bei der Operation etwas schief gegangen sei, was niemand zugeben möchte. Sie habe das Gefühl, dass man ihr ihre Schmerzen nicht recht glauben würde. Sie erzählt dies in leidendem und gleichzeitig vorwurfsvollem Ton, was es zunächst nicht ganz einfach macht, Sympathie für sie zu empfinden. Dem Vorschlag neben medikamentöser und Physiotherapie auch Musiktherapie zu erhalten, steht sie skeptisch gegenüber, lässt sich jedoch auf eine Terminverabredung ein.*

*Beim Erstgespräch im Musiktherapieraum verstärkt sich für die Musiktherapeutin der in der Visite gewonnene Eindruck. Sie erlebt die Patientin als leidend, hilflos und ohnmächtig sowohl den Schmerzen als auch den Ärzten und Therapeuten gegenüber. Sie berichtet ausführlich über das letzte Jahr, in dem die Schmerzen immer stärker geworden sind und auf Nachfragen der Therapeutin auch über ihre Lebenssituation und wichtige Ereignisse ihrer Lebensgeschichte, die sie in Zusammenhang mit ihrem Schmerz sieht. Aufgrund der gezielten Nachfragen der Therapeutin entsteht nach und nach eine Beschreibung des Schmerzes: Er ziehe vom unteren Teil ihres Rückens mit Ausstrahlung ins rechte Bein hinunter bis zu den Zehen. Seinen Charakter beschreibt Frau K. als „ein überaus starkes, mächtiges, gemeines Ziehen, unerbittlich, eiskalt, und unberechenbar, nein eigentlich kein Ziehen, vielmehr wie ein Schuss, ein Pistolenschuss, von oben nach unten, eher hinten und außen. Hat der Schmerz eine Farbe? Nein, antwortet Frau K., er ist wie gleißender Lichtstrahl, der einem direkt ins Auge fährt. Ja, so wie man sich Laserstrahlen vorstellt, die mit Eiseskälte das Fleisch verbrennen.*

### **Das Symptom Schmerz – deskriptive und explikatorische Ansätze**

Schmerz ist entsprechend der Definition der International Association of the Study of Pain ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist, oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird. Genaugenommen wird hier nicht der Schmerz beschrieben, sondern das Schmerzempfinden, das zur elementaren sensorisch-affektiven Grundausstattung des Menschen gehört. Ob und wie Schmerz empfunden und welche Bedeutung ihm gegeben wird,

ist von der sozialen Formung und von subjektiven Erfahrungen abhängig. Schmerz ist also das, was jemand spürt oder wahrnimmt – soweit der für die musik-imaginative Schmerzbehandlung gültige deskriptive Ansatz.

Der heute gängigste explikatorische Ansatz von Schmerz ist einem systemtheoretischen Krankheitsverständnis entlehnt. Dabei wird grundsätzlich von Regelkreisen innerhalb des Systems ausgegangen, in denen die Funktion von Schmerz

- entweder der Ausdruck einer Störung oder
- auch das Mittel zur Stabilisierung des Systems ist.

Dieses System ist überaus komplex, das ist schon in dem Fallbeispiel deutlich geworden. Schmerz ist vernetzt mit physischen, psychischen, sozialen und gesellschaftlich-kulturellen, teilweise auch spirituellen Dimensionen. Jede dieser Dimensionen enthält wiederum mehrere Teilaspekte, die sich teils ergänzen, teils aber auch überlappen oder gar widersprechen. So sind allein bei der psychischen Dimension kognitive, affektive, motivationale und behaviorale Aspekte zu berücksichtigen, an die sich wiederum ausdifferenzierte Erklärungsmodelle anschließen.

### **Begriffsklärungen**

Aus diesen wenigen und auch nur sehr grob skizzierten Ausführungen wird schon deutlich, dass

- a) die Ursache von Schmerz unterschieden werden muss von der Wahrnehmung des Phänomens durch ein bewusstes Selbst; dass es
- b) unterschiedliche Kategorien der Wahrnehmung gibt, nämlich zum einen das affektiv-sensorische Empfinden und zum andern die Wahrnehmung von Schmerz als ein Wahrnehmungsobjekt, auf das wir uns beziehen und das mit sehr vielen Dimensionen unseres Seins in Verbindung steht. Und schließlich muss
- c) unterschieden werden zwischen dem Phänomen Schmerz, dem Schmerzausdruck oder Schmerzverhalten und dem Sprechen über Schmerz.

In diesen drei Punkten klingt für Sie vielleicht das altvertraute Denkmodell einer Leib-Seele-Dualität an. Dieses ist ja an die Vorstellung gebunden, dass das Seelische zum Innenbereich

gehört und unsichtbar und räumlich-zeitlich nicht fassbar ist, während der Körper als Außenbereich sichtbar und vermessbar ist. Das dualistische Denkmodell ist jedoch nur eine Variante des Leib-Seele-Problems, das in der abendländischen Philosophie seit der Antike immer wieder aufs Neue und sehr facettenreich aufgefasst wird. In den vergangenen Jahrzehnten sind angesichts des Aufschwungs der Neuropsychologie neue und sehr weitreichende Debatten über das Verhältnis von Hirnaktivität und Bewusstsein ausgelöst worden, an der die empirischen Humanwissenschaftler ebenso wie die Philosophen beteiligt sind. Es werden dabei die theoretisch unterschiedlichsten Thesen zum Verhältnis der in Frage stehenden Entitäten vertreten: von strikten Dualismen bis hin zu physikalistischen Identitätstheorien mit ihren je eigenen und sehr weitreichenden Konsequenzen für das Bild des Menschen, für seine Selbst-Bewusstheit, seine Willensfreiheit und gerade auch für das Rätsel Schmerz. Die Auseinandersetzungen sind erschwert durch die unterschiedlichen Diskurse und die immense Komplexität der beteiligten Wissensgebiete, werden aber mitunter auch so vehement geführt, dass es für uns als Angehörige einer anderen Profession erst recht schwer ist, die Argumente gegeneinander abzuwägen und einen Nutzen für das eigene Fach zu ziehen, ohne voreilig und ohne simplifizierend zu sein.

Ich plädiere dafür, die verschiedenen von mir genannten Begriffe als Begriffspaare anzuordnen: **Schmerzempfinden und Schmerzwahrnehmung, Schmerzausdruck und Sprechen über Schmerz.** Die Eigenschaft dieser Begriffspaare ist dann in Bezug auf die beteiligte Hirnleistung als potentiell funktional und potentiell repräsentational zu kategorisieren. Dies ist ein bisschen gewagt, weil ich damit der Frage, ob es sich nun um parallele, ineinander übergehende, sich wechselseitig beeinflussende oder identische Prozesse handelt, ausweiche. Aber dies hilft erst einmal dabei, den Weg dafür frei zu machen, ein schwer verständliches Phänomen wie die nachgewiesene Wirkung von Musiktherapie auf das Phänomen Schmerz für beide Perspektiven, die neuropsychologische und die philosophische zu öffnen und sowohl für das klinische Verständnis als auch für die Forschung sozusagen traktabel zu machen.

Eine kleine Geschichte mag Ihnen mein Vorgehen vielleicht noch etwas näher bringen und etwas Kurzweiligkeit in meine Ausführungen. Stellen Sie sich vor, es gibt zwei exzellente Musiker mit hohem instrumentalen Können, einem umfangreichen Repertoire und fundierten musikalischen Kenntnissen, die in zwei nebeneinander liegenden Räumen eines Gebäudetraktes musizieren und ihre neuen Stücke einstudieren. Der draußen vor den Türen

stehende Hörer kann etwas von den Klängen hören, er gewinnt einen Eindruck von beiden Stücken und entscheidet sich nach eigenem Geschmack, den einen oder den anderen Raum zu betreten. Gleichzeitig verliert er jedoch den Zugang zu dem anderen Stück und dessen Fortgang, das ist der Preis, den er zahlen muss. Da er draußen vor der Tür die vage Vorstellung hatte, dass die beiden Stücke irgendwie zusammenpassen könnten, macht er den Musikern den Vorschlag, sich einmal probeweise zusammenzufinden. Die beiden sind willig, treffen sich, und in der Tat, es gibt auch einige vielversprechende Anknüpfungspunkte. Aber bald stellt sich heraus, dass die Differenzen der Stücke und der Auffassungen darüber überwiegen. Im Bestreben, wenigstens in einigen Passagen Übereinstimmung zu erlangen, werden verschiedene Experimente gemacht, aber es macht sich mehr und mehr Unzufriedenheit breit. Beide Musiker meinen, das Essentielle des je eigenen Stückes zu sehr aufgeben zu müssen und fühlen sich von den anderen nicht mehr verstanden. Da auch keiner der gefundenen Kompromisse unanfechtbar ist, wird das Unternehmen erst einmal auf Eis gelegt. Jeder geht zurück in seinen Raum und übt weiter in der Hoffnung, dass die eigenen Fortschritte in der Zukunft vielleicht neue Brückenschläge ermöglichen.

Was macht der Hörer? Nun, ich denke, er holt sich einen Stuhl, setzt sich vor die beiden Türen, und lauscht auf die Klänge, die aus beiden Räumen kommen. Die Musik, die sich in seinem Kopf zusammenfügt, fesselt ihn, auch wenn er sich nicht versteht. Auch widerspricht sie allem, was er in seiner Vorstellung als ‚Musik‘ klassifiziert hat. Die beiden aus getrennten Räumen kommenden und in sich stimmigen Musikstücke sind aus der Außenperspektive betrachtet, zu jedem Zeitpunkt potentiell zusammen und potentiell getrennt. Für die Bereitschaft, sich auf dieses Hörerlebnis einzulassen, wird der Hörer mit der Fülle von allen nur denkbaren Klangereignissen belohnt, und zwar lange bevor diese in einer einzigen Partitur notiert werden kann.

## Bieri

Wenn ich also dafür plädiert habe, die verschiedenen von mir genannten Begriffe als Begriffspaare anzuordnen: *Schmerzempfinden und Schmerzwahrnehmung, Schmerzausdruck und Sprechen über Schmerz* - und die Eigenschaften dieser Begriffspaare dann in Bezug auf die beteiligte Hirnleistung als potentiell funktional und als potentiell repräsentational zu kategorisieren, dann geht es nun noch darum, das Phänomen Schmerz etwas weiter einzukreisen, dann ist die Frage „Was ist Schmerz?“ noch nicht beantwortet.

## Schmerz und Subjektivität

Für denjenigen, der einen Schmerz empfindet, ist dieser *evident, gegenwärtig* und gleichzeitig *nicht substantiell*.

Akuter und chronischer Schmerz werden als unmißverständlich anwesend empfunden und erkannt, nicht aber in all seinen Qualitäten sondern eher nur sehr diffus gespürt. Ähnlich wie dies bei Gefühlen und erst recht bei Gedanken der Fall ist, muss der Schmerz erst identifiziert werden. Im Akt des aufmerksamen Hinspürens und bewussten Nachdenkens, einem inneren Monolog werden erst die Eigenschaften eines bestimmten Schmerzes entwickelt. Ein Monolog, so wie ich ihn hier verstehe, ist die allmähliche Verfertigung von Gedanken in Bezug auf die Körperempfindung. In vielen Theaterstücken, darauf möchte ich kurz hinweisen, um die Bedeutung von Monologen herauszustreichen, bilden Monologe sehr häufig einen dramatischen Höhepunkt oder bezeichnen einen Wendepunkt der Handlung.

Schmerz wird nicht als repräsentationaler Inhalt erlebt, auch wenn dies durchaus der Fall sein kann, aber die Gedanken, die im Verlauf des Prozesses der Schmerz-Identifizierung auftreten, werden typischerweise als kognitive Konstrukte erkannt. Vor jeglichem Akt des Identifizierens ist Schmerz jedoch mit dem Gefühl des Habens ausgestattet, an das der Gedanke des Nicht-haben-Wollens unmittelbar ansetzt. Diese elementarste repräsentationale Struktur des Schmerzes ist aber vollständig in das Körper-Selbstgefühl eingebettet.

Akuter Schmerz ist identisch mit seiner Signalfunktion, die unmittelbar reaktionsauslösend ist. Der Schmerz klingt ab, wenn er dem Individuum und der Situation entsprechend abreagiert wurde. Der Grad der Flexibilität und Autonomie im Reagieren auf Schmerz ist beim chronischen Schmerz extrem eingeengt. Diese Starrheit führt zum Leiden unter dem Schmerz. Die mentale Unbeeinflussbarkeit der affektiv-sensorischen Schmerz-Empfindung hat zur Folge, dass der sonst sehr subtile Hintergrund des Leiberlebens im Vordergrund verbleibt und die phänomenale Gegenwärtigkeit des körperlichen Selbstbewusstseins auf einen Punkt fixiert ist. Sicher müsste man jetzt noch weiter als nur zwischen dem akuten und dem chronischen Schmerz differenzieren, aber das würde hier den Rahmen sprengen.

## Sprechen über Schmerz



Aus der Perspektive des Beobachters lässt sich weder genau sagen, was Schmerz generell ist, obwohl eigentlich jeder Mensch Schmerz kennt, noch gibt es eine Sicherheit über das Vorhandensein von einem Schmerz beim Anderen. Zwar gibt es das Schmerzbenehmen, also alles, was den Schmerz als inneres Erleben äußerlich sichtbar macht: das Krümmen des Körpers, der gequälte Gesichtsausdruck, der (Schmerz-) Laut oder die diskursive Äußerung. Aber auch hier gibt es keine unmittelbare Evidenz: Denn auch das Schmerzbenehmen wird erlernt und beruht auf Konvention und Vereinbarung.

Doch wie können wir wissen, dass der andere Schmerzen hat, ohne selbst diesen Schmerz zu empfinden? Als Psychotherapeuten sind wir es gewohnt, hier mit Begriffen wie klinische Nachvollziehbarkeit, Empathie, Identifikation oder Gegenübertragung zu operieren. Auch gibt es Hinweise aus der schamanistischen Tradition, dass über den Weg veränderter Bewusstseinszustände Schmerzen des Anderen übernommen werden können, und zwar anscheinend im konkreten und nicht im symbolischen Sinne. Aber ich meine, wir kommen letztlich nicht umhin, zuzugeben, dass wir niemals Gewissheit dafür haben können, dass unser Urteil über den Schmerz oder andere innere Zustände des anderen wirklich wahr ist. Zwar ist dies gewissermaßen ein oberflächlicher Zweifel, weil er den Gedanken voraussetzt, dass unsere Urteile über die inneren Zustände anderer Subjekte überhaupt einen empirischen Gehalt haben. Aber er macht schon Sinn, indem er uns weiterhilft, die viel grundlegendere Frage zu stellen: Was ist die Bedingung der Möglichkeit dafür, dass Urteile, die sich auf die inneren Zustände anderer Subjekte beziehen, einen empirischen Gehalt haben?

Ludwig Wittgenstein beantwortet die Frage sinngemäß etwa so: Es gibt keine hinreichenden Kriterien, die ein Urteil über das Vorhandensein und die Qualität von Schmerz beim Anderen zulassen, aber es lässt sich beobachten, wie der Name Schmerz von diesem benutzt wird. Im Sprechen über den Schmerz liegt stets eine grundsätzliche Elastizität, eine konstitutionelle Vagheit, die Wittgenstein im übrigen allen anderen Sprachspielen attestiert.

Das Sprechen über den Schmerz beginnt nicht etwa bei der Zuordnung von Kriterien und Zeichen zum Sachverhalt Schmerz, sondern es beginnt schon bei der vorsprachlichen Interaktion, dem Sprechen zu und mit einem Anderen per se. Somit ist das Sprachspiel eingebettet in eine Praxis, die nicht eine Praxis des Erkennens und Urteilens sondern im wesentlichen eine Praxis des emotionalen Antwortens ist. Die Vorsprachlichkeit geht zurück auf den Schmerzscrei, bei dem Wittgenstein aber auch nicht einfach davon ausgeht, dass es sich um einen gewissermaßen natürlichen körperlichen Ausdruck handelt. Vielmehr hält er es für möglich, dass der Schrei je nach Kontext und Gebrauch zum Sprachspiel, z.B. der Klage,

gehören kann oder auch nicht: "Das Problem ist doch dies: Der Schrei, den man keine Beschreibung nennen kann, der primitiver ist als jede Beschreibung, tut gleichwohl den Dienst einer Beschreibung des Seelenlebens. Ein Schrei ist keine Beschreibung. Aber es gibt Übergänge." (Wittgenstein 1997, S. 512 zit. nach Hermann, 1999) Diese Aussage ist insofern interessant, weil ja von Musiktherapeuten relativ häufig das Argument zu hören ist, dass die Unmittelbarkeit, Echtheit und Natürlichkeit des Klanges (als Ersatz für die Stimme) den Ausschlag für die Verständigung in der Therapie gibt. Wittgenstein würde uns da wohl widersprechen. Er meint, dass die Grundlage für Verständigung nicht der Ausdruck sondern die Beschreibung von Schmerz ist, wobei er jedoch Übergänge einräumt.

### **Musik-Imaginative Schmerzbehandlung (Entrainment)**

Die Musik-Imaginative Schmerzbehandlung geht auf das sog. Entrainment zurück, das von den Amerikanerinnen Cheryl Dileo und Joke Bradt entwickelt worden ist. Der kurzzeitig angewandte Behandlungsansatz konzentriert sich zwar, oberflächlich betrachtet, auf die Behandlung eines Symptoms, richtet sich aber dennoch auf das gesamte bio-psycho-soziale Bedingungsgefüge und vor allem das subjektive Erleben des Patienten/der Patientin.

Für die Durchführung der musik-imaginativen Schmerzbehandlung werden ein variables Instrumentarium und eine Liegemöglichkeit für den Patienten benötigt. Der Raum sollte gegen Störungen von außen geschützt sein.

Die Musik-imaginative Schmerzbehandlung wird grundsätzlich als Einzeltherapie durchgeführt und umfasst mindestens 2-3 Sitzungen. Sie gliedert sich in vier Phasen:

- das ausführliche Schmerzinterview mit Indikationsstellung und Kontraktgestaltung,
- die Komposition einer sog. „Schmerzmusik“ und einer sog. „Linderungs- oder Heilungsmusik“,
- die Anwendungsphase und
- das reflektierende Nachgespräch.
- Ggfs. folgen darauf weitere im konkreten Einzelfall zu verabredende Behandlungsphasen.

Im Schmerzinterview, wird die aktuelle Lebenssituation abgeklärt und eine möglichst detaillierte Beschreibung des Schmerzes in Bezug auf Lokalisation, Form und Dauer,

Qualität, Geschichte, situativen Kontext erarbeitet. Darüber hinaus sind die Reaktionen des Patienten auf den Schmerz, seine Bewältigungsstrategien, evtl. Vorerfahrungen mit Behandlungen von Interesse, ebenso wie die subjektiven Interpretationen des Schmerzes und die aktuellen Erwartungen und Ziele bezüglich der Behandlung. Ziel des Schmerz-Interviews ist neben dem Informationsaustausch die Etablierung einer vertrauensvollen, therapeutischen Beziehung und die Indikationsstellung. Wie man sich das ungefähr vorzustellen hat, lässt sich, so hoffe ich, aus meinem Fallbeispiel ableiten.

Grundsätzlich kann die musik-imaginative Schmerzbehandlung bei allen Arten und Stärken von Schmerz angewandt werden. Patienten, die nicht nur unter dem Schmerz sondern vor allem unter seinen psychosozialen Auswirkungen leiden und deren Lebensphilosophie eine psychotherapeutische Intervention zulässt, profitieren von dieser Methode besonders.

Hingegen ist eine Kontraindikation bei Patienten zu stellen, die sich in einem medizinisch oder psychisch sehr instabilen Zustand befinden. Diagnostisch betrachtet gilt die Kontraindikation bei ausgeprägteren Formen von Depression, posttraumatischen und dissoziativen Störungen oder bei einer psychotischen Vulnerabilität.

In der nächsten Phase der Behandlung findet der Wechsel zur musikalischen Aktivität statt, dem Kernstück der musik-imaginativen Schmerzbehandlung. Der Patient wird angeregt, sich seinen Schmerz als Musik (Instrument, Klangfarbe, Dynamik, Puls, Tonhöhe...) vorzustellen, was der Therapeut solange versuchsweise umsetzt, bis die passende Musik gefunden ist.

*In meinem Fallbeispiel wählte Frau K. anknüpfend an die verbalen Beschreibungen - strahlend, gleißendes Licht und Kälte - einen Klang, nein eigentlich ein grässliches Geräusch auf dem Becken aus, das durch das Schaben mit einem Metallstab erzeugt wurde.*

Im Anschluss daran geht es um die Imagination einer Musik, die den Schmerz lindern oder heilen könnte. *Hier hatte Frau K. Assoziationen von etwas Fließendem, Perlenden und dachte zuerst an das Glockenspiel. Aber das war es dann doch irgendwie nicht. Es wurde deutlich, dass Frau K. hier zu einem schnellen Ergebnis kommen und nicht lange herumsuchen wollte, sondern bereit gewesen wäre, sich mit etwas zufrieden zu geben, das nicht optimal war. Die Therapeutin entschied sich daher, ein Gespräch darüber zu beginnen, ob der Patientin eine solche Situation bekannt vorkäme: schnelle Lösung auch wenn es nicht die optimale sei. Ich verkürze hier sehr stark, jedenfalls schilderte Frau K. eine bedrückende Situation in ihrer Ehe. Die Therapeutin fragte, ob es irgendwann etwas gegeben hätte, was ihr gut getan hätte, und Frau K. fiel ein Wochenende am Meer ein, was mit der Erinnerung an das nächtliche*

*Rauschen des Regens verbunden war, was schließlich sie dazu bringt, den Klang der Ocean Drum für ihre Linderungsmusik auszuwählen.*

Nach dieser kompositorischen Tätigkeit folgt die Anwendungsphase. Es geht dabei allerdings nicht allein um die Rezeption der Musikstücke, sondern der Patient hat die Möglichkeit der Steuerung (Beginn, Ende, Tempo, Dynamik). Im reflektierenden Nachgespräch schließlich geht es um das Erleben des Patienten und um mögliche Verabredungen über die Weiterbehandlung.

*Im anschließenden Gespräch, meint Frau K., sie hätte mit den Tränen ringen müssen, nachdem sie die Linderungsmusik abgebrochen habe. Nach ihrem aktuellen Schmerzerleben befragt, sagt Frau K., dass er immer noch da sei, aber dass sie ein anderes Gefühl für ihn habe. Er sei nicht mehr so unkontrollierbar und fremd, sie könne ihn besser spüren. Patientin und Therapeutin verabreden sich für eine weitere Sitzung, in der über die Nachwirkungen der Therapie gesprochen wird und in der die Patientin den Wunsch entwickelt, die Schmerz- und die Linderungsmusik auf Audio-Cassette für zu Hause aufzunehmen.*

Die therapeutische Begleitung des Patienten während des Schmerzinterviews und der Komposition der Musik aber auch das Spiel der „Schmerz- und der Linderungsmusik“ erfordern besondere musiktherapeutische Erfahrung. Das scheinbar so einfach zu kopierende Modell hat es in sich, erfordert nicht nur profunde musikalische Fertigkeiten auf Seiten des Musiktherapeuten sondern ein intensives Training, um die Vorgänge innerhalb der therapeutischen Situation halten und reflektieren zu können.

Die Wirkung des Entrainment wurde in den USA anhand quantitativer Studien im Vergleich mit einer Kontrollgruppe von ausschließlich medikamentös behandelten Patienten gut belegt und veröffentlicht. (Dileo/Bradt 1999, Bradt 2001, Schwoebel et al 2002).

## **Hypothesen über Wirkungsweisen**

Eine der wesentlichen anthropologischen Grundannahmen für Musik-imaginative Schmerzbehandlung ist, dass der Mensch ein Medium braucht, das ihm die Bewältigung seines Erlebens ermöglicht. Die Auseinandersetzung mit einem Medium in der äußeren Welt bereichert Verhalten und Handeln durch die Entwicklung von Alternativen, schafft Rückbindungen und evoziert Entscheidungen. Es ist Aufgabe des Therapeuten, Bedingungen zu schaffen, die es dem Patienten gestatten, in einen bewussten Kontakt mit dem sensorisch-affektiven Schmerzempfinden zu treten, einen Monolog zu führen, um seinen Schmerz zu

identifizieren und sich auf eine Folge von Sprachspielen einzulassen. Dabei subsummiere ich die musikalischen Aktivitäten unter Sprachspiel, ohne damit die Gegenstände Sprache und Musik gleichzusetzen. Sprachspiele im Sinne von Wittgenstein sind die Kompositionen von Schmerz und von Heilung ebenso wie das Spiel des Therapeuten unter Anleitung des Patienten.

Den Gedanken der potentiell funktionalen und potentiell repräsentationalen Hirnleistungen aufgreifend, lassen sich die Komposition und Wiedergabe (!) der Schmerzmusik doppelt beschreiben, zum einen als transmodale Vorgänge zwischen affektiv-sensorischem Schmerzerleben und auditiv-sensorischem Musikerleben und zum andern als eine musikalische Zeichenzuordnung zum Schmerz.

Zu 1.:

Bei den crossmodalen Vorgängen zwischen affektiv-sensorischem Schmerzerleben und auditiv-sensorischem Musikerleben dürfte ein Wahrnehmungsmodus leitend sein, Spitz sprach hier von coenästhetisch. Er bemisst sich an verschiedenen Kategorien, die sich allesamt auf den Körper beziehen so u.a. Schwere des Körpers, Spannung der Muskulatur und anderer Organe, Haut-, Körper- und sozialer Kontakt, Rhythmus von Körpervorgängen, Tempo, Dauer und Dynamik von Bewegungen. Die ungetrennt und crossmodal wahrgenommenen Elemente werden als Gesamt-Kompositionen erfasst: Zustandsarten, Stimmungsbilder aber auch vitale Bewegungsgestalten (z.B. anschwellend, stillstehend, abrupt wechselnd, zerfallend u.v.m.), in denen sich das Individuum als lebendig erlebt. Auditiv-sensorische Gestalten werden ähnlich wie Schmerz wahrgenommen z.B. pochend, reibend, scharf, dumpf, aber auch ähnlich wie Linderungen von Schmerz z.B. auflösend, verklingend, perlend.

Ich gehe davon aus, dass durch eine größtmögliche Übereinstimmung von affektiv-sensorischen Schmerzempfinden und auditiv-sensorischen Musikempfinden das Prinzip der Synchronisierung oder Vereinfachung greift, nach denen das Gehirn gern operiert. Zwischen Musik und Schmerz wird dann nicht mehr unterschieden, was wiederum einen Selbstmodellierungsvorgang anbahnt, der, sehr einfach ausgedrückt, darin besteht, dass die Heilungsmusik beim Schmerzempfinden ankommt. Hier bietet sich die Zusammenarbeit mit den Neurophysiologen an, um diesen Vorgängen näher auf den Grund zu gehen.

Wenn es tatsächlich so wäre, dass das Wahrnehmen der Musik auf die Wahrnehmungsorganisation d.h. die neuronalen Verschaltungen im Gehirn einwirkt, so dass durch die Veränderung der Wahrnehmungsorganisation der Wahrnehmungsgegenstand, der

Schmerz verändert wahrgenommen wird, dann müsste man als Musiktherapeut weiterfragen, in wiefern diese Wirkung mit der Tatsache verbunden ist, dass diese Musik vom Patienten selbst komponiert wurde und dass sie vom Therapeuten gespielt wird. Dann kommen wir aber wahrscheinlich sehr schnell auf die repräsentationale Ebene des Geschehens.

Zu 2.:

Ich sagte ja bereits, dass die zweite Art der Beschreibung dessen, was beim Komponieren und Anhören besonders der Schmerzmusik vor sich geht, sich auf die potentiell repräsentationale Hirnleistung und damit auf eine Zeichenzuordnung zum Schmerz bezieht. Ebenso wie bei den eben geschilderten crossmodalen Übertragungsvorgängen dürfte die Identifizierung des Schmerzes den Ausgangspunkt bilden. Im Vergleich mit dem verbal organisierten Sprachspiel ist das musikalische Spiel deutlicher ein sinnlich-symbolisches. Einerseits sind Klänge so wie eben beschrieben ganz der sinnlichen Wahrnehmung verhaftet, andererseits ermöglichen sie den Übergang in die Welt der Symbole. Das wiederum hat zur Konsequenz, dass Darstellung und Dargestelltes, also Musik und Schmerz keineswegs identisch anzusehen sind. Die Schmerzmusik steht für Schmerz und die Heilungsmusik steht für Heilung. Der Vorteil des Nicht-Identischen, dass aus dem passiven Erleiden von Schmerz eine Wendung ins Aktive ermöglicht wird, und zwar eben genau durch das Element der Differenz: „Steht für“. Wenn ich diesen Gedanken noch ein Stück weiterverfolge, dann wird deutlich, dass es bei der Komposition und Wiedergabe der Schmerzmusik nicht einzig um die möglichst detailgetreue Darstellung von Schmerz oder Heilung geht, sondern durchaus auch um die Erfahrung, dass keine Darstellung hinreichend, endgültig und definitiv ist. Das bedeutet, dass in der Musik auf das Nicht-Darstellbare angespielt wird, die Unmöglichkeit der Präsentation von Schmerz und von Heilung wird *gefühlt*. (vgl. Welsch 90, bezieht sich auf Lyotard). Gelingende Übereinstimmung ist folglich die *Idee*, die das Unterfangen der Darstellung leitet, nicht aber eine tatsächliche wie auch immer geartete objektive oder gar objektivierbare Verwirklichung von Übereinstimmung.

Das Werk, hier die Schmerz- oder Heilungsmusik, ist also nicht wirklich gegenständlich zu sehen, sondern sie ist (in Anlehnung an Adorno.... Wellmer 154) prozessual verfasst. Anders formuliert: Indem beim Komponieren und nachvollziehenden Hören der Musik sich die Aufmerksamkeit auf das Verhältnis von Schmerz und von Musik richtet, entsteht ein Prozess, der als Synthetisierungsleistung zu verstehen ist und gleichzeitig die schon vorhandenen Synthesen zerschneidet. Die Repräsentation und das Empfinden für die Differenz von Repräsentation und Gegenstand eröffnen den Potential Space und der wiederum ermöglicht,

so wie wir das bei anderen psychischen Prozessen auch kennen, die entscheidende Wendung ins Aktive. Man muss sich dies als ein aktives Überlassen vorstellen, dann tut sich ein Möglichkeitsraum auf, und der Schmerz kann darin anders erscheinen als vor dem musikalischen Spiel mit ihm. Zusammengefasst heißt dies: Für die schmerztherapeutisch relevanten, mentalen Selbstmodellierungs-Vorgänge spielt auch das Element der Differenz eine Rolle. Das Empfinden für die - nicht sehr große - Differenz in der sinnlich-symbolischen Darstellung mittels Musik befördert die repräsentationalen Prozesse, angefangen bei der Identifizierung, aber auch der Imagination, erst recht der Interpretation (Deutung und Bedeutung) und der Reflexion (Verstehen und Verarbeitung) ist. Über jeden einzelnen Teilaspekt lässt sich ungeheuer viel sagen, aber auch hier stoße ich wieder die Grenzen meines Vortrags.

Das ganze sieht nach einem großen Widerspruch aus, größtmögliche Übereinstimmung auf der einen Seite, das Empfinden für die Differenz auf der anderen Seite. Gibt es eine Position, von der aus sich das Verhältnis dieser Antipoden betrachten lässt? Es erinnert an mein Bild von dem Zuhörer auf dem Gang. Was macht es ihm möglich, die Hörerfahrung mit den beiden Musikstücken hinter verschlossenen Türen zu machen? Als Musikerin kann ich die Frage ganz gut beantworten, indem ich eine Theorie der ästhetischen Wahrnehmung zugrunde lege, die ich im folgenden etwas näher ausführen möchte. Ich habe die Hoffnung, dass sie den konsistenten theoretischen Bezugsrahmen bilden könnte, den wir als Musiktherapeuten brauchen, um einerseits einerseits flexibel genug auf eine kontinuierliche Integration neuer Erkenntnisse aus den verschiedenen Wissensbereichen reagieren zu können und andererseits entsprechend dem Gebot der Praxis dem Reichtum, der Vielfalt und der Subtilität des phänomenalen Erlebens Rechnung zu tragen.

### **Ästhetiktheoretische Rahmensetzung**

#### **Ästhetische Wahrnehmung und das Gewahrsein der eigenen Gegenwart**

Das Wissensgebiet der Ästhetik als Teilgebiet der Philosophie ist nicht systematisch durchstrukturiert, es ist ein über Jahrhunderte gewachsenes, in sich verschachteltes und verwinkeltes Gebiet. Der Begriff „ästhetisch“ wird im Alltagsgebrauch als Synonym für einen schönen, geschmackvollen, ansprechenden Stil verwendet, doch darum geht es hier freilich nicht. Es geht auch nicht um eine Gegenstandsästhetik, also kein ästhetisches Urteil über ein Musikstück, sondern ich frage nach der ästhetischen Produktion und Rezeption bezogen auf

ein Objekt, und behalte meine Perspektive also bei, die das Empfinden und das Wahrnehmen von Musik in den Blick nimmt. Doch ist damit immer noch ein großes Gebiet abgesteckt, und ich komme nicht umhin, mich zu beschränken. Ich werde mich daher an einer philosophischen Theorie orientieren und folge dabei Martin Seel, einem in Frankfurt am Main lehrenden Philosophen. Seine Theorie ist einfach und komplex zugleich, und ich werde hier nur einige seiner Argumentationslinien nachzeichnen können.

Martin Seel sagt: „Prinzipiell kann alles, was sensitiv wahrgenommen werden, auch ästhetisch wahrgenommen werden. Zu den möglichen ästhetischen Objekten zählen dabei nicht allein die wahrnehmbaren Dinge und ihre Konstellationen, sondern auch Ereignisse und ihre Sequenzen, kurzum alle Zustände oder Geschehnisse, von denen wir sagen können, wir hätten sie gesehen, gehört, gefühlt oder sonst wie verspürt. (zit. Seel ..., 46). Jedes Objekt, jede Situation, folglich können wir diesen Tisch hier ästhetisch wahrnehmen, unsere Situation hier aber auch den Schmerz. Was ist nun der Unterschied zur einfachen Feststellung, dass dies ein Tisch, eine Vortragssituation oder dieser oder jener Schmerz ist?

Im ästhetischen Wahrnehmungsmodus werden Objekte als Objekte des Erscheinens betrachtet. Anders formuliert: Objekte sind dann ästhetisch, wenn sie über ihr begrifflich fassbares Aussehen, Sichanhören oder Sichanfühlen hinausgehend wahrgenommen werden. Dies setzt freilich voraus, dass das sinnliche Sosein eines Wahrnehmungsobjektes überhaupt begrifflich fassbar, also durchaus identifizierbar ist, und das bedeutet, dass die Fähigkeit zur empirischen Wahrnehmung eines Objektes keineswegs aufgehoben ist. Aber in einer Situation, in der wir ein Objekt ästhetisch wahrnehmen, treten wir aus einer allein funktionalen Orientierung heraus. Wir sind nicht länger darauf fixiert, was wir in dieser Situation erkennen können oder handelnd erreichen können, sondern wir begegnen dem, was unseren Sinnen und unserer Imagination hier und jetzt entgegenkommt um dieser Begegnung willen. Das, worauf sich die ästhetische Wahrnehmung bezieht, gewinnt also seine besondere Kontur daraus, wie sie sich auf es bezieht. Für dieses „Wie“ ist das Merkmal der **aktiven Offenheit** vorherrschend, das ich anhand von drei Aspekten darlegen möchte, die für unseren Zusammenhang besonders relevant sind

A) Die ästhetische Wahrnehmung zeichnet sich durch eine Offenheit für die **Interaktion des sinnlichen Vernehmens** aus und zwar auch dort, wo es vorwiegend *ein* Sinn ist, mit dem die Präsenz der Objekte aufgenommen wird. Beispiel: Ich lausche der Musik und empfinde meinen Körper. Daher ist die ästhetische Wahrnehmung ein grundsätzlich **synästhetisches**



**Vernehmen**, das auf der Fähigkeit zu transmodaler Wahrnehmung beruht, wenn ich in diesem Punkt den Anschluss an die Neurophysiologie suche .

B) Die ästhetische Wahrnehmung ist offen für die unmittelbare Gegenwart der Situation ihres Vollzuges. Sie versteht die je **augenblickliche Konstellation** der Dinge und Ereignisse, auf die sie sich konzentriert. Es scheint auch hier neuronale Korrelate zu geben aber ich will mich nicht zu weit auf ein mir fremdes Gebiet wagen.

C) Die ästhetische Wahrnehmung ist jederzeit offen für eine **imaginative Ausführung, Fortführung und Erweiterung**, d.h. für ein sinnliches Vorstellen, das die Gegenwart des realen und präsenten Anschauungsmaterials mit einer Vergegenwärtigung räumlich und zeitlich unerreichbarer Verhältnisse auflädt. Wenn ich hier wieder den Anschluss an die Neurophysiologie herstelle, dann werden hier Grenzen sichtbar, denn es lassen sich zwar Hirntätigkeiten darstellen, nicht aber Inhalte von Gedanken erfassen. Aber, wenn ich das einmal humorvoll wende: ohne imaginative Ausführungen, Fortführungen oder Erweiterungen kommen die Hirnforscher, die ja Gottseidank Menschen sind, auch nicht aus.

Aufgrund der ästhetischen Wahrnehmungshaltung, die sich durch Offenheit für Interaktionen des sinnlichen Vernehmens, der augenblicklichen Konstellation und der imaginativen Ausführung auszeichnet, erscheinen die *Objekte* der Wahrnehmung potentiell in verschiedenen Dimensionen, die uns als Musiktherapeuten geläufig sind, ohne dass wir das bisher so benannt haben.

1. Wenn wir uns auf das sinnliche Gegenwärtigsein von etwas beschränken, kommt es in seinem *bloßen* Erscheinen zur Wahrnehmung. Als Musiktherapeuten haben wir dann den Klang an sich, den Rhythmus an sich im Fokus unserer Aufmerksamkeit.
2. Sobald die phänomenale Präsenz eines Objektes oder einer Situation als Widerschein einer Lebenssituation aufgefasst wird, tritt ein Erscheinen in den Vordergrund, das Seel „atmosphärisch“ nennt, während wir vielleicht eher „*szenisch*“ dazu sagen würden, wobei das Atmosphärische ein Element des Szenischen ist.
3. Werden Objekte der Wahrnehmung als (imaginative) Darbietungen von Etwas verstanden, dann haben wir es mit Formen eines *artistischen* Erscheinens zu tun – wir sind gewohnt, dies als *musikalische Formbildungen* anzusehen.

Zwischen diesen verschiedenen Dimensionen gibt es keine Hierarchie, sie können koexistieren, können aber auch in einem spannungsvollen Verhältnis zueinander stehen, es kann Übergänge und Überschneidungen geben.

### **Einige Brückenschläge zur musik-imaginativen Schmerzbehandlung**

Der Patient wird durch die Aufforderung, seinen Schmerz zu identifizieren, sprachlich zu beschreiben und schließlich klanglich zu repräsentieren zunächst einmal angeregt, aus dem rein affektiv-sensorischen Empfinden und dem Nicht-Haben-Wollen herauszutreten und in eine ästhetische Wahrnehmungshaltung gegenüber seinem Schmerz einzutreten. Dabei kommt es zu einer Interaktion der Sinne, die sich sonst im Alltag in vielen Situationen freilich unmerklich vollzieht, hier aber zunehmend auffällig wird: der Patient *spürt* sich hören, spürt sich fühlen, spürt sich imaginieren und gestalten. Dieses Spüren hat als solches noch nichts mit einer *reflexiven* Selbstbezüglichkeit zu tun, obwohl es dazu kommen kann. Es ein spürendes Sich-gegenwärtig-Sein, das das Verweilen bei der sinnlichen Besonderheit von etwas begleitet. Die besondere Gegenwärtigkeit des *Gegenstands* der Wahrnehmung, in diesem Fall Schmerz und Musik ist so an eine besondere Gegenwärtigkeit des *Vollzugs* dieser Wahrnehmung gebunden. Der Patient kann nicht auf die Gegenwart eines Gegenstands achten, ohne seiner eigenen Gegenwart innezuwerden.

Das ästhetische Gewahrwerden eines Objektes steht zunächst in Kontrast zu anderen Formen des Bewusstseins, so insbesondere zur Selbst-Reflexion. Dennoch ist dem Patienten zu jedem Zeitpunkt klar, dass er selbst es ist, der den Schmerz identifiziert, der die Musik komponiert und sie anhört. Zwar mag die Aufmerksamkeit temporär völlig absorbiert werden von der ästhetischen Wahrnehmung auf den Schmerz und auf die Musik, aber der subtile Hintergrund des Selbsterlebens, das bis ins Vegetative hinabreicht, geht dabei nicht verloren.

Gleichwohl kann sich das ästhetische Gewahrwerden für Kenntnis und Erkenntnis, Deutung und Bedeutung öffnen. Das Verweilen bei dem Erscheinenden ist für beide Bewegungen offen, für die Selbst-Reflexion ebenso wie für die bloße Anschauung. Was sich unabhängig davon im Vollzug der ästhetischen Wahrnehmung ständig verändert, ist die Art und Weise, in der körperliche, emotionale und kognitive Erlebnisinhalte integriert und ineinander eingebettet werden, möglicherweise auch umgebettet werden. Das einfache Gegenwartserleben wird mit den kognitiven Inhalten höherer Ordnung verbunden, was die

Kluft vom Tatsächlichen zum Möglichen, vom Körperlichen zum Kognitiven überbrückt.  
(vgl. Metzinger 2006)

### Metzinger

Diese Ausführungen zu den Prozessen, die den Patienten betreffen, haben Konsequenzen erstens für die Spielhaltung des Therapeuten in der Praxis und zweitens für den Musikbegriff:

Wenn die ästhetische Erfahrung des Patientin ein Prozess ist, der nicht zur Wirkung kommen kann, solange ein Gegenstand einer erkennenden oder benutzenden Behandlung unterliegt, dann geht es auf Seiten des Therapeuten darum, sich auf das Antworten zu beschränken, das in der möglichst originalen Ausführung der vom Patienten komponierten Musik besteht. Das beinhaltet, auf die Ausdeutung des Materials und auf den Ausdruck eigenen subjektiven Empfindens zu verzichten, und anstelle dessen den Gegenstand der Wahrnehmung ohne eine Festlegung auf Aspekte seiner Verfassung oder Funktion zur Anschauung kommen zu lassen. Die Musik erscheint als dabei als ein mehrdimensionaler Gegenstand. Da ist zum einen die strukturelle Dimension, die eine Zusammensetzung von Klängen erkennbar werden lässt, eine Folge von rhythmischen Strukturen und als ein Spiel von motivischen Verläufen. Die nachträgliche musikwissenschaftliche Analyse dieser Dimension zielt nicht auf Entzifferung eines Sinnzusammenhangs, sondern auf die Syntax, d.h. das Durchsichtigmachen von strukturellen Zusammenhängen, von spezifischen Konstruktionen eines Spiels von Identität und Differenz. Man könnte deshalb von einer „anti-hermeneutischen Perspektive auf das Musikwerk sprechen, die genuin zu jeder musikalischen Erfahrung dazu gehört. Es liegt darin aber auch der Gedanke einer sinnabweisenden Materialität, den ich gerade in Spiegelung zum chronischen Schmerz interessant finde.

Demgegenüber steht die symbolische Dimension der Musik. Der Ansatzpunkt hermeneutischer Deutung besteht darin, dass Musikwerke auch auf Außermusikalisches verweisen, indem sie existentiell bedeutsame Gehalte ins Spiel gebracht werden. Musik aus dieser Perspektive betrachtet, vermag uns in ein spezifisches Reflexionsverhältnis zu unserem In-der-Welt-Sein versetzen. Dieser Weltbezug ist wiederum in keiner strukturellen Analyse fassbar. (vgl. Wellmer 156 ff.)

In keiner der beiden Perspektiven lässt sich ein einleuchtender und kohärenter Begriff eines musikalischen Zusammenhangs von Schmerz und Musik herstellen, integrieren lassen sich beide Perspektiven aber auch nicht. Auch hier kommen wir um eine doppelte Beschreibung nicht herum.

Daher bleibt auch in dieser theoretischen Rahmensetzung eine in der ästhetischen Erfahrung ruhende Vielstimmigkeit von Dimensionen, deren Synthetisierungen sich immer wieder wechselseitig durchkreuzen. Spannend finde ich dies allemal.

Philosophisch und ästhetiktheoretisch formuliert, stellen Patient und Therapeut im Vollzug der ästhetischen Erfahrung das Wissen zurück, wer sie sind und warum sie es sind. Sie generieren eine Situation, in der sie für eine Weile außerhalb der Kontinuität ihres Lebens stehen. Eine besondere Leistung der ästhetischen Anschauung, die sie miteinander teilen ist das Vergessen von bestimmten Tatsachen, Wünschen, Pflichten oder Entwürfen. An ihre Stelle treten als vielmehr ein Sinn für das Hier und Jetzt des eigenen Lebens, wie es nur in der Offenheit für das Erscheinungsspiel einer gegebenen Situation zugänglich wird. Das Auflodern der Unbestimmtheit in allem, was theoretisch und praktisch bestimmt werden kann und die Vergegenwärtigung von unerkannten wie unergriffenen Möglichkeiten ermöglicht einen Umstieg, indem er an die Vergänglichkeit dieser wie jeder Gegenwart rührt, auch der des Schmerzes.

## **Zusammenfassung**

1. Im ersten Teil meines Vortrags habe ich mich mit dem Phänomen Schmerz und der spezifischen erkenntnistheoretischen Problemstellung beschäftigt. Begriffe, die dem Schmerz zuzuordnen sind, habe ich in Paare zusammengefasst nämlich **Schmerzempfinden und Schmerzwahrnehmung, Schmerzausdruck und Sprechen über Schmerz**. In diesen Begriffspaaren sind die beteiligten potentiell funktionalen und potentiell repräsentationalen Hirnleistungen zusammengefasst, ohne dass ich ein bestimmtes Verhältnis zwischen ihnen damit festgelegt hätte.
2. Dieser Ansatz führte mich zu einer doppelten Beschreibung der Vorgänge bei der musik-imaginativen Schmerzbehandlung, und zwar zum einen als transmodale Vorgänge zwischen affektiv-sensorischem Schmerzerleben und auditiv-sensorischem Musikerleben und zum andern als eine musikalische Zeichenzuordnung zum Schmerz. Während auf der einen Seite die größtmögliche Übereinstimmung von affektiv-sensorischen Schmerzempfinden und auditiv-sensorischen Musikempfinden als Wirkfaktor anzusehen ist, scheint auf der anderen Seite das Errichten eines Potential Space zu liegen, der in der Differenz in der sinnlich-symbolischen Darstellung von Schmerz liegt. Die ausgelösten repräsentationalen Prozesse befördern einen

- Selbstmodellierungsvorgang, der eine Veränderung des Schmerzempfindens zur Folge hat. Beide Argumentationslinien sind noch als weitgehend hypothetisch anzusehen.
3. Die Notwendigkeit einer doppelten Beschreibung der Vorgänge und den scheinbaren Widerspruch zwischen Übereinstimmung und Differenz habe ich mit Hilfe einer Theorie zur ästhetischen Wahrnehmung zu fassen versucht. Dabei spielt das Merkmal der **aktiven Offenheit** eine zentrale Rolle und zwar a) für die Interaktion des sinnlichen Vernehmens, b) für die augenblickliche Konstellation der Dinge und Ereignisse sowie c) für die imaginative Ausführung und Fortführung.
  4. Das Verweilen bei dem Erscheinenden ist offen für die Selbst-Reflexion ebenso wie für die bloße Anschauung. Was sich im Vollzug der ästhetischen Wahrnehmung ständig verändert, so die Theorie, ist die Art und Weise, in der körperliche, emotionale und kognitive Erlebnisinhalte integriert und ineinander eingebettet werden.
  5. Eine ästhetiktheoretische Rahmensetzung der musik-imaginativen Schmerzbehandlung hat Konsequenzen für die Haltung des Therapeuten, für den Musikbegriff. Klinik Vor allem aber gibt sie Anlass für neue Forschungsfragen, die nur im interdisziplinären Dialog, insbesondere Neurophysiologen, Philosophen und Musiktherapeuten beantwortet werden können. Nicht das Gefängnis eines geschlossenen und vollständig erfassten Systems sollte hier errichtet werden, sondern eine Plattform für eine, für die unterschiedlichsten Phänomene offenen – oder sich öffnenden Theorie.

## Literatur

- Bradt, J. (2001): The Effects of Music entrainment on Postoperative Pain Perception in Pediatric Patients. Dissertation Temple University, Philadelphia, 253 Seiten  
[http://www.xpozd.com/jbradt/jbradt\\_dissertation.pdf](http://www.xpozd.com/jbradt/jbradt_dissertation.pdf), Zugriff 26.4.2006
- Dileo, C. (1997). Reflections on medical music therapy: Biopsychosocial aspects of the treatment process. In J. Loewy (Ed.) Music therapy and pediatric pain. (Pp. 125-144). Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books.
- Dileo, C., Bradt, J. (1999): Entrainment, Resonance, and Pain-Related Suffering. In Dileo, C. (Ed.)(1999), Music Therapy & Medicine: Theoretical and Clinical Applications.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession. Göttingen, Hogrefe
- Hermann, I. (1999): Ludwig Wittgensteins Schmerzverständnis im Dialog mit Fernando Pessoa, Franz Kafka und Clarice Lispector. In: Zeitschrift für Linguistik und Literaturwissenschaft September 1999, Jahrgang 29, Heft 115, Heft "Wittgenstein", S. 67-89).
- Kern, A. (2002): Wissen im Normalfall. Wittgenstein über Kriterien für innere Zustände. in: Beckermann, A. / Nimtz, Chr. (Hg.): Argument und Analyse. Akten des 4. Kongresses der Gesellschaft für Analytische Philosophie. mentis, Paderborn
- Loewy, J.V.(Ed.)(1997): Music Therapy and Pediatric Pain. Cherry Hill, N.J.: Jeffrey Books.

- Schwoebel, J., Coslett, H.B., Bradt, J., Friedman, R. Dileo, C.(2002): Pain and the Body Schema: Effects of Pain Severity on Mental Representations of Movement. *Neurology*.2002; 59: 775-777  
<http://www.neurology.org/cgi/content/full/59/5/775>, Zugriff 26.4.2006
- Seel, M. (2003): *Ästhetik des Erscheinens*. Suhrkamp TB, Frankfurt a. M.
- Metzinger, Th. (2006): Being No-one. In: Metzinger, Th. (Hg.): *Grundkurs Philosophie des Geistes* Bd. 1, mentis, Paderborn 424-476
- Wellner, A. (2002): Das musikalische Kunstwerk. In: Kern, A.; Sonderegger, R. (Hg.): *Falsche Gegensätze*. Suhrkamp TB, Frankfurt a. M., 133-175
- Wittgenstein, Ludwig: *Philosophische Untersuchungen*. Teil 2, Werkausgabe Band 1. Frankfurt am Main 1997 S. 489-580