

Der Behandlungsauftrag der Musiktherapie

Rosemarie Töpker

Von dem morphologische Gedanken des ›Leiden-Könnens‹ und ›Nicht-Leiden-Könnens‹ (Salber 1977) aus soll hier im Übergang zu dem, was ich den ›Behandlungsauftrag‹ nennen will, gezeigt werden, wie Morphologie eine ›praktische Theorie‹ für musiktherapeutische Belange sein kann.

1. Der Alltag musiktherapeutischer Praxis

Die ›Leiden‹, mit denen PatientInnen in die Musiktherapie kommen, sind sehr unterschiedlich, da die Musiktherapie, wie nur wenige andere Therapieformen, in Zusammenhängen stattfindet, die zunächst kaum vergleichbar sind: Da wird eine geistig behinderte Frau in die gerade neu eingerichtete Musiktherapie geschickt. Sie lebt seit 30 Jahren in diesem Heim, nimmt nur an wenigen Aktivitäten teil, ist eine Einzelgängerin, »da ist aber bestimmt noch einiges an Entwicklung drin, und sie hört auch gerne Musik«. Da kommen PatientInnen einer psychotherapeutischen Klinik ohne nähere Auswahl in die Musiktherapie mit Diagnosen aus dem Bereich der Neurosen, psychovegetativen Störungen, Suchtproblemen und ›leichteren‹ frühen Störungen oder mit den unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen in der Psychiatrie.

MusiktherapeutInnen arbeiten mit dem Auftrag, komatösen PatientInnen einen Übergang zum Bewußtsein zu ermöglichen, in der Betreuung chronischer SchmerzpatientInnen, ›unheilbar‹ Kranker,

mit krebskranken Kindern, »schwierigen« Jugendlichen, mit sinnesgeschädigten und körperlich Behinderten. Ein weiterer Bereich ist die Arbeit mit alten Menschen, von denen niemand mehr weiß, ob sie an einer – wie auch immer definierten – »Krankheit« leiden oder an der Institution, in der sie »aufgehoben« sind, oder ob sie einfach alt sind und dies heute genausowenig vorgesehen ist wie das Sterben.

Relativ klein ist der Bereich, der im allgemeinen in der psychotherapeutischen Literatur (einschließlich der aus der morphologischen Intensivberatung) beschrieben ist, nämlich die Situation, in der Einzelne außerhalb institutioneller Zusammenhänge von sich aus eine musiktherapeutische Behandlung aufsuchen.

Natürlich könnte man zu der Schlußfolgerung kommen, daß dies gar keine Wirkungseinheit ist, die sich von einem durchgängigen psychologischen Gedankengang her erfassen läßt. Tendenziell wird dies wohl auch eher so gesehen, was – ebenfalls tendenziell – zu einer Art »spartenweisen Theoriebildung« führt und zu einer tolerant erscheinenden Nicht-Verständigung: »Klar, in Deinem Arbeitsbereich ist das natürlich alles ganz anders.«

2. Gemeinsamkeiten musiktherapeutischer Behandlung

Auf der anderen Seite ist unter MusiktherapeutInnen ein größer werdendes Interesse zu beobachten, musiktherapeutische Einzelfallstudien durch methodische Gemeinsamkeiten vergleichbar zu machen. Die vier »Metamorphosen von Behandlung«, wie sie von Salber (1977) in »Kunst-Psychologie-Behandlung« dargestellt wurden, scheinen mir geeignet, hier als methodisches Gerüst zu dienen, um wesentliche Aspekte der Frage: »Was hat sich in dieser Behandlung wie entwickelt?« herauszustellen.

Wovon ging diese Behandlung aus? Wie entwickelte sie sich methodisch im Wechselspiel zwischen TherapeutIn, den Medien der Behandlung und PatientIn, was läßt sich als umwandelnde Drehpunkte herausstellen, und was konnte die PatientIn dadurch bewerkstelligen? Diese vier Fragen kann man sich sowohl Stunde für Stunde stellen, sie ermöglichen es aber auch, das Ganze einer Behandlung oder größere Abschnitte gedanklich und im Hinblick auf eine schriftliche Darstellung zu strukturieren, um nicht in der Fülle des Materials unterzugehen.

Die vier Schritte dieses psychologischen Gedankengangs sind m.E. einerseits beweglich und allgemein genug, der Unterschiedlichkeit musiktherapeutischer Arbeitsbereiche gerecht zu werden. Dadurch kann vermieden werden, daß spezifische Aspekte eines bestimmten Arbeitsbereiches zum Maßstab eines anderen werden und damit dessen *Eigenart* nicht genügend in Erscheinung treten kann. So ist z.B. die *gemeinsame* Improvisation von PatientIn und TherapeutIn in vielen Bereich wichtiges Medium der Behandlung, es wäre aber natürlich völlig unsinnig, daran die Arbeit mit komatösen PatientInnen zu »messen«. Aber auch in weniger krassen Beispielen könnte deutlich werden, wo z.B. unterschiedliche methodische Entscheidungen durch die Unterschiedlichkeit des Behandlungsauftrages bedingt sind und wo tatsächlich eine unterschiedliche Theorie das musiktherapeutische Handeln bestimmt.

Auf der anderen Seite erscheinen mir die vier Behandlungsschritte bestimmt und gestalthaft genug, um wesentliche Aspekte musiktherapeutischer Behandlung und ihre Psychologie herauszurücken. Die Gemeinsamkeit, die so hergestellt werden könnte, wäre die einer psychologischen Betrachtungs- und Handlungsweise, die der Musiktherapie als einer Arbeit mit »seelischen Mitteln« m.E. immanent ist. Vom Wort her könnten wir hier also immer auch von »Psychotherapie« sprechen, wäre dieser Begriff nicht heute in einem viel engeren Sinne »vergeben«.

Der *Begriff* des Psychologischen hat allerdings auch seine Probleme, wenn Psychologie verstanden wird als das, was Diplom-Psychologen tun. Eine psychologische Sicht- und Denkweise ist aber weder durch die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe garantiert, noch auf sie beschränkt. So denken viele Menschen, unter ihnen auch viele Diplom-Psychologen, mechanistisch, ohne Mechaniker zu sein, während es durchaus Mechaniker gibt, die manches psychologisch betrachten.

Für die Musiktherapie hat *dieser* Ausschnitt morphologischen Denkens m.E. darüberhinaus den Vorteil, daß sich das System der vier Behandlungsschritte auch verstehen und anwenden läßt, ohne daß es dazu notwendig ist, sich die gesamte Morphologie anzueignen. Ich möchte dies im folgenden an der ersten Frage nach dem Leiden-Können und Nicht-Leiden-Können ausführen und den auf diese Weise psychologisch verstandenen »Behandlungsauftrag« der schulmedizinisch geforderten »Indikation« gegenüberstellen.

3. Leiden-Können und Nicht-Leiden-Können

Eine Patientin kommt wegen jahrelanger Kopfschmerzen in die Musiktherapie, außerdem ›leidet‹ sie unter ihrem Mann, der sie ›nicht versteht‹ und sie in einer peinlichen Situation ›nicht beschützt‹ hat, was ihre Beziehung heute noch, nach über 8 Jahren, stört. Es ist für uns selbstverständlich, daß es in solch einem Fall weder unsere Aufgabe ist, noch im Rahmen unserer Möglichkeiten liegt, Kopfschmerzen ›weg‹ und Ehemänner zu verständnisvollen Beschützern zu machen. Vielmehr werden wir die geklagten Leiden der Patientin als *Hinweise* auf eine bestimmte Konstruktion seelischer Verhältnisse ansehen und unsere vorläufige Aufgabe darin sehen, diese mit den Mitteln des gemeinsamen Improvisierens und weiteren Gesprächen zu verstehen. Anders als die Patientin selbst, vermuten wir das ›Leiden‹ in einer Krise der Lebensmethode, auf die unsere Behandlung auszurichten ist.

So wird etwa im Austausch von Spielen und Sprechen deutlich, daß sie das, wovon sie sagt, daß sie es überhaupt nicht leiden kann, immer wieder herstellt. In der Gruppe wird spürbar, was sie alles zu ertragen bereit ist, um anderes nicht leiden zu müssen. Wir erfahren etwas von ihrem Lebensweg, von dem, was sie erlitten und erfahren hat, wie sie das versteht, und was sie daran ›leid‹ ist. Im musikalischen Improvisieren merkt sie selbst, wie sie Sinn herstellt und wo manches gegen ihren Willen ›falsch herauskommt‹.

Neben der gebräuchlichen Bedeutung heißt ›leiden‹ auch: gehen, reisen, fahren; er-fahren und durch-machen. Mit der Begriffsbildung vom Leiden-Können wird zum einen betont, daß es hier nicht nur um passiv Erlittenes geht, sondern auch um das, was an ›Können‹ ebenso begriffen werden muß – ein Aspekt, der in der Musiktherapie oft gerade im musikalischen Spiel deutlich wird. Zum anderen ist auch gemeint, daß jemand – wie in unserem Beispiel – die leidvollen Kopfschmerzen vielleicht immer noch ›besser‹ leiden kann als anderes, was auf diese Weise nicht erlitten, nicht erfahren, nicht erlebt werden will.

In anderen Zusammenhängen, in denen das Seelische auf eine besondere Weise Belastungen ausgesetzt ist, etwa in der Arbeit mit körperlich schwer Erkrankten, werden wir anders nach dem Leiden-Können und Nicht-Leiden-Können fragen, auf das sich die musiktherapeutische Behandlung beziehen soll. Unter Berücksichtigung dessen, was es hier an Schmerzen, Einschränkungen, medizi-

nischen Eingriffen usw. zu ertragen gilt, kann die Frage nach dem Leiden-Können hier im Übergang zum Methodisch-Werden z.B. darauf ausgerichtet sein, Formenbildungen des Ausdrucks und der Verarbeitung zu ermöglichen, kann die Frage sein, ob etwa mit der körperlichen Ruhigstellung und dem Herausgerissen-Sein aus der gewohnten Zirkulation des Seelischen zunächst auch eine seelische Stilllegung bewirkt wurde, die es zu behandeln gilt.

In der Arbeit mit Menschen, die nicht sprechen (können), kann die Musik oft der einzige Weg sein, etwas von den zurückgelegten Wegen, den erlittenen Verletzungen, vom seelischen Können, vom Leiden und Nicht-Leiden-Können zu erfahren. Es kann deutlich werden, daß z.B. ›geistige Behinderung‹ weder seelisches Leid noch seelische Entwicklung ausschließt, bis hin zu der Feststellung, daß dieser Begriff auch ein gesellschaftliches Konstrukt ist, welches dazu dient, Seelisches zu verstellen (vgl. Niedecken 1989).

4. Behandlungsauftrag statt ›Indikation‹

Die Vielfältigkeit musiktherapeutischer Arbeitsbereiche auf der einen Seite und der zunehmende ›Konkurrenzdruck‹ im sogenannten Gesundheitswesen angesichts der geplanten Uniformierung des Denkens und Stilllegung weiterer Entwicklungen durch staatliche Verordnungen andererseits haben dazu geführt, daß Musik-, Kunst- und BewegungstherapeutInnen neben vielen anderen immer vehementer dazu aufgefordert werden, nun endlich einen ›Indikationskatalog‹ vorzulegen.

Diese zunächst harmlos erscheinende Forderung zeigt sich dabei als Kristallisationspunkt einer Auseinandersetzung, in der es letztlich um einen paradigmatischen – und kulturpolitischen – Streit geht (vgl. Tüpker 1990).

Trotz immer wieder vorgebrachter Kritik im Hinblick auf den Geltungsbereich des Begriffs Indikation und trotz seiner Entlarvung als Versuch, mit Hilfe einer Begriffswahl die Regulation eines gesellschaftlichen Verhältnisses als (›objektive‹) Frage der Wissenschaftlichkeit zu tarnen (Kühn 1991), und obwohl alle wissen, wie anders die klinische Praxis mit der Frage umgeht, wer wen wie behandelt, scheint mir das Leiden-Können auf seiten der MusiktherapeutInnen hier ziemlich an eine Grenze zu kommen. Das wäre auch insofern bedauerlich, als damit gleichfalls der nach dem 2. Weltkrieg (er-

neut) begonnene Versuch, das ›Gesundheitswesen‹ wieder zu einer Frage unserer Kultur zu machen, einmal mehr eine Schlappe erlitten hätte. Anpassung droht, mit der die Kunsttherapien (hier und im folgenden im übergeordneten Sinne für Musik-, Kunst-, Bewegungstherapien gebraucht) ihre immanente Psychologie aufgäben, nämlich das Wissen darum, daß sogenannte Krankheiten und sogenannte Behinderungen auch eine Frage der Kultivierung, der gesellschaftlichen Konsensbildungen, des jeweilig aus diesem Prozeß Ausgeschlossenen, Abgespalteten und Verdrängten und der Frage der möglichen und behinderten Formen der Behandlung von Wirklichkeit sind.

Es ist von jeher Aufgabe der Kunst, das, was zunächst aus dem gesellschaftlichen Konsens ausgeschlossen ist, das ›Unverfügbare‹, wieder aufzugreifen und weiterzubehandeln. Musiktherapie ist so gesehen eben keine weitere medizinische Maßnahme, sondern nur eine besondere Form musikalischer Behandlung von Wirklichkeit (vgl. Petersen 1990).

Über den Zusammenhang von Kunst und Behandlung schreibt Salber (1977, 125): »Kunst sucht ... Leiden-Können und Nicht-Leiden-Können in Entwicklung zu halten; sie drängt Leiden nicht aus dem Blick, sondern macht es beschaubar. Kunst veranlaßt Erfahren, Einlassen, Zirkulation von Leiden und Nicht-Leiden-Können. Dadurch gliedert sie Wirklichkeit auf, sie legt sie aus und setzt sie auseinander; sie schreitet die Kreise unserer Entwicklungsmöglichkeiten ab. Darin findet die Behandlung seelischer ›Leiden‹ ein Muster. Leiden-Können wird zu einer Richtlinie für Behandlung; ›Leidens-Druck‹ erweist sich als eine vielsinnige Verdichtung der Konstellationsprobleme von Kunst und Behandlung.«

Für MusiktherapeutInnen ist gerade *dieser* Zusammenhang von Kunst und Behandlung zumeist auch persönliche Erfahrung aus dem jahrelangen praktizierenden Umgang mit Musik, aus der heraus sich ein – zunächst meist nicht in Sprache begriffenes – *Wissen* um spezifische Behandlungsformen des Seelischen fundiert. Würden sie *dieses* Wissen in Anpassung an eine reichsversicherungsordnungsgemäße Selbstbegründung aufgeben, so gäben sie den Gedanken der künstlerischen Therapieformen auf, auch wenn es die Musiktherapie dann noch gäbe.

Der Versuch, das ›Leiden‹ der Patientin im oben beschriebenen Sinne zu erfassen, stellt den ersten Schritt der Behandlung dar. Wir

können ihn auch verstehen als die *Herstellung* des Behandlungsauftrages zwischen Therapeutin und Patientin. Im Unterschied zur Indikation ist damit auch gemeint, daß es hier weder um eine einseitige ›Feststellung‹ und Zuweisung geht, noch um etwas (vermeintlich) ›Objektives‹, sondern um einen intersubjektiven Prozeß, um ein erstes gemeinsam hergestelltes Werk zwischen zwei Subjekten. Wir können es auch als einen ›Einigungsprozeß‹ auffassen, wenn wir dabei mitdenken, daß diese ›Einigung‹ zugleich auch die Erhaltung einer Differenz beinhaltet.

In Fällen, in denen eine gewisse ›Krisenerfahrung‹ Voraussetzung für die Aufnahme einer Behandlung ist – wie z.B. in der Intensivberatung –, mag diese Differenz etwas ›kleiner‹ sein als etwa in dem oben beschriebenen Beispiel der Kopfschmerzpatientin. Das ist aber nur ein gradueller Unterschied, der die Grundtatsache der Differenz nicht aufhebt. Oft viel weniger beachtet scheint mir allerdings der Aspekt der ›Einigung‹, in dem diese Differenz im doppelten Sinne ›aufgehoben‹ sein muß. Am ehesten machen noch die Witze über die TherapeutInnen, die einer solchen Patientin *sagen*, worunter sie ›eigentlich‹ leidet (»Mein Therapeut hat gesagt, ich habe eigentlich gar keine Kopfschmerzen, sondern einen Mutterkomplex.«), deutlich, was es für die Behandlung heißt, wenn dieses paradoxe Werk der ›Einigung in Differenz‹ verfehlt wird. Damit dies nicht geschieht, reicht es nicht aus, die andere Sicht auf das ›Leiden‹ zunächst zu ›verschweigen‹, in der Art »Ich tue erst mal so, als ob ..., damit die Patientin erst mal ›Vertrauen‹ bekommt«. Es geht vielmehr tatsächlich um etwas Paradoxes, es muß quasi gelingen, das Leiden zugleich anders und genauso zu sehen wie die Patientin. Aber auch von Seiten der Patientin gelingt eine solche Einigungsgehalt nur durch Paradoxes, indem sie sich z.B. ›trotz alledem‹ darauf einläßt, mit uns auf Musikinstrumenten zu spielen, und indem sie uns weiteres erzählt, was nach ihrer Sicht der Dinge vielleicht gar nichts mit ihrem Leiden zu tun hat.

Was das Zustandekommen dieses Einigungsprozesses jeweils konkret heißt, läßt sich nicht verallgemeinern und nicht vorhersehen. Es muß vielmehr in jeder einzelnen therapeutischen Begegnung neu gewonnen werden. Das beinhaltet immer auch die Möglichkeit des Scheiterns und zwar in einem kategorial anderen Sinne, als wenn wir im Zusammenhang mit der Indikation für ein bestimmtes Medikament auch damit rechnen, daß dieses in bestimmten Einzelfäl-

len einmal nicht ›anschlägt‹ oder eine ›paradoxe Reaktion‹ (im medizinischen Sinne) auslöst.

Daß das, was hier gemeint ist, nichts mit einer ›Verhandlung‹ auf intellektueller Ebene zu tun hat, wird gerade in den extremen Bereichen deutlich, wie etwa in der Arbeit mit komatösen PatientInnen. Auch hier ist in dem Versuch des Erspürens der individuellen seelischen Verfassung der PatientIn in den wenigen wahrnehmbaren ›Ausdrucksformen‹, etwa dem Atemrhythmus, erkennbar, wie etwa das Singen der TherapeutIn nicht ohne den Versuch einer ›Einigung‹ im Kontakt mit der PatientIn geschieht. Und es wird verstehbar, warum ein Walk-man hier nicht dem Behandlungsauftrag entsprechen würde, und warum dieser auch nicht in jedem Fall auf das ›Zurückholen‹ der PatientIn ausgerichtet sein darf, sondern auch die Möglichkeit einbeziehen muß, daß die Musiktherapie Sterbebegleitung ist (vgl. Gustorff 1990).

Es geht hier auch nicht um eine zeitlos ›feste‹ Gestalt, sondern die Gestalt dieser ›Einigung in Differenz‹ *vollzieht* sich durchaus in einem Hin und Her, muß Spannungen und Unbestimmtheiten aushalten, Korrekturen zulassen, kann Zurücknehmen ebenso beinhalten wie Beharrlichkeit. Sie ist ausgedehnt und sie ist *Teil* der Behandlung und nicht – wie die Indikation – etwas, was ihr vorausgeht. Wenn wir sie hier als ersten Schritt der Behandlung verstehen, so soll damit nicht ausgeklammert sein, daß sie sich – gerade in längeren Behandlungen – auch immer wieder modifiziert, und zwar nicht nur in dem Sinne, daß wir manches vielleicht zu Anfang nur unvollständig erfassen konnten, sondern auch, weil das Leiden-Können und Nicht-Leiden-Können selbst in eine Entwicklung kommt.

Ein weiteres Spannungsverhältnis bei der Gewinnung des Behandlungsauftrages kommt besonders in der Arbeit mit Kindern ins Blickfeld. Da können z.B. Schule oder Eltern ein bestimmtes Verhalten eines Kindes nicht leiden, und die Musiktherapie soll *gegen* ›Verhaltensauffälligkeit‹, ›Hyperaktivität‹, ›Lern- und Konzentrationsstörungen‹ helfen. Das Kind selbst äußert dazu oft gar nichts oder vielleicht, daß es unter den Gegenmaßnahmen gegen diese ›Störungen‹ leidet, daß die Schule doof ist oder die anderen Kinder nicht mit ihm spielen.

Schon früh beschrieben KindertherapeutInnen (wie mir scheint immer mit einem Anflug von Ärger), daß die besondere Schwierig-

keit der Kindertherapie darin bestehe, daß die Kinder meist gar keinen oder einen zu geringen oder unsteten ›Leidensdruck‹ hätten. Jüngere TherapeutInnen sind – scheinen mir – bisweilen eher in Gefahr, das Ganze nur als ›Störungen‹ der Eltern, der Schule etc. zu sehen und damit auch das Leiden des Kindes zu übersehen und sein Können zu unterschätzen.

Gehen wir von der Frage aus, was einem Kind ›leid‹ ist, was es als verletzend, eklig, unangenehm erlebt, was ihm keinen Sinn macht, was es nicht ertragen will, auf welche Wege es sich nicht einlassen kann/will, welche Reisen es unbemerkt angetreten hat, so läßt sich meist sehr wohl so etwas wie ein Behandlungsauftrag des Kindes selbst erspüren. Daß wir das spüren, muß in irgendeiner Form auch wiederum dem Kind spürbar sein. In der Kindertherapie geschieht dieses Zusammenspiel vermutlich sehr selten in einer sprachlichen Kommunikation, sondern ›szenisch‹ im musikalischen wie im sonstigen Spiel. (Einmal auf dieses ›szenische Verstehen‹ aufmerksam geworden, kann man sich natürlich mit Recht fragen, ob das in der Behandlung Erwachsener nicht vielleicht auch so ist.)

In vielen Fällen steht das so Rekonstruierte dann auch nicht mehr in unvereinbarem Widerspruch zu dem, was von der dritten Seite als ›Behandlungsauftrag‹ genannt wurde, sondern dies kann ähnlich wie etwa ›Symptome‹ als *Hinweis auf anderes* verstanden werden. Auch hier spielen also Einigung und Differenz eine Rolle. Sie gilt es in einem Dreiecksverhältnis zu vermitteln, auch wenn die Therapie nur mit dem Kind stattfindet. Gelingt diese Vermittlung zu wenig, ist die Differenz zwischen zweien der drei Pole zu groß bzw. nicht genügend in einer Einigung aufgehoben, so ist der Abbruch der Behandlung entweder von ›dritter‹ Seite oder vom Kind nicht mehr fern.

Schauen wir von dem, was in der Kindertherapie offensichtlich ist, zurück zur Erwachsenenbehandlung, so wird deutlich, daß diese ›dritte Seite‹ auch dort immer mitwirkt, sei dies nun im Sinne einer psychischen Repräsentanz, in der Form ›agierender‹ Ehepartner oder im Zusammenhang mit der Institution, in der die Musiktherapie stattfindet. Gerade die Rolle der Institution bestimmt in der Musiktherapie den Behandlungsauftrag – oft in einschränkender Weise – mit.

So gilt es manchmal einen Weg zu finden zwischen einer vielleicht völlig unpsychologischen Diagnostik und einer relativ wahllosen

Patientenzuweisung auf der einen Seite und der eigenen Wahrnehmung des seelischen Geschehens und dem Bemühen um ein psychologisches Verstehen auf der anderen.

Für Leser und Leserinnen, die bestimmte Institutionen nicht kennen, einige Stichworte aus mündlichen oder schriftlichen ›Zuweisungen‹ zur Musiktherapie: »Das ist eine Schizophrenie, da läßt sich psychologisch nicht viel machen.« (Schizophrenie als nicht mehr seelisches Geschehen.) – »Das ist was für die Musiktherapie. Herr M. war früher mal im Posaunenchor.« – »Frühe Störung, bitte nur zudecken.« – »Rationalisiert zu viel, bitte nur nonverbal arbeiten.«

Die hier auftauchende Differenz zu ignorieren, geht oft nicht lange gut, da sie sich dann bald auch in manifesten Einschränkungen bis hin zu Eingriffen in die musiktherapeutische Behandlung selbst auswirkt. In Kliniken und Heimen muß daher immer auch das Leiden-Können und Nicht-Leiden-Können der Institution im Behandlungsauftrag Berücksichtigung finden.

Das kann bisweilen zu einer Minderung des unter ›besseren‹ Umständen mit der Musiktherapie Erreichbaren führen, oder es kann heißen, daß der Behandlungsauftrag der Gruppe der PatientInnen insgesamt auch den Versuch der Einflußnahme auf die Institution beinhaltet.

Gerade weil Musiktherapie in Bereichen arbeitet, in denen eine psychologische Sicht des Seelischen nach wie vor unüblich ist – sprich in den meisten Psychiatrien und Institutionen für geistig Behinderte –, fällt das Spannungsfeld dieses Dreiecks besonders ins Gewicht.

Dies zu berücksichtigen und als Teil des ›gesellschaftlichen Auftrags der Musiktherapie‹ aufzufassen, kann dazu beitragen, die Grenzen des im Einzelfall Möglichen nicht allzu sehr als persönliches Versagen oder Verschuldung am Patienten zu erleben. Damit soll allerdings nicht ausgeklammert sein, daß es gerade in diesem Spannungsfeld *auch* Situationen gibt, in denen angesichts einer zu großen Verkehrung des Behandlungsauftrages eine Kündigung die einzig sinnvolle Behandlung ist.

Einige weitere Aspekte müssen hier aus Platzgründen zunächst unberücksichtigt bleiben: so die zur Verfügung stehende Zeit, die Person des Therapeuten, ihre Ausbildung und das musiktherapeutische Setting.

Literatur

- Gustorff, D. (1990): Lieder ohne Wort. Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation. Musiktherapeutische Umschau 11 (120-126) (s. auch unveröffentlichte Dissertation zum gleichen Thema an der Universität Witten-Herdecke)
- Kühn, M. (1991): Indikationen für Musiktherapie – ein Legitimationsproblem? Musiktherapeutische Umschau 12 (213-233)
- Niedecken, D. (1989): Namenlos. Geistig Behinderte verstehen lernen. München
- Petersen, P. (Hg) (1990): Ansätze kunsttherapeutischer Forschung. Berlin
- Salber, W. (1977): Kunst – Psychologie – Behandlung. 2. Aufl., Köln 1986
- Tüpker, R. (1990): Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlich Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung. Musiktherapeutische Umschau 11 (7-21)