

Über die Kluft vom Tatsächlichen zum Möglichen - oder: Die Wirksamkeit von Musik in der musik-imaginativen Schmerzbehandlung

Susanne Metzner

Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Metzner, Susanne. 2008. "Über die Kluft vom Tatsächlichen zum Möglichen - oder: Die Wirksamkeit von Musik in der musik-imaginativen Schmerzbehandlung." In *Musiktherapie und Schmerz: 16. Musiktherapietagung am Freien Musikzentrum München e.V. (1.-2. März 2008)*, edited by Monika Nöcker-Ribaupierre, 31–47. Wiesbaden: Reichert.

Nutzungsbedingungen / Terms of use:

licgercopyright

Dieses Dokument wird unter folgenden Bedingungen zur Verfügung gestellt: / This document is made available under these conditions:

Deutsches Urheberrecht

Weitere Informationen finden Sie unter: / For more information see:

<https://www.uni-augsburg.de/de/organisation/bibliothek/publizieren-zitieren-archivieren/publiz/>



Über die Kluft vom Tatsächlichen zum Möglichen

Oder: Die Wirksamkeit von Musik in der Musik-imaginativen Schmerzbehandlung

Susanne Metzner

Introduction

Ein genuin musiktherapeutischer Erklärungsansatz, warum sich Musik für therapeutische Prozesse eignet, ist bisher ein Desiderat. Dies hängt vor allem mit der Orientierung an divergierenden psychologisch-psychotherapeutischen Konzeptionen zusammen, aus denen auch die teils sehr unterschiedlichen Auffassungen resultieren, welche Funktion, welchen Stellenwert und welche Wirkweisen der Musik zugeschrieben werden. Wenn allerdings Musik einseitig nur als Bestandteil einer sozialen Gesamtsituation im Sinne einer Psychotherapie gesehen wird, die wiederum innerhalb eines umfassenderen historischen und soziokulturellen Kontextes spielt, dann ist Musik auch immer ein Stück weit austauschbar, und weder ihre Unverwechselbarkeit noch die Besonderheit der musiktherapeutischen Disziplin können erkennbar werden.

Ein für die Musiktherapie hierzulande gültiger, konsensual vereinbarter Musikbegriff wurde in den sog. *Kasseler Thesen* (1998) formuliert. Er berührt sowohl die strukturelle Dimension von Musik („zeitstrukturierendes Geschehen“) als auch die hermeneutische Dimension („Artikulation“, „subjektive“ Bedeutung“), wobei die Unterscheidung ja eine bloß analytische ist. Etwas anders formuliert könnte man sagen, dass sich Musik sowohl auf der Ebene der Hörbarkeit (Materialität, Ereignishaftigkeit) als auch auf der Ebene der Bedeutung (symbolische Repräsentation, Referenz) manifestiert. Daraus lässt sich die These ableiten, dass der Einsatz von Musik in der Musiktherapie auf den Gewinn ästhetischer (performativer, mimetischer, responsiver) Kompetenzen zum einen und semiotischer (interpretativer, translationaler, reflexiver) Kompetenzen zum andern abzielt.

Wenn also auch die Kompetenzbereiche ebenfalls aus analytischen Gründen hier getrennt benannt werden, obwohl sie teils ineinander übergehen, teils sich gegenseitig voraussetzen und ihnen folglich eine lineare Abfolge nicht angemessen ist, so möchte ich an dieser Stelle eine Art der Anschauung vorbereiten und den Ansatz der doppelten Beschreibung eröffnen. Er ist für die folgenden Ausführungen fundamental. Bei diesem Vorgehen kann nicht der Anspruch verfolgt werden, keine Widersprüche zu produzieren oder Unbestimmtheiten vermeiden zu können. Dafür sind die Dimensionen des (Sich-)Zeigens und Sagens (Wittgenstein)

in Wahrheit eben doch viel zu sehr ineinander verwickelt: Aisthetisches und Hermeneutisches *spielen* ineinander.

Es spricht vieles dafür, dass die Wirksamkeit von Musik in der Therapie auf einem Selbstmodellierungsvorgang beruht, der mit dem Gewinn der genannten Kompetenzen einhergeht. Er berührt sowohl das unmittelbare Verhalten und die bewussten Erfahrungsbereiche des Menschen als auch neurophysiologische Vorgänge, wobei das Verhältnis zwischen beiden Ebenen bisher nicht geklärt ist (und auch von seiten der musiktherapeutischen Forschung nicht zu klären sein wird).¹

Von einem konsistenten theoretischen Bezugsrahmen für diese überaus komplexen Prozesse, 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, sind wir noch weit entfernt. Meine Ausführungen werden jedoch in einem dahingehenden Vorschlag münden. Zuvor geht es darum, anhand einer spezifischen und klinisch gut beforschten, musiktherapeutischen Methode, der musikimaginativen Schmerzbehandlung, darzulegen, dass die eben schon von der Musik abgeleitete Notwendigkeit einer doppelten Beschreibung zweckdienlich ist, die beobachtbaren und vermuteten musiktherapeutischen Phänomene überzeugend darzustellen und Ansatzpunkte für Erklärungen zu liefern.

Das Phänomen Schmerz

Der Definition der *International Association of the Study of Pain* zufolge ist Schmerz ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird. Genau genommen 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 zunächst einmal das, was jemand spürt oder wahrnimmt. Die Beschreibung kann dann sehr unterschiedlich ausfallen, wie zum Beispiel bei Frau K.:

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.

1 Die hier zur Geltung kommende Verwendung des Begriffes ‚Wirksamkeit‘ deutet darauf, dass intentionale und nicht-intentionale Wirkungen inbegriffen sind, die jedoch nicht als einfache oder auch kompliziertere Ursache-Wirkungs-Relationen zu sehen sind, sondern als sich selbst organisierende und durch Interaktion mit der sozialen und musikalischen Außenwelt gelenkte Prozesse von Konfirmation und Modifikation. (vgl. Metzner 2004)

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.“

Soweit der deskriptive Ansatz, der, wie daraus ersichtlich ist, auch das umliegende Feld der mit dem Schmerz verbundenen Phänomene einbezieht. Dies ist auch der Fall bei dem heute gängigsten explikatorischen Ansatz von Schmerz, der einem systemtheoretischen Krankheitsverständnis entlehnt ist.

Demzufolge ist Schmerz mit physischen, psychischen, sozialen und gesellschaftlich-kulturellen, teilweise auch spirituellen Dimensionen vernetzt. 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. Es 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.

Aus diesen wenigen und auch nur sehr grob skizzierten Ausführungen wird schon deutlich, dass Schmerz unterschieden werden muss von der Wahrnehmung des Phänomens durch ein bewusstes Selbst und dass es 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 unterschieden werden zwischen dem Schmerzausdruck oder Schmerzverhalten und dem Sprechen über Schmerz:

Schmerzempfinden, das ist das unmittelbare sensorisch-affektive Erleben von Schmerz.

Schmerzwahrnehmung ist die Erfassung von Schmerz als einem Wahrnehmungsobjekt.

Schmerzausdruck ist die unmittelbare psychophysische Reaktion auf das Schmerzerleben,

Sprechen über Schmerz ist die Zeichenzuordnung zu dem wahrgenommenen Phänomen.

In diesen Punkten klingt 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 worden ist. Gerade in den vergangenen Jahrzehnten sind jedoch angesichts des Aufschwungs der Neurophysiologie 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. Allein an dem inzwischen häufiger verwendeten, englischsprachigen Terminus ‚Mind-Body-Problem‘ sind bereits Verschiebungen in der inhaltlichen Auffassung ersichtlich. Es werden dabei die theoretisch unterschiedlichsten Thesen zum Verhältnis der in Frage stehenden Entitäten vertreten: von strikten Dualismen – Mind und Body sind parallele Entitäten – bis hin zu physikalistischen Identitätstheorien – Mind und Body sind im Grunde dasselbe – 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 um das Mind-Body-Problem sind erschwert durch die unterschiedlichen Diskurse und die immense Komplexität der beteiligten Wissensgebiete, werden aber mitunter auch so vehement geführt, dass es für Angehörige einer anderen Profession erst recht schwer ist, die Argumente gegeneinander abzuwägen und einen Nutzen für das eigene Fach zu ziehen.²

Mein vorläufiger Lösungsvorschlag für die verschiedenen von mir genannten Begriffe ist eine Anordnung als Begriffspaare:

- *Schmerzempfinden und Schmerzwahrnehmung*
- *Schmerzausdruck und Sprechen über Schmerz*

2 Siehe hierzu: Ralph Erich Schmidt (2008): Der betörende Nimbus der Neurowissenschaften. http://www.nzz.ch/nachrichten/wissenschaft/der_betoerende_nimbus_der_neurowissenschaften_1.678905.html

Die Begriffspaare *Schmerzempfinden und Schmerzwahrnehmung* zum einen, und *Schmerzausdruck und Sprechen über Schmerz* zum andern, ermöglichen die beim Schmerz beteiligten Hirnleistungen zusammenzubringen und immer beide als gleichermaßen relevant anzunehmen: potentiell funktional und potentiell repräsentational. Dies ist ein bisschen gewagt, weil ich damit der Frage ausweiche, ob es sich nun um parallele, ineinander übergehende, sich wechselseitig beeinflussende oder identische Prozesse handelt, die sich zwischen Körper und Seele abspielen. Aber die Anordnung in Begriffspaare und die Bestimmung der beteiligten Hirnleistung als potentiell funktional und potentiell repräsentational helfen 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 neurophysiologische und die philosophische zu öffnen und damit sowohl für das klinische Verständnis als auch für die Forschung sozusagen traktabel zu machen.

Schmerzempfinden und Schmerzwahrnehmung

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

Akuter und chronischer Schmerz werden als unmissverständlich anwesend empfunden und gekannt, 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.

Schmerz wird normalerweise nicht als repräsentationaler Inhalt erlebt, auch wenn dies durchaus der Fall sein kann, aber die Gedanken, die im Verlauf des Hinspürens und 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 nun aber vollständig in das Körper-Selbstgefühl eingebettet und ist nicht ohne weiteres daraus zu lösen. Das heißt, mit dem Erleben von Nicht-haben-Wollen markiere ich hier gerade den Übergang von Schmerzempfinden und Schmerzwahrnehmung.

Sicher müsste man jetzt noch weiter als nur zwischen dem akuten und dem chronischen Schmerz differenzieren – z. B. Oberflächenschmerz/Tiefenschmerz oder Spannungsschmerz/Verletzungsschmerz –, aber das würde hier den Rahmen sprengen. Ich kategorisiere hier nur sehr grob in akut und chronisch.

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 eine gravierende Folge, nämlich dass der sonst sehr subtile Hintergrund des Leiberlebens im Vordergrund verbleibt und die phänomenale Gegenwärtigkeit des körperlichen Selbst-Bewusstseins auf einen Punkt fixiert ist.

Schmerzausdruck und 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 nicht nur wahrgenommen, sondern 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 es macht schon Sinn, diesem Zweifel nachzugehen, weil er uns nämlich 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? Eine Frage der Erkenntnistheorie.

Ludwig Wittgenstein, der sich mit dem Phänomen Schmerz intensiv beschäftigt hat, beantwortet die Frage sinngemäß etwa so: Es gibt keine hinreichenden Kriterien, die ein Urteil über das Vorhandensein und die Qualität von Schmerzen beim Anderen zulassen, aber es lässt sich beobachten, wie der Name Schmerz von diesem benutzt wird. Und 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 Erkenn-

nens und Urteilens, sondern im wesentlichen eine Praxis des emotionalen Antwortens ist. Mit anderen Worten, nicht eine Praxis der Reflexivität, sondern der Responsivität. Reflexivität und Responsivität muss man sich nicht unbedingt als zwei getrennte Welten vorstellen. So sieht es auch Wittgenstein.

Die Vorsprachlichkeit geht zurück auf den Schmerzschrei, 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, in diesem Fall also der Übergang in dem Begriffspaar Schmerzausdruck und Sprechen über Schmerz.

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 zwei bis drei 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.
- Ggf. 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 verkürzte 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 sie schließlich 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 Schmerz-erleben 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 sozusagen 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).

Theoretisch lässt sich dieser Erfolg aus anthropologischer Sicht dergestalt begründen, 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 subsumiere ich die musikalischen Aktivitäten unter Sprachspiel, ohne damit die Gegenstände Sprache und Musik gleichzusetzen.

Den Gedanken der beteiligten potentiell funktionalen und potentiell repräsentationalen Hirnleistungen aufgreifend, können aber noch weitere theoretische Erklärungen für das Wirken der Musik gefunden werden, wobei ich mich im folgenden ausschließlich auf die sog. „Schmerzmusik“ beziehe. Wie bereits zu Beginn ausgeführt, funktioniert dies am besten in Form einer doppelten Beschreibung, und zwar zum einen als crossmodaler Vorgang zwischen affektiv-sensorischem Schmerzerleben und auditiv-sensorischem Musikerleben und zum andern als eine musikalische Zeichenzuordnung zum Schmerz.

Crossmodale Vorgänge zwischen Schmerzerleben und Musikerleben

Bei den crossmodalen Vorgängen zwischen affektiv-sensorischem Schmerzerleben und auditiv-sensorischem Musikerleben dürfte ein Wahrnehmungsmodus leitend sein, den René Spitz (2005) schon in den 1950er Jahren beschrieb und coenästhetisch nannte. Dieser Wahrnehmungsmodus 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 ihnen erlebt sich das Individuum als lebendig. Auffallend ist, dass ganz besonderes die auditiv-sensorischen Gestalten ähnlich wie Schmerz wahrgenommen werden – z. B. pochend, reibend, scharf, dumpf, aber auch ähnlich wie Lindierungen von Schmerz z. B. auflösend, verklingend, perlend.

Meine Hypothese ist, dass durch eine größtmögliche Übereinstimmung von affektiv-sensorischem Schmerzempfinden und auditiv-sensorischem Musikempfinden das Prinzip der Synchronisierung oder Vereinfachung greift, nach dem das Gehirn gern operiert. Zwischen Musik und Schmerz wird dann u. U. vorübergehend nicht mehr unterschieden, auch wenn die Unterscheidungsfähigkeit grundsätzlich erhalten bleibt. Wenn dann die Veränderlichkeit und Flüchtigkeit von Musik ins Spiel kommt, dann würde via Synchronisation die Wahrnehmung des Schmerzes flexibilisiert. D. h. auf neurophysiologischer Ebene vollzieht sich ein Selbstmodellierungsvorgang, bei dem sich die wahrnehmenden Strukturen verändern. Dies wiederum hat zur Folge, dass sich das Empfinden für den Wahrnehmungsgegenstand verändert und damit auch der Wahrnehmungsgegenstand Schmerz selbst. Um diesen Vorgängen näher auf den Grund zu gehen, bietet sich die Zusammenarbeit mit den Neurophysiologen an, soweit die bildgebenden Verfahren überhaupt schon so ausgereift sind, dass sie solche Prozesse erfassen können. Erste Ergebnisse hierzu konnten experimentell nachgewiesen werden (vgl. Metzner et al. 2008).

Wenn es tatsächlich so wäre, dass das Wahrnehmen der Schmerzmusik in etwa so auf die Wahrnehmungsorganisation d. h. die neuronalen Verschaltungen im Gehirn einwirkt, dann müsste man als Musiktherapeut weiterfragen, welches methodische Vorgehen genau diese Prozesse begünstigt. Um des Prinzips der Synchronisation willen käme es mit Sicherheit sehr auf die Passung bzw. die Entsprechung oder sogar Gleichsetzung des unmittelbaren sensorisch-affektiven Schmerz- und Musikerlebens an.

Musikalische Zeichenzuordnung zum Schmerz

Wenn zwischen Musik und Schmerz, wie bereits gesagt, grundsätzlich unterschieden werden kann, dann kann auch ein anderes Verhältnis zwischen beiden erkannt werden: die Musik steht für den Schmerz. Dieses Verhältnis „steht für“ wird von

den repräsentationalen Hirnleistungen erfasst, zu denen wir anthropologisch gesehen seit unserer Selbstaufrichtung und der Fähigkeit zur Prävention in der Lage sind. Der Weitblick ermöglicht es dem Menschen auf eine Gefahr zu reagieren, bevor sie eintritt. Er handelt so, als ob sie schon da wäre.³

In der Schmerzbehandlung dürfte ebenso wie bei den eben geschilderten cross-modalen Synchronisierungen die Identifizierung des Schmerzes den Ausgangspunkt für die Repräsentation des Schmerzes bilden. Im Vergleich zum Sprechen über den Schmerz ist die musikalische Artikulation deutlicher ein sinnlich-symbolisches Phänomen. 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 als identisch anzusehen sind und auch nicht angesehen werden. Der Vorteil des Nicht-Identischen ist, dass aus dem passiven Erleiden von Schmerz eine Wendung ins Aktive ermöglicht wird, und zwar eben genau durch das Element der Differenz: „steht für“. In diesem Zwischenraum von „steht für“, gibt es Entscheidungsmöglichkeiten, Alternativen. Das allseits bekannte Konzept vom Winnicottischen Potential Space greift hier.

Wenn ich diesen Gedanken noch ein Stück weiterverfolge, dann wird deutlich, dass es bei der Schmerzmusik nicht einzig um die möglichst detailgetreue Darstellung von Schmerz 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 idealen Präsentation von Schmerz wird gefühlt (vgl. Welsch 1998, 90, bezieht sich auf Lyotard). Gelingende Übereinstimmung ist zwar die Idee, die das Unterfangen der Darstellung leitet. Im Ergebnis kommt es aber niemals zu einer tatsächlichen wie auch immer gearteten objektiven oder gar objektivierbaren Identität von Schmerz und Musik.

Dass daraus die Chance der Alternativenbildung erwächst, ist bereits angeklungen. Aber es gibt noch einen weiteren Vorteil, der damit zusammenhängt, dass die Schmerzmusik so wie jede Musik prozessual verfasst ist (Wellmer 2002, 154, in Anlehnung an Adorno). Indem sich die Aufmerksamkeit beim Produzieren und beim nachvollziehenden Hören der Musik auf das Verhältnis von Schmerz und von Musik richtet, entsteht ein Prozess, der als Synthetisierung zu verstehen ist. Die Synthetisierung geht mit der Zerschneidung von vorhandenen Synthesen einher, die gerade beim chronischen Schmerz ja die wesentliche Erschwernis bei der Behandlung darstellen.

Die Wirksamkeit von Schmerzmusik – ein Zwischenergebnis

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass für die schmerztherapeutisch relevanten, mentalen Selbstmodellierungs-Vorgänge wahrscheinlich die Synchronisation einerseits und die Repräsentation und das Empfinden für die Differenz von Reprä-

3 Vgl. H. Blumenberg (2007): S. 19.

sensation und Gegenstand andererseits eine Rolle spielen. Gerade das Empfinden für die – nicht sehr große – Differenz in der sinnlich-symbolischen Darstellung mittels Musik befördert repräsentationale Prozesse, die in allen Heilungsprozessen essentiell sind. Wir wissen das aus der Psychotherapieforschung, angefangen bei der Identifizierung und Problemaktualisierung, über die Vorstellung und Imagination bis zur Interpretation, Deutung und Bedeutung von Erleben und schließlich der Reflexion, dem Verstehen und der Verarbeitung des Erlebens.

Wenn ich meine bisherigen Aussagen nun einmal in einer Hypothese zusammenfasse, dann lautet sie so:

Die Wirksamkeit von ‚Schmerzmusik‘ beruht unter Berücksichtigung der beteiligten Hirnaktivitäten auf dem Prinzip der Synchronisation durch größtmögliche Übereinstimmung von Musik- und Schmerz-Erleben (funktionale Aktivität) und auf dem Prinzip der Synthetisierung durch das Empfinden der Differenz zwischen Musik und Schmerz (repräsentationale Aktivität).

An diese Hypothese schließt sich die Frage an, welche Forschungsaktivitäten notwendig sind, um sie zu verifizieren oder zu falsifizieren, und welcher theoretische Ansatz als Rahmen für diese Forschung aber auch für die klinische Tätigkeit geeignet wäre. Meine diesbezüglichen Überlegungen haben mich in den Bereich der Ästhetiktheorie(n) geführt, die mir im Gegensatz zu einem engeren psychologischen oder musikpsychologischen Ansatz vielversprechender scheint in Bezug auf die Möglichkeiten, zum einen neue Erkenntnisse aus den unterschiedlichen beteiligten Wissensbereichen kontinuierlich zu integrieren und zum andern entsprechend dem Gebot der Praxis, dem Reichtum, der Vielfalt und der Subtilität des phänomenalen Erlebens Rechnung zu tragen.

Ein ästhetiktheoretischer Ansatz: Die Haltung der aktiven Offenheit

Das Wissensgebiet der Ästhetik als Teilgebiet der Philosophie ist nicht systematisch durchstrukturiert, sondern es ist ein über Jahrhunderte gewachsenes, in sich verschachteltes und verwinkeltes Gebiet. Im Alltagsgebrauch hingegen werden die Begriffe „Ästhetik“ oder „ästhetisch“ allein im Zusammenhang mit der Schönheit von Gegenständen und dem guten Geschmack verwendet. Doch um eine Gegenstandsästhetik d. h. ein ästhetisches Urteil über einen Gegenstand soll es hier nicht gehen. Vielmehr richtet sich mein Augenmerk auf die ästhetische Erfahrung. Denn: „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 2003, 46) Dies gilt auch für Gegenstände wie Schmerz oder Musik. Sobald das sinnliche Sosein eines Wahrnehmungsobjektes überhaupt identifizierbar

ist, kann es auch ästhetisch wahrgenommen werden. Gemeint ist damit, dass Objekte dann ästhetische Objekte sind, wenn sie über ihr begrifflich fassbares Aussehen, Sichanhören oder Sichanföhlen hinausgehend in ihrer Art der Präsenz wahrgenommen werden. Die Fähigkeit zur empirischen Wahrnehmung eines Objektes ist nicht in Frage gestellt. Aber in einer Situation, in der ein Subjekt ein Objekt ästhetisch wahrnimmt – dies ist der Unterschied zur empirischen Wahrnehmung –, tritt es aus einer vorwiegend funktionalen, bemessenden, analysierenden oder benennenden Orientierung heraus. Die ästhetische Wahrnehmung ist nicht darauf ausgerichtet, was in dieser Situation erkannt oder handelnd erreicht werden kann, sondern ästhetisch wahrzunehmen, heißt dem zu begegnen, was sich zeigt, was den Sinnen und der Imagination hier und jetzt entgegenkommt und zwar zu allererst um dieser Begegnung willen. Das, worauf sich die ästhetische Wahrnehmung bezieht, gewinnt also seine besondere Kontur dadurch, *wie* sie sich auf es bezieht.

Für dieses „Wie“ ist eine Haltung der aktiven Offenheit leitend, die für unseren Zusammenhang relevant ist. Ich lehne mich dabei an die Ausführungen von Martin Seel (2007) an.

Interaktion des sinnlichen Vernehmens

Die ästhetische Wahrnehmung zeichnet sich durch eine Offenheit für die Interaktion des sinnlichen Vernehmens aus und zwar auch dort, wo es vorwiegend erst einmal ein Sinn ist, mit dem das Wahrnehmungsobjekt aufgenommen wird. Interaktion sinnlichen Vernehmens heißt: Ich lausche der Musik und empfinde meinen Körper. Das geht natürlich auch umgekehrt: ich empfinde Schmerz und erlebe Musik im Zusammenhang mit dem Schmerz. Daher ist die ästhetische Wahrnehmung ein grundsätzlich synästhetisches Vernehmen, das auf der Fähigkeit zu transmodaler Wahrnehmung beruht. Die Erkenntnisse aus der Neurophysiologie bestätigen dies (vgl. Emrich, Schneider 2004).

Das Erleben der unmittelbaren Gegenwart

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 handelt sich um das Gewahrsein der Präsenz einer jetzt und hier vorhandenen Gesamtsituation im Fluss der Ereignisse. Dieses Gewahrsein geschieht in einer Haltung des Sich-Überlassens, die alles andere als passiv zu verstehen ist. In dieser Haltung lausche ich der Musik, und ich erlebe mich als eine der Musik Lauschende. Auch hier scheint es neuronale Korrelate zu geben, doch wäre es verfröht, hier schon klare Aussagen zu treffen.

Die imaginative Ausführung

Die ästhetische Wahrnehmung ist jederzeit offen für eine imaginative Ausführung, Fortführung und Erweiterung, d. h. für ein sinnliches Vorstellen, das über die Wahrnehmung des So-Seins des Objektes hinausgeht und es mit einer Verge-

genwärtigung räumlich und zeitlich unerreichbarer Verhältnisse anreichert, ja regelrecht auflädt. Zum Beispiel: Ich lausche der Musik, empfinde meinen Körper, erlebe mich als Lauschende und erkenne darin einen Überschuss an Bedeutung, den dieses Erleben für mich hat. Das heißt, ich gebe der Situation eine Bedeutung, ich erfülle sie mit einem Sinn. Wenn ich hier wieder den Anschluss an die Neurophysiologie herzustellen versuche, dann werden hier Grenzen sichtbar. Denn es lassen sich bisher in den bildgebenden Verfahren zwar Hirntätigkeiten darstellen, nicht aber Inhalte von Gedanken erfassen. Indes gelingt der Anschluss an die Ausführungen zu den repräsentationalen Hirnleistungen mühelos.

Die Musik-imaginative Schmerzbehandlung aus ästhetiktheoretischer Sicht

Wie stellen sich die Vorgänge in der musiktherapeutischen Schmerzbehandlung aus ästhetiktheoretischer Sicht dar, und vermag diese Darstellung die Wirksamkeit der Methode erhellen?

Bei der Beantwortung dieser Fragen beschränke ich mich wiederum einseitig auf die ‚Schmerzmusik‘.

Die Patientin wird durch die Aufforderung, ihren Schmerz spürend zu identifizieren und in ein Sprachspiel im Wittgenstein'schen Sinne einzutreten, d. h. sprachliche und klangliche Beschreibungen zu finden, zu einem Monolog angeregt, der aus dem rein affektiv-sensorischen Empfinden und dem minimal repräsentationalen Nicht-Haben-Wollen hinausführt und in eine ästhetische Wahrnehmungshaltung gegenüber dem Schmerz mündet, indem die Patientin ihrem Schmerz begegnet. Durch die Einladung, den Schmerz klanglich wiederzugeben, wird eine Interaktion der Sinne angeregt, die einerseits eine neue Erfahrung für die Patientin darstellt, andererseits aber an das vorhandene Schmerzverhalten (Schmerzenschrei) anknüpft. Darüber hinaus ist die Verwendung des Materials Klang insofern nahe liegend, weil der Mensch die als unangenehm empfundenen Klänge leicht mit Schmerz assoziiert und weil zudem die Mechanik der Klangerzeugung – zupfen, streichen, reiben, schlagen – augenfällige Entsprechungen zum Körperempfinden beim Schmerz enthält. Wenn der Schmerz über seine empirisch fassbare Lokalisation und sein in der Stärke abschätzbares Ausmaß hinausgehend in seiner Art der Präsenz wahrgenommen wird, kann er zum ästhetischen Wahrnehmungsobjekt werden.

Dies hat entscheidende Vorteile für das Selbst-Bewusstsein. Das ästhetische Gewahrwerden eines Objektes steht zunächst in Kontrast zu anderen Formen des Bewusstseins, so insbesondere zur Selbst-Reflexion. Dennoch ist der Patientin zu jedem Zeitpunkt klar, dass sie selbst es ist, die den Schmerz identifiziert, die die Musik gestaltet und sie anhört.

Die besondere Gegenwärtigkeit des Gegenstands der Wahrnehmung, in diesem Fall Schmerz und Musik, ist so an eine besondere Gegenwärtigkeit des Vollzugs dieser Wahrnehmung gebunden. Die Patientin kann nicht auf die Gegenwart eines Gegenstands achten, ohne ihrer eigenen Gegenwart innezuwerden. Zwar ist die Aufmerksamkeit temporär völlig absorbiert 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. Die Patientin spürt sich – fühlen, hören, imaginieren und gestalten. Dieses Sich-Spüren während der Behandlung ist dem Versuch, nichts wahrzunehmen und den Schmerz zu anästhesieren, entgegengesetzt.

Die ästhetiktheoretische Sicht auf diese Vorgänge zeigt, dass dieses Sich-Spüren noch nicht automatisch etwas mit einer reflexiven Selbstbezüglichkeit zu tun hat. Es handelt sich vielmehr um ein spürendes Sich-gegenwärtig-Sein, das das Verweilen bei der sinnlichen Besonderheit von etwas begleitet. 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 das Gewahrsein und die Responsivität auf der einen Seite und für die Selbstreflexion und das antwortende Gestalten auf der anderen Seite. Bei letzterem wird das einfache Gegenwartserleben mit den kognitiven Inhalten höherer Ordnung verbunden, was die Kluft vom Tatsächlichen zum Möglichen, vom Körperlichen zum Kognitiven überbrückt (vgl. Metzinger 2006).

Was sich der Ästhetiktheorie zufolge im Vollzug der ästhetischen Wahrnehmung ständig verändert, ist die Art und Weise, in der körperliche, emotionale und kognitive Erlebnisinhalte integriert und ineinander gebettet und in einem Selbstmodellierungsvorgang umgebettet werden. An anderer Stelle habe ich vorgeschlagen (s. o.), bei der Produktion und Rezeption der ‚Schmerzmusik‘ von der Wirksamkeit zweier Prozesse, der Synchronisation und der Synthetisierung, auszugehen. Schmerzempfinden und Schmerzwahrnehmung sowie Schmerzausdruck und Sprechen über Schmerz werden ineinander gebettet und – wenn alles gut geht – im Vollzug so umgebettet, dass das Leiden unter dem Schmerz letztlich abnimmt.

In den vorangegangenen Überlegungen ist die therapeutische Beziehung, die wie in allen Therapien eine maßgebliche Rolle spielt, noch nicht ausreichend berücksichtigt worden. Die Ausführungen zur Ästhetiktheorie legen eine neue Sichtweise auf sie frei, eine Behandlungsphilosophie, die ich nur kurz umreißen möchte: Beide, Patientin und Therapeutin stellen 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 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 Gewahrsein der Gegenwart rührt an die Vergänglichkeit dieser wie jeder Gegenwart. Auch der Gegenwart des Schmerzes. Und auch Musik ist immer schon vergangen.

Ausblick

In der Gesamtsicht des hier zusammengetragenen Materials und der Argumente dürfte deutlich sein, dass in einer ästhetiktheoretischen Rahmensetzung die

Vielstimmigkeit von Dimensionen erhalten bleibt und dass Bezüge zu allen relevanten Wissensgebieten hergestellt werden können. Dazu gehören die anthropologischen, wahrnehmungs- und entwicklungspsychologischen, philosophisch-ethischen Theorien, die neurophysiologischen und psychologischen Erkenntnisse und letztlich auch die klinischen und musikalisch-künstlerischen Praktiken. Das Merkmal der (aktiven) Offenheit findet sich somit auch in dieser theoretischen Rahmensetzung. Aus meiner Sicht ist es weder für die musik-imaginative Schmerzbehandlung noch generell für die Musiktherapie überhaupt erstrebenswert, eine abgeschlossene Theorie zu entwerfen. Es reicht, wenn sie als eine Art relationales Zentrum für unterschiedliche klinische und wissenschaftliche Ansätze fungiert und darin hinreichend konsistent ist. Dies beinhaltet auch die Einsicht, dass doppelte Beschreibungen, Widersprüche oder gar Unbestimmtheiten die Konsistenz nicht untergraben. Schließlich ist es vielleicht ja gerade die Vergegenwärtigung von Möglichkeiten, auch von unerkannten wie unergriffenen Möglichkeiten, die eine Veränderung im positiven Sinne herbeiführen.

Literatur

- Blumenberg, H. (2007): *Theorie der Unbegrifflichkeit*, Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Bradt, J. (2001): *The Effects of Music entrainment on Postoperative Pain Perception in Pediatric Patients*. Dissertation Temple University, Philadelphia, 253 Seiten http://www.xpoz.com/jbradt/jbradt_dissertation.pdf, Zugriff 26.4.2006
- Dileo, C. (1997): Reflections on medical music therapy: Biopsychosocial aspects of the treatment process. In: Loewy, J. (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 and Medicine: Theoretical and Clinical Applications*.
- Emrich, H. M.; Schneider, U. (2004): *Musikalisierung des Lebens*. Vortrag in der Reihe „Geist, Psyche und Gehirn – inter- und transdisziplinäre Konzepte in der klinisch orientierten Kognitionsforschung“, Philosophisches Seminar der Universität Hannover/ Abt. Klinische Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover, www.klinische-psychiatrie.de/lehre/gpg/ 21.4.2004, 16.45h
- Grawe, K.; Donati, R.; Bernauer, F. (1994): *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*. Göttingen, Hogrefe
- Hermann, I. (1999): Ludwig Wittgensteins Schmerzbegriff 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.
- Metzinger, Th. (2006): *Being No-one*. In: Metzinger, Th. (Hg.): *Grundkurs Philosophie des Geistes* Bd. 1, mentis, Paderborn, 424–476
- Metzner, S. (2004): *Alterierte Akkorde. Musiktherapie im Wandel*. In: *Musiktherapeutische Umschau* 25/4, 291–299
- Metzner, S.; Rohlfis, F.; Hauck, M.; Engel, A. K. (2008): *Influence of Music on Pain Processing and Perception in Human Subjects*. Poster Presentation at Mozart and Science, November 16th–19th, Vienna, Austria
- 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.
- Spitz, R. A. (2005): *Vom Säugling zum Kleinkind*, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Thesen der Kasseler Konferenz (1998), in: *Musiktherapeutische Umschau* 19, 232-235
- Welsch, W. (1998): *Ästhetisches Denken*. Stuttgart: Reclam.
- Wellmer, A. (2002): *Das musikalische Kunstwerk*. In: Kern, A.; Sonderegger, R. (Hg.): *Falsche Gegensätze*. Suhrkamp TB, Frankfurt a. M., 133–175
- Wittgenstein, Ludwig (1997): *Philosophische Untersuchungen*. Teil 2, Werkausgabe Band 1. Frankfurt am Main, 489–580