

Empathie in der Musiktherapie - ein Mythos?

Susanne Metzner

Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Metzner, Susanne. 2005. "Empathie in der Musiktherapie - ein Mythos?" *Jahrbuch Musiktherapie* 1: 13–24. <https://doi.org/10.29091/9783752001839/003>.

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/>



Beiträge

Empathie in der Musiktherapie – ein Mythos?

Susanne Metzner, Magdeburg

Zusammenfassung

Ausgehend von einem mehrdimensionalen Empathiebegriff, der sowohl emotionale als auch kognitive Verstehensvorgänge einbezieht und im Zusammenhang mit neurophysiologischen Vorgängen zu sehen ist, wird Empathie als ein intrapsychischer und interpersoneller Prozess verstanden, der auf Wechselseitigkeit und Intersubjektivität beruht und die Anerkennung des Unkommunizierbaren einschließt. Dieser Ansatz wird in Bezug auf eine soziale Extremsituation und auf die Haltung des Therapeuten beim Improvisieren mit einer Therapiegruppe angewandt.

Abstract

Empathy in Music Therapy – a Myth?

Starting from a multi-dimensional empathy concept, which draws from an understanding of emotional, as well as cognitive processes, and viewed in relationship to neurophysiological processes, empathy is understood as an intrapsychic and interpersonal process, based on reciprocity and intersubjectivity and including the recognition of that which is incommunicable. This concept is applied in relationship to a socially extreme situation and to the therapist's approach during improvisation with a therapy group.

Einführung und seelische Deformation – eine Grenzsituation

Es waren die Gespräche als solche, die Erleichterung brachten. Es war das Klischee, das stimmt, wie Klischees eben oft irgendwie stimmen: wenigstens eine menschliche Stimme. In diesen 33 Tagen hat er insgesamt vielleicht eine Stunde mit dem Engländer gesprochen. Diese kurzen Gespräche, vielmehr Wortwechsel, waren Oasen in der Eintönigkeit. Manchmal erfuhr er etwas von draußen. Meistens etwas, das er lieber nicht erfahren hätte, aber das dicke Ende kam sozusagen hinterher, während des Gespräches war die Wohltat des Sprechens tonangebend. [...] Er mochte diese Stimme. Er fand sie sympathisch. Und das Gefühl konnte er analysieren, es war ihm unangenehm, aber er konnte es nicht auf Distanz halten. Er mochte, dass die Stimme Englisch sprach. [...] Manchmal, wenn er der Versuchung nicht widerstehen konnte [...], sich vorzustellen, wie es werden würde, wenn er wieder frei wäre, was er wem wie erzählen würde, begann er unwillkürlich, Englisch zu sprechen. (Reemtsma 1998, S. 177f)

Jan Philipp Reemtsma, der im Jahr 1996 von seinen Entführern 33 Tage lang angekettet in einem Keller festgehalten wurde, beschreibt eindrücklich, wie er dem sog. Stockholm-Syndrom zu widerstehen sucht. (Der Begriff „Stockholm-Syndrom“ geht zurück auf eine Geiselnahme in Stockholm, in deren Verlauf es zu beinahe freundschaftlichen Beziehungen zwischen Geiseln und Geiselnehmern gekommen war.) Reemtsma vermag sich dank seiner sozialwissenschaftlichen Vorkenntnisse mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln gegen die emotionale Nähe zu seinen Entführern zu stemmen, beispielsweise mit Hilfe der Selbstkommentierung oder der Selbstdistanz bis hin zur Ironisierung, einem Mittel, das einzig die Sprache, speziell auch in ihrer englischen Idiomatik bereithält. Doch Reemtsma beschreibt auch, wie er entgegen allen Anstrengungen zum Trotz doch scheitert, wie er sich voller Scham eingestehen muss, dass er die Wunschphantasie entwickelte, der Entführer möge ihn trösten, ihn körperlich berühren, die Hand auf die Schulter legen; wie er Selbstekel darüber empfindet, dass er in manchen Momenten nicht genügend Kraft aufgebracht hatte zu hassen, sondern im Gegenteil sich auf die Stimme des Engländers freute, eben weil es eine menschliche Stimme war. „Für den Entführten ist der Entführer die einzige wirkliche Realität außerhalb der Zelle – jedenfalls die einzige, mit der sich etwas anfangen lässt, über die es (vielleicht) lohnt, sich Gedanken zu machen, die einzige, die man (vielleicht doch) beeinflussen kann.“ (a.a.O. 180) Und die einzig mögliche, die einzig wirksame Beeinflussung geschieht nicht etwa durch gescheite Verhandlungen, nicht durch geschickte Taktiken sondern ganz schlicht: durch Einfühlung. Die Einfühlung des Ohnmächtigen in den Machthaber, d. h. in seine Art zu denken und zu fühlen, in seine momentanen Befindlichkeiten ebenso wie in seine inneren Repräsentanzen, seine Lebensentwürfe, seine Motivationen, Ambitionen und seine Einstellungen gegenüber sich selbst, gegenüber anderen Menschen und gegenüber der Welt – kurz: die Einfühlung in die Menschlichkeit des Gegenübers, so bitter das Wort Menschlichkeit in diesem Zusammenhang auch klingen mag, diese Einfühlung dient dem Opfer als Realitätsbezug und als – zumindest teilweise – Abwendung der Ohnmacht in der lebensbedrohlichen Situation. Der Preis für diese Einfühlung ist eine seelische Deformation, die unabhängig von ihrem Schweregrad irreversibel ist. Mit ihr muss der oder die Betroffene fortan weiterleben und alle ihm oder ihr nahen, mitleidenden Menschen.

Zur Verwendung des Empathie-Begriffs in der musiktherapeutischen Fachliteratur – Folgen für die Grundannahmen und das Selbstverständnis von Musiktherapeuten und -therapeutinnen

Der Begriff Empathie ist wohl *der* behandlingstechnische Begriff, über den es schulen-übergreifend den am weitesten ausgedehnten Konsens gibt. Alle sonstigen Differenzen scheinen in den Hintergrund zu treten. Möglicherweise gibt es einen kausalen Zusammenhang zwischen diesem Konsens und dem bemerkenswerten Umstand, dass der Begriff innerhalb der musiktherapeutischen Fachliteratur nur äußerst selten explizit verwendet wird, und wenn, dann so gut wie gar nicht näher definiert, geschweige diskutiert wird. Implizit scheint das Phänomen

Empathie hingegen allgegenwärtig zu sein, insbesondere in Falldarstellungen. Auf Fachtagungen werden teilweise beeindruckende Videomitschnitte präsentiert, in denen ein schreiendes oder ein stereotyp schaukelndes oder ein umherrasendes Kind mittels der von Empathie geleiteten Improvisation eines Therapeuten oder einer Therapeutin beruhigt, gelöst oder aufgefangen wird. Es sieht so aus, als dass die gesamte Aufmerksamkeit darauf gerichtet ist, sich gut genug in den jeweiligen Zustand des Kindes einzufühlen und daraus dann eine Musik zu entwickeln, um so etwas wie eine Wende (im Störungsbild) oder einen Durchbruch (durch den Widerstand) zu erwirken. So gibt es auch aus dem Bereich der psychoanalytischen Musiktherapie Beispiele, die diesen Eindruck offerieren: „Improvising in a holding environment, experiencing a continued ‚affect-attunement‘ with his therapist, and being mirrored in an empathetic way allowed Eli to get in touch with his feelings, to express them – in music and in words – and to feel the vital sensation of being understood.“ (Katz Nirensztein 2003 in: Hadley S. 225) Oder: „Because I do not correct his megalomaniac fantasies about being a genius, and because I try to meet him musically by matching and mirroring his music, he gets a feeling of being accepted, which is the first condition for our therapeutic alliance.“ (Mahns 2003 in: Hadley S. 54)

Empathie, wenn also auch nicht immer explizit benannt, wird in diesen und zahlreichen anderen Beispielen als zentrale Voraussetzung für eine qualitativ gute Beziehung zwischen Musiktherapeut und Patient angesehen. „In AMT (*Analytical Music Therapy, Anm. SM*), empathy is one of the preconditions for understanding.“ (Eschen 2002, S. 18) Gerade weil bisher eine nähere theoretische und kritische Reflexion zum Empathie-Begriff im Bereich der Musiktherapie fehlt, ist es an der Zeit, sich mit den Grenzen dieses Begriffes zu befassen, d. h. mit den Grenzen dessen, was er bezeichnet. Dies ist eine Voraussetzung für die weitergehende wissenschaftliche Fundierung der musiktherapeutischen Theorie, für musiktherapeutische Behandlungsansätze und besonders für den Umgang mit Empathie-Problemen in der Praxis, speziell beim Einsatz von Musik. Sich einzig auf den im Bereich der Psychotherapie vorhandenen Empathie-Begriff zu stützen, ist nicht unproblematisch, weil er dort ebenfalls häufig nur sehr verkürzt ‚Empathie = Einfühlung‘ gehandhabt wird.

Die drei Dimensionen der Empathie a) Einfühlung und Affektabstimmung b) Perspektivenübernahme und c) Einbeziehung des sozialen und interpersonellen Bezugssystems, in dem der Patient/die Patientin lebt, beinhalten sowohl emotionale als auch kognitive Verstehensvorgänge. Im Bereich der Musiktherapie will außerdem bedacht sein, dass der Einsatz von Musik, ob nun improvisiert oder komponiert, die Aufmerksamkeit von Therapeut und Patient absichtlich auf ein Drittes lenkt, was logischerweise nicht ohne Folgen für die sonst ausschließlich auf den Patienten gerichtete empathische Wahrnehmungshaltung bleiben kann. Bei Mary Priestley ist diese Triangulierung zwar schon angedeutet, doch für eine fundierte Konzeptentwicklung sind ihre Ausführungen noch sehr unspezifisch:

Die Musik des Therapeuten begegnet dem inneren Schmerz des Patienten mit heilender Sanftmut, oder sie wütet mit ihm gegen die Welt und gegen das Schicksal in einem

Duo rasender Bitterkeit. Aber sie ist immer voller äußerster Einfühlsamkeit. Mit seiner Musik kann der Therapeut zum Ausdruck bringen: „ja ich verstehe, ich fühle, was du fühlst, ich habe das auch durchgemacht“, ohne von diesen Gefühlen überwältigt zu werden oder in ihnen gefangen zu sein wie der Patient. Der Patient nimmt die Gefühle des Therapeuten auf, solange dieser spielt. Empathie ist etwas, das gehört und erlebt werden kann und die innere Leere ausfüllt. Sie ist nicht bloß ein Wort, das man leugnen oder anzweifeln kann. (Priestley 1983, S. 131)

Solch eine Aussage gepaart mit der überwiegend impliziten Verwendung und nicht erkennbaren – auch kritischen – Reflexion des Phänomens Empathie führt zu der Frage, ob es sich möglicherweise um einen Mythos handelt, also um einen Gegenstand, der mit verschwommenen und teilweise irrationalen, vielleicht sogar ideologie-ähnlichen Vorstellungen belegt ist. Dass einiges für diese Annahme spricht, ist beispielsweise daran ablesbar, dass innerhalb der Berufsgruppe niemand es riskieren möchte, als unempathischer Therapeut bekannt zu werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass dies geschieht, ist gar nicht einmal so gering, denn Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung scheinen heutzutage primär auf das Konto eines Versagens der Empathie des Therapeuten/der Therapeutin zu gehen, nicht aber, wie beispielsweise in der klassischen Psychoanalyse im Hinblick auf Übertragung und Widerstand analysiert zu werden.

Empathie wird als eine Fähigkeit angesehen. Folglich gilt bei Aufnahmeprüfungen zum Musiktherapiestudium auch die Empathie-Fähigkeit der Bewerber als Kriterium für die Eignung für den zukünftigen Beruf. Die eigentlich aus einer berufspolitischen Notlage entstandenen musiktherapeutischen Konzepte für schwer gestörte oder behinderte Klientengruppen einerseits und der generell innerhalb der Psychoanalyse anwachsende Einfluss der Selbstpsychologie samt verändertem Krankheitsverständnis (Stichwort: „frühe“ Störungen) haben dazu geführt, dass, wie auch die zitierten Beispiele zeigen, die Funktion des Musiktherapeuten überwiegend darin gesehen wird, als empathisches Selbstobjekt zu dienen und archaisch-narzisstische Bedürfnisse des Patienten aufzunehmen und zu verstehen. Dagegen ließe sich freilich der Vorwurf einer etwas zu einseitigen Konzeption erheben, vor allem aber ist darin die Tendenz zu einer Harmonisierung zu erkennen, die die Differenz zwischen Selbst und Anderem, zwischen Therapeut und Patient einebnet.

Freud sah in der Einfühlung den „Mechanismus, durch den uns überhaupt eine Stellungnahme zu einem anderen Seelenleben ermöglicht wird.“ (Freud 1921, zit. n. Wellendorf 1999, S. 10). Die gesamte humanistische Therapie nach Rogers ist auf dem Prinzip der empathischen Einfühlung aufgebaut. Unbestreitbar ist, dass Empathie ein sehr wesentlicher Bestandteil der therapeutischen Beziehung ist, doch unabhängig davon, wie groß die Bedürftigkeit des Patienten oder der Patientin nach Einssein, nach Spiegelung, nach Ausfüllen der Leere auch sein mag, eine Harmonisierung, die auf der Nichtbeachtung oder gar Verleugnung des Nicht-Einfühlbaren und Nicht-Kommunizierbaren beruht, kann nicht Sinn einer therapeutischen Beziehung sein.

Empathie

Von der Kunstwissenschaft zur Neurobiologie

Interessanterweise bezog sich der Begriff Empathie ursprünglich, das heißt Anfang des letzten Jahrhunderts auf das Verstehen von Kunstwerken. Die Herkunft des Begriffes lässt sich u. a. bis zu Herder zurückverfolgen. Es war dann der Sozialphilosoph Max Weber, der diesen Begriff in Übertragung auf das Seelische in seinem heute geläufigen Sinn etabliert hat. So wie das Einfühlen in diesem auf das „Verstehen“ des Kunstwerks gemeinten Sinn als das Hineinverlegen eigener Gefühle und Stimmungen in das Kunstwerk (oder den dahinter vermuteten Künstler) aufzufassen ist, so kann es sich bei der Einfühlung in andere Menschen auch nicht um ein wirkliches Verstehen, sondern lediglich um Analogieschlüsse vom eigenen Empfinden auf das Empfinden anderer handeln. Auch Theodor Lipps, ein deutscher Philosoph und Psychologe zu Beginn des 20. Jahrhunderts, wird als Vater eines Empathie-Konzepts für die Psychotherapie angesehen. Er verstand unter Empathie eine „innere Handlung“, ein von Wahrnehmungen begleitetes inneres Nachvollziehen. Während bei den Ansätzen von Freud („Einfühlung mit dem Ziel der Stellungnahme“), und von Weber („Hineinverlegen von Gefühlen um den Sinn eines Werkes, einer Mitteilung über Analogieschlüsse zu erfassen“), die Notwendigkeit anerkannt wird, sich hinreichend vom Erleben der Emotionen abgrenzen und erst so ihren Ursprung im Anderen erkennen zu können, spielt das Moment der Abgrenzung bei Lipps keine erkennbare Rolle.

Von seinem Konzept aus führt eine direkte Spur zum sogenannten Chamäleon-Effekt. 1999 hatte Tanya L. Chartrand von der Ohio State University nachgewiesen, dass sich Empathie auch in Äußerlichkeiten manifestiert. Das bedeutet, dass bei einer empathischen Wahrnehmungseinstellung auch Haltung, Mimik oder Gestik des Gegenübers unbewusst imitiert werden. Dies kann durchaus schon als ein Beleg für die in Therapien zu beobachtende, unwillkürliche Anpassung des Therapeuten/der Therapeutin an Körperhaltungen, vegetativ gesteuerte Körperfunktionen wie der Atemrhythmus, Muskeltonus oder sogar Verdauung ihrer Patienten angesehen werden.

Neuere neurobiologische Forschungen deuten daraufhin, dass sich die emotionale Einfühlung nicht nur in Äußerlichkeiten manifestiert, sondern umgekehrt, dass sie sogar erst über die unbewusste Imitation von Verhalten zustande kommt. 2003 veröffentlichten Marco Iacobini und ein international zusammengesetztes Forscherteam von der University of California, Los Angeles (UCLA) die Ergebnisse einer entsprechenden Studie (siehe www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.0935845100). Sie ließen Testpersonen Photographien von Gesichtern betrachten, die Gefühle wie Trauer, Wut oder Freude ausdrückten, forderten sie auf, die Gesichtsmimik zu imitieren und untersuchten die daraufhin einsetzenden Hirnaktivitäten mittels eines speziellen bildgebenden Verfahrens, dem sog. „functional magnetic resonance imaging (fMRI)“. Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass die Gefühle eines anderen Menschen verstanden werden, indem – hier stark vereinfacht wiedergege-

ben – zuerst frontale und seitliche Felder der Großhirnrinde aktiviert werden, die für Verhaltens- und Handlungsmuster zuständig sind. Von dort ausgehend wird der sog. Mandelkern aktiviert, der für gute wie schlechte Gefühle sorgen kann, die so genannte Insel – ein im Innern des aufgefalteten Gehirns verborgener Teil der Hirnrinde, der Bewegungen mit Empfindungen verbindet und schließlich das limbische System. Interessanterweise wurden dieselben Hirnprozesse in Gang gesetzt, wenn die Testpersonen lediglich die Aufgabe erhielten, die Photographien zu betrachten, allerdings war das Erregungsniveau signifikant niedriger. Die Forscher räumen ein, dass sie erstens in ihrer Studie Gefühle als Entitäten und nicht differenziert behandelt haben und dass sie zweitens auch nicht berücksichtigt haben, dass verschiedene Gefühle letztlich mit verschiedenen neuronalen Systemen verbunden sind. Daher ist es auch voreilig, von der Entdeckung der neurobiologischen Strukturen der Empathie zu sprechen, wie dies einige Kommentatoren schon tun.

An dieser Stelle sei ein Exkurs zu einer von Louven (2004) veröffentlichten Untersuchung zur Beurteilung von Gefühlsqualitäten von Stimmimprovisationen eingefügt. Es ging dabei um die Fragestellung, ob und in welcher Weise sich für eine Gruppe von 36 Probanden der emotionale Gehalt einer Stimmimprovisation über mediale Vermittlung erschließt und welche Unterschiede in Bezug auf Treffsicherheit und Differenzierung zwischen Video- und Audioaufnahmen messbar sind. Die Improvisationen betrafen die mimische und klangliche Darstellung von Grundemotionen (Angst, Ärger, Trauer, Freude, Zuneigung) (siehe hierzu auch Wosch 2002). Die Untersuchung ergab einen signifikanten Unterschied der Beurteilungsgüte zugunsten der Videomitschnitte (ohne Ton), was Louven zu der (vorsichtigen) Schlussfolgerung veranlasst, dass auch im therapeutischen Kontext der Videotechnik für die Praxisreflexion der Vorzug zu geben sei. Ohne jetzt grundsätzlich zu hinterfragen, welchen Sinn Improvisationen, die thematisch an Kategorialaffekten ausgerichtet sind, für die musiktherapeutische Praxis überhaupt haben, muss jedoch wie schon im Zusammenhang mit den neurobiologischen Forschungen festgehalten werden, dass der Weg weit ist von der Erkennung angeborener Kategorialaffekte beim Gegenüber hin zur therapeutischen Einfühlung viel komplexerer und von Widersprüchlichkeit gekennzeichneter emotionaler Erlebensweisen, die aufgrund von Entwicklungsprozessen und Lebenserfahrungen zustande gekommen sind. Ob dieser Weg vom Determinismus gekennzeichnet ist, darf vor dem Hintergrund der Erfahrungen in anderen Wissensbereichen, bei denen deterministische Weltbilder aufgegeben werden mussten, bezweifelt werden.

Trotz des eingeschränkten Geltungsbereichs der neurobiologischen Erkenntnisse auf die Einfühlung in Kategorialaffekte scheinen drei Aspekte für die (Musik-) Therapie von Bedeutung zu sein:

- Der Prozess emotionalen Erkennens beginnt beim Nachvollziehen von Handlung, Bewegung und Verhalten. (Damit ist noch keine Aussage über die Beteiligung weitergehender, emotionaler und kognitiver Prozesse und vor allem deren Vernetzung getroffen.)

- Imitation und mimetische Anpassung einerseits und Beobachtung andererseits unterscheiden sich, neurophysiologisch betrachtet, nur quantitativ. (Ob gleiches für die akustischen Äußerungen eines Gegenübers gilt, ist zunächst rein hypothetisch.)
- Sofern nicht bestimmte Hirnprozesse blockiert sind, kann das emotionale Erkennen anscheinend nicht wirklich verhindert werden. (Der Prozess des Bewusstwerdens eines emotionalen Erkennens ist damit nicht automatisch eingeschlossen.)

Angewendet auf Jan Philipp Reemtsmas Beschreibung seiner Entführungssituation lässt sich formulieren: Der Prozess des emotionalen Verstehens beginnt bereits bei der genauen Beobachtung des Verhaltens des Entführers und kann, da dies für das Opfer allein schon aus biologischer Sicht lebensnotwendig ist, d. h. da es um den Erhalt der Lebendigkeit im doppelten Sinn des Wortes geht, auch nicht verhindert werden. Gleichzeitig stemmt sich das Opfer gegen die durch Empathie entstehende Überfremdung, muss jedoch das (partielle) Scheitern gegen die eigene Natur erleben und die sich daraus ergebende Scham erleiden (vgl. hierzu ausführlich Amati 1990). In Extremsituationen wie Entführung, Misshandlung, Folter stehen dem Individuum nur bedingt noch reifere psychische Abwehrstrukturen zur Verfügung, wie Verdrängung, Verleugnung oder Reaktionsbildung, vielmehr ist das Opfer auf den Mechanismus der Dissoziation angewiesen, der die Einfühlung in den Anderen unterbricht. Gleichzeitig wird aber auch die Einfühlung in sich selbst unterbrochen und die der Angehörigen, die mit dem ehemals Entführten leben. Denn wie Reemtsma schreibt: „Der Normalität des, wenn ich so sagen darf, Entführungsalltags verweigert sich die Empathie.“ (zit. n. Wellendorf 1999 S. 16)

Wechselseitigkeit, Unbewusstheit, Uneinfühlbarkeit

Wenn der Empathie neurobiologische Prozesse zugrunde liegen, dann muss diesem Umstand in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient in besonderer Weise Rechnung getragen werden. Dies betrifft vor allem die Anerkennung von Wechselseitigkeit und Intersubjektivität der Beteiligten, oder anders ausgedrückt: die Symmetrie der intersubjektiven Einfühlung. Um daraus ein gutes und hilfreiches therapeutisches Beziehungsangebot zu entwickeln, ist es wichtig, die Ähnlichkeiten und Unterschiede zu alltäglichen Situationen zwischen Menschen ebenso wie zu Extremsituationen bestimmen zu können. Dieser Vergleich, der von therapeutischer Seite und nicht vom Patienten hergestellt werden muss, steckt einen Reflexionsbereich ab, der auf das Erkennen und die Akzeptanz von Anderssein, Uneinfühlbarkeit und Unbewusstheit gerichtet ist. (Der Ort des Nicht-Wissens wird in der psychoanalytischen Theorie und Praxis das Unbewusste genannt. Es entzieht sich dem Wissen, ist per definitionem nicht „wissbar“.)

Zur Illustration zunächst Therapie-Beispiel aus der Praxis von M. Becker, die mit schwermehrfachbehinderten Menschen psychoanalytisch-musiktherapeutisch arbeitet. Es handelt sich um eine Klientel, der aufgrund der besonderen Sprachlo-

sigkeit in gewisser Weise die Menschlichkeit und damit auch das Recht auf Leben aberkannt wird. Dieser Bezugsrahmen und die Konfrontation mit fremden, zunächst unverständlichen, reflexhaft wirkenden Verhaltensweisen stellen eine besondere Herausforderung dar, sich als Therapeutin auf den Prozess wechselseitiger emotionaler Einfühlung einzulassen:

So lachte Hans manchmal und freute sich, wenn ein unerwartetes, von ihm oder mir initiiertes Geräusch auftrat. Ich bemerkte, dass er sich häufig über ‚zufällige‘ Geräusche freute, vor allem – aber nicht nur – wenn er sie selbst erzeugte. So versuchte er gerne, den Stuhl umzuwerfen oder an den Gitarrensaiten zu zerren. Er lachte über das Geräusch, das auftrat, wenn er die Saiten losließ. Anfangs war meine Vermutung, er freue sich am Durcheinander, das er herstellte, den Ärger, den er mir machte, mir in die Quere zu kommen. Später wurde mir klar, dass es spezifischer das Unerwartete war, bzw. das Selbst-Herstellen von etwas Unerwartetem war, das spontane Freude bei ihm auslösen konnte. So ließ er die Gitarrensaite nicht oder selten gezielt los. Es passierte. Dadurch wurde Freude bei ihm ausgelöst, bei mir oft auch ein Schrecken. Wenn ich mich erschrak, freute sich Hans. (Becker 2003 S. 21)

Wellendorf (1999) geht davon aus, dass Empathie, neben der persönlichen, gleichsam privaten Fähigkeit eines Individuums, eine empathische Wahrnehmungseinstellung einzunehmen, das Produkt und die spezifische Qualität eines intersubjektiven Geschehens ist. Empathie sei demzufolge ein Relationsbegriff. Er schlägt einen grundsätzlichen Perspektivenwechsel vor. Seiner Auffassung nach handelt es sich um eine Beziehung, die es dem Analytiker ermöglicht, sich selbst und sein eigenes Erleben (Empathie) zu benutzen, um das Fremde im Eigenen und das Eigene im Fremden zu verstehen (vgl. Wellendorf 1999 S. 16ff). Maßgeblich beteiligt am Gelingen des empathischen Verstehens ist also der Patient selbst, der den Therapeuten bzw. die Therapeutin ‚beobachtet‘ und dessen/deren Verstehensprozess lenkt, ablenkt, hinlenkt. Dass dies auch von einem schwer mehrfach behinderten Menschen geleistet werden kann, zeigt das o. g. Beispiel sehr deutlich. Im Erleben des Schreckens und in der Freude am selbst hergestellten Unerwarteten treffen Eigenes und Fremdes in mehrfacher Hinsicht aufeinander – intrapsychisch und interpersonell –, die Differenz wird im therapeutischen Verstehen der Szene nicht aufgelöst, wie es bei Priestley zu sein scheint (s. o.), sondern toleriert. Es wird das Unkommunizierbare kommuniziert.

Die Anerkennung des Anderen und des Unkommunizierbaren sowie der Verzicht auf Harmonisierung beim Verständnis von Empathie ist besonders auch in der therapeutischen Arbeit mit schwer narzißtisch gestörten Patienten, Borderline-Patienten, traumatisierten Patienten von entscheidender Bedeutung. Für diese Klientel kann die einseitig einführende Wahrnehmungseinstellung des Therapeuten bedrohlich für die Aufrechterhaltung der psychischen Stabilität sein. Dies kann dazu führen, dass Patienten auf dem Wege der projektiven Identifikation ihre komplexe Abwehrorganisation in den Therapeuten/die Therapeutin exportieren und dadurch eine perverse oder immobilisierende Kontrolle ausüben. Mit dem

Verlust von emotionaler Beweglichkeit wird es dem Therapeuten/der Therapeutin unmöglich, sich einzufühlen, das Fremde ist zum Eigenen geworden, das Eigene ist usurpiert, vernichtet oder unerreichbar. Wenn dies nicht nur momentweise geschieht und in den Prozess des Durcharbeitens integriert werden kann, dann ist die Therapie beendet: Es kann sich kein spannungsvolles intersubjektives Feld mehr eröffnen, in dem das Spiel (Winnicott) stattfinden kann, das von der Freude verborgen zu sein und der Angst nicht gefunden zu werden, motiviert ist.

Zusammenfassung

1. Empathie beinhaltet emotionale und kognitive Verstehensvorgänge, die die Affektabstimmung und Einfühlung in das emotionale Erleben eines anderen Menschen betreffen, sowie die Perspektivenübernahme und Einbeziehung seines sozialen und interpersonalen Bezugssystems.
2. Empathie hat neurophysiologische Wurzeln und beginnt beim Nachvollziehen von Handlung, Bewegung und Verhalten.
3. Empathie ist ein Relationsbegriff und beruht auf Wechselseitigkeit und Inter-subjektivität.
4. Empathie schließt die Anerkennung des Unkommunizierbaren ein.

Empathie und Improvisation

Wohl kaum ein Kommunikationsmittel ist so beweglich, gegenwartsbezogen und daher anpassungsfähig wie die musikalische Improvisation zwischen zwei oder mehr SpielerInnen. Empathie-Vorgänge (dialogisch oder simultan organisiert) scheinen in musikalischen Beziehungen ohne Hindernisse vonstatten zu gehen, was von Musiktherapeuten oft als besonderer Vorteil herausgestellt wird. Kritiker der Musiktherapie sehen darin aber auch die Gefahr der Abstinenzverletzung und der Manipulation. Daher will ich im folgenden Abschnitt die o. g. Kernaussagen zum Empathie-Begriff im Hinblick auf ihre Bedeutung für die therapeutische Haltung beim Improvisieren in der aktiven Gruppenmusiktherapie überprüfen. Aufgrund meines psychoanalytischen Theorieansatzes liegt mein Hauptaugenmerk auf den Kernaussagen 3 und 4 (vgl. hierzu auch Metzner 2004). Ich beziehe mich auf ein musiktherapeutisches Konzept, bei dem der Therapeut/die Therapeutin spielend an der Improvisation beteiligt ist.

Von besonderem Interesse ist bereits der Beginn von Improvisationen, da in diesem Zwischenbereich, im Ungefährten oder musikalisch ausgedrückt: im Einstimmen, Einschwingen bereits die entscheidenden Weichenstellungen für die therapeutische Haltung vorgenommen werden.

Eine typische Situation – zumindest in der Erwachsenentherapie – wäre, dass sich nach einer Gesprächsphase die Beteiligten von ihren Stühlen erheben und auf die Suche nach den für den Moment passend erscheinenden Musikinstrumenten begeben. Die dabei entstehenden Geräusche (schurren, poltern, scheppern, klirren, knarren u. v. m.) werden nicht unbedingt schon als Beginn der Improvisation er-

achtet, doch die Teilnehmer kommen miteinander in eine Art von Kontakt, die vermutlich auch die nicht zu verhindernden, mit Empathie zu umschreibenden Vorgänge enthält. Mit großer Sicherheit handelt es sich um wechselseitige Anpassungsvorgänge (was die Abgrenzung nicht ausschließt) zwischen Selbst, Anderen sowie klanglicher und gegenständlicher Welt, die rasend schnell vonstatten gehen. Um präzisere Aussagen darüber treffen zu können, wie der/die einzelne auf dieses sehr komplexe Geschehen reagiert, welche Hirnprozesse ausgelöst werden und was dies letztlich neurophysiologisch dann auch bedeutet, davon ist die Forschung noch weit entfernt.

Der Übergang zwischen Gespräch (nicht mehr) und Improvisation (noch nicht) wird von therapeutischer Seite mit einer ruhigen, gleichschwebend aufmerksamen, empathischen Wahrnehmungseinstellung begleitet, um die Gruppe in ihrem dynamischen Gruppenprozess und aus ihrem inneren Bezugsrahmen heraus zu verstehen. Es handelt sich dabei um einen sowohl emotionalen als auch kognitiven (d. h. psychologischen und musikalischen) Verstehensvorgang. Dieser schließt den Versuch ein, die sich im Verlauf des Herumkramens und Ausprobierens mehr und mehr einstellende klangliche Konstellation mit den Ohren der Patienten hören und voraushören zu können.

Zeitgleich begibt sich die Therapeutin selbst auch auf die Instrumentensuche – zumindest dann, wenn nicht ein bestimmtes Instrument für sie von vornherein reserviert ist. Es handelt sich um eine Tätigkeitsverfassung, die ebenfalls Übergangscharakter hat: Regression im Dienste des Ich, Oszillieren zwischen coenästhetischer und diakritischer Wahrnehmung, zwischen Primär- und Sekundärprozess, zwischen Intuition und Intention, zwischen Warten, Sich-Überlassen und Handeln, zwischen Suchen und Finden – die Liste ließe sich noch fortsetzen. Neben der Bereitschaft, das eigene Handeln im Hinblick auf den Gruppenprozess und das mögliche Erleben der Teilnehmer zu reflektieren, ist für dieses Vorgehen eine Einstellung entscheidend, die einerseits in der Einwilligung zur handelnden Teilnahme, zur Beteiligung bis hin zur klanglichen Vermischung besteht, andererseits in dem Bemühen um die Schaffung von musikalischen Bedingungen, in denen sich die Gruppe und die einzelnen Gruppenteilnehmer entfalten können. Es gilt eine Position zu finden, die präsent und reagibel ist, die weder auf Separation noch auf Koalition bedacht ist, die Unaufdringlichkeit, Freizügigkeit und Geistesgegenwart in sich vereint.

Aufgrund der Verschiedenartigkeit der Gruppensituationen kann es keine Standardlösung für eine solche Position geben. Dies gilt für die gesamte Improvisation, denn sowohl die Komplexität des musikalischen Gruppengeschehens als auch die Einzigartigkeit und das Anderssein der einzelnen Patienten und Patientinnen setzen dem therapeutischen Einfühlungsvermögen reale Grenzen (vgl. Treurniet 1981). Folglich kann die Instrumentenwahl und Spielweise des Therapeuten/der Therapeutin niemals vollständig auf das Erleben und die Bedürfnisse einer gesamten Gruppe abgestimmt sein. Der Versuch, Empathie als eine „Methode“ gezielt einsetzen zu wollen, kann somit als Ausdruck der Phantasie angesehen werden, die unbewusste Dynamik der Gruppe beherrschen zu wollen.

Es liegen immer Ermessensspielräume, Interpretationsspielräume im therapeutischen Verstehen. Jede Art der musikalischen Begleitung ist schon eine Interpretation, ist eine Entscheidung gegen mehrere andere Möglichkeiten. Um Spiel- und Entwicklungsraum zu ermöglichen, muss daher beim Musizieren innerlich Platz gelassen, Leere zugelassen werden. Daraus entsteht beim therapeutischen Improvisieren eine paradox anmutende Situation, nämlich zu spielen und doch gleichzeitig innerlich still zu sein.

Ein weiterer Aspekt ist ebenfalls zu bedenken, nämlich dass besonders in der Anfangsphase einer Improvisation die entstehenden Klänge das Merkmal des Zufälligen tragen. Aus psychoanalytischer Sicht muss dies als Grenze anerkannt und respektiert werden, andernfalls dringt das Selbst der Therapeutin zerstörerisch in den Zwischen- bzw. den Entwicklungsraum (potential space) der Gruppe ein. Das Zufällige, Unabsichtliche ist Bestandteil von Improvisationen, die Überraschung, der Schrecken oder die Freude, die diese Klangereignisse erzeugen, provozieren das Erkennen von Eigenem im Fremden und von Fremdem im Eigenen. Diskontinuität und Alterität, die sich jeder Bindung und Integration, was auch heißt, jeder Empathie zu entziehen vermögen, rücken in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Anders ausgedrückt: Bei jedem Versuch des Einfühlens und Verstehens in die Musik von Patienten bleibt ein sich prinzipiell entziehendes Anderes – ein kostbarer Rückstand, den es zu bewahren, nicht aufzulösen gilt.

Schon vor dem ersten, zur Improvisation als zugehörig erachteten Ton kann der geräuschvolle Zwischenraum als potentiell Drittes, als außen liegender, gemeinsamer Bezugspunkt angesehen werden, der sich dann im Laufe der weiteren Improvisation nur umso deutlicher formieren und transformieren wird. Er wird unmittelbar auf die Beziehungen sowohl der Patienten untereinander, als auch zwischen Gruppe und Gruppenleiter/in zurückweisen. Daraus ergeben sich nun Freiheiten des musikalischen Ausdrucks für den Therapeuten/die Therapeutin, die über das Abwarten, das Begleiten und Sich-Anpassen (attuning, matching, mirroring, holding) hinausgehen – vorausgesetzt es gelingt, die Musik an die Stelle des Dritten innerhalb eines intersubjektiven Beziehungsgeschehens zu setzen bzw. darauf hinzuwirken, dass dies geschehen kann.

Wie aus dem vorangegangenen hervorgegangen sein dürfte, öffnen also Kernelemente der Empathie, nämlich Wechselseitigkeit und Intersubjektivität einerseits und Anerkennung des Unkommunizierbaren andererseits den Blick für die Erkenntnis, dass neben Korrespondenz- und Kontingenzerfahrungen die verändernde Potenz des Improvisierens in der Musiktherapie nicht zuletzt auch in dem Angebot liegt, das Befremdende ernsthaft an sich herankommen zu lassen.

Literatur:

- Amati, S. (1990): Die Rückgewinnung des Schamgefühls. *Psyche* 44, 724–740
- Becker, M. (2003): Die besondere Form der Sprachlosigkeit in der Beziehung zu schwer-mehrfachbehinderten Menschen – Der Rationale Mythos. Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) 9.7.2003, unveröff. Vortragsmanuskript, 22 Seiten
- Carr, L. Iacobini, M. et. al. (2003): Neural mechanisms of empathy in humans: A relay from neural systems for imitation to limbic areas. In: www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.0935845100
- Eschen, J. T. (Hg.) (2002): *Analytical Music Therapy*. London
- Hadley, S. (Hg.) (2003): *Psychodynamic Music Therapy: Case Studies*. London
- Katz Nirensztein, S. (2003): The Knight Inside the Armor: Music Therapy with a Deprived Teenager. In: Hadley, S. (Hg.) (2003): *Psychodynamic Music Therapy: Case Studies*. London
- Louven, C. (2004): Die Beurteilung der Gefühlsqualitäten von Stimmimprovisationen. Ein Vergleich von Ton- und Videoaufnahmen. *Musiktherapeutische Umschau* 25,2, 144–153
- Mahns, W. (2003): Speaking without Talking: Fifty Analytical Music Therapy Sessions with a Boy with Selective Mutism. In: Hadley, S. (Hg.): *Psychodynamic Music Therapy: Case Studies*. London
- Metzner, S. (2004): Einige Gedanken zur rezeptiven Musiktherapie aus psychoanalytischer Sicht. In: Frohne-Hagemann, I. (Hg.): *Rezeptive Musiktherapie*. Wiesbaden
- Priestley, M. (1983): *Analytische Musiktherapie*. Stuttgart
- Reemtsma, J. P. (1998): *Im Keller*. Hamburg
- Treurniet, N. (1981): Psychoanalyse und Selbstpsychologie. *Psyche* 39, 905–941 (1985)
- Wellendorf, F. (1999): Jenseits der Empathie. *Forum der Psychoanalyse* 15, 9–24
- Wigram, T., DeBacker, J. (Hg.) (1999): *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. London
- Wosch, T. (2002): *Emotionale Mikroprozesse musikalischer Interaktionen*. Münster / New York / München / Berlin

Prof. Dr.sc.mus. Susanne Metzner, Hochschule Magdeburg-Stendal, FB SGW,
Postfach 3655, 39011 Magdeburg