

NICOLA SCHEYT-HÖLZER, FRITZ HEGI

DER THERAPEUT ALS MANN UND MUTTER - DIE THERAPEUTIN ALS FRAU UND VATER.  
GESCHLECHTERNEUTRALES PARENTING IN DER MUSIKTHERAPIE

Als mich (NS) Fritz Hegi vor einiger Zeit fragte, ob ich an diesem Vortrag mitwirken wollte, sagte ich nach einigem Überlegen, dann aber gern zu. Natürlich, Mann und Frau in der Therapie - wie sind sie? Sind sie Mutter oder Vater? Wer ist wann was? - Fragen zu anscheinend vertrauten Themen, die sich mir im Nachdenken über mein therapeutisches Tun immer wieder einmal gestellt haben. Und Parenting ist in meinem "Privatberuf" meine vorrangige Aufgabe - ja, dazu würde mir etwas einfallen. Dies und das ging mir durch den Kopf, Therapiesituationen fielen mir ein ...

Mit der Zeit merkte ich jedoch, auf welches Glatteis ich mich begeben hatte. Genau das ist die Schwierigkeit: jeder weiß etwas über Mann und Frau, jeder hat Erfahrungen mit Vater und Mutter. Aber wie ist es jetzt genau damit? Und wie ist es in der Therapie? Und wie in der Musiktherapie? Klare Antworten habe ich trotz der Vertrautheit der Fragen bislang nicht gefunden.

Weiters stellten sich die Begriffe "Parenting" und "Nachnähren" als der Tagungstitel bei genauem Hinsehen als durchaus nicht ungefährliche Konzepte heraus, sind sie doch in manchen psychotherapeutischen Kreisen umstritten hinsichtlich ihrer Nützlichkeit und Anwendbarkeit in Therapien, bis dahin dass sie grundsätzlich in Frage gestellt werden. Berühmte Persönlichkeiten aus der Psychotherapie hatten sich darüber völlig entzweit, Ferenczi beispielsweise, ein Schüler Freuds wurde wegen derlei Ideen in den 30er Jahren aus dem Arbeitskreis der Kollegen ausgeschlossen. Andererseits: Alexander griff 20 Jahre später dieses Gedankengut, über das er bei Ferenczi noch sehr kritisch gedacht und geschrieben hat, in dem Begriff der "Korrigierenden Erfahrung" wieder auf.

Nun - ich stehe ja hier nicht allein, es wird ein Duett gegeben. Ich habe mich für den Part, den ich hier übernommen habe, entschlossen, kritisch vorzugehen, auch manches zu hinterfragen, ohne unbedingt Antworten finden zu müssen, - nur so konnte ich mich letztlich mit dem Thema auseinandersetzen. Für mich bleibt vieles offen, aber das mag sich ändern .... Der Zusammenklang wird es entscheiden.

Die Begriffe und Konzepte, über die wir hier referieren werden, werden von uns in verschiedenem Lichte angeschaut. Fritz wird sich auf philosophischem und humanistischen Hintergrund bewegen. Ich selbst versuche auch hier den Spagat, den ich als Musiktherapeutin an meinem Arbeitsplatz in der Universität immer wieder übe - durchaus einleuchtende, aber eher intuitive Ansichten und Überzeugungen zu verbinden, zu untermauern oder zu hinterfragen mit empirischen Fakten.

Wir haben den Vortrag in verschiedene analoge Abschnitte eingeteilt, ich beginne mit:

### 1. Teil:

#### Die Therapeutin als Frau

(Folie resp. Kasten:)

"Sie unterstreicht die hellen, warmen Seiten des Lebens. ... (Sie fördert) das Wahrnehmen von Bedürfniszuständen, weniger die zielgerichtete Bedürfnisabfuhr. Sie beschreibt "geben" häufiger als "nehmen". ... (Sie) zeigt im Vergleich mit ihrem männlichen Kollegen eine ungebrochenere Lust am Zeigen vor allem von eigenen Gefühlen, Stimmungen und Erlebnisweisen. ... Sie identifiziert sich mit dem schwächeren Partner in einem Macht-/Ohnmachtgefälle. ... Es entspricht dem Hervorheben objektverbindender Emotionen, dass ... (sie) im Vergleich zum männlichen (Kollegen) häufiger vom Leben, der Freundschaft und der Liebe schreibt als vom Sterben."

(Lisbeth Klöß, 1988)

Dies ist ein Zitat aus einer linguistischen Untersuchung - es wurden Fallberichte über Psychoanalysen ausgewertet hinsichtlich der geschlechtstypischen Sprachmerkmale von Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern, d. h. es wurde untersucht, was Frauen und Männer u. a. über ihre Patienten/Patientinnen und sich schreiben und wie sie es schreiben. Die genannten Sätzen fassen ein Ergebnis dieser inhaltsanalytischen Auswertung zusammen: es ist die Beschreibung der Gegenübertragung der Therapeutinnen, also der Prozesse, die in den Therapeutinnen ablaufen: wie sie sich sehen und empfinden, welches Selbstbild sie haben und was sie aus ihrer Sicht in die Therapie einbringen.

(Anmerken möchte ich, dass wir dadurch nicht wissen, ob die Analytikerinnen tatsächlich so gewesen sind resp. von den Patienten so wahrgenommen wurden. Auf diese mögliche Diskrepanz - ich empfinde mich so und so, aber wer weiß, ob mein Gegenüber das ebenso wahrnimmt - möchte ich ausdrücklich hinweisen.)

Das, was in diesen schönen Worten umschrieben wird, gibt ziemlich genau wieder, was in verschiedenen (sozial-)wissenschaftlichen Disziplinen immer wieder herausgefiltert wird hinsichtlich des Geschlechtervergleiches. Es zeigt sich, dass gerade die Eigenschaften, die Frauen per se zugeschrieben werden, quasi als Geschlechtsrollenstereotyp, die sind, die im allgemeinen von Therapeuten und Therapeutinnen erwartet werden und die diese (Männer wie Frauen) auch als selbstbezogene Ideale von sich haben wie z. B. akzeptierend, tolerant, warmherzig, intuitiv (Orlinsky et al. 1996).

Frauen gelten i. a. als interessierter an Beziehung als ihre männlichen Mitmenschen. Nun könnte man auf die Idee kommen zu sagen, dass, da Psychotherapie und damit auch Musiktherapie in der Beziehung stattfindet (Beziehungstherapie war ja eines der häufig gebrauchten Begriffe von Katja Loos), Frauen die besseren Therapeutinnen sind - das hingegen hat noch niemand, zumindest wissenschaftlich fundiert, herausfinden können.

Stattdessen verweisen Studien auf einen anderen wichtigen Aspekt: nicht so sehr die speziellen Eigenarten, die "statischen" Elemente (wie u. a. das Geschlecht), die ein Therapeut in die therapeutische Situation einbringt, sind ausschlaggebend und erfolgversprechend, sondern vielmehr die persönliche Ausgestaltung der therapeutischen Rolle (Cierpka et al. 1997). Was heißt das in unserem Zusammenhang? Es erweitert und verkompliziert: ich kann auf eine solche oder eine andere Art Frau sein, eine mütterliche, eine forschende, eine zurückhaltende. Darüber "entscheide" nicht ich allein, auch die Erwartungen der Patientin an die Therapeutin wird an dieser Stelle wirksam wie es das Konzept der "role responsiveness" (Sandler 1976) beschreibt, d. h. ich übernehme die Rolle, die der Patient mir zuweist. So müssen wir die Frage stellen: Bist Du, wie Du bist oder bist Du, was der Patient sucht oder fürchtet? Schachtel (1992) fand heraus, dass die Erwartungen an Therapeutinnen und Therapeuten mehrheitlich geschlechtsrollenkonform sind: Von Therapeutinnen wird mütterliches Verhalten erwartet, Therapeuten dürfen durchaus eine etwas distanziertere Haltung haben, die, wenn sie sie zeigen, Therapeutinnen verübelt wird. Diese Erwartung wirkt sich andersherum derart aus, dass Therapeutinnen sich z. B. mehr Verfügbarkeit abverlangen als die männlichen Kollegen.

Wie ist das in der Musiktherapie? Das Ausgestalten der therapeutischen Rolle geschieht bei uns in einem nicht geringen Maße auch über die Musik, das musikalische Verhalten. Wie gestalte ich die Therapiestunden als Frau und Musiktherapeutin? Ganz konkret: ich warte meist, bis der/die Patient/in sein/ihr Instrument gewählt hat, ich passe meine Wahl an, ich höre zu, ich begleite, ich spiele mit, ich widme ihm oder ihr für eine bestimmte Zeit meine ganze Aufmerksamkeit und Wertschätzung, ich mache ein Beziehungsangebot. Und damit bin ich in einer eher weiblich-mütterlichen Rolle.

### **Fritz Hegi: Der Therapeut als Mann**

Folie:

Mann und Frau sind grundverschieden.

Als Polarität sind sie Ergänzung und ahnen noch um das Ganze – als Gegensatz sind sie einander ausschließende und bekämpfende Wesen. (nach Jean Gebser 1977)

Der Therapeut stellt die Männerwelt dar, verkörpert das männliche Prinzip und verantwortet es.

Das ist ein heißes Thema und jede Position, die ich jetzt als Mann und Therapeut einnehme, kann einen antagonistischen Widerspruch auslösen - bei jedem von uns. Damit inszenieren wir auch ein Beziehungsspiel zwischen uns beiden als Referenten.

Ich versuche jetzt meine männliche Linie durchzuhalten und bitte um energetische Unterstützung dieser wenigen anwesenden Männer hier im Raum. Ich leite ein mit zwei Urvätern, die mit dem

Beziehungs - und Sexualitätsthema Psychotherapiegeschichte geschrieben haben: der eine ist Freud. Er war der eher „triebfixierte“ Theoretiker, der Sexualität als Triebfeder sozialen und kulturellen Handelns ansah. Die Konzepte der Sublimation, der Genitalität u.a.m. sind bekannt. Der andere, Jung, war ein eher „triebentsorgter“ Theoretiker. Er sieht die menschliche Psyche als zweigeschlechtlich, gleichgewichtig mit spirituellen und religiösen Dimensionen. Wir kennen die Konzepte des kollektiven Unbewussten, der Archetypen, speziell für unser Thema: Animus und Anima. Diese Großväter zeugten dann Väter für meine Thesen: die Vertreter der humanistischen Psychologie, vor allem der Gestalttherapie. Ich beziehe mich auf deren grundlegendes Konzept von Organismus und Umwelt. Die Beziehung zwischen Organismus und Umwelt und das Dritte zwischen den beiden ist in der Gestalttherapie der Kontakt. Wo der Organismus aufhört, beginnt die Umwelt - und umgekehrt. Beim Organismus-Begriff stoßen wir in der Literatur immer wieder auf weibliche Attribute: es geht z.B. um Bedürfnisse, um Körperlichkeit, um das Innere. Und beim Umwelt-Begriff geht es mehr um männliche Attribute: um Ansprüche, um Geist, um das Außen.

Ein Beispiel: wenn der Organismus Nahrung braucht, taucht das Bedürfnis Hunger auf und der Körper reagiert mit dem Wunsch zu Essen. Wenn umgekehrt die Umwelt den Menschen mit einem Sturm bedroht, organisiert der Geist sich Schutz und vergisst den Hunger. Beides braucht eine Handlung, beides ist manchmal Not, manchmal Glück und beides ist manchmal eine Kunst. Am Kontaktpunkt zwischen Organismus und Umwelt ist Erregung, dort treffen wir eben die Phänomene wie Befriedigung, Erfindung, dort entsteht auch das Kind, das Werk.

Wie vertragen sich nun „Frau-Organismus“ und „Mann-Umwelt“? Laura Perls hat gesagt: „Kontakt entsteht durch Akzeptation des Anders-seins“ und dies ist auch meine Grundhaltung in der Paararbeit. Das Ziel ist die Akzeptation des Anders-seins anstatt einer Werte-Konnotationen bei den Geschlechtern. In den Auseinandersetzungen des sogenannten Geschlechterkampfes ist diese urtümliche Haltung einer Wertfreiheit etwas in Vergessenheit geraten. Deshalb möchte ich nun einige Meinungen einbringen, bei denen die männliche Seite nicht durch Abwertung oder Entwertung beleuchtet wird, sondern das Anders-Sein des Männlichen im Vergleich mit der Frau egalitär bewertet werden kann:

- Der biologische Ansatz sagt organismusorientiert von der Frau: sie trägt das Kind innen aus; sie empfängt es in ihrem Bauch; sie geht schwanger mit ihrem Körper. Auf der andern Seite trägt der Mann nicht einfach nichts aus und schaut zu, er trägt das Kind außen aus, er trägt es in die Welt; er spendet den Samen und er geht schwanger mit der Umwelt. Steckt in diesem biologischen Ausgleich ein Schlüssel zur Balance von Mann und Frau? Ein weiteres Anders-sein ist die Tatsache, dass die Frauen am Anfang des Lebens physisch viel stärker sind, die Sterblichkeit ist weltweit kleiner und die Lebenserwartung höher. Bei Männern ist die Physis in der mittleren Lebensphase stärker: sie sind größer gewachsen und in jeder Sportart schneller und stärker als die der Frauen. Ist auch da schöpfungsgeschichtlich ein biologischer Ausgleich vorgesehen?
- Auf der psychosozialen Ebene ist bereits vielfach belegt und gesagt worden, dass die Frauen gefühlorientierter seien, dass sie eher die Bedeutung und Tiefe von Beziehungen ausloten, während die Männer eher handlungsorientierter, also fähiger sind zu entwerfen und zu bauen, die Oberfläche und Umwelt zu gestalten. Erich Fromm sagte: „Die Mutter schenkt dem Kind das Leben, der Vater führt es in die Welt.“ Und das gilt das ganze Leben lang!
- Auf der individuellen Ebene kann man sagen, dass Frauen eine größere Schmerzfähigkeit und eine größere Trauerfähigkeit haben, eher die nach innen gerichteten Gefühle pflegen. Männer haben eine größere Wut- und Aggressionsfähigkeit, sowie eine ausgeprägtere Faszinationsfähigkeit, also eher die nach außen ausgerichteten Gefühle. Während Schmerz und Trauer in die Tiefe des Organismus' reichen, bleiben Wut und Faszination mehr an der Oberfläche der Umwelt. Oberfläche wird gestalttherapeutisch als positive Kraft betrachtet, (nicht zu verwechseln mit oberflächlich), die Fähigkeit, im Hier und Jetzt zu bleiben.
- Auch der kulturell-philosophische Ansatz sagt von den Frauen, sie seien beziehungs-zentriert und von den Männern, sie seien freiheitszentriert. Drei Autoren, Carol Gilligan, Verena Kast und Michael Kohlberg sagen alle das Gleiche: in Konflikten reagieren die Frauen mit Anklammern und die Männer mit Fliehen. Frauen binden sich in die Beziehung ein und die Männer lösen sich aus der Beziehung, (lösen manchmal damit aber auch Probleme - Gelächter). Während sich Frauen mehr dem Sein, der Natur der Seele, der Intuition, der Ganzheit verpflichtet fühlen, sind Männer dem Bewusstsein näher, dem Geist, der Logik, dem Analytischen. Und daraus folgt der Gedanke zu einer oft geäußerten musiktherapeutischen Denkweise, wonach Frauen dem nach innen, zur Seele hingewandten Ohr näher seien und Männer seien dem nach außen gerichteten, dem analytischen Geist verwandten Auge näher.

Weitere Assoziationen ergänzen dieses Bild: Frauen sind der Erde, dem Wasser, dem Dunkel der Nacht dem Mond, eben der Tiefe, dem Kern des Seins wesensverwandt; die Männer dem Feuer, der Luft, der Helligkeit, dem Tag, der Sonne, der Weite und dem All.

Zum Beleg solcher biologischer bis kulturphilosophischer Thesen möchte ich einige Forschungsergebnisse aus der Gender-Forschung von Gerd Rudolf einbringen. Er untersuchte die Einflüsse der Geschlechtszugehörigkeit auf die Therapie und befragte eine größere Zahl von Therapeuten und Therapeutinnen. Dabei fand er signifikante Unterschiede in den beiden Haltungen: Die Frauen haben differenziertere Werthaltungen. Sie arbeiten mehr in die Tiefe. Männer haben dafür hilfreichere Instrumentarien. Sie sind pragmatischer, schneller und sichtbar wirksamer. Daraus folgt, dass im Therapeuten-Klientenverhältnis die Klientinnen am Ende der Therapie die Beziehung positiv einschätzen, die Klienten am Ende der Therapie den Ertrag positiv einschätzen. Bezüglich des Therapieerfolges gibt es interessante Paarungen: die größte Zuversicht besteht, wenn die Therapeutin Frau ist und die Klientin auch Frau; die kleinste Zuversicht besteht umgekehrt, wenn der Therapeut Mann und der Klient Mann ist. Die größten Ängste bezüglich des Versagens bestehen, wenn die Therapeutin Frau ist und der Klient Mann; die größte Faszination besteht, wenn der Therapeut Mann und die Klientin Frau ist (auch die größte Gefahr, wie wir wissen). Zum Klientenbild fand Rudolf: die Frauen haben oder äußern mehr Symptome, die Männer verdrängen, verschieben mehr Symptome, Frauen haben ein stärkeres Hilfesuchverhalten, sie benützen mehr therapeutische Einrichtungen und schätzen sich ambulant kränker ein. Die Männer outen sich dafür bis zum Umfallen, benutzen deshalb mehr medizinische Institutionen und schätzen sich stationär kränker ein. Die Frauen nehmen insgesamt mehr Medikamente, vor allem Tranquilizer, während Männer, wenn sie Medikamente nehmen, mehr zu Amphetaminen greifen. In der Therapiesituation haben die Frauen mehr depressive und psychosomatische Störungen, während bei den Männern mehr zwanghafte, schizoide und narzißtische Störungen auftreten. Und schließlich noch Resultate zu therapeutischen Fehlern oder Gefahren: Frauen sind altruistischer, Männer sind egoistischer. Frauen lassen Patienten hängen und binden sie gleichzeitig an, Männer manipulieren mehr und lassen sie gleichzeitig allein. Frauen brauchen weniger Worte und sind darin auch unklarer, Männer sind sprachlastig aber auch prägnanter. Frauen sind zu geduldig und öfter irrational, Männer stellen die Wissenschaft öfter über die Person.

Als Abschluss möchte ich noch auf ein Forschungsergebnis der Technischen Universität Darmstadt hinweisen, das in der letzten Musiktherapeutischen Umschau (Bd.22/3, 2001) in den „Notizen“ stand: Mit welcher Musik werden Männer und Frauen zu Höchstleistungen angespornt? Frauen brauchen aufputschende Musik, weil ihr Blutdruck durch ihr An-sich-halten tendenziell „eine zu niedrige Schlagzahl“ hat und Männer brauchen dämpfende Musik, weil ihr Blutdruck durch ihren ausagierenden Bewegungsdrang tendenziell immer zu hoch sei. Das ist doch sehr interessant!

**Musik-Improvisation: Sie führt an der Schlitztrommel, er folgt an der Flöte – zuerst Widerstand, dann finden sie sich. Zäsur. Jetzt führt er am Xylophon, sie folgt an der Trommel, auch hier zuerst Widerstand, der langsam ins Zusammenspiel mündet.**

## 2 .Teil:

### **Nicola Scheytt-Hölzer: Die Therapeutin als Vater**

(Folie oder Kasten)

Ich bin immer Frau und als solche nie Vater.  
Aber ich kann mich "väterlich" verhalten im Sinne von ordnend,  
strukturierend, triangulierend: Ermutigung zum Unterschied

Was ist väterlich? Vielleicht nähere ich mich der Antwort, indem ich erst einmal frage: Was ist männlich?

Sie kennen das Lied "Männer": Herbert Grönemeyer singt nicht nur,  
Männer sind schon als Babys blau,  
sie bauen Raketen, und  
führen Kriege, aber auch

nehmen in den Arm,  
 geben Geborgenheit,  
 weinen heimlich,  
 haben's schwer, nehmen's leicht,  
 sind furchtbar stark,  
 sind so verletzlich,  
 brauchen viel Zärtlichkeit.

Natürlich anders als Grönemeyer, der die Ambivalenzen innerhalb des einzelnen sowie der Gruppe aufzeigt, beschreiben es die Empiriker: In der Sozialpsychologie werden mit dem Geschlechtsrollenstereotyp "männlich" Adjektive verbunden wie: aktiv, unternehmungslustig, selbstbewusst, zuversichtlich, einsatzbereit, wenige körperliche Beschwerden, wenig psychosomatische Beschwerden, etc. (siehe Möller-Leimkühler 2000). In Untersuchungen über den Therapeuten als Einflussvariable auf den therapeutischen Prozess wurde das Geschlecht meist neben anderen Sozialdaten wie Alter, ethnische Zugehörigkeit, sozioökonomischer Status erfasst. (extratherapeutische Variablen). Klare Aussagen in Übersichtsarbeiten über einen geschlechtsgebundenen Einfluss gibt es kaum, erwähnt wird manchmal, dass das gleiche Geschlecht von Patient und Therapeut einen günstigen Einfluss hat. Zu kompliziert scheinen die vielen Einflussfaktoren zu sein wie Schulenzugehörigkeit, therapeutischer Stil, Haltungen, Erwartungsmuster etc. (Beutler et al. 1994, Cierpka et al. 1997) Vielleicht müssen wir uns auch mit dem Gedanken vertraut machen, dass die Unterschiede innerhalb der Gruppe der Frauen und der der Männer größer sind als die Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Hier kann das Konzept der Androgynie hilfreich sein. Lange wurde in der Geschlechterforschung mit einem eindimensionalen Modell gearbeitet - es gibt die Pole weiblich hier und männlich da und irgendwo dazwischen ist jede/r anzusiedeln. Diese unkritische Klassifikation findet sich auch heute noch in bekannten Persönlichkeitstest wie z. B. dem Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI, Fahrenberg et al. 1978)

Berühmt ist der Denkansatz von Bem (1974), die ein Modell der psychischen Androgynie entwarf: sie definiert Weiblichkeit und Männlichkeit als zwei unabhängige Dimensionen, die sich nicht mehr auf das biologische Geschlecht beziehen. Damit findet man bei Menschen unterschiedlich ausgeprägte männliche und weibliche Attribute, die die jeweilige Geschlechtsrollenidentität mitbestimmen.

Auf diesem Hintergrund kann ich mir wieder neu Gedanken machen zum Thema wie väterlich ich bin oder überhaupt sein kann, wie viele und welche männlichen Attribute ich in mir spüre, die ich mit väterlich verbinde und die mich Patienten und Patientinnen gegenüber väterlich erscheinen lassen. Psychodynamisch betrachtet werden meine männlichen Anteile u. a. mitgestaltet von meiner eigenen Vaterbeziehung, aber es beeinflussen mich in meinem therapeutischen Verhalten sicher auch via Übertragung die Erfahrungen des Patienten mit seinen männlichen Bezugspersonen.

Die Triangulierung ist hier ein wichtiges Konzept. Ich will sie nicht direkt vergleichen mit dem Nähren im Hinblick darauf, was wichtiger ist - aber sicher ist auch die Triangulierung zu einem bestimmten Zeitpunkt (lebens-)notwendig. Wenn wir das Parenting als eine gemeinsame elterliche Aufgabe sehen (und damit etwas weiter fassen als z. B. in der Transaktionsanalyse nach Schiff und Day 1980), dann ist auch der Vater als Dritter im Bunde unverzichtbar. Es gibt zwar so etwas wie ein "intuitive parenting", das allen Menschen angeboren ist. Auch wenn der Vater und damit Mann in seiner Sozialisation die Rollenzuweisung, Nährender zu sein, kaum erlebt hat, kann er etwas davon - und anderes umso besser. Zum Beispiel zu einer Dyade dazukommen, sie zu erweitern, Gemeinsamkeiten mit Unterschieden bereichern und damit zur Selbständigkeit zu ermuntern. Dieser Prozess des Triangulierens ist lebenswichtig, um nicht vor lauter Genährt-werden überbehütet und unbeweglich zu werden. Triangulieren ist mehr als nur eine Alternative, es ist der Mut zum Unterschied. Dieses Ermutigen ist ein wichtiger Aspekt in der therapeutischen Beziehung! Vielleicht stelle ich fest, dass es bei einer Patientin um ein Autonomieproblem geht, wo Nachnähren, d. h. das Initiieren eines regressiven Prozesses wenig nützlich, um nicht zu sagen kontraindiziert sein dürfte. Und dann ist es gut, wenn ich als Frau dafür Instrumente - gedankliche und Musikinstrumente - habe, um das zu bearbeiten:

- ermutigen, laut zu sein
- etwas für sich zu beanspruchen
- sich für sich einzusetzen
- etwas zu klären

Neues zu probieren  
und hier auch Modell zu sein,  
das mag die Therapeutin als väterlich erscheinen lassen.

Wir wissen, dass der Erfolg einer Therapie sowohl von emotionalen wie auch von kognitiven Prozessen abhängt. Ich muss mich also ganz aktiv auch kognitiven Prozessen zuwenden, um mit dem Patienten zusammen zu verstehen, um Einsicht zu ermöglichen. Für mich als Therapeutin gilt es, differentialdiagnostisch vorzugehen, meine männlichen Anteile - um das Rollenstereotyp hier einmal zu bemühen - zu aktivieren, um ein Problem gedanklich zu zerlegen, zu entscheiden, sich festzulegen (all das sind die Eigenschaften, die in den genannten Untersuchungen Männern zugeschrieben werden). Damit werde ich möglicherweise als ordnend und Struktur gebend, also väterlich wahrgenommen.

An dieser Stelle möchte ich auf das Konzept der "Hilfreichen Beziehung" verweisen, das Teichmann-Mackenroth bereits 1992 in Zusammenhang mit musiktherapeutischem Vorgehen dargestellt hat. Luborsky (1988) bezeichnet die "helping alliance" als den wesentlichen Faktor, der Therapieerfolg erklärt. Als hilfreich erlebt der Patient die Beziehung, wenn er das Gefühl hat, dass der Therapeut die nötige Hilfestellung gewähren kann, und wenn er die Therapie als einen Prozess erlebt, in dem er gemeinsam mit dem Therapeuten auf die Behandlungsziele hinarbeitet. Der Therapeut kann das seine dazutun, in dem er den Patienten wertschätzt, taktvoll ist und dessen Fähigkeit anerkennt, sich selbst genauer zu beobachten. Außerdem ist sein Verständnis für den Patienten wichtig.

Insofern könnte unsere Frage auch sein, wann und wie ich hilfreich sein kann, womit ich einen Beitrag liefern kann, damit der Patient sich weiterentwickeln kann? Natürlich kann das etwas "Versorgendes" sein, ein sich zur Verfügung halten, z. B. eine zweite Stunde pro Woche bereitzuhalten, wenn das notwendig erscheint, aber auch wieder zu begrenzen, wenn die Grenze keine Belastung, sondern eine Chance auf Weiterentwicklung darstellt. Aber es kann z. B. auch eine Grenzsetzung sein, eine Versagung der Versorgung, die jedoch das Erreichen von Unabhängigkeit in Aussicht stellt.

### **Fritz Hegi: Der Therapeut als Mutter**

Thesen auf Folie:

Der Therapeut ist immer Mann und als solcher nie Mutter.

Das Weibliche in ihm (Anima) ist aber dem Seelischen näher.

Das Mütterliche in ihm (Berufung) ist aber der Therapie näher.

Ich argumentiere jetzt gegenüber meinem eigenen Geschlecht paradox und vertrete provokativ die weiblichen Vorzüge in der Therapie. Ich meine, dass die Mütter die besseren TherapeutInnen sind. Und ich fange nicht bei unsern Müttern und Vätern an, sondern viel früher, bei Eva und Adam. Dazu grabe ich einen Artikel aus der MU von 1989 Band 3, Nr. 4 aus, worin unsere musiktherapeutische Urmutter und Patin dieser Tagung, Katja Gertrud Loos, den bis heute viel beachteten Artikel über „Weibliche Beweggründe im therapeutischen Handeln“ geschrieben hat. Und sie fing eben bei Eva und Adam an, ihrer Vertreibung aus dem Paradies und folgerte, dass wir als Männer logischerweise im Therapiegeschäft nicht so weit kommen können wie die Frauen. Denn Frauen und Mütter beißen in den Apfel vom Baum der Erkenntnis, begegnen der Schlange, also der Erotik und Sexualität mit Wagemut, versuchen die Verführung und geben emotionale Nahrung; während Adam sich hinter dem Baum versteckt und mit all diesen Begegnungsangeboten zögert. Er lässt sich verführen, zeigt sich abhängig, er meidet Erkenntnis und Erotik - und taucht dann ab. Wir erfahren über Jahrtausende nichts mehr, doch plötzlich taucht Adam als „Gott der Herr“ wieder auf. Er schafft dann Gesetze und Ordnungen, er bringt die Machtstrukturen in die Welt, während Eva auch verschwindet und irgendwann als Hexe wieder auftaucht. Und was machen daraufhin die Männer? Sie verbrennen sie! (Bis hierher frei nach G.K. Loos.)  
Der heutige Mann findet meist eine andere Möglichkeit, mit Hexen umzugehen. er lässt sich verzaubern, lässt die Hexen zaubern. Der Therapeut als Mutter hat sich von Großmüttern, Müttern und andern starken Frauen in eine Kunst des zauberhaften Kontakts einführen lassen. Diese Kunst ist auch im Therapiesetting verborgen.

Die Vorzüge der mütterlichen Kunst liegen darin, dass sie sich prozessorientiert, vielleicht auch verführerisch in die Tiefe einer Beziehung hinein arbeiten können. Sie entwickeln das Thema, sie haben mehr Geduld und mehr Toleranz für das Schwache und Verletzliche, das uns entgegenkommt. Die Mutter im Therapeuten hat einfach mehr Verständnis für das hilflose und liebesbedürftige Kind. Sie wagt im Sinne der Einfühlung auch mal alogische Experimente und vertraut ebenso irrationalen Erfahrungen. Sie ist fähiger, in einem Chaos auszuharren und ihre Schmerzfähigkeit ist nachweisbar viel höher. Abgeleitet von Chaos- und Schmerzfähigkeit ziehe ich in Bezug auf die Improvisationsfähigkeit folgenden Schluss: Mütter halten das (kindliche) Chaos besser aus, sie können länger leiden und gelassener drin bleiben in der fortlaufenden Unsicherheit einer freien Improvisation. Das Aushalten, eine der Hauptfähigkeiten in der therapeutischen Identität, ist bei den Frauen generell weiter entwickelt als bei den Männern. Eine Therapieberufung ist deshalb bei Frauen, besonders aber bei Müttern direkter und leichter aufzufinden.

Diese These wird unterstützt durch die Kritik an der männlichen Haltung (vor allem, wenn sie keine Väter sind): Sie klären eher ab als auf, sie sind mehr diagnostisch orientiert, sie greifen ein, sie greifen auf und sie greifen zu. Die Gefahr der Ungeduld und eben auch die Gefahr von Übergriffen, (nicht nur körperlich, auch im Gespräch, auch in der Musik) ist größer. Die Tendenz andererseits zur Flucht aus der Beziehung, zur Flucht in den Überbau, in die Metaebene zeigt die Schwächen gegenüber dem Wichtigsten in der Therapie, dem Kontakt und der Beziehungsfähigkeit. Übertriebene Abstinenz, emotionale Abwesenheit und das häufige „Darüber reden“ wirkt oft in die Therapiesituation hinein. Als Entartung verstehe ich es, wenn männliche Ordnungen und Strukturen in Zwänge umkippen, wenn Gerechtigkeitssinn zu einem Gefängnis wird und wenn Expansion zum Machtanspruch wird. Alles zusammengenommen wird erklärbar, weshalb Männer immer wieder die therapeutische Bodenarbeit fliehen und in die Verwaltung von Therapie, in die Diagnostik, die Beratung, die Wissenschaft oder in andere Funktionen um das therapeutische Felde herum abwandern.

## Dialogischer Teil

FH: Mit diesen provokativen Aussagen möchte ich den Diskurs ein bisschen öffnen und mit Dir, Nicola, reden - oder auch mit Euch im Publikum. Vielleicht gibt es Zwischenrufe und Protest zur These, dass das Weibliche und Mütterliche dem Seelischen näher sei, dass die Anima der Berufung zur Therapie näher sei.

Neben der Parabel von Eva und Adam gibt es auch noch den viel strapazierten Vergleich zwischen der Frau als Sammlerin und dem Mann als Jäger. Sie weisen in die selbe Richtung: die Sammlerin zentriert die Nähe, sie ist auf ein Thema bezogen; und der Jäger flieht in die Weite, streift in die Welt, seine Aufmerksamkeit ist überall.

Ich will noch einen Bogen zur Musik schlagen und K.G.Loos' Matrizenismus (im o.g. Artikel) aufbrechen. Sie sagte: die beiden archaischen Komponenten Klang und Rhythmus seien die Muttersprache der Musiktherapie. Wo ist dann die Vatersprache? Ich finde, der Klang ist mehr weiblich-mütterlich und der Rhythmus ist mehr männlich-väterlich. Findest Du das auch?

NSH: Ich kann mich dem tendenziell anschließen, aber ich würde es nicht so generell sagen. Ich habe nicht das Gefühl, dass wenn ich, wenn ich in der Improvisation eher rhythmisch spiele, immer nur das eine Prinzip, und wenn ich Klänge spiele, immer nur das andere Prinzip vertrete. Ist das Deine Meinung?

FH: Es ist die phänomenologische Zuordnung gemeint. In jeder Komponente gibt es natürlich auch weibliche und männliche Anteile. Es gibt den weiblichen Rhythmus und den männlichen Klang. Aber generell ist im Rhythmus für mich etwas von dem bereits erwähnten, vom Strukturieren, vom Ordnungen schaffen, von den Gesetzen der Zeit, vom Überblick u.s.w. Das ist doch ein sehr männliches Phänomen. In Afrika trommeln die Männer und die Frauen tanzen!

NSH: Vielleicht ist es der Umgang mit dem Rhythmus, dem Tanzen oder dem Bewegen. Auch da fällt mir wieder mein Mann ein, der im Vorfeld meiner Vorbereitungen sagte, erzähl doch mal wie's bei uns im Tanzkurs zugeht. Wir machen seit geraumer Zeit einen Tanzkurs, und er weiß immer den Rhythmus und auch die Schritte. Er kann also sagen: vor und zurück, rechts und links: Ich sage immer: spiel' doch mal die Musik, dann kann ich's schon. Vielleicht ist das so ein bisschen typisch männlich, typisch weiblich: dieses Hören und Umsetzen, diese verschiedenen Ebenen verbinden

können, umsetzen können, transformieren können, letztlich auch das was ja Daniel Stern immer wieder sagte. Diese amodalen Prozesse, die die Frauen ein bisschen von den Männern unterscheidet. Vielleicht kannst Du's besser, wenn ich Dir sage :jetzt trommel mal einen 4er gegen einen 7er. Du weißt sofort wie das ist und ich muss es erst probieren.

MANN aus dem Publikum: Es gibt ja eigentlich keine Rhythmus ohne Klang. Ein Schlagzeug mag manchmal ganz hart und aggressiv klingen aber es gibt andere Rhythmen, die klingen weich. Der Herzschlagrhythmus der Mutter, ist das jetzt ein väterlicher Rhythmus oder ein mütterlicher Rhythmus? Es ist wahrscheinlich ein mütterlicher Rhythmus obwohl wir ja nicht genau wissen, wie das Baby das empfindet. Insofern kann man das nur theoretisch trennen.

NSH: Ich merke, dass mir ein bisschen Unbehagen aufsteigt, weil wir musikalische Parameter mit männlich und weiblich und Mann/Frau verbinden und damit festlegen. Meine Absicht ist es, eigentlich genau in die andere Richtung zu gehen. Was ist was und unter welchen Bedingungen?

MANN aus dem Publikum: Ich vertrete auch eine These. Ich glaube, daß letztlich in beiden beides drin ist. Der Rhythmus hat als eine Ebene ja auch die Transformation durch das Repetieren und damit, als weiblichen Aspekt, die Trance ermöglicht. Der Klang enthält die Obertonstruktur. Das ist eine sehr klare Struktur, eine mathematisch festgelegte Struktur, was für mich eine männliche Qualität hat. Ich glaube, daß in beiden Ebenen beides möglich ist und wir schauen müssen, wann sind diese Strukturen im fliegenden Wechsel oder wann sind sie starr und nur einseitig - gespalten oder kommunikativ.

FH: Wenn in allen Ebenen, bzw. in allen Komponenten alles möglich ist, bekommen wir keine Methodik mit der Musik – und das ist, was ich anstrebe. Ich gehe zurück zu meiner provokativen These: die Mütter sind die besseren TherapeutInnen, weil sie dieser Urdee des Schöpferischen, des Nährenden, des Gebärenden, des Pfllegenden, des Schützenden, des Vertiefenden, des Regredierenden naturgemäß verwandt und darin begabt sind. Auch im Hinhorchen, im Warten und der Stille, in all diesen inneren, emotionalen Fähigkeiten sind sie biographisch, vielleicht auch biologisch besser gerüstet.

NSH: Ich gebe Dir Recht und widerspreche auch. Ich bin ausgestattet mit dieser Fähigkeit zu nähren, zu behüten und abzuwarten, aber ich bin, glaube ich, nicht zu jedem Zeitpunkt mit dem richtigen Maß dabei. Und das ist ein Problem auch in der Therapie. Es gibt wirklich Situationen, in denen dieses Mütterliche zuviel des Guten ist. Wo diese Kinder "dick und fett" werden, und sich vor lauter Genährtwerden gar nicht mehr bewegen können.

Was ich deutlich machen will, ist, es gibt auch ein zuviel, es gibt eindeutig ein zuviel.

Ich möchte auf eines von unseren Vorbildern, Michael Balint, zu sprechen kommen und greife damit unser Tagungsthema auf: das Nähren, das Nachnähren oder das Parenting. Ich habe eine klinische Darstellung gelesen von Parenting (Bettighofer 1996). Es handelte sich um die Falldarstellung einer psychiatrisch schwer gestörten Patientin. Das Parenting wird sehr ausdrucksvoll dargestellt. Das ging so weit, dass der Therapeut die Patientin in ihre Praxis aufgenommen hat und die Regression dieser Patientin soweit unterstützt hat, dass es tatsächlich hinging bis in die Situation, dass die Patientin sich verhalten hat wie ein Säugling, dass sie eingenässt hat, dass sie mit er Flasche gefüttert wurde und der Therapeut sie versorgt hat. Mich hat da ganze sehr verwundert, mich innerlich ein wenig zurückweichen lassen. Ich dachte mir, was sich dieser Therapeut eigentlich anmaßt, er hat immerhin eine erwachsene Frau vor sich, auch wenn diese erwachsene Frau sehr krank ist. Ist es wirklich so sinnvoll, soweit zurückzugehen, soweit in die Tiefe zu gehen? Wobei ich da auch frage, ob da die Tiefe wirklich die Tiefe ist, oder was das für eine Tiefe es ist, in die die beiden da zurückgegegangen sind. Möglicherweise hat das in dieser Patientin/Therapeut-Beziehung geklappt und war auch genau das Richtige, aber vielleicht ist das ja eine Ausnahme.

Ich fand einen Abschnitt bei Balint, den ich Ihnen hier in Erinnerung rufen will. Er schreibt: "Kein Mensch, kein Therapeut und keine Therapeutin hat die Verpflichtung, den Patienten für seine früheren Entbehrungen zu entschädigen." Balint sagt sogar: "Es ist zum Scheitern verurteilt, dem Patienten mehr Fürsorge, Liebe und Zuneigung zu geben, als seine Eltern." Die Vorstellung, ich kann da etwas wegmachen an Defizit, ich kann etwas auslöschen, was mal den Patienten sehr verletzt hat, ist falsch. Die Therapeuten der Transaktionsanalyse sind von diesem Modell ausgegangen, dass das möglich sei. Dem widerspricht m. E. auch, was Blanck und Blanck (1989) schreiben: Dem neurotischen Patienten ist - anders als dem psychotischen Patienten - der Als-ob-Charakter der therapeutischen Beziehung viel deutlicher und schmerzvoller bewußt.



Gerade die Ergebnisse aus der Säuglings und Säuglings-Bindungsforschung besagen aber, dass ich nicht da stehen bleibe und ich nicht irgendetwas entwickle in meinen ersten 6 Monaten, was immer so bleibt, sondern, dass ich permanent überforme. Ich überforme dauert meine Erfahrungen, ich bewerte immer wieder neu, ich mache immer wieder Erfahrungen und kann das korrigieren oder kann das Ergänzen. Ich erweitere was ich bislang erlebt habe und das ist so wichtig bei dem Konzept des Nährens und des Nachnährens. Auch wir Frauen müssen irgendwann sagen: „Ja, da hat der Patient eine Narbe. Da hat er einfach etwas nicht gekriegt, das kann ich auch nicht ersetzen..“ Ich möchte warnen vor diesem Omnipotenzgefühl: „Ich kann das alles machen, ich mache meine Patienten und Patientinnen glücklich, zu heilen Menschen.“ Nein, ein heiler Mensch kann ganz viele Narben haben. Er hat vielleicht die Möglichkeit oder ich habe dann die Möglichkeit mit dem Patienten darüber zu trauern, dass da etwas schief gelaufen ist. Dieses Trauern hat für mich auch wieder einen sehr gesundheitsfördernden Aspekt. Aber ich muss ja lernen: „da war mal was, da tat mit mal was weh, da sehe ich auch heute noch was, vielleicht bricht die Narbe aber auch manchmal noch auf, vielleicht eitert sie manchmal noch nach. Aber ich habe Ressourcen, mir ein Pflaster draufzukleben.“ Und das ist für mich das Nährende was ich anzubieten habe in der Therapie. Deswegen bin ich auch ein bisschen vorsichtig mit diesem Begriff „Nachnähren“. Ich kann nähren, aber ich persönlich möchte nicht sagen, dass ich nachnähre.

FH: Das ist eine gute, wichtige Einschränkung der Therapie auf das Machbare, Nicola. Es gibt keine Wunde, die wir einfach wegmachen können. Das ist wahrscheinlich eine Verirrung, die aus der naturwissenschaftlich überbewerteten Medizin kommt, der Machbarkeits-Medizin, wo alles weggemacht wird, was stört, medikamentös oder operativ. Psychische Traumata, psychische Wunden und Verletzungen bleiben aber mindestens als Erinnerung und als Narben bestehen. Wir sehen das gerade im Problem von abwesenden oder verlorenen Eltern. Wenn der Vater oder die Mutter zum Beispiel verunfallt oder früh gestorben war, habe ich mit erwachsenen KlientInnen gute Erfahrungen gemacht, wenn wir zusammen den inneren Vater, die innere Mutter nachbilden konnten, nicht nur als Übertragung auf den Therapeuten, sondern auch mit derartig ergänzenden, nährenden Beziehungen zu nahen Freunden und sogar zu Idolen. Aus verschiedenen Personen aus der Umgebung setzen wir eine neue innere väterliche oder mütterliche Instanz zusammen, bilden ein neues Autonomiegefühl und geben ihm oder ihr so auch die Verantwortung für das eigene Vater- und Muttersein wieder zurück. Dieses Nachnähren geht nicht mit dem Defizit vor, sondern, wie Gertrud Orff zu sagen pflegte, mit dem Profit. Der Profit ist die eigene innere Mutter oder der eigene innere Vater, d.h. Autonomie und Selbstverantwortung zu erringen. Der mütterliche Gewinn daran ist, Beziehungen zu sammeln, der väterliche, Freiheit zu gewinnen.

Darf ich an diesem Punkt eine männliche These anhängen? Wenn ich mal über den Rand der Therapiezimmer hinausschaue, dann ist in den letzten Jahren eine sehr männliche, therapiefreudliche Tendenz entstanden: die Kurztherapie ist zum Maß aller Dinge geworden. Die „Idee“ der Kurztherapie ist nicht nur ökonomischer Zwang, sie ist ganz klar abgeleitet von der männlichen Ungeduld im Verwalten der Therapien. Sie sagen, in der halben Zeit könne man(n) auch Therapien machen und über Gesetzgebung und Geldgebung greifen diese „Überflieger“ derart unreflektiert in die Therapielandschaft ein, dass das weiblich-mütterliche Schuldgefühl, wonach man immer zu wenig tut, auf eine gefährliche Probe gestellt wird. Es braucht Mütter und Frauen um wieder zu sagen, was Therapie braucht, was die (inneren) Kinder an Nahrung brauchen. Es ist gut, dass hier 80 % Frauen sind und 40% davon sollten über das Therapiezimmer hinaus in die Berufspolitik eingreifen, sonst ersticken wir in dieser „pressing atmosphere“ des männlich-therapeutischen Kurztherapiearbeitens. Das Weibliche an der Therapie darf keinesfalls einer Rationalisierung geopfert werden.

NSH: Wir Frauen kriegen auch eher Kurz- als Langzeittherapien bezahlt und müssen unsere Konflikte darauf abstellen, solange wir nicht in der Lage sind das zu verändern. Einige von Ihnen arbeiten ja in Kontexten wo die Patienten im stationären Bereich etwa 4 Wochen genehmigt bekommen, wo Sie die Patienten sechs bis acht Mal sehen. Was sollen sie in 8 Stunden Therapie nähren?

**Musik-Improvisation: Sie trommelt an der Conga – er macht Clusterklänge am Klavier.**

### 3. Teil:

#### Fritz Hegi: Väterliches Nachnähren

Folie: These, Frage

Kann das (innere) Kind über Klänge, Rhythmen, Melodien u.a. den frühen Hunger stillen – ohne Flucht in liebliche Musik und ohne Beschämung?

Auch diese Frage stammt aus einer These von Katja Loos im Artikel „Mutterklima – Vaterbild“ (MU Bd.18/1 1997). Um auf väterliches Nachnähren eingehen zu können, will ich an der von Frauen dominierten Musiktherapie drei Kritikpunkte vorausschicken.

1. Die Überbetonung des Beziehungsaspektes. Ich lese in allen möglichen Artikeln und Büchern Sätze wie: „die Wirkung von Musik ist nicht objektivierbar, deshalb entscheidet die Beziehung, das Subjektive“ oder „Musik ist austauschbar, die Beziehung nicht“ oder „es ist egal, was du spielst, es ist nur wichtig, wie du es spielst“ oder „jede Improvisation ist ein Abbild, ein Behandlungswerk der Beziehung“. Natürlich stimmt das alles. Nur wo ist die Musik? Und welche Musik? Mein Modell ist das Dreieck zwischen Therapeut/in auf der einen Seite, Klient/in oder Gruppe auf der anderen Seite und in diese Polarität wirkt das Dritte, die Musik hinein. Therapeut und Klientin haben auch noch je eine eigene Beziehung zur Musik. Und wir fragen, ob die Musik manchmal ein hilfreiches Drittes ist oder manchmal auch ein ablenkendes bis störendes Drittes. Ich komme darauf zurück.

2. Die Überbetonung der harmonischen, der harmonisierenden Musik. Musik wird als mystifiziertes Zaubermittel eingesetzt, die Improvisation erscheint darin als alles tauglicher Königsweg. Das Vermeiden von Dissonanzen, von Angriffigkeit ist auffällig. Offensive Konfrontation, wie sie z.B. ein Schlagzeug ein Saxophon gut rüberbringen, sie fehlt oft in den (weiblichen) Therapieziimmern. Die suggestive Zuschreibung, Musik sei etwas Feines und Schönes, sie sei einmalig, weil präverbal, nonverbal, pränatal, entspannend und sensibilisierend, wird einseitig und undifferenziert gebraucht.

3. Die Pauschalisierung der Musikwirkung. „Musik kann dies, Musik symbolisiert das, Musik wirkt immer ...“ u.s.w. solche pauschalen Versprechungen hören und lesen wir überall.

Aber welche Musik wirkt denn wann und wie? Was bringt eine spezielle Musik aus der o.g. Position des Dritten, von Außen in die Beziehung hinein? Das ist meine Frage als väterlicher Therapeut oder – wie Katja sagen würde - als patrizentrischer Musiktherapeut. Er zerlegt die Musik in ihre archaischen Wirkungsfelder und arbeitet mit ihnen wie ein Handwerker. Ich habe in meinem Buch „Improvisation und Musiktherapie“ eine phänomenologische Untersuchung gemacht über die Komponenten der Improvisation in der Musiktherapie, ein erkenntnistheoretischer Ansatz. Er gibt Orientierung wie eine Landkarte, ist mit dem Spielteil darin didaktisch und zielorientiert wie männliches Handeln. Im neuen Buch „Übergänge zwischen Sprache und Musik“ habe ich diese Theorie der Wirkungskomponenten in einer qualitativen Forschung umgesetzt und eine diagnostische, interventionistische und entwicklungspsychologische Methode abgeleitet. Ich habe gefragt: wo, wie kann väterliches Nachnähren mit der Komponentenmethode geschehen?

In jeder Komponente, sowohl im Klang als auch im Rhythmus, sind Animus und Anima enthalten, das wurde schon oben bemerkt. Damit bewegen wir uns aber im triebentsorgten Modell und wenn ich jetzt als triebbesorger Therapeut die väterlichen Teile betone, dann vertrete ich im Rhythmus die Vatersprache, arbeite mit Strukturen, mit Bindung und Abgrenzung und mit Kraft und Vitalität.

„Rhythmus ist Freiheit im Gesetz der Ordnung“, ein Zitat von Marius Schneider.

Ich arbeite mit Rhythmus eben da, wo Fragen des Überblicks, des Durchblicks, des Lebensstils, der Einbindung (Religio), des Tempos und der Komplexität u.a.m. auftauchen. Und ich bewirke mit binären, also 2-er und 4-er-Rhythmen das Männliche im Männlichen und mit den ternären, also der Dreierhythmik das Weibliche im Männlichen, etwa das schaukelnde und wiegende, das swingende auch im Mann.

Und im Klang differenziere ich das Weibliche im weiblichen Klang, zum Beispiel das lieblich-feine vom wütenden, groben, harten und spannungsvollen in Klängen, dem männlichen im Weiblichen.

Der Klang bleibt aber als Wirkungskomponente grundsätzlich weiblich, ein weiblicher Trieb, eine weibliche Energie, auch wenn ich mit dem Klang zur Dissonanz, sogar zum Geräusch, zur Hässlichkeit vordringe und neben dem schönen Klang auch den abweichenden oder abweisenden Klang aushalte. Die Aggression und der Zorn sind gleichwertige, auch dem Weiblichen eigene Gefühle.

Oder z.B. in der Melodie bezeichnen wir das helle, das klare des Tages als männlich, das dunkle, das diffuse der Nacht als weiblich. Auch hier haben wir zwei Geschlechter, in den Intervallen der Melodik: die Dur-Terz, aber auch die Sekunde als Spannung, als Abenteuer, ist dem Männlichen näher, ist ein väterliches Attribut.

Die Moll-Terz, das fließend-weiche der Sext ist mehr ein Weibliches, ein mütterliches Attribut. Die Sprache aller Melodien, der Lieder und Songs ist Mitteilung, ist Selbsteinschätzung, ist männlicher und weiblicher Ausdruck bunt gemischt.

In der Dynamikkomponente sind die männlichen Archetypen die Luft und das Feuer (die weiblichen entsprechend die Erde und das Wasser). Dem Luftigen entspricht das Laute. Alles was laut ist wird durch Luftschwingung produziert, nicht etwa durch das Material, sondern in der Luft schwingt der Donner, nicht in der Wolke - und das Feuer ist das Schnelle, das Rasende. Die Intensität, die Ekstase, der Tanz, auch der Verschleiß sind männliche, feurige Seiten der Dynamik. Sie wirken bis zum „Verbrennen“ von Ängsten, bis zur Auflösung von Blockierungen und Hemmungen. Wenn Männer mit dem Feuer und der Luft der Dynamik experimentieren, wird väterlich Angst abgebaut. Ich habe mit der Komponente Dynamik sehr gute Erfahrungen gemacht, Angststörungen zu behandeln (siehe Hegi: „Übergänge“ 1998).

Schließlich die Komponente Form: da sprachen wir vom Männlichen, von Väterlichen als dem Tragenden in der Welt. Das Analytische einerseits und die Komposition andererseits sind zwei Aspekte der Formgebung in der Musik. Das Formspendende und das Formsprengende, die Prinzipien, die Gesetze, die Regeln, aber auch die Sprengkraft und die Überschreitungen in neue Bereiche sind therapeutische Instrumentarien der Formkomponente. Es sind darin viele Attribute des männlichen, des väterlichen Handelns versteckt: der Aufbruch zum Erkunden der Welt, das Aufbauen und neu Zusammensetzen, das Verbinden und Zusammenhänge sehen, die Realität begreifen, die Welt ertragen.

Dazu nun noch ein Fallbeispiel:

Frau M. sie ist 48, hat drei fast erwachsene Kinder. Sie merkt, nach einem Hausfrauenleben von fast 25 Jahren, was ihr fehlt und was sie bedrückt. Nach verschiedenen Therapien bei Frauen, zu denen sie wegen Depressivität und Trennungsdrohungen hinging, wählt sie jetzt mich als Mann. Ihr Hintergrund: Sie verlor ihre Mutter mit 3 ½ Jahren an Krebs und die kurz darauf in ihr Leben tretende Stiefmutter lehnte Frau M. als Kind ab. Sie behandelte es wie eine kleine Rivalin und sagte ihr Sätze wie „Du wirst genauso wie sie“ (also die an Krebs gestorbene Mutter). Der Vater war ein Patriarch und Frauenverächter. Er schlug sie als Kind sehr oft, immer auf den nackten Hintern, und drückte ihr, weil sie einnässte bis in ein höheres Alter (wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Mutterverlust) regelmäßig das Gesicht in diese schmutzige Wäsche. Frau M. bekam von ihrer ersten sexuellen Beziehung, vom ersten Mann mit etwa 20 ihr erstes und dann noch zwei weitere Kinder. Sie hat die Pubertät dadurch eher ausgelassen als gelebt. Als sie in die Therapie kommt, fühlt sie sich schwach, farblos und depressiv. Sie stehe kurz davor, eine Kurzschlußhandlung zu begehen. Wo und womit konnten diese großen Verluste und Mangelenerfahrungen nachgenährt werden? Wie kann ein solcher Vater, wie können solcherart verlorene Mütter innerlich „neu gebildet“ werden?

Der Therapieweg durchlief mit den musikalischen Wirkungskomponenten kurz zusammengefasst folgende Stadien, die teilweise über längere Zeit anhielten:

Die erste Phase war durch eine explosive Atmosphäre geprägt. Es kamen extreme Spiele: laut werden dürfen, schreien und auch wieder still werden, sexuelle Abenteuer in der Imagination, Ausbruchsversuche. Das starke Mädchen tauchte auf. Diese Prozesse wurden gestützt und begleitet mit Spielen bzw. Experimenten der Dynamik. Keine andere Komponente schafft derart viele Möglichkeiten für Intervention zum Thema Angst und Hemmung, sowie Faszination und Aufbruch wie die Dynamik.

Dann kam eine Phase fehlender Kräfte. Sie merkte, sie hat zu wenig Energie, zu wenig Spannung für diesen Weg. Sie wollte angriffig werden, auch abgrenzend, sie wollte Bindung und Bindungslösung, sie wollte auch Spaß und Provokation, sie wollte Maß finden. Keine andere Wirkkraft als die Komponente des Rhythmus bietet mehr Möglichkeiten, damit zu arbeiten.

Die nächste Phase verlief hauptsächlich mit der Stimme. Sie experimentierte zuerst mit den Vokalen O und U und wirkte dabei sehr gehemmt. War es ein Rückfall? Es brauchte dann einen längeren Prozess bis sie zum öffnenden A, dann bis zum aggressiven E und zum scharfen I gelangte. Damit löste sie den Würgegriff ihrer Eltern und begann eine Auseinandersetzung mit neuen inneren Eltern, indem sie eben ihren Vater noch mal erfand, ihre Mutter noch mal erfinden konnte im Klang. Dazu dienten vorwiegend Klangexperimente mit Stimmvokalen und für sie stimmig klingenden Sätzen in erfundenen Liedern.

Die letzte Phase bestand darin, dass sie einen sehr eindrücklichen Traum zweimal hintereinander träumte: Ein behaarter Mann steht in ihrem Raum und lädt sie ein, ihn abzutasten. Ein solches Thema wird gefährlich für den männlichen-väterlichen Therapeuten. Welche Experimente bringen hier eine Nach-Erfahrung? Wir haben für gefährliche Themen den symbolischen Raum der Musik. Sie spielte mit verschiedenen Instrumenten diese Imagination, sie erkundete das andere Geschlecht wie in der Pubertät noch mal ganz neu. Da entstanden lauter Melodien, lauter Lieder zum Mann, über viele

Stunden hinweg. Sie fand am Schluss dieser Arbeit einen Song mit dem Text „born to be child“ in Anlehnung an „born to be wild“. In dieser Phase bricht sie ihr Eheleben auf, sie berichtet von neu aufkeimender Sexualität – nicht durch fremdgehen - sondern mit ihrem Mann. Er geht seinerseits in eine Therapie. Sie macht eine Ausbildung, findet neue Formen des Zusammenspiels von Familie, Bedürfnissen und Weiterbildung und wir spielen dieses Neubilden ihres Umfeldes, ihres Lebens mit den Möglichkeiten von Formspielen, dem Ganzwerden. Das vermag die Form-Komponente am besten: Chaos und Ordnung – Zufall und Sicherheit.

So habe ich mit ihr alle fünf Komponenten durchgespielt und an der neuen Komposition ihres Selbst gearbeitet. Die Musik, das Dritte zwischen ihr und mir bewirkte Unerhörtes, manchmal Sprunghaftes, weil eine solch ideale Entwicklung des Therapieprozesses in diesem Fall möglich war.

**Musik-Improvisation: Sie spielt larmoyant die Bedürftige auf der Leier, er fordert sie heraus mit dem Kontrabass.**

### **Nicola Scheytt-Hölzer: Mütterliches Nachnähren**

(Folie resp. Kasten)

Auch wenn ich nicht ersetzen kann, was versäumt wurde, können die Therapiesituation, mein Bindungsangebot und unsere Musik korrigierende Erfahrungen ermöglichen.

Wir Musiktherapeuten haben eine gewisse Neigung, große Begriffe manchmal etwas unkritisch oder pathetisch zu verwenden. Was ist dieses Nachnähren? Auch auf die Gefahr hin, dass ich mich wiederhole, wieder eine eher kritische Sicht. Nähren ist ein Begriff, der über das Zuführen von Kalorien hinausgeht. Er umfasst die affektive Zuwendung ebenso wie das Sicherstellen des biologischen Überlebens. Wir wissen, dass beides für das Überleben notwendig ist (siehe Harlows Primatenforschung in den 50er Jahren).

Nun wird das Wort "Nähren" ergänzt durch die Vorsilbe "Nach", was ein Defizit nahelegt. Aber kann ich bei jemandem etwas ersetzen, was vor 30, 40, 50 Jahren versäumt wurde? Kann ich in - im Verhältnis - wenigen Stunden, selbst wenn es 100 oder 200 sind, etwas tun, was im natürlichen Prozess über Monate und Jahre andauert? Was trauen sich Therapeutinnen da zu, was nehmen sie da für sich in Anspruch zu können?

Ich komme noch einmal auf Balint (1970) und sein Konzept der Grundstörung. Auch er hat vertreten, dass, indem ich dem Patienten einen Raum gebe zur therapeutischen Regression, zum Zurückgehen, auf diese Weise etwas erlebt werden kann, was in einem anderen Lebensabschnitt nicht ausreichend war. Sie merken jedoch an meinen vorsichtigen Formulierungen meine Zurückhaltung. Ich möchte zur Vorsicht mahnen! Beim Thema Nachnähren scheint ein Anspruch seitens mancher Therapeutinnen und Therapeuten durch, dem ich nicht wirklich zu folgen vermag.

Häufig fehlt mir in den Diskussionen über das Nachnähren der differentialdiagnostische Aspekt, den man bei Balint (1970, S. 202ff.) jedoch findet: Wann ist es angebracht, wann ist es schädlich? Denn es besteht auch in Therapien "die Gefahr einer übermäßigen Bindung, mit der Konsequenz, dass Therapie zur Dauerbetreuung entgleisen kann, statt das Erwachsenwerden zu fördern" (Kottje-Birnbacher 1994).

Auch über das Wie sagt Balint Entscheidendes: er betont die Wichtigkeit der "nicht-omnipotenten Beziehung" (S. 204). Nicht der "Besser-Wisser" hilft dem Patienten, sondern die "Ursubstanz", die ich für mich als tragende Beziehung übersetze. Die Mutter, so Balint, gibt nicht primäre Liebe, sie verhält sich wie ein primäres Objekt. Darin liegt m. E. der Hinweis auf das, was in der Therapie möglich ist und was nicht. Es geht um mehr Verständnis, nicht jedoch in Form von Fürsorge, Liebe, Befriedigung (a. a. O., S. 225). Nicht der Therapeut, sondern die therapeutische Situation ermöglicht Regression. Balint fordert vom Therapeuten Authentizität und Aufrichtigkeit beim Begleiten der Regression, beides ist - wenn wir jetzt speziell an die Musiktherapie denken - im musikalischen Tun nahezu unverzichtbar, das heißt also gut möglich. "Befriedigung, die die Erregung verringert" und "stilles ruhiges Wohlbehagen" (a. a. O., S. 225), beschreibt er weiter - auch das ist mit und durch Musik herstellbar.

Auch ich möchte bei all meiner Vorsicht eine Vignette vorstellen :

Eine Patientin kommt von sich aus zur ambulanten Musiktherapie und verweigert sich zunächst, in dem sie nicht spielt. Immer wieder versuchen wir zu verstehen, was dahinter steckt, finden allerlei

heraus, z. B. dass Musik für Lustbetontes steht, was im Leben der Patientin nicht vorkommen darf, dass Spielen für ein zweckfreies Tun steht, was sie schon lange verlernt hat, etc.

Nach einer großen Belastung durch eine schwere Erkrankung entwickelt sich über lange, lange Zeit hinweg ein Stundenmuster: Sie kommt, wir sprechen sehr differenziert über ihre derzeitige Situation, ihr Ergehen, ihre Probleme am Arbeitsplatz - worüber auch immer. Danach spielen wir - gemeinsam auf einem Instrument, einer großen Rahmentrommel, die wir zwischen uns auf den Boden legen. Wir spielen immer gleichzeitig, nicht abwechselnd, kürzeste Pausen in meinem Spiel werden von der Patientin als höchst verunsichernd erlebt, als drohe damit ein Beziehungsabbruch. Dieses Muster zieht sich hin über Monate, Stunde um Stunde. Zugegebenerweise habe ich mich damals manchmal gefragt, wo das hinführen wird, ob das richtig ist, dieses Langsame, Einengende, scheinbar immer wieder Gleiche. Ich wusste es nicht wirklich vorherzusagen, hatte aber dennoch das Gefühl, es nicht anders machen zu können.

Diese Patientin hat m. E. etwas erlebt, was sie sehr selten, wahrscheinlich zu wenig erlebt hat: dass jemand (zur vereinbarten Zeit) immer da ist, d. h. sich zur Verfügung stellt, dass jemand berechenbar ist, dass jemand sich ganz auf ihren Ausdruck einstellt, immer wieder und wieder, bis sie selbst bereit ist zu Veränderung. Musikalisch möchte ich unsere Entwicklung tatsächlich vergleichen mit einer Regression im Dienste des Ich - neben den hochstrukturierten Gesprächen, die wir führen, fallen wir in der Musik wie "zurück" auf andere Spielregeln: dieses gleichzeitige Zusammenspiel auf einer Rahmentrommel, dass nur in der Gleichzeitigkeit Sicherheit gibt, jede Pause, jede größere rhythmische Veränderung meinerseits ist eine potentielle Bedrohung. Die Musik ist nicht zwischen uns als etwas Drittes, in der Musik, durch das Musizieren ist es möglich, eine sich im Hier und Jetzt immer wieder neu bildende Nähe zwischen zwei Personen zu erleben. Dies findet über Wochen hinweg statt, in jeder Stunde neu und gleichzeitig genauso wie in der vorherigen Stunde.

Ich habe mich dabei nicht unbedingt als Mutter gefühlt, aber als jemand, die wie eine Mutter mit einem Kind umgeht - jedoch nur in den Zeiten des Musizierens. Kleinste Veränderungen wie wir das aus Beschreibungen der Säuglingsforschung kennen - z. B. die Mutter imitiert relativ genau, erlaubt sich aber eine kleine Veränderung, z. B. eine minimale Übertreibung - habe ich immer einmal versucht, häufig eher intuitiv als geplant. Und ähnlich unbemerkt wie im "normalen Leben" kann die Patientin etwas davon aufgreifen, kann irgendwann ihrerseits - und nur so geht es - verzögern, warten, mir damit signalisieren: ich kann nicht mehr nur hören, sondern auch zuhören. Das ist für mich ein Hinweis, dass ein Dialog möglich wird, eine Art Individuation, dass wir uns ein wenig auseinanderbewegen können, z. B. um die Musik zwischen uns zu betrachten, die Musik allmählich zu etwas Drittem werden zu lassen. Jetzt darf anderes dazukommen, Pausen im Spiel verlieren ihre Bedrohung, andere Klangfarbenmischen sich ein, jetzt können wir auch auf verschiedenen Instrumenten spielen, wir können über unsere Musik sprechen.

War das Nähren?

Musik-Improvisation: Er bricht an der Djémbe den Rhythmus immer wieder ab, sie gibt ihm am Xylophon Schutz.

Coda:

NSH: Untersuchungen ergaben, dass als psychisch androgyn eingeschätzte Menschen mehr Möglichkeiten in ihrem Verhaltensrepertoire haben als Personen mit einseitig ausgeprägtem Typus. Das ermöglicht - so die Autoren - ein erfolgreicherer Handeln sowie ein höheres Selbstwertgefühl (Bierhoff-Alfermann 1989).

Der androgyne Therapeut/die androgyne Therapeutin ist jemand, der/die sich ausreichend gut einschwingen kann auf die Bedürfnisse des Patienten/der Patientin, die fähig ist - wie Daniel Stern sagt - zum attunement, um herauszufinden, ob das Nähren, das Trauern, das Selbständigwerden an der Reihe ist, wann eine eher mütterliche und wann eine väterliche Haltung die passendere ist.

Blochs Satz "Die Hoffnung ist immer ins Gelingen verliebt", war eines der Lieblingszitate von Katja Loos. Immer wieder mit den Patienten und Patientinnen ihre Hoffnung zu teilen und damit etwas zum Gelingen in ihrem Leben beizutragen, ist meines Erachtens hilfreich und mehr als das kann ich nicht sein.

FH: Die Liebesgöttin Aphrodite, die Frau und Mutter der Göttinnen, zeugt mit dem Kriegsgott Ares, dem Mann und Vater unter den Göttern das Kind Harmonia. Harmonia ist heute im Sinn von Melos zu verstehen, als der schönen Gestalt. Sie ist die Musik und das Kind in einem, eben das Dritte. Das Kind – und wie ich meine, in der Musik die Melodie – ist das deutlichste geschlechterneutrale Wesen. Das Kind im Mann und in der Frau. Das innere Kind und damit das Spiel, die Spielfähigkeit. Sie ist die Nahrung, die von kaum einer andern Therapie besser „aufgetischt“ werden kann als von der Musiktherapie – und in ihr von der Improvisation, dem Spiel mit dem Spiel.

\*\*\*\*\*

#### Literatur:

- Balint M (1970) Therapeutische Aspekte der Regression. Klett, Stuttgart
- Bem SL (1974) The measurement of psychological androgyny. *J Consult Clin Psychol* 42:155-162
- Bettighofer S (1996) Neubeelterung als Methode in der Behandlung Schizophrener oder "Endlich kann ich das Kind sein, das ich bin". In: Hutterer-Krisch R (Hrsg) Psychotherapie mit psychotischen Menschen. Springer, Wien New York, S 354-368
- Beutler LE, Machado PP, Allstetter-Neufeldt S (1994) Therapist Variables. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York, p 229-269
- Bierhoff-Alfermann D (1989) Androgynie. Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechterrollen. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Blanck G, Blanck R (1989) *Jenseits der Ich-Psychologie*. Klett Cotta, Stuttgart
- Cierpka M, Orlinsky D, Kächele H, Buchheim P (1997) Studien über Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. *Psychotherapeut* 42:269-281
- Fahrenberg J, Selg H, Hampel R (1978) *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar, FPI*. Hogrefe, Göttingen
- Klöß L (1988) *Geschlechtstypische Sprachmerkmale von Psychoanalytikern*. Ulmer Textbank, Ulm
- Kottje-Birnbacher L (1994) Übertragungs- und Gegenübertragungsbereitschaften von Männern und Frauen. *Psychotherapeut* 39:33-39
- Luborsky L (1988) *Einführung in die analytische Psychotherapie*. Springer, Berlin
- Möller-Leimkühler AM (2000) Soziologische Aspekte psychiatrischer Erkrankungen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg, New York, S 231-258
- Orlinsky DE, Willutzki U, Meyerberg J, Cierpka M, Buchheim P, Ambühl H, SPR-Collaborative Research network (1996) Die Qualität der therapeutischen Beziehung: Entsprechen gemeinsame Faktoren in der Psychotherapie gemeinsamen Charakteristika von PsychotherapeutInnen? *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 46:102-110
- Sandler J (1976) Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche* 30:297-305
- Schachtel Z (1992) Der "unmögliche Beruf" aus der Geschlechterperspektive betrachtet. In: Alpert J (Hrsg.) *Psychoanalyse der Frau jenseits von Freud*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 249-68
- Schiff JL, Day B (1980) *Alle meine Kinder. Heilung der Schizophrenie durch Wiederholung der Kindheit*. Kaiser, München

Teichmann-Mackenroth O (1992) Zum Konzept der hilfreichen Beziehung in der Musiktherapie. Musikther. Umsch. 13:249-257

Thomä H, Kächele H (1986) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Band 1. Springer, Berlin Heidelberg New York