

Teil B: Reformulierung und Interpretation

Regeln zur Reformulierung und Interpretation	Seite 2
Reformulierungen und Interpretationen	
Herr Stein: Komposition Schmerz I-V, 40 Minuten	Seite 3
Herr Stein: Komposition Linderung VI-XI, 46 Minuten	Seite 10
Herr Talbach: Komposition Schmerz I-V, 25 Minuten	Seite 18
Herr Talbach: Komposition Linderung VI-XI, 32 Minuten	Seite 26
Frau Sand: Komposition Schmerz I-VI, 27 Minuten	Seite 35
Frau Sand: Komposition Linderung VII-XII, 15 Minuten	Seite 43
Frau Kiesel: Komposition Schmerz I-IV, 8 Minuten	Seite 50
Frau Kiesel: Komposition Linderung V-VII, 10 Minuten	Seite 53
Frau Linde: Komposition Schmerz I-VII, 36 Minuten	Seite 56
Frau Linde: Komposition Linderung VII-XIV, 34 Minuten	Seite 65

Regeln zur Reformulierung und Interpretation

1. Die Kompositionen Schmerz und Linderung wurden zusammengeführt und die Unterscheidung der beteiligten Therapeuten wurde aufgegeben.
2. Die Transkripte wurden sequenziert, mit römischen Ziffern und Zeitmarken versehen. Kriterien für die Sequenzierung waren Wechsel der im Kompositionsprozess verwendeten Instrumente oder der Spielweisen bzw. dazugehöriger Kommentare.
3. Es wurde jede Sequenz reformuliert, anschließend interpretiert und mit einer zusammenfassenden Metaphorisierung versehen.
4. In die Reformulierungen werden Original-Zitate (fettgedruckt) und Klangereignisse (rote Textfarbe) mit den dazugehörigen Zeitmarken übernommen. (Legende siehe Anhang C)
5. Die Interpretationen (kursiviert) orientieren sich ausschließlich an den wörtlichen Zitaten und an den Klangereignissen. Darüber hinaus gehende Interpretationen - meist zu psychisch auffälligen Phänomenen - sind hypothesenartig zu verstehen.

Herr Stein: Komposition Schmerz I-V, 40 Minuten

I.
0'00''-8'32''

In der initialen Sequenz geht es darum, die Terminfindung und das derzeitige schlechte Befinden des Patienten ausreichend zu bedenken, um anschließend noch einmal die bisherigen Gesprächsinhalte zu den Schmerzqualitäten, zur Schmerzgeschichte und zu den Umgangsweisen mit dem Schmerz zu rekapitulieren. Für die beiden im Vordergrund stehenden Schmerzqualitäten werden reichhaltige, metaphorische Sprachwendungen gebraucht (teils adjektivische und metonymische Metaphern: spitz, ziehend, stechend, strahlend; teils assoziativ-bildliche Metaphern: „wie ein Fluss“, „Sternchen vor den Augen“, „auf Grundeis laufen“, „jemand drückt so einen Stahldorn nach oben“).

Der Patient, der Wert darauf legt, dass es sich um eine physische Angelegenheit handelt (5'11'') kann mit der Vorstellung etwas anfangen, dass Schmerz in einen Zusammenhang mit klanglichem Geschehen gebracht werden kann: Er möchte Töne finden, um mit seinem Schmerz in einen Einklang zu kommen (6'58''), und er erinnert Erfahrungen mit Geräuschen, die physische Auswirkungen hatten:

„Ja, man merkt das halt, wenn man, wenn man auch Musik hört oder wenn man unterwegs ist, dass zum Beispiel (.) ein starkes Quietschen, wenn ein Zug hält (.) extrem in den Kopf rein fährt. Und wenn man vorbelastet ist, dieses noch stärker zum Tragen kommt. Während, wenn ich jetzt ihre melodischen Klänge gehört habe, merke ich, das ist mehr beruhigend und geht besänftigend mit dem ganzen Thema um. So, das sind mal so (.) grobe Beispiele. (7'40'')“

Der Patient willigt in das Vorgehen des Therapeuten ein, die beruhigenden Qualitäten von Musik bei der geplanten Komposition zur Linderung zu belassen und sich diesmal den verschiedenen Schmerzqualitäten zuzuwenden. Anknüpfend an das bisher Gesagte wird es daher auch verschiedenen Klangqualitäten geben. Der Therapeut fragt den Patienten nach seinen Einfällen (8'32'').

Patient und Therapeut brauchen eine geraume Zeit – ca. 8 Minuten-, um sich aufeinander einzustellen. Es ist, als müssten sie erst die Schmerzgeschichte noch einmal durchwandern, bevor sie in der Gegenwart ankommen können. Vielleicht hängt dies damit zusammen, dass der Patient, hochofensibel wie er ist, Musik im Alltag durchaus auch schon als intrusiv erlebt hat, seine Bedenken, sich mit Klängen, die mit dem Schmerz assoziiert sind zu beschäftigen, jedoch nicht zu äußern wagt, denn er scheint gleichzeitig besorgt als hypochondrisch zu gelten.

Gefahr der Intrusion, Vorwände

II.

8'32'' - 15'06''

In der folgenden Sequenz nimmt das Tempo der Dialoge ab, Spielen und Sprechen greifen immer mehr ineinander, und es gibt nachdenkliche Pausen.

Der Patient konzentriert sich zunächst auf seinen als permanent und dumpf beschriebenen Schmerz. Es geht darum, etwas klanglich Tiefes zu finden, das wiederum auch nicht zu langanhaltend ist. Indem er einen onomatopoeischen Ausdruck verwendet und „Chaka“ ruft (9'08'') bezeichnet der Patient das Gegenteil des gesuchten Klangs. Der Therapeut demonstriert einige Schläge auf einer tiefen Schlitztrommel, und der Patient gleicht sie nicht nur mit seinem Empfinden ab (9'17'' – „ein bisschen zu tief“ „so in der Richtung“), sondern äußert seinen Eindruck, durch den Klang beeinflusst zu sein. „Ich spüre das wie es im Kopf jetzt dröhnt. Also ich merke, dass das da (.) mit reinzieht.“ (9'35''). Der Therapeut ermutigt den Patienten, obwohl eine Grenzverletzung angedeutet wird, sich das noch etwas weiter zuzumuten, was dieser ohne weiter zu protestieren akzeptiert.

Es schließt sich eine Phase an, in der es um die Tonhöhe geht, und zwar so genau, dass die Unterschiede schon fast gar nicht mehr erfasst werden können, wie der Patient selbst sagt: „Also ich sehe da schon teils keinen großen Unterschied nach mehrmaligem Klopfen jetzt. Also diese zwei würde ich jetzt schon (..) näher in Betracht ziehen. (...) Von dem was ich jetzt spüre.“ (10'24''). Für den Außenstehenden, der nur auf den auditiven Eindruck ohne visuelle Orientierung über die Handlungen angewiesen ist, erstirbt der Klang nahezu. Auch der Patient selbst wird immer leiser (10'43''), Hintergrundgeräusche rücken mehr in den Vordergrund (10'57''). Der Therapeut, der noch eine klangliche Alternative mit etwas mehr Nachhall (Pauke? Rahmentrommel?) angeboten hatte, holt schließlich auch noch einen Dämpfungsring (11'04''), was jedoch nicht zum gewünschten Klangergebnis führt, so dass noch ein drittes Instrument, der Gong ausprobiert wird. Da dieser auch immer noch nicht „im Einklang“ (11'33'') ist, probiert der Patient selbst die Bassschlitztrommel, spielt dabei etwas schneller und unregelmäßiger (11'40''), als es der Therapeut zuvor getan hat, was dieser dann auch so gleich übernimmt. Im Anschluss an die Instrumentierung geht es um den Anschlag.

Thp: Jetzt können wir noch was ausprobieren. Nämlich mit anderen Schlägeln klingt es noch mal ein bisschen anders. (Schlitztrommel, härtere Schlägel, mf) Pat: Nee, äa (verneinend gemeint) Thp: Das nicht. Zu hart oder zu weich oder? Pat: Zu hart. Thp: Zu hart.(...)(unv.) (Schlitztrommel, mittelharte Schlägel, regelmässiges Metrum, mp) Pat: (unv.) gar kein Unterschied. (Schlitztrommel, mittelharte Schlägel, regelmäßiges Metrum, mp, ca 120) Thp: Der ist noch mal // so eine Nuance // Pat: //der ist dumpfer//, dumpfer // Thp: dumpfer, ein bisschen härter // Pat: Nee, das ist // schon das was da / Thp:// Eher die großen? // Pat: Hmhm (12'47'')

Auf dieser Grundlage werden weitere Differenzierungen vorgenommen und zwar in Bezug auf den Schmerz „Unterschwellig spürbar (.) aber nicht voll präsent.“ (14'46'') und auf Initiative des Therapeuten musikalisch auf das Metrum (13'15''), die genaue Tonhöhe (13'53''-13'56''), die percussive Spieltechnik (Einzel- oder Doppelschläge) und schließlich auf die Lautstärke (14'16''- 14'55''). Bei 15'06'' ist die Komposition (Schlitztrommel, mittelharte Schlägel, Metrum 120 pm, Einzelschläge, mp) für den permanenten Schmerz scheinbar abgeschlossen.

Bei seiner kompositorischen Arbeit hat der Patient eine Art der Referenz im Sinn, bei der Klangereignisse, so wörtlich, „im Einklang“ mit seinem (Schmerz-)Erleben stehen. Situationen, bei denen der Klang scheinbar auf ihn einwirkt, trachtet er hingegen zu vermeiden. Diese Gefahr scheint in dem Moment erst einmal gebannt, als der Patient selbst spielt, und der Therapeut – gewissermaßen im Einklang mit ihm – die Spielweise aufgreift.

Die Feinabstimmungen der klanglichen Parameter, bei denen sich sowohl der Therapeut als auch der Patient engagiert beteiligen, gehen ausgehend vom überraschenden Ausruf gleich zu Beginn, mit dem das Gegenteil demonstriert werden soll, schließlich soweit, bis Unterschiede zwischen den Klangereignissen nicht mehr wahrgenommen werden können, erst recht nicht für einen Außenstehenden. In der Musik soll ein Schmerzerleben präzise etwas aufgehoben sein, das unterschwellig spürbar, aber wiederum nicht voll präsent ist.

in Einklang kommen mit dem unterschwellig Präsenten

III.

15'06'' – 16'53''

Als der Therapeut sich vergewissern möchte, ob der gefundene Klang wirklich den permanenten, dumpfen Schmerz abdeckt und dazu zur Abgrenzung den anderen, den plötzlich stechenden Schmerz anspricht, ist der Patient sofort verwirrt (15'24''). Er beiligt sich zu erläutern, dass er das kontinuierliche Schlagen als ein Fließen versteht (15'46'') und verteidigt die Einfachheit der Komposition: „**Nein. Das ist, das ist also jetzt nichts mit, mit, mit Multi, Multi(.)tönen sonst irgendetwas sondern das ist einfach (unv.) als Tonbeschreibung der da einfach nach oben reinfällt.**“ (16'04'')

Therapeut und Patient ringen förmlich um verbale Beschreibungen (16'10'' ff.), ohne auf andere Begriffe als zuvor zu kommen. Nochmals verwahrt sich der Patient gegen vermeintliche Hinzufügungen durch den Therapeuten. „**Was anderes würde ich da nicht rein interpretieren wollen. Das wäre überladen dann.**“ (16'37'') Letztlich lassen sich die angesprochenen Schmerzattacken nicht mehr aus der Welt schaffen, und schließlich wenden die beiden sich ihnen zu (16'53'').

Wie fragil der gerade erst gefundene Einklang in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient ist, zeigt sich an den Reaktionen des Patienten auf eine Frage, die eigentlich auf eine Absicherung des gefundenen Klangs zielte. Die beiden verheddern sich regelrecht. In gewisser Weise scheint sich das zu verwirklichen, was der Patient beim Auftreten einer Schmerzattacke erlebt oder sogar eher noch das, was der Patient von seinen Interaktionspartnern permanent befürchtet, nämlich abgelehnt und fremdbestimmt zu werden. Es wirkt so, als sei dies für ihn Anlass, nun erst recht sein Gefühl für seine eigene Urheberschaft und für die Eigenart dieses Kompositionsteils zu festigen, das trotz oder gerade wegen all der vorangegangenen Ausdifferenzierungen eigentlich schlicht und einförmig sein soll.

***wider die verlorene Harmlosigkeit:
Perfektion des Eigenen, Kunst der Einförmigkeit***

IV.

16'53'' – 26'35''

Die als spitz und sich steigernd beschriebenen äußerst heftigen Schmerzattacken, um die es nun gehen soll, rufen ein Gefühl des Gefangenseins im Körper hervor (17'05'') und wirken extrem bedrohlich. Mithilfe der Metaphorisierung „Gewittergrollen“ gelingt es dem Patienten, im Therapeuten eine Klangvorstellung zu erzeugen, die er mithilfe der Springdrum umsetzt (17'40''). Der Patient kann wiederum sehr genau angeben, was an diesem Klang noch nicht passt, nämlich dass ihm die Spitze fehlt: **„Das ist nach (unv.) zu dunkel. Aber so, es geht schon so, mit dem Steigern ist es richtig. Aber das Endgeräusch ist zu, zu dumpf.“** (18'19'').

Therapeut und Patient einigen sich, dass dies also der Anfang bzw. Übergang ist und nach weiteren Klangmöglichkeiten gesucht werden soll. Auch der Patient begibt sich (stöhnend) auf die Suche, bleibt aber dabei anscheinend irgendwo im Raum stehen. Es folgt eine lange Phase, in der der Therapeut in einer wahren Tour d'Horizon ein Instrument nach dem anderen anspielt, worauf der Patient jedesmal unmittelbar reagiert, indem er (teilweise auch lachend) ganz klar Klangqualitäten („zu hart“ 20'27'', „zu dunkel“ 19'25'', „etwas, das nachgeht“ 20'43'') bzw. Materialeigenschaften („zu blechern“ 20'06'', „kein Leder“ 20'40'', „kein Holz“ 20'45'') oder emotive Klangeigenschaften („zu nervös“ 22'19, „zu gut“ 22'37'') benennt.

Als der Therapeut die Chimes vorführt, kommt der Patient wieder an den Punkt, wo der Klang einen Schmerz auslöst, ihm aber gleichzeitig eine Orientierung gibt: **„Also, das tut meinem Kopf weh. Das (.), das geht schon in so eine Richtung. Ja.“** (23'38''). Schließlich mündet die Suche bei hektischen Trillern bzw. Tonrepetitionen („schnelles Stoßen“ 24'28'') im Diskant des Klaviers.

„Also, auf dem Klavier kommen wir schon sehr nahe. Jetzt fehlt bloß noch da, der Takt wie (.), es ist nicht so schnell. Sondern (.), es baut sich auf, bis es ein permanenter (.) Schmerz ist. (.) So wie gesagt, diese halbe Stunde, die sich dann einfach da, präsent widerspiegelt.“ (24'43'')

Anschließend werden wie schon in der Phase zuvor präzise Bestimmungen bezüglich Tonhöhe, Dynamikgestaltung (Crescendo), Artikulation (Anschlag) und Nachhall (Pedalgebrauch) festgelegt (bis 26'08''). Der Patient bezeichnet den gefundenen Klang als „Echolot“ (26'04'').

Inmitten dieser Arbeit kommt es dem Patienten plötzlich so vor, als sei der Schmerz weg.

„Jetzt können wir mal eine kurze Pause machen. (kurzes Lachen) (4). Hm, jetzt muss ich/ (4) (leise) steigert sich (Flüstern)(...) Ich denke gerade (..) Es ist gerade weg (lacht).“ (26'35'').

Ausdauer und Gelassenheit des Therapeuten gerade nach der vorangegangenen Irritation und seine Orientierung auf den musikalischen Prozess tragen vermutlich wesentlich dazu bei, dass der Patient sein hohes Maß an Sensibilität und Eloquenz, die sich in der unmittelbaren Responsivität und Kommentierung von Klangqualitäten zeigen, voll entfalten kann. Zunächst werden Klangqualitäten als nicht passend ausgeschlossen. Eine Wendung ergibt sich, als der Patient den Klang der Chimes als schmerzauslösend empfindet. Dann erst ist der Weg frei für die heftig gestoßenen Tonrepetitionen auf dem Klavier, die für die Spitze der Schmerzattacken stehen werden. Sie bezeichnet der Pati-

ent als Echolot. Dies lässt sich in mehrererlei Hinsicht interpretieren: der Klang lotet den Schmerz wie ein Echolot aus, oder der Schmerz selbst fungiert als Echolot. Der Schmerz würde dann eine Suche repräsentieren, die ins Leere oder ins Unerreichbare geht.

Es ist als würden Patient und Therapeut sich gemeinsam spiralförmig dem nähern, was den Patienten sonst von seiner Umwelt isoliert. Indem der Patient bemerkt, dass seine Bemühungen, dem Interaktionspartner (Interpreten) sein musikalisches Erleben bekannt zu machen, fruchten, kann er auch ganz eigenständig die ursprünglich gewählte Referenz, den intendierten Einklang zwischen Schmerz und Klang verändern. In der Musik als Widerspiegelung ist der unerträglich heftige Schmerz zwar noch präsent, aber der Patient ist nicht überwältigt in seinem körperlichen Erleben. Diese Flexibilisierung in der Interpretation eigenen Erlebens steht womöglich im Zusammenhang mit dem, was völlig unerwartet geschieht: der Schmerz, von dem der Patient glaubte, er würde ihn in der Sitzung einschränken, ist verschwunden.

***im Ausschließen sich langsam nähern,
Widerspiegeln von Heftigkeit : zum Verschwinden gebracht***

V.
26'35'' – 39'42''

Der Therapeut geht nicht auf das Verschwinden des Schmerzes ein. Vielmehr konzentriert er sich auf die Kompositionsarbeit und beginnt damit, die verschiedenen gefundenen Klangqualitäten zu rekapitulieren und in eine Reihenfolge zu bringen. Dabei müssen die verschiedenen Klangereignisse nicht noch einmal angespielt werden, denn Patient und Therapeut verständigen sich offensichtlich mit Gesten und verbalen Verabredungen. Der Bezug zu seinem Schmerzempfinden wird vom Patienten hergestellt:

„Ja. Das ist nicht so ein Rauschen oder sonst irgend etwas sondern es ist ein, (.) ein leicht ein pochendes, stärker wird in so einer, in so einer hohen Frequenz, die dann sich soweit steigert, dass man halt Sterne sieht (lacht).“ (27'15'')

Die Komposition soll mit dem leisen, permanent pochend-fließenden Klang auf der Schlitztrommel beginnen, das Klavier kommt dazu, während die Springdrum inzwischen keine Rolle mehr zu spielen scheint. Die beiden Klangereignisse sollen sich überlappen, und der Schlitztrommelklang wird später untergehen, wenn sich die Tonrepetitionen am Klavier zur Attacke steigern. Das ursprüngliche Metrum wird vom Klavier übernommen: **Thp: [...] Sind die immer im gleichen Takt? Also, wäre das so ein/ Pat: Es ist nicht asynchron, ja, hmhm. Es läuft im Gleichtakt, ja. (28'30'')** Die Intensitätssteigerung wird nicht durch ein Accelerando hervorgebracht, sondern im Gegenteil dadurch, dass das Tempo gehalten wird (28'52''). Das, was den Höhepunkt oder Schlusspunkt ausmachen wird, ist auf der Audioaufnahme unverständlich (28'56''), aber den beiden Beteiligten offenbar klar, denn unvermittelt danach geht es um die eher technischen Abmachungen, Handzeichen etc., die schnell verabredet sind (bis 29'19''). Als der Therapeut nach weiteren Klangvorstellungen fragt, nutzt der Patient die Gelegenheit, doch noch seinen Tinnitus ins Spiel zu bringen, was der Therapeut wiederum lieber ausschließen möchte (29'35''). Für den Patienten, der sich vom Therapeuten anscheinend nicht richtig verstanden fühlt, ist der Tinnitus ein ständiger Begleiter des

dumpfen Schmerzes, während die Schmerzattacke auch ihn so wie alles andere über-tönt. An seiner Komposition Schmerz möchte der Patient nichts ändern:

„Pat: Sie wollen ein paar mehr Instrumente reinbringen, aber //mir ging es// Thp: //Nein// Pat: mit diesen zwei Instrumenten, denke ich, kann man (.) das Empfinden sehr gut nachspielen.“ (30’29’’)

Der Therapeut erläutert sein von Handlungsroutinen geleitetes Vorgehen, und es kehrt eine gewisse Beruhigung ein, indem die Klangabfolge nochmals rekapituliert wird, allerdings wiederum ohne eine probeweise Umsetzung. Einen Schlusspunkt unter die kompositorische Arbeit zu setzen, erweist sich als schwierig:

Thp: Und das wird immer intensiver //so dass// Pat: //Ja// Thp: das am Schluss dann auch irgendwie aufhört. Pat: Und es ist auch krass und es ist präsent und da, und (.) punktum. Thp: Okay. Und ich höre, mehr braucht es nicht. Pat: Nein! Thp: Sondern damit //ist// Pat: //Nein!// Thp: es wirklich, (.) da sind wir nahe am Schmerz dran. Pat: Ja. (31’42’’)

Zum Abschluss ist es dem Patienten wichtig, seine Dankbarkeit über die Therapie zu äußern, sowie seine Zuversicht und Vorfreude für die nächste Sitzung zum Ausdruck zu bringen: es sei **„wie eine Stimulation von einem Erdbeben. Das man hervorruft.“** (33’39’). Nach einigen Abschlussfloskeln wird die Sitzung beendet (39’42’’).

Die Übereinkunft, in dieser Sequenz allein im Kopf zu komponieren und sich auf die verbalen Verabredungen über den Ablauf der Klangereignisse zu verlassen, lässt sich als gemeinsame Phantasie im Sinne eines Potential Space zwischen Patient und Therapeut deuten. Dieser ist jedoch irritabel, denn Therapeut und Patient durchleben Phasen der Uneinigkeit und Auseinandersetzung, was auch mit der Rollenkonfusion Therapeut/Interpret und Patient/Komponist zusammenhängt. Aufseiten des Patienten dürfte die Irritation auch mit der enormen Wucht seines Erlebens von sich selbst zusammenhängen, was sich insbesondere aus der letzten Äußerung des Patienten schließen lässt. Dass sich die Intensität nicht so leicht in der Beziehung halten und unter Kontrolle zu bringen ist, zeigt sich auch in mehrfachen Anläufen, wieder auseinander zu kommen und einen vorläufigen Schlusspunkt unter den Prozess und unter die Komposition zu setzen.

Um Kontrolle geht es auch innerhalb der Komposition, bei der es dem Patienten um Sparsamkeit der Mittel und präzise Ausarbeitungen der musikalischen Parameter geht. Besonders auffallend ist, dass er die (Klavier-)Attacke nicht etwa durch Beschleunigung zu initiieren sucht, sondern indem das Tempo gehalten wird. Genau dadurch bleibt die penetrante Stoß-Bewegung statisch, und eine Verwandlung oder gar Auflösung ist unwahrscheinlich. Dies dürfte mit dem Erleben der Schmerzattacken übereinstimmen und stellt somit eine gelungene Symbolisierung dar.

Bedingt durch die Tatsache, dass allerdings der letzte Schliff der Komposition nicht probeweise umgesetzt wird und nur noch auf rein verbalen Übereinkünften beruht, besteht die Gefahr von Täuschungen. Es entfällt auch a) die Möglichkeit der Kompromissbildungen zwischen imaginierten und ausführbaren musikalischen Qualitäten, b) der selbstbestimmten Mängelkompensation, und in der Übertragung der artikulatorischen Fähigkeiten auf den Interpreten liegt ein c) idealisierendes Moment. Unvollständig muss folglich die Antizipation des eigenen Höreindrucks bleiben. Hier könnte ein verborgener Grund für das Vorgehen des Patienten liegen, der ja an mehreren Stellen

auf die intrusive Wirkung von Klängen hingewiesen hatte. So gesehen steht die Gefahr im Raum, dass musikalische Steigerungen, bis man „Sterne sieht“ mit anderen Worten: das Bewusstsein verliert, ihren Widerspiegelungscharakter einbüßen und tatsächlich psycho-somatisch zurückwirken.

Der Preis für die Vermeidung des ‚making explicit‘ ist psychologisch betrachtet eine eingeschränkte Realitätsprüfung. Vom Kompositionsprozess her betrachtet, bildet angesichts der erreichten symbolischen Prägnanz in weiten Teilen der musikalischen Komposition eine beträchtliche Unbestimmtheit bei der Schlussbildung und bei der performativen Ausführung das Gegengewicht.

drohende Permeabilität von Signifikat und Signifikant, sich behaupten

Herr Stein: Komposition Linderung VI-XI, 46 Minuten

VI.

0'00'' – 2'05''

Der Patient kommt mit einer positiven Einstellung in die Therapiesitzung. Ihm ist noch nicht ganz klar, wie es zu bewerkstelligen sein wird, Klänge für eine sog. Linderungsmusik zu finden und zusammenzustellen, aber er hält die gestellte Aufgabe für leichter und vor allem angenehmer im Vergleich zur Komposition Schmerz (1'00''). Auf die Frage des Therapeuten, welche Qualität die Musik haben müsse, greift er zurück auf die in der vorangegangenen Explorationsphase gewonnenen Kenntnisse und hält „Sphärenklänge“ für geeignet, weil sie eine beruhigende Wirkung haben (1'16''). Zur Absicherung seiner Aussage greift er auf die gegenteilig empfundenen vitalen Qualitäten zurück: **„Also nicht irgendwas, das jetzt nervös und hektisch ist.“** (1'27''). Aber kurz darauf variiert er den Gedanken noch einmal: **„Einfach, was einen ausgleichenden Pol zu dem gibt, was man (.) was man halt so spürt irgendwie. Das ist (.) eine angenehme Balance.“** (1'38''). Als der Therapeut rückfragt, ob dies die Schwerpunkte seien, die der Patient zu setzen gedenkt, deutet dieser noch eine Begründung an, die sich anscheinend auf das vorangegangene Schmerzinterview bezieht, und variiert dabei die gesuchte Klangqualität noch ein weiteres Mal.

Ich habe, glaube ich, erzählt, dass in (..) vor ein paar Jahren da wirklich mal keine schönen Gedanken gehabt habe, möchte ich es einfach mal so definieren. Und dass mir da einfach fröhliche Musik einfach ein gewisses Maß an Stabilität auch gegeben hat. (1'59'')

Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit zurück zur Gegenwart und äußert sich gespannt, welche Spielanweisungen vom Patienten gleich kommen werden.

In der initialen Sequenz werden vom Patienten ohne längere Umschweife eine Reihe von Qualitäten benannt, die mit seinen Wünschen nach Beruhigung, Balance und Fröhlichkeit verbunden sind, und sich von Hektik und Nervosität abgrenzen sollen. Der Therapeut gibt zu erkennen, dass sich für ihn daraus noch keine Klangvorstellung ergibt, aber er greift mit dem Begriff „Schwerpunkt“ das in den Metaphern des Patienten enthaltene Spiel von Spannung und Schwerkraft unmittelbar auf. Der Patient scheint sich verstanden zu fühlen und lässt nun durchblicken, wovon er sich abheben möchte, nämlich dem Erleben von Schwere und/oder Auflösung (Depression/Suizidgedanken?). Die Erwähnung, dass es fröhliche Musik gewesen sei, die ihm einst zur Stabilisierung verholfen habe, mutet nicht ganz stimmig an. Es ist, als würde etwas, womöglich Trauer, in all den Andeutungen und Umschreibungen vermieden werden.

***nur nicht weinen; Hohlräume –
öffnen oder schließen?***

VII.

2'05'' – 5'13''

Der Patient zögert keinen Augenblick, zeigt auf ein Instrument (die Sansula), erfindet spontan einen Namen dafür („Handorgel“) und ergänzt lautmalerisch: „**Oder was das ist, dieses (lautmalerisch): ding ding ding ding ding.**“ (2'14''). Der Therapeut, der sich für die umgangssprachliche Bezeichnung des Instruments ‚Daumenklavier‘ entscheidet, erkundigt sich danach, wie er es spielen soll, worauf der Patient erwidert: „**Einfach mal so, wie es Ihnen grad (..) (lautmalerisch): pling pling pling pling.** (.)“ (2'28''). Er passt die Silben an den von ihm antizipierten Klang an, und der Therapeut ahmt die kleine, aus vier Tönen bestehende lautmalerische Figur in Bezug auf Tempo, Artikulation und Dynamik unmittelbar nach, fügt allerdings seinerseits Tonintervalle hinzu. Dem Patienten ist das „**zu laut, schon wieder**“, worauf der Therapeut die Figur leiser und minimal langsamer wiederholt. Damit ist der Patient einigermaßen zufrieden (2'37''). Der Therapeut rezitiert seinerseits auch noch einmal die Figur, wählt dafür jedoch etwas andere Silben (dim) und deutet darin auch den melodischen Verlauf der gespielten Töne an.

Der Patient macht eine nachdenkliche Pause, bevor er erneut vorschlägt, „**einfach mal so runter zu spielen**“, weil die Töne an sich schon angenehm seien (3'01'').

Der Therapeut fügt sich diesem Ansinnen nicht, was er auch begründet. Er möchte genauere Spielanweisungen haben (3'44''), und anhand seiner Aufzählung wird dem Patienten klar, wie viele Gestaltungsmöglichkeiten ihm eigentlich zur Verfügung stehen würden. Er entschuldigt sich, dass er nicht musikalisch sei und eigentlich nur nach den Kriterien gefällt/gefällt nicht unterscheidet:

„Wenn ich jetzt wüsste, wenn ich mir das vorstellen kann, ich bin, ich muss dazu sagen, ich bin absolut nicht musikalisch (lacht). Das ist, ich sage mir gefällt eine Musik, mir gefällt eine Melodie, mir gefällt ein Rhythmus und so irgendwas, dann (.) dann bin ich also von A bis Z offen in jegliches Spektrum. Ja?“ (4'25'').

Der Therapeut wiederum traut ihm etwas anderes zu und zeigt dem Patienten anhand dessen intuitiv getroffenen Kommentare auf (4'58''), dass er in der Lage ist, sich bewusst für oder gegen etwas zu entscheiden. Daraufhin will der Patient es trotz seiner musikalischen Unkenntnisse versuchen:

„Das ist lieb. Ja, ich denke das kriege ich auch hin (lacht). Also das, wenn, dann muss ich es hören. Da könnten wir jetzt unter D oder Moll oder so was, C, könnte ich mir nichts vorstellen.“ (5'09'')

Die Sequenz beginnt unbeschwert und leicht, als der Patient mit dem Ersatzbegriff ‚Ding‘ lautmalerisch spielt. Der Therapeut greift dies sprachlich auf, indem er nicht die korrekte Bezeichnung des Instrumentes nennt, sondern die metaphorisch kindliche Umschreibung wählt, die sich auf die Handhabung des Instruments bezieht. Der Patient ist weiterhin in einer gelockerten Stimmung und möchte, dass der Therapeut ganz zwanglos einfach mal etwas herunterspielt. Er variiert seinen onomatopoietischen Ausdruck nun eindeutiger in Richtung als ein Klangereignis (pling), wobei er in Bezug auf den Parameter Melodie indifferent bleibt. Diesmal nimmt der Therapeut die Äußerung als Aufforderung zu einer musikalischen Umsetzung, die sich aufgrund der Hinzunahme eines Tonhöhenverlaufs als markierte Spiegelung interpretieren lässt, ebenso wie die Stelle, an der er die lautmalerische Silbe noch einmal variiert (dim). Gleichwohl wendet sich die Atmosphäre in der Interaktion, als der Therapeut die Lockerheit der Spielanweisungen anscheinend als Widerstand interpretiert und den Patienten mit der Verwei-

gerung autonomer Entscheidungen konfrontiert, woraufhin sich dieser dann doch zu einer kompositorischen Arbeit entschließt. (Dass der Therapeut damit nicht ganz falsch gelegen hat, ist an den – allerdings nicht sehr massiven - Abwehrbestrebungen des Patienten zu erkennen: 1. Rationalisierung anhand fehlender musikalischer Fachkenntnis; 2. Idealisierung des Therapeuten.)

Zwanglosigkeit versus Last der Verantwortung

VIII.

5'13'' – 12'20''

Der Ausgangspunkt für die Ausgestaltung der Sansula-Klänge ist der Begriff melodisch, wobei der Patient damit anscheinend zunächst die Harmonie von zusammenpassenden Tönen im Sinn hat (5'26''). Zumindest sollen die Töne nicht konträr aufeinander wirken (5'32''). Als der Therapeut dem Patienten vorschlägt, alle Töne vorzuspielen, damit er auswählen kann, welche seinen Wunschvorstellungen entsprechen, willigt der Patient ein und lauscht einem sanften, alle Lagen erkundenden Spiel des Therapeuten.

Das ist das Schöne an dem Instrument. Mir gefallen alle Töne. (Thp: Okay?) Weil sie einfach (.) auch, wenn die hohen Töne, (...) wenn sie zu laut sind, so, wie Sie angefangen haben, auch wehtun können. Aber dieses gedämpfte Spiel hat auf alle Fälle was Beruhigendes. (6'10'').

Der Patient beschäftigt sich mit der Tatsache, dass er sich wider Erwarten auch mit den hohen Tönen anfreunden kann. Er bringt dies mit dem Nachklingen und Ineinanderübergehen der Töne in Verbindung (6'38'').

Anknüpfend an den Begriff melodisch erkundigt sich der Therapeut, ob die Komposition ein- oder mehrstimmig werden solle, und nach der klanglichen Vorführung entscheidet sich der Patient ohne jegliches Zaudern für die Einstimmigkeit (6'53''). Sogleich wird der Kompositionsprozess fortgesetzt, indem der Therapeut verschiedene musikalische Parameter abklopft, Tempo, Takt und Rhythmus. Der Patient hat zwar durchaus innere Vorstellungen, kann jedoch Entscheidungen erst treffen, wenn er etwas vorgespielt bekommt. Spielen und Sprechen greifen dabei ineinander:

Thp: [...] Haben Sie noch eine Idee für so ein Tempo? Wie schnell oder wie (...) Pat: Mit dem Tempo, in dem man so sphärische Klänge spielen jetzt so. Thp: Mhm? Das ist sehr vielfältig, deswegen frage ich so genau nach? Pat: Wenn ich jetzt sage, es soll ein 3/4 Takt sein (lacht). (Sansula, Tonfolge mit einzelnen Tonrepetitionen, überwiegend von hoch nach tief, 120bpm) // zu schnell irgendwie (dito etwas langsamer, 90bpm) //Das hat was Beruhigendes, was Einlullendes ja. //(Fortsetzung) //Thp: Also so, oder muss das anders sein? //(Fortsetzung) Pat: Mir gefällt es so. //(Fortsetzung) (8'12'')

Der Therapeut, der die vom Patienten wahrscheinlich nur so dahin geworfene Dreiviertel-Taktangabe in sein Spiel integriert hatte, thematisiert dies (8'52'') und führt mehrere Möglichkeiten der Betonung vor, die aber so fein differenziert sind, dass der Patient schließlich meint, es käme ihm gar nicht so auf den Takt sondern vielmehr auf die Töne an (9'43''). Wie zu Beginn seiner Komposition Schmerz ist er von dem Gedanken des

Einklangs geleitet. Die gefundenen Sansula-Klänge fließen für ihn mit dem Ohrgeräusch ineinander (10'07''), so dass er glaubt, sich bei der Musik sehr gut entspannen zu können, was in seinem Leben eine Ausnahme darstellt (10'22'').

Er kommt nun auf seinen aktuellen Rückenschmerz zu sprechen (10'32''), und es folgen längere Erörterungen des Therapeuten zur Variabilität und individuellen Ausrichtung der musiktherapeutischen Schmerzbehandlung. Daraufhin besinnt sich der Patient auf die Erfahrungen in der letzten Sitzung:

Die letzte Stunde war Dienstag, glaube ich, ja. Also da dachten wir in dem Zustand irgendwie der Name Schmerzmusik, das war im nachhinein aber die beste Voraussetzung, um zu erkennen, was für Töne eigentlich in die (.) in die Richtung von Gefühl rein passt. (..) (11'34'')

Es folgten weitere Erörterungen des Therapeuten, die sich einerseits auf den therapeutischen Kontrakt beziehen und die andererseits den Patienten in seiner besonderen Sensibilität bestärken.

Wenn der Patient die Klangqualität der Sansula als gedämpft beschreibt, so entspricht das nicht ganz der Wirklichkeit, wohl aber seinen Spielanweisungen, die stets auf eine Rücknahme ausgerichtet sind, mag es sich dabei um Lautstärke, Tempo, Mehrstimmigkeit oder Betonungen handeln. Einzig bei der Tonhöhe scheint er eine größere Toleranz bei einem expressiven Mittel zu haben, als er selbst es für möglich gehalten hat. Linderung scheint für ihn zu bedeuten, auf Ausdrucksstärke zu verzichten. Störungen, wie z.B. der Tinnitus, sollten möglichst in den Klangereignissen einfach untergehen. Die Entspannung, die er sich davon erhofft, tritt also dann ein, wenn die Wahrnehmung undeutlich wird und Übersensibilität und Kontrolle eingestellt werden können. Ihm ist klar, dass er den Therapeuten in dessen Bemühen um Präzision zurückweist und versucht ihn daher zu besänftigen, denn bestärkt durch die Erfahrung der letzten Komposition folgt er einer inneren Gewissheit, auf dem richtigen Weg zu sein. Die kompositorische Schwierigkeit, die Patient und Therapeut zu bewältigen haben, besteht darin, das, was sich eindeutigen Bestimmungen tendenziell widersetzt, sphärische Klänge etwa, so zu bestimmen, dass einerseits der Komponist Urheber des Werkes und der Interpret nicht den eigenen Einfällen überlassen ist und andererseits sich das Gefühl von Lockerheit und Spielraum einstellt.

Suche nach einer passenden Umhüllung

IX.

12'20'' – 24'59''

Nach diesem Exkurs auf die Metaebene, kehren Therapeut und Patient zur Komposition der Linderungsmusik zurück nicht ohne festzustellen, dass die Arbeit an den Details auch recht anstrengend ist (12'35''). Die bisher getroffenen Verabredungen werden rekapituliert, und ausgehend von der Feststellung, dass ein Takt wohl gar nicht so entscheidend ist, beschreibt der Patient nun, wie er sich die rhythmische Gestaltung vorstellen kann:

[...] Das kann auch (.) kann auch ruhig wild durcheinander sein. Also das ist wirklich jetzt wild, ist jetzt nicht in (..) der Phase von Hektik zu verstehen, sondern durcheinander. (.) Ohne, dass Disharmonie entsteht. (13'11'')

Der Therapeut kommt anscheinend nicht so schnell mit, hat noch den gleichmäßigen Grundpuls im Sinn und scheint ihn teils instrumental teils stimmlich begleitend festigen zu wollen (bis 13'42''), bevor er sich auf dessen Auflösung einlässt und kleine impulsive, rhythmisch agogische, melodische Figuren mit dazwischen liegenden unterschiedlich langen Zäsuren bzw. Pausen auf der Sansula vorführt (13'43''). Der Patient findet sich in diesem Spiel sehr gut wieder. „**Also mir gefällt. (.) Ich bin auch so der Typ einfach so ein bisschen so gedanklich mehr ins Chaos strebt. (lacht) Also mir ist das (unv.) lieber**“ (13'59''). Der Therapeut vergewissert sich, ob sein Spiel dem entspricht, und der Patient bekräftigt seine zuvor getroffene Aussage: „**[...] Das (.) einfach so was (.), was das Gefühl halt hergibt, also so impulsiv halt auch raus** (14'09''). Nach seiner Vorstellung dürfte die Musik ausschließlich aus diesen impulsiven Figuren bestehen (14'36''), wobei er dann überlegt, ob er das wohl über eine längere Strecke, ein, zwei Minuten, auch erst einmal hören müsste, um eine Entscheidung darüber treffen zu können (15'03''). Die probeweise Umsetzung dauert dann deutlich länger (3,5 Minuten). Es sind kleine impulsive Figuren in unterschiedlichen Tempi, Zäsuren, zuweilen auch einzelne, nachklingende Töne und längere Pausen, alles im Mezzopiano. Gegen Ende fügt der Therapeut Tonrepetitionen ein, die so wirken, als würde die Musik hängenbleiben. Schließlich unterbricht der Therapeut sein eigenes Spiel, um sich nach Kommentaren des Patienten zu erkundigen (19'13''). Der Patient ist nachdenklich und beginnt seine Äußerungen vorsichtig zu formulieren, meint dann aber die kurzen, harten Töne hätten abgehackt geklungen und ihn rausgerissen. Er wünscht sich klingende Töne (19'40''), die nicht mit dem Daumnagel sondern mit der Fingerkuppe erzeugt werden. Auch die Tonrepetitionen würden nicht hineinpassen (20'11), sie seien zu lange und störend gewesen. Aber es gab auch Passagen, die er gelungen fand:

Es war (...) also, dass ich jetzt mein Kopf, meine Birne hat sich auf, auf Individualismus eingestellt. Wie soll ich das sagen, wenn (...) also wenn ich Ihnen jetzt zugehört hab, habe ich mich gefreut oder war gespannt, was als Nächstes kommt. Das war nicht (.) irgendwo eine arithmetische Reihe, wo ich sage, jetzt geht es nach oben oder nach unten und jetzt bleibt es gleich, sondern war sehr (.) individuell gestaltet. (20'55'')

Der Therapeut rekapituliert die bisherigen Spielanweisungen, die der Patient klar bestätigt: keine Tonrepetitionen, keine unmittelbaren Wiederholungen, keine Mehrstimmigkeit, keine gestoppten Töne (20'58''-21'26''). Als der Therapeut sich nach der Gestaltung von Pausen und Zäsuren erkundigt, meint der Patient, es sei „**wie bei einer Dramaturgie**“ (22'03''). Als der Therapeut zurückfragt, erläutert der Patient, was er meint:

Pat: Ja, mhm? Es steigert sich und man wartet drauf, was als Nächstes kommt. Also das ist (..) die Steigerung des Reizes halt. Thp: Mhm, soll rein oder draußen bleiben? Pat: Nicht zu lang. Aber es kann ruhig rein, um eine Distanz zu bilden und dann wieder einzutauchen. Thp: Okay? Was heißt jetzt, nicht zu lang? (Pat: lacht) Na ja, ich merke schon. Sie sind ganz überrascht, was Sie plötzlich alles sprechen, ne?

(lacht) (6) Pat: Weiß nicht 2, 3 Sekunden. Thp: Mhm, okay? (22'42'')

Dann geht es noch einmal um die Beweglichkeit und ein rascheres Tempo innerhalb der Figuren, was der Patient dann gut findet, wenn es nach einer ruhigen Phase stattfindet (23'25'').

Therapeut und Patient reflektieren die Entscheidungsfindung auf der Grundlage der Musikvorführung aber auch der Selbst- und Fremdwahrnehmung der persönlichen Vorlieben und aktuellen Befindlichkeit (24'43''). Dabei ist es dem Patienten wichtig, die Pausen, die er für das Spüren und Denken benötigt, seinem eigenen Bedürfnis nach Reflexion und nicht der Beziehung zum Therapeuten zuzuordnen (24'59'').

Dass es wild zugehen darf, stellt nur auf den ersten Blick eine überraschende Wendung im Kompositionsprozess dar. Denn nicht heftige oder grobe Klangqualitäten sind gemeint, sondern eine impulsive, rhythmisch unregelmäßige Binnenstruktur von Figuren und Passagen, so dass es dem Patienten nun gelingt, dem Moment der Unbestimmtheit Geltung zu verschaffen, ohne auf sanfte, sphärische Klangqualitäten verzichten zu müssen. Mit dem Begriff der Dramaturgie schafft er es darüber hinaus, der durch Pausen und Zäsuren drohenden Fragmentierung entgegenzuwirken und der Komposition Beweglichkeit, Kohärenz und Spannung zu verleihen. Die Kompositionsidee ist so ausgereift, dass der Patient nun seinen eigenen Höreindruck antizipiert und Mängel ausbessern kann.

Dass der Therapeut seinen Ideen nicht immer unmittelbar folgen kann, deutet therapeutisch gesehen auf ein Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen hin, bei dem er mit den pedantisch kontrollierenden Selbstanteilen des Patienten identifiziert ist. Aber möglicherweise ist dies auch die Voraussetzung dafür, dass der Patient psychisch entlastet ist und seine kreativen Potentiale entfalten sowie das Empfinden von Urheberchaft entwickeln kann, das ja nicht identisch mit Kontrolle ist. Das, was sich zuvor als passiv erlittene Übersensibilität dargestellt hat, wird nun zu einem aktiven Akt der Wahrnehmung, wobei das, was nicht kontrolliert werden kann, geradezu reizvoll empfunden und mit dem Begriff der Individualität positiv besetzt wird. Unter dem Schutzmantel einer durchweg sanften Klangqualität kann sich Impulsivität entfalten. Es bedarf keiner Dämpfung mehr, wohl aber der sehr klaren Abgrenzungen, die sich auf musikalische Qualitäten ebenso wie auf die Beziehung beziehen.

lustvolles Spiel mit Erwartungen, Eigenarten

X.

23'59'' – 31'16''

Die Frage des Therapeuten, ob die Komposition noch eine Ergänzung brauche, kommt dem Patienten bekannt vor.

Jetzt sind wir wieder, wie bei der letzten Stunde. Als Sie auch gefragt haben, ob 2 Instrumente eigentlich ausreichen? Also für mich trifft es eigentlich die, den Bereich. Es ist nichts Dumpfes, was im Kopf hallt und den permanenten Schmerz darstellt, sondern es ist was Höheres, wobei man aufpassen muss, dass es nicht zu laut und zu spitz wird, weil es sonst in die (.) in die Attacken da mit rein geht. Aber (.) ich

bräuchte da nicht mehr. Ich habe mir überlegt, ob wir an dieses hier noch mal rangehen. (25'40'')

Dabei handelt es sich um die Chimes mit verschiedenen Glissando-Formen und Anschlagmethoden, um eine Form des Gleitens zu finden, das er „**als Pendant**“ haben wollte (26'47''). Aber da sie zu hart klingen, kommen sie doch nicht in Frage. Als weicher klingendes Instrument bietet der Therapeut dann die Röhrenglocken an, die dem Patienten zwar angenehm sind, aber nicht an die Sansula rankämen (27'25''), die ihm als Musikinstrument voll uns ganz ausreicht (27'35'').

Der Patient nimmt das Instrument nun selbst in die Hand, erkundigt sich nach seinem Preis (27'40'') und dem richtigen Namen, worüber der Therapeut Auskunft gibt und darüber hinausgehend auch die Bauweise erläutert (28'26''). Der Patient spielt die Sansula sehr weich und zart, fast wie durch einen Nebel klingend, bemerkt dazu, dass es sich bei ihm nicht so gut wie beim Therapeuten anhören würde (28'46''), probiert es dann mit einer etwas anderen Technik weiter, findet eine kleine rhythmisierte Tonrepetition (29'04''), bemerkt eine Schwierigkeit in der Erreichbarkeit einzelner Zungen, tastet sich aber immer weiter voran (29'40'').

Spielen und Sprechen gehen in dieser Passage ineinander, die Atmosphäre wirkt friedlich und einträchtig. Inmitten des Spiels fällt dem Patienten ein Ton auf, der aus dem Rahmen fällt.

Pat: ((unv.) was ist denn das für ein Oschi (Tonrepetition) Thp: Welcher Ton das jetzt speziell ist, oder? (Fortsetzung) // Pat: Mhm. Thp: (...) Mal schauen (rascheln) (Pat: Sansula, Thp: Gitarre, probiert Töne) Muss ungefähr ein A sein. (Pat: Sansula, Tonrepetition, pp) Pat: Weil der jetzt stumpf ist?) (...) Oder treffe ich den nicht richtig?. (30'22'')

Der Patient versucht der Ursache auf den Grund zu kommen, unterbricht sein Spiel während der erläuternden Kommentare des Therapeuten (31'02''), setzt es fort und findet schließlich in eine Spielweise, die ursprünglich ganz am Anfang der Stunde stand. Er kommentiert: „**Das gefällt mir. Das ist schön. (Thp: Okay?) Vielen Dank.**“ (31'16'').

Wie schon bei der Komposition Schmerz geht es dem Patienten darum, in seiner musikalischen Gestaltung mit minimalen Mitteln auszukommen. Indem er doch noch alternative bzw. ergänzende Klangqualitäten in Erwägung zieht und sie ausschließt, bestätigt er sich selbst in seinem Anliegen. Um mehr als eine Selbst-Bestätigung, nämlich eine Aneignung oder gar Inkorporation, scheint es zu gehen, als der Patient zur Sansula greift und sich nach dem Preis erkundigt. Damit werden die imaginierten und gehörten Klangereignisse zur Linderung des Schmerzes nun an das somatische Selbst und seine Erfahrungsbasis zurückgebunden. Die Exploration der Klangqualitäten und Spieltechniken bringt den Patienten darüber hinaus zu, sich mit dem Therapeuten zu vergleichen. Dies ist neben der psychotherapeutischen Relevanz auch für den Kompositionsprozess bemerkenswert, weil er damit die Interaktionseinheit mit dem Interpreten aktiv sucht. Erst dadurch kann er ermessen, wie der Therapeut mit den Eigenarten des Instruments umgeht, z.B. dessen einzelner stumpf klingender Metallzunge. Sein ursprünglicher Auftrag, der Therapeut möge spielen, wie es ihm in den Sinn kommt, worin noch eine gewisse Beliebigkeit lag, verwandelt sich in Offenheit gegenüber der Andersartigkeit des

Therapeuten. Es ist womöglich die im Gesamt dieser Aspekte begründete Schönheit der Erfahrung, die wiederum tiefe Dankbarkeit hervorruft.

Inkorporation, Berührung mit dem Anderen, Schönheit

XI.

31'16'' – 46'30''

Mit dieser Aktivität des Patienten ist der Kompositionsprozess der Linderungsmusik noch nicht abgeschlossen. Die restliche Zeit der Sitzung wird damit verbracht, das Procedere der Anwendungsphase zu besprechen, die Handzeichen für Anfang und Ende, Dynamik und Tempo der Musik zu verabreden und das räumliche Arrangement vorzubereiten. Es wird fast eine Viertelstunde geräumt und gewerkelt. Der Patient weist im Zuge dessen darauf hin, dass die Sitzgelegenheit nicht sehr rückenfreundlich sei (34'41''). Die Handzeichen, die der Patient selbst wählt, sind teilweise mit semantischen Bedeutungen versehen, „Tauchen“ (35'58''), „Peace“ (37'07'').

An der Musik wird nicht mehr gearbeitet: Weder kommt es zum Spiel der Komposition Linderung durch den Therapeuten noch erklingt etwas von der Komposition Schmerz. Auch verbal wird nichts mehr über die Kompositionen geäußert. Gleichwohl scheinen sie als gemeinsame Phantasie präsent zu sein, zum Beispiel wenn über die Dynamik gesprochen wird (bei 35'50'') oder die Instrumente im Raum zurecht gerückt werden (ab 39'42'').

Am Schluss siegt noch einmal der Humor, als der Therapeut um eine Einwilligung für eine Videoaufnahme bittet. Ob eine Anzugsordnung vorgeschrieben sei, fragt der Patient, beteuert dass es eine Spaßfrage gewesen sei, aber der Therapeut fängt den Ball auf: Krawatte sei Minimum, der Patient meint ‚alles klar‘ und klatscht einmal in die Hände (46'11''), als er sich erhebt und sich mit guten Wünschen für das Wochenende verabschiedet. (46'30'')

Wenn man die Ausgiebigkeit der Verabredungen und Räumaktionen als ein Pendant zum eigentlichen Kompositionsprozess in Betracht zieht, dann verweist dies auf den Wert der vorangegangenen musikalisch-emotionalen Erfahrung. Oberflächlich betrachtet geht es darum, dass mittels eines räumlichen Arrangements bei der Aufführung alles reibungslos verläuft. Bei genauerem Hinsehen aber gewinnt bei der ernsthaften, zwar teilweise auch umständlich wirkenden Arbeit die subjektive Position des Komponisten und Hörers an Bedeutung. Vor diesem Hintergrund wirkt die Kritik an den Sitzgelegenheiten nicht so sehr als ein habituiertes Schmerzverhalten, sondern als Bestandteil einer Inszenierung, bei der der Patient den Raum libidinös besetzt. In der Schlusssequenz kommt noch das imaginierte Publikum als Drittes ins Blickfeld, und die gemeinsame Phantasie eines gewissermaßen festlichen Auftritts wird entwickelt. Dabei zeigen sich Spontaneität, Humor und kommunikative Kompetenz des Patienten. Aus therapeutischer Perspektive deutet es darauf hin, dass die Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung aufgelöst und die Rollenkonfusion zu Beginn der Komposition Schmerz geklärt worden ist.

Inszenierung und Raum, Verwandlung

Herr Talbach: Komposition Schmerz I-V, 25 Minuten¹

I.

0'00''-4'51''

Es dauert kaum mehr als eine Minute, da erklingt bereits der erste Ton.

Der sonst immer gegenwärtige Kopfschmerz ist heute ausgerechnet nicht so stark (00'20''), dafür aber der Rückenschmerz, doch da das vorangegangene Schmerzinterview den Kopfschmerz zum Mittelpunkt hatte, entscheidet der Therapeut, dass die dort getroffene Entscheidung, sich dem Kopfschmerz zuzuwenden, nicht abgeändert wird.

Thp: Wo sollen wir anfangen? Pat: In der Schüssel. Thp: Mit der Klangschaale? (Pat2m: Mhm.) Die hat am ehesten gepasst bisher, ne? Pat: Ich glaube ja. Thp: Mhm? Pat: Ich müsste es noch mal hören. (01'05'') Der Klang beginnt sehr indirekt und überschlägt sich dann aber schnell, denn die Klangschaale wird mit einem Holzklöppel relativ schnell gerieben. Die Abstimmung von Druck und Geschwindigkeit gelingt nicht auf Anhieb, und die Schwingung der Klangschaale kann sich nicht richtig entfalten. Der Pat. möchte daraufhin die andere Klangschaale hören. Diesmal kommt es zu einem fast unhörbaren, vibrierenden Klang, für den sich der Patient ohne lange zu zögern entscheidet. Er passt.

Nachdem die Entscheidung für das Instrument, die kleinere der beiden Klangschaalen, gefallen ist, geht es um die Spielweise. Der Patient wünscht sich eine schnellere Drehbewegung als zuvor, weil er sich davon mehr Lautstärke verspricht. Der Therapeut setzt die Spielanweisung um mit der Folge, dass der Klang recht stark vibriert und am Rande des Schepperns ist. Der Patient ist damit zufrieden (2'07''). Der Therapeut fragt sogleich nach weiteren Bestandteilen der Komposition, und der Patient atmet erst einmal hörbar aus (2'15''). Der Therapeut sucht seine Notizen von der letzten Sitzung und beginnt dabei schon das, was ihm in Erinnerung ist, zu rekapitulieren. Wie in einem Rutsch (prototypisch dafür: **Thp: „Untersuchungen haben Sie alles durch, um es mal kurz zu machen“**) werden die einzelnen Punkte nacheinander aufgezählt, denen der Patient paraverbal zustimmt. An zwei Stellen greift er ein: Einmal (2'51'') geht es um den Charakter eines Schmerzes, der kribbelt und doch wieder nicht, und ein andermal (3'14'') missversteht er die Metapher des Therapeuten („so wie ein eingeschlafener Fuß“) als Lokalisation des Schmerzes am Fuß. Auch die Erfahrungen mit Möglichkeiten der Schmerzlinderung werden noch einmal nacherzählt: **Thp: „Ablenkung strengt an. (..) und, ja, Schmerztabletten helfen nichts, Betäubung, so richtig Anästhesie, hilft da eine ganze Menge. (...). Okay, und dafür haben wir jetzt diesen Sound. (Pat2m: Mhm.) Hat's das schon komplett? Was braucht's noch dazu? Pat: Vielleicht noch diese Maus?“ (4'51'')**

Auffallend ist, dass beide, Therapeut und Patient außerordentlich zügig zur Sache kommen und Entscheidungen blitzschnell getroffen werden. Obwohl der Therapeut derjenige ist, der mehr spricht, hat man nicht das Gefühl, dass die Beteiligung ungleichgewichtig ist. Der Patient greift ein, wenn etwas in den Nacherzählungen des Therapeuten nicht stimmt und die Antworten „vielleicht noch diese Maus“ und „in der Schüssel“ kommen wie aus der Pistole geschossen. Die auffallende Verwendung der Präposition

¹ Die Therapie-Sitzung noch nicht beendet, die Audioaufnahme endet nach Ablauf der 25 Minuten.

wird vom Therapeuten gleich korrigiert, und die Bedeutung, was der Patient gemeint haben könnte, bleibt in der Schwebe.

Die ganze Sequenz wirkt nicht wirklich gehetzt, aber etwas rastlos, so als würde man keinen Fuß an die Erde bekommen. Die im Gesprächsfluss entstehenden Pausen werden anscheinend mit Handlungen gefüllt, ein Innehalten und Nachdenken ist jedenfalls nicht erkennbar. Vielmehr greift alles fast schon mechanisch ineinander und geht voran.

Die Komposition wird sich auf einen Schmerz beziehen, der zwar wohlbekannt, im Augenblick aber nicht präsent ist. Die Erzeugung des Klangs (Druck und Geschwindigkeit) ist auf das Instrument nicht optimal abgestimmt aber beabsichtigt. Den Irrtum des Patienten, dass sich durch schnelleres Reiben bei der Klangschale mehr Lautstärke entsteht, deckt der Therapeut nicht auf. Damit mehr Lautstärke entsteht, müsste man den Klang sich langsam aufbauen lassen, aber das passt nicht zu der Geschwindigkeit, mit der die Dinge zu diesem Zeitpunkt abgehandelt werden. Bei mir als Außenstehender entsteht ein aufgespaltenes, unwirkliches Gefühl, obwohl die Dinge, die passieren, real sind. Die Formulierung des Therapeuten „Untersuchungen haben Sie alles durch, um es mal kurz zu machen“, die sich ja eigentlich auf die Vorbehandlungen bezieht, könnte im übertragenen Sinne auch auf diese Sitzung zutreffen, denn es wird eigentlich nichts näher untersucht. Darum könnte es darum gehen, sich nach und nach auf die Ungewissheit einzustellen, damit ein Kompositionsprozess überhaupt stattfinden kann.

Unsicherheit vermeiden; Unwirklichkeit in Kauf nehmen

II.

4'51''-9'03''

Auf Initiative des Patienten ist ein zweites Instrument ins Spiel gekommen, ein Guiro in Form eines Tieres, bei dem man entweder den integrierten Stab drehen kann oder das Instrument um den Stab. Der Patient bekommt beide Spielweisen vorgeführt und entscheidet sich ohne zu Zögern für letztere. Wenn das Schnarren langsam genug ist, würde er es „pulsieren – abends“ nennen (5'32'') und bezieht es auf das Drehen der Halswirbelsäule, von der aber bei der Schmerzbeschreibung zumindest in dieser Sitzung nicht die Rede war, so dass nicht deutlich ist, ob sich diese Äußerung auf den Schmerz bezieht oder ob hier einem Klang ein Erleben bzw. eine Metapher zugeordnet wird. Der Therapeut geht nicht näher darauf ein, sondern bemüht sich, den Klang des Guiro des Klanges im Verhältnis zu dem der Klangschale zu klären. Eine Weile lassen sich für den Außenstehenden die Bezüge nicht nachvollziehen, d.h. wer von beiden sich worauf bezieht: Auf das Auftauchen des Schmerzes zu einer Tageszeit abends oder morgens, auf die Klangerzeugung oder die Art, wie sich der Schmerz aufbaut, erst hintergründig, dann stärker werdend. Anders ist es mit einer Aussage des Patienten, die wiederum alle möglichen Bezüge (Schmerz, Musik, aktuelle und vergangene Behandlungen) in diesem Zusammenhang enthält: „**Das ist, im System bleibt das gleich. Also, (.) es passiert nichts irgendwie, ehm.**“ (6'26'').

Es folgt eine Passage, in der der Therapeut die Klangschale spielt, später auch den Guiro hinzunimmt. Der Patient gibt dazu einerseits Spielanweisungen („nicht so stark“, „nicht so schnell“) und Erläuterungen zu seinem erinnerten Schmerzerleben kundtut (bis 8'02''). Aber dann stellen sich zwei Probleme bei den technischen Bewegungsabläufen heraus, nämlich zum einen das gleichzeitige Spiel von Klangschale und Guiro, also zwei unterschiedliche Drehbewegungen in der rechten und der linken Hand, und zum andern, dies hörbar schwieriger, die sehr langsame Bedienung des Guiro, so dass

der Klang unrund oder sogar holprig wird: **Thp:** „**Na ja, das ist ein Problem, wenn man das so ganz langsam macht, irgendwann (Pat: Ja, ja klar.) dreht es dann nicht mehr.**“ (9'00'') Der Patient bekommt die Notlage mit, entschuldigt sich (8'08'') und bietet seine Hilfe an (8'36''). Beides weist der Therapeut sehr freundlich aber bestimmt zurück. Er betont seine Rolle des Interpreten, der die Spielanweisungen des Komponisten so gut wie möglich umzusetzen hat.

In der Zuwendung zum Klangmaterial kehrt eine gewisse Ruhe ein. Der Patient scheint sich sicher in der Wahrnehmung von Schmerzqualitäten. Er transformiert sie in zwei divergente Klangqualitäten, die durch Drehbewegungen mit wiederum unterschiedlichen Reibungsqualitäten erzeugt werden. Beim Spiel des Therapeuten dürfte es für ihn anschaulich werden, dass die simultane Umsetzung nur sehr schwer zu integrieren sind. Was der Patient im Prozess mitvollzieht, ist folgendes: Der Interpret muss, um das Klangergebnis rund und gleichbleibend werden zu lassen, sich auf zwei Bewegungen und Kontaktflächen gleichzeitig konzentrieren. Spieltechnisch geht das nur, wenn es eine Unabhängigkeit der Arme und Hände gibt und eine losgelöste Meta-Position eingenommen wird, die in gleichmäßigem Abstand zu den Klangerzeugungen gelagert ist. Auditiv hingegen ist die Wahrnehmung des Zusammenklangs relativ ‚einfach‘, so dass das Hilfsangebot des Patienten ganz im Dienste seines Werkes steht.

Es zeigt sich besonders am Ende der Sequenz, dass der Patient sehr aufmerksam die Klangphänomene und -erzeugung verfolgt und eine Differenz zwischen seinem Schmerzempfinden und der musikalischen Verwirklichung wahrnimmt. Damit dürfte ihm aber dennoch der längst bekannte Schmerz in einem neuen Licht erscheinen, und die Erfahrung, dass wie in einem festgefügt System immer alles gleich bleibt, wird gewissermaßen relativiert.

Divergenz hervorbringen; Veränderung der Wahrnehmungsposition

III.

9'03''-15'56''

Da der Patient die Gleichmäßigkeit seines Schmerzempfindens klanglich noch nicht umgesetzt sieht, erkundigt er sich nach alternativen Instrumenten: „**Ja. (.) Also monoton, auch so gleichbleibend ist. Also nichts/.**“ (9'19'') Der Therapeut bietet das Spiel auf dem Monochord an, erläutert zu Beginn die technischen Details, wie es zu dem Dauerklang kommt. Spielen und Sprechen (teilweise in Bruchstücken) laufen parallel. Wieder kehrt zumindest für eine gute Minute eine gewisse Ruhe ein bis der Patient sich entscheidet, dass die Klangschale besser (als das obertonreiche Monochord) geeignet ist (10'24''). Dies hält den Therapeuten wiederum nicht davon ab, noch weitere Klänge darzubieten, ein mit weichen Filzschlägeln hervorgebrachter Dauerklang zuerst auf dem TamTam, dann auf dem Becken. Der Patient gleicht diese Klangphänomene innerlich mit der Klangschale ab und kommt immer wieder auf sie zurück: „**die Schale**“ (11'36'').

Der Therapeut postiert das Instrument auf einer Trommel, damit er eine Hand frei bekommt, reibt den Rand und es entsteht ein Klang im pianissimo. Der Patient gleicht die Schmerzstärke mit der Lautstärke ab, indem er Werte auf einer Skala nennt. Demzufolge ist die Lautstärke nicht ganz zutreffend, aber die passende Klangqualität gibt den Ausschlag. Kurz wird dem Dirigat in der späteren Anwendungsphase vorgegriffen, dann wird nochmals das Spiel auf der Klangschale abgestimmt. Dabei greifen Klänge

und verbale Äußerungen ineinander:

Thp: [...] Das heißt, ich weiß, ich spiele (.) erstmal vorsichtig, (Pat: Mhm.) starte so und Sie geben mir dann okay, mehr, weniger, ne? (Pat: Mhm.) **(Klangschale mf, mit Vibrationen und Klirren)** // Steigerungsmöglichkeiten gibt es dann auch **(Fortsetzung)** // Ich sehe diese langsamere Gleitbewegung, ne? Pat: // Bisschen schneller. **(Klangschale, mp etwas pulsierend)** // Wieder langsamer. (...) **(Klangschale p)** // So was in der Art. (Thp: Mhm.) Das ist halt schwierig jetzt für mich, ich habe das noch nie gemacht. (13'28''-13'54'').

Auf die abermals entschuldigende Äußerung geht der Therapeut nicht direkt ein, lenkt die Aufmerksamkeit auf die Musik und die Wechselbeziehung zwischen der Klangerzeugung (Geschwindigkeit) und der Klangfarbe. Der Patient vergleicht den Klang mit dem Pegelsignal beim Fernseher (14'23''). Danach steigert er sich in seinem Bemühen, dem Therapeuten die Eigenart des Schmerzes nahezubringen, diesen gleichbleibenden Druck auf die Nase, der, so widersprüchlich das klingt, doch auch minimalen Schwankungen unterworfen ist, manchmal auch pulsiert, ein Teilaspekt, der auf den Klang des Guiro übertragen wird.

Thp: Okay. Ist das denn auch etwas, was am besten, sozusagen immer ehm gleichbleibend sozusagen weitergeht? **(Frosch Guiro freihändig, mf)** // Oder ist das etwas, was für Sie doch (unv.)? Pat: Dieses **wow, wow, wow, wow, wow (Stimme lautmalerisch zum Instrument dazu, aber nicht rhythmisch abgestimmt)**. Das ist genau dieses pulsieren, was ich empfinde. (Thp: Okay.) Also da macht ja, der macht ja **rrrör, rrrör, rrrär, rrrär, rrrär (Stimme lautmalerisch)** Und das ist, genau das ist für mich dieses Pulsieren, so. **Rrrr, Rrrr, Rrrrr.** (Thp: Okay?) Der manchmal auch den ganzen Kör, hier in den Schulterblättern oder so. **Damit assoziiere ich das Pulsieren.** (15'38'')

Der Patient ergänzt seine lautmalerischen Äußerungen anschließend durch Nominalmetaphern, meint, da sei kein Schlag, sondern eher ein Nachhall, ein Pulsschlag und begreift dies als seine Interpretation des Schmerzes: „**Damit interpretiere ich halt so (...)**“ (15'56'')

Die beiden Klang- und die Klangerzeugungsqualitäten werden bestätigt und ausdifferenziert. Es geht bei der Klangschale um eine Gleitbewegung im Sinne der Monotonie, einen mit Technik assoziierten Klang mit geringfügigen Schwankungen. Das Pulsieren des Schmerzes ist dem Guiro zugeordnet. Charakteristisch für beide Klänge ist die langsame Erzeugung, bei der Klangschale ist es eine Gleitbewegung. Bei der Klangentwicklung gibt es nur Ausbreitungen, jedoch keinen klaren Anfang oder Anfangsimpuls wie etwa bei einem Schlag, was ist nur bei wenigen Instrumenten überhaupt umzusetzen ist.

Der Patient engagiert sich zunehmend und bemüht sich, auch mit Worten und onomatopoeischen Äußerungen dem Therapeuten zu verdeutlichen, wie der Schmerz beschaffen ist, unter dem er leidet. Dabei fällt auf, dass er sehr genau zwischen dem Wahrnehmungsgegenstand und den sprachlichen und musikalischen Ausdrucksmitteln unterscheidet. Das geht so weit, dass er seine metaphorische Beschreibung (richtigerweise) als eine Interpretation bezeichnet. Bei den Lautmalereien wirkt es so, als würde er zu-

nächst das Pulsieren des Schmerzes (wow, wow, wow...) klanglich verdeutlichen wollen und dann schrittweise an den Klang des Instrumentes anpassen, bis kein Vokal mehr Bestandteil der Silben ist (Rrrr, Rrrr, Rrrr...).

Einen deutlichen Kompromiss muss der Patient bei dem Klang „der Schale“ eingehen. Eigentlich entspricht die Lautstärke nicht der Schmerzstärke, aber die Klangeigenschaft macht das Instrument unverzichtbar. Es ist ein mit Technik assoziierter Signalton mit ganz leichten Schwankungen. Deswegen kommen Instrumente, die obertonreicher sind und deren Bedienung mehr Geräusch verursacht, wohl nicht in Frage. Mit der Klangschale wird ein unpersönlicher, ein – idealisiert - reiner Klang erzeugt, wobei sich die kleinste Ungeschicklichkeit des Spielers, d.h. das Scheitern seiner Abstimmung mit den Vibrationen des Instruments offenbart.

Im Interaktionsablauf zwischen Therapeut und Patient fällt mehrfach auf, dass sie wechselseitig nicht ganz das aufgreifen, was der andere gerade gesagt hat. Auffallend auch unter dem Gesichtspunkt der Abstimmung, dass der Patient den Rhythmus der Drehbewegung in seinen Lautmalereien nicht aufgreift und dass er das Wort Körper verschluckt. Es fehlt etwas, das sich jedoch nicht aus dem Material herleiten lässt. Aus psychologischer Perspektive möchte man an Depersonalisation denken. Wenn dies als Bestandteil des Syndroms Schmerz gelten sollte, dann bestünde die begonnene kompositorische Aufgabe darin, zwischen simultanen Abläufen keine Anziehungskräfte und kein Gravitationszentrum entstehen zu lassen, stattdessen die Klangqualitäten und – ereignisse zu dissoziieren. Dies geht so weit, dass selbst zur Dissoziation kein Bezug hergestellt werden darf.

Monotonie, Entmaterialisierung, Surrealisierung

IV.

15'56'' - 18'41''

So ganz zufrieden ist der Patient noch nicht mit dem Klang des Guiro. Es geht im darum, ein Pulsieren zu finden, das keinen klaren Anfang hat. In einer Art Tour d'Horizon bietet der Therapeut noch einmal mehrere Klangalternativen an, Zunächst wird das Gopi Yantra herangezogen, dann gewischte Klänge auf dem Xylophon und schließlich ein schnarrendes Geräusch auf der Gitarrenbasssaite. Es sind alles Klänge, die mit einem hörbaren Anfangsimpuls und einer offensichtlichen Geräuschbeimischung ausgestattet sind, und die der Patient teils nonverbal, teils verbal ausschließt. Sie sind zu weit entfernt von der ‚schleifenden‘ (16'35'') und pulsierenden (16'42'') Charakteristik des Schmerzes hinter dem Ohr, die der Patient nochmals lautmalerisch zu beschreiben versucht. Es ist ein Schmerz, der auch nicht immer da ist und wenn doch, dann am ehesten abends, wenn eine gewisse Ruhe einkehrt (18'41''). Es hat sich herausgestellt heraus, dass die bereits beim letzten Mal (17'20'') ins Auge gefassten Klangqualitäten von Klangschale und Guiro am ehesten geeignet sind (18'26'').

Die Suche nach passenderen Klängen und die Eindeutigkeit, mit der sie ausgeschlossen werden können, führen letztlich zur Bestätigung dessen, was sich der Patient bereits zuvor ausgesucht hatte. Es gibt einige übereinstimmende Qualitäten von Klang und Schmerz, so dass sie einander zugeordnet werden können, aber es gibt auch Unterschiede, die sicherstellen, dass sie nicht als identisch empfunden werden können.

Teile: passen nur ungefähr,

rasten dennoch so ein, dass sie unbeweglich sind

V.

18'41''-24'12'' (Ende der Aufnahme)

Die letzte Sequenz beginnt mit der Frage des Therapeuten, ob die Komposition noch ergänzt werden soll und wird von dem Patienten zunächst verneint. Aber ihm kommt ein Instrument in den Sinn, das ‚blaue Teil‘, d.h. die Springdrum (19'08''). Der Klang soll sich nicht mit den anderen verbinden sondern für sich stehen (19'22'') befindet der Patient, bevor das Instrument erklingen ist. Es repräsentiert einen anderen und nicht mehr den Kopfschmerz. Obwohl der Therapeut zu Beginn der Sitzung für eine Fokussierung plädiert hatte, lässt er sich nun darauf ein, „um etwas in petto zu haben“, wie er sagt (20'01'').

Bei der Exploration der Klangmöglichkeiten stellt sich heraus, dass es hier anders als zuvor, nicht mehr um etwas Gleichbleibendes geht, sondern um etwas, das mehr Spiel hat (20'51''). Der Patient imitiert den Klang wie zur Bestätigung mit seiner Stimme (20'49''). Bei der qualitativen Zuordnung von Schmerz und Klang scheint es nicht so sehr um den Sound zu gehen (21'07''), sondern um Spannung und strukturelle oder sensomotorische Abläufe, wobei diese nicht positiv benannt werden können, sondern nur ex negativo. Der Patient nimmt schließlich Metaphern zu Hilfe:

„Das immer wieder so ein bisschen (.). Und der hier ist für den Rücken und auch, weil Sie es gerade abgespielt haben, auch so ein bisschen für den Kopf, weil ich manchmal auch, weil ich das Gefühl habe, diese Nerven, ein bisschen so kribbeln. Nicht (schmalzen) das kann man nicht als kribbeln nennen, aber wenn jetzt ein Nerv offen liegen würde. Wenn es vielleicht irgendwie so Blut durch, aber das ist kein Kribbeln. Und das passt dann auch ganz gut.“ (21'46'')

Im Anschluss daran erkundigt sich der Therapeut nach den musikalischen Abläufen und weist in einem längeren Monolog den Patienten auf seine zukünftige Rolle in der Anwendungsphase hin: „Da müssen Sie sich Gedanken machen“ (22'52''). Diese Aufforderung löst beim Patienten eine Assoziation zur Beleuchtung einer Person während eines Interviews aus, und in einem ähnlich langen Monolog versucht er dies dem Therapeuten zu erläutern:

„Dass, wenn Sie irgendwo ein Interview machen, ich würde jetzt mit Ihnen ein Interview machen, dass es vielleicht richtig vorstellen können, ich mache jetzt mal ein Interview und es gibt immer ein Führungslicht. (Thp: Okay?) Das heißt, dieses Führungslicht, es geht darum erstmal hier (halt?) zu machen, dass man den Grund (unv.) //(unv.)// (Thp: Okay.) // Dann ehm müsste ich natürlich, also ehm müsste ich natürlich Ihr Gesicht ein bisschen (.), dann kommt ein, das ist das Führungslicht, das Grundlicht, dann kommt ein Hauptlicht. Das ist so personifiziert auf Sie und dann kommt sozusagen eine Spitze hinten, die so scheint hier drin. Und das tut man um sich abzuheben von der Wand //(unv.)// (Thp: Okay, mhm.)“ (23'42'')

Im Anschluss daran transferiert der Patient es auf die Klangereignisse, wobei er sich offensichtlich mit Zeigegesten verständlich macht. Der Audiomitschnitt endet dann an dieser Stelle, so dass nicht klar ist, ob noch weitere Verabredungen über die Komposition Schmerz folgen.

In dieser finalen Sequenz bringt der Patient ‚seine Welt‘ zum Ausdruck, ohne recht zu merken, dass der Therapeut ihm höchstwahrscheinlich nicht folgen kann bzw. nicht folgen will, denn er fragt auch nicht nach sondern bleibt offenkundig pragmatisch und lenkt die Aufmerksamkeit immer wieder auf die Klangereignisse und Spielweisen. Die etwas aufgeladene Verfassung des Patienten mit der unvermittelten Wahl der Springdrum, die für sich allein stehen soll. Den schlingernden Sound des Instruments imitiert der Patient stimmlich perfekt.

Indem beide, Therapeut und Patient feststellen, dass ‚da mehr Spiel ist‘, verweisen sie indirekt auf die zuvor festgefügte Klangvorstellungen und womöglich auch auf das Interaktionsgefüge. Was vorher verhakt schien, läuft nun ganz auseinander. Indem der Patient den Therapeuten in eine Situation verwickelt, in der sich alles irgendwie löst und nichts greifbar ist. Erst, wenn man recherchiert, mit welchen Fachbegriffen der Patient offensichtlich aus seinem beruflichen Kontext (Film- oder TV-Branche) operiert, offenbart sich ein Sinn.

Grundlicht/Hauptlicht	=	allgemeines Licht im Raum
Führungslicht	=	gezielte Beleuchtung des Gesichts
Spitze	=	Spitzlichter von hinten.

In seinen Ausführungen bringt der Patient Licht und Person und Klang und Schmerz in ein Bezugssystem, wobei er in seiner Nervosität die Begriffe etwas durcheinanderwirbelt. Wenn man sie etwas sortiert, und das ist legitim, weil der Patient fachlich eigentlich weiß, wovon er spricht, dann heben das Führungslicht (der gleichbleibende Kopfschmerz/die Klangschale) und die Spitzlichter (der pulsierende Schmerz/Guiro) die Person von einem allgemeinen Grundlicht (Umwelt) ab und bringen sie so zur Geltung. Wenn dieser Gedanke weiter vorangetrieben wird und der Schmerz also wie ein Führungs- und Spitzlicht ist, dann bringt er die Person zur Erscheinung und hat damit eine Selbstbestätigungsfunktion. Es handelt sich um eine Ersatzfunktion, denn die Person hebt sich nur scheinbar und mit künstlicher Unterstützung ab. Sie ist damit noch kein aus sich selbst heraus wahrnehmendes, handelndes und kommunizierendes Subjekt. Diese Aufrichtung des Subjekts wird wiederum durch das Symptom, den Schmerz, blockiert so dass der Patient in einem dysfunktionalen, immer gleichbleibenden System gefangen ist und in seiner persönlichen Entfaltung scheitert. Der Schmerz kann nicht einfach wegfallen, weil er ihm als Orientierung in einer für ihn womöglich verschwindenden (diffusen, irrealen und grundlosen) Umwelt dient. Für diese Zusammenhänge bekommt der Patient im Zuge des Kompositionsprozesses, bei dem er seine Depersonalisationsabwehr förmlich in die Klänge und Klangkonstellationen eingewoben hat, ganz wage und freilich präreflexiv ein Gespür.

Wenn das alles so wäre, dann würde sich sein Alleinstehen inmitten seiner realen Umwelt, die nichts versteht und nichts verstehen kann, hier in der Übertragung wiederholen. Auch wenn er nach Abbruch der Audioaufnahme von sich aus die Fachbegriffe übersetzen oder der Therapeut nachfragen würde, ist vor dem Hintergrund der vorangegangenen Überlegungen davon auszugehen, dass die Abwehr von Scham vor dem Erkanntwerden und/oder Berührtwerden eine Rolle im Kompositionsprozess spielt. Gestützt wird diese Annahme durch viele Details, so den technisch anmutenden Klang der

Klangschale, die von Losgelöstheit gekennzeichnete Spielhaltung zur Hervorbringung der beiden Drehbewegungen oder auch den Einsatz der Springdrum. Sie wird zwar oberflächlich betrachtet an einem (zunächst in die Peripherie geschobenen) Schmerz festgemacht, aber es wird klanglich nicht weiter daran gearbeitet, was darauf hindeutet, dass nicht die sensorische Charakteristik des Schmerzes repräsentiert wird sondern das Alleinsein, also die Funktion, die Schmerz für den Patienten hat.

Der Sinn von Irrlichtern

Herr Talbach: Komposition Linderung VI-XI, 32 Minuten

VI.

0'00''-4'16''

Zu Beginn der Sitzung wirkt es so, als sei der Patient nicht mehr ganz im Bilde darüber, was ihn erwartet, so dass der Therapeut die Frage nach dem Kontrakt aufwirft. Es stellt sich aber heraus, dass sich die Unsicherheit des Patienten nicht auf die Behandlung sondern darauf bezieht, dass er keinen Plan hat, welches Instrument er wählen soll (0'32''). Der Therapeut schlägt daraufhin vor, es durch Ausprobieren herauszufinden und erkundigt sich außerdem nach dem möglichen Charakter der Musik, die der Patient mit Linderung verbindet. Spontan kommt die Antwort „**hell, fröhlich**“ (0'56''), worauf der Therapeut auch noch die in den vorangegangenen Sitzungen notierten Stichworte zum Thema Linderung hinzufügt: „hinlegen, Ablenkung, heiße Badewanne, Betäubung“ (1'24'').

Da vom Patienten initial keine konkreteren Vorschläge zur klanglichen Umsetzung kommen, präsentiert der Therapeut verschiedene Möglichkeiten, die er selbst mit den genannten Qualitäten verbindet, zunächst die Chimes (1'52''), dann einzelne Metallophonstäbe. Letztere spielt er zunächst mit einem zu großen und weichen Filzschlägel an, so dass der Klang eher verstockt wirkt. Dann wechselt zu einem Holzschlägel, der zwar die höheren Frequenzen und mehr Nachhall, jedoch gleichzeitig auch einen härteren, verhärteten Klang hervorbringt. Im Anschluss daran wechselt der Therapeut mit demselben Schlägel zum Glockenspiel, und schließlich streicht er noch über verschiedene Saiteninstrumente (2'30''). „**Das ist schwieriger als Schmerzmusik //auszusuchen**“ bemerkt der Patient (2'35''). Daraufhin scheint sich die Situation etwas zu entspannen. Der Therapeut fährt wie zuvor und auch bereits bei der Komposition Schmerz in einer Art Tour d'Horizon fort, Instrumente anzuspielden, diesmal kleine melodisch-rhetorische Figuren, fragend, Kontakt aufnehmend auf der Gitarre, dem Klavier, der Chrotta. Der Klang der Chrotta löst die Ablehnung des Patienten aus (3'11'') und somit, wenn auch negativ, kommt eine erste eindeutige Stellungnahme von ihm. Der Therapeut spiegelt, dass es eine schwierige Stunde sei, was der Patient stöhnend bejaht.

Es folgen weitere Versuche, teils mit unkonventionelleren Spielweisen, insgesamt aber etwas beiläufiger. Bei der Steel Pan, die der Therapeut mit kleineren schärferen Anschlägen würzt, glaubt der Patient das Instrument gefunden zu haben, das er mit Fröhlichkeit verbindet (4'16'').

Die Sitzung beginnt ganz im Kontrast zur vorangegangenen zäh und orientierungslos. Da zunächst nichts anderes klar ist als eine möglichst helle, fröhliche Qualität der Komposition zur Linderung und der Patient eher passiv abwartend bleibt, entscheidet sich der Therapeut den eigenen Assoziationen zu folgen. Sein Ausgangspunkt ist das helle Klingeln der Chimes aber schon bei den Metallophonstäben macht sich die diffus-verstockte Atmosphäre auch musikalisch bemerkbar. Obwohl dieses Klangereignis also in die Interaktionsszene zu passen scheint, sollte es allerdings wiederum auch nicht überbewertet werden, denn es deutet auch daraufhin, dass der Therapeut eine absichtslose und gewährende therapeutische Haltung eingenommen hat, bei der eben auch Dinge passieren dürfen, die außerhalb der Konvention liegen und die auch nicht gleich befriedigen. Den Patienten bringt das nach einer kleinen Weile dazu, die schwierige Situation verbal zu deuten, was spürbar zu einer gewissen Entspannung führt, denn der Patient zeigt, dass er innerlich nah am Geschehen ist. Die Klangfiguren, die der Therapeut daraufhin auf verschiedenen Instrumenten darbietet, wirken zugewandt und bah-

nen die Vorstellung von kleinen Dialogen. Die erste Orientierung gebende Äußerung des Patienten ist dann zwar ablehnend, aber er hat erkennbar begonnen, sich auf die kompositorische Arbeit einzustellen. Der Therapeut bestätigt den Patienten darin, dass die Komposition für ihn anscheinend mit Mühsal verbunden ist und lässt seine Musik etwas absichtloser werden. Daraufhin wird es dem Patienten auch möglich, sich für etwas zu entscheiden, auch wenn (oder weil?) einige schärfere Anschläge auf der Steel Pan dabei sind.

stöhnen, ein wenig auflockern nicht ohne kleine Spitzen

VII.

4'16'' – 8'51''

Zur Vergewisserung spielt der Therapeut eine Weile auf der Steel Pan und erkundigt sich anschließend danach, wie der Patient sie gern gespielt haben würde, was dieser erst einmal nicht beantworten kann (4'33''), so dass er die Klangmöglichkeiten wieder erst einmal vorgeführt bekommt. Da es eine diatonisch gestimmte Steel Pan ist, kommt es im Spiel des Therapeuten auch zu Modulationen. Nach kurzer Zeit kann der Patient seine bevorzugten Töne auf dem Instrument lokalisieren („die Oberen“ 4'57''), eine Angabe, die sich nach der erneuten Vorführung durch den Therapeuten jedoch als Irrtum herausstellt. Der Patient nimmt daraufhin die Initiative und spielt selbst auf dem Instrument um zu zeigen, was er im Sinn hat. Er bedient das Instrument zuerst etwas zaghaft, verhaspelt sich zwar, indem er versehentlich auf dem Rand spielt, aber die Töne, die er meint/sucht, sind von Anfang an klar (G,H, D, A, Fis). Es bildet sich innerhalb von Sekunden eine Dreiklangsstruktur, die zwischen Tonika und Dominante pendelt (TDDT)(5'04'). Zur Absicherung nummeriert er die fünf Töne, bevor der Therapeut versucht, das Spiel nachzuahmen bzw. das Gemeinte aufzugreifen. Dabei geht er im Tempo wieder etwas zurück, nimmt einen behutsameren Anschlag und macht das Spiel etwas geschmeidiger. Spielen (abwechselnd!) und verbale Abstimmungen gehen ineinander über:

„Thp: Okay? Ich versuche es mal nachzumachen. (Steel Pan , durch Thp gespielt, Dreiklänge einzeln phrasiert) So? Oder? (Fortsetzung) // Immer alle 5? (Pat: // Mhm.) // (Fortsetzung, tacet) Mit jeweils einer Pause dazwischen, oder? (Steel Pan , fortlaufend, kräftige Akzente am Anfang und verteilt mittendrin) Oder zusammen, oder? Pat: Mmm, nein, das war schon bisschen gut. Thp: Die Erste? Pat: Mhm. (Steel Pan , weich, gleichmässig, mit Phrasierungen) // Nee, schneller. Also die Pausen nicht so lange? [...]“ (5'26'' – 8'42'')

Im weiteren Verlauf geht es um die Phrasierung bzw. die Gestaltung von Pausen zwischen dem Harmoniewechsel von Dominante (D₆) und Tonika (G). Der Therapeut führt zwei Varianten vor, erst eine mit deutlichen Absätzen dann durchlaufend. Der Patient entscheidet sich für die erste (6'00''), dann beim nochmaligen Hören wünscht er es sich schneller, worauf der Therapeut unmittelbar mit doppeltem Tempo reagiert, aber das war nicht gemeint, sondern die Pausen sollten verkürzt werden (6'10''). Als der Therapeut das Tempo noch einmal zurücknimmt, möchte der Patient es selbst demonstrieren, (6'20''), legt wieder ein forsches, fast ein wenig ungeduldig-ungestümes Tempo vor,

wobei er sich zwar ein wenig verhaspelt aber dennoch deutlich erkennbar zeigen kann, wo im Ablauf die Pause liegen soll.

Danach kann man nicht immer gleich erkennen, wer von beiden spielt. Der Therapeut mit der möglicherweise etwas flüssigeren Koordination greift Tempo und Anschlag exakt auf. Als er die Pause zu lang macht, moniert dies der Patient sofort (6'47'') und macht es selbst noch einmal vor. Das tut er ausgiebig (6'48''-7'31''). Während seines Spiels ergeben sich Veränderungen in Form einer Synkope bedingt durch die Verschmelzung einer Tonrepetition auf G, oder auch durch Wegfall des zweiten Schlages auf G, so dass der Keim für einen 5er Rhythmus gelegt ist. Als der Therapeut ihn darauf aufmerksam macht, fährt der Patient noch eine Weile in seinem Spiel fort (7'46'') und führt dabei einige nun unregelmäßige Akzente ein, bei denen das Instrument scheppert. Dann werden die Rollen gewechselt und der Therapeut demonstriert noch einmal die beiden Varianten, die sich ergeben haben. Der Patient entscheidet sich ohne lange zu überlegen (7'59''), kontrolliert noch einmal die Entscheidung durch anhören und bestätigt diese (8'06'').

Der Therapeut setzt nun die Kompositionsidee um, wird dabei hörbar flüssiger und geschmeidiger im Spiel, greift aber auch interpretatorisch ein, indem er die Pausenlängen etwas manipuliert, worauf er den Patienten aber auch hinweist (8'16''). Der Patient lässt sich wieder zwei verschiedene Varianten vorspielen, entscheidet sich für die eine, hört noch mal hin, bestätigt die Entscheidung (8'42''), und der Therapeuten lässt sein Spiel noch etwas weiterlaufen (8'51'').

Zwischen der Entscheidung für das Instrument und der fertigen musikalischen Figur liegen nur knapp 5 Minuten gemeinsamer Arbeit am Tonmaterial. Ausgehend vom Klang der Steel Pan und einer ersten Bestimmung von Tonhöhen werden improvisatorisch immer mehr musikalische Parameter gefunden und nach und nach die Eigenschaften der Komposition geregelt. Am Ende ist besonders durch die Arbeit an Pausen und Phrasierungen aus der ursprünglich abendländisch geprägten Tonalität mit ihrer Dominant-Tonika-Gravitation eine munter durchlaufende rhythmische Fünferfigur geworden, die man auch als Drehbewegung verstehen kann. Die etwas unregelmäßig gesetzten Akzente, die das Instrument zum Scheppern bringen, unterstützen einerseits den Charakter der Musik, der eher einem außereuropäischen Kulturraum zugeordnet wird, andererseits zeugen sie davon, dass es in der Komposition spielerische Freiheiten gibt. Die Interaktion zwischen Patient und Therapeut ist ganz spielerisch und leichtgängig, was nach dem Anfang der Sitzung wie ein Sprung anmutet. Sie verständigen sich über musikalische Details, aber verstehen einander mehr durch die Musik. Dass nicht immer alles klar verständlich ist und die Protagonisten auch nicht immer sicher zu unterscheiden sind, dürfte allein das Problem des außen stehenden Zuhörers sein. Der Therapeut beteiligt sich durch perfekte Imitationen, was an die Lautmalereien des Patienten während der Komposition Schmerz erinnert, und durch markierte Spiegelungen, die der Patient sehr aufmerksam verfolgt aber anschließend stets seine eigenen Festlegungen teilweise auch durch Vorspielen vornimmt. Bezeichnend für die Qualität der Interaktion ist, dass der Therapeut selbst dann aufgreifen kann, was gemeint ist, wenn das Vorspiel des Patienten nicht ganz gelingt. Die Szene, in der der Therapeut plötzlich das doppelte Spieltempo an den Tag legt und dann genauso schnell wieder zurückschaltet, hat Witz.

***Überwindung von Schwere (Gravitation) ohne Kohärenz einzubüßen,
heiteres Spiel***

VIII.

8'51'' - 12'00''

Am Beginn der Sequenz steht die Frage des Therapeuten, ob noch mehr dazu kommen soll, worauf der Patient spontan keine Antwort hat, aber unmittelbar mit dem Ausprobieren von Instrumenten beginnt, wobei er auf die Klangangebote vom Anfang der Sitzung zurückkommt. Dabei ergreift er wie der Therapeut zuvor den unpassenden Schlägel bei einem der Metallophonstäbe, legt ihn beiseite, streift dann über die Chimes und befindet, dass die nicht schlecht wären (9'14''). Nach einigen Varianten, bei denen musikalische und verbale Äußerungen ineinander gehen, werden die Bewegungsrichtung von den tieferen zu den höheren Tönen sowie weitere Einzelheiten festgelegt:

Thp: Und nur ein einziges Mal, oder? Pat: Nein, auch so immer wieder. (Chimes) //Thp: Mhm? //(dito) Einen bestimmten Rhythmus oder? (dito, quasi mit kleinen Wellenbewegungen) Pat: Also ich stelle mir gerade das da vor, Moment, und dann immer so/ (Pat: Chimes, kräftigere Bewegung) durchstreifen. (9'54'')

Im Anschluss daran werden die Klangereignisse zusammengesetzt, zunächst mit verteilten Rollen, damit der Patient dem Therapeuten zeigen kann, wie er die Akzente durch die Chimes in die Dreiklangsbewegung auf der Steel Pan setzen möchte (10'05''). Anschließend probiert es der Therapeut allein und hat dabei zunächst erkennbare Koordinationsschwierigkeiten (10'42''). Er gibt sich jedoch optimistisch, diese in den Griff zu bekommen, und kommt sogleich auf die Ausführung während der Anwendungsphase und die zu verabredenden Zeichen zu sprechen (11'25''). Dabei stellt sich heraus, dass der Patient bei der Komposition nicht so sehr die Linderung des Schmerzes im Sinn hat sondern den Zustand imaginiert, wenn der Schmerz weg ist, und den er als Erleichterung bezeichnet (11'44''). Der Therapeut versucht diesem Gedankengang zu folgen (11'56'') und kehrt dann wieder zurück zu der Kompositionsaufgabe.

Zu Beginn der Sequenz zeigt sich, dass der Patient in einer Situation, in dem ihm keine eigene Idee kommt, Impulse und Ideen des Therapeuten aufgreift, sogar das, was zu nichts führt, noch einmal wiederholt. Aber bei der Hinwendung zu den Chimes löst er sich von dieser Strategie, übernimmt Eigeninitiative und trifft Entscheidungen. Im Begriff des Durchstreichens wird der lockere, improvisatorische Impetus, der ganz zu Beginn im absichtslosen Spiel des Therapeuten lag und dann in der kompositorischen Arbeit an der Steel Pan ausgiebig praktiziert wird, nun sprachlich symbolisiert.

Bei der Zusammensetzung der Klangereignisse zeigt sich, dass es wieder darum gehen wird, Bewegungsabläufe zu koordinieren. Diesmal ist es der Therapeut, der vorschlägt, die Stimmen auf zwei Personen zu verteilen, um das Klangbild in seiner Gesamtheit erst einmal kennenzulernen. Als er es anschließend dann allein probt, zeigt sich, dass die zweistimmige Umsetzung eine hohe spieltechnische Anforderung ist und zunächst nicht ohne Reduktion der Komplexität innerhalb jeder Stimme umzusetzen ist. Das wird jedoch nicht thematisiert, auch wenn davon auszugehen ist, dass beide es merken.

Im daran anschließenden Dialog wird bereits die spätere Aufführung entworfen. Dabei tritt zu tage, worauf sich die Imagination des Patienten bisher gerichtet hat, nämlich auf die Wunschvorstellung, wie der Zustand nach dem Prozess der Schmerzlinderung beschaffen ist. Der Begriff der Erleichterung korrespondiert mit der Überwindung der Dominant-Tonika-Gravitation in seiner Komposition. Das bedeutet auch, dass das, was dem Patienten bisher nur auf dem Wege der Anästhesie vorstellbar war, die Abwesenheit von Schmerz, nun eigene Qualitäten gewonnen hat, wobei in der Vision auch noch

ursprünglich vorhandene Merkmale erhalten bleiben, wie z.B. das Vorhandensein simultaner Abläufe, die nicht so einfach zu koordinieren sind. Anders als bei der Komposition Schmerz ist, dass Bewegungsabläufe nicht mehr aus einer losgelösten Position heraus sondern mit spielerischer Freiheit gemeistert werden müssen und auch können. Gleichwohl ist dies ein Zwischenergebnis, denn es fehlen noch Vorstellungen über das Subjekt, das zu dieser Art von Spiel in der Lage ist und über den Weg, der dorthin führt einschließlich der Bewältigung von Hindernissen.

***Jenseits des Schmerzes:
die Art der Bewegung (nachahmen und durchstreifen)
vermag Visionen zu erwecken***

IX.

12'00'' - 17'18''

Das erste Instrument, was dem Patienten zu der Frage des Therapeuten einfällt, was noch dazukommen sollte, ist die Gitarre. Auch sie ist bei der Exploration der Instrumente schon kurz angeklungen. Etwas ist daran „schwierig“ (12'08''), was der Therapeut im Hinblick auf das simultane Spiel mehrerer Instrumente interpretiert, aber es bleibt offen, was der Patient gemeint hat. Er wendet sich gleich der Oceandrum und dann den Röhrenglocken zu, d.h. Instrumenten, die zumindest im Kompositionsabschnitt der Behandlung bisher noch nicht erklingen sind. Der Patient hier greift auf den bereits bekannten rhythmischen Pattern zurück, wendet sich schnell davon ab, lässt sich vom Therapeuten ein ebenfalls metallisch aussehendes Instrument vorführen (Wah-Wah-Tube) (13'34''), streift dann noch mit den Jazzbesen über ein Trommelfell und kommentiert all diese Klangereignisse, dass sie eher für Schmerz stehen würden (13'45''). Der Therapeut kommt auf den Einfall mit der Gitarre zurück. Der Patient greift zum Instrument und spielt auf den leeren Saiten, zunächst arpeggierend dann zunehmend akkordisch-rhythmisch (14'05''). Es geht ihm darum, sich innerlich die Konstellation mit den anderen Klängen vorzustellen (14'43''), aber er wird vom Therapeuten anscheinend unterbrochen.

Der Patient legt das Instrument beiseite. Es entstehen lange Pausen und ihm fällt eigentlich nichts mehr ein (15'09''). Dann wandert er aber doch noch weiter, metaphorisiert den Klang eines Schüttelidiophons als „zersplitterte Knochen“ (15'16''). Am Klang der Maraca erkennt er schließlich ex negativo, wonach er sucht:

Pat: Irgendwie noch was Weiches. Thp: Was Weiches? Pat: Was so Erleichterndes so? (unv.) den (unv.) so. Oder die Erleichterung (..) das ist so, der Schmerz lässt nach, so die (unv.), dann kommt die Erleichterung. Thp: Mhm. Pat: ((unv.) zu leise gesprochen) und dann so was Gleichbleibendes. (..) (15'46'')

Der Therapeut bietet ihm weiche Tonrepetitionen auf dem Klavier an, was der Patient mit „ja, was Rhythmisches“ bestätigt (16'03''). Dann probiert er selbst das Klavier aus, die Tonrepetitionen (15'59'') des Therapeuten aufgreifend, danach in den Diskant wechselnd, stets jedoch eher flüchtig, stochernd und so, als würde er nur gewissermaßen halbherzig bei der Sache sein, während der Therapeut schon ein wenig auf der Conga spielt.

Der Patient entschuldigt sich (wofür genau?), und der Therapeut benennt den Zeitrahmen, der ja zur Verfügung steht (16'48''). Die Suche des Patienten nach einem weiteren Klang geht über die Pauke, die Cajon, zwei verschiedene Schlitztrommeln und endet beim Tenormetallophon.

Es ist eine rastlose und fast quälend unsicher anmutende Suche, auf die sich der Patient begeben hat. Bei der Gitarre, die zweimal beiseite gelegt wird, wird nicht ersichtlich, warum er etwas an ihr schwierig empfindet bzw. was er mit ihr verbindet oder was er sich von ihr erhofft. Der Patient kommt nicht recht dazu, weitergehende Klangvorstellungen zu entwickeln. Er ist im Zustand des Suchens wohl sehr irritabel und schließt das Instrument dann letztlich nicht etwa wegen seiner Klangeigenschaften aus, sondern weil sich die Handhabung nicht mit der (gleichzeitigen) Bedienung der anderen Instrumenten vertragen würde. Die Gitarre ist unerreichbar, und gleichzeitig das Instrument, das von den bisher angespielten am nächsten an den Körper herangeholt worden wäre. Die Zeit dehnt sich, und es entsteht eine Leere, die der Patient zulassen kann, zumal der Therapeut einerseits die Begrenzung und andererseits den Raum aufzeigt. Aber die Leere erinnert dennoch auch an die Planlosigkeit vom Anfang der Sitzung. Etwas Weiches sucht er, das hat sich herausgestellt; es kann auch rhythmisch sein, vor allem jedoch gleichbleibend, eine Qualität, die schon bei der Komposition Schmerz wesentliches Merkmal war. Seine Versuche, sich oder zumindest etwas zu finden, indem er sich auf den Spuren des Therapeuten bewegt, bringen ihn nicht weiter, was er vielleicht als beschämend empfindet. Möglich aber auch, dass er glaubt, sich entschuldigen zu müssen, bevor er eigene Wege geht und andere, neue Instrumente anspielt. Auf diese Weise findet er schließlich das Tenormetallophon.

aufgeweicht sein, einen unbestimmten Zustand zulassen, ‚Nichts‘ finden

X.

17'18'' - 22'34''

Am Tenormetallophon erwischt der Patient Schlägel, die den Klang nicht gleich ersterben lassen, wie das zuvor bei den einzelnen Metallophonstäben der Fall war. Indem er großflächig über das Instrument wischt, kommen weiche Glissandoklänge zustande. Die einzeln gesetzten Töne deuten einen Cantus firmus an. Dabei findet der Patient auch den Wechsel zwischen diatonischer (Weißer-) und pentatonischer (Schwarzer-Tasten-)Tonalität heraus (17'38''). In einer langen Experimentierphase entwickelt der Patient ganz allein seine Vorstellungen darüber, wie die Klänge zusammengesetzt werden sollen:

Pat: Das wäre nicht schlecht. Thp: Mhm? Pat: Ich bin gar nicht ((unv.) zu leise gesprochen) Thp: An welcher Stelle müsste es denn kommen? Pat: Ich versuch es gerade. (Pat. Steel Pan mit Chimes im Wechsel - Metallophon, auf und ab Figuren, pentatonisch - Steel Pan mit Chimes im Wechsel, dann Metallophon und wieder zurück zur Steel Pan +Chimes) So könnte ich es mir vorstellen, es fängt das an. Thp: Mhm? Die Steel Pan beginnt? Pat: Mhm. Thp: Okay? (18'42'' – 20'38'')

Der Therapeut übernimmt das Spiel, und der Patient führt ihn (zeigend und erklärend) durch den ganzen Ablauf (bis 21'23''). Im Anschluss rekapituliert der Therapeut die Abläufe noch einmal verbal (22'10''). Dann kommt der Patient noch einmal darauf zu sprechen, wonach er eigentlich gesucht hatte:

Pat: Irgendwie was Gleichbleibendes habe ich jetzt nicht gefunden, wo man sagt (unv.) das irgendwas Gleichbleibendes. Wo man sagt (..) //(unv.)// Thp: Also ich// höre das ist der beste Kompromiss, der Ihnen einfällt? Pat: Ja. Thp: Also es trifft es nicht ganz? Das Instrument, das Sie bräuchten, das gibt es hier irgendwie nicht, bei dem, was Sie ausprobieren haben? Pat: Nein. (22'32'')

Mitten aus seinem (metaphorisch:) aufgeweichten Zustand heraus beginnt der Patient das Spielen und wird belohnt mit Klängen, die zwar zunächst unbestimmt sind, dabei aber freundlich wirken. Das chromatische Metallophon bietet dem Patienten eine Struktur, die ihm Orientierung gibt und mit der er zu experimentieren beginnt. Es handelt sich dabei um den einfach aus der topographischen Anordnung der Stäbe abzuleitenden Wechsel zwischen der diatonischen und pentatonischen Harmonik.

Der Patient nimmt sich Zeit und Raum, um die für ihn stimmige Konstellation mit den zuvor festgelegten Klangereignissen auszukundschaften, und als er seine Vorstellungen gebildet hat, übergibt er die Klangproduktion dem Interpreten. Die zuvor gefundene interpersonelle Abstimmung zwischen den beiden gelingt mühelos, erst indem der Patient den Therapeuten dazu bringt, nun auf seinen Spuren zu wandeln und dann indem dieser sich ein Stückweit ablöst und in der Interpretenrolle es noch einmal selbst rekapituliert.

Als dies abgeschlossen ist, kommt der Patient darauf zurück, dass er eigentlich etwas anderes gesucht hatte. Das bedeutet, dass das explizit Gefundene (und Bestimmte) das implizit Gesuchte (noch Unbestimmte) nicht einfach umstandslos ersetzt, sondern die Differenz zwischen dem Bestimmten und dem Unbestimmten spürbar und wichtig ist. Die Bemerkung des Patienten ist zu allererst insofern von Bedeutung, als sich im Symbolisierungsvorgang ja das selbstbestimmende Subjekt konstituiert und die Komposition Linde-

rung also (auch) Arbeit an der Depersonalisationsabwehr war.

Etwas Gleichbleibendes hätte musikalisch gesehen aus den gewischten Glissandi auf dem Metallophon entstehen können, aber der Patient ist intuitiv einer anderen Spur gefolgt. Vielleicht hatte er von vornherein die Konstellation mit den anderen Instrumenten und die spieltechnische Umsetzbarkeit im Sinn, so dass die Entwicklung der dritten Instrumental-Stimme davon gelenkt war. Der vorangegangene Ausschluss der Gitarre würde für diese Interpretation sprechen.

Wenn der ‚bestmögliche Kompromiss‘ etwas anderes, als eine pragmatische Lösung beinhaltet, lohnt es sich, ihn vom Ergebnis her zu betrachten. Wesentliches Merkmal der Komposition Linderung ist eine Halbton-Rückung verteilt auf zwei Instrumente, d.h. den Wechsel von G-Dur und seiner Dominanttonart D-Dur auf der Steel Pan zur Pentatonik cis-dis-fis-gis-ais auf dem Metallophon. Der Tonalitäts-Wechsel kann bei der Rückung nicht antizipiert werden, weil er sich nicht anbahnt. Auch eine Modulation bahnt sich nicht wirklich an, aber der Hörer merkt retrospektiv, dass er sukzessive, über nahezu unmerkliche Zwischenschritte in eine entfernte neue Tonart geführt worden ist. Bei der Rückung, die hingegen wie ein geschwinder Sprung in einen anderen Tonraum, in eine andere (Klang-)Welt, wirkt, merkt der Hörer den unerwarteten Wechsel im Augenblick des Geschehens. Von diesem Überraschungsmoment geht keinerlei ernstzunehmende Bedrohung aus, weil die tonalen (und harmonikalen) Strukturen der neuen Klangwelt schon gleich wieder etabliert sind, besonders dann, wenn das Metrum durchläuft. Das wahrnehmende Ich wird also nach der Irritation sofort wieder aufgefangen.

Die Tatsache, dass sich in der Komposition des Patienten die Rückung zwischen zwei Instrumenten abspielt, bewirkt, dass die Klangwelten deutlich von einander zu unterscheiden sind. Durch den mehrmaligen Wechsel entsteht eine gewisse Hin- und Herbewegung, wobei der Umschwung anders als z.B. bei der Pendelbewegung einer Schaukel nicht absehbar ist.

In den beiden Klangwelten dieser Komposition spielen Drehbewegungen eine Rolle, allerdings völlig anders als bei der Komposition Schmerz, bei der die Drehbewegungen mit der Klangerzeugung zu tun hatten und für einen Dauerklang sorgen sollten. In der Komposition Linderung sind es rhythmische und tonale (harmonische) Bewegungen: bei der Steel Pan die auf und ab laufenden Dreiklangsbrechungen zwischen Tonika und Dominante in einem 5er-Rhythmus, beim Metallophon die Pentatonik mit ihrer runden Geschlossenheit ohne Gravitation und ohne Intentionen, Spannungen oder Reibungen.

Die Komposition Linderung vermittelt das Gefühl oder gar die Gewissheit, überall richtig zu liegen, aber gleichzeitig bildet sich durch mehrmalige Rückungen das Bewusstsein, dass das Kontinuum einer jeden Klangwelt nicht endlos ist. Außerdem sorgen vereinzelt scheppernde Töne auf der Steel Pan sowie die Einwürfe durch die Chimes für Überraschungen. Es sind allesamt Unterbrechungen, die nicht destruktiv sind. Somit ist das Gleichbleibende zwar auf vielfältige Weise Bestandteil der Komposition, aber wird immer wieder neu gefunden und es wird durch kleine klangliche Schärfen herausgefordert. Was diese Komposition nicht repräsentiert sondern woran sie höchstens kompromisshaft erinnert, ist eine immerwährende Homöosthase.

***Spiele von Kontinuum und Unterbrechung und
von symbolischer Prägnanz und Unbestimmtheit***

XI.

22'34'' – 32'33''

Bei einer Art Generalprobe geht es erst um die Verabredung des Dirigates (23'40''-24'09''), aber der Patient merkt dabei, dass ihm die bisherige Reihenfolge der Klangergebnisse noch nicht passend erscheint und bittet darum, es noch einmal anders - zuerst das Metallophon und dann die Steel Pan - zu beginnen (24'15''), denn damit würde er mehr die Erleichterung verbinden (25'10''). Als es um eine rhythmische Feinabsprache geht - Patient und Therapeut verständigen sich mit Zeigegesten, so dass für den außen stehende Hörer nicht alles nachvollziehbar ist – will der Patient Vorschläge des Therapeuten einbeziehen, was dieser jedoch aus Gründen der Urheberschaft ablehnt (25'37''). Der Patient lässt sich die Musik daraufhin noch einmal vorspielen und festigt seine ursprüngliche Kompositionsidee.

Auf die Initiative des Patienten hin geht es im Anschluss um die Dynamik und die Schlussgestaltung (26'28''). Ihm schwebt offensichtlich ein Decrescendo vor, wobei er stufenweise vorgehen will, indem Anzahl von Wiederholungen der Patterns klar beziffert werden (bis 27'39''). Für den Therapeuten erhebt sich die Frage, ob das stufenweise Decrescendo durch die Verwendung unterschiedlicher Schlägel zu bewerkstelligen sei, was der Patient jedoch spontan (28'00'') und auch nach Vorführung der Möglichkeiten ausschließt (28'38''). Das Decrescendo wird dann noch einmal geprobt (bis 29'18'').

Mehr fällt dem Patienten, wie er sagt, nicht ein. Der Rest der Stunde ist größtenteils von Verabredungen geprägt. Der Patient erkundigt sich, wie die Vorgehensweise ist, wenn er in der Anwendungssitzung keine oder nur geringe Schmerzen hat. Der Vorschlag, dann mit dem erinnerten Schmerz zu arbeiten, scheint ihm zu genügen. Seine besorgte Frage, ob er den Therapeuten überfordert habe (31'52''), beantwortet der Therapeut beruhigend (32'08''). Abschließend geht es noch um ein Testat und die wohl halb scherzhaft, halb ernst gemeinte Anmerkung des Patienten (32'16''), dass dies nötig sei um nachzuweisen, dass er da gewesen ist.

Mit seinem Scherz am Ende der Stunde schlägt der Patient einen Bogen zum Anfang, als der Therapeut ihn gefragt hatte, ob er noch dabei wäre. In welchem Ausmaß sich die Stimmung im Laufe der Stunde geändert hat, wird daran noch einmal besonders deutlich.

In dieser Schlussequenz wird die Komposition vervollständigt und einzelne Teile werden nachbearbeitet. Es stellt sich heraus, dass nicht eine Pendelbewegung zwischen zwei Klangwelten intendiert ist, sondern dass es eine Bewegungsrichtung in der Komposition geben soll, die der Patient mit Erleichterung verbindet. Diese Richtung läuft von der Pentatonik zur Diatonik, also von einer Skala ohne tonales Zentrum und ohne Halbtonschritte zur abendländischen Dur-Moll-Tonalität mit der charakteristischen Leittonigkeit und einem Grundton. Dort will der Patient die Komposition jedoch nicht ‚landen lassen‘, vielmehr soll die Linderung oder Erleichterung imaginär fortgesetzt werden, indem die Musik langsam verklingt, was aber wiederum nicht dem Zufall überlassen, sondern stufenweise vorangebracht werden soll. Den Vorschlag des Therapeuten, dies mit Hilfe unterschiedlicher Schlägel umzusetzen, lehnt der Patient ab. Daran ist zu ermessen, wie sehr ihm daran gelegen ist, das Abklingen nicht mit mechanischer Hilfe vorzutäuschen sondern es selbst (in Identifikation mit seiner Komposition) aktiv und körperlich zu verwirklichen.

Richtungen finden, innerlich mitgehen können

Frau Sand: Komposition Schmerz I-, 27 Minuten

I.

(0'00'' – 1'49'')

In der initialen Sequenz wird auf die im vorangegangenen Interview erarbeitete Beschreibung des Schmerzes rekurriert. Die Ausführungen des Therapeuten scheinen der Patientin zu langsam oder zu umständlich zu sein: „**Hmm, ja machen sie es spannend (lacht)**“ (00'42''). Ansonsten bleibt sie erst einmal eher abwartend, gibt überwiegend paraverbale Zeichen der Zustimmung, als die beiden unterschiedlichen Schmerzsymptome in Bezug auf die jeweils unterschiedlichen verschiedenen Qualitäten zumindest skizzenhaft rekapituliert werden: zum einen geht es um einen dumpfen sich kribbelnd ausbreitenden Schmerz, zum andern einen hellen, stechenden, puckernenden oder pulsierenden, durchschneidenden Schmerz mit klarem Anfang und Ende. Hier fällt die Patientin dem Therapeuten mit einem eindeutigen „ja“ quasi ins Wort (1'21''). Während der Therapeut zu Beginn noch die Formulierung „auf die Suche nach Klängen gehen, die den Schmerz ausdrücken könnten, ihm ähnlich oder nahe sind (00'32'')“ bietet er der Patientin im weiteren Verlauf zwei alternative Vorgehensweisen, nämlich entweder vom qualitativen Schmerzerleben auszugehen, sich einen Klang vorzustellen und dann auf die Suche nach einem Instrument zu gehen, oder beim Experimentieren mit den Instrumenten die entstehenden Klänge in Bezug auf ihre Passung zum Schmerzerleben hin zu untersuchen (1'45'').

Angesichts der kurzen Zeitspanne zu Beginn der Sitzung gibt es eigentlich keinen Grund ungeduldig zu sein, und doch zieht die Patientin den Therapeuten damit auf, dass er nicht gleich zur Sache kommt. Ob die Tatsache, dass der nächste Schritt in der Behandlung und die Suche nach den Klängen durch die metaphorischen Schmerzbeschreibungen eigentlich sehr gut vorbereitet sind, der einzige Grund dafür ist, lässt sich aus dem Material nicht herleiten.

zwei Alternativen: um den heißen Brei herum oder ihn überspringen

II.

(1'49'' – 6'12'')

Die Patientin entscheidet sich dafür, bei ihrer Komposition Schmerz mit dem hellen, durchdringenden Schmerz zu beginnen, und ihr ist sehr schnell klar, dass es ein hoher Ton sein müsste (2'08''). Auch wenn ihr dazu kein Instrument einfällt, dann bleibt es bei diesem ersten Einfall, der noch durch die Qualität „nervend“ (2'31'') ergänzt wird.

Pat: Ja, würd ich schon sagen. Eher ein hoher Ton. (Thp: Hmm.) So was (...) sowas Nervendes ein bisschen. Also so //wie der Schmerz// eben auch ist, ne? // Thp: Nervendes // Hmm / Pat: So **Njeneneneng (hohe gepresste Stimme), so vielleicht, Also ich meine jetzt so vom/ (.) Thp: Hmm, ja. **Njeonengmememjeng (pp)**, ist höher, ich kanns nicht so hoch. Pat: Nee, aber (...) na im Vergleich vielleicht zu den/ zu den anderen, ne? Es muss ja gar nicht so/ (2'49'')**

Der Patientin ist nicht klar, wie sie von der Klangvorstellung zu einem Instrument finden soll, und der Therapeut schlägt ihr vor, es auszuprobieren, wobei er ihr behilflich sein würde. Sie greift daraufhin zur Kalimba, die sie auffallend scharf anspielt. Sie ändert den Tonus bei der Klangerzeugung nicht, als sie das Instrument ein zweites Mal anspielt, bevor sie es beiseite legt, zur Schlitztrommel wechselt und dort eine Weile schnell und arhythmisch spielt (3'51''). In Gedanken wandert sie weiter zu den Klangschalen, die sie, ohne sie zu hören, ausschließen kann, denn mit deren Klang verbindet sie etwas Beruhigendes (4'20''). Der Einfall ist dennoch nicht unbedeutend, denn das Gespräch kommt auf das Thema Nachhall, der für die Darstellung des hellen Schmerzes auch nötig wäre (4'28''). Der Therapeut zeigt indirekt durch sein Nachfragen, dass er der Klangschale schon diesen hohen, durchdringenden und nachhallenden Klang zutrauen würde (4'36''), aber die Patientin lässt sich von ihrer vorgefertigten Meinung nicht abbringen:

Überhaupt nicht, find ich, weil (..) bei denen find ich wirklich (.) also ich finde den ähm (...) Klangschalen mm es kommt sicherlich auf/ verbind' ich eigentlich immer mit ähm (..) ähm, gut ich/ von denen natürlich auch ganz stark mit Meditation und und also irgendwo äh, sich so ein/ einstimmen. (.) Das kann manchmal die Qualität von Schmerz auch haben, dass ich mich einstimme in dieses (Stimmlaut:)Mmmm, dieses äh/ aber das ist nicht das Helle, sondern das ist eher das Dumpfe, was (.) was auch manchmal/ Mir fiel nochwas ein, was so manchmal so dumpf züngelt fast, also das, was sie so //Kribbeln/ //na? (5'17'')

In dem Versuch, den hellen Schmerz durch die Abgrenzung von dem dumpfen, züngelnden, näher zu definieren, entsteht fast mehr Verwirrung als Klarheit. Die Patientin und Therapeut versprechen sich beide „Dümpfe/Dumpfe“ (5'18''), und eigentlich scheint nur noch das Unterscheidungsmerkmal ‚Aushaltbarkeit‘ zu gelten. „Ähm, das weiß ich jetzt überhaupt nicht, //was/ //“ bricht die Patientin die Versuche ab, spielt in einer erst vorsichtigen dann wilder werdenden Art mit der Rührtrommel (6'01') und gewinnt wieder die Orientierung, denn dieser Klang könnte dem hellen Schmerz gelten, dessen Ungeheuerlichkeit sie mit einer Onomatopoesie „Huää“ (6'04'') verdeutlicht. Der Therapeut begleitet dieses Tun teils spiegelnd, teils erläuternd, und bietet der Patientin an, den Streichpsalter, den die Pat. inzwischen gefunden und angespielt hat (6'06''), einmal vorzustellen (6'12'').

Die kompositorische Arbeit soll bei dem Schmerz beginnen, der sich eindeutiger zu erkennen gibt, aber im Zuge der Exploration klanglicher Möglichkeiten zeigen sich Verwirrung und Ambivalenz. Zwar erfindet die Patientin zunächst aus sich heraus eine Klangvorstellung, die sie vokal ausführt, doch obwohl diese vom Therapeuten prompt (markiert) gespiegelt wird, entwickelt sie sich nicht zu einer kompositorischen Idee. Überhaupt verwendet die Patientin auffallend viele Schallnachahmungen, Onomatopoesien, auch Interjektionen und Reflexlaute, bei denen nicht immer eindeutig zu bestimmen ist, ob es sich um sprachliche Kommunikationsanteile, und damit teilweise auch um eine habituelle Eigenart der Patientin handelt (Verwenden von Comicsprache), oder um unmittelbar aus der Situation resultierende, mehr oder weniger bewusste Lautgesten, die auch musikalisch verstanden werden könnten, nur eben noch nicht in der Weise verwertet werden. Wichtig festzuhalten ist, dass diese lautlichen Äußerungen im Original viel dezenter sind als es sich in der Transkription darstellt.

Auch bei den instrumentalen Klangerzeugungen werden noch keinerlei Bezüge hergestellt, ob es der scharfe Anschlag der Kalimba ist, der einfach in einer Wiederholung stecken zu bleiben scheint oder das arhythmische Spiel auf der Schlitztrommel, das einfach irgendwann aufhört. Die Klangschale wird gar nicht erst angespielt, sondern aufgrund von Vorannahmen ausgeschlossen. An dieser Stelle tritt die Differenz der Klangvorstellungen zwischen Patientin und Therapeut sehr offen zutage, die sich wohl noch steigern dürfte, weil die Verbalmetaphern „züngeln“ oder „kribbeln“ eigentlich nur schwerlich im Kontext einer dumpfen Qualität vorstellbar sind. Ob die Wiederholung des Versprechers des Therapeuten durch die Patientin als Ausdruck der Nähe, der Anpassung oder der Synchronisation angesehen werden kann, erscheint gleichermaßen fraglich. All dies zusammengenommen erweckt den Eindruck, dass zwar Handlungen ablaufen aber weite Teile davon von der Wahrnehmung ausgeschlossen sind.

*in Wiederholungen stecken bleiben;
es ist, als sei es in der Ausgangssituation sinnlos, einen Laut von sich zu geben, auch
wenn viele produziert werden*

III.

(6'12'' – 10'22'')

Die Reaktion der Patientin auf den Klang des Streichpsalters ist unmittelbar:

Streichpsalter, G gestrichen, mf (Thp) Pat: Ooh ja. Echh!! (lautiert f:) Thp: Was war das? Pat: Das ist der gemeine Schmerz. Nnjierrg (Pat.lautiert). Thp: Ja, ihre Reaktion war auch gleich (lacht unsicher) (Pat: Mhm.) so wie sie gestern beschrieben //hatten.// (Pat: Ja, Hmm.) Dieses (..) Raue. Hmm. Pat: Das ist der(.) Thp: Das ist er? Pat: Nji-hjinnng (lautiert, gepresst hohe Stimme, mf) . Noch mal! (6'32'')

Mit der Entdeckung des Streichpsalterklanges ist der kompositorische Wille geweckt: Die Patientin sucht nach besseren Anpassungen des Klangs an das Schmerzerleben, indem die Tonhöhe angehoben (6'50'') und die Schärfe, der Druck des Bogenstrichs noch variiert werden (7'01''; 7'17'''-17'23''). Der Therapeut sichert das Klangereignis durch Nominal-Metaphern („der Grelle“, „der Blitz“) ab, die womöglich ursprünglich aus dem Schmerzinterview stammen, sowie einer Verbalmetapher („der putscht dann so richtig gemein - 7'19'').

Die Patientin stutzt, als sie ihre innere Klangvorstellung, es müsse der höchste Ton sein, anhand der konkreten Erfahrung korrigieren muss: „**Komischerweise der ist / Streichpsalter (Tonwiederholung) Ääh. (.) Der ist/ (.) also beide sind schon, ne? Aber den finde ich nun noch fieser, //den ersten//**“ (7'29''). Mit dem Begriff der Frequenz suchen beide nach einer sachlichen Begründung für das Phänomen.

Die Patientin greift noch einmal auf die Kalimba zurück, dann auf die Rührtrommel und jedes der Instrumente lautmalerisch (comic-artig) kommentiert (7'54''). Der Therapeut bleibt indes beim Streichpsalter, fordert die Patientin auf zu schreien, wenn es ihr zuviel wird, aber die Patientin bittet darum:

Pat: Ja ja. Ne, bitte! Streichpsalter (ein Ton 8 Mal repet., unterschiedlich jaulend, ca.7 sec. // Nja, das ist Qual ne?// Das ist richtig quälend. Also einmal ist so ein Uäää (lautiert) . Das gibts manchmal,

wenn ich ihn in Griff kriege und dann gibt es den (.) den der (..) bleibt, ne? Thp: Pulsierend-puckernde. //Das beides.// Pat: Das wäre das Puck//ern dann eher, ne? (Thp: Hmm. Ja.) Und den den man überhaupt nicht / Das ist so ein Ton, der ähm (...) den man überhaupt (unv.) (beide lachen) den man einfach kaum gehen kann also so so ni/ also jetzt nicht, jetzt gerade die Frequenz so. (8'38'')

Der Therapeut schlägt vor, sich nun dem dumpferen Schmerz zuzuwenden (8'50''), und obwohl die Patientin eigentlich mit ihm einig ist, geht es um eine erneute Exploration des Streichpsalters einschließlich der für die Klangerzeugung hervorzubringenden Bewegungsabläufe und die Absicherung des zuvor gefundenen Klangereignisses. Im Zuge dieses Prozesses formiert sich in der Patientin ein irritierender Gedanke:

O jetzt hab ich mich gerade dran gewöhnt fast. //Aber // Streichpsalter (sehr hoher Ton, kratzend// //dann höchster Ton, kratzend, 2 Mal mit Pause) // Also es gibt so/ man könnte/ // es gibt ein (unv.) sowas wie wie wie der (...) kurz mal angesetzt mit (lautiert:) //Ääääng// und dann dahin Streichpsalter (tiefer Ton (.) hoher Ton (.) tiefer Ton) Hmm. Na der ist äh (.) hm, (..) nee nee, das ist schon eher (da bei allem?). Obwohl der jetzt natürlich es ist so 'ne/ Das ist wie mit dem Schmerz, find ich ein bisschen, ja? (Streichpsalter: einzelne Töne während der Aussage) (Thp: Hmm.) Also es ist so Ä (lautiert) wirk/ sie haben es ja gemerkt, wie meine Reaktion war. Und jetzt find ich ihn/ jetzt so langsam gewöhn ich mich dran und finde sogar ähm (..) 'ne Schönheit (lachend) in dem Ton. Ja? (10'16'').

Die Schlussfolgerung, auch den Schmerz schön zu finden (10'22''), mag sie an dieser Stelle noch nicht ziehen.

Die Interaktionen der Patientin mit dem Klang changieren zwischen paraverbal kommentierenden, emotional reagierenden und klangerimitierenden Formen (bis 7'02''). Die ganz zu Beginn dieser Sequenz zum Ausdruck gebrachte Mischung aus Überraschung, Betroffenheit und Begeisterung über den Klang des Streichpsalters, wirkt fast abgeflacht durch den comic-artigen Charakter der onomatopoietischen Ausdrucksweise. Jedoch zeigen die etwas unsichere Reaktion des Therapeuten oder auch der absichernde Rückgriff auf Kalimba und Rührtrommel die Beteiligung unerwartet starker Affekte an, was die Patientin am Ende der Sequenz auch noch einmal bestätigt.

Der Therapeut hat sich auf die Eigenart der Patientin eingestellt, Affekte kindlich-comicartig zu kommunizieren als er mit seiner Verbalmetapher dem Klang oder Schmerz eine personifizierte, handelnde Instanz zuweist oder indem er sie halbernst auffordert zu schreien, wenn er die hohen jaulenden Töne produziert. Ihr wiederum scheint auch daran gelegen zu sein, nicht nur die Grenzen des Instruments auszuloten sondern seine spieltechnischen Fähigkeiten genau zu beobachten. Sie ist von dem scharf greinenden Klang des Instrumentes sehr getroffen und versucht nun durch sukzessive und wiederholte Praxis das Unterworfensein in Selbstbestimmung über die Qual zu verwandeln. Dabei ergibt es sich, dass die Übergänge von Qual und Lust fließend werden und die Gewöhnung an den Ton, ein Empfinden für Schönheit hervorruft. Für die Patientin ist dies sichtlich ein völlig neuer, irritierender Gedanke.

langsam aber sicher den Spieß umdrehen

*und vom Getroffensein Besitz ergreifen;
irritierende Erfahrung der Schönheit des Unschönen*

IV.

(10'22'' – 15'20'')

Es wirkt fast so, als sei die Patientin auf den Geschmack gekommen, wirklich „fiese“ Töne zu suchen (10'35''), wobei der Bezug zum Thema Schmerz erhalten bleibt. So greift sie zum Guiro, zu dessen knatterndem Geräusch ihr durchaus auch ein Schmerz einfällt, nämlich ein einschleichender (11'25'').

Also (2x Klopfen) mal die Dumpfe(n?) eher, na? Der so/ manchmal ist das so/ ach, es gibt so Dinge, die schleichen sich so ein und dann (..) dann manifestieren sie sich sozusagen. Also hab ich manchmal so dieses (Klopfen) so, dass dass man denkt **M m hm m (lautiert singend). Und dann plötzlich gibt es dann so diese (..) wie so'n Flächen/ (.) Flächenfeuer oder so (11'52'')**

Die Patientin beschäftigt sich eine ganze Weile mit dem knarrenden Klang des Guiro, und ordnet ihm einen möglichen bzw. vorstellbaren Schmerz zu, d.h. einem der gekannt wird, aber aktuell nicht relevant ist. (bis 12'39''). Dann werden Schlitztrommel und Rassel hinzugezogen (bis 13'07'') und schließlich auch die Conga (13'18''), bei der die Patientin dann doch wieder beim tatsächlichen Schmerzerleben ankommt. Der Klang ist ihr „zu viel“ (13'21''), „zu schlimm“ (13'28'') für den dumpfen Schmerz, was auch für die Cajon zutrifft, die wiederum „zu laut“ ist (13'36''), bevor der Therapeut abgedämpftere Schläge macht:

Cajon (weiter) // Pat: Hmm. Ja, das könnte/ das müsste so'n so'n so'n (..) verbundenerer (..) ja sowas, das find ich/ das find ich ganz gut. (unv.) so verbunden eben, also das/es ist schon zwar/ Es gibt ja so diese (lautiert:) **Hm, hm ,hm, so schon, äh, Schmerz(.)auswirkungen also bei diesem dumpfen Schmerz, der ja auch manchmal so runtergeht und bisschen **Njing (lautiert pp.)**, so macht, (.) ähm // (14'10'')**

Der Therapeut passt seine Spielweise an die sich weiter ausdifferenzierenden verbalen und lautmalerischen Beschreibungen an, spielt im Piano-Bereich gleichmäßiger, ohne Akzente und erkundigt sich nach dynamischen Entwicklungen.

Indem die Patientin sich ihr Schmerzerleben noch einmal vergegenwärtigt, besonders den krampfartigen Charakter, der plötzlich in den dunklen Schmerz, hineinbricht, merkt sie, dass ihr musikalisch noch etwas fehlt (15'20'').

Die Patientin beschäftigt sich zunächst mit Klängen, denen sie ein Schmerzerleben zuordnet und nicht umgekehrt, kommt jedoch beim Klang der Conga und dann bei der Cajon wieder auf den aktuell zu behandelnden dumpfen Schmerz zurück. Dieser Umweg, der therapeutisch als Vermeidungsverhalten angesehen würde, ist jedoch auch aus musikalischer Sicht einleuchtend, denn es wird darum gehen, das Ungenaue, Indirekte, Schleichende zu artikulieren. Die kompositorische Herausforderung besteht darin, dass die Patientin an einem Klang, der sich zunächst noch relativ klar und deutlich zeigt, implizite Möglichkeiten erkennen muss, die mit Mitteln der Reduktion schließlich das

hervorbringen, was gemeint ist, auch wenn das Gemeinte selbst wiederum noch weitgehend präreflexiv ist, was sich wiederum durch den kompositorischen Prozess evolutiv ausdifferenziert, wie sich am Ende herausstellt.

sich auf Abwesendes beziehen und über Umwege das Gemeinte ausmachen

V.

(15'20'' – 21'47'')

Zu Beginn dieser Sequenz ringt die Patientin um Beschreibungen, kann dem Therapeuten in seinem Spiel an Rassel, Guiro und Cajon nur mit gestammelten Sätzen, Lauten, einzelnen Anweisungen und vermutlich mit Gesten zeigen, wie es klingen soll. Der Therapeut setzt musikalisch versuchsweise um, vergewissert sich, spricht selbst nur das Notwendigste, teils in Einwortsätzen:

Pat: dieses **Hm hm hm hmm (lautiert)** // **Thp:** Einschleichen ist dumpf? (**ganz leises Trommeln**) // **Pat:** (unv.) Also dieses hier (.) zu **hm hm hm me, dann (lautiert)** (.) dieses wäre jetzt der der Schmerz ist da. Und dann gibt es nochmal so'n (atmet hörbar ein)(.) **Thp:** Krampft. **Pat:** So'n so was/ wa/ wissen sie w/ wo wo so'n **Rassel (rhythmisches Rasseln ca. 7 sec.) Hmhm. Rassel (ca. 2 sec.)** Nicht zu doll, nicht so doll! Das ist ja alles immer nur (unv.) das ist dieses (.) Ja! (**Rasseln klingt aus**) Und **dö dö dö dö (lautiert)**, und dann käme dazwischen plötzlich/ (.) Na vielleicht doch doller. Wenn so (**Thp:** Ja.) **Hmmm (lautiert)**. **Thp:** Probieren. **Pat:** **Hm-mm (lautiert)** **Thp:** Kleine/ (5) (unv.) **Guiro (4 Mal langsam, lauter werdend) Cajon (lauter werdend)** **Pat:** (unv.) Da könnte man jetzt bald schon in diesen // (unv.) // da kann man das so machen. // **Thp:** Ach so. // **Cajon, Rassel** // **Pat:** (**lautiert:**) **ooooaaaa, ngngngn, oooooaba** (16'50'')

Auch als die Klänge für eine gewisse Zeit aufhören (17'06''-17'29''), greifen die Dialoge ineinander, bis dann wieder die Klänge von unterschiedlichen Instrumenten (Guiro, Cajon, Rassel), die Satzketten und onomatopoeischen Ausdrücke dicht verwoben werden. Die metaphorischen Beschreibungen „**Das müsste mehr Klangteppich sein, das darf nicht so pulsieren/ zu sehr pulsieren darf's nicht.**“ (18'23'') werden differenzierter, es geht um Nuancierungen, und es kommt zur wechselseitigen rhythmischen Abstimmung zwischen Lautmalerei und Trommelspiel.

Die Äußerungen „**Thp:** So klingt das. **Pat:** Ja, so klingt das“ (18'55'') markieren eine kurze Zäsur, bevor es wie zuvor mit dem Ineinander von Spielen und Sprechen weitergeht (ab 19'44''). Da beide Schmerzarten auch simultan auftauchen, geht es nun um die Integration des Streichsalters. Der Patientin ist bewusst, dass die spieltechnischen Anforderungen hoch sind: „[...] **Sie müssten eigentlich, glaub ich, doch fünf Hände haben, oder** / (19'42'') und dass der Therapeut besondere Maßnahmen ergreifen muss, um die Instrumente in der gewünschten Weise spielen zu können. Sie kommt auf ihr Schmerzerleben zurück, gleicht es mit der Komposition ab und kommt noch einmal darauf zu sprechen, dass das Fiese seine schöne Seite hat:

Hmm. Das müsste dann irgendwann/ also und dann/ ja. Ja. Das das wär's jetzt eigentlich. (Thp: Hmm.) Auch mit diesem/dieser/dieses dies/ dieses ähm immer Anwesende äh äh ähm. Und manchmal ist es

auch so, dass ich keinen Schmerz hab und (.) und / also nicht diesen dumpfen, sondern nur das jetzt, ne? (Thp: Hmm.) Aber es ist/ das passt schon. Das ist dann irgendwie äh (..) das ist dann so. Der ist fies, also der/ den find' ich wirklich, äh auf der einen Seite und auf der anderen Seite hat er auch was ähm (S) auch was Schönes, also (.) dieser/ dieses/ dies Hohe, also. (21'37'')

Die Atmosphäre wird leise und nachdenklich, fast andächtig. **Thp: Ja. Pat: (unv., sehr leise) Thp: Hmm. Pat: Mhm. Thp: Ja. (.) Da hätten wir die Klänge erstmal gefunden. Pat: Hmm. (21'47'')**

In dieser Sequenz scheinen vor allem außermusikalische Bezüge prozessiert, bestehende Einstellungen und (Verhaltens-)Muster aufgelöst, ein verworrenes intrapsychisches Geschehen an die Oberfläche befördert und schließlich klanglich transformiert zu werden. Vom Ende des Prozesses her gedacht, als die Patientin nochmals auf Qual und Schönheit Bezug nimmt, sieht es so aus, als würde zwischen Musik und Schmerz nicht mehr unterschieden werden. Das hat sich angebahnt, als die Art der Klangphänomene und Simultaneität ihres Erscheinens spieltechnische Kompromisse erforderlich gemacht hat, denen die Patientin, so scheint es, ihr Schmerzerleben zu- oder gar unterordnet. Anders formuliert heisst das, dass von der Performanz der Klänge ausgehend der Sinn sowohl gefunden als auch erfunden wird.

Die Komposition der Klangphänomene ist in einem einzigartigen Ineinander von verbalen, paraverbalen und klanglichen Interaktionen entstanden. Die ursprünglich habituiert und comic-artig wirkenden Onomatopoesien der Patientin sind von einer Unstrukturiertheit der Sprache, Laute und Klänge abgelöst worden. Therapeutisch betrachtet entsteht der Eindruck, dass die höchst private, ja geradezu intime Art und Weise, wie hier etwas kommuniziert wird, auf das verweist, was kommuniziert wird. Wenn man diesen Gedanken weiterverfolgt, dann geht es bei der kompositorischen Arbeit womöglich nicht einzig darum, den Schmerz zu treffen oder zu meinen, sondern um dahinter bzw. davor liegendes, Intimeres, d.h. darum, was dieses Symptom indiziert. Daraus ergibt sich wiederum die Frage, worauf sich die Komposition eigentlich bezieht und aus Sicht der Patientin beziehen kann. Zugespitzt formuliert: welchen Sinn würde es machen, wenn sich die Musik auf einen Schmerz bezieht, der lediglich das Decksymptom für ein verborgeneres, weitaus gravierenderes psychisches Geschehen ist?

Das vorliegende Material reicht nicht aus, um die Hypothese, die letztlich auf eine Traumatogenese der Schmerzsymptomatik zielt, anhand von anamnестischen Daten zu verifizieren, aber es gibt Anhaltspunkte in den Reaktionen und Andeutungen der Patientin dafür, wie die musikalische Artikulation an die Stelle des Symptoms Schmerz rückt. Konkret ausformuliert würde das bedeuten, dass der grelle, greinende Laut auf dem Streichpsalter die (Ausdrucks-)Funktion des Schmerzes übernimmt und diese gleichzeitig erweitert, indem er die Rückgewinnung der eigenen weiblichen Stimme repräsentiert. Jedenfalls wäre dies eine sehr plausible Erklärung dafür, dass dieser Klang die Patientin so getroffen hat und dass die Arbeit an seiner Verfasstheit am Ende zum Erstaunen über Schönheit führt, eine Schönheit, die darin besteht, berührt zu sein und dabei sich selbst bzw. einen verlorenen Teilaspekt wiedergefunden zu haben.

Oberflächen zerreißen; Instantiierung: die Musik bezieht sich phänomenal auf den Schmerz und symbolisch auf das, was er bezeichnet

VI.

(21'47'' – 27'23'')

Nachdem die Klangqualitäten und ihre Zusammensetzung fixiert wurden, geht es nun um die Absprachen darüber, wie die spätere Aufführung gestaltet werden soll, welche Reihenfolgen es gibt und wie Wechsel zwischen den Klangereignissen zustande kommen. Therapeut und Patientin erörtern die Frage, ob die Patientin den Einsatz für die dazwischenkommenden, gemeinen Töne vom Streichpsalter gibt, oder ob es Sache des Therapeuten ist, dies hin und wieder überraschend einzubringen. Die Patientin argumentiert, dass die Musik ja die Realität des Schmerzerlebens abbilden soll: **„Weil der über(.)wältigt mich wirklich, also (.) wie gesagt dieses/ dieser n-n-nervende Triggerpoint, oder was ich da erwische, wenn ich //irgend'ne falsche Bewegung mache//.“** (23'26'') Der Therapeut zeigt der Patientin die Möglichkeit auf, sich in der Musiktherapie über das überraschende Erscheinen des Schmerzes hinwegzusetzen und das Zepter über die Gemeinheit selbst in die Hand zu nehmen. Aber die Patientin überträgt diese Funktion dem Therapeuten: **„Ja ich wollt's ihnen schon wieder überlassen, so wie es/ wie es mein Körper auch eigentlich //macht, ne?//“** (24'04''). Sie antizipiert ihre Rezeption, meint dass sie schon erkennen wird: **„[...] ich hab' meinem Schmerz Stimme gegeben [...]“** (24'28'') aber dass es eben auch wichtig sei, sich der Wirklichkeit auszusetzen: **„[...] was würde dieser helle Schmerz, also (..) wär das wichtig jetzt sozusagen -(Herrin?) des Schmerzes- zu sagen: jetzt will ich ihn hören oder nicht (.)? [...]“** (25'11'').

Die Abbildung des Tatsächlichen, die völlige Überraschung empfindet sie als schöner (25'20''), und sie möchte sich auf die Ungewissheit einlassen, was mit ihr dann im Moment passieren wird (25'28''). Ihre Argumentation bezieht sich mehr auf ihren therapeutischen Prozess als auf die musikalische Komposition: Freiwillig würde sie doch nicht sagen, dass der Schmerz jetzt kommen sollte (25'43'').

Der Therapeut betont, dass es nur darum ging, ihr die Möglichkeiten, die ihr zur Verfügung stehen, aufzuzeigen (26'10'').

Thp: wir machen da Zeichen aus. Aber genauso gut ist, wie sie das eben erklärt haben, das bildet //die Realität ab // Pat: //Das hab' ich so das Gefühl (unv.) // Thp: //wenn er// (.) einbricht, ja. Pat: Einbricht. Das ist das/ richtig, das ist das Wort, und zwar/ (..) ich mein, das ist so/ die sind ja (.) jetzt die Klänge, die die wir jetzt ausgesucht haben, sind ja/ (.) da kann man sich ja so ein bisschen dran gewöhnen jetzt so. (26'24'')

Die Patientin rekapituliert noch einmal kurz das Verhältnis zwischen beiden Schmerzqualitäten mithilfe onomatopoeischer Ausdrücke „blalalala“ (26'35'') und „Bo!“ (26'51''). Den Abschluss des Kompositionsprozesses bildet die Reflexion der Patientin, dass die Schmerzmusik gemeinsam so schnell gefunden wurde (27'04'') und der vom Therapeuten eingebrachte Hinweis auf den nächsten Schritt in der Behandlung, i.e. die Komposition einer Musik, die man als Veränderung bzw. Linderung erlebt und die wegführt vom Schmerz (27'23'').

Bei ihren Entscheidungen über die Aufführung der Komposition einschließlich ihrer Rolle und die des Therapeuten ist die Patientin ausschließlich von selbst gewählten therapeutischen Zielen geleitet. In musikalischer Hinsicht reicht es ihr, sich anhand der Klangqualitäten als deren Urheberin zu erkennen. Die Verantwortung der Abläufe

überträgt sie dem Therapeuten. Sie geht dabei soweit, seine Tätigkeit mit den Äußerungen ihres Körpers gleichzusetzen, die plötzlich hereinbrechen und denen sie unterworfen ist. Ihre Formulierung, dass dies schöner sei, als selbst die Herrin des Schmerzes zu sein, wobei die Metapher im Verschlucken fast unkenntlich gemacht ist, deutet darauf hin, dass es bei der Aufführung nicht nur um eine wirklichkeitsgetreue Abbildung geht, sondern um verborgene Wünsche. Der Therapeut bemerkt das Ringen der Patientin, lenkt ein und fokussiert den musikalischen Prozess. Die Patientin schließt die Komposition Schmerz, indem sie den beiden Klangqualitäten Namen in Form onomatopoietischer Ausdrücke zuordnet.

der Interpret als Körper; geheime Wunscherfüllung

Frau Sand: Komposition Linderung VII-XII, 15 Minuten²

VII.

(27'19'' – 30'03'')

Der Therapeut beschreibt die zweite anzufertigende Komposition als eine, die vom Schmerz „wegführen“ soll (27'33'' und nochmals 30'09'') und die Patientin erkundigt sich, ob dies mit denselben Instrumenten bewerkstelligt werden soll (27'39''). Ihr Interesse gilt dann unmittelbar einem Instrument, dem Monochord, das, obwohl optisch nicht unauffällig, bisher außen vor war (27'45''). Der Therapeut gibt eine kurze Information über die Bauweise, schafft die Voraussetzungen für einen freien Zugang und lädt die Patientin ein, das Instrument selbst auszuprobieren und „für sich zu entdecken“ (28'05''). Er fügt hinzu, dass man nichts falsch machen könne und erklärt seine Präsenz damit, dass er das Instrument nur ein wenig festhalten würde (28'11''). Inzwischen hat die Patientin schon angefangen zu spielen. Sie erkundigt sich noch über die Handhabung, bevor sie den Klang ausgiebig (fast eine Dreiviertelminute) laufen lässt, den Tonraum erkundet und dabei auch die Basssaite entdeckt.

(Fortsetzung Monochord, etwas dynamischer) // Das ist ein schöner Klang. (einzelne Streichbewegungen, langer Nachhall) // (Thp: Hmm.) (Fortsetzung - tacet) Der ist für mich total schön. (Nachklang) // (Thp: Hmm.) // Also das find ich ja (irre?) (29'02'')

Die Art ihres Sprechens wirkt, wie man auf der Audioaufnahme hören kann, wie ein Sich-in-den-Klang-Hineinschmiegen. Die Patientin erkundigt sich nach den Grenzen bzw. der Beherrschbarkeit des Instrumentes: „**Das kann man, glaub ich, nicht richtig spielen, ne? [...]** (29'21''), worauf der Therapeut zwar die prinzipielle Möglichkeit eines Melodiespiel erwähnt, im Grunde aber bestätigt, dass es einfach nur um diese Art der Schwingung gehe (29'34''). Er unterstreicht seine Aussage, indem er das Spiel auf dem Instrument selbst mit sehr ruhigen Streichbewegungen übernimmt. In den Klang hineinsprechend sucht die Patientin nach Worten dafür, wie tief sie davon berührt ist:

// Das find ich total schön. Das find ich total/ das ist so/ (.) das berührt

² Die Komposition Linderung schließt sich innerhalb derselben Therapiesitzung unmittelbar an die Komposition der Schmerzmusik an. Die Minutenzählung beginnt bei 27'19'' und die Zeitangaben in der Analyse beziehen sich darauf.

mich richtig tief, muss ich sagen. Das ist total/ das ist auch schön, einfach einmal, also/ (..) Das wär' zum Beispiel etwas, was mich total (...) äh, also was ich total schön finde. (30'03'')

War die Patientin zuvor vom Klang des Streichpsalters getroffen so ist sie vom Klang des Monochords ebenso unmittelbar ergriffen. Sie hat nicht lange überlegen müssen, dass für die Komposition Linderung nur ein Instrument in Erwägung gezogen wird, das bisher nicht zum Einsatz gekommen ist und hat selbst die Initiative ergriffen und die Wahl intuitiv getroffen. Der Therapeut steht für Handreichungen und Erklärungen zur Verfügung, während die Patientin ausgiebig das Instrument und die klanglichen Möglichkeiten exploriert. So wie die Patientin spielt und spricht, ist es, als würde sie einen für sie neuen, wundervollen Raum betreten haben. Dies stimmt mit der vom Therapeuten initial verwendeten metaphorischen Beschreibung überein, dem „Wegführen vom Schmerz“, was einerseits eine räumliche Fort-Bewegung und andererseits eine eigenständige Wirkungsmacht der Musik impliziert.

unmittelbares Ergriffensein, Erstaunen

VIII.

(30'03'' – 32'17'')

Die Frage des Therapeuten, ob dieser Klang vom Schmerz wegführen würde, bejaht die Patientin. (30'10'') und begründet dies auch:

Pat: Das müsste diese Mischung aus diesem Ganz/ diesem/ diese/ das/ dieses Tiefe ist ja sowas von ähm/ Thp: Dieser (..) // Basston .// Pat: //sowas Väterliches// (lacht) **Monochord (einzelner Basston) Ja. Irgendwas ganz äh/ Monochord, höhere Lage, durchgehend, Quintfall, einzelne Basssaite durch Thp.) // Ganz schön! Das ist total schön. (Fortsetzung) // Ganz schön. (31'16'')**

Der Therapeut greift diese Bemerkung auf in seinem Spiel, indem er den Quintsprung einige Male wiederholt und mit der tiefen Oktave quasi noch einmal bestätigt (31'10''). Die Patientin sucht nicht weiter nach Erklärungen ihres Erlebens sondern wiederholt die Äußerungen ihres Ergriffenseins (31'16''). Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf klangliche Differenzierungsmöglichkeiten und vergewissert sich, ob seine Spielweise dem entspricht, was sie sich vorstellt. Die Dialoge, die dicht ineinandergreifen kreisen um die immergleichen Töne (31'26''), bis die Patientin von sich aus, auf die notwendige Unterbrechung des Kontinuums zu sprechen kommt.

Aber das wär so in der Art eigentlich so 'ne/ das ist so 'ne richtig so 'ne/ und ich find's auch schön mit dem (.) mit dem (lautiert:) **Pungg, mit dem nochmal wie so'n/ (..) ja wie wie (unv.) (..) Ja, es ist einfach so, also so so'n Punkt (reell so'n/??). Ja. So (n-n-da) also man so/ man kann ja so verschwimmen in so K/ in Klängen, ne? Und dann dieses nochmal so (**ooä**) ja wie so 'ne (.) mir fällt halt nicht das richtige Wort ein, aber so Z-Z /Zäsur oder ich weiß nicht, oder wie. (.) Na wie bei der Meditation der/ die Zen-Mönche einem noch mal 'n Schlag auf die**

Schulter geben, ne? (lacht) Wenn man zu sehr abgedriftet ist.
(32'17'')

In dieser Sequenz bleibt die Ergriffenheit als vorherrschendes Empfinden bestehen, fast könnte man meinen ein ozeanisches Glücksgefühl hat von ihr Besitz ergriffen. Musikalisch wird dies durch den obertonreichen Dauerklang und das im Quintsprung liegende Pendeln zwischen Dominante und Tonika erzeugt. Die Patientin bringt das, was dieser Klangwelt immer wieder Impulse gibt, den Anschlag der tiefen Basssaite, mit einer väterlichen Eigenschaft in Verbindung und kombiniert es mit dem, was sie über Zen-Meditation weiß. Es geht um einen Zustand der Grenzenlosigkeit, der jedoch nicht losgelöst von der körperlichen Existenz ist. Der „väterliche“ Impuls dient dabei nicht als Unterbrechung sondern als Initiierung oder Bestätigung des Kontinuums. Auch wenn sie die instrumentalen Möglichkeiten exploriert hat und sie sich auch lautmalerisch auf die Klangereignisse bezieht, entsteht nicht der Eindruck, dass die Patientin beginnen wird, am Klangmaterial gestalterisch tätig zu werden. Vielmehr bleibt sie in der Position einer Hörerin, die sich dem Klang überlässt.

Selbstauflösung, Stillstand

IX.
(32'17'' – 33'43'')

Die Patientin kommt auf das Erleben von Harmonie zu sprechen, das sie mit Linderung verbindet, denn Schmerz habe nichts Harmonisches an sich (32'33''). Für sie ist der Klang des Monochords ein Raum, in dem sie sich selbst noch erlebt:

[...] wenn das so mich packt irgendwo könnt ich mir vorstellen, und das das ist ähm/ das ist so'n (.) n-n-n-n also sagen wir mal so: ich hab' ja/ wir haben ja darüber geredet, dass es so/ dass ich mich dann immer so völlig zurückziehe, ne? Das ist die Möglichkeit. Aber dieses wäre ja mal den / hier auch einen Raum zu betreten, der ähm, der der ähm, der nicht nur bedeutet dieses Vegetative (.) Pflanzenmäßige, sondern da hör' ich, da bin ich ja n n n n noch dabei, ne? 33'25''

Der Therapeut bejaht dies, ohne dem etwas hinzuzufügen, und es folgen einige gegenseitige paraverbale und verbale Absicherungen, bevor der Therapeut abschließend meint, dass sie sozusagen nun ein Ensemble haben (33'37''). Die Patientin fragt daraufhin „und nu?“ was beide zum Lachen reizt (33'39'') und dem Therapeuten die Gelegenheit gibt, die Führung durch die Behandlungsschritte wieder zu übernehmen.

Um zu verdeutlichen, was Linderung für sie bedeutet, nämlich das Erleben von Harmonie, umschreibt die Patientin ihr Schmerzerleben und verwendet dazu Metaphern, die auf Dissoziation oder ein Depersonalisationserleben (Rückzug ins Vegetative, Pflanzenmäßige) verweisen. (Die schon bei Analyse der Komposition Schmerz aufgestellte Hypothese, nämlich dass der Schmerz eine Abwehrfunktion hat, wird dadurch untermauert.) Wenn das richtig ist, dann wird der Schmerz in einem Zustand des emotionalen und sozialen Ersterbens für einen Rest an körperlicher Bezogenheit zu sorgen, wenn auch auf die pathologische Weise eines Symptoms, und er wird die emotionale und so-

ziale Isolation fixieren.

Die Vorstellung von Linderung bezieht sich der der Patientin nicht auf das sensorische Schmerzerleben. Das hat damit zu tun, dass aus psychologischer Sicht solange kein Zustand ohne Schmerz vorstellbar ist, bis nicht seine Halt- oder Orientierung gebende Funktion ersetzt ist. Diese Funktion hatte die Patientin zuvor bereits der Basssaite zugeordnet. Nun formiert sie weitergehende Gedanken darüber, wie sie den Klang des Monochords erlebt. Sie tut dies während des Sprechens, wobei sie stottert und sich verhaspelt. Als Außenstehende/r bekommt man in statu nascendi mit, wie sie für sich entdeckt, dass Linderung bedeutet, einen Raum zu betreten, indem (!) sie sich wahrnimmt und in dem (!) sie sich als eine Sinnlich-Vernehmende wahrnimmt.

Der Begriff Ensemble, den der Therapeut verwendet, wirkt aus dem Zusammenhang gerissen. Musikalisch betrachtet macht er auch dann keinen rechten Sinn, wenn er die Zusammenstellung der beiden Kompositionen meint. Aber der Effekt ist, dass die Patientin sich nach den vorgesehenen Abläufen in der Behandlung erkundigt und damit den Bezug zur aktuellen Gegenwart herstellt.

das Gefühl sich zu fühlen: gerät man ins Stolpern, weil man sich selbst findet oder findet man sich selbst, indem man über sich stolpert?

X.

(33'43'' – 38'11'')

In der folgenden Sequenz werden die Aufführung der beiden Kompositionen vorbereitet und Rollen verteilt (bis 34'18''). In einem Exkurs zur Schmerzmusik kommt es noch einmal zu Überlegungen darüber, wie das Verhältnis von Schmerzerleben und Musikgestaltung zu verstehen ist, und zwar wie schon zuvor bei den Erörterungen über die Schmerzmusik, dass das Ohnmachtserleben ja essentieller und darum erhaltenswerter Bestandteil ist. Als es um den Wechsel zwischen den beiden Kompositionen geht, ist es der Therapeut, der den Begriff Schicksal als erster fallen lässt, aber die Patientin greift ihn auf:

[...] ich (lacht) über(.)gebe ihnen jetzt die Aufgabe, des Schicksals, weil ich denke, Sie (.) ähm (..) ich denk' schon, dass sie viel (ä..o..) das habe ich aber an ihren Fragen g-gemerkt, dass sie auch viel/ (..) wie soll ich's sagen, also sie haben das ja irgendwie m-m-m-mitgekriegt, also //was ich erzählt habe.// (35'01'')

Gleichwohl nimmt der Therapeut die zugewiesene Rolle nicht komplett an, und gibt mit Verweis darauf, dass er ja auch danebenliegen könne (35'30'') der Patientin die Möglichkeiten der Selbst-Bestimmung wieder in die Hand. Die Verabredungen über Gesten laufen eine ganze Weile, bis die Patientin ihre Sorge gesteht, den Prozess zu lange laufen zu lassen.

Und wie ist das jetzt mit den Schlusspunkten also oder den ähm, ich meine, wenn das so 'ne Aufnahme ist, ich hab' jetzt äh (.) ich weiß gar nicht, wie lange (..) ich meine, Schmerz (.) dauert ja lange, ne? Also wie lange/ ich meine, wenn ich hier sitze und nach drei Stunden sage: jetzt reicht's, dann/ es wär's ja Quatsch. Ich meine, wissen sie/sie wis-

sen ja auch ungefähr, wie (.) wie das ist so na? Also da/ (.) (36'28'')

Der Therapeut beruhigt sie, meint, das wäre normalerweise kein Thema, aber es wird auch über die Möglichkeit gewitzelt, dass die Patientin nur aus Mitleid mit ihm das Handzeichen für die Beendigung der Schmerz-Komposition setzen könnte (36'51''). Es wird deutlich, dass die Patientin sich den Wechsel zwischen den beiden Kompositionen bisher nicht richtig vorstellen kann: **Und ähm,(..) und nicht dass der Schmerz wieder kommt , und das kommt, sondern/sondern wirklich Schmerz, äh (...) Beruhigung oder oder/ (37'12'')** und der Therapeut flexibilisiert daraufhin das Setting und bietet an, dass die Musik auch hin und her pendeln könne. Dies wiederum führt zu einer Gegenbewegung der Patientin:

Und wenn ich sage, nach fünf Minuten alles ganz vorbei-vorbei, dann ist ja Quatsch, ne, denn was ist (man) denn. Kann ja auch sein, dass ich so (.) fünf Minuten alles aushalte, und dann sage: Nee, das ist Schluss oder so. Wär' ja (...) ich mein', ich mach mir zuviel Gedanken (37'40'').

Der Therapeut ermutigt sie, sich ihrer Intuition zu überlassen und rekapituliert noch einmal die verabredeten Handzeichen.

Dass die Patientin sich einer kompositorischen Herausforderung bisher nicht gestellt hat, sondern es dabei belässt, a) einen Klang auszuwählen, der sie ergriffen hat, und b) am liebsten dem Therapeuten die gesamte Verantwortung zu übertragen – er solle für sie Schicksal spielen –, zeugt davon, dass das, was einer Linderung entgegensteht, nicht einfach zu bearbeiten ist. Die Patientin hat durch das Klangerleben durchaus Vorstellungen darüber gewonnen, dass es möglich sein könnte, Depersonalisationserscheinungen zu überwinden. Diese visionäre Vorstellung kann aus therapeutischer Sicht schon einmal als Erfolg angesehen werden. Aber sie hat noch kein Empfinden dafür, dass sie selbst es ist, die etwas dazu beitragen könnte, geschweige wie sie es bewerkstelligen könnte, zum Beispiel indem sie eigene Impulse entwickelt, (akustische) Vergleichshorizonte imaginiert, Alternativen abwägt, Kompromisse erarbeitet, Entscheidungen trifft, Konsequenzen trägt.

An kompositorischer Kompetenz mangelt es der Patientin sicherlich nicht, denn das hatte sie bei der Komposition Schmerz schon unter Beweis gestellt. Obwohl der Therapeut als Interpret Unsicherheit darüber verspürt, wie er das Werktreue-Gebot eigentlich erfüllen soll, verzichtet er darauf, die Patientin mit der kompositorischen Arbeit zu konfrontieren, was aus therapeutischer Sicht richtig ist. Sie geht ihrerseits über seine vorsichtigen Rückfragen hinweg, indem sie vorgibt, er würde schon alles verstehen. Gleichwohl scheint die Patientin zu bemerken, dass es etwas gibt, das sie nicht zu fassen bekommt. Ihre Schlussfolgerung, dass sie sich zu viele Gedanken macht, ist bezogen auf einen Kompositionsprozess nicht richtig. Aber ihre grundlegende Unsicherheit darüber, wo Schlusspunkte bzw. Grenzen zu setzen sind, ist auch gedanklich nicht aufzuheben. Es spricht viel dafür, dass unintegrierbare, intrapsychische Prozesse die Erzeugung und/oder Vorstellung akustischer Phänomene dominieren bzw. dass die Methode an ihren Grenzen ist.

die Angst ausgeliefert zu sein und der Wunsch, alles möge einfach gut werden

XI.

(38'11'' – 40'26'')

Die Patientin zeigt sich entschlossen, sich dem Schmerzerleben unter dem Einfluss der dazugehörigen Komposition auszusetzen und zu sehen, was das in ihr auslöst (38'31''). Sie setzt sich dieser Vorstellung innerlich mehr aus als zuvor, was zu einer deutlichen Wendung in der Antizipation des Wechsels zur Komposition Linderung führt:

Lass' es einfach geschehen und dann kann es eben drei Stunden, eh sie/ bevor sie zusammenbrechen, nicht? (lacht) Nein, aber ähm, so (.) ähm, nein, dass ich da wirklich erstmal reingehe und und und, und das wirklich/ (Thp: Ja.) (..) Ich denke, da muss auch wirklich die Sehnsucht entstehen: ich möchte jetzt Linderung haben. Und das ist ja Linderung. (Thp: Hmm.) Nu, ich muss ja erstmal den Schmerz (..) nicht auskosten, das ist jetzt blöde, das mein ich jetzt nicht, sondern (.) erfahren. (Thp: Hmm.) So. Ihn so lange (..) erfahren, bis/ bis ich/ bis ich merke, was er eigentlich mit mir macht und wie schön das wäre, dass ich äh, Linderung erfahre. So. (39'11'').

Der Therapeut fängt diese Gedankengänge in mehreren Schritten auf, indem er sie ermutigt, sich spürend auf sich selbst einzulassen, dann darauf hinweist, wie komplex Menschen eigentlich sind und indem er eine gewisse Begrenzung einführt, in dem er den konkreten Alltag und das Mittagessen erwähnt (39'46'').

Die Patientin erkundigt sich, ob die Aufführung in dieser Sitzung noch kommen soll, was der Therapeut mit dem Argument, sich dafür etwas mehr Zeit zu nehmen, verneint. Er erwähnt dann noch eine mögliche Komplikation nämlich das Einschlafen bei der Linderungsmusik, was einen Kontrollverlust der Patientin beinhalten würde, und stellt in Aussicht, für eine Begrenzung Sorge zu tragen (40'26'').

Die Vorstellungen der Patientin über den Wechsel zwischen den beiden Kompositionen erwachsen nicht aus der Antizipation der Hörerfahrung der von ihr selbst komponierten Musik. Es wird in dieser Sequenz überhaupt kein Bezug zu den Klangphänomenen mehr genommen. Aber im Vergleich zur vorangegangenen Sequenz erarbeitet sich die Patientin eine Position, in der sie sich als fühlendes und handelndes Subjekt erlebt. So müsste der Wechsel zwischen den Kompositionen nach Auffassung der Patientin aufgrund ihrer eigenen Sehnsucht nach Linderung zustande kommen. Beides Sehnsucht und Linderung bleiben unkonkret, unbestimmt. Wesentlich deutlicher, aber dafür um so irritierender für die Patientin ist der Einfall, den Schmerz auszukosten, was sie zwar sofort negiert, aber das Auskosten passt durchaus zu der Art, wie sie den Streichpsalterklang erarbeitet hat.

Möglich, dass die Komposition Linderung im Gegensatz dazu weniger Teil ihres Selbst und mehr Bezugspunkt in der Außenwelt ist, an dem sich das eigene Fühlen festmachen kann. Dann würde die Musik vor allem als Bestandteil der therapeutischen Beziehung, als Orientierungsrahmen oder als Container fungieren. Der Einfall des Therapeuten, auf eine mögliche Komplikation hinzuweisen, kann ebenfalls so verstanden werden. Es ist gestattet, während des Musikhörens wegzudriften, weil er dafür Sorge tragen würde, dass dies nicht grenzenlos ist.

Musik als das Unerreichbare, Wiedergewinnung der Sehnsucht

XII.

(40'26'' – 42'37'')

Die vom Therapeuten zuvor angedeutete Möglichkeit des Einschlafens, bringt die Patientin zurück zur Musik und zu ihrem Empfinden von Harmonie. Allerdings ertönt das Monochord nicht mehr, sondern die Patientin bittet den Therapeuten, jetzt zum Schluss noch für Sie den Gong zu spielen.

//Ich finde dieses/ // Ich finde die so/ ich finde die sehr/ die ist wirklich sehr sehr schön. Das hat so 'ne Harmo/ hamo/ Harmonie, die/ die einfach ähm, die ganz tief geht komischerweise. Also das find' ich sehr/ find ich toll, dass sie hier auch mit diesem ganzen/ sie haben ja wundervolle (.) Auswahl. Ich meine, selbst dieser wunderwunderwunderschöne Gong. Ob sie ihn einfach für mich anschlagen, bevor ich jetzt gehe? (40'47'')

Wieder lädt der Therapeut dazu ein, dass sie es gern selbst tun könne, wobei er erst beim Räumen hilft und dann anbietet, das Instrument festzuhalten (41'04''). Die Patientin spielt und verbalisiert ihr Erleben:

(in Gongton hinein geflüstert) Das ist schön. Ist das schön. Boah, ist das toll. Schon mal das Anfassen. (Thp: Hmm.) Gong (mehrere, z.T. kräftige Anschläge, klingt dann aus) (Das ist wunderschön?) (5) Das ist total schön. (lautiert:) Mmmmmm, mmmmm. Schade dass der nicht in meinen Schmerz passt oder in meine Musik oder was. (.), (41'58'')

Im weiteren Spiel geht es um Orientierungen, d.h. die verschiedenen Klangfarben (41'08''), den Namen (42'12'') und die Machart (42'24'') des Instruments bis die Sitzung beendet ist und die Patientin ihre Begeisterung zum Ausdruck bringt.

Ganz zum Schluss dieser Sitzung geht es nun doch noch einmal um die Komposition Linderung, zumindest indirekt, indem sich die Patientin dem Klang des Gongs zuwendet, den sie ebenso schön wie das Monochord findet, jedoch für den vorgesehenen Zweck ausschließt. Aus musikalischer Perspektive sichert sie ihre Komposition durch einen akustischen Vergleichshorizont ab. Aus therapeutischer Perspektive begründet sie eine neue Art der Gemeinsamkeit mit dem Therapeuten, indem sie sich mit ihm zusammen auf ein Drittes bezieht. Wichtiger als dies scheint jedoch zu sein, die Idealisierung des Klangraumes auszudehnen und zu festigen, damit die Patientin sich hineinschmiegen und darin aufgehoben fühlen und sich dabei selbst als Vernehmende erleben kann.

Absicherung der Idealisierung, Notausgang

Frau Kiesel: Komposition Schmerz I-, 8 Minuten

I.

0'00 – 1'57''

In der initialen Sequenz wird zunächst auf die im vorangegangenen Interview erarbeitete Beschreibung des Schmerzes rekurriert. Es geht dabei um Lokalisation und individuelle Umgangsweisen sowie - metaphorisierend - um eine Farbvorstellung. Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf die nächste Phase in der Behandlung, wo es darum geht, Klänge zu finden, die den Schmerz ‚ausdrücken‘ (0'59''). Dazu werden auch die bereits gefundenen sensomotorisch metaphorisierenden Beschreibungen zitiert – „**kribbeln**“ (1'16''), „**wie Kohlensäure**“ (1'17''), „**größer werdende Blasen**“ (1'24''). Die Patientin die bis dahin zuhörend abwartet und paraverbal zustimmt, beginnt mit einer ersten Beschreibung:

Ehm (...) ehm ich könnt mir vorstellen, dass es so (.) so kältere also auf jeden Fall kältere vereinzelte chaotische Töne sind, weil das ist ja auch dieses wilde, nervöse (.) chaotisch klingende, also nicht unbedingt sowas (.) ganz Warmes, aber vielleicht schon sowas sowas Klopfendes, in der Art kann ich mir vorstellen, aber unregelmäßig. (1'48'')

Der Therapeut fasst diese Beschreibung als „unregelmässig klopfend“ zusammen und fragt die Patientin nach einem passenden Instrument. (1'57'').

In den gewählten metaphorischen, teils materialisierenden (z.B. kribbelnd, klopfend), teils dynamischen (z.B. wild, unregelmäßig) Beschreibungen für die Schmerzempfindung ist die Transformation in ein Klanggeschehen bereits angelegt. Die Patientin scheint keinerlei Mühe damit zu haben, sich auf die kompositorische Arbeit einzustellen.

mühelose Transformation

II.

1'57'' – 4'32''

Die Frage des Therapeuten beantwortet die Patientin mit einer Zeigegeste auf die Conga, gibt aber gleichzeitig zu erkennen, dass sie das Instrument nicht näher kennt. Der Therapeut schlägt vor, es auszuprobieren. Spielen und Sprechen gehen ineinander (2'13'' – 2'22''), bis sich der Therapeut vergewissert, ob dieses Geräusch in die richtige Richtung geht. Die Patientin stimmt zögernd zu, was der Therapeut aufgreift und danach fragt, ob etwas fehlt (2'36''). **Pat: Hm (.) na vielleicht noch ein bisschen feiner irgendwie. Thp: Feiner. Mhm. Also dieses Geräusch schon, (Pat: Mhm.) aber feiner. Pat: Vielleicht auch so wie Rasseln oder so. (2'41'')**

Daraufhin sucht der Therapeut nach einer passenden Rassel. Das über einige Sekunden vorgeführte Geräusch der Kalebasse löst bei der Patientin ein Lachen aus. Sie gibt der Kalebasse die Präferenz gegenüber der Conga, die nochmals kurz angespielt wird (3'24''), auch wenn diese wohl noch im Spiel ist.

Thp: Mhm. (.) Jaa. (.) 'guckn, wie müsst ich das spielen hier?. Du sagtest unruhig Pat: Ja. Also so ohne Rhythmus, also arhythmisch, durcheinander (dabei Rasselgeräusche, Rasseln (solo, 3 sec.) Ja. Rasseln (3'33'')

In einem Ineinander von Spiel und Sprechen (bis 4'27'') geht es um die Spielweise und das Tempo, was die Patientin wiederum zum Lachen bringt (3'52''). Auf Initiative des Therapeuten kommt noch eine klanglich tiefere Kalebasse zum Einsatz (4'11''), der die Patientin mit deutlicherer Gewissheit zustimmt (4'24''). „**Doch, das trifft es ziemlich gut schon.**“ (4'27''). Der Therapeut versteht die Zustimmung so, dass beide Rasseln gleichzeitig gespielt werden, was die Patientin nonverbal bejaht (4'32'').

Obwohl die Patientin die Initiative ergreift und aufs Gratewohl ein Instrument wählt, danach, als der Klang nicht passend erscheint, durch die Verbalmetapher „rasseln“ die Richtung für ein anderes Instrument vorgibt, des weiteren einen fachsprachlich korrekten Begriff verwendet (arhythmisch) und schließlich ihre Zustimmung zu dem Ergebnis äußert, entsteht der Eindruck, dass das Unterfangen erstaunlich reibungslos verläuft. Ob das Lachen in diesem Zusammenhang einfach als Vergnügen oder als Verlegenheit zu verstehen ist, lässt sich für einen Außenstehenden nicht erkennen.

ein leichtes Spiel

III.

4'32'' – 6'31''

Der Therapeut vergewissert sich, ob mit den gefundenen Klangqualitäten das Schmerz-erleben ausreichen wiedergegeben ist:

Thp: Wär das schon der Klang, oder hast Du den Eindruck, da ist noch was anderes? Ne andere Nuance mit drin, ne andere Klangqualität (.) Pat: Mm, vielleicht irgendwas, was so (.) ich weiß nicht ob/ gibt es so was was sich wie Blasen anhört oder so. Wie so ein Blub Blub (.) Gluckern oder sowas in der Art (4'59'')

Diese Lautmalerei ist für beide amüsant, und der Therapeut führt daraufhin die Rührtrommel als weiteres Instrument vor (5'13''-5'24''). Die Patientin zögert zunächst, scheint dann jedoch beim schnelleren Spiel den Klang ihrem Schmerz zuordnen zu können (5'26'').

Daraufhin erkundigt sich der Therapeut sofort nach der Zusammensetzung der verschiedenen gefundenen Klänge (5'32''). Die Patientin formiert ihre Gedanken während des Sprechens:

//Ähm, das ist// Ähmm, ich glaub das wechselt manchmal ab. Also s/ ich denk, dass ist unterschiedlich. Also manchmal ist mehr dieses Aufsteigen der Blasen, kann es so ein Gluckern sein, und insgesamt das Rasseln ist so für mich das Unruhige. (5'46'')

Der Therapeut rekapituliert die Spielanweisung während er die Instrumente vorführt, spielt erst noch einmal die Rührtrommel einzeln, und nimmt dann die Rassel dazu. Die

Patientin äußert ihre Zustimmung. Besonderen Wert legt sie auf das Durcheinander der Klänge sowohl bei der Kalebasse als auch bei der Rührtrommel. (6'12''). Damit wird die Suche nach passenden Klängen abgeschlossen:

Thp: Ja. (...) Ja. Ist es das so was du im // Pat: Ja. Doch, ich denke ja. //
Thp: Wie er klingt, der Schmerz? (Pat: Ja. (.)) Ja, dann haben wir vielleicht schon (.) sozusagen die Schmerzmusik (Pat: Mhm.) ja, die Instrumente dafür gefunden. (6'31'')

Die Interaktion zwischen Patientin und Therapeut setzt sich in derselben Weise fort wie zuvor. Die Patientin zeigt ästhetische Kompetenzen und hat durchaus eigene Ideen, die sie jedoch kaum von allein sondern überwiegend dann einbringt, wenn sie gefragt wird. Ihre Zustimmungen (z.B. „doch, ich denke ja“) wirken nicht ganz überzeugt (oder überzeugend). Gleiches gilt für die Festlegungen der Klangereignisse, die nicht durch die Abgrenzung von Alternativen oder eine intensivere Arbeit an den Differenzierungen abgesichert werden. Die Komposition scheint klanglich zutreffend zu sein und gleichzeitig bleibt sie eigentümlich unwirklich. Dabei bleibt ungeklärt, ob genau diese Qualität, das Unwirkliche, sich auf das Schmerzerleben bezieht oder einen anderen Bezug hat. Ähnliches trifft auch auf das Durcheinandersein zu: Zwar ist es als klangliche Qualität in dem Rauschen und Blubbern präsent und wurde ja auch zuvor bereits mit dem musikalischen Begriff „arhythmisch“ charakterisiert, und doch entsteht kein Sinngefühl. Doch es gibt keinerlei Anhaltspunkte, ob das, worauf sich die Musik ja beziehen soll, den Schmerz, in Wirklichkeit ziemlich belanglos ist, oder ob nur so getan wird, dass dies so wäre.

**Präsenz und Leere:
das was unwirklich ist, hat keinen Bezug,
während das, was einen Bezug hat, unwirklich bleibt**

IV.
6'31'' – 7'52''

Der Therapeut schlägt vor, eine kleine Vorführung zu probieren (6'36'') und rekapituliert noch einmal die Klänge und Abfolgen. Die Komposition Schmerz besteht in einem Rauschen mithilfe von Rassel und Kalebasse (5'53'') und dem rappeligen Blubbern der Rührtrommel (7'02''), teils im Wechsel, teils zweistimmig (7'15''). Die Patientin bestätigt den Ablauf, und der Therapeut fügt hinzu, dass für die Anwendungsphase noch Regie-Absprachen bezüglich des Tempos und der Lautstärke getroffen werden können (7'39''). Die Patientin äußert paraverbal ihre Zustimmung, und es wird übergeleitet zur nächsten Komposition (7'52'').

Bei der Zusammensetzung und Vorführung der Klangphänomene kommt es zu keinerlei Korrekturen, Kompromissen oder neuen Aspekten. Es sieht so aus, als ob die Klangoberflächen in einem analogen Verhältnis zu den Konturen der Schmerzwahrnehmung stehen. Aus dem vorliegenden Material ist jedenfalls nicht ersichtlich, wie die Patientin die Musik, sich selbst und/oder den Interpreten erlebt, ob und wenn ja welche Bezüge sie herstellt oder welche Bedeutung sie dem Ganzen zuschreibt. Es gibt keinen Anlass an der absoluten Gültigkeit der Komposition zu zweifeln und keine Ansatzpunkte für eine weitergehende Interpretation, wollte man nicht genau dies wiederum in Frage stel-

len. Das, was sich zu Beginn des Kompositionsprozesses als mühelose Transformation präsentiert hat, entpuppt sich womöglich als Anpassungsleistung.

Unhinterfragbarkeit; erfolgreich lahmgelegt

Frau Kiesel: Komposition Linderung V-VII, 10 Minuten³

V.
7'56'' – 9'46''

Befragt nach einer Idee für die Linderungsmusik umschreibt die Patientin ihre Vorstellungen metaphorisch:

Also ich denk, das sollte auf jeden Fall ein gleichmäßiger Ton sein - also zumindest, also ich könnte es mir so vorstellen, dass es so, so ein tragender Ton ist, wie das also für mich das Bild auch mit der Hand auflegen ist. Dieses Ruhige, mm Sanfte, eher Tragende so - wie so ne Zudecke oder sowas in der Art. Und also auf jeden Fall nicht, ähm, arhythmisch oder so, sondern rhythmisch und am liebsten so gleichbleibend. Also das finde ich am schönsten. (8'34'').

Sie fügt noch die Qualität „wärmer“ (8'39'') hinzu, und der Therapeut fasst dies alles noch einmal zusammen: [...] **ein warmer Ton, der so (.) wie ne Decke wirkt: wärmend, haltend** (8'49''), was die Patientin paraverbal bestätigt. Dann geht es dem Therapeuten darum zu verstehen, was die Patientin mit dem Begriff ‚arhythmisch‘ meint, einen unregelmäßigen Rhythmus oder Klangphänomene wie der Nachhall, die keinen Rhythmus haben (9'02''). Die Idee von etwas Nachhallendem gefällt der Patientin auf Anhieb. Die kurzen verbalen Interaktion greifen an dieser Stelle sehr ineinander, während inhaltlich zunächst noch auf die Klangmöglichkeiten eingegangen wird, die nun überhaupt nicht mehr in Frage kommen (Conga, Trommel) (9'11''). Als der Therapeut die Patientin nach eigenen Vorstellungen befragt, kommt die Patientin auf eine Idee: **„Also vielleicht halt wirklich so Klangschalen“** (9'32''). Nun wird der Regenstab geräuschvoll beiseite gelegt - erneut quasi ex negativo -, bevor es zum ersten Ton des benannten Instruments kommt (9'46'').

Die Patientin hat zunächst keine konkrete klangliche Vorstellung, aber sie kann einige Eigenschaften benennen, die die Musik haben bzw. nicht haben soll, vor allem aber kann sie die schmerzlindernde Funktion metaphorisch umschreiben. Es geht dabei um wärmenden Halt, Gleichmäßigkeit und Schönheit. Das vom Therapeuten eingebrachte akustische Phänomen des Nachhalls greift sie so unmittelbar auf, dass der Therapeut mit seinen Äußerungen, so wirkt es zumindest, zunächst erst einmal ins klangliche Gegenteil springen muss, um der Nähe (oder Anpassung??) auszuweichen. Gleichwohl hat

³ Die Komposition Linderung schließt sich innerhalb derselben Therapiesitzung unmittelbar an die Komposition der Schmerzmusik an. Die Minutenzählung beginnt bei 7'52'' und die Zeitangaben in der Analyse beziehen sich darauf.

sich die Idee vom gleichbleibenden Klang etabliert, denn die Patientin kann nun auf die Klangschalen verweisen, wobei der Gebrauch des Adverbs ‚wirklich‘ stutzig macht und vielleicht doch eine gewisse Skepsis, zumindest Überlegung anzudeuten scheint.

das Zufällige umkrepeln

VI.

9'46'' – 12'38''

Der Therapeut hat die Patientin eingeladen, die Klangschalen selbst auszuprobieren. Sie schlägt das Instrument nun einmalig an, und Therapeut und Patientin lauschen dem langen Nachhall, bis die Patientin schließlich meint, dass ihr der Klang zu hoch ist. Der Therapeut variiert die Qualifizierung in „schrill“ und schlägt vor, den Nachhall zu stoppen (10'02''). Die größere der beiden Klangschalen wird in gleicher Weise zum Klängen gebracht.

Große Klangschale (ca. 20 sec.) Pat: //Ist schon besser auf jeden Fall. (8) Vielleicht gibt es noch was (.) noch was// (Klangschale tacet) (..) (Ruhigeres?) Also/ Thp: Hmm. (..) Also einmal (.) es ist ja jetzt auch eine technische Frage. Deswegen versuch ich es mal vorzumachen - mir gelingt es auch nicht immer. Äh man kann sozusagen die Schale noch Reiben, dann klingt sie anders. (Pat: Hmhm.) Es wird nur ein bisschen dauern (...) große Klangschale - tiefer Ton baut sich auf // Pat: Ach das klingt toll. // Klangschale (solo 8 sec.) // Ja, doch, so ist gut. // Klangschale (14 sec., tacet) // Das ist gut. So ist das richtig gut. (11'09'')

Der Therapeut kommentiert, dass der Klang dem gesuchten also schon näher kommen würde (11'12''), und überprüft, ob der Klang die zuvor genannten Kriterien (‚deckend‘, ‚Wärme‘) erfüllt. Die Patientin bejaht dies: „// **Doch, auch in// dieser Na/ also in diesem (.) Vibrieren ist auch der (Nutzen?) drin. (Thp: Hmm) (4) Doch also, das finde ich ich das passt eigentlich.**“ (11'46'') Auch das Kriterium des Gleichmäßigen sei erfüllt, so dass die Patientin gar nicht nach weiteren Alternativen suchen möchte (12'22''). Sie überlegt durchaus einige Momente bevor sie nochmals bestätigt:

(5) Also eigentlich ähm, ich kann mir im Moment nichts anderes richtig vorstellen. Also ich finde, das trifft schon richtig gut, weil, es hat sowas Gleichmäßiges, (wie es?) sein soll. (Thp: Mhm.) Und ich glaub, das andere halt vielleicht nicht so nach oder hat eben nicht dieses Tragende dann. (12'28'').

Damit wird die Suche nach einer Musik, die die Patientin mit ‚Linderung‘ verbindet abgeschlossen (12'38'').

Der Therapeut bezweifelt offensichtlich, dass der so schnell gefundene und durch Reibung erzeugte Klangschalenton schon die Vorstellung von Linderung repräsentiert, denn er dämpft die spontane Begeisterung der Patientin. Seine Bemühungen gehen dahin, einerseits systematisch die Kriterien durchzugehen und andererseits einen Vergleichshorizont durch alternative Klangphänomene zu errichten. Doch die Patientin

beteuert geradezu die Richtigkeit ihrer Entscheidung. Dabei ordnet sie die Klangqualität des Vibrierens, die auf der Audioaufnahme so nicht zu vernehmen ist, auch noch ihrer Vorstellung von Linderung zu. Ohne dass die Beteiligten darauf selbst Bezug nehmen, könnte das Vibrieren musikalisch betrachtet als eine weichere, klangvollere und schwingende Qualität aus dem Rauschen und Rappeln der Komposition Schmerz hervorgegangen sein.

Zutreffen, glatt streichen

VII.

12'38'' – 18'10''

In der den Kompositionsprozess abschließenden Sequenz wird die sog. Anwendungsphase vorbereitet, die sich unmittelbar anschließen wird. Es geht dabei um das Dirigat der Patientin bezüglich Anfang und Ende, Dynamik und Tempo. Dabei wird auch noch einmal die Komposition Schmerz aufgegriffen und der Ablauf nachbearbeitet:

Pat: Die Blasen eher zum Schluss. Also erst das/ Thp: Die sollten eher später kommen. // Pat: Ja. Genau genau. Und ähm (.) dieses Unruhige ist von Anfang an dann da. Thp: Mhm. (.) Das könnt/damit könnt es anfangen. Pat: Genau. Genau. (14'39'')

Nachdem anschließend alle Zeichen für das Dirigat verabredet worden sind, erkundigt sich die Patientin nach der vorgesehenen Länge für die Schmerzmusik:

Pat: Und wie lange soll die Schmerzmusik so ungefähr gehen? Thp: Solange du möchtest. (beide lachen) Pat: Okay. (lacht auf) Thp: Du möchtest ja dann irgendwann nach Hause. (beide lachen) Ja. Also das reguliert sich wirklich so, wie dir das angenehm ist, wie Du das erträgst. (Pat: Hmhm, hmhm.) Ja, das ist deine Steuerung. (Pat: Mhm.) Da gibt es jetzt auch keine Grenze in dem Sinne. Pat: Hm okay. (16'13'')

Abschließend wird das räumliche Arrangement vorgenommen (18'10'' - Ende der Audioaufnahme).

Beide Kompositionen haben Bestand, und die Rollen des Interpreten und der Dirigentin sind ebenfalls gewiss. Wie präsent die Komposition Schmerz noch ist, zeigt sich an der Mühelosigkeit nachträglicher Verabredungen. Was sich in dem Material nicht zeigt, ist das Gefühl der Urheberschaft seitens der Patientin für die Klangphänomene. In der Belustigung von Therapeut und Patientin, liegt eine unausgesprochene Übereinkunft darüber, dass ein grenzenloses Spiel der Komposition Schmerz belastend sein dürfte, auch wenn der Therapeut ja die Beschreibung „angenehm“ verwendet. Aus der Tatsache, dass die Grenze thematisiert wird, lässt sich ableiten, dass die Klänge für die Patientin den Schmerz repräsentieren. Was nicht antizipiert wird, ist, wie eine Begrenzung gefunden werden wird. Musikalische oder spieltechnische Erwägungen spielen dabei keine Rolle.

offene Grenzen

Frau Linde: Komposition Schmerz I-VII, 36 Minuten

I.

0'00'' - 5'39''

Zu Beginn der Sitzung benötigen die Patientin und der Therapeut eine Weile, um sich aufeinander und auf die gemeinsame Arbeit an der Schmerzmusik einzustellen.

Die Pat. verspürt den Wunsch, selbst zu spielen und Klänge zu erzeugen, scheint aber die Erwartungshaltung zu haben, dass dieser Wunsch nicht erfüllt werden wird: „**Ja, mal schauen, (...) was ich heute (..) mal machen darf oder so, oder auch nicht?**“ (0'19'').

Der Therapeut erläutert, worum es in dieser Stunde geht, verhaspelt sich jedoch, indem er mal die Musik dem Schmerz, mal dem Schmerz die Musik zuordnet. Er weist darauf hin, dass es sich um einen intensiven Prozess handle, und dass genau dies auch intendiert sei, und er bemüht sich um einen Kompromiss, indem er die Arbeit an der Komposition als eine gemeinsame Aktivität bezeichnet. Die Patientin fügt sich gewissermaßen, indem sie ja die Bestimmende (Komponistin) und der Therapeut der Ausführende (Interpret) ist, aber ihr scheint diese Rollenaufteilung fremd zu sein: sie zeigt sich ratlos und vergesslich, spielt den Ball zurück: „**wie soll ich die Sache angehen, stellt sich mir die Frage**“ (2'34'').

Der Therapeut bemüht sich um Vermittlung, indem er in einem längeren Monolog einerseits erwähnt, wie andere das bewerkstelligen, andererseits auf die beschriebenen Schmerzqualitäten aus dem vorangegangenen Interview rekurriert und schließlich indem er Beispiele bringt, wie man Schmerz und musikalische Aktivität einander annähern kann: indem man von der stimmlichen Schmerzlautäußerung ausgeht („Autsch haben Sie gesagt“ 4'37'') oder indem Analogien zwischen den Empfindungsqualitäten von Schmerzen und Tönen (hart, starr) und/oder Handlungsdimensionen (ziehender Schmerz = ziehende Bewegung 3'34'') gebildet werden.

Die Patientin, die die Rede des Therapeuten mit (para-)verbalen Bejahungen begleitet hatte, klarifiziert nach ein paar Pausen und einer undeutlich artikulierten Passage schließlich ihr Problem: Wie kann man das, was man als ganzen Zustand spürt und präsent hat und für das man keine Kategorien hat, denn so zum Ausdruck bringen, dass es nicht zergliedert oder gar abgetan i.S.v. zum Verschwinden gebracht wird? („**aber es gibt ja keine Katalogisierung, nach der ich jetzt einen Schmerz abhaken kann**“ 4'57''). Der Therapeut findet daraufhin die Denkfigur der Annäherung, die es der Patientin ermöglicht, sich auf den Kompositionsprozess einzulassen, indem sie sich Raum nimmt, um ihre Aufmerksamkeit dem aktuell vorhandenen, ziehenden Schmerz zuzuwenden.

Ob sich zu Beginn des Kompositionsprozesses um eine generalisierte Erwartungshaltung der Patientin zeigt, in ihrem Wunsch nach Selbstregulation und Autonomie nicht bestärkt zu werden, um einen Ausdruck von Unsicherheit, Skepsis oder versteckter Kritik an der Methode oder um einen Widerstand gegen die Expression des Schmerzes (etwa als einem intrapsychischen Besitz), ist am Material nicht festzumachen, aber jede dieser Interpretationen ist denkbar und keine schließt die andere aus.

Der Therapeut ist bemüht, sich mit seinen professionellen Erläuterungs- und Handlungs-routinen auf die individuellen Bedürfnisse der Patientin einzustellen, auch wenn er das eigentliche Problem noch nicht erkannt hat. Es schält sich erst nach und nach her-

aus: Was sich zunächst als Ratlosigkeit oder Unerfahrenheit auf Seiten der Patientin darstellt, erweist sich in der zunehmend verworrenen Situation als das Empfinden, dass jede qualitative Zeichenzuordnung das Schmerzerleben zergliedern würde und somit dem Wahrnehmungsobjekt in seiner Gesamtgestalt nicht gerecht würde. Wenn dies die Ausgangslage des Kompositionsprozesses sein sollte, dann ginge es darum einen Weg zu finden, einerseits nicht stumm zu bleiben und andererseits das Erleben durch den artikulatorischen Akt nicht zu zerstören. Die anfängliche Verunsicherung des Therapeuten, in welchem Verhältnis Musik und Schmerz zueinander stehen, erweist sich nachträglich als erstes Anzeichen für eine im Raum stehende Grundsatzfrage. In seiner Empfehlung, die Musik so wie die Sprache als eine Annäherung an das Schmerzerleben zu verstehen, erhalten nun Musik (Signifikant) und Schmerz (Signifikat) eine gleichrangige Existenz und können zu einander in eine bestimmte Beziehung gesetzt werden. Dass diese Denkfigur genügend Tragfähigkeit besitzt und den Ausgangspunkt für das weitere Vorgehen bilden kann, zeigt sich daran, dass die Patientin an (innerem) Raum gewonnen hat, indem sie sich spürend ihrem aktuell vorhandenen Schmerz zuwenden kann.

Die Gefahr des Zergliederns und die Möglichkeit der Annäherung

II.

5'39'' - 10'53''

In der sich anschließenden Sequenz (5'39''-10'53'') bringt der Therapeut Klänge zur Darstellung, und zwar zuerst auf dem Klavier ein tiefes, etwas hektisches Grummeln, und wechselt anschließend zu gestrichenen Tönen auf verschiedenen Instrumenten: Chrotta (?), Zimbel, Monochord, Gitarre. Es sind überwiegend tiefe, von Geräusch angereicherte und undeutliche Klänge, bei denen nicht alles glatt läuft. Woher seine Assoziationen und Einfälle kommen, ist nicht ersichtlich, aber sie bringen die Patientin dazu, sich auf den Prozess der Exploration einzulassen. Zunächst verwirft sie Klänge aufgrund deren Tonstärke/Lautstärke und Tonhöhe (7'04'': „zu leicht“; 8'40: „zu hoch“). Dann, als sich ein mit dem Bogen gestrichener Klang auf der Gitarre zu etablieren scheint, kreist sie die Klangqualitäten zunehmend ein und greift dabei überwiegend auf adjektivische und Verbal-Metaphern zurück (7'41'': „tief“, „gestrichen“; 9'55'': „dumpf“; 7'17'': „sägend“; 10'05: klanglos; 10'17'': klangvoller). Die Patientin erkennt deren sensorisch-musikalische Doppeldeutigkeit und betont an einer Stelle besonders die Zuordnung zum körperlichen Erleben **„Geht auch in die Tiefe, also körperlich, nicht instrumental“** (7'41'').

In der Identifizierung sowie sukzessiven Elaboration und Differenzierung scheint sich eine Beziehung zu etablieren zwischen einer gewissermaßen anspruchsvollen und resigniert anmutenden Komponistin und einem Interpreten, der die Aufgabe nicht recht lösen kann. Gleichzeitig ist auch eine sich nach und nach einstellende Ruhe und geduldige Hinwendung zum Material zu bemerken. Das Undeutliche, Unklare, Indirekte schält sich als eigene Ausdrucksqualität heraus. Die Formulierung der Patientin **„ist ein dumpfer“** (9'55'') mutet dabei fast zärtlich und vertraut an. Diese Hinwendung gipfelt in einer fast einminütigen Interaktion, bei der Spiel und verbale Beschreibung ineinander übergehen, sich annähern, sich förmlich aneinander schmiegen (10'00''-10'39''). Im Ergebnis wird ein gestrichener Klang auf der Gitarre hervorgebracht, der tief, einschleichend, grollend und ein wenig unheimlich ist. Die Patientin steigt am Ende aus: **„Klanglich unmöglich“** (10'53'') bewertet sie dieses Klangergebnis lachend.

Die Entscheidung für die Klangerzeugung wird von der Patientin nach Ausschluss des Klaviers bemerkenswert schnell getroffen. Für eine außen stehende ZuhörerIn ist zwar der Bogenstrich, nicht aber in jedem Fall das jeweilige Instrument zu erkennen, das vorgeführt wird, zumal der Therapeut auch Instrumente einbezieht, die konventionell nicht gestrichen werden. Er führt die Patientin also recht schnell aus gewohnten und erwartbaren Klängen heraus, was trotz der visuellen Kontrolle die Frage nach Orientierungsmöglichkeiten aufwirft, zumal es um außerordentlich geringe Differenzen zwischen den Klangqualitäten geht. Es geht dabei vor allem um den Druck, mit dem die Streichbewegung ausgeführt wird, was vor allem einen Einfluss auf die Dynamik, das Obertonspektrum und den Nachhall des Klanges hat. Es soll die richtige Art von Dampfung gefunden werden. Das bedeutet, dass präzise das getroffen werden soll, das sich nicht klar zu erkennen gibt.

Das Wählerische im Verhalten der Patientin, das auch Anlass für psychodynamische Überlegungen geben könnte, kann im Kontext eines Kompositionsprozesses als Orientierungsleistung und sich entfaltender kompositorischer Wille aufgefasst werden. Es kann sich aber auch um ein kulturell geprägtes Interaktionsmuster für Frauen handeln, auf das die Patientin zurückgreift, weil sie ratlos ist, wie sie eine Komponistin sein kann. Beide Interpretationsmöglichkeiten liegen auch in dem Lachen, als sie schließlich das Zwischenergebnis der Bemühungen als klanglich unmöglich bewertet: Ob sie den Klang vor einem eher wohltönenden Vergleichshorizont bewertet und an dem tendenziell Unangepassten ein gewisses Vergnügen hat, oder ob es die Nähe im klanglich-verbal ineinandergreifenden Dialogs zwischen Komponistin und Interpret ist, die außerhalb vertrauter Konventionen liegt und die Patientin verlegen macht, lässt sich nicht entscheiden.

Präzise Undeutlichkeit, jenseits des Vertrauten

III.

10'53'' - 16'43''

Innerhalb der nächsten Sequenz wird der zuvor gefundene tiefe, gestrichene Saitenklang (Gitarre?) in mehreren Anläufen überarbeitet. Gleich zu Beginn etabliert sich das Ineinandergreifen bei den verbalen Äußerungen von Therapeut und Patientin ebenso wie bei den musikalisch-verbalen Interaktionen und wird zur maßgeblichen Technik der Vermittlung zwischen ihnen. Daneben erläutert die Patientin auch die Art der Zuordnung von musikalischen Qualitäten zum Schmerzerleben.

In der Bearbeitung des tiefen Streicherklanges wird zunächst Unterschwellige des Klanges aufgehoben und ein neuer Parameter eingeführt: die Klangfülle (11'17''). Die Patientin beobachtet sehr genau die Art der Klangerzeugung und bemerkt, dass die Strichrichtung des Bogens einen Einfluss auf die Klangfarbe und die Konsistenz des Tones hat. Sie bevorzugt den sog. Abstrich und die von ihr gewünschte Klangqualität ist räumlich und zeitlich durchgehend, ohne zu stocken, dabei voll und gleichzeitig dumpf. Auf Initiative des Therapeuten wird das Gefundene mittels Alternativen verfeinert und abgesichert (12'01''). Dabei geht es um die genaue Tonhöhe und die richtige Art von Dampfung in Kombination mit der Tonstärke bzw. Kraft(-aufwand) beim Streichen. Von 12'38-13'28'' fordert die Patientin beharrlich eine größere Lautstärke ein, um den dominierenden Charakter des Schmerzes widerzuspiegeln, z.B.: „**das müsste schon ein kräftiger, lauterer Ton sein, weil, das dominiert ja bei mir so richtig**“ (12'57''). Aber der Therapeut kann dies mit den gegebenen Mitteln nicht umsetzen. Daraufhin sucht die Patientin selbst nach einem alternativen Instrument, dem

Gopi Yantra, erkundigt sich nach dem Namen und gibt vor, ihn sich nicht merken zu können: „**Hopyshunt?// Ho bi Shunt? Das kann ich mir in 100 Jahren nicht merken. Also da (.) die (Hobel?) ja? Hobel?**“ (13'51'').

Das Instrument kommt jedoch nicht zum Einsatz, sondern es bleibt bei der Gitarre. Diese ist womöglich immer noch zu leise, aber die Tonhöhe, die die Patientin im übrigen explizit benannt haben möchte, das Klangvolumen und die gestrichene Spielweise scheinen eine ausreichende Basis für die letzte Bearbeitung zu sein, die Ergänzung der Streichbewegung durch einen Schlusston mittels Anzupfen der Saite (in Abgrenzung zu einem kurzen, weichen Schlag mit dem Bogen). Gefunden wird dies in einer relativ langen Interaktionsphase (14'25''-15'51''), bei der Zeigen und Sagen, d.h. verschiedene Klangproduktionen, (para-)verbale Abstimmungen, Introspektion und Reflektion über das Erleben ineinander übergehen.

„[...] **Gitarre, E-Saite, gestrichen // Thp: Mhm? Also da kommen wir dem ziehenden Schmerz näher? Pat: Mhm. // Mhm. // Mhm. Ja? Thp: Und passt das schon von der Spielweise, oder? Man könnte auch so was/ **Gitarrensaite mit dem Bogen gepupft** Pat: Nein, schon durchgehend. Thp: Eher was Durchgehendes? Pat: Ja. **Gitarre, E-Saite, gestrichen // Mhm. Wenn ich das körperlich dann auch so ausstreiche in der Geschwindigkeit, mache ich das ja gleich/ und dann komme ich oben an einem Punkt, wo ich mir immer rein drück. (unv.) wenn ich mir da rein drücke. (...) (räuspert) **Gitarre, gestrichen, am Ende gepupft** Mhm? Okay. Thp: Ich habe jetzt einfach mal nach dem Streichen einmal gepupft. Pat: Ja, genau. Weil, das ist dann da so der Druckpunkt, ja. [...]**“**

Diese Episode endet jäh, als der Therapeut nach ergänzenden Klangqualitäten für den ziehenden Nackenschmerz fragt. Die Antwort der Patientin „**Also der ist, das Teil ist damit erfasst**“ (16'43'') ist abschließend.

Die Rollen von Komponistin und Interpret etablieren sich innerhalb der zuvor gefundenen Strategie, indem der Therapeut eine Reihe von Klängen darbietet und die Patientin sie verwirft, auswählt, einkreist, alternative Möglichkeiten in Erwägung zieht, Kompromisse eingeht – die Lautstärke des Klangs entspricht nicht ganz der Dominanz des Schmerzes - und schließlich eine abschließende Entscheidung trifft. In den überwiegenden Fällen ordnet die Patientin zunächst das Klanggeschehen dem Schmerzempfinden zu, d.h. sie exploriert im mimetischen Mitvollzug des Klangs die Qualitäten des Schmerzes, benennt diese und entwickelt wiederum daraus eine Vorstellung wie der Klang sein müsste bzw. welche Klangeigenschaften verändert werden müssten, damit die Musik dem Schmerz nahe kommt. Es werden also anfänglich noch relativ unbestimmte Vorstellungen über Schmerz- ebenso wie über Klangqualitäten aneinander evolutiv ausdifferenziert. Besonders gut lässt sich dies daran aufzeigen, dass ein anfangs als ziehend beschriebener Schmerz im Zuge der Klangbearbeitung als durchgehend empfunden wird, wobei diese Verbalmetapher sich zum einen auf den zeitlichen Ablauf eines dynamisch gleichbleibenden Klangs und auf die Streichbewegung beziehen, zum anderen aber auch ein ‚Durch-etwas-Hindurchgehen (-ziehen) bezeichnen kann. Die Patientin, die überaus genau die klanglichen Unterschiede je nach Bogenführung (Richtung, Druck, Geschwindigkeit) beobachtet, imaginiert schließlich die ziehende Streichbewegung (Abstrich) als ihr eigenes Körperempfinden und findet am Ende dieser Bewegung einen sog. Druckpunkt, was der Therapeut unmittelbar musikalisch aufgreift. Die Intensität der sinnlichen und interaktionellen Abstimmungen im Kompositionspro-

zess entlädt zwischenzeitlich ihre Spannung, indem die Patientin quasi ausreißt, d.h. eine oppositionelle Position einnimmt, und das Gopi Yantra ins Spiel bringt, wobei sie die Vehemenz ihrer Eigeninitiative mit Koketterie über vermeintliche Dummheit überspielt. Sie kommt an dieser Stelle auch indirekt auf ihren ursprünglichen Wunsch zurück, eigentlich selbst auf den Instrumenten spielen zu wollen. Und auch an anderer Stelle, nämlich im Lachen nach dem (vorläufigen) Abschluss, das wie eine Relativierung ihrer zuvor gemachten Aussage wirkt, scheint der anfängliche Zweifel wieder auf, nämlich wie man etwas erfassen kann, das sich einer Kategorisierung widersetzt. Der gezupfte Ton am Ende verweist quasi antithetisch auf die präzise und mühsam erarbeitete Undeutlichkeit der gestrichenen Gitarrenseite. Dem etwas hinzuzufügen würde eine ganz charakteristische Art der musikalischen Annäherung an den Schmerz wieder zunichte machen.

Wiederholung und Gegenbewegungen, Absprünge

IV.

16'43'' – 23'53''

Die Sorge des Therapeuten, die anderen Schmerzqualitäten nicht in Vergessenheit geraten zu lassen, kann die Patientin nicht recht annehmen, denn ihr Vorschlag, den Schmerz auf der anderen Nackenseite einfach durch zweimaliges Spiel zu repräsentieren, wirkt gemessen an der vorangegangenen Arbeit absurd. Dies setzt sich zunächst fort, als es um den nächsten, d.h. den brennenden Schmerz am Schulterblatt geht (17'34'') und die Patientin assoziativ gelockert mit den metaphorischen Sinnebenen spielt: „**Was zünden wir an (lacht). Was zündet man an? (..) Müssen wir mal schauen**“ (17'42''). Kurz darauf greift die Patientin zum Frosch Guiro, den sie, anders als man das Instrument normalerweise bedient, um den Stab herumschleudert wie eine Ratsche. Den Klang beschreibt sie als ‚zu kreischend‘ (18'20''), und es ist erkennbar, dass sie wieder ihrer zuvor gefundenen Strategie folgt, die Klänge je nach Passung ihrem Schmerzerleben, diesmal einem brennenden Schmerz beim Schulterblatt zuzuordnen. Auch der Therapeut greift zu einem Instrument, der Spring Drum, spielt sie kurz an und bietet dann noch als Alternative die Oceandrum an. Es ist das Vibrierende der Springdrum, das die Patientin mehr überzeugt: „**Der ist, weil, das ist nämlich (..) ja, intensiver, wenn ich den Schmerz habe. Dann klingt das ja, (..) ja? Schon (höllischer?) (lacht) als der, ja.**“ (19'25''). Zeigen und Sagen spielen (bis 19'45'') sehr dicht ineinander, Patientin und Therapeut bewegen sich in dem gemeinsamen Klangraum der vibrierenden Springdrum, und es sind halbe Sätze, kurze Handlungsanweisungen, die zur Verständigung reichen.

„Thp: Also eher der hier? Pat: Mhm. // **Springdrum** // Mhm. Thp: Eher so tief (..) // **Fortsetzung** // Oder eher das Hohe? // **Fortsetzung** // Pat: Eher so, ohne Hand. Thp: Eher so? // **Springdrum etwas lauter** // Pat: Ja, mhm.“

Das Ganze hat einen experimentellen Charakter (bis ca. 20'06''). Noch während es unterschwellig weiter klingt/vibriert, fragt der Therapeut nach weiteren Schmerz/Klang-Qualitäten. Diesmal führt dies nicht zu einem Bruch in der Interaktion, sondern der Übergang zu den Verabredungen, wie die verschiedenen Klänge (gestrichene Gitarrensaiten / Springdrum frei geschwenkt) einander zugeordnet werden sollen, ist fließend.

Die Patientin überlegt nicht lange, ist sich sicher, wie alles angeordnet sein soll, nämlich eigentlich gleichzeitig (20'18''). Während der Therapeut die Aufführung probt (21'04-21'46) fühlt sich die Patientin mimetisch in Klang und Körper ein und macht dabei anscheinend körperliche Bewegungen, die dem Therapeuten auffallen.

An dieser Stelle (22'07'') ist für den Therapeuten anscheinend ein gewisser Sättigungsgrad erreicht, und wohlwissend, dass da ja noch der andere, der starre Schmerz im Lendenbereich ist, schlägt er vor, erst einmal mit dem bis hierhin Erreichten zufrieden zu sein. Dies trifft nicht auf das Einverständnis der Patientin. Sie will die Grenzsetzung nicht akzeptieren, im Gegenteil, sie fordert sie geradezu heraus.

„Thp: Ich habe leider nur 2 Hände, ne? Pat: Ich habe ja auch 2 Hände. (lacht) [...] Pat: Ja, Sie haben ja auch noch Füße, ne? (lacht) Thp: Ja. (.) Ja das stimmt, aber (lacht) jetzt fordern Sie mich ganz schön raus (lacht). Pat: (lacht) Ja, ich bin ja auch gefordert. Thp: Ja, da haben Sie recht. Pat: Ich bin ja auch gefordert, ich muss mir ja auch da mein Kopf zerbrechen, wie ich (lacht) // Thp2m: Da haben Sie recht. // jetzt noch den anderen da hier. (unv.) Thp: Das heißt, aber jetzt für diesen Nackenschmerz haben wir hier alles, sagen Sie? Oder braucht es da noch, was? Pat: Ja, dann überforder ich Sie ja. Weil, wenn es jetzt da noch mal knackt zwischendrin (lacht) (..)“ (23'21'')

Der Therapeut wahrt seine Rolle, indem er auf die Rahmenbedingungen verweist. Die Patientin greift zur Oceandrum, lässt die Kugeln unablässig und nicht gerade leise über das Fell rauschen und beendet damit einerseits ihre Neckereien, andererseits aber auch die Erklärungen des Therapeuten.

Die bisherige musikalische Arbeit kommt in eine neue Phase und wird elaboriert, indem Komponistin und Interpret bisher unbekannte Klangbereiche erkunden, sowie Verabredungen über die Klangerzeugung und Abläufe treffen und eine erste Aufführung geprobt wird. Doch dies bildet nur den äußeren Rahmen des eigentlichen Geschehens. Klanglich kommen in dieser Sequenz, in der es um einen als brennend und einen anderen als starr charakterisierten Schmerz geht, Instrumente zum Einsatz, bei denen ein geringer Kraftaufwand ausreicht, um eine relativ große Dynamik zu entfachen. Kreischende, höllische, unterschwellig vibrierende und rauschhafte Klangqualitäten sind es, d.h. bis hierhin ungeahnte Extremisierungen, die Patientin und Therapeut einander zumuten oder fast mehr noch, denen sie unterworfen sind.

In dieser sich aufheizenden und an Überforderung grenzenden Situation muss es – psychologisch betrachtet - um Kontrollfunktionen gehen und die Frage, wer hier Meister_in des Geschehens ist. Damit wird auch eine in der Methode der Musik-imaginativen Schmerzbehandlung liegende Verstrickung der (Führungs-)Rollen Therapeut/Interpret und Patientin/Komponistin bloßgelegt, für die keine Lösung gefunden wird. Die Bemühungen sich zu behaupten gehen letztlich im Rauschen der Oceandrum unter. Welche libidinösen oder destruktiven Impulse der Patientin, die sie im übermütigen Necken zu verbergen oder mit Hilfe der Anonymisierung ‚man‘ und mit Lachen zu kaschieren versucht, damit kausal oder final im Zusammenhang stehen, spielt bei der Betrachtung des Kompositionsprozesses nur peripher eine Rolle. Entscheidender ist, dass begonnen worden ist, Schmerz, Musik und nun auch andere Lebensbezüge in ein neues Sinnverhältnis zu bringen, bzw. alte Sinnverhältnisse erst einmal aufzulösen. Es geht nicht mehr um Annäherung und das Gefühl für die Differenz, sondern um ein Sich-

Überlassen, wenn man z.B. an die Körperbewegungen der Patientin während der Vor-Aufführung der Komposition denkt. Und parallel dazu geschieht wiederum alles gleichzeitig, breitet sich wie ein Flächenbrand aus, und wird nur aufgehalten, so absurd das aus der Distanz betrachtet auch klingen mag, durch die begrenzte Zahl an zur Verfügung stehenden Gliedmaßen des Interpreten.

Unterworfenheit, Diskontinuität, Vervielfältigung der Bezüge

V.
23'35'' - 31'25''

Das Spiel der Patientin mit der Oceandrum liegt am Übergang in die nächste Sequenz. Sie ist dort, wo sie von Anfang an sein wollte, erzeugt selbst den Klang, und zwar just bei dem Schmerz, der deshalb am schwierigsten musikalisch umzusetzen ist, weil er so starr und einbetoniert scheint. Das Blatt hat sich gewendet: In einer 2,5-minütigen Episode spürt, sinniert, spricht, spielt und lauscht die Patientin, synchronisiert in ihrer Vorstellung die Form des Beckens mit der des Instruments und den Bewegungen darin, ist dabei sehr ruhig, fast schon sachlich und nicht etwa abgeschnitten von der Welt, denn sie übergibt am Ende die Tätigkeit dem Therapeuten

„Oceandrum // Pat: Ist der // Oceandrum cresc. // Der nächste // Oceandrum f // weil, das ist eigentlich (.) fest drin, wie ich es empfinde und das ist auch // Oceandrum ff // wenn man es ganz langsam macht // Oceandrum ff // weil, der Schmerz ja auch nicht wirklich rundrum nur an einem, an einem Wirbel oder was, verbleibt, finde ich, sondern ja auch das gesamte Becken bei jeder Bewegung eigentlich, [...] // Oceandrum fff // wenn man es langsam // Oceandrum fff // Mhm. // Oceandrum fff // Ja? // Oceandrum tacet Thp: Mhm? Probiere ich mal.“ (bis 26'21'')

Der Therapeut übernimmt die Oceandrum (oder nimmt er eine zweite zu Hand?) und schwingt sich auf die Bewegung bzw. den Handlungsablauf ein (27'23'' und 28'16''). Die verbalen Äußerungen gehen im Rauschen nahezu vollständig unter.

Es kommt die existentielle Bedeutung von Bewegung (=Lebendigkeit) ins Blickfeld: **„Gott sei Dank, dass ich in Bewegung bleiben darf, weil, sonst würde ich ja nicht hier sein und nicht mehr leben, ne?“ (lacht) (28'33'')**

Wie schon zuvor nimmt die Patientin die kreisenden Bewegungen bei der Klangerzeugung auf. In einem erneuten langen Monolog mit vielen Pausen (28'54-30'24'') sinniert sie über ihr Empfinden und lässt ausgehend vom Körpererleben ihren Gedanken freien Lauf:

„Was dann ja oft (.) mir das Aufstehen oder so erschwert, wie man so ein Klangmoment (.) reinbringen kann. Aber da bin ich noch (.) gerade noch am körperlichen Austesten, wie ich das empfinde. (.) Was dafür tun? (.) wozu passt? (..) Weil eine (unv.) macht man ja auch schon jetzt einiges, wo man überlegt, was (.) passt da vielleicht oder wie spürt man das? (14) aufstehen? (.) und manchmal, wenn ich aufstehe oder lang gelegen habe, dann komme ich ja mit dem Rücken gar nicht so schnell in die gerade Haltung. Aber das, wie sollte ich das darstellen?“ (29'37'')

Alles hat mit allem zu tun und die Bedeutungen sind weit verzweigt. Der Therapeut bestätigt sie indirekt darin, dass es hier in Wahrheit um sehr tiefgehende, existentielle Fragen geht (30'26''), führt aber dann in einem nicht ganz so langen Monolog (30'34''-31'25'') zurück in die konkreten Bestimmungen der Gegenwart und das im Rahmen dieser Behandlung Machbare .

Das Spiel auf der Oceandrum, mit dem die Patientin die gewissermaßen angriffslustige Interaktion der vorangegangenen Sequenz beendet hatte, wird zum Beginn der nachfolgenden in Form einer mühevollen Wahrnehmungshandlung. In einem beeindruckenden vom an- und abschwellenden Rauschen des Instrumentes durchzogenen Monolog zeigt sich die Patientin maximal geöffnet gegenüber den einzelnen Details, Nuancen und spezifischen konfigurativen Prägnanzen ihres propriozeptiven Wahrnehmungsfeldes und ihrer Bewegungen. Oder anders formuliert: Erst wenn die Bewegung langsam genug ausgeführt wird, spürt man den Schmerz und erleidet ihn nicht nur passiv. Der scheinbare Widerspruch zwischen den Qualitäten von Starre und Fließen ist in der ästhetischen Erscheinung des Oceandrum-Klanges aufgehoben, denn das Rauschen ist doppeldeutig: Es ist ein fließender, mit dem Meer assoziierter an- und abschwelliger und gleichzeitig auch statischer, da unaufhörlich geräuschhafter Klang.

Ihren zweiten Monolog führt die Patientin nicht mehr zum Klang der Oceandrum. Erst wenn man diese beiden Szenen hörend (und nicht nur lesend) miteinander vergleicht, fällt die Evidenz des abwesenden Klangs auf. Dies bedeutet, dass die Worte von Stille begleitet oder fast möchte man etwas poetisch sagen, dass die laut gewordenen Gedanken von Stille durchzogen werden. Zumindest entsteht der Eindruck einer kontemplativen Stimmung. Besonders auch durch die Fragen ‚wie spürt man das?‘ und (paraphrasiert) ‚wie soll man seine Verkrümmung darstellen?‘, scheint es so zu sein, dass die Patientin zu Neuem bereit ist. Dies wiederum würde auch beinhalten, dass die Möglichkeit des Scheiterns im Raume steht, so wie die Patientin auch schon in all ihren vorangegangenen Versuchen gescheitert ist.

Es mag überinterpretiert sein, denn die Beteiligten werden sich dieser Dimension nicht bewusst sein, aber nach meinem Dafürhalten sind es gerade das Rauschen und die Stille, die in diesem Kompositionsprozess auch die Unabschließbarkeit des Werkes und der Sinn-Horizonte erkennen lassen.

Der Therapeut achtet die existentielle Bedeutung dieses Moments, indem er in diesem Rahmen erst gar nicht versucht, Antworten auf solche Fragen zu geben, und indem er sich auf das Machbare und auf seine Aufgabe, Interpret zu sein konzentriert. Seine Responsivität liegt auf einer anderen Ebene, denn es entsteht zwischen beiden, Patientin und Therapeut, eine langsam hin und her schwingende Wechselseitigkeit: mit seinem Instrumentalspiel übernimmt er ihre zuvor gezeigte Spielweise, ohne dass sie weitere Regieanweisungen geben müsste, und auch sein längerer Monolog am Ende der Sequenz ist weniger vom Wortinhalt her zu betrachten, als vielmehr von der Symmetrie der Dialogstruktur.

offener Sinn, Ebenmässigkeit,

VI.

31'25'' - 36'21'' (Ende)

Patientin und Therapeut verabreden die Abfolge der Klänge und die Handzeichen, die die Patientin dem Therapeuten während der späteren Anwendungsphase geben wird, um

Beginn und Ende der jeweiligen Phasen zu markieren. Es läuft oberflächlich betrachtet sehr sachlich und geordnet (33'59''): „**numerisch**“ ab: Eines nach dem anderen, einfach und ohne nochmals über den musikalischen Bezug der Klänge zueinander, also die Gesamtkomposition nachzudenken. Daneben gibt es jedoch Bemerkungen der Patientin, die auf etwas anderes zu verweisen scheinen, d.h. auf Themen, die womöglich im Zusammenhang mit dem Schmerz stehen und in der therapeutischen Beziehung ausgehandelt werden. So zieht die Patientin den Therapeuten damit auf, ob sie ihn treten soll (32'56'') oder dass er (paraphrasiert) **manuell schon hinterherkommen müsse** (34'25''). Gleich danach die Formulierung „**dann haben wir die Geschichte**“ (34'30'').

Im Anschluss daran wird vom Therapeuten der nächste Behandlungsschritt, die Komposition der Linderungsmusik erwähnt und es geht um die Terminverabredung, die die Patientin nicht im Kopf hat, sie habe es „**gar nicht geistig parat auf dem Zettel**“ (35'18'').

Die Bemühungen des Therapeuten, die Sitzung zu beenden scheitern anfänglich, weil die Patientin ihm noch etwas mehr Informationen über die nächste Sitzung herauslocken möchte und indem sie einfach anfängt mit einem Instrument, den Röhrenglocken zu spielen und auf einer Harfe zu schrabben (35'40''-35'47'). Sie gibt dann aber doch auf, meint „**na, gut, wir machen uns wieder Gedanken**“, was wieder kokett/kess klingt und schließt mit einem nett-vertraulichen Gruß „Tschüssle“.

Rituelle Konklusion durch Verschiebung des Themas: Nachdem sich in der Sequenz zuvor Raum und Sinn geöffnet hatten, wirkt der Rückschritt auf die pragmatische Ebene der Verabredungen äußerst unbefriedigend. Die Komposition der verschiedenen Klangereignisse wird anscheinend ziemlich beliebig zusammengehauen, es gibt keinerlei Bezüge zwischen den einzelnen Partien und es wird auch nichts nachträglich überarbeitet. Als Außenstehende gewinnt man nicht den Eindruck, dass die Patientin antizipiert, wie ihre Komposition klingen wird, welchen Charakter die Übergänge zwischen verschiedenen Klangereignissen haben werden und wie sie die Musik als Hörerin empfinden wird. Möglich aber dass es eben genau darum geht: Musik (und damit Schmerz) stehen monolithisch in ihrer Unbezogenheit für sich, und die Entfremdung ist genau Teil dieser Komposition. Die Art, wie die Patientin dies (präreflexiv) bewerkstelligt, ist womöglich das, was ein musikalischer Laie eben gerade so schaffen kann, und die Art, wie der Therapeut das macht, ist methodenkonform, denn die Suche nach Lösung im weitesten Sinne ist ja der Komposition der sog. Linderungsmusik vorbehalten. Und doch zeugen das Herumklimpern und der Vorgriff auf die nächste Behandlungseinheit davon, dass bereits in der kompositorischen Arbeit zum Schmerzerleben eine Erwartungshaltung gewachsen ist, die sich vom Tatsächlichen ab- und der Möglichkeit des Neuen zuwendet, auch wenn die Patientin etwaige, in diese Richtung gehende Hoffnungen wiederum nicht preisgibt.

Inkohärenz, Verschluss

Frau Linde: Komposition Linderung VII-XIV, 34 Minuten

VII.

0'00'' - 4'16''

Die einleitenden Worte sind kurz gehalten, denn die letzte Sitzung war am Vortag und der Kontakt sowie der Ablauf der Methode anscheinend noch gegenwärtig. Nun steht die Frage des Therapeuten im Raum, „wie wir jetzt zur Komposition der Linderungsmusik kommen“. Die Patientin ist ratlos. Zwar hat sich das bisherige Vorgehen – Stückchen für Stückchen – ja eigentlich bewährt, aber sie hat keine Idee, keinen Anhaltspunkt. **„Da fällt mir im Moment auch wenig dazu ein. [...] Ja? (...) Ich habe jetzt keine (unv.) vielleicht irgendwas ausprobieren? Keine Ahnung?“** (1'11''). Der Therapeut unterstützt sie ihrem Vorschlag, sich auf die Suche zu begeben, und sie wendet sich zuerst dem indischen Gopi Yantra zu, was sie als ‚Sitar‘ bezeichnet und damit andeutet, dass sie sich der geographischen Herkunft des Instrumentes bewusst ist. Aber die gestrigen Wortspiele sind nicht mehr präsent.

Da sich unmittelbar herausstellt (1'41''), dass der Klang nicht das ist, was sie anspricht, wendet sie sich schnell anderen Instrumenten zu, der Harfe, dem Regenstab, dem Metallophon, dessen Halbtöne, sie anspielt, so dass es pentatonisch klingt (2'08''). Daraufhin fällt ihr ein, dass sie ja ein **„geliebtes Dings“** (2'39'') hat, die freihängenden Röhrenglocken, die sie schon für das Ende vorgesehen hat. Sie schlägt sie mit dem (relativ harten Gummi-)Schlägel an (2'35''), aber die nun zusammenklingenden Glocken entsprechen noch nicht ihren Vorstellungen: **„Wobei es ja da ein bisschen unharmonischer dann klingt, als wenn es, wenn die Linderung tatsächlich vollkommen wäre, ne?“** (2'43''). Währenddessen lässt sie das Instrument noch weiter klingen. In den fort-dauernden Klang hinein bringt der Therapeut eine andere Spielweise ein, die ein etwas harmonischeres Ergebnis hat. Der Wechsel zwischen den Spielern ist nahtlos und akustisch nicht zu erkennen.

Der Therapeut führt anschließend die im Rahmen aufgespannten Röhrenglocken vor, bei denen man die einzelnen Röhren gezielt anspielen kann. Ob es die kontrollierten Anschläge, die Befestigung der Röhrenglocken oder der andersartige Klang sind, lässt sich nicht ausmachen, auf jeden Fall merkt die Patientin nun, welche Qualität die Linderungsmusik haben müsse: **„Das sollte ja dann, was Fließendes sein, wenn der Schmerz weg wäre. Wenn er weg wäre.“** (3'29''). Somit bleibt es bei der vom Therapeuten vorgeschlagenen Spielweise an den hängenden Röhrenglocken, was eine gute halbe Minute praktiziert wird. Wieder wird in den Klang hineingesprochen:

// Röhrenglocken, freihängend // Pat: „Bloß man müsste sich da jetzt reindenken, was sich damit verbinden wird. Ob das jetzt (.) ein Bad ist, ob das Spritzen sind, ob das Tabletten sind, ob das Massagen sind? Keine Ahnung?“ (lacht) (Klang endet) (4'00'')

Der Therapeut bemerkt, dass gerade Musik die Möglichkeit bietet, die ganz eigenen Bedeutungen darin zu finden, und bestärkt sie darin, den eingeschlagenen Weg fortzusetzen, und sich in die Musik hinein zu versetzen (4'16'').

Die Atmosphäre ist hell und freundlich, und doch gleichzeitig auch leer, denn alles, was gestern war, scheint wie fortgeblasen. Eine Schmerzlinderung ist anscheinend so unvorstellbar, dass es keine Anhaltspunkte gibt, wo man beginnen kann und wo es hinführen

soll. In dieser Situation kann man genauso gut irgendetwas machen, hier zupfen, dort schütteln oder auch anschlagen. Indes erweist sich dieses praktische Tun in zweierlei Hinsicht gar nicht einmal als ungeeignet. Erstens kommt der Patientin plötzlich in den Sinn, dass sie hier etwas Geliebtes hat, nämlich die Röhrenglocken, und inmitten von Beliebigkeit findet sich also etwas Bedeutsames. Zweitens lässt sich anhand der sinnlich erfahrbaren Klangqualitäten bestimmen, wie Linderung sein könnte, zunächst durch Negativ-Abgrenzung – es darf nicht unharmonisch sein – und dann, als der Therapeut mehrere Spielversionen mit den Röhrenglocken anbietet und eine davon deutlich abgedämpfter/dumpfer ist (siehe Schmerzqualität!) schließlich auch positiv definieren, nämlich ‚fließend‘. Die Verbindung zur Qualität des dumpfen Schmerzes, der gelindert werden soll, wird allerdings nicht direkt gezogen.

Die zart ineinander verlaufenden Klänge, für die die Patientin sich entschieden hat und denen sie sich eine Weile überlässt, scheinen gleichwohl eine innere Gegenbewegung auszulösen, denn sie zählt verschiedene medizinische Schmerzbehandlungsansätze auf, was im gegebenen Kontext erst einmal bizarr erscheint. Musikalisch betrachtet wirken die je nach innerer Einstellung ausfallenden Betonungen jedoch wie Stoppsignale, was der Therapeut bemerkt, denn er hört auf zu spielen. Fast könnte man auch Bitterkeit in der Stimme der Patientin heraushören. Man kommt an dieser Stelle nicht umhin, psychodynamische Überlegungen anzustellen, wenn man den Kompositionsprozess verstehen will. Wenn also Bitterkeit im Spiel wäre, dann würde sich dahinter ein großes Potential an Enttäuschung und Traurigkeit verbergen, also heftige Emotionen, deren freier Lauf durch die Klänge angeregt aber nicht so ohne weiteres realisierbar ist. Die kompositorische Herausforderung bestünde also darin, den sich regenden inneren Vorstellungen nachzugehen und gleichzeitig die damit verbundenen Gegenimpulse zu integrieren.

vom Nichts ausgehend das Fließen aufhalten

VIII.

4'16'' - 8'17''

In der folgenden Sequenz fällt der Blick der Patientin auf die in einem anderen Teil des Raumes stehenden ‚Holzblöcke‘ (4'26''), die Schlitztrommeln. Da sie nicht mehr weiß, wie die geklungen haben, führt der Therapeut sie ihr vor, erst die kleine, dann die Bassschlitztrommel, und rät ihr, es selbst einmal zu versuchen. Das Spiel der Patientin klingt im Vergleich, auch wenn der Unterschied minimal ist, etwas verhaltener, die Klänge ein wenig gehaucht, der Rhythmus tastend und gewinnt erst nach und nach an Sicherheit. Sie spricht in ihr Spiel hinein: „**so Schritt für Schritt** (5'20''), fährt im Spiel fort und unterbricht sich selbst mit einem weichen aber dennoch gezielten Schlag auf das Tamtam (=Gong) (5'34''), das in der Nähe hängen muss, spielt dann weiter auf der Bassschlitztrommel, entdeckt dabei eine aus dem Rahmen fallende, etwas dumpfere Holz-zunge (5'34''), probiert sie, vergleicht sie mit anderen, spielt weiter und beendet ihr Spiel wieder mit einem Gongschlag (5'55'') und geht schließlich auf die Röhrenglocken zu:

„Pat: Ja? Also das gefällt mir, Schritt für Schritt. (Thp: Mhm?) Schritt für Schritt, aber dann? Und da müsste man denn/ (.) // Röhrenglocken, von unten nach oben // Das ist dann die Erleichterung. // Röhrenglocken,

etwas schneller, beide Richtungen // Das muss dann wieder fließend (fast gesungen) klingend zum Körper hin. Hin her, hin her zum Körper hin. Hin her, hin her (Thp: Aha?) Ja? Schritt für Schritt zum Ziel, hin her, hin her.“ (6’25’)

Der Therapeut bemüht sich um Klarifizierung, ob es um die Spielart oder auch um die Tonhöhe geht. Aber die Patientin bleibt indifferent was die Bedeutungsebene angeht, spielt dabei weiter, meint, es würde um eine Art Einklang gehen. Der Therapeut spiegelt, dass sie mit den Tönen, die „**aufeinander abgestimmt**“ (6’54’’) sind, dies gerade verwirklicht. Eine Frage der Patientin nach den „anderen drei“ könnte sich auf ausgelassene Glocken beziehen, wird jedoch nicht weiter verfolgt.

Stattdessen führt der Therapeut verschiedene Klangmöglichkeiten vor, die man mit härteren oder weicheren Schlägeln erzeugen kann. Im Ergebnis bleibt die Patientin bei der ursprünglich gefundenen Version. Sie ist sehr eindeutig in ihren ästhetischen Urteilen. Der Therapeut bemüht sich nun darum, ihre Spielweise gut nachzuahmen (7’30’), vergewissert sich verbal und bezeichnet das Tun mit dem Begriff „Streichbewegungen“ (7’46’), wobei die Patientin ihm ins Wort fällt: „**So soll es ja auch bei der Massage sein**“ (7’47’). Das Wort Massage wird ein paar Mal hin und her gereicht, und dann setzt der Therapeut erneut mit dem Spiel ein, nun deutlich weicher, langsamer und etwas elastischer als zuvor. Seine Vergewisserungen, ob es so richtig sei, bestätigt die Patientin mehrmals nonverbal, mhm, in das Spiel hinein, dann, als die Musik etwas akzentuierter wird, mit „ja“ und noch einmal als die Musik verklingt, mit mhm (8’17’’).

Durch das Spiel auf der Bassschlitztrommel und die Entdeckung einer Holzzunge, die anders klingt als die anderen, kommt die Patientin erneut in Berührung mit dem Dumpfen und zwar in einer etwas anderen Qualität als bei der gestrichenen Gitarrensaite innerhalb der Schmerzmusik. Gleichzeitig werden weitere, simultan existierende Bezüge erkennbar und zwar zwischen der Klangcharakteristik des Instruments, der durch abwechselnde Betätigung der Arme gekennzeichneten Klangerzeugung und dem sukzessiven Vorgehen (,Stückchen für Stückchen’ s.o.). Die Patientin bringt all dies zusammen auf den Begriff ,Schritt für Schritt’, eine sprachlich-musikalische Einheit, die sie gleichsam wie eine Beschwörungsformel verwendet. Aber sie kommt damit noch nicht so richtig von der Stelle, wie sie selbst merkt, so dass der Impuls, nach etwas Neuem zu suchen, fast schon reflektorisch erfolgen muss. Es sind die bekannten Röhrenglocken, auf die sie erst einmal zurückgreift und deren Klingen sie als ,Erleichterung’ (= Antonym von Belastung, Bürde, Spannung) bezeichnet. Sie spielt sie selbst, erst von den tiefen Tönen zu den höheren, dann auch in beide Richtungen und etwas schneller werdend. Dabei entsteht erneut eine Hin- und Herbewegung.

Fließend müssen die Klänge sein, und die Patientin lässt ihre Stimme sogar ein wenig mit den Glocken mitschwingen. Ob der Therapeut mit seiner Interjektion ,aha?’ diesen Fluss unterbricht oder ob sie sich selbst bremst, lässt sich nicht ausmachen. Jedenfalls zeigt sich in ihrem anschließenden Gebrauch von Stimme und Sprache, dass etwas fehlt: Rundheit, oder auch Bindung, wie sich das bei Einfügung einer Konjunktion ergeben würde: ,hin und her’, ,her oder hin’ o.ä..

Der Therapeut bietet mehrere alternative, sehr nah beieinander liegende Klangmöglichkeiten, aus denen die Patientin auswählt. Er ist außerdem in mehrfacher Hinsicht um Überbrückung bemüht, bestätigt die Patientin in ihrer Suche nach Abgestimmtheit, wobei - konkret an drei Röhrenglocken festgemacht - im Raume steht, dass dazu auch Dinge ausgelassen werden. Außerdem begreift er die von der Patientin gefundene Klangerzeugung als eine Streichbewegung. Das Streichen scheint eine zentrale Rolle

einzunehmen, denn indirekt wird auch der Bezug zu einem Teil der Schmerzmusik hergestellt, dort die nur einseitige Streichbewegung auf der Gitarre als Ausdruck für den dumpfen Nackenschmerz) Die Klangerzeugung, wird dann noch einmal angeregt durch die Idee der Massage kompositorisch zu einer Bewegung des Streichelns modifiziert, wie an der Weichheit der Klänge zu erkennen ist. Die elastische Phrasierung der Bewegung - rubato wäre fast zuviel gesagt - steht im Kontrast zu den gleichmäßig zackigen Hin-Her-Schritten und bildet dabei einen Übergang zum freien Sprechen, wie überhaupt der Gebrauch von Sprache aber auch Stimme in dieser Sequenz erkennbar an Bedeutung gewinnt.

**Das abwesende Runde
doch den Wunschvorstellungen nachgeben?
Sprechen**

IX.

8'17'' - 11'31''

Das Fließen, mit dem die vorangegangene Sequenz geendet ist, wird recht abrupt abgelöst durch eine Aktivität, die bisher gefundenen Klänge zu arrangieren. Blitzartig taucht dabei auch eine neue Idee auf: **„dann kommen die (.) der Gong und das und dann müsste es ja irgendein Finale geben für mich, oder?“** (8'32'') sagt die Patientin und lacht dabei. „Ihre Musik“ ist die Antwort des Therapeuten, und die Patientin bekräftigt ihren Wunsch nach einem Finale. Wie zuvor beim Begriff der Massage, wird der Begriff einige Male hin und her gereicht zwischen beiden, die Stimmung wirkt vergnügt und gelöst. Die Patientin folgt einem neuen Impuls, begibt sich an die Pauke, schlägt einige Male mit weichem Filzschlägel darauf. Es ergibt sich eine kleine rhythmisch tastende Figur im Mezzoforte und deutlich hörbarem Nachhall. Der Therapeut zeigt wiederum weitere Klangmöglichkeiten auf, indem er auf den eingebauten Drehmechanismus des Instruments hinweist, und es wird ausprobiert. Es ist nicht ersichtlich, wer von beiden dreht, aber auf jeden Fall kommen Töne zu Gehör, bei denen das Paukenfell flattrig und der Ton leiernd klingt. Mit der zunehmenden Tonhöhe werden die Schläge lauter (8'54''). Der Anfang war eigentlich gut, befindet die Patientin. Als der Therapeut fragt, ob er es ausprobieren darf, entsteht eine kleine Irritation („ja, ich weiß auch nicht“ 9'19''), die allerdings aufgefangen wird, durch die Orientierung auf das Instrument und die Frage nach der Lokalisation der Schläge. Ob es um die Mitte bzw. um ein Zentrum geht oder ob es die Klangqualität ist, die die Entscheidung leitet, ist nicht auszumachen. Das Spiel des Therapeuten an der Pauke – weicher Einschlagwirbel - endet schließlich damit, dass die Patientin nach den zeitlichen Rahmenbedingungen des Ganzen fragt: **„Wie viel so (.) Dings wird man denn nehmen zur Entspannung?“** 9'38''). Der Therapeut verweist sie darauf, dass sie das bestimmen könne, aber es wirkt nicht so, als wäre damit das Problem aus der Welt.

Die Patientin kehrt daraufhin zurück zur Bassschlitztrommel mit dem durchlaufenden Metrum, und auch wenn die Szene vom Grundtempo eigentlich nicht gehetzt wirkt, der Therapeut hat kaum Zeit zu sagen, dass er die betreffenden drei Töne erkannt hat, als die Patientin schon vorausseilt und einen leisen aber deutlichen Schlag auf dem Tamtam abgibt. Die Szene, wiederholt sich, als der Therapeut gerade noch den Gongschlag benennen kann, während sie schon wieder woanders ist und die Röhrenglocken anspielt (10'27''-39''). In den Klang hinein sagt sie **„Da kommt man dann zur Ruhe“** (10'30''). Und kurz darauf **„Und jetzt, (.) weiß ich nicht. (.) Gefällt mir besser als**

das jetzt gerade (unv.) das ist nicht ganz so rund“. Sie zieht das Klavier in Erwägung, probiert es flüchtig aus (bis 10'51'') aber es kommt nicht in Frage. Etwas treibt sie um oder treibt sie voran: „**Ich muss jetzt meine Heilung vorantreiben.**“ (11'07'') meint sie laut lachend, eilt erst zur Rahmentrommel, kehrt an die Pauke zurück, wo sich in der Agogik das Geschehen widerspiegelt. Einen Schlusston setzt sie oben drauf „**fertig**“ (11'17''), wiederholt das Spiel auf der Pauke, die nun tief dröhnt, „**so ist das Finale, finito**“ (11'31'').

Zum dritten Mal hat das Spiel mit den fließend-verschwimmenden Klängen der Röhrenglocken zu einer Gegeninitiative bei der Patientin geführt. Es gibt keinen Zweifel, dass diese Klänge Bestandteil der Linderungsmusik werden sollen, nur – das lässt sich an ihrer Aktivität ablesen - wie sie sie später bei der Anwendungsphase aushalten soll, ohne dabei selbst zu zerfließen, wenn es jetzt schon keine 20 Sekunden lang geht, das stellt die Komponistin vor ein echtes Problem. Ihr erster Lösungsversuch ist, die beiden gefundenen Klangqualitäten zu kombinieren und in eine Reihenfolge, erst die Bassschlitztrommel, dann die Röhrenglocken, zu bringen. Aber damit wäre das Stück immer noch grenzenlos, wie sie sich anscheinend blitzschnell gewahr wird. Sie braucht irgendeinen Schlusspunkt, dies ist der zweite Lösungsversuch. Mit dem Begriff des Finales, der ihr einfällt, ist etwas Grandioses angeschnitten und so ist es im Kontext abendländischer Musikkultur fast logisch, dass sie ihr die Pauke in den Sinn kommt, auch wenn sie sie nicht grandios spielt. Allerdings verweist deren Klangvolumen und Nachhall bei dem dann vom Therapeuten eingebrachten Einschlagwirbel auch bei eindeutiger (mittlerer) Tonhöhe tendenziell doch wieder auf Unabschließbares. Auch die zuvor ineinandergreifenden Spielhandlungen von Therapeut und Patientin (Paukenschläge und –drehen) dürften zu der Entscheidung beitragen, dass sich das Finale in der Mitte des Fells abspielen soll, dort nämlich, wo einerseits das Zentrum liegt und andererseits der Nachhall gebremst und der Klang daher am dumpfsten ist. Auf diese Weise ist die Linderungsmusik wiederum mit einer klanglichen Qualität von Schmerzempfinden und -musik verknüpft.

Mit ihrem dritten Lösungsversuch innerhalb dieser Sequenz wendet sich die Patientin den äußeren Rahmenbedingungen zu, erkundigt sich analog einer Medikation nach der Dosierung der Linderungsmusik und zeigt damit indirekt, wie groß ihre Unsicherheit darüber ist, was das Ganze soll und wie sie innere (Wunsch-) Vorstellungen mit den tatsächlichen Gegebenheiten in Einklang bekommen kann. Der Therapeut gibt ihr das Zepter in die Hand, aber dies evoziert bei der Patientin gewissermaßen eine Fluchtbewegung, die gar nicht einmal besonders schnell im Tempo scheint, aber bei der sie nach allem greift, was ihr Orientierung verspricht und den Therapeuten mehrfach abhängt. Sie sucht anscheinend etwas Rundes, Abrundendes, kommt irgendwann auf die glissandi auf dem Klavier zurück, die Therapeut ja zu Beginn der Schmerzmusik-Komposition gespielt hatte. Dies verwirft sie, aber sie bleibt in dieser leicht agitierten Verfassung, imitiert den Paukenwirbel des Therapeuten, zuerst an der Rahmentrommel, dann an der Pauke, dem sie dann allerdings einen Schlusspunkt verpasst und dem ganzen ein (vorläufiges) Ende bereitet.

Auch wenn die Interaktionen zwischen den beiden eingespielt und viel Lachen dabei ist, so ergreift mich als Außenstehende doch die innere Not, die durch die Aufgabe, sich eine Schmerzlinderung vorzustellen, bei dieser Patientin ausgelöst ist. Es stellt sich mir die Frage, ob und wenn ja wie, dies mit den vorhandenen inneren und äußeren Mitteln kompositorisch transformiert werden kann.

auf der Schwelle: vorwärts stürmen und zurückgreifen

den Interpreten in/mit der Komposition abhängen

X.

11'31'' - 13'06''

Die wörtliche Bezeichnung des Spiels der Patientin als Wirbel durch den Therapeuten bestätigt diese **„ja, kleiner Wirbel“** (11'35'') und bekräftigt etwas später nochmals dessen Funktion als Finale (11'41''). **„Ich denke, ich mache das mal so“** (11'44'') fügt sie hinzu und zeigt damit, dass sie sich ihrer Rolle als Komponistin in diesem Moment bewusst ist. Der Therapeut bekundet, dass er das Paukenspiel einmal probieren will, und in der folgenden Szene geht es um die genauen Verabredungen bezüglich der Lokalisation der Schläge und der Dynamik. Jetzt werden die unterschiedlichen Klangqualitäten noch einmal sehr genau herausgearbeitet, und es bestätigt sich, dass der eher dumpf als nachhallend klingende Wirbel in der Mitte des Fells gezielt ausgesucht war. Sie kommentiert eine lautere Version mit einer passenden Metapher: **„Das ist ja schon donnernd“** (12'03'').

Das konkrete und zielgerichtete Handeln - Vormachen, Beobachten, Vergleichen, Auswählen – führt zu Ergebnissen und einer klaren Rollenaufteilung. Die Patientin bedient sich während des Spiels des Therapeuten wiederum der Sprache **„Gesund, gesund, gesund, gesund“** (12'21''), und versucht damit unter Zuhilfenahme agogischer Mittel (accelerando) den Therapeuten auf den Schlusspunkt hin zu dirigieren. Aber die rhythmische Abstimmung zwischen beiden ist nicht vollkommen, was daran liegt, dass die Patientin den Grundschlag des Therapeuten nicht erwischt.

Die Behauptung, dass der letzte Paukenschlag dann der Schluss sein soll, wirkt auf den Therapeuten anscheinend nicht überzeugend, so dass dieser noch einmal nachfragt. Die Begründung der Patientin lautet: **„Weil sonst, ja, müssten wir ja noch, könnten wir ja noch mehr, uferlos viel einbauen, aber ich glaube das war ja nicht ganz der Sinn. Man soll sich ja irgendwo auch mit was begrenzen, oder?“** (12'44''). Eine Idee, wie die autonome Gestaltung einerseits und die Begrenzung des zeitlichen Rahmens andererseits in Einklang gebracht werden können, hat die Patientin noch nicht.

Nach den Beunruhigungen in der vorangegangenen Sequenz sorgt der Therapeut für Orientierung, indem er die Patientin in die Komponistinnenrolle versetzt und dazu bringt, das Pauken-Finale nachzubearbeiten und konkrete Entscheidungen zu treffen. Ermöglicht wird dies gleich zu Beginn durch die Metapher ‚Wirbel‘, die den gerade erlebten Vitalaffekt ‚durcheinanderwirbeln‘ mit der in der Konvention aufgehobenen musikalischen Figur vereint, was die Patientin unmittelbar aufgreifen kann. Außerdem dürfte die Sicherheit seiner Spieltechnik einen Beitrag zur Rückgewinnung an Handlungskontrolle auch auf Seiten der Patientin leisten.

Wieder greift sie zu einem sprachlichen Mittel, um ihre musikalische Vorstellung zum Ausdruck zu bringen, und versucht mit einer Art Beschwörungsformel den Therapeuten zu einem Accelerando zu bewegen, was ihr aufgrund der fehlenden rhythmischen Abstimmung nicht ganz gelingt. Dies mag weniger der musikalischen Kompetenz als vielmehr dem Zweifel an der eigenen Wirkmächtigkeit und am Gelingen der ganzen Bemühungen geschuldet sein. Einem Zweifel, der gerade durch die trivial wirkende Wortrepetition ‚gesund‘ zum Ausdruck kommt und ein Gelingen, das sich in diesem Fall nicht einmal auf Behandlungsziel Schmerzlinderung beziehen mag, sondern darauf, es zwar zu wünschen und zu spüren, aber sich nicht in die Interaktionseinheit mit dem Interpreten begeben und dem Wunsch, jenseits aller Artikulationsversuche verstanden zu werden zu können.

Dass es, wie schon seit Beginn des Kompositionsprozesses darum geht, einen Umgang mit der (psychischen Bedrohung durch die) Grenzenlosigkeit zu finden, ist nun bewusstseinsnäher geworden, wie aus der expliziten Äußerung der Patientin rückzuschließen ist: das Ganze ist im Grunde uferlos.

das Wirbeln einfrieden

XI.

13'00'' - 18'29''

Der Therapeut rekapituliert noch einmal den Ablauf bis hierhin, zunächst die Phase mit der Bassschlitztrommel und dem Gong (Tamtam), holt sich im Spiel die genauen Spielanweisungen, bis die Patientin ihn unterbricht und nach der präzisen Werkdauer in „**Minuten Sekunden, sonst was**“ (14'00'') befragt. „So lange Sie möchten“ ist seine Antwort, in die ein Gongschlag hineinklingt (wer ihn spielt, ist nicht erkenntlich) und die Länge von Schmerz- und Linderungsmusik auf 35 Minuten beziffert, worauf die Patientin lachend (neckend?) sagt, dass sie sich dies dann ja minutiös überlegen müsse (14'17''). Der Therapeut geht kurz darauf ein, gibt zu bedenken, dass sie sich alternativ auch im entscheidenden Moment intuitiv entscheiden könne und fährt fort die Spielanweisungen (Lokalisation, Schlägeltyp, Anschlagsart, Klangfülle) für den Gongschlag einzuholen (bis 15'04''). Anders als an der Pauke wird die Patientin nicht vor die Wahl zwischen zwei Alternativen gestellt, sondern in den Nachhall des Tamtams hinein entwickelt sie selbständig ihre Vorstellungen, die anschließend vom Therapeuten umgesetzt werden. Der Nachhall soll dann auch als Übergang zum nächsten Klangereignis, den Röhrenglocken fungieren (15'19'').

Als diese vom Therapeuten in der vereinbarten Streichbewegung angespielt werden und er sich bezüglich der Gleichmäßigkeit noch einmal rückversichert, äußert die Patientin: „**Sonst wird es mir zu wild (unv.) da brauche ich ja Ruhe und Erholung, Entspannung. Das halte ich ja jetzt hier aus so. Ich will ja da nicht umeinander toben wie, (.) wie ein irregewordener. Das wäre in der Psychiatrie**“ (lacht) (15'53''). Nachdem der Therapeut daraufhin das Spiel ausklingen lässt, fügt sie hinzu: „**So denke ich nun mal**“ (15'58''). Der Therapeut geht auf diese Äußerungen nicht ein, sondern erkundigt sich nach einem Zeichen für das Ende dieses Spiels, worauf die Patientin ihn lachend aufzieht und fragt, ob sie „**die Uhr mitbringen**“ solle (16'05''). Er lässt sich auch davon nicht beirren und fährt fort in dem Klärungsprozess die musikalischen Abläufe betreffend (bis 17'51'').

Die Patientin arbeitet mit und äußert Zustimmungen. Es wird gelacht, die beiden tauschen Zeigegesten aus, bis die aufgeschobene Frage wieder im Raum steht: ist da wirklich Schluss, kommt noch etwas? „**4. Teil (.). Den 4. Teil? Was bietet sich beim 4. Teil an? Die Ewigkeit?**“ (18'01'') fragt die Patientin und lacht. Der Therapeut indes ist noch ganz bei dem musikalischen Finale und der Rolle der Komponistin, aber diesmal lässt die Patientin es nicht durchgehen und fordert den Therapeuten direkt heraus:

„Pat: Lohnt es sich nur noch die Ewigkeit / Thp: Die Ewigkeit an? Die Ewigkeit / Pat: Mit, was weiß ich, Trompeten und Engelsgesängen, oder? (lacht).Thp: Also Trompeten haben wir hier nicht. Ob ich hier engelhaft singen kann, das weiß ich jetzt auch nicht (lacht).“ (18'14'').

Mit einem anschließenden gemeinsamen Schweigen (5 Sekunden) wird diese Interaktionssequenz abgeschlossen

Es gibt mehrere Stellen und Ansatzpunkte, die der Therapeut für eine psychotherapeutische Intervention nutzen könnte, aber er entscheidet sich stets dafür, die kompositorische Arbeit nicht zu verlassen. Dass diese Orientierung eine Einsicht in psychologische Zusammenhänge nicht behindert, vielleicht gar ermöglicht, wird in dieser Sequenz mehr als deutlich. Vor dem Hintergrund des musiktherapeutischen Prozesses bis hierher zeigt sich im Kommentar der Patientin zur Gleichmäßigkeit des Röhrenglockenspiels, dass sie genügend (inneren) Raum gewonnen hat, innere Zusammenhänge zu erkennen und zu artikulieren. Auch wenn ihre Formulierung befremdlich scheint, so meint sie – aus psychodynamischer Sicht - wohl folgendes: Sie wolle das (Fließende, Grenzenlose) hier jetzt aushalten, weil sie sonst eigentlich wie irre umeinandertoben würde oder eher noch in umgekehrter Kausalität: Sie wolle es aushalten, auch wenn sie innerlich in Aufruhr ist und wie irre umherwirbelt. In ihrem Schmerz ist die Angst gebunden, psychiatrisch krank zu sein, und eine Beseitigung des Schmerzes könnte genau dies (Trauma?) aufdecken.

In ihren Worten klingt auch durch, dass sie in der Musiktherapie mit dem Wilden, Rauhen, Unerwarteten in Berührung kommt. Dies betrifft sowohl die Innen- als auch die Klangwelt. So gesehen sind dann Fragen nach objektiven Maßeinheiten wie Minuten oder Sekunden, die ihr Sicherheit und Orientierung versprechen, gar nicht mehr absurd sondern auch nachvollziehbar.

Im Zusammenhang mit einem musikalischen Kompositionsprozess könnte man die Fragen nach der Dauer der Komposition und den Entscheidungskriterien (Länge der Sitzung, Intuition) auch als Fragen nach der Zeitstrukturierung und der Darstellung eines Zeitempfindens auffassen, aber so weit gehen die Überlegungen von Komponistin und Interpret hier nicht. Dies wiederum könnte, wenn es nicht aus anderen Gründen nicht verfolgt wird, – auch - an einem Mentalisierungsproblem liegen, d.h. dass zum einen wechselseitig keine Vorstellung darüber existiert, wie die subjektive Sicht des jeweils anderen beschaffen ist, und zum anderen, dass die Patientin ihre in der Zukunft liegende subjektive Sicht auf das Werk und die Re-Identifikation mit dem Selbst-Geschaffenen nicht antizipieren kann.

Die weiteren Gesprächsinhalte deuten wiederum darauf, dass erst noch etwas anderes eingeholt muss. Mit dem Thema Ewigkeit (=Zeit- und Grenzenlosigkeit) und der (metaphysischen) Frage ‚was kommt nach dem Finale?‘ wird nun das Thema Transzendenz berührt. Auch wenn es von beiden Beteiligten vergnügt-ironisch gebrochen wird, so könnte man es dahingehend interpretieren, dass eine religiös-spirituelle Orientierung der Patientin nicht unwichtig und vielleicht gar ihrem Klangempfinden (von Glocken, Gong, Pauke) eingeschrieben ist oder auch dass sich durch die kompositorische Arbeit eine Vorstellung darüber entwickelt, dass Schmerzen und Mühen nicht beseitigt - mit den oben vermuteten Folgen - sondern überwunden, verwandelt oder verarbeitet werden könnten. Die Stille, die entsteht, deutet jedenfalls darauf hin, dass sich Therapeut und Patientin der Tragweite der Schmerztherapie (und der therapeutischen Beziehung?) zumindest spürend gewahr werden.

in der Zusammensetzung der Klänge finden sich Bedeutungen

XII.

18'29'' - 26'43''

Die Patientin zieht einen Bogen von der eben im Raume stehenden Ewigkeit zur Fixierung eines komponierten und einmalig aufgeführten Werkes auf einer CD (18'34''). Sie zieht noch einen weiteren Bogen, nämlich zur Komposition der Schmerzmusik und dem dort einkomponierten (endlosen) Rauschen der Meerestrommel. Der Therapeut lässt sich darauf ein, jetzt auch die Schmerzmusik noch einmal zu rekapitulieren. Die Patientin kommt zurück auf die höllische Qualität des Schmerzes, die der Springdrum zugeordnet ist (ab 20'00'') und komponiert zur Verstärkung dieses Charakters nun sogar noch etwas nach.

Als es wieder jetzt um die Frage geht, ob an die bisherige Linderungsmusik ein 4. Teil angefügt werden soll (20'50''), hängt unterschwellig der drohende Klang der Springdrum noch im Raum. Der Therapeut erläutert, dass es weniger eine Frage der äußeren oder technischen Rahmenbedingungen ist, als eine des momentanen (ästhetischen) Empfindens, und zwar sowohl bei der Komposition als auch bei der morgigen Aufführung/Anwendung (21'29'').

Nach bewährter Methode hat sie ihr Stöbern und Suchen wieder aufgenommen, findet die Sansula, von der sie sich schnell abwendet (21'58''), dann das Flexaton, bei dem Sie sich fragt, ob andere dessen Klang wohl mögen und dem sie einen schrillen Kopfschmerz zuordnet, den sie aber nicht hat (22'25''). Sie geht sogar noch einen Schritt weiter und personifiziert den Klang: „**Ja, der schmerzt**“ (22'26'') und wiederholt (22'30''). Anschließend landet sie beim Alt-Xylophon, das sie zwar auch schön findet aber dann doch nicht so passend (23'38''). Der Klang des Schellenkranzes, den sie als nächstes zur Hand nimmt, bringt sie dazu, sich über sich selbst zu äußern:

„// Ich stehe auf orientalische Musik an sich (.) von daher habe ich jetzt da meine Eigenkreativität. Das ist // Schellenkranz // Das ist alles dann klar. // Schellenkranz, rhythmischer werdend // Zu schepprig (Thp: Mhm, okay?) // Klang tacet // Das fühle ich dann auch gar nicht. Das hätte ich vielleicht früher mal als fröhlicher empfunden, aber/“ (24'08'')

Der Therapeut bietet ihr ein sanfteres Instrument, einen Shaker, der jedoch kein Interesse weckt und dann die Kabasa, zu der die Patientin sofort die Assoziation „**wie so ein Zug**“ (24'26'') hat. Der Therapeut reagiert unmittelbar mit seinem Spiel und setzt das Geräusch einer Dampflok lautmalerisch um, worüber beide lachen (24'29''). Als das Spiel verklungen ist, bleibt der Therapeut im Bild „Jetzt ist er aus dem Bahnhof raus“ (24'32''), und die Patientin lacht ebenfalls „**Wie ein Zug und dann geht's dahin, oder?**“ (24'35'') meint sie und: „**Die Reise geht weiter**“ (24'46''). Es wird ausprobiert, ob Kabasa und Paukenwirbel zusammen gehen, was spieltechnisch für einen Spieler gar nicht möglich wäre, aber zu dieser Erkenntnis muss es nicht erst kommen, denn die Patientin entscheidet „**Passt harmonisch nicht zusammen, gar nicht**“ (25'09'').

Wieder gilt kurzfristig der finale Paukenschlag als Schluss der gesamten Komposition, verwandelt sich aber dann doch in einen Impuls, sich ein weiteres Mal auf die Suche zu begeben. Jetzt nimmt die Patientin das Monochord in Augenschein (25'23''), wird kurz durch ihr Handy unterbrochen, lauscht in den Klang des Instrumentes hinein, befindet ihn als zu tief (25'59''), fragt nach einer Alternative, was der Therapeut diesmal verneinen muss (26'20''). Weiter geht's zu verschiedenen Saiteninstrumenten, die für die Patientin ebenso wenig in Frage kommen wie der Regenstab (25'35'') oder die Klangschale (26'44''). Es geht ums kurze Antippen und Ausschließen von Möglichkeiten.

Mitten hinein zitiert oder besser rezitiert die Patientin „**alles, so, wie es entschieden ist, so soll es sein, hat er gesagt**“ (26'43'').

Wenn die Komposition für die Ewigkeit sein soll, muss sie den Anforderungen des technischen Mediums entsprechen, das die Zeiten überdauert. Sollte dies vielleicht nicht ganz ernst gemeint sein, so blitzt in dieser Logik der Humor auf, mit dem die Patientin eine für sie unlösbare Situationen meistert. Sie zeigt diese Art von Fluidität und Situationskompetenz noch an anderer Stelle, nämlich als sie den Klang der Kabasa erst einem Zug zuordnet – der Therapeut und sie werden hier zu kindlichen Spielkameraden - dann aber im übertragenen Sinne von Zug als einer Vorwärtsbewegung spricht, mit der es ‚dahin geht‘ im Sinne von ‚enteilen‘ oder ‚verschwinden‘ und dann das Spiel mit den Bedeutungen zurückführt auf das Handeln und die Suchbewegungen bezogen auf die Klänge.

Wenn man ihr Umherschweifen verfolgt, entsteht, auch wenn es weniger getrieben als zuvor wirkt, der Anschein, dass es ihr darum geht, verschiedene Klangmöglichkeiten auszuschließen. Ohne dass sie weiß, was sie eigentlich sucht, trifft sie ihre Entscheidungen in Sekundenschnelle. Dass die letztlich getroffene Entscheidung für einen bestimmten Klang jedoch Bestand hat, zeigt sich an der Nachkomposition der Schmerzmusik. Deren höllischer Charakter muss nun verstärkt werden, um in Balance mit dem (fantasierten) Engelsgesang zu sein. Der Eindruck, dass die Teile der Schmerzmusik sinnlos zusammengehauen waren, muss korrigiert werden. Es mag sein, dass die Klangphänomene für den Schmerz Fremdkörper bleiben können, aber gleichzeitig bildet sich aus der Klangcollage eine Gesamtkomposition, wobei das ewige Rauschen der Oceandrum als Bindeglied zwischen den Hölle und Himmel fungiert. Die religiös-spirituelle Dimension wird durch die Bemerkung, die wie ein Originalzitat klingt (oder klingen soll), am Ende der Sequenz unterstrichen.

Die Frage, ob und wenn ja, was nach dem finalen Paukenschlag kommen soll, bleibt weiterhin offen. Die Begrenzung der spieltechnischen Möglichkeiten des Interpreten, Kabasa und Pauke gleichzeitig zu bedienen, spielt jedenfalls keine Rolle bei der Entscheidung. Es ist die erste Stelle im Kompositionsprozess, in der die Bezogenheit der Klänge selbstreferentiell ist - sie passen einfach nicht zusammen - und die Musik sich für einen Moment von allen übrigen Bezügen abhebt.

Aus therapeutischer Sicht dürfte in dieser Sequenz das Nachdenken der Patientin über sich selbst von Bedeutung sein, denn sie nimmt Bezug auf ihre Biografie und belebt damit den autonomen, kreativen und eigenwilligen Teil ihres Selbst. Dazu gehört auch die Erkenntnis darüber, dass sie etwas nicht fühlt. Sie ist damit in Kontakt mit ihren Vermeidungsstrategien und mit der Trauer darüber, dass die Krankheit sie verändert hat, was man zu Beginn der Sitzung nur aus ihrem Verhalten rückschließen konnte.

Selbstbezug versus Enthobensein

XIII.

26'43'' - 28'46''

Möglicherweise ist es der metallische Klangschalenton, der die Patientin zum Becken gehen lässt, das sie mit den Jazzbesen anspielt und sich den Übergang von der Pauke dorthin gleich mit denkt (27'13''). Schnell gibt sie das Spiel an den Therapeuten ab:

// Ein Becken, aber (..) da wollte ich Sie mal // (Thp: Mhm? Ja klar.)

//dass sie mal intonieren (lacht). Dass da was Klangvolleres für mich // Becken mit Jazz Rakes gespielt // Das müsste ja dann etwas stärker beginnen und dann immer mehr enden // Becken mit Jazz Rakes gespielt, stark beginnend, starkes decresc. // Mhm. (...) Und dann muss genug sein. Oder? [...] (28'05'')

Das Spiel auf dem Becken liegt nach dem Ende (28'15''), so der Gebrauch der Präposition, und als der Therapeut, während er immer weiterspielt, danach fragt, wie lange das sein soll, antwortet sie (schelmisch) „**So bis ich 85 bin**“ (28'26''), worauf er (sehr sanft) antwortet „Ah, ja. (.) So lange kann ich den Wirbel aber nicht spielen“, und sie wiederum lacht „**ich weiß (.) still enden**“ (28'34''). Der Therapeut spielt das Becken immer weiter und lässt wie beiläufig die Bemerkung fallen, dass da fast eine Lebensgeschichte drin sei, was die Patientin bejaht „**Ja, die [Lebensgeschichte. SM] soll da drin sein, ja. So ein bisschen mit, ja (...)**“ (28'44''). Dann verklingt das Becken.

In dieser nur zweiminütigen Sequenz macht sich eine einvernehmliche und friedliche Stimmung breit. Was eh schon klar war, wird nun auch ausgesprochen: die Komposition beinhaltet im übertragenen Sinne eine - wunschgemäß ist es eine bis ins hohe Alter sich ausdehnende – Lebensgeschichte.

Die Komposition findet einen Abschluss. Nach all den Turbulenzen findet die Patientin eine Lösung. So wie beim Rauschen der Oceandrum und der Paukenwirbel wählt sie am Becken einen Dauerklang, doch sie entscheidet sich mit den Jazz Rakes für einen Sound, den man als ein Gegenteil von dumpf oder untergründig bezeichnen könnte und was der Pauke ja immer noch anhaftet, nämlich hell und transparent. Sie findet außerdem mit dem Decrescendo einen anderen Ausgang als das betont selbstbestimmte Finale an der Pauke. Dieses Decrescendo verweist auf die (als andächtig antizipierte??) Stille nach der Musik, von wo aus sie in ihrer Bedeutungsfülle wahrgenommen werden wird.

Möglicherweise hatte die Patientin schon an der Pauke sehr fein beobachtet (s.o.), dass der Therapeut versiert spielen kann und besonders die Spieltechniken an den Schlaginstrumenten geradezu verkörpert, was gerade auch beim gleichzeitigen Beckenwirbel und Sprechen für den Außenstehenden hörbar ist. Die Spielbewegung, die die Patientin von der Pauke zum Becken beibehält, und sie zuvor als kleines Wirbeln (s.o.) bezeichnet hatte, hat es sozusagen in sich. Während sich klanglich eine starke oder sogar überbordende Dynamik ausbreiten könnte, so sind die Bewegungsabläufe konzentriert und kontrolliert aber gleichzeitig wiederum nur ausführbar, wenn genügend Lockerheit vorhanden ist. Der Schlagzeuger ist also derjenige, der in der Lage ist, das Wirbeln dosieren zu können. Es lässt sich nur erahnen, welche Bedeutung es für die Patientin haben muss, dass sie das nicht nur miterleben und innerlich nachvollziehen kann, sondern dass es für sie gespielt wird.

Am Ende des Kompositionsprozesses überträgt sie dem Therapeuten nun vollständig das Amt der Interpreten. Er wird ihre Idee besser umsetzen können als sie und ihrer Klangvorstellung mit allem, was damit assoziiert ist, Geltung verschaffen. Sie wird also ihrer ‚Eigenkreativität‘ (s.o.) in einer von seiner Eigenart angereicherten sinnlichen Gestalt wieder begegnen. Diese Hoffnung verbirgt sich in der Äußerung, dass der Therapeut etwas Klangvolleres für sie intonieren möge.

Übertragung(en)

28'46'' - 33'52''

In der letzten Sequenz geht es zurück auf die Ebene der realen Spielanweisungen für die Aufführung: Nochmals werden Dauern, Lautstärke, Schlägel und Anschlagsqualitäten festgelegt. Erneut entscheidet sich die Patientin gegen alle dargebotenen Alternativen und bleibt bei ihren ursprünglichen Klangqualitäten (29'55''). Dann geht es um die Frage, ob das Ende durch Zeichen der Patientin markiert wird oder sich nach dem Empfinden des Therapeuten richtet: Pat: [...] **Immer so ein Wechsel. // (Thp: Mhm, okay?) // Ja, im Wechsel und dann (.) // Sie können das. // Thp: Das heißt, wenn ich Sie richtig verstehe, // das überlassen Sie mir? Pat: Sie können das? (lacht).** (31'14'')

Als alle Verabredungen über die Handzeichen und musikalischen Übergänge getroffen sind, wird noch weiteres Mal die Linderungsmusik rekapituliert. Die Patientin wandert offenbar mit zu den Instrumenten („**rüber an die Pauke**“ 32'13''), dann ans Becken, wörtlich: „**ins Becken hinein**“ (32'46'') und sagt am Schluss: „**Das ist dann der (hörbar atmend) (Thp: Mhm?) Ja, ja gut.**“ (32'53'')

Der Therapeut kündigt an, die Instrumente in der nächsten Stunde noch ein wenig besser im Raum zu arrangieren, weist auf den Schluss der Stunde hin und gibt der Patientin noch ein Schreiben zur Unterschrift mit (33'39''). Die Stunde wird sehr einvernehmlich und freundlich beendet (33'52'').

Die Rekapitulation der musikalischen Abläufe vollzieht die Patientin körperlich mit, wie an ihren Schritten und am Atem zu vernehmen ist. Sie tut dies, ohne dass darüber gesprochen wird, von sich aus, und es entsteht nicht zuletzt auch durch die Formulierung „ins Becken hinein“ der Eindruck, dass sie in ein inneres Zentrum vordringt. Der Auftrag an den Interpreten, die Komposition aufzuführen, wird explizit erneuert und erweitert, denn er kann (im doppelten Sinne) über den Schluss bestimmen. Es ist eine Freigabe ihres Werkes, bei dem sie sehr gefordert war (siehe Schmerzmusik-Komposition) und mit dem so lange gerungen hat, damit verbunden.

Ablösung