

SUPERVISION

Theorie – Praxis – Forschung

Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift
(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. Dr. Dr. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung, Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

in Verbindung mit:

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Jörg Bürmann**, Universität Mainz

Prof. Dr. phil. **Wolfgang Ebert**, Dipl.-Sup., Dipl. Päd., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Dipl.-Sup. **Jürgen Lemke**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Prof. Dr. phil. **Michael Märten**, Dipl.-Psych., Fachhochschule Frankfurt a. M.

Univ.-Prof. Dr. phil. **Heidi Möller**, Dipl.-Psych. Universität Innsbruck

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit; Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Prof. Dr. phil. (emer.) **Alexander Rauber**, Hochschule für Sozialarbeit, Bern

Dr. phil. **Brigitte Schigl**, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Donau-Universität Krems
Univ.-Prof. Dr. phil. **Wilfried Schley**, Universität Zürich

Dr. phil. **Ingeborg Tutzer**, Bozen, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen. Supervision ISSN 2511-2740.

www.fpi-publikationen.de/supervision

SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung

Ausgabe 15/2018

Selbstwirksamkeit, Selbstkompetenz und Kontrolltheorien: ihre Bedeutung in der Musiktherapie und in der Supervision von MusiktherapeutInnen

Josef Moser, Kassel und Ilona Levin, Frankfurt *

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de), Information: <http://www.eag-fpi.com>. Leistungsnachweis aus dem Studiengang *Supervision* FU Amsterdam, 2006. Betreuer Prof. Dr. H.G. Petzold

Inhaltsverzeichnis:

1. Einleitung	S. 4
2. Darstellung grundsätzlicher Begriffe und Inhalte	S. 5
2.1. Begriffe zu Kontrollthemen	S. 7
2.2. Das Vierstufenmodell der Kontrollstrategie nach Flammer	S. 9
2.2.1 Primäre direkte Kontrolle	S. 9
2.2.2 Reaktanz und indirekte Kontrolle	S. 9
2.2.3 Sekundäre Kontrolle	S.10
2.2.4 Kontrollverlust, Kontrollverzicht, Hilflosigkeit	S.11
2.2.5 Folgen der Hilflosigkeit	S.11
2.2.6 Attributionstheoretische Dimensionen der Hilflosigkeit	S.13
2.3. Handlungskontrolle	S.15
2.4. Die Anwendung der Kontrolltheorien auf die Arbeit mit kreativen Medien	
2.5. Environmentfaktoren	S.16
3. Attributionsprozesse	S.17
3.1. Definitionen	S.18
3.2. Attributionsprinzipien und Attributionsfehler	S.18
4. Kontrollwissen und Kontrollmeinung in der Anwendung und Übertragung auf musiktherapeutische Prozesse aus Patientensicht	
4.1. Kontingenzwissen: Darf ich wissen, wie das geht?	S.20
4.2. Die Angst vor dem Beobachtet- und Bewertetwerden	S.23
4.3. Die Kontrollmeinung, unmusikalisch zu sein und das Instrument nicht zu beherrschen	S.23
4.4. Zuviel Kontrolle und die Gefahr der Verhinderung von Neuerfahrung.	25
4.5. Die Angst vor emotionalem Kontrollverlust und Beschämung	S.25
4.6. Der nicht-kontrollierbare Klang in der Gruppenimprovisation	S.26
4.7. Kontrollüberzeugungen in Form von kontrollierenden Übertragungsmanifestationen auf den Therapeuten	S.29
4.8. Routine gewinnen: Eintauchen – integrieren – neuorientieren	S.29
5. Kontrolltheorien und ihre Anwendung auf musiktherapeutische Supervision	S.30
5.1. Die Ebene des Supervisanden:	
5.1.1 Die Reflexion der persönlichen und therapeutischen Kompetenz und Performanz im Allgemeinen und im Spezifischen der Musiktherapie	S.30
5.1.2. Der Therapeut hat den roten Faden im prozessualen Verlauf verloren	S.31

5.1.3. Der Therapeut kontrolliert das Geschehen beständig	S.32
5.1.4. Erneute Übersicht über das Geschehen gewinnen und dem therapeutischen Fluss Raum geben	S.32
5.2. Die Ebene des Supervisors:	S.33
5.2.1. Die professionelle Kompetenz und Performanz des Supervisors: Kontrollwissen und Kontingenzwissen	S.33
5.2.2. Bereichsspezifität Musiktherapie: ist sie ausreichend?	S.34
5.2.3. Kontrollierter prozessorientierter Einsatz der Medien	S.35
5.2.4. Vermittlung von Einstimmungsmodalitäten als bewusste Kontrollmöglichkeit für musiktherapeutisches Erleben und Handeln und für die Begleitung von Supervisionsprozessen	S.38
5.2.5. Institutionelle Strukturen, systemische Zusammenhänge und Einflüsse	38
5.2.6. Möglichkeiten und Grenzen musiktherapeutischen Planens und Handelns	S.39
 6. Prozessbeispiel für die Erfassung und Auswertung der wahrgenommenen Phänomene auf den verschiedenen Ebenen...	 S.41
 Literatur	 S.46

1. Einleitung

Menschen haben das Bedürfnis, wirken zu können. Sie wollen erfolgreich sein, im Kleinen, im Großen, sie wollen Unsicherheiten beherrschen lernen. Unkontrollierbare Ereignisse forderten die Menschheit seit jeher immer wieder heraus, die Dinge besser in den Griff zu bekommen.

In den Evolutionsprozessen ging es immer auch bereits um das Überleben und um die Sicherung von Rang, Platz, Status, Rolle.

Kontrolle haben zu können, sie auch ausüben zu können, Wirkungen für sich selbst, für oder gegen andere erzielen zu können ist in unseren Evolutionsprogrammen mitgegeben.

Selbstwirksam sein zu können erhöht das Selbstwertgefühl, das Selbstbewusstsein, die Selbstzufriedenheit.

Worte wie Kontrolle und Kontrolltheorie können aber auch negative Assoziationen auslösen. Sie werden dann oft verknüpft mit der Bedeutung von Begrenzung, strenger Selbst- und Fremdbewertung oder auch damit, dass zusätzliche Kontrolle individuelle Freiheiten weiter beschneidet.

Qualitätskontrollen sind heute zum Standard geworden. Der damit verbundene bürokratische Aufwand ist erheblich und bindet oft erhebliche Zeitkontingente. Man muss also genau fragen: Wo sind Kontrollen für Entwicklungsprozesse wirklich förderlich und sinnvoll, wo sind sie sogar hinderlich und wird dadurch nicht auch der natürliche Verlauf von Entwicklung und Evolution gestört oder beeinträchtigt?

Wie kann auch die Balance gehalten werden zwischen dem Drang des Menschen nach Selbstverwirklichung und Weiterentwicklung und der möglicherweise damit einhergehenden Zerstörung der Natur.

In Bezug auf Therapie und Supervision sind Gefühle der Selbstwirksamkeit und sind Kontrolltheorien, wie sie in dem Buch von *August Flammer* „Erfahrung der eigenen Wirksamkeit“ beschrieben werden von eminenter Bedeutung und für ihre Anwendung in der Therapie- und Supervisionspraxis besonders ertragreich.

Sich in einen Therapie- oder Supervisionsprozess zu begeben bedeutet bereits den Schritt, sich von anderen in der eigenen Wirksamkeit „überprüfen“ zu lassen. Das teilweise Nicht-Beherrschen von Medien (z.B. Musikinstrumenten) seitens der Patienten und die oft neue, unbekannte und damit nur bedingt kontrollierbare Therapiesituation mit kreativen Medien macht die Auseinandersetzung mit diesem Thema für TherapeutInnen und SupervisorInnen in diesem Kontext so bedeutsam.

Das Erlernen von Selbstkontrolle ist die eine Polarität, das Vertrauen in den Prozess und die Nichtkontrolle die andere.

Menschen in ihren Wirkungsmöglichkeiten, in ihren Selbstregulationsmöglichkeiten zu fördern, ihnen zu mehr Autonomie und Selbstbestimmung zu verhelfen ist ethisch betrachtet eine gute Werthaltung.

Das Herstellen einer Subjekt – Subjekt Beziehung, einer intersubjektiven Bezogenheit scheint sinnvoll.

Kontrolltheorien können dazu beitragen, dass Erlebnis- und Verhaltensweisen zwischen Patienten/Klienten und Therapeuten/Beratern, wie auch zwischen Supervisanden und Supervisoren situativ differenzierter eingeschätzt und Prozesse mit anderen Bewertungsmaßstäben gesehen werden.

Allzu häufig wird in psychotherapeutischen Kreisen zu schnell von Abwehr gesprochen, wenn ein Patient Kontrolle behalten möchte, sich sogar verweigert. Oft geht es aber erst einmal darum, Kontrolle über sich selbst, die vorgegebene Situation, das Verfahren und die Medien zu gewinnen.

Der Einsatz musiktherapeutischer Medien (auch anderer kreativer Medien) beinhaltet immer mit die Gefahr einer subjektiv empfundenen Bloßstellung und Bewertung. Diese Gefühle können gerade zu Beginn eines therapeutischen Prozesses fatale Folgen für das Vertrauen in die therapeutische Beziehung und den persönlichen Entwicklungsprozess haben.

Mit der folgenden Arbeit werden wir sowohl grundsätzliche Betrachtungsweisen verdeutlichen, wie auch einige Forschungsergebnisse der Kontrolltheorie auf die Spezifik der musiktherapeutischen Situation mitreflektieren.

2. Darstellung grundsätzlicher Begriffe und Zusammenhänge

In der Darstellung folgender kontrolltheoretisch relevanter Zusammenhänge beziehen wir uns für unser Thema auf das Buch von *August Flammer* „Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung“, erschienen 1990 im Huber Verlag.

Auch andere Forscher und Autoren haben sich des Themas der Selbstwirksamkeit, der Kontrolle und der Selbstkompetenzen angenommen (*Bandura* 1977: Ergebniserwartung, Selbstwirksamkeitserwartung;

Oesterreicher 1981: Kontrollkompetenz, Kontrollmeinung, Kompetenzmeinung; *Rotter* 1976: internaler, externaler locus of control; *Skinner, Chapman & Baltes* 1988: Means-ends-beliefs, Agency-belief, Control-belief; *Seligman et al.* 1967: Phänomene der Hilflosigkeit; u.a.).

Auch *Petzold, Orth und Sieper* haben sich mit dem Kontrollthema befasst in ihren Ausführungen zu Konzepten der persönlichen Souveränität, der Copingstrategien, des Stressmanagements, des Ressourcenmanagements, zu Fragen der Macht, zu Fragen von Gesundheit und Krankheit, zum Thema Wille und Wollen.

Im bio-psycho-sozialen Modell der „Integrativen Therapie“ wird den Bereichen der Selbstwirksamkeit, der Erarbeitung von persönlichen Potentialen und Ressourcen, wie auch dem spezifischen Umgang mit Problemen besondere Beachtung geschenkt. Relevante Themen werden differenziert unter integrativen Aspekten betrachtet: das Zusammenwirken von Wahrnehmung-Verarbeitung-Handlung, die Bedeutung von Attributionsstilen, die Phänomene der Selbst- und Fremdeinschätzung, die Möglichkeiten und Einschränkungen bis hin zu Behinderungen durch Kontext- und Environment-Faktoren.

Flammer bezieht sich in seinen Ausführungen auf eine Fülle von Forschungsergebnissen, die hier nur ansatzweise wiedergegeben werden können.

Unser Anliegen ist es, die Grundgedanken von Flammer herauszuarbeiten, sie anhand weiterer Überlegungen auf Therapie- und Supervisionszusammenhänge anwenden zu können.

Flammer macht deutlich:

In allen Kontexten des menschlichen Lebens werden wir mit Situationen konfrontiert, in denen reales Tätigwerden im Sinne aktiver **Handlungskontrolle** oder aber das subjektive Überzeugtsein über Möglichkeiten der Einflussnahme im Sinn von **Kontrollüberzeugungen** die Menschen herausfordert.

Das Öffnen einer Tür erfordert für ein Kleinkind genauso Kontrolle, wie das Fahren eines Autos für einen Erwachsenen. Das Spielen eines Instrumentes, das Lesen eines Buches, das Bewältigen der Aufgaben und Tätigkeiten in einer Führungsposition sind Beispiele, bei denen unterschiedliche und jeweils differenzierte Fähigkeiten und Fertigkeiten vorhanden sein oder erworben werden müssen.

Flammer spricht von einem **angeborenen und erlernten Kontrollgrundbedürfnis** des Menschen. Herausforderungen und Wünsche sich selbst und der Umwelt gegenüber wollen Menschen aktiv bewältigen können. Kontrolle zu haben oder nicht zu haben (Selbstwirksamkeits-, Erfolgs-, Misserfolgserlebnisse) ist für die eigene **Grundbefindlichkeit** und das **Wohlbefinden** von enormer Bedeutung. Der Mensch als reflexives und handelndes Wesen will Ziele planen, verfolgen und sie umsetzen können. Er will Einfluss haben. Wir lernen, das Handeln immer wieder neu auszurichten, weil der **Wunsch nach Veränderung** bzw. die veränderten Situationen notwendige **Anpassungen** erforderlich machen (Beispiel: Flexibilisierung in der Arbeitswelt; Überleben in der Evolutionsgeschichte).

Die Suche nach Wirkungs- und Kontrollmöglichkeiten entsteht aus inneren Motivationswünschen und äußeren Anreizen und sie bewirkt erneut **Motivationsanreize**. Rückmeldungen, Erfolge, Wirkungen und die Art und Weise, wie wir Wirkungen erzielen ermöglicht auch **Selbsteinschätzungen** für das, was wir können oder noch nicht so gut können. Sie sind in hohem Masse für unsere **Selbstwertgefühle** bedeutsam.

Menschen mit einem hohen Kontrollgrundbedürfnis, mit hohen Leistungsideal, hohen persönlichen Erwartungen an sich selbst oder dem Druck von externen Erwartungen können jedoch bei Nichtgelingen ihrer Erwartungen in intensive Stresszustände geraten.

Flammer belegt, dass die realen Möglichkeiten zur Ausübung von Kontrolle (Handlungskontrolle), aber auch die persönlichen Kontrollüberzeugungen bzw. die subjektiven Meinungen dazu mit dem subjektiv empfundenem **Wohlbefinden und mit Gesundheit** korrelieren. Für den klinischen Bereich sind daher Selbstwirksamkeits- und Kontrolltheorien im Hinblick auf Gefühle der Hilflosigkeit und Ohnmacht (also der Nicht-Kontrollierbarkeit) besonders bedeutsam.

Situationen, in denen Kontrollmöglichkeiten subjektiv nicht erlebt werden können oder real nicht vorhanden sind finden wir oft bei Patienten mit frühen Schädigungen bzw. frühen Persönlichkeitsstörungen, bei traumatisierten, depressiven und ängstlichen Patienten, bei aktuellen Krisen und Krankheiten u.s.w. Hier müssen Überlegungen angestellt werden in Bezug auf die Förderung und Wiederherstellung von Selbst- und Situationskontrollmöglichkeiten, damit Selbstwirksamkeit wieder erlebt werden kann.

Auch muss überlegt werden, wie diese Ziele in den spezifischen Settings (hier musiktherapeutischen bzw. kreativtherapeutischen) umgesetzt werden können.

Um sich dem Thema weiter anzunähern, werden zunächst weitere wichtige Zusammenhänge aus dem Buch von August Flammer dargestellt.

2.1. Begriffe zu Kontrollthemen:

Definition Kontrolle (nach Flammer): *Kontrolle ist regulierte Wirksamkeit, sie ist die Handhabung von Ursache – Wirkungszusammenhängen, damit angestrebte Zustände/Prozesse erreichbar werden.*

- Kontrolle setzt **Fähigkeiten und Fertigkeiten** (Kompetenzen) voraus: Wissen, Können, Tun können. (In der „Integrativen“ Therapie entspricht dies den personalen, sozialen, professionellen Kompetenzen und Performanzen).
- Kontrolle ist **bereichsspezifisch** (guter Klavierspieler, miserabler Jongleur /Akrobat).
- Kontrolle ist **zielbezogen**, zukunftsgerichtet. Sie dient dazu, Zustände zu verändern oder stabil zu halten (z.B. eine befriedigende Berufsausbildung zu bekommen).
- Kontrolle kann man **haben, ohne sie aktuell aktiv ausüben zu müssen**. Flammer weist darauf hin, dass das Wissen, Kontrolle zu haben oft wichtiger ist, als Kontrolle konkret ausführen zu müssen (Kompetenzwissen).

- Kontrolle ist einerseits **objektiv** messbar (Zeiterfassung bei Leistungssportlern), andererseits ist sie immer auch **subjektiv** (z.B. die Kontrollillusion, bei intensivem Alkoholkonsum immer noch Kontrolle ausüben zu können).
- Die **Kontrollmeinung** (das ist die persönliche Einschätzung der Kontrollierbarkeit), ob ein Ziel erreichbar ist, kann bei Menschen sehr unterschiedlich ausfallen.

Kontrolle setzt auch ein gewisses Maß an Handlungsfreiheit voraus. Innerhalb dieses **Handlungsspielraumes** können Alternativen gewählt und bewusst Entscheidungen gefällt werden.

Kontrolle ist oft eng verknüpft mit Verantwortung. Dies wirft die Frage auf, ob Menschen aufgrund ihrer Lebensentwicklung schon fähig sind, Verantwortung zu übernehmen oder ob sie Verantwortung wirklich übernehmen wollen.

Nicht selten stehen wir vor **Begrenzungen**, zumindest in Bezug auf direkte Kontrollmöglichkeiten.

Solche existentiellen Beschränkungen und Kontrollgrenzen können durch Krankheit und höhere Mächte gegeben sein. Auch können nicht vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Menschen seine Kontrollmöglichkeiten einschränken. In den verschiedenen Entwicklungsprozessen bei Kindern und Erwachsenen wird dies deutlich (noch keinen Turm mit Bausteinen bauen können, noch nicht flüssig reden und kombinieren können, eine Rechenaufgabe nicht lösen können).

Kontrollmöglichkeiten werden oftmals eingeschränkt durch bestehende soziale Normen oder durch internalisierte Normen und Verbote, durch Gruppenrollen, den sozialen Status, durch die vorgegebene Position.

Auch legale, formelle und informelle Macht, Abhängigkeit und Autonomie bestimmen Selbstwirksamkeits- und Einflussmöglichkeiten.

Kontrolle und Macht sind eng miteinander verbunden.

Macht definiert Flammer einerseits als

- **Kontrollvorteil gegenüber anderen durch bessere Ausgangsbedingungen** (durch materielle Güter, durch Wissen, durch Informationsvorsprung z.B. Betriebsgeheimnisse, aber auch durch Persönlichkeitseigenschaften z.B. bei charismatischer Ausstrahlung)

andererseits als

- **soziale Macht durch Kontrolle über andere Menschen in direkter Form** (Eltern gegenüber ihren Kindern, Chefs gegenüber Untergebenen, Therapeuten gegenüber Patienten, Supervisoren gegenüber Supervisanden) und als **indirekte Kontrolle** in Form von **Kontrolle durch Kontrollierenlassen mit Hilfe Anderer**.

2.2. Das Vierstufenmodell der Kontrollstrategie nach Flammer

Flammer entwirft in Erweiterung des Hilflosigkeitskonzeptes von *Seligman* (1975) und unter Bezugnahme auf verschiedene andere Theoretiker (*Wortman & Brehm* 1975; *Tenner & Eller* 1977; *Wortman & Dinther* 1978; *Pittman & Pittman* 1979; *Rothbaum et al.* 1982) ein **Vierstufenmodell der Kontrollstrategie** (*Flammer* 1985). Darin werden in zeitlicher Abstufung von oben nach unten verschiedene Schritte des Umgangs mit Kontrollmöglichkeiten beschrieben, bevor es zum tatsächlichen Kontrollverlust oder Verzicht kommt:

1. Primäre direkte Kontrolle (Ziel: direkte Veränderung subjektiv-externer Gegebenheiten)
2. Reaktanz (Widerstand gegen Einschränkungen) oder indirekte Kontrolle (über Mittelsmänner)
3. Sekundäre Kontrolle (Ziel: Veränderung subjektiv-interner Gegebenheiten)
4. Kontrollverlust / Kontrollverzicht (Hilflosigkeit, Ohnmacht)

2.2.1. Primäre direkte Kontrolle liegt vor, wenn das Ziel der primären Kontrolle eine Veränderung der subjektiv-externen Gegebenheiten ist. Eine Person versucht also auf direktem Wege Ziele zu verfolgen und gewünschte Wirkungen direkt herbeizuführen. Handlungen werden vorwiegend bewusst und zielgerichtet durchgeführt.

2.2.2. Reaktanz und indirekte Kontrolle

Gelingt primäre Kontrolle nicht, so treten zunächst Reaktanz oder indirekte Kontrollversuche ein.

2.2.2.1 Reaktanz

Diese tritt meist ein bei unerwarteter Freiheitsbeschränkung und zugleich vorhandener hoher persönlicher Kompetenzmeinung bzw. Kontrollerwartung (es entsteht also meist noch kein hilfloser Rückzug wie das Modell von *Seligman* dies in seinen ersten Formulierungen zunächst beschrieb).

Reaktanz bezeichnet alle Verhaltensweisen, mit denen sich ein Individuum (jetzt erst recht) bei unerwarteten Frustrationen gegen Einschränkungen (Verhinderung direkter Kontrolle) mit erhöhter Kraftanstrengung zur Wehr setzt.

Vier Klassen von Reaktanzverhaltensweisen fassen *Wortman & Brehm* (1975) zusammen, die als Folge von Freiheitseinschränkungen auftreten können:

1. **Konzentration und vermehrte Anstrengung:** ein Studienfach mit Numerus clausus wird möglicherweise erst recht auf die Wunschliste von Studienbewerbern geschrieben.

Pittman & D'Agostino (1985) konnten in Untersuchungen zeigen, dass Zufallsrückmeldungen über Richtigkeit oder Falschheit von Lösungen bei kontrolldeprivierten Probanden stärkeres Ernstnehmen und Leistungssteigerung bei nachfolgenden Experimentalaufgaben bewirkt haben.

2. **Stellvertretender Trotz:** wenn Verhaltensalternativen und Kontrollmöglichkeiten verwehrt werden, zeigt man symbolhaft im Trotz, dass man die Freiheitseinschränkung nicht akzeptiert, geschweige denn die Kontrolle abgegeben hätte.

3. **Angriff:** systematische und andauernde Vorenthaltungen von Kontrollmöglichkeiten (z.B. Wirkungslosigkeit gegenüber Behörden / Institutionen) können bei Betroffenen zu aggressivem Verhalten führen. Drohungen, Vandalismus, mutwillige Zerstörungen etc. können wieder Kontrollerlebnisse vermitteln und haben aus der Sicht der Agierenden kompensatorischen Kontrollcharakter mit psychohygienischer Wirkung.

4. **Höherbewertung unkontrollierbarer Ereignisse:** Gegenstände oder Aktivitäten gewinnen dadurch an Attraktivität, dass ihre freie Verfügbarkeit eingeschränkt wird (verbotene Früchte sind die besten).

Parameter des Reaktanzverhaltens sind nach *Wortman & Brehm (1975)*:

- die antizipierte Freiheitserwartung
- das Ausmaß der Bedrohung (eine Erschwerung der Ausübung einer Tätigkeit wird weniger bedrohlich empfunden als eine gänzliche Behinderung oder Verweigerung)
- die subjektive Wichtigkeit von Freiheit
- die weitere implikative Bedeutung (Einschränkung kann `der Anfang vom Ende sein`, strategisch wichtige Standorte für weitere Handlungen sind daher bedeutsam).

2.2.2.2 Indirekte Kontrolle ist nach Flammer weiterhin primäre Kontrolle, weil sie über Mittelsleute gezielt externe Veränderungen herbeiführen will. Sie ist eine Zwischenstufe in der Abfolge nach dem Scheitern des ersten Kontrollversuchs. Indirekte Kontrolle wird z.B. nötig bei Fachfragen, wo man nur mit Hilfe von Experten zum eigentlichen Ziel kommen kann (z.B. durch Werbestrategien, Informationsbündelung, oft zum Erhalt von Führungspositionen, in gesellschaftlichen, politischen, wirtschaftlichen Zusammenhängen).

2.2.3. Sekundäre Kontrolle wird in Betracht gezogen, wenn keine Möglichkeit mehr besteht, die Welt nach seinen eigenen Wünschen direkt oder indirekt über Mittelsleute zu verändern. Betroffene suchen dann nach Wegen, sich selbst bzw. die eigenen Ansprüche so zu verändern, dass das Verhältnis Individuum-Welt wieder befriedigend erlebt werden kann.

Sekundäre Kontrolle zielt also auf eine Veränderung der subjektiv-internen Gegebenheiten ab, um mit der Umgebung wieder eine befriedigende Passung herzustellen.

Rothbaum et. al. (1982) unterscheiden **4 Typen sekundärer Kontrolle:**

a) Prädikative sekundäre Kontrolle: sie wird vor allem von Menschen mit geringem Selbstvertrauen oder von Misserfolgsängstlichen eingesetzt. Man lässt hohe Erwartungen erst gar nicht aufkommen und **schützt sich so vor Enttäuschungen** (Bsp.: ständige Ablehnung bei Stellenbewerbungen kann bewirken, dass man nicht mehr mit Erfolgen rechnet); Misserfolgsängstliche gestalten ihre Situation so, dass sie nur sehr leichte (erfolgssichere) Aufgaben oder nur sehr schwere (Misserfolg ist entschuldbar, vgl. *Atkinson 1957; 1964; Weiner, 1978*) wählen.

Eine Reihe von Befunden zeigt, dass Menschen unangenehme Ereignisse leichter ertragen, wenn ihr Eintreten vorweggenommen werden kann (vgl. *Rothbaum et al.*, 1982,15).

b) Illusorische Kontrolle: sie besteht darin, dass man sich Kontrolle **einbildet**, obwohl man eigentlich weiß, dass man keine Kontrolle hat (Zufallsereignisse – z.B. Loskauf und Gewinn – werden doch nicht nur dem Zufall zugeschrieben).

Personen mit externaler Ursachenattribution glauben mehr an ihre Macht des Zufalls (im Gegensatz zu Personen mit bevorzugt internaler Ursachenattribution).

c) Vikarisierende Kontrolle: sie besteht in der bloßen Vorstellung, an der Kontrolle anderer teilzuhaben oder davon zu profitieren (**Identifikation** mit mächtigen Politikern / Filmstars oder auch Stolzsein auf den, dem man gehorcht usw.). Sie führt aber zu keiner subjektiv-externalen Veränderung wie bei der indirekten Kontrolle.

d) Interpretative Kontrolle: Kontrolle durch **Uminterpretation**, d.h. die Realität wird so umgedeutet, dass man sich wenigstens danach primäre Kontrolle attribuieren kann, also nachträglich am Unglück die vorteilhaften Seiten sehen kann.

Flammer und Rothbaum et al.(1982) gehen davon aus, dass interpretative Kontrolle mit jeder anderen sekundären Kontrolle irgendwie immer zu tun hat.

2.2.4. Kontrollverlust / Kontrollverzicht – Hilflosigkeit

In der Literatur wird zum Thema Hilflosigkeit immer wieder *Martin E.P. Seligman und Mitarbeiter* zitiert. Dieser nahm zunächst an, dass Hilflosigkeit meistens erworben sei (gelernte oder erlernte Hilflosigkeit).

Kontrollverlust und Hilflosigkeit trete dann ein (in *Flammer* 1990, S.56 ff.)

- wenn zwischen einem auftretenden Ereignis und dem eigenen Verhalten keinerlei Zusammenhang mehr gesehen wird,
- wenn Hilflosigkeit nicht durch zielgerichtetes Verhalten beeinflusst werden kann,
- wenn die Überzeugung besteht, dass das Ziel nicht kontrolliert werden könne,
- wenn die erwarteten Ereignisse vom eigenen willentlichen Verhalten unabhängig sind und das auch weiterhin so angenommen wird.

2.2.5 Folgen der Hilflosigkeit

Seligman beschreibt die Auswirkungen von massiven Erfahrungen, wenn unangenehme Ereignisse unvermeidlich sind und künftiges Lernen von Vermeidungs- und Fluchtreaktionen (also von Schutzmöglichkeiten) häufig beeinträchtigt oder verunmöglicht werden. Er unterscheidet zwischen kognitiven, emotionalen und motivationalen Konsequenzen, die nicht unabhängig voneinander betrachtet werden dürfen, sondern verschiedene Auswirkungen der gleichen psychischen Situation der Hilflosigkeit sind.

Flammer weist darauf hin, dass Seligman schon 1975 beschrieb, Hilflosigkeit habe letztlich kognitive Wurzeln. Gemeint ist damit die Überzeugung eines

Menschen, dass Ereignisse von eigenen willentlichen Reaktionen unabhängig sind und dass darüber hinaus die Erwartung besteht, dass das weiterhin so sei.

1. Kognitive Folgen

Die Erfahrungen der Unvermeidlichkeit von unangenehmen Ereignissen hindert Tiere oder Menschen daran, neue Zusammenhänge zwischen Ereignissen wahrzunehmen, auch nicht zwischen dem Verhalten und den daraus resultierenden Folgen (subjektive Repräsentation der Nicht-Kontingenz und die Erwartung, dass das weiter so sei. Nichtwahrnehmen und Nichtlernen von tatsächlichen Kontingenzen).

In der Arbeit mit kreativen Medien finden wir solche Generalisierungen häufig: die Überzeugung der eigenen Unfähigkeit und der Unvermeidlichkeit von unangenehmen Ereignissen beim Gestalten, Malen oder Spielen. Dies kann manchmal nur durch bestärkende, bereichsspezifisch angelegte Neuerfahrungen verändert werden anhand kleinschrittiger Hinführungsstrategien.

2. Emotionale Folgen

Die Überzeugung, dass ein unangenehmes Ereignis unkontrollierbar sei, löst Furcht aus. Wird Kontrolle nicht wieder erlangt, kann daraus Resignation und unter Umständen sogar eine Depression entstehen. Emotionale Folgen scheinen desto stärker, je wichtiger der Kontrollbereich ist (*Seligman* 1981). Auch die Angstpsychologie (*Mikulincer* 1989) konnte nachweisen, dass Angst selbst Bewältigungskapazitäten bindet und somit Aufgaben- und Problemlösungen nicht mehr zufriedenstellend stattfinden können.

Angst und Versagensgefühle müssen auch bei Therapie- und Supervisionsprozessen immer mitbedacht werden. Die Situation, sich vor anderen mit seinen relativen Unfähigkeiten zur Disposition zu stellen, erfordert von Teilnehmern ein hohes Maß an Selbstbewusstsein und Vertrauen. Werden die möglichen emotionalen Beeinträchtigungen nicht ausreichend mitbedacht, kann es zu schweren Kränkungen und Verletzungen als Folgeerscheinungen in den jeweiligen Prozessen kommen.

3. Motivationale Folgen

Die Überzeugung der Nichtkontrollierbarkeit unangenehmer Ereignisse lässt gar kein Wirkverhalten als sinnvoll erscheinen. Rückzug, Passivität als Reaktion verhindern aber Neuerfahrungen.

In Supervisions- und Therapieprozessen kann Rückzug und Passivität im Sinne einer motivationalen Hemmung ebenfalls ausgeprägt sein, besonders wenn die

Beteiligten sich in der Gruppe noch nicht so dazugehörig erleben oder wenn starke Konkurrenz zwischen rivalisierenden Gruppen vorherrscht.

2.2.6 Attributionstheoretische Dimensionen der Hilflosigkeit

Die Hilflosigkeitstheorie wurde - angeregt von *Heider, Rotter* und *Weiner* - vor allem von *Abramson, Seligman & Teasdale* (1978) und *Abramson, Garber & Seligman* (1980) attributionstheoretisch neu gefasst.

Zwischen der Wahrnehmung der Nicht-Kontrolle und der Generalisierung stehen noch komplexe Attributionsprozesse, die die Dimensionen **Internalität / Externalität, Stabilität / Instabilität** und **Globalität / Spezifität** miteinbeziehen.

Danach wurde unterschieden:

1. Persönliche versus universelle Hilflosigkeit

Persönliche Hilflosigkeit liegt vor, wenn jemand glaubt, dass andere ein Problem lösen könnten, man selbst jedoch nicht. Persönlich attribuierte Hilflosigkeit bedingt meist eine Minderung des Selbstwertgefühls.

Universelle Hilflosigkeit dagegen bedeutet, dass eine Person glaubt, alle andere Menschen könnten eine bestimmte Wirkung oder eine bestimmte Aufgabe ebenfalls nicht erzielen oder lösen. Universelle Hilflosigkeit ist im allgemeinen besser zu ertragen, weil die Ursachen für das Nichtgelingen extern attribuiert werden. Sie beeinträchtigt das persönliche Wohlbefinden weniger, wie Hilflosigkeit, die an der eigenen Person festgemacht wird.

2. Chronische versus vorübergehende Hilflosigkeit

In der subjektiven zeitlichen Ursachenzuschreibung kann Hilflosigkeit als langanhaltend oder kurzzeitig attribuiert werden. Gemessen an Konzepten der Stabilität / Labilität (*Weiner* et al. 1971) kann Hilflosigkeit als chronisch stabil (bestehender Mangel an Intelligenz und äußerer Attraktivität) oder als vorübergehend labil (momentane kurzzeitige Krise) erlebt werden.

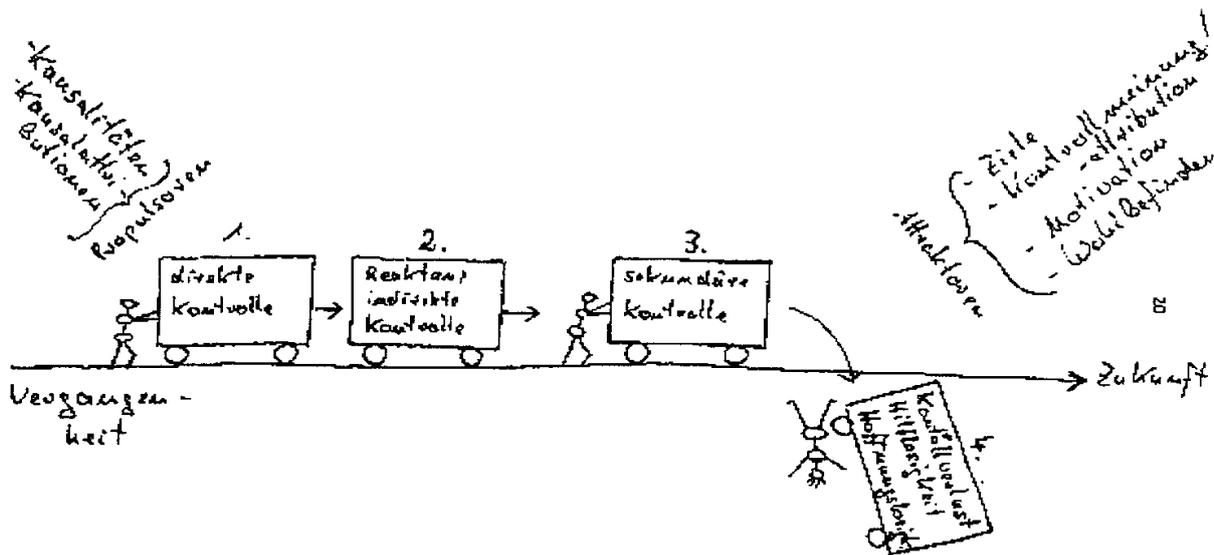
3. Globale versus spezifische Hilflosigkeit

Je mehr verschiedene und je größere Handlungsbereiche betroffen sind, desto globaler wird Hilflosigkeit erlebt (z.B. die Intelligenz betreffend).

Spezifische Hilflosigkeit begrenzt sich auf einen bestimmten Bereich (z.B. ein schlechtes Namensgedächtnis). Sie wirkt bei sonstiger stabiler Kausalattribution weniger selbstwerteinschränkend. Bei globalen Hilflosigkeitsgefühlen geht es darum, die Bereichsspezifität der unkontrollierbaren Situation aufzuzeigen.

In einer bildlichen Darstellung übertrug *A. Höhmann-Kost* (in: Mitgliederrundbrief DGIK / DGIB 1/2003) das von *Flammer* konzipierte

Vierstufenmodell für die „Integrative Supervision“ auf eine von links nach rechts laufende Zeitachse. Sie bezieht sich dabei auf den Lebenswagen von *H. Petzold* (in: *Gestalt und Integration* 97/98. S.278)



Legende: Wagen der Kontrolle

Der Wagen kommt aus der Vergangenheit, wird von Propulsoren, den Ursachen, angeschoben. Zunächst wird in der Gegenwart der 1. Wagen der direkten primären Kontrolle in Bewegung gesetzt. Führt dies nicht zum Erfolg, wird auch der Wagen der Reaktanz und indirekten Kontrolle angeschoben. Ist die Wirkung auch jetzt nicht zufriedenstellend, wird auch der 3. Wagen, die sekundäre Kontrolle, in Bewegung gesetzt. Motivation und Ziel ist bei allen Kontrollarten subjektives Wohlbefinden in der Gegenwart und Zukunft, sowohl mit sich selbst als auch mit der Welt. Dies sind die ziehenden Attraktoren. Manchmal kommt der Mensch nicht zum erwünschten Ziel. Die Ursache kann er in sich selber sehen, in Objekten und Personen, die auf ihn reagieren oder es kann an den äußeren Umständen oder dem Zeitpunkt liegen (Flammer S. 38). Der Wagen stürzt ab, der Mensch hat die Kontrolle verloren oder abgegeben, er fühlt sich ausgeliefert. Er ist hilflos, im schlimmsten Fall hoffnungslos. Zum Glück gelingt es den meisten Menschen jedoch zu einem späteren Zeitpunkt, den Wagen wieder aufs Gleis zu bekommen, oft mit Hilfe von anderen Menschen. Neue Kontrollversuche und neue Kontrollprozesse können beginnen und gelernt werden. (Die Zeichnung zeigt nicht die Außeneinwirkungen und Wechselwirkungen zwischen dem Individuum und der Welt, die den Kontrollprozess beeinflussen und ist in sofern in einem wesentlichen Punkt unvollständig.)

Die klinische Erfahrung mit Depressiven hat zu einer Unterscheidung zwischen **Hilflosigkeit** und **Hoffnungslosigkeit** (z.B. *Beck* 1967) geführt. Hoffnungslosigkeit wird als Spezialfall der Hilflosigkeit betrachtet. Hoffnungslosigkeit ist dann gegeben, wenn das erwünschte Ereignis genügend wichtig ist, wenn die Hilflosigkeit universell ist, also andere auch nicht mehr helfen können, wenn die Hilflosigkeit stabil ist, also über einen längeren Zeitraum anhält und wenn Nicht-Kontrolle auf weite Bereiche (eine relativ globale umfassende Ereignisklasse) generalisiert ist.

2.3. Handlungskontrolle

Reale Handlungsmöglichkeiten bedürfen der Selbstwirksamkeitsüberzeugung. Handlungen müssen immer wieder geplant, entschieden, ausgeführt werden.

Um **Handlungskontrolle** zu haben muss man

- a) das Ziel kennen
- b) das Ziel annehmen
- c) den Weg wissen
- d) den Weg gehen können
- e) den Weg auch wirklich gehen

Flammer differenziert zwischen Kontrolle-Haben und Kontrolle-Ausüben. Im ersten Fall genügen die Elemente a, c, d. (die Möglichkeit, ein Ziel verfolgen zu können).

Im zweiten Fall sind es die Elemente b und e (ein Ziel wirklich verfolgen und Kontrolle ausüben)

2.4. Die Anwendung der Kontrolltheorien auf die Arbeit mit kreativen Medien

Dies bedarf nun weiterer Überlegungen. Die Notwendigkeit hinreichender Kontrollmöglichkeiten muss unseres Erachtens gegeben sein, um Gefühlen des Versagens, der Beschämung, der Bedrohung entgegenwirken zu können.

Kontrollmöglichkeiten lassen sich **für die Arbeit mit kreativen Medien** unter **vier Gesichtspunkten strukturieren**

1. Selbstkontrolle:

Kontrolle über das eigene Selbst

2. Situationskontrolle:

Kontrolle über Situationen, Bereiche (Bereichsspezifität)

3. Kontrolle über Medien:

Wissen um deren Handhabung und Wirkung

4. Kontrolle über Therapie- / Supervisionsprozesse und die Ziele

Bei all der Bedeutung von Kontrolle muss natürlich auch klar sein, dass Spontaneität und Nicht-Kontrolle für ein angenehmes Lebensgefühl, für Weiterentwicklungen und den Umgang mit Krisen wichtige Impulsgeber sind. Es geht um die Balance: den Fluss von prozessualer Entwicklung und trotzdem dabei die Fäden nicht ganz aus der Hand geben zu müssen.

2.5. Environmentfaktoren

Veränderungen durch das Umfeld und deren Auswirkungen für den Einzelnen oder für Gruppen ist von nicht zu unterschätzender Bedeutsamkeit. Flammer sieht diese Außeneinwirkungen und deren Bedeutung für Kontrollprozesse, er zentriert in seinem Buch aber stärker auf die mentalen Prozesse. Die Integrative Therapie und Supervision betont diese Einflussgröße in ihrer Theorie, weil die Wechselwirkung zwischen dem Individuum und der räumlichen, zeitlichen, materiellen und sozialen Umwelt immer gegeben ist (Bezug zur Feldtheorie von *Kurt Levin* 1963; zum ökologischer Ansatz von *James J. Gibson* 1982; zur sozialökologische Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungsspirale von *H. Petzold* 1998) und weil die Einflussmöglichkeiten für den Einzelnen oder für Gruppen teils sehr begrenzt sind, bis hin zur Hilflosigkeit und Ohnmacht, teils aber Möglichkeitsräume eröffnet werden, die vielleicht auf den ersten Blick noch gar nicht gesehen worden sind (Ressourcentheorie der IT, *Petzold* 1998). Die bestimmenden Faktoren gilt es in jedem beratenden Prozess herauszuarbeiten und sowohl Einschränkungen wie auch Gestaltungsspielräume aufzuzeigen.

Wenn komplexe Systeme sich nachhaltig und gelingend verändern sollen, bedarf es in der Regel auch der Änderungen der environments.

Folgendes Beispiel wird das illustrieren:

Eine in Musiktherapieausbildung befindliche Supervisandin bringt ein **Problem** ein: Sie ist in der musikalischen Früherziehung tätig, sieht sich aber neuerdings vermehrt Gruppen mit überwiegend Jungs gegenüber. Mit ihrer bisherigen Arbeitsweise, die immer gut funktioniert hatte, komme sie nicht mehr so gut zurecht. Vieles gerate außer Kontrolle. Sie brauche jetzt Hilfe.

Die Gruppe besteht aus 5-jährigen, 10 Jungs und 2 Mädchen. Von den Mädchen sei sie nicht gewohnt, dass diese „Aussteigen“ würden und nur am Rand sitzen blieben.

In der **Reinszenierung** mithilfe der anderen Gruppenmitglieder der Supervisionsgruppe (vorausgehende Rollenzuweisungen mit prägnanten Beschreibungen der Rollen) wird deutlich, dass das bisherige Konzept bei dieser veränderten Konstellation nicht mehr funktionieren kann. Die Leiterin (Supervisandin) hatte aufgrund der Überforderung durch die neue Situation das Tempo in den Anleitungen bei den von ihr vorgeschlagenen Spielen zusätzlich forciert. Durch den Life Effekt in der Supervisionssituation wurde dies zusätzlich verstärkt. Dies entsprach auch einer inneren Haltung: „Wenn ich aktiv bin, dann geht es mir gut, wenn ich passiv bin, bekomme ich meistens ein schlechtes Gefühl“.

Bei der Befragung der Rollenspielteilnehmer entstehen z.B. folgende Aussagen:

a) Kinder, die nicht gerne mitmachen und außerhalb sitzen:

„Mich hat meine Oma geschickt, ich spiele am liebsten Flugzeug.“

„Ich bin manchmal ganz aktiv, ziehe mich dann aber auch gerne wieder zurück.“

„Mir sind die Streitereien viel zu viel, ich möchte lieber meine Ruhe haben oder in Ruhe mit dem X reden. Außerdem macht mir das hin und her zwischen den Gruppen Angst, ich komme mir dann ganz verloren vor.“

„Die Enge ist mir viel zu blöd, dieses Weibergetue und Gesinge.“

b) Kinder, die mitmachen:

„Ich bin gern neben der Frau Lehrerin.“

„Ich bin gerne brav und rede viel von meinen Erlebnissen vom Kindergarten.“

„Ich kämpfe gern, mach aber auch gern Musik.“

In der Besprechung der Phänomene wird folgendes deutlich:

- Die Unmöglichkeit, alle unter einen Hut und ans Spielen bringen zu wollen bei der Fülle an individuellen Bedürfnissen.
- Das zu hohe Tempo in der Anleitung, die hohen Ansprüche der Supervisandin und ihre Angst, anderen nicht gerecht werden zu können.
- Das Gefühl von Nichtwertschätzung der eingebrachten Angebote durch das Verhalten der passiven Gruppenmitglieder und das Reagieren darauf mit persönlicher Kränkung.

Der Supervisandin wurde empfohlen,

- sich mehr auf die Bedürfnisse und das Erleben der Jungs einzulassen, sich mit ihnen besser zu identifizieren und deren Erlebens- und Spielwelt mehr mit einzubeziehen (Ritter-, Auto-, Weltraum-, Indianer- ...Spiele).
- Die eigenen Ansprüche an die musikalische Früherziehung an die veränderten Gegebenheiten anzupassen (z.B. Jungs, die nicht mitmachen und nicht Musik machen wollen in einem anderen Rollenkontext zu sehen).
- Die Passiven – Aktiven im Spiel integrieren durch verschiedene stimmigere Rollenzuteilungen in einem zu klärenden Stück (z.B. Die Besatzung eines Raumschiffes: Der Commander, der Bordcomputerfachmann, der Wächter).
- Die Musik innerhalb dieses erweiterten Spielrahmens zu konzipieren und danach auszurichten.
- Sich nicht nur mit eigenen Vorüberlegungen und Stundenkonzepten abmühen, die möglicherweise unpassendes überstülpen (Lust-Unlust-Aspekt, Schaffung von Identifikationsmöglichkeiten). Die Ideen der Kinder öfter aufzugreifen und daraus etwas zu entwickeln.
- Bei immer wieder auftauchenden Schwierigkeiten Regeln vorausgehend absprechen.

Kontrolltheorien müssen auf dem Hintergrund ihrer Entstehung und ihrer Bedingungen betrachtet werden: Erfahrungswissen, Entwicklungsschritte, Erkenntnisprozesse, Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungsspiralen, Attributionstheorien sind für diese Erklärungsmodelle wichtig.

Im folgenden soll auf fundamentale Attributionsfehler aufmerksam gemacht werden, weil diese für Wahrnehmungsprozesse sehr bedeutsam sind.

3. Attributionsprozesse

Wahrnehmung kann verzerrt sein. Falsche Zuordnungen, Halbwahrheiten, fehlende Details, Vereinfachungen, Fehlinterpretationen können zu gänzlich unterschiedlichen Ergebnissen führen.

3.1 Definitionen

Kausalattribution (Ursachenzuschreibung) wird verstanden als die subjektiv wahrgenommene Wirkung einer Ursache in der Vergangenheit, die zu einem beobachteten Ergebnis in der Gegenwart führt

Kontrollattribution ist die subjektiv wahrgenommene Unterstellung von Kontrolle, die zu einer möglichen Wirkung (einem beobachtbaren Ergebnis) in der Zukunft führt.

Attributionsstile entstehen durch persönliche Erfahrungen und Gewohnheiten. Sie haben die Eigenschaft, dass verschiedenartige Ereignisse ähnlich erklärt werden. **Intraindividuelle** Attributionsstile sind in der Regel eher konsistent, **interindividuelle** schon unterschiedlicher, je nach Situation.

Intraindividuelle Stile zeigen ihre Beständigkeit in verschiedenen Lebensbereichen, bevor sie sich durch neue Erfahrungen wieder verändern.

Dimensionen für die Ausbildung der Stile sind wieder Internalität versus Externalität, Stabilität versus Variabilität, Globalität versus Spezifität und schließlich die Kontrollierbarkeit.

Attributionen haben Auswirkung auf Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, auf die eigene Kontrollmeinung, auf Hilflosigkeitsgefühle, Kontrollverlusterlebnisse und all deren Zwischenstufen. Sie sind überdies äußerst Bedeutsam für Identitätsprozesse in Bezug auf Selbstattributionen und Fremdattributionen (*Petzold, Mathias* 1983)

3.2. Attributionsprinzipien und Attributionsfehler

A. *Flammer* (S. 47) listet Attributionsprinzipien und Attributionsfehler auf, die als Abweichungen einigermaßen systematisch auftreten.

Die wichtigsten seien hier dargestellt, weil sie auch in der Musiktherapie und in Supervisionsprozessen von großer Bedeutung sind.

- Das Einschränkungsprinzip

bedeutet, dass die Attributionen immer so ökonomisch sind wie möglich.

Wenn wir eine befriedigende Ursachenerklärung haben, und sei sie noch so einfach, suchen wir im allgemeinen keine weiteren.

Mit dem Einschränkungsprinzip kann aber nicht vorhergesagt werden, welche Ursachen beibehalten werden und welche nicht.

In musiktherapeutischen Prozessen könnte die Einschränkung wirksam werden, wenn wir den Musikphänomenen auf einseitige Weise Bedeutungen zuschreiben, wo Mehrdeutigkeit angezeigt wäre.

- Das Proportionalitätsprinzip

beschreibt, dass die attribuierende Person eine der Wirkung proportionale Ursache annimmt. Beispielsweise nehmen viele Menschen an, dass ein Verbrechen mit großer Auswirkung nicht von einem einzelnen begangen werden kann.

Ein Musiktherapeut könnte glauben, dass gerade seine Therapie mit Patienten oder mit einer Gruppe die beste Wirkung hätte („Wir sind das Therapieverfahren!“), Patienten hingegen betrachten diese Therapie vielleicht nur als einen mehr oder weniger wichtigen Teil der Gesamttherapie.

- Das Primacy-Prinzip, Recency-Prinzip

Das Prinzip des ersten Eindrucks entspricht der Tendenz, die erste Wahrnehmung als Basis für die Interpretation weiterer Ereignisse zu verwenden.

(vergl. Assimilationstendenz nach *Piaget* 1947).

Es kann aber auch der letzte Eindruck, die zuletzt dargebotene Information für den Attributionsprozess entscheidend sein.

Der erste oder auch letzte Eindruck von zwei sich nicht verstehenden Protagonisten in der Musiktherapiegruppe könnte als Hauptursache für die aggressive Störung gelten. Die meist vorhandene größere Komplexität der Ereignissen würde nicht gesehen werden.

- Das Auffälligkeitsprinzip

zeigt, dass wir die Ursachen vor allem solchen Faktoren zuschreiben, welche die besondere Aufmerksamkeit der Wahrnehmung auf sich lenken, z.B. Neuartigkeiten, Bewegung, Kleidung und Verhalten, Lautstärke, auffällige Beleuchtung, Zentralität im Blickfeld (auf wen man sieht), semantische Akzentuierung und sprachliche Hervorhebungen.

Das Auffälligkeitsprinzip hängt aber nicht nur von der Stimulus-Konfiguration Auffälligkeit ab, sondern auch von Erwartungen, Vorerfahrungen und vor allem auch von zuvor gerade aktivierten mentalen Interpretationsschemata (vgl. *Strack, Eber & Wicklund*, 1982).

In der Musiktherapie haben wir oft dieses Interpretationsprinzip: ein hervortretender Klang wird als Hauptursache für Prozessverläufe attribuiert, während andere wichtige Parameter (z.B. der mitlaufende Rhythmus) nicht für das Wirkungsgeschehen wahrgenommen werden.

- Der Konsens-Effekt

beschreibt, dass viele Menschen glauben, andere Personen dächten und handelten mehrheitlich wie sie selbst.

Dies sehen wir in der Musiktherapie oft in den Interpretationen der Zuhörer gegenüber den Spielenden (Projektionen, Fehlinterpretationen). Als TherapeutInnen und als SupervisorInnen können wir grundsätzlich auch diesen Gefahren unterliegen.

- Auswirkungen sozialer Abhängigkeit

Berscheid et al. (1976) fanden, dass Beobachterpersonen andere Personen, von denen sie abhängig waren, mit steigender Abhängigkeit länger beobachteten, mit stärker ausgeprägten Person-Eigenschaften belegten und als sympathischer beurteilten. Dies gilt aber wahrscheinlich nur bis zu einem bestimmten Grad der Abhängigkeit.

Fremdheit und Vertrautheit spielt auch in der Musiktherapie eine große Rolle. Die Abhängigkeit vom Gruppenleiter / Therapeuten ist zu Beginn von Therapien oft stärker ausgeprägt.

Thibaut & Riecken haben schon 1955 gezeigt, dass eine Gefälligkeit einer Person deutlicher mit guter Gesinnung und Absicht attribuiert wurde, wenn die handelnde Person statusmäßig der betroffenen Person überlegen war, als bei umgekehrter Statusrelation.

Viele Untersuchungen haben gezeigt, dass wir bei geliebten Personen Erfolge häufiger internal und Misserfolge häufiger external attribuiieren. Bei weniger geschätzten Personen tun wir aber gerade das Gegenteil.

Manche Berufsgruppen sichern sich gegen solcherart Attributionstendenzen bewusst ab: Therapeuten in der bewussten Auseinandersetzung mit Übertragung/Gegenübertragung und durch Supervision/ Intervision.

Lehrer versuchen ihre Beurteilung der Schulleistung objektiv abzusichern, Dorfpolizisten werden nach einer bestimmten Anzahl von Berufsjahren versetzt.

- Selbstbeobachtung und Fremdbeobachtung

Nach dem sogenannten fundamentalen Attributionsfehler (*Ross 1977*) haben Menschen im Alltag eine sachlich nicht immer gerechtfertigte Präferenz für Person-Attributionen.

Bei der Beurteilung von Wahrgenommenem ist es oft entscheidend, ob man Handelnder oder Beobachter ist.

Sich selbst betreffend haben Menschen häufiger die Tendenz, Handlungsursachen mehrheitlich den Umständen zuzuschreiben. Bei anderen Personen nehmen Menschen häufiger Person-Attributionen vor, sie stellen also dispositionale Faktoren in den Vordergrund.

- Das Prinzip der Selbstwertsteigerung

Snyder, Stephan & Rosenfield (1976) konnten zeigen, dass wir die Tendenz haben, eigene Erfolge internal (auf uns selbst als Verursacher) zu attribuieren, eigene Misserfolge hingegen external (auf Situationsbedingungen). Solche Attributionsverzerrungen nehmen wir scheinbar zum Schutz unseres eigenen Selbstwertes vor. Diese Tendenz ist sogar umso größer, je größer der Selbstwert bereits ist (*Marsh 1986*)

- Der Erwartungseffekt

Deaux (1976) konnte zeigen, dass relevantes Vorwissen bestimmte Erwartungen oder gar Voreingenommenheit begründet. Bei der Attribution typischer Männerleistungen wurden frauliche Erfolge häufiger als Zufall- oder besonderes Anstrengungsprodukt gewertet. Bei typischen Frauenleistungen waren die Attributionen umgekehrt.

4. Die Anwendung der Kontrolltheorien für die therapeutische Praxis aus Patientensicht

Im folgenden werden immer wiederkehrende Kontrollthemen in der Praxis der Musiktherapie aus der Sicht und dem subjektiven Erleben von Patienten dargestellt. Die Gedanken lassen sich größtenteils auch auf die Arbeit mit anderen kreativen Medien übertragen.

4.1. Kontingenzwissen: Darf ich wissen, wie das geht?

Damit Patienten/Klienten Sicherheit in Bezug auf die therapeutischen Prozesse gewinnen können, ist nicht zuletzt auch aus ethischer Perspektive angezeigt, eine Einführung in Rahmenbedingungen, Ziele und Methoden der Musiktherapie zu geben (Prinzip des informed consent). Dies ist um so bedeutsamer, wenn Patienten Musiktherapie als Methode noch nicht einordnen können, weil ihnen jegliche Erfahrungswerte (Erfahrungswissen,

Kontrollmeinung, Kontrollüberzeugung) darüber fehlen. Das Bekanntmachen mit den Eigenheiten eines Verfahrens und den methodischen Aspekten ist mittlerweile auch in den meisten psychotherapeutischen Charta-Standards festgeschrieben.

Es sind deutlich zu machen:

- **Rahmenbedingungen** wie Zeit, Geld, Dauer der voraussichtlichen Behandlung;
- Die Klärung von **Zielen** seitens des Patienten und von Zielen seitens des Therapeuten, deren Vertiefung in Korrespondenzprozessen, damit es zu möglichst guten Konsensfindungen kommen kann, auf dessen Basis sich wiederum ein fundiertes therapeutisches Bündnis konstellieren kann.
- Mögliche **Auswirkungen** der Behandlung, z.B. die Mobilisierung von Trennungswünschen, das Auftauchen von unangenehmen und jetzt noch unbewussten Themen, Vorstellungen, Phantasien.
- Die Darstellung der **Vorgehensweise** und die Darstellung von methodischen Aspekten.

Hierüber kann es in den therapeutischen Schulen unterschiedliche Ansichten geben, da der Mitteilungspraxis über das eigene therapeutische Vorgehen von einigen Therapeuten und Schulen zum Teil mit Misstrauen begegnet wird. Argumente, der Patient wird das zunächst sowieso nicht begreifen und nur im tatsächlichen Tun wirklich erfahren können, sind zu kurz gefasst. Aus Sicht des Patienten geht es um die Berechtigung, über Wege aufgeklärt zu werden (informed consent) und sich als mündiger Partner in einer intersubjektiven Beziehungsqualität erleben zu dürfen (*Levinas, Marcel: Würde, Gleichwertigkeit, Andersheit, Integrität des Anderen*).

Zudem ist es für viele Menschen wichtig, die Geschehnisse kognitiv erfassen zu können. Wenn ich weiß, warum jetzt gleich was und in welcher Weise auf mich einwirkt, kann ich mich gelassener, bewusster, gelöster und innerlich gewappneter auf meine Prozesse und auf die Einwirkungen von außen einlassen. Wenn ich dann auch jederzeit die Erlaubnis habe, aus Prozessen auszusteigen („Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Fragen zu stellen, Unklarheiten anzusprechen, sich innerlich aus dem Geschehen zu distanzieren oder wenn nötig ganz auszusteigen“) behalte ich die Kontrolle über mich Selbst, die Situation, den Prozess, die Ziele (client security).

In der Integrativen Therapie als Verfahren und der Integrativen Musiktherapie als Methode ist das Erklären von therapeutischen Strategien (Viationen) auf dem Hintergrund von stimmigen Kontexten durchaus Standard. Die Mündigkeit des Patienten wird von Anfang an ernst genommen und gefördert und die Gefahr von Abhängigkeitsbeziehungen durch Transparentmachung von Prozessen reduziert.

Dysfunktionale Therapeutenmacht (der Therapeut als Experte, der Patient in seiner Position als Hilfesuchender, zum Teil in erheblichem Maße von der Methode und dem Wohlwollen des Therapeuten abhängig) wird durch das Verdeutlichen von Prozessen und durch das Beschreiben von Vorgehensweisen einerseits gemindert, die **Position des Patienten durch Förderung des Erwachsenen-Ichs** andererseits **gestärkt**.

Die Möglichkeit des Nachfragens, des Widersprechens, des Klärens auf dem Niveau einer gleichberechtigteren Position ist seitens des Patienten damit leichter gegeben. Denn: wer weiß, ob wir Therapeuten in Einfühlung für den Patienten wirklich dessen Bedürfnislage treffen. Die wechselseitige Klärung eines Vorschlages erhöht in erheblichem Maße die Fähigkeit des Patienten, über sich selbst zu urteilen, im Sinne eines Reflektierens, ob einem etwas gut oder nicht gut tut. Damit wird auch die Fähigkeit gestärkt, sich in seinem überprüfenden Selbst zu erleben, die **neuen Erfahrungen aufgrund der eigenen Kompetenz und Urteilskraft heraus zu benennen und zu bewerten**. Der **locus of control** ist dadurch stärker intern im Patienten verankert. Das therapeutisch anzustrebende Ziel **stärkender Selbstzuschreibungen** ist damit besser gelöst: nicht nur der Therapeut hat die entscheidenden Veränderungsprozesse bewirkt, sondern man selbst.

Ein mögliches **Beispiel** sei hier beschrieben:

Patient wehrt sich gegen die Musiktherapie. „Wenn ich Schwimmen lernen will, dann erwarte ich vom Schwimmlehrer, dass er mir erst einmal zeigt, wie die Schwimmbewegungen gemacht werden müssen.“ In gereiztem Ton gibt er zu erkennen, dass er noch keinen rechten Zugang zur Musiktherapie habe.

Obwohl dieser Patient bereits eine ausführliche Einführung zur Musiktherapie erhalten hatte, ist sein Anliegen gut zu verstehen. Es geht um die Fähigkeit, für sich zu sorgen – eine eigentlich starke persönliche Ressource. Intrapsychisch können wir von einem **Kontrollgrundbedürfnis** sprechen (interner locus of control). **Wir sollten hier im eigentlichen Sinne daher noch nicht von Abwehr oder Widerstand sprechen.**

Der Patient ist vielmehr darin zu bestärken, dass er mit seinem Bedürfnis ernst genommen wird. Er kann die Erfahrung machen, hier eine hinreichend sichere Grundlage für seine Anliegen zu bekommen. Biographische Hintergründe spielen in diesem Zusammenhang oft eine wichtige Rolle: in obigem Fall ist der Patient in leitender Funktion als Geschäftsführer tätig und von seinen persönlichen Bedürfnissen her auf die Offenlegung von Strukturen und Zielsetzungen ausgerichtet.

Weitere Themen in der Aufarbeitung: er kennt zu wenig Zwischentöne im Umgang mit ihm Unvertrautem, er ist sehr leistungsorientiert, hat sehr hohe Ansprüche an sich selbst. Er gibt sich selbst nicht den Freiraum, sich an die Instrumente vorsichtig anzunähern.

Im weiteren Verlauf setzt er sich damit auseinander, seine Verunsicherung wahrzunehmen. In langsamen Schritten lernt er, auf die Medien zuzugehen und bei Bedarf um Hilfestellung anzufragen.

4.2. Die Angst vor dem Beobachtet- und Bewertetwerden und die Tendenz zu rigiden Selbstzensuren

Bei der Psychodynamik von strengen Über-Ich Konflikten werden unverträgliche, im Laufe des Lebens internalisierte Kontrollmechanismen mobilisiert. Diese toxischen Über-Ich Themen sind für sich gesehen oft schon schwer aufzulösen. In musiktherapeutischen Therapiesituationen kann die Übertragung auf den Therapeuten als Zensierender zusätzlich eine Intensivierung der Thematik bewirken, weil dieser in Attributionsprozessen von Patienten als Wertender über gute oder schlechte Musik oder allgemein über Gelingen oder Versagen erlebt wird.

Das Konzept des wohlwollenden Beobachters und inneren Beistandes, welches zu den Grundlagen der Integrativen Therapie gehört, leistet bei beängstigenden Situationen gute Dienste. Für den Patienten findet dabei eine Einstimmung statt, in der dieser die Figur eines wohlwollenden Beobachters (z.B. meine gutmütige Oma, mein treuer Hund ...) für sich finden und durch unterstützende Anleitung des Therapeuten verinnerlichen kann. Unter den wohlwollenden Augen dieses Beistandes /Beobachters kann dann mit Medien unbefangener und unkritischer umgegangen werden, persönliche Themen werden dabei freier zum Ausdruck gebracht. Gelingt dieser Prozess der Umwandlung von toxischen Über-Ich Anteilen zu wohlwollenderen Selbstzuschreibungen spricht man in der Kontrolltheorie von stabileren positiven Selbstattributionen, wobei durch eine klarere Kontrollmeinung auch Handlungsspielräume erweitert werden können.

4.3. Die Kontrollmeinung, unmusikalisch zu sein und das Instrument nicht zu beherrschen

Die oft vorherrschende Meinung von Patienten, unmusikalisch zu sein, begegnet Musiktherapeuten immer wieder und es bedarf dazu einiger Überlegungen.

Das Umsetzen von Gefühlen und Stimmungen durch Improvisation an Instrumenten ist für Patienten oftmals ein schwieriger Prozess. Vielfach fehlt die gewisse Vorerfahrung, das Handwerkszeug. (Jeder Handwerker hat im Vorfeld ausgiebige Praxiserfahrungen gemacht, bevor er sein Wissen handlungskompetent umsetzen kann.)

Menschen, die ihre Gefühle nicht gut wahrnehmen können, brauchen bei der Umsetzung im Umgang mit Instrumenten besondere Hilfe und Anleitung. Anweisungen wie „versuchen Sie mal ihrem Gefühl in Tönen Ausdruck zu verleihen“ können meist nicht wirklich funktionieren. Sie müssen fast als Zumutung erlebt werden. Ist die basale Fähigkeit eingeschränkt, Gefühle bei sich wahrzunehmen, diese einzuordnen und differenziert zu beschreiben, können diese auch kaum musikalisch zum Ausdruck gebracht werden.

Es sind zunächst **angeleitete Übungen** zum Kennenlernen hilfreich (funktionaler Ansatz der Musiktherapie, z.B. das Spiel mit nur einem Ton, schließlich mit mehreren Tönen, mit Tonleitern, mit Motiven oder auch die Aufforderung, leiser oder etwas lauter zu spielen).

Einfachere Übungen zur Selbstwahrnehmung müssen zunächst angeboten werden.

Der **aktive und der rezeptive Modus** der Musiktherapie ist in diesem Zusammenhang sehr klar zu überdenken. Aktives Musizieren erschwert aufgrund des aktiven Tuns bisweilen das intensive Wahrnehmen von Gefühlen, weil das Tun an sich Energien bindet („wie setze ich das jetzt wohl um, was wird dabei wohl herauskommen?“). Besser ist da manchmal zunächst der rezeptive Wahrnehmungsmodus. Vertraute Musik kann in uns zumindest bei anfänglicher Unsicherheit leichter die Gelassenheit für die Entstehung von Gefühlen mobilisieren.

Dies darf aber nicht als Verallgemeinerung verstanden werden, vielmehr müssen wir uns um diese Fragen verstärkt Gedanken machen, weil die Art der Methode oft erhebliche Auswirkungen auf das Selbsterleben und damit auch auf das Selbstwirksamkeitsgefühl der Patienten hat. Günstig ist es, die Beteiligten zu fragen, welcher Weg möglichst viel Sicherheit geben kann (siehe Handlungskontrolle: Ziel kennen, Ziel annehmen, den Weg wissen, den Weg gehen können, den Weg gehen).

Aus meiner Erfahrung haben oft Menschen mit hohen Leistungsidealen („Wie soll ich das bloß umsetzen, mein spielerisches Ausdrucksvermögen ist doch so beschränkt!“), Menschen mit Gewalterfahrungen und Menschen mit einem erheblichen Mangel an emotionaler Unterstützung in ihrer Kindheit im aktiven improvisatorischen Umgang mit Instrumenten ihre Schwierigkeiten. (Ausnahmen: Menschen, die im Musikmachen, Singen, Spielen bereits hinreichend gute Erfahrungen gemacht haben). Von Patienten wird der Einstieg über das Musikhören auch immer wieder thematisiert („Musikhören tue ich ganz gerne!“).

Hilfreich ist auch das einfache, aber gut nachvollziehbare Spiel durch den Therapeuten selbst, quasi als Vorgabe, wie man es machen kann. Der Hörende kann zur Musiktherapie durch Imitation - einer der wichtigsten Lernmodalitäten überhaupt - seinen persönlichen Zugang finden.

Schwingungen zu erleben mit der uns eigenen Resonanzfähigkeit auf das Gehörte, das Erleben unterschiedlicher Instrumentalqualitäten durch Erforschen und Berühren mit den eigenen Hände, schließlich das aktive Spiel anhand vorgegebener einfacher musikalischer Strukturen sind Wege, dem Unvertrauten und Fremdartigen zu begegnen. Danach kann Auseinandersetzung und das Erkennen persönlicher Zusammenhänge stattfinden. Hinführung eben !

4.4. Zuviel Kontrolle und die Gefahr der Verhinderung von Neuerfahrung

Ein Teilnehmer meint im musikalischen Spiel alles genau planen zu müssen. Die Musik klingt zwar strukturiert und schön, es kommt aber keine rechte Spannung auf, es läuft alles sehr glatt. Dem Teilnehmer gelingt es nicht, in ein ungeplanteres, spontaneres Musikmachen zu wechseln, sich dem Fluss des Musikgeschehens wirklich hinzugeben.

Kontrolle kann hemmend sein für das Entstehen von neuen Impulsen und kreativen Neuschöpfungen. Veränderungswiderstände, innere Verbote, kontrollierende Machttendenzen, die oft Ausdruck von Selbstunsicherheit und dahinter liegenden Ängsten sind, verhindern die Weiterentwicklung innerseelischer Prozesse. Es stagniert. Beziehungserleben, Empathiefähigkeit, Verstand und Gefühl müssen dann wieder besser in Einklang gebracht werden.

4.5. Die Angst vor emotionalem Kontrollverlust und Beschämung

Eine Situationsbeschreibung: Eine Patientin, 23 J., posttraumatische Belastungsstörung, Persönlichkeitsstörung mit ausgeprägter Instabilität, selbstverletzendem Verhalten, unsicherer Selbst- und Fremdwahrnehmung und damit einhergehender Identitätsdiffusion.

Sie wird in das Spiel mit einem Vibraphon eingewiesen und an das Instrument herangeführt.

Ziele:

- mit verunsichernden Momenten umgehen lernen;
- in Bezug auf das eigene Handeln vertrauen gewinnen;
- durch differenzierte Reflexion des aktuellen Geschehens Sicherheit gewinnen;
- beim gemeinsamen Spiel in der Abgrenzung zum Gegenüber selbstsicherer werden.

Es zeigt sich, dass die Patientin die Improvisation am Vibraphon nach kurzer Zeit immer wieder abbricht. Der Therapeut versteht zunächst dieses Phänomen nicht, weil er sich sehr um eine vertrauensvolle Bearbeitung der Phänomene bemühte. Es wurden gute Hilfestellungen für die Handhabung des Instrumentes und die Spieltechnik gegeben, dies alles in einer fürsorglichen Haltung.

Dennoch konnte der Prozess nicht fortgeführt werden. Erst später wurde dem Therapeuten klar, dass die Patientin beim Musikmachen die unkontrollierbare Situation ihrer Missbrauchserfahrungen indirekt wieder erleben musste, es keine ausreichend vertrauensvolle Basis geben konnte. Die Angst vor dem Nichtberechenbaren, vor dem Ausgeliefertsein war zu groß. Der Klang war zudem emotionaler als das Wort, mit dem sich die Patientin noch schützen konnte. Kontakt konnte wegen dieser Ambivalenz und Unsicherheit nicht wirklich zugelassen werden.

Dies ist ein spezifisches klinisches Beispiel. In Abwandlungen werden aber auch weniger schwer gestörte Patienten ähnliches erleben, ohne dass sie es ausdrücklich mitteilen.

4.6. Der nicht-kontrollierbare Klang in der Gruppenimprovisation

Das Problem im Umgang mit zum Teil extremen Lautstärkedynamiken und zuweilen subjektiv chaotisch anmutenden freien Improvisationen in der Musiktherapie muss ebenfalls unter kontrolltheoretischen Gesichtspunkten reflektiert werden. Freie Klanggestaltung kann strukturell sowohl sehr befreiend und weitend als auch beengend, beängstigend und bedrohlich erlebt werden.

Dies ist umso bedeutsamer, je weniger sich Menschen vor komplexen akustischen Reizen schützen können und das Klanggeschehen aufgrund eigener Strukturdefizite, Ich-Schwächen und fehlender Kompensationsmechanismen nicht zuordnen, einordnen, integrieren können. All zu oft können hier bei Nichtbeachtung von differenzierten Einstimmungsmodalitäten und kognitiven Vorbereitungen auf das Geschehen erneut erhebliche Traumen gesetzt werden.

(Vergleiche: Studie von *Weidner & Mathews* (1978) über die Klage von mehr körperlichen Symptomen bei unvorhergesehenem Lärm. In *Flammer* S. 108).

Es sollten auch hier bestimmte Grundvoraussetzungen und Einflussfaktoren reflektiert werden.

Beispiel einer extrem unzufriedenstellenden Situation:

In psychotherapeutischen Kliniken oder Psychiatrien werden Patienten in die Musiktherapie geschickt, weil die Musiktherapie im Gesamtkonzept als eine zusätzliche nonverbale Methode zur Gesprächstherapie angeboten wird. Die strukturellen Bedingungen sind des öfteren bei weitem nicht hinreichend geklärt.

Eine Musiktherapeutin berichtet von einer Situation, in der sie manchmal bis zu 13 Patienten mit unterschiedlichen Motivationen in der Gruppe hat, bei relativ hoher Fluktuationsrate (3 – 12 Wochen Aufenthalt) .

Sie berichtet, dass sie in dieser Gruppe oft mit Widersprüchen, Infragestellung der Therapie und Blockierungen konfrontiert sei.

Die Komplexität der Situation muss hier differentialdiagnostisch unter die Lupe genommen und unter dem Gesichtspunkt von Spiegelphänomenen betrachtet werden (Gesamtstruktur der Institution und die Substruktur Musiktherapie; Zuweisungspraxis; Feedbackmöglichkeiten; Aufträge und Zielsetzungen; TeilnehmerInnen und ihre Hintergründe, Diversifikation der Motivationen und Anliegen; das methodische Vorgehen, die Wahl der Instrumente).

In der Regel können für Gruppenprozesse folgende strukturellen Gesichtspunkte mitbedacht werden:

1. Vorgespräche und Abklärung von Inhalten

- Wie ist die Motivation der Patienten zur Therapie im Allgemeinen und zur Musiktherapie im Speziellen?
- Welche Aufträge erhält der Musiktherapeut von Patienten?
- Welche unterschiedlichen Erwartungen bezüglich der Therapie gibt es ?
- Gibt es eine hinreichende Aufklärung im Bezug auf das, was in der Musiktherapie geschieht ? (Aufklärung bedeutet für Patienten mehr Selbstbestimmung und damit mehr Souveränität über das Neue in der Musiktherapie).
- Gibt es eine Aufklärung im Blick auf Erfolgsaussichten, aber auch Risiken und Nebenwirkungen?

2. Strukturierungshilfen, die man sich selbst als Leiter und schließlich auch den Patienten in der Gruppe geben kann

Woher kommen die Aufträge für die Musiktherapie ?

- Aufträge der Sozialversicherungsträger
- Aufträge des Krankenhauses
- Aufträge der Vorgesetzten
- Aufträge, die man sich selbst setzt

Wie ist die Binnenstruktur der Gruppe ?

- Alte – neu Hinzugekommene
- Geschlechterverteilung, Altersgruppierungen
- Kontinuität der Gruppenzusammensetzung
- Beziehungs- und Übertragungsdynamiken
- Fehlende, bestehende Vernetzungen in der Gruppe
- Erwartungen, Motivations- und Interessenslagen der Einzelnen
- Social worlds (Schicht, Kultur, Milieus, Soziale Repräsentationen, Denkweisen, emotionale Stile etc.) der Einzelnen
- Resonanzfähigkeit, kommunikative Fähigkeiten und soziale Kompetenz der Einzelnen
- Probleme, Ressourcen, Potentiale, Ziele der Einzelnen und der Gruppe mit ihren Untergruppen
- Einsatz der Methoden, Techniken, Medien, Modalitäten

Siehe auch weitere Gruppenprozessphänomene *Petzold / Orth 1995b*

3. Rückbindungsprozesse der Erkenntnisse an die Gruppe und die Einzelnen. (Prinzip des informed consent)

Neue Konzepte, Überlegungen und Strategien sollten für die Gruppe transparent gemacht werden.

Zum Beispiel kann es sinnvoll sein, der Gruppe deutlich zu machen, dass sehr unterschiedliche Erwartungen / Interessen in der Gruppe vorhanden sind und dies ein Grund für Konflikte, Unzufriedenheit, Spannungen darstellen kann. Auf dieser Grundlage können neue differentielle Lösungen gefunden werden.

4. Strukturierung und Bündelung der Aussagen, Erfahrungen und Erkenntnisse durch den Leiter und Ermutigung zu hinreichend konsensuellen oder auch dissensuellen Abstimmungsprozessen

Dies schafft Vertrauen und Sicherheit im weiteren vorgehen.

5. Abklärung, wie weit es nötig ist, Kontrolle über die Medien zu erlernen

Patienten, die wenig von Musiktherapie wissen und Angst vor den Instrumenten haben, sollten per se mehr in den Umgang mit dem Material eingeführt werden. Dies bedeutet: Hinführung zum Instrument, Vorzeigen von Möglichkeiten, Anbieten von Hilfestellungen.

Ohne diese Grundvoraussetzungen können Beziehungsspiele nicht gelingen. Durch Nichtbeachtung der Hinführungskriterien wird oft ein künstlich geschaffener Widerstand erzeugt.

6. Das Wahrnehmen von Überforderungsphänomenen

Selbst Sätze wie „womit sind sie innerlich beschäftigt“ oder „wie geht es Ihnen“ sind für einzelne Patienten in der Gruppe aufgrund von Hemmungen oder aufgrund der Unfähigkeit zur differenzierten Selbstwahrnehmung oftmals schwer zu beantworten.

Wir müssen dann andere Wege gehen, um die Selbstwahrnehmung durch Hilfsangebote anzuregen.

Hilfreich können u.a. strukturierte und ritualisierte Angebote sein, wie auch das Mitgestalten der Musik und das Verbalisieren der Erlebnisse durch den Leiter. Dies ermöglicht manchen Patienten überhaupt erst, Phänomene ganzheitlicher wahrzunehmen und als sinnvoll zu erachten.

Zwei Beispiele, die helfen, durch Strukturierung Sicherheit und Weiterentwicklung zu ermöglichen:

Die Beschränkung des Materials: Transparenz und Wahrnehmungsdifferenzierung durch Beschränkung auf bestimmte Tonräume (z.B. die Pentatonik oder dorische Skala), auf bestimmte Klangqualitäten von Instrumenten (z.B. Bassklangstäbe), auf ein klar vorgegebenes Spielmodell (z.B. einen Klangimpuls im Kreis wandern lassen, diesen mit verschiedenen Tempi und Dynamiken variieren. Aufbauend darauf dann kleine Motive gestalten lassen).

Die Symbolik von Bildern:

Nehmen wir das Bild einer Bergwiese. Die Sonne scheint im Morgenerwachen, eine ruhige, heiter-gelassene, erhabene Stimmung breitet sich aus. Das Leben wird spürbar lebendiger, Aufbruchstimmung kommt in Gang.

Jeder einzelne in der Gruppe wird nach seinen Empfindungen und Gefühlen für dieses Bild und die Ideen für die musikalische Darstellung gefragt.

In der Umsetzung entsteht plötzlich, gefördert durch den Gruppenleiter, die Fähigkeit, Resonanz, Weite und Spielfreude zu erleben. Zusätzlich wird bei solchen Ereignissen ein schöpferisch-kreatives Feld für gemeinsame kreative Gestaltungs- und Ausdruckskräfte geschaffen und spürbar.

Das in der Musiktherapie oftmals antizipierte (in der Vorstellung vorweggenommene) Chaos bekommt auf diese Weise sinnbildlich einen Sinngehalt. Das Improvisierte findet durch das Thema oder Bild eine Verortung in Bezug auf das eigene Leben, die eigene Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit. Persönlicher Sinnhorizont kann erweitert, Lebensqualität bereichert werden. In der Regel führen solch erlebnisnahe Ereignisse zur Internalisierung von stabileren, globalen **und** spezifischeren Selbstattributionen, zur Verringerung der Selbstwertdefizite und der Ohnmachts-/ Hilflosigkeitsgefühle.

Für die Supervision bei Gruppenprozessen können anhand dieser Strukturierungsvorschläge folgende Ziele erarbeitet werden:

- Übersicht gewinnen über die Phänomene und Einflussfaktoren;
- Spiegelphänomene entdecken: welche Personen, welche Instrumente, welche Strukturen; Erarbeitung der Kontexte und Bedeutungen dieser Phänomene;
- Neue Strategien in Bezug auf die innere therapeutische Haltung gewinnen;
- Entlastung der Therapeuten in Bezug auf die Widerstandsphänomene durch Reflektion psychodynamischer und klinischer Sichtweisen;
- Strategien in Bezug auf die bisherigen musiktherapeutischen Angebote und Techniken reflektieren;

4.7. Kontrollmeinungen in Form von kontrollierenden Übertragungsmanifestationen auf den Therapeuten

Kontrollaspekte werden auch anhand von Übertragungen auf den Therapeuten aktiviert.

Der Therapeut könnte für den Patienten zum Beispiel äquivalent zum Vater, Lehrer, Sohn stehen, mit denen man Macht- und Autoritätskonflikte hatte. Dies führt meist zu Blockierungen, die durch Bearbeitung gelöst werden müssten.

4.8. Routine gewinnen: Eintauchen – integrieren – neuorientieren

Ist Sicherheit, Vertrauen, Verbundenheit, Selbstvertrauen, Selbstbewusstsein, Selbstsicherheit hinreichend ausgebildet, kann sich Routine, Kreativität, schöpferischer Fluss um so ergiebiger einstellen. Wenn stabile Kontrollüberzeugung vorhanden sind, können neue Wege beschritten werden.

Das Vierstufenmodell der IT (der Theorie-Praxis-Zyklus im Ko-respondenzmodell der Integrativen Therapie und der Integrativen Supervision, *Petzold* 1973, 1980c, 1998) zeigt den Fluss der Entwicklung von der Initialphase – Aktionsphase – Integrationsphase bis zur Neuorientierungsphase auf und verdeutlicht anhand seiner spiralförmigen Bewegungsabläufe die Prozesse der Fortführung und Weiterentwicklung. Kontrolle und Hingabe, Anhalten und Fließen, Stabilität und Lockerung finden auf diese Weise eine gelungene Einheit, in der neue kreative Potentiale und Erkenntnisse möglich werden.

5. Kontrolltheorien und ihre Anwendung auf musiktherapeutische Supervision

5.1. Die Ebene des Supervisanden:

5.1.1 Die Reflexion der persönlichen, sozialen und therapeutischen Kompetenz und Performanz im Allgemeinen und im Spezifischen der Musiktherapie.

Persönliche und in der Ausbildung angeeignete Attributionsstile, Attributionstendenzen, Kausalattributionen (z.B. analytisch orientierte Musiktherapie muss enthalten sein), wie auch die Stärken und Schwächen des eigenen Therapieverfahrens mit seinen Methoden, Techniken, Modalitäten, Stilen und Formen sind durch Selbsterfahrung und Eigenanalyse, ja durch Metaanalysen immer wieder zu hinterfragen.

Der Therapeut sollte seine Fähigkeiten und Fertigkeiten, aber auch seine Grenzen und Einschränkungen realistisch sehen. Er muss seine diagnostischen Kenntnisse und seine Feldkompetenz einschätzen können. Er muss seine Ressourcen, Potentiale, Problemlagen, seine kommunikative Kompetenz und Performanz, seine kognitiven, emotionalen, volitiven, motivationalen Stile in guter und hinreichender Selbsteinschätzung kennen.

Ebenso ist die differenzierte Handhabung der therapeutische Rolle wichtig. In welcher Rolle wird man angefragt: als Bruder/Schwester, als Vater/Mutter, als Berater/Therapeut u.s.w. Wie sieht man sich schließlich selbst in dieser oder jener Situation mit seiner Rolle: als Förderer, als Hilfeleistender, als Wegbegleiter, als Hinweise gebender, als Provokateur, als Berater

Ein flexibler Umgang bei Verunsicherungen, bei Rollenfixierungen oder beim Aufkommen von Rollendiffusionen ist angezeigt, ebenso das Handhaben von Konflikten, Übertragungen und Gegenübertragungen.

Hierzu gehört auch, Wirkungen der eigenen Geschlechterrolle bewusst wahrzunehmen.

Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Werte- und Normensystem ist äußerst bedeutsam. Zugleich ist der Umgang mit andersartigen Wertvorstellungen von höchster Wichtigkeit.

Da auch kontextspezifische Einflüsse in erheblichem Masse Sichtweisen und Entscheidungen verändern, bedürfen diese einer genauen Betrachtung, Einschätzung und Bewertung.

Auch die medienspezifischen Faktoren sind in ihren Wirkungen und Auswirkungen genau zu untersuchen.

Diese hier nur kurz und nicht vollständig dargestellten Parameter erhöhen die Möglichkeiten der Selbstreflexion und schließlich der Selbstwirksamkeit des Supervisanden und gewährleisten damit auch eine bessere Reflexion und Wirksamkeit in der Behandlung und Beratung von Menschen.

5.1.2. Der Therapeut hat den roten Faden im prozessualen Verlauf verloren

Es kann durchaus vorkommen, dass Therapeuten mangels Erfahrung oder aufgrund eigener überhöhter Ansprüche den Bezug zum Geschehen verlieren. Ebenso können psychodynamische Zusammenhänge und komplexe Einwirkungen aus anderen Kontexten die Situation extrem verkomplizieren (Konflikte aus dem Arbeitsfeld).

Aufgrund von Verunsicherungen kann es grundsätzlich passieren, dass eigene Konzepte sich verwischen, die Struktur und die Psychodynamik nicht mehr klar ist, die eigenen Kompetenzen sowohl auf der Planungs- wie auf der Handlungsebene plötzlich verloren gehen.

Beispiel: Zwei TherapeutInnen leiten die Gruppe im Rahmen eines Supervisionsseminars. Ziel ist es, durch konkrete Praxisanleitung mehr Sicherheit in der eigenen Leitungskompetenz zu bekommen. Die LeiterInnen hatten bereits einen Plan erarbeitet: zu den am Vortag gestalteten Bildern zum Thema professionelle Identität sollten die in den Bildern sichtbaren Entwicklungsmöglichkeiten zunächst durch Bewegungsgesten und dann schließlich in musikalischen Gestaltungsprozessen weitergeführt werden. In einem ersten Teil stimmt die eine Leiterin auf den Prozess ein. In einem Selbstwahrnehmungsprozess sollen körperlich spürbare Blockaden durch Bewegungsübungen ins Fliessen gebracht werden. Bei der Übergabe an die andere Leiterin kommt es dann bei dieser zu erheblichen, durch eigenen Leistungsdruck erzeugten Irritationen. Sie schafft es nicht, gemäß ihrer ursprünglich klaren Planung eine Überleitung und Hinführung zu den schon am Vortag gestalteten Bildern herzustellen.

Der Kontrollverlust und die damit einhergehende Scham wird sichtbar durch oftmaliges Wiederholen der Anleitung, jedoch ohne gefühlten Bezug zu den Gruppenteilnehmern und durch eher hilfloses Hin- und Hergehen auf der Stelle (sie ist durch extremen Leistungs- und Versagensdruck sinnbildlich wie in einem Hamsterrad in sich gefangen). Der Leiterin gelingt es nicht, sich selbst die nötige Zeit zu geben, aus der für sie schwierigen Situation sprichwörtlich herauszutreten und sich mit ihrer Co-Therapeutin zu beraten, um für sich wieder eine exzentrischere Position einnehmen zu können.

Die Situation wurde mit der Teilnehmerin auf gute und konstruktive Weise reflektiert, die vielfältigen Einflüsse bearbeitet, sowie auch Umgangs- und Interventionsmöglichkeiten für diese schwierige Übergangsstelle bereitgestellt.

In einem laufenden komplexen Prozess ist es durchaus möglich, diesen zu unterbrechen und sich durch Rückmeldungen Entlastung zu verschaffen:

„Können Sie mir bitte mal helfen: ich bin gerade verwirrt, mir sind die Themen nicht mehr klar.“ Oder: „Ich verstehe nicht mehr, was hier gerade abläuft. Können sie mir bitte mal Rückmeldung geben, wo wir im Moment sind und wie ich meine Überlegungen dazu einbauen kann.“

Auch könnte in dafür stimmigen Situationen bei sehr komplexen Verwicklungen eine Gruppe zum Beispiel durch Aufteilung in zwei oder drei Kleingruppen dazu angeregt werden, den abgelaufenen Prozess mit seinen Themen und Zusammenhängen selbst zu reflektieren und die Ergebnisse in der Gesamtgruppe vorzustellen, damit ein neuer Überblick entsteht.

5.1.3. Der Therapeut kontrolliert das Geschehen beständig

Die eigene Geschichte des Supervisanden kann durch Versagensangst, Unsicherheit, überhöhte Leistungsansprüche oder vielleicht auch durch Hilflosigkeit geprägt sein. Dies sind Ereignisse, die durchaus im Sinne einer Gegenregulation und Kompensation nicht selten ein Übermaß an kontrolliertem Verhalten bedingen. Hier ist es geradezu notwendig, dass festgefahrene Haltungen reflektiert werden. Eigene (oft unbewusste) Macht – Ohnmacht Strukturen müssen in der Selbsterfahrung einer Bearbeitung zugänglich gemacht werden. Kontrolle kann also auch durchaus bremsend wirken und den organischen Entwicklungsprozess behindern.

5.1.4. Erneute Übersicht über das Geschehen gewinnen und dem therapeutischen Fluss wieder Raum geben

Durch das Zusammentragen der Phänomene können Strukturen herausgearbeitet werden und neue Zielsetzungen und Perspektiven gefunden werden (Supervisio)

Als Zielkriterien können gelten:

- gute differenzierte Diagnostik;
- Zusammentragen und Ordnen der Phänomene;
- Herstellen guter Kommunikationsmöglichkeiten;
- Findung von Ausdrucksformen und evtl. auch nonverbalen Gestaltungsmöglichkeiten;
- Balance zwischen ressourcenorientiertem und konfliktorientiertem Vorgehen.

In der Supervisionssituation muss zwischen der Kompetenz und Performanz der Supervisanden und der der Patienten unterschieden werden:

- Was kommt von den Klienten/Patienten selbst;
- Wie sind die Selbstwahrnehmungsmöglichkeiten;
- Wie die Differenzierungsfähigkeit;
- Wie die theoretisch – praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten;
- Wie die Bewältigungsmöglichkeiten, die Stabilität, Widerstandskraft, die Abwehr;
- Wie die Motivationslage, das Wollen;
- Wie können Ziele formuliert und umgesetzt werden.

5.2. Die Ebene des Supervisors:

Supervision dient dazu, Übersicht zu bekommen, Hilfen für Problemlösungen bereitzustellen, Indikationen und diagnostische Kriterien zu klären, Attributionen zu überprüfen und Mehrperspektivität anzuregen.

5.2.1. Die professionelle Kompetenz und Performanz des Supervisors:

Kontrollwissen und Kontingenzwissen

Ein Supervisor sollte mit theoretisch und praktisch fundiertem Wissen handeln. Er sollte immer wieder auch die eigene Supervisionstheorie hinterfragen und sich damit selbst in einen kritisch diskursiven Austausch begeben.

Im Hinblick auf unser Thema ist natürlich das Wissen um Kontrolltheorien und deren Auswirkungen wichtig. Der Supervisor selbst sollte die eigenen Kausalattributionen und Kontrollüberzeugungen immer wieder überprüfen.

In einem supervisorischen Prozess sollte der Supervisor Attributionstendenzen erkennen und aufzeigen können, schließlich auch die Dysfunktionalität von Attributionsmustern aufdecken. Dies dient dazu, die Blickwinkel zu schärfen, Interaktionsmuster und deren Wirkungen auf den verschiedenen Ebenen zu verdeutlichen. Unterschiedliche Sichtweisen und Perspektiven müssen auf den verschiedenen Ebenen mit ihren je spezifischen Resonanzen differenzierend und integrierend angegangen werden.

Supervisionsprozesse bieten immer auch die Gefahr von Verletzungen und Überforderungen.

Auch hier ist wichtig zu sagen: wenn wir mit einer aktionalen Supervisionsmethode arbeiten, wird es schneller zu persönlichen Berührungen kommen und damit auch zu möglicherweise tiefergehenden und weitreichenderen Erfahrungen und Folgeprozessen. Es kann sehr wichtig sein, dass ein Supervisand oder andere Beteiligte im Supervisionsprozess (z.B. bei Reinszenierungen durch Rollenspiele) kognitive Einsichten, emotionale Berührungen und Erkenntnisse von vitaler Evidenz (*Petzold 1993a*) erleben kann. Eine Gewährleistung von einer hinlänglich kontrollierbaren Situation für den Supervisanden bzw. die Beteiligten sind anzustreben.

Folgende Beispiele illustrieren, wie Überforderungssituationen bis hin zu Verletzungen entstehen können:

1. Zu spätes Einräumen einer Reflexionspause bei aktionalen Reinszenierungen, die noch dazu die persönliche Not des Supervisanden widerspiegeln: aufgekommene Stress- und Überforderungsgefühle werden zu spät erkannt und abgepuffert. Sich mit seinen Problemen und durch aktionale Darstellung zusätzlich von seinen schwachen Seiten präsentieren müssen bedeutet oft Intensivierung von Versagensgefühlen.
2. Zu wenig Zeit für die Aufarbeitung der Erlebnisse und der ausgelösten Dynamik haben: häufig freut sich der Supervisor, dass er so gut gearbeitet und gute Lösungen vorgeschlagen hat. Er sieht aber nicht die Problematik der narzistischen Kränkung für den Supervisanden, weil dieser es nicht so gut gewusst oder gehandhabt hatte.
3. Fehlendes Enroling:
Entstehen bei Rollenübernahmen, Rollenzuschreibungen und nachfolgenden Auswertungen und Bewertungen (z.B. durch Supervisionsgruppemitglieder) starke persönliche Involvierungen für die Mitspieler und findet danach kein eindeutiges enroling (Trennung von der gerade gespielten Rolle) statt, so kann es gerade bei persönlich starker Involvierung zu erheblichen negativen Nachschwingungen kommen. Es werden nicht selten noch nicht bewusste Eigenanteile angesprochen, die für die Bearbeitung Zeit benötigen.

Beispiel für Verletzungsmöglichkeiten bei Rückmeldungen:

Bei der Reinszenierung eines Musiktherapieprozesses gibt ein nicht mitspielendes Supervisionsgruppenmitglied an eine mitspielende Teilnehmerin folgende Bemerkung ab: „Das klang ja eiskalt!“ Von der Darstellerin wurde dies aufgrund eines persönlichen Konfliktes mit der Feedback-Geberin als persönliche Bewertung und Kränkung erlebt und verarbeitet.

4. Ineinandergreifende verschiedene Supervisionsprozesse:
Bei längeren Supervisionsseminaren und bei mehreren Supervisionsprozessen in Folge sollten sowohl gute Ausklänge wie auch ausreichend Pausen für persönliches Selbsterleben angeboten werden. Die Komplexität der ineinandergreifenden Phänomene und Dynamiken kann oft erheblich sein.

5.2.2. Bereichsspezifität Musiktherapie: ist sie ausreichend?

Es versteht sich fast von selbst, dass für eine medienspezifische Supervision auch medienspezifische Fachkenntnisse vorhanden sein sollten: ein spezifisches Wissen um musiktherapeutische Diagnostik, um die Wirkung von Musikinstrumenten (*Moser*, in: Petzold, Müller 1997), um die Wege, Mittel und Methoden beim Einsatz der Medien, um die prozessorientierten Möglichkeiten und Kontraindikationen u.s.w.

5.2.3. Kontrollierter prozessorientierter Einsatz der Medien

Dieses Kapitel soll theoretische Transparenz und sicher handhabbare Praxis ermöglichen.

Integrative Therapie hat differenzierte Theorien zur Praxeologie ausgearbeitet.

Die Theorie der Behandlungstechnik befasst sich mit:

Methoden (Bewegungsth., Kunstth., Musikth., Dramath.,...), **Settings** (ambulant, stationär), mit **Techniken** (Rollentausch, dialogisches Malen...), **Medien** (Ball, Puppe, Stein ...) mit **Modalitäten** (übungs-, erlebnis-, konfliktzentriert), **Stilen** (abstinent, selektiv offen, ganz persönlich), **Formen** (Einzel, Gruppe).

Methoden: sind in sich konsistente Strategien des Handelns im Rahmen eines Verfahrens (z.B. die Methode der Musiktherapie, Bewegungstherapie usw.)

Techniken: sind z.B. Puppentausch, musikalischer Dialog, Skulpturierungs-, Identifikations-, Intensivierungs-, Visualisierungstechniken usw.

Medien: Handpuppen, Stabpuppen, Marionetten, Großpuppen... (**intramedial**)
Musikinstrumente, Farben, Texte, Stäbe, Bälle, Tücher (**intermedial**)
Jede Variante des Mediums bietet besondere Möglichkeiten.

Kenntnisse der medialen Aspekte sind nötig, denn bestimmte Methoden, Techniken, Medien ermöglichen bestimmte Ziele und andere nicht.
(z.B. über Klänge wahrnehmen und Atmosphären erfassen; im Malen dem Erlebten bildhaft eine Gestalt geben, im einem gestalteten Text verstehen und auf den Begriff bringen.)

Das Instrumentarium sollte **differentiell und indikationsspezifisch** angewendet werden können.

Definition nach H.G. Petzold: Medien sind Träger von Informationen im Rahmen von Interaktionen oder Informationssystemen und der in ihnen ablaufenden kommunikativen Prozesse.

Das, was man geschaffen/ getan hat, zeigt sich als „Botschaft von mir, über mich, für mich und an andere.

Medien sind zu betrachten unter

- der kommunikativen Valenz (Valenz = Entfaltungstärke, Aufforderungscharakter);
- der expressiven Valenz (Ausdrucksmöglichkeiten, Erlebnisaktivierung);
- der spannungsregulatorischen Wirkung (Entspannung – Aktivierung);
- den projektiven Potentialen (symbolische, unbewusste bis bewusste Hinweise);

Sie haben weiterhin

- per se eine natürliche Charakteristik: die mediale Qualität und entwicklungspsychologische Ansiedlung (Spielstimulation, Rollenspiel, Sprachförderung etc.);
- einen bestimmten Aufforderungscharakter, eine spezifische Ladung und ein spezifisches Spektrum.;
- spezifische diagnostische Möglichkeiten und Aussagekräfte.

Es bedarf theoretischer Grundlagen für die Möglichkeit der intra- und intermedialen Kombinierbarkeiten und ebenso für die Unverträglichkeiten (sie können Brücken für den Prozess aber auch Krisenauslöser sein).

Die spezifischen Charakteristiken von Medien sind:

- die Sinnesstimulation: Berührung (Fell) , Sehen (Farbe), Hören (Töne), Geruch (Aroma-, Duftstoffe), Geschmack (Essbares), Gleichgewicht (Bewegung);
- die Mobilität;
- die Form und Größe;
- die Qualität der Grenzen des Mediums, die Weichheit, die Härte des Materials;
- das Symbolisierungspotential des Mediums: unbewusste, vorbewusste, mitbewusste, bewusste Erkenntnispotentiale;
- die Tradition und Geschichte des Mediums (die Trommel, das Tuch in ihren kulturellen Bezügen...).

Medien können von Klienten selber ausgesucht werden oder von anderem Menschen angeboten werden.

Medien sind **prozessual stimmig** anzuwenden.

Zielformulierungen bestimmen die Mittel, nicht umgekehrt.
Spezifische Zielgruppen brauchen Ziel – Mittel – Wege Abgleichungen.

Medien fördern und ermöglichen

- die Bewusstseinsarbeit und die Sinnfindung,
- den Einstieg in die Problemformulierung und Präzisierung,
- die Erlebnisaktivierung und die Erarbeitung alternativer Erfahrungspotentiale,
- die Entwicklung der Persönlichkeit,
- die Vergegenwärtigung von Praxis,
- die spielerische Bearbeitung von Problemen,
- die Anreicherung des therapeutischen / supervisorischen Dialogs,
- die Rekonstruktion und Bearbeitung sozialer Konstellationen,
- die Möglichkeit zur spontanen Umsetzung, Umstrukturierung, Neuorientierung,
- die umfassende Teilhabe des Supervisors an Prozessen, Ereignissen, Konstellationen, Strukturen.

Beim Einsatz von Medien sind allgemeine Aspekte zu beachten und sie sollten auch vermittelt werden:

- Im Vorgespräch über die Sache, den Zweck und den Inhalt informieren.
- Raum für Austausch von Vorerfahrungen mit dem/den Medien bereitstellen.
- Nochmaliges Abklären der gegenseitigen Erwartungen (Konsens / Dissens).
- Das Bekannte nutzen zur Gewinnung des Vertrauens (z.B. Bälle, Tücher).
- Schutzmöglichkeiten erarbeiten: z.B. jederzeit aussteigen können. Sich etwas vorzeigen lassen.
- Die Hinführung zum Medium.
- Verschiedene Parameter des Mediums beachten, im Einzelnen und in ihrem Zusammenwirken
Bsp. bei Musik: Lautstärke, Dichte, Höhe, Tiefe, Rhythmus, Klangfarbe, Tempo, Pausen, Dynamik, Motive, Grundstrukturen (z.B. archaische Grundmotive des Wiegens), Formen, Variationen, Atmosphären, Gefühle, Stimmungen.
- Die Bevorzugung und die Ablehnung von Medien.

- Die Wahl zwischen rezeptiven und aktiven Möglichkeiten abklären.
- Die Abwägung zwischen Strukturierung und freier Gestaltung.
- Das Anbieten von Wiederholungen als Bestärkung von Erfahrungen
- Das eventuelle Einführen von Ritualen: Anfang - Ende; Begrüßung – Verabschiedung.

5.2.4. Die Vermittlung von Einstimmungsmodalitäten als bewusste Kontrollmöglichkeit für musiktherapeutisches Erleben und Handeln und zur Begleitung von Supervisionsprozessen.

In der Arbeit mit Medien werden nicht nur bewusste und bewusstseinsfähige Informationen erschlossen, sondern vor allem auch vorbewusste und unbewusste.

Für den Umgang mit Medien braucht es daher ein hohes Maß an Erfahrung und Können und ein Abwägen unter **indikationsspezifischen Gesichtspunkten**. Sind die Menschen, mit denen gearbeitet wird, wirklich schon dazu bereit, diese zum Teil unbewussten und damit konfrontativen Seiten des Prozesses zuzulassen?

Oft bedarf es spezifischer **Einstimmungsmodalitäten** (Moser 1980) und einer Aufklärung über den Sinn des Vorhabens, über das Kennenlernen neuer Möglichkeiten, aber auch möglicher Folgen und des Umgangs damit. Eine vorsichtige, einstimmende, themenzentrierte Hinführung auf die Aufgabe und die Handlungsprozesse ist hier unabdingbar. Die ethische Dimension (client dignity, client welfare, client security) ist wegen der zu Tage geförderten unbewussten Qualitäten besonders zu beachten.

Schutzmöglichkeiten sollten immer mitaufgezeigt werden.

Klare Anweisungen, wechselseitige Abklärung der Ziele und Anliegen geben Schutz Sicherheit und Halt.

Man kann auch für einen guten, sicheren Platz sorgen, um sich möglichst wohl zu fühlen.

Das Wissen, dass man die Freiheit hat, zwischenzeitlich rausgehen zu können, sorgt für mehr Wohlbefinden.

Die Differenzierung der Situation - was ist bedrohlich, was nicht – ist für viele eine wichtige Hilfestellung.

Dies gilt auch für den Supervisionsprozess: behutsames Vorgehen in kleinen Schritten bei den einzelnen Phasen ist indiziert.

Auch der Supervisor sollte seine Gedanken und seine Planungen zum weiteren Vorgehen mit Ausblick auf die Zielsetzungen darlegen. (Modellcharakter für

Supersanden). Der Supervisand ist sowieso bereits in einer prekären Situation und bedarf für die Begleitung seiner Probleme besonderer Vorsorge, Fürsorge, Behutsamkeit.

5.2.5. Institutionelle Strukturen, systemische Zusammenhänge und Einflüsse

In Institutionen findet man bei genauer Betrachtung eigene Stile und Atmosphären.

Musiktherapeuten sollten sich der Gesetzmäßigkeiten in diesen Institutionen bewusst sein und ihrer Stellung, Position und Wertigkeit innerhalb des meist interdisziplinären Teams.

Systemische Voraussetzungen und Dynamiken können sowohl stabile wie auch destabilisierende Faktoren für Kontrollmöglichkeiten darstellen (Chefwechsel, wirtschaftliche Situation, Auftragslage, das Maß der Belastung durch schwierige oder hilflose Patienten).

Supervisoren müssen daher die Fülle der Wirkfaktoren, die Vielfalt von Kausalattributionen und Attributionsstilen in den systemisch komplexen Zusammenhängen mit den Supervisanden erarbeiten.

Es sollten also im Blickwinkel sein

- die institutionellen Rahmenbedingungen,
- die Auswirkungen von therapeutischen Konzepten,
- die Zusammensetzung von Patienten und Patientengruppen,
- die Zusammensetzung der interdisziplinären und multiprofessionellen Teams,
- die Realität der bestehenden Machtkonstellationen, die Bereiche der Einflussmöglichkeiten, die Bereiche der Einschränkungen und Beschränkungen bis hin zu den Bereichen der Nicht-Kontrollierbarkeit.

5.2.6. Möglichkeiten und Grenzen musiktherapeutischen Planens und Handelns

Musiktherapie kann nicht alles erfassen. Sie erfasst oft sehr gut Selbstwertthemen, emotionale Erlebnis- und Gestaltungsmöglichkeiten, kreative Förderung, Konflikthematiken, Gruppenprozesse usw. Aber fasst sie auch in ausreichendem Masse z.B. sozialrechtliche Fragen, Fragen zum Arbeitsmarkt, rollenspezifische Themen, institutionelle Zusammenhänge? Dies bedarf meist der Ergänzung durch andere Methoden.

Das Beispiel einer Supervision eines Musiktherapeuten in einer Institution mit Schlaganfallpatienten zeigt die Komplexität von Zusammenhängen:

Ein Musiktherapeut erzählt, dass er in einer Institution mit Schlaganfallpatienten arbeitet, jedoch nur Samstags.

Er möchte das Problem behandeln, wenn Patienten nicht zur Musiktherapie kommen wollen. In seinem Fall handelt es sich um eine 54 jährige Frau, die nach einem Schlaganfall auf dieser Reha-Station ist. Sie ist froh, dass sie jetzt wieder ihr Zimmer auffindet und sich überhaupt im Gelände einigermaßen zurechtfindet. Sie will aber nicht in die Musiktherapiegruppe kommen, obwohl die Schwestern der Station sie schon einmal dorthin zur Gesangsgruppe geschickt hatten.

Beim erzählen wird deutlich, dass er gerade wegen seiner langjährigen Ausbildung Schwierigkeiten damit hat, dass er mit seinen Fähigkeiten bei dieser Patientin mit der Musiktherapie nicht ankommen kann. Er fühlt sich durch die Zurückweisung des musiktherapeutischen Kontaktangebotes auf eine gewisse Weise gekränkt und in seinem Selbstwertgefühl angekratzt. Er geht zwar zu der Patientin aufs Zimmer, diese freut sich auch über seinen Besuch und er kann mit ihr relativ unkompliziert über ihr Leben reden. Sie lehnt aber nach wie vor Musiktherapie ab. Nachdem er sie einmal davon überzeugen kann, doch mit ihm in den Musiktherapieraum zu gehen und er mit ihr das Thema „Zurückkehren in die eigene Wohnung“ und „Beziehung zu den zwei erwachsenen Kindern“ mit Musikinstrumenten gestaltet, bleibt die Patientin der Musiktherapie in der nächsten Stunde fern. Sie wird auch bald entlassen.

Der Musiktherapeut versteht nicht, warum die Patientin sich nicht einlassen wollte.

Zugleich wird deutlich, dass er sich von den Mitarbeitern der Institution wenig unterstützt fühlte. Er nimmt an, die Schwestern würden manchmal die Patienten nur schicken, damit sie sie los seien und die Probleme woanders gelöst werden.

Auch die Ärztin machte bei ihren Anmeldungen für die Musiktherapie keine genauen Zielbeschreibungen. Er kenne diese Stationsärztin auch nicht, weil er nur samstags arbeite.

Der weitere Supervisionsverlauf wird nach dieser Themensammlung und nach einer ersten Resonanz der Gruppenteilnehmer auf das Erzählte in der ersten Durcharbeitungsphase aktional durch musikalisch-szenische Gestaltung im Raum nachgespielt. Der Protagonist wählt aus der Gruppe vier Mitglieder aus, die ihn selbst, die Patientin, die Ärztin und die Schwester repräsentieren. Diese holen sich für ihre musikgestaltete Darstellung der Atmosphären, Beziehungen und Thematiken entsprechende Instrumente. Der Protagonist betrachtet das Geschehen von außen, also in exzentrischer Position.

In der Darstellung wird die Spannung, die Zurückhaltung Einzelner, werden die vorhandenen Störfaktoren (z.B. „die Krankenschwester stört mich in meinen Musiktherapieaktionen“) bzw. die nicht vorhandenen Verbindungen/Bezüge deutlich („die Ärztin kennt mich gar nicht“).

Nach dem Spiel teilen die Spieler aus ihrer eingefühlten Rolle heraus ihre Wahrnehmungen, Empfindungen, Gefühle, Bilder mit. Dadurch, dass sie vom Protagonisten (Supervisanden) für die jeweilige Rolle ausgewählt wurden, können sie ihre Erlebnisse in der Verkörperung sehr treffend mitteilen – eine neue Erlebnisqualität aus Sicht der betroffenen Mitbeteiligten.

In Einfühlung für das Erleben der vier Beteiligten wird der Protagonist angeleitet, sich hinter diese zu stellen und sich in deren Rolle selbst einzufühlen.

Im Perspektivenwechsel wird klar, dass die Schwester sehr froh ist, dass es die Musiktherapie gibt, dass sie aber wegen der extremen Schwesternfluktuation in ihrem Bereich sehr viel zu tun hat.

In Identifikation mit der Ärztin zeichnet der Protagonist von dieser dem Musiktherapeuten gegenüber eine eher uninteressierte Haltung („die interessiert sich gar nicht für die Musiktherapie“), obwohl die Darstellerin in der Rolle der Ärztin durchaus Interesse für die

Musiktherapie signalisiert hatte, als neue junge Ärztin aber noch sehr mit ihrer eigenen Unsicherheit und Rollenfindung beschäftigt war. Der Protagonist wurde daher vom Supervisor auf diese Diskrepanz der Wahrnehmung aufmerksam gemacht.

In der Identifikation mit der Patientin wird ihm klar, dass diese ihn einfach nur nett findet, weil er manchmal auf ihr Zimmer kommt, dass sie froh ist, sich überhaupt orientieren zu können, dass sie aber sonst nichts kompliziertes wünscht (d.h. Reduzierung der Ansprüche).

In seiner eigenen Rolle wird ihm klar, dass er als Samstagsarbeiter wichtige andere Mitarbeiter nicht kennen lernen kann und seine Konzeption der Musiktherapie trotz mehrerer Fortbildungen aufgrund der extremen Fluktuation auch nicht richtig greifen kann.

Insgesamt wird durch die Supervisionsgruppe die Anspruchshaltung mancher Helfer gegenüber der Patientin deutlich. Diese kann/will den Anforderungen, die eine Zahl von Spezialisten jeweils an sie stellen, nicht standhalten. (Kontrollpotentiale sind besonders bei schwereren Krankheiten aufgrund von Funktionseinschränkungen erheblich geschwächt oder nicht in ausreichendem Maße vorhanden. Hilfsangebote sollten entsprechend angepasst sein).

In diesem Beispiel wird deutlich, dass durch das Umfeld spezifische Dynamiken entstehen, die bei ungenügender Vernetzung und Reflexion entsprechende Wahrnehmungsverzerrungen mit sich bringen.

6. Prozessbeispiel für die Erfassung und Auswertung der wahrgenommenen Phänomene auf den verschiedenen Ebenen.

Aus dem Kontext einer Musiktherapiegruppe:

Die Teilnehmerin F. erzählt in der Eingangsrunde, dass sie bezüglich des Seminars mit dem Titel „Selbsterfahrung und Identität“ gemischte Gefühle habe, sie fühle sich in der Gruppe leicht befangen. Das Seminar passe aber gut zu ihrer Situation und zur Klärung ihrer Identität. Sie war bisher lange Jahre Krankenschwester in der Inneren Medizin, 8 Jahre, habe gekündigt und wolle jetzt etwas anderes machen. In ein paar Monaten habe sie zunächst keine Arbeit mehr. In einem Praktikum mache sie gerade neue und gute Erfahrungen. In der Selbsterfahrung beginne sie erst jetzt einiges so richtig von sich zu verstehen, sie suche noch nach Verbindungen in sich und habe den Wunsch, dazu auch einen Zugang zu finden.

Im Verlauf des Seminars wird deutlich, dass die Selbst-Wahrnehmung von F. tatsächlich sehr fragil, unklar und unsicher ist: „Ich spüre mein Herz nicht!“

Phänomenologisch wird das durch leibliche Enge sichtbar und musikalisch durch relativ leise Töne. In leibtherapeutischen Wahrnehmungsübungen, im Erspüren des Körpers mit den eigenen Händen - F. legte beim Sprechen oft schon selbst ihre Hände auf den Brustkorb – durch leichte Aktivierung der Atmung im Brustkorb, durch das Erspüren des Morgentaus auf der Wiese mit den Füßen und durch sensible Massage im Kontakt mit einer vertrauten Seminarteilnehmerin entsteht in behutsamen Schritten Selbstwahrnehmung und Staunen über sich selbst, ja sogar Glückseligkeit, dass da soviel vom Herzen

herauskommt. Die Rippen der Brust werden als Schutzorgan wahrgenommen, die sich ausbreitende Wärme von Innen wird als völlig befreiend erlebt. Sie sagt: „Ich bin so froh, dass ich in mir etwas spüre!“

Später in einer Gruppenimprovisation mit dem Thema „Selbst-Fürsorge und Selbst-Bekräftigung“ (im Zusammenhang mit den Arbeiten anderer Teilnehmer) geht F. zum Akkordeon. Sie sitzt am Boden, spielt wieder leise und hört sich kaum. Sie legt ihr Ohr auf das Instrument. Sie will Stimmigkeit in sich erzeugen. Eine andere Teilnehmerin, die eine Klangschaale für sich in der Improvisation gewählt hatte und sich auch kaum hören konnte, aber das Vibrieren des Tones spüren konnte, kommt zu ihr und legt ihr Ohr an das Akkordeon. Beide bestärken sich im leisen Tönen vor der Umgebung der lauterer Musik der anderen. In diesem Zweierspiel kann F. ihre Akkordeontöne rhythmisierend etwas kräftiger gestalten, so dass für die Zuhörenden Anklänge von Tangotönen entstehen.

In der Nachbesprechung sagt F. auf die Frage, warum sie denn mit dem Blasbalg des Akkordeons nicht lauter gespielt habe: „Ich kann doch andere nicht übertönen!“ Es wird die Selbst-Attribuierung von F. in den Blick genommen. Sie ist über die Möglichkeit, um ein Vielfaches lauter spielen zu können etwas verwundert. Der männliche Therapeut, bekräftigt und ermutigt sie, im weiteren Verlauf des Seminars, die lauten Töne zu suchen: „Trau dich ruhig mal lauter zu werden, mute Dich ruhig mal mehr zu!“ F. ist daraufhin wieder sichtlich verunsichert. Die Co-Therapeutin weist auch sofort auf die Wichtigkeit der leisen zarten Töne hin und dass F. ihren Weg gehen solle.

Attributionstheoretisch könnte man sagen: F. erlebt sich anderen gegenüber schnell als Störende, kann keine stabile Wahrnehmung von sich aufbauen, ist in ihrer Identität verunsichert;

Ebenenwechsel: Supervisand (Therapeut)- Supervisorin (weiblich).

Der Therapeut geht mit seinem Erleben der oben geschilderten Situation in die Supervision zu einer weiblichen Supervisorin. Er ist durch aktuelle anderweitige Anforderungen innerlich in einer angespannten Situation, in der er sich selbst nicht so resonanzfähig erlebt.

Er schildert den Ablauf der Sequenzen mit dem Ziel, das Gesamt der Situation noch besser verstehen zu können.

Unter kontrolltheoretischen Gesichtspunkten wird reflektiert, dass die Gruppenteilnehmerin mit der Klangschaale eine Art Therapeutin für F. ist, weil sie durch die sensible Situation auf dem Hintergrund ihrer eigenen Erfahrung, nämlich dass sie sich nicht hört, von F. angezogen fühlt und ihr daher quasi ihr Ohr schenkt. Die dazukommende Teilnehmerin handelt scheinbar im Unterschied zu F. aus einer positiven Kontrollmeinung heraus. Sie weiß, dass sie

sich zwar nicht hört mit der Klangschaale, bleibt aber trotzdem handlungsfähig, indem sie ihre Situation verändert und so in Resonanz mit F. geht. Genaugenommen gibt sie F. das, was sie braucht: einen behutsamen fürsorglichen Kontakt (der ja in der Anweisung „Selbstfürsorge und Selbstbegründung“ des Therapeuten vorhanden war), in dem sich F. entfalten und selbst wahrnehmen kann.

Wie geschieht das: F. findet in ihrer Genossin Kontakt und Spiegelung aus guter intuitiver Einfühlung heraus, also keine Verhinderung, Bedrängung, Bedrohung, sondern Unterstützung in angemessenem Maße, so dass wiederum authentischer Anklang im Leisen entstehen kann.

Die helfende Teilnehmerin, die früher selbst Schwierigkeiten in der Wahrnehmung ihrer Selbst gehabt hatte (so der Therapeut), kann bereits handeln und die Starre im Sinne von zu hoher Eigenkontrolle auflösen. Sie findet selbstbestimmt (freie Kontrollmöglichkeiten und positive Selbstattributionen) eine Lösung für sich und für F.

Welche Rolle spielt dabei **die Gruppe** bei der Improvisation?

In der Gruppe war jeder Teilnehmer im eigenen Prozess, aber auch in Verbindung mit dem/den anderen im Hinblick auf die Themen, nämlich sich selbst zu bekräftigen und selbstfürsorglich zu sein. Man konnte den eigenen Ton hören, war nicht ungeschützt als Einzelspieler, brauchte sich aber auch nicht verlieren im Klang der Gruppe (In Worten von F. wäre das: “Wenn ich es ausspreche ist es weg!“).

Es gab also eine Balance zwischen Selbstwahrnehmung und dem Erleben mit anderen Gruppenteilnehmern. Dies mündete in einen kraftvollen Gruppenrhythmus, auf dessen Grundlage sich die persönlichen Ausdrucksmöglichkeiten entfalten konnten.

Unter kontrolltheoretischen Gesichtspunkten heißt das: Die Gruppe als Ganzes hat in diesem Moment eine hohe Kontrollüberzeugung für Bekräftigung und Wirksamkeit. Sie ist damit tragend für sich selbst aber auch für die Einzelnen.

Zwischen Supervisorin und Supervisand wird folgendes erlebbar:

Der Supervisand war bereits mit einer gewissen Enge in die Stunde gekommen. Er war in Ansprüchen gefesselt, die Situation möglichst richtig und komplex zu erfassen. Auch war er damit beschäftigt, wie die Supervisorin wohl über ihn denken würde (Kontrollattributionen des Supervisanden).

Die Supervisorin nahm das wahr als Resonanzphänomen im eigenleiblichen Erspüren. Dies wurde thematisiert. Die Enge des Supervisanden in dieser Situation war entstanden, weil dieser bereits durch ein vorausgegangenes Erlebnis in seinem Team eine ähnlich verwirrend-destabilisierende Qualität erlebt hatte (gewisses Maß an Kontrollverlust), wie dies wohl auch F. manchmal erlebt. Des Weiteren war die Situation der Supervision von ihm selbst so attribuiert worden, dass potentiell negative Bewertungen ihm gegenüber

stattfinden könnten. Er konnte aber in der Klärung der eigenen Situation mit der Supervisorin und in der Auseinandersetzung mit den Erlebnissen mit F. selbst wieder eine hinreichend gute Selbst- und Situationskontrolle gewinnen.

Auf der Ebene der Supervisorin, also bei der Supervisorin, spielte sich folgendes ab:

Durch das Zusammentragen der verschiedenen Phänomene, das differenzieren dieser Phänomene auf den verschiedenen Ebenen (Supervisand – Supervisorin / Klientin – Supervisand / Klientin – privater Kontext) und das Beschreiben und Zuordnen der verschiedenen Hintergründe und Kontexte dieser Situationen wurden die Phänomene der Verunsicherung, der Verwirrung, des Kontrollverlustes, des Selbstwirksamkeitsverlustes, des Verlustes der Kontrollüberzeugung und Minimierung der Kontrollmeinung deutlich. Die Phänomene wurden differenzierbar und handhabbar.

Durch die Nichtinvolviertheit in die Situation konnte die Supervisorin sowohl einführend als auch exzentrisch die Prozessphänomene wahrnehmen und klärend zur Verfügung stellen. Dabei war es von erheblicher Bedeutung, dass sie mit den Augen einer Frau auf die Klientin mit ihrer zerbrechlichen, sensiblen Art schauen konnte („die Klientin rührt mich in ihrer Art so an, sie ist so zerbrechlich und schutzbedürftig“). Sie verdeutlichte noch einmal die Wichtigkeit, durch sensible Körperarbeit leibliches Erleben und Erspüren von F. weiterhin zu fördern, Sicherheit und Identität vorwiegend im Kontakt mit Frauen aufzubauen, um damit zu einem selbstbestimmteren (lauteren) Ausdruck kommen zu können. Der männliche Impuls des Therapeuten („Trau dich ruhig mal lauter zu werden, mute dich ruhig mal mehr zu!“) ist zwar durchaus bestärkend, es muss aber im Einklang mit dem Sich-Selbst-Finden und Wahrnehmen einhergehen, da sonst wieder ein Impuls von außen als selbstbefremdend und fremdbestimmt erlebt wird und die eigene Erlebnis- und Wirkmöglichkeit (Selbsterleben und Selbstwirksamkeit) wieder übergangen wird.

Kontrolltheoretisch: Die Entwicklung der eigenen Kontrollmeinung, die Wandlung in positivere Kontrollattributionen (ich darf mich wahrnehmen, ich darf mich ausdrücken) und die Entwicklung einer sichereren Kompetenzmeinung (Meinung darüber, was ich weiß und kann) muss weiterhin unterstützt werden, und zwar unter Berücksichtigung der Bereichsspezifitäten (in welchen Bereichen / Situationen existiert Sicherheit / Unsicherheit), damit darauf aufbauend und in direkter Umsetzung von Erfahrungen neue Handlungskompetenzen erlebt werden können.

Voraussetzung für Handlungskontrolle ist aber:

a) das Ziel kennen; b) das Ziel akzeptieren; c) einen Weg dazu kennen; d) den Weg auch gehen können; e) den Weg gehen (siehe *Flammer* S. 78).

Zusammenfassung: Selbstwirksamkeit, Selbstkompetenz und Kontrolltheorien: ihre Bedeutung in der Musiktherapie und in der Supervision von MusiktherapeutInnen

Das Buch von August Flammer „*Erfahrung der eigenen Wirksamkeit*“ und Konzepte der „*Integrativen Supervision und Therapie*“ dienen als Grundlage für die Ausführungen zu Selbstwirksamkeits- und Kontrolltheorien und deren Anwendung in der Therapie- und Supervisionspraxis.

Nach der Erklärung von grundsätzlichen Begriffen und Inhalten wird die Umsetzung des Konzeptes in der Arbeit mit kreativen Medien dargestellt. Die Thematik wird aus Sicht von Therapeuten / Supervisanden, Supervisoren, institutionellen Einflussfaktoren und anhand von Medientheorien beleuchtet.

Im Mittelpunkt steht der reflektierte und professionelle Umgang mit Ängsten vor Kontrollverlust und Bewertungen. Demgegenüber stehen Konzepte über Selbstkontrolle, Situationskontrolle, Kontrolle über Medien, sowie Einflussnahme auf intersubjektiv ausgehandelte Zielsetzungen und die daraus resultierenden Therapie-/ Supervisionsprozesse. Kontrolle haben zu können, sie auch ausüben zu können erhöht – wissenschaftlich wird dies belegt - das Selbstwertgefühl, die Selbstzufriedenheit, das Wohlbefinden. Die Reflexion eines Therapie-/ Supervisionsprozesses beschreibt praxisnah die wahrgenommenen Phänomene und deren Auswirkungen.

Schlüsselwörter: Selbstwirksamkeit – Kontrolltheorien – Wirkungsnachweise – Musiktherapie – Medien – Therapie und Supervision

Summary: Self-efficacy, self-competence and control theories: their importance in music therapy and in the supervision of music therapists

A. Flammer`s book „*experience of self-efficacy*“ and concepts of „*Integrative Supervision and Therapy*“ are the basic material describing theories of self-efficacy and control and their application in therapy and supervision. After explaining fundamental terms and concepts the theme is realized in the work with creative media.

The theory is shown from perspective of therapists, clients, supervisors, institutions and by media theory. The focus is reflecting feelings of anxiety, uncertainty, helplessness and being evaluated. In contradiction there are concepts of self-control, control of situations, of media, of intersubjective discussed aims and their resulting processes in therapy and supervision. To have control and to be able to act increases self-esteem, self-contentment and well-being, as science shows. The reflection of a therapy-supervision process describes perceived phenomena and their effects.

Keywords: self-efficacy – theories of control – effects – musictherapy – media – therapy and supervision

Zur Literatur:

- Atkinson, J.W. (1957): Motivational determinants of risk-taking behaviour. *Psychological Review*, 64, 359-372.
- Atkinson, J.W. (1964): An introduction to motivation. Princeton, N.J.: Van Nostrand.
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Berscheid et al. (1976): Outcome dependency: Attention, attribution and attraction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 978-989 (dt. Ereignisabhängigkeit: Aufmerksamkeit, Attribution und Sympathie. In Herkner, W., (Hg.): Attribution. Psychologie der Kausalität. Bern: Huber, 187-208,
- Deaux K. (1976): Sex: A perspective on the attribution process. In Harvey, J.H., Ickes W.J., Kidd, R.F., Eds., *New directions in attribution research I*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum, 335-352.
- Decker-Voigt, H.-H. (1990): Visionen zur Supervision. In: *Musik & Kommunikation*, Bd. 1, Lilienthal, Bremen: Eres Verlag.
- Flammer, A. (1985) Sekundäre Kontrolle. In Montada, L.; Hg., *Bericht über die 7. Tagung für Entwicklungspsychologie in Trier vom 22.-25.9.1985*. Trier: Druckerei der Universität Trier, 299-301.
- Flammer, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.
- Frohne-Hagemann, I. (1996a): MusiktherapeutInnen und ihre Themen in der Supervision. *Musiktherapeutische Umschau*, Band 17, Heft 3/4, S.221-226.
- Frohne-Hagemann, I. (1997a): Supervision für Musiktherapeuten. In: *Organisationsberatung, Supervision, Clinical Management*, 4, Heft 2, Leske+Budrich, S.165-173.
- Frohne-Hagemann, I. (1999): Zur Hermeneutik musiktherapeutischer Prozesse. Metatheoretische Überlegungen zur Integrativen Musiktherapie. In: *Musiktherapeutische Umschau*, Heft 2.
- Frohne-Hagemann, I. (1999): Überlegungen zum Einsatz musiktherapeutischer Techniken in der Supervision und zur speziellen Supervision musiktherapeutischer Situationen und Prozesse. In: *Integrative Therapie*, Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration. 25. Jg. Heft 2-3. Paderborn: Junfermann.
- Gibson, J.J. (1982): Der ökologische Ansatz in der visuellen Wahrnehmung. München: Urban&Schwarzenberg.
- Höhmman-Kost, A. (2003): Das Vierstufenmodell der Kontrollstrategien nach A. Flammer. In: Mitgliederrundbrief DGIK / DGIB 1/2003.
- Levin, K. (1963): Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Bern: Huber.
- Marsh H.W. (1986): Self-serving effect (bias?) in academic attributions: Its relation to academic achievement and self-concept. *Journal of Educational Psychology*, 78, 190-200.
- Moser, J. (1980): Graduierungsarbeit: Die Einstimmung in der aktiven Musiktherapie, dargestellt in der Einzel- und Gruppenmusiktherapie mit psychosomatischen Patienten. Hochschule für Musik und darstellende Kunst, Wien.
- Moser, J. (1997): Die Wirkung von Musikinstrumenten in psychotherapeutischen Prozessen. In: L. Müller, H.G. Petzold: Musiktherapie in der klinischen Arbeit. Integrative Modelle und Methoden. Praxis der Musiktherapie Bd. 16; Stuttgart: G. Fischer.
- Moser, J. (1999) Der Gong in der Behandlung früher Schädigungen. In: Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.): Musik und Gestalt, Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Müller, L. Petzold H.G., (Hrsg.) (1997): Musiktherapie in der klinischen Arbeit. Integrative Modelle und Methoden. Praxis der Musiktherapie Bd. 16; Stuttgart: Fischer.
- Oeltze J., Ebert W., Petzold H. (2002): Integrative Supervision in Ausbildung und Praxis – eine empirische Evaluationsstudie im Mehrebenenmodell. www.FPI-

- Publikationen/materialien/htm Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine Internetzeitschrift 01/2002
- Oesterreich, R. (1981): Handlungsregulation und Kontrolle. München: Urban & Schwarzenberg.
- Orth I., Petzold H.G. (1995b) Gruppenprozessanalyse, Düsseldorf/Hückeswagen: FPI / EAG, In: *Integrative Therapie* 2/1995, S. 197-212
- Petzold H.G. (1973a): Gestalttherapie und Psychodrama. Kassel.: Nicol
- Petzold H.G. (1980c): Modelle und Konzepte zu integrativen Ansätzen der Therapie. *Integrative Therapie* 4, 323-350.
- Petzold, H.G. (1993a): 'Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Reihe Integrative Therapie. Schriften zu Theorie, Methodik und Praxis, 3 Bände. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H.G. (1998): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H.G. (1998): Mehrperspektivität – ein Metakonzept für Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung und sozialinwertives Handeln in der Integrativen Supervision. In: Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis, 101-177. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H.G. (2001a): Integrative Therapie - Das "biopsychosoziale" Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein "lifespan developmental approach". Paderborn: Junfermann.
- Petzold H.G. (Hrsg.) (2001): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Petzold, H.G. (2001j): Der Wille und das "andere" Wollen - Ueberlegungen (nicht nur) für die Arbeit von Psychotherapeuten. In: Petzold (2001i) 235-256.
- Petzold, H.G. (2001p): "Transversale Identität und Identitätsarbeit". Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www.fpi-publikationen.de/polyloge - POLyLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2001.
- Petzold, H.G. (2002j): Das Leibsubjekt als "informierter Leib" - embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/polyloge - POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit 07/2002.
- Petzold H.G., Mathias U. (1983): Rollenentwicklung und Identität – Die sozialpsychiatrische Rollentheorie J.L. Morenos. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1988): Metamorphosen - zur Arbeit mit kreativen Medien in der Integrativen Therapie. In: Petzold, H.G., Orth, I. (Hrsg.) (1990a): Die neuen Kreativitätstherapien. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H.G., Schigl et al. (2003): Supervision auf dem Prüfstand. Leske & Budrich.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (Hrsg.) (1993): Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien. Jubiläumsband, Band 1, Paderborn: Junfermann.
- Piaget, J.(1947) : Psychologie de l'intelligence. Paris : Colin (dt. *Psychologie der Intelligenz*. Zürich: Rascher, 1948).
- Pittman & D'Agostino (1985): Motivation and attribution: The effects of control deprivation on subsequent information processing. In Harvey, J.H., Weary, G., Eds., *Attribution*. New York: Academic, 117-141.
- Pittman N.L., Pittman T.S. (1979): Effect of amount of helplessness training and internal-external locus of control on mood performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 39-47.

- Ross L. (1977): The intuitive psychologist and his shortcomings. In Berkowitz, L., Ed., *Advances in experimental social psychology*, vol. 10. New York: academic, 173-220.
- Rothbaum, F. M., Weisz, J.R., Snyder, S.S. (1982): Changing the world and changing the self: a two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.
- Rotter, J.B. (1966): General expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1 (Whole No. 609), 1-28.
- Schneider, M. (1994): Die Natur integrieren, Gedanken zu einer konvivialen Ethik. In: *Integrative Therapie* 1-2, 43 – 67.
- Seidel, A. (1996): Intertherapie, musiktherapeutische Balintgruppenarbeit und Supervision. Ein Beitrag zur Begriffsbestimmung. *Musikther. Umschau*, Band 17, Heft 3 / 4, 196-204.
- Seidel, A. (1998): Supervision - Ein Beitrag zur Qualitätssicherung? In: *Einblicke*. Beiträge zur Musiktherapie. Heft 8, S. 59-69.
- Seligman, M.E.P., Maier, S.F. (1967): Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1-9.
- Seligman, M.E.P. (1975): Helplessness. On depression, development and death. San Francisco: Freeman (dt: *Erlernte Hilflosigkeit*. 2. Auflage. München: Urban & Schwarzenberg, 1983).
- Skinner, Chapman & Baltes (1988): Control, means-ends and agency beliefs: A new conceptualization and its measurement during childhood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 117-133.
- Snyder M.L., Stephan W.G., Rosenfield D. (1976): Egotism and attribution. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, 434-441.
- Strack, Eber & Wicklund (1982): Effects of salience and time pressure on ratings of social causality. *Journal of Experimental Social Psychology*, 18, 581-594
- Strobel, W., Loos, G., Timmermann, T. (1988): Die musiktherapeutische Balintgruppenarbeit. *Musikther. Umschau*, Band 9, Heft 4;
- Stroebe, W., Hewstone, M., Stephenson, G.M. (Hrsg.) (3/1996): Sozialpsychologie. Eine Einführung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Tennen, H., Eller, S.J. (1977): Attributional components of learned helplessness and facilitation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 265-271.
- Thibaut, J.W., Riecken, H.W. (1955): Some determinants and consequences of the perception of social causality. *Journal of Personality*, 24, 113-133.
- Tüpker, R. (1996): Supervision als Unterrichtsfach in der musiktherapeutischen Ausbildung. *Musikther. Umschau*, Band 17, Heft 3/4 S. 242-251
- Weidner, G., Mathews, K.A. (1978): Reported physical symptoms elicited by unpredictable events and the Type A coronary-prone behavior pattern. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1213-1220.
- Weiner, B. (1978): Achievement strivings. In: London, H., Exner, J.E., Eds., *Dimensions of personality*. New York: Wiley, 1-36.
- Weymann, E. (1996): Supervision in der Musiktherapie. *Musikther. Umschau*, Band 17, Heft 3 / 4, S. 175-195.
- Wortman & Brehm (1975): Response to uncontrollable outcome. In Berkowitz, L., Ed., *Advances in experimental social psychology*, vol. 8. New York: Academic, 277-336.
- Wortman C.B., Dintzer L. (1978): Is an attributional analysis of the learned helplessness phenomenon viable? *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 75-90.

Anschrift der Autoren:

Josef Moser
Esmarchstr. 30
34121 Kassel
Tel.: 0561-281693
e-mail: josef.moser@arcor.de

Ilona Levin
Martin-May-Str. 8
60594 Frankfurt
Tel.: 069-615838
e-mail: Ilona.Levin@web.de