

Für die Altorientalische Musiktherapie ist heute nicht mehr eine verloren gegangene glorreiche Vergangenheit handlungsleitend, sondern die Idee, dass ihre Blüte noch vor uns liegt.



von GERHARD TUCEK

# ***Ausgewählte Aspekte des Kulturtransfers***

## ***Ethno-Musik-Therapie im Wandel***

Kulturen werden heute nicht mehr als geschlossene Entitäten rezipiert, sondern als offene, sich wechselseitig konstituierende Regelsysteme, die in ständigem Wandel begriffen und auf Austausch angelegt sind (vgl. Haustein, 2000, S. 231).

Kulturbegegnung findet dabei immer als Begegnung von Individuen und nicht absoluter Werte bzw. abstrakter Systeme statt. Analysiert werden Beziehungen konkreter Menschen, die nach - teils unbewussten - kulturellen Entwürfen agieren. Somit können aus der Beschreibung und Reflexion konkreter Beziehungsmuster allgemeine Erkenntnisse gewonnen werden.

**D**ie Altorientalische Musiktherapie (AM) durchlief im Zuge ihrer Etablierung im deutschsprachigen Europa und der damit einhergehenden prozessbegleitenden kulturanthropologischen und klinischen Beforschung einen tiefgreifenden Wandlungsprozess. Mit einer individuellen Bezugnahme auf die Bedürfnisse der PatientInnen wandelte sich der Traditionsbegriff in der AM von einem „essentialistischen“ zu einem Konzept von Hybridität. Damit ging eine methodische Öffnung einher, die in Österreich eine begriffliche Erweiterung von „Altorientalisch“ zu Ethno-Musik-Therapie nach sich zog.

### **Musik und Hören im Islam**

In gewissem Sinne ist der Islam eine „Kultur des Hörens“. Niemand reagiert auf den Wohlklang der göttlichen Rede enthusiastischer als Muslime. In besonderer Weise gilt das für die Mystiker des Islams (Sufis). Sie erfuhren jene innere Erschütterung, die André Breton mit den Worten beschreibt: „die Schönheit wird wie ein `Beben´ sein, oder sie wird nicht sein...“ (Breton in Kermani; 2003, S.165). Aller Vorbehalte zum trotz wurde der Koran im Mittelalter nicht nur als religiöser Text rezipiert, sondern zugleich auch zum gesanglichen Übungsfeld für weltliche Sängerinnen und Sänger. Seine Rezitation entfaltete ihre tiefgehende Wirkung demnach nicht nur über den religiösen Inhalt, sondern auch durch die emotionale Hörerfahrung. Im Sufismus fand diese Sensibilisierung für alles Klangliche schließlich eine heute kaum mehr nachvollziehbare Verfeinerung. Die hier vertretene kulturanthropologische Position rezipiert den Koran bzw. die darin vorkommenden „schönen Namen Gottes“ nicht hinsichtlich ihres religiösen Wahrheitsgehalts, sondern von ihrer ästhetisch-performativen Wirkdimension.

Diese Perspektive kann in der klinisch-therapeutischen Arbeit mit PatientInnen mit muslimischem Hintergrund bedeutsam werden, wo sie vertiefte Begegnungsräume zu eröffnen vermögen. Hierzu ein Beispiel: Eine sechzehnjährige muslimische Frau aus dem kurdischen Teil des Iraks wird in einer österreichischen Klinik wegen Osteosarkom und Lungenmetastasen behandelt. Ich arbeite mit ihr nach zwei Lungenoperationen (im Beisein ihrer im Zimmer anwesen-

den Mutter) mittels *Dhikr* (vertiefte Atmung bei gleichzeitiger Rezitation der „schönen Namen Gottes“) um ihre Lungen zu kräftigen und besser zu durchlüften. Wir hatten bereits zuvor monatelang miteinander musiktherapeutisch gearbeitet, ohne diese Ebene zu berühren. Auf der Basis einer mittlerweile vertrauensvollen Beziehung war es beiden Frauen möglich, diese ursprünglich religiös-spirituelle Übung als therapeutische Intervention in diesem neuartigen Kontext nicht nur zuzulassen, sondern als stärkend und kulturell wertschätzend anzunehmen.

Zurückkehrend zu obigen Überlegungen: Die Vorliebe für den „schönen Klang“ führte im islamischen Kulturraum u.a. zur Entwicklung einer der ältesten schriftlich belegten Musiktherapien. Die heilende Wirkung der Musik wurde in metaphysischem Sinne einerseits als „Widerhall des göttlichen Urklangs“ interpretiert, aber andererseits auch einer hoch differenzierten Wirkung des mikrotonalen Tonsystems (*maqamat*) zugeschrieben (vgl. Tucek; 2001, 2003). Auch wenn aus heutiger Sicht Überlieferungen über die magische Wirkung von Musik und Gesang legendenhaft übersteigert erscheinen, gilt es der Kernaussage eines Wirkzusammenhangs zwischen Klang und Lebewesen Aufmerksamkeit zu schenken.

### Diätetische Grundregeln - Das *Riyazed* - Konzept

Die therapeutische Anwendung von Musik ist mit der Idee einer gesunden Lebensführung verbunden. Die Theorie des „*Riyazed*“ gründet sich in jenen sechs diätetischen Lebensregeln, die Galen bereits vorwegnahm und von Avicenna aufgegriffen wurde (vgl. Kümmel; 1977, S.132). Die Grundidee war, seelische, körperliche und geistige Aspekte über die Beeinflussung diverser Sinnesmodalitäten in größtmögliche Ausgewogenheit zu bringen (Tucek 2003).

So war etwa *Riyazed* für das Gehör das Hören harmonischer Klänge - sei es Gesang oder Poesie. Unter *Riyazed* für die Stimme verstand man freundliche Gespräche, Singen, Lachen sowie das Rezitation von Poesie. Auf diese Weise wurde versucht, die sozialen, körperlichen und seelischen Grundlagen für die Genesung der PatientInnen zu schaffen, um die Wirkung medizinischer Behandlungsmethoden zu verstärken.

Durch den Paradigmenwechsel hin zur naturwissenschaftlichen Medizin verlor die Musiktherapie im 18. Jh. ihre theoretisch-wissenschaftliche (humoralmedizinische) Grundlage und geriet in Vergessenheit.

### Die Begegnung unterschiedlicher Sichtweisen

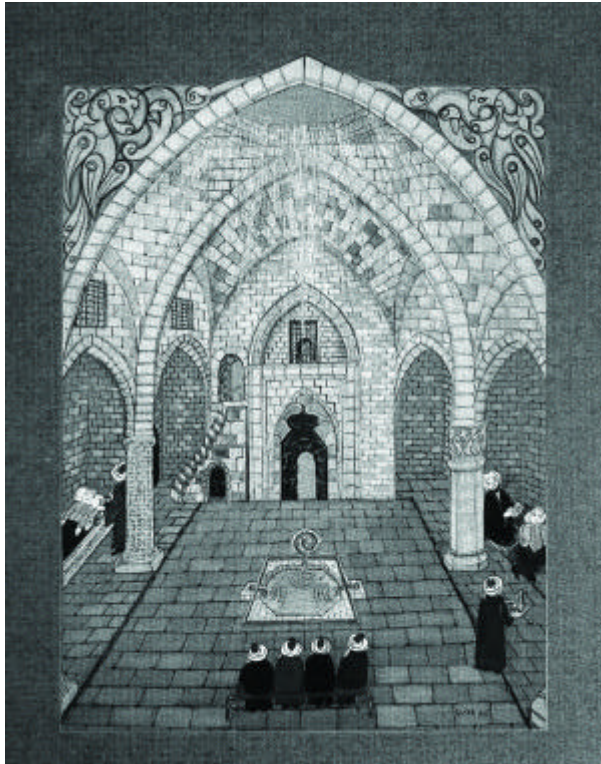
Aus dem komplexen Transferprozess der AM nach Österreich, möchte ich exemplarisch den emotional am stärksten aufgeladenen Aspekt herausgreifen:

Oruc Güvenç (s. Artikel auf S. 36, Anm.) versteht die AM als Teil eines sufisch-mystischen Weges (vgl. Güvenç; 2007). Ich selbst habe viele Jahre diese Sicht geteilt, bis mich 1996 meine Aufgabe als Studiengangsleiter dazu zwang, auch andere Sichtweisen in meine Überlegungen miteinzubeziehen. Damals stand ich vor der schwerwiegenden Entscheidung, die formale Verantwortung dafür zu übernehmen, MusiktherapeutInnen oder Sufis auszubilden. Aufgrund immer häufigerer Kritik am damaligen Ausbildungssystem der „Schule für Altorientalische Musiktherapie“ hatte ich meine universitären Studien wieder aufgenommen, um im Rahmen von Aktionsforschungsprojekten an der Universität Klagenfurt die Ursachen der damals hohen drop-out Rate zu ergründen (2001, 2002). Das Ergebnis war die Differenzierung zwischen sufischem Einweihungsweg und einer Therapeutenausbildung.

Obwohl sich beide Wege auf den ersten Blick vergleichbarer therapeutisch wirksamer Methoden bedienen, muss man ihre Methoden vor dem Hintergrund ihres jeweiligen Kontextes betrachten. Sufis nutzen diese Methoden zur Annäherung an ein seit Jahrhunderten tradiertes Bild von vollkommenem „Mensch-Sein“ (vgl. Tucek; 2003, S.103 ff). Meister und Adept gehen einen überzeitlichen „Bund“ ein, der den Schüler mit der „goldenen Kette“ der Tradition des Meisters verknüpft. Im Sufitum spielt die Identifikation des Schülers mit dem Lehrer eine zentrale Rolle (*fana-fi' sh-shaikh*). Der Meister übermittelt auf dieser Grundlage absoluter Identifikation die göttliche Segenskraft (*Baraka*) auf den Schüler. Er hat die menschlichen Stufen trieb- und menschlich bedürfnisgeleiteter Existenz hinter sich gelassen und wendet sich dem Schüler (in der Theorie) ohne eigenes Wollen zu. Bei einer derartigen Traditionshandlung findet nach Pieper (1963) nicht ein Dialog zweier „Gleicher“ statt, sondern der Meister gilt als ranghöher. Der Sufischüler wird als Erbe verstanden, der das Mitgeteilte für zukünftige Generationen in Empfang nimmt. Die Rollenverteilung ist demnach ungleich: Der eine redet, der andere hört.

Während ein Zu-Lernendes grundsätzlich einer kritischen Prüfung ausgesetzt ist, gründet diese Art des Empfangens auf dem Glauben. Der Empfangende akzeptiert nach Pieper das Überlieferte als wahr und gültig, obwohl er dies nicht kritisch überprüfen kann. Dieser Glaube ist die Voraussetzung für den Erfolg einer Traditionshandlung.

Im Gegensatz dazu ist die Verbindung zwischen Lehrenden und StudentInnen in einer Therapieausbildung zeitlich begrenzt und folgt akademischen Spielregeln. Es gibt keine verbindlich vorgegebene Weltsicht bzw. Kosmologie. Der Kompetenzerwerb erfolgt über Eigenerfahrung und Reflexion im Sinne einer „competence-based education“.



### Divrigi

Obwohl in jeder gelingenden therapeutischen bzw. pädagogischen Beziehung Übertragungs/Gegenübertragungsprozesse vom PatientInnen bzw. StudentInnen auf LehrerInnen bzw. TherapeutInnen eine wesentliche Grundlage bilden, fällt es nicht schwer zu erkennen, dass obiges Modell sufischer Wissensübertragung nicht mit den heutigen Vorstellungen von Wissenserwerb konveniert. Auch ein modernes therapeutisches Selbstverständnis ist davon geprägt, den PatientInnen bei der Suche nach individuell stimmigem Selbstaussdruck im Rahmen (durch Krankheit oder Unfall) veränderter Lebensbedingungen zu unterstützen.

Den langjährigen Prozess zusammenfassend: Unser Ausbildungsziel liegt nicht mehr darin, ein geheimes Wissen hinsichtlich der Spielweise mikrotonaler *Makam*-skalen und verborgener kosmischer Ordnungen zu

erwerben. Mag der Weg des Sufis in der Entschlüsselung dieser Geheimnisse liegen, für TherapeutInnen und PatientInnen gilt es, andere Wege zu eröffnen (vgl. Aldridge; 2006). TherapeutInnen müssen mit den nötigen Kompetenzen ausgestattet werden, um PatientInnen auf ihrem Weg durch die Krankheit zu begleiten. Dementsprechend wandelte sich das Curriculum von einem auf einen (*Sufi*) Meistermusiker zentrierten Lehrgang zu einem fächerbezogenen Studium (siehe: [www.ethnomusik.com/Ausbildung](http://www.ethnomusik.com/Ausbildung)).

### Überlegungen zum Traditionsbegriff

Die Beschäftigung mit Büchern zum Begriff der „Tradition“ ergibt nach Dittmann (2004) ein unscharfes Bild. Häufig wird der Traditionsbegriff mit der Idee einer „religiösen Autorität“ in Zusammenhang gebracht (vgl. z.B. Hartmann, Janich; 1996), oder mit Argumenten eines „Immer-so-Gewesenen“ (vgl. z.B. Weber; 1980). Beide Argumente führt auch Güvenç ins Treffen.

Schon ab den frühen 1990er Jahren schien mir eine religiös-spirituelle Begründung angesichts der vielen Spannungen innerhalb der StudentInnengruppe fragwürdig. Mit wachsender Kenntnis der historischen Faktenlage wurde es mir unmöglich, von der AM als ein „Immer-so-Gewesenes“ zu sprechen. Zwischen dem Abbruch der Musiktherapie in der Türkei um 1850 und ihrer Wiedererstehung in den späten 70er Jahren des 20. Jh. hatten Museen und Archive identitätsstiftende Erinnerungsfunktionen übernommen. Während europäische Musiktherapien ihre Wirktheorien auf Erkenntnissen des 20. Jh. gründeten, berief sich die AM in ihrer Wirkung auf eine bis ins Mittelalter zurückreichende Tradition. Güvenç vertrat hierbei einen essentialistischen Kulturbegriff. Er berief sich dabei auf die „türkische (Musiktherapie)kultur“ als eine in sich geschlossene Heiltradition. Darin begründete sich von Anbeginn an sein Streben diese in idealtypischer Autochthonie und größtmöglicher „Reinheit“ und „Unverfälschtheit“ wieder herzustellen (Güvenç; 2007).

Diesem Ansinnen zunächst folgend, vollzog ich ab 1995 einen Wandel in Richtung „Hybridität“, welche Kulturen in permanenter wechselseitiger Durchdringung versteht (Bhabha; 2000). Im Sinne Bhabhas Konzept der „dritten Räume“ werden fixe Festschreibungen über Vergangenheit zugunsten einer prozessualen jeweils gegenwärtigen Neubewertung suspendiert. Diese Position stellt ein für "alle Ewigkeit" festgeschriebenes Verständnis von "Tradition" radikal in Frage. So stehe ich einzelnen Bestrebungen die AM, heute wieder an die historische 4-Säfte-Lehre zu knüpfen (vgl. Bachmaier-Eksi; 2004, 2007), kritisch gegenüber. Diese Position übersieht, dass sich



### Klinische Therapiesequenz

Musiktherapien im 21. Jh. nicht mehr als medizinische Hilfsdisziplin begreifen, sondern als eigenständige künstlerische und beziehungsorientierte Therapiemethoden etabliert haben. Eine neuerliche Verknüpfung der AM mit der dem Arztberuf vorbehaltenen (humoral-)medizinischen Diagnostik (Bachmaier Eksi; 2007, S.170), würde den MusiktherapeutInnen in Österreich mit dem strafrechtlichen Tatbestand der Kurpfuscherei in Konflikt bringen. Ebenso unsinnig erscheint mir die prinzipielle Weigerung, musikpsychologische, entwicklungspsychologische, und kulturwissenschaftliches Wissen über Musikrezeption mit der Begründung abzulehnen, dass sie nicht den historischen Theorien entsprächen (ebenda). Dieses kleine Beispiel verdeutlicht die Notwendigkeit, im Rahmen von Methodentransfers auf die jeweiligen kulturellen und (legistischen) Rahmenbedingungen einzugehen. Unbestritten ist die historische AM als regulationsmedizinisches Therapieverfahren zu interpretieren. Demnach liegt ihr Wirkprinzip in einer Regulation des Vegetativums, das neben dem musikalischen Angebot auf einem liebevollen und Sicherheit vermittelnden Beziehungsangebot gründet. Das übergeordnete Therapieziel der AM liegt in der Unterstützung der PatientInnen, ein stimmiges Zusammenspiel zwischen einem gesellschaftlichen Entwurf von gelingendem Leben und der inneren subjektiven Stimmigkeit (wieder) herzustellen.

Dieses Ziel vor Auge, haben sich die MitarbeiterInnen des Instituts für Ethno-Musik-Therapie von einer ausschließlichen Orientierung an vorgegebenen emotions- & organspezifischen Zuordnungen des Makam-Systems emanzipiert. Heute werden je nach klinischer Anforderung gleichermaßen Elemente westlicher Musik, pen-

tatonische Improvisationen, zentralasiatische Lieder sowie Makamstrukturen zur Anwendung gebracht. Aus diesem Grund erweiterte sich die Schulbezeichnung von „Altorientalisch“ zu „Ethno-Musik-Therapie“. Natürlich stellt sich in einem derartigen Prozess die Frage nach der eigenen Kernidentität.

Klinische Erfahrungen zeigten, dass beim Erstkontakt der PatientInnen mit der AM durch die Neu- & Andersartigkeit des Klangbildes (Instrumentarium, Makamstruktur) etwaige - durch Vorerfahrung - etablierte (individuelle) Assoziationen zu bekannten Musikstilen vermieden werden. Dies schafft den Raum für den Aufbau neuer Strukturen und Assoziationen, die mit positiven Gefühlsinhalten bzw. Hoffnung zu tun haben. Die damit einhergehenden regulierenden und synchronisierende Wirktheorie der AM konnte mittlerweile mittels chronobiologischer Messmethoden nachgewiesen und dargestellt werden (Scharinger 2006; Tucek 2006).

Gerade in therapeutischen Kontexten gilt es, dem konkreten Menschen gegenüber abstrakten Modellen den Vorzug zu geben. Aldridge: „Schwerpunkt einer jeden Therapie muss sein, wieder Hoffnung zu wecken, sich mit Gefühlen von Verlust, Isolation und Verlassenheit auseinanderzusetzen, Leiden zu verstehen, Abhängigkeit zu akzeptieren und dabei doch unabhängig zu bleiben und dem Leben einen tieferen Sinn zu geben.“ In diesem Sinne wird Musik heute nicht mehr als objektive Eigenschaft des Seins verstanden, sondern gründet auf individueller und subjektiver Rezeption.

**Gerhard Tucek:** Musiktherapeut; Lehrbeauftragter an der Universität für Musik und darstellende Kunst sowie am Institut für KSA; Mitbegründer der Schule für altorientalische Musiktherapie. Seit 1997 leitet er den Studiengang für Altorientalische Musiktherapie. Er ist Gründungs- und Vorstandsmitglied der 2004 gegründeten IMARAA (international music and art research association austria).