

Mentalisierung und Symbolbildung in der klinischen Arbeit mit Guided Imagery and Music (GIM), modifiziertem GIM und musikimaginativen Methoden

Mentalization and Symbol Formation in Clinical Work with Guided Imagery and Music (GIM), Modified GIM and Music-Imagination Methods

Christina Herold, Berlin

Das Konzept der „Mentalisierungsbasierten Psychotherapie“ (MBT nach Fonagy et al.) sieht die Schwierigkeiten von Patienten mit schweren ich-strukturellen Störungen vor allem in ihrer defizitären Mentalisierungsfähigkeit. Kern des Verfahrens ist die „mentalisierte Affektivität“. Damit ist ein vorwiegend emotionserfülltes Erleben gemeint, das in einem sicheren therapeutischen Setting erlebt und untersucht werden soll. Grundlage dazu ist eine sichere Bindungserfahrung, um so ein Bewusstwerden und Verstehen der Emotionen zu fördern.

Im folgenden Beitrag soll an Hand von Beispielen aus der klinischen Praxis gezeigt werden, welches Potential Guided Imagery and Music (GIM) und seine Modifikationen zur Mentalisierungsförderung und Symbolbildung haben und inwiefern sie sich mit Methoden der MBT kombinieren lassen.

The concept of Mentalization-Based Psychotherapy (MBT), from Fonagy et al., views the difficulties of patients with severe ego-structural disorders relating to a deficit in their capacity to mentalize. „Mentalistic affectivity“ is at the heart of this process. This entails a primarily emotionally fulfilling experience, which is experienced and examined within a safe therapeutic setting. Fundamental here is a secure bonding experience, promoting awareness and understanding of emotions.

The following article will present examples from clinical practice which show the potential of Guided Imagery with Music (GIM) and its modifications for promoting mentalization and symbol formation. Further consideration is given as to how these can be combined with MBT methods.

Einleitung

In meiner Arbeit als Musiktherapeutin in einer großen allgemeinspsychiatrischen Klinik bin ich seit 15 Jahren auf einer gemischtpsychiatrischen Akutstation und in einer Tagesklinik tätig. Besonders in der Arbeit in der TK beobachten ich und meine dortigen Kollegen seit einigen Jahren eine auffällige Veränderung der Stö-

rungen bzw. der Diagnosen, mit denen die Patienten zu uns in Behandlung kommen. Diese Patienten (gemeint ist immer auch die weibliche Form, auf die ich aber im Artikel aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichte) zeigen oft einen relativ hohen Grad an kognitiven Fähigkeiten, weisen aber in ihrer Symptomatik erhebliche Mängel an ich-strukturellen Fähigkeiten und ihrer Regulation von Innen- und Außenwelt auf. Sie kommen oft mit depressiven Symptomatiken, aber auch einem hohen Angst- und (Auto)-Aggressionspotential zu uns, das z.B. an der Schwelle zwischen Ausbildung und Berufseinstieg zu erheblichen Einbrüchen führt. Im näheren Kontakt fallen dann eine brüchige Ich-Struktur (z.B. Identitätsstörungen), unreife Abwehrmechanismen, eine hohe Vulnerabilität und schlechte Affektregulation auf. Diese Symptomatiken deuten auf frühe Störungen hin. Sie sind aber oft nicht stark genug ausgeprägt, um eine klare Zuordnung z.B. zur Borderlinestörung zu treffen, so dass die Diagnose oft Anpassungsstörung oder gemischte Persönlichkeitsstörung u.ä. lautet.

Auch in der Literatur bzw. in Fachzeitschriften finden sich Hinweise darauf, dass es eine Zunahme von Patienten mit schweren ich-strukturellen Störungen gibt (s. auch Reinhardt/Haase 2013), die offenbar nicht nur klinisch auffällig werden, sondern auch in der Gesellschaft. So wurde in verschiedenen Zeitschriften der zunehmende Narzissmus in der Gesellschaft thematisiert („Die Zeit“ vom 14.8.2013, Geo Heft 9/2012). Und auch der Psychiater Manfred Lütz (2010) stellt sich in seinem Buch „Irre“ die Frage, wer in einer zunehmend von Narzissmus und Selbstdarstellung geprägten Welt eigentlich die wahren Kranken sind. Auf die Frage nach den Ursachen dieser Störungen versucht der Kinderpsychiater M. Winterhoff (2010) in seinem Buch „Warum unsere Kinder zu Tyrannen werden“ eine Antwort zu geben. Seine These ist, dass die Überfürsorglichkeit und mangelnde Abgrenzung bzw. Grenzsetzung vieler Eltern, gepaart mit einem die Kinder überfordernenden partnerschaftlichen Umgang nicht nur zwischen Eltern und Kindern, sondern auch zwischen Erziehern und den ihnen anvertrauten Kindern zu einer Verhaftung im frühkindlichen Narzissmus führt. So titelte auch der Spiegel 33/2013 „Kampfauftrag Kind“ und beschrieb darin bei den Eltern die Mischung aus Überfürsorglichkeit und Kontrolle einerseits, andererseits den hohen Erwartungen, die Eltern bei diesem Engagement dann auch an ihre Kinder haben und die zu erheblichem Druck bei den Kindern führt, unter dem diese dann nicht selten dekomensieren (Kullmann 2013).

Allen diesen Problematiken gemeinsam scheint eine defizitäre Introspektionsfähigkeit zu sein. Sie zeigt sich zum einen in einer undifferenzierten Selbstbetrachtung und schlechter emotionaler Eigenregulation, zum anderen in einer unzureichenden Einschätzungsfähigkeit Anderer und den daraus resultierenden Beziehungsproblematiken. Hier liegt also eine insgesamt defizitär anmutende Verarbeitungsfähigkeit vor, die seit einiger Zeit unter dem Begriff der Mentalisierungsfähigkeit im therapeutischen Bereich zunehmend Verbreitung gefunden hat.

Mentalisierung

Die Verbreitung des Begriffs der *Mentalisierung* im therapeutischen Vokabular geht auf Peter Fonagy und seine Arbeitsgruppe zurück, die in der Behandlung schwerster struktureller Störungen wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Methodik entwickelt haben, die speziell auf die Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeiten ihrer Patienten fokussiert und unter dem Namen „*Mentalization Based Treatment*“ (*MBT*) von Bateman und Fonagy (2004) manualisiert veröffentlicht wurde.

Mit dem Begriff „*Mentalisieren*“ ist hier die Beachtung eigener und fremder psychischer Zustände und deren Reflexion gemeint. Diese Fähigkeit ist eine wichtige Voraussetzung, um eigene seelische und physische Vorgänge wie Emotionen und Affekte oder innere Spannungszustände wahrzunehmen, zu deuten und damit umzugehen. Zum Mentalisieren gehört aber auch die Fähigkeit, intentionale Vorgänge zu planen und das Verhalten anderer Menschen zu verstehen, um es ggf. in Bezug zum eigenen Handeln und Erleben zu setzen. Die Facetten des Mentalisierens betreffen also den Inhalt mentaler Zustände (Bedürfnisse, Wünsche, Gefühle, Gedanken etc.), das Objekt, auf das sie gerichtet sind, sowie die Zeit (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft).

Die Fähigkeit zu mentalisieren ist damit eine wichtige Grundlage, um sich im Leben und in Beziehung zu Anderen zurechtfinden zu können, da sie der Wahrnehmungsverarbeitung dient und das Handeln steuern hilft. Das Mentalisieren ist die wichtigste Voraussetzung, um sich selbst als Urheber des eigenen Erlebens und Handelns zu verstehen und nimmt deshalb implizit in den meisten psychotherapeutischen Methoden von jeher einen großen Stellenwert ein. Damit ist es Voraussetzung und Gegenstand der meisten Therapiemethoden zugleich, da es die wichtigste Grundlage zur Bewältigung emotionaler Konflikte und Probleme darstellt und Bedingung für das Verstehen des eigenen Selbst sowie anderer Menschen ist.

Allerdings ist die Fähigkeit zu mentalisieren unterschiedlich differenziert ausgeprägt. Außerdem wird es durch bestimmte psychische Zustände wie z.B. emotionalen Stress, neurotisch bedingte Krisenzustände, aber auch emotionale Ausnahmesituationen, zu denen sogar das Verliebtsein gehören kann, erheblichen Schwankungen unterworfen. Denn es setzt einen hohen Grad an Aufmerksamkeit voraus, die eben in Stresssituationen oft beeinträchtigt ist.

Petzold weist darauf hin, dass der Begriff „*Mentalisierung*“ von Fonagy et al. sehr einseitig benutzt bzw. besetzt werde. In deren Konzept gehe es vor allem um das Bewusstmachen der eigenen und fremder psychischer Zustände und Intentionalitäten. Der Begriff habe aber bereits eine längere Tradition in kulturtheoretischen und neuropsychologischen sowie soziologischen Konzepten, wie sie z.B. von Vygotskij, Moscovici, Lurija u.a. vertreten würden (Petzold 2008, 45). Damit sei hier die zerebrale und mentale Prägung des Menschen durch seine relevanten Bezugspersonen, aber auch durch die Kultur und die Traditionen, das geistige und emotionale Klima, in denen ein Mensch aufwächst, gemeint. Petzold spricht in die-

sem Zusammenhang von „*kollektiven Repräsentationen*“, also bestimmten Weltansichten, Weltbildern, Lebensanschauungen etc., die zur Bildung einer bestimmten Mentalität, einer kollektiven (und damit auch individuellen) emotionalen und mentalen Persönlichkeitsprägung führen. Diese Prozesse der Mentalisierung beinhalten neben familiärer und gesellschaftlicher Erziehung komplexe Einflüsse u.a. der historischen Ereignisse (z.B. Kriege und ihre Nachwirkungen), ökonomische und ökologische Bedingungen, wissenschaftliche Entwicklungen (man denke nur an die Veränderungen, die die Entwicklung von Fernsehen oder Computer auf das Leben des Menschen haben), politische Entwicklungen (z.B. der Mauerfall oder jüngstens die NSA-Affäre) usw. Alle diese Entwicklungen haben einen enormen Einfluss auf das Denken, Fühlen und Wollen von Menschen. Sie beeinflussen ihre Haltungen, ihr Verhalten und Handeln. Weil der Einfluss dieser Prozesse aber ein Leben lang anhalte, sei es wichtig, sie auch in der Psychotherapie mit einzubeziehen, also zu mentalisieren (Petzold 2008).

Dabei geht es ihm vor allem um einen kulturkritischen Blick, der sowohl die eigene kulturell transportierte (und oft nicht bewusste) Prägung des Therapeuten als auch die möglichen „*kollektiven Repräsentationen*“ des Patienten im Blick hat. Diese Überlegungen sind vor allem bei der Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturkreisen, aber auch für die Beachtung transgenerationaler Einflüsse (z.B. durch die nationalsozialistische Erziehung der Elterngeneration, die Sozialisation in West- oder Ostdeutschland, durch erlittene Traumata usw.) relevant. Umgekehrt muss auch der Therapeut sich immer wieder bewusst machen, welchen kollektiven Mentalisierungen er in seiner Kultur ausgesetzt ist und wie diese sich auf seine Werte, Menschenbilder und therapeutischen Konzepte auswirken. In diesem Zusammenhang erwähnt Petzold z.B., dass auch in der Psychotherapie eine bestimmte Kultur der Abgrenzung herrsche, wie sie beispielsweise in der Abstinenz Freuds oder der „wohlwollenden Neutralität“ Kernbergs oder der Angst vor Nähe im klinischen Kontext durch behaviorale Konzepte zum Ausdruck komme. Diese beeinflusse das Verhalten innerhalb der Beziehung zum Patienten entscheidend (Petzold 2008, 78).

Im Lichte dieser umfänglichen Sicht des Mentalisierungskonzeptes erscheint es meines Erachtens um so wichtiger, dass auch der Therapeut sich seine eigenen „*mentalen Repräsentationen*“ bewusst macht, da diese sein Denken und Handeln, sowie seine Interventionen in der Therapie ganz entscheidend prägen.

MBT und theoretischer Hintergrund des Mentalisierungskonzeptes

Die Arbeit an der Verbesserung der Fähigkeit ihrer Patienten zu mentalisieren ist für die meisten Therapeuten seit vielen Jahren ein wichtiger Bestandteil der Therapie, auch wenn der Begriff von vielen so bisher gar nicht verwendet wurde. (In diesem Zusammenhang sei noch mal darauf hingewiesen, dass der Begriff der „*Mentalisierung*“ hier im Sinne der Achtsamkeit und des Bewusstwerdens benutzt

wird, während im integrativen Ansatz auch ein mentaler Prägungsvorgang damit gemeint ist.)

Wenn unter dem Einfluss von emotionalem Stress die Mentalisierungsfähigkeit bei Menschen mit frühen strukturellen Störungen zusammenbricht, beschreiben Fonagy et al. einen Rückgriff auf prä-mentalierende Reaktions-Modi, die im Verlauf der entwicklungspsychologischen Reifung eine Rolle spielen: die *psychische Äquivalenz* (Gleichsetzung der Realität mit dem momentanen mentalen Zustand, z.B. beim konkretistischen Denken), den *Als-ob-Modus* (der mentale Zustand wird von der Realität abgekoppelt, z.B. bei Dissoziationen) und den *teleologischen Modus* (mentale Zustände werden durch Aktionen oder somatische Reaktionen ausgedrückt) (Fonagy 2011, 156). Diese unreifen Bewältigungsmuster können dann den Stress sogar noch erhöhen. Im Extremfall wird so ein *circulus vitiosus* in Gang gesetzt, der zu einer Eskalation oder einem völligen Zusammenbrechen der Kompensations- bzw. Funktionsfähigkeit des Betroffenen führen kann.

Wie Fonagy und seine Mitarbeiter an Hand der Bindungstheorie und empirischen Säuglingsforschung nachweisen, entwickelt sich die Mentalisierungsfähigkeit des heranwachsenden jungen Menschen auf dem Hintergrund einer sicheren Bindungserfahrung. Hier werden durch das affektiv und inhaltlich abgestimmte Spiegeln (*markiertes Spiegeln*) der relevanten Bezugspersonen seine Affekte moduliert und das Kind in einem sicheren Rahmen zur Exploration seiner Umwelt angeregt. Das hilft ihm, ein stabiles und kohärentes Selbst mit einem stabilen Identitätsgefühl und einer inneren Objekt Konstanz auszubilden, sowie einer differenzierten *Theory of Mind*. So kann der Heranwachsende Innen und Außen, Kognition und Emotion, Fantasie und Realität sowie Intention und Resultat einer Handlung lernen zu integrieren (Bolm 2010, 59).

Diese Überlegungen bilden auch die methodischen Grundlagen der MBT. Auf der Grundlage einer sicheren und vertrauensvollen therapeutischen Beziehung geht es in der MBT darum, ein vorwiegend emotionserfülltes Mentalisieren zu evozieren, d.h. zunächst ein Gewahrnsamsein für das Erleben zu schaffen und die Emotion selbst dann zum Mittelpunkt der Exploration zu machen. Diese Untersuchung während des Erlebens nennen Fonagy et al. „*mentalisierte Affektivität*“. Dabei ist es ihnen wichtig, die Intentionalität der Emotion, also ihre Gerichtetheit in einem Beziehungsgeschehen zu untersuchen. Damit wird das Fühlen, das an sich schon ein so genanntes implizites Mentalisieren darstellt, durch Beschreiben und Spiegeln bewusst gemacht und durch Neubewertung in einen expliziten Mentalisierungsvorgang transformiert. So wird das Erleben dem Bewusstsein zugänglich, ein Verstehen möglich und die Urheberschaft des Erlebens z.B. in Interaktionen nachvollziehbar.

Allerdings ist die Voraussetzung für die Arbeit am Affekt, einen zum Nachdenken nötigen Abstand zu halten, d.h. ein Klima zu schaffen, in dem die Emotionen weder zu heiß noch zu kalt sind. Darum muss der Affekt häufig zunächst moduliert werden, indem der Therapeut ein *Holding* anbietet, die Gefühle durch

Spiegelung identifizieren hilft und das Äußern der Gefühle ermöglicht, also die Binnendifferenzierung des Affektes ermöglicht (Fonagy et al. 2011, 97–102).

Mentalisierung und Guided Imagery and Music

In diesen methodischen Ansätzen gibt es eine große Übereinstimmung mit den Zielen und Inhalten des rezeptiven Verfahrens GIM und den für die klinische Anwendung modifizierten Formen, geht es in dieser rezeptiven Methode doch vor allem um das Explorieren der „inneren Seelenlandschaft“ und das gleichzeitige Ausdrücken und Verbalisieren des Wahrgenommenen.

In der klassischen Anwendung des GIM wird dazu mit Hilfe von speziellen Musikprogrammen das emotionale und imaginative Erleben stimuliert. Während dieser so genannten Reise bleibt der Traveller (Klient), der zuvor durch eine Induktion in einen leicht veränderten Bewusstseinszustand gebracht wurde, verbal im Dialog mit dem Guide (Therapeut) und exploriert mit dessen Hilfe seine bildlichen, emotionalen und sensorischen Wahrnehmungen. Dieser Austausch während des Erlebens dient der Unterstützung und Intensivierung, nicht aber schon dem Verstehen oder Interpretieren. Dieses findet erst im Anschluss an die Reise statt.

Nach der Reise kann durch das Malen eines *Mandalas* das Erlebte noch einmal fokussiert werden. Damit ist ein Kreisbild gemeint, in dem der Traveller erlebte Inhalte im freien Malen noch einmal darstellen und nacherleben kann. (Darauf wird weiter unten im Artikel noch einmal näher eingegangen.)

Während der Reise befindet sich der Traveller also immer auf mindestens zwei Ebenen: Einerseits ist er im Erleben selbst involviert und emotional bewegt, was durch die Musik noch unterstützt wird, bleibt aber durch das Gespräch mit dem Guide immer auch in der Exploration seiner Gefühle, also im Mentalisieren. Wenn dieser Prozess gelingt, ist auch keine Gefahr der Überflutung durch Gefühle gegeben, die die Mentalisierungsfähigkeit beeinträchtigen würden.

Frohne-Hagemann weist darauf hin, dass es dazu wichtig ist, dass der Guide sich zunächst seiner eigenen „mental Repräsentationen“ bewusst sein muss, d.h. beispielsweise seine eigene Weltsicht mit der des Travellers abgleichen muss, damit sein Guiding für den Traveller „stimmig“ ist. Das spielt z.B. bei Menschen aus anderen Kulturkreisen, aber auch bei größeren Altersunterschieden zwischen Guide und Traveller eine große Rolle. Dazu muss der Guide in der Lage sein, sich selbst aus einer anderen Perspektive zu betrachten bzw. sich in die Perspektive seines Gegenübers zu versetzen, um dann seine Interventionen entsprechend abzustimmen auf die Bedürfnisse des Travellers (Frohne-Hagemann 2014a, 20; dies. 2014b, 92ff.).

Allerdings setzt dieses klassische Setting eine gute Ich-Stärke des Klienten voraus, da der Therapeut nur in Notfällen aktiv eingreifen würde, indem er z.B. Lösungen vorschlägt oder sogar selbst in das Geschehen mit rein geht. Außerdem ist die klassische Form nur für die Einzelarbeit gedacht und wegen ihrer großen zeitlichen

und emotionalen Intensität in der Klinikarbeit kaum anwendbar. Deshalb wurden zahlreiche modifizierte Methoden entwickelt, die für Patienten mit weniger gutem Strukturniveau oder auch in Gruppen anwendbar sind. In diesen Formen der musikimaginativen Arbeit ist die emotionale Intensität des Erlebens geringer und besser steuerbar, und die emotionalen Potenziale des Verfahrens können so auch klinisch genutzt werden. In allen diesen Formen spielen Symbolisierungen verschiedenster Art eine Rolle. Auch das Malen des Mandalas bringt Inhalte der Reise noch einmal in symbolischer Form zum Ausdruck (Bonny 2002, 207ff.; Bonde/Körlin 2004).

Eine Verbindung der Methode des GIM zur MBT zeigt sich u.a. in ihrer therapeutischen Grundhaltung, in der der Klient/Patient konsequent zu einer neugierig forschenden Haltung angeregt wird, die der Therapeut selbst durch seine Haltung des Nicht-Wissens und die Art seiner Interventionen (z.B. keine Interpretationen oder Vorschläge, was zu tun ist während der Reise) einbringt. Der Therapeut versteht sich als ein *Guide* (im Sinne eines Begleiters oder Gefährten), der zum Erkunden einlädt, aber die Eigenverantwortung für das Erleben bleibt konsequent beim *Traveller*. Allerdings versucht der Guide ein sicheres Klima für das Erkunden bereitzustellen und fördert die gemeinsame Aufmerksamkeitsausrichtung auf etwas Drittes, z.B. indem er die Musik mit in das Erleben reinholt oder eine aktive Auseinandersetzung mit Konfliktsituationen anregt. So kann der Guide z.B. den Traveller fragen: Was sagt die Musik dazu? oder: Was hindert Sie jetzt, in das Haus zu gehen?

Während der ganzen Sitzung spielen Spiegelungsprozesse für das emotionale Erleben eine große Rolle, um den Klienten im Erleben zu halten. Durch diese Spiegelung entstehen wichtige Begegnungsmomente, in denen sich ein zeitweises Teilen einer psychischen Landschaft ereignen kann (Stern 1992, 189f.). So spielt wie auch in der MBT der Affekt und seine Modulierung bzw. Erkundung in GIM eine zentrale Rolle. Dabei ist es Aufgabe des Guides dafür zu sorgen, dass der Affekt für den Traveller dessen individuell tragbares Maß nicht überschreitet, also z.B. zu einer Überflutung führt. In diesem Fall hat der Guide/Therapeut eher eine stützende als begleitende oder konfrontierende Rolle und sorgt für ein angenehmes Erleben mit positiven Emotionen (Liesert 2013, 145/146).

Eine wichtige Rolle für das Guiding sind *mentalisierungsfördernde Interventionen*, also Fragen, die das Erleben vertiefen oder differenzieren helfen. Solche Interventionen sind z.B.:

Was nehmen Sie wahr? Können Sie mehr über dieses Gefühl sagen? Wo im Körper spüren Sie den Ärger? Welche Qualität hat die Einsamkeit bzw. hat sie eine Farbe oder Form?

Andere Interventionen können eine Perspektivänderung oder das Erkunden der Szenerie betreffen, z.B.: Wie reagiert X, wenn Sie das zu ihm sagen? Können Sie mal das kleine Mädchen sein? Wie ist die Atmosphäre dort? Wollen Sie näher ran gehen? Was wollen Sie tun? usw. Spiegelungen sind z.B. Bestätigungen wie: Das *ist* traurig! Sie sind wütend! Sie zeigen sich aber auch in einer stimmlichen Abstimmung.

mung auf das Erleben des Travellers, die z.B. in verschiedenen „mmh“s oder „Ah“s u.ä. Äußerungen Ausdruck finden kann. (Frohne-Hagemann 2014).

Des Weiteren kann der Patient/Klient in einer Reise auch durch Probehandeln seine „inneren Bilder“ erweitern bzw. Grenzen austesten oder sich neue Wege zu eigen machen, also ein Üben im Als-ob-Erleben (hier einer Art antizipierendem Üben und nicht zu verwechseln mit dem Als-ob-Modus der MBT). Diese Art sich neue Schritte anzueignen durch mentales Training, ist auch eine wichtige Übung innerhalb der MBT.

Im nun folgenden Teil möchte ich an Hand von Beispielen aus der klinischen Praxis einen Einblick geben, wie die Arbeit mit GIM und ihren Modifizierungen einen wichtigen Beitrag zur Mentalisierungsförderung leisten können.

Möglichkeiten klinischer Arbeit mit modifiziertem GIM und Musikimagination

Mein Arbeitsbereich erstreckt sich auf eine Akutstation mit 27 Betten, die allerdings oft auch mit mehr Patienten belegt ist und eine Tagesklinik mit 20 Plätzen sowie Patienten, die in der Psychiatrischen Institutsambulanz behandelt werden. Diese werden also nachstationär für kürzere Zeit oder über einen längeren Zeitraum psychiatrisch begleitet und können auch an den Gruppenangeboten teilnehmen oder ggf. Einzeltherapie erhalten.

Auf der gemischtpsychiatrischen Akutstation werden Patienten mit allen psychiatrischen Krankheitsbildern behandelt, die in einer Krise bzw. einer akuten Exazerbation ihrer Erkrankung zu uns kommen. Das Behandlungskonzept umfasst deshalb neben der Milieuthherapie auf der Station verschiedene Einzel- und Gruppenangebote. Dazu gehören Angebote der Physio- und Bewegungstherapie, der Ergotherapie, verschiedene Gesprächsgruppen sowie Musik- und Tanztherapie. Das heißt, dass ich als Musiktherapeutin Teil eines multiprofessionellen Teams bin, dem neben Ärzten und Pflegepersonal Therapeuten verschiedenster Professionen angehören. So gehören zu meinen Aufgaben auch die Teilnahme an Stationsversammlungen wie z.B. einer wöchentlichen Großgruppe für alle Patienten und die Teilnahme an der wöchentlichen Teamsitzung. Hier werden alle neuen Patienten vorgestellt, die Therapieplanung und der Behandlungsverlauf der Patienten besprochen.

Meine Aufgabe umfasst also musiktherapeutische Angebote für Patienten mit sehr unterschiedlichen Diagnosen anzubieten. Dazu gehören z.B. Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und Demenz. Deshalb biete ich neben verschiedenen musiktherapeutischen Gruppen auch Einzeltherapie an, die vor allem für Patienten gedacht ist, die nicht gruppenfähig sind oder die sich in einer akuten Krise befinden und Hilfe zur Stabilisierung brauchen.

Im Rahmen dieser Einzeltherapien gibt es immer wieder Patienten, die eine große Berührungsangst vor dem Medium Musik haben, weil sie z.B. Angst vor

Kontrollverlust haben, vor allem aber das Improvisieren auf Instrumenten zu Beginn der Therapie oft ablehnen, weil sie große Insuffizienzgefühle und/oder einen hohen Anspruch an sich selbst haben. Hier bietet das gemeinsame Hören von Musik einen guten Einstieg, weil die Patienten dann auch eigene Musik mitbringen oder Wünsche äußern können. In diesen Einzeltherapien setze ich gern modifizierte Formen des GIM ein, um den Patienten zu helfen, mit ihrem inneren Erleben in Kontakt zu kommen bzw. um ihnen ihre eigenen emotionalen Regulationsmöglichkeiten wieder nahe zu bringen. Im Unterschied zur Musikimagination (MI) wird im modifizierten GIM während des gemeinsamen Hörens der Musik mit dem Patienten gesprochen, d.h. es findet ein unmittelbarer Austausch über die Musik und das Erleben statt. Dabei spielen mentalisierungsfördernde Interventionen wie z.B. das *markierte Spiegeln* oder Einbeziehen neuer Perspektiven eine wichtige Rolle. Dazu ein Fallbeispiel:

Eine schon seit einigen Jahren bekannte Patientin mit einer Borderline-Störung, die in einer betreuten WG lebt, kommt in einer akuten Krise auf die Station zur Stabilisierung. Sie erhält Einzel-Musiktherapie, weil aus früheren Aufhalten schon eine vertraute Beziehung zu mir besteht, sie aber die Teilnahme an Gruppen ablehnt. Es fällt Frau A. zu Beginn schwer, über ihr Befinden zu sprechen, sie möchte aber auch nicht auf Instrumenten spielen, danach sei ihr einfach nicht zumute. So zeige ich ihr einige Landschaftsaufnahmen mit verschiedenen Motiven (dazu Frohne-Hagemann 2014b). Ich bitte sie sich spontan ein Foto auszusuchen. Sie wählt ein Bild mit einer Winterlandschaft, in der ein einzelner kahler Baum auf einem verschneiten Feld zu sehen ist.

Ich wähle dazu ruhige, teilweise leicht bewegte Musik aus dem Film „Chocolat“ (Main Titles, The Story of Grandmère) aus und beginne während der Musik ein lockeres Gespräch über das Bild. Frau A. beschreibt zunächst das Bild und sagt dann, ja, so wie auf dem Bild fühle sie sich im Moment, so tristlos und einsam, ohne Hoffnung. Ich bestätige, also spiegle ihr Gefühl: „So einsam wie auf dem Bild fühlen Sie sich auch!“ Nun erzählt sie, dass ihr Enkel, den sie sehr liebe, aber den sie seit dem Kontaktabbruch ihrer Tochter vor zwei Jahren nicht mehr gesehen habe, wegen großer Probleme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie gekommen sei. Die Tochter gebe nun ihr die Schuld daran, sehe quasi eine Vererbung ihrer Erkrankung auf den Enkel. Das belaste sie sehr. Außerdem sei sie traurig, weil sie so unter dem Kontaktabbruch zu ihrem Enkel leide. Ich bestätige wieder: „Das ist auch wirklich traurig, dass Sie Ihren Enkel nicht sehen können!“

Nun entdeckt Frau A. in dem Bild auch eine große Weite und sagt, die habe eigentlich sogar etwas Tröstliches, die Kühle im Bild etwas Abkühlendes, da sie sich im Moment so aufgewühlt und heiß fühle. Ich (Th) frage: „Wollen Sie mal versuchen, da hinein zu gehen?“ Sie (P) stimmt zu. Th: „Wie ist es dort in dieser Landschaft?“ P: „Sehr weit und ruhig. Kein Mensch zu sehen.“ Th: „Wie ist das für Sie?“ P: „Tut irgendwie gut.“ Th: „Wie tut das gut?“ P: „Es kühlt irgendwie ab und beruhigt.“ Th: „Ja, lassen Sie sich von der Landschaft und von der Musik beruhigen!“ Frau A. atmet tiefer und sagt nach einiger Zeit: „Aber es ist auch einsam, so allein zu sein. Und das macht mich wieder traurig.“ Ich spiegle ihr: „Ja, die Einsamkeit dort tut gut, aber sie macht auch traurig. Haben Sie eine Idee, was Ihnen dort jetzt gut tun könnte?“ Mit der Betonung von „dort“ will ich sie anregen, einerseits im Erleben zu bleiben, sich aber

andererseits auch von außen zu sehen und nach Hilfe zu suchen. P: „Am liebsten hätte ich jetzt meinen Hund bei mir.“ Th: „Können Sie ihn rufen?“ P: „Ich bin nicht sicher, kann sie nicht sehen.“ Ich beziehe die Musik mit ein, da diese inzwischen lebhafter geworden ist. Th: „Kann die Musik vielleicht helfen?“ P: „Ja, die springt gerade wie meine Lassie. Jetzt sehe ich sie. Sie läuft und springt vor mir her und ich kann jetzt mit Schneebällen nach ihr werfen.“ Frau A. geht es damit deutlich besser und zum Ende der kleinen Imaginationsreise kann sie noch einmal die Ruhe der Landschaft und ihre Weite wahrnehmen und mit ihrem Atem verbinden. (Hier lasse ich „Main Titles“ noch einmal bis zum Ende des ruhigen Teils laufen und ende die Musik mit dem ersten Motiv, quasi wie ein Rahmen.)

Nachdem die Musik zu Ende ist, löst sie sich wieder von dem Bild und erzählt, wie wichtig ihre Hündin für sie sei. Sie sei der beste Freund, der tren zu ihr stehe und sie oft tröste oder auf andere Gedanken bringe, wenn es ihr schlecht gehe. Auf Lassie freue sie sich schon sehr, wenn sie wieder nach Hause komme.

Nach dieser Imaginationsarbeit schlage ich vor, zum Ende der Stunde dieser Ruhe noch einmal einen Klang zu geben. Frau A. wählt dazu die Röhrenglocken, die sie, begleitet von meinem Klavierspiel, in langsamen, regelmäßigen Schlägen anspielt.

Diese Art der modifizierten Arbeit mit GIM eignet sich gut, um über die Brücke einer *Bildbeschreibung* eine Mentalisierung der eigenen Gefühle anzuregen (s. auch Frohne-Hagemann 2010; 2014b). Das spontane Auswählen eines Bildes ist weniger bedrohlich, und durch die laufende Musik kann eine halt gebende Atmosphäre geschaffen werden, die Vertrauen schafft und hilft, die Gefühle zuzulassen. In diesem Fall gelingt der Patientin im Verlauf eine Umdeutung des Bildes von trostloser Kälte zu Ruhe und Weite, wodurch sie dann mit ihren Ressourcen, nämlich dem Hund als Freund, in Kontakt kommen kann. Dazu war es aber wichtig, dass das zu Beginn vorherrschende Gefühl erst einmal wahrgenommen und von mir gespiegelt wurde, bevor die Patientin sich dann auch positive Dinge ihres Lebens wieder ins Bewusstsein rufen konnte. Die Art der Fragen im GIM soll dabei das Beschreiben und Erkunden der Szenerie sowie das Wahrnehmen der Gefühle anregen und bezieht auch die Musik mit ein, um neue Perspektiven oder Entwicklungen anzuregen. Das hatte sicher in dieser Arbeit auch eine Rolle gespielt, da die Musik im Verlauf lebhafter wurde und dadurch möglicherweise der verspielte Hund bei Fr. A. auftauchen konnte.

Eine andere Möglichkeit mit ängstigen Gefühlen oder Situationen umzugehen ist es, die Patienten zu bitten, sich eine Form oder einen *Rahmen für ihre Gefühle* vorzustellen, um so eine Distanzierung zu ermöglichen. Dies kann innerhalb einer laufenden GIM-Sitzung, aber auch fokal-konfliktzentriert eingesetzt werden, um bereits vorhandene Gefühle aushaltbar zu machen (Geiger/Maack 2010, 177). Dazu wieder ein Beispiel:

Frau B. ist eine Patientin mit einer abhängigen Persönlichkeitsstörung, die unter einer schweren, seit vielen Jahren chronifizierten Angst- und Panikstörung leidet. Da Frau B. sich in allen für sie neuen und ungewohnten Situationen sehr unsicher fühlt und dies dazu geführt hatte, dass sie ihre Wohnung jahrelang nicht mehr ohne Begleitung

verlassen hatte, wurde ihr nach einer Akutbehandlung in der Klinik die ambulante Teilnahme an Therapien nahegelegt, um so einem wiederholten sozialen Rückzug entgegenzuwirken. Im Rahmen dieser Ambulanzbehandlung nimmt Frau B. an Gruppenangeboten der Ergo- und Physiotherapie teil und erhält Einzelmusiktherapie, da sie Gesprächsangebote in Gruppen ablehnt.

Schon der Weg in die Klinik wird von ihr immer wieder als sehr angstvoll beschrieben, vor allem in Zeiten, wenn es ihr emotional nicht gut geht.

Zu Beginn einer Musiktherapiestunde erzählt sie, dass sie seit einigen Wochen ständige Schmerzen und Taubheitsgefühle in einem Bein habe und dies zu einer großen Gangunsicherheit führe, so dass sie den Weg zur Klinik nur sehr mühsam und voller Angst bewältigt habe, ihr Bein könne versagen oder eine Panikattacke sie gänzlich lähmen unterwegs. Ich frage, ob es besser sei, die Therapie zu unterbrechen, bis das Bein behandelt worden ist. Frau B. aber sagt, es sei zu wichtig für sie, hier in die Ambulanz zu kommen, weil sie das immer wieder aufbaue und aktuell auch entlaste. Deshalb frage ich Frau B., was ihr heute gut tun könnte. Sie wünscht sich fröhliche Musik zu hören. Sie wolle etwas Schönes erleben, um Abstand von ihrer für sie durch die Schmerzen zusätzlich deprimierenden Situation zu bekommen. Da ich mit Frau B. in der Vergangenheit bereits mehrfach mit Imaginationen gearbeitet hatte, schlage ich ihr vor, sich als Ausgangspunkt einen angenehmen Ort in einer schönen Landschaft vorzustellen und diese dann mit Hilfe der Musik zu erkunden. Solche Imaginationen hatte sie schon öfter als angenehm erlebt und dann auch neue Wege in ihrer Vorstellung ausprobieren können.

Nach einer kleinen Induktion zur Entspannung beginne ich mit Musik von Dvorak (8. Sinfonie, 3. Satz), die mit ihrer freundlichen Beschwingtheit zur Erkundung ermutigt, ohne durch dynamische oder emotionale Steigerungen zu viel Herausforderung mit sich zu bringen. Frau B. beschreibt sofort starke Ängste, spricht von Panik, ihr Bein zu verlieren oder im Rollstuhl zu landen und möchte die Imagination abbrechen. Ich versuche ihre Aufmerksamkeit auf die Musik zu lenken und lasse diese von ihr beschreiben. Das gelingt ihr nur schwer, die Musik schwanke zwischen Hoffnung und Schwere, aber sie selbst bleibe in der Schwere und Angst verhaftet. Ich frage sie, ob sie der Hoffnung in der Musik eine Form geben könne, wie die aussehe oder welche Farbe die habe. Frau B. beschreibt einen Kreis, der innen rosa sei, nach außen heller werde, aber dieser Kreis sei weit weg von ihr und unerreichbar. Auch die Musik könne keine Hilfe geben.

Bei der zweiten Musik, Bachs Hirtensinfonie aus dem Weihnachtsoratorium, bitte ich Frau B. ihrem Gefühl der Schwere eine Gestalt zu geben, das sie als amorph und düster beschreibt. Nun bitte ich sie, sich um diese Gestalt einen Rahmen zu denken, so wie er für Bilder verwendet werde. Das gelingt Frau B. und nach und nach kann sie in ihrer Vorstellung einige Schritte von diesem Bild zurücktreten und so Abstand zu ihrer Angst bekommen, was insgesamt zu einer deutlichen Entspannung führt.

Im Nachgespräch ist sie sehr bewegt und überrascht von dieser Erfahrung, da es ihr bisher noch nie gelungen sei, ihre Gefühle so zu steuern. Sie habe immer gedacht, sie sei ihre Gefühle bzw. werde von diesen beherrscht und könne keinen Einfluss darauf nehmen. Außerdem können jetzt ihre Ängste noch einmal konkreter angesprochen und auf ihren Realitätscharakter überprüft werden. Dabei wird klar, dass es keinen realistischen Anhaltspunkt für ihre Angst gibt, ihr Bein zu verlieren oder im Rollstuhl zu landen. Diesen Realitätscheck können wir dann in dieser und kommenden Stunden auch noch auf andere Situationen übertragen, die Frau B. immer wieder in Panik versetzen.

Dass Frau B. sich von mir dazu anhalten ließ, die Imaginationsarbeit nicht gleich zu Beginn abzurechnen und sich damit die Chance einer Auseinandersetzung mit ihren Gefühlen zu nehmen, ist sicher auf das im Laufe der Zeit gewachsene Vertrauen in unsere Beziehung zurückzuführen. Und auf dieser Basis eines emotional sicheren Rahmens kann sie sich dann auf neue Erfahrungen mit ihren sonst immer sofort durch Tabletten bekämpften Gefühlen einlassen.

Schon zu Beginn hatte ich eine Strukturvorgabe gemacht, die ihr eine Steuerung der Gefühle in eine angenehme Richtung ermöglichen sollte. Diese methodische Vorgabe ist auch aus der Traumatherapie (z.B. „Imagination eines sicheren Ortes“ bei L. Reddemann 2001; 2007) bekannt, um eine sichere Umgebung für die Patientin herzustellen. Die Musik kann dann noch zu einer sinnlichen Anreicherung des Erlebens führen (Geiger/Maack 2010, 183). In diesem Fall aber konnte die Patientin sich nicht auf das Bild einlassen, da sofort ihre Ängste in den Vordergrund kamen. Diese Ängste wurden für Frau B. so real, dass ich meine, im Sinne der MBT von einem Erleben im *Äquivalenzmodus* sprechen zu können, d.h. für Frau B. waren sie real, und sie konnte keinen Abstand dazu herstellen. Deshalb wollte sie auch die Imagination sofort unterbrechen, so wie sie sonst ihre Ängste immer sofort mit Tabletten bekämpft. Auf der Basis des gewachsenen Vertrauens lässt sie sich hier aber auf einen neuen Umgang ein. Dabei spielte der ständige Gesprächskontakt eine wichtige Rolle, der ihr Halt und das Gefühl gab, nicht allein zu sein. Dieses *Holding*, aber auch das Umlenken der Aufmerksamkeit auf die Musik (also etwas gemeinsames Drittes) oder die von der Musik stimulierte Hoffnung schafften immer wieder etwas Abstand. Dadurch konnte sie sich auf meinen Vorschlag einlassen, ihrem Gefühl der Angst eine Form zu geben. Frau B. gibt in der Imagination ihrer Angst eine amorphe und düstere Form, ein Gebilde, das aber für sie konkret ist und das sie durch einen Rahmen begrenzen kann wie ein abstraktes Bild.

Man könnte vielleicht sogar sagen, dass sie in ihrer Vorstellung eine Externalisierung der Angst schafft und deren Macht damit „bannt“. Auf jeden Fall gelingt ihr hier auf eine kreative Art ein Umgang mit der Angst, die man vielleicht als eine Art symbolisierender bzw. symbolbildender Handlung verstehen kann.

Wie Olschewski mit Bezug auf Potthoff-Westerheide (2004) ausführt, spielen Symbolisierungsprozesse in der menschlichen Entwicklung und Reifung eine wesentliche Rolle. Die Fähigkeit Symbole zu bilden, gehe der Sprachentwicklung voraus. Mittels *Symbolbildung*, wie z.B. das von Winnicott (1987) beschriebene Übergangsobjekt, kann ein abwesendes Objekt (die Mutter) in der Fantasie vorgestellt werden und durch ein konkretes Objekt (z.B. ein Kuscheltier) ersetzt werden und damit Sicherheit und Vertrautheit schaffen. Mit Bezug auf Langer (1942) führt Olschewski aus, dass das Gehirn in einem ständigen Prozess sei, Erfahrungen in Symbole zu transformieren, die zu Ideen und Vorstellungen werden. In diesem Sinne ist auch die Entwicklung der Sprache ein Ergebnis dieses Prozesses. Sprache ist dabei als diskursives Symbolsystem zu verstehen. Daneben gibt es das präsentative Symbolsystem. Dabei würden (präsentative) Symbole nach Langer als Gebilde

verstanden, denen ein Sinn verliehen wird, der durch das Gebilde selbst nicht nahegelegt werde. „Sie sind zum Beispiel als Wort oder als Bild geeignet, eine Fülle von Aspekten in sich zu bewahren“ (Olschewski 2010, 79ff.). Gefühle könnten also durch Projektion in Gegenstände oder Objekte als solche begriffen werden. So wird das Gefühlte anschaulich und hilft, überwältigende Eindrücke zu bannen. Die Fähigkeit Symbole zu bilden ist demnach eine Funktionsleistung des „Ich“, mit deren Hilfe das Denken, also Ideen und Gefühle beherrscht werden können (ebd.).

In diesem Fall hatte die imaginative Materialisierung vs. Symbolisierung des Gefühls in eine Form (Bild und Rahmen) eine Bannung der Angst und damit einen inneren Abstand ermöglicht. Im anschließenden Gespräch war dann die Auseinandersetzung mit dem, was hinter dieser Angst stand möglich, nämlich die unrealistische Vorstellung, ihr Bein zu verlieren und im Rollstuhl zu landen. Und es war die Übertragung dieser Erfahrung auf andere Situationen im Alltag möglich, in denen Frau B. schnell mit Angst reagiert, die oft einen unrealistischen Hintergrund hat, also einer Realitätsprüfung bedarf.

Einen wichtigen Aspekt in GIM bildet die Arbeit mit *Mandalas*. Diese werden am Ende einer Reise als Fokussierung des Erlebten gemalt und geben dem Klienten die Möglichkeit, noch einmal mit wichtigen Gefühlen, Erlebnissen oder Erkenntnissen seiner Reise in Kontakt zu treten. Das Malen soll als Vorstufe zur Reflexion dienen. Dazu wird dem Klienten ein leeres Blatt mit einem Kreis als Hilfe zur Zentrierung beim Malen zur Verfügung gestellt. Diesen Kreis kann er für sein Bild nutzen, muss es aber nicht. Hier kann dann Wichtiges noch einmal nacherlebt und ggf. auch in symbolischer Form ausgedrückt werden. Dieses Malen kann an sich schon als eine symbolisierende Handlung verstanden werden. In der Jungschen Psychologie wird das Mandala (das Wort kommt aus dem Sanskrit und bedeutet „Kreis“) sogar als Ausdruck des „Selbst“ gesehen (Kast 2010; Jung 1982). Diese Sichtweise wird auch von Bonny in ihrer Ausführung über Mandalas so übernommen (Jung in: Bonny 2002, 207).

Eine weitere Möglichkeit der Arbeit mit Mandalas kann das *Malen zur Musik* sein, so dass der Patient eher auf intuitive Art mit Hilfe der Musik seinem Erleben einen Ausdruck verleiht. Dabei kann das Erleben sowohl gegenständlich als auch symbolisch z.B. in Linien, Ornamenten oder Farben zum Ausdruck kommen. Im anschließenden Gespräch kann dann eine *mentalisierungsfördernde* Annäherung geschehen. Dazu wieder ein Fallbeispiel:

Frau C., eine junge Frau von 20 Jahren, kam zu uns mit einem schweren depressiven Syndrom und akuter Suizidalität auf die Station. Davon konnte sie sich auch im Verlauf nur sehr langsam distanzieren, da die suizidalen Fantasien bei Überforderungserleben und beim Erleben sozialphobischer Ängste schon seit längerem immer wieder auftraten. Zur aktuellen Dekompensation hatte eine Trennungssituation mit zunehmendem Rückzug, Auflösung der Wohnung und eine chronische Schmerzbelastung durch einen Unfall ca. zwei Jahre zuvor geführt, durch den die Ausbildungs- und Berufswünsche

der Patientin nicht mehr realisierbar waren, sie aber bisher keine neue Orientierung gefunden hatte.

Da Frau C. eine hohe Affinität zu künstlerischen Medien zeigte, wurde Einzelmusiktherapie angeordnet, die zu Beginn vor allem stützend und stabilisierend sein sollte.

Gleich in der ersten Musiktherapiestunde, in der Frau C. zunächst recht differenziert, aber emotional distanziert über sich selbst erzählt (Herkunft, Schulbesuch und Ausbildung), reagiert sie sehr stark auf die anschließend gemeinsam angehörte Musik, die eher einen ruhig-freundlichen Charakter mit viel Redundanz hat, bei ihr aber schnell eine tiefe und als bedrohlich empfundene Traurigkeit auslöst (Daniel Kobialka: *Wild Mountain Theme* und *The Water is wide*. CD: *Wild Mountain Air*).

Da Frau C. in der nächsten Stunde weder sprechen noch auf einem Instrument spielen will, schlage ich ihr vor, ein Bild zu malen, während wir Musik hören. Dies ist eine musikimaginative Methode, bei der die Patientin während des Hörens nicht spricht, sondern sich ganz ihrem eigenen Erleben und Gestalten des Bildes widmen kann. Frau C. greift diesen Vorschlag dankbar auf, da sie meint, dann nicht so sehr der Musik ausgeliefert zu sein, die sie im Moment zu schnell emotional überfordern würde. Ich wähle einige Musikstücke aus, die eher lebendig und frisch, aber nicht zu fordernd in ihrer emotionalen Qualität sind und deshalb geeignet, um ein erstes In-Kontakt-Kommen mit dem inneren Erleben herzustellen (d'Indy, *Symphonie on a French Mountain, Air*; Vaughan-Williams, *Norfolk Rhapsodie Nr. 1 e-moll*; Fauré, *Pavane in Orchesterfassung*). Dazu gebe ich ihr ein Blatt Papier mit einem vorgegebenen Kreis, den Frau C. als Fokus für ihre Gestaltung nutzt. Sie wirkt beim Malen sehr konzentriert und ruhig und nimmt sich für jede ihrer an Blüten und Ornamente erinnernden Figuren viel Zeit, so dass sie am Ende nur einen Teil des Randes gestaltet hat. Dazu sagt sie hinterher, das habe ihr gut getan, sie habe ganz in ihrem Tun aufgehen können. Die Musik habe sie als lebhaft und wechselhaft, trotzdem aber als Ganzes erlebt und die dadurch hervorgerufenen vielen Impulse gar nicht alle umsetzen können.

Zum Abschluss der Stunde schauen wir uns gemeinsam das Bild an und tauschen unsere Gedanken dazu aus.

In diesen ersten Wochen der Therapie ist Frau C. immer wieder so instabil, dass sie mehrfach zu Beginn der Stunde auf das Malen zurückkommt, bevor sie sprechen möchte. Ich lasse mich bei diesen Gesprächen von meinen Gedanken leiten, die mir während des Hörens durch den Kopf gehen. Dabei bekomme ich immer mehr das Gefühl, dass meine stille Anwesenheit während des Malens für Frau C. sehr wichtig ist und sie meine Spiegelung dessen, was ich in ihrem Bild sehe und worüber ich nachgedacht habe, dann anschließend sehr aufmerksam anhört. Ebenso scheint auch die gehörte Musik eine wichtige Halt und Sicherheit gebende Funktion zu haben. Deshalb wähle ich Musiken mit bewegt-freundlichem (z.B. Respighi *Pinien von Rom: „Gianicolo“* oder Brahms 1. Sinfonie c-Moll, *Allegretto*) oder ruhig-besinnlichem bzw. haltenden Charakter (wie z.B. Bachs *Hirtensinfonie* aus dem *Weihnachtsoratorium*, Vivaldis *Gitarrenkonzert in D-Dur* oder Haydns *Cellokonzert C-Dur, Adagio*). Diese Musik soll eine Atmosphäre der emotionalen Sicherheit herstellen, so dass keine emotional zu tief gehenden oder zu herausfordernden Stücke in Frage kommen. Andererseits soll sie einen Stimulus setzen und das Erleben anregen, manchmal aber auch eine Zentrierung bzw. ein zur Ruhe kommen ermöglichen (Bonde 2004; 2010).

So arbeitet sie insgesamt in vier Therapiestunden an diesem Mandala, das sie vom Rand her sehr sorgfältig immer mehr nach innen füllt und so in der Mitte eine Art Ei oder Höhle entsteht, die durchlässige Grenzen hat. Im Gespräch geht es u.a. um einen

geschützten Raum, in dem man sich sicher fühlen kann, aber der auch Neues durchlässt bzw. in dem Neues wachsen kann.

In diesen ersten vier Therapiewochen mit insgesamt neun Einzelstunden entsteht so eine erste Annäherung an die schwierige Biografie, daneben haben aber auch andere Themen, wie z.B. aktuelle Beziehungen (Trennung vom Freund, eine Wiederannäherung an die Schwester nach einer mehrjährigen Kontaktpause, Abgrenzung von der Mutter), ihren Platz. Außerdem beginnt Frau C. wieder mit dem Flötenspiel, was zu Erinnerungen an den Vater führt, die für sie aber auch sehr schwierig und ambivalent sind. Am Ende dieser Therapiesequenz sagt Frau C., sie sei jetzt wieder am Anfang angekommen, habe aber wie auf einer Reise inzwischen viel erlebt. Da ich zu diesem Zeitpunkt einen mehrwöchigen Urlaub antrete, gibt es an diesem Punkt auch eine Unterbrechung in unserem Kontakt.

Retrospektiv glaube ich sagen zu können, dass diese Gestaltung der Phasen in der Therapie für sie sehr wichtig war. Einerseits konnte sie sich in einer Atmosphäre ohne Angst und Druck immer wieder selbst regulieren und gleichzeitig das Maß des Kontakts zu mir bestimmen. Andererseits erlebte sie in meiner stillen, aber interessierten und gewährenden Anwesenheit vielleicht eine neue Art wahrgenommen zu werden, die nicht an ihrer Leistung (wie z.B. in ihrer Ausbildung) oder einem Erfüllen eigener Bedürfnisse interessiert war, wie sie dies oft bei ihrer Mutter erlebt hatte. Insgesamt konnte so eine Atmosphäre der Annahme und des Vertrauens entstehen, die die Voraussetzung für eine mentalisierungsfördernde Arbeit darstellt (Fonagy et al. 2011). Im Gespräch über ihr Bild kam es dann immer wieder zu einem Austausch über ihre aktuellen Ängste und Konflikte oder ihre Gefühle von Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit. Diese konnten dann mentalisiert, also benannt und bearbeitet werden. Daneben spielten aber auch ihre Begabungen und Fähigkeiten eine wichtige Rolle, die ich in den lebhaften Farben und schwungvollen Motiven sah, und die ich ihr so wieder nahebringen konnte.

Dass Frau C. mehrere Stunden sehr konzentriert an einem Mandala arbeitete und sich dabei von der Musik anregen ließ, wäre einer ausführlichen Betrachtung wert. Hier möchte ich nur so viel sagen, dass es neben dem Effekt der emotionalen Selbstregulierung durch eine Zentrierung im Malen möglicherweise auch um eine Wiederherstellung einer inneren Kohärenz geht. Wie schon ausgeführt, steht der Kreis in der Jungschen Psychologie als Symbol für das Selbst, da er eine Ganzheit darstellt (Jung 1982). Kast weist darauf hin, dass das Entstehen von Mandala-Bildern selbst schon eine therapeutische Wirkung habe, weil es trotz allem Chaos ein Zentrum gibt, auf das man sich immer wieder beziehen kann (Kast 2010, 137).

Frau C. hatte den Raum in der Mitte des Mandalas sehr liebevoll „eingerrichtet“ für etwas Neues, was darin entstehen kann. Es mutet so an, als habe Frau C. sich ihrem Selbst symbolisch von Außen nach Innen genähert, so wie sie zwar eine recht fragile Selbststruktur aufweist, daneben aber sehr viele Kompetenzen und Begabungen hat, die ihr immer auch weitergeholfen haben. Diese Fähigkeiten und ihre Begabungen werden an Hand des Malens und anschließenden Sprechens darüber deutlich und ihr somit wieder zugänglich. Und diese Ressourcen werden

so zum Halt für das fragile „innere Kind“, dem sie sich in der Therapie vorsichtig anzunähern beginnt.

Inwieweit diese Arbeit ihr tatsächlich geholfen hat, wieder mehr Selbstkohärenz zu erlangen, bleibt spekulativ, zumal in einem stationären Setting viele Faktoren zur Stabilisierung und Heilung beitragen. Auf jeden Fall aber war hier eine Grundlage für ein Vertrauen in die Beziehung entstanden, die nach meinem Urlaub noch längere Zeit fortgesetzt wurde.

Aus dieser Therapieperiode möchte ich ein Beispiel anführen, wie die Arbeit mit GIM Patienten mit ihren Ressourcen in Kontakt bringen und gleichzeitig neues Material aufdecken kann, das wichtig für eine Bearbeitung werden kann.

Beispiel für die Arbeit mit Symbolik in einer GIM-Reise

Nach meinem Urlaub hat Frau C. sich insgesamt deutlich stabilisiert und wir setzen die Therapie mit Hilfe von aktiver Musiktherapie, aber auch mit GIM-Reisen fort, in denen sich Frau C. mit ihren Gefühlen auseinandersetzen kann. Frau C. geht es jetzt deutlich besser, obwohl es immer wieder Stimmungseinbrüche gibt, die sie aber schneller bewältigt. In einer dieser Stunden will sie gern eine Reise machen, die sie mit ihren Kräften verbinden soll, da sie am Nachmittag ein Treffen mit ihrem ehemaligen Freund geplant hat.

Die Induktion soll ihr einen entspannten Zustand, aber auch ein In-Kontakt-Kommen mit ihrer Kraft ermöglichen. Frau C. legt sich dazu auf eine Matte auf den Boden, da sie so weniger Schmerzen als im Sitzen hat. Nachdem ich sie zur Körper- und Atemwahrnehmung aufgefordert habe, bitte ich sie sich einmal vorzustellen, dass es in ihr eine Kraftquelle gibt. Diese könne z.B. über ihrem Nabel sein, habe vielleicht sogar eine bestimmte Farbe. Und sie könne sich vorstellen, dass diese Farbe sich allmählich ausbreite und vielleicht sogar in alle Teile ihres Körpers gelange, um diese mit Kraft und Energie zu versorgen.

Als Musik wähle ich Teile des Programms „Creativity“ (L. Keiser), zu dem Frau C. zu Beginn schon einmal gemalt hatte. Hier nun einige Ausschnitte aus ihrer Reise:

d’Indy: Zunächst lasse ich die Musik eine Weile laufen, dann frage ich (Th): „Was nehmen Sie wahr?“ P: „Das ist nicht in der Bauchgegend, eher in der Brustwirbelsäule, wenn es größer wäre, würde es mehr nach vorn ausstrahlen...wie große Schwingen, die einen durchs Leben tragen, Rückhalt geben. Sie sind im Rücken verankert.“ Th: „Können Sie ihre Kraft spüren?“ P: „Die sind im Moment zart und zerbrechlich, wollen lieber verspielt sein.“ Th: „Geht das?“ P: „Bisschen.“ Th: „Kann die Musik helfen?“ P: „Ja.“ Th: „Was wollen die Schwingen tun?“ P: „Einfach vor sich hin sein, selbstvergesen sein.“ Frau C. beschreibt jetzt eine zunehmende rollend leichte Bewegung, die sie sehr genießt. Dann sagt sie, die Schwingen würden sich ausweiten, würden ihren Körper umspielen. Th: „Wie ist das, wenn der Körper umspielt wird?“ P: „Ungewohnt.“ Th: „Neu?“ P: „Ja, als ob die das leichter machen wollen dadurch.“ Th: „Können Sie das erleben, wenn es leichter ist?“ P: „Noch nicht richtig.“ Th: „Was brauchen Sie noch?“ P: „Ich glaub, die müssen erst stärker werden, weil die das noch nicht richtig tragen können.“

Mendelssohn 3. Sinfonie, Vivace: Frau C. erzählt jetzt, sie stelle sich vor, in einem Waldsee zu schwimmen. Es fällt ihr zunächst schwer, sich einfach tragen zu lassen, doch mit Hilfe der Musik kann sie sich dem Wasser überlassen und sagt am Beginn des nächsten Stücks, sie spüre jetzt auch Wind.

Fauré, Pavane: Th: „Wo spüren Sie den Wind?“ P: „Da, wo die Schwingen den Körper umspielen, in den Armen. Die Schwingen sind wie feine Bänder im Wind, die sich bewegen.“ Th: „Wie ist das für Sie, wenn die Schwingen sich so bewegen?“ P: „Angenehm.“ Th: „Lassen Sie es sich erleben!“ Im weiteren Verlauf gibt es einen kleinen Dialog zwischen Frau C. und den Schwingen, in deren Verlauf Frau C. feststellt, die Schwingen bräuchten ihre Unterstützung, aber das könne sie noch nicht. Th: „Kann die Musik den Schwingen helfen?“ P: „Die kann die Schwingen ein bisschen stützen.“

Wiederholung Fauré: Th: „Sind die Schwingen noch im Kontakt mit der Musik?“ P: „Ja.“ Th: „Und wie ist das für Sie?“ P: „Wie wenn ich tanze oder trainiere, frei von äußerlichen Einflüssen.“ Th: „Ja, seien Sie so ganz bei sich selbst!“ Nach einiger Zeit: „Wie geht es den Schwingen jetzt?“ P: „Die haben etwas in mir gefunden, was nicht richtig da rein passt und was die ein bisschen behindert.“ Th: „Da ist etwas, was die Schwingen behindert.“ P: „Dieses Gefühl kann ich durch Bewegung umwandeln und raus lassen.“ Th: „Brauchen Sie noch Zeit dafür?“ Th: „Nicht jetzt, sondern allgemein.“

Im Nachgespräch sagt Frau C. dazu, es sei am Ende eine Kraft zum Vorschein gekommen, die sie hindere sich selbst zu lieben. Sie habe diese seit ein paar Monaten verdrängt, könne dieser Kraft mit Tanzen und Bewegung immer wieder etwas entgensetzen. Aber es sei gut, dass die sich wieder zeige. Diese Kraft sei eigentlich immer da gewesen und habe sie oft gehindert. Ich frage: „Eine Kraft, die die Schwingen am Wachsen hindert?“ Ja, aber es sei gut, sie jetzt zu sehen und ihr zu begegnen.

In der nächsten Stunde setzt sich Frau C. noch einmal mit diesen beiden Kräften in ihr auseinander, indem sie für die Schwingen (Chimes) und die dunkle, als bedrohlich beschriebene Seite (Bass-Kalimba) jeweils ein Instrument aussucht. Dazwischen stellt sie die Pauke als Schutzmauer, da sie meint, die würden sich sonst gegenseitig „auslöschen“. Im Spiel nähert sie sich nun allen Seiten an, indem sie nacheinander alle Instrumente ausprobiert und spielt zuletzt Chimes und Pauke gleichzeitig. Sie stellt danach fest, dass diese Teile zwar noch nebeneinander stehen würden, aber sie habe den Eindruck, die dunkle Seite sei auch zu etwas gut. Sie müsse die Schwingen im Zaum halten, um die anderen Seiten des Lebens nicht aus den Augen zu verlieren.

Mit dieser Stunde beginnt ein neuer Abschnitt in der Therapie, in dem Frau C. sich mehr mit ihren Ängsten und Selbstzweifeln sowie ihren schmerzhaften Gefühlen auseinandersetzt. So wird im Verlauf der nächsten Therapiestunden deutlich, dass Frau C. in ihren guten Phasen dazu neigt, sich zu überfordern bzw. die Grenzen, die ihr Körper ihr setzt, nicht zu beachten. Durch diese Tendenz hatte sie sich schon öfter geschadet, unter anderem auch einen Unfall provoziert, der zum Abbruch ihrer Ausbildung führte. Als Frau C. diese Zusammenhänge sehen kann, beginnt sie ihre Ängste auch als eine Schutzfunktion zu erkennen und sie mehr zu integrieren.

Frau C. findet in dieser Reise sehr schnell ein Bild für ihre Kraft. Im o.g. Sinn kann man vielleicht auch hier von einem *Symbol* sprechen, das ihre Schwingen in

der Imagination für sie verkörpern. Sie tragen sie, geben ihr Rückhalt, hüllen sie ein. Sie sind also ein lebendiges, schöpferisches Gebilde, das in ihr entsteht. Kast sagt dazu, dass (persönliche) Symbole sehr spontan entstehen können und dass sie im therapeutischen Prozess eine lebendige und emotionale Qualität mit sich bringen, da hier eine Auseinandersetzung mit dem Unbewussten stattfindet. Im Symbol würde sich Bewusstes mit Unbewusstem verbinden und damit eine Verarbeitungsstätte für die so genannten Komplexe darstellen. *Komplexe* sind nach Jung krisenanfällige Stellen im Individuum, die meist in der Kindheit entstanden sind, wenn das Individuum bestimmten Anforderungen der Umwelt nicht gewachsen war. Diese Komplexe bleiben ein Leben lang bestehen und werden immer wieder durch bestimmte affektive Ereignisse in der Umwelt angesprochen. Sie sind sozusagen die wunden Punkte im psychischen Erleben (Kast 2010, 40ff.). Tauchen nun Symbole im therapeutischen Prozess auf, sei es wichtig, diese emotional zu erleben und zu gestalten, z.B. durch Malen oder aktive Imagination. Dann könnten sich in diesem Prozess die Komplexe ausfantasieren und so bearbeiten lassen, um sie von hemmenden in fördernde Kräfte zu transformieren (ebd., 54/55). Dabei kennzeichne Symbole auch immer ein Bedeutungsüberschuss, d.h. neben dem sofort Sichtbaren oder Offensichtlichen gibt es auch einen unsichtbaren oder hintergründigen Bedeutungsinhalt, der oft erst auf den zweiten Blick erkennbar werde und damit vielleicht ein Hinweis unseres Unbewussten sei (ebd., 20f.).

Im vorliegenden Beispiel zeigt sich, dass die Schwingen eine wichtige Kraft für Frau C. verkörpern. Sie stehen für ihr Lebensgefühl und ihre Lebendigkeit, die in ihrem Tanzen und ihrem Bewegungstalent zum Ausdruck kommen. Diese sind damit eine wichtige Ressource. Aber es gibt daneben noch eine gefährliche Seite, die Frau C. oft ausblendet, nämlich dass sie sich dann oft auch überfordert oder sogar in Gefahrensituationen begibt, wenn sie sich zu sehr dieser lebendigen und zu Übermut neigenden Kraft überlässt. Die Schwingen stoßen nämlich in der Imagination auf eine sie hemmende Kraft, die Frau C. später als ihre Ängste beschreibt. Diese würden sie oft an einem positiven Lebensgefühl hindern. Da Patienten mit frühen Störungen aus Angst vor Kontrollverlust dazu neigen, ihre als unangenehm erlebten Gefühle (z.B. Ängste) auszublenden, können sie diese dann auch nicht als hilfreich wahrnehmen und nutzen.

Erst in der Imagination wird deutlich, dass die Schwingen auch eine Schattenseite haben, nämlich eine gesunde Kontrolle und Selbstschutz ausblenden und damit Gefahren provozieren. Diese Doppelbödigkeit wird dann thematisiert und führt zu einer differenzierteren Auseinandersetzung mit den Ängsten, die allmählich von bisher nur als hemmend erlebten Kräften zu einem wichtigen Schutz transformiert werden können. Im Zuge dieser Auseinandersetzung kann sie im weiteren Therapieverlauf auch Schmerz und Trauer über das Geschehene (z.B. den Unfall) zulassen und beginnt, verantwortungsvoller mit ihrem Körper umzugehen.

Im weiteren Behandlungsverlauf entwickelte Frau C. dann auch neue Zukunftsperspektiven und fand über eine an den Klinikaufenthalt anschließende mehrwöchige Weiterbehandlung in der Tagesklinik wieder zurück in ihren Alltag.

Zur mentalisierungsfördernden Arbeit mit musikimaginativen Methoden in der Gruppentherapie

Zu meinen Aufgaben als Musiktherapeutin gehört auch die Arbeit in einer unserer psychiatrischen Tageskliniken. Zur Klinik gehören insgesamt drei Tageskliniken an verschiedenen Standorten im Stadtbezirk. In der TK werden Patienten behandelt, die zum Teil zuvor auf einer der Akutstationen des Krankenhauses behandelt wurden und nun auf den Wiedereinstieg in ihren Alltag vorbereitet werden. Zum Teil werden sie aber auch von niedergelassenen Ärzten in die TK eingewiesen, um hier eine drohende Dekompensation im Alltag zu verhindern bzw. eine stabilisierende Behandlung in einer schwierigen Lebenssituation/Krise anzubieten. Die TK hat daher eher einen rehabilitativen Charakter und insgesamt etwas anspruchsvollere Behandlungsangebote als auf der Akutstation. Dazu zählt auch eine Musiktherapie-Gruppe mit bis zu acht Teilnehmern, die zweimal wöchentlich stattfindet und jeweils 1 ¾ Stunde mit kurzer Pause dauert. Parallel zu diesem Angebot gibt es alternativ eine Kunsttherapie- und eine Walking-Gruppe sowie eine Backgruppe, so dass die Patienten die Teilnahme an einer dieser Gruppen wählen.

In der Musiktherapie-Gruppe können die Patienten auf Instrumenten spielen, Musik hören (z.B. auch eigene Musik mitbringen und vorstellen) und über Themen sprechen, die ihnen wichtig sind bzw. die im Zusammenhang mit dem Erleben während des Spielens oder Hörens von Musik stehen. Dabei spielt das Mentalisieren des Erlebten, also das Bewusstmachen der Gefühle, Gedanken oder Bilder und damit ein Sich-Vergegenwärtigen und Differenzieren des Erlebten eine wichtige Rolle. Dies soll die Achtsamkeit und das Verstehen fördern und damit die emotionale Eigenregulation verbessern zu helfen.

In dieser Gruppe bringe ich durch kleine Einstiegsfragen oder thematische Vorgaben öfter eigene Impulse rein, die zur Auflockerung, aber auch zur Anregung bestimmter Themen dienen sollen. Dabei nutze ich gern die Arbeit mit musikimaginativen Methoden, weil man mit einzelnen Musikstücken arbeitet und sich nach dem Hören über das Erlebte austauschen kann. Eine Möglichkeit, die einer Förderung mentalisierender Fähigkeiten dient, ist es, ein Bild zu zeigen, zu dem jeder eine kleine Geschichte erfinden kann. Dafür eignen sich z.B. Tierbilder, die über Identifikation eine Förderung von Empathie und Bildung einer Theory of Mind mit sich bringen, indem die ins Tier projizierten Qualitäten als eigene Anteile bewusst gemacht werden können. Wenn dazu eine Musik gewählt wird, die anregend und dynamisch interessant, aber emotional nicht zu herausfordernd bzw. aufregend ist, können richtige kleine Geschichten entstehen. Diese fördern entweder Fantasie und Einfühlung oder weisen sogar Parallelen zur Biografie auf, die den Patienten manchmal selbst schon bewusst sind, manchmal auch erst durch das Erzählen und Bearbeiten bewusst werden. Dazu ein Fallbeispiel:

In einer Therapiestunde, in der vier Patientinnen anwesend sind, lege ich ein Foto von einem Bären in die Mitte, der im seichten Wasser eines Flusses steht, dabei seine Vor-

derpfoten und eine Hinterpfote auf einem Baumstamm abstützt, der vor ihm im Wasser liegt. Der Bär scheint etwas zu beobachten, wirkt dabei aber eher entspannt, also nicht unbedingt „auf dem Sprung“ bzw. in Jagdbereitschaft. Ich schlage den Patientinnen vor, sich vorzustellen, was der Bär tut oder erleben mag und sich dabei von der Musik anregen zu lassen, die ich dazu abspielen werde. Als Musik wähle ich das Stück „Appalachian spring“ von A. Copland aus. Dieses Stück beginnt zunächst mit ruhigen Streicherakkorden, was eine friedliche Eingangssituation schafft. Im Mittelteil kommen Klarinette und Fagott mit lebhafteren, teilweise froh bewegten und verspielten, teilweise etwas nachdenklichen Motiven dazu, die im Charakter an Tiere erinnern können. Das Ende ist wieder ähnlich ruhig wie zu Beginn.

Nach der Musik frage ich, was jede erlebt hat. Eine Patientin, Frau D., die seit ca. zwei Wochen in der TK behandelt wird, sagt spontan, sie habe eine ganz lebhaftere Szene erlebt, die sie total in ihren Bann gezogen habe. Eine Bärenmutter sehe ihrem Jungen zu, das da im Wasser spiele und dabei gefährliche Situationen meistern müsse. Das Wasser habe eine gefährliche Strömung und Strudel, in die das Junge immer wieder geriet und sich dann daraus wieder befreien musste. Das Junge habe auch Angst gehabt, aber die sei überlebenswichtig und habe es nicht daran gehindert, sich immer wieder neu in das Wasser und in Gefahr zu begeben, um z.B. nach Fischen zu jagen. Die Bärenmutter habe es dabei die ganze Zeit beobachtet, aber nicht eingegriffen.

Frau D. sagt dazu, es sei ihr von Anfang an klar gewesen, dass es da Parallelen zu ihrer Situation gebe, aber sie habe „aus dem Film“ nicht aussteigen können, sondern wie gebannt zugeschaut.

Im Gespräch wird deutlich, dass es dabei um die schwierige Beziehung dieser Patientin zu ihrer zwölfjährigen Tochter geht, die sie nur schwer los lassen könne und wo es ihr so schwer falle zu entscheiden, wie viel Unterstützung sie noch brauche und wie viel sie schon allein könne. Sie sagt, es sei für sie faszinierend gewesen zuzuschauen, wie die Bärenmutter nie eingegriffen, aber alles genau beobachtet habe und sicher im Notfall bereit gewesen wäre, ihr Kind zu retten. Aber durch ihr Abwarten habe sie dem Bärenjungen ermöglicht, seine Kräfte selbst zu erproben und an den Gefahren zu wachsen. Da könne sie sicher etwas von der Bärenmutter lernen.

Die Problematik der Ablösung von der Tochter war auch Hintergrund der Krise, die zur Behandlung in der TK geführt hatte. Die Tochter ist das jüngste von fünf Kindern, ihre älteren Geschwister sind alle schon erwachsen und leben nicht mehr bei der Mutter, die alleinerziehend mit der Tochter ist. Im Verlauf der Behandlung wurde deutlich, dass dieser Prozess der Ablösung auch deshalb schwierig für die Patientin ist, da sich dann ihre Rolle als Mutter verändert und damit ihr Gefühl gebraucht zu werden, das für sie sehr wichtig ist. Es ging also in der Behandlung auch um die Erarbeitung neuer Möglichkeiten für die Patientin, was sie nun mit der gewonnenen Zeit tun kann und damit allmählich in einen neuen Lebensabschnitt zu finden.

Im weiteren Verlauf der etwa noch zwei Monate andauernden Teilnahme in der Musiktherapie kam Frau D. immer wieder auf ihr Bild von der Bärin zurück, das ihr, wie sie sagte, eine neue Perspektive auf ihre Situation mit der Tochter ermöglicht und ihr gezeigt habe, wie wichtig das Zutrauen in die Fähigkeiten ihrer Tochter für beide Seiten sei.

Dass diese kleine Geschichte eine so wichtige Bedeutung für die Patientin bekommen hat, zeigt, dass sie eine große emotionale Aufladung hatte. Dadurch ist

sie zu einer Art *innerem Leitbild* oder auch Symbol geworden ist (Hüther 2009; Kast 2010). In der Arbeit mit GIM spielen Tiere immer wieder eine große Rolle. Sie können eine symbolische Bedeutung annehmen oder über Identifikation neue Handlungsmöglichkeiten erschließen. Kast sagt dazu, dass ein In-Verbindung-Treten mit einem Symbol immer im Zusammenhang mit einer existenziell bedeutsamen Situation auftrete und dadurch eine Befragung auf ihren Sinn hin entstehe (Kast 2010, 18).

Zum Symbol würden Gegenstände oder Tiere, wenn sie in ihrem Äußeren etwas Inneres offenbaren, in etwas Sichtbarem etwas Unsichtbares, in einem Besonderen etwas Allgemeines (ebd., 20). Dazu gehöre eine symbolisierende Einstellung, d.h. „den verborgenen Sinn, der in der konkreten Situation liegt, herauszufinden... Bei dieser symbolisierenden Einstellung handelt es sich um einen Projektionsvorgang: Wir projizieren unser Unbewusstes auf die vordergründige Wirklichkeit“ (ebd., 25f.). Und diese Symbole behalten dann ihre Wichtigkeit für eine gewisse Zeit, bis wieder andere an ihre Stelle treten (ebd., 22).

In diesem Fall könnte man vielleicht sogar sagen, dass die Bärin (so wie die Patientin es gesehen hat) einen ganz bestimmten Archetypus verkörpert, so wie sie in der Jungschen Psychologie eine Rolle spielen. *Archetypen* sind nach Jung regulierende, modifizierende Urbilder aus dem von ihm so benannten „kollektiven Unbewussten“, die potenziell als gesundes Material gelten, da sie allgemeine Grundelemente der Psyche abbilden würden. Damit sind seelische Grundstrukturen gemeint, die sich kulturübergreifend ähneln und somit Konstanten des menschlichen Erlebens darstellen. Diese Archetypen treten in symbolischer Form auf (Kast 2010; Jung 1990).

Kast sagt dazu, dass von *Archetypen* Hoffnung geweckt wird, „Hoffnung darauf, dass die Probleme bewältigt werden. Zudem werden auch Phantasien angeregt,... die das Gefühl von mehr Autonomie, mehr Kompetenz in der Lebensbewältigung und mehr Sinnhaftigkeit vermitteln“ (Kast 2010, 117). Der angesprochene Archetypus könnte in diesem Fall der Mutter-Archetypus sein, da es sowohl um das Bewahren und Beschützen als auch um einen hilfreichen Instinkt bzw. Impuls dem Kind gegenüber geht. Der wäre dann im Loslassen und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu sehen, was auf den ersten Blick sogar grausam aussehen kann. Aber diese Doppeldeutigkeit ist in der Arbeit mit Symbolen wichtig und spielt auch für die Archetypen eine wesentliche Rolle (Jung 1990, 80/81; Kast 2010).

Für die anderen Patientinnen dieser Gruppe entstanden ganz andere Imaginationen, die aber auch einen Zusammenhang mit ihrer jeweiligen Situation bzw. dem biografischen Hintergrund ergaben. Nur eine Patientin konnte sich nicht auf die Situation einstellen. Sie sagte hinterher, sie habe keine Fantasien zu Bild und Musik gehabt, verstehe auch gar nicht, wie man auf die Idee kommen könnte, da einen Zusammenhang herzustellen. Bei ihr lag in der Vorgeschichte eine heftige psychotische Exazerbation vor, die während der tagesklinischen Behandlung weitgehend abgeklungen war. Möglicherweise war ihre Mentalisierungsfähigkeit davon noch beeinträchtigt. Wie Fonagy et al. beschreiben, können Menschen im Zustand

des konkretistischen Denkens nicht mentalisieren. Hier liegt dann der so genannte *teleologische Modus* vor, in dem nur konkretes Handeln eine Rolle spielt (Fonagy et al. 2011, 132).

Eine andere Möglichkeit der Arbeit mit Musikimagination ist es, durch das *gemeinsame und konzentrierte Hören von Musik spontane kleine Reisen* anzuregen, die hinterher erzählt werden können. Dazu ist es möglich, ein Einstiegsbild vorzuschlagen, wie z.B. einen Weg durch Wiesen oder in den Bergen, wie es in der Katathym-imaginativen Psychotherapie üblich ist (Leuner 1994). Dann ergibt sich im Gespräch oft ein Zusammenhang mit der biografischen oder aktuellen Lebenssituation des Patienten. Manchmal sind es auch ganz neue Erfahrungen und Perspektiven oder ein Teilen des Erlebten mit Anderen, die z.B. ähnliche Bilder oder Gefühle erlebt haben. Dazu wieder ein Fallbeispiel:

In einer anderen Therapiestunde in der TK lege ich zu Beginn in einer Gruppe mit vier Teilnehmern und einem Praktikanten ein Foto auf den Boden, auf dem man im Hintergrund leicht verschwommen einen Wald erkennt, der schon herbstlich getönte Blätter hat. Eine Straße im Vordergrund scheint gerade ihren Scheitelpunkt erreicht zu haben und den Blick auf diesen Wald freizugeben, zu dem sie hinzuführen scheint. Ich schlage vor, dieses Bild als Anregung für eine kleine innere Fantasiereise zu nehmen, aber man könne sich auch einen ganz anderen Weg als Beginn vorstellen. Das ausgewählte Musikstück ist eine modern interpretierte schottische Melodie, von Geige und Klavier gespielt, die einen froh-bewegten Charakter mit einigen melodiosen Aufwärtsbewegungen und dynamischen Steigerungen aufweist. Diese werden von der Geige mit leidenschaftlicher Intensität vorgetragen (Alasdair Fraiser „Common Ground“. CD Dawn Dance).

Nach der Musik erzählt eine Patientin sehr bewegt, sie habe sich vorgestellt, auf dieser Straße mit ihrem Hund spazieren zu gehen, dabei habe sie an Abschied gedacht, obwohl die Musik gar nicht so traurig gewesen sei. Nach einigem Nachfragen berichtet sie, dass sich der Geburtstag ihrer vor sechs Jahren verstorbenen Tochter nähere und sie den immer besonders begehe. Sie könne inzwischen besser mit ihrer Trauer umgehen, seit sie vor zwei Jahren eine Therapie gemacht habe. Aber der Schmerz sei trotzdem immer da, daneben aber auch schöne Erinnerungen und manchmal rede sie sogar mit dem Bild ihrer Tochter.

Diese Therapiesequenz löst bei den anderen Teilnehmern viel Empathie aus, die ihr als Feedback ausgedrückt wird. Ein Patient, Herr E., ist besonders bewegt, möchte aber nicht näher darüber sprechen, sagt nur, dass ihre Erzählung sehr viel bei ihm ausgelöst habe. Er müsse sich aber jetzt erst mal fangen, und ich schlage eine Pause von 15 Minuten vor.

Nach der Pause erzählt Herr E. über seine Reise. Er habe sich vorgestellt, eine Möwe zu sein und am Strand zu fliegen. Das sei ein schönes Gefühl gewesen, ein Gefühl von grenzenloser Freiheit, wie Reinhard Mey das in seinem Song „Über den Wolken“ beschreibe. Das sei ein großer Traum von ihm, mal alles hinter sich zu lassen und sich so leicht und frei zu fühlen. Ich frage, ob er dieses Gefühl schon einmal erlebt habe. Er erzählt von einer Reise in der afrikanischen Wüste und beginnt, die Szenerie sehr anschaulich zu beschreiben.

In meiner Gegenübertragung entstehen Zweifel und das Gefühl, dass er nicht mehr sein eigenes Erleben schildert, weil die Bilder mir zu klischeehaft erscheinen und ich keine wirkliche emotionale Beteiligung des Patienten spüre. Zudem hatte sich Herr E. einige Wochen zuvor in der Gruppe entschuldigt, dass er sich Erlebnisse eines Freundes zu eigen gemacht und diese dann erzählt habe, weil er sich so wünsche, das auch zu erleben. Deshalb kehre ich zum Bild der Möwe zurück und frage zunächst, woher diese Sehnsucht nach so grenzenloser Freiheit komme. So was könne ja auch Angst machen. Herr E. erzählt, dass er in der DDR aufgewachsen sei und sich dort immer eingesperrt gefühlt habe, sogar mal konkret im Rahmen einer Verweigerung im vormilitärischen Unterricht für einige Tage in eine Art Karzer gesperrt wurde. Das sei eine schreckliche Erfahrung gewesen. Dann sagt er, eigentlich wolle er seiner eigenen Situation entfliehen, aber er fühle sich am Boden gefesselt. Er habe gerade so ein Bild, wie er nach oben wolle und nicht könne, weil er von schweren Gewichten am Boden gehalten werde. Es sei ihm aber erst bei der Erzählung der Mitpatientin bewusst geworden, dass die ganze Zeit im Hintergrund seiner Reise als Möwe ein trauriges Abschiedsgefühl da gewesen sei, das er nicht wahrhaben wollte und es sei ihm klar, dass er sich selbst diese Fesseln angelegt habe. Er wisse, dass er da einige „Fässer“ unter Verschluss halte, die er jetzt nicht öffnen möchte, aber im Rahmen einer späteren Psychotherapie angehen müsse.

Hier kann man das Erleben des Patienten während der Reise als eine Art Flucht in den *Als-ob-Modus* werten, zumal er schon in vorangegangenen Sitzungen ähnliche Imaginationen geschildert hatte. Diese hatte er dann sogar mit detaillierten Bildern einer früheren Reise geschmückt, von denen er später bekannte, diese nur von einem Freund übernommen zu haben. Der *Als-ob-Modus* dient also als Schutz, um die eigenen Gefühle nicht wahrnehmen zu müssen, und diese werden abgespalten. Fonagy et al. sprechen vom so genannten „Bullshitting“. Hier bekomme man in der Gegenübertragung das Gefühl, dass der Patient Humbug redet. Dabei seien seine Berichte oder Einsichten aber lediglich gedacht und nicht wirklich gefühlt (Fonagy et al. 2011, 233/234).

Deshalb ließ ich mich in diesem Fall bei seiner Erzählung von meiner Gegenübertragung leiten, ohne nachzufragen, ob er die Wüstenreise denn tatsächlich erlebt habe. Es war mir wichtiger, ihn mit seinen aktuellen Gefühlen in Kontakt zu bringen und so eine Mentalisierung zu fördern, als den Wahrheitsgehalt seiner Geschichte zu prüfen. Durch die Erzählung der Patientin sind dann seine eigentlichen Gefühle von Trauer und Schwere oder Gefangensein bewusst geworden. Im weiteren Verlauf des Gespräches konnte er dafür auch ein stimmiges Bild finden, nämlich fliegen zu wollen, aber sich selbst durch Fesseln daran zu hindern.

In der nächsten Therapiestunde hat ein Mitpatient der Gruppe (vielleicht angeregt durch die Reise zu dem Bild) eine Musikzusammenstellung auf einer CD mitgebracht, die er der Gruppe vorspielt. Er sagt hinterher, dass diese Musik eine Art musikalischer Reise durch sein Leben darstelle. Zuvor aber erzählen alle anderen Mitglieder der Gruppe ihre Erlebnisse während des Hörens, wobei zwei Frauen in der Gruppe das Erleben sehr ähnlich wie eine Zeitraffer-Reise durch ihr eigenes Leben schildern. Herr E. sagt, er habe eine Art Film gesehen. Ein Mensch sei auf eine einsame Insel verbannt

worden, und nun erinnere er sich rückblickend an sein Leben. Auf meine Nachfrage sagt er, er habe nur zugeschaut, sei nicht selbst im Bild gewesen. Ich frage, ob es vielleicht Parallelen zu seiner Geschichte gebe. Herr E. verneint. Er habe sich zwar auch zurückgezogen, aber das sei eine selbst gewählte Einsamkeit gewesen, also nicht mit einer Verbannung zu vergleichen. Ich frage, ob es irgendwann eine besondere emotionale Berührung während der Musik gab. Ja, an der Stelle, als die Trommeln wie zum Kampf spielten, habe er einen kalten Schauer gespürt: „Das war wie ein Schlachtgetümmel.“ Plötzlich sagt er ganz verblüfft, vielleicht habe das ja doch mehr mit ihm zu tun, als er denke. Er wisse ja schon um die Fässer, die da noch geschlossen seien und die er erst in seiner Psychotherapie öffnen wolle. Ich stimme ihm zu und erkläre, dass es eine gute Möglichkeit sein könne, sich wie auf einer Leinwand einer Geschichte vorsichtig zu nähern. Diese Art von Distanz sei ein guter Schutz. Aber das Entstehen der Bilder sei eben nicht zufällig, sondern habe mit dem eigenen seelischen Erleben zu tun.

Hier ist der Patient wieder dem eigenen unmittelbaren Erleben in den *Als-ob-Modus* ausgewichen. Durch meine Fragen wird ihm aber bewusst, dass es mehr mit ihm zu tun hat, als er dachte. Wichtig ist hier, den Schutz vor allem in der Gruppe anzuerkennen. Möglicherweise ist dieser kalte Schauer ein Hinweis darauf, dass es sich bei der Schlacht um ein inneres Bild bzw. um ein Symbol für seinen Suizidversuch handelt, also ein Symbol für die Selbstvernichtung. Aber die Zeit ist noch zu früh bzw. die Gruppe kein geeigneter Ort für ihn, sich damit auseinanderzusetzen. Das Erleben in Bildern kann da eine gute Form der allmählichen Annäherung an die eigene Geschichte darstellen. Außerdem wäre hier ein Einzelsetting günstiger, um sich diesem Thema zu nähern. Durch die Anamnese war es ja schon bekannt und zumindest implizit in den Arztgesprächen ein Thema, z.B. um die aktuelle Suizidalität abzuklären.

Hier ließen sich noch zahlreiche weitere Beispiele für die Arbeit mit musik-imaginativen Methoden und modifiziertem GIM in Gruppen anführen, die eine Mentalisierung und Symbolbildung, aber auch das Erleben von Zugehörigkeit und Gemeinsamkeit wie in der aktiven Musiktherapie fördern können. Dazu gehören z.B. Gruppen-GIM, in dem eine Gruppe von Patienten zur gehörten Musik abwechselnd und einander ergänzend erzählen können (z.B. eine gemeinsame Bergbesteigung mit einer Rast auf dem Gipfel) oder das Malen eines Mandalas während der Musik. Dieses kann dann anschließend zunächst von der Gruppe beschrieben und dabei überlegt werden, wie bestimmte Formen, Farben oder Figuren auf die Betrachtenden wirken. Dabei wird einerseits das Mentalisieren der Betrachter gefördert, andererseits ergibt sich für den Gestalter eine neue Sichtweise seines Bildes oder seiner Symbole. Und im Anschluss kann er noch mal seine eigenen Gedanken dazu schildern.

Nachbetrachtung

Aus den dargestellten Beispielen sollte deutlich werden, welches Potenzial musikinduzierte Imaginationen haben, um das Mentalisieren anzuregen. Dabei war es mir wichtig, an Hand von Fallbeispielen aus der klinischen Arbeit eine reiche Vielfalt von Möglichkeiten der musikimaginativen Arbeit aufzuzeigen, die sich den jeweiligen therapeutischen Zielstellungen bzw. Voraussetzungen und Bedürfnissen von Patienten anpassen lassen. Das besondere Potenzial von GIM und seinen modifizierten Formen liegt dabei m.E. in der Gleichzeitigkeit des emotionalen Erlebens und der Kommunikation darüber. Das Kernstück der Arbeit mit GIM bildet die verbal geleitete Imagination, in der zur Erkundung der „inneren Landschaft“ angeregt wird. Hier können Bilder und Metaphern entstehen, die als Brücke zum Erleben und Benennen der Gefühle genutzt werden. Dabei spielen mentalisierungsfördernde Interventionen wie das markierte Spiegeln des Erlebten durch den Therapeuten eine wichtige Rolle. Bei einer gelingenden Kommunikation bleibt die Steuerung der Gefühle immer beim Patienten, was sein Erleben von Selbstwirksamkeit fördert. Und der Therapeut weiß, wo der Patient gerade steht und kann seine Interventionen auf dessen Bedürfnisse abstimmen. So kann in schwierigen Situationen durch das Sprechen ein Holding entstehen oder durch ein Hilfsangebot, wie die Einführung eines Rahmens oder einer Gestalt für die Gefühle wie im Beispiel von Frau B., eine Distanzierung ermöglicht werden.

Im gesamten Prozess spielt die Musik als „*Cotherapeutin*“ eine wichtige Rolle. Sie soll das Erleben anregen, Halt geben oder auch als Projektionsfläche für positive und negative Gefühle dienen. Dazu muss die Musik bestimmte Eigenschaften aufweisen, um eine „passende Intensität des affektiven Erlebens zwischen Überforderung und Abspaltung“ möglich werden zu lassen (Liesert 2013, 163). So kann neben der emotionalen Differenzierung auch ein *Reframing* entstehen, wie z.B. die Umdeutung des Erlebens von trostloser Kälte zu Ruhe und Weite bei Frau A. zeigt. Oder es können antizipatorisch neue Schritte geübt werden, die dann später auf die reale Situation übertragen werden. Das Auftauchen von Symbolen oder symbolisierenden Handlungen spielt eine wichtige Rolle, geschieht aber eher unwillkürlich und spontan. Aber gerade in diesen Bildern mit symbolischem Charakter liegen viele Möglichkeiten einer mehrperspektivischen Sichtweise. Diese neuen Sichtweisen können dann u.U. auch in aktiven Improvisationen weitergeführt werden, wie das Beispiel von Frau C. zeigt. Dabei bin ich mir bewusst, dass der Begriff „*Symbol*“ in den Geisteswissenschaften einen enger definierten Inhalt aufweist, als ich ihn verwendet habe, nämlich vor allem in einer sehr persönlichen Bedeutung für den einzelnen Patienten. Deshalb habe ich versucht, damit eher vorsichtig umzugehen und würde mich freuen, wenn der Leser durch meinen Beitrag angeregt wird, eigene Fragen zu dem Thema „Symbolisierung“ zu stellen und diesen nachzugehen.

Literatur

- Allan, J. G.; Fonagy, P. (Hrsg.) (2009): *Mentalisierungsgestützte Therapie. MBT Handbuch – Konzepte und Praxis*. Stuttgart
- Allan, J. G.; Fonagy, P.; Bateman, A. W. (2011): *Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis*. Stuttgart
- Bateman, A.; Fonagy, P. (2004): *Psychotherapy for Borderline Disorder – Mentalisation-based treatment*. Oxford
- Bolm, T. (2010): *Mentalisieren und Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)*. *Psychotherapie* 15 (1), 58–62
- Bonde, L. O. (2004): *Musik als Co-Therapeutin. Gedanken zum Verhältnis zwischen Musik und Inneren Bildern in The Bonny Method of Guided Imagery and Music (BM-GIM)*. In: Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.): *Rezeptive Musiktherapie. Theorie und Praxis*. Wiesbaden, 111–138
- Bonde, L. O. (2010): *Music as Support and Challenge – Group Music and Imagery with Psychiatric Outpatients*. *Jahrbuch Musiktherapie* 6, 89–118
- Bonny, H. L. (2002): *Guided Imagery and the Mandala: A Case Study illustrating an Integration of Music and Art Therapies*. In: Summer, L. (Hrsg.): *Music and Consciousness – The Evolution of Guided Imagery and Music*. Gilsum, 205–230
- Frohne-Hagemann, I. (2010): *Psychotherapy Applications in Theory and Practice of GIM*. Vortrag auf der 9. Konferenz in Laguardia, Spanien am 15.9.2010. In: www.frohne-hagemann.de
- Frohne-Hagemann, I. (2012): *Mentalisierungsbasierte Musiktherapie in der Behandlung Kinder und Jugendlicher*. Vortrag auf dem 2. Symposium für Kinder- und Jugendmusiktherapie in Schwerin am 9.6.2012. In: www.frohne-hagemann.de
- Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.) (2014): *Guided Imagery and Music – Konzepte und klinische Anwendungen*. Wiesbaden
- Frohne-Hagemann, I. (2014a): *GIM im Wandel der Gesellschaft*. In: Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.): *Guided Imagery and Music – Konzepte und klinische Anwendungen*. Wiesbaden, 13–34
- Frohne-Hagemann, I. (2014b): *Definitionen und Anwendungen: Guided Imagery and Music (GIM), modifiziertes GIM und musikimaginative Methoden (MI)*. In: Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.): *Guided Imagery and Music – Konzepte und klinische Anwendungen*. Wiesbaden, 85–114
- Frohne-Hagemann, I. (2014): *Mentalisation based approached to GIM*. In: Grocke, D.; Moe, T.: *Guided Imagery and Music – A Spectrum of Approach*. London (in print)
- Geiger, E. (2004): *GIM – The Bonny Method of Guided Imagery and Music. Imaginative Psychotherapie mit Musik nach Helen Bonny. Eine Übersicht*. In: Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.): *Rezeptive Musiktherapie – Theorie und Praxis*. Wiesbaden, 89–110
- Geiger, E.; Maack, C. (2010): *Lehrbuch Guided Imagery and Music*. Wiesbaden

- Hüther, G. (2009): Die Macht der inneren Bilder – Wie Visionen unser Gehirn, den Menschen und die Welt verändern. Göttingen
- Hüther, G. (2012): Biologie der Angst – Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen
- Jung, C. G. (1982): (Hrg.) Der Mensch und seine Symbole. Olten, Freiburg im Breisgau
- Jung, C. G. (1990): Archetypen. München
- Kast, V. (2010): Die Dynamik der Symbole – Grundlagen der Jungschen Psychotherapie. Mannheim
- Körlin, D. (2004): The Spektrum Group GIM Therapy. In: Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.): Rezeptive Musiktherapie – Theorie und Praxis. Wiesbaden, 157–182
- Kullmann, K. (2013): Kampfauftrag Kind. Der Spiegel 33, 119–125
- Leuner, H. (1994): Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie. Bern
- Langer, S. K. (1942): Philosophie auf neuem Wege. Das Symbol im Denken, im Ritus und in der Kunst. Frankfurt a. M.
- Liesert, R. (2014): GIM in der stationären Psychosomatik – Erfahrungen und Gedanken im Zusammenhang mit dem Konzept des Mentalisierens. In: Frohne-Hagemann (Hrsg.): Guided Imagery and Music – Konzepte und klinische Anwendungen. Wiesbaden, 141–166
- Lütz, M. (2010): Irre! Wir behandeln die Falschen – Unser Problem sind die Normalen. Gütersloh
- Olshewski, U. (2010): Poesie in der Musiktherapie. Jahrbuch Musiktherapie 6, 69–88
- Petzold, H. G. (2008): Mentalisierung an den Schnittflächen von Leiblichkeit, Gehirn, Sozialität: „Biosoziale Kulturprozesse“. Geschichtsbewusste Reflexionsarbeit zu „dunklen Zeiten“ und zu „proaktivem Friedensstreben“ – ein Essay. Polyloge, Internetzeitschrift für Integrative Therapie 28. In: www.fpi-publikation.de
- Potthoff-Westerheide, G. (2004): Imaginationen. Geschichte und heutige Praxis. Aachen
- Reddemann, L. (2001): Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart
- Reddemann, L. (2007): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT – Das Manual. Stuttgart
- Reinhardt, A.; Haase, U. (2013): Schauen Sie genau hin! – Der Zugang zu den Affekten als therapeutisches Prinzip bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen nach dem musiktherapeutischen Konzept nach Schwabe. Musiktherapeutische Umschau 34 (2), 121–133
- Stern, D. (2011): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart
- Strehlow, G. (2009): Mentalisierung und ihr Nutzen für die Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau 30 (2), 90–101
- Strehlow, G. (2013): Mentalisierung und ihr Bezug zur Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau 34 (2), 135–145
- Winnicott, D. W. (1987): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart

Winterhoff, M. (2010): Warum unsere Kinder zu Tyrannen werden Oder: Die Abschaffung der Kindheit. München

Christina Herold
Flemmingstraße 32
12555 Berlin
Christina.Herold@musiktherapie.de