

Musiktherapie und Mentalisierung. Eine Beleuchtung musiktherapeutischer Theorie und Praxis auf der Grundlage des Mentalisierungskonzeptes

Music Therapy and Mentalization: Bringing Light to Music Therapy Theory and Practice Based Upon the Concept of Mentalization

Julia Fent, Wien

In diesem Artikel geschieht eine Beleuchtung musiktherapeutischer Theorie und Praxis unter dem Aspekt des Mentalisierungskonzeptes. Nach einer grundlegenden Zusammenführung von Mentalisierungskonzept und Musiktherapie wird der spezifische, ergänzende Beitrag des Mentalisierungskonzeptes zum Verständnis musiktherapeutischer Prozesse erläutert. Schließlich wird eine Ableitung mentalisierungsfördernder Vorgehensweisen für die Musiktherapie vorgestellt.

This paper provides a look at the theory and practice of music therapy under the aspect of mentalization. After a fundamental merging of the mentalization concept and music therapy, the specific contribution of the concept of mentalization in interpreting music therapy processes is described. Furthermore, interventions promoting mentalization in music therapy are presented.

Einleitung

Der vorliegende Artikel basiert auf meiner Diplomarbeit, die ich im Studiengang Musiktherapie an der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien 2012 verfasst habe und gibt diese auszugsweise wieder. Darin versuchte ich eine Beleuchtung musiktherapeutischer Theorie und Praxis auf der Grundlage des Mentalisierungskonzeptes.

Den Ausgangspunkt stellte die folgende Hypothese dar:

Eine theoretische Zusammenführung von Mentalisierungskonzept und Musiktherapie leistet einen spezifischen Beitrag zum Verständnis musiktherapeutischen Geschehens und ermöglicht in Folge die Ableitung entsprechender musiktherapeutischer Vorgehensweisen.

Ich versuchte in meiner Arbeit, ausgehend von Literaturrecherche unter relevanten Aspekten, Entsprechungen zwischen Elementen des Mentalisierungskonzeptes und der Musiktherapie herauszuarbeiten und die Erscheinungsformen von

Mentalisierungsstörungen in der musiktherapeutischen Interaktion auszumachen. Wichtig war mir auch aufzuzeigen, wie in der Musiktherapie Mentalisierung meines Erachtens ermöglicht wird. Einige Ergebnisse dieser Arbeit will ich nun darlegen.

Da die Darstellung der theoretischen Grundlagen der Mentalisierung an anderer Stelle im Jahrbuch bereits erfolgt ist, werde ich darauf nicht separat eingehen, sondern direkt mit meinen Überlegungen zu einer Verknüpfung von Mentalisierungskonzept und Musiktherapie beginnen. Einzelne Begriffe werden allenfalls zwischendurch noch kurz erklärend erläutert.

Grundüberlegungen

Jon G. Allen, Peter Fonagy und Anthony W. Bateman schreiben: „Wir mentalisieren, wenn wir einen psychischen Zustand in uns oder anderen wahrnehmen – zum Beispiel, wenn wir über Gefühle nachdenken.“ (Allen/Fonagy/Bateman 2011, S. 22)

In diesem auf den ersten Blick so selbstverständlich klingenden Zitat ist nun schon einiges über Mentalisierung enthalten: So befindet sich eine Person nicht nur in einem psychischen Zustand, der dann ja ebenso unbewusst ihr Verhalten steuern könnte, sondern sie ist imstande, ihn wahrzunehmen. Dieses Spürbar-Werden etwa der eigenen momentanen Befindlichkeit, oder das Bewusstwerden von Motivationen oder Einstellungen ist etwas, das wir in der Musiktherapie unseren PatientInnen durch die musikalische Improvisation zu ermöglichen suchen. Weiters wird in dem Zitat die Fähigkeit genannt, über Gefühle nachdenken zu können. Hier wird also etwas Emotionales in den kognitiven Bereich überführt, bzw. eine Kombination von beidem, ein „Fühlen-Denken“ (Ciompi 1994, S. 75), erlangt. Auch dafür scheint die Musiktherapie besonders geeignet: Durch die spezifischen Eigenschaften der Musik (vgl. Langer 1965) findet Affektives, Nonverbales, Präverbales Ausdruck – und in der darauffolgenden verbalen Reflexion geschieht die Verknüpfung mit einem anderen Modus des Ausdrucks und der Verarbeitung, nämlich mit der Sprache. So wird ein „Nach-Denken“ über innere Zustände von sich und anderen angeregt und die Fähigkeit dazu verbessert. In Folge kann allmählich die Veränderung psychischer Strukturen geschehen.

Diese Überlegungen lassen vermuten, dass die Musiktherapie spezifische Qualitäten zu bieten hat, die ihr im Rahmen eines Mentalisierungsgestützten Behandlungskonzeptes (Bateman/Fonagy 2008) eine wichtige Rolle zukommen lassen. Auch liegt die Annahme nahe, dass durch eine Neubetrachtung musiktherapeutischer Literatur unter dem Aspekt des Mentalisierungskonzeptes musiktherapeutisches Geschehen klarifiziert und verdeutlicht werden kann.

Musikverständnis

Für eine gedankliche Verknüpfung von Mentalisierung und Musiktherapie bietet sich das Musikverständnis in der psychoanalytischen Musiktherapie als Ausgangspunkt an.

Susanne Metzner (2004) betont in diesem Zusammenhang, dass Musik nach psychoanalytischem Verständnis keine Wirkung erzielt, sondern einen Sinngehalt transportiert. Sie „verursacht“ also keine Emotionen, sondern diese, sowie inneres Erleben insgesamt, finden in ihr ihren Ausdruck. Ein emotionaler Inhalt von Musik ist ebenso symbolisch wie es der begriffliche Inhalt der Wortsprache ist (Langer 1984).

Metzner (2004) bezieht sich auf die Philosophin Susanne K. Langer (1984). Diese unterscheidet zwischen einem *diskursiven* und einem *präsentativen Symbolismus*. Der *diskursive Symbolismus* ist jener der Wortsprache: Er ist dadurch gekennzeichnet, dass er Inhalte durch eine Aneinanderreihung von Wörtern, also in einem zeitlichen Nacheinander, transportiert. Die einzelnen Wörter als Bedeutungseinheiten haben festgelegte Bedeutungen, was allgemeine Verständlichkeit ermöglicht. Das impliziert aber auch, dass durch die Sprache nur solche Inhalte ausgedrückt werden können, die in jene Bedeutungseinheiten gekleidet und einer solchen Aneinanderreihung unterzogen werden können.

Für sprachlich nicht Vermittelbares bietet sich der *präsentative Symbolismus*, wie er etwa in den Künsten zu finden ist, an. Er zeichnet sich durch die Gleichzeitigkeit seiner Elemente, etwa aller Farben und Formen eines Bildes oder der musikalischen Parameter eines Musikstücks, aus. Diese stellen keine allgemeingültigen oder übertragbaren Bedeutungseinheiten dar, sondern sind nur in ihrer Ganzheit und im Moment des Auftretens verstehbar. So hat etwa eine Komposition nicht EINE Bedeutung, sondern sie kann jedes Mal, wenn sie gespielt wird und für jede Person, die sie hört, eine andere sein. In präsentativen Symbolformen sind die Strukturen von Symbol und Symbolisiertem einander ähnlicher als in diskursiven Symbolformen, was eine Verwechslung oder Gleichsetzung von beidem leichter macht (Metzner 2004).

Dorothea Oberegelsbacher (1997) weist darauf hin, dass sich in der Musik gegensätzliche Dinge ausdrücken lassen, die einander im diskursiven Symbolismus ausschließen würden. Die Musik steht damit dem Primärprozess nahe. In der Musik können diese (sekundärprozesshaft gesehen) widerstrebenden Anteile ausgedrückt und infolge dessen integriert werden.

Susanne K. Langer (1984) schreibt zur Symbolfunktion:

„Symbole sind nicht Stellvertretung ihrer Gegenstände, sondern Vehikel für die Vorstellung von Gegenständen. Ein Ding oder eine Situation sich vorstellen ist nicht das gleiche wie sichtbar ‚darauf reagieren‘ oder ihrer Gegenwart gewahr sein. Wenn wir über die Dinge sprechen, so besitzen wir Vorstellungen von ihnen, nicht aber die Dinge selber, und die Vorstellungen, nicht die Dinge, sind das, was Symbole direkt ‚meinen‘.

Was Worte normalerweise hervorrufen, ist ein Verhalten gegenüber Vorstellungen; dies ist der typische Denkprozeß.“ (S. 69)

Die Musiktherapie macht sich die spezifische Symbolfunktion der Musik zunutze, um auch sprachlich nicht Ausdrückbares hörbar, greifbar und einer Bearbeitung zugänglich zu machen. Ausgehend von obigem Zitat setzt dies bei der PatientIn jedoch voraus, dass sie über ein sekundäres Repräsentationssystem verfügen kann. Unter spezifischen Umständen kann dieses nicht ausgebildet werden und es kommt zu einer Entwicklungsarretierung auf dem Äquivalenzmodus oder einem häufigen Schwanken zwischen Äquivalenz- und Als-ob-Modus. Auch kann in dem Fall die Improvisation (noch) nicht im Sinne des Als-ob-Spiels genutzt werden.

Es stellt sich nun die Frage, wie Menschen, die gespielte oder gehörte Musik nicht symbolisch begreifen können, diese erleben, und welcher Umgang der TherapeutIn zum Aufbau sekundärer Repräsentanzen beitragen kann.

Prä-mentalisierende Modi in der Musiktherapie

Der jeweilige Modus psychischer Realität, der bei einem Menschen gerade vorherrschend ist, hat entscheidende Auswirkungen darauf, wie derjenige Mensch das Außen und die Kommunikation mit anderen wahrnimmt und interpretiert. Borderline-PatientInnen etwa wechseln in belastenden Situationen, zu denen mitunter auch die Therapiesituation aufgrund der darin entstehenden zwischenmenschlichen Nähe gehört, oft rasch zwischen diesen Modi hin und her. Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, die Wahrnehmung und Nutzung von musikalischer und verbaler Interaktion durch die PatientIn je nach Modus der psychischen Realität verstehbar zu machen.

Im *Modus der psychischen Äquivalenz* werden inneres Erleben und äußere Realität gleich gesetzt. Es herrscht kein Bewusstsein darüber, dass etwa Gedanken und Gefühle, aber auch spielerische Äußerungen anderer nicht die gleiche Konsequenz haben wie reale Handlungen. Es ist nicht möglich, „mit der Realität zu spielen“.

Wie wird nun Musik von Menschen wahrgenommen, die die Realität im Moment im Äquivalenzmodus wahrnehmen? Wenn auch die Musik nicht in ihrer symbolischen Funktion wahrgenommen werden kann, so werden musikalische Äußerungen eines Gegenübers als realitätsverändernde Handlungen interpretiert werden. Das wird diese Äußerungen bedrohlich erscheinen lassen, insbesondere wenn sie überraschend, schwer bestimmbar, besonders laut, o. ä. sind. Es ist anzunehmen, dass der Mensch dann seinem eigenen Spiel ebensolche Macht zudenkt. Improvisationsformen, die etwa die Darstellung von Stimmungen oder Erlebnissen und einen probehandelnden Umgang damit zum Inhalt haben, setzen m.E. bereits die Fähigkeit voraus, musikalische Äußerungen als symbolisch erfassen zu können.

De Backers (2006) Beschreibung des „sensorial play“ psychotischer PatientInnen hingegen stellt eine Form von Musikwahrnehmung und -verwendung dar,

wie sie wohl auch im Äquivalenzmodus vorherrscht: Hier hat die Musik einen unmittelbaren, körperlich-sensorischen Charakter. Jedwede Gestaltung des musikalischen Geschehens würde die Möglichkeit einer reflexiven Distanzierung davon voraussetzen und ist daher vorerst nicht möglich. De Backer beschreibt die Möglichkeit des Aufbaus von Repräsentanzen durch das Finden einer „musikalischen Form“. „Synchrone Momente“, die jedoch zu Beginn der Therapie von den PatientInnen gemieden werden, stellen den Weg dazu dar.

Im *Als-ob-Modus* werden psychische Zustände als Repräsentationen wahrgenommen, jedoch wird keine Beziehung zwischen ihnen und der erlebten äußeren Realität angenommen. Gefühle werden mitunter als unwirklich und nicht zugehörig erlebt.

Infolgedessen könnte sich in der Musiktherapie ein *Pseudo-Mentalisieren* zum Beispiel äußern, indem musikalische Improvisationen einer PatientIn auf die TherapeutIn durchaus kreativ und abwechslungsreich wirken. Die PatientIn könnte sich am Instrumentarium interessiert zeigen und damit experimentieren. Sie könnte den Improvisationen auch im Nachhinein Bedeutungen beimessen. Jedoch wäre es nicht möglich, eine Verbindung zwischen dem in der Musik Erlebten und ihren Emotionen und Verhaltensweisen im Alltag herzustellen, das Spiel und das innere Leben scheinen zusammenhanglos nebeneinander zu stehen. Die Musik würde dann also als Symbolsystem genutzt, der Ursprung des Ausgedrückten wäre jedoch nicht in der primären Affektivität der PatientIn zu finden, sondern in sekundären Repräsentationen, die damit nicht oder unzulänglich verbunden sind. So würden diese Improvisationen in weiterer Folge auch keine strukturellen Veränderungen im Selbst der PatientIn nach sich ziehen.

Ein weiterer Punkt, den es in diesem Zusammenhang zu beachten gilt, ist jener des „*fremden Selbst*“. Sind weite Teile der sekundären Repräsentationsstruktur einer Person nicht mit ihrer primären Affektstruktur verbunden, so vermag Mentalisierung diese Lücke nicht mehr zu füllen, um diese Teile in ein kohärentes Selbstbild zu integrieren. Der fremde Selbstanteil wird daher durch Projektion oder projektive Identifizierung externalisiert, um Selbstkohärenz zu gewährleisten. Aufgabe der TherapeutIn ist es dann, diesen fremden Selbstanteil im Dienste der PatientIn ein Stück weit zu übernehmen, und dennoch eine mentalisierende Haltung beizubehalten und sich möglichst nicht dazu hinreißen zu lassen, den übernommenen Selbstanteil auszuagieren.

Wie würde sich dieses Vorgehen nun in einer gemeinsamen Improvisation von PatientIn und TherapeutIn zeigen? Entscheidend ist, dass die TherapeutIn spontane musikalische Impulse daraufhin hinterfragt, ob sie der eigenen Intuition entspringen oder Teil des fremden Selbst der PatientIn sind. In letzterem Fall scheint es wichtig, diesen Impulsen nicht unbedingt nachzugehen, sie aber präsent zu behalten und auf eine andere Ebene der Bearbeitung zu heben. So mag es sinnvoll sein, anstatt die Impulse direkt in der Improvisation musikalisch umzusetzen, sie zum Thema einer nachfolgenden, entsprechend strukturierten Improvisation zu

machen, in der TherapeutIn und PatientIn sich dem in dem Impuls ersichtlichen projizierten Anteil, etwa in verteilten Rollen, mit unterschiedlichen Instrumenten, mit unterschiedlicher Begleitung, etc. annähern. Der Vorteil eines solchen Vorgehens wäre, dass dem fremden Selbstanteil der entsprechende Raum gegeben wird, jedoch auf einer bewussteren Ebene, die sein Erkennen als unverbundene sekundäre Repräsentation ermöglicht und so eine Annäherung an die tatsächliche primäre Affektstruktur der PatientIn anbahnt.

Die Bedeutung der Musik läge darin, dass durch ihre spezifischen Qualitäten das Erfassen der zugrundeliegenden Affekte leichter möglich wäre, als dies durch rein sprachliche Interaktion geschehen könnte.

In einer teleologischen Interpretation der Realität bzw. dem *teleologischen Modus* werden Geschehnisse bzw. Handlungen anderer zwar als durch etwas verursacht angesehen, jedoch ist es nicht möglich, die Ursache im inneren Erleben bzw. den Repräsentationen der anderen zu sehen. Jede Handlung wird vielmehr als Reaktion auf sich selbst gesehen. Die Äußerung von Befindlichkeiten geschieht häufig durch direktes, durchaus auch (selbst-)zerstörerisches, Handeln. Ein Gespräch darüber ist nur schwer möglich.

In der musikalischen Interaktion könnte dies nun dazu führen, dass zum Beispiel die von MitpatientInnen gespielte Musik nicht als Ausdruck von deren (momentaner) Befindlichkeit gesehen werden oder jene der TherapeutIn nicht als aus einer gewissen therapeutischen Absicht heraus getätigt interpretiert werden kann, sondern je nach ihrer Beschaffenheit als direkt gegen die Person gerichtete Aggression oder Zuwendung etc. verstanden wird. Die PatientIn würde sich davon unmittelbar betroffen sehen und die musikalische Äußerung als durch sich selbst verursacht auf sich beziehen. Eine Reaktion könnte dann ebenso unmittelbar ausfallen, etwa, je nachdem, durch Verlassen des Raumes, Missverstehen eines unterstützenden Spiels als Annäherungsversuch, etc. Für die PatientIn wäre es im Nachhinein schwierig, nachzuvollziehen, was sie zu der impulsiv erscheinenden Handlung motiviert hat.

Da nur das unmittelbar und physisch Wahrnehmbare zählt, ist es nicht möglich, etwa ein einmal wahrgenommenes unterstützendes Verhalten der TherapeutIn als Repräsentation zu verinnerlichen und in einer anderen Therapiestunde wieder präsent zu haben. Eine solche PatientIn könnte daher auf die TherapeutIn wirken, als würde sie andauernd unmittelbare Unterstützung, auch musikalisch, Bestätigung und Halt, suchen und in diesem Bedürfnis manipulierend wirken.

Affektregulierung und Mentalisierung in der Musiktherapie

Nach einigen grundsätzlichen Überlegungen zum Thema sollen nun Vorgehensweisen vorgestellt werden, die die Mentalisierungsfähigkeit der PatientIn anregen und fördern können und auch solchen gegenüber gestellt werden, die dazu nicht geeignet bzw. hinderlich scheinen.

Spiegelungsaktionen in musikalischer und verbaler Interaktion

Eine gelungene markierte Affektspiegelung der Bezugsperson dem Kind gegenüber zeichnet sich durch bestimmte Merkmale aus. Es sind dies *Kontingenz*, *Markiertheit* und *Kongruenz*. Diese drei sind nicht nur entscheidend für den Aufbau sekundärer Repräsentanzen im Säuglingsalter, sondern stellen ebenfalls einen wichtigen Bestandteil im Umgang der TherapeutIn mit PatientInnen mit schlecht ausgebildeter Mentalisierungsfähigkeit dar: Gelingt es der TherapeutIn, die innere Welt oder den momentanen Gefühlszustand der PatientIn zu erfassen und entsprechend zu repräsentieren bzw. zum Ausdruck zu bringen, so kann Mentalisierungsfähigkeit (weiter-)entwickelt werden. Damit dies möglich ist, muss der Ausdruck durch die TherapeutIn ebenfalls obige Merkmale aufweisen (Bateman/Fonagy 2008).

Musik scheint durch ihre Ähnlichkeit mit der präverbalen, lautmalerischen Kommunikation zwischen Säuglingen und ihren Bezugspersonen grundsätzlich besonders geeignet, an solche Interaktionsformen im Erwachsenenalter anzuknüpfen (Schwaiblmair 2005). Darüber hinaus jedoch muss die musikalische Interaktion speziell beschaffen sein, um die erwähnten Aufgaben zu erfüllen.

Wie sieht dies also nun in gelungener oder misslungener Form in der musikalischen und verbalen Interaktion innerhalb der Musiktherapie aus?

Die *Kontingenz*, also das zeitliche Zusammenfallen von Spiegelungsaktion und Gefühlszustand, ermöglicht es der PatientIn, diese beiden Ereignisse aufeinander zu beziehen. Wenn eine PatientIn über keine ausgeprägten reflexiven Fähigkeiten verfügt, wird es daher wichtig sein, dass die TherapeutIn Spiegelungsaktionen direkt beim Wahrnehmen des Gefühlszustandes setzt. Anders darauf einzugehen, etwa in einem späteren Gespräch, mag der PatientIn zwar ein „Nach-Denken“ darüber ermöglichen, wird aber nicht mehr den erhofften unmittelbaren (affektregulierenden oder strukturverändernden) Effekt haben, da eine Verbindung zum benannten Affekt oder Gefühl nicht mehr möglich ist.

Ebenso wichtig ist die *Markiertheit* des Spiegelns: Generell lässt sich sagen, dass „Spiegeln“ ein in Bezug auf die musiktherapeutische Improvisation häufig verwendeter Begriff ist. Die Palette reicht hier von dem Versuch eines völlig exakten, zeitgleichen und im selben Ausdrucksmodus stattfindenden Spiegelns (Wigram 2004) bis zu weiter gefassten Varianten, wie beispielsweise einem rezeptiven Spiel der TherapeutIn, das der PatientIn die von ihr wahrgenommene Stimmung vor Augen führen bzw. zu Gehör bringen will (Timmermann 2004). Ziel soll immer sein, dass die PatientIn ihr eigenes Verhalten oder Gefühl in der Spiegelung durch die TherapeutIn erkennt und so Erkenntnisse über sich gewinnt oder wahrnimmt, dass sie mit ihrem Gefühl nicht alleine ist, sondern dass es durch eine andere Person geteilt wird.

Fonagy et al. (2004) haben dargelegt, dass ein völlig exaktes, unmarkiertes Spiegeln bei Säuglingen bewirkt, dass sie den gespiegelten Affekt ursächlich nicht sich selbst, sondern der spiegelnden Person zuordnen. Wenn nun eine Therapie-

tIn die musikalische Äußerung möglichst exakt, ohne eigene Beigaben, spiegelt, so wird eine PatientIn, die (in der aktuellen Situation oder dauerhaft) nicht über eine ausreichende Mentalisierungsfähigkeit verfügt, die musikalische Äußerung womöglich als Emotionsausdruck der TherapeutIn wahrnehmen.

Wenn es sich bei den gespiegelten Gefühlen zudem um negativ empfundene oder bewertete handelt, so mag dies auf die PatientIn durchaus bedrohlich wirken, wie Gitta Strehlow (2009) ausführt: In einer Fallvignette schildert sie, wie während ihres Kantele-Spiels für eine PatientIn, in dem sie versucht, das bei der PatientIn wahrgenommene Leid auszudrücken, die PatientIn sich sichtlich immer unwohler fühlt und körperlich immer mehr zurückzieht. In ihrer Interpretation der Szene vermutet Strehlow, dass ihr Spiel die PatientIn zwar mit ihrem eigenen Leid konfrontierte, jedoch unmarkiert. Im Spiel war kein Umgang der TherapeutIn mit dem Leid enthalten, keine Modulation des wahrgenommenen Schmerzes, sodass das Spiel auf die PatientIn direkt bedrohlich wirkte und keine Atmosphäre schaffte, in der sie sich mit ihren Emotionen aufgehoben fühlen konnte. Im weiteren Verlauf der Szene modifizierte Strehlow ihr Spiel, indem sie begann, statt die Saiten zu zupfen auf das Holz der Kantele zu klopfen. Dieser modifizierte Umgang mit dem Instrument, während weiterhin der bei der PatientIn wahrgenommene innere Zustand im Zentrum des Spiels stand, stellte eine Abweichung dar, die der PatientIn ermöglichte, die Spielende hinter der Musik zu erkennen, also ihr Gefühl wieder zu erkennen und gleichzeitig mitzuverfolgen, wie damit umgegangen wird; wie eine andere an ihrer Stelle damit umgehen würde.

Strehlow (2009) weist darauf hin, dass durch derartige Interaktionen in der Improvisation, in denen die PatientIn das Spiel der TherapeutIn als Repräsentation ihres eigenen Zustands erkennen kann, sukzessive der Aufbau sekundärer Repräsentanzen erfolgen kann.

Markierte Spiegelungsaktionen haben das übergeordnete Ziel der Bildung sekundärer Repräsentanzen und auf dieser Grundlage wiederum das Erlangen der Fähigkeit zur emotionalen Selbstregulation. In der Therapie mit Menschen mit schweren Mentalisierungsstörungen muss diese Funktion anfangs von der TherapeutIn übernommen werden.

Schumacher et al. (2011) betonen in ihren Ausführungen zur Affektabstimmung die Notwendigkeit der *Kongruenz*, also der inhaltlichen Übereinstimmung zwischen dem Affekt der PatientIn und der Spiegelung der TherapeutIn:

„Affektabstimmung ist eine der schwierigsten Interventionen, da der Therapeut unter Umständen die Kontrolle über seinen eigenen Affektzustand verlieren kann. Es kommt zu Interventionsfehlern, wenn der Therapeut den zu hohen Affekt nicht genau erfasst und abstimmt, sondern ihn entweder übertreibt, ihn zu schnell beruhigt, beschwichtigt oder den Affekt nicht ernst nimmt. Kann der Therapeut den Affekt des Kindes nicht wirklich erfassen, ist die Intervention ‚Affektabstimmung‘ nicht wirksam, ja sogar kontraproduktiv.“ (S. 70f.)

Einerseits können es persönliche Gründe sein, die der TherapeutIn beim Aufgreifen eines Affekts im Wege stehen, etwa, dass sie selbst bestimmte Affekte meidet. Dies wären Themen für Eigentherapie und Supervision.

Es bedarf aber auch in der musikalischen Umsetzung gewisser Voraussetzungen, um Kongruenz zu gewährleisten. So ist etwa die Wahl des Instruments oft schon entscheidend: Es sollte die Möglichkeit gewährleisten, die Spielweise der PatientIn aufzugreifen. Auch die dynamischen Möglichkeiten sollten ähnliche sein. Spielt die PatientIn zum Beispiel auf der Pauke, so wird die TherapeutIn etwa auf der Kantele kaum wahrnehmbar sein.

Wenn es sich um ein rezeptives Spiel der TherapeutIn für die PatientIn handelt, so ist es wichtig, dass die TherapeutIn die Gefühlslage der PatientIn wirklich erfasst hat, bevor bzw. während sie sie gestaltet. Eine solche Gestaltung und Modulation ist besonders bei hohen oder beunruhigenden Affekten von Bedeutung, damit die PatientIn im Spiel der TherapeutIn nicht lediglich mit ihren sie womöglich überwältigenden Emotionen konfrontiert wird, sondern die Funktion der emotionalen Regulierung, die die Gestaltung der TherapeutIn hier erfüllt, nach und nach selbst übernehmen kann.

Siegfried Böhm-Öppinger (2006) sieht den Begriff der „modulierten Resonanz“ (nach Barbara Gindl 2002) als weitgehend deckungsgleich mit der markierten Affektspiegelung an und weist ihm bestimmte musiktherapeutische Techniken zu, „bei denen die TherapeutIn die Ausdrucksweise der PatientIn spiegelt, aber mit Gefühlen ihrer eigenen Ausdrucksweise ‚markiert‘“ (Böhm-Öppinger 2006, S. 28). Resonanz bedeutet,

„dass ein Mensch das Befinden eines anderen in sich selbst erfährt, dass er körperlich, emotional und mental ein Abbild oder einen Widerhall der Zustände und Vorgänge des Gegenübers empfindet, fühlt oder erahnt“ (Böhm-Öppinger 2006, S. 24).

Die modulierte Resonanz bezeichnet den bewussten Umgang der TherapeutIn mit dieser Resonanz. Die entsprechenden zugehörigen Techniken sind nach Böhm-Öppinger (2006) „Reflektieren“, „Halten“ und „Einbinden/Einbeziehen“.

Auch die verbale Rückmeldung der TherapeutIn zum Spiel der PatientIn im Rahmen der verbalen Aufarbeitung kann Spiegelungscharakter haben. Die Markiertheit ist hier auch in Form der anderen Modalität zu sehen – was in der Musik wahrgenommen wurde, wird verbal mitgeteilt. Wie bereits erwähnt, muss die Rückmeldung in einem Moment stattfinden, in dem die PatientIn noch in Kontakt mit ihrer Emotion während des Spiels ist, wenn die Rückmeldung von ihr als Spiegelung wahrgenommen werden soll.

Musiktherapeutische Improvisation als Als-ob-Spiel

Durch das Als-ob-Spiel, für das die Erwachsenen den nötigen Rahmen und ihre Mitwirkung bereitstellen, ist es dem Kind möglich, sukzessive Äquivalenzmodus

und Als-ob-Modus zu integrieren und so einen reifen mentalisierenden Modus der Realitätswahrnehmung zu entwickeln.

Eine weitere Funktion des Spiels beschreiben Fonagy et al. (2004) wie folgt:

„Solche selbstkontrollierten modifizierten Reinszenierungen im sicheren ‚Als-ob-Modus‘ einer fiktiven repräsentationalen Welt dienen [deshalb] als effiziente Möglichkeit, den Umgang mit der schmerzhaften Erinnerung an das traumatische Ereignis zu erleichtern.“ (S. 301)

Den Rahmen, den Kinder im Als-ob-Spiel vorfinden, finden Erwachsene in der Therapie (vgl. Winnicott 1973). In der Musiktherapie stellt überdies die musikalische Improvisation eine Möglichkeit des Spielens dar, die (emotionalen) Ausdruck auf nonverbaler Ebene ermöglicht.

Wie muss sie nun aber beschaffen sein, um für die PatientIn die erwähnten Funktionen zu erfüllen?

Die *entscheidenden Merkmale des Als-ob-Spiels* sind der *Rahmen*, der zur Verfügung gestellt wird, sowie Markiertheit und Folgenlosigkeit, also der *Als-ob-Charakter* der von der TherapeutIn gesetzten Spielaktionen.

So wie Erwachsene den Rahmen für das kindliche Spiel bereiten, ist es die MusiktherapeutIn, die den *Rahmen* für die Improvisation in der Musiktherapie bereitstellt. Die TherapeutIn gewährleistet die Aufrechterhaltung der für den Spielrahmen vereinbarten (vielen oder wenigen) Regeln, die Als-ob-Charakter aufweisen und sich von der äußeren Realität notwendigerweise unterscheiden. Sie steht aber auch als Garant dafür, dass die äußere Realität in ihrer Repräsentation und damit auch für die PatientIn weiter besteht.

Laut der Bindungstheorie nach John Bowlby ist Exploration erst dann möglich, wenn das Bindungssystem deaktiviert ist und das Kind sich sicher genug fühlt, um sich anderen Tätigkeiten als der Suche nach Schutz zuzuwenden. Wie bereits erwähnt, ist vor allem für Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen die entstehende persönliche Nähe in der Therapiesituation selbst schon eine Herausforderung, die innere Arbeitsmodelle im Rahmen einer meist unsicheren Bindung aktiviert. Es gilt also auch hier, zuerst Stabilität und Sicherheit zu gewährleisten. Dies mag für die Improvisation zu Beginn der Therapie bedeuten, dass das Erforschen des Kontakts zur TherapeutIn sowie eigener aufkommender innerer Regungen eher möglich ist, wenn Improvisationen mit gewissen vereinbarten Regeln stattfinden. Es sind hier also die Einschränkungen, die die PatientIn erst frei genug machen, zu spielen. Der Rahmen besteht somit in Regeln oder vorher vereinbarten Strukturierungen, sei dies das gemeinsame Suchen eines Bildes, das umgesetzt wird, eine kommunikative Anordnung, ein Rollenspiel, vereinbarte musikalische Parameter, o. ä. Gelingt es der PatientIn im Verlaufe einer längeren Therapie zunehmend, Als-ob-Modus und Äquivalenzmodus schrittweise zu integrieren, so können die durch die TherapeutIn und die Spielregeln gesetzten Grenzen allmählich weiter gefasst und damit die Trennung zwischen den beiden Modi durchlässiger gestaltet werden, da die aufgestellten Regeln sonst zum Selbstzweck würden.

Das *Mitspielen der TherapeutIn* in der Improvisation ist schon durch die Art der Improvisation in gewissen Punkten vorbestimmt.

In einem musikalischen Rollenspiel etwa, das Probehandeln ermöglichen soll, wird die TherapeutIn stets in Erfüllung ihrer Rolle spielen. Es ließe sich nun behaupten, dass innerhalb eines Rollenspiels jegliche musikalische Interaktion schon dadurch Markiertheit aufweist, dass sie die Umsetzung einer in der Realität verbal ablaufenden Interaktion durch Musik ist – also die Überführung in einen anderen Modus des Ausdrucks darstellt. Doch auch dann ist es die Aufgabe der TherapeutIn, diese Eigenschaft des Spiels durch Einhalten eines entsprechenden Maßes und Rahmens in der Erfüllung ihrer Rolle für die PatientIn deutlich zu machen, wenn diese dazu (noch) nicht selbst imstande ist. So können überraschende Erweiterungen des Rollenverständnisses, abrupte Stimmungswechsel im Spiel u. ä. auf eine PatientIn verunsichernd wirken, wenn diese noch viel Stabilität in der Abgrenzung des sicheren Als-ob-Modus im Spiel von der Realität benötigt. Überraschend andere als der Rolle entsprechende musikalische Aktionen der TherapeutIn könnten dann bei der PatientIn den Eindruck erwecken, die MitspielerIn wäre aus dem Spiel ausgestiegen und somit zu einer Interpretation des Geschehens im teleologischen Modus (Verursachung nur bei sich selbst sehen können) oder Äquivalenzmodus (Gleichsetzung von innerer, psychischer Realität mit der äußeren, materiellen) führen.

In einer freien Improvisation ohne vereinbarte Regeln gilt es ebenso, musikalisch so viel Halt zu geben, dass die PatientIn sich sicher fühlt und damit freier handeln kann. Aufgrund der emotionalen Instabilität und der labilen Mentalisierungsfähigkeit von PatientInnen mit schweren Persönlichkeitsstörungen ist damit zu rechnen, dass es im Rahmen von Improvisationen zu Eskalationen kommen wird, wenn PatientInnen in einer Situation von ihren Affekten überwältigt sind. Bateman und Fonagy (2008) führen aus, dass es dann die vorrangige Aufgabe der TherapeutIn ist, durch eine deutliche Intervention die laufende Dynamik zu unterbrechen, um der PatientIn eine Beruhigung zu ermöglichen.

Einleitend wurde eine spezifische Funktion des Spiels genannt, nämlich durch Reinszenierung schmerzhafter Erinnerungen deren Verarbeitung zu ermöglichen. Auch dieses vermag die musiktherapeutische Improvisation zu leisten. In der verbalen Reflexion anschließend an Improvisationen tauchen bei PatientInnen oft Erinnerungen auf, seien dies schöne oder schmerzhaft. Diesen Erinnerungen kann dann im Anschluss musikalisch weiter nachgegangen werden, sie finden abwechselnd in den beiden Repräsentationsformen der Wortsprache und der Musik Ausdruck. Eingebunden in die haltende therapeutische Beziehung wird so auch die Modulation der belastenden Gefühle möglich. Dorothea Oberegelsbacher und Dorothee Storz (2001) verweisen auf den großen Wert des Oszillierens zwischen Musik und Sprache, durch sie in Bezug gesetzt zu Primär- und Sekundärprozess.

Mentalisierte Affektivität in der Improvisation

Wie Fonagy et al. (2004) erläutern, bezeichnen die *markierte Externalisierung* in Affektspiegelung und Als-ob-Spiel und die *symbolische Externalisierung* in kreativen Medien

„jene beiden Äußerungsformen mentaler Inhalte, bei denen das Subjekt immer ein gewisses Niveau an Gewährsein und Verstehen des repräsentationalen Charakters der externalisierten symbolischen Form aufrechterhält“ (S. 299).

Selbiges trifft auch auf die mentalisierte Affektivität zu, die bereits eine gut ausgebildete Mentalisierungsfähigkeit voraussetzt und das Vermögen bezeichnet, Affekte zu identifizieren, zu modulieren und (nach „innen“ oder außen) auszudrücken, und zwar ohne sich währenddessen aus dem emotionalen Zustand heraus begeben zu müssen. Die mentalisierte Affektivität befähigt Menschen, positive Affekte zu stärken und „negative Affekte zu akzeptieren und zu versuchen, sie zu bewältigen“ (Fonagy et al. 2004, S. 437). Während in entwicklungspsychologisch gesehen früheren Formen der Affektregulierung die Mitwirkung anderer unablässig ist, etwa in Erfüllung dieser Funktion (siehe Markierte Affektspiegelung, bzw. auch Affektabstimmung nach Schumacher) oder in der Bereitstellung des Rahmens (siehe Als-ob-Spiel), so geschieht in ihrer reifsten Form, der mentalisierten Affektivität, die Affektregulierung ohne Beteiligung anderer.

Wie kann dies nun in der Musiktherapie geschehen, und welche Eigenschaften der Musik lassen sie als dafür besonders geeignet erscheinen? Die Musik ermöglicht im Gegensatz zur Wortsprache sowohl das gleichzeitige Spielen mehrerer Personen als auch das gleichzeitige Erklängen gegensätzlicher Anteile oder Sachverhalte. Demnach ist auch anzunehmen, dass in der Musik eine momentane Emotion oder ein länger andauernder Gefühlszustand Ausdruck finden können und gleichzeitig eine Bearbeitung desselben geschieht, eine Reflexion darüber, ein probierendes Verändern in verschiedene Richtungen; durch die TherapeutIn, die PatientIn, oder durch beide. Dies stellt m.E. eine Analogie zu einem Aspekt mentalisierter Affektivität dar: ein Umgang mit der Emotion geschieht, WÄHREND sie wahrgenommen wird. Hier bietet die Musik also eine Möglichkeit des Sichtbar- bzw. Hörbar-machens eines Vorganges, der bei Gebrauch der Wortsprache lediglich innerlich geschehen kann. Es kann daher angenommen werden, dass die musiktherapeutische Improvisation für Menschen, denen das Mentalisieren von Emotionen (noch) schwer fällt, hier eine Unterstützung und Brücke darstellen kann.

Siegfried Böhm-Öppinger (2006) führt aus:

„Die wiederholte Erfahrung, dass unangenehme Zustände musikalisch im Kontakt mit der TherapeutIn ausgedrückt werden können und dadurch eine Veränderung erfahren, stärkt die Fähigkeit, spannungsreiche Zustände und Emotionen selbst zu regulieren.“ (S. 28)

Als therapeutische Techniken in der Improvisation hierzu nennt der Autor „Beruhigen“, „Intensivieren“ (die Musik gemeinsam etwa durch Steigerung von Tem-

po und Lautstärke zu einem Höhepunkt zu führen) und „Verändern“. Der Autor schreibt weiter: „Durch die Kombination von Intensivieren und Beruhigen kann die Erfahrung vermittelt werden, dass heftige Gefühle nicht zu Eskalation führen, sondern reguliert werden können“ (ebd., S. 29).

Das Mentalisieren der Emotion bezieht sich nicht nur auf dramatische, überfordernde Gefühle, sondern ebenso auf jegliche emotionale Reaktionen auf Ereignisse, Erinnerungen u. ä. Es dient so auch dem Erkennen und der Erforschung eigener Reaktions- und Verhaltensweisen. Dies geschieht in der Musiktherapie beispielsweise mithilfe von Rollenspielen oder anderen Improvisationsformen, die ein Probedarstellen ermöglichen. Hier kann dieselbe Situation auf verschiedene Arten durchgespielt werden, die dabei aufkommenden Emotionen können wahrgenommen und bestimmt werden, nach und nach wird vielleicht ihre Modulation im Spiel selbst möglich.

Mentalisieren durch die TherapeutIn

Allen et al. (2011) formulieren wie folgt:

„Wir haben gesagt, dass man einen anderen Menschen am besten zum Mentalisieren animieren kann, indem man es selbst tut – Mentalisieren erzeugt Mentalisieren. Wir Therapeuten versuchen ebendies: Indem wir mentalisieren, helfen wir unseren Patienten zu mentalisieren.“ (S. 402)

Das kontinuierliche Beibehalten einer mentalisierenden Haltung durch die TherapeutIn stellt also die wesentliche Grundlage dar, auf der auch die PatientIn ihre Mentalisierungsfähigkeit verbessern kann bzw. wodurch sie in schwierigen Situationen wieder in einen mentalisierenden Modus zurückkehren kann. In der Musiktherapie bietet die verbale Reflexion, die auf musikalische Improvisationen oder auf das Anhören von Musik folgt, die optimale Situation, dieses kontinuierliche Mentalisieren zu praktizieren und darüber im Austausch zu sein. Da die PatientIn oft nicht über ausreichende sekundäre Repräsentanzen verfügt, um aufkommende Affekte, Stimmungen oder Assoziationen mentalisierend für ein Nach-Denken und Nach-Fühlen über sich zu nutzen, ist es zu Beginn oft die TherapeutIn, die diese Lücke füllt, indem sie ihre Überlegungen zum Geschehen in der Improvisation und der Therapie insgesamt zur Verfügung stellt.

Allen et al. (2011) und Bolm (2009) führen noch weitere wichtige Merkmale von Rückmeldungen der TherapeutIn an die PatientIn auf: So ist es, übertragen auf die Musiktherapie, wichtig, dass die TherapeutIn aktiv ihre Beobachtungen und Ideen zur eben verklungenen Improvisation mitteilt, jedoch stets mit der Einstellung einer nichtwissenden Neugier. Sie signalisiert der PatientIn, dass sie interessiert teilhat an ihrem inneren Erleben, sie mit einer Deutung jedoch jederzeit falsch liegen kann, und es sogar selbstverständlich und erlaubt ist, dass auch ihr Fehler etwa in den Interpretationen unterlaufen.

Die TherapeutIn ist es auch, die Gegenbewegungen einleitet: Wenn die PatientIn also lediglich über ihr Inneres nachdenkt, führt die TherapeutIn behutsam den

Blick auf die Umwelt ein, und umgekehrt, um der PatientIn so sukzessive eine bessere Verbindung zwischen innerer und äußerer Realität zu ermöglichen. Auch in dem Wechsel zwischen Musik und Sprache in der musiktherapeutischen Improvisation ist eine solche Gegenbewegung zu sehen, die vielleicht schon das Potential in sich trägt, zu einer besseren Verbindung zwischen Innen und Außen sowie zwischen primärer Affektivität und sekundären Repräsentanzen beizutragen.

Einen anderen Nutzen des Mentalisierens durch die TherapeutIn nennt Jos De Backer (2006): Er beschreibt das Mentalisieren in musikalischer Form nach der Sitzung, ein „Improvisieren im Reverie-Stil“ (S. 70), als Möglichkeit der TherapeutIn, das schwer aushaltbare Spiel der PatientIn während der Stunde für sich selbst im Nachhinein besser aushaltbar zu machen:

„Das Mentalisieren durch dieses musikalische Improvisieren ermöglicht es dem Therapeuten, sich aus dem Sumpf des sensoriiellen Spiels zu befreien. Dadurch kann er diese besetzte Leere oder die Festigkeit des Affekts über ein inneres Bild (Vorstellung) integrieren, und die Hoffnung und den Wunsch danach, den therapeutischen Prozess fort zu führen, weiter bestehen lassen“ (ebd., S. 70).

Tüpker (2003) beschreibt in ihren Ausführungen zur Containment-Funktion ähnlich:

„Die eigene verinnerlichte Erfahrung mit Musik hilft dem Therapeuten, diese Anteile des Patienten auszuhalten und so zu bewahren, dass sie weder den Patienten zerstören (im Sinne ausgelebter negativer Gegenübertragung) noch den Therapeuten selbst“ (S. 111).

Abschließend lässt sich also sagen, dass die Mentalisierungsfähigkeit der TherapeutIn nicht nur eine unabdingbare Voraussetzung für das Gelingen der Therapie darstellt, sondern dass das „musikalische Mentalisieren“ auch eine spezielle Ressource von MusiktherapeutInnen darstellt und einen wichtigen Beitrag zur Psychohygiene der TherapeutIn leistet.

Schlussgedanken

Welches ist nun also der „spezifische Beitrag“, den das Mentalisierungskonzept leisten kann? Welche Aspekte musiktherapeutischen Geschehens lassen sich vor dem Hintergrund des Mentalisierungskonzeptes differenzierter betrachten als durch andere Modelle und Theorien?

Wie bereits ausgeführt setzt ein symbolischer Gebrauch der Musik die momentane Verfügbarkeit sekundärer Repräsentanzen und damit eine gewisse Mentalisierungsfähigkeit voraus. In den Publikationen zum Mentalisierungskonzept sind aber gerade jene Zustände und Umstände, in denen dies eben nicht der Fall ist, also die prä-mentalierenden Modi, ausführlich in ihren Erscheinungsformen im Erwachsenenalter sowie ihrer Entstehung beschrieben. So wird durch eine Betrachtung der Musiktherapie unter diesem Fokus eben auch ein Verständnis jener

Formen von Musikwahrnehmung und -gebrauch durch PatientInnen ermöglicht, bei denen die Musik noch nicht primär oder durchgehend zum symbolischen Ausdruck genutzt werden kann. Das Mentalisierungskonzept verhilft damit auch zum Erkennen solcher Situationen in der Praxis.

In Folge lässt sich ableiten, wie musiktherapeutisches Vorgehen, das diese Gegebenheiten berücksichtigt, beschaffen sein sollte, und wie Unterstützung beim (Wieder-)Finden eines mentalisierenden Modus gewährt werden könnte: Hier sind im Mentalisierungskonzept ausführlich die markierte Affektspiegelung und das Als-ob-Spiel beschrieben. Die Übertragung auf die entsprechenden musiktherapeutischen Techniken und Methoden (Spiegelungsaktionen in der musikalischen Interaktion und Improvisation als Als-ob-Spiel) gibt eine klare Richtung für ein mögliches musiktherapeutisches Vorgehen vor.

Literatur

- Allen, J. G.; Fonagy, P.; Bateman, A. W. (2011): Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis. Stuttgart
- Bateman, A. W.; Fonagy, P. (2008): Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. Gießen
- Böhm-Öppinger, S. (2006): Alexithymie. Grenzen der Vermittelbarkeit von Emotionen in der Musiktherapie. Ein aktueller Kommentar zur Abschlussarbeit aus dem Lehrgang für Musiktherapie 1982. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität für Musik und darstellende Kunst Wien
- Bolm, T. (2009): Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) für Borderline-Störungen und chronifizierte Traumafolgen. Köln
- Ciampi, L. (1994): Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Stuttgart
- De Backer, J. (2006): Musikalische Form und Psychose. Eine klinische Forschung. In: Rentmeister, U. (Hrsg.): „Lärmende Stille im Kopf“. Musiktherapie in der Psychiatrie. Wiesbaden, 55–76
- Fent, J. (2012): Musiktherapie und Mentalisierung. Eine Beleuchtung musiktherapeutischer Theorie und Praxis auf der Grundlage des Mentalisierungskonzeptes. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität für Musik und darstellende Kunst Wien
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. L.; Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart
- Langer, S. K. (1984): Philosophie auf neuem Wege. Das Symbol im Denken, im Ritus und in der Kunst. Frankfurt am Main
- Metzner, S. (2004): Einige Gedanken zur rezeptiven Musiktherapie aus psychoanalytischer Sicht. In: Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.): Rezeptive Musiktherapie. Theorie und Praxis. Wiesbaden, 27–38

- Oberegelsbacher, D. (1997): Musiktherapeutisches Improvisieren als Mittel der Verdeutlichung in der Psychotherapie. In: Fitzthum, E.; Oberegelsbacher, D.; Storz, D. (Hrsg.): Wiener Beiträge zur Musiktherapie 1. Wien, 42–66
- Oberegelsbacher, D.; Storz, D. (2001): Primärprozess und Sekundärprozess in musiktherapeutischer Transformation. In: Storz, D.; Oberegelsbacher, D. (Hrsg.): Wiener Beiträge zur Musiktherapie 3. Wien, 21–38
- Schumacher, K.; Calvet, C.; Reimer, S. (2011): Das EBQ-Instrument und seine entwicklungspsychologischen Grundlagen. Göttingen
- Schwaiblmaier, F. (2005): Infant research and music therapy – The significance of musical characteristics in early mother-child interaction for music therapy. *Music Therapy Today* (online) VI (1), 48–59. In: http://www.wfmt.info/Musictherapyworld/modules/mmmagazine/issues/20050127143919/20050127150100/MTT6_1_Schwaiblmaier.pdf [Stand: 28.2.2012]
- Strehlow, G. (2009): Mentalisierung und ihr Nutzen für die Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau* 30 (2), 89–101
- Timmermann, T. (2004): Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie. Bausteine für eine Lehre. Wiesbaden
- Tüpker, R. (2003): Selbstpsychologie und Musiktherapie. In: Oberhoff, B. (Hrsg.): *Die Musik als Geliebte. Zur Selbstobjektfunktion der Musik*. Gießen
- Wigram, T. (2004): *Improvisation. Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London, Philadelphia
- Winnicott, D. W. (1973): *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart

Julia Fent
Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe
Otto-Wagner-Spital und Pflegezentrum
1. Psychiatrische Abteilung mit Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik
Baumgartner Höhe 1
A-1145 Wien.
julia.fent@wienkav.at