

„Instru-Mental“

Improvisation und Mentalisierung in der Musiktherapie mit Jugendlichen

„Instru-Mental“

Improvisation and Mentalization in Music Therapy with Adolescents

Bernd Reichert, Münster

Mentalisierung als theoretisches Konstrukt ergänzt und erweitert das Verständnis der Selbstentwicklung und stellt für die Arbeit mit Jugendlichen einige interessante Aspekte zur Verfügung. Der Artikel setzt sich mit den Vorgängen impliziten und expliziten Mentalisierens im Zusammenhang mit Improvisation auseinander und bezieht diese auf die musiktherapeutische Arbeit mit Jugendlichen. Der spezifische Umgang mit den störungs- und entwicklungsbedingten Schwierigkeiten psychosomatisch erkrankter Jugendlicher wird diskutiert.

Mentalization as a theoretical construct can add and broaden understanding of self-development and provides some interesting aspects for work with adolescents. This article addresses processes of implicit and explicit mentalization within the context of improvisation and relates these to music therapy with adolescents. An approach specific to the disorders and developmentally-related difficulties of psychosomatically ill adolescents is discussed.

*„Man kann sich nichts dabei denken, denn Malen ist eine andere Form des Denkens.
Das wäre genauso, als wenn man Einstein fragt:
,Was denken Sie sich, wenn Sie Gleichungen machen?,
Der denkt sich nichts dabei, der rechnet.“¹*

Einleitung

Seit Erscheinen des Buches „Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self“ von Fonagy et al. im Jahre 2002 hat das Konzept der Mentalisie-

1 Das komplette Zitat lautet: „*Painting has nothing to do with thinking, because in painting thinking is painting. Thinking is language – record-keeping – and has to take place before and after. Einstein did not think when he was calculating; he calculated – producing the next equation in reaction to the one that went before – just as in painting one form is a response to another and so on.*“ Richter, G.; Obrist, H. U. (1995): The Daily Practice of Painting.

rung in viele Bereiche der Psychotherapie Einzug gehalten. Das mag nicht weiter verwundern, ist es doch ein Konzept, das Vorstellungen über den Erwerb einer „theory of mind“ mit der Bindungsforschung zu verbinden in der Lage ist, neurobiologische Befunde einbezieht und die Tradition der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie aufgreift und fortsetzt. So ist eine konsistente Vorstellung über den allmählichen Erwerb der Mentalisierungsfähigkeit und die Entwicklung selbst-reflexiver Funktionen entstanden, die sich im Rahmen der Eltern-Kind-Beziehung vollziehen. Überschneidungen mit anderen Therapierichtungen und unterschiedliche Anwendungsbereiche des Mentalisierungskonzeptes finden sich inzwischen in großer Zahl.²

So gibt es auch in der Musiktherapie Versuche, die therapeutischen Prozesse unter dem Aspekt von Mentalisierung zu beobachten.³ Das liegt nahe, weil die konsequente Weiterführung psychoanalytischer Sichtweisen in Richtung Interpersonalität schon zuvor ins Interesse analytisch denkender MusiktherapeutInnen geraten ist. Dennoch soll musiktherapeutischer Theoriebildung in diesem Artikel nicht einfach ein neues Kostüm übergezogen werden. Er stellt eher den Versuch dar, nach Überschneidungen mit bisherigen Konzepten zu suchen, aber durchaus auch Unterschiede zu markieren. Der ursprünglich in der Behandlung mit erwachsenen Borderline-Patienten entwickelte und erforschte mentalisierungsgestützte Ansatz soll im vorliegenden Text mit dem Teilaspekt der Improvisation in der musiktherapeutischen Arbeit mit psychosomatisch erkrankten Jugendlichen in Verbindung gebracht werden.

Zwei Betrachtungsweisen

Das Mentalisierungskonzept kann unter zwei Aspekten gesehen werden: Zum einen als übergreifende theoretische Konstruktion und Erklärungsansatz der Affekt- und Kognitionsentwicklung, zum anderen als Konzept für spezialisierte Behandlungsansätze mit bestimmten Patientengruppen, so z.B. für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung oder mit Traumatisierungen.

Mentalisieren ist die Fähigkeit, „sich selbst von außen zu sehen und den anderen von innen“⁴, also die „Aufmerksamkeit auf unsere eigene innere Verfassung und auf den psychischen Zustand anderer Menschen zu richten – was Peter Fonagy so treffend als ‚holding mind in mind‘ – sich Gefühle und Gedanken vergegenwärtigen, dem Fühlen und Denken nachspüren – bezeichnet.“⁵

2 Allen, J. G.; Fonagy, P. (2009): Mentalisierungsgestützte Therapie.

Ganser, G. (2014): Der Einsatz eines Therapiehundees in der tiefenpsychologischen Kinderpsychotherapie.

3 Strehlow, G. (2009); Strehlow, G. (2013); Frohne-Hagemann, I. (2012).

4 Quelle: <http://mentalisierung.net>; 18.5.2014.

5 Allen, J. G. (2009): Mentalisieren in der Praxis, S. 23.

Auf eine ausführliche Darstellung des Mentalisierungskonzeptes darf hier gestutzt verzichtet werden, ist es doch inzwischen in zahlreichen Veröffentlichungen umfassend vorgestellt worden. So sollen für diesen Artikel die jeweilig notwendigen theoretischen Inhalte an entsprechender Stelle angeführt werden.

Der zweite Aspekt betrifft die Anwendung des Konzeptes in der psychotherapeutischen Praxis. Fonagy et al. konstatieren: „Ein wichtiges Ziel der Psychotherapie, wenn nicht sogar das wichtigste, besteht also darin, die Mentalisierung weiterzuentwickeln.“⁶ Sie arbeiten heraus, dass Aspekte des Konzeptes in allen psychotherapeutischen Ansätzen aufzufinden sind, denn die basale Fähigkeit, über sein Selbst und zwischenmenschliche Bezogenheit zu reflektieren ist alles andere als neu.⁷ Dennoch vertreten sie die Ansicht, dass eine mentalisierungsgestützte Behandlung bedeutet, „das Mentalisieren zum expliziten Fokus des therapeutischen Prozesses zu machen.“⁸ Was aber nicht heißen muss, dass die grundlegenden Ideen des Konzeptes nicht auch in anderen psychotherapeutischen Ansätzen mit anderer theoretischer Orientierung einfließen können. Dafür ist das Konzept, so Allen und Fonagy, offen und entwicklungsfähig genug. Sie vertreten die Ansicht, dass für die Behandlung von neurotischen Patienten mit relativ guter Reflexionsfähigkeit die Arbeit mit ‚traditionellen‘ psychoanalytischen Methoden gut geeignet und ausreichend ist. Patienten mit frühen Entwicklungsstörungen profitieren aber von einem veränderten Vorgehen im Sinne eines Fokus’ auf die (nicht oder wenig vorhandene) Fähigkeit, zu mentalisieren.⁹ Im Sinne einer dimensional Betrachtungsweise können aber auch Patienten mit partiellen Störungen der Reflexionsfunktion von der Arbeit mit diesem Modell profitieren.

*„Die Grenzen meiner Sprache
bedeuten die Grenzen meiner Welt“
(Wittgenstein)*

Musizieren – Denken – Sprechen

Gehen wir davon aus, dass in einer Musiktherapie mit psychiatrischen oder psychosomatischen Patienten die Behandlung sich zwischen den Bereichen Musik machen (gemeinsam Improvisieren) und reden (wenn es denn geht) vollzieht, so stehen wir mit Blick auf Mentalisierungsvorgänge vor dem Problem, die Vorgänge während der musikalischen Produktion in irgendeiner Form sprachlich zu fassen. Auch wenn für die unmittelbar Beteiligten (i.d.R. Patient und Therapeut) nicht generell die Notwendigkeit einer Versprachlichung besteht, so gilt dies spätestens

6 Fonagy, P. et al. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst, S. 21.

7 Allen, J. G.; Fonagy, P. (2009): a.a.O.

8 Ebd., S. 15.

9 Fonagy, P. et al. (2004): a.a.O., S. 477.

im Kontakt mit den anderen Behandlern und dem Team, das ebenfalls mit dem Patienten zu tun hat und sich über Therapieprozesse, Behandlungsziele und Diagnosen etc. verständigen muss. Unter einer theoretischen Perspektive wäre es ebenfalls hilfreich, die Prozesse während der Improvisation genauer zu fassen. „Um die Aufmerksamkeit auf Implizites zu lenken, auf das, was nicht in Worte gefasst wird, müssen wir uns der Sprache bedienen“.¹⁰ Allen differenziert in explizites und implizites Mentalisieren und liefert damit die Möglichkeit, auch Vorgänge während des Improvisierens unter diesem Blickwinkel zu betrachten. Für ihn ist die Möglichkeit, implizit zu mentalisieren eng verknüpft mit einem Selbstgefühl der Urheberschaft, der Empfindung unseres „Selbst als einen emotional beteiligten Urheber“.¹¹

Wir sehen also, Mentalisieren ist kein lediglich kognitiver, sprachlich vermittelter Prozess. Insofern bedeuten die *Grenzen der Sprache* nicht gleichzeitig die *Grenzen der* (erfassten) *Welt*. Das, was beim improvisatorischen Handeln zwischen Patient und Therapeut vor sich geht, spielt sich in der *Welt der Musik* ab, was nicht das gänzlich Andere ist und trotzdem nur so und nicht anders ‚formuliert‘ werden kann. Diesem Formulierten unterstellen wir Sinnhaftigkeit, deren Verständnis und Entschlüsselung für musiktherapeutische Behandlung einige Bedeutung zukommt. Auch für die Frage, ob implizite Mentalisierungsvorgänge am Werk sind, wären diese Betrachtungen von Bedeutung. Einen Beitrag vonseiten der Musikphilosophie zum musikalischen Sinn-Verstehen leistet Vogel.¹² Er entwickelt ein Konzept des *Nachvollzugs* als empathischer Erfahrung vermittels der es möglich wird, musikalischen Sinn zu erkennen. „So wie sprachliche Bedeutung auf Interpretation angewiesen ist, ist Sinn auf integrativen Nachvollzug angewiesen.“¹³ In der gemeinsamen Improvisation wird sowohl das Erleben von Urheberschaft des Eigenen, als auch Nachvollzug des Anderen ermöglicht.

Musiktherapeutische Improvisation lässt sich nicht gänzlich in Vorstellungen von Beziehungs-Dynamik oder Kommunikationsprozessen auflösen. Die Musik mit ihrem Eigen-Sinn erfordert darüber hinaus ästhetische, philosophische und kulturpsychologische Betrachtungen wie sie z.B. die morphologische Psychologie Salbers unter dem Begriff der Psychästhetik¹⁴ zur Verfügung stellt. Ästhetische Prozesse und Kunstproduktion können als beispielhaft für seelische Prozesse gelten. „Seelisches ist kunstanalog – die Seltsamkeiten und Unfassbarkeiten der Kunst können die Seltsamkeiten und das Verrückte der Psycho-Morphologie beschaulbar machen. [...] Die Kunstwerke können das, weil die Gesetze der Verwandlungswirklichkeit selber psych-ästhetische Gesetze sind – nichts geht ohne Doppelhei-

10 Allen, J. G. (2009): a.a.O., S. 33.

11 Ebd., S. 34.

12 Vogel, M. (2007): Nachvollzug und die Erfahrung musikalischen Sinns.

13 Ebd., S. 333.

14 Vgl. z.B. Salber, W. (2002): Psychästhetik. Und: Materialien zur Morphologie der Musiktherapie, Hefte 1–6, Institut für Musiktherapie und Morphologie.

ten, Formen, Fortsetzungen, Symbolbildungen.“¹⁵ In der eingangs zitierten Aussage von Richter wird die Eigengesetzlichkeit des Prozesses der Kunstproduktion noch einmal unterstrichen: „one form is a response to another and so on.“¹⁶ Er verweist darauf, dass die ‚kognitive Bestandwahrung‘ vor und nach dem schöpferischen Prozess passiert. Aus diesem Grund ist es problematisch, musikalische Interaktionen mit Begriffen aus der sprachlichen Welt gleichzusetzen, denn im musikalischen Kontakt entsteht ein anderer, weiterer Gegenstand, der nur zum Teil mit kognitiven Operationen zu tun hat. Für den musiktherapeutischen Prozess, der sich ja zwischen zwei oder mehreren Personen vollzieht, wäre hier zu ergänzen, dass sich ein Verständnis der Vorgänge im Wechsel von ‚Sprache und Musik und wieder zurück‘ entwickelt. Mit genau dieser Schnittstelle beschäftigt sich eine Reihe von musiktherapeutischen Autoren¹⁷, speziell für die Arbeit mit Borderline-Patienten hat Plitt eine Untersuchung vorgelegt. Sie konnte zeigen, wie sich explizite und implizite Ebenen des Beziehungsgeschehens wechselseitig durchdringen und wie sich durch das affektiv gesteigerte gemeinsame Erlebnis Improvisation und die anschließende sprachliche Darstellung „das intersubjektive Feld verdichtet und sich die Interaktionspartner impliziten Beziehungswissens gewahr werden, welches ‚nicht in die Form der Worte gelangt‘ (Stern 1992, 103).“¹⁸

Psychosomatik im Jugendalter

Musiktherapeutische Arbeit mit Jugendlichen in einer psychosomatischen Abteilung muss mit besonderen, alters- und reifungsabhängigen Auffälligkeiten rechnen. Fonagy und Mitarbeiter verweisen auf „das vermehrte Vorkommen verschiedener mentaler Störungen in dieser Entwicklungsphase, die Verschlechterung bereits bestehender Störungsbilder, das Auftauchen neuer, für die Adoleszenz typischer Beeinträchtigungen und vieler anderer, im Grunde lebenslanger Probleme, die sich regelmäßig erst in diesem Alter bemerkbar machen“. ¹⁹ Sie finden dafür die Interaktion zweier Reifungsprozesse relevant: 1. Den Sprung zu formalen Denkopoperationen, der das Bedürfnis nach interpersonalem Verstehen verstärkte und 2. den Drang nach Separation von den äußeren und innerlich repräsentierten Eltern. Störungen in diesem dynamischen Entwicklungsprozess können nach Ansicht der Autoren in unzulänglichen Konsolidierungen der Symbolisierungsfähigkeit gesehen werden. Als Überblick sollen hier nun in aller Kürze die Grundannahmen zur Theorie der

15 Salber, W. (1991): Gestalt auf Reisen, S. 104.

16 Richter, G.; Obrist, H. U. (1995): a.a.O.

17 Vgl. z.B. Kunkel, S. (2008); Plitt, H. (2013); Reichert, B. (2011); Reichert, B. (2012); Weymann, E. (2002).

18 Plitt, H. (2013): Intersubjektivität erleben. Musiktherapie als Chance für Borderline-Patienten, S. 426.

19 2004, a.a.O. S. 320ff.

Selbstentwicklung wiedergegeben werden (die Angaben zu den entsprechenden Kapiteln im Buch werden weggelassen):

- „1. Das psychische Selbst wurzelt in der Zuschreibung mentaler Zustände an das Selbst und Andere.
2. Diese Fähigkeit entwickelt sich durch die Interaktion mit Betreuungspersonen im Kontext einer Bindungsbeziehung und wird durch den Spiegelungsprozeß vermittelt. Das innere Erleben wird durch die Internalisierung der spiegelnden Verhaltensweisen der Betreuungsperson sekundär repräsentiert.
3. Das rudimentäre frühe Erleben der inneren Welt erfolgt in zwei alternierenden Modi – einem Modus der ‚psychischen Äquivalenz‘ (innen = außen) und einem Modus des ‚Als-ob‘ (Innen und Außen werden strikt getrennt).
4. Die sichere, spielerische Interaktion mit Betreuungspersonen ermöglicht die Integration dieser Modi und erzeugt die Mentalisierung.
5. Durch chronisch unsensible oder fehlabgestimmte Betreuungsstile entsteht im Aufbau des Selbst eine Verwerfung, die das Kind zwingt, die Repräsentation des mentalen Zustandes seines Objekts als einen Kernbestandteil seiner selbst zu internalisieren.
6. In der frühen Entwicklung versucht das Kind, dieses ‚fremde Selbst‘ durch Externalisierung zu bewältigen; mit reifender Mentalisierung kann es fester ins Selbst verwoben werden, so dass die Illusion von Kohärenz entsteht.
7. Die Desorganisation des Selbst desorganisiert die Bindungsbeziehungen, indem sie ein ständiges Bedürfnis nach projektiver Identifizierung (Externalisierung des fremden Selbst) in sämtlichen Bindungsbeziehungen erzeugt.“²⁰

Die Patienten in unserer Abteilung 21 kommen mit unterschiedlichen ‚Eintrittskarten‘, häufig mit einer körperlichen Symptomatik im Sinne einer somatoformen Störung, mit körperbezogenen Ängsten, z.B. vor Erbrechen, mit einer Schmerzsymptomatik oder dissoziativen Störungen der Bewegung und Empfindung (Konversionsstörungen). Viele dieser Patienten zeigen Auffälligkeiten in ihrer Persönlichkeit, die sich in der diagnostischen Einordnung nach ICD-10 nicht widerspiegeln, die nicht primärer Aufnahmegrund sind und sich oft erst im Laufe der Behandlung herauskristallisieren.

Gelten die Patienten mit somatoformen Störungen traditionell als „schwierig, wenig introspektionsfähig, unmotiviert für Psychotherapie und unergiebig“²², so potenzieren sich diese Schwierigkeiten in der Arbeit mit Jugendlichen durch die oben genannten reifungstypischen Implikationen. Die verbreitete Annahme, dass in der körperlichen Symptomatik eine primär psychische Problematik angezeigt werde, die unbewusst ist, symbolisch ausgedrückt wird und die mittels Psy-

²⁰ Ebd., S. 322/323.

²¹ Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Allg. Pädiatrie, Bereich Psychosomatik. Universitätsklinikum Münster.

²² Rudolf, G.; Henningsen, P. (2003): Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen.

chotherapie herausgefunden werden soll, erwies sich als wenig hilfreich.²³ Diese Vorstellung weckt Widerstände und ruft ein Beharren auf das Vorhandensein der körperlichen Beschwerden (bei Patient wie Eltern) hervor, weil die Patienten in einen Rechtfertigungsdruck geraten, der wiederum eine Reihe von Interaktions- und Kommunikationsschwierigkeiten mit Behandlern hervorruft – Schuldgefühle bei den Eltern („In unserer Familie gibt es ein Problem“), Patienten fühlen sich in ihrer Glaubwürdigkeit infrage gestellt („Ich bilde mir die Symptome also nur ein“). Wenn dann die Idee aufkommt, man könne z.B. mit Musiktherapie diesem Geschehen auf die Spur kommen, sitzt man schnell in der Falle, als Therapeut die Verantwortung dafür zu tragen, das „Problem“ mit diesem „nonverbalen Schlüssel“ herauszufinden. Rudolf und Henningsen verweisen deshalb auf neuere Beschreibungsmodelle, die „somatoforme Störungen primär als Störungen der zentralen Körperrepräsentanzen in ihrem affektiven Zusammenspiel mit Selbst- und Objektrepräsentanzen ansehen“.²⁴ Diese Erklärungsebene enthält auch „die Annahme einer lebensgeschichtlich frühen Beziehungsstörung, welche immer zugleich eine Störung der emotionalen und körperlichen Beziehung ist“.²⁵ So führen strukturelle Schwierigkeiten dazu, emotionale Regungen nicht differenziert wahrnehmen zu können oder abwehren zu müssen und die Aufmerksamkeit bei den körperlichen Reaktionsanteilen zu belassen. Mit diesen Modellen lassen sich ätiologisch konsistente Ableitungen der Beschwerden selbst, wie auch der für somatoforme Störungen typischen interpersonellen Probleme herstellen.

Eine konsequente Fortführung dieser Gedanken findet sich im Mentalisierungs-Konzept. Die Auswirkungen der Störungen in der Interaktions- und Bindungsentwicklung auf die oben von Fonagy beschriebene Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit begegnen uns auch bei Patienten mit den eben genannten Problemen. „Wenn die psychische Realität nur unzulänglich integriert ist, erhält der Körper eine unangemessen hohe Bedeutung für die Kontinuität des Selbstgefühls“.²⁶ Dies findet sich in unterschiedlicher Intensität bei Jugendlichen. Fonagy verweist z.B. auch auf junge Anorektikerinnen, die durch die beginnende Pubertät das Gefühl haben, „als hätten sie aufgehört zu existieren – als sei ein anderer Mensch aus ihnen geworden“²⁷, weil die äußerlichen und funktionellen körperlichen Veränderungen ihnen eine derart große Identitätsveränderung signalisieren. Durch die fehlende Möglichkeit zur Mentalisierung verbleiben, bzw. regredieren diese Patienten in den Zustand der ‚psychischen Äquivalenz‘ (innen = außen), die Störung muss durch den Körper gezeigt werden. Das häufig als ‚Nebenbefund‘ vorkommende selbstverletzende Verhalten Jugendlicher kann so als Versuch gesehen werden, zu einem verbesserten Gefühl der Selbstintegrität zu verhelfen (zum komplexen Zu-

23 Ebd., S. 11.

24 Ebd., S. 11.

25 Ebd., S. 14.

26 Fonagy et al. (2004): a.a.O., S. 406.

27 Ebd., S. 407.

sammenhang mit der Vorstellung vom Körper als Träger des ‚fremden Selbst‘ siehe Fonagy 2004).

„Die Emotion informiert
den Intellekt und
nicht umgekehrt“
(Cecil Taylor, Jazz-Musiker)

Implizit – Explizit

Was bedeutet dies alles nun für die Musiktherapie? Mit den Ausführungen zur Improvisation sollte deutlich gemacht werden, in welchen ‚Sphären‘ sich die gemeinsame Musik bewegt. Aktuelle Selbst-Zustände und frühe Bindungserfahrungen haben dort ihren Platz in einer affektiv geladenen Situation. Diese Situation und die Rolle des mitspielenden Therapeuten, der abstinent ist in dem Sinne, dass er auf die Befriedigung eigener Bedürfnisse verzichtet, nicht *seinem* Ausdrucksverlangen folgt, wird reflektiert im Sinne eines szenischen Verstehens.

Kann die intensivierte Erfahrung etwas dazu beitragen, die Fähigkeit zur Mentalisierung bei Patienten zu erweitern? Es wurde hinreichend dargelegt, dass sich im musikalischen Vollzug *Gefühle und Gedanken vergegenwärtigen, dass dem Fühlen und Denken nachgespürt* werden kann, also implizites Mentalisieren sich vollzieht. Was muss passieren, damit dieses implizite Geschehen, bei dem die ‚Emotion den Intellekt informiert‘, nicht lediglich eine Wiederholung Desselben ist, im Sinne eines isomorphen Musters? Der mitspielende Therapeut sollte die Kunst beherrschen, musikalisch gleichzeitig zu verifizieren, zu brechen und weiterzuentwickeln. Er muss aufmerksam sein dafür, was gespielt werden will – und dies noch vor psychologischen Reflektionen oder Interpretationen, ganz im Sinne einer musikalischen Logik, für die er stellvertretend steht.²⁸ Damit wird mit der Improvisation ein Rahmen hergestellt, innerhalb dessen der Patient in der Lage ist, eine *Urheberschaft* zu erleben und die geteilte affektive Erfahrung bietet eine Basis, sowohl die eigene Psyche als auch die Psyche eines anderen zu ‚bedenken‘.

Wie könnte der Schritt zur Versprachlichung des gemeinsam erlebten und damit zu einer expliziten Mentalisierung aussehen? Bei Jugendlichen mit oben beschriebenen Symptomkomplexen ist mit einer zweifachen Weigerung oder Unmöglichkeit zu rechnen, Erlebnisse sprachlich zu *psychologisieren*: Der symptom-immanenten und der altersbedingten. Wie oben beschrieben, fehlt Patienten mit somatoformen Störungen aufgrund früher Interaktions-Verzerrungen die Fähigkeit, quasi das Vokabular, affektives Erleben zu versprachlichen. Dazu kommt

²⁸ Eine ausführlichere Auseinandersetzung mit dem gemeinsamen Spiel findet sich in Reichert, B. (2012): Ess-Störungen und musiktherapeutische Diagnostik, S. 47–51.

es im Jugendalter, nach Fonagy, unter Umständen zu einer „Reaktionsbildung gegen das Mentalisieren“.²⁹

Gelingt es, mit dem Patienten gemeinsam eine Musik herzustellen, kann eine Versprachlichung zunächst auf der Ebene einer Beschreibung der musikalischen Formenbildung stattfinden. „Wie hat Dir das Stück gefallen? – Wie war das mit dem Schluss? – Komische Stelle da in der Mitte, was war da los?“ Ein Austausch über Klangqualität und Eigenarten von Instrumenten bietet eine basale, vorsichtige und externalisierte Möglichkeit, Affektivität ins Spiel zu bringen. In einem weiteren Schritt könnte dies ausgebaut werden: „Wenn das eine Filmmusik wäre, um was für eine Art Film ginge es?“ Der interaktionelle Aspekt kann als Zuschreibung zu den Instrumenten, nicht den Personen, benannt werden: „Als das Klavier das gemacht hat, hat das Marimbaphon so reagiert“ usw. Auf diese Weise kann deutlich gemacht werden, dass es um das Gesamt der Musik geht und man vermeidet zu frühe Zuschreibungen psychischer Motivationen. Hier zeigt sich schnell, inwieweit jemand in der Lage ist, eigene Motivationslagen zu reflektieren und zu benennen oder gar einen Transfer zu den eigenen Verhaltens- oder Persönlichkeitsmerkmalen und zu Motivationen anderer zu leisten. Dies liefert wichtige Hinweise auf seine Mentalisierungsfähigkeiten bzw. auf Störungen derselben. Nach meiner Erfahrung kommt der Schritt zur psychologisierenden Versprachlichung, wenn überhaupt, oft spät. Ich halte ihn auch nicht für zwingend notwendig, weil der musiktherapeutische Prozess, der sich innerhalb der musikalischen Interaktion vollzieht, durchaus für sich stehen kann. Und man sollte sich bewusst halten, dass manche Improvisation nicht gänzlich ‚erhellte‘ werden kann. Rudolf schreibt über den Umgang mit Patienten mit somatoformen Störungen: „Psychotherapie gelingt am ehesten unter der Prämisse, dass keine Psychotherapie versucht wird“.³⁰

Fazit

Musiktherapie mit Jugendlichen in der Psychosomatik kann durch das Mentalisierungskonzept unter drei Aspekten bereichert werden:

1. Mentalisierung als theoretisches Konstrukt ergänzt und erweitert das Verständnis der Selbstentwicklung und hilft zu erklären, wie man als Therapeut handelt und was der Patient warum tut. Es ist hilfreich zum Verständnis von Patienten mit strukturellen Störungen, aber auch darüber hinaus. Gerade auch im Bereich Kinder- und Jugendlichentherapie kann durch das Gewahrsein der unterschiedlichen Modi die Einschätzung verschiedener, manchmal skurriler Verhaltensweisen erleichtert werden.
2. Mit der Vorstellung, dass implizites Mentalisieren während der gemeinsamen Improvisation am Werk ist, wird für den Therapeuten ein entspannterer Um-

²⁹ Fonagy et al. (2004): a.a.O., S. 326.

³⁰ Rudolf, G.; Henningsen, P. (2003): a.a.O., S. 15.

gang damit möglich, dass Jugendliche störungs- und altersbedingt Schwierigkeiten haben, das Erlebte zu versprachlichen oder sich manchmal überhaupt sprachlicher Kommunikation verweigern.

3. Unter einer mentalisierungsbasierten Perspektive können die Aufmerksamkeit und die Interventionen in Richtung auf das Gewahr-Werden und die Reflexion eigener affektiver Zustände des Patienten mehr in den Fokus genommen werden. Die Beachtung des ‚Hier und Jetzt‘ und die Akzeptanz der Unfähigkeit, affektive Verknüpfungen zu Symptomen herzustellen, gewährleisten eine Haltung von Nicht-Wissen und Offenheit des Therapeuten für den Prozess. So kann die über längere Zeit bestehende parallele Existenz der (körperlichen) Symptomatik und das Auftauchen von Affekten ausgehalten werden. Der spielerische Umgang mit Wirklichkeiten auf Seiten des Therapeuten, das sichere Bewegen *in* und Wissen *um* die verschiedenen Modi lebt quasi beispielhaft Entwicklungsperspektiven vor.

Literatur

- Allen, J. G.; Fonagy, P. (Hrsg.) (2009): Mentalisierungsgestützte Therapie. Stuttgart
- Fonagy, P.; Gergely G.; Jurist, E.; Target, M. (2002): Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. New York
- Allen, J. G. (2009): Mentalisieren in der Praxis. In: Allen, J. G.; Fonagy, P. (Hrsg.): Mentalisierungsgestützte Therapie. Stuttgart, 23–61
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.; Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart
- Frohne-Hagemann, I. (2012): Mentalisierungsbasierte Musiktherapie in der Behandlung Kinder und Jugendlicher. Vortrag auf dem 2. Symposium für Kinder und Jugendmusiktherapie in Norddeutschland: Klänge – Töne – Resonanzen. Schwerin 9.6.2012
- Ganser, G. (2014): Der Einsatz eines Therapiehundes in der tiefenpsychologischen Kinderpsychotherapie. Psychotherapeutenjournal 13 (1), 17–23
- Kunkel, S. (2008): „Jenseits von Jedem?“ Grundverhältnisse, Beziehungsformen und Interaktionsmuster im musiktherapeutischen Erstkontakt mit schizophrenen Patienten. Dissertation, Institut für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Theater, Hamburg
- Plitt, H. (2013): Intersubjektivität erleben. Musiktherapie als Chance für Borderline-Patienten. Marburg
- Reichert, B.; Werner, E.; Monninger, M. (2011): Bewegende Schwingung. Shiatsu und Musiktherapie in der Psychosomatik. Musiktherapeutische Umschau 32 (3), 247–256
- Reichert, B. (2012): Ess-Störungen und musiktherapeutische Diagnostik. Wiesbaden
- Richter, G.; Obrist, H. U. (1995): The Daily Practice of Painting. Writings and Interviews 1962–1993. London

- Rudolf, G.; Henningsen, P. (2003): Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen. *Z Psychosom Med Psychother* 49 (1), 3–19
- Salber, W. (1991): *Gestalt auf Reisen*. Bonn
- Salber, W. (2002): *Psychästhetik*. Köln
- Strehlow, G. (2009): Mentalisierung und ihr Nutzen für die Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau* 30 (2), 89–101
- Strehlow G.(2013): Mentalisierung und ihr Bezug zur Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau* 34 (2), 135–145
- Vogel, M. (2007): Nachvollzug und die Erfahrung musikalischen Sinns. In: Becker, A.; Vogel, M. (Hrsg.): *Musikalischer Sinn. Beiträge zu einer Philosophie der Musik*. Frankfurt, 314–368
- Weymann, E. (2002): *Zwischentöne. Psychologische Untersuchungen zur musikalischen Improvisation*. Dissertation, Institut für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Theater, Hamburg

Dr. Bernd Reichert
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Bereich Psychosomatik
Albert-Schweitzer-Campus 1
Gebäude A13
48149 Münster
reiber@ukmuenster.de