

**„Let’s beat the drum...“ „Yes, but tell me how...“ –
Interventionen in der Musiktherapie mit Borderline-Patienten
aus Sicht des Mentalisierungsmodells**

**„Let’s Beat the Drum...“ „Yes But Tell Me How...“
Interventions in Music Therapy with Borderline Patients
from a Mentalizing Point of View**

Gerhard Kupski, Hemer
Ulrich Schultz-Venrath, Bergisch Gladbach/Köln

Es wird der Versuch gemacht, Musiktherapie in der Tradition der Nordoff/Robbins-Musiktherapie (NRMT) in einem stationären Setting für die Behandlung von Borderline-Patienten als integratives Modul zwischen dem Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)-Konzept und dem Mentalisierungsmodell (MBT) anzusiedeln.

Die Störungsmodelle der DBT und MBT sehen in der Affektregulationsstörung die Kernproblematik der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Zusammen mit der Anwendung des EBQ-Instruments (Einschätzung der Beziehungsqualität) bilden sie einen wesentlichen Bezugsrahmen für die musiktherapeutische Arbeit.

Es wird das Musikverständnis, das der musiktherapeutischen Arbeit zugrunde liegt, beleuchtet, um das Spezifische einer musiktherapeutischen Intervention und den besonderen Beitrag, den Musiktherapie in der Psychotherapie der BPS-Störung zu leisten vermag, herauszustellen. Der in der musiktherapeutischen Literatur übliche Begriff der „Improvisation“ wird dabei kritisch reflektiert, ebenso Rolle und Funktion des Therapeuten in der musiktherapeutischen Interaktion. An Fallvignetten soll die musiktherapeutische Praxis bezüglich der Förderung des Mentalisierens veranschaulicht werden.

An attempt will be made to establish music therapy, which follows the tradition of Nordoff-Robbins Music Therapy (NRMT) in an in-patient setting for the treatment of borderline patients, as an integrative model between the Dialectical Behavior Therapy (DBT) concept and Mentalization-Based Treatment (MBT).

The disorder models of DBT and MBT view a disorder of affect regulation as the central issue in Borderline Personality Disorder (BPD). Together with the implementation of the AQR-instrument (Assessment of the Quality of Relationship), they provide a significant frame of reference for music therapy work.

An understanding of the music which underlies music therapy work will be clarified, in order to determine what is specific about music therapy interventions and the unique contributions it can provide to psychotherapy for borderline disorders. The commonly used term „improvisation“, as it is found in music therapy literature,

will be critically reflected, as well as the role and function of the therapist in music therapy interaction.

Case vignettes should serve to illustrate music therapy practice with regard to promotion of mentalizing.

„Let’s beat the drum“ ist ein allen Nordoff/Robbins-Musiktherapeuten geläufiger Playsong. „Yes, but tell me how“ könnte die fiktive Antwort eines Borderline-Patienten auf einen solchen Vorschlag sein. Es ist eine Bitte um konkrete Hilfestellung und damit die Frage an den Musiktherapeuten, welche Intervention in einer solchen Situation hilfreich sein könnte.

Was ist eine musiktherapeutische Intervention und warum hat es Sinn, sich dazu Gedanken zu machen?

Anlass für diese Frage in der täglichen Arbeit mit Borderline-Patienten ist die Doppelfunktion, die Musiktherapeuten im stationären Rahmen innehaben. Als ‚Skilltrainer‘ bedienen sie sich vornehmlich des Mediums Sprache, als Musiktherapeuten vertreten sie einen sogenannten ‚erlebnisorientierten Behandlungsansatz‘ und folgen hier dem Ansatz der Nordoff/Robbins-Musiktherapie (NRMT). Beide Funktionen werden als Mitglied eines Teams vertreten, das in DBT (Dialektisch-Behaviorale Therapie) geschult worden ist und sich an den Grundannahmen dieses Behandlungskonzepts orientiert (Kupski 2007). Dabei verschwimmen gelegentlich die Grenzen. Aus diesem Grunde soll in einer Art Standortbestimmung präziser Aufschluss darüber gewonnen werden, wie und wo sich beide Bereiche psychotherapeutischen Handelns voneinander unterscheiden.

Musiktherapie unterscheidet sich von anderen Ansätzen dadurch, dass man darauf vertraut, dass Musik-Erfahrung das Agens der Interventionen ist. Nun ist es aus vielerlei Gründen an sich schon schwierig, Musik zu definieren. Kompliziert wird es erst recht, wenn man bedenkt, dass es in der Therapie nicht einfach nur um Musik geht, sondern darum, wie und in welcher Weise Patienten Musik erfahren und erleben (Bruscia 1998, 22). Der Versuch, die Aufgabe und den spezifischen Beitrag der Musiktherapie in einem psychotherapeutischen Setting, speziell mit Borderline-Patienten, zu benennen und ihr Alleinstellungsmerkmal zu beschreiben, macht eine Auseinandersetzung mit theoretischen Konzepten notwendig. Erst die Charakteristika eines Krankheitsbildes und die theoretischen therapeutischen Orientierungen, welche vom Therapeuten verfolgt werden, oder der Kontext, in dem er arbeitet, können erklären, warum bestimmte Aspekte und Techniken musiktherapeutischer Arbeit betont oder als besonders herausgestellt werden müssen (Bruscia 1987, 11).

Theoretische therapeutische Orientierungen sind in unserem Fall das Behandlungskonzept der DBT und die Grundhaltungen der Nordoff/Robbins-Musiktherapie. Darüber hinaus hat sich in der Arbeit mit Borderline-Patienten die

Anwendung des EBQ-Instruments (Einschätzung der Beziehungsqualität) zur Einschätzung musiktherapeutischer Szenen als sehr hilfreich erwiesen. Das EBQ-Instrument und sein Verständnis von musiktherapeutischen Interventionen basiert auf entwicklungspsychologischen und bindungstheoretischen Grundlagen. Auf ähnliche Weise nutzt das Mentalisierungsmodell und die davon abgeleitete mentalisierungsbasierte Einzel- und Gruppentherapie (MBT/MBGT) hinsichtlich des Verständnisses der Borderline-Persönlichkeitsstörung Erkenntnisse aus der entwicklungspsychologischen Forschung. Vor diesem Hintergrund ist das Mentalisierungsmodell und seine Anwendung bei Patienten mit einer Borderline-Störung auf verschiedenen Ebenen eine Bereicherung. Es sollen Verbindungslinien zwischen den unterschiedlichen Konzepten und Ansätzen hergestellt werden, die mit zur Klärung der eingangs gestellten Frage beitragen.

Borderline-Persönlichkeitsstörung und die DBT

In Psychiatrie und Psychotherapie findet die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) in den letzten Jahren zunehmend Beachtung, ohne dass die Gründe dafür wirklich klar sind. Die Behandlung gilt als ausgesprochen herausfordernd und belastend. Leitsymptome dieser Störung sind plötzlich einschließende, äußerst aversiv erlebte Spannungszustände, die vom Patienten nicht zugeordnet werden können, und mit Selbstverletzungen sowie mit einer ausgesprochen häufigen Neigung zu Dissoziation einhergehen.

Aus Sicht der DBT (Dialektisch-Behaviorale Therapie, in den 1980er Jahren in den USA von Marsha Linehan entwickelt und durch Martin Bohus und seinen Mitarbeitern im deutschsprachigen Raum verbreitet) können die in DSM IV und DSM V festgelegten Symptome, wie z.B. Suizidversuche, Selbstverletzungen, Fremdaggressivität und Substanzmissbrauch als Versuche verstanden werden, die erwähnten Anspannungszustände zu regulieren. Verbunden mit erheblichen Problemen im zwischenmenschlichen und interaktionellen Bereich, führt das wiederum zu dysfunktionalen Grundannahmen über sich selbst und die Umwelt, so dass der Teufelskreis problematischer Verhaltensweisen und Bewältigungsstrategien aufrechterhalten bleibt. Kernproblematik aus Sicht der DBT ist die Affektregulationsstörung, deren Ursache in früher und anhaltender Missbrauchs- oder Gewalterfahrung und/oder Vernachlässigung durch nächste Bezugspersonen, mit einer gewissen genetischen Disposition, vor allem aber in einem die Emotionalität und das Selbstbild der Patienten invalidierenden Umfeld zu finden ist. Mentalisierungsmodell und DBT betonen besonders die neurobiologische Komponente der Störung. Die Übererregbarkeit gegenüber emotionalen Stimuli bildet sich in einer Hypersensitivität der Amygdala Ereignissen gegenüber ab, die mit Gefahr assoziiert werden. Das führt dazu, dass attentionale Abläufe laufend unterbrochen werden und zielorientiertes Handeln mitunter erheblich beeinträchtigt ist (Herpertz 2006, 144ff.).

(Dies sollte in Bezug auf die emotionsevozierende Wirkung von Musik ebenso bedacht werden wie der Einfluss und die Wirkung musiktherapeutischer Interventionen).

Die DBT basiert zwar im Wesentlichen auf verhaltenstherapeutischen Konzepten, integriert aber zahlreiche andere Verfahren und unterscheidet sich, nicht zuletzt bedingt durch die Auseinandersetzung mit dem genannten Störungsbild, von klassischer Verhaltenstherapie in mehrfacher Hinsicht: Zum einen wird in besonderer Weise der Stellenwert der therapeutischen Beziehungsgestaltung hervorgehoben. Zum anderen ist das Konzept nicht linear organisiert. Es folgt vielmehr therapeutischen Grundannahmen, Prinzipien und Regeln, die sich situationsbezogen jeweils neu entfalten sollten (Linehan 1996; Bohus 2002). Die DBT gehört zu den sogenannten achtsamkeitsbasierten Therapieansätzen. Sie folgt damit sowohl mit ihrem Akzeptanzbegriff als auch im dialektischen Verständnis von Störung und therapeutischer Haltung eher philosophischen Konzepten, die zum Teil auch fernöstlichen Denkschulen, wie etwa dem Zen entlehnt sind (Bohus/Huppertz 2006; Lammers/Stiglmayr 2004). In dieser Terminologie benennt die DBT charakteristische Defizite der BPS-Störung. Fehlende *Akzeptanz* wäre in diesem Konzept die fehlende Fähigkeit, eine unvermeidliche Situation oder sich selbst als Person annehmen zu können. *Achtsamkeit* heißt einer Kurzformel zufolge „react without reacting“. Das bedeutet in diesem Wissen, handeln zu können, dass „Gedanken keine Tatsachen sind“ (Bohus/Huppertz 2006). BPS-Patienten können oftmals zwischen Impuls und seiner Umsetzung nicht unterscheiden. Sie können das eine nicht vom anderen trennen oder abkoppeln und sind somit Opfer ihrer Affekte. Mangelnde *Dialektik* heißt Opfer seiner eigenen Bewertungsmuster zu sein und damit über ein schablonenhaftes Schwarz-Weiß-Denken nicht hinauskommen zu können.

Das mentalisierungsbasierte Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung und dessen therapeutische Implikationen

Borderline-Patienten suchen therapeutische Hilfe „nicht nur, um mit den schrecklichen Erlebnissen (gemeint sind traumatische Erfahrungen) fertig zu werden, sondern weil der von einem Bindungstrauma verursachte Zusammenbruch der psychischen Funktionen die Bewältigung *aller* ‚normalen‘ psychischen Labilitäten beeinträchtigt. Jeder unausweichliche Schmerz der *conditio humana* wird so unmittelbar erlebt wie eine – nicht durch die Haut der Mentalisierung geschützte – offene Wunde“ (Fonagy 2008, 142).

Im Mentalisierungsmodell ist vom Mentalisierungsdefizit des Borderline-Patienten die Rede. Was bedeutet Mentalisieren?

In Teilen gibt es Überschneidungen zum Achtsamkeitsbegriff der DBT. Mentalisieren meint zwar nicht dasselbe, kommt aber dem in der Terminologie der

DBT verwendeten Begriff Validieren sehr nahe und heißt verkürzt gesagt „meaning-making – Bedeutung herstellen“ im Sinne von „sich Gedanken und Gefühle vergegenwärtigen“ (Schultz-Venrath 2013, 80ff.). Komplexer ausgedrückt meint es die „Fähigkeit, eigene Verhaltensweisen ebenso wie das Verhalten anderer Menschen implizit oder explizit als intentional wahrzunehmen oder zu interpretieren“ (Bateman/Fonagy 2008, 221).

Das Konzept der MBT ist in England von einer Forscher- und Therapeuten-gruppe um Peter Fonagy, Anthony Bateman und Mary Target entwickelt worden und basiert auf entwicklungspsychologischen und bindungstheoretischen Erkenntnissen sowie der Theory-of-Mind-Forschung, die allerdings eher kognitiv orientiert ist. Dasselbe gilt auch für das „mentalisierungsgestützte Verständnis der Borderline-Störung“ (Bateman/Fonagy 2008; Fonagy et al. 2011; Schultz-Venrath 2013). Aufgrund der häufigen Therapieabbrüche und therapeutischen Misserfolge hat die Auseinandersetzung mit der Borderline-Störung dazu geführt, dass tradierte psychoanalytische Überzeugungen überdacht und neu konzeptualisiert wurden. In letzter Zeit scheint auch im deutschsprachigen Raum das Interesse an MBT gewachsen zu sein. Die MBT entwickelt zwar eigene therapeutische Strategien und Techniken, sie versteht sich jedoch als integratives Bindeglied zwischen unterschiedlichen Konzepten, sieht die Überschneidungen zu anderen Ansätzen und geht von der Überlegung aus, dass letztlich alle Ansätze einer erfolgreichen Behandlung der BPS-Störung mentalisierungsfördernde Elemente enthalten (Schultz-Venrath 2013, 146).

Dieses Konzept ist für DBT oder anders geschulte Musiktherapeuten insofern interessant, als es mit seinen entwicklungspsychologischen und bindungstheoretischen Grundlagen neue und bereichernde Perspektiven zum Verständnis der BPS-Störung eröffnet. Außerdem beleuchtet die MBT die Borderline-Störung aus einem Blickwinkel, der – ein interpersonelles Verständnis von Musik und Musiktherapie vorausgesetzt – wichtige Hinweise auf das liefert, was in der Arbeit mit Borderline-Patienten von Bedeutung sein könnte. Darüber hinaus korreliert dieses Konzept in weiten Teilen mit den theoretischen Grundlagen des EBQ-Instruments zur Auswertung musiktherapeutischer Szenen, das weiter unten vorgestellt werden wird. Die Bedeutung der MBT für musiktherapeutische Arbeit mit Borderline-Patienten erkannten und beschrieben erstmals Strehlow (2011; 2013) und Plitt (2013).

Fonagy, Gergely, Target und ihre Mitarbeiter gehen davon aus, dass „äußere Spiegelung seiner Affektausdrücke für den Säugling eine entscheidende ‚Lehrfunktion‘ erfüllt“, die letztlich dazu führt, dass „der Säugling die Fähigkeit erwirbt, seine ... Emotionszustände zu identifizieren und zu repräsentieren“ (Fonagy et al. 2011, 169). Sie stellen die These auf, „dass erfolgreiche emotionsregulierende Interaktionen, die auch Affektspiegelung durch die Mutter beinhalten, eine Erfahrungsgrundlage für die Entwicklung eines Gewahrseins des ‚Selbst als regulierender Akteur‘ schafft“ (Fonagy et al. 2011, 181). Dazu ist es notwendig, dass die Mut-

ter „ihre affektspiegelnden Ausdrücke prononciert ‚markiert‘, um sie von realistischen Emotionsausdrücken unterscheidbar zu machen“ (Fonagy et al. 2011, 184). Es ist weiter entscheidend, dass mit dem einsetzenden Erwerb der Sprache der Erwachsene in der Lage ist, eine „Vermittlerrolle“ einzunehmen, einen „Rahmen“ zu schaffen, der es dem Kind ermöglicht, eine Verbindung zwischen Realität und Phantasie herzustellen. Auf diese Weise und mit Bezug auf Winnicott, lernt das Kind, „mit der Realität zu spielen“ und schließlich die Fähigkeit des Mentalisierens zu erlernen (Fonagy et al. 2011, 268ff.).

Die Autoren postulieren, dass auf Grundlage dieses Modells pathologische Störungen der Gefühlsentwicklung, also auch die „desorganisierte Bindungsstruktur“, die der Borderline-Störung zugrunde liegt, erklärt werden können (Fonagy et al. 2011, 199). Sind die Reaktionen der Mutter weder kongruent noch kontingent, erzeugen sie beim Kleinkind intensive Ängste: das Kind muss unangemessene Ressourcen investieren, um das Verhalten der Mutter verstehen oder gar überleben zu können, was mit der Entwicklung eines falschen oder fremden Selbst einhergeht. Damit sind erste Weichen für einen devianten Bindungskontext gestellt, der für die Entwicklung der Störung entscheidender erachtet wird als die damit verbundenen Misshandlungen. Schließlich kann „das Kind in seiner Selbstentwicklung massiv beeinträchtigt werden, wenn es die ihm geltenden Intentionen und emotionalen Einstellungen der Bezugsperson, von der es missbraucht wird, erforscht“ (Fonagy et al. 2011, 355). Eine solche Fehlregulation führt zu „dem Resultat, dass diese Kinder ihre eigenen Erregungszustände als Gefahrensignale erleben; sie riskieren allein gelassen zu werden, und dies veranlasst sie automatisch zu ... nicht-mentalisiertem Funktionieren. (...) Das innere Erleben des Kindes bleibt unbenannt, chaotisch und der nicht-regulierte Affekt führt zu weiteren Fehlregulationen“ (Fonagy et al. 2011, 358/359). Im prozeduralen Gedächtnis tief verankert, können diese früh angelegten Muster emotionaler Isolation und affektiver Fehlregulation verheerende Konsequenzen haben; die gesamte Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird mit darauf zurückgeführt. Dies gilt auch für die erheblichen Probleme in interpersonellen Beziehungen. „Sobald das Individuum allein ist, fühlt es sich durch die Nähe einer quälenden und destruktiven Repräsentanz, der es nicht entrinnen kann ... verunsichert und verletzlich, ... ist es der Bedrohung ausgesetzt, buchstäblich zu verschwinden, psychisch zu verschmelzen und sämtliche Bezugsgrenzen zu verlieren“ (Fonagy et al. 2011, 360/361). Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Entwicklung von stabilen, nicht verfolgenden Repräsentanzen, die als inneres affektbesetztes Vorstellungsbild bezüglich seelischer Spuren und Niederschläge der Wahrnehmungen vom Selbst und Objekt und deren Interaktionen zu denken sind, ein wichtiges therapeutisches Ziel sein könnte. Fehlende oder verfolgende Selbst- und Objekt-Repräsentanzen sind häufig Auslöser für Phänomene der Dissoziation und für das häufig zu beobachtende zwanghafte Bemühen um Kontrolle.

Auch vor diesem Hintergrund sollte das in der Musiktherapie übliche Konzept von *Improvisation* kritisch reflektiert werden.

DBT und MBT – an Sprache gebundene therapeutische Interventionen

In der Psychotherapie (nicht nur) der Borderline-Persönlichkeitsstörung haben sich störungsspezifische Ansätze bewährt und die Vertreter der miteinander konkurrierenden Verfahren bemühen sich um immer neue Wirksamkeitsstudien, damit sie in Zeiten evidenzbasierter Medizin auf dem Markt bestehen können. Bei aller Unterschiedlichkeit der Ansätze, mit Wurzeln aus dem ganzen Spektrum zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, lassen sich jedoch möglicherweise banal anmutende Gemeinsamkeiten beobachten. Zum einen sind die Wirksamkeitsnachweise in der Regel von intensiven Diskussionen zum Verständnis der Störung und der sich daraus ableitenden psychotherapeutischen Interventionen begleitet. Zum anderen scheint eine implizite Grundannahme zu bestehen: Das Fundament und die Basis jeder psychotherapeutischen Arbeit, ihre Interventionen eingeschlossen, ist im Gespräch zu finden, ob im Einzelkontakt oder in der Gruppe. Anders ausgedrückt, es wird offensichtlich ganz selbstverständlich und ‚schulenübergreifend‘ davon ausgegangen, dass psychotherapeutische Arbeit in erster Linie im Medium Sprache stattfindet.

Allerdings ist gerade in der Arbeit mit BPS-Patienten und in Kenntnis des Störungsbildes, unabhängig vom jeweiligen Ansatz, das schwer zu erforschende (non- bzw. präverbale) Beziehungsfeld von zentraler Bedeutung. Ohnehin hat die Psychotherapieforschung in der Patient-Therapeut-Beziehung schon lange einen der wichtigsten Wirkfaktoren erkannt (Grawe 1994) auch wenn diese besonders schwer zu evaluieren ist. Wenn also immer wieder die sogenannte ‚inhaltliche Arbeit‘ im Zentrum des Interesses steht, so ist doch ein wachsendes Interesse und Bewusstsein nicht nur für das ‚Was‘, sondern auch für das ‚Wie‘ eines therapeutischen Gesprächs zu beobachten.

„In der psychotherapeutischen Praxis vollzog sich in den letzten Jahren... ein Paradigma-Wechsel zu einem interaktionellen Verständnis von Psychotherapie mit besonderer Berücksichtigung der Emotionen und Affekte, (...) (der) fast alle Psychotherapien (erfasste) (...) Hierzu gehören inzwischen zahllose Beobachtungen, dass Patienten und ihre Therapeuten (...) gemeinsam ein Hier und Jetzt konstruieren“, das – mehr als bisher vermutet –, bestimmt ist von „Bereichen verkörperter nichtbewusster mentaler Funktionen – die Körperhaltung, die Stimme, die Tonlage, die Modulation des Satzes“, also von non- bzw. präverbalen Aspekten des Beziehungsgeschehens (Schultz-Venrath 2013, 26).

Diese Entwicklung lässt sich auch für die Praxis der DBT bestätigen und ist in jedem Therapiegespräch, in jedem Kontakt zwischen Bezugspfleger und Patient und in jeder Therapiegruppe, jedenfalls für einen im Nonverbalen geschulten Musiktherapeuten, deutlich wahrnehmbar. In der Literatur zu MBT und BPS-Störung indes wird explizit darauf eingegangen.

Die konsequent gegenwartsorientierte „dialektische Beziehungsgestaltung“ der DBT geht mit einer von Akzeptanz und Dialektik getragenen therapeutischen „Haltung“ einher; die subtile Balance zwischen „Validierungs- und Veränderungsstrategien“, „Commitment-Strategien“ und die zentrale Bedeutung des „Cheerleading“, der „Glaube an den Patienten“ implizieren dem Wesen nach nonverbale Komponenten der Gesprächsführung. Die Dialektik von „frecher“ und/oder „zugewandter“ Kommunikation, die Verwendung von „Humor“ usw. bezeichnet Ausdrucksqualitäten, die sich auf der rein semantischen Ebene zunächst kaum abbilden (Linehan 1996; Bohus 2002). Alle diese Interventionstechniken zielen zwar vordergründig auf rein pragmatische Vermittlung von „Skills“ (Fertigkeiten zur Spannungsregulation etwa oder im zwischenmenschlichen Bereich) ab, in all ihrer Komplexität jedoch immer auch auf sprachlich kaum Fassbares: auf die *Erfahrung* von „Akzeptanz und Achtsamkeit“, auf die Entwicklung „dialektischer Prozesse“, auf „innere Bereitschaft“, die jeder Veränderung tief verankerter dysfunktionaler Verhaltens- und Kognitionsmuster vorausgehen müssen.

Expliziter noch als in der DBT richten sich in der MBT die Interventionen auf solche „nichtbewussten mentalen Funktionen“. Seitens des Therapeuten sollte eine „Haltung des Nicht-Wissens“ vertreten werden, die den Prozess des inneren Gewährwerdens des Patienten nicht behindert, ihm vielmehr dazu verhelfen soll, über eigene Begriffe und Wörter eine eigene Sprache zu finden, über die sich dann ein Prozess des Mentalisierens entwickeln kann. Ob eine Intervention allerdings im Sinne der MBT „mentalisierungsfördernd“ ist oder nicht, ob sie die Fähigkeit entwickeln hilft, „Bedeutung herzustellen“, hängt im hohen Maße ebenso von der sprachlichen Sensibilität und Differenzierungsfähigkeit des Therapeuten ab wie von dessen Mentalisierungsfähigkeit (Schultz-Venrath 2013). Die für die MBT charakteristische Fragetechnik „geht mit der Kunst des Zuhörens einher..., die nie objektiv, sondern nur kommunikativ wahrgenommen (wird)“; so meinen sprachgebundene Interventionen „den gegenwärtigen Affekt..., knapp unterhalb der bewussten Ebene“ (Schultz-Venrath 2013, 163). Deutungen und Interpretationen im üblichen psychoanalytischen Sinne haben sich als kontraproduktiv erwiesen, weil der Patient zu schnell einer Deutung zustimmt, womit die Selbstwirksamkeit unterlaufen wird, und sind deshalb zu vermeiden. Vielmehr „liest (der Therapeut) die Verhaltensweisen des Patienten und reagiert darauf in einer komplementären Weise, die dann wiederum vom Patienten ‚gelesen‘ wird ... dieses bezeichnen wir ... als ‚implizites‘ Mentalisieren, es geht mit einer klaren Markierung der Wahrnehmung durch den Therapeuten einher, auf die der Patient gleichermaßen ‚implizit‘ reagieren wird“ (Bateman/Fonagy 2008, 316).

Mit diesen Worten könnten auch die nonverbalen, interaktionellen Prozesse einer musiktherapeutischen Improvisation kaum besser beschrieben werden. Für die Diskussion musiktherapeutischer Interventionen ist nun allerdings interessant, dass diese Äußerungen sich auf den Gebrauch von Sprache beziehen. Sowohl in Theorie und Praxis als auch in Ausbildung und Supervision zu DBT und MBT wird dem ‚Wie‘ sprachlicher Interventionen in Bezug auf die Patient-Therapeut-

Beziehung inzwischen große Bedeutung beigemessen. Die Kunst des Fragens, der Beziehungsgestaltung, die Kunst des Thematisierens von Inhalten usw. wird bis in die Wortwahl und grammatikalische Struktur hinein geübt, analysiert und reflektiert. So entwickelt sich ein sensibles Bewusstsein für die Wirkung sprachgebundener Interventionen in Bezug auf nichtsprachliche Prozesse, ähnlich den Vorgängen des ‚Mentalisierens‘ und des ‚Validierens‘.

Von ähnlich großer Relevanz für die Behandlung unseres Themas ist, dass in der Behandlung von BPS-Patienten im ‚Hier und Jetzt‘ des therapeutischen Gesprächs etwas in den Vordergrund rückt, was in der Sprachwissenschaft mit dem Begriff ‚Performativität‘ des Sprechens bezeichnet wird (Austin 2002b). Damit ist zunächst einmal die unmittelbare Wirkung des gesprochenen Wortes auf Handlungen und soziale Beziehungen gemeint. Gegenstand von Untersuchungen sind in diesem Zusammenhang allerdings auch die nonverbale Konnotation von Sprache, der (soziale) Rahmen und Kontext, in dem ein Gespräch stattfindet sowie die Funktion und Rolle, in denen die Sprechenden zueinander stehen.

Es lässt sich hier nun nicht verfolgen, wo und inwieweit sprachwissenschaftliche Überlegungen Einfluss auf therapeutische Konzepte haben. Es ist aber die Beobachtung interessant, dass ein Einzelgespräch in der DBT einer ganz bestimmten Strukturvorgabe folgt, also nicht „irgendwie“ abläuft. So sieht die Agenda (CRISP) in Anlehnung an eine übergeordnete Zielhierarchie (Linehan 1996; Bohus 2002) vor, dass hohe und destruktive Affekte zunächst über „sensorische Skills“ reguliert sein müssen, bevor eine inhaltliche Arbeit überhaupt möglich ist. Dies geschieht vor dem Hintergrund des neurobiologischen Störungsmodells (Bohus 2002) und der Erkenntnis, dass im Zustand hoher bzw. extremer Anspannung angemessene Perzeption von Sprache kaum noch oder nur verzerrt möglich ist. Das Thema Affektregulation hat solange absoluten Vorrang, solange Suizidalität, therapieschädigendes Verhalten, Dissoziationen und/oder Selbstverletzungen im Raume stehen. Dabei werden im Gesprächskontext interessanterweise auch Techniken aus der Körpertherapie integriert, sensomotorische Übungen (Körper-, Koordinations- oder Balanceübungen), die sich als besonders wirksam herausgestellt haben.

In der DBT versteht sich der Therapeut als ‚Coach‘ oder ‚Bergführer‘, der dem Patienten kleinschrittig dazu verhilft, Verknüpfungen herzustellen, Zusammenhänge zu erkennen, Fertigkeiten zu erwerben, die es ihm langfristig ermöglichen, Affekt und Handlung koordinieren und steuern zu können. Damit wird ein Rollenverständnis Patienten gegenüber beschrieben, dessen Bedeutung in unmittelbarer Erfahrung zwar sofort verständlich ist, dessen interaktionelle Qualität aber in Worten nur unzureichend beschrieben werden kann. Das lässt sich auch von der Vorstellung sagen, der zufolge sich der DBT-Therapeut im Sinne von ‚self-disclosure‘ als emotional greifbare Person aus Fleisch und Blut auch mit Fehlern und Belastungsgrenzen zu erkennen gibt. Andererseits achtet der Therapeut sehr darauf, dass er Rolle und Funktion des dem therapeutischen Fortschritt verpflichteten ‚Trainers‘ durch alle Höhen und Tiefen hindurch nicht aufgibt und ‚achtsam‘

zwischen verständnisvoller Einfühlung und nicht selten konfrontativem Fordern ausbalancieren kann.

Sekundiert wird dieses Rollenverständnis der DBT (das Bild vom Therapeuten als einem aktiv Halt, Struktur und ‚Containment‘ vermittelnden ‚Coach‘) durch die entwicklungspsychologische Perspektive, die dem „mentalisierten Verständnis der Borderline-Störung“ zugrunde liegt (Bateman/Fonagy 2008; Fonagy et al. 2011; Schultz-Venrath 2013). Im Bewusstsein der verheerenden Konsequenzen, die eine frühe desorganisierte oder unsicher-ambivalente Bindungserfahrung für praktisch alle psychischen Funktionen und die Fähigkeit zur Selbststeuerung hat, übernimmt hier der Therapeut eine Rolle, die „Parallelen zu jener der Eltern (aufweist), die einen Rahmen für das (Spielen) schaffen“. Entwicklung sei nur dann zu bewirken, „wenn man fähig ist, Teil der Als-ob-Welt des Patienten zu werden, (ohne) sich in die Gleichsetzung von Gedanken und Realität hineinziehen zu lassen (Fonagy et al. 2011, 372). Angesichts der Heftigkeit nicht regulierter Affekte wird vom Therapeuten Standfestigkeit und Klarheit erwartet. Nicht nur müsse das „Überleben“ des Therapeuten „oberste technische Priorität haben“, er müsse auch versuchen, „eine alternative Perspektive auf den mentalen Zustand des Patienten zu beziehen und ihr gleichzeitig dabei helfen, an ihrer Wahrnehmung der eigenen Erlebnisweise festzuhalten – auf diese Weise präsentiert es dasselbe, aber nicht *genau* dasselbe“ (Fonagy et al. 2011, 409ff.). Dies kann dadurch geschehen, dass der Therapeut die mütterliche Funktion der Affektspiegelung übernimmt und in der Lage ist, Affekte des Patienten „markiert“ zu spiegeln, d.h. so prononciert, dass sie von den eigenen unterscheidbar und wahrnehmbar sind und so auf lange Sicht integriert und steuerbar werden können (Fonagy et al. 2011, 181ff.). Mit Rücksicht auf die Erfahrung, dass für diese strukturell schwer gestörten Patienten therapeutische Neutralität eine (meist retraumatisierende) Überforderung ist, wird auch in der MBT vom Therapeuten die „Aufrechterhaltung psychischer Nähe“ erwartet, wobei das Angebot zu großer Nähe die Selbstfragmentierung von Borderline-Patienten fördern kann. Auch hier sind die Interventionen unbedingt gegenwartsorientiert, richten sich aber, anders als bei der DBT, eher auf den Affekt und die Gefühle als auf das Verhalten der Patienten. Vom Therapeuten wird die Bereitschaft erwartet, ein Gespräch durch affektfokussierte Fragetechnik zu führen, und dem Patienten dadurch zu verhelfen, Affekte zu identifizieren und sie in einem aktuellen Kontext einordnen und mit diesem „verknüpfen“ zu können. Der Therapeut arbeitet zunächst kleinschrittig mit „Vorläufern der Mentalisierung“ (Fonagy et al. 2011, 371ff.) und sollte versuchen, „Lücken“ zu schließen „zwischen primärem affektiven Erleben und seiner Repräsentation“ (Bateman/Fonagy 2008, 307ff.)

Auf Grundlage der Diskussionen zum komplexen Störungsbild gibt es in der Psychotherapie der Borderline-Störung in Theorie und Praxis ein sensibles Bewusstsein für Charakter und Wirkung von therapeutischen Interventionen und Strategien. Es gibt so etwas wie eine Vorstellung vom ‚Handwerk‘, vorrangig an Sprache gebundener psychotherapeutischer Arbeit. Der Rahmen und die Umgebung, der

„Stil“, in dem Therapiesprache stattfinden, werden berücksichtigt. Es ist von erheblicher Bedeutung, dass therapeutisches Handeln einer Agenda folgt, einer Art Zielhierarchie, die vor allem in den ersten ein bis zwei Jahren der Therapie dem Thema Affektregulation zentrale Aufmerksamkeit schenkt. Schließlich wird ein genaues Bild von Funktion, Rolle und Haltung des Therapeuten beschrieben, das angesichts der intensiven und wechselhaften Affekte von BPS-Patienten nicht nur von sensibler Einfühlung gekennzeichnet ist, sondern auch von dem Bemühen, aktiv Struktur und Halt zu vermitteln.

Künstlerische Therapien und Musiktherapie in der Fremdwahrnehmung – ein Perspektivenwechsel

Was bedeutet dies für Musiktherapeuten? Was können wir von „sprechenden“ Psychotherapeuten lernen und was nicht? Welche essentials aus DBT und MBT können oder müssen in musiktherapeutischer Arbeit mit Borderline-Patienten aufgenommen und berücksichtigt werden? Welche Vorstellung von musiktherapeutischem „Handwerk“ haben wir eigentlich, wenn wir uns mit diesen Behandlungskonzepten auseinandersetzen?

Manchmal kann ein Perspektivenwechsel weiterhelfen, um der Antwort ein Stückchen näher zu kommen: Wie sehen uns eigentlich „die Anderen“, welchen Blick werfen „sprechende“ Psychotherapeuten auf uns Musiktherapeuten?

Sogenannten nonverbalen Behandlungskonzepten wird in der psychotherapeutischen Arbeit durchaus Wertschätzung, Neugier und Interesse entgegengebracht, wenn zugleich die Grenzen ausschließlich sprachlich vermittelter Interventionen gesehen und anerkannt werden können. Gleichzeitig sind damit aber auch Erwartungen speziell an die Berufsgruppe der Musiktherapeuten verbunden, die in der weiteren Diskussion im Auge behalten werden sollten. So haben in der Behandlung von BPS-Patienten auch die Kunst-, Körper- und Tanztherapien einen hohen Stellenwert (Bohus/Brokuslaus 2006, 272ff.; Fiedler et al. 2011; Schultz-Venrath 2013), nicht nur weil sie wirksame Fertigkeiten zur Affekt- und Emotionsregulation vermitteln, „eine Art Alphabetisierung der Empfindung“, d.h. Erfahrungen im Sinne von „mentalizing the body“ (Schultz-Venrath 2013, 84, 278) oder „mind-ing the body“ (Lemma 2014), sondern auch, weil sie von Patientenseite als ein wesentlicher Wirkfaktor erlebt werden. Die „sogenannten Kreativtherapien“ seien „unerlässliche Hilfsmittel“, die in einem „Gesamtbehandlungsplan integriert sein müssen“ und „umso bedeutsamer, je abgespaltener die Affekte sind (und) von unschätzbarem Wert, weil über die (multiple senso-motorische) Triangulierung durch ein neues Medium schließlich auch Worte und Sprache entwickelt und gebildet werden, die mit den meist diffusen oder abgespaltenen Affekten überhaupt erstmals verbunden werden“ (Schultz-Venrath 2013, 278). Allerdings wird kritisch an-

gemerkt, dass „die Möglichkeiten der Settings bisher ebenso wenig wissenschaftlich ausgelotet (sind), wie die Tatsache, dass sie oft erst Mentalisierung ermöglichen“ (Schultz-Venrath 2013, 209).

Seidler sieht in der Musik einen „Überschneidungsbereich von Offenheit und Verhüllung“, (einen) Raum..., der... Nähe möglich macht, ohne dass die klare Nacktheit gesprochener Sprache ‚alles‘ enthüllt. Gerade bei intimen Themen... kann man das wollen. Und zwar nicht als Vorform der Sprache, sondern in einer Sprache *sui generis*. Die, wird sie übersetzt, nur scheinbar klarer wird, dafür aber die ihr eigenen Spezifika verliert“ (Seidler 2012, 293–295).

Auch Daniel N. Stern erforschte die „implizite Agenda“, also den nonverbalen Kontext der therapeutischen Gesprächssituation, die der „expliziten Agenda“, der inhaltlichen Auseinandersetzung zugrunde liegt und diese „kontextualisiert“ und sich in einem sogenannten „Gegenwartsmoment“ („now moment“) aktualisiert (Stern 2010, 130). Mit kritischem Blick vornehmlich auf Vergangenes gerichteter psychoanalytischer Gesprächshaltung dient ihm als Psychoanalytiker und Säuglingsforscher zur Entwicklung seines Begriff vom „Gegenwartsmoment“ immer wieder die Musik als Modell, „ein kontinuierliches, analoges, fließendes Ganzes, das sich in einem Jetzt vollzieht“ (Stern 2010, 45) und „nicht eine Bedeutung ... vertieft oder erweitert, sondern ein Erleben“ (Stern 2010, 213). Stern, auf dessen Arbeiten sich besonders Musiktherapeuten unterschiedlichster Couleur immer wieder berufen, bringt künstlerischen Therapien größtes Interesse entgegen, formuliert allerdings in folgendem Zitat eine Kritik, die auf das Selbstverständnis, besonders auch der Musiktherapie, abzielt und nicht ohne weiteres zu entkräften ist:

„Manche Psychotherapien zollen dem ‚Hier und Jetzt‘ besondere Aufmerksamkeit; dies gilt besonders für... Bewegungs-, Tanz- und Musiktherapien... Sie versuchen, sich möglichst intensiv auf das zu konzentrieren, was sich im Gegenwartsmoment in der Beziehung entfaltet. Diese gegenwartszentrierte Interaktion wird als wichtigster Kontext für das Auftauchen des zu bearbeitenden Materials betrachtet... Doch wenngleich klinisch mit der Gegenwart gearbeitet wurde... und obwohl sich die aktuelle Aktion in zeitlich dynamischen Konturen entfaltet, wird... kaum versucht, diesen mikrodiachronen Aspekt zu konzeptualisieren. Viele Therapien, die ‚über das Reden hinausgehen‘, benutzen ihre überaus ergiebigen Techniken, um an Material heran zu gelangen, das dann verbal repräsentiert und psychodynamisch benutzt wird. Mit anderen Worten: Von Gesprächstherapien unterscheiden sich diese Verfahren in erster Linie durch die Methode, die sie verwenden, um das Material zu aktivieren, und durch die Materialquelle. Was dann letztlich mit dem zutage getretenen Material geschieht, unterscheidet sich indes nicht wesentlich von der Arbeit, die in Gesprächstherapien geleistet wird“ (Stern 2010, 150–151).

Hilgers beleuchtet den Aspekt der Vermeidung, die man „dialektisch“ eingestehen sollte, häufig nicht nur ein Problem des Patienten, sondern auch des Therapeuten ist. Hilgers sieht im „Reden und Intellektualisieren“ eine Flucht, eine Form der Schamabwehr, die „von allzu viel Emotionalität ablenkt und ein Ausweich-

medium liefert“ (Hilgers 2012, 299). Die Erfahrung jedoch, sich der Musiktherapie und ihren emotionalen Herausforderungen erfolgreich gestellt zu haben, „weil man nicht weglief, sondern sich ihr aussetzte und sich einließ, kann mit realistischem Stolz erfüllen“. Insofern sei das „musiktherapeutische Setting geradezu prototypisch für ... Angst auslösende Situationen ..., die entweder ganz gemieden oder nur in geduckter Haltung durchgestanden werden“ (Hilgers 2012, 304).

Die Musik in der Musiktherapie – zum Verständnis musiktherapeutischer Interventionen

„In der Musiktherapie geht man davon aus, dass die Prozesse zur Lösung ‚musikalischer Probleme‘ den Prozessen zur Lösung von ‚Lebensproblemen‘ vergleichbar sind; man nimmt an, dass die beim Finden musikalischer Lösungen erlernten ‚Skills‘ auf Alltagssituationen übertragen werden können“ (Bruscia 1998, 43). Damit liegt nun der Ball in der Spielhälfte der Musiktherapeuten und es stellen sich Fragen, die aus Sicht der Autoren im psychotherapeutischen Kontext bisher wenig diskutiert worden sind.

Welche Rolle sollte die Musik in der Arbeit des Musiktherapeuten spielen? Was traut er ihr zu? Welche Kenntnis von Potential und Wirkungsweise von Musik hat er? Welches Musikverständnis liegt seiner Arbeit zugrunde? Welchen Begriff von musiktherapeutischer Intervention leitet er daraus ab? Wodurch unterscheidet sich sein ‚Handwerk‘ definitiv von dem eines ‚sprechenden‘ Psychotherapeuten?

Bruscia unterschied zwischen „music *in* therapy“ und „music *as* therapy“ (Bruscia 1987, 503) und nicht nur die Stimme Daniel Stern's scheint dazu zu ermuntern, in der Diskussion unseres Themas eine durchaus „musikzentrierte“ Perspektive zu einzunehmen.

Insofern ist die Klärung der Frage besonders wichtig, von welchem Musikbegriff ausgegangen wird, um zu verstehen, auf welche Weise musiktherapeutische Interventionen überhaupt auf das Mentalisierungsmodell bzw. auf den nonverbalen Bereich der Musik übertragen werden können.

„Ihr Musiktherapeuten tut etwas, was in einem therapeutischen Gespräch absolut tabu wäre, Ihr spielt gleichzeitig, hört gleichzeitig Musik, singt gleichzeitig; würde ich reden, während meine Patienten reden, würde ich einfachste Regeln psychotherapeutischer Arbeit verletzen“, so die Beobachtung einer psychologischen Kollegin zur Musiktherapie. Damit ist auf ein Alleinstellungsmerkmal von Musik generell verwiesen, das sonst so nur noch im Tanz wiederzufinden ist.

Dieses Phänomen, das Besondere der Zeitempfindung in der Musik, im Sinne von „Chronos“ und/oder „Kairos“, ist Gegenstand unterschiedlicher Disziplinen (wie die der Musikwissenschaften, der Musikpsychologie, der Musiksoziologie, der Neurobiologie zur Rezeption von Musik und schließlich der Philosophie).

Ob beim Singen, in einer Improvisation oder beim Hören von Musik, in der Musik können zwei oder mehrere die Dynamik zeitlicher Strukturen und ihr emotionales Potenzial gleichzeitig, gewissermaßen simultan und parallel zueinander mitvollziehen bzw. gestalten, ohne dass, wie im Gespräch, zur Kommunikation der „dialogische“ Wechsel von Zuhören und Sprechen zwingend erforderlich ist. So bietet das Bezugsfeld musikalischer Interaktion einen Raum, in dem die Erfahrung von „Synchronisation“ (Schumacher/Calvet 2008) möglich ist, eine zwischen zwei oder mehreren Personen in Intensität und Qualität exakte Übereinstimmung zeitlicher Strukturen. Das „Hier und Jetzt“, der „Gegenwartsmoment“ einer solchen Beziehungserfahrung jenseits der Sprache ist an dieser Stelle von Interesse. Wodurch aber gewinnen solche in Musik begründete Erfahrungen therapeutische Relevanz? Wie wird aus Musik Musiktherapie?

In der Tradition der Musiktherapie nach Paul Nordoff und Clive Robbins (NRMT) bezeichnet klinische Improvisation Techniken und Methoden des Musiktherapeuten, über die in Musik eine Beziehung zu einem Patienten entwickelt und gestaltet wird. Dabei wird der Patient in der Regel aktiv mit einbezogen, muss es aber nicht. Der Ansatz der NRMT betont ein interpersonelles Verständnis von klinischer Improvisation (Nordoff/Robbins 1986; Ansdell 1995; Pavlicevic 1997; 2000; Verney/Ansdell 2010). Demnach sollte der Musiktherapeut darin geschult sein, zwei Ebenen miteinander in Verbindung bringen können: Auf beides hören und achten zu können, die präzisen Details der Musik *und* die Person, die spielt (oder rezeptiv zuhört). Gary Ansdell spricht von „the person-in-the-music“ (Ansdell 1995, 157). Der Musiktherapeut bleibt Musiker, setzt aber alle seine musikalischen Kenntnisse und Fähigkeiten in den Dienst einer therapeutischen Beziehung. Was das spezifische einer musiktherapeutischen Improvisation also ausmacht und von rein künstlerisch orientiertem Musik-Machen unterscheidet, ist, „dass es nicht Musik *per se* ist, was die Richtung einer Improvisation bestimmt, sondern die Art und Weise, wie wir den Klienten durch Musik erleben. Die Musik entwickelt ein Portrait der emotionalen Beziehung und, paradoxerweise, die Musik generiert nicht nur die therapeutische Beziehung, sondern stellt sie im gleichen Vorgang auch dar“ (Pavlicevic 1997, 56). Eine klinische Improvisation bezieht sowohl ihre therapeutische als auch ihre diagnostische Relevanz aus der Schnittstelle zwischen rein musikalischer und persönlich-emotionaler Beziehung und ihren emotionalen und beziehungspathologischen Einschränkungen, aber auch Potenzialen. Pavlicevic (1997) entwickelte hierfür das Modell der „dynamic form“.

In Anlehnung an den Musikwissenschaftler Charles Seeger unterscheidet Ansdell zwischen „speech knowledge“, das extrinsisch zum musikalischen Prozess steht und in etwa das Sprechen oder Denken über Musik meint, und „music knowledge“, das der Musik immanent ist, es steht intrinsisch zum musikalischen Prozess und bezeichnet die eigentliche musikalische Erfahrung des Musikhörens und/oder -spielens (Ansdell 1995, 171). Tiefenpsychologisch orientierte musiktherapeuti-

sche Schulen betonen u.a. in Anlehnung an Mary Priestley besonders die referenziellen bzw. prä-referenziellen Facetten der Musik, also die Aspekte einer Musik, die symbolhaft für außermusikalische Erfahrungen oder Inhalte stehen. Musiktherapeutische Improvisationen werden als symbolische Handlungen gedeutet und werden im Rahmen sprachlicher Reflexion interpretiert und gedeutet. Diese eher „extrinsische“ Position auf den musiktherapeutischen Prozess unterscheidet sich ganz wesentlich von dem interpersonellen Verständnis klinischer Improvisation, das unserer Arbeit zugrunde liegt. So sprach Strehlow (2011) in ihrer Dissertation zur Musiktherapie mit BPS-Patientinnen aus psychoanalytischer Perspektive von der „Verwendung“ von Musik in Bezug auf den Therapeuten. Die unterschiedlichen Formen, in denen Patienten Musik „verwenden“, werden als Handlungen gedeutet, die jeweils symbolhaft für einen charakteristischen „Kommunikationsstil“ stehen (Strehlow 2011). Abgesehen davon, dass der Symbolbegriff für BPS-Patienten nicht geeignet scheint – es geht über die Markierung von Affekten eher um die Entwicklung sekundärer Repräsentanzen – wird ein möglicherweise ursächlicher Zusammenhang zu Musik, Spiel und Verhalten des Therapeuten dabei nicht in den Fokus genommen. Diese Unterschiede belegen gänzlich unterschiedliche Vorstellungen von musiktherapeutischer Intervention. Der Einfluss, den der referenzielle Gehalt von Musik auf den Verlauf einer musiktherapeutischen Interaktion haben kann, wird hier keineswegs bestritten. Im Gegensatz zu dieser „extrinsischen Position“ würde eine „intrinsische Interpretation“ eines sich in gemeinsamer Musik abbildenden therapeutischen Beziehungsgeschehens immer einen direkten Zusammenhang, eine gegenseitige Wechselwirkung und Einflussnahme zwischen dem Spiel des Patienten, bzw. seiner „Nicht-Aktivität“ und dem darauf gerichteten musikalischen „response“ des Therapeuten in den Fokus einer zunächst rein phänomenologischen Betrachtung stellen. Verbunden mit der Absicht, der gemeinsamen Musik eine klinisch und therapeutisch relevante Richtung zu geben, ist eine solche auf Interaktion gerichtete musikalische Rückmeldung („interpretative response“) genau das, was hier unter musiktherapeutischer Intervention verstanden wird (Ansdell 1995, 179).

Der Dirigent Sergiu Celibidache wies einmal in einer Orchesterprobe mit folgender (aufgrund seiner rumänischen Herkunft grammatikalisch allerdings nicht perfekter) Äußerung auf das interpersonelle Grundprinzip musiktherapeutischer Arbeit hin, obwohl er kein Musiktherapeut war: „Deswegen empfehle ich doch zu reagieren auf dem, was Sie hören und nicht auf dem, was Sie wissen, ... Hauptsache ist, dass Sie ... die Funktionen erkennen, an dem Punkt begleite ich Hörner und führe sie über zu den Bratschen...“ (Celibidache 1998).

Gleichwohl zeigt ein Blick nicht nur auf die NRMT, sondern auch auf die Arbeiten von Karin Schumacher (2008; 2011), Isabelle Frohne-Hagemann und Heino Pleß-Adamczyk (2005), Fritz Hegi (1998) u.a., dass das ungeschriebene Gesetz „Musiktherapie gleich Improvisation“ in der Praxis kaum eingehalten wird. Unter den Begriff „klinische Improvisation“ werden nicht nur Improvisationen, ob gelenkt, stilistisch gebunden oder ‚frei‘, sondern auch so unterschiedliche Techniken

wie das Singen tradierter Lieder, das Komponieren und Arrangieren von Stücken, das Hören von Musik, also rezeptive Interventionen usw. und schließlich sogar das Spiel nach Noten (Robbins/Robbins 1980) subsumiert. Dadurch erscheint die gängige Verwendung des Begriffs *Improvisation* zunächst einmal verwirrend und missverständlich. Um Konfusionen mit dem zu verhindern, was die Musikwissenschaft unter *Improvisation* versteht (Weisethaunet 1999, 143–155), sollte der Begriff weiter präzisiert werden.

„Musicking“ ist eine Wortschöpfung des britischen Musikwissenschaftlers Christopher Small und bezeichnet praktisch jedes Ereignis, jede Praxis, durch die Musik realisiert und erfahrbar werden kann (Small 1998). Gary Ansdell hat auf „New Musicology“ hingewiesen, eine musikwissenschaftliche Strömung, der Small zuzurechnen ist und deren Vertreter weniger das „Was“ der Musik erforschen, also eine Werkanalyse im klassischen Sinne betreiben, sondern das „Wie“, den sozialen Kontext, die soziale Bedeutung von musikalischer Praxis und deren Rezeption untersuchen (Ansdell 1997). In Auseinandersetzung mit musikwissenschaftlichen Arbeiten wie etwa mit der britischen Tradition der „community music“ ist vor allem im angelsächsischen und skandinavischen Raum der Begriff „Community Music Therapy“ entstanden, der für eine erweiterte Auffassung von Musiktherapie steht und das gesamte Spektrum musikalischer Praxis, individuelle, wie gesellschaftliche und kulturelle Zusammenhänge, in denen Musik geschieht, in der therapeutischen Arbeit berücksichtigt (Ansdell 2006, 227–238).

Es macht einen Unterschied, ob die musikalische Beziehungserfahrung im Rahmen eines gemeinsam gesungenen Liedes oder einer offen angelegten Improvisation stattfindet; die Beziehungserfahrung ist durch ein gemeinsames Hörerlebnis oder die Arbeit an einem Band-Projekt in jeweils unterschiedlicher Weise geprägt. Unter „klinischer Improvisation“ wird hier nicht die Improvisationsfähigkeit des Patienten verstanden oder die Erwartung, der Patient müsse dies in jedem Fall tun, sondern die improvisatorische Haltung des Musiktherapeuten in Bezug auf Entstehung, Etablierung und Weiterentwicklung einer musiktherapeutischen Patient-Therapeut-Beziehung. Wenn man als Therapeut im interpersonellen Sinne von Intervention das ganze Spektrum musikalischer Praktiken nutzen möchte und nicht eingeschränkt sein will auf *Improvisation*, kann der Begriff „musicking“ hilfreich sein, auch wenn sich dadurch die Komplexität musiktherapeutischer Interventionstechniken erhöht.

Das EBQ-Instrument

Das „EBQ-Instrument“ ist als Instrument zur Einschätzung der Beziehungsqualität zwischen Patient und Therapeut innerhalb einer musiktherapeutischen Szene aus der Arbeit mit Kindern mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen entwickelt worden (Schumacher/Calvet/Reimer 2011). Mittlerweile wurde dieses Instrument

auch in anderen klinischen Bereichen, etwa im psychotherapeutischen Bereich (Körber 2012) eingesetzt.

Auch das EBQ-Instrument geht von einem interpersonellen Musikverständnis aus, das die Beziehungs- und Begegnungsaspekte betont. Dabei wird mit Bezug auf die „elementare Musik“ (Carl Orff), die auf den antiken Begriff „Musiké“ zurückgeht, der ganzheitlichen Dimension musikalischer Erfahrung von Musik Rechnung getragen (Orff 2008; 2011; o.J.). Die vier Merkmallisten zur Einschätzung unterschiedlicher Ebenen der Beziehungsqualität erfassen sowohl die Beziehung zu Objekten, d.h. zu Musikinstrumenten (IBQ) und die zum Therapeuten (TBQ), als auch die körperlich-emotionale (KEBQ) und die vokale Beziehungsebene (VBQ) musiktherapeutischer Interaktion. Angesichts des meist schwer gestörten Körperbildes von BPS-Patienten und der neurobiologischen Dimension der Störung ist die KEBQ-Skala, die Berücksichtigung der körperlichen Ebene musikalischer Interaktion von besonderem Interesse und ermöglicht eine komplexere und differenziertere Analyse musiktherapeutischer Szenen als solche, die „nur“ den musikalisch-emotionalen Kontext der Patient-Therapeut-Beziehung beleuchten.

Das EBQ-Instrument stellt mit der TBQ-Skala in der Beobachtung musiktherapeutischer Szenen nicht nur einen Zusammenhang zwischen Beziehungsqualität und Intervention her (wie es in ähnlicher Weise auch in den Skalen in der NRMT oder im Modell der „dynamic form“ von Pavlicevic praktiziert wird), sondern auch zur Affektlage des Patienten auf Basis entwicklungspsychologischer und bindungstheoretischer Erkenntnisse. Damit ist das EBQ-Instrument für die musiktherapeutische Arbeit mit BPS-Patienten von großem Interesse. So kann direkt auf die Kernproblematik der Patienten mit einer Borderlinepathologie, auf die Affektregulationsstörung, Bezug genommen werden; zum anderen lässt sich eine Verbindung zwischen der sich auf nonverbale Inhalte des Beziehungsgeschehens richtenden musiktherapeutischen Arbeit und übergeordneten psychotherapeutischen Konzepten wie den oben skizzierten herstellen. So lässt sich nicht nur das ‚Wie‘ einer musiktherapeutischen Intervention beschreiben, sondern auch das ‚Warum‘ begründen, was für die Darstellung der klinischen Relevanz musiktherapeutischer Arbeit von erheblichem Wert ist.

In Anlehnung an Daniel Sterns Schichtenmodell zu den frühkindlichen Entwicklungsphasen sind die Merkmallisten des EBQ-Instruments in sieben Modi gegliedert, die den Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Ebenen affektiven Erlebens und Beziehungsqualität erfassen. Daraus lassen sich für den Therapeuten Arbeitshypothesen ableiten, die wiederum die Ausrichtung seiner Interventionen begründen. Mithilfe des EBQ-Instruments lässt sich also veranschaulichen, dass gezielte musiktherapeutische Arbeit schon weit vor jeder Form sprachlicher Reflexion und Symbolisierung ansetzen kann. Mit anderen Worten: Es lässt sich darstellen, dass in der Musiktherapie methodisch verankertes Arbeiten schon auf jenen sehr frühen Ebenen vorsprachlicher Interaktion möglich ist, die dem Beginn von Selbsterleben (Modus 3) und Intersubjektivität (Modus 4) vorausgehen, d.h. dem

ersten Einsetzen von Mentalisierungsfähigkeit und der sich entwickelnden „theory of mind“.

Bateman und Fonagy (2008, 194) sehen in der Affektdysregulation der BPS-Störung nicht nur in einen Mangel an „Fertigkeiten“ zur Regulation. Vielmehr gehen sie davon aus, dass den Patienten die Erfahrung von Affektspiegelung überhaupt fehlt, eine Erfahrungsgrundlage, die allerdings dem Erwerb von „Fertigkeiten“ auch wieder den Boden bereiten kann. Diese Erfahrung kann Musiktherapie vermitteln und damit einen spezifischen Beitrag in der Behandlung von Borderline-Patienten leisten.

Über das EBQ-Instrument lässt sich dieser wesentliche Beitrag der Musiktherapie darstellen. Die Regulation hoher und destruktiver Affekte ist Thema des in allen Merkmallisten des EBQ-Instruments enthaltenen Modus 2. Ausgehend von hohen, zur Destruktivität neigenden Affekten des Patienten, denen er, ohne sie selbst regulieren zu können, ausgeliefert ist, sieht sich der Therapeut selbst in einem angespannten Zustand und durch Blick, Verhalten und Äußerungen des Patienten „kontrolliert“ und/oder „instrumentalisiert“. In einer solchen Situation ist eine Arbeitshypothese des Therapeuten, dass er sich nun nur diesem einen Thema widmen kann. Er geht davon aus, dass sich seine Interventionen, d.h. die Wahl seiner musikalischen Mittel, ausschließlich auf diese Affektlage des Patienten beziehen müssen. Er sollte dem Patienten nicht nur signalisieren können, dass er seinen Affekten in Dynamik und Intensität gewachsen ist, sondern auch in der Lage sein, sie abstimmen und regulieren zu können, d.h. durch entsprechende Spielideen zu kanalisieren und zu gestalten (Schumacher/Calvet/Reimer 2011, 57/58; Schumacher o.J.). Die hier skizzierte Funktion des Therapeuten in Bezug auf die musiktherapeutische Interaktion gleicht also dem oben geschilderten intersubjektiven, relationalen Rollenverständnis des Therapeuten in der DBT und MBT. Häufig ist eine solche durch Affektabstimmung gekennzeichnete Beziehungserfahrung in der Musiktherapie mit dem Erlebnis von „Synchronisation“ verbunden, die als wesentlicher Wirkfaktor musiktherapeutischer Arbeit angesehen wird (Schumacher/Calvet 2008). Synchronisationserfahrungen wiederum müssen der Entwicklung von „theory of mind“ vorausgehen, sie schaffen eine erste Grundlage, wenn noch keine Repräsentanzen vorliegen, auf der Mentalisieren überhaupt erst möglich ist.

Übertragung auf die Musiktherapie mit Borderline-Patienten – die Struktur musiktherapeutischer Interventionen und die Funktion des Therapeuten

„Wir haben mindestens so viel von den Patientinnen zu lernen, wie diese von uns“ (Bohus 2002, 100), ist eine der Grundannahmen in der DBT. Was bedeutet diese Haltung für uns Musiktherapeuten, was können wir von BPS-Patientinnen über Musik und für die Musiktherapie lernen?

Lernprozesse werden zwar auch durch Fragen und Überlegungen theoretischer Natur angestoßen, in erster Linie aber durch Beobachtungen und Verunsicherungen, die der Erfahrung täglicher Arbeit und dem Austausch mit Kollegen entstammen. Vor allem das hat uns dazu gebracht, lieb gewonnene musiktherapeutische Überzeugungen zu überprüfen und damit sowohl unsere Handlungsweise als auch unser Selbstverständnis als Musiktherapeut.

Seit Jahren konnten wir in unserer täglichen Arbeit beobachten, dass BPS-Patientinnen mehr als andere Patienten hochsensibel und mit hoher Intensität auf Musik reagieren. Dabei scheinen Licht und Schatten, ‚Fluch und Segen‘ der Musik unvermittelt nebeneinander zu stehen. Starke Affinität, die sich in Sätzen wie „ohne Musik kann ich nicht leben“ ausdrückt, hohe Identifikation mit bestimmten Sängern oder Gruppen, intensive Erfahrung von emotionaler Entlastung und ‚Glücksgefühle‘ durch Musik auf der einen Seite; auf der anderen Seite heftige Abwehr- und Vermeidungsreaktionen, Befürchtungen bzw. tatsächlicher emotionaler Kontrollverlust, ausgeprägte Scham oder Bewertungsmechanismen im Zusammenhang mit Musik, die zu einem Arousal führen können, den die Patienten nicht anders als durch Selbstverletzungen oder Dissoziationen beenden. Die stark emotionsevozierende, aber auch synchronisierende Wirkung von Musik ist in zahlreichen Arbeiten zur neurobiologischen Rezeption von Musik belegt. Möglicherweise gibt es hier über noch unbekannte Resonanzphänomene Zusammenhänge zur Neurobiologie der emotional hoch vulnerablen und sensitiven BPS-Patienten. Die intensive Reaktion auf Musik weist unmittelbar auf die Kernproblematik der BPS-Störung, die Affektregulationsstörung, hin.

„Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen“ (Strauß/Linden/Haupt/Kaczmarek 2012, 385–394) sollten nicht nur in gesprächsbasierten Psychotherapien kritisch diskutiert werden, sondern auch dann, wenn Musik, wie in der Arbeit mit BPS-Patientinnen, schon in einer „Kleinstdosierung“ Wirkung zeigt. Dies betrifft vor allem die verbreitete Vorstellung, dass *Improvisation* als Königsweg musiktherapeutischer Arbeit geeignet sei, dem Patienten zu persönlicher Selbstentfaltung und Bewältigung seelischer Konflikte zu verhelfen. Wird Improvisation unreflektiert als Interventionstechnik verstanden und mit Erwartungen an das schöpferische Potential eines Patienten verbunden, dann eröffnet sie BPS-Patienten unserer Erfahrung nach nur sehr selten Chancen. Vielmehr ist sie geeignet, symptomatische Defizite zu offenbaren, nämlich in der Störung begründete hoch dysfunktionale Kognitionsmuster. Ebenso kann sie das Unvermögen und fehlende Kompetenzen bloßstellen, überwältigende Affekte steuern und gestalten zu können. Dies kann sich in bereits erwähnten Reaktionen zeigen, aber auch unmittelbar in der Musik hörbar werden, ebenso im zwinghaft um Kontrolle bemühten Wiederholen immer gleicher musikalischer Floskeln oder aber im Entgleiten in völlig destruktiv-chaotische „Ausbrüche“, durch die die Grenzen von Musik überhaupt markiert werden (Dixon 2002, 119–132) und durch welche die negativen Grundannahmen der Patienten über sich selbst noch einmal verstärkt werden. Das Störungsbild der Borderlinepathologie bildet sich in der Musikthera-

pie diagnostisch ab, d.h. die psychische Problematik, die „Lücke zwischen Affekt und seiner Repräsentation“ (Bateman/Fonagy 2008, 307), kann auf diese Weise aktualisiert werden. Allein dies könnte schon eine Indikation für Musiktherapie mit BPS-Patientinnen sein. Andererseits könnte eine solche Intervention noch nicht als Lösungsstrategie gelten, da sie noch keine therapeutische Lösung des Problems darstellt.

Winnicott vertrat die Vorstellung, dass „Psychotherapie dort (geschieht), wo zwei Bereiche des Spielens sich überschneiden: der des Patienten und der des Therapeuten. ... Hieraus folgt, dass die Arbeit des Therapeuten dort, wo Spiel nicht möglich ist, darauf ausgerichtet ist, den Patienten aus einem Zustand, in dem er nicht spielen kann, in einen Zustand zu bringen, in dem er zu spielen imstande ist“ (Winnicott 2012, 49). Des Weiteren wies er darauf hin, dass „eine solche Einstellung von der Erkenntnis ausgehen (müsse), dass Spielen stets beängstigend wirken kann. Spiele mit Spielregeln müssen als Teil eines Versuchs betrachtet werden, diesem beängstigenden Aspekt des Spielens zuvorzukommen. ... Wenn derjenige, der das Spiel organisiert, leitend einbezogen werden muss, dann heißt das, dass das Kind oder die Kinder ... nicht schöpferisch spielen können“ (2012, 62). Immer wieder auf Winnicott Bezug nehmend, haben Fonagy und seine Mitarbeiter im Zusammenhang mit desorganisierter Bindungserfahrung die fehlende „Verspielt-heit“ eines „falschem Selbst“ herausgearbeitet und so die „leitende“, einen Rahmen schaffende Rolle des Therapeuten begründet (Fonagy et al. 2011). Was an einer musiktherapeutischen Interaktion, was an Musik generell ist „beängstigend“, und auf welche musikalischen Aspekte müsste sich die „Leitung“ eines Musiktherapeuten beziehen? „Die Vorstellung von Wahl setzt voraus, dass man die Freiheit hat, sich seiner Wahl gemäß zu verhalten“ (Linehan 1996, 244). Freiheit, bezogen auf die Möglichkeiten improvisatorischen Spiels, ist mit den Worten von Kenneth Bruscia definiert als Fähigkeit, „seine Alternativen identifizieren und auswählen zu können“ (Bruscia 1987, 463). Genau das aber ist für die meisten BPS-Patientinnen, abgesehen von fehlendem Mut und Selbstvertrauen, sich dem ungewissen Verlauf einer Improvisation stellen zu können, ein ohne therapeutische Hilfe zunächst schier unlösbares Problem. „Das Fehlen einer Verbindung zwischen Absicht oder Wahl (ist) das zu lösende Problem. Eine derartige Verbindung muss gelernt werden“ (Linehan 1996, 244). Das muss angesichts der Schwere der Störung praktisch für alle Lebensbereiche gelten und weist auf Funktion und Aufgabe des kleinschrittig arbeitenden „Skilltrainers“ hin. Auf den Bereich der Musiktherapie übertragen bedeutet dies, dass sich auch ein Musiktherapeut mit der möglicherweise ungewohnten Rolle auseinandersetzen müsste, in der er seinen Patienten etwas „beibringt“, Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt. Darf man das? Darf man als Therapeut, um in ein Extrem zu fallen, „Tonleitern üben“? In ihrer Arbeit mit traumatisierten, suizidalen Jugendlichen betonte Randi Rolvsjord, dass das zutiefst Therapeutische in der Bereitschaft liege, sich dem Patienten als „Lehrer“ mit all seinen musikalischen Kompetenzen zur Verfügung zu stellen können und „etwas zeigen“, also präsent sein zu wollen. So weist sie auf den unschätzbaren Wert hin, den

Lieder (Pop-, Rock-, Rap-Songs) und die Berücksichtigung der musikalischen Lebenswelt der Patienten für therapeutische Arbeit und Beziehung haben (Rolvsjord 2009; 2010). Viele andere Autoren teilen diese weniger konflikt- als ressourcenorientierte Haltung in der Arbeit mit suizidalen, traumatisierten oder Borderline-Patienten; sie beleuchten dabei unterschiedliche Aspekte und Facetten therapeutischer Arbeit mit Liedern (Frohne-Hagemann/Adamczyk 2005, 134–137; Megert 2009; Nordoff/Robbins 1971; Kupski 2007; Frank-Schwebel 2002; Austin 2002a; Horesh 2006). Ein herausstechendes Merkmal jedes vorkomponierten Songs und Liedes ist seine formale Struktur, der begrenzte oder gar fehlende improvisatorische Freiraum, die Autorenschaft, die nicht beim Interpretieren liegen muss, d.h. die Vorhersehbarkeit und Zuverlässigkeit der musikalischen „Spielregeln“, über die Emotionen kommuniziert und erlebbar werden und die sozio-kulturelle ‚Legitimation‘, in der dies geschehen kann. Aspekte davon finden sich in den folgenden Vignetten wieder. Es kann hier allerdings nicht die ganze Vielfalt musiktherapeutischer Interventionen abgebildet werden, eher ein exemplarischer Ausschnitt, praktische Schlussfolgerungen, die aus dem bisher gesagten gezogen worden sind. Die zentrale Bedeutung der Gruppenarbeit bleibt auch ihrer Komplexität wegen in dieser Darstellung unberücksichtigt bzw. wird nur am Rande gestreift.

Fallbeispiel 1: Frau X

Die beiden folgenden Fallvignetten sind im Rahmen eines zwölfwöchigen Klinikaufenthaltes während der Teilnahme am stationären DBT-Programm entstanden. Beide Beispiele haben das Thema Affektregulation zum Inhalt und beleuchten dabei unterschiedliche Facetten der Problematik. Beide Beispiele stehen für ein therapeutisches Rollenverständnis, das durch seine Struktur und Halt gebende, aber auch seine „aushaltende“ Funktion gekennzeichnet ist. Das musikalische Material beider Vignetten zeichnet sich dadurch aus, dass der improvisatorische Spielraum äußerst gering ist, vielmehr sind Spielregeln und -vorgaben, Abmachungen und ein stark strukturierter musikalischer Bezugsrahmen hervorstechende Merkmale.

Beide Fallbeispiele sind durch Videoaufzeichnungen dokumentiert und auf Basis des EBQ-Instruments evaluiert worden. Mit Einverständnis der Patientinnen und unter Wahrung der Anonymität folgt die Darstellung der Fallbeispiele diesen Videoaufzeichnungen.

Frau X ist zu der Zeit, aus der die Vignette stammt, noch Mitte 20, steht ganz am Beginn ihrer Therapie im Setting unserer Station. Zunächst stehen nicht nur Selbstverletzungen und eine schwere Essstörung, sondern ihre ausgesprochen starke Dissoziationsneigung im Vordergrund der Behandlung. Zu diesem Zeitpunkt ist die Patientin noch kaum in der Lage, den Beginn einer Dissoziation bewusst wahrzunehmen, Dissoziationen werden als „normal“ erlebt und sind also selbstständig kaum regulierbar. Erst Jahre später kann die Patientin lange zurückliegende Missbrauchserfahrungen andeuten und intensive Gefühle von Ekel, Hass und Wut thematisieren, ohne zu dekom-

pensieren. Erst während eines längeren Klinikaufenthaltes ca. fünf Jahre später kann sie intensive Scham und z.T. paranoide Ängste in Gruppen ablegen, die Ausdruck starker Selbstabwertung sind, und einen Satz wie „ich will mich nicht mehr verstecken“ äußern. Erst jetzt kann sie zu ihrem ursprünglichen Berufswunsch stehen, Balletttänzerin zu werden, und die damit verbundenen Ressourcen nicht nur anerkennen, sondern auch wieder aktiv aufleben lassen.

Als Frau X den Therapieraum betritt, fällt zunächst ihr starrer „Tunnelblick“ auf. Auf Rückfragen scheint sie weder Hände noch Beine spüren zu können und wie „auf Watte“ zu gehen, ist aber über Sprache gut erreichbar. Ich (G. K.) ahne, dass sie kurz vor einer Dissoziation steht, also vor einem völligen Kontrollverlust auf allen psychischen und motorischen Ebenen.

Im Sinne des oben geschilderten Modus 2 der EBQ-Skala sehe ich mich gezwungen, schnell zu entscheiden und meine Interventionen ganz auf die kaum noch steuerbare Affektlage der Patientin zu richten. Ziel ist es, diese hohe unkontrollierte Affektlage der Patientin zu kanalisieren und Frau X dazu zu verhelfen, wieder in einen Zustand körperlicher und psychischer Kohärenz zurückzufinden. In dem Bewusstsein, dass von der Patientin in diesem Zustand weder eigenständige Steuerung ihrer Handlungen, noch Rezeption und Umsetzung komplexer kognitiver Aufgaben zu erwarten ist, greife ich auf eine in früheren Sitzungen entwickelte, also vertraute Spielidee zurück, die in ihrem Ablauf äußerst einfach ist und sich dadurch auszeichnet, dass ihr praktisch jeder improvisatorische Entscheidungsspielraum fehlt. Die Patientin war schon in vorausgegangenen Sitzungen von unserer großen Konzerttrommel und einem Becken fasziniert. Angesichts der körperlich-emotionalen Erstarrung erscheinen mir diese Instrumente für die Situation besonders geeignet: Sie können u.U. heftiges und intensives Spiel „aushalten“ und können im Stehen gespielt werden. Durch ihre starke vibro-akustische Resonanz und die schwer in der Hand liegenden Schlegel wirken sie sensomotorisch aktivierend, Körperwahrnehmung und Propriozeption anregend. Ich selbst stehe, auf einer Achse zur Patientin, an einer Pauke und an einem Becken, also sehr ähnlichen Instrumenten, die sich aber, auch wegen meiner etwas härteren Schlegel, klanglich von denen der Patientin abheben können.

Die Spielidee besteht nun aus nichts anderem als darin, dass wir gemeinsam im Wechselschlag (in simplem rechts-links-Spiel, das, weil senso-motorisch aktivierend, wertvoll ist) langsam und im mezzo-forte beginnend, allmählich schneller und lauter werden, in einen immer intensiver und lauter werdenden Trommelwirbel übergehen, auf dem Höhepunkt kurz innehalten, die Phrase in energischen weitausholenden Spielbewegungen mit Abschlagen auf die Becken beenden und von neuem „Anlauf nehmen“, d.h. den Ablauf wiederholen. Während des gesamten Spiels habe ich die Patientin und ihr Spiel im Blick. Ich achte sehr darauf, dass ich meine Spielbewegungen und klangliche und dynamische Intensität meines Spiels exakt auf das der Patientin abstimme, so dass es (auf dem Video deutlich zu sehen) vor allem bei den Beckenabschlägen zu absolut synchronen Bewegungsabläufen zwischen uns beiden kommt. Dabei hebe ich mich klanglich immer etwas vom Spiel der Patientin ab und liege in der Intensität meines Spiels oft einen kleinen „Zacken“ über dem der Patientin, so dass ihr Spiel und damit ihr Affekt „markiert“ wird. In kurzen Absprachen während des Spiels dehnen wir die Phrase aus und intensivieren den Ausdruck, indem wir die Zahl von zunächst nur drei Beckenabschlägen auf fünf und dann sieben erweitern.

Es fällt mir auf, dass die Spielbewegungen der Patientin schon nach kurzer Zeit immer freier und gelöster werden, in den kurzen Pausen nach den Beckenabschlä-

gen deckt sie den Nachklang des Instruments vorsichtig mit der Hand ab, nimmt mit zunehmend entspannter Mimik Blickkontakt zu mir auf, bevor wir erneut ansetzen. Auch bei mir hat sich die anfängliche Anspannung gelegt, wenn auch meine ganze Aufmerksamkeit weiter dem Spiel der Patientin gilt und die einmal aufgestellten Spielregeln von mir konsequent weiter eingehalten werden. All dies und die kurzen Rückmeldungen zur Erweiterung der Beckenschläge zeigen mir, dass Frau X tatsächlich ‚teilnimmt‘ und die Spielidee nicht nur mitvollziehen, sondern auch aktiv mittragen kann. Nach ca. einer Minute geht ein Lächeln über ihre Lippen, begleitet von der Bemerkung „das tut richtig gut“, nach knapp zwei Minuten hält sie inne, horcht in sich hinein und macht die Beobachtung „ich spüre meinen Herzschlag wieder“, sie betrachtet ihre Hände und stellt fest „da ist so’n Pochen drin“. Diese Bemerkungen der Patientin werden von mir nur kurz paraphrasiert und mit den Worten „die pulsieren so?“ validierend beantwortet, bevor es ein letztes Mal weiter geht.

Vordergründig gesehen haben wir an nichts anderem gearbeitet als an einfachen Spielmustern zum Auf- und Abbau musikalischer Spannung.

Tatsächlich ist es jedoch während dieser zugegeben sehr einfach strukturierten „Übung“, ausgehend von einem Zustand extremer Anspannung und unkontrollierter Affekte, zur Affektregulation gekommen. Die Affektabstimmung, die sich besonders in intra- wie intersynchronen Momenten während der Beckenabschläge beobachten lässt, hat dazu geführt, dass die Patientin ihre körperliche Selbst-Kohärenz wiedergefunden hat. Beleg dafür sind nicht zuletzt ihre verbalen Rückmeldungen, die hier als „mentalysierende“ Äußerungen verstanden werden. Schließlich ist damit eine über Musik vermittelte Beziehungserfahrung verbunden, die schon auf einer sehr frühen präverbalen Ebene der Kommunikation helfen kann, tiefverankerte pathogene Bindungsstrukturen, die in einem „invalidierenden Umfeld“ angelegt wurden, zu korrigieren.

Fonagy et al. (2011, 418/419) erkennen, wenn auch nur in einer Fußnote, die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Methoden an: „Oberflächlich gesehen scheinen sie kaum mit Kognition oder Deutung zu arbeiten, tatsächlich aber beruht ihre Wirkung darauf, dass sie die Anerkennung der psychischen Realität und gleichzeitig eine alternative Perspektive kommunizieren“. Diese Beobachtung kann auch in musiktherapeutischer Arbeit nachvollzogen werden, wie das letzte Beispiel deutlich gemacht haben könnte. Das gilt umso mehr, wenn musiktherapeutische Interventionen große Scham und massive Ängste vor emotionalem Kontrollverlust auslösen können. Tatsächlich kommen hier u.U. Strategien zur Geltung, die üblicherweise bei Expositions- oder Konfrontationsübungen Anwendung finden.

Fallbeispiel 2: Frau Y

Frau Y ist Ende 30 und aufgrund ihrer Erkrankung berentet. In der Musiktherapiegruppe fällt mir auf, dass die etwas adipöse und leicht gehbehinderte Patientin wenig Kontakt zu Mitpatienten aufbaut. Fast ohne Mimik, äußerlich reglos und unbeweglich nimmt sie auf eher passive Weise teil. Sie zeigt kaum Eigeninitiative und reagiert auf Fragen oder Rückmeldungen durchweg ausweichend. Sie scheint das Geschehen mehr

oder weniger über sich ergehen zu lassen und auszusetzen. Gleichzeitig verrät mir ihr Spiel an Stabspielen, noch mehr aber an Schlaginstrumenten, dass sie unter enormer Anspannung stehen muss. Ihre Spielbewegungen sind fahrig und kaum koordiniert, ein gemeinsamer Grundsatz kann nicht geteilt werden. In Einzelkontakten beginnt sie Vertrauen zu fassen und sich zu öffnen, sie habe vor Jahren sehr gerne Blockflöte gespielt, sei sogar hin und wieder als Mitglied eines Ensembles in kleinerem Rahmen aufgetreten. Diese Ressource kann im Verlauf der Therapie reaktiviert werden. In Einzelsitzungen üben wir an einfachen Stücken der Blockflötenliteratur, sie an der Flöte, ich am Klavier. Auch wenn hier beim Spiel Körper und Atmung wie abgespalten und in keiner Weise integriert erscheinen, erlebt sie diese Sitzungen durchweg sehr positiv. Ihr Blockflötenspiel kann schließlich in die Gruppenarbeit einbezogen werden. Sie gibt u.a. ein kleines Konzert vor Mitpatienten, was zwar zunächst äußerst belastend, dann aber von Freude begleitet ist. Diese positiven Emotionen kann sie allerdings ohne meine Anwesenheit und „Legitimation“ nicht gelten lassen und anerkennen. Das Angebot, in einem der Therapieräume für sich selbst üben zu können, lehnt sie ab, „weil mir die Freude daran nicht zusteht, ich so etwas nie zeigen und fühlen durfte und ich dieses Gefühl alleine nicht ertragen kann.“

Im Laufe der stationären Therapie gelingt es der Patientin zwar immer besser, das selbstschädigende Verhalten zu vermeiden, anfänglich häufige Dissoziationen und Selbstverletzungen treten kaum mehr auf, doch hat dies einen hohen Preis. In allabendlichen Kontakten mit dem Bezugspfleger wird deutlich, dass Frau Y nun konstant intensive Suizidgedanken hat. Diese Suizidalität kann sie jedoch nur in einer als „passiv aggressiv“ empfundenen Weise kommunizieren, die besonders den Bezugspfleger und die Bezugstherapeutin unter wachsenden Druck und Entscheidungsnot setzt. In einer Krisensitzung mit dem Team wird die Patientin in für sie schmerzhafter Weise mit dem Thema „Wut und Aggression“ konfrontiert, sie wird dazu verpflichtet, sich konstruktiv und aktiv mit diesen Gefühlen auseinanderzusetzen, wenn sie Suizidalität und einen drohenden Suizid vermeiden will. Frau Y signalisiert, dass sie erst in letzter Zeit habe erkennen können, dass die Suizidalität mit überwältigenden Wut- und Hassgefühlen vor allem ihrer Mutter gegenüber in Verbindung stehen. Abgesehen von Gewalterfahrungen habe sie ihre Mutter in hohem Maße als invalidierend erlebt. Diese Wut- und Hassgefühle seien konstant und in hoher Intensität präsent. Sie macht allerdings auch deutlich, dass sie über keinerlei Mittel verfügt, diese intensiven Emotionen zum Ausdruck bringen und kanalisieren zu können. So entsteht ein enormer emotionaler Druck. Wut zeigen oder auch nur darüber sprechen sei ein Leben lang absolutes Tabu gewesen, so dass sie über viele Jahre alles in sich hineingefressen habe. Verzweifelt und unter Tränen bittet sie das Team um Hilfe: „Zeig mir doch einer wie!“ Schon im Vorfeld hatte ich der Patientin in der Musiktherapie meine Beobachtung bezüglich ihres Trommelspiels zurückgemeldet und zunächst vorrangig eine traumaassoziierte Verknüpfung zur eigenen Gewalterfahrung vermutet. Frau Y hatte daraufhin ihre Ausdrucksnot artikulieren können, sie hatte den Konflikt zwischen intensivem Ausdruckswunsch („Wut rauslassen“), internalisierten Verboten, genau dieses zu tun und massiver Angst vor Kontrollverlust benennen können. Diese Äußerungen in Bezug auf ihr inneres Erleben verstand ich als Mentalisieren, auf dessen Grundlage mit der Patientin weitere musiktherapeutische Ziele erarbeitet wurden. In besagtem Krisengespräch geht vom Team der formulierte Auftrag an die Musiktherapie „Ausdrucksformen für Wut finden.“

„The map is not the territory“, die Landkarte ist nicht identisch mit dem Gebiet, das sie bezeichnen soll, so hat Gary Ansdell den Musikwissenschaftler Korzybski zitiert (1995, 209), um zu zeigen, dass sich der Kern einer musikalischen Erfahrung jeder Beschreibung durch Sprache entzieht. Das ist zwar richtig formuliert, allerdings kann es, wie in diesem Fall, äußerst hilfreich sein, genaue Verabredungen und Verhaltensregeln festzulegen, einen „Plan“ zu entwickeln, der detailliert auf emotionale Erfahrungen vorbereitet, die nicht nur völlig fremd und neu sind, sondern auch überwältigend bedrohlich und gefährlich erscheinen.

Die hier beschriebene Szene entstammt einer der letzten Einzelsitzungen während des ca. zwölfwöchigen Klinikaufenthaltes.

In Anknüpfung an ihre Erfahrungen mit klassischer Musik betone ich (G. K.) Frau Y gegenüber den Etüden-Charakter folgender Übungen. In ersten schon weiter zurückliegenden Versuchen an der Trommel hatte sich gezeigt, mit welch heftigem Arousal die Patientin reagieren kann, wenn sie nur aufgefordert wird, einen einfachen Rhythmus nachzuspielen. Allein schon im Bewusstsein ihrer desintegrierten Körperlichkeit und fehlenden Körperkohärenz möchte ich in jedem Fall vermeiden, dass das Trommel-Spiel zu einer Art „kathartischer“ Erfahrung wird, die die Befürchtungen der Patientin nur noch bestärken würde. Vielmehr ist es mein Ziel, das Spiel zwar zeitlich auszudehnen, sein emotionales Potential jedoch weitestgehend zu entschärfen und ihm einen pragmatischen, quasi akademischen Charakter zu verleihen, also auf Melodien und Harmonien am Klavier beispielsweise zu verzichten. So weise ich ihr in einer von uns beiden getragenen Partitur einen klar definierten Part zu, sie soll an der Pauke im Sinne einer Bass-Linie einen einfachen Rhythmus beibehalten, den wir zuvor schon in Bezug auf Handhaltung und die Rechts-Links-Koordination der Schlagmuster geübt hatten. Ich würde am Drum-Set in viertaktigen Phrasen über diesen Rhythmus improvisieren und ihn umspielen. Dabei sitzen wir zwar an unseren Instrumenten auf einer Achse, aber doch soweit versetzt zueinander, dass ich Frau Y im Rücken habe, sie mich beobachten kann und ich mich umdrehen muss, wenn ich sie sehen will. Frau Y sitzt und spielt also gewissermaßen in meinem „Windschatten“, sie kann mich und mein Verhalten in der Musik beobachten. Während der Übung selbst hebt sich mein Spiel, nicht nur bedingt durch den klanglichen Unterschied unserer Instrumente, sondern auch dynamisch deutlich von dem eher spröden und zurückhaltenden Spiel der Patientin ab, ich bin sehr viel „frecher“ und mutiger. Alles soll der Patientin zeigen, „ich habe keine Angst, ich übernehme die Verantwortung und kenne mich aus, hab also keine Sorge, hier passiert Dir nichts“. Zunächst sind kurzzeitig Vermeidungsversuche der Patientin zu spüren, auf die ich nicht eingehe, die ich „lösche“ und sie kann der Versuchung widerstehen, während des Spiels auszusteigen und abzubrechen. Sie beginnt das Spiel zwar mitzutragen, sich in gewisser Weise auch „einzuschwingen“, was ich auch daran merke, dass sie ihr rhythmische Motiv, wenn auch nur geringfügig, abwandelt, Phrasenbögen mitvollzieht und mit mir beendet. Noch unmittelbar vor dieser Übung hatte Frau Y gemeint, dass sie vor Wut eigentlich platzen könnte: „auf einer Skala von 0 bis 10 ist meine Wut bei 12“. Von dieser enormen emotionalen Anspannung und dem Wutaffekt ist bei ihr während des Spiels (auf dem Video) allerdings kaum etwas zu hö-

ren oder zu spüren. Klanglich erscheint ihr Spiel sehr mechanisch und ausdrucksarm. Die Spielbewegungen in den Handgelenken wirken vom Rumpf wie abgekoppelt, Beine und Oberkörper bleiben die gesamte Spieldauer von gut drei Minuten völlig reglos. In der Mimik teilt sich kaum eine emotionale Regung mit.

Dennoch werden dieser und weitere Versuche, die dem gleichen Muster folgen, von der Patientin auf der täglich zu führenden „diary card“ als „positive Erfahrungen“ festgehalten, zum Abschluss der Therapie teilt sie mir ausdrücklich mit, dass diese „Etüden zum Umgang mit Wut“ eine der wichtigsten, wenn nicht die Schlüsselerfahrung der gesamten Therapie gewesen seien, auch wenn „es einfach wahnsinnig anstrengend“ gewesen sei.

Zunächst bietet die „Etüde“ einen relativ unspektakulären und konventionellen Rahmen, in dem Patientin und Therapeut gemeinsam Musik machen können. Diese Form des Musizierens, von „Musicking“, ist der Patientin mit ihrem klassisch geprägten Hintergrund vertraut. Therapeut und Patientin sind, vordergründig betrachtet, durch das gemeinsame „Üben“ von Trommelrhythmen im Sinne von „Inter-Attentionalität“ miteinander verbunden (Modus 4 auf der IBQ-Skala). Diese „Etüden“ jedoch und die in ihrer musikalischen Struktur verankerten Spielregeln können eine gesicherte Basis schaffen, auf der das Thema Wut, Aggression und Hass angstfrei „verhandelt“ werden kann. Die Patientin bekommt einen „Geschmack“ von dem, was Wut bedeuten könnte, sie kann auf „Tuchföhlung“ mit einem als bedrohlich erlebten Gefühl gehen, ohne dass es zu den von ihr (immer noch) befürchteten negativen Sanktionen oder zum Kontrollverlust gekommen ist. Vor dem Hintergrund ihrer traumatischen Bindungserfahrung kann die Patientin damit im Rahmen der Musiktherapie eine korrigierende Beziehungserfahrung machen. So hat im Rahmen dieser Trommel-Übungen tatsächlich eine „Alphabetisierung“ von chaotisch und überwältigend erlebten Emotionen stattfinden können.

Schlussbemerkung

Tsvia Horesh hat in ihrer Arbeit von „gefährlicher Musik“, von „dangerous music“ gesprochen und an den Seefahrer Odysseus erinnert (2006). Odysseus befahl seinen Seeleuten, sich ihre Ohren mit Wachs zu verschließen, er selbst ließ sich an den Mast seines Bootes fesseln. Nur so waren er und seine Argonauten in der Lage, dem betörenden Gesang der Sirenen Stand halten zu können. Alle anderen vor ihnen waren an diesem Gesang zugrunde gegangen. Was wäre gewesen, wenn Odysseus einen Lotsen gefunden hätte, einen Lehrer, der ihm in kleinen Schritten gezeigt hätte, wie er mit diesem Gesang und diesen verführerischen Tönen auch anders hätte umgehen können und ihm Stück für Stück seine Fesseln gelockert hätte?

Das therapeutische Potenzial der Musik hätte sich ihm erschließen können. Nach und nach hätte er in und über die Musik lernen können, seine Affekte zu

regulieren, zu steuern und zu modulieren. Wie aber hätten er und sein Lehrer oder vielmehr sein Musiktherapeut vorgehen können?

Die eingangs gestellte Frage nach den musiktherapeutischen Interventionen taucht wieder auf. Borderline-Patienten stehen genau vor diesem Problem. Ähnlich wie Odysseus beim Gesang der Sirenen sind auch sie oftmals in Gefahr, von starken Gefühlen überwältigt zu werden und ihnen ausgeliefert zu sein. Gerade weil Musik, ein dem Wesen nach emotionsevozierendes und interpersonelles Medium, dieses Dilemma aufzeigen kann, lohnt es sich, genau dort nach therapeutischen Antworten zu suchen.

Ausgangspunkt und Hintergrund für die Auseinandersetzung mit dem Mentalisierungsmodell und dem mentalisierungsbasierten Verständnis der Borderline-Störung sind hier die Erfahrungen mit der DBT gewesen. Dabei sind zahlreiche Anregungen und Hinweise auf das gefunden worden, was in und für die musiktherapeutische Arbeit mit Borderline-Patienten von Bedeutung und Interesse sein kann.

Besonders wichtig scheint zu sein, dass Musik, die musikalische Interaktion und deshalb auch musiktherapeutische Interventionen eigenen Regeln und Gesetzen folgen und in Bezug auf die Affektregulation, die Modulation, den Ausdruck und die Kommunikation von Emotionen ein anderes therapeutisches Potential eröffnen, als die vorrangig an Sprache gebundenen Interventionen der DBT und MBT.

Es wird hier die Ansicht vertreten, dass es in der Auseinandersetzung mit psychotherapeutischen Konzepten von entscheidender Bedeutung ist, Musiktherapie als eigenständiges Verfahren zu begreifen und darzustellen. Infolgedessen scheint es essenziell wichtig, ein präzises Bewusstsein für den Unterschied von an Sprache gebundenen Interventionen und den nonverbalen Interventionstechniken der Musiktherapie zu behalten.

Wenn dieser „feine“ Unterschied auch von uns Musiktherapeuten wahrgenommen, benannt und anerkannt wird, können Diskussion und Transfer theoretischer Konzepte (ob nun verhaltenstherapeutischen oder psychodynamischen Ursprungs) plausibel sein und für die musiktherapeutische Praxis außerordentlich fruchtbar werden. Auf diese Weise kann auch der spezifische Beitrag der Musiktherapie bzw. ihr „Alleinstellungsmerkmal“ in der Psychotherapie der Borderline-Störung glaubhaft herausgestellt werden.

Insofern haben sich die Autoren bestärkt gesehen, in der Arbeit mit Borderline-Patienten eine dezidiert musikzentrierte Position einzunehmen, die sowohl für den Ansatz der Nordoff/Robbins-Musiktherapie als auch für die Anwendung des EBQ-Instruments kennzeichnend ist.

Die Auseinandersetzung mit DBT und MBT verknüpft mit der Reflexion praktischer täglicher Erfahrung hat es notwendig erscheinen lassen, den Begriff der klinischen Improvisation zu präzisieren und in besonderem Maße Interventionstechniken zu berücksichtigen, die das Struktur und Halt gebende sowohl in der Musik selbst als auch in der therapeutischen Beziehung betonen.

In diesem Sinne soll Ravi Shankar das Schlusswort gehören. Dieser auch im Westen bekannte Meister klassischer indischer Musik erinnert an einen ganz wesentlichen Aspekt improvisierter Musik, der gerade auch für die Musiktherapie mit emotional so vulnerablen Menschen, wie es Borderline-Patienten sind, ein wichtiger Hinweis sein könnte:

„A truly excellent and creative musician of the Hindustani system will improvise anywhere from fifty to ninety per cent of his music as he performs, but this freedom can come about only after many years of basic study and discipline and organized training, and after profound study of the ragas, and finally, if he has been blessed with guru-kripa, the favor of the guru.“

Ravi Shankar (1969)

Literatur

- Ansdell, G. (1995): *Music for Life*. London
- Ansdell, G. (1997): Musical Elaborations. What has the New Musicology to say to music therapy? *British Journal of Music Therapy* 11 (2), 36–44
- Ansdell, G. (2006): Community Music Therapy – Ein neuer alter Gedanke. *Musiktherapeutische Umschau* 27 (3), 227–238
- Austin, D. (2002a): The Wounded Healer – The Voice of Trauma: A Wounded Healer’s Perspective. In: Sutton, J. P. (Ed.): *Music, Music Therapy and Trauma – International Perspectives*. London, 231–259
- Austin, J. L. (2002b): *Zur Theorie der Sprechakte (How to do things with Words)*. Stuttgart
- Bateman, A. W.; Fonagy, P. (2008): *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeits-Störung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept*. Gießen
- Bohus, M. (2002): *Borderline-Störung*. Göttingen
- Bohus, M.; Wolf, M. (2009): *Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten*. Stuttgart
- Bohus, M.; Huppertz, M. (2006): Wirkmechanismen von achtsamkeitsbasierter Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 54 (4), 265–275
- Bohus, M.; Brokuslaus, I. (2006): Körpertherapie im Rahmen der Dialektisch-behavioralen Therapie für Borderline-Störungen. In: Rimmel, A.; Kernberg, O. F.; Vollmoeller, W.; Strauß, B. (Hrsg.): *Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, 272–284
- Bruscia, K. E. (1987): *Improvisational Models of Music Therapy*. Springfield-Illinois
- Bruscia, K. E. (1998): *Defining Music Therapy*, 2nd Edition. Gilsum NH
- Celibidache, S. (1998): *Bruckner 9 in Concert and Rehearsal*. EMI-Classics (CD)

- Dixon, M. (2002): Music and Human Rights. In: Sutton, J. P. (Ed.): Music, Music Therapy and Trauma – International Perspectives. London
- Fiedler, A.; Hömberg, R.; Oessenich-Lücke, U.; Sahm, S.; Venrath, D.; Schultz-Venrath, U. (2011): Körperpsychotherapie(n) und Mentalisieren: Wahrnehmen – Vernetzen – Integrieren. In: Schultz-Venrath, U. (Hrsg.): Psychotherapien in Tageskliniken. Methoden, Konzepte, Strukturen. Berlin, 119–150.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. L.; Target, M. (2011): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart
- Frank-Schwebel, A. (2002): Trauma and its Relation to Sound and Music. In: Sutton, J. P. (Ed.): Music, Music Therapy and Trauma – International Perspectives. London
- Frohne-Hagemann, I.; Pleß-Adamczyk, H. (2005): Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD-10. Göttingen
- Grawe, K.; Donati, R.; Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession. Göttingen
- Hegi, F. (1998): Übergänge zwischen Sprache und Musik. Die Wirkungskomponenten der Musiktherapie. Paderborn
- Herpertz, S. C. (2006): Störungen von Affektivität und Impulskontrolle bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Rimmel, A.; Kernber, O. F.; Vollmoeller, W.; Strauß, B. (Hrsg.): Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, 144–153
- Hilgers, M. (2012): Shame on you, if you can't dance too – Schamkonflikte in der Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau 33 (3), 296–305
- Horesh, T. (2006): Dangerous Music: Working with the Destructive and Healing Powers of Popular Music in the Treatment of Substance Abusers. In: Aldridge, D; Fachner, J. (Ed.): Music and Altered States. London, 125–139
- Körber, A. (2009): Beziehungsqualität in der Musiktherapie mit Psychotherapiepatienten – Vergleichende Untersuchung interpersonalen Verhaltens in Fremd- und Selbsteinschätzungen (EBQ, OPD-2, IIP). Musiktherapeutische Umschau 30 (4), 322–337
- Kupski, G. (2007): Borderlinestörung und Musiktherapie im Kontext der Dialektisch-Behavioralen Therapie. Musiktherapeutische Umschau 28 (1), 17–27
- Lammers, C.-H.; Stiglmayr, C. (2004): Achtsamkeit und Akzeptanz in der Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Heidenreich, T.; Michalak, J. (Hrsg.): Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch. Tübingen, 247–293
- Lemma, A. (2014): Minding the body. The body in psychoanalysis and beyond. Institute of Psychoanalysis, London
- Linehan, M. M. (1996): Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München

- Megert, Ch. (2009): „Ohne meine Lieblingsmusik hätte ich es nicht geschafft...“ – Musikhören in der Initialphase der Musiktherapie mit Jugendlichen. *Musiktherapeutische Umschau* 30 (2), 102–113
- Nordoff, P.; Robbins, C. (1971): *Music Therapy in Special Education*. New York
- Nordoff, P.; Robbins, C. (1986): *Schöpferische Musiktherapie*. Stuttgart
- Pavlicevic, M. (1997): *Music Therapy in Context. Music, Meaning and Relationship*. London
- Pavlicevic, M. (2000): *Improvisation in Music Therapy: Human Communication in Sound*. *Journal of Music Therapy* XXXVII (4), 269–285.
- Plitt, H. (2013): *Intersubjektivität erleben. Musiktherapie als Chance für Borderline-Patienten*. Marburg
- Robbins, C.; Robbins, C. (1980): *Music for the Hearing Impaired & Other Special Groups. A Resource Manual and Curriculum Guide*. New York
- Rolvjord, R. (2001): *Sophie Learns to Play her Song of Tears*, *Nordic Journal of Music Therapy* 10 (1), 77–85.
- Rolvjord, R. (2010): *Resource-Oriented Music Therapy in Mental Health Care*. New York
- Schultz-Venrath, U. (2013): *Lehrbuch Mentalisieren. Psychotherapien wirksam gestalten*. Stuttgart
- Schumacher, K. (o.J.): *Musiktherapie bei tiefgreifender Entwicklungsstörung, speziell Autismus. Eine Fallstudie mit theoretischer Grundlage und Evaluation. Unveröffentlichter Text*
- Schumacher, K.; Calvet, C. (2008): *Synchronisation. Musiktherapie bei Kindern mit Autismus (DVD)*. Göttingen
- Schumacher, K.; Calvet, C.; Reimer, S. (2011): *Das EBQ-Instrument und seine entwicklungspsychologischen Grundlagen*. Göttingen
- Seidler, G. H. (2012): *Offenheit und Verhüllung in der Musik – Auszüge aus einem Gespräch zwischen Prof. Dr. Seidler und der Redaktion der MU*. *Musiktherapeutische Umschau* 33 (3), 293–295.
- Shankar, R. (1969): *My Music, My Life*. In: Weisethaunet, H. (1999): *Critical Remarks on the Nature of Improvisation*. *Nordic Journal of Music Therapy* 8 (2), 143–155
- Stern, D. N. (2010): *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse und Alltag*. Frankfurt a. M.
- Strauß, B.; Linden, M.; Haupt, M.-L.; Kaczmarek, S. (2012): *Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen. Systematik und Häufigkeit von unerwünschten Nebenwirkungen*. *Psychotherapeut* 57 (5), 385–394.
- Strehlow, G. (2011): *Töne an der Grenze – Interaktionsmuster in der musiktherapeutischen Begegnung mit Patientinnen, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden*. In: <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2011/4968/pdf/Strehlow,-Dissertation.pdf>

Strehlow, G. (2013): Mentalisierung und ihr Bezug zur Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau 34 (2), 135–145.

Verney, R.; Ansdell, G. (2010): Conversations on Nordoff-Robbins Music Therapy: The Nordoff-Robbins Music Therapy Monograph Series: Vol. 5. New York

Weisethaunet, H. (1999): Critical Remarks on the Nature of Improvisation. Nordic Journal of Music Therapy 8 (2), 143–155

Winnicott, D. W. (2012): Vom Spiel zur Kreativität. 13. Aufl. Stuttgart

Gerhard Kupski

Diplom-Musiktherapeut (Universität Witten/Herdecke)

LWL-Klinik Hemer Hans-Prinzhorn-Klinik

Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin (Leitung Prof. Dr. U. Trenckmann)

Frönsberger Straße 71

58675 Hemer

Gerhard.Kupski@wkp-lwl.org

Prof. Dr. med. Ulrich Schultz-Venrath

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik EVK

Kooperationsklinik der Universität Witten/Herdecke

Fakultät für Gesundheit

Ferrenbergstraße 24

51465 Bergisch Gladbach

Tel.: 02202-1223100/3101

Fax: 02202-1223109

Die Übersetzungen von Zitaten aus dem Englischen ins Deutsche wurden von Gerhard Kupski (G. K.) vorgenommen.