

Förderung der Mentalisierungsfähigkeit in der Gruppenmusiktherapie

Promoting the Capacity for Mentalization in Group Music Therapy

Gitta Strehlow, Hamburg

Der Artikel gibt einen kurzen nationalen und internationalen Überblick über den aktuellen Stand des Konzepts der Mentalisierung, entwickelt von P. Fonagy und seinen Kollegen. Besonders die Qualität der Entwicklung eines schulenübergreifenden Konzepts, wie es das Konzept der Mentalisierung darstellt, wird aufgegriffen.

In einem zweiten Schritt wird das Konzept der Mentalisierung auf Therapien bezogen, die mit einem Medium arbeiten – allgemein und speziell mit dem Fokus auf die Musiktherapie.

Im dritten und größten Abschnitt werden Sequenzen aus musiktherapeutischen Gruppenbehandlungen mit psychiatrischen Patienten vorgestellt. Fonagy und Bateman (2012; 2006) erläutern spezielle Interventionsstrategien, die die Mentalisierungsfähigkeit fördern. Dieses Konzept richtet sich gerade auch an wenig motivierte Patienten, wie sie typisch für den psychiatrischen Kontext sind. Die kognitive und emotionale Sichtweise des Patienten ist der zentrale Ausgangspunkt.

Die Musiktherapie eignet sich in besonderer Weise, die Mentalisierungsfähigkeit anzuregen. Ziel des Artikels ist es, verschiedene von Fonagy und seinen Kollegen entwickelte Interventionsstrategien vorzustellen und auf die Musiktherapie zu beziehen. An Hand von Fallbeispielen aus der Gruppenmusiktherapie werden die einzelnen Strategien für den Leser anschaulich und nachvollziehbar aufbereitet.

This article provides a brief overview, both national and international, of the current status of the concept of mentalization, developed from P. Fonagy and his colleagues. Special attention is given to the quality of developed conceptual overlapping, as presented in the concept of mentalization.

In step two, the concept of mentalization is viewed with regard to therapy working with a medium – in general and with specific focus on music therapy.

In the third and largest section, sequences from music therapy group intervention with psychiatric patients are presented. Fonagy and Bateman (2012; 2006) describe special intervention strategies, which promote the capacity for mentalization. This concept also aims to reach less motivated patients, as typically found within the psychiatric context. The cognitive and emotional views of these patients serve as the central starting point.

Music therapy is especially suitable in stimulating the capacity for mentalization. The objective of this article is to present different intervention strategies, developed from Fonagy and his colleagues, and relate these to music therapy. By means of case studies from group music therapy, the reader is offered a clear and comprehensible depiction of the individual strategies.

1. Begriff der Mentalisierung

Mentalisierung ist die Fähigkeit, subjektive Zustände und mentale Prozesse nicht nur bei sich selbst, sondern auch bei anderen implizit und explizit begreifen zu können (Bateman/Fonagy 2011). Die Fähigkeit zu mentalisieren beinhaltet immer eine selbstreflexive und eine interpersonale Komponente (Fonagy et al. 2004). Im Kontext mit den Bindungserfahrungen reift die Mentalisierungsfähigkeit, d.h. die Fähigkeit das eigene Verhalten und das anderer Menschen in Bezug auf Gefühle, Bedürfnisse, Wünsche, Erwartungen und Gedanken sinnhaft zu verstehen (Bateman/Fonagy 2012). Mentalisieren kann am ehesten mit reflexiver Kompetenz beschrieben werden. Kurz gesagt bedeutet mentalisieren: „sich selbst von außen sehen und Andere von Innen“ (Allen et al. 2011, 23).

2. Überblick über die Entwicklung des Mentalisierungskonzepts

Seit nahezu 20 Jahren sind der englische Psychoanalytiker Peter Fonagy und seine Kollegen mit der Konzeptualisierung von Mentalisierung befasst. Im deutschsprachigen Bereich erschien erstmals 1998 in der psychoanalytischen Fachzeitschrift „Psyche“ (Fonagy 1998) ein Artikel von Fonagy. Seit Erscheinen des 2004 ins Deutsche übersetzten Grundlagenwerks „Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst“ nimmt auch in Deutschland das Interesse am Mentalisierungskonzept stetig zu. Der nachgewiesene Erfolg der Behandlungsmethode (Bateman/Fonagy 2001; 2008; 2009) führte dazu, dass die mentalisierungsbasierte Psychotherapie (englisch: mentalization-based treatment (MBT)) in die „guidelines“ zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen von der American Psychiatric Association und vom National Institute for Health and Clinical Excellence in England aufgenommen wurde (Bateman/Fonagy 2012).

Fonagy und seine Kollegen betonen, dass sie keine neue Therapiemethode entwickelt haben (Bateman/Fonagy 2004) und stellen die Wurzeln von psychoanalytischen Denkern wie Bion, Kohut und Winnicott (Fonagy et al. 2004), Bindungsforschern wie Bowlby, Ainsworth und Grossmann (Fonagy et al. 2004) sowie Vertretern der Theory of mind-Forschung wie Dennett und Baron-Cohen (Fonagy et al. 2004) klar heraus. Das Konzept der Mentalisierung zeichnet sich durch die Verbindung verschiedener Entwicklungslinien aus, und zwar solchen der Psychoanalyse, der Neurowissenschaften, der Säuglingswissenschaften und der Bindungs-

forschung. Ebenso steht der in den letzten Jahrzehnten vollzogene Paradigmenwechsel von der Einpersonenpsychologie zu einem interpersonellen Verständnis von Psychotherapie mit dem Mentalisierungskonzept (Schultz-Venrath 2013) in einer Entwicklungslinie.

Nachdem in einem ersten Stadium der Konzeptentwicklung Mentalisierungsbeeinträchtigungen als Kernproblem bei Autismus beschrieben wurden, haben Fonagy und seine Kollegen in der Folge das Mentalisierungskonzept mit Blick auf die Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) weiterentwickelt und erweitert. Für Fonagy und Kollegen resultiert die Borderline-Persönlichkeitsstörung aus einer Mentalisierungshemmung, die durch Beziehungs„traumatisierungen“ (unsichere Bindung, emotionale Nicht-Verfügbarkeit) erzeugt wurde (Bateman/Fonagy 2012; Allen et al. 2011). In einem dritten Entwicklungsschritt wird die Fähigkeit zu mentalisieren als Essenz aller psychotherapeutischen Behandlungen vorgestellt (Allen et al. 2011). Die aufmerksame Beachtung und Reflexion des eigenen psychischen Zustands und der psychischen Verfassung anderer Menschen ist der grundlegende gemeinsame Faktor psychotherapeutischer Behandlung und erhebt damit das Konzept der Mentalisierung zu einem schulenübergreifenden Ansatz. Jede Psychotherapie – unabhängig von ihrem Fokus – ist dann erfolgreich, wenn die Mentalisierungsfähigkeit zunimmt, was zum Katalysator zur Veränderung von Emotionen, Kognitionen und Verhalten wird (Bateman/Fonagy 2012).

2013 fand der erste internationale Kongress für mentalisierungsbasierte Therapie in London statt. In dem jüngst publizierten „Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice“ (Bateman/Fonagy 2012) liegen mittlerweile erste Ergebnisse einer Ausweitung des Konzepts auf andere Krankheitsbilder wie dissoziale Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, Essstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, posttraumatische Belastungsstörungen und Depressionen sowie bei der Mutter-Kind-Therapie vor. Auch bei der Therapie mit Kindern und Adoleszenten wird mittlerweile mentalisierungsfördernd gearbeitet. In Deutschland vertreten Schultz-Venrath (u.a. 2013), Brockman et al. (2010), Happach (2010) und Bolm (u.a. 2009) das Mentalisierungskonzept. Verschiedene Publikationen der Letztgenannten liegen vor.

3. Kreativtherapien und Mentalisierung

Kreativtherapien werden im Rahmen multidisziplinärer Therapieangebote von Bateman (England) und Bales (Niederlande) erwähnt. Sie beziehen sich jedoch fast ausschließlich auf Kunsttherapie (Bales/Bateman 2012; Bateman/Fonagy 2004). Die Reflexion über das Kunstwerks als Ausdruck innerer bedeutsamer Themen wird von ihnen als ein wesentlicher Therapiebaustein anerkannt.

Für manche Patienten ist die Reflexion über ein kreatives Produkt weniger ängstigend als das ausschließlich verbale psychotherapeutische Gespräch. Die eben genannten Autoren sehen den Vorteil der kreativen Therapien darin, dass der Pa-

tient neben der therapeutischen Beziehung sich auf das konkrete kreative Produkt oder den Herstellungsvorgang beziehen kann. Der Patient entscheidet, wie viel er von seinem inneren Erleben zum Thema macht oder ob er beim konkreten Produkt bleibt. Die Konzentration auf das Medium wird vom Patienten als Entlastung erlebt. Im Unterschied dazu erwähnen sie jedoch auch Patienten, bei denen die Bitte sich kreativ in der Kunst auszudrücken, vor allem große Angst auslöst (Bales/Bateman 2012). Der Kreativtherapeut ist dann gefordert, mit dem Patienten individuelle Wege zu suchen, um seine Ängste zu reduzieren.

Das Erleben von Entlastung, aber auch die Angstzunahme, ausgelöst durch die musikalische Aktivität, gehören zum Alltag jedes Musiktherapeuten, insofern lassen sich die Überlegungen von Bales, Bateman und Fonagy meines Erachtens auch auf die Musiktherapie beziehen. Fonagy gibt eine Erklärung für die Zunahme von Ängsten, indem er annimmt, dass die Patienten sich im Modus der psychischen Äquivalenz befinden. Der Modus der psychischen Äquivalenz ist einer von drei prä-mentalierenden Denkmodi. Im Modus der psychischen Äquivalenz wird die Realität mit mentalen Zuständen gleichgesetzt und das Bewusstsein für die Repräsentationshaftigkeit mentaler Zustände fehlt. In einer früheren Publikation habe ich einen ähnlichen Vorgang in der Musiktherapie beschrieben (Strehlow 2009a). Hier hatte die Angst der Patientin durch den Klang einer bestimmten Musik zunächst zugenommen. Die Patientin hatte vermutlich die gehörte Musik als direkten Ausdruck ihres sie selbst erschreckenden Inneren erlebt. Das Hören der Musik bestätigte und verstärkte ihre ohnehin vorhandene Angst sich ihrem inneren Erleben zuzuwenden nur noch. Aufgabe des Therapeuten ist es, den Modus der psychischen Äquivalenz zu erkennen und zunächst angstlösende Interventionen anzubieten. In meinem Fallbeispiel gelang es, die Musik so zu verändern, dass die Patientin sich beruhigen konnte und ihre Angst sich reduzierte.

Musiktherapie wird von keinem der oben zitierten Autoren explizit benannt. Im Rahmen von verbaler Gruppenpsychotherapie finden jedoch musiktherapeutische Methoden durchaus Anwendung, nämlich von Musik in rezeptiver Form Gebrauch zu machen. Patienten werden gebeten, Musikbeispiele mitzubringen und diese werden der Gruppe dann zu Gehör gebracht. Die Patienten stellen Überlegungen an, welche Motive bzw. persönlichen Bezüge den einzelnen Patienten zur Auswahl des Musikstücks bewogen haben könnte (Allen et al. 2012) und stellen dies in einem Zusammenhang mit der Erzählung des Patienten, der die Musik mitgebracht hat.

Schultz-Venrath bezieht sich in seinen Publikationen zumeist auf Körpertherapien (Fiedler et al. 2011). Er setzt sich für die Bedeutung von Kreativtherapien ein und erwähnt in diesem Zusammenhang auch Musiktherapie. Für ihn eignen sich diese Spezialtherapien zur Mentalisierungsförderung durch die Reflexion über das kreative Produkt. Diese Triadifizierung (Werk-Patient-Therapeut) stellt eine

wesentliche Chance zur Entwicklung neuer Repräsentanzen dar und kann langfristig für Symbolisierungsprozesse genutzt werden (Schultz-Venrath 2013).

Zusammenfassend lässt sich dennoch festhalten, dass die speziellen Möglichkeiten von Musiktherapie zur Förderung von Mentalisierung in den angeführten Publikationen kaum Erwähnung finden und eine weitere Ausdifferenzierung seitens der Musiktherapie wünschenswert wäre.

In verschiedenen Publikationen habe ich unterschiedliche theoretische Aspekte des Mentalisierungskonzepts vorgestellt und Förderungsmöglichkeiten durch Musiktherapie aufgezeigt (Strehlow 2013; 2011; 2009a; 2009b). Die für das Konzept der Mentalisierung bestimmenden theoretischen Begriffe wie die markierte Spiegelung, der teleologische Modus, der Äquivalenzmodus und der Als-ob-Modus – alle drei Modi sind solche, die der Fähigkeit zur reifen Mentalisierung voraus gehen – und das Fremde Selbst (engl.: alien-self) sind dort an Hand konkreter Fallbeispiele auf die Musiktherapie bezogen.

Der hier vorliegende Artikel stellt die therapeutische Haltung von Fonagy et al. und die von ihnen vorgeschlagenen Interventionsstrategien zur Mentalisierungsförderung in den Fokus und untersucht ihre Umsetzbarkeit in der Musiktherapie.

4. Gruppentherapie

Bevor das Gruppenfallbeispiel aus der Musiktherapie vorgestellt wird, möchte ich zunächst Gruppentherapie allgemeiner betrachten. In dem von Fonagy und seinen Kollegen entwickelten Therapieprogramm für BPS-Patienten ist die Kombination von Einzel- und Gruppentherapien einer der zentralen Behandlungsstränge (Bateman/Fonagy 2012; Allen et al. 2011). Dabei wird dem gegenseitigen Austausch im multidisziplinären Team große Wichtigkeit eingeräumt. Gerade BPS-Patienten profitieren sehr von verpflichtenden Gruppentherapieangeboten. BPS-Patienten fällt die Teilnahme an Gruppentherapien häufig schwer, da die Vielzahl der Beziehungsdynamiken sie stark verunsichert. Die Einzeltherapie wird daher oft benötigt, um zunächst bestehende Schwierigkeiten mit den gruppentherapeutischen Angeboten zu minimieren. Bezogen auf mein Arbeitsfeld Musiktherapie bedeutet dies, dass ich den Patienten neben der Gruppenmusiktherapie manchmal zusätzlich Einzeltermine anbiete. Ziel dieser Einzelsitzungen ist es, mit dem Patienten darüber nachzudenken, welche Vorstellungen über sich und über die anderen Gruppenpatienten ihn hindern, die Gruppensitzungen für sein Therapieanliegen zu nutzen. Häufig sind es negative, abwertende Vorstellungen über sich selbst, weshalb ein Patient sich nicht traut, ein Instrument auszuprobieren oder sich am Gespräch zu beteiligen. Erst die Einzelgespräche ermöglichen so schließlich eine konstruktive Gruppenteilnahme.

Die mentalisierungsbasierte Therapie stellt psychotherapeutische Techniken in den Mittelpunkt, die die Reflexionsfähigkeit fördern. Der Therapeut regt erstens

den Patienten an, sich mit seinen Gedanken und Vorstellungen auseinanderzusetzen, zweitens stellt er seine Vorstellungen und häufig alternative Sichtweise dem Patienten zur Verfügung. In diesem Prozess kann der Patient erfahren, dass es nicht bedrohlich ist, über sich und Andere nachzudenken. Gerade in der Behandlung von persönlichkeitsgestörten Patienten ist der Therapeut gefordert, seine eigene Mentalisierungsfähigkeit aufrecht zu erhalten und gegebenenfalls wiederherzustellen. Von zentraler Bedeutung ist die Haltung des Therapeuten, die ich weiter unten genauer beschreiben werde.

Bevor mögliche Interventionen zur Förderung von Mentalisierung betrachtet werden, ist noch zu ergänzen, dass die Fähigkeit zu mentalisieren auch von dem Grad der emotionalen Beteiligung abhängig ist. Im Zustand des Verliebtseins ist die Mentalisierungsfähigkeit beispielsweise sehr gering (Bateman/Fonagy 2012). Typisch für beziehungs-traumatisierte Patienten ist, dass gerade wenn Beziehungen zu nah und eng werden, die emotionale Bedeutung des Anderen wächst und damit auch der innere Gefühlsspannungszustand stark zunimmt. Ist ein Patient besonders erregt und mit vielen, vermutlich sehr unterschiedlichen Empfindungen befasst, ist mit ziemlicher Sicherheit seine Fähigkeit zu mentalisieren stark eingeschränkt. Das Bindungssystem wird aktiviert, das Selbsterleben wird brüchig, und die in weniger affektiv besetzten Situationen vorhandene Fähigkeit zu mentalisieren kann verloren gehen. Dies gilt selbstverständlich auch innerhalb von therapeutischen Beziehungen. Der (Musik)-Therapeut ist gefordert eine Beziehung zum Patienten herzustellen, die den Patienten einerseits emotional involviert, damit Veränderung überhaupt möglich wird, gleichzeitig darf der Patient aber nicht durch zu große Nähe überfordert werden (Bateman/Fonagy 2012). Das musikalische Angebot und die Spielweise des Therapeuten sollten die emotionale Erregung des Patienten berücksichtigen. In einem hoherregten Zustand kann z.B. das Angebot einer freien Improvisation eine deutliche Überforderung sein. Mentalisierungsfördernde Interventionen beziehen sich nicht auf Hochstresssituationen. In diesen ist eine klare, einfühlsame, eher emotional distanzierte und beruhigende Haltung des Therapeuten hilfreich.

Im folgenden Abschnitt stelle ich ein Beispiel zur Anwendung des Mentalisierungskonzepts in der musiktherapeutischen Praxis vor. Ich beginne mit einer kurzen Fallsequenz aus einer Gruppenmusiktherapiesitzung. An Hand dieses Fallbeispiels werde ich sechs mentalisierungsfördernde Interventionen vorstellen.

5. Fallbeispiel

Es handelt sich um eine Gruppe mit neun Patienten, die auf einer Schwerpunktstation für Patienten mit Störungen aus dem depressiven Formenkreis und Persönlichkeitsstörungen behandelt werden. Das Fundament des Behandlungskonzepts ist bestimmt durch ein psychodynamisches Denken, das sich insbesondere an den

neueren Erkenntnissen der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie orientiert. Das Konzept der Mentalisierung ist seit 8 Jahren in der Klinik mit Hilfe von Fortbildungen in allen Berufsgruppen etabliert. Das primär auf Gruppentherapien ausgerichtete Konzept der Station sieht pro Woche jeweils zweimal Gesprächsgruppentherapie mit je 90, zweimal konzentrierte Bewegungstherapie mit je 75 und zweimal Musiktherapie mit je 60 Minuten vor.

Die beschriebene Gruppe besteht aus fünf Frauen und vier Männern. Ich werde mich der Einfachheit halber nur auf sechs der neun Patienten beziehen. Frau A leidet an einer Depression, während alle anderen Patienten an einer Persönlichkeitsstörung erkrankt sind. In der Sitzung, von der ich berichten werde, wünschen sich einige Teilnehmer, dass ein Patient die Instrumente für sie aussucht. Diese Spielidee ist ihnen durch Voraufenthalte bekannt. Üblicherweise arbeite ich mit der Methode der freien Improvisation. Die strukturierende Spielintervention, dass ein Patient die Instrumente für die Anderen aussucht, bietet jedoch vielseitige Möglichkeiten, das Nachdenken über sich und die Anderen anzuregen.

Frau H entscheidet sich, auch unter Zuspruch der Gruppe, die Instrumente auszusuchen. Sie geht recht zielstrebig vor. Sie sucht für Herrn G die Blockflöte und für Frau G die Pauke aus. Frau A möchte nicht, dass für sie ein Instrument ausgesucht wird und entscheidet sich für das Flexaton. Herr B bekommt die Schlitztrommel, Herr R das Holzagogo. Frau H wählt für sich den Psalter aus und für mich das Akkordeon.

Die Gruppenteilnehmer reagieren auf die ihnen zugewiesenen Instrumente überrascht, wollen es aber wagen, auf diesen zu improvisieren. Frau G, die sonst zurückhaltend und kaum hörbar ist, nutzt die Gelegenheit auf der Pauke zu spielen. Sie gibt einen deutlich hörbaren 4/4 Takt vor. Herr B und Herr R orientieren sich mit ihren Rhythmusinstrumenten an dem Takt von Frau G und setzen innerhalb des Takts mit ihren Instrumenten unterschiedliche Akzente. Frau A gibt mit dem Flexaton in einem eigenen Takt gespielte Klanggeräusche von sich. Herr G entlockt der Blockflöte piepsige Töne. Er bemüht sich um eine Melodie, die nicht so recht gelingen will. Die von ihm erzeugten Klänge sind auffällig hörbar, unterscheiden sich von den Anderen, weben sich aber passend in den Gesamtklang ein. Sein Bemühen und Scheitern lassen ihn schmunzeln und ebenso die anderen Gruppenmitglieder. Frau H spielt auf dem Psalter einzelne Töne im Hintergrund. Sie kennt das Instrument, da sie sich dies schon häufiger gewählt hat. Auf dem Akkordeon spiele ich in der hohen Lage langsame kleine Melodien, bestehend aus fünf Tönen. Ich unterbreche mein Spiel immer wieder durch Pausen. Das aktiv, rhythmische, lebendige Spiel dominiert die Improvisation, angereichert durch wechselnde Melodiecluster vom Flexaton, der Blockflöte und meinem Akkordeonspiel.

Die Gruppe konzentriert sich auf Frau G mit ihrem klaren Rhythmus an der Pauke. Während des Spiels bin ich mit Überlegungen zu den Gruppenteilnehmern beschäftigt. Mir fällt auf, dass Frau H Instrumente ausgesucht hat, die die Patienten selbst wohl nicht gewählt hätten. Frau H beobachtet während ihres Spiels die anderen Mitspieler sehr und wirkt unsicherer als sonst.

Nach der Improvisation beschreiben die Gruppenteilnehmer wie gut ihnen die Improvisation gefallen hat und wie sehr sie über den neuartigen Klang überrascht waren.

Bevor ich mit dem Fallbeispiel fortfahre und mehr über die verbale Reflexion nach der Gruppenimprovisation berichte, möchte ich zunächst einige wesentliche Grundprinzipien darstellen, die die Fähigkeit zu mentalisieren fördern (Schultz-Venrath 2013, 162; Bateman/Fonagy 2012; Bateman/Fonagy 2006). Da das Konzept der Mentalisierung von Therapeuten entwickelt wurde, die fast ausschließlich verbal arbeiten, richten sich die Interventionen vor allem auf das verbale Miteinander. Die therapeutische Haltung, die mit dem Konzept der Mentalisierungsförderung verbunden ist, ist allgemeiner gefasst und bezieht sich auf die innere Einstellung, mit der ich als Therapeutin dem Patienten gegenüber trete. In der Musiktherapie steht mir erstens das musikalische Geschehen und zweitens die verbale Reflexion über das gemeinsame Handeln zur Verfügung. Ich werde mich also im Folgenden auf das musikalische Geschehen und die verbale Reflexion beziehen.

5.1. Haltung des Nicht-Wissens (not knowing stance)

Die Haltung des Nicht-Wissens ist eine Grundhaltung der mentalisierungsfördernden Psychotherapie, die sich viel leichter anhört, als sie in der Praxis umzusetzen ist, gerade von erfahrenen Kollegen (Bateman/Fonagy 2012).

Nicht-Wissen bedeutet nicht, kein Wissen über den Patienten zu haben. Sondern es ist eine Haltung gemeint, in der der Therapeut mit Neugierde und Wissbegierde dem Patienten begegnet (Bateman/Fonagy 2011; Bateman/Fonagy 2006). Die Selbstentwicklung des Patienten soll gefördert werden. Der Therapeut formuliert seine Fragen so, dass der Patient motiviert wird, seine Gefühle und die zugrundeliegende Position zu erläutern. Das authentische Aufrecht-erhalten und das Immer-wieder-herstellen einer bescheidenen nicht-wissenden Haltung ist oft eine mühsame Aufgabe.

Die von mir dargestellten Interventionen werden sicherlich vielen Kollegen nicht neu sein, doch werden diese hier nun in einen neuen Kontext gestellt. Ziel meines Artikels ist, das mentalisierungsfördernde Arbeiten in einen konkreten Zusammenhang mit der Praxis der Musiktherapie zu bringen.

Die von mir vorgestellten sechs Interventionsstrategien sind hier nur zum besseren Verständnis voneinander isoliert. In meinem Fallbeispiel wird deutlich, dass die Strategien sich nicht ausschließen, sondern ergänzen und häufig gemeinsam angewandt werden.

Zurück zum Fallbeispiel:

In das musikalische Spiel gehe ich mit der Haltung einer Nicht-Wissenden. Ich weiß nicht, wie die Patienten spielen werden und ob Interaktionen entstehen. In dieser Sitzung bringen die Patienten aktiv und mit Freude ihre musikalischen Ideen ein und ich kann mich mit den Melodien auf meinem Akkordeon einpassen. In

jeder Improvisation stecken Momente des Unvorhersehbaren und die Neugierde in der spontanen Begegnung oder im Aneinander-vorbei-Spielen ist Teil des Tuns. Musiktherapeuten sind also, bezogen auf den musikalischen Teil, gut geübt in der Haltung des Nicht-Wissenden.

In der verbalen Aufarbeitung stellt sich die Situation für den Musiktherapeuten im Grunde nicht anders dar als für den ausschließlich verbal arbeitenden Therapeuten. Für mich bedeutete dies in der eben skizzierten Gruppensitzung, dass ich meine während der Musik angestellten Überlegungen zurückstelle. Ich bin mir auch bewusst, dass ich mich mit meinen Interpretationen täuschen kann. Unreflektiert passiert es zu schnell, die eigenen Erkenntnisse dem Patienten übermitteln zu wollen und damit kontraproduktiv, fast geradezu antimentalisierend zu wirken. Aus diesem Grund bitte ich nach der Improvisation die Patienten erst einmal ganz allgemein mir ihre Gedanken und Gefühle mitzuteilen.

Bevor ich mit dem Fallbeispiel fortführe, stelle ich die zweite mentalisierungsfördernde Haltung vor.

5.2. Die Haltung des aktiven Befragens

Durch eine aktive Fragetechnik können Patienten, die sich zurückziehen und kaum erreichbar sind, in einem therapeutischen Dialog erreicht werden, aber genauso auch Patienten, die endlos reden. „Was“- und „Wie“-Fragen sind geeigneter als „Warum“-Fragen (Bateman/Fonagy 2012; Bateman/Fonagy 2006). Das Erfragen nach detaillierten Beschreibungen gibt dem Patienten immer wieder die Möglichkeit, seine Überlegungen neu zu formulieren und sich mit seiner Sicht der Dinge auseinanderzusetzen. Die therapeutische Kunst ist es, die „richtige“ Frage passend zur Verfassung des Patienten zu stellen. Gerade bei BPS-Patienten hat sich gezeigt, dass die Technik des Deutens oft wenig hilfreich war. Schultz-Venrath betont, dass vor allem eine spezifische Technik des Fragens zur Förderung von Mentalisierung führt (2013).

Die Aktivität des Therapeuten ist in der Musiktherapie durch den Handlungs-part, in dem Musik eingesetzt wird, selbstverständlich enthalten. Dennoch muss auch der Musiktherapeut die eigene Spielaktivität und Dominanz reflektieren. Freie Spielangebote können BPS-Patienten überfordern, so dass Eingrenzung und klare Vorgaben vom Therapeuten notwendig werden und es sogar sinnvoll sein kann, Improvisationen zum Schutz des Patienten zu unterbrechen. Die Haltung des aktiven Befragens heißt – bezogen auf das musikalische Geschehen, dass der Musiktherapeut auch entscheiden muss, wie viel Vorgaben in einer Improvisation die Gruppe braucht und wie viel Klarheit, Vorhersehbarkeit und Struktur das musikalische Spiel des Therapeuten beinhalten muss.

Fallbeispiel:

Die Patienten wirken in ihrem Spiel konstruktiv beteiligt im Miteinander und in ihrer Selbstbezogenheit, so dass ich mich zurücknehme. Frau H hatte mir das Akkordeon ausgesucht, insofern war es wichtig, dass ich mit dem Instrument auch zu

hören war. Mit meinen Pausen eröffne ich jedoch einen Raum, den die Patienten für ihre musikalische Selbstentwicklung nutzen konnten.

Im verbalen Teil war die Aktivität des Befragens nun explizit gefordert. Nachdem die Gruppe sich schnell einig ist, dass ihnen die Improvisation gut gefallen und gut getan hat, frage ich Frau H, ob sie uns verraten mag, nach welchem Prinzip sie die Instrumente ausgewählt hat? In ihrer ersten Antwort sagt sie, dass sie schnell eine Idee hatte, für wen sie welches Instrument aussucht. Nachdem sie im Grunde nur aufzählt, für wen sie was ausgesucht hat, frage ich noch einmal nach und sage, dass ich sie noch nicht genug verstanden habe und ob sie genauer erklären könnte, wie sie die Instrumente ausgesucht habe. Meine Frage erwächst aus der nicht-wissenden Haltung. Ich bin immer wieder erstaunt, dass dies noch genauere Nachfragen und „Nicht-verstehen“ auf meiner Seite, Patienten tatsächlich motiviert, ihre Sichtweise genauer darzustellen. Frau H erklärt, dass sie die Pauke für Frau G ausgesucht hat, da diese doch in früheren Musiktherapiesitzungen kaum zu hören gewesen sei. Frau G bekommt große Ohren, als Frau H dies sagt. Frau H ergänzt auf meine weitere Nachfrage, dass Frau G sich von allein nicht getraut hätte, die Pauke zu wählen, und dass sie sie unterstützen wollte. Aufgrund des Immerwieder-Nachfragens meinerseits gelingt es, dass Frau H über ihre Handlungsmotivationen in Verbindung mit ihrer Vorerfahrung über Frau G reflektiert.

Die Fortführung des Fallbeispiels wird nun durch die Vorstellung einer weiteren Interventionsstrategie unterbrochen.

5.3. Identifikation von Gefühlen

Die dritte Intervention bezieht sich auf die Fokussierung und Identifizierung von Gefühlen im Hinblick auf die therapeutische Beziehung. Zentral ist eine Fragetechnik, die nicht das Verhalten, sondern immer wieder den emotional-affektiven Zustand des Patienten in das Zentrum rückt. Kurz gesagt, Mentalisierung wird gefördert durch eine affektfokussierte Fragetechnik. Affektfokussierung betrachtet die Gefühle und Empfindungen, die entstehen, wenn auf die Patient-Therapeut-Beziehung im „hier und jetzt“ geschaut wird. Der Therapeut ist gefordert, sein Erleben und seine Wahrnehmung des Patienten sehr genau zu prüfen. Um den Affektfokus zu wahren, stellt der Therapeut dem Patienten seine Beobachtungen über mögliche Gefühle des Patienten („ich erlebe Sie ein wenig unruhig und ich selbst bin auch unruhig, da unsere Sitzung bald beendet sein wird und wir noch nicht klären konnten, wie Sie die Nacht für sich allein gestalten werden“) zur Verfügung (Schultz-Venrath 2013, 163; Bateman/Fonagy 2012). Gefühle und Empfindungen sind per se zentral in der Musiktherapie. Musik löst Gefühle in vielfacher Hinsicht aus. Insofern sind Musiktherapeuten, bezogen auf den Aspekt der Affektfokussierung, sehr geschult und erfahren. Jeder Musiktherapeut hat in der Regel zahlreiche Erfahrungen damit gemacht, in welchem Tempo Patienten sich entweder emotional positiv angesprochen fühlen oder im Gegenteil aufgrund von negativen Emotionen die Musiktherapie ablehnen. Affektfokussierung in der Musiktherapie bedeutet, dass die Emotionen zentrales Thema werden, die bei dem Patienten während der

Musiktherapie berührt werden. In der Musiktherapie entsteht durch den aktiven musikalischen Part ausreichend Material, durch das Bezüge zu Gefühlen vielfältig hergestellt werden können. Ebenso können aber auch Emotionen zum Thema werden, die durch das Gespräch der Gruppe untereinander oder mit dem Therapeuten entstanden sind. Meiner Erfahrung nach fällt es BPS-Patienten oft schwer, ihr emotionales Erleben nachträglich verbal zu reflektieren. Häufig zeigt sich die mangelnde Mentalisierungsfähigkeit von Patienten insbesondere in der nachträglichen Reflexion. Für manche Patienten ist es zu bedrohlich, unangenehme Gefühle in der Gruppe zu äußern. Scham und Angstgefühle werden als kaum überwindbar erlebt. Das Nachdenken jedoch über positive Gefühle, z.B. angenehme Erfahrungen in der musikalischen Aktivität, kann einen ersten Zugang herstellen.

Fallbeispiel:

Frau G strahlt nach der Improvisation. Ich frage sie, wie sie sich beim Spielen gefühlt hat. „Gut“, antwortet sie und schweigt. Ich frage weiter, ob sie mir genauer erklären kann, wie sich „gut“ für sie anfühlt. Sie überlegt und sagt erneut „halt gut“. Ich bin hartnäckig und sage, dass ich mir immer noch nicht vorstellen kann, wie es sich für sie angefühlt hat und dass mich dies sehr interessieren würde (auch 5.1 Haltung des Nicht-Wissens). Sie überlegt erneut und antwortet dann, dass sie sich stark und auch mächtig gefühlt habe. Alle konnten sie hören und sind ihrem Spiel gefolgt, das wollte sie immer schon einmal. Erst durch mein freundliches, hartnäckiges, affektfokussiertes Nachfragen gelingt es besser, dass Frau G sich mit ihren Gefühlen und der dazugehörigen Interpretation auseinandersetzt.

Zu einem späteren Zeitpunkt in der Gruppensitzung frage ich Frau H, wie sie Frau G beim Spielen der Pauke erlebt habe. Frau H erzählt, dass sie Frau G mutig und dominant erlebt habe, so kenne sie sie gar nicht. Nicht nur die anderen Gruppenteilnehmer nicken, auch Frau G stimmt zu. Sie meldet sich selbst zu Wort und sagt, dass sie sonst ihrer Angst folgt, heute aber ja quasi Pauke spielen musste. Sie lächelt dabei. Ich frage Frau G, wie es sich für sie anfühlt, wenn Frau H sie unterstützen möchte. Frau G sagt, dass sie sich schäme, wenn sie als schwach und ängstlich wahrgenommen werde. Ich frage, wie sie sich aktuell bezogen auf Frau H fühle. Sie sei sehr froh, dass Frau H ihr die Möglichkeit gegeben hat, etwas Neues auszuprobieren. Vielleicht müsse sie manchmal auch zu etwas gezwungen werden, merkt sie nachdenklich an.

Bevor ich mit dem Fallbeispiel fortführe, werde ich die vierte Interventionsstrategie darstellen.

5.4. Differenzen aufzeigen

Eine mentalisierungsfördernde Haltung betont alternative Perspektiven und benennt sie auch als solche (Bateman/Fonagy 2012; Bateman/Fonagy 2011; Bateman/Fonagy 2006). Gerade BPS-Patienten fällt es schwer, eigene Gefühle oder die des Gegenübers adäquat wahrzunehmen. Sie verlassen sich weitgehend auf ihre fantasierten Beziehungsmuster. Sie gehen automatisch davon aus, dass andere Men-

schen das Umfeld genauso erleben wie sie selbst, wodurch die für BPS-Patienten typischen Beziehungsprobleme entstehen. Fonagy erklärt dies mit dem prämentalisierenden Denkmodus der psychischen Äquivalenz, den ich bereits im dritten Abschnitt erwähnt habe. Das Aufzeigen von Differenzen ist eine häufig wirkungsvolle Interventionsstrategie, um Patienten die Überwindung des psychischen Äquivalenzmodus zu ermöglichen.

Das Identifizieren von unterschiedlichen Sicht- und Erlebensweisen ist eine wichtige Behandlungsstrategie, um die Achtsamkeit für eigene psychische Zustände und die Anderer zu entwickeln. Der Therapeut stellt seine Sichtweise als mögliche Alternative dem Patienten zur Verfügung. Der Patient kann auf diesem Weg erfahren, dass seine Sichtweise nicht die einzig mögliche ist. Die Neugierde für die eigene Psyche und die des Gegenübers kann wachsen und das Gefühl, dass es gefährlich sein könnte, über sich nachzudenken, kann verringert werden.

Im Handbuch der Mentalisierung wird die Verdeutlichung von alternativen Perspektiven als besondere Stärke der Kunsttherapie hervorgehoben (Bateman/Fonagy 2012). Ich sehe hier deutliche Parallelen zu den Möglichkeiten der Musiktherapie. Die Musiktherapie bietet sich ebenfalls für das Aufzeigen alternativer Perspektiven an, weil Musik schon von sich aus stets einzigartig und individuell erlebt wird. Die Gruppentherapie stellt hier im Unterschied zur Einzeltherapie eine besondere Chance dar, denn der Patienten erhält nicht nur Rückmeldung durch den Therapeuten, sondern gerade die Rückmeldungen der Patienten untereinander sind oft von unschätzbarem Wert und regen Reflexionsprozesse an.

Fallbeispiel:

Herr B sagt, dass er sich mit seinem Instrument kaum hätte hören können. In den Sitzungen zuvor hatte er bevorzugt mit dem Bassstab den Takt angegeben. Die anderen Teilnehmer reagieren überrascht und melden ihm zurück, dass sie sein Spiel sehr gut hätten wahrnehmen können. Herr B habe zum einen mit Herrn R gespielt und beide hätten sich an dem Takt von Frau G orientiert. Herr B ist irritiert, er selbst habe sich kaum gehört, sagt er noch einmal. Er hat sich selbst ganz anders erlebt, als ihm rückgemeldet wird. Verwundert merkt er an, dass er auch schon in anderen Therapien erfahren habe, dass er sich anders erlebe, als er von Anderen eingeschätzt werde. Ich frage, ob er noch genauer erklären kann, wie er sich heute in dem Spiel wahrgenommen habe (4.1. Nicht-Wissende Haltung). In seinen Überlegungen fällt ihm auf, dass er sich in der Improvisation schon gehört habe, aber halt weniger als sonst. Ich frage, wie denn genau? In der letzten Sitzung habe er mehr den Takt angegeben und die anderen hätten sich an seinem Spiel orientiert. Er habe sich in dieser Sitzung vielleicht nicht so gut gehört, als er bemerkte, dass alle auf Frau G gehört hätten. Frau H unterbricht und erklärt, dass sie ihm gerade deshalb nicht den Bassstab geben wollte, damit er gefordert sei, sich auch mal anzupassen. Herr B ist überrascht und zieht sich, ein wenig beleidigt wirkend, erst einmal zurück.

Ich frage Frau H, wie es ihr mit den Rückmeldungen der Patienten zu ihrer Auswahl gehe. Frau H sagt, dass sie zu Beginn sicher gewesen sei, Instrumente aussuchen zu wollen, die die Patienten von sich aus nicht wählen würden. Frau H formuliert hier von sich aus meine Vermutung, die ich aber nicht mitteilte. Frau H ist mit ihren möglichen Gründen für die Auswahl der Instrumente beschäftigt. Sie äußert, dass ihre Erfahrungen über das Spiel ihrer Mitpatienten in den vergangenen Musiktherapiesitzungen Auswirkungen auf ihr aktuelles Tun (hier die Auswahl der Instrumente) hatte. Beim Spielen in der heutigen Sitzung konnte sie an der Mimik und am Klang von Frau G erkennen, dass diese mit der Auswahl von ihr zufrieden gewesen sei. Bei den anderen Patienten konnte sie die Mimik und das Spiel der Mitpatienten nicht deuten und sie sei unsicher, ob sie passende Instrumente ausgesucht habe. Herr B erklärt, er hätte sich zu wenig hören können. Sie erklärt, dass sie extra ein Instrument gewählt habe, mit dem er nicht so dominant sein könne. Herr B merkt leicht beleidigt an, dass sie für sich ja das Instrument gewählt habe, das sie sehr gut kenne, da sie es immer spiele. Ich frage Herrn B, wie er sich in Bezug auf Frau H und hinsichtlich der Aussage zu seiner Dominanz fühle (5.3 Identifikation von Gefühlen). Es fällt ihm schwer zu sprechen, aber nachdem ich nicht locker lasse, sagt er, es habe ihn geärgert. Er habe sich sehr wohl mit dem Bassstab gefühlt. Er fühle sich mit dem Kommentar zur Dominanz kritisiert. Da er sich so geärgert habe, hat er die Frage nach dem Instrument gestellt. Frau H sei schließlich die einzige, die ein Instrument hatte, das sie bereits kannte. Sie habe es sich selbst also leicht gemacht, sagt er provozierend.

Ich frage die Gruppe, ob es noch Alternativen (5.4. Differenzen aufzeigen) gibt, wieso Frau H genau diese Instrumente ausgewählt haben könnte. Herr R merkt an, dass es doch sein könne, dass es für sie selbst schwer gewesen sei, etwas Ungewohntes auszuprobieren und sie dies daher extra den anderen zugemutet habe. Sie provoziere ja ganz gern, merkt er an. Er sei am Anfang auch nicht zufrieden gewesen, habe sich aber mit der Wahl abgefunden und das Beste daraus gemacht. Letztendlich habe ihm das Spiel gemeinsam mit Herrn B und Frau G sehr viel Freude gemacht. Ich frage Frau H, wie es ihr damit gehe (5.3. Identifikation von Gefühlen), dass Herr R sage, sie provoziere gerne. Frau H ist nachdenklich, bestätigt aber, dass sie sich bei der Instrumentenwahl sehr wohl auch gedacht habe, jetzt wolle sie mal sehen, wie ihre Mitpatienten mit so einer Anforderung umgehen würden. Sie selbst möge es gar nicht, wenn jemand über sie bestimme. Nachdem sie die Instrumente ausgewählt hatte, hätte sie auch etwas Angst verspürt, wie dies wohl klingen werde. Vermutlich habe sie daher auch für sich das ihr bekannte Instrument ausgesucht. Sie hätte sich an etwas festhalten wollen, da es doch aufregend gewesen sei zu sehen, wie die Mitpatienten mit ihren Instrumenten umgehen würden. Frau G bringt sich strahlend ein und sagt, sie sei sehr froh, dass sie „quasi gezwungen“ worden sei, die Pauke zu spielen. Beim nächsten Mal wolle sie diese selbst auswählen. Ich frage Frau H erneut, wie es ihr mit den Rückmeldungen und ihrer Auswahl gehe. Sie ist entlastet, dass Frau G sie bestätigt, denn so gern sie einerseits provoziere, so viel Angst habe sie aber auch vor Ablehnung. Es sei schon

schwierig für sie gewesen, als Herr B seinen Ärger ausgedrückt hätte. Sie hätte sich über die mögliche Provokation durch die Instrumentenwahl vorher gar keine weiteren Gedanken gemacht. Mit dieser Sitzung habe sie gesehen, wie unterschiedlich die Patienten auf ihre Auswahl reagiert hätten. Frau H erkennt an, dass es richtig sei, dass sie gern provoziere. Sie kann manchmal die Folgen gar nicht absehen und sei dann überrascht, wie andere reagieren, erklärt sie.

Ich verdeutliche die Differenzen innerhalb der Gruppe und fasse zusammen, wie unterschiedlich die Patienten mit ihrer Zuordnung umgegangen sind. Für Frau G war die Wahl eine Bereicherung, Herr R hat sich mit dem ihm zugeordneten Instrument arrangieren können und für Herrn B war es eine Not, mit der er einen Umgang finden musste.

Frau A bringt sich von selbst nicht ein und wird daher von mir angesprochen, wie es sich für sie angefühlt habe (5.3. Identifikation von Gefühlen), dass sie sich kein Instrument habe aussuchen lassen. Frau A sagt, das sei gut so gewesen. Als ich nachfrage, wieso es gut gewesen sei, sagt sie genervt, dass ich mit meinen Fragen aufhören solle. Ich wisse doch, dass sie es nicht möge, wenn jemand etwas für sie aussuche. Jetzt wolle sie nichts mehr sagen. Ich bin überrascht und sage zu ihr, dass ihre Stimme sehr unzufrieden mit mir klinge und ich gar nicht wisse, was los sei. Ich sei gern bereit zu schauen, vielleicht hätte ich ja einen Fehler gemacht. Ich bräuchte dafür allerdings ihre Hilfe. Frau A braucht einen Moment, sagt dann, dass sie heute am Klavier hätte spielen wollen und das hätte sie in der letzten Sitzung doch auch gesagt. Ich antworte spontan: „Ach herrje, das habe ich ganz vergessen!“ Ja, bestätigt sie, daran habe sie nun die ganze Zeit denken müssen. Ich sage zu Frau A, dass es mir leid täte und es für mich eher untypisch sei, dass ich solche Wünsche vergessen würde. Es könne sein, dass ich mit der Entlassung von einigen Patienten beschäftigt gewesen sei und daher ihren Wunsch vergessen hätte. Ich würde aber darüber noch einmal nachdenken und ihr in der nächsten Sitzung meine Überlegungen mitteilen. Ich wisse, dass sie noch einige Zeit in Behandlung sei und wir hoffentlich klären könnten, warum ich mich nicht erinnert hätte und wieso es so schwer für sie gewesen sei, ihren Wunsch anzusprechen. Frau A entgegnet, dass ihr das Spiel aber auch Freude gemacht habe, da sie gesehen hätte, wie die anderen mit der Auswahl umgehen würden. Zögerlich fragt sie sich, ob sie vielleicht auch einmal etwas Neues ausprobieren sollte. An dieser Stelle beende ich das Fallbeispiel.

5.5. Fehler ansprechen und 5.6. Stop-rewind-explore

Frau A fällt es zunächst schwer, über sich zu reflektieren, als ich sie anspreche. Leichter fällt es ihr, die Therapeutin mit ihren vielen Fragen zu beschuldigen. Die Interventionsstrategie Fehler anzusprechen wird als wesentlicher Aspekt von Fonagy et al. heraus gehoben (Schultz-Venrath 2013; Bateman/Fonagy 2012; Bateman/Fonagy 2006). Aus ihrer Sicht geben Fehler die Gelegenheit, zurückzublicken und Zusammenhänge herauszufinden. Wenn der Therapeut über seine Fehler nachdenkt und diese Reflexion dem Patienten anbietet, kann der Patient die Erfahrung machen, dass es nicht gefährlich ist, über das eigene Verhalten nachzudenken.

Frau A konnte berichten, womit sie beschäftigt war, und ihren Ärger formulieren. Die Patientin konnte außerdem erleben, dass die Therapeutin bereit war, sich mit ihrem Verhalten auseinanderzusetzen und Überlegungen anzustellen, welche Gründe es für ihr „Vergessen“ geben könnte.

Die Reflexionsfähigkeit der Therapeutin führte dazu, dass auch Frau A ihre Mentalisierungsfähigkeit wieder erlangte. Es gelang ihr, über sich zu reflektieren und alternative Überlegungen zuzulassen. In der Therapie ist es wichtig, aufmerksam zu beobachten, wie die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten einzuschätzen ist. Eine Intervention wird notwendig, wenn diese verloren gegangen ist. Mit meiner Intervention, mein Überraschungsgefühl anzusprechen und möglicherweise selbst die Ursache für ihre Missstimmung zu sein, gelang es Frau As Aufmerksamkeit gewinnen. Die englische Interventionsstrategie stop-rewind-explore kann am passendsten in Deutsch mit „anhalten, zurückspulen und untersuchen“ übersetzt werden. Bei dieser Intervention wird das Gespräch unterbrochen und der Fokus darauf gelegt, zu ergründen, wieso die Mentalisierungsfähigkeit unterbrochen wurde und wie es zu der Unterbrechung kam. Bei Frau A kann davon ausgegangen werden, dass der massive Ärger, sich von mir übergangen zu fühlen bzw. von mir vergessen worden zu sein, sie emotional so aufgewühlt hat, dass eine distanzierte und mentalisierende Haltung zunächst verloren gegangen war. Nachdem Frau A bemerkte, dass ich nicht auf meiner Sichtweise bestehe, bzw. deutlich wurde, dass mir ihr Erleben wichtig war, konnte sie beginnen, auch wieder über sich nachzudenken.

Schlussbemerkung

In diesem Beitrag wurde die therapeutische Haltung vorgestellt, die der Therapeut einnimmt, wenn er die Mentalisierungsfähigkeit seiner Patienten zu fördern sucht. Ebenso wurden sechs Interventionsstrategien zur Förderung der Mentalisierungsfähigkeit in der Musiktherapie praxisnah vorgestellt. Diese Strategien können als Basisstrategien bezeichnet werden. Dieser Beitrag zeigt, dass mentalisierungsbasiertes therapeutisches Arbeiten in der Musiktherapie möglich ist. Deutlich wird auch, dass Musiktherapeuten mit ihrem Medium der Musik wertvolles Material erhalten, das sich zur Mentalisierungsförderung in hohem Maße anbietet.

Für weitere Artikel wären die Themen „Mentalisierung der Übertragung“ und der Unterschied von „implizitem und explizitem Mentalisieren“ in der Musiktherapie von Interesse. Außerdem wäre zu überlegen, wie das musikalische Spiel des Therapeuten auf die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten Einfluss nimmt. Kann das Spiel des Therapeuten unterschieden werden in ein für den Patienten eher mentalisierungsförderndes Spiel oder gar in ein mentalisierungshemmendes Spiel?

In dem Konzept der Mentalisierung stellt Fonagy wesentliche Verbindungen zwischen markierter Spiegelung und Repräsentanzbildung her (Fonagy et

al. 2004; Bateman et al. 2004), die Klärung der Beziehung zwischen Mentalisierung und Symbolisierung steht allerdings noch aus.

Mit diesem Beitrag möchte ich Kollegen neugierig machen, die vorgestellten mentalisierungsfördernden Interventionen in ihrer Praxis auszuprobieren und auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen. Neu ist die Haltung, mit der über Patienten nachgedacht wird, wobei deren Selbstentwicklung im Fokus steht. Einige der dargestellten Interventionsstrategien gehören zum selbstverständlichen Repertoire in der Musiktherapie. Mit der Kenntnis des Mentalisierungskonzepts können Musiktherapeuten ihre mentalisierungsfördernde therapeutische Arbeit in einen gemeinsamen Kontext mit Behandlern anderer therapeutischer Disziplinen stellen.

In meiner psychiatrischen Praxis haben mir die hier dargestellten Interventionsstrategien gerade im Umgang mit Patienten, denen das Reflektieren über sich und ihr musikalisches Spiel oft schwer fällt, sehr geholfen. Das Konzept der Mentalisierung ist meines Erachtens für die Musiktherapie lohnend und sollte in der Anwendung weiter ausgebaut werden.

Literatur

- Allen, J. G.; O'Malley, F.; Freeman, C.; Bateman, A. (2012): Brief Treatment. In: Bateman, A. W.; Fonagy, P. (Ed.): *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Arlington, 159–196
- Allen, J. G.; Fonagy, P.; Bateman, A. (2011): *Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis*. Stuttgart
- Allen, J. G.; Fonagy, P. (2006): *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. West Sussex
- Bateman, A. W.; Fonagy, P. (2012): *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Arlington
- Bales, D.; Bateman, A. (2012): Partial Hospitalization Settings. In: Bateman, A. W.; Fonagy, P. (2012): *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Arlington, 197–226
- Bateman, A. W.; Fonagy, P. (2011): Borderline-Persönlichkeitsstörung und Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT). In: Dulz, B.; Herpertz, S. C.; Kernberg, O. F.; Sachsse, U. (Hrsg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. 2. Auflage. Stuttgart, 566–575
- Bateman, A.; Fonagy, P. (2009): Randomized controlled trial of out-patient mentalization based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 166, 1355–1364
- Bateman, A.; Fonagy, P. (2008): 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. *American Journal of Psychiatry* 165, 631–638

- Bateman, A.; Fonagy, P. (2004): Psychotherapy for Borderline Personality Disorder-Mentalization-based treatment. Oxford
- Bateman, A.; Fonagy, P. (2001): Treatment of Borderline Personality disorder with psychoanalytically oriented partial Hospitalization: an 18-month follow up. *American Journal of Psychiatry* 158, 36–42
- Brockmann, J.; Kirsch, H. (2010): Konzept der Mentalisierung – Relevanz für die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapeut* 55, 279–290
- Bolm, T. (2009): Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT). Köln
- Fiedler, A.; Hömberg, R.; Oessenich-Lücke, U.; Sahm, S.; Venrath, D.; Schultz-Venrath, U. (2011): Körperpsychotherapien und Mentalisieren: Wahrnehmen – Vernetzen – Integrieren. In: Schultz-Venrath, U. (Hrsg.): *Psychotherapien in Tageskliniken. Methoden, Konzepte und Strukturen*. Berlin, 119–150
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.; Target, M. (2004): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart
- Fonagy, P. (1998): Die Bedeutung der Entwicklung metakognitiver Kontrolle der mentalen Repräsentanzen für die Betreuung und das Wachstum des Kindes. *Psyche – Z Psychanal*, 52, 349–368 [Englische Ausgabe: Fonagy, P. (1996): The significance of the development of metacognitive control over mental representations in parenting and infant development. *Journal of Clinical Psychoanalysis* 5, 67–86]
- Happach, C. (2010): Mentalisieren im psychiatrischen Alltag. *Psychodynamische Psychotherapie* 9, 216–222
- Schultz-Venrath, U. (2013): *Lehrbuch Mentalisieren*. Stuttgart
- Strehlow, G. (2013): Mentalisierung und ihr Bezug zur Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau* 34 (2), 153–163
- Strehlow, G. (2011): *Töne an der Grenze. Interaktionsmuster in der musiktherapeutischen Begegnung mit Patientinnen, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden*. Online Veröffentlichung der Dissertation: <http://www.sub.uni-hamburg.de/opus/volltexte/2011/4968>
- Strehlow, G. (2009a): Mentalisierung und ihr Nutzen für die Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau* 30 (2), 89–101
- Strehlow, G. (2009b): The use of music therapy in treating sexually abused children. *Nordic Journal of Music Therapy* 18 (2), 167–183

Dr. sc. mus. Gitta Strehlow
Bethesda Krankenhaus
Glindersweg 80
21029 Hamburg
Strehlow@bkb.info