

Jahrbuch Musiktherapie Music Therapy Annual

Band 10 (2014)

Mentalisierung und Symbolbildung
in der musiktherapeutischen Praxis

Vol. 10 Mentalization and Symbol Formation

in Music Therapy Practice

herausgegeben von

Deutsche Musiktherapeutische
Gesellschaft e. V. (DMtG)

Reichert

Jahrbuch Musiktherapie
Music Therapy Annual

Herausgegeben von/edited by
Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)

Jahrbuch Musiktherapie

Music Therapy Annual

Band 10/2014: Mentalisierung und Symbolbildung
in der musiktherapeutischen Praxis

Vol. 10/2014: Mentalization and Symbol Formation
in Music Therapy Practice

Bis Band 3/2007: Jahrbuch Musiktherapie
herausgegeben vom
Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten
in Deutschland e. V. (BVM) (Hg./Ed.)

zeitpunkt musik
Reichert Verlag Wiesbaden 2014

Herausgegeben von/edited by
Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)

Redaktion: Dorothea Dülberg, Prof. Dr. Isabelle Frohne-Hagemann,
Dr. Sylvia Kunkel, Susanne Landsiedel-Anders, Mary Laqua,
Hanna Schirmer, Elisabeth Seitz.
e-mail: hanna.schirmer@musiktherapeutinnen.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Gedruckt auf säurefreiem Papier
(alterungsbeständig – pH 7, neutral)

© zeitpunkt Musik. Forum zeitpunkt
Dr. Ludwig Reichert Verlag Wiesbaden 2014
www.reichert-verlag.de
ISBN: 978-3-95490-070-1 (Print)
eISBN: 978-3-7520-0192-1 (eBook)
DOI: 10.29091/9783752001921

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung
des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Printed in Germany

Inhalt

Vorwort

| | |
|---------------------------------|---|
| <i>Hanna Schirmer</i> | 7 |
|---------------------------------|---|

Beiträge

| | |
|--|----|
| Zwischenräume. Über Formen und Funktionen semiotischer Regression in der psychoanalytischen Musiktherapie mit hochgradig dementen Menschen <i>Barbara Dehm-Gawwercy</i> | 11 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| Empathie und Mentalisierung: Zusammenhänge und mögliche Konsequenzen für die Musiktherapie <i>Christiane Seidel</i> | 29 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Mentalisierung und Symbolbildung in der klinischen Arbeit mit Guided Imagery and Music (GIM), modifiziertem GIM und musikimaginativen Methoden <i>Christina Herold</i> | 45 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Musiktherapie und Mentalisierung. Eine Beleuchtung musiktherapeutischer Theorie und Praxis auf der Grundlage des Mentalisierungskonzeptes <i>Julia Fent</i> | 73 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| Mentalisieren mit den Mumins Aspekte der Mentalisierungsbasierten Theorie (MBT) am Beispiel der Mumin-Familie und ihrer Freunde <i>Ingo Engelmann</i> | 89 |
|--|----|

| | |
|---|-----|
| Mentalisieren in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen <i>Gudrun Bassarak</i> | 119 |
|---|-----|

| | |
|--|-----|
| „Instru-Mental“ – Improvisation und Mentalisierung in der Musiktherapie mit Jugendlichen <i>Bernd Reichert</i> | 153 |
|--|-----|

| | |
|---|-----|
| „Let’s beat the drum...“ „Yes, but tell me how...“ – Interventionen in der Musiktherapie mit Borderline-Patienten aus Sicht des Mentalisierungsmodells <i>Gerhard Kupski, Ulrich Schultz-Venrath</i> | 165 |
|---|-----|

| | |
|---|-----|
| Förderung der Mentalisierungsfähigkeit in der Gruppenmusiktherapie <i>Gitta Strehlow</i> | 197 |
|---|-----|

Rezensionen

| | |
|---|-----|
| Monika Smetana: Die Wiederkehr des Ähnlichen. Die Bedeutung musikalischer Objekte in der Musiktherapie bei Jugendlichen mit strukturellen Störungen <i>Sylvia Kunkel</i> | 215 |
| Johannes Picht (Hg.): Musik und Psychoanalyse hören voneinander. Bd. 1 <i>Maria Becker</i> | 217 |
| Ulrich Schultz-Venrath: Lehrbuch Mentalisieren. Psychotherapien wirksam gestalten. <i>Christine Gäbel</i> | 221 |
| Isabelle Frohne-Hagemann (Hg.): Guided Imagery and Music, Konzepte und klinische Anwendungen. <i>Urs Friedrich</i> | 227 |
| Jörg Rasche: Das Lied des Grünen Löwen, Musik als Spiegel der Seele <i>Dorothea Dülberg</i> | 230 |
| Die Autoren | 234 |
| Sachwortregister | 237 |
| Personenregister | 239 |

Vorwort

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

als wir das vorliegende 10. Jahrbuch konzipierten, interessierte uns die Frage, wie genau aus musiktherapeutischer Sicht sowohl die Entwicklung von Symbolbildung als auch die Entwicklung von Mentalisierung dargestellt bzw. auf welche Art diese gefördert werden kann.

Die eingereichten Artikel zum Thema des Buches „Mentalisierung und Symbolbildungen“ könnten Antworten auf diese und ähnliche Fragen geben.

Aus den nun tatsächlich vorliegenden Aufsätzen hat sich ein Schwerpunkt herauskristallisiert: die Mehrheit der Beiträge befasst sich überwiegend mit dem Mentalisierungskonzept – allerdings aus sehr unterschiedlichen Blickwinkeln. Die Buchrezensionen, die wir den Beiträgen nachfolgen lassen, sind hingegen sehr gemischt – sie scheinen eine in dieser Zeit herrschende rege Diskussion zu diesem Themenkreis wiederzugeben.

Durch die Summe der verschiedenen Arbeiten wird das Mentalisierungskonzept hinreichend erklärt. In der nachfolgenden Beschreibung der Artikel möchte ich einen Brückenschlag versuchen, der das Augenmerk sowohl auf Symbolisierung als auch auf Mentalisierung richtet.

Wir haben den Artikel „Zwischenräume...“ von B. Dehm-Gauwerky, der sich mit Symbolbildungen befasst, an die erste Stelle des Buches gesetzt, weil wir davon ausgehen, dass Symbolbildungsprozesse wichtige Voraussetzungen für die Mentalisierungsfähigkeit des Menschen darstellen. Am Ende der Aufsatz-Reihe ist der Beitrag von G. Strehlow zu finden, in dem die Autorin systematisch den musiktherapeutischen Umgang mit dem Mentalisierungskonzept beschreibt. Interessant ist hierbei, dass G. Strehlow bemerkt, dass die Beziehung zwischen Mentalisierung und Symbolisierung noch ungeklärt sei.

Doch nun zu den einzelnen Artikeln:

B. Dehm-Gauwerky führt Bion und Lorenzer an, die sich ausführlich mit diesem Thema befasst haben und „Symbolbildung als einen interaktiven Prozess (verstehen), in dem sich Repräsentanzen bilden und Bewusstsein entsteht“. Dieser interaktive Prozess, so meint die Autorin, setzt von Lebensbeginn an ein und kann im Zuge einer semiotischen Progression mit der Verfügbarkeit über Sprache ein hohes Symbolisierungsniveau erreichen. Auch die Mentalisierungstheorien nehmen Bezug auf die frühkindlichen, nicht wortsprachlichen Bildungsprozesse, wobei von den bei B. Dehm-Gauwerky genannten Autoren auf die progressive Funktion der frühen Formen gelungener Spiegelung zwischen Mutter und Kind für dessen Repräsentanzenbildung hingewiesen wird, die für die Ausbildung der Persönlichkeitsstruktur und für das Selbstgewahrsein verantwortlich ist. Anders als bei den

Mentalisierungstheorien lässt sich –nach Dehm-Gauwerky – mit dem Ansatz von Lorenzer auch eine semiotische Regression verbinden, die – als Weiterentwicklung – hochgradig altersdementen Menschen einen Weltbezug ermöglicht. In ihrem Text erläutert sie diese Sichtweise anhand von Beispielen.

Im darauf folgenden Beitrag: „Empathie und Mentalisierung: Zusammenhänge und mögliche Konsequenzen für die Musiktherapie“ stellt C. Seidel die Entstehung von Empathie und Mentalisierung zunächst gegenüber. Empathie, so sagt sie Fonagy folgend, beschreibt die Fähigkeit, Gefühle beim anderen wahrzunehmen und diese vor allem vorbewusst, in einer Form emotionaler Resonanz, zu verstehen. Mentalisieren wiederum bezeichnet die Fähigkeit des Menschen, den Zusammenhang zwischen Verhalten, intentionalen und mentalen Zuständen imaginativ wahrzunehmen und zu interpretieren. Im weiteren Verlauf der Arbeit werden Ähnlichkeiten sowie Störungen beider Phänomene untersucht und anhand von Fallvignetten musiktherapeutische Behandlungsansätze aufgezeigt. Konzepte der Resonanz, EBQ und Synchronisation stellen eine mögliche Verbindung dar, mit deren Hilfe Empathie und Mentalisierung durch Musiktherapie gefördert werden könnte.

Auch in dem nachfolgenden Artikel über die Arbeit mit GIM und Mentalisierung werden Symbolbildungen berücksichtigt. In ihrem Beitrag „Mentalisierung und Symbolbildung in der klinischen Arbeit mit Guided Imagery and Music (GIM), modifiziertem GIM und musikimaginativen Methoden“ gibt C. Herold Einblick in den therapeutischen Umgang mit den verschiedenen Arten von GIM anhand von drei Einzeltherapien und einer Gruppentherapie. Aus ihrer Erfahrung spielt das Auftauchen von Symbolen oder symbolisierenden Handlungen im Zusammenhang mit dieser Methode eine wichtige Rolle. Sie weist darauf hin, dass gerade in den Bildern mit symbolischem Charakter viele Möglichkeiten einer mehrperspektivischen Sichtweise liegen, die dann u.U. auch in aktiven Improvisationen weitergeführt werden können.

Es schließt sich die Arbeit von J. Fent an: „Musiktherapie und Mentalisierung. Eine Beleuchtung musiktherapeutischer Theorie und Praxis auf der Grundlage des Mentalisierungskonzeptes.“, in der die Autorin Zusammenhänge von Mentalisierung und Musiktherapie untersucht. Dabei kommt sie zu dem Schluss, dass „ein symbolischer Gebrauch der Musik die momentane Verfügbarkeit sekundärer Repräsentanzen und damit eine gewisse Mentalisierungsfähigkeit“ voraussetzt. Diese Voraussetzung ist jedoch nicht für alle Patienten gegeben. Hierfür stellt sie die Frage, wie musiktherapeutische Unterstützung in diesem Falle „beim (Wieder-)Finden eines mentalisierenden Modus gewährt werden könnte“ und überlegt weiter: Da „im Mentalisierungskonzept ausführlich die markierte Affektspiegelung und das Als-ob-Spiel beschrieben“ werden, lässt sich die „Übertragung auf die entsprechenden musiktherapeutischen Techniken und Methoden (Spiegelungsaktionen in der musikalischen Interaktion und Improvisation als Als-ob-Spiel)“ klar vorgeben.

Die beiden folgenden Aufsätze von I. Engelmann und G. Bassarak verwenden Beispiele aus der Kinder- und Jugendliteratur, um die Mentalisierung zu erklären (beide Artikel eignen sich zum Lesen für Mentalisierungs-„Einsteiger“).

I. Engelmann bezieht sich in seinem Beitrag auf die Geschichten von der Mumin-Familie von Tove Jansson. In diesen Geschichten werden Mentalisierungsfähigkeit und deren Störungen von Tove Jansson in ungeahnter Weise beschrieben. So gelingt es I. Engelmann sehr anschaulich das Mentalisierungsmodell zu erklären.

Auch G. Bassarak verwendet ausgesuchte Beispiele aus der Kinder- und Jugendliteratur zur Begriffseinführung. Sie konstatiert, dass die große Schule des Mentalisierens die Literatur sei. Darüber hinaus beschreibt sie minutiös Therapien mit Kindern und zeigt mit viel Bildmaterial deren Entwicklung zum Mentalisieren auf. G. Bassarak weist außerdem eindrücklich darauf hin (auch hier mit einem Beispiel aus der Kinder- und Jugendliteratur), dass es Menschen gibt, die eine gut ausgebildete Mentalisierungsfähigkeit besitzen, diese aber zu nutzen scheinen, um andere Menschen zu beherrschen.

Es schließt sich der Beitrag von B. Reichert an: „Instru-Mental‘ Improvisation und Mentalisierung in der Musiktherapie mit Jugendlichen“. Er wendet das Mentalisierungskonzept in der Psychosomatik an und stellt fest, dass dieses Konzept „hilfreich zum Verständnis der Selbstentwicklung von Patienten mit strukturellen Störungen aber auch über diese hinaus“ ist, dieses Verständnis bereichert und ergänzt sowie als Erklärungsmodell dafür dienen kann, „wie man als Therapeut handelt und was der Patient warum tut“. Ferner wird für den Therapeuten ein „entspannterer Umgang“ mit der Vorstellung möglich, dass „implizites Mentalisieren während der gemeinsamen Improvisation am Werk ist“. Hinzu kommt die Erkenntnis, „dass Jugendliche störungs- und altersbedingt Schwierigkeiten haben, das Erlebte zu versprachlichen oder [sie] sich manchmal überhaupt sprachlicher Kommunikation verweigern“. Ferner weist der Autor darauf hin, dass die „Beachtung des ‚Hier und Jetzt‘ und die Akzeptanz der Unfähigkeit, affektive Verknüpfungen zu Symptomen herzustellen, ... eine Haltung von Nicht-Wissen und Offenheit des Therapeuten für den Prozess“ gewährleisten. „Der spielerische Umgang“, folgert er weiter, „mit Wirklichkeiten auf Seiten des Therapeuten, das sichere Bewegen in und Wissen um die verschiedenen Modi lebt quasi beispielhaft Entwicklungsperspektiven vor“.

Im Beitrag von G. Kupski und U. Schultz-Venrath geht es um die Standortbestimmung für den Musiktherapeuten in einer Klinik für Psychosomatik, in der das Team in DBT (Dialektisch-Behaviorale Therapie) geschult worden ist, der Musiktherapeut aber darüber hinaus den Grundhaltungen der Nordoff/Robbins-Musiktherapie folgt. Für die Arbeit mit Borderline-Patienten erachten die Autoren die Anwendung des EBQ-Instruments (Einschätzung der Beziehungsqualität) einerseits, das ebenso auf entwicklungspsychologischen und bindungstheoretischen Grundlagen basiert, wie auch andererseits die Mentalisierungsbasierte Einzel- und

Gruppentherapie (MBT/MBGT), als hilfreich und bereichernd. Im vorliegenden Artikel versuchen die Autoren Verbindungslinien zwischen den unterschiedlichen Konzepten und Ansätzen herzustellen.

Methodisch genau erklärend und zukunftsweisend ist der letzte Artikel von G. Strehlow. Über-schrieben ist er: „Förderung der Mentalisierungsfähigkeit in der Gruppenmusiktherapie“. Die Autorin gibt zunächst einen Überblick über den Stand des Mentalisierungskonzeptes. Danach unternimmt sie den Versuch, dieses Konzept auf Musiktherapie zu übertragen, wobei sie zunächst die Einsetzbarkeit der von Fonagy et al. vorgeschlagenen Interventionsstrategien für die MT untersucht. Dabei stellt sie die therapeutische Haltung vor, die dem Therapeuten hilft, die Mentalisierungsfähigkeit seiner Patienten zu fördern. Der Beitrag zeigt, dass „Musiktherapeuten mit ihrem Medium der Musik wertvolles Material erhalten, das sich zur Mentalisierungsförderung in hohem Maße anbietet“. G. Strehlow macht am Schluss Vorschläge, welche Bereiche lohnend wären zu beforschen: „Mentalisierung der Übertragung“ und der Unterschied von „implizitem und explizitem Mentalisieren“. „Außerdem wäre zu überlegen“ schreibt die Autorin, „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?“ Sie arbeitet heraus, dass Fonagy in seinem Konzept wesentliche Verbindungen zwischen markierter Spiegelung und Repräsentanzbildung herstellt und betont jedoch, dass die Beziehung zwischen Mentalisierung und Symbolisierung noch ungeklärt ist. Abschließend resümiert G. Strehlow: „Das Konzept der Mentalisierung ist meines Erachtens für die Musiktherapie lohnend und sollte in der Anwendung weiter ausgebaut werden.“

Unsere Rezensionen zu dem Themenkreis des Jahrbuches beginnen wir mit einem praxisbezogenen Titel: „Die Wiederkehr des Ähnlichen. Die Bedeutung musikalischer Objekte in der Musiktherapie bei Jugendlichen mit strukturellen Störungen“ von Monika Smetana, gehen über zu einem Begegnungsthema: „Musik und Psychoanalyse hören voneinander“ herausgegeben von Johannes Picht. Es folgt eine ausführliche Besprechung des „Lehrbuch Mentalisieren“, von U. Schultzenvenrath, der auch als Co-Autor eines Artikels in unserem Buch mitgewirkt hat. Im Weiteren wird das Buch „Guided Imagery and Music, Konzepte und klinische Anwendungen“ rezensiert, das Isabelle Frohne-Hagemann herausgegeben hat. Danach endet der Abschnitt der Rezensionen mit der Besprechung eines Buches, das den Blick auf viele Jahrhunderte abendländischer Kulturgeschichte frei gibt: „Das Lied des Grünen Löwen, Musik als Spiegel der Seele“, von Jörg Rasche.

Hanna Schirmer, September 2014

Beiträge

Zwischenräume

Über Formen und Funktionen semiotischer Regression
in der psychoanalytischen Musiktherapie mit hochgradig dementen Menschen

Spaces

Concerning Forms and Functions of Semiotic Regression
in Psychoanalytic Music Therapy with People with Severe Dementia

Barbara Dehm-Gauwerky, Hamburg/Ammersbek

In diesem Artikel möchte ich darstellen, wie in der Beziehung zu schwer hirnorganisch beeinträchtigten, dementen Menschen Symbolisierungsmöglichkeiten entstehen können, die nicht primär am Sprachsymbolischen festzumachen sind. Das Symbolniveau sinkt. Es können sich Formen semiotischer Regression bilden. Dies betrifft sowohl das mimisch-gestische, das musikalische und sogar das sprachliche Zusammenspiel. Die semiotische Regression hat eine ambivalente Funktion. Sie kann zu mehr Selbstverfügung führen. Die dementen Menschen wenden sich der äußeren Umwelt wieder zu. Sie kann aber auch von außen gesehene regressivere Entwicklungen einleiten, die sich als Verschmelzung in einem symbolischen Raum auffassen lassen.

Meinen Gedanken liegt der Symbolbegriff von A. Lorenzer zugrunde. Er wird durch weitere Systematisierungen ergänzt und fortentwickelt. Fallvignetten sollen als Anschauungsmaterial dienen.

This article deals with the topic of symbolisation in the therapeutic setting with people with severe dementia. Here we find symbolisation possibilities at a lower level than symbolisation in speech. Forms of semiotic regression may develop. These can relate to ways of acting, as well as poetic vocal language and in music. The semiotic regressive symbols have an ambivalent function. They can lead to progressive development, in which the dementia-afflicted person regains contact with the external environment. They can also lead to seemingly regressive development, which may be viewed as a merging into symbolic space.

My thoughts are based upon A. Lorenzer's theory of interaction. They will be supplemented and advanced through further systematisation. Case vignettes should serve as illustrative material.

Einleitung: Der Symbolbegriff

Der Symbolbegriff hat sowohl in der psychoanalytischen Musiktherapie als auch in der Psychoanalyse je nach spezifischer Ausformung unterschiedliche Akzentuierungen erfahren. In der Umgangssprache wird unter Symbol in der Regel die Ersetzung von etwas nicht Wahrnehmbarem durch ein Zeichen oder Sinnbild verstanden. In der Psychologie C. G. Jungs kommt dieses Verständnis deutlich zum Tragen. Bestimmte Traum- oder Bildelemente stehen z.B. für bestimmte für alle Menschen gültige Persönlichkeitsanteile, Archetypen. Der Ersetzungsgedanke passt aber auch gut zur Auffassung Freuds, der der Meinung war, das Symbol sei das Anzeichen einer primärprozesshaften Verarbeitung. Etwas, das verdrängt wurde, zeigt sich nun im Symbol, wobei das Symbol von Freud im Grunde als Symptom begriffen wurde (z.B. Freud 1985a). Seither ist der Symbolbegriff jedoch in vielfältiger Weise verändert und differenziert worden. Bion (1962) und Lorenzer (1970a/b) haben sich ausführlich mit diesem Thema befasst. Sie verstehen die Symbolbildung als einen interaktiven Prozess, in dem sich Repräsentanzen bilden und Bewusstsein entsteht. Er setzt von Lebensbeginn an ein und kann im Zuge einer semiotischen Progression mit der Verfügbarkeit über Sprache ein hohes Symbolisierungsniveau erreichen. Über die frühkindlichen, nicht wortsprachlichen Bildungsprozesse zu einer tragfähigen Hypothese zu gelangen, ist auch das Ziel der Mentalisierungstheorien (z.B. Gergely 2002; Fonagy/Target 2002). Ausgehend von der Theory of Mind haben sie die progressive Funktion der frühen Formen gelungener Spiegelung zwischen Mutter und Kind für dessen Repräsentanzenbildung, die Ausbildung der Persönlichkeitsstruktur und von Selbstgewahrsein ausgearbeitet. Dem gegenüber lässt sich mit der Symboltheorie Lorenzers auch eine ambivalente Funktion gelungener Interaktionsprozesse darstellen. Damit ist ein Kippvorgang gemeint, der verbunden ist mit einer semiotischen Regression, einem zunehmend niedriger werdenden Symbolisierungsniveau. Es handelt sich dabei nicht um einen pathologischen Zerfall der Symbolisierungsfähigkeit, sondern um eine Weiterentwicklung, die gerade für hochgradig altersdemente Menschen einen Weltbezug ermöglicht. Im Weiteren wird es darum gehen, diese Form der Symbolisierung, ihre Bedeutung und ambivalente Funktion anhand von Fallvignetten zu demonstrieren und zu begreifen.

Das Symbol selbst versteht Lorenzer als Produkt einer Einigung. An der Symbolbildung sind nach Lorenzer also immer mindestens zwei Personen beteiligt. Die Einigungen spielen sowohl in der Entwicklung des Kindes zwischen Mutter und Kind als auch im therapeutischen Prozess zwischen Patient¹ und Therapeutin² in

1 Ich bediene mich hier der männlichen Form, in die alle Patientinnen auf der Abstraktionsebene eingeschlossen sind.

2 Ich verwende hier die weibliche Form, da die Fallvignetten aus meinen eigenen Therapien stammen. Selbstverständlich sind alle männlichen Kollegen auf der Ebene der Abstraktion eingeschlossen.

Form von Deutungen die entscheidende, Struktur bildende Rolle. Indem die Therapeutin sich entsprechend der Methode des ‚Szenischen Verstehens‘ einerseits in partieller Teilhabe in die Inszenierung des Patienten verwickeln lässt, sich andererseits aber immer auch reflektierend daraus löst, kommt sie in einem zuerst noch ungesicherten Schritt zu einer Vorstellung über die Bedeutung der Übertragungsfigur. Hierbei sind die Wahrnehmung ihrer Gegenübertragung und die Reflexion von deren Bedeutung für die Rollenzuweisungen des Patienten von entscheidender Wichtigkeit. Ein Evidenzerleben dient beiden, dem Patienten wie der Therapeutin, als Bestätigung der deutenden Vorannahme. Der Fortgang des therapeutischen Geschehens und der veränderte Weltbezug im Außen des Patienten können dann im Erleben die Richtigkeit der ersten Vermutungen festigen. In diesem Prozess werden Verbindungen zwischen beiden und Verbindungen in ihnen hergestellt. Unbewusste Erinnerungsspuren werden angebunden an eine Ausdrucksfigur, z.B. an einen von beiden für die Übertragung als passend erlebten Satz. Der Ausdruck fühlt sich stimmig an. Bion benutzt den Begriff der Paarung für einen solchen Vorgang. Eine Präkonzeption trifft auf eine Realisierung. Es entsteht ein ‚selected fact‘ – eine ausgewählte Tatsache (Bion 1962).

Mit der Interaktionstheorie Lorenzers möchte ich nun den Symbolbegriff differenzieren. Die Unterscheidung von ‚bewusst – unbewusst‘, die das historisch überkommene Symbolverständnis prägte, scheint Zwischenstadien zuzulassen. Dies wird deutlich, wenn wir die Einigungsprodukte genauer betrachten. In der psychoanalytischen Musiktherapie mit alten, hochgradig dementen Menschen spielen diese Zwischenstadien eine eminent wichtige Rolle. Die Differenzierung des Symbolbegriffs hilft, ihre Ausdrucksformen, ihre Übertragungen und ihren Weltbezugs besser zu verstehen.

Mit drei Fallbeispielen möchte ich jeweils in meine Reflexionen einführen. Die Musiktherapie fand in allen drei Fällen im Musiktherapieraum eines Krankenhauses statt. Es gab in ihm einige Musikinstrumente: ein Metallophon, eine Pauke, ein Klavier, ein Monochord, eine Zither und einige kleinere Instrumente aus dem Orff’schen Instrumentarium. Ein Teppich in seiner Mitte erinnerte an ein Wohnzimmer.

Erstes Fallbeispiel: Der Marsch

Die 61jährige Frau I. war erst seit wenigen Tagen Patientin auf einer geschlossenen gerontopsychiatrischen Station. Sie wanderte ruhelos im Stationsflur umher. Heute sah ich sie zum ersten Mal. Vorinformationen über sie hatte ich nicht.

Frau I. wurde mir von einer Krankenschwester gezeigt. Als ich mich ihr daraufhin als Musiktherapeutin vorstellte, wirkte sie sehr erfreut und mochte gerne mit mir in den

Musiktherapieraum gehen. Er lag im Keller des Krankenhauses. Auf dem Weg dort hin machte sie einen recht gut orientierten Eindruck. Als ich ihr aber die Zimmertür öffnete, wankte sie ein wenig und hielt sich dann unerwartet am Türrahmen fest. Ich erschrak. „Beinahe hättest Du mir meine Finger geklemmt!“, rief nun auch sie erschrocken aus. Doch sie beruhigte sich gleich wieder. „Hier ist es schön!“, fand sie, als wir eingetreten waren. Dann fing sie an, in die Hände zu klatschen. Ich klatschte mit. Im gleichen Rhythmus klatschend tanzten wir durch den Raum, wobei Frau I. nun sang: „Ich singe, ich singe!“ Wir gerieten ins Marschieren. „Die Soldaten marschieren... Einer liebt ein Mädchen...“, begleitete sie unsere Bewegungen. Ich antwortete: „Das liebte er so sehr!“ Dabei fantasierte ich einen Parademarsch, bei dem sie ihrem Bräutigam verliebt zugeschaut hatte. Wir sangen und marschierten und teilten die Freude an der gemeinsamen Aktion. Plötzlich blieb Frau I. stehen. „Nun ist genug!“, meinte sie und verließ den Raum. Ihre Bewegungen waren jetzt eckig und ihr Gesicht wirkte bekümmert. Ich dachte an ihren Mann. Darum begann ich davon zu sprechen, dass ihr Mann sie immer wieder besucht. Das wusste ich zwar nicht, war mir aber bei dieser Vermutung ziemlich sicher. Frau I. schien meine Bemerkung zu trösten und auf der Station angekommen küsste sie mich zum Abschied.

Nachmittags hatte sie tatsächlich Besuch von ihrem Mann. Das Paar marschierte gerade über den Stationsflur, als ich mich um andere Patienten kümmern wollte. Als Frau I. mich erblickte, kam sie mir entgegen und umarmte mich. Nach dieser spontanen Begrüßung stellte ich mich auch ihrem Mann vor. Dabei hielt mich Frau I. noch immer halb umschlungen. Herr I. hatte ein großes Mitteilungsbedürfnis, denn nun erzählte er eine ganze Weile ohne Unterbrechung. Er sagte mir, dass er jeden Tag mit seiner Frau spazieren gehe. Früher habe sie Klavier gespielt. Seit einem Monat sei sie sehr unruhig, er wandere mit ihr umher und übe mit ihr, ruhiger zu werden: „Den Gang hin und her – zwei Minuten sitzen – dann wieder wandern.“ Während er dies sagte, ließ Frau I. mich los und wendete sich weinend ihrem Mann zu. Der meinte: „Nun reiß Dich mal zusammen!“ Dann marschierte das Paar weiter.

In diesem Erstkontakt fällt das Nebeneinander von spontaner Nähe, zwanghafter Unruhe und plötzlichen Beendigungen auf. Der Gegensatz präsentierte sich in Form von Umarmungen und einer leicht gelingenden Abstimmung zwischen Frau I. und mir auf der einen Seite und dem Marschieren und dem Übungsdrill auf der anderen. Die Nähe in beiden Formen des Kontakts nahm jeweils ein plötzliches Ende. Dabei schien es um ein körperliches Erleben zu gehen. Schon unsere allererste Begegnung, ihre Freude, als ich mich ihr vorstellte, deutete darauf hin, dass Frau I. einen ergänzenden Menschen neben sich wünschte. Ihr ‚Du‘ in der Anrede, meine Funktionalisierung und mein Erahnen des Besuchs ihres Mannes weisen auf die Übertragung einer frühen dyadischen Beziehungsfigur hin. Sie beherrschte unser Zusammenspiel vollständig. Alles, was sich ereignete, war nur noch als Übertragung zu verstehen. Diese nahm schon beim Betreten des Therapieraums verschmelzende, im Zimmer selbst idealisierende Züge an. Das Wanken von Frau I. bei seinem Betreten und ihre Bemerkung „Beinahe hättest Du mir die Finger geklemmt!“ zeigen die sich ausbreitende Regression an. Gleichzeitig wurde aber auch ihre Befürchtung deutlich, ich könne mich nicht als haltendes subjektives Objekt, sondern eher als kastrierendes und Schmerzen zufügendes erweisen. Mit ihrem

Ausruf „Hier ist es schön!“ im Raum selbst zeigte Frau I. dann ihre Begeisterung. Ihre Idealisierung des Raums entsprach allerdings nicht seiner Realität. Er war eher etwas schlicht und karg ausgestattet.

In diesem regressiven Prozess spielten neben dem Sprechen und Singen, Gesten und Handlungsabläufe eine besondere Rolle in unserer Kommunikation. Diese hatten, wie wir erfahren konnten, schon früher in der Beziehung von Frau I. zu ihrem Ehemann eine wichtige Funktion gehabt. Herr I. hatte versucht, mit seinen Geh- und Sitzübungen Ruhe und Ordnung in die Unruhe und Desorientiertheit seiner Frau zu bringen. Insofern wiederholten sich in unserem Erstkontakt Interaktionsmuster, die Frau I. aus der Beziehung zu ihrem Mann kannte. Indem ich mich ihren Bewegungsimpulsen, dem Marschieren und Händeklatschen, anpasste und insofern ‚mitagierte‘, kam ich sofort in die Rolle eines Partners. Der Text, der uns singend zum Marschieren einfiel und die damit verbundenen Vorstellungen allerdings verwandelten die Interaktionsfigur in eine deutende Handlung. Wir wurden uns über deren Bedeutung einig. Es entstand ein Symbol auf einem niedrigen Symbolniveau. Diese semiotisch regressive Symbolbildung aber hatte eine progressive Funktion. Ich hatte Frau I. mit meinem Mitmarschieren signalisiert, dass ich ihren Wunsch nach Nähe, Verschmelzung und Idealisierung anerkannte. Wir hatten miteinander die Freude an der Einigkeit im Singen und Marschieren und am Auftauchen eines Bedeutungszusammenhangs geteilt, in dem sich ihre Wünsche und ihr Leiden andeuteten. Ihre eckigen Bewegungen und ihr bekümmertes Gesicht ließen etwas davon erahnen. Auf diese Weise war ein kleines Stückchen gemeinsamer, sinnvoller Realität entstanden, und dies hatte Frau I. zu einem autonomen Schritt verholfen. Sie konnte jetzt unserem gemeinsamen Marschieren selber mit einer Verneinung, nämlich ihrer Bemerkung „Nun ist genug!“ ein Ende setzen.

Insofern unterlagen die Funktion ihrer Bewegungen, ihres Singens und Klatschens innerhalb dieser Therapiestunde einem Funktionswandel. Er entstand im Zuge meiner mimetisch-gestischen Affektabstimmung und durch die Vorstellungen, die im Verlauf unserer Interaktion über die sich einstellende Übertragung entstanden waren. Diese beiden Faktoren aktivierten gute frühe Erinnerungsspuren. Auf dieser Grundlage konnte sich Frau I. in einem autonomen Schritt ein kleines Stückchen aus ihrer Hilflosigkeit und Ohnmacht befreien.

Mit Lorenzer (1981; 1983) lässt sich diese Art des Einigungsprozesses als sinnlich-symbolische Interaktionsform bezeichnen. Sinnlich-symbolische Interaktionsformen sind in einem symbolischen Zwischenbereich angesiedelt. Ausdrucksfigur – hier das singend, klatschend und redend kommentierte Marschieren – und die symbolisierte Szene – aktuell die Übungsszene mit dem Ehemann von Frau I., in der Übertragung jedoch auch die einer frühen dyadischen Beziehungsfigur – liegen hier im Gegensatz zu den Sprachsymbolen noch ineinander. Dennoch sind die sinnlich-symbolischen Interaktionsformen bereits ein Drittes in der Beziehungsgestaltung. In der kindlichen Entwicklung eröffnen sie die Mutter-Kind-Dyade zur Außenwelt hin. Freuds Bericht vom Garnrollenspiel seines Enkels ist ein bekanntes Beispiel (Freud 1920). Das Kind wiederholte mit dem Wegwerfen

und Wiederholen einer Garnrolle sein Erleben vom Weggehen und Wiederkommen seiner Mutter und verschob es spielend auf eine andere Handlungsebene. Indem es sich so aus der Passivität der Handlungsdominanz seiner Mutter gegenüber in die Aktivität des Spielens versetzte, konnte es ein kleines Stückchen Autonomie und Selbstbestimmung verwirklichen. Das Kind setzte sich nun selbst zum Autor seiner Handlungen ein, es reagierte nicht nur. Eine entsprechende Erfahrung konnte Frau I. singend, klatschend, marschierend in der Szene der Musiktherapie mit mir machen. In Freuds Beispiel allerdings machte erst der reflektierende Blick des Großvaters das Spiel des Kindes als Mitteilung für Andere verstehbar. In der Szene mit Frau I. war ich als Therapeutin diejenige, die die Interpretationsleistung erbringen musste.

Diese differenzierende Interpretation soll nun weiter ausgeführt werden.

Das Material des Enactments, d.h. des Zusammenspiels in den konkreten Handlungsabläufen in der beschriebenen Sitzung mit Frau I., ist aus militärischen Zusammenhängen bekannt. Hierarchisch festgelegte Bewegungen verführen beim Marschieren in ihrer gleichmachenden Ausrichtung zu einer Identifikation mit dem Kollektiv und dem Führer. Die Metapher von den Soldaten weist auf eine narzisstische Machtdemonstration, unter Umständen auf einen gemeinsamen Kampf auf Leben und Tod hin. Die im Marsch enthaltenen Bewegungen sind festgelegt und bilden durch die Fixierung auf ein dyadisches Interaktionsmuster sowohl die Grundlage als auch das Ausdrucksmaterial von zu kritisierenden gesellschaftlichen Bedingungen, die Frauen und Männern in konflikthaften Situationen nicht erlauben, mit ihrem Körper und ihrem Leben selbstbestimmt und eigenverantwortlich umzugehen. Denn das Material – das Singen, Klatschen und Marschieren in seiner soghaften Wirkung – verhindert Differenzen und zwingt in eine scheinbar omnipotente Rolle. Dabei werden die Marschierenden in ihrer Abhängigkeit voneinander und von einem Führer zu Unterworfenen. Von hierher bestimmte sich auch meine Rolle in der Übertragung. Gleichzeitig war ich in der Rolle des unterdrückten Individuums und in derjenigen eines dominanten, kastrierenden dyadischen Objekts. In der kurzen Phase des Gelingens aber – als nämlich auch der Wunsch nach Verschmelzung mit der Metapher vom liebenden Soldaten verstanden worden war und wir uns auch hierüber einig waren – konnte sich Frau I. aus der Unterdrückung befreien. Diese Einigung stellte die Verbindung zwischen dem Ausdrucksmaterial – dem Marsch – und der zugrunde liegenden Interaktionsform – nämlich der Szene der Unterdrückung – her und machte das Enactment als Ausdruck verstehbar.

Deshalb weist dieses Beispiel neben der Bedeutung des Materials des Enactments und seiner Verwendung als Ausdrucksfigur auf die hervorragende Rolle der Vorstellungen hin, die sich innerhalb der Therapeutin über ihre Rolle in der reinszenierten Objektbeziehung bilden. Von hierher erst kann es auf einem niedrigen Symbolniveau zu einem Funktionswandel von Gesten und Bewegungen zu intentionalen Gesten und bedeutsamen Handlungen kommen. Zwar ist in meinem Beispiel die Affektabstimmung als konstituierender Faktor nicht zu übersehen. Diese

allein aber würde zu einem Ausagieren der unterdrückenden Objektbeziehungen von Frau I. geführt haben, wenn nicht gleichzeitig in mir eine Vorstellung von der Ambivalenz entstanden wäre, die Frau I. in Bezug auf ihre frühen Objekte hatte. Erst mein konkretes Handeln zusammen mit meinen Vorstellungen, d.h. die Funktion meiner eigenen Subjekt-Objekt-Differenzierung, ermöglichte ihr die Eröffnung eines symbolischen Raums auf einem niedrigen Symbolniveau. Für das Verstehen von dyadischen Übertragungsprozessen bedeutet dies, dass auch die vorstellende Funktion der Therapeutin, die Funktion ihrer Reflexion von Übertragung und Gegenübertragung immer mitgedacht werden muss.

Die Zwischenstadien der Symbolbildung, die in dyadischen Übertragungsprozessen möglich sind, stellen allerdings einen sensiblen Zustand dar, der nicht nur zu mehr Selbstverfügung führen kann wie in der Entwicklung des Kindes oder auch bei Frau I. Er kann bei hochgradig dementen Menschen von außen gesehen weitere regressive Zustände einleiten. Es scheint sich dann die Symbolfunktion umzukehren. Diese Regression kann mit idealisierenden Übertragungen und körperlichen Verschlechterungen einhergehen. Zwei weitere Fallbeispiele sollen dies demonstrieren. Gleichzeitig lassen sich mit ihnen die Formen und Funktionen semiotischer Regression weiter differenzieren.

Zweites Fallbeispiel: die Poesie

Auch von dem 72jährigen Herrn R. wusste ich vor unserem Erstkontakt nichts. Er konnte sich nur noch sehr bruchstückhaft sprachlich äußern. Zudem war er zeitweise von einer starken motorischen Unruhe befallen und wanderte pausenlos auf dem Stationsflur des Krankenhauses umher. Ein Bezug zur äußeren Realität war auch für ihn nicht herzustellen. Alles, was sich ereignete, musste ich wieder einzig als Übertragung verstehen. In der ersten Musiktherapiestunde war es um sein Unvermögen gegangen, ‚es zu Ende zu bringen‘, wie er sich ausdrückte. Ich verstand dies als Metapher für sein Erleben beim Abschied vom Leben. Ich sollte ihm beim Sterben helfen. In der zweiten Sitzung hatte er geäußert: „Es geht was verloren!“ Dabei irrte er im Therapieraum umher, als wenn er die Wände nicht erkennen könnte. Als ich ihn auf die Grenzen des Raums hinwies, antwortete mir: „Bei mir ist alles kaputt, nicht nur halb, sondern ganz!“. Diese Äußerung verstand ich als Beschreibung seines Erlebens im dementiellen Zerfallsprozess und schloss daraus, dass er das Sterben als grenzenlose Kastration und Zerstörung empfand. Er hatte sich in diesen zwei Sitzungen von mir verstanden gefühlt und es war zu einer idealisierenden Übertragung gekommen. Danach war Herr R. sehr unsicher im Gehen geworden. Ich fand ihn zur dritten Stunde im Rollstuhl sitzend vor.

Nachdem ich Herrn R. meinen Besuch angekündigt hatte, schob ich ihn im Rollstuhl in den Musiktherapieraum. Dort unten schlief er sofort ein. Ich setzte mich ihm gegenüber und begann leise auf der Zither zu improvisieren. Herr R. erwachte und schaute mich an. „Herr R.!“, sprach ich ihn an. Er blinzelte kurz, schlief aber gleich weiter und auch ich setzte meine Improvisation fort. Nach einiger Zeit erwachte Herr R. noch einmal und sah sich schlaftrunken um. „Sie sind immer noch sehr müde!“, waren

diesmal meine Worte. Sein Blick glitt an mir vorbei aus dem Fenster. Deshalb setzte ich mich neben ihn und benannte, wie ich es von anderen dementen Menschen gewohnt war, worauf er schaute. Daraus entspann sich ein kurzer Dialog. „Das Haus da steht in der Sonne!“, sagte ich. „Ja!“, reagierte er. Ich fuhr fort: „Dort oben dreht sich ein kleines Rad!“ Er: „Wer gräbt?“ Ich: „Haben Sie Grab verstanden?“ Er: „Ja!“ Ich: „Sie denken ans Sterben?“ Er: „Trabrennen!“ Ich: „Pferde laufen.“ Herr R. schlief wieder ein.

Dieser letzte kurze Dialog demonstriert eine Art von nicht-logischen, aber dennoch nicht sinnlosen sprachlichen Verknüpfungen, wie sie bei Menschen, die von Demenz betroffen sind, auch auftreten können. In einem Zustand zwischen Wachen und Schlafen verbanden die Sätze nicht primär ihre inhaltlogische Bedeutung, sondern die mit den Worten und deren Klangbildern verbundenen Assoziationskomplexe und die hierin enthaltenen szenischen Repräsentanzen. Im Zeigen und Schauen, im Fragen und Antworten war das Sprechen der Worte selbst zu Gesetzen geworden. Ihre Intention als Handlungsanweisung und ihr szenischer Gehalt bestimmten den Sinngehalt unseres Dialogs. Mit Hilfe eines Kluges, des Vokals A als Knotenpunkt einer Verdichtung verband Herr R. das Erleben seines Zerfallsprozesses mit einem Bild und einem Wort, mit dem ich auf eine Szene in der Außenwelt, nämlich das draußen sich pausenlos drehende Rad gedeutet und es benannt hatte. Er interpretierte das Wort ‚Rad‘ in ‚Grab‘ um und schuf damit eine Brücke, über welche die äußere Szene zur Metapher wurde für seine Unruhe und sein Gefühl des Angetriebenseins im Prozess des Sterbens. Mit seiner Frage „Wer gräbt?“ wies er auf die bisher ausgeschlossene negative Übertragung hin. Mich sah er offensichtlich auch in der Rolle einer Totengräberin. Der weitere Fortgang der Unterhaltung macht noch deutlicher, wie Herr R. seinen Zustand erlebte. Er glich einem Trabrennen, einem zwangsläufigen Voraneilen. Die Übertragungsfigur wird dadurch kenntlich als diejenige eines Unruhe stiftenden, nicht genügend haltenden subjektiven Objekts, das sich hinter seiner Idealisierung verbarg. Dadurch aber, dass die durch den Vokal A verknüpften Szenen zum Verbindungsglied zwischen uns und zwischen unserer Gegenwart und Herrn R.s Vergangenheit wurden, konnte sich Verständigung herstellen. Diese Einigung befreite Herrn R. aus seiner inneren Unruhe. Er konnte beruhigt wieder einschlafen.

Der Vokal A gehört zu den ubiquitär und kulturübergreifend benutzten Lauten von Kleinkindern (Werkhofer 1981). In den ersten Worten wie Da-da als der Bezeichnung für eine Zeigegeste oder in Ma-ma, hervorgegangen aus einem Laut oralen Einverleibens, wird seine körperlich-sinnliche Färbung deutlich. Bei Herrn R. eignete er sich dafür, mir sein Erleben im Sterbeprozess zu zeigen. Er verwies damit sowohl auf den Beginn als auch auf das unweigerliche Ende seines Lebens. Nachdem ich mich mit dem Einfall von der Metapher von den laufenden Pferden seinem Erleben angepasst hatte, entstand eine Einigung auf einer sinnlichen regressiven Symbolebene. Herr R. konnte sich dadurch gehalten fühlen und wieder beruhigt einschlafen. Ich war wieder in die Rolle eines guten subjektiven Objekts frühester Interaktionserfahrungen gekommen.

Diese Sprachverwendung kennen wir eher aus der Poesie, nicht aber aus der diskursiven Sprache. Ogden (1998) bezeichnet sie als eine Qualität der Erfahrung, in welcher die Individuen sich selbst entstehen lassen. Sie erfordert etwas Andersartiges, das die Gelegenheit schafft zu hören, auf welche Weise wir im Gebrauch unserer Sprache entstehen. Richtiger wäre für diesen Gebrauch der Sprache deshalb nach Ogden die Bezeichnung ‚Sprechen‘. Sprechen erfordert einen Hörer. Wenn wir ein Gedicht lesen, gibt es immer zwei Stimmen, die sich gegenseitig behandeln, die Stimme des Sprechers im Gedicht und die Stimme des Hörers, der das Gedicht hört und/oder aufsagt. Eigentlich ist es nicht leicht zu sagen, wessen Stimme man hört, wenn man ein Gedicht liest oder hört. Die Stimme gehört weder ausschließlich dem Dichter noch ausschließlich dem Hörer. Es ist eine neue, eine dritte Stimme, die in einer kreativen Verbindung von beiden entsteht.

Ogden beschreibt damit eindrücklich am Beispiel des poetischen Sprechens die Bildung dessen, was Lorenzer in seiner Interaktionstheorie sinnlich-symbolische Interaktionsformen genannt hat. Sinnlich-symbolische Interaktionsformen können sich – wie wir hier sehen – also unterschiedlichen Materials bedienen. Wie im Beispiel mit Frau I. das verstehende Zusammenspiel im Enactment, umfasst auch das poetische Sprechen im Gegensatz zur diskursiven Sprache in seiner szenischen Struktur Selbst und Objekt noch in einem unaufgeteilten Zusammenhang, aus dem heraus als Produkt einer Einigung ein neuer Sinn entsteht. Dieser führte bei Herrn R. aber nicht wie bei Frau I. zu mehr Selbstverfügung, sondern erlaubte ihm, ‚sich gehen zu lassen‘.

Sinnlich-symbolische Interaktionsformen als Schaltstelle in der Persönlichkeitsbildung

Die sinnlich-symbolischen Interaktionsformen bezeichnet Lorenzer als *Schaltstelle* in der Persönlichkeitsbildung (Lorenzer 1981; 1983). Ihre Schalterfunktion wird dadurch möglich, dass sie noch Teil desselben sinnlich-symbolischen Interaktionsfeldes sind, zu dem auch die symbolisierte Interaktion gehört. Hierin liegt ein wesentlicher Unterschied zu den sprachsymbolischen Interaktionsformen, die nicht Teil desselben Interaktionsfeldes sind, das symbolisiert wird. Phänomenologisch handelt es sich um die Wiederholung von Szenen mit der Mutter der Dyade. In der Wiederholung ist das dyadische Interaktionsmuster in seiner Struktur aber auf einer veränderten Realisierungsebene enthalten.

Die Tatsache der Wiederholung und des Enthaltens betont einen regressiven Aspekt, das dyadische Erleben, das den sinnlich-symbolischen Interaktionsformen immer auch innewohnt.

Gleichzeitig sind die sinnlich-symbolischen Interaktionsformen in ihrem Produktcharakter als Formulierung zu verstehen. Produkt heißt hier: Einigungsprodukt der beiden Interagierenden hinsichtlich der Bedeutung ihres Tuns im Interaktionsgeschehen. Dies betont den eigenen Weltbezug, den Aspekt der Realitäts-

erfassung. In meinem Beispiel aus der Musiktherapie mit Herrn R. diene diese aber nicht wie beim Kind oder bei Frau I. dazu, sich die Außenwelt zu eröffnen, sondern sich von ihr zu trennen.

Ein Symbol hat als Drittes ja immer auch die Funktion, eine Distanz herzustellen. Um ein Symbol bilden zu können, muss die ursprüngliche Situation verlassen und verneint werden können. In der kindlichen Entwicklung ist es zuerst die Loslösung von der Mutter der Dyade, die Zerstörung des Objekts, welches noch als subjektives Objekt wahrgenommen wurde, und die Anerkennung eines vom Selbst getrennten Objekts, die Entwicklung getrennter Selbst- und Objektrepräsentanzen, die allmählich erreicht wird. Die Umweltmutter der Dyade wird so im Zuge der Entwicklung sinnlich-symbolischer Interaktionsformen allmählich zu einer Mutter, die Teil der konkreten, äußeren Welt ist. Es entsteht ein neuer, veränderter Bezug zur Außenwelt.

Dieser Doppelcharakter der sinnlich-symbolischen Interaktionsformen aber bedeutet, dass diese immer ein Spannungsfeld zwischen Innen und Außen, Selbst und Objekt aufrecht erhalten. Als Produkt einer Einigung geschieht Ablösung, im Wiederholen auf einer sinnlichen Ebene ist Auflösung enthalten. Altes und Neubildung, Handeln und Formulieren sind ihnen gleichermaßen eigen.

Der Doppelcharakter macht auch das Verschmelzungserlebnis im Einschlafen möglich. Um dies vollends zu begreifen, ist es hilfreich, sich noch einmal an die Übergangssituation der hochgradig dementen Menschen zu erinnern. Sie befinden sich in einem Zwischenstadium, in welchem ihr Weltbezug einzig als Übertragung zu verstehen ist. Diese bedient sich zwar des Materials der Erfahrungen eines ganzen Lebens, aber wie exemplarisch gezeigt werden konnte, ist sie als Übertragung dyadischer Beziehungsfiguren zu verstehen. Deshalb ist der Weltbezug von Menschen in einem Zustand hochgradiger Demenz nur noch über die Containerfunktion der Therapeutin, nicht mehr aber über den eigenen Sekundärprozess im Symbolischen abgesichert. Da sich nun in den Inszenierungen dieser Menschen die dyadischen Interaktionsformen wiederholen, kann über die sinnlich-symbolische Formulierung des aktuellen Übertragungsgeschehens durch die Therapeutin – aus einer Außenperspektive gesehen – eine Loslösung der sterbenden Person von der materiellen Realität entstehen. Die Übertragung kann im Containment aufgelöst werden. Aus der Perspektive des sterbenden Subjekts aber kann sich in der Wiederholung die Illusion einer Verschmelzung mit der guten Mutter der Dyade bilden. Der Mensch kann sich wie ein gesättigter, zufriedener Säugling der Situation überlassen und einschlafen, da er sich sicher gehalten fühlt.

Aus einer phänomenologischen Perspektive scheinen also die sinnlich-symbolischen Interaktionsformen eine Kippfunktion zu haben. Sie tritt in der psychoanalytischen Musiktherapie mit hochgradig dementen Menschen besonders deutlich im Zusammenhang mit musikalischen Gestaltbildungen hervor. An einem letzten Fallbeispiel soll dies gezeigt werden.

Drittes Fallbeispiel: der Walzer

Ein Therapieplatz war freigeworden. Darauf sprach ich die Stationsärztin an. Sie machte mich auf Herrn Z. aufmerksam. Der sehr große und kräftige 86jährige Mann saß etwas eingesunken an einem Tisch im Stationsflur. Ich stellte mich ihm mit meinem Namen als Musiktherapeutin vor und fragte: „Mögen Sie mit mir ins Musiktherapiezimmer kommen?“ „Ja, sehr gern!“, meinte er, „Meine Mutti...a...Frau versteht aber mehr von Musik als ich.“

Daraufhin machten wir uns auf den Weg ins Therapiezimmer. Dort betrachtete er als erstes meinen Schreibtisch. Danach kam das Metallophon dran. Ich reichte ihm einen Schlegel und nun begann er, feste, einzelne Töne anzuschlagen. Ich fügte mich mit meinen festen Einzeltönen in sein Spiel. Als wir geendet hatten, meinte er: „Das ist schöne Musik! Das kannte ich gar nicht.“ Die ganze Zeit über hatten wir nebeneinander vor dem Instrument gestanden. Dabei hatte ich das Gefühl gehabt, mich nicht zu weit von ihm entfernen zu dürfen. Nun aber entstand eine größere Sicherheit zwischen uns und ich bot ihm einen Sitzplatz an. Er nahm auf einem bequemen Sessel Platz. Ich stellte das Metallophon und als alternative Spielmöglichkeit die Pauke vor ihn hin. Dann aber entfernte ich mich ein wenig von ihm und setzte mich ans Klavier. Wir begannen zu improvisieren. Dabei dachte ich an seine Frau. Herr Z. hörte nach einer Weile auf zu spielen, lauschte aber noch eine Zeitlang ganz zufrieden meinem Klavierspiel. Nachdem auch ich geendet hatte, saß er immer noch ganz versunken auf seinem Stuhl. Mir ging weiterhin seine Frau durch den Kopf. Darum fragte ich ihn nun: „Ihre Frau mag Musik?“ „Ja, sie versteht mehr davon als ich! ... Wie lange spielen Sie schon?“, entgegnete er. Als ich „Lange!“ antwortete, meinte er: „Sie können es besser als ich! ... Warum kümmern Sie sich um mich?“ „Ich möchte die alten Menschen hier verstehen!“, versuchte ich es ihm zu erklären. „Sie sind so toll!“, fand er. Sein Lob war mir richtig peinlich und aus meiner Verlegenheit heraus bat ich ihn, doch noch einmal mit mir zusammen zu spielen. Herr Z. war einverstanden und begann wieder auf dem Metallophon zu improvisieren, während ich ihn auf dem Klavier begleitete. Es entstand jetzt eine ganz freie, atonale Musik, die Herr Z. immer wieder mit „Ja, ja!“ kommentierte. Die Musik und auch die Atmosphäre, die sich dadurch einstellte, waren mir wieder unangenehm und ich fand, dass ich immer noch zu nahe bei ihm saß. Deshalb rückte ich nach dieser Improvisation noch etwas weiter weg von ihm. So in einiger Entfernung von ihm geriet ich ins Nachdenken. Der Aufsatz eines Kollegen fiel mir ein, der mir in diesem Moment wie ein Geschenk des Himmels erschien. Herr Z. saß indessen ruhig auf seinem Stuhl und wirkte ganz ergriffen. In diese Stille hinein fiel mir ein Kirchenlied ein: „Allein Gott in der Höh' sei Ehr und Dank für Deine Gnade... u.s.w.“ Ich sang es leise vor mich hin und begleitete meinen Gesang mit ein paar Zithertönen. Herr Z. schlief sofort ein und auch nachdem ich geendet hatte, schlief er noch tief und fest. Eine Weile noch blieb ich bei ihm sitzen. Dabei ging mir der Text zweier Liebeslieder durch den Kopf. Erst allmählich wurde Herr Z. wieder wach. Ihm war jetzt kalt. Deshalb brachte ich ihn zurück auf die Station. Dort suchte ich ihm einen warmen Platz am Fenster. „Eine schöne Aussicht! Der Garten, der Himmel und die Wolken! Meine Frau ist auch da!“, schaute er dort ganz zufrieden nach draußen.

Über einige Umwege und ein Hin- und Herpendeln und Austarieren der Nähe-Distanzregulierung stellte sich in dieser ersten Sitzung spontan eine positive Über-

tragung ein. Nachdem Herr Z. der Musiktherapie gegenüber zuerst vorsichtige Bedenken geäußert hatte, weil er damit die Vorstellung von Leistungsanforderungen verband, denen er sich nicht gewachsen fühlte, nahm die Übertragung bereits nach der ersten gemeinsamen Improvisation idealisierende Züge an. In dieser Improvisation hatte ich mich mit meinem Spiel seinen ‚festen Einzeltönen‘ angepasst. Ihre Bestimmtheit bildete einen Kontrapunkt zu der Unsicherheit, die diesem Erstkontakt noch innewohnte. Doch blieb die Bedeutung dieses Kontrapunkts vorerst noch unklar. Wie sich dann aber in den folgenden Sitzungen herausstellte, brauchte Herr Z. ‚jemanden zum Festhalten‘. Seine Äußerung „Das war schön, das kannte ich gar nicht!“ signalisierte, dass bereits hier etwas auf einer sinnlich-symbolischen Ebene verstanden worden war.

Bezog sich seine Idealisierung nach der ersten Improvisation noch auf die Musik, so richtete sie sich nach der zweiten Improvisation bereits auf mich. Mit seinem Ausspruch „Sie sind so toll!“ idealisierte er mich in meiner begleitenden Rolle. Schon bei der Begrüßung hatte Herr Z. seine Frau und in diesem Zuge auch seine Mutter erwähnt, die er mit Musik in Verbindung brachte. Auch mir war seine Frau immer wieder eingefallen und diente uns so vorerst als Dritte, die unsere Beziehung vor zu viel Nähe schützte. Nach der Sitzung war dann aber endgültig klar, dass er mich in dieser Rolle sah. Sein Ausdruck der Zufriedenheit in Verbindung mit meinen Liedeinfällen und meiner Fantasie vom ‚Geschenk des Himmels‘ zeigt an, dass er mich jetzt in der Rolle einer idealisierten Ehefrau sah.

Diese Übertragung festigte sich im Verlauf der Therapie. Dabei nahm sie vermehrt Züge einer frühen Beziehungsfigur an. Gleichzeitig wurde Herr Z. auf der Station gelegentlich sehr unfreundlich zum Pflegepersonal. Dann entwickelte sich eine Hauterkrankung an seinen Füßen und eine neurologisch bedingte Gangunsicherheit trat auf. Exemplarisch sei aus der zehnten Sitzung berichtet:

Ich begrüßte Herrn Z.: „Guten Morgen Herr Z.!“ „Guten Morgen Frau Z.!“ entgegnete er mir und stand etwas schwerfällig auf. Er hatte Schwierigkeiten beim Gehen, denn seine Füße taten ihm weh. Wir machten uns dennoch auf den Weg in den Therapieraum. „Am besten wäre jetzt etwas Schokolade! Das ist die beste Theorie!“, meinte er unterwegs. Als wir das Therapiezimmer betraten, strahlte er: „Schön ist es hier!“ Er nahm auf einem bequemen Stuhl Platz und ich setzte mich neben ihn. „Hier ist es schön warm!“, fuhr er fort. Ich aber dachte: „Wie ein altes Ehepaar sitzen wir hier!“ Da ergriff Herr Z. meine Hand und ich bekam einen Handkuss. Vorsichtig löste ich mich von ihm und ging zum Klavier. Mir war der bekannte Walzer ‚An der schönen blauen Donau‘ von J. Strauß eingefallen, den ich nun spielte. Herr Z. schlief schon bei den ersten Tönen ein. Mein Spiel veränderte sich unterdessen. Der Walzer zerfiel in einzelne Bruchstücke. Herr Z. schlief immer noch. Allmählich löste sich das Stück auf, bis es ganz verklungen war. Ich wartete eine Weile. Dann setzte ich mich wieder neben ihn. Herr Z. griff schlaftrunken zum Metallophon: „Lass man!“ Dies verstand ich als Ausdruck seines Wunsches, passiv zu bleiben und weiter zu schlafen. So improvisierte ich noch ein wenig auf diesem Instrument, während Herr Z. wieder einschlief. Erst gegen Stundenende weckte ich ihn. „Gehen wir!“, fand er. Ich half ihm aufzustehen. Als

ich ihm dazu meine Hand reichte, meinte er: „Hast Du schöne warme Hände Mutti, gut, dass ich Dich habe!“

In dieser zehnten Sitzung wird der Charakter der idealisierenden Übertragung besonders deutlich. Herr Z. sah mich in der Rolle seiner Frau, die aber Züge einer frühen Mutter trug. Das Gefühl der Wärme, das Verschmelzungserlebnis im Einschlafen, die orale Fantasie von der Schokolade und nicht zuletzt seine Äußerung: „Hast Du schöne warme Hände Mutti!“ verbinden sich in dieser Stunde mit dem Ausdruck ödipaler Verliebtheit – dem Handkuss und dem Walzer. Dabei war die Unsicherheit in der Beziehung, die noch in der ersten Stunde mehr Aufmerksamkeit für die Regulierung von Nähe und Distanz von mir gefordert hatte, gewichen. Mit seinem Ausspruch „Gut, dass ich Dich habe!“ zeigte er, dass er sich jetzt ganz sicher gehalten fühlte. Die Musiktherapie hatte ihm die Festigkeit und den Halt geboten, der in der ersten Sitzung vorerst nur in der ersten Improvisation zum Ausdruck gekommen war. Dazu hatte sogar die grenzauflösende Darstellung des Walzers selber beigetragen, den ich in projektiver Identifizierung gespielt hatte. Die Szene, die den Walzer und die Improvisation enthielt, war zum Produkt einer Einigung geworden über den Sinn seiner Inszenierung. Wir können auch hier von einer sinnlich-symbolischen Interaktionsform sprechen. Deren Intention wird deutlich in seinem Ausspruch „Gehen wir!“ Herr Z. wollte sich verabschieden, aber nicht allein. Ich war in sein Selbsterleben eingeschlossen. Die Intention der letzten Szene, nämlich mit mir als einem subjektiven Objekt ödipaler Färbung zu verschmelzen, fügte sich so in die Intention seiner Inszenierung. Herr Z. konnte sich ein Auseinanderfallen seiner Ichfunktionen erlauben. Indem er die Bedeutungsgebung selbst sogar mir überließ, konnte er diese Funktionen mir übertragen und einschlafen.

Auch wenn bereits dargestellt werden konnte, worauf diese Möglichkeit zur Umkehrung der Symbolfunktion beruht und welche Formen sie annehmen kann, so ist bisher doch ungeklärt geblieben, welche Bedeutung wir diesem Rückzug beimessen sollen. Auch stellt sich die Frage, warum die semiotische Regression bei Frau I. in die Aktivität, bei Herrn R. und bei Herrn Z. aber in die Passivität führte.

Der Vorgang der Verschmelzung und Entdifferenzierung ist ja durchaus bekannt, z.B. im Pendeln zwischen Zuständen von Integration und Unintegriertheit (Winnicott 1993) nicht nur in Einschlafprozessen beim Säugling. Ebenso findet er in Ermüdungszuständen oder auch in lustvoller Sexualität bei Erwachsenen statt. In allen kreativen und therapeutischen Prozessen spielt er eine entscheidende Rolle. In jedem Fall ist die Bedeutung dieses Pendelns als eines ‚normalen‘ beachtenswert.

Was bei Herrn Z., bei Herrn R. und in allen ähnlichen Fällen den Unterschied zu Ermüdungszuständen, zum Orgasmus und zu kreativen oder auch therapeutischen Prozessen ausmacht, ist der Umstand, dass sich diese regressive Entwicklung wiederholte und fortsetzte in Form körperlicher Verschlechterung.

Bei beiden hatten sich im Zuge ihrer Regression und des Auseinanderfallens ihrer Ichfunktionen und gänzlich von ihrem Erleben gespalten, eine Hauterkrankung an den Füßen und neurologisch bedingte Gangstörungen entwickelt, die ihnen das Gehen erschwerten. Mit den Vorstellungen vom Trabrennen im poetischen Sprechen und vom Walzertanzen in der Musik wurden auf einer sinnlich-symbolischen Ebene zwar einerseits die Übertragungssituationen treffend formuliert. Sie erwiesen sich aber wegen der somatischen Einschränkungen als illusionistische Fantasien.

Dies aber heißt, dass sich hier im Zuge der Symbolbildung – wieder aus einer phänomenologischen Perspektive betrachtet – eine Spaltung vollzog zwischen einem Vorstellungskomplex mit einem idealisierenden Inhalt auf der einen Seite und sich verschlechternden Körperprozessen andererseits. Spaltung und Idealisierung zählen bekanntlich zu den frühen Formen der Abwehr. In den zuletzt dargestellten Beispielen allerdings waren Spaltung und Idealisierung keine Abwehrfiguren, sondern Folge der Symbolbildung, welche hier die Gestalt sinnlich-symbolischer Interaktionsformen hatte. Dies markiert einen wesentlichen Unterschied, den es zu untersuchen gilt.

Betrachten wir exemplarisch noch einmal die Form der Spaltung bei Herrn Z. genauer. Sie präsentierte sich nicht konkretistisch als Spaltung zwischen der idealisierten Therapeutin und der Körperreaktion, sondern aus einer Außenperspektive betrachtet als Trennung zwischen einem Vorstellungskomplex mit einem idealisierenden Inhalt und der Körperreaktion. Die Analogie zwischen dem Inhalt der Vorstellung (dem Tanz) und der Art seiner körperlichen Einschränkung (erst die Fußerkrankung, später die zunehmende neurologisch bedingte Gangunsicherheit) weist auf einen metaphorischen Zusammenhang hin.

Diesen Zusammenhang möchte ich mit Hilfe einer differenzierenden Reflexion des musikalischen Materials als letztes darstellen.

Der Walzer ist ein Paartanz und gehört zu den Drehtänzen. Den Schwindel erregenden Taumel beim Drehen im Dreivierteltakt und die Berührungen des Paares in der engen Tanzhaltung hielten vor allem die Herrschenden seit dem Mittelalter für ‚obszön‘. Erst die gesellschaftlichen Umstrukturierungen als Auswirkung der französischen Revolution im 19. Jahrhundert machten den Walzer dann allmählich für alle sozialen Schichten gesellschaftsfähig. Diese Entwicklung wurde seit dem Wiener Kongress (1814/15) weiter vorangetrieben. Heute gehört der Walzer zu den eher ‚altmodischen‘ Standardtänzen. Vor allem Tänze aus Amerika haben den Walzer abgelöst.

Ich war – ergriffen von der Szene – auf die Idee gekommen, diesen Walzer zu spielen als Sinnbild einer vergangenen ‚alten Zeit‘, welche in der ‚Verliebtheit‘ von Herrn Z. wiederkehrte.

Die Einigung mit Hilfe des Walzerzitats lässt sich vor dem Hintergrund dieser Überlegungen und Informationen daher beschreiben als Einigung über die Bedeutung der Wiederkehr einer ödipalen Szene in der Übertragung. Das Walzerzitat als Kulturprodukt und Deutung dieser Inszenierung rückte die ‚alte Zeit‘, in der das Inzesttabu die Erfüllung des ödipalen Wunsches verhindert hatte, aber in ein anderes Licht. Denn da das Zitat hier gleichzeitig als sinnlich-symbolische Interaktionsform und Formulierung des dyadischen Übertragungsgeschehens verwendet wurde, aktivierte es frühe idealisierte Objektrepräsentanzen. Dadurch entstand die Illusion, dass der ödipale Wunsch erfüllt wurde, denn im Zitieren verschmolzen die ödipale und die dyadische Übertragungsfigur miteinander. Diese Verschmelzung machte die ‚alte Zeit‘ zu einer nachträglich ‚guten‘. Die Formulierung in Gestalt des Zitats hob daher die Hemmung auf, die mit dem Inzesttabu verbunden war. Das Vergessene am Walzer, das Tabu, das über die verpönte Körperlichkeit verhängt war, wurde durch seine Verwendung als Formulierung des dyadischen Interaktionsgeschehens infrage gestellt, da sie deren genitalen Aspekt als vergangenen benannte. Die Lust richtet sich im oralen Modus ja auf die Mutter als haltender Umwelt, nicht aber auf den Anderen als Objekt des Begehrens. Andererseits kommentierte das Walzerzitat eben diese dyadische Übertragungsfigur als nachträgliche, welche so als haltende Umwelt von Herrn Z.s Geschichte benannt und damit zu deren Rahmen wurde. Der Walzer war also zwar Ausdrucksfigur einer Urszene, aber im Zitieren wurde die Urszenenphantasie selber zur Metapher für die Wiedervereinigung mit der Mutter der Dyade.

Das bedeutet, dass der Vorgang der Verschmelzung bei Herrn Z. zwar dem dyadischen Element in den sinnlich-symbolischen Interaktionsformen zugerechnet werden kann und insofern auf die Übertragung einer sehr frühen dyadischen Beziehungsfigur hinweist, dass er aber nicht identisch ist mit dem kindlichen Verschmelzungsvorgang. Vielmehr setzt er die Möglichkeit zur Symbolbildung voraus, die dort erst erworben wird. Ich möchte ihn daher als einen Akt der Sublimierung und als weit fortgeschrittenen Metaphorisierungsvorgang auffassen. Insofern handelt es sich bei Herrn Z. (wie auch bei Herrn R.) eigentlich weniger um einen Spaltungsvorgang als um einen Trennungsvorgang. Auch die sinnlich-symbolischen Interaktionsformen trennen ja vom Objekt, das noch als subjektives Objekt wahrgenommen wurde, und machen es allmählich zu einem Objekt, das dem Selbst nichtidentisch ist. Das erste Nichtidentische am Objekt aber, das ja noch subjektives Objekt ist und insofern das Selbst des Kindes einschließt, betrifft den Körper, der als dyadischer und somit mütterlicher und kindlicher damit zum ersten Außen des Kindes wird. Das aber heißt, dass die Symbolbildung in der Szene mit Herrn Z. ein Schritt in Richtung totaler metaphorischer Identität mit dem subjektiven Objekt war, wobei sein Körper zum nichtidentischen Außen wurde. Herr Z. kehrte im Sterben symbolisch in den Mutterleib zurück. Dabei lösten sich seine Übertragung und meine Gegenübertragung im ‚Ergriffensein von der Szene‘ (Niedecken 2001) ineinander auf. Herr Z. konnte sich sterbend in der Metapher des Walzertanzes ‚ewig bewahrt‘ fühlen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Phänomene, die von außen gesehen wie eine Umkehrung der Symbolfunktion und ein Spaltungsprozess aussahen, sich jetzt in ihrer Bedeutung als Extrem der Symbolisierung begreifen lassen, die nur mit Hilfe der sinnlich-symbolischen Interaktionsformen möglich war.

Vergleich: der Bezug zum Konkreten und zum Triebgeschehen

Vergleichen wir abschließend die drei Fallvignetten, so unterscheiden sie sich trotz einer ähnlich regressiven Übertragungs- und Symbolisierungsebene durch ihren Bezug zum ödipalen Modus und zum Konkreten. Dies markiert einen wesentlichen Unterschied im Weltbezug.

Bei Frau I. war dieser Bezug bestimmt von aktivierenden und unterdrückenden Interaktionsformen, die aus dem dyadischen Erleben stammten und sich in ihren aktuellen Beziehungen wiederholten. Liebe bedeutete für sie Unterwerfung unter deren Anforderungen. Insofern hatte sie in ihrem dementiellen Zerfallsprozess ‚noch etwas zu erledigen‘, um sich aus ihrer Abhängigkeit zu befreien. Dazu konnte der Sinngehalt ihres Enactments beitragen, der zusammen mit der Therapeutin gefundenen und formuliert werden konnte. Frau I. konnte sich ihrer Lebensaufgabe in der Verneinung zuwenden.

Herrn R. dienten Worte und Hinweise aus der Außenwelt als Metapher für einen Prozess, den er als Triebgeschehen erlebte und in dem Anfang und Ende seines Lebens ineinander fielen. Der Halt, der ihm durch den Verstehensprozess der Therapeutin für seine Ängste gewährt wurde, erlaubte ihm, sich der Situation zu überlassen.

Für Herrn Z. wurde die ödipale Phantasie zur Metapher der dyadischen Beziehungsfigur. Der musikalische Ausdruck eignete sich hierfür in hervorragender Weise. Denn er war weder konkreten Tätigkeiten verpflichtet – wie in der Szene mit Frau I. – noch erinnerte er an die Abstraktheit der diskursiven Sprache – wie bei Herrn R. Vielmehr konnte er in seiner einzigartigen Sinnlichkeit und Geschichtlichkeit der Therapeutin dazu dienen, Herrn Z. einen symbolischen Raum offen zu halten, in dem er sich geborgen fühlen konnte. Herr Z. konnte sich dem Sterbeprozess überlassen und sich in Frieden von dieser Welt verabschieden.

Anmerkung: Die Fallbeispiele stammen aus Dehm-Gauwerky, B.: Inszenierungen des Sterbens. Tectum 2006, und aus: Über die totale Metaphorisierung im Prozess des Sterbens. PSYCHE 61, 2007, und aus: Einen Menschen braucht man hier. In: Musiktherapie in der Palliativ- und Hospiz-Arbeit. Reichert Verlag 2014.

Literatur

- Bion, W. (1962): *Learning from Experiences*. London [Deutsche Ausgabe: Bion, W. (1992): *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt a. M.]
- Dehm-Gauwerky, B. (2006): *Inszenierungen des Sterbens*. Marburg
- Dehm-Gauwerky, B. (2007): *Über die totale Metaphorisierung im Prozess des Sterbens*. *Psyche – Z Psychanal* 61, 493–514
- Dehm-Gauwerky, B. (2014): *„Einen Menschen braucht man hier“*. In: Schenk, M.; Löhr, R. (Hrsg.): *Musiktherapie in der Palliativ- und Hospiz-Arbeit*. Wiesbaden, 17–30
- Fonagy, P.; Target, M. (2002): *Neubewertung der Entwicklung der Affektregulation*. *Psyche – Z Psychanal* 56, 839–862
- Freud, S. (1895a): *Studien über Hysterie*. GW I, 81–312, Frankfurt a. M. 1999
- Freud, S. (1920): *Jenseits des Lustprinzips*. GW XIII, 1–69, Frankfurt a. M. 1999
- Gergely, G. (2002): *Ein neuer Zugang zu Margret Mahler: normaler Autismus, Symbiose, Spaltung und libidinöse Objektkonstanz aus der Perspektive der kognitiven Entwicklungstheorie*. *Psyche – Z Psychanal* 56, 809–848
- Lorenzer, A. (1970a): *Spracherstörung und Rekonstruktion*. Frankfurt a. M.
- Lorenzer, A. (1970b): *Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffs*. Frankfurt a. M.
- Lorenzer, A. (1981): *Das Konzil der Buchhalter*. Frankfurt a. M.
- Lorenzer, A. (1983): *Sprache, Lebenspraxis und szenisches Verstehen in der psychoanalytischen Therapie*. *Psyche – Z Psychanal* 37, 97–111
- Niedecken, D. (2001): *Versuch über das Okkulte*. Tübingen
- Ogden, T. H. (1998): *A question of voice in poetry and psychoanalysis*. *Psychoanalytic Quarterly* 67, 426–448
- Werkhofer, K. (1981): *Kindersprache im sensomotorischen Austausch*. Diss. TU Berlin
- Winnicott, D. W. (1993): *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Frankfurt a. M.

Dr. Barbara Dehm-Gauwerky
Eschenweg 50
22949 Ammersbek
B.Dehm-Gauwerky@gmx.de.

Empathie und Mentalisierung: Zusammenhänge und mögliche Konsequenzen für die Musiktherapie

Empathy and Mentalization: Connections and Possible Consequences for Music Therapy

Christiane Seidel, Wien/Hamburg

Überlegungen zu Ursprüngen der Empathie und der Mentalisierung werden beschrieben. In erster Linie sollen Ähnlichkeiten sowie Störungen beider Phänomene untersucht und musiktherapeutische Behandlungsansätze aufgezeigt werden. Eine mögliche Förderung von Empathie durch Musiktherapie (mit den Konzepten der Resonanz, Einschätzung der Beziehungsqualität (EBQ Instrument) und Synchronisation) wird hierbei mit Fallvignetten beschrieben und auf Mentalisierung übertragen.

This article takes into consideration and describes the underlying origins of empathy and mentalization. First and foremost, the similarities, as well as disorders, of both phenomena are investigated, and music therapy treatment approaches shown. The possible promotion of empathy through music therapy (with resonance, Assessment of the Quality of Relationship (AQR-instrument) and synchronisation concepts) are described in case vignettes and transferred to mentalization.

Einführung

Mentalisieren bezeichnet die Fähigkeit des Menschen, den Zusammenhang zwischen Verhalten, intentionalen und mentalen Zuständen imaginativ wahrzunehmen und zu interpretieren (Fonagy et al. 2004).

Empathie tritt entwicklungspsychologisch früher auf und beschreibt die Fähigkeit, Gefühle beim anderen wahrzunehmen und diese vor allem vorbewusst, in einer Form emotionaler Resonanz, zu verstehen.

Fonagy bezeichnet in seinem Buch die emotionale Resonanz als Voraussetzung für eine gelungene Empathieentwicklung (2004).

Was haben beide Fähigkeiten gemeinsam? Worin unterscheiden sie sich? Welchen Beitrag könnte die Musiktherapie bei der Entwicklung beider Fähigkeiten leisten? Kann eine musiktherapeutische Herangehensweise der Empathieförderung in einer mentalisierungsgestützten Therapie wichtig sein?

Diese Fragen versucht der nachfolgende Artikel zu beantworten, mit dem Ziel einer Erweiterung des Blickwinkels auf musiktherapeutische Behandlungsmöglichkeiten von Mentalisierungsstörungen.

1. Empathie

Was ist Empathie?

Durch die Fähigkeit zur Empathie gelingt es uns, dass wir uns mental in einen anderen Menschen hinein versetzen können, ihn implizit verstehen und emotional adäquat reagieren können (Seidel 2009).

In der psychotherapeutischen Arbeit sind empathische Fähigkeiten des Therapeuten die Grundvoraussetzung der therapeutischen Arbeit. „Einfühlung in die Introspektion anderer“ bezeichnete Heinz Kohut (1977) das Phänomen der Empathie in den 1970er Jahren.

Andere psychologische Definitionen unterscheiden den affektiven und den kognitiven Aspekt von Empathie. Während beim affektiven Verständnis die emotionale Lage eines Anderen eigene emotionale Reaktionen auslöst (Lentsch 2007), betont die kognitive Empathie eher das intellektuelle Verstehen und sich Vorstellen des mentalen Zustands eines anderen (Hogan, zit. nach Lentsch 2007). Der ursprünglich implizite, also vorbewusste Charakter der Entstehung empathischer Gefühle bildet einen gemeinsamen Nenner.

Nach Auffassung des Neurobiologen Rizzolatti, der die Spiegelneuronen ‚mitentdeckte‘ (Rizzolatti 2008), ist der kognitive Teil von Empathie vor allem ein impliziter Vorgang. Demgegenüber entwickelten Preston und de Waal (2006) ein Konzept der kognitiven Empathie, welches explizites Mentalisieren verlangt. Dies beinhaltet aktive Arbeit mit den imaginativen Repräsentationen des eigenen Erlebens. Kognitive Empathie verlangt eine Erweiterung der Perspektive sowie aktive Vorstellungskraft (Allen/Fonagy/Bateman 2011).

Entwicklung von Empathie

Wie und wann entwickelt sich Empathie? Ausgehend von der frühen Mutter-Kind-Bindung entwickelt sich ein Geschehen zwischen Mutter und Säugling, in dem beide Partner einen scheinbar zufälligen Austausch von Signalen bilden und ein Ablauf von Verhaltenssequenzen entsteht, die ein determiniertes Ziel anstreben. Innerhalb dieses Dialogs entwickelt das Kind seine Fähigkeit zur Beziehung.

Austauschmöglichkeiten bilden in dieser Zeit Vokalisierung, Berührung und Imitation. Bei Sterns Theorie wird die Regulation der Affekte als *Affektangleichung* verstanden, ein vergleichbarer Vorläufer der ‚Gefühlsansteckung‘ (vgl. Bischof-Köhler 1993), die wiederum als Vorläufer von Empathie gilt.

Stern zufolge entsteht nach dem auftauchenden Selbst das Kern-Selbst, in dem das Kind als solches sich schon als vom anderen getrenntes Selbst wahrnimmt. Der Säugling kann in dieser Phase bereits innere Repräsentanzen ausbilden, wobei es sich hauptsächlich um affektive Schemata handelt, die aus den regulierenden Handlungen eines sogenannten „evozierten Gefährten“ (Stern 2007, 163ff.) hervorgehen.

Im weiteren Entwicklungsverlauf macht der Säugling ab dem 7.–9. Lebensmonat die Erfahrung, Gefühle und Gedanken mit anderen teilen zu können. Bei Stern

steht die Entwicklung des intersubjektiven Selbst im Zentrum, hervorgehend aus der intersubjektiven Bezogenheit.

Empathie soll in der Ontogenese bei jedem Kind erstmals auftreten, wenn es sich im Spiegel erkennt und damit anzeigt, dass es ein Selbstkonzept ausgebildet hat (Bischof-Köhler 1993). Zeitpunkt hierfür ist das Ende der sensumotorischen Phase (Piaget, 16–24 Monate), wenn sowohl die Fähigkeit, Sachverhalte in der Phantasie symbolisch repräsentieren zu können als auch die Vorstellungstätigkeit einsetzen. Auch Objektpermanenz, Erkennen der ‚Nennfunktion‘ der Sprache und erste einsichtsvolle Problemlösungen gehören zu den Fähigkeiten des Kindes (Bischof-Köhler 1993) dieser Entwicklungsphase.

Nach neueren Erkenntnissen besteht ein Zusammenhang zwischen Handlung und Emotion (Molnar-Szakacs/Overy 2006), da es im motorischen Kortex intermodale Verknüpfungen gibt, die in präreflexiver und präverbaler Weise Intersubjektivität ermöglichen könnten: Spiegelneurone werden aktiv, wenn man bei einem anderen eine Handlung oder ein Gefühl (über verschiedene Wahrnehmungskanäle) beobachtet. Sie können implizite emotionale Abstimmung ermöglichen. Die Handlungen anderer (auch Musik) können Emotionen beim Selbst evozieren, und es kommt zu intersubjektiven Resonanzphänomenen.

Auch wenn zur Entstehung von Empathie neben neuronaler Aktivierung kognitive, mentale Prozesse vonnöten sind (Preston/de Waal 2002), so stellt die Entdeckung der Spiegelneurone neue Zusammenhänge her.

Störungen und Therapie der Empathieentwicklung

Das Kleinkind ist auf die Feinfühligkeit der Bezugsperson angewiesen: Weder Über- noch Unterstimulierung sind förderlich. Die Bezugsperson sollte den inneren Prozessen des Kindes folgen. Bei fehlender Synchronisation, also zeitlicher Abstimmung in der Interaktion, ist diese für das Kind irritierend (Schumacher 2008), es muss kompensatorische Strategien entwickeln, um mit diesen Irritationen umzugehen. Diese Abstimmungsreaktionen auf Fehlverhalten der Bezugsperson kann habituell zur Störung von intersubjektiver Bezogenheit (Stern 2000) und somit zur Störung der Empathiefähigkeit führen: Es handelt sich hierbei um Anpassungsmuster, die jedoch in anderen Situationen nicht mehr abgelegt werden können, es entwickeln sich ‚Fehlanpassungen‘.

Empathiefähigkeit kann auch durch soziale Kognitionen beeinträchtigt werden: Vorstellbar sind zum Beispiel Situationen, in denen Persönlichkeitsanteile, die mit ‚Schwäche zeigen‘ zu tun haben, versteckt werden müssen. Hierzu schreibt der Psychoanalytiker Arno Gruen (1997): „Findet sich das Kind in den Reaktionen der Eltern nicht gespiegelt, fehlt eine emotionale Resonanz, ein Echo auf Erwartungen und Bedürfnissen, dann kippt die Sicherheit des Aufgehobenseins weg, und traumatisierende Hilflosigkeit entsteht“ (Gruen 1993, 80). Das Kind darf hier keine Schwäche zeigen, und kann somit kein Mitgefühl mit seinen eigenen Schwächen entwickeln.

Emotionale Resonanz und als Folge Empathie kann nur empfunden werden, wenn man mit sich selbst in Resonanz sein kann.

Pathogene Entwicklungen der Empathiefähigkeit sind im intersubjektiven Dialog durch Störungen im affect-attunement, in der Inter-Synchronisation und damit auch in der Intersubjektivität erkennbar.

Es stellt sich die Frage, inwiefern Musiktherapie als handlungsorientierte, emotional förderliche Therapieform bei Störungen der Empathiefähigkeit wirksam sein könnte.

Resonanz und Intersubjektivität

„Resonanz“ bezeichnet Gindl (2002) als zwischenmenschliche Interaktion. Sie ist im Sinne eines ganzheitlichen Aufeinanderbezogenseins zu verstehen und hat Bedeutung für die therapeutischen Beziehung (2002, 15).

Hier können mit der sogenannten „reflektierten Sensitivität“ (Gindl 2002, 174) entstehende Resonanzen in der Therapie bearbeitet werden.

Musik wird innerhalb des Resonanzkonzeptes als Medium der therapeutischen Beziehung gesehen. Mit dieser Resonanz können Menschen, die scheinbar beziehungsfähig sind, aber in einer resonanzlosen oder auch nicht authentischen Weise kommunizieren, wiedererlernen, Intersubjektivität zu empfinden. Die therapeutische Beziehung ist hierfür das „Gefäß“ (Gindl 2002, 232f.), das die dann ausgelösten Gefühle und Erfahrungen tragen kann, ohne dass der Patient von Affekten und Gefühlen überschwemmt wird.

Wie kann also Intersubjektivität in der Musiktherapie entstehen?

Vor allem bei Menschen, die kein Intersubjektivitätsempfinden entwickelt haben, so Gindl, sei es wichtig, auf die „Musik hinter der Musik“ zu hören. Patienten neigen dazu, mit ihrem Verhalten ihren wirklichen Zustand zu überspielen – auch in einer musikalischen Improvisation. Dass sie beispielsweise innerlich zwar traurig sind, sich aber nach außen fröhlich geben. Hinter dem Gespielten könne dann „ein Schreien oder eine Sehnsucht hörbar“ (Gindl 2002, 239ff.) sein. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, diesen Hintergründen Aufmerksamkeit zu schenken, genau zu hören, darauf zu reagieren und so einen intersubjektiven Raum zu schaffen; mit den Affekten, die der Patient – kaum spürbar – mitbringt.

Empathie kann sich nur dann entwickeln, wenn der Therapeut als authentisches Gegenüber erscheint und so in der Therapiestunde ad hoc „Beziehungsmaterial“ entsteht, mit dem dann gearbeitet werden kann.

Fallvignette, Teil 1: Resonanz geben

Die 68 Jahre alte Patientin befindet sich seit 2 Jahren auf einer geriatrischen Station eines Krankenhauses. Sie leidet an schweren Depressionen und lässt kaum Menschen in ihrem Umfeld zu. In den ersten Stunden leistet die Patientin massiven Widerstand und zeigt sich wie durch einen emotionalen, wütenden Panzer. Sie scheint wie gefangen zu sein und hält nur wenig Kontakt aus – sie scheint weder mit sich selbst noch mit dem

Gegenüber in Resonanz sein zu können. Einzig ihr gebildeter Ruf und ihre korrekten Umgangsformen bilden Schutz und Ressourcen, die ihr die respektvoll-fürsorgliche Haltung von Seiten des Stationspersonals ermöglichen. Ich verhalte mich als Therapeutin wie ein Gefäß, biete ihr Kontakt an, bin da und gebe ihr Resonanz, wenn eine ihrer Gefühlsregung mich erreicht. Ich muss diesen Kontakt sehr vorsichtig gestalten und ständig regulieren: Weder zu wenig noch zu viel Raum muss ich schaffen, um ihr einerseits Halt geben zu können und sie andererseits nicht ‚zu frei‘ zu lassen. Die Kontaktmöglichkeit entsteht schließlich durch den Bezug zur Klaviermusik, die die Patientin als Kind gehört hat, sowie durch Erinnerungen an Tanzabende mit ihrem damaligen Ehemann. Die Musik ihres Lieblingskomponisten Frederic Chopin wird zum Container für die Beziehung und wir hören gemeinsam CDs mit bekannten Walzern des französischen Komponisten. Der Zugang zur Musik wird gefühlsneutral gestaltet, um einen Boden zu schaffen, auf dem sich gegebenenfalls Gefühle entfalten können. Der ‚intellektuelle Umgang‘ mit der Musik fällt ihr – und mir im Umgang mit ihr – leichter als die direkte emotionale Ansprache. Trotzdem entwickelt sich der Kontakt schleppend und erfordert viel Fürsorge. In den Stunden, in denen die Patientin nicht bereit ist teilzunehmen, warte ich auf sie. Ein besonderer Moment entsteht in der 8. Stunde der wöchentlichen Sitzungen: Wir hören zunächst Bachs 3. Brandenburgisches Konzert. Die Patientin springt plötzlich auf und ruft „Ich stinke“ und möchte sich mit meiner Hilfe umziehen. Für mein Empfinden ist das ein großer Vertrauensbeweis. Nach dieser Aktion hören wir einen Walzer und die Patientin fängt an, sich intensiv mit der Musik hin und her zu wiegen. Der sie umgebende Panzer ist abgefallen und sie ist mit sich selbst in Resonanz, wirkt befreiter als zuvor. Die Patientin fühlt sich anscheinend sicherer und wird affizierbar. In den folgenden Stunden nehme ich weiterhin die lauschende Haltung ein, um Resonanz entstehen lassen zu können. Schwierige Momente werden mit rationalen Beschäftigungen überbrückt (zum Beispiel inhaltliche Beschäftigung mit dem CD-Cover). Von nun an kommt es immer wieder zu fröhlichen Momenten, angefüllt mit verschiedenen Materialien und Aktivitäten. Das oben beschriebene Wiegen zur Musik taucht auch in der folgenden Zeit manchmal auf, einmal singt die Patientin sogar mit. Das Therapieende zeigt schließlich einen adäquateren Umgang der Patientin mit Gefühlen, sie reagiert emotional angemessen, verabschiedet sich und wünscht mir mit warmem Ausdruck „alles Gute“. Die Patientin hat die Erfahrung gemacht, emotional an einer Situation teilhaben zu können und kann dies auch im Kontakt mit mir an mich weitergeben.

EBQ

Karin Schumacher entwickelte gemeinsam mit Claudine Calvet das Instrument zur Einschätzung der Beziehungsqualität (EBQ). Im Folgenden soll ein Bezug zwischen Empathie und dem EBQ Instrument hergestellt werden.

Im EBQ wird die interpersonelle Aktivität in den verschiedenen Modi analysiert (Schumacher 2004): Die Modi 0–3 beziehen sich auf die Empfindungen des auftauchenden Selbst und des Kern-Selbst. In diesen Modi lernt der Patient, mit sich selbst in Resonanz zu sein. Im Modus 4 kann sich der Therapeut mit empathischen Ideen einbringen, wird also als Person, die Bezug nimmt, akzeptiert. Die Haltung des Therapeuten ist erwartungslos, um den Patienten nicht zu überfordern. In der Skala zum stimmlich-vorsprachlichen Ausdruck (VBQ) heißt es für

Modus 4, dass erste interpersonelle Beziehungsnahmen durch den Wunsch nach Rückversicherung sowie Interintentionalität und Interattentionalität gezeigt werden. Intersubjektivität findet zwischen beiden Interaktionspartnern statt.

Im Modus 5 reagieren die Interaktionspartner wechselseitig in Frage und Antwort aufeinander. Schumacher spricht hier von Interaktivität. Über das Ich-Du-Empfinden aus Modus 4 hinaus entsteht nun ein Ich-Du-Bewusstsein: ein gemeinsamer Spielraum, der gegenseitig ausgehandelt wird, ist eröffnet.

Im Modus 6 hat die Beziehung zwischen Therapeut und Patient einen spielerischen Charakter und dient vor allem dem Ausprobieren von gemeinsamen Affekten. So kann der Ausdruck der inneren Welt des Patienten ‚geübt‘ werden.

Im Modus 7 schließlich wird über die Erfahrungen gesprochen und reflektiert: Affekt und Sprache werden miteinander verbunden (Schumacher/Calvet-Kruppa 2005, 12). Die Reflexionsfähigkeit in das eigene Verhalten wird hier geübt. Dies führt zu einer Bewusstwerdung, also zu explizitem Wissen um das Geschehene. Dies ist bedeutsam, um das Geschehen und die Veränderung, die sich während der Therapie entwickelt, nach und nach auch in das restliche Leben übertragen zu können.

Es besteht demnach die Möglichkeit, dass Fähigkeiten zur Ausbildung von Empathie in Therapien (wieder) gelernt werden können. Durch den gemeinsamen Austausch von Affekten, durch das Erleben des anderen und den spielerischen Umgang mit dem anderen sowie mit Affekten und durch das Abstrahieren und Reflektieren des Erlebten, können Patienten die innere emotionale Welt neu erfahren – und somit auch das Erleben und Erfahren des Anderen.

Fallvignette, Teil 2: Beziehungsaufbau

Die eben bereits beschriebene Patientin bewegt sich zunächst vor allem in Modus 0–3, die Therapeutin ist in einer zurückgenommenen Position, darf nur bedingt Resonanz geben und ist in einer lauschenden Haltung. Im Verlauf der Therapie entstehen lebendigere Therapiesequenzen, die Patientin ist jedoch noch immer in Modus 3–4, also nicht wirklich dialogfähig: Es darf noch nicht zu einem häufigeren Hin und Her zwischen Therapeutin und Patientin kommen, da diese sich dann entzieht. Die Patientin kann bislang noch sehr wenig von sich selbst zeigen, außer in den selbstvergessenen Momenten des Musikhörens (Modus 3) oder beim Wunsch angezogen zu werden (Modus 4), hier fühlt sie sich sicher. Auf dieser Basis entwickelt sich immer wieder ein Austausch (Modus 4), der am Ende der Therapie in Modus 5–6 mündet: Es entstehen erste Momente von Interintentionalität und Interattentionalität (beim Musikhören), in den Dialogen kommt es zu wechselseitigem Reagieren, sowie zu Frage/Antwort-Sequenzen.

Die Beziehungsentwicklung schreitet voran in Richtung Aufbau von Intersubjektivität und Empathie.

Synchronisation

Bei der Analyse von Therapien gelten synchrone Momente als besonders wichtig für den Therapieverlauf. Synchronizität wurde bis dato in der Bindungstheorie (Bowlby 1985; Ainsworth 1969, zit. nach Schumacher 2008) nachgewiesen: Sie

beruht auf der Fähigkeit einer Bezugsperson, feinfühlig auf ein Kind einzugehen und dadurch positive Affekte hervor zu rufen. Dies führt zu positiven Interaktionserfahrungen und oftmals zum Phänomen sicherer Bindung. In den Theorien wird unterschieden zwischen Inter- und Intrasynchronisation (Empfinden von Selbstkohärenz), offensichtlicher Synchronisation (dauert an und führt Veränderung herbei) und diskreter Synchronisation (zufällige Begleiterscheinung). Der Entwicklungsschritt in Therapien geht von diskreter Synchronisation, die in einer Therapiesituation ausschließlich vom Therapeuten intendiert wird, hin zu offensichtlicher Synchronisation, die mit Intersubjektivität gleichgestellt wird. Intersubjektivität führt dann wiederum auch zu der Fähigkeit, Empathie empfinden zu können.

Die Affektabstimmung ist eng mit der Synchronisation verbunden (Schumacher 2008): Während die Synchronisation die zeitliche Übereinstimmung meint, wird mit der Affektabstimmung die gefühlsmäßige Übereinstimmung beschrieben. Durch das Erleben positiver Affekte wird ein längerer Austausch mit der Bezugsperson ermöglicht. Dies ist die Voraussetzung für die Entwicklung affektiver Resonanz, die zum Lesen lernen der Gefühle von Mitmenschen führt. Folgen sind Intersubjektivität und Empathie. Als neuronale Verursacher von Synchronizität werden die Spiegelneurone betrachtet: Sie machen möglich, dass sowohl Bewegungen als auch Emotionen des Anderen nachempfunden werden können.

EBQ und Synchronisation

Die durch Synchronisation entstandenen ‚nahen Momente‘ lösen beim Patienten Affekte aus, die zu regulieren sind. Je nachdem in welchem Modus der Beziehungsqualität (s.o.) sich der Mensch befindet, reagiert der Therapeut unterschiedlich auf die ausgelösten Affekte der synchronen Momente.

Ab dem Modus 4, in dem erste intersubjektive Erfahrungen gemacht werden, können also diese gemeinsamen synchronen Momente entstehen. Im Modus 4 werden außerdem synchrone Momente am meisten gesucht (s. Fallvignette Resonanz).

Im Modus 5 hingegen sind diese schon als zugehörig akzeptiert, und das synchrone Spiel wird durch das dialogische Spiel abgelöst.

Im Modus 6 werden synchrone Momente genossen: Im Spiel werden verschiedene Affekte ausprobiert und der Umgang mit ihnen wird geübt.

Im Modus 7 ist die Einbeziehung von Sprache in die Synchronisation gegeben: Nur wenn auf körperlicher, stimmlicher und damit affektiver Ebene synchrone Erfahrungen gemacht werden konnten, kann dies auch in die Sprache einbezogen werden.

Werden diese Erfahrungen von Bezogenheit durchlaufen, kann ein wahres Empfinden des Selbst und des Gegenübers aufgebaut werden. Dies ermöglicht es, den anderen in seinen Affekten wahrzunehmen und sich darauf abzustimmen. Die Einbeziehung von Sprache und Bewusstheit ermöglicht kognitive Schlüsse über die Befindlichkeit des anderen (Schumacher 2008).

Fallvignette, Teil 3: Synchronisation als beziehungsförderndes Konzept

Die beschriebene Patientin befindet sich vor allem in Modus 0–4, kann also von den synchronen Momenten vor allem dann profitieren, wenn sie diskret entstehen. Sie ermöglicht den Kontakt. Das Musikhören ermöglicht ihr die Synchronisation (Ordnung) ihres Gefühlszustandes, der ihr nach und nach auch das Entstehen von Inter-subjektivität ermöglicht. In einem Moment der Therapie, in der sich die Patientin mithilfe der Therapeutin umzieht, entsteht viel Nähe. Diese Situation ist ein ‚Peak‘ in der Qualität der therapeutischen Beziehung, in der die Patientin ihre Sehnsucht nach Nähe (Interintentionalität) ausdrückt.

Zusammenfassung

Anhand der beschriebenen Aspekte zur Empathieentstehung und deren Bedeutung, sowie anhand der Ebenen zur Erklärung und Bedeutung der Störungen von Empathie wurden musiktherapeutische Konzepte zur Behandlung betrachtet. Resonanz, EBQ und Synchronisation sind resonanz-, beziehungs- und bindungsfördernde musiktherapeutische Konzepte, die sich aufgrund ihres Ansatzes positiv auf die Empathiefähigkeit auswirken können.

2. Mentalisierung

Definition und Entwicklung – empathierelevante Aspekte

Die Theorie der Mentalisierungsfähigkeit entstand u.a. aus neurowissenschaftlichen, kognitionspsychologischen (Theory of Mind), bindungstheoretischen und entwicklungspsychologischen Erkenntnissen (Dornes 2004). Ihre empirische Begründung findet sie in den frühen Interaktionen des Säuglings mit seiner Mutter.

Mentalisieren ist eine sowohl implizite als auch explizite imaginative Fähigkeit. Sie findet also einerseits intuitiv, prozedural und vorbewusst, andererseits auch bewusst und gezielt statt. Die Fähigkeit zum Mentalisieren sagt aus, dass ein Mensch eigenes Verhalten oder das Verhalten anderer in einem bedeutungsvollen Zusammenhang mit intentionalen mentalen (inneren) Zuständen und Vorgängen erleben und verstehen kann. Bei diesen intentionalen Zuständen handelt es sich z.B. um Gefühle, Gedanken, Bedürfnisse, Wünsche, Begründungen, Bedeutungen und ganz persönliche Lebenserfahrung. Die Mentalisierungstheorie beinhaltet die „Entdeckung des Geistes“ (Dornes 2004, 175) und stellt einen Zusammenhang her zwischen beobachtetem Verhalten und den dahinter stehenden Absichten. Ihre Entwicklung erfolgt in interaktivem Dialog mit der primären Bezugsperson (Allen/Fonagy 2008).

Beim impliziten Mentalisieren gelingt es, sich in eine andere Person hinein zu versetzen, das Selbstgefühl gilt hierbei als Voraussetzung (wie bei Empathie). Folge davon ist ein Gefühl von Souveränität in einer zwischenmenschlichen Begegnung. „Ein Gutteil der psychotherapeutischen Effektivität fußt somit auf der Schaffung eines Klimas der Sicherheit – einer weitgehend impliziten Mentalisierungsfähigkeit“ (Allen/Fonagy 2008, 47). Fonagy et al. entwerfen das Konzept zur mentali-

sierten Affektivität, welches bedeutet „sich der eigenen Affekte bewusst sein, und den Affektzustand gleichzeitig aufrechtzuerhalten“ (Allen/Fonagy 2008, 34).

Explizites Mentalisieren betrifft vor allem die Fähigkeit, reziprok nachzudenken und zu verstehen. In der klinischen Arbeit wird dies oft praktiziert, indem über den anderen nachgedacht und gesprochen wird (Allen in: Allen/Fonagy 2008).¹ Explizites Mentalisieren ist ein bewusst gesteuerter Prozess.

Die Subjektivität wird als eine Folge von Intersubjektivität zwischen Baby und der primären Bezugsperson (Dornes 2004, 176) gesehen. Fonagy bezeichnet hiermit die intersubjektivistische Position (Fonagy et al. 2002, 218). Diese, wie die Entwicklung der kindlichen Mentalisierungsfähigkeit, passiert in Prozessen der mütterlichen Affektspiegelung (Fonagy et al. 2004) und des sozialen Biofeedbacks (Gergely/Watson 1996), welches es dem Säugling ermöglicht, für seinen inneren Zustand sensibilisiert zu werden:

Innerhalb dieser Interaktionen ermöglicht die Mutter durch markierte Spiegelungsinteraktionen dem Kind, sich selbst als ‚Ganzes‘ zu erleben (Kontingenzerleben). „Empathische affektregulierende Spiegelungsinteraktionen im Bindungskontext ermöglichen dem Kind, sekundäre Repräsentationen seiner Affektzustände zu konstruieren und diese adaptiv für reifere Formen der affektiven Selbstregulierung zu benutzen“ (Fonagy et al. 2004, 153).

Negative emotionale Inhalte werden mit einer „Markierung“ der Bezugsperson, so Fonagy, externalisiert (Fonagy 2002, 299). Dieser ‚Als-ob Ausdruck‘ der Bezugsperson sollte sich von seinem realistischen Pendant unterscheiden, also ‚nicht wirklich‘ sein. Das Kind lernt den emotionalen Ausdruck der Bezugsperson zu übersetzen und das Verhalten der Bezugsperson als nicht wirklich zu interpretieren. Ähnlich wie bei der empathischen Spiegelung fühlt sich das Kind in der entkoppelten fiktiven Welt dieser sogenannten „repräsentationalen Reinszenierung“, in der realistische negative Folgen ausgeschlossen sind, sicher (implizite Mentalisierungsfähigkeit). Diesen Vorgang kann man also zum leichteren Verständnis vergleichbar mit der oben beschriebenen Entwicklung der frühen prosozialen Fähigkeiten sehen – eine sichere Bindung erleichtert und ermöglicht dies.

Das Realitätserleben entwickelt sich: Zunächst ermöglicht der teleologische Modus dem Kind das Verstehen des zielgerichteten Handelns, ohne dass es diesen Handlungen mentale Zustände zuschreibt (Strehlow 2012). Ab 1,5 Lebensjahren übernimmt das symbolische Spiel denselben Stellenwert, den zuvor die Affektspiegelung hatte (Dornes 2004, 181). Die Theorie postuliert 2 Modi, die oszillieren, und die das Kind nun zu integrieren hat: den Modus der psychischen Äquivalenz und den Als-ob-Modus. Beim Äquivalenzmodus entspricht die innere der äußeren Welt, beim Als-ob-Modus sind beide Welten getrennt. Diese Theorie des Mentalen erlaubt Kindern bis zu 4 Jahren, eine den Gedanken angepasste Realität (Dornes 2004).

¹ Kohut (1977) bezeichnet dies als Empathie. Diese Verwendung des Terminus ‚Empathie‘ deutet auf eine Überschneidung der Definitionen hin.

Auch hier ermöglicht die mentalisierende Bezugsperson dem Kind, das in seinem Realitätserleben oszilliert, sich selbst als kontingent zu erleben (Fonagy in: Allen/Fonagy 2008, 249).

Das Kind verfügt über ein lückenhaftes Realitätsbewusstsein. Das Getrenntsein von der Mutter wird nicht reflexiv wahrgenommen. Das Kind befindet sich im Als-ob-Modus, kann also Realitätsaspekte und Selbstanteile zwar schon mit einer vom konkreten losgelösten, abstrakten und spielerischen Bedeutung versehen. Diese stehen aber unverbunden nebeneinander und werden zum Teil ausgeblendet. Die Objekt Konstanz ist noch nicht ausgebildet und das Kind befindet sich am Beginn der Ausbildung zur Symbolisierungsfähigkeit (Fonagy in: Allen/Fonagy 2008, 124).

Die Integration führt schließlich dazu, dass mentale Zustände als Repräsentationen verstanden werden können. Dornes spricht von einer neuen Weise des Erlebens und Denkens, „in der es (das Kind, Anm. der Verf.) Gedanken und Gefühle als Einstellungen zur Realität durchschaut, die von dieser zwar beeinflusst werden, aber keine äquivalenten Abbilder derselben sind“ (Dornes 2004, 184).

Setzt man die entwicklungspsychologischen Ansätze von Stern und Fonagy in Bezug, so entwickelt sich in der Phase des markierten Spiegels im Alter von 12–20 Monaten das Arbeitsmodell des anderen, das Selbst wird zum ‚mental agent‘ (Dornes 2004). Nun erst werden mentale Zustände wahrgenommen und separat von Verhaltensweisen und expressiven Äußerungen gespeichert.

Die sprachliche Entwicklung begleitet dies und in dem Moment, in dem das Kind empathiefähig ist (sich selbst im Spiegel erkennt), tritt es aus einer Form des ganzheitlichen Erlebens heraus (Reiche 2008) und erlernt die Fähigkeit zu symbolisieren. In direkter Folge, also ca. im 22. Lebensmonat, setzt die Oszillation der zwei Modi ein.

Sterns und Fonagys Theorien zu analogisieren wäre zu plakativ. Es lässt sich jedoch sehr gut zeigen, wie die emotionale Entwicklung mit der kognitiven Entwicklung zusammenhängt, denn die Erkenntnis des Getrenntseins von der Mutter, die mit Empathiefähigkeit gekoppelt ist, führt direkt zur Mentalisierungsfähigkeit.

Selbstverständlich reagieren Eltern unterschiedlich: Manche Eltern reagieren auf feinste Hinweise des Kindes, manche nur auf starke Signale. Andere wiederum neigen zur Fehlinterpretation des kindlichen Verhaltens, was zur Pseudomentalisierung beim Kind führen kann (Allen/Fonagy 2008).

Insgesamt wird dieser Prozess der Eltern-Kind-Interaktion von Fonagy (Allen/Fonagy 2009) als relativ trivialer Prozess beschrieben, der sowohl beim Säugling als auch bei der Mutter unbewusst ist, und nicht modifiziert und reflektiert wird.

Die Rolle von Empathie bei der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit

Welche Rolle nimmt Empathie als implizit-emotionales Geschehen für die Entwicklung von Mentalisierung ein?

„Empathie ist die Voraussetzung, um das Erlebte ... auch auf der Ebene des verbalen und narrativen Selbst mentalisieren zu können“ (Fonagy in: Allen/Fonagy

2009, 125). So beschreibt Fonagy Empathie als die Vorstufe zur Mentalisierung, ausgebildet vor Sprache und und narrativem Selbst. Allen nennt Mentalisierung eine „Form des emotionalen Wissens“ (Allen in: Allen/Fonagy 2008), wodurch die Nähe zur Empathie deutlich wird.

Auch Holmes (Allen/Fonagy 2008) beschreibt, dass das Mentalisieren die Fähigkeit zur Empathie voraussetzt.

Besteht die Mentalisierungsfähigkeit ohne gleichzeitige Befähigung zur Empathie, spricht man von einem Scheitern der Mentalisierung. Betroffene sind zwar in der Lage sich in andere Menschen hinein zu versetzen, dies aber verbunden mit der Unfähigkeit, empathisch zu sein, d.h., sich mit dem Leid anderer Menschen zu identifizieren. Pathogene Beispiele hierfür wären Sadismus, Psychopathie oder Terrorismus (Allen in: Allen/Fonagy 2009, 52). Es geht also bei Mentalisierung NICHT um die kühle Berechnung, was eine andere Person² denkt, oder fühlt (Allen/Fonagy/Bateman 2011, 86).

Gegenüberstellung: Unterschied und Zusammenhang Mentalisierung/Empathie

Für die Fähigkeit der Mentalisierung muss die Reflexionsfunktion sowie die Introspektion (Reiche 2008) ausgebildet sein: Jedes Kind sollte die Fähigkeit zum Mentalisieren entwickelt haben, um sie bei sich selbst und anderen anwenden zu können. Dieses bewusst gesteuerte und gedankliche Verstehen mentaler Zustände als Repräsentationen (bei erfolgter Integration der prämentalierenden Modi) stellt einen entscheidenden Unterschied zu Empathie dar. Empathie bezieht nicht das kulturelle Eingebundensein mit ein.

Das Empathiekonzept stellt sich als Beschreibung eines bekannten Phänomens durch verschiedene Theorien und Definitionen dar, welche unterschiedlich begründet werden. Die Mentalisierungstheorie ist dem entgegen ein umfassendes, explizites Theoriegebilde. Eine Vergleichbarkeit der Konzepte ist nicht gegeben: So wird die Rolle der Bindung in dem beschriebenen Konzept zur Empathiefähigkeit vernachlässigt. Auch wenn man annehmen muss, dass der Bindungsstil der ersten Beziehung Einfluss auf die Entwicklung der Empathiefähigkeit nimmt (Schumacher 2008), wird Bindung nicht explizit im Empathiekonzept beschrieben.

Ganz allgemein formuliert Fonagy, dass Mentalisieren „die Transformation eines präreflektierenden Erlebens (in) ein reflektierendes Verhalten“ darstellt (Fonagy 2004, 39). Empathie hingegen bezieht sich in den meisten Theorien eher auf das Vorbewusstsein.

Weiter: Der Fokus der Ausführungen im Empathiekonzept liegt beim Anderen (Selbstepathie wird selten beschrieben), während Mentalisierung eine vom Selbst ausgehende Fähigkeit ist (Fonagy/Allen/Bateman 2008).

2 Bezeichnet nach Wikipedia, Stichwort ‚Theory of Mind‘, die Fähigkeit, Gefühle, Bedürfnisse, Ideen, Absichten und Erwartungen im anderen wahrnehmen zu können. Sie geht mit beginnender Empathiefähigkeit einher und beschreibt eine kognitive Leistung. Online: http://de.wikipedia.org/wiki/Theory_of_Mind, abgerufen am 05.09.2014.

Bei allen Unterschieden bleibt jedoch wichtig zu betonen, dass Empathie und emotionale Resonanz Voraussetzungen gelungener Mentalisierungsentwicklung darstellen. Die beschriebene Intersubjektivität, die zum gegliückten Selbsterleben des Kindes führt, wird im Mentalisierungskonzept als „von Emotion erfüllte Interaktion“ (Allen/Fonagy 2009, 30) wiedergefunden und allgemein als intersubjektivistische Position (Fonagy et al. 2004) beschrieben.

Fonagys Forschungsgruppe spricht bei der Empathieentwicklung außerdem nicht von einer Reifungsgeschichte, sondern von einer Interaktionsgeschichte.

Störung der Mentalisierung und mentalisierungsgestützte Therapie (MBT)

Es kann davon ausgegangen werden, dass sich das Kind bei fehlerhaften Affektspiegelungen nicht selbst als intentionales Wesen ‚finden‘ kann und daher eine Repräsentation des Anderen in sich selbst internalisiert (Schulz-Venrath 2014). Dies kann dann zu dysfunktionalen interpersonellen Beziehungen führen, die aus dem teleologischen Als-ob oder Äquivalenzmodus zu prä-mentalisierenden Denkmodi, konkretistischem Verstehen oder zu Missbrauch von Mentalisierung führen. Nach dem oben beschriebenen Verständnis ist das Kind dann beziehungsunfähig, da es nicht in der Lage ist, Intersubjektivität mit seinem Gegenüber empfinden zu können.

Die Frage, inwiefern sich hier die Empathiefähigkeit ausgebildet hat, bleibt bei Schulz-Venrath offen, jedoch kann sich bei fehlerhaften Affektspiegelungen in der frühen Kindheit auch kein Erleben von Resonanz ausbilden (Allen in: Allen/Fonagy 2009).

Traumatisierungen hemmen die Fähigkeit zur Mentalisierung (Dornes 2004) und gleichzeitig kann Mentalisierung in der Therapie gelernt und damit Trauma-Bewältigung gefördert werden. Dornes beschreibt im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen den Prozess der (psychischen) Hemmung: Dem betroffenen Kind fehle es an emotionaler Sicherheit, sich ungehemmt seinen Bezugspersonen anvertrauen zu können. Nach Dornes sind zum (therapeutischen) Aufbau einer gegliückten Mentalisierung drei Aspekte (Dornes 2004) wichtig: Regulierung der Affekte/Affektspiegelung, Spiel und Phantasie. Mängel können zu fehlenden oder verzerrten Repräsentanzen führen, das eigene Erleben ist verzerrt.

Die Mentalisierungstheorie ist nicht neu, sondern versucht, bestehende Theorien zu verknüpfen und „neu zu unterfüttern“ (Dornes 2004). Neu hingegen ist das Konzept für die mentalisierungsgestützte Behandlung, MBT: mentalizing based therapy (Bateman/Fonagy 2004). MBT dient der Behandlung von Mentalisierungsstörungen im Rahmen einer therapeutischen Beziehung durch Reaktivierung der Bindungssysteme (Allen/Fonagy 2008).³

Hier wird die psychotherapeutische Haltung unter anderem als neugierig-nichtwissend und antiregressiv vor einem stabilen, multiprofessionellem therapeutischen Setting beschrieben (Bolm 2011). Es wird betont, dass das tiefe Unbewusste

³ Synchronisation (Schumacher 2008).

nicht Gegenstand des gesprochenen Wortes ist, selbst wenn der MBT-Therapeut psychoanalytisch arbeitet. Gesprächs- und Interaktionsgegenstand ist in der Therapie über lange Zeit das Hier und Jetzt. Gegenwärtige Erlebnisse sind Ausgangspunkt für die Erschließung und Klärung verletzter, unbewusster Schichten, mit regelmäßigem Abgleich der sicheren Basis der Gegenwart.

Für Patienten, die mit schweren strukturellen Störungen in die Therapie kommen, gilt es, wieder ein Bewusstsein für Intersubjektivität und Mentales zu erlernen (Bolm 2011). Diese Fähigkeit zur Intersubjektivität ist vor allem mit der Schwingungsfähigkeit (Fonagy et al. 2004) verbunden, die neben Mentalisierungen mit dem Erleben von Schutz und Sicherheit in der Therapie verknüpft ist. Der Therapeut muss strukturierend regulierend wirken, Takt- und Feingefühl haben.

Im Zentrum einer MBT steht die Aufgabe, ein Gleichgewicht zwischen Aktivierung des Bindungssystems (durch die therapeutische Beziehung) sowie die Aufrechterhaltung und Verbesserung der Mentalisierung zu erreichen (Bolm 2011).

Allen weist explizit darauf hin, dass die Resonanzfähigkeit des Therapeuten gesichert sein sollte, da dies sonst zu Pseudomentalisierung führen könnte. In der Therapie solle der offene Dialog sowie die Beziehung zu sich selbst gefördert werden.

Schlussfolgerungen

Insgesamt bestehen also entscheidende Zusammenhänge zwischen Empathie und Mentalisierung, die vor allem die elementare, emotionale, implizite Ebene von Mentalisierung betreffen. Fonagy/Allen/Bateman (2011) formulieren salopp, dass empathische Einfühlung die Hälfte des Mentalisierens ausmache.

Empathie enthält über das Verstehen hinaus noch den Handlungsaspekt. Die Autoren treten für die Position ein, das Selbst und Andere „empathisch zu mentalisieren“ (Fonagy/Allen/Bateman 2011, 87). Auf der Ebene des impliziten Mentalisierens, in denen die Schwierigkeit der Sprachlichkeit benannt wird (Allen in: Allen/Fonagy 2009, 52), findet sich eine mögliche Indikation für Musiktherapie.

Fördernde Interventionen, die die Aspekte der Spiegelung und der Resonanz miteinbeziehen, können eine emotionale Grundlage für die Entwicklung imaginativer Fähigkeiten bilden in Form von Sicherheit und sicherer Bindung.

Die Entwicklung von Intersubjektivität (Schumacher 2004), Resonanzfähigkeit (Gindl 2002) und die Reaktivierung der Bindungsmuster durch Synchronisation (Schumacher 2008) können durch Musiktherapie angestoßen werden. Sie können eine mentalisierungsgestützte Therapie unterstützen und fördern.

Die Fähigkeit zur empathischen Teilhabe kann damit wieder aktiviert und als protektiver therapeutischer Faktor gesehen werden.

So kann das MBT-Konzept musiktherapeutisch durch Behandlungsansätze zur Förderung von Empathie ergänzt werden, die zur Vermeidung der Entstehung von Pseudomentalisierung auftreten (Allen in: Allen/Fonagy 2009): Als Er-

gänzung in der „neugierig-nichtwissenden, antiregressiven psychotherapeutischen Haltung“ in der MBT (Bolm 2011) kann neben der verbalen, beschriebenen Aufarbeitung ‚im Moment‘, die nonverbal dahinterliegende Arbeit mit Resonanz und Beziehungsgestaltung (nach EBQ) eine ganzheitliche Stabilisierung ermöglichen.

Auch für die beziehungspsychotherapeutische Arbeit, welche Intersubjektivität unterstützt, kann Musiktherapie als förderndes Element arbeiten.

„Wenn ich das Wesentliche des Mentalisierens auf den Punkt zu bringen versuche, weise ich manchmal darauf hin, dass die Begriffe Empathie und Mentalisieren beinahe synonym wären, wenn wir mit „Empathie“ auch die Einfühlung ins eigene Selbst bezeichnen“, so Allen (Allen/Fonagy 2009, 39).

Für die Musiktherapie bleibt nun die herausfordernde Aufgabe, ihre Wirksamkeit innerhalb der skizzierten Behandlungen empirisch zu belegen.

Literatur

- Allan, J. G.; Fonagy, P. (Hrsg.) (2009): Mentalisierungsgestützte Therapie. MBT Handbuch – Konzepte und Praxis. Stuttgart
- Allen, J. G.; Fonagy, P.; Bateman, A. W. (2008): Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis. Stuttgart
- Bauer, J. (2006): Prinzip Menschlichkeit – Warum wir von Natur aus kooperieren. Hamburg.
- Binder, U. (1993): Empathieentwicklung und Pathogenese in der klientenzentrierten Psychotherapie: Überlegungen in einem systemimmanenten Konzept. Frankfurt am Main
- Bischof-Köhler, D. (1993): Spiegelbild und Empathie – die Anfänge der sozialen Kognition. Göttingen.
- Bolm, T. (2010): Mentalisieren und Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT). Psychotherapie 15 (1), 58–62
- Bolm, T. (2011): Vom Umgang mit Übertragung in der Mentalisierungsbasierten Therapie. Journal für Psychoanalyse 52, 116–132
- Dornes, M. (2004): Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. Forum der Psychoanalyse 20 (2), 175–199
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. L.; Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart
- Gergely, G.; Watson, J. S. (1996): The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. The International Journal of Psychoanalysis 77 (6), 1181–1212
- Gindl, B. (2002): Anklang – Die Resonanz der Seele – über ein Grundprinzip therapeutischer Beziehung. Paderborn
- Gruen, A. (1997): Der Verlust des Mitgefühls – Über die Politik der Gleichgültigkeit. Frankfurt am Main

- Kohut, H. (1977): Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Frankfurt am Main
- Otto, J. H.; Enler, H. A.; Mandl, H. (2000): Emotionspsychologie – ein Handbuch. Weinheim.
- Molnar-Szakacs, I.; Overy, K. (2006): Music and mirror neurons: From motion to ‚emotion. Social cognitive and affective Neuroscience 1 (3), 235–241
- Preston, S. D.; de Waal, F. B. M. (2002): Empathy: Its ultimate and proximate bases. Behavioral and Brain Sciences 25 (1), 1–20
- Reiche, B. (2008): Das Genderskript. Ein Handbuch für Psychodynamische TherapeutenInnen und PsychoanalytikerInnen. Berlin
- Rizzolatti, G.; Sinigaglia, C. (2008): Empathie und Spiegelneurone. Die biologische Basis des Mitgefühls. Frankfurt am Main
- Schumacher, K. (2004): Musiktherapie und Säuglingsforschung. Frankfurt am Main
- Schumacher, K.; Calvet, C. (2008): Synchronisation/Synchronization – Musiktherapie bei Kindern mit Autismus – Music Therapy with Children on the Autistic Spectrum. Unter Mitarbeit von Manfred Hüneke und Petra Kugel. Booklet mit 16 Seiten, DVD-Box. Göttingen.
- Schumacher, K.; Calvet-Kruppa, C. (2005): „Untersteh Dich!“ – Musiktherapie bei Kindern mit autistischem Syndrom. Bern
- Seidel, C. (2009): Empathie in der Musiktherapie. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Wien
- Seidel, C. (2010): Empathie in der Musiktherapie. Vortrag im Rahmen des „Jour Fixe“. Wien
- Strehlow, G. (2012): Mentalisierung und ihr Bezug zur Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau 34 (2), 135–145
- Stern, D. (2000): Mutter und Kind – Die erste Beziehung. Stuttgart
- Stern, D. (2007): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart
- Wikipedia (2014): Theory of Mind. In: http://de.wikipedia.org/wiki/Theory_of_Mind [abgerufen am 05.09. 2014]

Christiane Seidel
Voigtstraße 11
20257 Hamburg
Christiane.seidel@gmx.net

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

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

Christina Herold, Berlin

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

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

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

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

Einleitung

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

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

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

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

Mentalisierung

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

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

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

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

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

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

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

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

MBT und theoretischer Hintergrund des Mentalisierungskonzeptes

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

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

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

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

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

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

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

Mentalisierung und Guided Imagery and Music

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Möglichkeiten klinischer Arbeit mit modifiziertem GIM und Musikimagination

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Beispiel für die Arbeit mit Symbolik in einer GIM-Reise

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zur mentalisierungsfördernden Arbeit mit musikimaginativen Methoden in der Gruppentherapie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nachbetrachtung

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

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

Literatur

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

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

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

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

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

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

Julia Fent, Wien

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

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

Einleitung

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

Den Ausgangspunkt stellte die folgende Hypothese dar:

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

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

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

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

Grundüberlegungen

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

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

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

Musikverständnis

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

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

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

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

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

Susanne K. Langer (1984) schreibt zur Symbolfunktion:

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

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

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

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

Prä-mentalisierte Modi in der Musiktherapie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Affektregulierung und Mentalisierung in der Musiktherapie

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

Spiegelungsaktionen in musikalischer und verbaler Interaktion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Musiktherapeutische Improvisation als Als-ob-Spiel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mentalisierte Affektivität in der Improvisation

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

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

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

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

Siegfried Böhm-Öppinger (2006) führt aus:

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

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

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

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

Mentalisieren durch die TherapeutIn

Allen et al. (2011) formulieren wie folgt:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Schlussgedanken

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

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

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

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

Literatur

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

- Oberegelsbacher, D. (1997): Musiktherapeutisches Improvisieren als Mittel der Verdeutlichung in der Psychotherapie. In: Fitzthum, E.; Oberegelsbacher, D.; Storz, D. (Hrsg.): Wiener Beiträge zur Musiktherapie 1. Wien, 42–66
- Oberegelsbacher, D.; Storz, D. (2001): Primärprozess und Sekundärprozess in musiktherapeutischer Transformation. In: Storz, D.; Oberegelsbacher, D. (Hrsg.): Wiener Beiträge zur Musiktherapie 3. Wien, 21–38
- Schumacher, K.; Calvet, C.; Reimer, S. (2011): Das EBQ-Instrument und seine entwicklungspsychologischen Grundlagen. Göttingen
- Schwaiblmair, F. (2005): Infant research and music therapy – The significance of musical characteristics in early mother-child interaction for music therapy. *Music Therapy Today* (online) VI (1), 48–59. In: http://www.wfmt.info/Musictherapyworld/modules/mmmagazine/issues/20050127143919/20050127150100/MTT6_1_Schwaiblmair.pdf [Stand: 28.2.2012]
- Strehlow, G. (2009): Mentalisierung und ihr Nutzen für die Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau* 30 (2), 89–101
- Timmermann, T. (2004): Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie. Bausteine für eine Lehre. Wiesbaden
- Tüpker, R. (2003): Selbstpsychologie und Musiktherapie. In: Oberhoff, B. (Hrsg.): *Die Musik als Geliebte. Zur Selbstobjektfunktion der Musik*. Gießen
- Wigram, T. (2004): *Improvisation. Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London, Philadelphia
- Winnicott, D. W. (1973): *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart

Julia Fent

Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe

Otto-Wagner-Spital und Pflegezentrum

1. Psychiatrische Abteilung mit Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik

Baumgartner Höhe 1

A-1145 Wien.

julia.fent@wienkav.at

Mentalisieren mit den Mumins
Aspekte der Mentalisierungsbasierten Theorie (MBT)
am Beispiel der Mumin-Familie und ihrer Freunde

Mentalization with the Moomins:
Exemplifying Aspects of Mentalization-Based Treatment (MBT)
with the Moomin Family and Their Friends

Ingo Engelmann, Buchholz

Mentalisierungsfähigkeit wird als ein zentraler Entwicklungsaspekt verdeutlicht am Beispiel der Mumin-Familie. Diese skandinavischen Trolls zeigen in ihrem Erleben, Denken und Zusammensein eine ausgeprägte Fähigkeit, sich in den anderen hineinzuversetzen und daraus über sich selbst zu lernen. Markierte Spiegelung, Äquivalenz- und Als-ob-Modus werden lebendig, wenn man dabei immer wieder mal die Mumins betrachtet. Die Entwicklung des jungen Mumin sowie die reife Mentalisierungsfähigkeit der Muminmutter werden mit Textbeispielen beschrieben.

Taking the Moomin family as an example, mentalization is clearly illustrated as an ability central to development. In their experiences, thoughts, and life together, these Scandinavian trolls depict a distinct ability to empathize, from which they also learn about themselves. By taking a closer look at the Moomins, marked mirroring, psychic equivalence and pretend mode come to life. Young Moomin troll's development, as well as Moominmamas's mature ability to mentalize, is delineated using text examples.

Vorbemerkung zur Mentalisierung

Das Leben besteht daraus, sich selbst zu erkennen, sich zu verstehen und sich in Beziehung zu setzen – zu anderen, zur eigenen Geschichte, zur Welt. Von nichts weniger handeln die Konzepte der Mentalisierung, die seit den neunziger Jahren aus England in die Welt gegangen sind. Es ist ein System von Konzepten, die sich auf die Facetten des Lebens richten: Konzepte der Beziehung und Bindung, Konzepte des Werdens und der Entwicklung, Konzepte von möglichen Störungen und dem therapeutischen Umgang damit. Außerdem beschäftigen sich mentalisierungstheoretische Überlegungen auch mit neurobiologischen Prozessen seelischer Funktionen. Mentalisierungsbasierte Konzepte bauen auf psychoanalytischen Modellen auf und beziehen kognitive Elemente ein, fundieren auf neueren Erkenntnissen der Neurobiologie und -chemie des Nervensystems und des Gehirns, und sie

erlauben nicht zuletzt die Nutzung des gesunden Menschenverstandes. Man sieht, diese Konzepte sind angetreten, vieles zu erklären – wenn nicht letztendlich alles.

Obwohl die mentalisierungsbasierten Theorien (MBT) eine so umfassende Ausrichtung haben, sind ihre zentralen Momente überschaubar. Der Mensch entwickelt seine seelischen Funktionen und Strukturen in einer bestimmten, nahezu gesetzmäßigen Art und Weise und entwickelt so das Bewusstsein, ein seelisches Wesen unter anderen seelischen Wesen zu sein. Er interagiert mit den anderen und macht sich ein Bild von der Welt (weiter hierzu Allen/Fonagy 2006; 2008; Dornes 2004; Brockmann/Kirsch 2010; Schultz-Venrath 2013).

Die Entwicklung des „physiologischen Nesthockers“ Mensch beginnt mit der Verschmelzung von Eizelle und Spermium, vollzieht sich neun Monate in sicherer Obhut und geregelten Reizmustern, dann tritt er ans Tageslicht und stellt fest, dass er nicht versteht, worum es geht. Die innere Struktur des Babys ist undifferenziert und beschränkt sich auf wenige Zustände: Hunger, zu warm oder zu kalt, einsam. In den nächsten Jahren lernt das Baby einen unglaublichen Katalog von Hinweisen, Zusammenhängen, Regeln – und das meiste davon läuft über die Eltern und speziell die Mutter. Sie begleitet das Baby durch die Monate, verfolgt seine Wahrnehmungen und seine Umwelt und kommentiert diese, erklärt sie, erträgt sie oder freut sich daran. All das spiegelt sie dem Baby derart markiert zurück, dass es seinen eigenen Kosmos von dem anderer Wesen zu unterscheiden lernt. Außerdem lernt es viel über sich selbst, über die innere Landschaft und die Affekte, die zunächst ziemlich vermischt und verwischt sind. Der kleine Mensch erprobt dann seinen Umgang mit der Welt in den verschiedenen Modi der Wahrnehmung: wirkt zunächst alles so, als sei es rein durch Beobachtung aufschlüsselbar nach Motiv und Ziel (teleologischer Modus) so kommen später die Allgleichheit des Äquivalenzmodus (ich und die Welt, das ist alles eins) und die Getrenntheit des Als-ob-Modus (so wie im Spiel kann man eine eigene Welt erschaffen, die von den Gesetzen der realen Umwelt abgekoppelt ist). Später wird das dann hoffentlich zu einem integrierten Modus reflektiert, die verschiedenen Schrittfolgen ergeben einen gemeinsamen, wunderbaren Tanz. So weit das Ideal.

Natürlich kann auf dem Weg dieser Entwicklung (die ja schließlich Jahrzehnte dauert) vieles mal hierhin oder dorthin abweichen, schief laufen, anders sein. Dann muss man etwas ändern oder sich abfinden. Aber grundsätzlich bleibt im Mittelpunkt: Es hilft einem weiter, wenn man sich selbst als seelisch angetriebenes Wesen versteht und vom Gegenüber annimmt, dass es ebenso funktioniert. Man betrachtet sich selbst aus den Schuhen des Gegenübers – und hofft, der tue das auch. Das ist mehr als nur Empathie, denn diese richtet sich von einem auf den anderen – Mentalisierung ist immer ein Hin und Her, eine Interaktion.

Vorbemerkung zu den Mumins

So kann man ausreichend oft von sich selbst und von anderen etwas verstehen, was dann dabei hilft, miteinander klarzukommen. Jeder kann von jedem lernen. Wir werden im Folgenden versuchen, anhand von einigen Ausschnitten aus dem Leben der Mumin-Gemeinschaft mehr davon zu verstehen, wie Mentalisierung im Alltag kleiner Trolls hoch im Norden funktioniert – und das wiederum lässt sich in Verbindung setzen zu unserem Alltag in der globalisierten Welt.

Die Mumins sind eine Kleinfamilie mit Vater, Mutter, Kind. Es ist eine Trollfamilie, und Trolle sind klein. Außerdem sind die Mumins ziemlich rundlich und brauchen aufgrund ihres seidigen Fells keine Kleidung. Die Mumins haben einen großen Freundeskreis, zu dem Schnupferich und Schnüferl gehören sowie Mumin besondere Freundin, das Snorkfräulein und deren Bruder Snork, die kleine Mü ist auch oft dabei, es gibt Homsas und Hemule, die Filifjonka und die Misa, Too-Ticki und Vifsla und Tovsla. Das sind beileibe nicht alle, aber man erkennt: es ist eine vielfältige Gesellschaft. Nun sind das nicht nur einfache Namen von Mitgliedern dieser Gesellschaft, die sich ansonsten eher ähnlich sind, sondern jeder von ihnen ist ganz eigen, sehr besonders und oft ziemlich schräg. Tove Jansson hat über die Mumins von 1945 bis 1970 neun Bücher geschrieben. 2002 begann der Verlag, alle in neuer Übersetzung vorzulegen – näher am Original, weniger harmonisierend, weniger putzig und irgendwie ernsthafter. Das hätte der Muminmutter gefallen. Sämtliche Zitate in diesem Aufsatz beziehen sich auf diese neuen Übersetzungen von Birgitta Kicherer. In Deutschland erschienen die Bücher in der ursprünglichen, „entschärften“ Übersetzung in völlig anderer Reihenfolge, als Jansson die Bücher geschrieben hatte (Jendis 2001).

Tove Jansson ist als Tochter einer schwedischen Familie in Finnland aufgewachsen. Sie hat zunächst gemalt und gezeichnet, ehe sie anfang zu schreiben und mit den Mumin-Büchern ihr Hauptwerk schuf, dass sie auch selbst illustrierte. Sie veröffentlichte zusammen mit ihrem Bruder auch sieben Bände mit Mumin-Comics, die vorwiegend in England in Tageszeitungen erschienen. Als sie 2001 starb, war sie in Skandinavien Kultautorin nicht nur für Kinder, in Deutschland aber längst nicht so bekannt wie Astrid Lindgren, die ihre Pippi-Langstrumpf-Bücher annähernd zur gleichen Zeit geschrieben hatte. Jendis führt das in ihrer Dissertation über die Rezeption der Mumin-Bücher in Deutschland vorwiegend darauf zurück, dass hierzulande großer Wert darauf gelegt wurde, Bücher in die Sparte „Kinderbuch“ oder „Erwachsenenliteratur“ einsortieren zu können. Das gelang mit den Mumin-Büchern immer weniger, je mehr sich die Themenschwerpunkte von drolligen Kindereien auf bedrohliche Szenarien verlagerten und auch die Übersetzungen immer weniger auf das ausgerichtet wurde, was man in den sechziger Jahren für kindgemäß gehalten hatte. Es lohnt sich, die Mumins ernst zu nehmen. Selten gelang das durchgängig und offensiv – wie beispielsweise Müller-Nienstedt (1994) mit ihrem Entwurf einer jungianischen Interpretation von Mumin Inselabenteuer.

Die Mumins werden uns mit ihren Erlebnissen und Erkenntnissen auf den Weg helfen, um Mentalisierungskonzepte identifizieren und umsetzen zu können. Wir erleben die Mumins und ihre Freunde als mentalisierungsbegabte Wesen, und es erweist sich als nützlich, die Schablone des Mentalisierungsblicks über die phantasievollen und bedrohlichen, witzigen oder frechen Geschichten aus dem Mumintal zu legen. Man kann die Geschichten natürlich mit großem Gewinn einfach so lesen. Man kann sich aber auch einzelnen Hintergründen intensiver zuwenden, um die eigene Sensibilität für Mentalisierungsprozesse zu schärfen. Denn: Von den Mumins lernen heißt Mentalisieren lernen.

Erstes Kapitel: Das Spiegeln

1.1. *Mumin, die Insel und die Seepferdchen*

Als irgendwann im Mumintal der Alltag porös wird und ein wenig bröselig, der Vater nicht mehr weiß, wovor er seine Familie schützen soll und wovor er sie nicht zu schützen braucht, also seine Identität mächtig ins Wanken kommt und er nicht mal mehr an seinem Leuchtturmmodell weiter bauen mag (das seien nur Kindereien, der selbstgebaute Leuchtturm sei ja gar nicht echt) – da beschließt die Familie neu anzufangen. Auf der Insel, die auf der Karte im Wohnzimmer nur so klein ist wie ein Fliegenschiss, und alle hoffen, dass sie nicht in Wirklichkeit ebenso klein ist. Aber ein Klecks auf einer Landkarte ist nur ein Zeichen für etwas, und das Etwas kann in Wirklichkeit durchaus erheblich größer sein, darauf bauen alle. Mumin und seine Eltern sowie die Kleine Mü machen sich auf den Weg, verfolgt von der zunächst unerkannt bleibenden Morra (die uns weiter unten noch eingehender beschäftigen wird). Die Reisenden begegnen dem stummen Fischer.

*„Der war doch ein bisschen seltsam, oder?“, sagte der Muminvater unsicher.
 „Er war sehr seltsam“, versicherte die kleine Mü. „Total durch den Wind.“
 Die Muminmutter seufzte und versuchte die Beine auszustrecken. „Aber das sind die meisten, die wir kennen“, sagte sie. „Mehr oder weniger.“ (MI 35)*

In dieser seltsamen Welt soll man sich nun zurecht finden. Immer wieder gibt es Hinweise darauf, dass man zur Orientierung in einer fremden Welt (zum Beispiel einer unvertrauten Insel) gut daran tut, die Orientierung in der eigenen inneren Welt zu organisieren. Nichts Anderes meint Mentalisieren: sich als psychisches Wesen betrachten und erkunden, wie man auch die Umgebung und die Anderen auf ihre psychischen Strukturen hin untersucht. So ist dieses Insel-Abenteuer auch ein Innen-Abenteuer.

Auf der Insel kommt viel in Bewegung (schließlich sogar die Insel selbst, als sie außer sich vor Angst zum Leben erwacht und vor dem Sturm zu fliehen versucht). Mumin ist ebenfalls in Bewegung. Er entdeckt seinen sicheren Ort. Das kennen

wir aus Stabilisierungstrainings, wenn man zu sich selbst finden möchte und in sich auch mal ausruhen: Man sucht seinen sicheren Ort, verbindet ihn mit einem Bild, das man dann immer imaginieren und sich darin zurückziehen kann, wenn man es braucht. Um einen sicheren Ort zu finden und aufzusuchen, muss man schon eine Menge können: Man muss innere Bilder sichern können, auch von anderen Menschen, also über die Voraussetzung zu Beziehungen und sozialem Beisammensein verfügen.

Bei Mumin ist der sichere Ort eine kleine Lichtung. Sie liegt mitten im Dickicht aus zornigen kleinen Tannen und noch kleineren Zwergbirken, das er zunächst mit der kleinen Mü erkundet hatte, bis sie ihn mit der Behauptung ängstigte, dieser kleine Wald sei exakt einer, in dem Menschen von knorrigen Wurzeln festgehalten und zur Geisel genommen werden. So weit ist Mumin noch nicht, dass er dieses Hirngespinnst im Gewande eines Als-ob-Modus sofort durchschaut (s. Kapitel 3). Als er aber kapiert, dass Mü ihn verkoht hat, erkundet er das Wäldchen auf eigene Faust und findet seine Insel. Raus aus der kindlichen Äquivalenz-Falle, rein in reifere Stufen der Selbstwerdung, der Individuation: er findet seine Lichtung. Kurze Zeit später zieht Mumin aus dem Insel-Eltern-Haus aus (das ist der Leuchtturm, in den zunächst alle gemeinsam eingezogen sind). Er nimmt seinen Schlafsack und die Petroleumlampe und zieht auf seine Lichtung. Aber ganz sicher fühlt er sich denn auch dort erst, als er viele Tage später der Mutter seinen Ort gezeigt hat, so ganz kann er seine Welt noch nicht allein regieren. Mumin macht seine eigenen Erkundungen und hat Erlebnisse, die weder er selbst noch sein Vater immer gleich verstehen. Nur die Mutter ahnt, dass sich hier Entwicklung andeutet:

*„Er weiß selbst nicht, was los ist. Du glaubst immer, er sei noch so klein wie früher.“
(MI 220)*

Mumin ist viel allein unterwegs. Nachts trifft er am Strand die Seepferdchen. Das sind nicht diese kleinen gebogenen Wesen, die wie ein kleines, umgekehrtes Fragezeichen aussehen und die zu Myriaden die Weltmeere bevölkern. Auf der Insel sind es richtige kleine Pferdchen, wunderschön anzusehen, und hoffnungslos in sich selbst verliebt. Narzisstische Pferdchen, sehr attraktiv, es gibt sogar etwas wie eine angedeutete erotische Spannung zwischen den Zeilen, ganz ungewohnt.

Mit erhobenen Köpfen und fliegenden Mähnen liefen die Seepferdchen über den Sand, ihre Schwänze flossen in langen, glänzenden Wellen hinter ihnen her. Sie waren unbeschreiblich schön und leicht, und das wussten sie auch, sie kokettierten hemmungslos und ganz selbstverständlich – miteinander, mit sich selbst, mit der Insel oder dem Meer, das war alles eins. Ab und zu warfen sie sich ins Wasser, das um sie hochspritzte und im Mondschein Regenbogen bildete, dann liefen sie unter denselben Regenbogen zurück, warfen sich Blicke zu und neigten die Köpfe, um die gebogene Linie ihrer Hälse und Rücken und den Schwung ihrer Schweife zu betonen. Es war, als würden sie vor einem Spiegel tanzen.

Jetzt standen sie still und rieben sich aneinander, dabei dachte jedes offensichtlich an sich selbst. Während Mumin sie betrachtete, geschah etwas Komisches, das möglicherweise ganz natürlich war – er glaubte plötzlich, ebenfalls schön zu sein, er fühlte sich leicht, verspielt und überlegen und lief hinunter zum Sandstrand und rief: „Was für ein Mondschein! Und diese Wärme! Man könnte fliegen!“

Die Seepferdchen scheuten, bäumten sich auf und galoppierten davon. Mit aufgerissenen Augen rasten sie an ihm vorbei, die Mähnen strömten hinter ihnen her, die Hufe trommelten in Panik, dabei war jedoch klar, dass das alles nur Spiel war. Ihr Erschrecken war nur gespielt, sie genossen es geradezu, und Mumin wusste nicht, ob er Beifall klatschen oder sie beruhigen sollte. Aber er wurde wieder klein, dick und unförmig, als sie an ihm vorbei ins Meer hinausstürzten. (MI 91f.)

Mumin verzehrt sich vor Sehnsucht nach den Seepferdchen, geht immer wieder nachts an den Strand. Er identifiziert sich mit den selbstverliebten Wesen, hat Beziehungsfantasien, man könnte meinen, er erliegt einer ersten früh-pubertären Schwärmerei. In seiner Fantasie zum Einschlafen spielt er den einsamen Retter, den Helden:

Mumin schob rasch alle Gedanken beiseite und holte stattdessen sein abendliches Spiel hervor. Kurz zögerte er, ob er das Abenteuerspiel oder das Rettungsspiel wählen sollte, doch dann entschied er sich für das Rettungsspiel. Das kam ihm passender vor. Er schloss die Augen und machte seinen Kopf ganz leer. Danach beschwor er einen Sturm herauf. (...)

In letzter Zeit rettete Mumin nicht mehr die Muminmutter aus der Seenot, sondern nur das Seepferdchen. Draußen in den Wellen kämpfte also das Seepferdchen. (...)

Mumin rettet nicht mehr die Mutter, sondern das selbstverliebte Seepferdchen: er ist eben schon ein großer Junge, der nicht mehr am Schürzenzipfel hängt, sondern anfängt, sich um sich selbst zu kümmern. Er rudert durch den Sturm,

aber er verspürte keine Angst! Am Ufer rief die kleine Mü hinter ihm her: „Erst jetzt begreife ich, WIE GROSS SEIN MUT IST! Ach, wie sehr bereue ich alles, jetzt, WO ES ZU SPÄT IST...“ Der Schnupferich biss auf seine Pfeife und murmelte: „SO LEB DENN WOHL, ALTER FREUND...“ Doch Mumin kämpfte sich weiter durch die stürmische See, bis er das Seepferdchen erreichte, das kurz vor dem Ertrinken war – er zog es ins Boot, und da lag es nun inmitten seiner nassen gelben Mähne wie ein Häufchen Elend. Er führte es sicher an einen einsamen Strand und trug es dort an Land. Das Seepferdchen flüsterte: „Du bist ja so mutig. Du hast für mich dein Leben riskiert...“ Da lächelte Mumin nur und sagte: „Hier muss ich dich verlassen. Mein Weg führt in die Einsamkeit, so leb denn wohl.“ (...) An dieser Stelle schlief Mumin ein. (MI 145ff.)

In diesen Szenen finden wir nicht nur die Spiegelung wieder (beispielsweise bei den Seepferdchen, die so wirken, als würden sie vor einem Spiegel tanzen), sondern wir treffen auch auf den Äquivalenz-Modus (Mumin wird in den narzisstischen Äquivalenz-Sog gezogen) und ein Als-ob-Abenteuer (als wäre er der Held). In

dem Kontext stoßen wir auf eine Persönlichkeitsstruktur, die nicht im engen Sinne mentalisierungsspezifisch ist: den narzisstischen Selbstbezug.

Die Pferdchen sind in sich selbst verliebt und kokettieren wie vor einem Spiegel. Sie haben kein Mutter-Objekt, das sie spiegeln kann, sie müssen das selbst erledigen: immer selbst den eigenen Wert, die eigene Schönheit betonen und bestätigen, sich um sich selbst drehen. Das sind typisch narzisstische Verhaltensweisen. Die Pferdchen sind allerdings (wie sich deutlich zeigt im weiteren Verlauf des Inselabenteuers) nicht beziehungsfähig, demütigen Mumin und lassen ihn allein. Er lässt sich dadurch nicht kränken, sondern macht in seinem Einschlafspiel Schritte auf dem Weg zum jugendlichen Helden. Es dauert noch ein bisschen, bis er diese Rolle (zum Beispiel im *Lanthandel*, Abschnitt 1.2.) genauer zu verstehen und auszufüllen lernt.

1.2. *Mumin und das Snorkfräulein im Lanthandel*

Das Snorkfräulein ist Mumin's Freundin. Er lernt sie kennen, als er sich mit dem Schnüferl auf den Weg zum Observatorium gemacht hat – ein Komet kommt angerast, und sie wollen herausfinden, ob er ins Mumintal stürzt, wann das passieren wird und was man dagegen tun kann. Als sie sich unterwegs in der Wildnis zum ersten Mal begegnen, wird das Snorkfräulein gerade von einem fleischfressenden Busch attackiert und Mumin rettet sie. Als sie auf dem Rückweg ins Mumintal einen *Lanthandel* aufsuchen, sucht jeder von den beiden heimlich nach dem passenden Geschenk für den anderen: Was würde seine/ihre Persönlichkeit am besten widerspiegeln? Aber im *Lanthandel* (der gut sortiert ist in Seifenpulver, Angelhaken und Knäckebrötchen) gibt es kein Diadem. Dabei möchte Mumin der Schönsten gern das Schönste schenken. Es gibt auch keinen Orden, den das Snorkfräulein für ihren Helden sucht. Aber die Ladeninhaberin findet ganz oben einen Stern, wie er oben auf den Weihnachtsbaum gehört, und Snorkfräulein schenkt ihn Mumin, dem wiederum die Ladeninhaberin zu einem strassbesetzten Spiegel geraten hat. Snorkfräulein flirtet Mumin an –

„weil du mich vor dem Giftstrauch gerettet hast.“

Mumin war sprachlos und überwältigt. Er kniete nieder, damit das Snorkfräulein ihm die Medaille um den Hals hängen konnte. Der Stern strahlte mit unvergleichlichem Glanz. „Wenn du sehen könntest, wie gut sie dir steht“, sagte sie. Da holte Mumin den Spiegel hervor, den er hinterm Rücken versteckt gehalten hatte. „Der ist für dich“, sagte er. „Du darfst mich spiegeln“. Während sie einander spiegelten, bimmelte die Länglocke...“ KM 108)

Sie spiegeln sich: er sieht sich als Held, als Retter, als bewunderten Mann. Sie sieht sich mit ihren koketten Stirnfransen als schöne und schutzbedürftige Frau. Sie sehen sich, aber sie sehen auch die Klischees der Geschlechterwerdung, die Konstruktion der Mann-Frau-Rolle. Manche Gender-Forscher mögen einwenden, die-

ser Spiegel sei allzu konservativ und enge einen mit überkommenen Rollenbildern ein. Vielleicht macht das aber auch nur deutlich, dass es gut ist, sich nicht nur auf einen Spiegel zu verlassen. Dieser Spiegel aus dem *Lanthandel* sieht nicht alles, und die Markierung scheint unscharf: Erlebt Mumin sich als Held, weil er so gern einer sein möchte? Oder ist er Held, weil das Snorkfräulein ihn dazu macht? Mumin und das Snorkfräulein müssen aufpassen, damit sie die echt empfundene oder gespiegelte eigene Affektlage unterscheiden können von dem, was ihr Gegenüber einbringt, und wenn man das ungeprüft übernehmen würde, wäre es eher ein Selbst-Anteil des Gegenüber, ein fremdes Selbst, „alien self“.

Mumin durchläuft eine Entwicklung von den Seepferdchen (einer Art narzisstischem Durchgangs-Spuk) bis hin zur Rettung des Snorkfräuleins und ihrer wechselseitigen Besenkung. Mumin war schon fasziniert vom Snorkfräulein, als er sie noch gar nicht kannte – er hatte nur den von ihr verlorenen Fußreif gefunden, so dicht am Abgrund, dass befürchtet werden musste, sie sei beim Blumenpflücken abgestürzt. Aber vielleicht lebt sie noch, die schöne junge Frau mit den Stirnlocken, die Mumin so attraktiv fand (er selbst hatte gar keine Haare, und seine Eltern auch nicht, Mumin haben das nicht, nur Snorks). Er wäre gern ihr Held (ein archetypisches Bedürfnis junger Männer). Für sein Sehnen nach der jungen Frau hat er keine Erfahrung, keine Schublade, er spürt es nur quälend deutlich, aber er versteht sich nicht.

Insofern ähnelt er dem kleinen Kind, das seine Affektregungen zwar verspürt, aber nicht einordnen kann. Durch markierte Spiegelung wird dem kleinen Kind ein Begriff davon gegeben, was es gerade spürt, und auf diesem Weg macht es bedeutsame Schritte zur Selbst-Differenzierung, zu inneren Repräsentanzen und zum Symbolisieren als wesentlicher Voraussetzung reiferer Beziehungs- und Bindungsgestaltung (s. Dornes 2004, 179). Snorkfräulein und Mumin machen sich mit Medaille und Spiegel deutlich, dass sie sich mögen, und dass es in Ordnung ist. Die Markierung besteht im Gegenstand, mit dem sie die jeweils eigenen Affekte ausdrücken und die des anderen evaluieren.

1.3. Die Morra – Begegnung, Spiegelung und Entwicklung

Mumin begegnet aber nicht nur den völlig beziehungsunfähigen Seepferdchen, er hat auf der Insel auch mit der Morra zu tun. Die ist nun völlig anders. Die Morra ist ein dunkles, in weite Tücher gewickeltes Wesen. Meist sieht man sie nicht, denn sie sitzt im Dunklen und sieht das Licht an, das die anderen in ihren Häusern und auf ihren Terrassen angezündet haben. Die Morra sitzt und guckt, sie verbreitet eisige Kälte und irgendwann schiebt sie sich fort und man hat sie mehr gespürt (oder erlitten) als gesehen. Mumin kennt sie schon aus dem Mumintal, wo sie ab und an auftauchte.

Das Licht der Lampe fiel auf das Gras und den Flieder und kroch schwach zwischen die Schatten, wo die Morra saß und mit sich selbst allein war.

Die Morra saß schon so lange auf ein und demselben Fleck, dass der Boden unter ihr inzwischen gefroren war. Als sie sich erhob und näher ans Licht hinglitt, zersplitterte das Gras, als wäre es aus Glas. Ein Flüstern des Entsetzens zog sich durchs Laub, ein paar Ahornblätter rollten sich zusammen und fielen zitternd über ihre Schultern. Die Asten bogen sich soweit sie konnten zur Seite. Die Heuschrecken hörten auf zu fiedeln (MI 17)

Mumin fragt als erstes natürlich seine Mutter nach ihrer Meinung. Die Muminmutter verurteilt die Morra nicht. Sie habe nie jemandem wirklich geschadet (vielleicht weiß die Muminmutter gar nichts von dem tragischen Ende des Eichhörnchens mit dem buschigen Schwanz, das zumindest vorübergehend der Morra zum Opfer fällt und erfriert). Aber die Morra mag tatsächlich niemand, sagt die Muminmutter, und da hat sie wohl recht. Mumin versucht sich ein eigenes Bild zu machen. Als die Morra die Familie beobachtet hat und dabei immer näher glitt, hat ihre miese Ausstrahlung irgendwann das Licht der Muminns erlöschen lassen und alle sind schnell ins Haus geflohen. Am nächsten Morgen guckt Mumin nach, wo die Spuren der Morra sind.

„An der Stelle war das Gras ganz braun. Wenn eine Morra mehr als eine Stunde auf demselben Fleck sitzt, kann dort nie mehr etwas wachsen, der Boden stirbt vor Schreck. Im Garten gab es mehrere solche Stellen, die ärgerlichste lag mitten im Tulpenbeet.“ (MI 21)

Mumin versucht die Morra zu verstehen. Er versetzt sich in sie hinein, er spielt ein Rollenspiel, er übt „mentalisieren“.

„Mumin stellte sich vor, er sei die Morra. Er schlurfte langsam und geduckt durchs tote Laub, er blieb regungslos stehen und wartete und verbreitete dabei Nebel um sich, er seufzte und starrte sehnsüchtig das Fenster an. Er war der Einsamste auf der ganzen Welt.“ (MI 21f.)

Wobei dieses Spiel noch kein vollständiges Mentalisieren bedeutet: das Einfühlen ist ein Teil davon, aber zum kompletten Mentalisierungsprozess würde auch die Überlegung gehören, wie sich denn die Morra in ihn einfühlt (kann sie das? will sie das?) und was sie sich von ihm erwartet. Was sagt es über die Morra aus, dass alle Angst vor ihr haben? Hat sie selbst auch so viel Angst? Aber auch Muminns Vorübungen zum Mentalisieren finden schnell Grenzen: er kann die Rolle nur kurz halten, dann überschwemmt ihn wieder sein Mumin-Sein mit den kleinen fröhlichen Gedanken und den Spielen wie „man darf nur auf den Sonnenschein treten“.

Als die Familie die Inselreise mit ihrem Segelboot „Abenteuer“ startet, ahnen sie nicht, dass ihnen die Morra auf den Fersen ist: Sie baut sich eine kleine Insel aus

Eis und folgt der Familie (Muminvater, Muminmutter, Mumin und die kleine Mü) übers Meer.

Mumin lässt der Gedanke an die Morra auch unterwegs nicht los (vielleicht kommt das daher, dass sie ja nicht weit weg ist, ihr Einfluss reicht ziemlich weit). Er spricht mit seiner Mutter:

„Hat ihr jemand was getan, dass sie so geworden ist?“

„Das weiß keiner“, sagte die Muminmutter und zog den Schwanz aus dem Kielwasser. „Es ist wohl eher so, dass ihr niemand was getan hat. Ich meine, niemand hat sich um sie gekümmert. Und daran wird sie sich kaum erinnern, geschweige denn, dass sie dauernd darüber nachdenkt. Sie ist wie der Regen oder die Dunkelheit oder ein Stein, um den man herumgehen muss, um seinen Weg fortsetzen zu können... Mit einer Morra soll man nicht sprechen. Nicht mit ihr und nicht über sie. Sonst wächst sie und man kriegt sie nicht mehr los.“ (MI 30f.)

Als seine Mutter dann ein Nickerchen macht, denkt Mumin weiter nach:

Eine Person, mit der man nie spricht und über die man nie spricht, muss sich doch allmählich auflösen und den Glauben daran verlieren, dass sie überhaupt existiert. Er überlegte, ob ein Spiegel die Lösung wäre. Eine Menge Spiegel könnten aus einer einzelnen Morra unendlich viele machen, von vorn und von hinten, vielleicht könnten die vielen sich sogar miteinander unterhalten. Vielleicht... (MI 31)

In Mumin's Gedanken steckt eine erste Idee des Gruppentherapieprinzips: man spricht mit anderen, die Ähnliches kennen und in denen man sich wiederfinden kann, ohne die Erfahrungen oder Haltungen oder Gefühle der anderen übernehmen zu müssen – Spiegelungsvorgänge. Eine so verstandene Gruppentherapie kümmert sich mehr um das, was andere von einem verstanden haben, als um die eigenen affektiven Antworten. Der Therapeut wird häufiger nachfragen, um was für Affekte es da gerade geht, wie sich das anfühlt und was das für Gefühle sein könnten. Vor allem wird er auch die anderen immer wieder ermuntern, danach zu forschen, was sie verspüren, wenn sie das hören, was einer gerade berichtet (Schultz-Venrath 2013, 215ff.). Mumin wird auch einen Weg finden, die Morra im Alleingang aufzulockern: Er ist ihr ein Gegenüber. Damit wird ein zentrales Moment des Mentalisierens aufgenommen, das wiederum seine Wurzeln in anderen Philosophien und Theorien hat. „Der Andere ist nicht der, den ich verstehen kann, ich kann nur versuchen, mich selbst zu verstehen, ich kann versuchen, das, was der Andere in mir auslöst, zu benennen,“ so beschreibt Plog diesen Vorgang, ohne dass sie von Mentalisierungstheorie zu dem Zeitpunkt erfahren hatte (Plog 1997, 46).

Aber zurück zur Morra und was das mit Mumin anstellt. Die Reisenden sind auf dem Weg zur Insel, und hinter ihnen irgendwo die Morra:

So trieb die Morra voran, immer weiter in die Morgendämmerung hinein, mit einem Schweif aus Eisrauch im Kielwasser... Sie hatte Zeit. Sie hatte nichts außer Zeit. (MI 32)

Bei seinen Strandspaziergängen stößt Mumin auf die Morra. Zunächst ahnt er sie nur, der Hauch ihrer Einsamkeit liegt über der Insel, dann sieht er sie draußen auf dem Meer oder den Klippen sitzen und herüberstarren. Das Licht der Petroleumlampe, denkt er, das zieht sie immer an, wenn wir Licht machen. Aber am Ende ist das Petroleum alle, der ganze Vorrat aufgebraucht bei seinen nächtlichen Entwicklungsgängen, und er geht noch einmal an den Strand ohne das Licht und ist etwas bang, ob die Morra nicht einfach uninteressiert wegbleibt, wenn er kein Licht mehr zu bieten hat. Aber sie kommt, kommt sogar näher denn je, sie strahlt keine Kälte aus und freut sich ihn zu sehen (das merkt man an ihrem Tanz), und Mumin hat eine neue Freundin. Das würde er nie so sagen, seinem Vater teilt er nur mit:

„Hör mal, Vater, ich hab am Sandstrand was zu erledigen. Muss eine meiner Bekannten treffen.“ (MI 223)

Was soll man sonst auch sagen, wenn man selbst noch nicht so genau weiß, was einen da hinzieht, warum man so ein Gefühl von innerem Ziehen und Zerren hat, und warum das so spannend ist, in diesem Wechsel von Zusammensein und Getrenntheit zu leben? Das ist Pubertät, und Mumin wird groß. In einem der nächsten Abenteuer, als der Komet dräut, wartet das Snork-Fräulein mit den entzückenden Stirnfransen auf ihn, und er ist den Wagnissen großer Beziehungen gewachsen, die auf ihn zukommen: Er hat zeitig die Geborgenheit der Zugehörigkeit (die er als Kind so schützend kennengelernt und verinnerlicht hat) mit der kühlen Klarheit der Einsamkeit in seinem Inneren zusammengebracht (siehe das Rettungsspiel, Abschnitt 1.1.). Man nennt das Ambivalenz: abhängig sein in Beziehungen steht im fortwährenden Widerstreit mit der Unabhängigkeit, in der man ohne viele Rücksichtnahmen und Einschränkungen sich ungehemmt selbst verwirklicht. Die Abhängigkeits-Unabhängigkeitsschaukel begleitet uns unser ganzes Leben, immer wieder gaukelt uns der eine der Pole vor, er sei der wahrhaft erstrebenswerte.

Der Morra wie den Seepferdchen fehlt es, das keiner sie je gespiegelt hat. Eine Bindungsfähigkeit in ersten engen Beziehungen (z.B. zu den Eltern) kennen sie nicht. Deshalb können sie in der Ambivalenz-Schaukel nicht schaukeln, sondern nur monopolar ein Extrem ausleben. Die Seepferdchen hängen in der Einseitigkeit fest. Die Morra lässt sich auf Mumin ein und wird aufgelockerter: schon besser!

Zweites Kapitel: Mentalisierung, Identität und De-Mentalisierung

2.1. Ti-ti-uu

Der Schnupferich ist auf seiner Wanderung einer Melodie auf der Spur, die er umschleicht, sie einkreist, ohne sie vorschnell packen zu wollen. Dieser Abend wird

gut sein, sie so vertraut zu machen, dass sie bei ihm bleibt, und sie auf seiner Mundharmonika zu zähmen. Da besucht ihn zu seinem Leidwesen an seinem einsamen Lagerfeuer ein kleines Tier,

„zwei schüchternere Augen unter einem wirren Haarschopf. So wie bedeutungslose Leute eben aussehen.“ (GM 11)

Bedeutungslos also wirkt das kleine Tier. Namenlos ist es zudem, wie wir hören werden. Das kleine Wesen möchte den Schnupferich auf seiner Mundharmonika spielen hören (aber der ist nur vergärzt, weil ihm die geahnte Melodie inzwischen längst entflohen ist). Das Kleine möchte die Geschichten von Schnupferichs Wanderungen hören, aber der denkt nur verbittert:

„Warum können sie mir meine Wanderungen nicht lassen? Begreifen sie denn nicht, dass ich alles kaputt rede, wenn ich darüber erzählen muss. Dann ist es verschwunden, und wenn ich daran zurückdenke, erinnere ich mich nur noch an meine Erzählung.“ (GM 15)

Die Narration ist nicht das Erlebte selbst. Der Schnupferich weiß um derartige Dinge. Und weil er so viel weiß, möchte das kleine bedeutungslose Wesen von ihm einen Tipp haben, wie es sich nennen sollte. Das ist nur recht und billig, denn Auslöser zu diesem Identifikations-Bedürfnis war eine harmlose Frage des Schnupferich, als der kleine Gast ungebetenerweise aufgetaucht war: „Na, wie heißt du denn?“ hatte er gefragt, und das kleine Tier hatte erklärt, dass es so klein sei, dass es bisher nicht einmal einen eigenen Namen habe. Eigentlich hat der Schnupferich heute überhaupt keine Lust, Namen zu erfinden. Aber dann schlägt er ihm doch einen vor, damit es Ruhe gibt:

„Ti-ti-uu, mit einem fröhlichen Anfang und vielen traurigen U am Ende.“ (GM 15)

Der Namensvorschlag bereichert das kleine Wesen, und so beschenkt verlässt es den Schnupferich. Es hat einen Namen, und der Name ist auch noch affektiv aufgeladen von fröhlich bis traurig. Nun ist der Schnupferich wieder allein und hat seine Ruhe, aber das nützt ihm nun auch nichts mehr. Die Melodie ist weg, die Laune mies, am nächsten Tag wandert Schnupferich durch eine öde Gegend, bis er merkt, dass er es bedauert, Ti-ti-uu weggeschickt zu haben, und nach ihm sucht.

„Ti-ti-uu“, rief der Schnupferich leise. „Ich bin gekommen, um mit dir zu reden.“

„Oh, hallo“, sagte Ti-ti-uu und tauchte aus dem Gebüsch auf. „Wie gut, dann kann ich dir zeigen, was ich gemacht hab. Ein Namensschild! Schau mal! Mein eigener neuer Name, der darf über der Tür hängen, wenn ich ein eigenes Haus hab.“

Es hielt ein Rindenstückchen hoch, in das ein Namenszug eingeritzt war, und fuhr mit wichtiger Miene fort: „Sieht gut aus, was? Alle haben es schon bewundert.“

„Sehr schön!“, sagte der Schnupferich. „Und du kriegst also ein eigenes Haus?“

„Ja klar!“, strahlte das kleine Tier. „Ich bin zu Hause ausgezogen und hab angefangen zu leben! Das ist unglaublich spannend! Weißt du, bevor ich einen Namen hatte, bin ich bloß durch die Gegend gerannt und hab so allgemeine Gefühle gehabt und alles, was passiert ist, flatterte um mich herum, manchmal war es gefährlich und manchmal ungefährlich, aber nichts war richtig, verstehst du?“

Der Schnupferich versuchte etwas zu sagen, doch das Tierchen fuhr sogleich fort:

„Jetzt bin ich eine eigene Person und alles, was passiert, hat eine Bedeutung. Es passiert nämlich nicht nur so ganz allgemein, sondern es passiert mir, Ti-ti-uu. Und Ti-ti-uu denkt dies oder das – wenn du verstehst, was ich meine?“ (GM 18f.)

Und dem nun so viel beschäftigten Ti-ti-uu bleibt zum Klönen und Mundharmonika anhören (was der Schnupferich sich jetzt so vorgestellt hatte) gar keine Zeit, schon schlüpft Ti-ti-uu weiter:

„Tschüss, und grüß mir Mumin! Ich hab's eilig, muss leben, weil ich schon so viel Zeit verloren hab!“

Das kleine Tier war sich sicher: Der andere, Schnupferich also, der kann so viel, von dem werde ich profitieren können. Der sperrt sich zwar zunächst, hat gar keine Lust, dem kleinen Wesen auf seinem Weg zu Subjekt-Sein und Individualität zu helfen, aber er sperrt sich nicht dauerhaft, sondern schlägt ihm einen Namen vor. Er bietet ihm ein Spiegelbild seiner Person an, verdichtet in einem Namen. Er greift das Bedürfnis des kleinen Tieres auf und benennt es. Jetzt hat es einen Namen, und es macht sich auf den langen Weg zur Entwicklung einer Identität. Und nun, als das Tier einen eigenen Namen hat, Ti-ti-uu, ist nichts ist mehr so wie vorher: es ist nicht mehr so klein, es ist nicht mehr bedeutungslos, und es hat keine Zeit mehr, weil es so viel erleben muss. Anderen eine Bedeutung zumessen oder sie ihnen vielleicht manchmal erst ermöglichen – das sind die kleinen Begegnungen im Sinne von „Achtsamkeit für die Psyche“, wie der amerikanische Psychiater Allen die Mentalisierung einmal genannt hat (Allen et al. 2008, 86).

2.2. Das Eichhörnchen mit dem schönen Schwanz

Das Eichhörnchen bewegt sich auf der Stufe primärer Repräsentation. Das heißt: Es nimmt seine Welt körperlich und kognitiv wahr, registriert unspezifische Lust- und Unlustgefühle. Es ist aber befangen im körperlich-muskulären Erleben seiner Gefühle, es lebt viszeral, also aus dem Bauch heraus (viszeral bedeutet: die Eingeweide betreffend), ohne die Gefühle bedenken zu können. Muskuläre Spannung wird wahrgenommen, auch viszerale, affektive eher nicht, zumindest nicht differenziert nach Ort und Art. Eine Validierung der eigenen Gefühle an einem Gegenüber ist (noch) nicht möglich. Solch eine Realitätsüberprüfung würde eine Chance bieten, die eigenen Gefühle so kennenzulernen, dass man sie nicht nur als inneren Zustand erlebt, sondern einordnen und sich auch notfalls davon distanzieren kann.

Etwas weiter im Westen, am Meeresufer, hüpfte ein kleines Eichhörnchen planlos auf dem Schnee hin und her. Es war ein sehr törichtes, kleines Eichhörnchen, das sich gern als „das Eichhörnchen mit dem schönen Schwanz“ bezeichnete, wenn es an sich selbst dachte.

Übrigens dachte es weder oft noch lange, sondern fühlte oder spürte meistens etwas. Jetzt hatte es gerade gefühlt, dass die Matratze in seinem Nest allmählich hart wurde, und war daher unterwegs, um eine neue zu suchen. (WM 16)

Es fand einen Karton.

„Eigenartig“, sagte das Eichhörnchen erstaunt. „Dieser Pappkarton war vorher nicht da. Der ist irgendwie falsch. Oder es ist die falsche Höhle. Vielleicht bin ich auch das falsche Eichhörnchen, aber das will ich dann doch lieber nicht glauben.“

Es schob eine Ecke des Deckels hoch und steckte den Kopf in den Karton.

Drunten in der Wärme lag etwas, das fühlte sich weich und angenehm an, und plötzlich erinnerte das Eichhörnchen sich wieder an seine Matratze. Seine kleinen, scharfen Zähne bissen ein Loch in das Weiche und zerrten einen Wollebausch heraus.

Dann zog es einen Bausch nach dem anderen heraus, ganze Berge von Wolle, es arbeitete wie besessen mit allen vier Pfoten und war sehr froh und zufrieden.

Doch plötzlich war da jemand, der dem Eichhörnchen ins Bein zu beißen versuchte. Es fuhr blitzschnell aus der Pappschachtel, zögerte kurz und beschloss dann, lieber neugierig als erschrocken zu sein.

Nach einiger Zeit tauchte ein wütender Kopf mit strubbeligen Haaren aus dem Karton auf.

„Bist du noch ganz bei Trost?!“ fragte die Kleine Mü.

An dieser Stelle sei kurz eingeschoben, dass es sich bei der Kleinen Mü um die Tochter der Mymla handelt und dass sie auch eine Schwester hat. Die kleine Mü ist scharfzüngig und frech, wirkt unerschrocken und man muss bei ihr immer gefasst sein, dass sie einen ins Bein beißt. So viel im Moment zur Kleinen Mü.

„Bist du noch ganz bei Trost?!“ fragte die Kleine Mü.

„Nein, glaub ich nicht“, antwortete das Eichhörnchen.

„Jetzt hast du mich geweckt“, teilte die Kleine Mü streng mit, „und meinen Schlafsack aufgefressen. Was willst du überhaupt?“

Doch das Eichhörnchen war so verwirrt, dass es die Matratze schon wieder vergessen hatte.

Die Kleine Mü schüttelte ärgerlich den Kopf, kam ganz und gar aus dem Karton geklettert und schloss den Deckel (...). Dann trat sie vor und fasste den Schnee an.

„Aha, so sieht der also aus“, sagte sie. „Was die sich alles einfallen lassen.“ (WM 17f.)

Das Eichhörnchen ist so klein, dass es keinen Namen hat, es nennt sich selbst nur das mit dem „schönen Schwanz“. Es kapiert also noch nicht so viel, und es wird durch den massiven Ärger und die bohrenden Fragen der Kleinen Mü so durcheinander gebracht, dass es seine ursprünglichen Ziele (ein neues Bett, das weniger hart

ist) völlig aus den Augen verliert und nicht einmal mehr selbst glaubt, dass es ganz richtig im Kopf ist (also ist es vielleicht doch „das falsche Eichhörnchen“?). Mit der kleinen Mü in dieser Stimmung gibt es keinen gelungenen Mentalisierungsprozess – dazu sind beide viel zu aufgeregt, und wenn in der Gefühlswelt die Wellen zu hoch schlagen, dann kann man nicht vernünftig mentalisieren (Allen et al. 2008, 182). Andere unter den Mumin-Freunden haben das schon verstanden. Als im Verlauf des Theater-Abenteuers (SM 1954) das Snorkfräulein auf den Fundus mit den hunderten von Roben und Abendkleidern und Kostümen stößt, probiert sie ein Kleid nach dem anderen an und lässt dann erstmal wieder davon ab:

Die Kleider raschelten, sie rochen nach Staub und Parfüm und begruben das Snorkfräulein in ihrer weichen Fülle. Plötzlich ließ sie alles los und stellte sich ein Weilchen auf den Kopf.

„Um mich ein wenig zu beruhigen“, flüsterte sie vor sich hin. „Ich muss mich beruhigen, sonst explodiere ich einfach vor Glück. Es sind einfach zu viele...“ (SM 61)

Es scheint sich beim Kopfstehen zur affektiven Regulation um eine für Mumin und ihre Verwandten vertraute Maßnahme zu handeln. In seinen Memoiren erwähnt auch der Muminvater anlässlich eines durch erste Begegnung mit Wald, Bäumen und dazugehörigen Vögeln ausgelösten emotionalen Überschwanges, dass er sich eine Weile auf den Kopf stellte, um sich zu sammeln (MWJ 27). Das Eichhörnchen kennt keine Strategie, erstmal zur Ruhe zu kommen, dann noch mal zurückzudrehen und nachzudenken, was da jetzt los war („stop and rewind“, vgl. Munich in Allen, Fonagy, 2009, 207ff.). Das Eichhörnchen kann (noch?) nicht mentalisieren, und es scheint auch keinen Wert darauf zu legen, es zu lernen. Das kennt man ja: wenn man etwas nicht hat, merkt man vielleicht gar nicht, wie man es vermisst. Und so kommt das Eichhörnchen (im Gegensatz zu Ti-ti-uu) nicht zu einem eigenen Namen. Das kann die Individualisierung und Entwicklung von Identität behindern, weshalb die Internationale Kinderrechtskonvention der UNO schon seit Jahrzehnten in §7 (1) das Recht auf den Namen für jedes Kind festschreibt.

Auch wenn ein Name nicht immer weiter hilft. Missverständnisse sind auch bei Namen programmiert: Als im Winter ein Hemul auf Brettern die Hänge herabgesaust kommt, gibt es Gelegenheiten für zahlreiche Missverständnisse.

Der da wird viel Marmelade essen, dachte Mumin. Und was ist das, was er an den Füßen hat?

Der Hemul legte das Horn auf das Dach des Holzhauses und schnallte die Skier ab.

„Gute Abfahrten hier“, sagte er. „Habt ihr auch Slalom?“

„Werd mich erkundigen“, sagte Mumin.

Er kroch wieder in den Salon zurück und fragte:

„Ist hier jemand, der Slalom heißt?“

„Ich heiße Salome“, flüsterte das Wusel, das vor dem Spiegel erschrocken war.

Mumin ging wieder zum Hemul hinaus und sagte: „Nur beinahe. Wir haben eine, die heißt Salome“. (WM 83)

Mit dem Hemul wird Mumin dann nicht recht warm, wenngleich der Hemul in seiner unnachahmlichen Handlungsfokussierung nicht nur Verständnislosigkeit und Abwehr hervorruft, sondern auch – allerdings eher nebenbei – Salome, das kleine Wusel, aus dem Schneesturm rettet. Er rettet auch noch Knick, den sehnsüchtigen Hund, vor seinen wölfischen Verwandten, und zieht dann weiter mit Salome im Rucksack und Knick in seiner Spur, und er spielt auf seinem messingglänzenden Horn den „Einzug der Hemulen“ und andere schmetternde Stücke. Die Mentalisierungskompetenz des Hemul ist ausgesprochen begrenzt, er merkt nichts davon, dass er allen auf die Nerven geht mit seinem Sport und seinem Horn, aber er ist ein herzensguter Hemul mit einem hemdähnlichen, schwarz-gelben Strickpullover.

2.3. Onkelschrompel: Namen vergessen als De-Mentalisierung

Nun ist die Identität nicht immer ein Zuckerschlecken. Es reicht nicht, einen Namen zu haben – und bei den Hemuls ist es ja eigentlich auch nur ein Familienname, ein Gattungsname sozusagen.

Der Hemul wachte langsam auf. Dann fiel ihm wieder ein, wer er war, und er wünschte, er wäre jemand anders. (HM 27)

Erst ist man niemand, und wenn man jemand geworden ist, ist es womöglich auch nicht recht. Am Anfang steht der Name, den man kriegt. Am Ende gibt man ihn wieder ab. Der Onkelschrompel ist so alt, dass er schon seinen Namen vergessen hat.

Er war schrecklich alt und sehr vergesslich. Als er eines dunklen Herbstmorgens aufwachte, hatte er vergessen, wie er hieß. Wer die Namen anderer Leute vergisst, wird mitunter melancholisch, aber den eigenen zu vergessen, das tut nur gut.

Er hatte keine Lust, aufzustehen und ließ den ganzen Tag neue Bilder und Überlegungen nach Belieben auftauchen und wieder verschwinden, machte ab und zu ein Nickerchen, wachte wieder auf und wusste schließlich nicht einmal mehr, wer er war. Es war ein friedlicher und sehr spannender Tag. (HM 42)

„Onkelschrompel“ ist dann einer der Namen, die er für sich selbst ausdenkt. Man könnte ihn ein bisschen aus der Distanz betrachtet als dement bezeichnen. Wenn man sich als Psychotherapeut mit Überlegungen beschäftigt, wie sich mentales Geschehen als Gefühlswahrnehmung und -austausch (d.h. Mentalisierung) entwickelt, könnte man nur so vom Wort her die De-Mentalisierung als Gegensatz zu dem „normalen“ Mentalisieren verstehen, dann wären Demenz und Mentalisierung Gegensätze. Das stimmt aber überhaupt nicht. Der Onkelschrompel hat seinen eigenen Kosmos in sich, seine Beziehungen gehen nicht mehr so sehr nach außen, sondern in seine Erinnerungen, in seinen Körper, und er wird kompromiss-

loser. Demenz ist in diesem Sinne nicht die Abwesenheit von Mentalisierung, sondern der Übergang vom Mentalisieren nach außen zum Mentalisieren nach Innen. Er hat es gar nicht mehr nötig, um das Wohlwollen der anderen zu buhlen. Die sollen ihn kennenlernen.

Die Sehnsüchte des alten Mannes bekommen ein Eigenleben, sie werden in ihm lebendig und auf die Umgebung gespiegelt, oder auch projiziert, das liegt hier dicht beieinander. Er ist dann mit den eigenen inneren Strebungen konfrontiert, als wenn sie wie andere Personen um ihn herum leben, und manchmal wird das ein lustiges Durcheinander, aber auch manchmal ein bisschen komisch, vielleicht sogar bedrohlich, denn paranoide Gedanken und Gefühle werden meist angstbesetzt erlebt.

Viele werden einem mit Namen vorgestellt, bloß um ihren Namen dann gleich wieder zu verlieren. Das sind die Leute, die sonntags zu Besuch kommen. Sie schreien einem höfliche Fragen ins Ohr, weil sie sich nie merken können, dass man nicht taub ist. Sie versuchen, sich möglichst einfach auszudrücken, damit man ihnen folgen kann. Dann sagen sie Gute Nacht und gehen nach Hause und spielen und tanzen bis in den Morgenrauen. Das sind die Verwandten. (HM 42f.)

Diese nächtelangen Feiern beschäftigen den Onkelschrompel aufs Nachhaltigste. Er würde zu gern den Verwandten auf die Schliche kommen und sie auf frischer Feier-Tat ertappen. Als er in das Mumintal gewandert ist und dort die anderen alle trifft, außer der, weil die ist ausgeflogen, den ganzen Herbst lang, da meint er sie zu erwischen, die Verwandten:

Der Onkelschrompel lag im Salon auf dem Sofa, hatte seine Nase ins schöne Samtkissen gesteckt und hörte, wie jemand sich in die Küche schlich. Dann ein ganz leises Klirren, wie von Glas. Er richtete sich in der Dunkelheit auf, spitzte die Ohren und dachte: jetzt feiern sie. (HM 65)

Schon lange hat keiner mehr mit ihm gefeiert, mit Tanz und kühlen Getränken, und er geht davon aus, dass sie alle hinter dieser Feierei so her sind wie er in seinen Gedanken. Stattdessen trifft er dann aber, als er nachgucken geht, nur die Mymla in der Speisekammer, wie sie von den Mixedpickles nascht, und erfährt durch sie vom Urahn, der dreihundert Jahre alt sei. Das macht ihn neidisch, dass da einer noch älter sein soll als er, und außerdem verdirbt er sich während des Gesprächs den Magen an Mixedpickles. Denn er würde der Mymla gegenüber nie zugeben, dass er sicher war, eine Feiergusellschaft in der Speisekammer anzutreffen, weil dort ein gläsernes Klirren zu hören war. Lieber tut er so, als sei er nur gekommen, um endlich so viele Mixedpickles essen zu können, wie er will, ungestört, und nun sitzt er da und muss mit der Mymla sprechen und zur Tarnung größere Mengen an Mixedpickles vertilgen. Dass die so sauer sind, hätte er nicht gedacht.

Die Mymla erwähnt, wie gesagt, den Urahn, der soll ein paar hundert Jahre alt sein, keiner weiß das genauer. Seitdem der Onkelschropfel jetzt etwas von dem Urahn gehört hat, sucht er nach ihm. Ursprünglich soll der Urahn hinter der Kachelofentür gelebt haben, aber da ist keiner anzutreffen. Die Mymla setzt den Onkelschropfel dann auf den alten Kleiderschrank oben im Treppenhaus an. Das ist ein Spiegelschrank, innen an der Tür ist ein großer Spiegel angebracht, und mit diesem Spiegel oder auf anderen Mitteilungsebenen spiegelt der Schrank immer das, was man fürchtet, was man nicht so gerne wahrhaben will und ähnliche unliebsame Angelegenheiten. Der Schnupferich sucht nach Mumins Brief, denn der verabschiedet sich jedes Jahr mit einem Brief, wenn er in den Winterschlaf geht, und nun ist kein Brief zu finden. Der Schrank – leer, das hatte Schnupferich befürchtet. Leer wie das ganze Mumintal, kein Brief, kein Mumin. Die Filifjonka sieht zwar auch, dass der Schrank leer zu sein scheint. Sie hat aber den Blick der zwanghaft Putzsüchtigen für potenzielle Bedrohungen: die ganzen Insekten, kleine Wesen, die noch kleinere Spuren hinterlassen, Fäulnis und Verderben... Sie flieht vor der potenziellen Bedrohung aus dem Schrank ins Zelt des Schnupferichs, der sie beruhigen kann. Dann kommt Onkelschropfel und sucht den Urahn in dem Schrank – die Mymla hatte doch angedeutet, dass sich darin etwas verbirgt... Die Schranktür gleitet auf, und da steht der Onkelschropfel mit Stock und Hut und begrüßt den einzigen Bewohner im Muminhaus, der ihn verstehen kann, denn Altern ist ein einsames Kapitel, keiner versteht einen und keiner kann sich einfühlen. Oft findet man nicht mal einen zum Spiegeln.

Sehr langsam öffnete er den Schrank, worauf die Tür mit dem Spiegel nach außen aufschwang.

Obwohl die Kerzenflamme in dem dunklen Flur sehr schwach leuchtete, konnte der Onkelschropfel den Urahnen sehr klar und deutlich erkennen. Er stand ihm direkt gegenüber. Der Urahne hatte Stock und Hut und kam ihm ziemlich seltsam vor. Sein Schlafrock war zu lang und er trug Gamaschen. Keine Brille. Der Onkelschropfel trat einen Schritt vor, der Urahne ebenfalls.

„Aha, du wohnst also nicht mehr im Kachelofen“, sagte der Onkelschropfel. „Wie alt bist du? Trägst du nie eine Brille?“ Er war sehr aufgeregt und klopfte mit dem Stock auf den Boden, um seinen Worten Nachdruck zu verleihen. Der Urahne tat es ihm nach, antwortete aber nicht.

„Er ist taub“, sagte sich der Onkelschropfel. „Ein stocktauber alter Knacker. Aber trotzdem ist es nett, jemand zu treffen, der weiß, wie man sich fühlt, wenn man alt ist.“ Er betrachtete den Urahnen sehr lange. Schließlich zog er seinen Hut und verbeugte sich. Der Urahne tat das Gleiche. Sie trennten sich mit gegenseitiger Hochachtung. (HM 112)

Das ist bei weitem das Beste, was einem passieren kann: die Hochachtung, die man dem Ahnen entgegenbringt, der einem im Spiegel gegenüber steht. Das ist so gut wie sich selbst geachtet, das versteht sich ja von alleine. Später, als dem Onkelschropfel zu Ehren tatsächlich ein Fest gegeben wird und er natürlich richtig dabei ist, kommt der Ahn trotz persönlicher Einladung nicht. Und als der Onkelschrom-

pel ihn holen gehen will und in seinem Ungestüm (und seiner Enttäuschung) den Spiegel innen an der Schranktür zerdeppert, ist von dem Ahn überhaupt keine Spur mehr zu entdecken, also beschließt Onkelschrompel, sich zu verabschieden und auch Winterschlaf zu machen.

Sich selbst spiegeln, sich im Spiegel erkennen, könnte eine Art Selbst-Erkenntnis sein. Der Onkelschrompel ist mit dem, was er da entdeckt, nicht wirklich glücklich. Er hat erfolgreich seinen Namen vergessen, hat sich selbst einen neuen ausgedacht, hat sich gegen das Erinnern gewehrt und nur noch seinen Träumen gelebt. Er hat die Suchmethoden verworfen, mit denen man etwa seine Brille wieder zu finden versucht, wenn man nicht mehr weiß, wo man sie zuletzt hingelegt hat:

Soll ich dir sagen, wie das von früh bis spät klang? So: Wo hast du es zuletzt gesehen? Versuch dich zu erinnern. Wann ist es passiert? Wo ist es passiert? Haha! Damit ist jetzt Schluss. Ich vergesse und verliere alles, wozu ich gerade Lust habe. (HM 87)

Und so dementalisiert er vor sich hin, immer wieder in Gefahr, von den anderen zu Erinnerungen verführt zu werden, die ihn dann ganz krank machen. Und so wie Spiegelung ursprünglich eine Entwicklung einleitet, die zu Mentalisieren, zu Interaktion und Leben führt, so führt Dementalisieren aus dem Leben heraus. Und der Spiegel liegt in Scherben. Anfang und Ende. A und O.

Drittes Kapitel: Als-ob und Äquivalenz

3.1. Homsa: Vom Spiel zur Angst

Der nicht ganz so kleine Homsa hat noch einen kleineren Bruder, auf den er immer aufpassen muss. Man kann nicht behaupten, dass er darüber besonders glücklich wäre. Kleine Brüder sind eine Plage, findet er, und es wäre besser, dass

die so lange in einer Schublade gehalten werden, bis sie was kapieren. (GM 24)

Oft können selbst seine Eltern den nicht ganz so kleinen Homsa nicht verstehen. Dabei ist doch ganz klar, dass es um die Rettung der zivilisierten Welt geht, oder zumindest als ob es um die Rettung der zivilisierten Welt ginge:

Als der Homsa beim Gemüsebeet angelangt war, legte er sich platt auf den Bauch und schlängelte sich durch den Salat. Das war die einzige Möglichkeit. Der Feind hatte Kundschafter ausgesandt, die waren überall, ein paar flogen sogar durch die Luft.

„Ich werd ganz schwarz“, sagte der kleine Bruder.

„Sei still“, flüsterte der Homsa, „wenn dir dein Leben lieb ist. Was glaubst du wohl, was man in einem Mangrovensumpf wird? Blau?“

„Das hier ist Salat“, sagte der kleine Bruder.

„Wenn du so weitermachst, wirst du bestimmt bald erwachsen“, sagte der Homsa. „Dann wirst du genau wie Mama und Papa, und das geschieht dir gerade recht. Dann siehst du und hörst du ganz normal und damit meine ich, dass du weder siehst noch hörst, und dann ist es aus mit dir.“

„Oho“, sagte der kleine Bruder und fing an, Erde zu essen.

„Die ist vergiftet“, bemerkte der kleine Homsa kurz. „Alles, was in diesem Land wächst, ist vergiftet. Und jetzt haben sie uns erblickt und das haben wir nur dir zu verdanken.“

Zwei Kundschafter sausten quer übers Erbsenbeet auf sie herab, doch der Homsa tötete sie schnell. (GM 22f.).

Das geht also ganz schön zur Sache da auf dem Gemüsebeet, wenn auch noch die Krähen angreifen (oder so tun als ob, oder der Homsa denkt sich, dass sie so tun als ob). Doch dann verliert der Homsa seinen kleinen Bruder aus den Augen, kehrt nach Hause zurück und berichtet den Eltern, der Kleine sei von Schlammsschlangen überfallen und verspeist worden und dann kriegt er dafür einen ziemlichen Ärger, und währenddessen sitzt der kleine Bruder auf dem Hof und isst immer noch (oder: wie immer) Erde. Der etwas größere Homsa muss wegen seiner Flunkerei ohne Abendessen ins Bett und ist mächtig verstimmt über seine Eltern. So schlecht haben sie sich noch nie benommen! Er hat auf ihre Eltereien (Gegenstück zu: „Kinderereien“) keine Lust mehr und beschließt abzuhausen. Und so wird es dann auch gemacht, ab durch Heide und Moor. Sein Weg in die Welt ist nicht ohne Probleme, denn seine Einbildungskraft ängstigt ihn manchmal selbst.

Irgendwo hinten im Moor rollte der Geisterwagen los, er schickte rote Lichtblitze übers Heidekraut, er knirschte und knarrte und fuhr schnell und immer schneller.

„Warum hast du ihn dir auch vorgestellt!“, sagte sich der Homsa. „Da ist er jetzt. Lauf!“ (GM 30)

Dann kommt er an ein kleines rundes Haus, in dem Licht brennt. Es ist rund, also wohnt wohl eine Mymla darin, und tatsächlich, der Homsa trifft auf die kleine Mü. Sie erstattet dem immer verängstigter werdenden Homsa im Tonfall größter Selbstverständlichkeit darüber Bericht, dass die lebendigen Pilze schon im Nachbarzimmer angekommen sind und die Großmutter schon zugewachsen sei, und er soll lieber einen Teppich zusammenrollen und vor den Türspalt schieben, damit sie nicht hier auch noch durch den Spalt unter der Tür reinkommen. Das Ticken, dass sich da wie eine Uhr anhört, dass seien die Pilze, wenn sie wachsen, und gleich würde die Tür denn doch wohl platzen und die ganze Zeit sitzt die Mü auf dem Schrank, weil es da sicherer sei vor den SchlammPilzen, und sie weigert sich, den Homsa auch raufzulassen, so viel Platz sei da oben nicht, und so bleibt ihm nichts übrig, als sich unter dem Sofa zu verstecken, als es an die Tür klopft... und dann steht da der Homsa-Vater vor der Tür, er sucht seinen Sohn, und es gibt gar keine Pilze, der Oma geht es gut nach ihrem kleinen Schläfchen im Nebenzimmer, und die Mü hat das alles nur erfunden, der Homsa ist sprachlos über diese Heimtücke, er ist gekränkt und kann es nicht fassen, dass sie ihm solche Angst gemacht hat.

Der Homsa ist ein kleiner Köhner in dem Metier des Als-ob, er versenkt sich so in sein Spiel gegen die allgegenwärtigen Feinde, dass er sogar seinen kleinen Bruder vergisst. Dass sich seine Eltern Sorgen machen, als er ohne den Kleinen zurückkommt, gehört nicht zu seiner Welt, das ist die trockene, kalte Eltern-Realität, wie langweilig! Außerdem sitzt der Kleine wie immer im Hof, stopft wie immer Erde in sich rein, funktioniert fast noch auf der viszeralen Ebene, im Körpergefühl des Babys, immer das Gleiche, langweilig! Aber er, der größere Bruder, er hat die Welt in der Hand, er lässt den Geisterwagen fahren. Und wenn ihm sein eigenes Spiel zu viel wird, stellt er sich als nächstes vor, er sei ein Polarforscher, der seit zehn Jahren auf der Suche nach seinem Zuhause ist, und der es gleich finden wird, und schon findet er es und ist daheim angekommen, das ist eine Kleinigkeit für einen erfahrenen Polarforscher, klappt doch.

Aber so eine Konkurrentin im Konstruieren von Als-ob-Welten, wie er sie in der Kleinen Mü antrifft, die hat der Homsa nicht auf der Rechnung. Da kippt doch glatt sein eigener spielerischer Als-ob-Modus in die bedrohliche allgleiche Äquivalenz, und er hat den Wechsel nicht selbst in der Hand, das ist schade. Er hat gerade gelernt, dass er seine Realität beeinflussen kann, indem er einen neuen Bezugsrahmen darum herum baut, und so hat er dann den Krieg gegen die bösen außerirdischen Krähenheere konstruiert. Und nun soll er verstehen, dass nicht nur er solche Konstruktionen schaffen kann, sondern die andere auch? „Das ist unfair!“, höre ich ihn schimpfen, „Ich hab nichts gegen Als-ob, ich lebe ständig im Als-ob, aber mir ist, als ob dieses Als-ob gar nicht von mir stammt, das geht doch nicht!“ Dieses nicht selbst erfundene Als-ob hat die fatale Eigenschaft, sich angsteinflößend in Äquivalenz umzuwandeln. Aus dem Spiel mit verschiedenen Lebenselementen im vollen Bewusstsein der realen Unbedrohtheit wird die allumfassende Wirksamkeit der (ursprünglich spielerisch erfundenen) Bedrohungen, aus dem Nervenkitzel wird eine echte Zerreißprobe.

Der Homsa erlebt hier ein Phänomen, das sich in unglücklich verlaufenden Entwicklungen kleiner Personen immer wieder dramatisch ereignet. Wenn die kleine Person sich die Welt aneignen will, nutzt sie zunächst den ungeheuren Spielraum, den diese Welt darstellt: ein Raum zum Spielen ohne Ende, was auch immer sie will. Wichtig ist dafür, dass eine Bezugsperson durch ihre Spiegelung erkennbar macht, dass es sich um ein Spiel handelt. Wenn der kleine Junge im Spiel seinen Vater mit einem Holzstück in der Hand erschießt, als sei er eine Reinkarnation von Jesse James, dann fällt der Vater röchelnd um, tut einen letzten Seufzer – und steht unverseht wieder auf. Ein Klasse Spiel! Echt umgefallen, als ob er tot wäre! Deutlich verwirrender ist es, wenn diese Spiegelung nicht so markiert ist (also erklärend oder übertrieben, so dass man an der Markierung gleich merkt, dass es kein Ernst ist, sondern eine gleichsinnige Antwort): wenn der Vater „unmarkiert“ oder in echt zurückschießen würde, zum Beispiel, das wäre ein Einbruch fremder Realität in die eigene Als-ob-Welt. Wenn man auf eine Mü trifft, die das Phantasiegebilde, in

dem man sich einigermaßen sicher bewegen konnte, toppt durch furchterregende Details über die Mörderpilze im Nebenzimmer, dann überrollt einen die Angst. Da schlägt das Als-ob-Feeling um in eine allumfassende Äquivalenz, alles wird ängstlich und bedrohlich, und eine Realitätsprüfung wird nicht einmal mehr erwogen. Das ist furchtbar, und eigentlich hat der Homsa recht: So geht es nicht!

Es ist hilfreich, wenn man für sich selbst Als-ob-Spiel und Äquivalenz-Überschwemmungen auseinanderhalten kann. Zusätzlich muss ich aber auch noch ein Gefühl dafür entwickeln, in welche Als-ob-Strukturen mein Gegenüber verwickelt ist – und mich womöglich auch noch zu verwickeln droht. Ganz schön unübersichtlich.

Der Homsa ahnt schon, dass die wankelmütig zwischen Als-ob und Äquivalenz changierende Verfassung nicht ewig weitergehen wird. Er wird immer mehr Sicherheit darin gewinnen, die Als-ob-Spielereien an der Realität zu messen und sich von den Als-ob-Eskapaden nicht ins Bockshorn jagen zu lassen. Dann werden die Als-obs keine allzu bedrohliche Seite mehr haben und nicht mehr frei fluktuierend in Äquivalenzen übergehen. Aber einen Teil ihrer die kleine Person ganz erfassende und erfüllende Spannung werden sie auch eingebüßt haben: Dann ist man groß, vielleicht sogar erwachsen, und es wird deutlich langweiliger.

3.2. Ein Weg und viele Perlen

An dem Morgen, als der Muminvater die Brücke über den Fluss fertig gebaut hatte, machte Schnüferl, das kleine Tier, eine Entdeckung. Es entdeckte einen ganz neuen Weg. Der Weg schlüpfte an einer dunklen Stelle in den Wald und das Schnüferl blieb lange stehen und schaute hinter ihm her.

Das muss ich Mumin erzählen, dachte es. Diesen Weg müssen wir gemeinsam erforschen, allein riskiere ich das nämlich nicht. (...)

Als das Schnüferl nach Hause kam, war Mumin gerade damit beschäftigt, eine Schaukel aufzuhängen.

„Hallo“, sagte das Schnüferl. „Ich hab ganz allein einen eigenen Weg entdeckt. Er sieht gefährlich aus.“

„Wie gefährlich?“, fragte Mumin.

„Ich würde sagen, enorm gefährlich“, antwortete das kleine Schnüferl ernst.

„Dann müssen wir belegte Brote mitnehmen“, sagte Mumin.

„Und Saft.“ Er ging zum Küchenfenster und sagte: „Mutter, wir essen heute unterwegs.“

„Aha“, sagte die Muminmutter. „Kein Problem“. Sie legte die Brote in den Korb, der neben dem Spültisch stand. Dann holte sie eine Pfote voller Bonbons aus einer Büchse und zwei Äpfel aus einer anderen, tat vier Würstchen von gestern dazu und eine Flasche Saft, die immer fertig gemischt auf dem Bord über dem Herd stand.

„Prima“, sagte Mumin. „Bis später. Wir kommen, wenn wir kommen.“

„Macht's gut“, sagte die Muminmutter. (...)

Sie erforschen den Weg, trotz aller Gefahren, die ihrer dort harren könnten, und als der Weg immer schmaler wird und am Ende fast verschwunden ist und sie eigentlich nicht weiter wissen, finden sie das Meer. Mumin springt hinein und taucht, bis das Schnüferl Sorge hat, Mumin könne ertrunken sein. Aber der hat keine Zeit für Schnüferls Sorgen:

„Übrigens ist mir eine Idee gekommen, während ich dort unten war. Eine ausgezeichnete Idee, aber die ist ein Geheimnis.“

„Wie groß?“, fragte das Schnüferl. So groß wie ‚Möge der Abgrund mich verschlingen‘?“

Mumin nickte.

„Möge der Abgrund mich verschlingen“, haspelte das Schnüferl herunter. „Mögen die Geier meine dünnen Gebeine fressen und möge ich nie mehr Eis essen, wenn ich das Geheimnis aller Geheimnisse nicht bewahren kann. Und?“

„Ich werde Perlenfischer und verstecke meine Perlen in einer Kiste“, sagte Mumin. „Alle weißen Steine sind Perlen. Alle, die sehr weiß und sehr rund sind.“ (KM 5ff.)

Natürlich sind nur die Steine aus dem Meer (in das Schnüferl sich nicht hinein traut) echte Spiel-Perlen, nicht die, die das Schnüferl am Strand findet. Mumin blockiert sofort Schnüferls Genossenschafts-Modell, als ob er ein Perlen-Stein-Monopol habe – wer eine Phantasie hat, darf bei ihrer Ausgestaltung auch an sich selbst denken. Sie sind einen Weg gegangen und in einer Phantasie angekommen, in einer Als-ob-Situation (mentalistisch gesprochen). Diese Als-ob-Welt ist rituell gerahmt, der aus fernen Kinderzeiten überlieferte Zauberspruch des Schnüferl vom Abgrund und den Geiern dürfte ausreichen, den Spiel-Raum gegen unangemessene Realitätseinwirkungen zu sichern. In den Mumin-Geschichte sind es immerhin ganz schön harte Realitäten, die alles prüfen, was nicht niet- und nagelfest ist. In diesem Fall rast ein Komet auf die Welt zu, wird vielleicht am siebten August auf die Erde treffen, und dann gibt es vielleicht nicht mal mehr eine einzige Stein-Perle, die übrig ist. Das Meer wird sich schon bald zurückgezogen haben, alles ist dann rötlich-heiß geworden... Mumin weiß übrigens meist ganz genau, wann es an der Zeit ist, aus einem Als-ob-Spiel auszusteigen und mal nachzugucken in der Welt, worauf man noch so aufpassen muss. Als Schnüferl sich beklagt, dass die Flucht vor dem Kometen langweiliger ist als das Perlen-Spiel, das sie am Tag zuvor so schön begonnen hatten, weist ihn Mumin zurecht. Schnüferl jammert:

„Immer nur graue Ufer, die gleich aussehen, und nichts zu tun. Wir hätten Perlen fischen und in der Höhle kleine Regale bauen können...“

„Perlen“, sagte Mumin. „Das waren doch bloß weiße Steine. Das hier ist Ernst, vergiss das nicht. Die Welt kann jeden Moment untergehen, und wir sind unterwegs, um zu erforschen, was man dagegen tun kann. Gestern hast du von nichts anderem geredet als von gefährlichen Sternen.“ (KM 37)

Am Ende ist der Untergang untergegangen, und Schnüferl hat zwar das Geheimnis seiner Höhle lüften müssen (die wurde als Zuflucht gebraucht), aber der Name

seiner Katze ist immer noch sein Geheimnis. Mögen die Geier seine dürren Gebeine...

3.3. Mumin, die kleine Mü und die Angst vor der Äquivalenz

Mumin und die kleine Mü lagen auf dem Bauch in der Sonne und guckten ins Dickicht hinein. Es bestand aus niedrigen, zornigen kleinen Tannen und noch kleineren Zwergbirken, die ihr Leben lang mit den Stürmen hatten kämpfen müssen. Jetzt krochen die Bäumchen eng aneinander hin, um sich gegenseitig zu schützen, die Wipfel hatten aufgehört zu wachsen, aber die Äste klammerten sich überall am Boden fest.

„Toll, dass sie so wütend sein können“, sagte die kleine Mü voller Bewunderung.

Mumin spähte unter die dichte Masse aus kämpfenden Bäumen, wo die Stämme sich wie Schlangen hin und her bogen und wanden. Er sah den Teppich aus kriechendem Tannenreisig und braunen Tannennadeln und darüber lauter Höhlen und Grotten aus Dunkelheit.

„Schau mal“, sagte er. „Die Tanne da hält eine kleine Birke im Arm, um sie zu retten.“

„Glaubst du, ja“, sagte die Mü düster. „Ich glaube, die Tanne da hält sie gefangen. Das hier ist genau die Art von Wald, in der Leute gefangen gehalten werden. Es würde mich gar nicht wundern, wenn jemand da drinnen gefangen gehalten würde – so!“

Sie schlang Mumin die Arme um den Nacken und kniff ihn.

„Lass das!“, schrie Mumin und riss sich los. „Ist das wirklich wahr? Wird da jemand drinnen gefangen gehalten...?“

„Du nimmst dir immer alles so zu Herzen“, sagte die Mü verächtlich.

„Überhaupt nicht“, rief Mumin. „Aber ich sehe eben, wie ein Gefangener da drin sitzt! Das wird sofort ganz wirklich, ich weiß nie, ob jemand es ernst meint oder mich auf die Schippe nimmt. Ist das dein Ernst? Ist da jemand drin?“

Die kleine Mü lachte und stand auf. „Sei nicht so doof“, sagte sie. (70f.)

Wenn Mumin im Äquivalenzmodus alles für real nimmt und damit die Ängste, was sein könnte, zur realen Bedrohung werden lässt, dann wird ihm ganz bange zu Mute. Die kleine Mü hat aber einen Witz gemacht, oder zumindest nur mal versucht, ob sie dem kleinen bangen Mumin etwas über das wirkliche Leben beibringen kann. Sie erzählt von der Geiselnahme einer kleinen Tanne und wer da noch alles gefangen gehalten wird, und als Mumin das einen Moment lang ernst nimmt und in Panik zu geraten droht, geht sie weg und wirft ihm im Verschwinden zu, er solle nicht so doof sein. Das ist eine harte Lektion, aber sie meint es nur gut: Er muss seine Fähigkeit trainieren, die Äquivalenz zu verlassen und sie zu überprüfen, sonst wird sie zur Falle, in der er sich immer wieder angstschlotternd verfangen wird. Als sich die Sache mit den kleinen Bäumchen zuspitzt, weil sie im zunehmenden Sturm und angesichts der nahenden Morra zu fliehen versuchen und dabei mit ihren Wurzeln, die sie lockern und fast aus dem Boden ziehen, den schlafenden Mumin fast ein-wurzeln und fesseln, ruft er dieses Mal die kleine Mü zur Hilfe. Die kennt sich aus mit Realität und echten Gefahren, man kann an ihrer Seite Sicherheit schöpfen. Der Umgang mit einengenden Modi (ob Als-ob oder Äquivalenz)

ist eine Angelegenheit von Interaktion, man kann am besten reflektieren und integrieren, indem man sich mit jemandem unterhält. Und wenn es die kleine Mü ist.

3.4. *Muminmutter und der reflektierte Modus*

Als-ob-Modus und Äquivalenz sind wichtige Bestandteile der psychischen Entwicklung. Sie können schlimme Störungen begründen, wenn sie nebeneinander oder isoliert stehen und jemand sozusagen im Als-ob oder in der Äquivalenz stecken bleibt. Sie sind aber nicht per se pathologisch, sondern zentrale Bestandteile reifer Persönlichkeit und gehören somit zum Erwachsen-Sein dazu. In der erwachsenen, integrierten Persönlichkeit begegnen sie sich, wechseln sich ab und sind zwei Schrittfolgen, die gemeinsam einen schönen Tanz ergeben. Niemand kann das besser als die Muminmutter.

Wir sind immer noch auf der Insel. Die Muminmutter versucht alles Mögliche, um die vier Rosenbüsche zum Anwachsen zu bringen, die sie aus dem Mumintal mitgebracht hat. Aber der Wind ist zu kalt und zu stark, die Erdkrumen sind zu klein und alle Kraft ist aus ihnen herausgewaschen vom ewigem Inselregen und den immer wieder hoch aufsteigenden Fluten. Also beginnt sie (als Ersatz für den mickernden Insel„garten“) im Wohnzimmer oben im Leuchtturm mit einem Tintenstift einen Zweig auf die weißgekalkte Wand zu malen. Es wird ein Geißblatt, und dann kommen weitere Pflanzen, ganze Bäume dazu, die rundherum laufende Wand wird mit immer mehr Garten gefüllt. Als die Muminmutter fertig ist, strahlt die Abendsonne durch das Leuchtturmfenster, und als sie einen selbst gemalten Apfelbaum umarmt (die Borke ist rissig und warm), da ist sie plötzlich mittendrin in ihrem Bild. Als die Familie von ihrem Tagwerk auf der Insel zum Leuchtturm zurückkehrt, treffen sie die Muminmutter nicht an, die sich hinter einem Baum ihres Wohnzimmer-Gartengemäldes versteckt.

Die Muminmutter stand hinterm Apfelbaum und beobachtete, wie ihre Familie Tee kochte. Sie sahen alle leicht verschwommen aus, als bewegten sie sich unter einer Wasseroberfläche. Das, was passiert war, hatte die Muminmutter nicht besonders überrascht. Endlich befand sie sich in ihrem eigenen Garten, wo alles an seinem Platz war und so wuchs, wie es wachsen sollte. Das eine oder andere war nicht ganz richtig gezeichnet, aber das machte nichts. Sie setzte sich ins hohe Gras und lauschte dem Kuckuck, der irgendwo hinterm Fluss rief. Als das Teewasser zu kochen anfang, war die Muminmutter fest eingeschlafen. Den Kopf hatte sie an ihren Apfelbaum gelehnt. (MI 170f.)

Es gibt ein kleines Durcheinander, als die Familie sich auf die Suche nach der Muminmutter begibt und auf der ganzen Insel nicht fündig wird, auch wenn die Kleine Mü versichert, man finde Mütter immer in irgendeiner Ecke wieder, wenn man nur genau nachsehe. Dann ist auch tatsächlich die Mutter wieder im Wohnzimmer und behauptet, nur einen kleinen Spaziergang gemacht zu haben.

„Du darfst uns keinen solchen Schrecken einjagen!“, sagte der Muminvater. „Wir sind es gewöhnt, dass du abends im Haus bist, vergiss das nicht.“

„Genau das ist ja das Schlimme“, seufzte die Muminmutter. „Man braucht Abwechslung. Man gewöhnt sich zu sehr aneinander, alles ist immer gleich, nicht wahr, Liebling?“

Der Muminvater starrte sie verunsichert an, aber sie lachte nur und nähte weiter. (MI 174f.)

Wir dürfen diese Episode nebenbei als Hinweis auf eine leicht anarchische, aber auch gereifte Grundstruktur der Muminmutter nehmen. Hinter der Fassade der runden, gütigen, verlässlichen (wengleich manchmal etwas einfältig erscheinenden) Mutter verbirgt sich ein starker Charakter, der den kindlichen Als-ob-Modus genial zu nutzen versteht. Als das Inselabenteuer nahezu unerträglich wird und nacheinander alle Träume zerplatzen, so auch ihr Traum vom selbst angelegten Inselgarten, geht sie in ihren Ersatz-Garten, den sie auf die Wand des Wohnraumes im Leuchtturm gemalt hat. Sie umarmt die Bäume, die sie mit der für Fischernetze vorgesehen Farbe und grobem Pinsel auf die weiß gekalkte Wand gemalt hatte, und versteckt sich im Obstbaum-Wald-Wandbild. Dort tankt sie Seelenkraft in ihrem Als-ob-Garten und kehrt dann zur Familie zurück, um den anderen weiter Mut machen zu können. Das ist eine Funktion ihrer mütterlichen Fürsorge, für die sie durch die Als-ob-Energie gestärkt wird.

Die konstruktive Nutzung des Als-ob-Modus gelingt allerdings erst durch die dialektische Verknüpfung mit seiner Parallel-Struktur, dem Äquivalenz-Modus. Die Muminmutter malt einen Garten auf die Wand und freut sich an ihrem Gemälde. Aber sie taucht dann ganz ein, gibt die Realitätskontrolle auf, verlässt das Bewusstsein, mit der Wirklichkeit ein souveränes Spiel zu spielen, und verschwindet in ihrem Garten. Da lässt sie sozusagen die Zügel mal ganz los, badet in den Strahlen der untergehenden Sonne und in der lebendigen Berührung mit Rinde und Gras, lässt sich selbst umschließen wie sie sonst andere umschließt mit der unbedingten und sicheren Mütterlichkeit. Und so erweist sich die Batterie, die sie mit neuer Energie füllt, als eine Als-ob- und gleichzeitig eine Äquivalenz-Batterie. Das „ständige Gleiten der Bedeutungen“ (Laplanche/Pontalis 1972, 397) findet seine Entsprechung im Gleiten der Modi, die nicht gegeneinander stehen oder sich bekämpfen bzw. ausschließen, sondern (gekonnt gehandhabt) ergänzen und abwechseln. Gemeinsam ergeben sie eine reife Entwicklung.

Aber daneben gibt es ja noch die andere, eher nicht „mutterliche“ Seite der Muminmutter. Sie macht im reflektierenden Gespräch mit ihrem Mann deutlich, dass sie dessen kleinbürgerliche Erwartungen nicht erfüllen wird – oder nur soweit, wie sie selbst es angebracht findet. Man braucht Abwechslung, reklamiert sie. Was in dieser rundlichen Mutter wohl noch alles steckt! Dabei ist auch völlig klar, dass sie durch ihre kleinen Impulse zur Belebung der familiären Interaktion (man braucht

Abwechslung) ihre innige Bindung an ihren Mann keine Sekunde infrage stellt – Wandel und Entwicklung durch zeitweiliges Heraustreten aus der Zeit.

Das Bild der mentalisierenden Muminmutter wird abgerundet mit einer kleinen Szene, als Tofsla und Vifsla als Fremde das Mumintal erreichen und noch nicht wissen, ob sie willkommen sind:

„Trauen wir uns anzuklopfeln?“, fragte Tofsla. „Was ist, wenn jemand rauskommst und schreiselt?“

Im selben Augenblick streckte die Muminmutter den Kopf zum Fenster heraus und schrie: „Kaffee!“

Tofsla und Vifsla erschranken so fürchterlich, dass sie sich durch die Luke in den Kartoffelkeller stürzten.

„Ih“, rief die Muminmutter aus und fuhr zusammen. „Da sind bestimmt zwei Ratten soeben in den Keller geschlüpft. (MdG 141)

Wird sie in Panik ausbrechen? Hüpfte sie sofort hysterisch auf einen Stuhl und stößt spitze Schreie aus? Gibt sie Anweisung, eine Rattenfalle aufzustellen? Nichts von alledem. Die Muminmutter ordnet an:

„Schnüferl, lauf runter und bring ihnen ein bisschen Milch.“

Dann erblickte sie den Koffer, der noch vor der Treppe stand. „Auch noch Gepäck“, sagte sie. „Ojemine. Dann bleiben sie hier.“

Und damit machte sie sich auf die Suche nach dem Muminvater, weil sie ihn bitten wollte, noch zwei weitere Betten zu machen. Aber nur zwei sehr, sehr kleine. (MdG 141f.)

Als Schnüferl den beiden Neuankömmlingen Milch bringen will und sich lautstark ärgert, dass die beiden sich (doch wohl eher aus Angst) verstecken und sie ihn dann (wahrscheinlich ebenfalls aus Angst) in ihrem fremden Dialekt beschimpfen, kehrt er in die Küche zurück und teilt mit, dass es sich bei den neuen Gästen um Ausländer handelt. Man könne sie überhaupt nicht verstehen (später stellt sich heraus, dass der Hemul als Dolmetscher fungieren kann, allerdings übersetzt er manchmal mehr seine eigene Meinung als die Aussagen der beiden Kleinen). Die Muminmutter macht sich sofort Sorgen, wie sie den Fremden gerecht werden soll:

Die Muminmutter seufzte.

„Na, dann gute Nacht!“, sagte sie. „Wie soll ich jetzt herausfinden, was sie sich an ihrem Geburtstag zum Nachttisch wünschen oder wie viele Kissen sie unterm Kopf haben wollen!“ (MdG 143)

Schlussgedanken

Tove Jansson hat in ihren Mumin-Geschichten zahllose Beispiele dafür geliefert, wie zentral auch im Leben nordischer Trollfamilien die seelische Entwicklung und die Mentalisierungsfähigkeit sind. Sie hätte vermutlich selbst solche Behauptungen gar nicht aufgestellt, aber sie wusste um diese Dinge, ohne dazu die entsprechenden Fachtermini zu brauchen. Sie hat Elemente der Entwicklung, der Spiegelung und der wechselseitigen Versicherung beschrieben: Wenn ich dir sage, wer du bist, sagst du dann mir, wer ich bin? Sie hat den Weg der Individualisierung geschildert, den jedes Wesen durchläuft (ob kleines Wusel, Homsa oder Mumin). Und sie hat die wesentlichen Erfahrungsmodi beschrieben, die vor der Ausbildung einer integrierten Mentalisierung stehen, und deren komplexes Zusammenspiel. All das findet sich in ihren Texten, ohne dass sie darüber Vorlesungen gehört oder Fachbücher studiert hatte. Die Mentalisierungstheoretiker ihrerseits dürften möglicherweise nichts von Tove Jansson gewusst haben. Hier treffen zwei einander unbekannte Systeme aufeinander, die überraschend weitgehende Übereinstimmungen aufweisen. Auf diese Weise tragen sie wechselseitig zur Evaluierung des jeweils anderen Systems bei. Tove Jansson beschreibt seelische Prozesse, wie sie tatsächlich auch bei uns Menschen regelhaft auftreten. Und die Mentalisierungstheorie ist so umfassend, dass sie sogar die Welt nordischer Trolls erhellen kann.

Literatur

- Allen, J. G.; Fonagy, P.; Batemann, A. (2008): *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington DC [Deutsche Ausgabe: Allen, J. G.; Fonagy, P.; Batemann, A. (2011): *Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis*. Stuttgart]
- Allen, J. G.; Fonagy, P. (2006): *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. Chichester [Deutsche Ausgabe: Allan, J. G.; Fonagy, P. (Hrsg.) (2009): *Mentalisierungsgestützte Therapie*. MBT Handbuch – Konzepte und Praxis. Stuttgart]
- Becker, M. (2007): *Gruppenmusiktherapie mit schwermehrfachbehinderten Menschen als Containment*. Vortrag Westfälische Wilhelms-Universität Münster. In: www.uni-muenster.de/imperia/md/content/musikpaedagogik/musiktherapie/pdf-dateien/becker-gruppenmusiktherapie.pdf
- Brockmann, J.; Kirsch, H. (2010): Konzept der Mentalisierung. *Psychotherapeut* 55, 279–290
- Dornes, M. (2004): Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. *Forum der Psychoanalyse* 20, 175–199
- Engelmann, I. (2011): *Mentalisierung im Kinderbuch – Pu der Bär und die Mumin*. Vortrag Hochschule Magdeburg, FB Soziales und Gesundheit. In: <http://engelmannsnotizen.jimdo.com/seelenleben/>

- Frohne-Hagemann, I. (2012): Mentalisierungsbasierte Musiktherapie in der Behandlung Kinder und Jugendlicher. Vortrag beim 2. Symposium für Kinder- und Jugendmusiktherapie in Norddeutschland, Schwerin 2012. In: www.frohne-hagemann.de/wp-content/uploads/2012/02/frohne_hagemann_vortrag-Symposium-Schwerin-9.Juni-2012.pdf
- Jansson, T. (1945): Mumins lange Reise. Würzburg (1992, 2007) [= MLR]
- Jansson, T. (1948): Die Mumins. Eine drollige Gesellschaft. Würzburg (1954, 2008) [= MdG]
- Jansson, T. (1954): Sturm im Mumintal. Würzburg (1955, 2006) [= SM]
- Jansson, T. (1954): Mumins wundersame Inselabenteuer. Würzburg (1970, 2003) [= MI]
- Jansson, T. (1962): Geschichten aus dem Mumintal. Würzburg (1966, 2007) [= GM]
- Jansson, T. (1968): Muminvaters wildbewegte Jugend. Würzburg (1963, 2006) [= MWJ]
- Jansson, T. (1968): Komet im Mumintal. Würzburg (1961, 2002) [= KM]
- Jansson, T. (1970): Winter im Mumintal. Würzburg (1968, 2006) [= WM]
- Jansson, T. (1970): Herbst im Mumintal. Würzburg (1972, 2006) [= HM]
- Jendis, M. (2001): Mumins wundersame Deutschlandabenteuer. Zur Rezeption von Tove Janssons Muminbüchern. Diss. Umea universitet, Institutionen för moderna språk, Schweden
- Laplanche, J.; Pontalis, J.-B. (1972): Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt a. M.
- Müller-Nienstedt, I. (1994): Die Mumins für Erwachsene – Bilder zur Selbstwertung. Solothurn, Düsseldorf
- Plog, U. (1997): Die Begegnung mit dem Anderen. Die Psychotherapeutin 7, 45–50
- Schultz-Venrath, U. (2113): Lehrbuch Mentalisieren. Psychotherapien wirksam gestalten. Stuttgart
- Stern, D. N. (1985): The Interpersonal World of an Infant: A View from Psychoanalysis and Development. London [Deutsche Ausgabe: Stern, D. N. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart]

Anmerkung zu den Mumin-Büchern von Tove Jansson: Die Jahreszahl hinter dem Autorennamen bezeichnet das Erscheinen der schwedischen Originalausgabe. Am Schluss der Literaturangabe steht das erste Erscheinen der deutschsprachigen Übersetzung sowie das Jahr der Neuübersetzung. (IE)

Ingo Engelmann
Dr. phil., Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut,
Musiktherapeut (DMtG), Supervisor.
Friedrichstraße 66a
21244 Buchholz
klangengel@t-online.de

Mentalisieren in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen

Mentalization in Music Therapy with Children and Adolescents

Gudrun Bassarak, Schwerin

Der Mensch kann über das Denken, Handeln und Fühlen anderer Menschen nachdenken und sich Vorstellungen von deren Psyche machen. Aus diesen Beobachtungen kann er modellhafte Wirklichkeitskonstruktionen erstellen. Ebenso erstellt sich der Mensch in kontinuierlicher Selbstbeobachtung modellhafte Konstruktionen seiner eigenen Psyche. Diese Fähigkeit, das Mentalisieren, entwickelt sich unter der Voraussetzung sicherer Bindungsbeziehungen vor allem in den ersten vier Lebensjahren und wird das gesamte Leben über immer weiter ausdifferenziert. Die Fähigkeit, differenziert und flexibel zu mentalisieren, bietet die Voraussetzung für gelingende soziale Interaktionen. Die Art und Weise bzw. mit welcher Qualität diese Fähigkeit angelegt wird, wirkt sich auf das gesamte Leben des Einzelnen als Teil der Gesellschaft aus. Die Beachtung der Fähigkeit zu mentalisieren ist daher von größter Bedeutung für die psychotherapeutische und musiktherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Im folgenden Beitrag geht es theoretisch begründet und anhand von Fallbeispielen um Hemmungen, Blockaden und Störungen der Mentalisierungsfähigkeit und um sich daraus ergebende Konsequenzen und Chancen für die musiktherapeutische Arbeit.

A person can reflect upon the thoughts, actions and feelings of other people and form ideas about their psyche. From these observations, he can create model reality constructions. Similarly, by continuous self-observation, one creates a model construction of his own psyche. This ability, mentalization, develops under the provision of secure attachment in relationships, particularly during the first four years of life, and extends further throughout all of life. The ability to mentalize, differentially and with flexibility, provides for successful social interaction. The way in which this ability is created – and/or the quality thereof – affects an individual throughout life, as a whole, and as part of society. Therefore, it is of great importance to place attention on the ability to mentalize in psychotherapeutic and music therapy treatment for children and adolescents. This paper uses established theory and exemplifies with case studies concerning inhibitions, blocks and disorders of mentalization ability. Resulting consequences and opportunities for music therapy work are then presented.

„Der Sonnabendmorgen war gekommen; die ganze sommerliche Welt war strahlend frisch und bis zum Überströmen vom Leben erfüllt. In jedem Herzen erklang ein Lied, und war das Herz jung, dann drang die Melodie auch über die Lippen. In jedem Gesicht lag Fröhlichkeit und in jedem Schritt federnde Kraft. Die Robinien standen in voller Blüte, und ihr Duft erfüllt die Luft“ (Twain 1969, S. 18).

Schöner kann man wohl die Atmosphäre eines wunderbaren Sommertages nicht beschreiben. Wer in seiner Kindheit solche herrlichen Sommertage erleben konnte, sieht sich beim Lesen dieser Zeilen vielleicht selbst in seine Kindheit zurückversetzt. Die große Schule des Mentalisierens – die Literatur – lädt ein, uns selbst von außen zu betrachten und unsere Erinnerungen daran wachzurufen, wie wir selbst an einem solchen Sommertag gefühlt oder gedacht haben. Mark Twain bereitet mit diesem sinnlichen Stimmungsbild den Kontrast zur rauen Lebenssituation des Jungen mit Namen Tom Sawyer vor. Ich denke, die meisten, die dieses Buch gelesen haben, werden sich an die Szene erinnern, in welcher Tom an einem ebensolchen wunderbaren Sommertag mit einem Eimer Weißkalk bewaffnet an dem ihm endlos erscheinendem Zaun steht, den er als Strafarbeit für Schulschwänzen im Auftrag seiner gutmütigen, aber auch strengen Tante Polly streichen soll.

„Er besah sich den Zaun, und die Natur verlor ihren frohen Glanz; tiefe Schwermut senkte sich auf sein Gemüt. Ein dreißig Yard langer, drei Yard hoher Zaun! Das Leben schien ihm hohl und leer und das Dasein nichts als eine Last“ (ebd.).

Als Leser leiden wir mit unserem Helden, der voller Missmut den Pinsel in die Farbe eintaucht und mit diesem langsam ein ums andere Mal über den ungeweißten Zaun streicht. Tom gelingt es, die ihm selbst so verhasste Arbeit gegenüber den zum Spotten vorbeikommenden Dorfjungen so umzudeuten, dass sie ihn sogar mit allerlei Habseligkeiten dafür bezahlen, nur um einmal selbst streichen zu dürfen. Tom erreicht das, indem er seine Tätigkeit mit dem „Gestus des Künstlers“ ausführt und so suggeriert, dass es sich nicht um eine Strafarbeit, sondern um etwas Besonderes handelt, was nur Auserwählte ausführen dürften, deren Kunst den Anforderungen der gestrengen Tante Polly genügen könne. So gibt er jedem der Jungen, die vorbeikommen, das Gefühl, etwas ganz Besonderes und Einmaliges zu sein und zum „Kreis der Auserwählten“ zu gehören – bis den Zaun schließlich „eine dreifache Schicht Farbe“ (ebd., S. 23) bedeckt.

Hier haben wir ein wunderbares Beispiel, um die Tätigkeit des Mentalisierens als „reflexive Kompetenz“ zu verstehen. Als mentalisierende Leser können wir uns beim Lesen – von Erinnerungen getragen – der eigenen Gefühle bewusst werden sowie eine Vorstellung von Toms Gefühlen bekommen – und auch davon, wie wir uns selbst in der Rolle von Tom fühlen würden. Darüber hinaus können wir darüber reflektieren, wie die anderen Personen fühlen könnten, Toms Tante Polly etwa oder die Jungs aus dem Dorf. Wir könnten sogar einen Film vor unserem inneren Auge entstehen lassen, in dem wir uns die Interaktionen der handelnden Personen vorstellen und im Sinne einer Rollenübernahme in der Imagination mitspielen.

Jeremy Holmes definierte das Mentalisieren „to see ourselves from the outside, and others from the inside“ (zitiert nach Frohne-Hagemann 2012). Er unterschied fünf Ebenen des Mentalisierens (Holmes 2012, S. 12), die er „in unterschiedlicher Weise miteinander in Verbindung“ (Schultz-Venrath 2013, S. 81) stehend sieht. Diese möchte ich folgendermaßen beschreiben:

1. *Das Selbst mentalisieren* – Eigene Affektzustände wahrnehmen und sich der eigenen Gefühle bewusst werden.

Tom ist in der Lage, seine in dieser Ausgangssituation anfangs zweifellos hohen Affekte wahrzunehmen, ihnen eine Bedeutung zuzuordnen, seinen Zustand zu reflektieren und sich selbst soweit zu regulieren, dass seine kognitiven Fähigkeiten nicht gehemmt werden. Er zeigt eine bemerkenswerte Frustrationstoleranz und wird sich seiner Gefühle soweit bewusst, dass er seinen Zustand aktiv verändern will.

2. *Den Anderen mentalisieren* – Affektzustände des Gegenübers wahrnehmen und sich Vorstellungen von dessen Gefühlen machen.

Tom bemerkt bei den vorbeikommenden Dorfjungen den Wunsch, ihn zu verspotten und hat ein Gespür für ihre unterschiedlichen mentalen Zustände und Motive.

3. *Das Selbst mit dem Anderen mentalisieren* – was man selbst in Bezug auf den Anderen fühlen kann.

Als die Dorfjungen aus Neugier, aber auch, um ihn zu verspotten, zu Tom kommen, bleibt er bemerkenswert gelassen. Unweigerlich muss seine Affektlage angestiegen sein. Er kann aber seinen affektiven Zustand wie von außen betrachtend wahrnehmen, hat ein gesundes Selbstvertrauen und die Fähigkeit, sich soweit zu regulieren, dass er sich vorausschauend auf die Situation einstellen und sie zu seinem Vorteil ausnutzen kann.

4. *Den Anderen mit sich selbst mentalisieren* – sich eine Vorstellung davon machen, was der Andere in Bezug auf einen selbst fühlen könnte.

Tom ist in der Lage zur Übernahme der Perspektive seiner Gegenüber. Beispielsweise kann er sich sowohl vorstellen, wie er selbst zum Ziel ihres Spotts würde als auch, dass er vielleicht an ihrer Stelle ebenfalls zum Spötter würde.

5. *Sich selbst und den Anderen mentalisieren* – sich sozusagen von einem neutralen, „äußeren“ Standpunkt aus eine Vorstellung von der Interaktion zwischen sich selbst und dem Anderen machen und sich im besten Fall bewusst werden, dass es sich dabei um eine Annahme und nicht um eine Wahrheit handelt.

Tom gleicht seine eigene Wahrnehmung ständig mit seiner Wahrnehmung in Bezug auf sein Gegenüber ab. Er kann sein Verhalten – insbesondere seine Körperhaltung, seine Affektivität, seine Mimik und seine verbale Ausdrucksweise – reflektierend organisieren. So findet er schließlich eine passende Strategie, die er innerhalb der sozialen Interaktion so überzeugend vertreten kann, dass er sich schließlich selbst aus seiner als misslich empfundenen Lage befreien kann.

Tom ist für sein geringes Alter mit seiner auf dem Boden einer gesunden Selbstentwicklung gefundenen Strategie in der sozialen Interaktion ausgesprochen erfolgreich. Er hatte im Laufe seiner Entwicklung die Fähigkeit herausbilden können, den Prozess der Interaktion zwischen ihm und seinem Gegenüber wie von einer übergeordneten Ebene aus, von einem neutralen Standpunkt aus zu betrachten. Mithilfe seiner Spiegelneuronen kann er sich offenbar ein Bild von den mentalen Zuständen seines Gegenübers machen. Die Fähigkeit des differenzierten Mentalisierens gibt ihm im sozialen Miteinander Überlegenheit. Ob ein Mensch wie Tom jedoch diese Fähigkeit im Laufe seines Lebens auch weiterhin erfolgreich einsetzt, ist abhängig davon, was ihm in seinem weiteren Leben passiert, z.B. von seinen Beziehungserfahrungen oder von der Ethik und Kultur innerhalb der Familie sowie der Gesellschaft. Die Fähigkeit, differenziert zu mentalisieren, macht eine Person nicht automatisch zu einem guten Menschen. Sie kann auch Grundlage von erfolgreicher Manipulation, Demagogie, vom Funktionalisieren anderer für narzisstische Bedürfnisse sowie von sadistischer Destruktivität oder negativer emotionaler Ansteckung sein. Die Entwicklung des Jungen Tom Sawyer ist keineswegs störungsfrei verlaufen; so ist seine Mutter frühzeitig verstorben. Seine Tante Polly, eine Schwester seiner Mutter, zieht ihn jedoch liebevoll, haltgebend und Grenzen setzend wie ein eigenes Kind auf und Tom ist eingebunden in eine beziehungsstiftende dörfliche Lebensgemeinschaft mit ihren sozialen Herausforderungen. Auf dem Boden der sicheren Bindungen an seine Familie und an die soziale Gemeinschaft kann sich Tom darin üben, mentale Zustände bei sich und anderen wahrzunehmen, was sowohl seine emotionale als auch seine kognitive Entwicklung fördert.

Aspekte zur Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit

Kinder haben die bemerkenswerte Fähigkeit, sich schon sehr frühzeitig innere Vorstellungen von der Gestaltung ihrer Beziehungen zu unterschiedlichen Menschen zu machen. Die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehung wird davon bestimmt, wie es den Bezugspersonen gelingt, das Kind bei der Entwicklung sensorischer, kommunikativer und explorativer Fähigkeiten zu unterstützen. Indem das Kind bzw. der Jugendliche erlebt, wie unterschiedlich sich die Menschen, an die es sich gebunden fühlt, ihm gegenüber verhalten, entwickelt es bzw. er die notwendige Flexibilität für die soziale Interaktion. In der Regel wird, wenn es um die frühe Kindesentwicklung geht, immer noch vor allem von der Mutter-Kind-Beziehung gesprochen. Dabei wird die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung von der Qualität der partnerschaftlichen Elternbeziehung, der Wertschätzung von Elternschaft in der Gesellschaft und ganz wesentlich von der Qualität der Vater-Kind-Beziehung beeinflusst. Für die Identitätsentwicklung hat der Vater keinesfalls eine geringere Bedeutung als die Mutter. Die fortdauernde Abwesenheit des Vaters stellt für Kinder ein erhebliches Entwicklungsrisiko dar. Die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit vollzieht sich in einem ständig fließenden, dynami-

schen, sensorischen und emotionalen Austausch des sich entwickelnden Individuums mit seiner Umwelt. Dem Kind stehen im besten Fall seiner Entwicklung viele Bezugspersonen wie Geschwister, Großeltern, Freunde, liebevolle Tagesmütter, Onkel, Tanten, Nachbarn, Spielkameraden usw. zur Verfügung, mit denen es, abgesehen von existenziellen Erfordernissen, seine sensorischen Bedürfnisse befriedigen und seine Emotionen regulieren kann und bei denen es seine Wahrnehmungen und Empfindungen rückversichern kann. So lernt es, wie es seine Affekte selbst und mit Hilfe anderer regulieren kann und es erlernt Strategien, sein Verhalten je nach Situation zu organisieren. Das für die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit so wichtige markierte Spiegeln geschieht bei weitem nicht nur im Austausch zwischen Mutter und Kind, sondern auch zwischen dem Kind und einer Vielzahl anderer es umgebender Personen. Das Kind erlebt von Person zu Person qualitative Unterschiede des Gespiegelt-Werdens. Aus dieser Unterschiedlichkeit und der jeweiligen Schwerpunktsetzung dessen, was und auf welche Weise das Gegenüber im emotionalen Austauschprozess betont, lernt das Kind, sich ein Bild von Absichten und Motiven der Mitmenschen seiner Familie und seines Kulturkreises zu machen. Die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit erfolgt mit zunehmender emotionaler Differenzierung über die Bildung von Analogien (Hofstadter/Sander 2014, S. 62ff.) bis zur Entwicklung metareflexiver und metakognitiver Fähigkeiten. Sie vollzieht sich im Zusammenspiel individueller, familiärer und gesellschaftlicher Austauschprozesse. Als solches betrachtet ist die Förderung der Fähigkeit, zum Wohle der Gemeinschaft zu mentalisieren, eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. M. Spitzer (2002) und S. M. Kosslyn (1995) referenzierend formuliert Isabelle Frohne-Hagemann: „Mentalisieren ist das symbolische und verbale Übersetzen unserer Lebenserfahrungen, genauer gesagt verdeutlicht das Mentalisieren die jeweilige Art und Weise *wie* wir in allerfrühester Zeit wahrnehmen, fühlen, denken, wünschen, glauben, wollen, hoffen und handeln gelernt haben und wie wir mit moralischen und ethischen Werten umgehen. 90% dessen, was wir sinnlich wahrnehmen, wird durch den kulturell vermittelten Wahrnehmungs- und Bewertungsprozess ergänzt“ (Frohne-Hagemann 2012, S. 2).

Die Bedeutung des Als-ob-Modus und der Symbolbildung für die mentalisierungsbasierte Musiktherapie

Im Alter von drei bis sechs Jahren können Kinder zunehmend zwischen eigenen Sichtweisen und denen anderer unterscheiden. Das Kind entwickelt ein *autobiographisches Gedächtnis*, was einen Bestandteil der „theory of mind“ darstellt. Es lernt, erzählte Geschichten über sich selbst, über seine Familie und über seine weitere Lebenswelt voneinander zu unterscheiden und diese Unterschiede bewusst wahrzunehmen. Das Kind entwickelt weiterhin die *soziale Kognition*, d.h. es beobachtet die Interaktion anderer Menschen und kann mit ihnen interaktive Beziehungen eingehen. Es erwirbt die Fähigkeit, sich in andere Menschen hineinzusetzen



Abb. 1: Kind mit „Wasserlandschaft“

und mit ihnen mitzufühlen. Es erwirbt darüber hinaus mithilfe anderer Menschen die Fähigkeit, sein Verhalten zu steuern und seine Impulsivität zu kontrollieren. Außerdem lernt es, Verzicht zu üben, Rücksicht zu nehmen, Kompromisse einzugehen sowie über längere Zeit auf ein Ziel, z.B. eine in Aussicht gestellte Belohnung hinzuarbeiten. Es lernt, das „Für und Wider“ in Bezug auf etwas Konkretes abzuwägen und seine Entscheidungen bewusst zu treffen. Die soziale Kognition bildet einen zweiten Bestandteil der „theory of mind“.

Als dritten Aspekt der „theory of mind“ ist das sogenannte *Magische Denken* zu nennen. Durch das analoge Denken gehen Kinder sehr kreativ mit Sprache um. Sie erfinden neue Kategorien und Begriffe. Sie lieben Märchen, erfinden selbst Geschichten, können sich selbst als Teil einer Geschichte erleben oder erfinden überraschend ganz neue Themen (vgl. Ott-Hackmann/Käsgen 2009, S. 67–73). Auf dem folgenden Bild sieht man einen kleinen Jungen, der sich in einer Basstrommel eine „Wasserlandschaft“ gestaltet hat.

Vertieft in sein Spiel bildet er auf der Symbolebene soziale Beziehungen nach. Später wird er selbst Teil der Geschichte, steigt in die Trommel und wird als „Rie-

senkrake“ von seiner Mutter gefüttert. Musikinstrumente können „zu vielfältigen positiven wie negativen Assoziationen anregen und so zu Bedeutungsträgern für intra- und interpsychische Dynamiken werden“ (Lutz Hochreutener 2013, S. 327). Im Spiel kann das Kind verschiedene Rollen einnehmen und sich auf diese Weise in den Perspektivwechsel einüben, ohne befürchten zu müssen, dass sein Spiel real wird. Im Spiel kann es jemanden töten oder selbst „tot“ umfallen, es kann eine Prinzessin retten, einen Riesen verhauen, einen Löwen zum Freund haben, zehn Kilo Eis essen und dergleichen mehr. Der dazugehörige Modus wird „Als-ob-Modus“ genannt (Schultz-Venrath 2013, S. 99ff.; Frohne-Hagemann 2012, S. 10ff.; Liesert 2014, S. 144).

Die musiktherapeutischen Interventionen orientieren sich an dieser frühen Eltern-Kind-Beziehungsgestaltung. Das Bedürfnis, in vorgestellten bzw. imaginierten Situationen im Sinne eines So-tun-als-ob-Spiels probierend (inter-) agieren, ist in uns Menschen angelegt, sofern wir als Kind die Fähigkeit zu symbolisieren erwerben konnten. In der aktiven Musiktherapie kann genaugenommen immer dann von „mentalisierte“ gesprochen werden, wenn die Musikinstrumente (Schumacher/Calvet 2013) oder die gespielte Musik als Symbol für einen bisher noch nicht bewusst wahrgenommenen inneren Affektzustand oder als Symbol für eine Situation eingesetzt wird, sowie auch dann, wenn dieser Affektzustand innerhalb einer imaginierten Als-ob-Situation musikalisch, stimmlich und ggf. sprachlich analog der markierten Spiegelung (Frohne-Hagemann 2012, S. 8f.; Liesert 2014, S. 142ff.) durch die Therapeutin reguliert wird. Die Spiegelung kann auf vielfältige Weise erfolgen, z.B. indem die Therapeutin mimisch und stimmlich die Wahrnehmungen und Empfindungen des Klienten bestätigt und so dem Bedürfnis nach sozialer Rückversicherung nachkommt. Die Therapeutin kann musikalisch spiegeln (Strehlow 2009, S. 92), z.B. durch eine Improvisation oder das Abspielen eines auf den affektiven Zustand des Klienten abgestimmten Musikstücks. Sie kann auch sprachlich spiegeln und z.B. mittels konstruktiver Fragen zur weiteren Reflexion anregen. Entscheidend ist, dass sich die Therapeutin ihr Vorgehen unter Berücksichtigung der Situation des Klienten bewusst macht und ihre Interventionen danach ausrichtet.

Beispiel: Christian, 7 Jahre

Die engagierten Eltern von Christian hatten bei ihrem Sohn zunehmend Probleme mit Konzentration und Aufmerksamkeit sowie Rückzugsverhalten beobachtet. Sie machten sich Sorgen, wie ihr Junge die Anforderungen der Schule meistern könne. Im Verlauf der prozessualen Diagnostik ergab sich, dass Christian sehr große Angst davor hatte, seine Eltern könnten sich trennen und er sei daran schuld. Bei der Arbeit mit der „Musikalischen Tierfamilie“, einer musiktherapeutischen Modifikation der therapeutischen Technik „Familie in Tieren“ (Bassarak 2011, S. 122ff.), ergaben sich Hinweise darauf, dass es besonders der Vater, symbolisiert durch einen Löwen, war, den Christian als sehr beängstigend erlebt hatte. Christian sagte: „Der Löwe ist der Anführer“ und fügte leise hinzu: „Er ist der Lauteste“. Christian hatte entsprechend der therapeutischen Technik alle Familienmitglieder als Tiere aufgezeichnet. Das Blatt

wurde kopiert, die einzelnen Tiere wurden mit der Schere ausgeschnitten und auf die bereitgestellten Stühle gelegt. Jedes Tier als Symbol für ein Familienmitglied bekam ein Instrument zugeordnet. Christian zeigte feinfühlig, wie die Tiere „klangen“, welche Tiere gern miteinander Musik machten und welche weniger gern. Er selbst wäre das Nilpferd, das mit allen Vieren auf dem Boden stampfe. Für den Löwen als Symbol für seinen Vater hatte Christian den Gong ausgesucht. Christian spielte ihn zunächst leise an und es war ihm anzumerken, dass er Angst bekam. Er sagte, der Löwe wäre eigentlich noch viel lauter. Ich hielt Christian die Ohren zu, damit er zeigen konnte, wie laut der Löwe brüllte. So geschützt, schlug er mit aller Kraft auf den Gong ein. Der beteiligte Musiktherapiestudent und ich zeigten mimisch und gestisch an, wie furchterregend der Löwe für uns wäre. Ich übernahm die Rolle des Löwen symbolisch für Christians Vater. Wir ermutigten Christian, als Nilpferd dem Löwen doch mal so richtig die Meinung zu sagen. Unterstützt wurde Christian vom Studenten. Zunächst stampften beide „furchteinflößend“ mit den Beinen, dann wurde das Nilpferd ermutigt, den Löwen anzuschreien: „Wenn du so laut brüllst, kriege ich Angst“. Zunächst hatte ich als Löwe den Gong leise angespielt, und Christian hatte nur leise zu dem Löwen gesprochen. Jetzt schlug ich den Gong zunehmend lauter an. Christian traute sich – unterstützt vom Studenten – den Löwen immer lauter anzuschreien, bis er schließlich mit der ganzen Kraft seiner Stimme und dem stärksten Stampfen, was ihm möglich war, den nun heftig „brüllenden“ Gong anschrie. Schließlich siegte das Nilpferd über den Löwen und Christian gefiel das sichtlich. Diese kleine Episode in der Musiktherapie stellte sich als Schlüsselerlebnis heraus. Christian war jetzt, nachdem ihm seine eigene Angst und seine Wut bewusst geworden waren, in der Lage, unterstützt von der Therapeutin mit seinen Eltern über seine Befürchtungen und Nöte zu sprechen. Die Eltern zeigten sich berührt von den Gefühlen ihres Sohnes; sie berichteten, tatsächlich infolge beruflicher und familiärer Belastungen mehr als früher miteinander gestritten zu haben. Sie konnten ihren Sohn entlasten, an ihrem Streit schuldig zu sein. Sowohl bei Christian als auch bei seinen Eltern war die Fähigkeit zu mentalisieren durch Angst und Stress beeinträchtigt gewesen.

Es folgt ein Beispiel aus der Gruppentherapie.

Beispiel: Gruppenmusiktherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychosomatik

Eine Gruppe Jugendlicher aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychosomatik kam zur Gruppentherapie. Sie wirkten im Vergleich zur Therapiestunde zuvor besonders angespannt und berichteten von sich aus über verschiedene körperliche Beschwerden. Ich bat sie, jeweils ein Instrument zu wählen, auf welchem sie ihre Beschwerden am besten musikalisch darstellen könnten. Mit Sorgfalt suchte sich jeder ein Instrument aus. Jeder spielte für sich. Zunehmend bezogen sie sich aufeinander, so dass es nach anfänglichem Verlegenheitslachen eine sehr ernsthafte Musik wurde. Die Jugendlichen beschrieben nachfolgend die empfundenen Eigenschaften dieser Musik mit den Worten „Angst“, „Wut“, „grässlich“, „hässlich“, „ziehend“, „quälend“, „furchtbar“ sowie „schrecklich“ und fanden die Musik passend zu ihrem heutigen Empfinden. Im Anschluss daran bat ich sie, so zu spielen, wie die Musik ihnen heute gut tun könnte. Wieder suchten sie sich sorgfältig Instrumente aus und begannen, vorsichtig eine zart anmutende Musik zu spielen. Im Gespräch danach fiel es ihnen zunächst schwer zu

sagen, was jeder beim Spielen empfunden hatte. Eines der Mädchen sagte schließlich, die Musik habe sich traurig angehört. Ich sagte ihnen, ich spürte, dass sie traurig wären und dass es in Ordnung wäre, traurig zu sein. Die Jugendlichen hatten alle sehr belastende Ereignisse in ihrem Leben erlebt. Der Weg, Entlastung zu finden, führte zunächst über die Erkenntnis, dass ihre schweren körperlichen und seelischen Spannungszustände ein Ausdruck ihrer Traurigkeit, ihrer Ängste und ihrer Beziehungsbedürfnisse (Bassarak 2009c; Bassarak 2011, S. 114f.) waren. In der Gruppe hatten sie im musikalischen Ausdruck erlebt, dass jeder von ihnen mit seinen Gefühlen nicht allein ist. Die Musik war so zum Symbol für die Trauer geworden, ohne dass über konkrete Erlebnisse gesprochen werden musste. Während wir uns in der Einzelmusiktherapie vor allem den psychodynamischen Aspekten unter Einsatz von Musik-Imagination und YGIM (Bassarak 2010; Bassarak 2014, S. 208ff.) widmeten, ging es in der Gruppentherapie vor allem um das Wahrnehmen, Gestalten und Regulieren von Affekten auf ganz unterschiedliche Weise.

Für die musiktherapeutische Arbeit ist der Als-ob-Modus deshalb so interessant, weil die innere Welt in diesem Modus teilweise von der äußeren Welt abgekoppelt ist, was das Intervenieren auf einer symbolischen Ebene ermöglicht. Wenn es einem Menschen schwerfällt, mentale Zustände bei sich selbst oder bei anderen zu erkennen, zu beschreiben oder zu verstehen, haben wir in der Musiktherapie die Möglichkeit, über den Weg der Affektregulation Mentalisierungsprozesse vorzubereiten, wie am folgenden Beispiel deutlich wird.

Beispiel: Benny, 6 Jahre

Der sechsjährige Benny kam nach einem längeren stationären Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen der ambulanten Nachbehandlung zum ersten Mal wieder zur Musiktherapie. Im Wartezimmer sah ich ihn hochgradig konzentriert seltsame Armbewegungen vollführen und hüpfen. Als er mich bemerkte, sagte er: „Frau Bassarak, ich will immer fliegen, aber es geht nicht.“ „Gut,“ sagte ich, „ich habe da eine Musik, mit der können wir beide ganz bestimmt fliegen.“ Im Therapieraum wählte ich als Musik den ersten Satz des Konzertes in G-Dur für Flöte und Orchester von Johann Joachim Quantz aus. Ich schlug Benny vor, die Augen zu schließen und tat es selbst auch. Ich sagte ihm, dass ich die Vogelmama wäre und er das Vogelkind, was für ihn völlig selbstverständlich zu sein schien. Wir flatterten zunächst ein wenig am Boden, um dann mit großer Begeisterung, getragen von der Musik, zu fliegen. Benny hielt die Augen geschlossen und ich merkte seiner Mimik an, dass er es in der inneren Vorstellung tatsächlich erlebte. Wir hörten das Zwitschern der anderen Vögel und als wir durch eine Wolke flogen, fragte ich Benny, wie sich das anfühlen würde. Es wäre ziemlich feucht, würde sich aber gut anfühlen, antwortete Benny. Als er von der Wolke kostete, schmeckte sie ihm nach Zuckerwatte. Jetzt wollte er nach unten fliegen. Wir „landeten“ auf einem See, tauchten und besahen uns die Unterwasserwelt, wobei uns kleine Fische, die im warmen Wasser schwammen, an den Füßen kitzelten ... Nach dem gemeinsamen Fliegen wurde das kleine „Vogelkücken“ so müde, dass es sich im „Vogelnest“ – Hängesitz – ausruhen musste. Benny kuschelte sich wie ein kleines Kücken ein und ich schaukelte ihn zur Hirtensinfonie aus dem Weihnachtsoratorium von Johann Sebastian Bach. Am Ende der Stunde war Benny ganz entspannt. – Für Benny, der traumatisierende Bindungserfahrungen gemacht hatte, war es sehr bemerk-

kenswert, dass er innerhalb eines So-tun-als-ob-Spiels eine vertrauensvolle Beziehung eingehen konnte. In die nächste Therapiestunde kam er vollkommen durchnässt von einem Gewitterregen. Als Vogelmama durfte ich ihn gründlich abtrocknen, was zuvor undenkbar gewesen war, da Benny Körperkontakt abgelehnt hatte. Ich legte ihn als kleine Küken in das von der vorherigen Stunde vertraute „Nest“, deckte ihn zu und schaukelte ihn sanft zu ruhiger Musik hin und her. Dabei schlief er entspannt und tief ein. Schließlich holte ich seine Mutter in den Raum, um das „Küken“ zu wecken. Und so wurde dieses Erlebnis sowohl für Benny eine schöne Beziehungserfahrung als auch für seine Mutter, denn der Anblick ihres kleinen „Kükens“ im Nest berührte sie tief.

Die Integration des Mentalisierungskonzepts in die Musiktherapie macht deutlich, dass für die verschiedenartigen Probleme unserer jungen Klienten ganz unterschiedliche therapeutische Konzepte erforderlich sind, je nachdem, ob die Fähigkeit zu mentalisieren vorhanden ist oder sich nicht entwickeln konnte. Bei einem Kind mit tiefgreifender Entwicklungsstörung würde beispielsweise das markierte Spiegeln zu Verwirrung führen; die Fähigkeit, differenziert zu mentalisieren, können wir hier gar nicht erwarten. Hier ginge es in der Therapie um die gezielte Förderung der Basisfähigkeiten zur Gestaltung von Beziehungen (vgl. Schumacher/Calvet 2007; Frohne-Hagemann/Pleß-Adamczyk 2005). Ein Kind mit einer primär neurologischen Erkrankung wiederum kann unter Umständen sein Bedürfnis nach sozialen Beziehungen nur sehr eingeschränkt zum Ausdruck bringen. In einem solchen Fall darf also nicht vorschnell angenommen werden, dass das Kind nicht mentalisieren könne. Auch Medikamente können die Fähigkeit zu mentalisieren beeinträchtigen, was Berücksichtigung finden muss.

Die gemeinsame Basis aller heutigen musiktherapeutischen Konzepte – ob entwicklungspsychologisch orientiert, psychodynamisch-integrativ, familientherapeutisch bzw. systemisch, entwicklungsorientiert, tiefenpsychologisch oder psychoanalytisch – liegt in den modernen Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie, der Bindungsforschung, der Neurobiologie und der Systemtheorie.

Die Fähigkeit des Menschen zu mentalisieren ist sehr leicht stöbar. Alle Arten von Ängsten, Schmerzen, besonderen psychischen Belastungen, körperlichen Erkrankungen, aber auch religiöser Fanatismus, Folgen von Indoktrinationen z.B. durch eine Sekte, Süchte, aber auch positive Phänomene wie Verliebtheit können zu einer starken Beeinträchtigung führen (vgl. Schultz-Venrath 2013, S. 87f.).

In unserer Arbeit als Therapeuten begegnen uns jedoch auch Kinder und Jugendliche, die trotz erlittener Bindungsverunsicherungen und schwieriger Lebensumstände zunächst keine nachweisbaren Defizite in ihrer sozialen Kognition aufweisen und sogar besonders gut mentalisieren können, wenn auch auf eine nicht adäquate Weise: „Sie zeigen eine intakte, aber verzerrte Theorie des Geistes ...“ (Sharp 2013, S. 163). „... sie unterstellen anderen grundsätzlich schlechte Absichten oder benutzen sogar ihre Informationen über das, was andere denken und fühlen, um sie sozial zu manipulieren oder zu missbrauchen“ (ebd.).

Gerade in Zeiten, in denen vielerorts der Kriegsgott Mars die Trommel schlägt, Angst schürt und zu kollektiver Einengung der Mentalisierungsfähigkeit ganzer Gesellschaften verführt, gilt es, sich mit dem Thema Mentalisierungsverzerrungen

auseinanderzusetzen. Aus ethischen Gründen beschreibe ich hier kein konkretes Fallbeispiel aus der therapeutischen Praxis, sondern greife auf ein Beispiel aus der jüngeren Literatur zurück.

Mentalisieren bei antisozialer Verhaltensstörung:

Modellbeispiel: Tom R., 11 Jahre

Tom R.s Mutter war jung und recht begabt. Man sagte von ihr, sie habe magische Kräfte. Sie fühlte sich zu dem älteren Herrn R. hingezogen. Ihre Zuneigung wurde von ihm nicht wie gewünscht beantwortet. Sie gaukelte ihm bewusst etwas vor und wollte ihn schließlich durch eine Schwangerschaft an sich binden. Von ihrer Herkunftsfamilie war die junge Mutter verstoßen worden, weil sie sich mit einem Mann aus einem anderen Kulturkreis eingelassen hatte, was in den Augen ihrer Familie „Blutschande“ darstellte. Der Mann hatte sich durch das Vortäuschen falscher Tatsachen seitens seiner Frau hintergangen gefühlt und sie trotz ihrer Schwangerschaft ebenfalls verstoßen. Ihr Kind trug sie im Waisenheim aus. Nach der Geburt zog sie sich, verzweifelt und von ihren Angehörigen alleingelassen, zurück. Ihren kleinen Sohn Tom ließ sie im Waisenhaus. Die Mutter hätte sich selbst retten und Hilfe annehmen können, tat es aber nicht, sie starb. Wir können annehmen, dass eine schwere Depression sie so schwächte, dass sie sich selbst weder retten wollte noch konnte. Oder sie nahm Drogen, um so Verbundenheit in der Unverbundenheit zu empfinden. Toms Vater kümmerte sich weder um die junge Mutter noch um seinen Sohn. Er nahm sich eine neue Partnerin, mit der er ebenfalls einen Sohn bekam. Die Wohngruppe, in der Tom R. fortan lebte, wird als „düsterer Ort“ beschrieben, in dem die Kinder „einigermaßen gut versorgt“ wurden. Die Leiterin der Wohngruppe beschrieb den jungen Tom R. als „komischen Kerl“; schon als Baby sei er „komisch“ gewesen, hätte „kaum jemals geschrien, als er älter wurde“; auch später sei er „sonderbar“ gewesen und hätte den anderen Kindern „Angst gemacht“. Die Heimleiterin vermutete, dass Tom R. die anderen Kinder „gequält“ habe, „es sei aber sehr schwierig (gewesen), ihn dabei zu ertappen“. Tom R. schätzte sich selbst als „nicht verrückt“ ein, sah sich aber selbst als „besonders“, „anders als andere“. Der große Pädagoge Professor D. bot dem inzwischen 11-jährigen Tom R. Betreuung und Hilfe an, die dieser jedoch ausschlug. Professor D. schätzte Tom R. so ein: „Tom R. war absolut bereit zu glauben, dass er besonders war.“ Er hatte wahrgenommen, dass der Junge seine besonderen Talente bereits im Alter von 11 Jahren (im Sinne von verzerrter Mentalisierungsfähigkeit) gegen andere Menschen einsetzte, „um ihnen Angst einzujagen, sie zu bestrafen, zu beherrschen“. Hochgradig beunruhigt war Professor D. durch die deutliche Neigung von Tom R. zu „Grausamkeit, Heimlichtuerei und Machtausübung“. Und ihm war nicht entgangen, dass Tom „eine deutliche Verachtung für alles“ zeigte, „was ihn mit anderen (verband), für alles, was ihn gewöhnlich machte“. Selbst in so jungen Jahren „wollte er anders, allein, berüchtigt“ sein. Tom R. sei bereits „äußerst unabhängig und geheimniskrämerisch“ und habe keine Freunde. Er habe „keine Hilfe“ annehmen wollen und habe es vorgezogen, „seine Angelegenheiten allein zu erledigen.“ Auffallend sei darüber hinaus gewesen, dass er „gern Trophäen“ als „Erinnerungsstücke an besonders Bösartiges“ sammelte.

Tom R. nutzt seine verzerrte Mentalisierungsfähigkeit, um besonders grausam Kinder und andere Menschen zu quälen. Schließlich tötete er sogar seinen Vater, dessen Partnerin und ihren gemeinsamen 16-jährigen Sohn (Vgl. Rowling 2005, S. 261–281).

Hypothesenbildung

Tom R. erlebte verlassen von seinen Eltern schwere Defizite und Traumata in seiner frühen Kindheit. Die Tatsache, dass er als Baby im Waisenhaus nur wenig geschrien hatte, kann als Hinweis darauf angesehen werden, dass er keine adäquate affektregulierende Spiegelung durch feinfühlig, liebevolle Bezugspersonen und bei Ängsten und Trauer keinen ausreichenden Trost erhalten hatte. So ist eine Anästhesierung der eigenen Gefühlszustände entstanden, die er weder differenziert wahrnehmen noch sprachlich zum Ausdruck bringen konnte. Möglicherweise kam sein zunächst überstrapaziertes Bindungssystem ganz zum Erliegen und nur das Überlebenssystem war aktiv. Eine Überlebensstrategie könnte gewesen sein, auf sich aufmerksam zu machen, indem er merkwürdige Dinge geschehen ließ, andere Kinder quälte und sonderbar war. Dadurch erlangte er zumindest negative Aufmerksamkeit und Macht. Tom R. erlebte mit niemandem die gegenseitige Abstimmung positiver Affekte und konnte daher auch keine Inter-Affektivität entwickeln. Vor dem Hintergrund einer ständig hohen Affektlage und der Unmöglichkeit, seine Affekte mit anderen angemessen zu regulieren, wurde ihm die Entwicklung eines adäquaten Bewusstseins der Gefühle anderer unmöglich. Tom R. war in seiner Kindheit umgeben von Menschen, die ihn aus verschiedenen Gründen mieden oder offen ablehnten. Da er keine positive Mutter-Repräsentanz entwickeln konnte, wurde die Bildung einer bedeutungsstiftenden Symbolisierungsfähigkeit massiv gehemmt. Tom R. war seinen aus Angst geborenen archaischen Affekten schutzlos ausgeliefert, ohne dass ihm haltgebende Übergangsobjekte als Symbole für geliebte Bindungs- und Beziehungspersonen zur Verfügung standen.

Tom R. erfuhr in seiner Kindheit nahezu keinen Trost; seine eigenen unregulierten Affekte dürften ihm chronische Spannungszustände, wenn nicht gar Schmerzen bereitet haben. Um nach dem Verlassenwerden von seinen Eltern an diesem „düsteren Ort“ – dem Heim – überleben zu können, entwickelte er Strategien, indem er Menschen für seine speziellen emotionalen Bedürfnisse funktionalisierte. Er kannte möglicherweise überwiegend nur Zurückweisung, Angst, Schrecken, Hunger, Durst und Schmerzen. Indem er seine Opfer soweit quälte, dass sie diese existenziellen Gefühle zum Ausdruck brachten, erlebte er eine Art Pseudo-Spiegelung seiner eigenen Bedürfnisse. So war eine verzerrte Interaffektivität durch Freude an der Angst und den Schmerzen anderer entstanden. Tom R. entwickelte eine Symbolisierungsfähigkeit in Bezug auf „besonders Böses“ und sammelte „Trophäen“, die ihn an seine sadistischen Taten erinnerten.

Infolge der verzerrten Fähigkeit zu symbolisieren und mangels Möglichkeit, seine hohe Affektlage mit anderen abzustimmen, zu gestalten und zu regulieren,

fehlte ihm die notwendige emotionale Resonanz für die gesunde Persönlichkeitsentwicklung. Er war zu echter Interaktion und dem Erleben von Gemeinsamkeiten mit seinem Gegenüber nicht fähig. Folglich konnte er das Teilen von Freude (vgl. Schumacher/Calvet 2007, S. 58) als Motor einer gesunden Selbstentwicklung nicht.

Wir sehen hier ein Kind, was vor dem Hintergrund äußerst negativer Beziehungserfahrungen als Überlebensstrategie offenbar eine überdurchschnittlich gut entwickelte, aber verzerrte Mentalisierungsfähigkeit entwickelt hat. Mit hoher Empathiefähigkeit kann er sich in ein potenzielles Opfer einfühlen und dessen Schwächen ausspionieren, ohne jedoch Mitleid zu empfinden. Es gibt dafür die Begriffe „asoziale Empathiefähigkeit“ oder „Hypermentalisieren“ (Schultz-Venrath 2013, S. 104). Tom R. fühlt sich an nichts und niemanden gebunden, mehr noch: Er empfindet „Verachtung für alles, was ihn an andere Menschen“ (Rowling 2005, S. 280) bindet. Sowohl Tom R. als auch sein literarischer Gegenspieler Harry P. haben ihre Eltern in ihrer frühen Kindheit verloren. Harry hat jedoch seine Eltern als liebevolle Repräsentanzen verinnerlichen können, bei Tom R. hingegen erahnen wir die untröstliche, aber seinem Bewusstsein offenbar nicht zugängliche Trauer und Wut über den Tod seiner Mutter sowie über die Ablehnung durch seinen Vater und sehen die Folgen eines schweren Bindungstraumas. Als mentalisierende Leser werden wir angeregt, uns mit dem Bösen als philosophischer Kategorie sowie mit seinen möglichen Entstehungsbedingungen auseinanderzusetzen. Wie oft sind Täter frühere Opfer? Hätte eine mentalisierungsbasierte Therapie einer solchen pathologischen Persönlichkeitsentwicklung entgegenwirken oder sie sogar heilen können? Ist es möglich, einen Menschen wie den jungen Tom R. mit seiner Trauer und seiner Wut in Kontakt zu bringen und ihm bei der Verarbeitung dieses abgrundtiefen Bindungstraumas therapeutische Unterstützung zu bieten, so dass er später in mentalisierender Weise z. B. eine neue, verzeihende Sicht auf seine Mutter bekommen könnte?

Indem die Schriftstellerin J. K. Rowling der allegorischen Figur des absolut bösen „Lord Voldemort“ – wie er sich selbst in narzisstischer Selbstüberhöhung nannte – die Kinder-Biographie des kleinen Tom Riddle gab, machte sie das Grauen menschlich. Das stimuliert das Mentalisieren des Lesers. Bei wie vielen Menschen mit Diagnosen wie „Antisoziale Persönlichkeitsstörung“ oder „Störung des Sozialverhaltens“ gibt es schwere Bindungs- und Beziehungstraumen, die auf dem Boden biologischer Gegebenheiten und gesellschaftlicher (Fehl-)Entwicklungen ihre unheilvolle Dynamik entfalten? Und wie viele despotische Herrscher kennen keine Gnade? Meine eigenen Kinder sind mit den Geschichten von Harry Potter und Lord Voldemort aufgewachsen. Sie waren damals so alt wie Harry Potter in den Büchern und Filmen. Gerade diese Stelle im 6. Band der Harry-Potter-Saga, in welchem die Autorin einen Einblick in die Kindheit des Bösen schlechthin gewährt und das Grauen auf eine so menschliche Ebene führt, hat sie tief berührt und nachhaltig zum differenzierten Mentalisieren angeregt.

Störung der Entwicklung der Fähigkeit des Mentalisierens durch Folgen körperlicher und schwerer seelischer Gewaltanwendung

Fallbeispiel Patrick, 3 1/2 Jahre

Starke affektive Reaktionen sind im Alter von zwei bis vier Jahren entwicklungsbedingt Teil der Autonomieentwicklung. Viele Kinder werden jedoch in der Sozialpädiatrie oder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt, weil das Ausmaß der aggressiven und impulsiven Verhaltensstörungen deutlich das entwicklungsbedingte Maß übersteigt. So war es auch bei Patrick. Ohne vorhersehbaren Grund rastete Patrick aus, war sehr schreckhaft und hatte ständig davor Angst, dass sein getrennt von der Familie lebender Vater zu ihm und seiner Mutter komme. Er sagte stets, sein Vater sei „böse“ und würde „nicht richtig ticken“. Patrick zeigte darüber hinaus stark anklammerndes Verhalten an die Mutter und äußerte oft seine Sorge, sie könne „weg sein“. Er litt an nächtlichen Albträumen und kotete häufig ein. Er hatte Angst, zur Toilette zu gehen und zögerte das deshalb oftmals zu weit hinaus. Die Mutter war inzwischen ratlos, wie sie mit ihrem Jungen umgehen solle. Sie hatte große Angst, dass er so werden könne „wie sein Vater“. Sie hatte selbst Angst vor diesem Mann. Er wohnte noch ganz in der Nähe. Sie hatte immer Angst, er stünde eines Tages wieder vor der Tür. Patrick hätte von Anfang an Gewalt erlebt. Dabei habe der Vater selbst eine schwere, von Gewalt geprägte Kindheit hinter sich und sei von seiner Mutter verlassen worden. Sie habe mit diesem Partner nicht in einer gemeinsamen Wohnung gelebt, sondern er sei immer zu Besuch gekommen, dann habe sie ihn „schnell abgefertigt“ in der Hoffnung, dass Patrick „nichts merkt“. Der Partner sei sehr impulsiv gewesen, habe in der Küche Geschirr zerschlagen, habe im Streit gar angedroht, sie und ihr Kind aus dem Fenster zu werfen. Trotzdem sei sie von ihm emotional abhängig gewesen, er könne Menschen manipulieren. Wenn Patrick nicht wäre, sei sie vielleicht wieder mit ihm zusammen, sie gerate immer an solche Männer. Das Schlimmste sei gewesen, als sie mit ihrem Sohn im Auto gesessen hätten. Der Partner habe sie drangsaliert, sie habe Todesangst gehabt. Zu Patrick, der auf der Rückbank saß, habe er sich jedoch immer wieder umgedreht und dabei lächelnd gesagt: „Es ist nichts“. Sie habe mit ihrem Sohn schon von Anfang an darüber geredet, „damit er die Geschehnisse aufarbeiten“ könne. Sie redeten ständig darüber, ihr Sohn finge immer wieder davon an. Wenn es an der Tür klinge, stelle sich Patrick mit imaginären Waffen an die Tür, um sie zu verteidigen. Die Mutter berichtete ferner, ihr Sohn habe auf der Straße einmal eine Mutter mit zwei Mädchen gesehen und gesagt: „Wir können doch eine in die Aschtonne stecken und den Deckel zumachen.“ Sie habe mit ihrem Sohn gesprochen: „Stell dir mal vor, das würde jemand mit dir machen“. Da habe Patrick zu weinen angefangen. Erschrocken sei sie, dass Patrick sich nicht hätte vorstellen können, wie es den Mädchen ergangen wäre, wenn man sie tatsächlich in die Aschtonne gesteckt hätte. Sie hätte beobachtet, dass ihr Sohn im Kindergarten Freude daran fände, wenn andere Kinder weinen und Angst haben. Vor Beginn der Therapiestunden gab es meist schon im Wartezimmer Konflikte. So nahm Patrick anderen Kindern Spielzeug weg und die Mutter musste sehr darauf achten, dass er sie nicht auch noch schlug. Ohne erkennbaren äußeren Anlass lief er in das Zimmer einer Kollegin, die ihn freundlich angelächelt hatte und schlug auf diese ein. Möglicherweise war es gerade das freundliche Anlächeln, das ihn – vor dem Hintergrund seiner frühen traumatisierenden Erfahrungen – in tiefste Verwirrung stürzte.

In der Therapie zeigte sich Patrick als interessierter, intellektuell gut entwickelter Junge. Aufgrund seiner hohen Affektlage konnte er anfangs kaum über einen längeren Zeitraum einer Spielhandlung folgen. Laute Geräusche, z. B. ein angespieltes Musikinstrument, konnten ihn extrem erschrecken, so dass er laut schrie: „Keine Musik!“ oder mit zugehaltenen Ohren aus dem Raum rannte. Auffallend war sein tiefes Misstrauen gegenüber anderen Menschen, wie er es in der Situation im Wartezimmer vor der Therapie mehrmals zeigte. In der familientherapeutisch bzw. systemisch orientierten Musiktherapie (Bassarak 2003; Bassarak, 2009a/b; Bassarak 2011) wurde die große Ambivalenz des Jungen deutlich: Einerseits suchte er Kontakt und Zuwendung, andererseits schien ihn genau diese Zuwendung hochgradig zu ängstigen. Oftmals kippte seine Stimmung urplötzlich, wobei der Junge eher den Raum verließ als bei seiner Mutter Trost zu suchen. In seiner Wut ergriff er des Öfteren Gegenstände, um damit nach der Therapeutin zu schlagen. Diese Affektausbrüche waren oft nur von kurzer Dauer und danach konnte Patrick meistens wieder weiterspielen, wobei sein Spiel manchmal wie eine Flucht aus der Realität wirkte. Mitten im Spiel mit einem Auto erzählte er aufgeregt, wie es gewesen sei, als der Vater von außen auf das Auto schlug, in dem er gemeinsam mit der Mutter gegessen hatte. Es dauerte viele Therapiestunden, bis der Junge auch einmal in der Lage war, eine vertrauensvolle Beziehung einzugehen und sich als Kind, beschützt von Erwachsenen wahrnehmen zu können. Auch Körperkontakt löste bei ihm oftmals großes Erschrecken aus. Einmal war es möglich, mit ihm „Waschstraße“ zu spielen; dabei lag er bäuchlings auf einem Rollbrett und wurde in der Imagination als „Auto“ eingeseift, gründlich gereinigt und dann mit „Wasser“ abgespült. Das konnte er genießen. Eine Zeit lang spielten wir gemeinsam Ritter, wobei Patrick anfangs stets davon ausging, der Stärkere zu sein. Er war gewöhnt, zu Hause als der Beschützer seiner Mutter aufzutreten. Hier sollte er im Spiel erfahren, das Ritter-Kind zu sein – ein kleines Kind, was von den Erwachsenen beschützt wird. In der Therapie begann Patrick langsam, das Kleinsein und Beschützt-Werden anzunehmen. Er duldete es zwar nicht, dass ich ein Musikinstrument spielte, er reagierte aber positiv auf ruhige Musik im Hintergrund. Wegen des wiegenden Charakters hatte ich auch bei diesem Jungen die „Hirtensinfonie“ aus dem Weihnachtsoratorium von Johann Sebastian Bach ausgewählt. Patrick sagte, er sei eine Prinzessin und ich durfte ihn nicht mit seinem richtigen Namen ansprechen. Er ließ sich in schöne Tücher hüllen und legte sich auf eigenen Wunsch in den Hängesitz. Ich deckte ihn mit einer Decke zu. Seine Mutter und ich schaukelten ihn im Rhythmus der Musik. Patrick kam auf die Idee, dass er – die Prinzessin – auf einem Pferd reitet und wir beschrieben zusammen, wie das Tier aussah: weiß, mit goldener Mähne. Ich erzählte ihm, wie die Prinzessin an weißen Wolken vorbeiflog, die sie manchmal ganz zart an den Füßen kitzelten. Am Ende der Stunde war „die Prinzessin“ ganz ruhig und konnte sich zuwendungsbedürftig zeigen. „Sie“ bekam die Zügel des imaginären Pferdes feierlich in die Hand gelegt und nahm sie ganz vorsichtig entgegen. Zu Beginn der nächsten Therapiestunde lief mir Patrick in die Arme und fühlte sich an wie ein richtiges Kind. Positiv ist, dass die Mutter – die selbst eine Therapie besucht – mit ihrem Jungen sehr zuverlässig zur Therapie kommt.

Bei Patrick zeigen sich die Folgen von frühen Traumatisierungen. Von klein auf erlebte er Angst, Gewalt und völlige Unberechenbarkeit seiner primären Bezugspersonen. Wir können davon ausgehen, dass beide Eltern vor dem Hintergrund eigener traumatischer Kindheitserfahrungen nicht in der Lage waren, empathisch zu sein, das heißt, zu fühlen, was und wie ihr Kind fühlt. Die Mutter überforderte ihren Jungen

mit ihren eigenen Gefühlen; die Angst sowie die beeinträchtigte Wahrnehmung eigener Gefühle machte ihr das regulierende Spiegeln der Affekte ihres Sohnes unmöglich. Patrick befindet sich jetzt in dem Alter, in welchem normalerweise die Basis zur Fähigkeit, mentalisieren und empathisch sein zu können, soweit ausgebildet wird, dass sie zur Ausdifferenzierung im weiteren Leben zur Verfügung steht. In Patricks Vorstellung sind jedoch alle Menschen zunächst einmal böse. Seine Umwelt erlebt er grundsätzlich als feindlich – sogar angelächelt zu werden, stürzt ihn in höchste Verunsicherung. Seine Ängste, die flashback-artig über ihn hereinbrechen, führen immer wieder zu einer sehr hohen Affektlage, zur Aktivierung des Bindungssystems und damit zur Hemmung der Fähigkeit, Einsicht in die eigene Situation zu bekommen, sowie letztlich zur Einschränkung der gesamten Kognition. „Überstimulierungen bzw. Traumatisierungen durch Gewalterfahrungen, Tod, Trennungen, etc. führen ... leicht zur Entwicklung eines geringen Strukturniveaus mit oft desorganisiertem Bindungsstil. Die Aktivierung des Bindungssystems hemmt das Mentalisieren, weil die traumatische Bindungserfahrung angetriggert wird“ (Frohne-Hagemann 2012, S. 9).

So war Patrick trotz guter intellektueller Voraussetzungen zu einem konzentrierten Spiel zu Therapiebeginn noch nicht fähig und seine Basisfähigkeiten zur Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen waren schwer beeinträchtigt. Musik erlebte Patrick zunächst als bedrohlich. Wenn Musik als bedrohlich erlebt wird, führt das zu Überaktivität der Amygdalae (Mandelkerne) und zur Hemmung der orbito-frontalen Aktivität und damit des Mentalisierens. Erst später reagierte er positiv auf Musik mit einhüllender Qualität im Sinne von „Haltefunktion“ (Frohne-Hagemann 2014b, S. 107). Auf von schwerer Traumatisierung betroffene Kinder kann ein mit Stille angefüllter Raum ebenfalls sehr bedrohlich wirken. Im So-tun-als-ob-Spiel in Verbindung mit Musik konnte Patrick losgelöst von den traumatisierenden Erfahrungen innerhalb einer neuen imaginierten Wirklichkeit das Getragenwerden erleben und für sich annehmen.

Es versteht sich von selbst, dass bei der Begleitung von Patrick und seiner Familie Fachleute aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Therapie und Pädagogik zusammenarbeiten müssen, um zu verhindern, dass der Junge eine antisoziale Entwicklung nimmt.

Die Welt der Imagination, der Geschichten eröffnet schon bei so einem jungen Kind die Möglichkeit, sich mit einer anderen Identität auf positive Beziehungserfahrungen einzulassen und diese den traumatisierenden, im Körpergedächtnis gespeicherten Erfahrungen entgegenzusetzen.

Menschen, bei denen infolge schwerer Traumata die Fähigkeit zu mentalisieren stark gehemmt bis blockiert ist, wirken manchmal wie autistisch, so dass bei Kleinkindern mit stark beeinträchtigter Eltern-Kind-Bindung und -Beziehung oftmals die Frage gestellt wird, ob sie autistisch seien. Im Unterschied dazu fehlt die Fähigkeit zu mentalisieren bei Menschen mit Autismus nahezu vollständig.

Fehlende Fähigkeit zu mentalisieren bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung (ASS) und Aspergersyndrom (AS)

Bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung sowie bei Menschen mit Aspergersyndrom geht man bisher davon aus, dass sie vollständig mentalisierungsunfähig, zumindest jedoch diesbezüglich schwer beeinträchtigt sind. Bei den betroffenen Patienten finden sich neuropsychologische „Auffälligkeiten im Bereich der Intelligenz, der geteilten Aufmerksamkeit („joint attention“), in der visuellen Wahrnehmung, bei mnestischen Funktionen und in den Leistungen der verbalen und nonverbalen Kommunikation, etwa der mimischen Verarbeitung“ (Schultz-Venrath 2013, S. 254). Schultz-Venrath schreibt in seinem „Lehrbuch Mentalisieren“, dass es für Menschen mit ASS noch keine mentalisierungsbasierten Therapiemodelle gebe. Er schreibt weiter: „Unter den Ansätzen, die möglicherweise dennoch mentalisierungsfördernd sind, ohne dies bisher so formuliert zu haben, ist die Musiktherapie von Schumacher und Calvet ... zu nennen“ (Schultz-Venrath 2013, S. 257). Nach einer kurzen Beschreibung der Grundzüge der entwicklungspsychologisch orientierten Musiktherapie, in der der Autor besonders die Bedeutung synchroner Momente (Schumacher/Calvet 2007, S. 38) hervorhebt, kommt er zu dem Schluss: „Diese Ansätze erweitern das Mentalisierungsmodell, weil sie neben der Intra- und Intersynchronisation das Erleben der Wahrnehmung betonen, um die intermodale oder kreuzmodale Verknüpfung von Hören, Spüren, Sehen zu verbessern“ (Schultz-Venrath 2013, S. 258). Das von Karin Schumacher und Claudine Calvet auf entwicklungspsychologischer Grundlage entwickelte „Instrument zur Einschätzung der Beziehungsqualität und -fähigkeit (EBQ-Instrument)“ (Schumacher/Calvet/Reimer 2011) ermöglicht professionell tätigen Musiktherapeuten, sich auf entwicklungspsychologischer und bindungstheoretischer Grundlage in das Erleben von Menschen mit tiefgreifender Entwicklungsstörung einzufühlen und Interventionen passgenau auf das Entwicklungsniveau und die Fähigkeiten zur Gestaltung von Beziehungen ihrer Klienten abzustimmen. Inzwischen gibt es einige Erweiterungen des EBQ-Instrumentes für andere Anwendungsbereiche (z.B. Körber 2009).

Beeinträchtigung der Fähigkeit des Mentalisierens bei Pflegekindsituation

Beispiel: Maja, 4 Jahre

Eine der schwierigsten Familienkonstellationen für ein Kind ist die einer Pflegefamilie. Die leiblichen Eltern sind zumeist zwar vorhanden, aber aus ganz unterschiedlichen Gründen nicht in der Lage, entwicklungsfördernd mit ihrem Kind umzugehen. Des Öfteren liegen zwischen dem Leben in der Herkunftsfamilie und der Aufnahme in die Pflegefamilie noch ein oder mehrere Heimaufenthalte. Oftmals müssen Pflegekinder emotionale Bedürfnisse zweier Familien erfüllen: Die Herkunftsfamilie erwartet, von

ihrem lieblichen Kind oder Enkelkind geliebt zu werden, obwohl es nicht in ihr Leben kann. Und die Pflegefamilie erwartet von dem Pflegekind, dass es sich gedeihlich entwickelt, da es doch jetzt in besseren Verhältnissen aufwachsen kann als in seiner Herkunftsfamilie. Pflegekinder haben immer traumatische Erfahrungen machen müssen und die Leistung engagierter Pflegeeltern ist nicht hoch genug zu würdigen.

Die vierjährige Maja kam in die Therapie, weil ihre Pflegeeltern wegen ihrer Verhaltensbesonderheiten zunehmend an Grenzen stießen. Maja war besonders oppositionell und trotzig. Sie hatte große Schwierigkeiten, die von der Pflegefamilie gesetzten Regeln zu akzeptieren und Konsequenzen einzuschätzen. Sowohl in der Häuslichkeit als auch im Kindergarten wollte sie unbedingt ihren eigenen Willen durchsetzen. Im Kindergarten war sie während der Ruhezeiten extrem unruhig, nahm anderen Kindern beispielsweise ihre Decken weg. Sie war nur eingeschränkt fähig, sich zu konzentrieren und ließ sich leicht ablenken, außer dann, wenn sie sich für etwas interessierte. Zuhause mussten immer alle Zimmer abgeschlossen werden, weil Maja – so beschrieben es die Pflegeeltern – jede Gelegenheit ergriff, den anderen Familienmitgliedern Sachen wegzunehmen. Ihre Verhaltensprobleme empfanden die Pflegeeltern als deutlich ausgeprägter, als es sonst in diesem Alter normal wäre. Sie meinten, ihre Pflege Tochter sei jedoch insgesamt ein fröhliches Kind, das oft gute Laune ausstrahle.

Maja lebte seit ihrem 6. Lebensmonat in der Pflegefamilie und kam mit deren lieblichen Kindern im Alter zwischen 7 und 13 Jahren im Großen und Ganzen gut zurecht. Zu ihrer Herkunftsfamilie hatte Maja alle vierzehn Tage Kontakt. Eine besonders starke Bindung bestand zur Oma mütterlicherseits, die sie während ihrer ersten Lebensmonate anstelle der Mutter intensiv betreut hatte. Maja hatte noch einen einjährigen lieblichen Bruder, der im Gegensatz zu ihr bei der Mutter lebte.

Pflegekindern wie Maja erzähle ich gern von einer Katzenmutter und male gleichzeitig ein Bild dazu.

Diese Katzenmutter hat viele kleine Kätzchen und versucht, diese – so gut es ihr möglich ist – zu versorgen. Sie bemerkt aber, dass sie es allein nicht schafft, so sehr sie sich auch darum bemüht. Den Katzenvater male ich auch auf das Bild; man sieht ihn in der Ferne herumschleichen. Ich erzähle, dass der Katzenvater mit solch kleinen Kätzchen nicht so viel „am Hut“ hat und der Katzenmama nicht hilft. Aber eine Sache hat er gut hinbekommen: Die kleinen Kätzchen sind auf der Welt. Die Katzenmama will, dass es ihren kleinen Kätzchen gut geht. Deswegen bringt sie sie in ein Katzenhaus, wo andere erwachsene Katzen den Katzenkindern helfen.

Diese kleine Geschichte ist oftmals hilfreich, um mit jungen Pflegekindern ins Gespräch über ihre Familiensituation zu kommen. Und vor allem ist es eine Geschichte, die auch den Pflegeeltern behilflich ist, mit ihren Pflegekindern über die Situation zu sprechen. Wichtig ist dabei, die lieblichen Eltern nicht abzuwerten, sondern herauszuarbeiten, dass sie auf ihre Art und Weise ihre Kinder auch lieben, wie es in den allermeisten Fällen auch ist. Oftmals finden sich bei den Herkunftsfamilien der in Pflege genommenen Kinder schwere psychische Erkrankungen oder die Dynamik von Suchtentwicklungen mit entsprechenden Folgen.

Maja erzählte ich diese Geschichte auch. Sie schien sich dafür nicht sonderlich zu interessieren und blickte weiterhin unruhig im Raum umher. Sie mochte es aber, wenn ich im Sinne von Musik-Imagination (Bassarak 2010) Klavier spielte und eine Geschichte für sie in der Musik versteckte. Dann konnte sie ruhig am Tisch sitzen und ein Bild dazu malen.

Zu ihrem Bild erzählte sie folgende Geschichte:



*Abb. 2: „Hasenmama
mit Hasenkind im Bauch“*

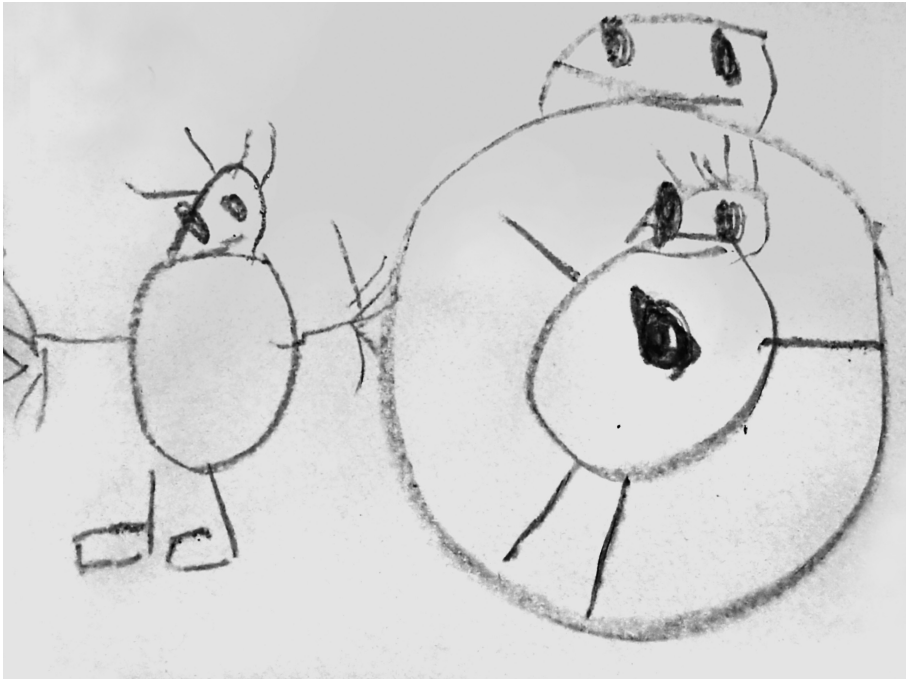


Abb. 3: Pflegefamilie mit Maja im Bauch der Pflegemutter

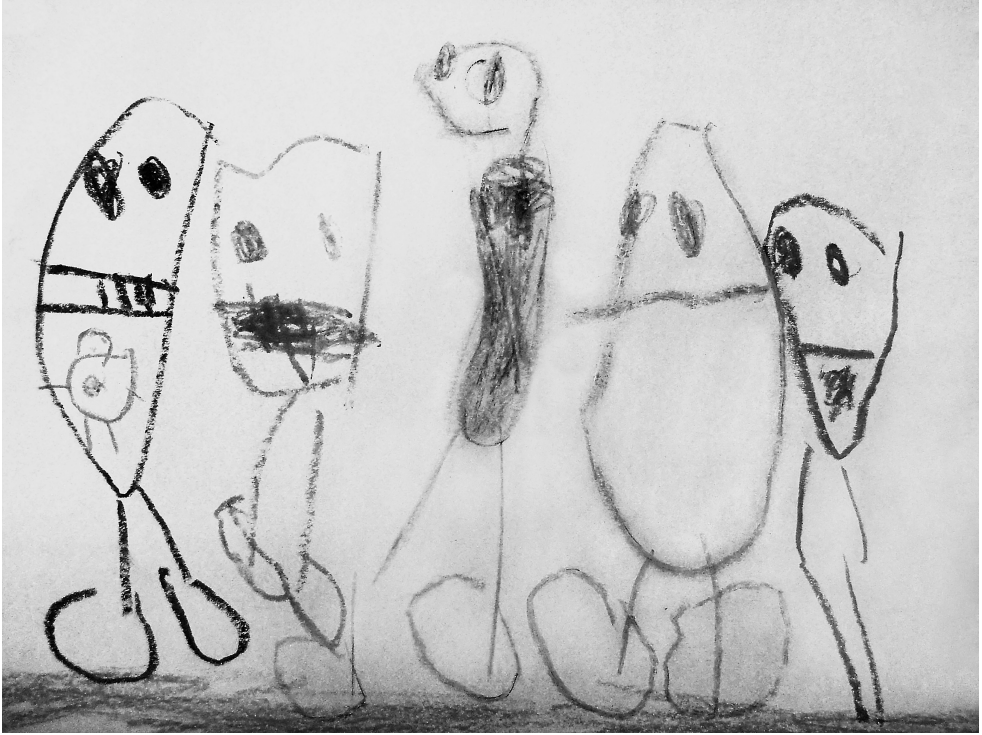


Abb. 4: Leibliche Mutter mit Maja im Bauch und links daneben Maja nach der Geburt

„Das ist eine Hasenmama mit ihrem Hasenkind. Die Hasenmama ist erst auf den Baum geklettert, dann hat sie der Fuchs gefressen. Dann ist das Hasenkind in eine Fuchsfamilie gekommen. Da ist es dem Hasenkind nicht gut gegangen. Es wurde über das Feuer gehängt und ist ganz schwer geworden, weil es so viel gegessen hat. Und dann ist eine andere Mama gekommen und hat das Hasenkind gerettet.“ Hier zeigt sich, dass das Mädchen beginnt, seine inneren Zustände auf symbolische Weise mitzuteilen.

In späteren Therapiestunden malte Maja alle Mitglieder der Pflegefamilie und „vergaß“ dabei zunächst sich selbst. Als ich sie darauf aufmerksam machte, malte sie sich in den Bauch der Pflegemutter hinein, was die Pflegemutter im anschließenden Nachgespräch sehr berührte.

Im Rahmen des familientherapeutischen Vorgehens wurden die leiblichen Kinder der Pflegefamilie und der Pflegevater zu weiteren Gesprächen hinzugezogen, um ihnen u.a. durch Vermittlung von entwicklungspsychologischen und bindungstheoretischen Kenntnissen das Einfühlen in die Situation des neuen Familienmitglieds zu erleichtern. Es ging aber auch darum, ihre ambivalenten Gefühle gegenüber Maja anzunehmen und praktische Lösungsmöglichkeiten für Probleme zu besprechen.

Maja müsste aufgrund ihres Alters in Ansätzen schon in der Lage sein, eigene mentale Zustände zu erkennen und sich in andere hineinzusetzen, wenngleich die Fähigkeiten zum Verbalisieren und Reflektieren in diesem Alter noch begrenzt sind. Das Mädchen hatte jedoch gerade im dafür so wichtigen ersten Lebensjahr die Basisfähigkeiten zur Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen nicht ungestört entwickeln

können. Mutter und Vater standen ihr nicht ausreichend zur Verfügung, wengleich sich die Oma wohl größte Mühe gegeben hatte, dem Baby ihrer Tochter die notwendige Aufmerksamkeit zu geben. Da Maja schon im Alter von sechs Monaten in die Pflegefamilie kam, konnte sie sich trotz fehlender Bindung zu den leiblichen Eltern im Hinblick auf die Fähigkeit zur Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen gut entwickeln. Gegenwärtig fühlt sich Maja zwischen ihrer Herkunftsfamilie und ihrer Pflegefamilie hin- und hergerissen. Sie muss verkraften, dass ihre leibliche Mutter jetzt ein Kind zur Welt gebracht hat, was offenbar zunächst bei ihr bleiben wird. Wir können davon ausgehen, dass Majas Bindungssystem ständig aktiv ist und dass sie oft unter Stress steht, woraus sich ihre große Unruhe ergibt. Nur selten findet sie Ruhe für die ungestörte Entfaltung kognitiver Fähigkeiten. Inzwischen fühlt sie sich zu ihrer Pflegefamilie hingezogen und drückte dies symbolisch aus, indem sie sich in den Bauch der Pflegemutter hineinmalte. Nach meinem Eindruck trug das dadurch ausgelöste Berührtsein der Pflegemutter dazu bei, dass die Verbindung zwischen Maja und ihr nunmehr eine ganz neue Qualität bekommen hat. Die Pflegemutter berichtete inzwischen von einer deutlichen Verbesserung des Verhaltens von Maja: Sie würde nicht mehr soviel „wegnehmen“, man könne jetzt die Zimmer zu Hause gelegentlich auch un abgeschlossen lassen. In der Musiktherapie war zu bemerken, dass Maja jetzt mit Freude die Musikinstrumente spielte, es zu kurzem dialogischen Austausch zwischen Kind und Therapeutin kam und möglich wurde, miteinander zu spielen und Spaß zu haben. Später malte Maja ein Bild, auf welchem sie sich darstellte, wie sie sich im Bauch ihrer leiblichen Mutter befand und wir konnten über ihre zwei Mütter miteinander sprechen.

Mentalisieren, Angehörigenarbeit und Diagnostizieren

Als Therapeuten denken wir in mentalisierender Weise über unsere Klienten nach. Die Sicht auf unsere Klienten ist von unseren Vorerfahrungen, kulturellen Werten, aktuellen medizinischen und psychologischen Konzepten und unseren eigenen Bindungs- und Beziehungserfahrungen beeinflusst. D.h. wir bewerten innerhalb unseres therapeutischen Arbeitsmodells die Informationen über den Klienten. Gerade die Zeit des jungen Erwachsenenalters ist von vielfältigen Belastungen geprägt. Neben in früher Kindheit erworbenen Beeinträchtigungen der Fähigkeit zum Mentalisieren gibt es in allen weiteren Entwicklungsphasen ganz unterschiedliche Belastungen, die das ungestörte Mentalisieren mehr oder weniger beeinträchtigen, z.B. Existenzängste bei Arbeitslosigkeit, Übernachtung von pflegenden Angehörigen, chronische Schmerzen und/oder Anpassungsprobleme bei Migrationshintergrund. Wir dürfen deshalb den aktuellen Kontext, in dem wir die Beeinträchtigung dieser Fähigkeiten bei Patienten, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen wahrnehmen, niemals außer Acht lassen. Wir müssen uns deutlich machen, dass wir als Therapeuten mit unserem Verhalten dem Klienten gegenüber ganz maßgeblich das Mentalisieren fördern oder hemmen können. Als Therapeuten müssen wir uns stets bewusst sein, dass unser diagnostizierendes Mentalisieren über die Situation unserer Klienten immer eine modellhafte Konstruktion und niemals eine diagnostische „Wahrheit“ sein kann. Es kann sein, dass es zutrifft, wie wir über unsere Klienten denken, es kann aber auch ganz anders sein (Bassarak 2011, S. 116).

Beeinträchtigung der Fähigkeit zu mentalisieren bei einem psychosomatisch erkrankten Jugendlichen

Cornelius, 17 Jahre

Der 17-jährige Cornelius ging in die 11. Klasse eines Gymnasiums. Zunehmend bekam er Schwierigkeiten in der Schule. So wurde ihm andauernd übel, er hatte sich einige Male übergeben müssen und gewisse Ängste schienen sich zu verselbstständigen. So hatte er neben der Angst, sich übergeben zu müssen, auch Angst in engen Räumen und in bestimmten Situationen. Als seine Beschwerden zunahmen und ihm der Schulbesuch nicht mehr möglich war, wurde er in die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychosomatik der Kinder- und Jugendpsychiatrie überwiesen. Dort gehört systemisch orientierte Musiktherapie in Verbindung mit der Methode Guided Imagery and Music (GIM) zum interdisziplinären Behandlungsprogramm (Bassarak 2014).¹

Cornelius konnte an der ersten geplanten Gruppen-Musiktherapiestunde nicht teilnehmen. Auf dem Weg dorthin überkam ihn Angst und er kehrte um. In der darauffolgenden Woche bekam er wie geplant eine Einzeltherapiestunde. Am Anfang spielten wir gemeinsam Klavier, wobei ich Cornelius ein Ostinato spielen ließ und dazu improvisierte. Gemeinsam zu trommeln traute er sich gar nicht zu. Die Trommeln mussten sogar aus dem Raum gebracht werden, da sie bei ihm zu viel Angst auslösten. Ich schlug Cornelius eine kurze GIM-Reise vor und erklärte ihm das Vorgehen. Cornelius konnte sich darauf einlassen. Ich verwendete folgende Musikstücke:

- Arvo Pärt: „Spiegel im Spiegel“
- Astor Piazzolla: „Oblivion“
- Georg Friedrich Händel: „Ombra mai fu“ aus „Xerxes“ in einer orchestralen Fassung unbekannter Herkunft

Nach einer kurzen Induktion mit Elementen der Muskelrelaxation leitete ich die Reise mit einer mentalen Fokussierung ein, die auf die Herstellung einer entspannten Ausgangssituation gerichtet war.

Es folgt eine Zusammenfassung der Imaginationen während der Reise nach den Worten des Klienten: Cornelius nimmt wahr, wie er in der Hängematte liegt. *Es ist ganz ruhig.* Im Laufe der Musik erlebt er, dass *das Ruhige* aus *zwei Farben* besteht: *Es sind Weiß und Schwarz.* Er stellt sich vor, wie *die zwei Farben etwas gemeinsam* machen: *Sie drehen sich und vollführen gemeinsam verschiedene Bewegungen. Einmal*

1 Guided Imagery and Musik (GIM) ist eine Form integrativer und psychodynamischer Psychotherapie, bei der Imaginationen zu ausgewählter Musik während des Musikerlebens im Dialog therapeutisch begleitet werden. Sie wurde von Dr. Helen Bonny (USA) seit 1969 entwickelt und wird weltweit praktiziert und gelehrt.

Bei der Methode GIM und bei den musikimaginativen Methoden (Geiger/Maack 2010; Frohne-Hagemann 2004; Frohne-Hagemann 2014a) gehört das Unterstützen der Fähigkeiten des Klienten zu mentalisieren zum methodischen Vorgehen. Die verbale Begleitung des Klienten während der GIM-Reise hat ein hohes mentalisierungsförderndes Potenzial. In der Art und Weise dieser verbalen Begleitung finden sich „Empfehlungen von Allen, Fonagy und Bateman zur Förderung der Mentalisierung. Die Interventionen sollten einfach und präzise sein. Mit einer forschenden, neugierigen, aber unvoreingenommenen Haltung wird der Patient ermutigt, sowohl Interaktionen als auch sein Selbsterleben unter verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten“ (Liesert 2014, S. 146).

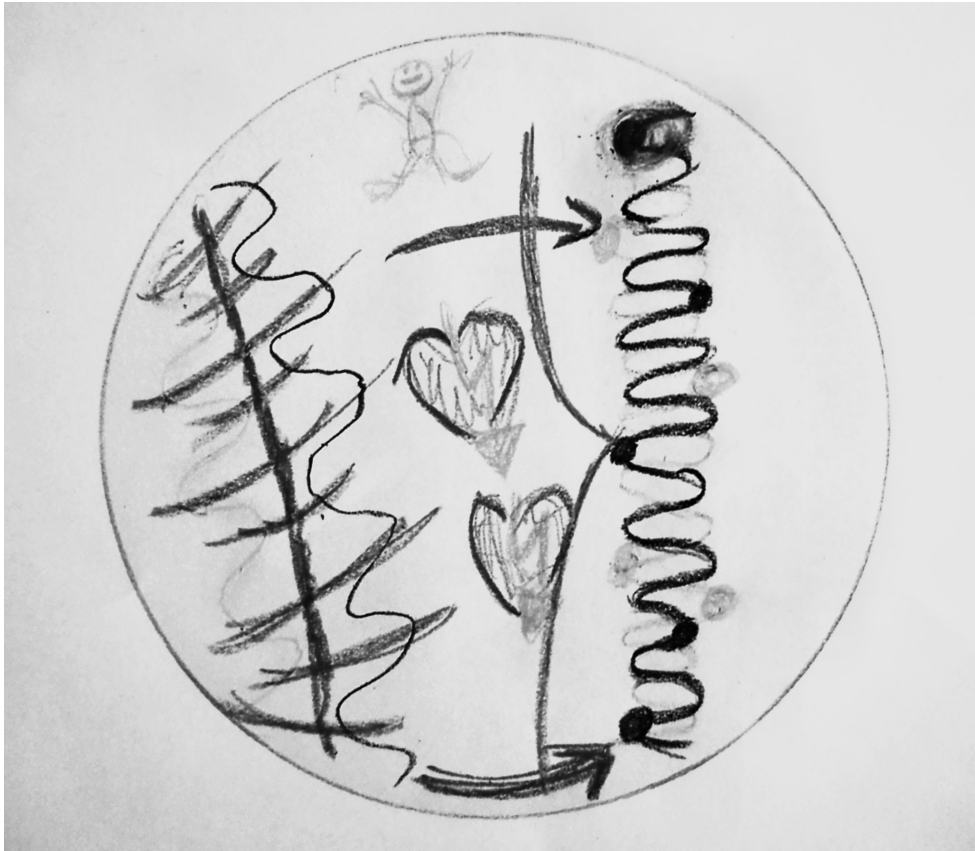


Abb. 5: Kreisbild „Zwei Farben“

sind sie schnell, dann wieder langsamer. Die Stimmung empfindet er als recht gut. Er fühlt sich eigentlich recht entspannt. Es erklingt jetzt das zweites Musikstück „Oblivion“. Die Farben bewegen sich noch: Einmal sind sie etwas zarter in der Form, dann wieder etwas kräftiger. Die Farben trennen sich voneinander. Das Schwarz (die Farben sind hier als Symbole anzusehen) wird immer kräftiger, das Weiß wird immer kleiner. Es ist OK für Cornelius, dass die Farben sich voneinander trennen, dann aber allmählich doch wieder zusammenfinden. Es wird immer abwechselnd die Geschichte der weißen und die der schwarzen Farbe erzählt. Erst ist das Weiße, dann das Schwarze an der Reihe. Es herrscht immer gleichzeitig Harmonie. Das Stück klingt sehr dominant. Auch wenn es seltsam klingt: Es sieht so aus, als wenn die Farben tanzen. Obwohl es (das Musikstück) so dominant ist, klingt es auch einsam. Sie (die Farben) sind zusammen, aber sie sind gleichzeitig allein. Jetzt haben sie sich wieder getrennt. Cornelius findet es komisch: Er kann die Farben sehen, aber er kommt nicht an sie heran. Als ich frage: „Möchtest du an sie herankommen?“, antwortet er bemerkenswerterweise „Nein“, was ich noch einmal bestätigend bekräftige: „Du möchtest nicht.“

Dann folgt das dritte Musikstück: „Ombra mai fu“ in einer konzertanten Orchesterfassung.

Eine dritte Farbe kommt dazu, die versucht, Ruhe hineinzubringen. Cornelius weiß nicht, wie sie das macht. Er kann sie nicht sehen. Als ich trotzdem frage, wie sie aussieht, antwortet er: „Ein bisschen gräulich“. Danach schweigt er und ich lasse ihn in Ruhe das Musikstück zu Ende hören, wohl wissend, dass es in seinem Erleben keinesfalls ruhig sein muss.

Hochgradig konzentriert malt Cornelius im Anschluss an die Musikhörphase das zur Methode gehörige Kreisbild (Mandala).

Im anschließenden Nachgespräch berichtet er noch einmal, dass die beiden Farben *eine Art Tanz* vollführt haben. Dann hat es *einen Schnitt gegeben und etwas Schreckliches hat versucht, sie auseinanderzubringen. Eine gräuliche Farbe hat versucht, sie wieder zusammenzubringen. Dann waren die Blitze weg und dann waren da die Herzen und da oben war ein Typ, der dazugehört hat.* Vorsichtig sprechen wir miteinander über seine Rolle in seiner Familie. Cornelius' Mutter leitet ein großes Unternehmen und er macht sich große Sorgen um sie. Vor dem Hintergrund der vielen Belastungen hatte sich das Elternpaar auseinandergeliebt. Aus der Anamnese weiß ich, dass die Mutter eine enge Beziehung zu einem Arbeitskollegen eingegangen und die Partnerschaft zu ihrem Ehemann, dem Vater von Cornelius, sehr belastet ist. Cornelius spricht dieses Thema nicht direkt an und ich belasse es dabei, verstanden zu haben, dass *etwas Schreckliches* versucht hatte, *die beiden Farben auseinanderzubringen*. Offen können wir darüber sprechen, dass Cornelius sich in ihn überfordernder Weise für seine Mutter verantwortlich fühlt. In der kleinen Gestalt (siehe Abbildung 5 „Zwei Farben“ oben im Bild) erkennt er schließlich ein Symbol für seinen älteren Bruder, der *sich geschickt aus allem heraushalten* würde. Hier blitzt einmal Ärger darüber und Neid auf seinen Bruder auf, dem es offenbar deutlich besser gelungen ist, sich von den Konflikten der Eltern abzugrenzen.

Interpretation der Sitzung nach den fünf Ebenen des Mentalisierens (nach Holmes, s. o.)

1. Das Selbst mentalisieren

Cornelius war sich seiner eigenen Gefühle vor der GIM-Reise noch nicht bewusst. Er hatte zunächst auf der Symbolebene erlebt, wie das Grau – eine Mischung aus schwarz und weiß – versucht, Ordnung hineinzubringen, das heißt, die beiden voneinander getrennten Farben schwarz und weiß immer wieder zusammenzubringen.

2. Den Anderen mentalisieren

Im Nachgespräch konnte Cornelius in Reflexion seiner Erlebnisse und Erfahrungen sowie beim Nachspüren seiner Affekte während der imaginativen Reise neue Erkenntnisse über vermutete Gefühle anderer gewinnen. Er konnte z.B. beschreiben, wie „das Weiß bzw. das Schwarz“ als Symbole für seine Eltern fühlen und vor allem wie das „Gräuliche“ als Symbol für ihn selbst fühlt.

3. Das Selbst mit dem Anderen mentalisieren

Als Therapeutin konnte ich Cornelius behutsam dabei unterstützen, seine eigenen Gefühle wahrzunehmen, wertzuschätzen und zu verbalisieren. Was fühlte z.B. das „Gräuliche“ in Bezug auf das „Weiß“, das „Schwarz“ oder die kleine Figur am oberen Bildrand (siehe Abbildung 5 „zwei Farben“).

4. Den Anderen mit sich selbst mentalisieren

Cornelius war sich bisher seiner eigenen Gefühle seinen Eltern und seinem Bruder gegenüber noch nicht bewusst. In dieser Phase der Therapie ging es zunächst um das Aufspüren der eigenen Affekte als körperlich wahrnehmbare Emotionen und noch nicht darum, Cornelius dazu anzuregen, sich im Sinne des Perspektivwechsels das mögliche Fühlen der anderen ihm gegenüber bewusst zu machen. Deshalb spielte dieser Aspekt im Nachgespräch zunächst noch keine größere Rolle.

„Das Mentalisieren ermöglicht (...), bedeutungsvolle Zusammenhänge und Differenzen zwischen äußerer und innerer Welt zu erkennen, wobei ‚erkennen‘ hier emotional und kognitiv zugleich gemeint ist. Dabei gibt es auch ein ‚implizites‘ Erkennen im Sinne des prozeduralen Körpergedächtnisses, das meist nicht-bewusst abläuft und deshalb besonders bedeutsam ist“ (Schultz-Venrath 2013, S. 85f.).

5. Sich selbst und den Anderen mentalisieren

In gewisser Weise ist das Betrachten des Kreisbildes, auf dem sich in symbolischer Weise familiendynamische und intrapsychische Aspekte zeigen, schon ein Betrachten von Interaktion wie von einem dritten Standpunkt aus, wozu Cornelius in diesem Stadium der Therapie auf rein verbaler Ebene noch nicht in der Lage ist. Es ist ihm noch nicht möglich, Annahmen über mentale Zustände bei sich selbst und bei anderen erneut zum Gegenstand des Nachdenkens zu machen.

In der Abteilung Kinder- und Jugendpsychosomatik, in welcher die Kinder und Jugendlichen vollstationär für die Dauer von sechs bis acht Wochen aufgenommen werden, arbeitet ein ganzes Team daran, den jungen Klienten und ihren Bezugspersonen behilflich zu sein, ihnen mit ganz unterschiedlichen Mitteln neue Sichtweisen auf ihre Lebenssituation zu vermitteln und konkrete Veränderungen in ihrem von starken Belastungen geprägten Leben herbeizuführen. Als Teil des Teams teile ich meine Beobachtungen und Hypothesen den Kolleginnen und Kollegen mit und erhalte von ihnen Impulse für die weitere psychotherapeutische Arbeit (Bassarak 2014).

Die Erkenntnisse, die Cornelius in der Musiktherapie unter Einsatz von GIM für sich gewonnen hatte, reiften während des Aufenthaltes in der Klinik weiter. Cornelius nutzte die Therapie intensiv, um sich weiterzuentwickeln. In der Gruppenmusiktherapie machte es ihm nach einiger Zeit nichts mehr aus, Trommel zu spielen, was zu Therapiebeginn für ihn völlig undenkbar war. Gegen Ende der

Therapie plante ich für Cornelius in der Einzeltherapie noch einmal eine GIM-Reise. Das GIM-Programm „Rise“, was ich verwendete, habe ich nach dem Prinzip einer Heldenreise (Frohne-Hagemann 2014a, S. 25ff.) entwickelt. Ziel dabei ist u.a., dass der Klient sich seiner Ressourcen bewusst wird und in der Imagination erlebt und erfährt, wie er eine schwierige Situation meistert.

Programm „Rise“

1. Geirr Tveitt: „Snow Grouse on the Glacier“
 2. Anders Rogg: „Opp“
 3. Bernard Cavanna: „La Transformation“ (aus der Musik zum Film „Tolérance“)
 4. „Transition“ von der CD „Koumyou – Dark Artists for Japan Earthquake Relief“
 5. Charles Camille Saint-Saëns: „Prière“ op. 158
 - 6a. Anders Rogg: „Opp“
 - 6b. Igor Strawinski: „L’ oiseau de feu“ (Auszug aus dem Finale)
- (Die Musikstücke 6a und 6b können je nach Verlauf der Reise ausgewählt werden.)

Im Vorgespräch erklärte ich Cornelius das Vorgehen und spielte das erste und das vierte Stück an. Das Stück „Transition“ kann als sehr herausfordernd erlebt werden und es war mir wichtig, dass Cornelius zuvor wenigstens einen Teil davon gehört hat, um sich darauf einstellen zu können. Nach einer kurzen Induktion ging es als mentale Fokussierung um das Spüren der eigenen Kraft.

Beschreibung der Wahrnehmungen und der Imaginationen während der Reise nach dem Wortlaut des Klienten:

Cornelius nimmt zunächst *überhaupt nichts wahr*. Dann nimmt er *einen Nadelwald wahr*. Es ist *ganz gut dort*. Er selbst ist *mittendrin*. Es ist *aufregend für ihn zwischen all den Bäumen*. Seine *eigene Kraft* kann er *spüren*. Spürbar für Cornelius verändert sich *die Atmosphäre*. Es wird *merkwürdig*: Die *Umgebung* und die *Atmosphäre* werden *merkwürdig*. Die *Stimmung* ist *angespannt*. Er selbst ist *auch ein wenig angespannt*. Seine *Kraft* spürt er jetzt *nur ein bisschen*. *Es wird immer dunkler, als wenn ein Gewitter aufzieht*. Es kommt tatsächlich ein Gewitter. Cornelius empfindet es als *nicht wirklich schlimm*. Er hat jetzt *das Gefühl, verfolgt* zu werden. Er dreht sich *um, aber da ist niemand*. Es fühlt sich an, *als wenn so ein großer Druck* auf ihm laste. Er weiß aber nicht, ob das so ist. Er geht *immer schneller*. Er hält *an und sieht vor sich eine Lichtung*. *In der Lichtung steht jemand*. Dieser *Jemand* gibt ihm *das Gefühl, nicht allein zu sein*. Er geht *dort hin*. Aber *der Weg ist lang und schwer zu überwinden*. Die *Person* steht *mit dem Rücken* zu ihm. Er ist *sehr hartnäckig*, gibt *nicht auf* und schafft den Weg bis zu *ihr – irgendwie*. Bei ihr angekommen, steht er *am Rand der Lichtung* und versucht, *die Person* anzusprechen. Es ist *unerwartet* für ihn. Er geht *immer dichter an sie heran*. Einem Impuls folgend, versuche ich, mit meinen Interventionen die Begegnung zwischen Cornelius und der unbekanntenen Person herbeizuführen. Auf meine Frage: „Kannst du sie in den Arm nehmen?“ antwortet Cornelius nach einer Weile: *Jetzt nimmt sie mich wahr, sie umarmt mich auch. Aber sie ist total angespannt. Sie ist*



Abb. 6: Kreisbild zu „Rise“

nicht komplett bei mir. Ich frage: „Wie ist das für dich?“ Er antwortet daraufhin: *Das ist anstrengend. Irgendwas ist hinter ihr. Irgendwas setzt sie unter Druck und lässt sie nicht los. Sie, – die Person – würde ihn jetzt auch umarmen. Cornelius empfindet dieses Umarmen als total anstrengend. Ich frage: „Kannst du sie loslassen?“ Er antwortet: Ich versuche, ihr zu helfen. Ich frage ihn: „Kannst du ihr helfen?“ und er antwortet: Nein. Nach einigen Augenblicken ergänzt er: *Hinter mir kommen immer mehr und versuchen, mich zu stärken. Sie geben mir Rückendeckung.**

Es war eine sehr dichte Atmosphäre entstanden. Nach der Musikhörphase zeichnete Cornelius entsprechend dem methodischen Vorgehen sehr konzentriert und mit spürbarer Affektivität sein Kreisbild zu den zuvor in der Reise erlebten Inhalten.

Im Nachgespräch zeigte er sich sehr bewegt. Ganz links und ganz rechts im Bild sei *der Wald* dargestellt und unten links *der steinige Weg zu der Person*. Er selbst und *die Person* seien in der Mitte des Bildes dargestellt. Er hatte beide in leuchtendem Rot gezeichnet. Die dynamische Spannung zwischen den beiden Figuren hatte er mit roten



Abb. 7: Kreisbild zu „Rise“ mit Figuren und großem Stein

Strichen angedeutet. Hinter der Figur rechts lag eine große Last. Cornelius hatte die Szene dargestellt, als er *die Person losgelassen* habe und sich daraufhin *Unterstützer* für ihn eingestellt hätten. Die *Unterstützer* sind links hinter seiner Figur zu sehen. Er hatte sie in einer Kombination aus blau und schwarz gezeichnet.

Im Nachgespräch benutzte ich die Figuren vom Familienbrett (Ludewig 1992, S. 141f.) im Sinne eines systemischen Vorgehens (Kästele 2013). Ich bat Cornelius, die Holzfiguren auf das Bild zu stellen. Er wählte eine runde Holzfigur für sich und eine eckige Figur für die *Person*. Hinter die *Person* legte er einen dicken schwarzen Stein als Symbol für die Last, die sie zu tragen hat.

Ich fragte, was sich verändere, wenn sich seine Figur einmal von der Person wegdrehte und sich seinen Unterstützern zuwendete. Cornelius war jetzt vollkommen überrascht. Er wechselte den großen Stein zunächst durch einen kleineren weißen Stein aus und sagte: *Dann würde der Stein hinter der anderen Figur kleiner werden*. Danach ersetzte er den weißen Stein durch einen noch kleineren, braun glänzenden Stein. – Cornelius blieb noch lange vor dem Bild sitzen und betrachtete es. Immer wie-

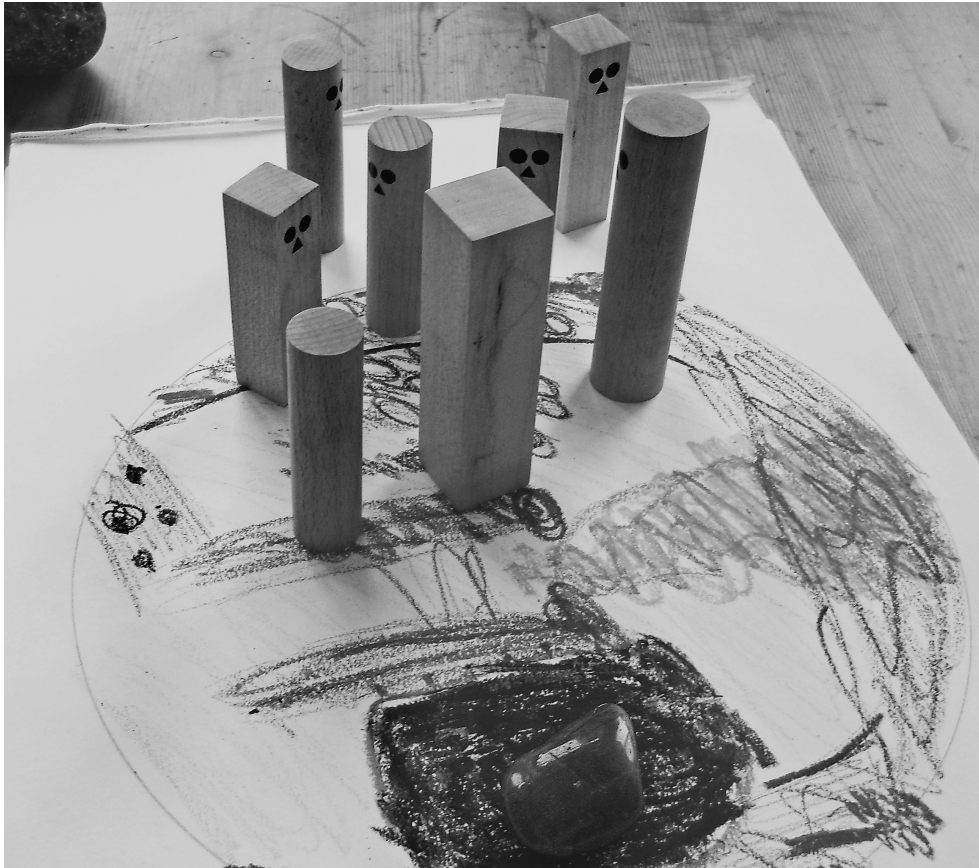


Abb. 8: Kreisbild zu „Rise“ mit Figuren, kleinem Stein und Unterstützern für Mutter und Sohn

der sagte er: *Ja, so ist es.* Zum Schluss stellte er die Figuren noch einmal so auf, wie sie in Abbildung 8 zu sehen sind.

Er meinte, am besten wäre es doch, wenn beide ihre *Unterstützer* hätten. Als Therapeutin hatte ich seit der Reise die innere Vorstellung, dass die „Person“ ein Symbol für Cornelius’ verinnerlichte Mutter ist. In dieser Stunde sprach ich das aber bewusst nicht an im Vertrauen darauf, dass Cornelius durch die Erfahrungen der Reise und das Nachgespräch die Erkenntnisse gewönne, die für ihn bedeutsam waren. Ich konnte ihm aber auf den Weg geben, dass er es aus eigener Kraft geschafft habe, sich aus der anstrengenden Umarmung der „Person“ zu lösen und dass er gesehen hat, dass es der „Person“ dann auch besser gegangen war, was durch den kleiner werdenden Stein und die hinzukommenden Helfer symbolisiert wurde. Für Cornelius war das eine sehr bedeutsame Erkenntnis. Erst in der Woche darauf fragte ich ihn, wer die „Person“ gewesen sei und er sagte: *Es war wohl meine Mutter.*

Später hatte ich Gelegenheit, noch einmal mit der Mutter zu sprechen. Ich zeigte ihr die oben abgedruckten Bilder und sie war sehr berührt davon. Es wurde ein offenes

wertschätzendes Gespräch und der Mutter wurde u.a. bewusst, wie sehr sich ihr sensibler Sohn in ihn überfordernder Weise um sie gesorgt hatte und dass sie ihrem Sohn helfen könne, wenn sie sich für ihre eigenen Probleme ebenfalls „Unterstützer“ suchte, z.B. Organisationsberatung, Coaching oder ebenfalls eine therapeutische Begleitung, ggf. auch gemeinsam mit ihrem Partner.

Interpretation der Sitzung nach den fünf Ebenen des Mentalisierens (nach Holmes; s. o.)

1. Das Selbst mentalisieren

In der Imagination erlebte Cornelius – unterstützt von der verbalen Begleitung der Therapeutin und der Musik in ihrer Rolle als Co-Therapeutin – implizit seine Affekte. Er fühlte sich zu der „Person“ hingezogen. Sie stand zunächst mit dem Rücken zu ihm. Nach der von der Therapeutin angeregten Umarmung wendete sich „die Person“ nach ihm um. Er spürte aber, dass sich die Umarmung für ihn „anstrengend“ anfühlte.

2. Den Anderen mentalisieren

Er bemerkte, dass die „Person“ belastet war und nahm die Gefühle atmosphärisch wahr, die von ihr ausgingen.

3. Das Selbst mit dem Anderen mentalisieren

Mit Unterstützung der Therapeutin gelang es ihm, die „Person“ als Symbol seiner Mutter loszulassen. Er erlebte ihre Hilfsbedürftigkeit, spürte den Druck, der von ihr ausging, nahm aber auch wahr, dass er ihr nicht helfen konnte.

4. Den Anderen mit sich selbst mentalisieren

Diese Form des Mentalisierens als reflexive Kompetenz zeigte sich erst im Nachgespräch, besonders als Cornelius zu der Erkenntnis kam, dass er der „Person“ nicht helfen konnte, sich von ihrer Last zu befreien, aber ihr indirekt doch half, indem er sich seinen eigenen „Unterstützern“ zuwendete.

5. Sich selbst und den Anderen mentalisieren

An diesem Beispiel können wir sehr gut erkennen, wie sich der Weg vom durch die Musik stimulierten sinnlichen Erleben in der Imagination über das Erfahren in der So-tun-als-ob-Situation bis zur Erkenntnis bedeutungsvoller Zusammenhänge gestaltet. Cornelius war es aufgrund seiner gegenwärtigen psychischen Situation und auf dem Boden seiner psychischen Struktur bisher nicht möglich, seine eigenen Gefühlszustände wahrzunehmen und darüber zu reflektieren. Anstelle des Empfindens eigener Gefühle war seine Wahrnehmung zuvor davon eingenommen, dass

er im Sinne von Parentifizierung stellvertretend die von ihm wahrgenommenen und vermuteten Gefühle seiner Eltern zu seinen eigenen machte. Cornelius konnte in der Draufsicht auf das Bild und auf die Figuren die Perspektive wechseln und die gesamte Szene wie von einer neutralen Außenposition betrachten. Dadurch kam er zu einer sehr tiefen Erkenntnis der Interaktionen der beteiligten Personen, was er als sehr bedeutsam im Sinne eines Schlüsselerlebnisses empfand.

Voraussetzungen für Musiktherapeuten zur Integration mentalisierungsfördernder Interventionen in die Kinder- und Jugendmusiktherapie

- Fundierte Kenntnisse der Entwicklungspsychologie, der Selbstentwicklung und der Traumalogie sind erforderlich, um die komplexen Zusammenhänge zu erkennen und zu verstehen, die zu Beeinträchtigungen oder Ausbleiben der Fähigkeit zu mentalisieren führen.
- Der Musiktherapeut muss in der Lage sein, die Gefühle des Klienten zu spiegeln, ohne den Klienten mit seinen eigenen Gefühlen zu belasten. Er muss sich im Rahmen einer Lehrtherapie mit seiner eigenen Bindungsgeschichte auseinandergesetzt haben.
- In Selbsterfahrung und Supervision hat der Musiktherapeut gelernt, wie er mentalisierungsfördernd intervenieren kann und was unter Umständen das Mentalisieren bei seinen jungen Klienten und ihren Bezugspersonen hemmen kann.
- Der Therapeut kennt sich in den verschiedenen Modi – Äquivalenzmodus, Als-ob-Modus und teleologischer Modus – aus und hält eine Vielzahl von erlernten therapeutischen Techniken bereit.
- Der Therapeut erkennt, in welchem Modus sich der Klient befindet.
- Der Therapeut ist sehr flexibel im Umgang mit Musik und fühlt sich nicht infrage gestellt, wenn ein Kind oder Jugendlicher vor dem Hintergrund seiner traumatischen Erfahrungen die durch Musik entstehende Nähe als bedrohlich erlebt oder Musik ablehnt.
- Der Therapeut kann mit aufkommendem biographischen Material umgehen.
- Der Therapeut wertet Eltern und andere Bezugspersonen nicht ab und weiß, dass er mit seinem Verhalten wesentlich dazu beitragen kann, wie gut Eltern in Bezug auf ihr Kind mentalisieren können.
- Der Therapeut weiß, dass seine eigenen Annahmen über das Denken, Handeln und Fühlen des Klienten Konstruktionen sind und diagnostische Erkenntnisse keine absolute Wahrheit darstellen.
- Der Therapeut erkennt eigene fachliche Grenzen und sieht sich privat und fachlich als Mensch in Gemeinschaft anderer. Er berücksichtigt schulenübergreifend psychoanalytische, systemische und psychodynamische Aspekte; er fühlt, denkt und handelt integrativ und erhält sich seine Wissbegier.

Schlusswort und Ausblick

Die Fähigkeit, differenziert und flexibel zu mentalisieren, ermöglicht das Nachdenken über das Denken selbst und über die Fragen, woher wir kommen, wer wir sind und wohin wir gehen. Die Gesellschaft und jeder Einzelne müssen sich fragen, was, wie und mit welchem Ziel mentalisiert wird. Der mentalisierende Mensch, der nach ethischen Grundsätzen denkt und handelt, wird demagogisch gefärbte Parteiprogramme, zu Ideologie verkommene Religionen und verdummende Werbestrategien durchschauen. Er erlebt sich als Teil einer Gemeinschaft von Menschen und der Natur. Verantwortungsvolle Förderung des Mentalisierens heißt Förderung der Mitmenschlichkeit.

Literatur

- Bassarak, G. (2003): Familientherapeutisch orientierte Musiktherapie dargestellt in ihrer Rolle bei der Familiendiagnostik und -therapie innerhalb des Behandlungskonzepts hyperkinetischer Störungen im Sozial-Pädiatrischen Zentrum Mecklenburg ASB GmbH. In: Gesellschaft für Orff-Musiktherapie e. V. (Hrsg.): Symposium: Entwicklungsperspektiven (Musiktherapie in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen und Behinderungen). Hamburg
- Bassarak, G. (2009a): Gedanken zu Musik aus systemischer Sicht. In: Ott-Hackmann, H.; Käsgen, R. (Hrsg.): Lasst uns die Welt erfinden! Systemische Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Weimar, Berlin, 99–128
- Bassarak, G. (2009b): Methode: Die Arbeit mit Steinen. In: Ott-Hackmann, H.; Käsgen, R. (Hrsg.): Lasst uns die Welt erfinden! Systemische Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Weimar, Berlin, 207–218
- Bassarak, G. (2009c): Verhaltensauffälligkeiten und primär psychische Symptome als Ausdruck von Beziehungsbedürfnissen und Ängsten. In: Gesellschaft für Orff-Musiktherapie e. V. (Hrsg.): Symposium: „Auffällig“ oder „entwicklungsgefährdet“? Musiktherapie in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten. München (ohne durchgehende Seitennummerierung)
- Bassarak, G. (2010): Von schwarzen Flecken, Herzbotschaften und der Lebensuhr – Musikimagination in der Behandlung von Kindern mit psychischen Problemen. Jahrbuch Musiktherapie 6, 151–178
- Bassarak, G. (2011): Grenzen und Grenzöffnungen – Systemgrenzen als Funktionen biologischer, psychischer und gesellschaftlicher Systeme und ihre Bedeutung für die Musiktherapie. Jahrbuch Musiktherapie 7, 105–131
- Bassarak, G. (2014): Youngster-GIM (YGIM) in der Behandlung psychosomatisch erkrankter Kinder und Jugendlicher im stationären und ambulanten Setting. In: Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.): Guided Imagery and Music – Konzepte und klinische Anwendungen. Wiesbaden, 207–230

- Frohne-Hagemann, I.; Pleß-Adamczyk, H. (2005): Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD-10. Göttingen
- Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.) (2004): Rezeptive Musiktherapie. Theorie und Praxis. Wiesbaden
- Frohne-Hagemann, I. (2012): Mentalisierungsbasierte Musiktherapie in der Behandlung Kinder und Jugendlicher. Vortrag in Schwerin am 9.6.2012 am 2. Symposium für Kinder- und Jugendmusiktherapie in Norddeutschland: „Klänge – Töne – Resonanzen“. In: http://www.frohne-hagemann.de/wp-content/uploads/2012/02/Frohne-Hagemann_Vortrag-Symposium-Schwerin-9.-Juni-2012.pdf [zuletzt aufgerufen am 20.07.2014]
- Frohne-Hagemann, I. (2014a): Guided Imagery and Music im Wandel der Gesellschaft. In: Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.): Guided Imagery and Music – Konzepte und klinische Anwendungen. Wiesbaden, 13–34
- Frohne-Hagemann, I. (2014b): Definitionen und Anwendungen: Guided Imagery and Music (GIM), modifiziertes GIM und musikimaginative Methoden (MI). In: Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.): Guided Imagery and Music – Konzepte und klinische Anwendungen. Wiesbaden, 85–114
- Geiger, E.; Maack, C. (2010): Lehrbuch Guided Imagery and Music (GIM). Wiesbaden
- Hofstadter, D.; Sander, E. (2014): Die Analogie. Das Herz des Denkens. Stuttgart
- Holmes, J. (2012): Sichere Bindung und psychodynamische Therapie. Stuttgart. Nachzulesen in: Schultz-Venrath, U. (2013): Lehrbuch Mentalisieren. Psychotherapien wirksam gestalten. Stuttgart, 81
- Kästele, G. (2013): persönliche Mitteilung
- Körper, A. (2009): Beziehungsqualität in der Musiktherapie mit Psychotherapiepatienten. Vergleichende Untersuchung interpersonales Verhaltens in Fremd- und Selbsteinschätzungen (EBQ, OPD-2; IIP). Musiktherapeutische Umschau 30 (4), 322–337
- Kosslyn, S. M. (1995): Mental Imagery. In: Kosslyn, S. M.; Osherson, D. N.: An Invitation to Cognitive Science. Vol. 2: Visual Cognition. 2nd Edition. Cambridge, 267–296
- Liesert, R. (2014): GIM in der stationären Psychosomatik. Erfahrungen und Gedanken im Zusammenhang mit dem Konzept des Mentalisierens. In: Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.): Guided Imagery and Music – Konzepte und klinische Anwendungen. Wiesbaden, 141–165
- Ludewig, K. (1992): Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart
- Lutz Hochreutener, S. (2013): Das Potential der Musikinstrumente für Symbolisierungsprozesse. Musiktherapeutische Umschau 34 (4), 326–333
- Ott-Hackmann, H.; Käsgen, R. (Hrsg.) (2009): Lasst uns die Welt erfinden! Systemische Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Weimar, Berlin
- Rowling, J. K. (2005): Harry Potter und der Halbblutprinz. Hamburg.

- Schultz-Venrath, U. (2013): Lehrbuch Mentalisieren. Psychotherapien wirksam gestalten. Stuttgart
- Schumacher, K.; Calvet, C. (2007): Entwicklungspsychologisch orientierte Kindermusiktherapie – am Beispiel der „Synchronisation“ als relevantes Moment. In: Stiff, U.; Töpker, R. (Hrsg.): Kindermusiktherapie. Richtungen und Methoden. Göttingen, 27–61
- Schumacher, K.; Calvet, C.; Reimer, S. (2011): Das EBQ-Instrument und seine entwicklungspsychologischen Grundlagen. Göttingen
- Schumacher, K.; Calvet, C. (2013): Therapeutische Anwendung von Musikinstrumenten aus entwicklungspsychologischer Sicht. Musiktherapeutische Umschau 34 (3), 227–239
- Sharp, C. (2013): 4. Mentalisierungsprobleme bei Störungen im Kindesalter. In: Allen, J. G.; Fonagy, P. (Hrsg.): Mentalisierungsgestützte Therapie. Das MBT-Handbuch – Konzepte und Praxis. Stuttgart, 153–180
- Spitzer, M. (2002): Geist im Netz: Modelle für Lernen, Denken und Handeln. Stuttgart
- Strehlow, G. (2009): Mentalisierung und ihr Nutzen für die Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau 30 (2), 89–101
- Twain, M. (1969): Tom Sawyers Abenteuer. Berlin, Weimar

Gudrun Bassarak
Kinderzentrum Mecklenburg gGmbH
Wismarsche Straße 390
19055 Schwerin
gudrun.bassarak@musiktherapie.de

„Instru-Mental“

Improvisation und Mentalisierung in der Musiktherapie mit Jugendlichen

„Instru-Mental“

Improvisation and Mentalization in Music Therapy with Adolescents

Bernd Reichert, Münster

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

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

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

Einleitung

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

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

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

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

Zwei Betrachtungsweisen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Musizieren – Denken – Sprechen

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

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

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

8 Ebd., S. 15.

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

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

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

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

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

11 Ebd., S. 34.

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

13 Ebd., S. 333.

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

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

Psychosomatik im Jugendalter

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

²⁰ Ebd., S. 322/323.

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

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

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

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

23 Ebd., S. 11.

24 Ebd., S. 11.

25 Ebd., S. 14.

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

27 Ebd., S. 407.

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

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

Implizit – Explizit

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

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

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

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

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

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

Fazit

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

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

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

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

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

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

Literatur

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

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

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

**„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 Therapiegespräche 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 -spiels (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 zwanghaft 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 Interpreten 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.

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 schnellen 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 prä-mentalierenden 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

Rezensionen

Monika Smetana: Die Wiederkehr des Ähnlichen. Die Bedeutung musikalischer Objekte in der Musiktherapie bei Jugendlichen mit strukturellen Störungen.

Wiener Beiträge zur Musiktherapie Band 10, Praesens Verlag, Wien 2012, 332 S., ISBN: 978-3-7069-0654-8, € 37,-

Schon mit dem Titel dieses Buches bekommt der Leser Einblick in die praktischen Erfahrungen der Autorin im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, worauf in der Einleitung auch direkt verwiesen wird: Anhand dreier Fallbeispiele wird bereits hier ein Phänomen eingeführt und für den Leser nachvollziehbar, das Smetana in ihrer musiktherapeutischen Arbeit mit strukturell gestörten jugendlichen Patienten immer wieder begegnet: „Ein bestimmtes ‚musikalisches Objekt‘ – sei es ein Musikinstrument, eine Melodie, ein Rhythmus oder ein Lied – wird vom Jugendlichen immer wieder gewünscht und aufgesucht, und es entsteht der Eindruck, dass dies das eigentliche ‚Kernstück‘ der Musiktherapie ist, welches ein kontinuierliches Annehmen des Therapieangebots überhaupt möglich macht.“ (2)

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen entwickelt die Autorin ihre Fragestellung, die in erster Linie darauf abzielt, dieses Phänomen zu verstehen und seine psychodynamische Bedeutung zu erklären.

Nach einem kurzen, prägnanten Überblick über die klinische Situation der Musiktherapie mit strukturell gestörten Jugendlichen in Österreich und Deutschland sowie über die aktuelle internationale Literatur zu diesem Thema führt die Autorin mit der Darlegung der Objektbeziehungstheorie, der Bindungstheorie sowie des Konzeptes der Mentalisierung in die drei theoretischen Strömungen ein, die ihrem Krankheitsverständnis, ihrer praktischen Arbeit sowie der dargelegten Untersuchung zugrunde liegen.

Das darauffolgende Kapitel befasst sich zunächst mit den Themen „Jugend, Adoleszenz und Identität“ und leitet von dort über zur krisenhaften Entwicklung und schließlich zu strukturellen Störungen bzw. Entwicklungsstörungen auf dem Niveau einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation im Jugendalter.

Mit dem Kapitel „Eine Psychologie der Objekte“ erfolgt schließlich eine „Annäherung an das eigentliche Kernthema der Forschungsfragen“ (112), wobei hier im Gegensatz zur psychoanalytischen Terminologie tatsächlich „der Gegenstand und seine Dinglichkeit im Mittelpunkt der Betrachtung“ (ebd.) stehen.

Nach vor allem auf Tilmann Habermas' Systematik einer Psychologie der Dinge beruhenden Darlegungen zur Phänomenologie unbelebter Objekte widmet sich die Autorin den „Objektale[n] Funktionen von Musik“ (130). Hier arbeitet sie systematisch und nachvollziehbar die Charakteristiken und das Potential der Musik „zwischen innen und außen, zwischen Phantasie und Realität und nicht zuletzt

ihrer Funktion als Übergangsobjekt und Transformator“ (ebd.) heraus. Damit bietet Smetana dem Leser einen schlüssigen Übergang zum nächsten Kapitel, das sich mit den „Objekte[n] in der Musiktherapie“ befasst und das Augenmerk vor allem „auf die Bedeutung der Musik in der Musiktherapie“ (146) lenkt. Dabei bleibt das Ziel der Autorin, „den zur Musiktherapie kommenden strukturell gestörten Jugendlichen mit seinen Objekterfahrungen und den entsprechenden Bedürfnissen und Anforderungen an die Musiktherapeutin bzw. an die musiktherapeutische Beziehung erfassen zu können“ (ebd.), immer spürbar und nachvollziehbar. Gerade diese enge Verbindung von einfühlsamer, praktischer musiktherapeutischer Tätigkeit, forschender Neugier und fundiertem wissenschaftlichen Vorgehen ist prägendes Merkmal der gesamten vorliegenden Arbeit und macht ihre Lektüre für den entsprechend interessierten Leser zu einem anspruchsvollen, spannenden Lesevergnügen.

Das Kernstück der Arbeit wird in dem nachfolgenden Kapitel vorgestellt: Dieser empirische Teil „lässt sich methodisch der qualitativen Fallstudien-Forschung zuordnen“ (178) und bietet nach der Darlegung und Reflexion des wissenschaftlichen Vorgehens zunächst Einblick in die einzelnen Therapieeinheiten der musiktherapeutischen Arbeit mit drei Jugendlichen. Diese drei Falldarstellungen wurden „gezielt aus einer größeren Anzahl dokumentierter Therapieverläufe ausgewählt, weil sie in ihrer jeweiligen Individualität die Bedeutungsvielfalt musikalischer Objekte in der Musiktherapie bei Jugendlichen mit strukturellen Störungen repräsentieren“ (285). Bei der Darstellung der neun, sechzehn und dreiundzwanzig Stunden umfassenden Therapieverläufe fokussiert die Autorin entsprechend ihrer Fragestellung vor allem das jeweils wiederkehrende musikalische Objekt. Nach der Vorstellung des jeweiligen Patienten mit den Schwerpunkten Anamnese und Diagnostik folgt die Darstellung der einzelnen Therapieeinheiten und direkt nachfolgend ein Abschnitt, der der gründlichen Reflexion und Interpretation der jeweiligen Sitzung gewidmet ist.

Auf einfühlsame Art und Weise lässt die Autorin den Leser einerseits an dem therapeutischen Geschehen teilnehmen und ermöglicht andererseits durch ihre differenzierten Analysen und Bezugnahmen ein tieferes Verstehen sowohl des musiktherapeutischen Prozesses als auch der im theoretischen Teil dargelegten Konzepte. Auf eindrückliche Art und Weise wird darüber hinaus nachvollziehbar, dass und wie es der Autorin immer wieder gelingt, die schwierige Balance zwischen ihrem Berührtsein und der Rolle des bewusst in das Beziehungsgeschehen involvierten Gegenübers einerseits und ihrer Funktion als genau dieses Geschehen Beforschenden andererseits herzustellen und zu bewahren.

Nicht im Fokus der Aufmerksamkeit, von der Autorin jedoch zu Recht betont und für den Leser erhellend und spannend ist der Umstand, dass die untersuchten Behandlungen an zwei verschiedenen Einrichtungen in unterschiedlichen Regionen und mit in vielerlei Hinsicht ganz unterschiedlichem Hintergrund stattfanden. Von der therapeutischen Ausrichtung bis zur Einrichtung des jeweiligen Musiktherapieraums, von dem unterschiedlichen Milieu, aus dem die Patienten kommen

bis zu den daraus resultierenden unterschiedlichen Problemen der Jugendlichen wirken diese Hintergründe direkt und indirekt in das therapeutische Geschehen hinein und prägen die Wahrnehmung der Autorin ganz direkt. So beschreibt Smetana beispielsweise, dass „der Aspekt der frühkindlichen und sich bis ins Jugendalter fortsetzenden emotionalen Verwahrlosung und Bindungsstörung [...] bei den Jugendlichen der Großstadt [gemeint ist Wien, Anmerkung S. K.] wesentlich deutlicher sichtbar [und] anamnestisch klarer nachvollziehbar“ (176) und sie dadurch „weniger auf Mutmaßungen angewiesen“ (ebd.) war.

Im letzten Kapitel erfolgt die Präsentation der Ergebnisse, wobei die Autorin zunächst noch einmal auf „die Bedeutungsvielfalt musikalischer Objekte“ (285) eingeht, bevor sie die herausgearbeiteten Charakteristika des musikalischen Objekts in der Musiktherapie bei Jugendlichen mit strukturellen Störungen beschreibt. Schon dieses Vorgehen verweist darauf, dass hier – bei aller Klarheit und Differenziertheit – nicht kategorisiert und festgeschrieben wird und werden soll! Stattdessen wurde „versucht, Erklärungsmodelle zu finden, die zu einem vertieften Verstehen des Phänomens beitragen würden“ (297).

Das ist der Autorin hervorragend gelungen! Die Lektüre dieses Buches hat mich gefesselt, fasziniert und bereichert – sowohl als praktisch tätige Musiktherapeutin als auch als Dozentin für Entwicklungspsychologie und nicht zuletzt als Mutter eines pubertierenden Jugendlichen! Eigentlich sollten es alle lesen, die beziehungsorientiert mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen umgehen bzw. mit strukturell gestörten jungen Menschen therapeutisch arbeiten. Ganz besonders aber schließe ich mich dem Wunsch an, mit dem Smetana ihr Buch beendet: „Ich wünsche mir, dass diese Forschungsarbeit Musiktherapeuten und Musiktherapeutinnen – [...] – dabei hilft, die Dynamik rund um das beforschte Phänomen genauer zu reflektieren, besser zu verstehen und die daraus gewonnenen Erkenntnisse letztlich ihrer individuellen und professionellen musiktherapeutischen Beziehungsarbeit mit emotional früh verwahrlosten Menschen zukommen zu lassen.“ (297)

Dr. Sylvia Kunkel, Dipl.-Musiktherapeutin, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Münster, Mthkunkel@web.de

Johannes Picht (Hg.): Musik und Psychoanalyse hören voneinander. Bd. 1.

Psychosozial-Verlag, Gießen 2013, 187 Seiten, ISBN 978-3-8379-2256-1, € 19,90

Das zunehmende Interesse an dem Verhältnis von Musik und Psychoanalyse hat zu einer Vielfalt an Veröffentlichungen und Tagungen geführt, die sich dem Thema von unterschiedlichen Standpunkten aus nähern. Die Beiträge des vorliegenden Buches entstammen einerseits einer Tagung, die unter dem gleichnamigen Titel von Dietmut Niedecken und der Arbeitsgemeinschaft Psychoanalyse und Kulturtheo-

rie im März 2010 an der Musikhochschule Hamburg veranstaltet wurde, wie auch dem von Johannes Picht auf den halbjährlichen Tagungen der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung initiierten und geleiteten Forum ‚Musik und Psychoanalyse‘.

Die Beiträge des Buchs stellen das Hören und seine Besonderheiten für die Symbolbildung und Subjektwerdung in den Mittelpunkt. Was heißt das? Das Hören trennt nicht zwischen Innen und Außen. Wenn es also das Hören ist, welches die spannungsreiche Beziehung von Musik und Psychoanalyse gestaltet, dann muss es um Erfahrungen gehen, denen ein grenzüberschreitendes Potential inneohnt. Denn das an der Subjekt-Objekt-Trennung geschulte westliche Denken setzt die Innen-Außen-Trennung voraus bzw. führt sie durch. Die Bedeutung des Hörens weist also auf Voraussetzungen, die vom Denken direkt nicht erfasst werden können.

Dass das Hören für den musikalischen Prozess der wesentliche Modus ist, erscheint unmittelbar einleuchtend. Für die Psychoanalyse gilt dies jedoch erst auf den zweiten Blick, wird sie doch meist als ‚talking cure‘ mit sprachlichen Deutungen in eins gesetzt. Doch gerade das Setting des Liegens mit dem Analytiker im Hintergrund fußt auf dem Hören als zentralem Wahrnehmungsmedium, auch wenn dies in der Vergangenheit oft ins Vergessen geriet. Die Beschäftigung mit der Musik kann dieses Vergessene bzw. bislang ‚Überhörte‘ ins Zentrum der Aufmerksamkeit rücken, ebenso wie im Gegenzug die Psychoanalyse das kreative und grenzüberschreitende Potential der Musik, das aus dem Hören erwächst, einem herkömmlichen musikalischen Verständnis von Musik als ‚schöner Kunst, die unseren Alltag bereichert‘, entreißen kann.

Schon im Vorwort legt Picht dar, warum das Vorhaben, sich aus psychoanalytischer Sicht mit Musik zu befassen, den Mut erfordere, bestehende Konzepte und Denkweisen zu verlassen und sich Unbekanntem zu öffnen. Er bringt dies mit der spezifischen Form der Zeitlichkeit der Musik und damit des Hörens in der Musik in Verbindung, die eine dem Subjekt-Sein vorgelagerte Zeitlichkeit sei. Wenn das so ist, dann gilt dies nicht nur für die Psychoanalyse, sondern für jeden, der Musik in ihrer Bedeutung für den evolutionären Prozess auf individueller wie gesellschaftlicher Ebene ernst nimmt.

Die Eröffnung macht Johannes Picht mit seinem Beitrag *Musik und Psychoanalyse hören voneinander. Zum gegenwärtigen Stand einer künftigen Beziehung*. Der Untertitel enthält das wesentliche Moment dieser Form des Zeiterlebens: die Offenheit für das Künftige. Indem die ‚musikalische Rede‘ eine sei, die nicht von etwas handle, sondern aus einem Geschehen heraus entstehe, sei sie eine, die von etwas ‚Künftigem‘ handle. Musik sei insofern ein Medium, mit dem Zeit erfahrbar werde. Nicht Affekte, sondern die Spannung zwischen Kontinuum und Ereignis bringe das hervor, wovon die Musik zu uns, den Hörern spricht. Anhand kleiner Auszüge aus der Musik wie der psychoanalytischen Begegnung zeigt Picht, wie jeweils der zeitliche Prozess als ein interaktives Geschehen – die therapeutische Beziehung, wie die musikalische Beziehung des Interpreten zum Zuhörer – das Aus-

halten einer Spannung erfordert, die zur Deutung bzw. zum musikalischen Werk führt.

Werner Heister entfaltet in *Zur Codierung und Decodierung von Bedeutungen im Musikprozess* ein weites Spektrum musikwissenschaftlicher Sichtweisen auf Musik und musikalische Bedeutungen. Seine Betrachtungsweisen verknüpft er mit individuellen und kulturellen Sinnzuweisungen und führt diverse Beispiele dafür an. Interessanterweise spricht er hier von Fallvignetten. Damit werden üblicherweise Ausschnitte therapeutischer Arbeit bezeichnet. Hier jedoch bezieht sich der Begriff auf die Bedeutung der jeweiligen musikalischen Ausschnitte, also darauf – so könnte man denken –, wie die jeweiligen menschlichen Erfahrungen ‚von der Musik behandelt‘ werden.

Christel Böhme-Bloem stellt in *Musik als Wegbereiterin der Kreativität* die Bedeutung des Hörens und Tönens für die individuelle wie gesellschaftliche Symbolisierungskraft und Kreativität ganz explizit in den Mittelpunkt. Mit Bezug auf Winnicott spricht sie vom Möglichkeitsraum, der sich stammesgeschichtlich wie individuell als kreative Antwort auf existentielle Krisen bilde. Böhme-Bloem untersucht die Rolle des Hörsinns in der Entstehung früher protosymbolischer Gebilde. Im Zentrum steht ihr sehr plastischer Entwurf einer Modell-Szene, die den Beginn der Metaphorisierung eines leiblichen Geschehens in einer entscheidenden Phase der kindlichen Entwicklung untersucht. Abgerundet sind ihre Überlegungen mit einem Fallbeispiel, bei dem durch die Einbeziehung der Bedeutung der Musik eine Wende im therapeutischen Verstehensprozess eingeleitet wurde.

Dorothee Stoupel arbeitet in *Die Bedeutung des präsentativen Symbols für die Musik* die Unterscheidung von Susanne Langer zwischen diskursiven und präsentativen Symbolen in ihrer Bedeutung für die psychoanalytische Arbeit heraus und zeigt, wie Transformationsprozesse durch präsentative Deutungen entstehen. Auf diesem Hintergrund diskutiert sie die von Böhme-Bloem beschriebene Modell-szene zwischen Mutter und Kind und macht daran exemplarisch den Vorgang der Symbolbildung deutlich als einem Moment, mit dem Präsenz erscheine. Auch hier ist wieder der Verweis auf die besondere Form der Zeitlichkeit, die im präsentativen musikalischen Symbolbildungsprozess entsteht und die die von Johannes Picht beschriebene Offenheit für das Künftige zur Voraussetzung hat.

Jürgen Trapps *Psychoanalytische Überlegungen zu Bachs Präludium und Fuge b-Moll WTCI* führen die Leserin in die Theorie Alfred Lorenzers ein. Dessen Ansatzpunkt des ‚szenischen Verstehens‘ sowie seine Theorie der Interaktionsform sind für Trapp methodisches Werkzeug, um zu erschließen, wie im Hören musikalischer Werke diese als Metaphern und Symbole fungieren können. Er zeigt, dass musikalische Bedeutung im leiblichen Geschehen gründet. Ausgelöst durch die coenästhetische Identifikation mit Klangfiguren kann das Werk in seiner je besonderen Komposition zur Fassung ungehaltener Erregung oder Motilität werden. In der Auseinandersetzung mit Bachs Präludium und Fuge b-Moll werden diese Überlegungen sehr sinnfällig ausgeführt.

Auf ein musikalisches Werk aus einer ganz anderen Zeit bezogen sind die folgenden Gedanken von Johannes Picht *Die Zeit der Musik und das Ende der Zeit*. Picht setzt sich hier mit der Entstehungsgeschichte und den musikalischen Besonderheiten Quatuor pour la fin du Temps von Olivier Messiaen auseinander. Er versteht es als ein Werk, mit dem dieser die Erfahrung des ‚außerhalb der Zeit sein‘ transformiert. Hierdurch wird diese transzendente Erfahrung dem Geist und der denkenden Betrachtung als eine Art Negativ zugänglich, da sich diese Erfahrung jenseits des Denken Könnens ereignet. Picht zeigt, wie es Messiaen in seiner besonderen Weise seines Komponierens gelingt, die musikalische Idiomatik in ihrem jeweiligen Gültigkeitsbereich so auszuhebeln, dass das Werk auf das ‚außerhalb der Zeit‘ verweisen kann.

Die Arbeit von Dietmut Niedecken *Psychoanalytische Überlegungen zu Epilog I – Winterstück von Hauke Berheide*, Hauke Berheide *Komponist und Psychoanalytikerin im Gespräch* und Tobias Vollstedt *Ein Werkstattgespräch* entstammen einer ungewöhnlichen Form der Zusammenarbeit: die psychoanalytische Supervision für einen Komponisten bei der Entstehung eines musikalischen Werkes. Niedecks Beitrag enthält einen ausführlichen ‚Exkurs über die Bedingungen der musikalischen Analyse‘, in dem sie ihre Erweiterung der Theorie Lorenzers bzgl. der musikalisch-präsentativen Symbolik erläutert. Im Zusammenfallen dreier szenischer Ebenen – die musikwissenschaftliche Analyse des Werkes, das Erleben als Hörerin sowie die Teilhabe am supervisorischen Prozess – klärt sich, inwiefern solche musikalischen Werke in der Lage sind, zum Container für ‚gesellschaftliche Sollbruchstellen‘ zu werden. Während Niedecken aus kultur-psychoanalytischer Sicht diese Sollbruchstellen zu benennen sucht, gibt das musikalische Werk dem Unhaltbaren eine Kontur bzw. entsteht diese im Hören einer solchen Musik.

Dass es hierbei um einen zutiefst unbewussten Prozess geht, der sich in der Auseinandersetzung mit der bestehenden musikalischen Idiomatik ereignet, vom Komponisten ‚am eigenen Leib durchlitten‘ und vom Hörer ‚am eigenen Leib erfahren‘ werden muss, wird im Text von Berheide deutlich. Es ist in gewisser Weise ein ‚musikalischer Text‘, in dem am Ende das musikalische Werk als ein ‚Phantom‘, gemeinsam erschaffen vom Leser und Autor erscheint. Dieses ‚Phantom‘ ist das, was den musikalischen Werkbegriff erst mit Leben erfüllt, als gemeinsame Leistung von Komponisten, Interpreten und Hörer.

Das Werkstattgespräch ist der Mitschnitt eines von Tobias Vollstedt moderierten Gespräches zwischen Dietmut Niedecken und Hauke Berheide, das auf dem oben erwähnten Symposium stattfand. Hier wurde auch das Stück *Epilog I – Winterstück* von Hauke Berheide uraufgeführt. Im Gespräch wird noch einmal ein mehr ‚sprechender Blick‘ auf die Zusammenarbeit geworfen und damit darauf, was mit ‚Fassung für Unfassbares‘ gemeint sein kann. Dies geschieht sowohl anhand eines Fallbeispiels aus der Supervision, in dem der Verweis auf *Epilog I – Winterstück* als präsentative Deutung einen Transformationsprozess einleiten konnte, als auch wenn Berheide die Entstehung seiner Musik so beschreibt, dass darin das Sprechen aus einem Geschehen heraus als Hörerin und Leserin erfahrbar wird.

Wenn sich Musik und Psychoanalyse hörend aufeinander beziehen, so können – das wird mit diesem Buch deutlich – Transformationsprozesse erfahrbar und begreifbar werden, die das kulturkritische und kreative Potential der Musik sinnfällig machen.

Dr. Maria Becker, Hamburg, Psychologischen Psychotherapeutin, Diplom-Musiktherapeutin

Ulrich Schultz-Venrath unter Mitarbeit von Peter Döring: Lehrbuch Mentalisieren. Psychotherapien wirksam gestalten.

Klett-Cotta, Stuttgart 2013, 455 Seiten, ISBN 978-3-608-94544-7, € 48,95

In diesem Lehrbuch thematisiert Ulrich Schultz-Venrath das Prinzip *Mentalisieren*, d.h. das Bezugnehmen auf und das Begreifen von inneren Zuständen in sich selbst und anderen, das sich als Instrument zur Therapiegestaltung verschiedenster Schulen implizit und explizit eignet. Des Weiteren erklärt der Autor die mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) in Theorie und Praxis anhand ausgewählter psychischer Störungen. Das Buch schließt mit einem Kapitel von Peter Döring über *Mentalisierungsbasiertes Management* für Institutionen allgemein und mit besonderem Hinblick auf diese in klinischen Kontexten.

Die Fähigkeit zur Mentalisierung ist laut Pierre Marty, einem Vertreter der Pariser Psychosomatischen Schule, von der Qualität und Quantität psychischer Repräsentanzen abhängig. Bei der Verknüpfung von Ideen, Gedanken, Empfindungen und innerer Reflexion können Repräsentanzen entstehen, die in zwischenmenschlichen Beziehungen genutzt werden und wiederum die Entstehung weiterer Verknüpfungen ermöglichen. Mit Hilfe mentaler Repräsentanzen können insbesondere intentionale Zustände realisiert werden. Peter Fonagy, der als der Urheber des Mentalisierungskonzeptes und der mentalisierungsbasierten Psychotherapie gilt, definiert Mentalisierung als die Fähigkeit, eigenes und fremdes Verhalten durch die Zuschreibung mentaler Zustände interpretieren und die Vermutungen diesbezüglich wiederum zum Gegenstand des eigenen Denkens machen zu können. Allen, Fonagy und Bateman gehen sogar davon aus, Mentalisieren sei jener Faktor, der unterschiedlichen, wirksamen Psychotherapien gemeinsam sei.

In der *Einleitung* (Kapitel 1) macht der Autor deutlich, dass das wissenschaftlich noch am Anfang stehende Mentalisierungsmodell nicht als eigenständiges, abgeschlossenes Paradigma anzusehen ist, sondern als ein Ansatz, der zur Behandlung verschiedener psychischer Erkrankungen im Rahmen diverser Psychotherapieformen Anwendung finden kann.

In Kapitel 2 geht es um *Theoretische Grundlagen*. Diese beginnen mit der Entstehungsgeschichte der aus der Psychoanalyse hervorgegangenen MBT. Das Mentalisierungsmodell hat seine Wurzeln in der kognitiven Psychologie bzw. dem

Theory of Mind-Konzept, der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie, der Psychosomatik und der Winnicott'schen Idee des Übergangsraums als Bereich, in dem sich Realität und Phantasie überschneiden. Bereits Mitte des 20. Jahrhunderts machten Adolph Stern und Robert Knight darauf aufmerksam, dass Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen nur wenig von psychoanalytischen Psychotherapien profitierten, diese abbrachen oder gar nicht erst antraten. Für diese und andere Patientengruppen mit einer ähnlichen Problematik entwickelte die Londoner Arbeitsgruppe um Bateman und Fonagy die *Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT)* als alternative psychodynamische Behandlungsmöglichkeit.

Zur Einschätzung des Mentalisierungsniveaus beschreiben Fonagy und Target drei Modi. Am Anfang der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit steht der *Teleologische oder Zielgerichtete Modus*, bei dem psychische Prozesse nur dann als real erlebt werden, wenn beobachtete oder erlebte menschliche Handlungen mit den eigenen Wünschen oder Gefühlen übereinstimmen. Im *Äquivalenzmodus* werden innere Gedanken und die äußere Realität als identisch erlebt. Der *Als-ob-Modus* steht für die Trennung innerer Zustände von der Realität. Störungen in der Fähigkeit zu mentalisieren sind das Hypo- oder Hypermentalisieren. Dazu kann es kommen, wenn Motive oder Affekte anderer nicht hinreichend wahrgenommen oder diese überinterpretiert werden. Schultz-Venrath spricht in diesem Zusammenhang auch das Phänomen des Missbrauchs von Mentalisieren an, bei dem Menschen das Mentalisieren nutzen, um das Verhalten anderer im eigenen Interesse zu manipulieren. Fonagy und Target gehen davon aus, dass die Mentalisierungsfähigkeit im Rahmen eines Entwicklungsprozesses erworben werden muss und verknüpfen das Mentalisierungsmodell mit verschiedenen entwicklungsbezogenen Theorien. So sei die frühe Bindung unter anderem ausschlaggebend für die Entwicklung psychischer Funktionen und die Wahrnehmung von Beziehungen. Werde die Fähigkeit erlangt, Affekte zu differenzieren und zu regulieren, können eigene und fremde innere Zustände begriffen werden. Kann ein Affekt einem Gedanken zugeordnet werden, so spricht man von der Bildung sogenannter *Repräsentanzen*. Nun kann der Gedanke zum Gegenstand des Denkens selbst (Metakognition) und der Affekt reflektiert und reguliert werden. Dies bildet die entwicklungspsychologische Grundlage für die Fähigkeit zu mentalisieren. Aus neurobiologischer Sicht spielen für das Verstehen von Emotionen unseres Gegenübers Spiegelneuronen eine entscheidende Rolle, wie aus der Forschung an Makaken-Äffchen hervorgeht. Diese Art von Nervenzellen im Gehirn wird gleichermaßen aktiviert, wenn die gleiche Handlung entweder aktiv ausgeführt oder passiv beobachtet wird. Sie sind unter anderem für Imitation, Kodierung der Intention einer Handlung, Identifikationsprozesse, Empathie, intuitives Verstehen und Resonanzphänomene z.B. die automatische Erwiderung eines Lächelns verantwortlich.

Im darauffolgenden Kapitel 3 *Anwendungen, therapeutische Haltung, Interventionen und Ausbildung* wird neben verschiedenen Anwendungsgebieten, therapeutischen Haltungen und Kompetenzen schwerpunktmäßig die Durchführung der mentalisierungsbasierten Therapie im Einzel- und Gruppensetting mit kon-

kreten Interventionsbeispielen beleuchtet. Die MBT kann in den verschiedensten Therapien und Settings (ambulant, tagesklinisch, klinisch) eingesetzt werden. Dabei soll der Therapeut mentalisierende Interventionen einsetzen, während er sich weiterhin im Rahmen seines Verfahrens bewegt, für das er ausgebildet ist. Zielführend ist, dass der Patient mittels affektfokussierter Fragen von Seiten des Therapeuten mit seinen Gefühlen und Affekten in Kontakt und zu Einsichten kommt, sodass die Entstehung von Repräsentanzen gefördert und das aus den früheren Beziehungserfahrungen Repräsentierte verändert werden kann. Für die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit der Patienten muss der Therapeut eine mentalisierende Grundhaltung einnehmen, die sich beispielsweise auch in einem verständnisvollen, empathischen, Fehler zugebenden Auftreten äußert. Als wichtige therapeutische Kompetenzen sieht der Autor unter anderem ein authentisches Auftreten, das Einnehmen einer bescheidenen, nicht-wissenden Haltung, eine affektfokussierte Fragetechnik, Vermeidung von Deutungen und das Eingestehen von Fehlern und Schwächen. Der Therapeut darf in angemessener Weise frech und herausfordernd (challenging) agieren. Dabei sollte jedoch zu große Selbstgewissheit bzw. Selbstüberschätzung vermieden werden, die zur Mentalisierungshemmung beim Patienten führen können. Ein Fokus in Kapitel 3 liegt eben auf der Erläuterung der *Mentalisierungsbasierten Gruppenpsychotherapie (MBGT)*. Bateman und Fonagy empfehlen eine 6–18 Monate andauernde tagesklinische und eine sich anschließende 18- bis 36-monatige Gruppentherapie. Eine solche Behandlungsdauer wird vom deutschen Gesundheitssystem allerdings nicht vorgesehen und unterstützt. Die Gruppe soll einen haltgebenden Kontext bieten, in dem Patienten die Möglichkeit haben, herauszufinden und auszusprechen, wie sie sich und andere sehen bzw. gesehen werden. So können sie ihre Beziehungen in der unmittelbaren Interaktion mit anderen untersuchen und durch direktes Ansprechen und Nachfragen Missverständnisse über die Motive anderer erkennen. Mit diesem Konzept wird intendiert, dass sich die Patienten allmählich besser verstehen, wie sie sich in der Gruppe verhalten, um sich darüber auch zu stabilisieren. Auch im Gruppensetting ist der Therapeut aufgefordert, die Patienten durch offenes, zirkuläres, affektfokussiertes Fragen und mit einer neugierigen und empathischen Haltung zur Selbstexploration zu ermutigen. Von strukturellen Elementen wie dem aus der Psychotherapie bekannten *Blitzlicht* oder *An-der-Reihe-sein* rät der Autor im Rahmen der MBGT ab und appelliert an die Therapeuten, auf ein Schweigen v.a. zu Beginn einer Therapie-stunde mutig und in mentalisierender Weise mit Witz und Humor zu reagieren. Im Rahmen von Team-Supervisionen kann Mentalisierung Anwendung finden, indem beispielsweise ein Therapeut einen für ihn schwierigen Patienten spielt und ein anderes Team-Mitglied als Therapeut mentalisiert.

In Kapitel 4 beleuchtet Schultz-Venrath *Ausgewählte, spezielle Anwendungsfelder* für die MBT. Es geht um fünf verschiedene psychische und psychosomatische Erkrankungen, für die es nach Angaben des Autors bislang noch keine konkreten mentalisierungsbasierten Anwendungsmodelle gebe. Die Entwicklung von mentalisierungsbasierten Behandlungsmodellen wird erheblich durch die Vielzahl

an Symptomen und Nebendiagnosen erschwert, die diese Erkrankungen mit sich bringen. Zunächst werden die Diagnostik und Ätiopathogenese der Störungen, dann mentalisierungsbasierte Therapie-Ansätze für jedes Krankheitsbild dargestellt.

Bei Autismus-Spektrum-Störungen (ASS), wie auch vielen anderen Erkrankungen, gibt es noch keine allgemeingültigen therapeutischen Empfehlungen. Als valide, ursächlich begründete Therapie für ASS benennt der Autor die musiktherapeutischen Synchronisationsinterventionen von Schumacher und Calvet und bezieht sich auf die *Now Moments* nach Daniel Stern. Damit spricht er jene von Erkenntnis und Begreifen geprägten, bedeutsamen Momente an, in denen sich Therapeut und Patient synchron in ihrem Bewusstsein im Hier und Jetzt befinden und die therapeutische Beziehung vertieft und erweitert wird. Im Bezug dazu appelliert er für die Erweiterung der therapeutischen Möglichkeiten um die Inter- und Kreuzmodalität von Wahrnehmung und Affekt-Empfindung.

Bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) gilt eine Kombination aus Einzel- und Gruppen-Psychotherapie im tagesklinischen Setting als erfolversprechendste Methode. Mentalisierungsbasierte Therapie-Ansätze für dieses Störungsbild wurden bereits in Studien überprüft und können auf dieser Grundlage als wirksam eingestuft werden. Der Fokus bei der Behandlung bei BPS liegt auf der Stärkung der Bindung und Behandlungsmotivation des Patienten, wobei die Mentalisierungsfähigkeit gefördert und aufrechterhalten werden soll. Da Affekte letztlich verkörperlichte Emotionen seien, empfiehlt der Autor für die leiblich-affektive Arbeit mit BPS-Patienten den Einsatz von Kreativtherapien, da diese eher den Zugang zu stark abgespaltenen, unzugänglichen Affekten ermöglichen.

Für Generalisierte Angststörungen, Phobien und Panikattacken kann die Panikfokussierte psychodynamische Psychotherapie, die sich zu großen Teilen mit einer noch nicht für diese Erkrankung entwickelten mentalisierungsbasierten Therapie überschneidet, angewendet werden. In den ersten acht Sitzungen soll die akute Panik behandelt werden. Dies erfolgt durch die Exploration der Gedanken und Gefühle während der Paniksymptomatik und das Herausarbeiten der Kernkonflikte bezüglich der Abhängigkeit von übermächtig erlebten anderen. Im zweiten Teil der Therapie, den Sitzungen 9–16, werden Beziehungskonflikte bearbeitet, indem Beziehungserfahrungen bewusst gemacht werden. Die Sitzungen 17–25 stellen das Ende der Therapie dar und dienen der Stärkung der Fähigkeit, mit Trennung und Unabhängigkeit umzugehen.

Bei Depressionen schlägt der Autor den Einsatz einer mentalisierungsbasier-ten Intervention in Form von drei Phasen vor: 1. Phase mit dem Ziel der Erholung der Mentalisierungsfähigkeit, 2. Phase zur Bearbeitung zwischenmenschlicher Themen und in der 3. Phase soll Rückfällen durch eine Analyse des Behandlungsprozesses vorgebeugt werden.

Für Somatoforme Störungen entwickelte eine dänische Arbeitsgruppe um Per Fink 2011 das dreistufige TERM-Behandlungsmodell (The Extended Reattribu-

tion and Management Model). Auf der ersten Ebene sollen gesundheitsbezogene Überzeugungen und Erwartungen an eine Behandlung ermittelt werden, um einen Konsens zwischen Arzt und Patient zu schaffen, aber auch um das Verständnis des Patienten bezüglich seiner Beschwerden zu verändern. In Ebene zwei wird der Patient über psychophysische Zusammenhänge aufgeklärt, sodass ein alternatives Krankheitsmodell entwickelt werden kann. In der dritten und letzten Ebene sollen Zusammenhänge zwischen der Lebensgeschichte und den Beschwerden hergestellt werden, sodass beispielsweise durch die Einbeziehung des Partners Symptome innerhalb des sozialen Systems beeinflusst werden können.

Die valide und reliable Bestimmung der Mentalisierungsfähigkeit erweist sich derzeit als schwierig, da sie state- und kontextabhängig ist und temporären Schwankungen unterliegt. Für die oben genannten Einschränkungen erscheinen fünf Instrumente als geeignet: Anhand der *Reflexiven Funktions-/Reflexive-Kompetenz-Skala* nach Fonagy und Mitarbeitern (1998) kann die Fähigkeit, eigene und fremde Gefühle, Handlungen und Intentionen wahrnehmen und beschreiben zu können, festgestellt werden. Dabei erfolgt eine Einstufung der Mentalisierungsfähigkeit in elf Reflexive-Kompetenz-(RK)-Stufen von hoher bis außergewöhnlicher RK über abwesende RK bis hin zur feindseligen RK. Mittels des *Reading the Mind in the Eyes-Tests*, der 2001 von Baron-Cohen und Mitarbeitern entwickelt wurde, wird die Theory of Mind-Fähigkeit, mentale Zustände zu erkennen, gemessen. Dafür werden in einer PowerPoint-Präsentation 36 Fotos von Augenpartien gezeigt, deren emotionale Ausdrücke mit dem treffenden Adjektiv zu beurteilen sind. Im *Movie for the Assessment of Social Cognition* von Dieser von Dziobek und Mitarbeitern (2006) werden Personen in alltäglichen Situationen gezeigt, wobei der Proband verbale und nonverbale Signale erkennen soll. Nach einer Befragung über die Personen im Film und zum Erkennen ihrer Gefühlen, Gedanken und Intentionen kann die soziale Kognition des Probanden beurteilt werden. Die *Levels of Emotional Awareness Scale* von Lane und Mitarbeitern aus dem Jahr 1990 ist ein Performancetest, mit Hilfe dessen das Level der Beurteilungs- und Wahrnehmungsfähigkeit von Emotionen ermittelt wird. Dazu sind die Probanden aufgefordert, sich in einer geschilderten Situation in andere Personen hineinzuzusetzen und aufzuschreiben, wie sie sich selbst und die jeweils andere Person fühlen würde. *YONI* ist ein computergestützter Test von einer Arbeitsgruppe um Shamay-Tsoory (2007) zur Einschätzung von affektiven und kognitiven Theory of Mind-Fähigkeiten durch verbale und nonverbale Hinweise. Der Test besteht aus affektiven, kognitiven und physischen Items. Die Probanden sollen Sätze vervollständigen, indem sie erkennen, was YONI, eine cartoonartige Figur, denkt, wo diese sich befindet oder was sie mag etc.

Das von Peter Döring verfasste Kapitel 5 beschreibt das Konzept des *Mentalisierungsbasierten Managements*. Dafür schlägt er vor, anstelle von Hierarchien in Netzwerken zu arbeiten, wobei Führung auch dort eine wichtige Rolle spielt. Er betont, dass das Management nicht die alleinige Rolle der Führung habe, sondern jeder Mitarbeiter daran beteiligt sei und befürwortet eine prozessorientierte

Ausrichtung von Unternehmen z.B. Krankenhäusern zur kontinuierlichen Verbesserung und Anpassung. Besonders interessant als Kapitel in einem Lehrbuch für Therapeuten beschreibt Döring im Kapitel *Eine Klinik ist keine Familie* ein häufig vorzufindendes Klinik-Verständnis unter Therapeuten im Sinne eines familiengebundenen Konfliktmodells. Er ruft den Leser indirekt dazu auf, die Sichtweise auf den eigenen Arbeitsplatz zu überdenken und einen Perspektivwechsel hin zu einer nüchterneren Sichtweise auf die Klinik als betriebswirtschaftliches Unternehmen, in dem die Beziehung zwischen Mitarbeiter und Organisation ein Bündnis auf begrenzte Zeit ist, das auf dem Austausch von Leistung und Gegenleistung basiert, zu wagen. Um Interaktionen in einem Unternehmen konzeptualisieren, sie leichter und effizienter managen zu können, wird das mentalisierungsbasierte Management als ein zyklischer Prozess vorgestellt, dessen Kern *Klären und Entscheiden* ist. Der Prozess besteht aus vier Phasen: 1. Klären der primären Aufgabe des Unternehmens, 2. Ressourcen prüfen und mit den Motiven der Mitarbeiter abgleichen 3. Abläufe beschreiben und optimieren und 4. Strukturen überprüfen und anpassen. Döring geht davon aus, dass Mitarbeiter ein mentalisierendes Unternehmen, Strukturen und Vorgesetzte brauchen, um selbst mentalisieren zu können. Dieser Ansatz ist nicht nur für Manager, Führungskräfte oder Angestellte aus den Personalabteilungen von Interesse, sondern auch für Mitarbeiter sämtlicher Organisationen und Institutionen sinnvoll und anwendbar. Für eine erfolgreiche Umsetzung müssten allerdings umfangreiche Schulungen vorgenommen werden, was mit einem erheblichen Zeit- und Kostenaufwand verbunden ist. Die Vernetzung der Unternehmen untereinander impliziert die Problematik, dass auch andere, um nicht zu sagen alle, Unternehmen mit mentalisierungsbasierendem Management geführt werden müssten –, um eine mentalisierungsbasierte Kommunikation auf allen Ebenen zu gewährleisten.

In Ergänzung und als deutsche Alternative zur englisch-sprachigen Literatur von Peter Fonagy und Mary Target, welche die grundlegende Literatur zum Mentalisierungsmodell prägen, bietet das Lehrbuch *Mentalisieren* von Schultz-Venrath einen aktuellen und komplexen Überblick zu der Thematik. Da mentalisierungsbasierte Interventionen als Erweiterung jedes therapeutischen Verfahrens angewandt werden können, ist das Konzept für ein breites Spektrum an Therapeuten von Interesse. Auf der einen Seite können mentalisierende Interventionen im Rahmen verschiedenster Therapien Anwendung finden, aber auch parallel zu einer MBT können Therapien wie Musiktherapie durchgeführt werden und nach Ansicht des Autors zur Stabilisierung bzw. Unterstützung des Sicherheitsgefühls des Patienten beitragen. In Kapitel 3.10.2 hebt Schultz-Venrath hierzu vergleichbar Kreativ- und andere Spezialtherapien in besonderer Weise für die Möglichkeit der Repräsentanzenbildung hervor und eröffnet darüber hinaus, dass in Langzeittherapien ihr Potential für Symbolisierungsprozesse genutzt werden kann.

Wie der Autor selbst immer wieder betont, ist das Mentalisierungsmodell noch *work in progress* d.h. die Thematik ist bisher nur in ihren Grundsätzen erforscht und demnach noch stark ausbaufähig, gerade was krankheitsbezogene Behand-

lungsmodelle angeht. Zwar nennt Schultz-Venrath zahlreiche praktische Ansätze, die dem Mentalisierungskonzept nahe kommen, dennoch fehlt es hier an konkreten, krankheitsspezifischen, mentalisierungsbasierten Anwendungsmodellen. Um diese noch weiter ausbauen zu können, bedarf es umfangreicher Forschungsarbeit, aus deren Quintessenz ein Lehrbuch mit konkreten Behandlungsmöglichkeiten entstehen könnte. Dieses Buch bietet vorerst fundierte Grundlagen über Mentalisierung sowie zahlreiche Anknüpfungspunkte für weiterführende Forschung und lässt damit auf weitere interessante Auflagen mit neuen sich anknüpfenden Erkenntnissen hoffen. Im Buch wird das Mentalisierungskonzept stets aus der Perspektive der Psychoanalyse beleuchtet, andere Sichtweisen z.B. der systemische Ansatz werden dabei leider vernachlässigt. Kommentierte Therapiegesprächs- und Interventions-Beispiele machen das Buch vor allem für Praktiker besonders lesenswert und verständlich. Da zahlreiche psychische und psychosomatische Erkrankungen auf interpersonellen Konflikten beruhen, ist das Erkennen und Verstehen eigener und fremder mentaler Zustände wichtig für nahezu jede Art von Psychotherapie sowohl für den Therapeuten als auch für den Patienten. So kann es für Therapeuten aller Ausrichtungen eine Bereicherung sein, sich mit der Thematik vertraut zu machen, die bisher verwendeten Methoden zu überdenken und diese gegebenenfalls neu bzw. mentalisierend zu gestalten. Für Psycho- und Kreativtherapeuten, die mit den beschriebenen Krankheitsbildern arbeiten, Manager und Mitarbeiter von Kliniken oder anderen Gesundheitseinrichtungen verschafft dieses Buch einen Überblick über den derzeitigen Stand, den Hintergrund und die Anwendung von Mentalisierung im Rahmen auf therapeutischer und institutioneller Ebene. Das Mentalisierungskonzept könnte auch als präventiver Ansatz zur Förderung der Resilienz und Vermeidung zwischenmenschlicher Konflikte weitergedacht werden und geht somit in seiner Bedeutung weit über den klinischen Kontext hinaus.

Christine Gäbel, Studentin im anwendungsorientierten Studiengang Musiktherapie (Master of Arts) an der SRH Hochschule Heidelberg.

Isabelle Frohne-Hagemann (Hg.): Guided Imagery and Music, Konzepte und klinische Anwendungen. zeitpunkt musik.

Reichert Verlag, Wiesbaden 2014, 309 Seiten, ISBN 978-3-89500-979-2, € 29,80

Dies ist ein ansprechend gemachtes, flüssig zu lesendes Buch, das mit seinen Beiträgen der verschiedenen Autorinnen und Autoren aufzeigt, wie der deutschsprachige Raum mit seinem traditionell bis vor kurzem vor allem psychoanalytisch orientierten Psychotherapieverständnis GIM integriert und weiterentwickelt. Wer GIM als Psychotherapiemethode und Form rezeptiver Musiktherapie noch nicht kennt, wird nach der Lektüre dieses Buches im Bilde sein über diesen Dialog zwi-

schen der Therapeutin und dem Klienten während der musikbegleiteten Imagination, der das Hauptwirkungsprinzip des GIM ist, und vieles erfahren über die Einsatzmöglichkeiten des GIM in der klinischen Psychologie und Psychotherapie. Wer mit GIM schon vertraut ist, wird aus detailliert beschriebenen Sitzungs- und Interventionsverläufen Vergleichsmöglichkeiten und Anregungen zu seinem eigenen Stil bekommen und erleben wie kontrovers auch im deutschen Sprachraum die Auffassungen darüber sind, was noch GIM ist und welche Abwandlungen / Adaptionen / Modifikationen den Kontakt zum Original in wesentlichen Elementen verloren haben.

Isabelle Frohne-Hagmann diskutiert u. a. Konsequenzen der Möglichkeiten der neuen Medien, z.B. „des körperlosen Näherkommens in elektronischen Foren“ auf die Entwicklung der Beziehungsfähigkeit des Menschen und deren Konsequenzen für therapeutische Beziehungen. Ich treffe auf viele Begriffe, die mir nicht geläufig sind: Entgrenzung, defizitäre Mentalisierungsfähigkeit, Transversalität etc. Nach dem erstem Schock sehe ich dann aber, dass auch diese Neuschöpfungen immer neue Versuche sind, den dynamischen Gehalt emotionaler Prozesse, das Erleben, in Sprache zu fassen, was bekanntlich nicht möglich ist. Die meisten Begriffe streichen ein Element des psychotherapeutischen Prozesses heraus oder machen dieses Element sogar zur neuen, pseudo-innovativen Methode, was dann etwa gleich erhellend ist wie die Feststellung, dass ich diese Rezension in Prosa schreibe. Isabelle Frohne-Hagemann diskutiert auch die drei Formate, die sich in der Praxis des GIM herausentwickelt haben und Anwendung finden: a) BMGIM, The Bonny Method of Guided Imagery and Music, b) GIM modifiziert und c) MI, musikimaginative Methoden. BMGIM ist das „Original“ und eine Psychotherapieform im engeren Sinne. Unter GIM modifiziert werden störungsspezifische Anpassungen des Settings und der Musikprogramme des GIM oder Anpassungen an die Möglichkeiten des Therapeuten und / oder die Hinzunahme von Elementen anderer Therapiearten zusammengefasst. Diesen beiden Formaten eigen ist, dass Therapeutin und Klient während des Musikhörens und des Imaginierens in einem verbalen Dialog sind. Im MI wird während des Musikhörens nicht gesprochen, deshalb werden sie nach dieser Einteilung als Musik Imagination und nicht mehr als GIM verstanden.

Wie in den Händen einer grundsätzlich erfahrenen Therapeutin das GIM seine ganze Potenz und Kreativität entfalten kann und zwar ohne weiteres auch mit einzelnen kurzen Musikstücken, stellt Gudrun Bassarak an Beispielen aus der Jugendpsychiatrie dar. Sie erarbeitet mit der 15j. Klientin keinen Focus vor der ersten Reise, sondern lässt die Patientin erleben, „wohin die Musik sie führt“, vertraut dem imaginativen Prozess, fördert während des Guidings die emotionale Kontaktaufnahme und schützt gleichzeitig vor Reizüberflutung. Frau Bassarak meint, dass individuell abgestimmtes, modifiziertes GIM sehr effizient sein könne, wenn der Einsatz überlegt erfolge und der Therapeut in der Lage sei, das auftauchende Material professionell für den Klienten nutzbar zu machen. Für mich sind diese Sitzungen keine modifizierte Form des GIM, sondern das Original: Eine erfahrene

Therapeutin stimmt die Therapie individuell, dem Alter der Patientin angepasst, ab. Sie benützt zwar keine grossen 30–40 min. dauernde Musikprogramme, sondern nur ein oder wenige kurze Musikstücke, aber sie benutzt den Dialog zwischen der Therapeutin und ihrer Klientin während der musikbegleiteten Imagination und integriert die bedeutsamen emotionalen Erfahrungen in die aktuelle Lebenswelt der Jugendlichen.

Den grössten Kontrast zu dieser Vorgehensweise bietet die Arbeit von Gina Kästele und Dorothea Müller über Kurze Musik-Reisen (KMR). Hier wird im Vorgespräch ein Fokus definiert, der je nach gewünschter Intention regressionsfördernd, stärkend, konfrontierend oder distanzierend sein kann. Der Reisende imaginiert während der 2 bis 4 min. dauernden Musik ohne verbalen Austausch. Anschliessend wird in einem Nachgespräch das Erlebte nachgearbeitet und integriert. Der therapeutisch geschulte Begleiter wählt das geeignete Musikstück aus. Die Musikstücke werden nach entsprechender Atmosphäre eingeteilt: sicher und haltend, öffnend und anregend, erkundend und erforschend. Die Autorinnen verweisen auf ein Computer-Programm, mit dem sich von einem Musikstück eine dynamische Analyse in Form eines Intensitätsprofils erstellen lässt. Sie berichten auch von direkt messbaren Veränderungen von Hormonausschüttung und Neurotransmitterkonzentrationen während der Musikreise und geben auch Empfehlungen zum Erlernen der KMR im Selbststudium.

Wenn ich die am vorherigen Beitrag illustrierte Vorgehensweise als GIM im eigentlichen Sinn auffasse, dann hat sich für mich KMR sehr weit davon entfernt, speziell, weil es den Dialog zwischen der Therapeutin und dem Klienten während der musikbegleiteten Imagination über Bord wirft. Das in diesem Artikel beschriebene viele Planende, Wissende, Organisierende, Verschreibende und Strukturierende in der Anwendung des KMR, lässt meiner Meinung nach den Seelen nicht viel Spielraum, sich imaginativ frei entfalten zu können, was für mich Bedingung ist für eine prozessfördernde Psychotherapie. Der Artikel hat fast die Form einer Gebrauchsanweisung, was auch eine gewisse Gefährlichkeit hat. Es könnte den Eindruck erwecken, die Methode sei von jedem in kurzer Zeit erlernbar, sogar im Selbststudium.

Eindrücklich für mich ist auch die Arbeit von Ruth Liesert über GIM in der stationären Psychosomatik im Zusammenhang mit dem Konzept der Mentalisierung. Wenn man die „Mentalisierungsbrille“ weglässt, dann berichtet sie über GIM auf der Grundlage einer tragfähigen therapeutischen Beziehung im Rahmen der stationären Psychotherapie. Gewisse Anpassungen seien nötig: Die Sitzungsdauer wird oft auf 50 min. reduziert, die Patientinnen liegen oder sitzen, imaginieren z.T. mit offenen Augen, die Musikauswahl wird in Länge und Charakter dem aktuellen Struktur- und Energieniveau der Patientinnen angepasst. Im Dialog und in den Interventionen wird speziell sorgfältig darauf geachtet, welche Unterstützung oder evtl. Sicherung von Patientenseite im Moment gebraucht wird. Ruth Liesert bezeichnet dieses Vorgehen als modifiziertes GIM. Für mich ist es noch immer GIM

im engeren Sinne, weil der Dialog während der Imagination beibehalten wird. Dass in jeder Sitzung einer intensiven Psychotherapie die Intensität des Geschehens vom Therapeuten gesteuert und den Möglichkeiten des Klienten angepasst wird, ist ja eine Selbstverständlichkeit. Wenn ich bei ihr lese, dass The Bonny Method of Guided Imagery and Music (GIM) „reich sei an mentalisierungsfördernden Interventionen“, dann stelle ich für mich fest: Peter Fonagy, Analytiker und Erstbeschreiber der Mentalisierung, weiss nicht, dass im GIM schon seit den 80er Jahren im Dialog während der Imagination und der Musik therapeutisch sehr wirksame Guiding interventions gebraucht werden, die er als mentalisierungsfördernde Interventionen, als markierte Spiegelungen und Containments bezeichnet. Ruth Liesert hätte also auch schreiben können: Das Mentalisierungskonzept ist reich an GIM Techniken, die seit Jahren fruchtbar eingesetzt werden. Warum sind Musiktherapeuten oft bis zu dem Punkt von neuen Therapieströmungen fasziniert, dass sie riskieren, ihre Grundmethoden und ihr Grundwissen geringzuschätzen?

Leider kann ich im Rahmen dieser Rezension nicht auch noch detailliert auf die Beiträge der weiteren Autoren eingehen. Diese diskutieren die Verwandtschaft zwischen GIM und KIP (Leuner), Alchemistische Symbole bei der Analyse von Imaginationen, Spirituelle Aspekte und GIM, GIM in der Onkologie, in der Trauma- und Trauerarbeit und bei somatoformen Funktionsstörungen. Interessant ist auch ein Artikel über GIM Gruppen Supervision mit Elementen, die sich auch in der Technik der Balintgruppe bewährt haben.

Dr. med. Urs Friedrich, Psychiatrie & Psychotherapie FMH, CH-3700 Schweiz
ufriedrich@dplanet.ch

Jörg Rasche: Das Lied des Grünen Löwen. Musik als Spiegel der Seele.

Psychosozial-Verlag, Gießen 2014 (durchgesehene Neuauflage der Ausgabe von 2004), 429 Seiten, ISBN: 978-3-8379-2333-9, € 32,90

Wer dieses Buch liest, begibt sich auf eine ausgedehnte Reise durch viele Jahrhunderte abendländischer Geistes- und Kulturgeschichte. Mit Erläuterungen zu Konzepten der Analytischen Therapie in Verbindung mit musikwissenschaftlichen Werkbeschreibungen zu europäischer Klavier- und Orgelmusik großer Musikmeister soll nicht weniger als die Geschichte der Entwicklung der individuellen Psyche aus der kollektiven Psyche heraus nachgezeichnet werden. Dabei betrachtet der Autor die Musikgeschichte als „eine Art lebendes, erlebbares Museum der verschiedenen Entwicklungsstadien“ (391) hin zur Individualisierung: Anhand zahlreicher Musikbeispiele erläutert er seine These, dass die beschriebene Musik nachvollziehbar mache, wie die „belebte Natur, die Rhythmen der Rituale und der Mythologie, schließlich auch die sozialen Strukturen ... im Laufe des Kulturprozesses ins Innere der Psyche hinein“ kamen (a.a.O.).

Eine Reise dieser Dimension braucht Etappen, und so gliedert sich dieses Buch in 12 Abschnitte, die ergänzt sind durch Abbildungen aus verschiedenen Jahrhunderten, durch viele Notenbeispiele und einige illustrierende Grafiken. Der reichhaltige Anhang liefert notwendiges Rüstzeug für die lange Lesereise mit Anmerkungen, Literaturliste, einer Zusammenstellung der ausführlich besprochenen Musikstücke und dem wertvollen Hinweis, dass die Einspielungen dieser Werke, zum Großteil vom Autor als Pianisten selber vorgenommen, kostenlos als download auf der Internetseite des Verlages zur Verfügung stehen.

Jörg Rasche, Jahrgang 1950, ist Facharzt für psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse und Psychotherapie. Er ist Dozent an den C. G. Jung-Instituten Berlin und Zürich, Kirchenmusiker und Pianist. Für ihn ist Musik „nicht Ersatz, nicht Regression, nicht Pathologie, nicht Als-ob, sondern eine Art, partizipierend in der Welt zu sein und zu leben“ (a.a.O.). Die Entwicklung und der bleibende Zugang zum *partizipierenden Bewusstsein* wird dem Autor zu einem Hauptthema der Reise durch die Jahrhunderte. Er versteht dies als Ausbildung einer Bewusstheit, die auch das eingeübte Hören auf die Stimmen des Unbewussten mitumfasst. Dass er zur Entwicklung dieses *partizipierenden Bewusstseins* als Jung'scher Analytiker einen Beitrag leisten möchte, wird als engagiertes Anliegen deutlich, unterstrichen von biographischen Erzählungen zum eigenen Musikerleben und einer persönlichen Widmung zu Beginn: „Ich widme das Buch all denen, die Kinder zum Hören ermutigen“.

Das Symbol des Grünen Löwen im Buchtitel stammt aus dem ‚Rosengarten der Weisen‘, (Rosarium Philosophorum) einem alchemistischen Werk des 13. Jahrhunderts, das in 10 Stufen die Bereitung des ‚Stein der Weisen‘ als äußeres Werk und inneren Weg beschreibt. Der Grüne Löwe ist in vielen Geschichten des Mittelalters ein Gefährte der Weisen und Zauberer, er versinnbildlicht Wandlungsprozesse als dynamisches Geschehen mit offener Richtung. „Als alchemistisches Prinzip löst der Grüne Löwe alle Bedeutungen und Sicherheiten auf, um etwas Neues zu ermöglichen“ (385). In diesem Sinne ist es ein passendes Bild auf ebenfalls grünem Umschlagcover.

Rasche verweist in seiner Arbeit durchgehend auf „Analogien zwischen musikalischen und alchemistischen Strukturen“ (25) und ordnet, C. G. Jung folgend, „die Bilderwelten der Alchemisten als Bild-Protokolle unbewusster Fantasien“ (a.a.O.) ein. Das fordert vom Leser eine Haltung vorurteilsfreier Neugier und Durchhaltewillen, um diesen vielen thematischen Verästelungen in jedem Kapitel aufs Neue folgen zu wollen.

An den Werken der Passacaglia c-moll von Johann Sebastian Bach und der Klaviersonate op. 110 von Ludwig van Beethoven erläutert der Autor im 1. Kapitel seine Thesen zunächst exemplarisch: In der Form eines Schreitanzes und der anschließenden Fuge bei Bach beschreibe die Musik einen Wandlungsvorgang, in dem Vertrautes zerbreche und ein neues Individuum geboren werde. Bach schrieb dieses Werk in einer Zeit des Umbruchs der begonnenen Aufklärung, in der die gefügte mittelalterliche Welt mit ihren christlichen Vorstellungen Risse bekommen

hatte und die Individualität des Einzelnen als neues Thema entstand. Beides habe Bach in diese Musik des Schreittanzes und der Fuge hineingearbeitet. Als Mystiker, der bereit gewesen sei für die Begegnung mit dem Transpersonalen, habe Bach in großer Intuition diese Themen erfassen und in einer „Semantik der Beziehungen“ (387) bearbeiten können.

In Beethovens Klaviersonate op. 110 begegnen sich mehrere Themenkomplexe und Motive, viele Variationen und Überleitungsmotive sind zu hören. Für Rasche sind dies Abbildungen von sich immer weiter differenzierenden Ich-Strukturen: „Aus Strukturen der alten kollektiven Psyche wurden Elemente des individuellen Seelenlebens“ (34). Aus vieler Stimmen Rede müsse sich nun ein Sinn formen. Es gehe in Beethovens Musik um Getragen-Sein, Beziehung und Veränderung, Abschied und Trauer, Entladung und Ende – einem inneren Drama gleich. Was zuvor in „Projektionen draußen als Ritus stattfand, macht jetzt das innere Programm dieser Sonate aus“ (39).

Die folgenden Kapitel entfalten diese spezifische Perspektive des Autors auf die Musik des europäischen Abendlandes. Dabei ist allein diese Zusammenschau als reichhaltige Bündelung musikgeschichtlicher Wegmarken schon wertvoll: von der Entfaltung der Kirchenmusik über Vokalpolyphonie, von der alchemistischen Musik des 15. Jahrhunderts über Bach'sche Werke hin zum Wohltemperierten Klavier, von der Musik Mozarts über Beethoven zu Schumanns Kinderszenen und Chopins Balladen. Das Buch kann ebenso gelesen werden mit musikwissenschaftlichem Interesse an der Konzeption der vielen einzelnen Werke, die hier betrachtet werden. Die herausforderndste Perspektive ist aber wohl jene zu den deutenden Zusammenhängen, die der Autor auf Grundlage seiner analytischen Interpretation bildet:

Musik sei numinoser Ausdruck von Proportionen bei Pythagoras und der Mensch „eingebunden in die mythische Welt [...] als Teil eines Ganzen“ (64). Hier beginne das, was der Autor die Fähigkeit zum *partizipierenden Bewusstsein* nennt. Jeder individuelle Mensch trage archetypische Anlagen in sich, mit denen er in Verbindung treten könne und solle, denn die „Psyche selbst hat eine Tendenz, die Verwirklichung dieser grundlegenden Muster zu fordern und voranzutreiben“ (72). Diese Dynamik finde ihre Spiegelung in der Musik.

Im Kapitel 3 („Aufeinander hören – Musik und Psyche im Mittelalter“) erläutert Rasche, wie die Musik die christliche Haltung artikulierte, dass die Seele gleichsam ein Gefäß für die Begegnung mit Gott sei, ob einstimmig oder mehrstimmig vorgetragen. Die Musik habe das Denken in gerichteter Aufmerksamkeit geschult und sei so zur „gestaltgebenden Kraft (der) psychischen Struktur“ geworden (91). Von der alchemistischen Musik (Kapitel 4: „Innere und äußere Welt“) über Bach (Kapitel 5: „Die Bewegung des Selbst“) kommt der Autor zu Mozarts Musik, die den Weg in Richtung ungeahnter Subjektivität nehme (Kapitel 6: „Der Weg zum inneren Paar“). Hier erklinge erstmals ein Kollektiv der Stimmen und Stimmungen im einzelnen Individuum. Fortan stellen sich neue „Vermittlungsaufgaben: zwischen dem Ich und den Affekten, Emotionen, Gefühlen, [...] zwischen Begehren und Anpassung“ (215). Rasches umfangreiche Musikreise durch die Geschichte

kann hier nur in wenigen Umrissen skizziert werden – sein Anliegen dürfte klar geworden sein. Auf einer langen Reise voller Licht und Schatten, die in Beethovens Werken vielfachen Ausdruck erfahren haben (Kapitel 7: „Der Held und sein Schatten“, sowie Kapitel 8: „Individuation“), begann sich schließlich das Individuum auch als ein geschichtlich-biographisch gewordenes Individuum zu verstehen. Und natürlich lasse sich dies auch in den musikalischen Produktionen jener Zeit nachweisen. So spiegele die Musik zu Beginn der Moderne sowohl das eigene innere Kind mit dem Wert der Beziehung zur Mutter, z.B. in Schumanns Kinderszenen (Kapitel 9: „Das Kind und seine Eltern“) als auch die Begegnung mit seinen Schatten, z.B. in Chopins Balladen (Kapitel 10: „Die Treue und die reale Frau“).

Immer wieder führt Rasche den Begriff des *partizipierenden Bewusstseins* an, das sich in Beziehung zu Unbewusstem, zu archetypischen Strukturen befinde und das es gelte (wieder) auszubilden. Dabei könne die Musik als ‚Spiegel der Seele‘ unterstützen: „Ich möchte es so ausdrücken, dass sich in der Musik, seit Johann Sebastian Bach, etwas von dem partizipierenden Bewusstsein erhalten hat, das die Menschen früherer Zeit noch auszeichnete. Diese Ahnung spricht aus der Musik“ (385). Und hier liege der Grund, warum uns Musik so sehr ergreifen und verändern könne.

Aufgrund seiner Vielschichtigkeit betrachte ich dieses Buch als eines jener Werke, das immer wieder zum Nachschlagen einladen wird, so facettenreich ist das Dargebrachte. Ein Index, der das Nachschlagen erleichtern könnte, fehlt leider.

Wie Musiktherapeuten dieses Buch in seiner Gesamtkonzeption einordnen werden, hängt sicherlich vom je eigenen professionellen Verortungshintergrund ab.

Dorothea Dülberg, Musiktherapeutin (DMtG), Soest.

Die Autoren

Gudrun Bassarak

zertifizierte Musiktherapeutin DMtG, Systemische Therapeutin und Beraterin (SG), Systemische Kinder- und Jugendlichentherapeutin (DGSF), Zertifikat „EBQ-Instrument und seine entwicklungspsychologische Grundlagen“ (Institut für Musiktherapie der UdK Berlin), GIM-Therapeutin (Fellow of AMI: FAMI), Heilpraktikerin für Psychotherapie. Arbeitet im Sozialpädiatrischen Zentrum Mecklenburg (SPZ) in Schwerin sowie in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychosomatik der Carl-Friedrich-Flemming-Klinik, Helios-Kliniken Schwerin. Tätigkeit als Fachautorin, Referentin sowie Musikerin, Mentorin für Studenten der Musiktherapie, u.a. von der Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Niederlande und der SRH Hochschule Heidelberg, Deutschland. Adresse: Sozialpädiatrisches Zentrum Mecklenburg GmbH (SPZ), Wismarsche Straße 390, 19055 Schwerin, E-Mail: g.bassarak@spz-mecklenburg.de.

Dr. Barbara Dehm-Gauwerky

Dr. sc. mus., Dipl. Musiktherapeutin, Dipl. Pianistin (DTKV), Psychotherapie (HPG), Lehrmusiktherapeutin DMtG, Supervision am Institut für Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Theater Hamburg und an anderen Institutionen, ambulante Praxis, Gründungsmitglied der NAPP und Mitglied der Arbeitsgruppe ‚Psychoanalyse und Kulturtheorie‘ am Institut für Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Theater Hamburg, diverse Veröffentlichungen zum Thema ‚Inszenierungen des Sterbens‘ und zur interkulturellen Musiktherapie, Vortragstätigkeit in unterschiedlichen Zusammenhängen.

Dr. Ingo Engelmann

*1951, Dr. phil., Dipl.-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut (TP), Musiktherapeut (DMtG), Supervision. 1976–88 Arbeit in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen und Aktivist der Sozialpsychiatrie (DGSP). Seit 1988 psychiatrische Abteilung eines Grundversorgungskrankenhauses in Hamburg. Hier zunächst 15 Jahre Akutpsychiatrie, seit 2005 Aufbau einer schwerpunktmäßig gruppentherapeutischen Station für Depressionen und Persönlichkeitsstörung mit Plätzen für Mutter-Kind-Behandlung. Gründungsmitglied und Vorstand der „Norddeutschen Arbeitsgemeinschaft Psychodynamische Psychiatrie“ (NAPP) seit 1996. Publikationen und Vorträge zu analytischer Musiktherapie in der Versorgungspsychiatrie, psychodynamischer Psychiatrie, Psychologie im Kinderbuch.

Julia Fent

Mag. art., Gesangsstudium am Prayner-Konservatorium Wien, Studium Musiktherapie an der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien. Auftritte als

Sängerin im Chor und solistisch, seit 2012 als Musiktherapeutin in der Psychiatrie tätig.

Christina Herold

geb. 1962, C-Kirchenmusikerin, Sängerin (Staatsexamen DDR), Mitglied der Rundfunkchöre Leipzig und Berlin bis 1992; seitdem nebenberufliche Tätigkeit als Sängerin.

Diplom-Musiktherapeutin, Musiktherapeutin (DMtG), Systemische Einzel-, Paar- und Familientherapeutin (DGSF), GIM-Therapeutin (FAMI), Psychotherapeutin (HPG), Arbeit in der Akutpsychiatrie und in einer psychiatrischen Tagesklinik des Krankenhauses Berlin-Neukölln.

Gerhard Kupski

Diplom-Musiktherapeut (zertifiziert nach DMtG); geboren in Krefeld; Musikstudium (Violoncello) in Duisburg (Folkwang Hochschule) und in Wien (Konservatorium der Stadt Wien), Abschluss Diplom-Musikpädagogik; Ausbildung zur Musik- und Bewegungserziehung am „Orff-Institut“ (Staatliche Hochschule für Musik und darstellende Kunst „Mozarteum“ in Salzburg); Musiktherapiestudium an der Privaten Universität Witten/Herdecke (Nordoff/Robbins-Musiktherapie), Abschluss Diplom-Musiktherapie; als Musiktherapeut tätig seit 1999 an der LWL-Klinik Hemer Hans-Prinzhorn-Klinik in den Bereichen Allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Psychotherapie mit dem Schwerpunkt Borderline-Persönlichkeitsstörung; u.a. zertifiziert als Co-Therapeut für DBT und für die Anwendung des EBQ-Instruments.

Dr. Bernd Reichert

Dr. rer. medic., geb. 1958, Dipl.-Musiktherapeut, approbierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Arbeitet als Musiktherapeut und fallführender Psychotherapeut im Bereich Psychosomatik der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin – Allgemeine Pädiatrie, Universitätsklinikum Münster. Lehrbeauftragter für die Fächer: Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen, Improvisation, Vergleichende Musiktherapie, sowie Beschreibung und Rekonstruktion am Masterstudiengang Klinische Musiktherapie WWU und an der Musikhochschule Münster. E-Mail: reiber@ukmuenster.de.

Prof. Dr. med. Ulrich Schultz-Venrath

Arzt für Psychotherapeutische Medizin (DGPM) und Nervenheilkunde, Psychoanalytiker (DPV/DGPT/IPA), Gruppenlehranalytiker (D3G, GASI). Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Evangelisches Krankenhaus Bergisch Gladbach, apl. Professor für Psychosomatik an der privaten Universität Witten/Herdecke. Gründungs- und ehemaliges Vorstandsmitglied in der Deutschen Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie (D3G) sowie in der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Tageskliniken in Psychia-

trie, Psychotherapie und Psychosomatik (DATPPP). Veröffentlichungen zu Medizin im Nationalsozialismus, zum Terrorismus-Problem, zur Psychosomatik und Psychotherapie neurologischer Erkrankungen, einschließlich Neuro-Pschoanalyse, zur Geschichte der Psychosomatik, Psychoanalyse und Gruppenanalyse sowie zur mentalisierungsbasierten Einzel- und Gruppenpsychotherapie. E-mail: schultzvenrath@freenet.de

Christiane Vera Seidel

geb. 1982, studierte Musiktherapie in Wien und arbeitete dort 3 Jahre im stationären und ambulanten Bereich mit Kindern. Mitarbeit beim Österreichischen Berufsverband der Musiktherapie (ÖBM). 2012 übersiedelte sie nach Hamburg, wo sie seitdem in verschiedenen Pflegeeinrichtungen Berufserfahrungen mit demenz- und psychiatrisch kranken Pflegebedürftigen sammelt. Mitarbeit in Projekten (Konfetti im Kopf).

Dr. Gitta Strehlow

Dr. sc. mus. Dipl. Musiktherapeutin, seit 14 Jahren Musiktherapeutin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Bethesda Krankenhaus Hamburg-Bergedorf und bei Dunkelziffer e.V. (Hilfe für sexuell missbrauchte Kinder).

Nationale und internationale Vortrags- und Lehrtätigkeit. Veröffentlichungen zu den Themen Musiktherapie und Psychotraumatologie, Borderline-Persönlichkeitsstörung und Mentalisierung.

Bethesda Krankenhaus, Glindersweg 80, 21029 Hamburg, Strehlow@bkb.info.

Sachwortregister

- Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Konflikt 99
- Affektregulation 46, 127, 173, 175, 185, 187, 191
- Affektregulationsstörung 46, 165, 167, 181, 183
- affektregulierende Spiegelung 37, 130, 134
- Affektregulierung 78–79, 84
- Als-ob-Modus 37–38, 40, 49, 52, 67–68, 76–77, 81–84, 87, 89–90, 93–94, 107, 109–114, 123, 125, 127, 149, 158, 201, 222
- Analogie 24, 84, 123, 231
- antisozial 134
- antisoziale Persönlichkeitsstörung 131
 - antisoziale Verhaltensstörung 129
- Äquivalenz 76, 89, 93–94, 107, 109–110, 112–114
- Äquivalenz, Modus der psychischen 37, 40, 49, 56, 76–77, 81–83, 90, 94, 112, 114, 149, 158–159, 200–201, 208, 222
- Autismus-Spektrum-Störung 135, 224
- autobiographisches Gedächtnis 123
- Beziehungsbedürfnisse 127
- Bindungs- und Beziehungstraumen 131, 202
- Borderline-Persönlichkeitsstörung 9, 46–47, 53, 76, 154, 157, 165–171, 174–175, 181–183, 185, 191, 199, 215, 222, 224, 236–237
- diagnostizierendes Mentalisieren 139
- Dialektisch-Behaviorale Therapie 165–169, 171–175, 182, 185, 191, 236
- EBQ 8, 29, 33, 35–36, 42, 167, 169, 180–182, 185–186, 191, 235–236
- EBQ-Instrument 9, 29, 33, 135, 165, 167, 169, 180–182, 185, 191, 235–236
- Empathie 8, 29–42, 63, 66, 90, 222
- Empathiefähigkeit, asoziale 131
- Entwicklung 7, 12, 15, 17, 20, 23, 29–31, 35–39, 41, 56, 89–90, 93, 96, 101, 103, 107, 113–116, 122–123, 130, 132, 134, 154–155, 158–159, 169–172, 174, 176, 179, 182, 197–198, 201, 215, 219, 222–223, 228, 230–231
- entwicklungspsychologische Grundlagen/Erkenntnisse 29, 36, 38, 49, 84, 128, 135, 138, 149, 167, 169, 174, 181, 203, 217, 222, 235
- Fallvignetten 8, 11–12, 26, 29, 32, 34–36, 80, 165, 185, 219
- Frühstörungen 46
- GIM 51, 57, 60, 65, 140, 142–143, 227–230, 235–236
- GIM-Programm „Rise“ 144
 - modifiziertes GIM 45, 50, 52–54, 68–69, 228
- hochgradig demente Menschen 11–13, 17, 20
- Holding 49, 56, 69
- Hypermentalisierung 131, 222
- Identität 25, 92, 99, 101, 103–104, 134, 215
- Intersubjektivität 31–32, 34–37, 40–42, 157, 181–182
- Jugendliche 9–10, 119, 122, 126–128, 139–140, 143, 149, 153–154, 157–162, 184, 215–217, 229, 236
- Mandala 50–51, 57–59, 68, 142
- MBT 10, 40–42, 45, 47–49, 51–52, 56, 89–90, 165, 167, 169, 171–172, 174–175, 182, 191, 198, 221–223, 226
- Mentalisierungsbasierte Konzepte 89
 - mentalisierungsbasierte Therapie/ Musiktherapie 123, 125, 131, 135, 167, 198–199, 201, 211, 221, 224
 - Mentalisierungsfähigkeit, Theorie der 36
 - Mentalisierungstheorie(n) 12, 36, 39–40, 89, 98, 116
 - mentalisierungsbasierte Theorie 89–90
- mentale Repräsentationen 38, 48, 50, 200–221

- Mentalisieren
 — Mentalisieren, implizites und explizites 30, 36–37, 41, 49, 143, 148, 153, 155–156, 160–161, 169, 172, 198, 211, 221
 — Mentalisierungsfähigkeit 36–39, 45–47, 49–50, 65, 78–80, 83–86, 89, 116, 119, 122–123, 128–131, 154, 159, 172, 182, 197, 198–199, 202, 207, 211, 222–225, 228
- Mentalisierte Affektivität 36, 45, 49, 84
- mentalisierungsfördernde Interventionen 51, 53, 69, 149, 172, 201–202, 204, 212, 230
- Mentalisierungsförderung 45, 52, 200–201, 204, 211
- metareflexive und metakognitive Fähigkeiten 123
- Mumin 89, 91–99, 101, 103–104, 106, 110, 111–112, 116
- musikalische Tierfamilie 125
- Musikbegriff 177
- Musikverständnis 75, 165, 177, 181
- Name 21, 47, 91, 100–105, 107, 111, 120, 133
- Nordoff/Robbins-Musiktherapie 165–166, 178, 179, 181, 191, 236
- Parentifizierung 149
- Pflegekindsituation 135–136
- prä-mentalysierende Modi 40, 49, 76, 86, 200, 208
- Pseudo-Spiegelung 130
- psychoanalytische Musiktherapie 11–13, 20, 75, 128, 217
- Psychopathie 39
- Psychosomatik 88, 126, 140, 143, 153, 154–155, 157–158, 161, 222–223, 227, 229, 235–237
- Resonanz 8, 29, 31–36, 40–42, 81, 131, 183, 186, 222
- semiotische Regression 7–8, 11–12, 14, 17, 23, 24
- sinnlich-symbolische Interaktionsformen 15, 19–20, 23–26
- Spiegeln, markiertes 38, 49, 53, 69, 79, 123, 128, 174
- Spiegelung 7, 12, 37, 41, 50–51, 58, 79, 80–81, 87, 89, 94, 96, 98, 107, 109, 116, 125, 130, 158, 169, 201, 211, 232
- Symbolbegriff nach Lorenzer 7, 11–13
- Symbolbildung 7, 12, 15, 17, 24–25, 45, 56, 68, 123, 157, 218–219
- Symbolisierung 7, 11–12, 26, 38, 51, 56–57, 69, 130, 157, 181, 201, 212, 219, 226
- Synchronisation 8, 29, 31, 34–36, 40–41, 178, 182, 224
 Intra- und Intersynchronisation 32, 35, 135
- Synchronizität 34–35
- theory of mind 12, 36, 39, 49, 63, 123–124, 154, 169, 182, 198, 222, 225
- tiefgreifende Entwicklungsstörung 128, 135, 180
- verzerrte Theorie des Geistes 128
- Youngster-GIM (YGIM) 127

Personenregister

- Allen, J. G. 30, 36–42, 74, 85, 90, 101, 103,
140, 154–156, 198–199, 200–201, 221
- Ansdell, G. 178–180, 189
- Bales, D. 199–200
- Bassarak 9, 119, 125, 127, 133, 136, 139–
140, 143, 228, 235
- Bateman, A. W. 30, 39–41, 47, 74, 79, 83,
140, 169, 172, 174, 182, 184, 197–202,
204–208, 210, 212, 221–223
- Becker, M. 221
- Bion, W. 7, 12–13, 198
- Bischof-Köhler, D. 30–31
- Böhm-Öppinger, S. 81, 84
- Bohus, M. 167, 168, 172–173, 175, 182
- Bolm, T. 40–42, 49, 85, 199
- Bonde, L. O. 51, 58
- Bonny, H. L. 51, 57, 140, 228, 230
- Brockmann, J. 90
- Bruscia, K. E. 166, 177, 184
- Calvet, C. 33–34, 125, 128, 131, 135, 178,
180, 182, 224
- Celibidache, S. 179
- Ciampi, L. 74
- De Backer, J. 76–77, 86
- Dehm-Gauwerky, B. 7, 11, 26, 235
- de Waal, F. B. M. 30–31
- Dixon, M. 183
- Dornes, M. 36–38, 40, 90, 96
- Dülberg, D. 4, 233
- Engelmann, I. 9, 89, 235
- Fent, J. 8, 73, 235
- Fiedler, A. 175, 200
- Fonagy, P. 8, 10, 12, 29–30, 36–42, 45, 47,
49–50, 59, 65–67, 74, 79, 82–84, 90,
103, 140, 153–155, 157, 159, 160–161,
168–170, 172, 174, 182, 184, 187,
197–202, 204–208, 210–211, 221–223,
225–226, 230
- Frank-Schwebel, A. 185
- Freud, S. 12, 15–16, 48
- Friedrich, U. 230
- Frohne-Hagemann, I. 4, 10, 50, 52–54,
121, 123, 125, 128, 134, 140, 144, 151,
154, 179, 185, 227–228
- Gäbel, C. 227
- Ganser, G. 154
- Geiger, E. 54, 56, 140
- Gergely, G. 12, 37, 169
- Gindl, B. 32, 41, 81
- Grawe, A. 171
- Gruen, A. 31
- Haase, U. 46
- Happach, C. 199
- Haupt, M. 183
- Hegi, F. 179
- Henningsen, P. 158–159, 161
- Herold, C. 8, 45, 236
- Herpertz, S. C. 167
- Hilgers, M. 176–177
- Hofstadter, D. 123
- Holmes, J. 39, 121, 142, 148
- Horesh 185, 190
- Hüther, G. 65
- Jansson, T. 9, 91, 116
- Jendis, M. 91
- Jung, C. G. 12, 57, 59, 62, 65, 231
- Kaczmarek, S. 183
- Käsgen, R. 124
- Kästele, G. 146, 229
- Kast, V. 57, 59, 62, 65
- Kirsch, H. 90
- Kohut, H. 30, 37, 198
- Körper, A. 135, 181
- Körlin, D. 51
- Kosslyn, S. M. 123
- Kullmann, K. 46
- Kunkel, S. 4, 157, 217
- Kupski, G. 9, 165–167, 169, 171, 173, 175,
177, 179, 181, 183, 185, 187, 189, 191,
193, 195, 236
- Lammers, C.-H. 168
- Landsiedel-Anders, S. 4
- Langer, S. K. 56, 74–75, 219
- Laplanche, J. 114
- Laqua, M. 4
- Lemma, A. 175
- Leuner, H. 66, 230
- Liesert, R. 51, 69, 125, 140, 229–230

- Linden, M. 183
 Linehan, M. 167–168, 172–173, 184
 Lorenzer, A. 7, 11–12, 15, 19, 219–220
 Ludewig, K. 146
 Lutz Hochreutener, S. 125
 Lütz, M. 46
 Maack, C. 54, 56, 140
 Megert, Ch. 185
 Metzner, S. 75
 Molnar-Szakacs, I. 31
 Müller-Nienstedt, I. 91
 Niedecken, D. 25, 217, 220
 Nordoff, P. 165–166, 178, 185, 191, 236
 Oberegelsbacher, D. 75, 83
 Obrist, H. U. 153, 157
 Odysseus 190–191
 Ogdan, T. H. 19
 Olscheski, U. 56–57
 Ott-Hackmann, H. 124
 Overy, K. 31
 Pavlicevic, M. 178, 181
 Petzold, H. G. 47, 48
 Picht, J. 10, 217
 Pleß-Adamczyk 128, 179
 Plitt, H. 157, 169
 Plog, U. 98
 Pontalis 114
 Potthoff-Westerheide 56
 Preston, S. D. 30–31
 Priestley, M. 179
 Rasche, J. 10, 230
 Reddemann, L. 56
 Reiche, B. 38–39
 Reichert, B. 9, 153, 157, 160, 236
 Reimer, S. 135, 180, 182
 Reinhardt, A. 46
 Richter, G. 153, 157
 Rizzolatti, G. 30
 Robbins, C. 165–166, 178, 180, 185, 191,
 236
 Rolvsjord, R. 184–185
 Rowling, J. K. 130–131
 Rudolf, G. 158–159, 161
 Salber, W. 156–157
 Sander, E. 123
 Schirmer, H. 4, 10
 Schultz-Venrath 9–10, 90, 98, 121, 125,
 128, 131, 135, 143, 165, 169, 171–172,
 174–176, 195, 199–201, 204–206, 210,
 221–223, 226–227, 236
 Schumacher, K. 31, 33–35, 39–41, 80, 84,
 125, 128, 131, 135, 178, 179–180, 182,
 224
 Schwaiblmaier, F. 79
 Seeger, C. 178
 Seidel, C. 8, 29–30, 237
 Seidler, G. H. 176
 Seitz, E. 4
 Shankar, R. 192
 Sharp, C. 128
 Small, C. 180
 Smetana, M. 10, 215
 Spitzer, M. 123
 Stern, D. 30–31, 38, 51, 157, 176–177, 181,
 224
 Stiglmayr, C. 168
 Storz, D. 83
 Strauß, B. 183
 Strehlow, G. 7, 10, 37, 80, 125, 154, 169,
 179, 197, 200–201, 237
 Target, M. 12, 169, 222, 226
 Timmermann, T. 79
 Tüpker, R. 86
 Twain, M. 120
 Verney, R. 178
 Vogel, M. 156
 Weisethaunet, H. 180
 Werkhofer, K. 18
 Weymann, E. 157
 Wigram, T. 79
 Winnicott, D. W. 23, 56, 82, 170, 184, 198,
 219, 222
 Winterhoff, M. 46