

Affektregulierung als Ziel der musiktherapeutischen Arbeit mit Borderline-Patienten im Rahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie*

Emotion Regulation in Music Therapy with Borderline Patients in the Context of the Dialectical Behavioral Therapy

Angela Knoche, Klingenmünster

Dieser Artikel taucht tief in die Welt der Verhaltenstherapie ein. Im Spannungsfeld zwischen tiefenpsychologisch orientierter Musiktherapieausbildung und den Rahmenbedingungen einer störungsspezifischen, manualisierten Psychotherapie auf verhaltenstherapeutischer Basis versucht er, den Leser auf einem Stück ungewöhnlichen Weges musiktherapeutischer Identitätssuche zu begleiten. Dabei werden konzeptionelle Probleme relevant, die sich sowohl aus dem Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung, als auch aus der zugrunde liegenden Therapieform ergeben. Einerseits erfordern die besonderen Bedürfnisse der als emotional instabil bezeichneten Patienten auch besondere Bedingungen für ihre Therapie. Andererseits basiert die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) im Vergleich mit der traditionell tiefenpsychologischen bzw. humanistisch-integrativen Ausrichtung der Musiktherapie auf weitgehend konträren Sichtweisen, was Genese und Behandlung dieser Persönlichkeitsstörung betrifft.

Die Autorin hat die Erfahrung gemacht, dass eine intensive Beschäftigung mit den Theorien der DBT zwar eine durchaus anstrengende intellektuelle Herausforderung sein kann, dabei aber eine enorme Bereicherung darstellt.

Anhand der hier vorgestellten, speziellen Thematik, der Arbeit an der problematischen Affektregulation der Borderline-Patienten mit musiktherapeutischen Methoden, zeigt sie, wie Musiktherapie auch unter einem anderen als dem tiefenpsychologischen Paradigma funktionieren kann. Dabei wird manche herkömmliche, musiktherapeutische Maxime vor dem Hintergrund dieses ganz speziellen Arbeitsgebiets in Frage gestellt, wobei auch eine gewisse Polarisierung nicht immer vermieden werden kann. Schließlich lässt sich der immer noch virulente Schulenstreit zwischen Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie auch aus der Musiktherapie nicht gänzlich heraushalten.

Als optimale Herangehensweise an den folgenden Artikel empfiehlt die Autorin jedenfalls eine innere Haltung ganz im Sinne der DBT: objektiv und – zumindest zunächst – frei von Bewertungen.

* In dieser Arbeit wurde aus Gründen der besseren Lesbarkeit für die Borderline-Patienten die feminine Form gewählt, da es sich bei der besprochenen Klientel in der Mehrzahl um weibliche Patientinnen handelt. Die männliche Form ist dabei stets mitgedacht worden.

This article closely examines the world of behavior therapy. Set between the contrasting areas of music therapy training based on depth psychology and disorder-specific, manual-based behaviorally founded psychotherapy, an attempt is made to accompany the reader on a unique path in search of music therapy identity. Conceptual problems are presented, relevant to both the overall view of borderline personality disorder as well as the specific type of therapy presented here. On the one hand, the particular needs of these so-called „emotionally instable“ patients require therapeutic conditions that are also particular in nature. On the other hand, dialectical behavioral therapy (DBT) is based upon views contrary to those found within traditional psychotherapeutic and humanistic oriented music therapy approaches, especially with regard to the origin and treatment of this personality disorder.

The author personally experienced how intense occupation with DBT theories is, in effect, a difficult intellectual challenge while, at the same time, enormously rewarding. By applying music therapy methods when working with the problematic affect regulation of borderline patients, the author demonstrates how music therapy can also function under a paradigm differing from depth psychology. Several traditional music therapy maxims are questioned before the background of this specific area of field work, in the course of which a certain degree of polarisation cannot be entirely avoided. Consequently, the still ongoing virulent dispute between psychoanalysis and behavior therapy extends its influence on music therapy.

As an optimal approach to the following article, the author recommends a non-judgemental attitude, similar to that found in DBT.

Keywords: Dialektisch Behaviorale Therapie – Borderline-Persönlichkeitsstörung – Affektregulation – Achtsamkeit – Emotionsidentifikation

„In einer Gruppe soll ich sagen, wie ich mich fühle. Ich sage, dass ich das nicht weiß, und spüre das Unverständnis der anderen. Ich versuche, es zu erklären, aber ich werde dabei immer konfuser und komme mir dann selbst völlig ungläubwürdig vor.

Ich zweifle oft an meiner Wahrnehmung und weiß nicht, ob es wirklich stimmt, dass ich mich sehr schlecht fühle. Auch wenn ich körperliche Schmerzen habe, denke ich manchmal, dass ich sie mir vielleicht nur einbilde.“ (Anders 1999, S. 59)

Der Zustand, den Berit Anders in ihrem berührenden Bericht *Ich heiße Berit und habe eine Borderline Störung* hier beschreibt, könnte stellvertretend für das Gefühl der Ohnmacht unzähliger Borderline-Patientinnen stehen, die in ihrer Therapie aufgefordert werden, über sich selbst und ihre Emotionen zu sprechen. Gerade die Heftigkeit der aversiven Emotionen und die schnell wechselnden, extremen Stimmungslagen der Borderline-Betroffenen mit ihren oft gefährlichen Konsequenzen machen aber therapeutische Bemühungen gerade auf diesem schwierigen Gebiet unumgänglich. Nur, wie mit Gefühlen arbeiten, wenn das Sprechen darüber unmöglich erscheint? Wenn das Empfinden dieses Unvermögens sogar erneut schwerwiegende Insuffizienzgefühle und Versagensängste auslöst, die dann

wiederum zu dissoziativen Zuständen von Sprachlosigkeit oder impuls gesteuerten Therapieabbrüchen führen können?

Bietet sich die Nutzung der sogenannten nonverbalen Methoden in der Therapie hier nicht geradezu an, um diesen Teufelskreis zu durchbrechen? Besonders die Anwendung der Musiktherapie, die ja für sich den Anspruch erhebt, mit ihrem besonderen Medium Musik eine „Sprache vor der Sprache“ (Frohne-Hagemann 2006, S. 288) zur Verfügung zu haben, die gerade Patienten mit Persönlichkeitsstörungen besser erreichen könne? Schließlich knüpfe sie an frühe, nonverbale Kommunikationsformen zwischen Mutter und Kind an und komme insofern Patienten mit frühen Störungen, also auch den Borderline-Patientinnen mehr entgegen als die eigentliche Sprache.

Auch in der alltäglichen Praxis machen Musiktherapeuten in multiprofessionellen Teams die Erfahrung, Patienten mit der pauschalen Indikation „Schwierigkeiten im Gefühlsbereich“ überwiesen zu bekommen: „Patient X kommt an seine Gefühle nicht heran“, „Patientin Y muss ihre Wut herauslassen“ sind typische klinische „Arbeitsaufträge“ an Musiktherapeuten im klinischen Setting, zunächst ungeachtet der jeweiligen Diagnose.

Dass auch Borderline-Patientinnen in psychiatrischen Kliniken in der Musiktherapie behandelt werden, zeigte bereits eine Umfrage von Engelmann (1995). Sie würden allerdings hauptsächlich in kleineren Kliniken im Gegensatz zu den großen psychiatrischen Akutkrankenhäusern an der Musiktherapie teilnehmen. Es lässt sich dieser Studie allerdings keine spezielle Indikation entnehmen, die u. a. im problematischen Umgang dieser Patientinnen mit ihren Gefühlen bestehen könnte. Man könnte es als naheliegend ansehen, diese affektilablen Menschen besonders häufig in die Musiktherapie zu überweisen, da Musik und Gefühle auch im Alltagsverständnis der meisten Menschen miteinander in Verbindung gebracht werden.

Aber wie könnte eine solche Behandlung in der musiktherapeutischen Praxis aussehen? Was genau kann die Musiktherapie auf dem hochkomplexen Gebiet der Arbeit an den Emotionen in der Borderline-Therapie wirklich beitragen? Was ist bisher zu diesem Thema bereits untersucht und geschrieben worden?

Um Fragen wie diese wird es in dem vorliegenden Artikel gehen. Bei dieser zentralen Thematik, der musiktherapeutischen Arbeit mit den borderlinetypischen Emotionen, wird allerdings die Frage nach einer möglichen Integration der Musiktherapie in das störungsspezifische Therapieverfahren der dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) im Mittelpunkt stehen. Dieses von der US amerikanischen Psychotherapeutin Marsha Linehan erarbeitete Therapiemanual für die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung basiert hauptsächlich auf verhaltenstherapeutischen Konzepten und erscheint somit für die meist tiefenpsychologisch orientierten ausgebildeten Musiktherapeuten zunächst einmal als „wesensfremd“. Dennoch wird in der hier vorliegenden Arbeit die Hypothese aufgestellt, dass die Musiktherapie auch die grundsätzlich verhaltenstherapeutisch orientierte Arbeit an der Affektregulierung bei Borderline-Patientinnen unterstützen kann.

Die hier angestellten Überlegungen basieren auf Erfahrungen, die ich als Musiktherapeutin während meiner nun dreijährigen Tätigkeit auf einer auf die Borderline-Behandlung nach dem DBT-Modell spezialisierten Station eines psychiatrischen Klinikums machen konnte. Es handelte sich damals um ein zunächst versuchsweise eingerichtetes Projekt: *Musiktherapie als Zusatz zur DBT*. Mir wurde zu Beginn meiner Arbeit vorgeschlagen, ein musiktherapeutisches Konzept in Anlehnung an die DBT zu erarbeiten, das sich selbstredend im Laufe der Zeit verändert und verfeinert hat. Die Thematik des vorliegenden Jahrbuchs nehme ich nun zum Anlass, die Bedeutung der Musiktherapie in diesem Behandlungssetting zu reflektieren. Das Projekt ist aufgrund der noch kurzen Laufzeit und mangels empirischer Messungen von Ergebnissen noch weit davon entfernt, eine signifikante und valide Aussage zur Effizienz der Musiktherapie im Sinne der Therapieforschung machen zu können. Die bisherigen Erfahrungen mit der musiktherapeutischen, emotionsbezogenen Arbeit auf der DBT-Station erlauben aber erste positive Rückschlüsse und haben mich zur Veröffentlichung angeregt.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Zunächst soll hier für die später folgende Diskussion möglicher musiktherapeutischer Ansätze bei der Arbeit mit den borderlinetypischen Emotionen eine Basis für das Verständnis der Rolle gerade dieser Emotionen im Zusammenhang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) gelegt werden.

Die besondere Bedeutung emotionaler Faktoren bei der BPS zeigt sich in den Theorien für deren Entstehung, Aufrechterhaltung und psychotherapeutische Behandlung.

Bei den Erklärungsmodellen der für die DBT relevanten wissenschaftlichen Arbeitsgruppen steht, im Gegensatz zu psychoanalytisch orientierten Autoren, eine *Affektregulationsstörung* im Zentrum (siehe z. B. Bohus 2002, Bohus, Stieglitz, Fiedler et al. 2004, Sendra und Sendra 2005). Alle weiteren klinischen Auffälligkeiten der BPS, wie sie beispielsweise als diagnostische Kriterien im DSM-IV niedergelegt sind, seien lediglich als Sekundärmerkmale dieser Fehlfunktionen zu sehen. Linehan selbst postulierte zunächst eine biosoziale Theorie der Persönlichkeitsorganisation, wonach die Fehlregulierung des emotionalen Systems „... als Folge biologischer Unregelmäßigkeiten in Kombination mit bestimmten dysfunktionalen Umweltbedingungen sowie deren Interaktion und Transaktion im Laufe der Zeit“ gesehen werde (Linehan 1996, S. 32). Die gestörte Affektregulation basiere auf einer gesteigerten emotionalen Verwundbarkeit, aber auch auf der ungenügend entwickelten Fähigkeit, Gefühle zu steuern. Emotionale Stimuli würden aufgrund der angeborenen, hohen Sensitivität der Betroffenen als besonders heftig wahrgenommen und mit überschießenden Gefühlen beantwortet. Danach werde wiederum außergewöhnlich viel Zeit benötigt, um zu einem ausgeglichenen emotionalen Niveau zurückzukehren.

Die psychosozialen Einflüsse, die im Zusammenspiel mit dieser emotionalen Vulnerabilität die Entstehung einer BPS begünstigen, wurden von Linehan in einem sogenannten *invalidierenden* familiären Klima für das heranwachsende Kind gesehen: Eltern bzw. primäre Bezugspersonen behandeln hier emotionale Äußerungen des Kindes nicht adäquat: „In einer entwertenden Umgebung wird auf das Mitteilen von persönlichen Erfahrungen und Gefühlen in unangemessener, sprunghafter und extremer Weise reagiert. Das Mitteilen persönlicher Erfahrungen wird demnach also nicht ernst genommen, sondern stattdessen häufig bestraft und/oder trivialisiert. Das Erleben schmerzlicher Gefühle sowie die Faktoren, die die betroffene Person für die Ursachen dieser Gefühle hält, werden ignoriert. Die Interpretationen des eigenen Verhaltens, die wahrgenommenen Absichten und Motive für das eigene Verhalten werden als falsch zurückgewiesen.“ (Linehan 1996, S. 38) Diese Invalidierung des Kindes habe weitreichende Folgen: das Kind könne unter diesen Umständen nicht lernen, seine an sich authentischen Gefühle zu erkennen und benennen, da sie als „falsch“ zurückgewiesen würden. Fatal ist, dass Linehan zufolge auch positive Empfindungen, Gefühlsäußerungen, Überzeugungen und Pläne beispielsweise als naiv oder unreif abgewertet werden könnten. Das betroffene Kind werde so kein Vertrauen in seine eigenen Empfindungen und sich selbst entwickeln können. Daneben werde es aber auch nicht in der Lage sein, hohe affektive Erregungszustände in angemessener Weise herunterzuregulieren, da in seinem Umfeld niemand willens sei, ihm bei der Kontrolle von aversiven Gefühlszuständen behilflich zu sein. Stattdessen würde aber absolute Kontrolle und Selbstbeherrschung einfach verlangt. Das mit seinen Gefühlen so alleingelassene Kind habe nun die Wahl zwischen der Verleugnung seiner eigenen emotionalen Wahrnehmung und Unterdrückung der Gefühle, oder aber einer Herausbildung extremer Gefühlszustände und Verhaltensweisen, die zumindest die erwünschte Aufmerksamkeit zur Folge haben. „Das Kind schwankt somit zwischen den borderline-typischen Extremen der Gefühlshemmung oder des extremen Emotionsausdrucks.“ (Veselinovic, Louis, Himmerich 2008, S. 468) Aus lerntheoretischer Sicht dient die so provozierte Aufmerksamkeit der Bezugspersonen als negativer Verstärker. Auf dem Boden nötiger Kompensationsversuche für die defizitäre emotionale Entwicklung könnten so pathologische Verhaltensmuster wie impulsives, selbstschädigendes und auch suizidales Verhalten entstehen. Ebenso sei die natürliche Identitätsentwicklung gestört, die ein beständiges und emotional authentisches Gegenüber benötigt. Auch das Erlernen funktionaler zwischenmenschlicher Verhaltensweisen und der Aufbau stabiler Beziehungen sind stark beeinträchtigt.

An diesem Punkt wird der Unterschied der biosozialen Theorie Linehans zum psychoanalytischen Entstehungsmodell beispielsweise Kernbergs mehr als offensichtlich: nach Bohus (1996) stehe dort die Beziehungsstörung von Borderline-Patientinnen im Vordergrund, während in der DBT diese „nur“ als dysfunktionaler Kompensationsversuch der primären Affektregulationsstörung definiert werde. Bohus beruft sich dabei auf die empirisch fundierte Emotionsforschung und den in diesem Zusammenhang immer wieder zitierten Autor Lazarus (1991), dessen Kon-

zepten zufolge Emotionen die Basis für intrapsychische und interaktive Regulationsprozesse darstellten: „Während im Säuglingsalter die Äußerung von Affekten zur lebensnotwendigen Steuerung des Verhaltens der Mutter dient, gewinnen im späteren Lebensalter Emotionen eine zentrale Bedeutung für die Handlungssteuerung des Individuums im sozialen Umfeld.“ (Bohus und Berger 1996, S. 913)

In den letzten Jahren wurde die biosoziale Theorie Linehans weiter ergänzt und differenziert. Bohus konnte die zunächst rein auf klinischen Beobachtungen basierende Theorie auch empirisch-wissenschaftlich untermauern: die Studien seiner Arbeitsgruppe zeigen, dass „... Patientinnen mit BPS im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen signifikant häufiger, länger und intensiver aversive Anspannung erleben, jedoch Schwierigkeiten haben, dabei Emotionen zu differenzieren.“ (Bohus 2002, S. 14)

Extreme Fälle psychosozialer Faktoren, die für die Entstehung einer BPS relevant sein können, stellen körperliche und/oder sexuelle Gewalterfahrungen dar. Linehan bezeichnet sexuellen Missbrauch, den ein Großteil der späteren Borderline-Patientinnen erlitten haben, als deutlichstes Beispiel für Invalidierung. Bei Traumatisierungen werden die Opfer Erfahrungen außerordentlicher Bedrohung und völliger Ohnmacht ausgesetzt. Gleichzeitig haben die missbrauchstypischen emotionalen Folgen von Trivialisierung und Geheimhaltung der Tat und der damit verbundenen Gefühle für das Opfer verheerende Konsequenzen für die Entwicklung einer differenzierten Affektwahrnehmung und -regulierung. Die auch physiologisch nachweisbaren Folgen von Hochstresssituationen auf Morphologie und Funktionen der emotionalen Zentren des Gehirns haben die neurobiologisch orientierten Arbeiten der Traumaforschung eindrücklich gezeigt (s. z. B. Flatten 2003, Grawe 2004, Rüegg 2003). Trotz der klinisch auffälligen, hohen Anzahl sexuell traumatisierter BPS-Patientinnen könne laut Bohus, Stieglitz, Fiedler et al. (2004) ein direkter kausaler Zusammenhang zwischen Missbrauch und der Entstehung einer BPS nicht nachgewiesen werden. Weder sind alle Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung auch (sexuell) traumatisiert, noch entwickeln im Umkehrschluss alle von Gewalterfahrung Betroffenen später eine Borderline-Störung. Sexuelle und/oder körperliche Gewalt seien dagegen empirisch gesicherte Risikofaktoren für die weitere pathologische Entwicklung (siehe hierzu auch Dulz und Jensen 2000).

Bohus und Berger führen in diesem Zusammenhang einen weiteren Punkt der offensichtlichen Divergenz psychoanalytischer und DBT-orientierter Sichtweisen auf die Genese einer BPS an: Sie beschreiben die komplizierte emotionale Beziehung zwischen Opfer und Täter, die meist aus dem gleichen sozialen Umfeld stammen. Das Opfer richte aufgrund vielfältiger Abhängigkeiten vom Täter Gefühle wie Ekel, Wut, Scham und Hass gegen sich selbst, was sich im weiteren Verlauf in beispielsweise selbstverletzendem Verhalten niederschlagen könne. „Mit Hilfe von Negation und Verkehrung der eigenen Gefühle kann das Opfer sich auch eine Erklärung für die Taten liefern: nimmt es sich selbst als böse, ekelhaft und schuldig wahr, so erhält der Mißbrauch seine subjektive Berechtigung.“ (Herman zit. in Bohus und Berger 1996, S. 914) Wieder werden also auch in diesen extremen Fällen berechtigte,

heftige Emotionen umgedeutet, die Betroffene invalidiert sich quasi selbst. Diese Prozesse und Verhaltensweisen würden dagegen in psychoanalytischen Fachkreisen meist als „unreife Abwehrmechanismen“, z. B. projektive Identifizierung und Spaltung gewertet. Gemäß der Theorie Linehans handele es sich vielmehr um essentielle Überlebensstrategien des Opfers zur Zeit der Traumatisierung, die allerdings später die Entwicklung gesunder Mechanismen zur Spannungs- und Stresstoleranz verhinderten. Auch der ursprünglich an der klassischen Psychoanalyse orientierte heutige Experte für Traumatherapie Ulrich Sachsse wendet sich gegen eine Sichtweise, die die BPS als „... Fixierung auf der Stufe eines normalen Entwicklungsschritts der Kleinkindentwicklung, nämlich der Wiederannäherungsphase mit seinem Persistieren der seelischen Organisation durch Spaltungsmechanismen“ definiert. „Borderlinepatienten wären demnach seelisch Retardierte.“ (Sachsse 1995, S. 51) Man werde dieser Patientengruppe viel eher gerecht, wenn man sie vor dem Hintergrund traumatischer Erfahrungen behandle, mit den nötigen Konsequenzen für therapeutische Methodik und Haltung.

Zusammengefasst lässt sich also Folgendes festhalten: Autoren aus dem wissenschaftlichen Umfeld der dialektisch-behavioralen Therapie, allen voran Martin Bohus als ihr Pionier in Deutschland, betrachten die emotional instabile Persönlichkeitsstörung auf der Basis eines neurobehavioralen Entstehungsmodells: danach ist eine Kombination aus neurobiologischer Prädisposition und psychosozialen Erfahrungen für die Entstehung der als zentral angesehenen Affektregulationsstörung verantwortlich. Gesteigerte emotionale Vulnerabilität trifft hierbei auf eine invalidierende Umgebung, (emotionale) Vernachlässigung und möglicherweise traumatische Erfahrungen von körperlicher und/oder sexueller Gewalt. Als Konsequenz sind Wahrnehmung, Differenzierung und Steuerung von Affekten gestört, was wiederum weitere wichtige Bereiche der Persönlichkeitsentwicklung entscheidend beeinträchtigt und zur Herausbildung der Borderline-Symptomatik führt.

Die besondere Rolle, die die gestörte Gefühlswelt von Borderline-Betroffenen aus dem Blickwinkel der DBT für Ätiologie und Aufrechterhaltung der BPS spielt, dürfte hiermit deutlich geworden sein.

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Für das weitere Verständnis ist die Darstellung der wesentlichsten Aspekte der DBT vonnöten.

Nachdem Borderline-Patienten lange Zeit als psychotherapeutisch unbehandelbar betrachtet wurden, entwickelten sich in den 90er Jahren im angloamerikanischen Raum störungsspezifische Verfahren in manualisierter Form sowohl auf verhaltenstherapeutischer (DBT) als auch auf psychodynamischer Grundlage (Übertragungsfokussierte Therapie nach Kernberg, TFP). Schauenburg und Broda (2007) zeichnen anschaulich die weitere Entwicklung in der psychotherapeutischen Szene

nach und sprechen von einer „kreativen Explosion“, ausgelöst durch die Auseinandersetzung der verschiedensten Therapieschulen mit diesen Manualen. Mittlerweile könnten bereits die Erfolge dieser Entwicklung abgeschätzt und Differenzierungen integriert werden. Die Grundlagen allerdings sind seit der ersten Veröffentlichung des englischen Originals Marsha Linehans (*Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, 1993, New York) unverändert. Wie in der Bezeichnung bereits ersichtlich, basiert sie auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzepten und Methoden, allerdings erweitert durch Prinzipien der Dialektik als ursprünglich philosophischem Konzept und unterstützt durch Methoden der Achtsamkeitsmeditation aus den spirituellen Traditionen des Buddhismus. Dialektische Gedankengänge ziehen sich wie ein roter Faden durch das Konzept der DBT:

Einerseits helfen sie, die spezifische Erlebensweise von BPS-Patientinnen zu verstehen. Demnach erfahren die Betroffenen ihre Umgebung als von Gegensätzen beherrscht und entwickeln ein rigides, aber für die BPS typisches Schwarz-Weiß-Denken. Eine Veränderung dieser eingeschränkten Wahrnehmung der Umgebung und von sich selbst erscheint ihnen zunächst unvorstellbar. Diese Dichotomie, entsprechend den dialektischen Begriffen „These“ und „Antithese“ zu überwinden und zu einer „Synthese“ oder auch Integration zu gelangen, ist ein Ziel der DBT. Andererseits muss aber auch die therapeutische Haltung von Dialektik geprägt sein: Therapeutinnen müssen eine Balance zwischen mitfühlendem Verständnis der Probleme ihrer Patientinnen und dem Einfordern von Veränderungswillen und -strategien finden. Für letztere stehen verhaltenstherapeutische Standardmethoden wie kognitive Umstrukturierung, Kontingenzmanagement und das Training neuer Fertigkeiten zur Verfügung.

Eine Metapher Linehans zur Dialektik wird oft zitiert:

„Die Patientin und ich stehen auf einer Wippe einander gegenüber; die Fläche der Wippe verbindet uns miteinander. Die Therapie ist wie das Auf und Ab der Wippe, bei dem die Patientin und ich ständig vor und zurück rutschen und versuchen, die Balance zu halten, um gemeinsam zur Mitte zu gelangen und sozusagen auf eine höhere Ebene klettern zu können. Dort beginnt derselbe Ablauf von vorne: wir sind auf einer neuen Wippe und versuchen erneut, in die Mitte zu gelangen und auf die nächste Ebene aufzusteigen und so weiter. Während die Patientin auf der Wippe vor und zurückrutscht, vom Ende in die Mitte und von der Mitte an das Ende, bewege ich mich ebenfalls, um die Balance zu halten.“ (Linehan 1996, S. 23)

Ein wichtiger Aspekt dieser therapeutischen Haltung und Strategie wird von Linehan *Validierung* genannt und befindet sich auf der akzeptierenden und verständnisvollen Seite der „Wippe“. Damit wendet sich Linehan von einer rein defizit-orientierten Sichtweise der BPS ab, indem sie auch in den dysfunktionalen Verhaltensweisen und Einstellungen einen funktionalen Kern entdecken kann, und diesen nicht nur in der Vergangenheit vermutet, sondern auch in der jetzigen Situation: „Anstatt die Berechtigung für das aktuelle Verhalten der Patientin in ihrer Lerngeschichte zu suchen, begann ich, sie in der Gegenwart zu suchen, und auch zu finden. Die Vorstellung führte also zu weit mehr als bloßem Verständnis für die Patientin;

Validierung (also eine Bestätigung der Berechtigung der Gefühle und Gedanken der Patientin) ist heute zentraler Bestandteil der DBT. Dieselbe Idee führte mich zu dem Konstrukt des ‚*wise mind*‘ (etwa: innere Weisheit), bei dem der Schwerpunkt auf der intuitiven Weisheit der Patientinnen liegt. Die DBT geht davon aus, daß jede Person Weisheit in Bezug auf ihr eigenes Leben besitzt, wenn diese Fähigkeit auch nicht immer offensichtlich oder zugänglich ist.“ (Linehan 1996, S. 25)

Die Haltung, die der Therapeut in der DBT einnimmt, ähnelt insgesamt der eines Coaches, der die Patientin positiv unterstützt und wohlwollend fordert. „Cheerleading“ nennt Linehan entsprechende Ansporn-Strategien. Einen wichtigen Unterschied zur psychodynamischen Sichtweise beschreiben Senders und Senders (2005): intrapsychische Konflikte und deren Deutung stellten nicht den Kern der therapeutischen Interventionen dar, woraus folge, dass auftretende Konflikte in der therapeutischen Beziehung zwar angesprochen, aber nicht gedeutet würden.

DBT-spezifisch ist wiederum die Hierarchisierung der Therapieziele: an oberster Stelle steht immer die Reduzierung suizidalen und selbstverletzenden Verhaltens. Dies bedeutet, dass alle anderen Therapieziele im Falle sich andeutender Suizidalität zurückgestellt werden. Zweites Ziel in der Hierarchie ist die Reduktion therapiegefährdender Verhaltensweisen, gefolgt von der Reduktion von Verhalten, das die Lebensqualität einschränkt. Im Rahmen dieser vorgegebenen Struktur werden die einzelnen Ziele von Patientin und Bezugstherapeuten gemeinsam erarbeitet und individuell formuliert.

Das ursprüngliche Manual (Linehan 1996a) bezieht sich auf eine einjährige ambulante Behandlung und beinhaltet wöchentliche Einzeltherapie, ein sogenanntes Skills-Training in der Gruppe, telefonische Beratung in Krisenfällen und Supervisionsgruppen für das behandelnde Team. Abwandlungen dieses Settings für eine DBT unter stationären Bedingungen werden vor allem in Deutschland umgesetzt, da sich bisher noch zu wenig ambulante Netzwerke ausgebildeter DBT-Therapeuten bilden konnten und derart intensive Behandlungsformen mit Kombinationen aus Einzel- und Gruppentherapien von den Kostenträgern nicht erstattet werden. Die stationäre DBT, wie sie nun in meinem eigenen Arbeitsbereich angewendet wird, musste entsprechend modifiziert werden und orientiert sich an dem in Freiburg von der Arbeitsgruppe um Martin Bohus erarbeiteten Modell. Auch hier steht die regelmäßige psychotherapeutische Einzelsitzung mit dem Bezugstherapeuten im Zentrum. Begleitet wird sie von verschiedenen, wöchentlich stattfindenden Gruppentherapien mit psychoedukativer Zielsetzung bzw. Trainingscharakter. Die Patientinnen werden zu „Expertinnen“ ihres Störungsbildes gemacht, was sich eindeutig positiv auf die Motivation für die oft schwer durchzuhaltende Therapie auswirkt.

Besonders hervorzuheben ist dabei die sogenannte „Skillsgruppe“, in der neue Fertigkeiten (Skills) für ein funktionales Verhalten gelehrt und geübt werden. Sie basiert auf vier Modulen, dem Achtsamkeitstraining, der Erarbeitung von Skills für eine verbesserte Stresstoleranz bzw. Emotionsregulation und dem sozialen Kompetenztraining.

Die Therapiedauer beträgt im Regelfall zwölf Wochen und unterteilt sich in drei Phasen: in Phase I steht noch die Diagnostik im Mittelpunkt sowie die Erarbeitung von Übersichten der individuellen Symptomatik. Erste Verhaltensanalysen werden von der Patientin angefertigt und Ziele erarbeitet. Am Ende dieser zwei- bis dreiwöchigen Phase stellt die Patientin eine Liste ihres Problemverhaltens, die Therapieziele und eine Verhaltensanalyse dem Team vor. Dabei wird eine gemeinsame Entscheidung über den Eintritt der Patientin in die nächste Phase getroffen.

Der Therapieplan verdichtet sich in Phase II, in der die Patientinnen in die Skillsgruppe eingegliedert werden.

Der Übergang in die zwei- bis dreiwöchige dritte Phase erfolgt fließend: hier steht die Planung und Vorbereitung der Entlassung im Vordergrund. Das Umsetzen des Erlernten im heimischen Umfeld und die Krisenvorsorge werden auch in Belastungserprobungen bereits geübt. Die ambulante therapeutische Weiterversorgung wird geklärt, wobei einige Patientinnen auch von dem Angebot Gebrauch machen, den Besuch der Skillsgruppe ambulant fortzusetzen.

Die ersten Wirksamkeitsstudien für die DBT beziehen sich noch auf das ambulante Setting in den USA. Bohus und Höschel (2006) geben eine Übersicht über neun wissenschaftliche Arbeiten, die allesamt die Effektivität dieser intensiven Behandlungsform und ihre Überlegenheit über Standardtherapieverfahren oder borderlinespezifische Methoden anderer Therapieschulen nachweisen. Auch erste Wirksamkeitsnachweise über die stationäre DBT liegen bereits vor. Bohus (2007) erwähnt u. a. zwei Studien seiner Freiburger Arbeitsgruppe, die in ihrer Effizienz der ambulanten Therapieform Linehans nicht nachstünden.

Nach dieser zwangsläufig knappen Einführung in das Konzept der DBT wird nun die zentrale Frage nach einer sinnvollen Integration der Musiktherapie diskutiert werden, vor allem was ihre besonderen Möglichkeiten der Arbeit mit der borderlinespezifischen Affektregulationsstörung angeht.

Musiktherapie und Dialektisch-Behaviorale Therapie

Meine ersten Monate auf der Borderline-Station waren gekennzeichnet von Hospitation in den DBT-Gruppen, Literaturstudium und Gesprächen mit den für das Konzept verantwortlichen Mitarbeitern. Als Musiktherapeutin mit tiefenpsychologisch geprägter Ausbildung tauchte ich in eine faszinierende Welt ein, die aber mit den bekannten musiktherapeutischen Theoriegebäuden kaum zu vereinbaren schien. Gleichwohl beeindruckte mich anfangs allein schon die sachliche und konstruktive Arbeitsatmosphäre in den Gruppen. Das Ringen der Patientinnen um Veränderungen offenbarte dabei eine Tiefe der Auseinandersetzung mit den persönlichen Themen, die nicht mit den gängigen Vorurteilen gegenüber der vermeintlich oberflächlichen Verhaltenstherapie unter einen Hut zu bringen war. Das klar

strukturierte, integrative Therapiekonzept überzeugte mich schnell angesichts der sichtbaren therapeutischen Erfolge bei diesen als so „schwierig“ bekannten Patientinnen und veranlasste mich zu intensivem Suchen nach immer neuen Anpassungsmöglichkeiten der musiktherapeutischen Methodik.

Die Patientinnen, die die DBT durchlaufen, haben in der Regel bereits zahlreiche, unterschiedliche Therapieversuche und stationäre Kriseninterventionen hinter sich. Ihre soziale Situation ist häufig desolat: Arbeitslosigkeit, Hartz IV, abgebrochene Ausbildungen, soziale Isolation und komplizierteste private Beziehungsverhältnisse dominieren das Leben der meist noch jungen Patientinnen. Permanente Suizidalität und Selbstverletzungen bestimmen dabei oft den Alltag. In diesem Sinne sind die primären therapeutischen Ziele der stationären DBT für diese Patienten zunächst an Lebenserhaltung und psychischer Stabilisierung orientiert, um eine Basis für eine langfristige Verbesserung ihrer sozialen Integration mit Berufstätigkeit oder -ausbildung legen zu können. Die Befähigung zu einem Leben außerhalb der Klinik und damit auch zur ambulanten Weiterführung der Psychotherapie soll erlangt werden. Neben den essentiellen Stresstoleranz-Skills und einer generellen Stärkung des Überlebenswillens wird dabei das Erlernen eines neuen Umgangs mit ihrer Emotionalität für die BPS-Patientinnen unerlässlich.

Bei der Entwicklung eines Musiktherapiekonzeptes, das hier unterstützend ansetzen könnte, habe ich mich von der

Hypothese leiten lassen, dass die Musiktherapie durch ihre Handlungs- und Erlebnisorientierung wertvolle Möglichkeiten zur Vertiefung des Therapiematerials schaffen könne. Dass eine grundsätzlich „aufdeckende“ und „konfliktzentrierte“ musiktherapeutische Arbeit im herkömmlichen, also tiefenpsychologischen Sinn in der DBT keinen Platz haben könnte, erschien mir im Zuge der Auseinandersetzung mit diesem Konzept schnell ersichtlich. Dagegen habe ich mich strikt an die Vorgaben der einzelnen Module des DBT-Manuals gehalten und musiktherapeutische Methoden entsprechend angepasst, wo dies möglich und erfolgversprechend wirkte. Heute kann ich rückblickend sagen, dass sich der thematische Schwerpunkt meiner Arbeit deutlich verschoben hat: Zunächst hatte ich den Fokus auf eine noch der Tiefenpsychologie geschuldete Beziehungsorientierung gelegt und mich dabei an das Modul „Zwischenmenschliche Fertigkeiten“ angelehnt. Mittlerweile konzentriere ich mich eindeutig auf die Arbeit an der Emotionsregulation in Verbindung mit dem Modul Achtsamkeit. Dies hat mich schließlich auch zum hier vorliegenden Artikel angeregt.

Rahmenbedingungen, Struktur und therapeutische Haltung

Bisher findet die Musiktherapie als reine Einzeltherapie statt. Pro Woche erhalten die Patientinnen zweimal die Gelegenheit zu einem Termin, der in der Regel ca. eine halbe Stunde in Anspruch nimmt. Die Patientinnen nehmen diese zeitliche

Planung erfahrungsgemäß gerne an und registrieren mit einer gewissen Erleichterung, dass sie alleine kommen können und nicht zu lange bleiben müssen. Anspannungsphänomene, die gerade bei neuen und schwer einschätzbaren Situationen typischerweise besonders stark auftreten, sind so besser steuerbar. Auch bildet sich durch das zweimalige, wenn auch kürzere Treffen relativ schnell eine stabile therapeutische Beziehung.

Hat sich die Patientin nach Vorgespräch und Probestunde für eine Teilnahme an der Musiktherapie entschieden, ist der Besuch der Stunde wie der aller anderen angesetzten Therapien verpflichtend. Werden Termine beispielsweise vergessen oder ohne Entschuldigung aus anderen Gründen nicht wahrgenommen, wird nach einem festgelegten Prozedere verfahren. In einer schriftlichen Verhaltensanalyse arbeitet die Patientin die Gründe für dieses sogenannte therapieschädigende Verhalten auf und sucht nach sinnvolleren Verhaltensweisen. Diese Verbindlichkeit hält Therapieausfälle auch in der Musiktherapie äußerst gering.

In der Regel werden die Patientinnen in etwa zum Zeitpunkt ihres Übergangs in die zweite Therapiephase in die Musiktherapie überwiesen. Sie können bereits erste, mit den Bezugstherapeuten erarbeitete Listen mit Symptomen, Problemverhaltensweisen und Therapiezielen vorlegen. Auch sind bereits erste Versuche unternommen worden, dissoziative Phänomene und Selbstverletzungstendenzen durch Einsatz von Skills in den Griff zu bekommen.

Diese Grundlagen kann ich selbstverständlich auch in der Musiktherapie nutzen. In einem obligatorischen Vorgespräch kann ich mir die Listen zeigen lassen, mich über möglicherweise hilfreiche Skills für Notfälle, die sich schließlich auch in der Musiktherapie ereignen können, und die individuellen Therapieziele informieren. Gemeinsam können die Patientinnen und ich besprechen, welche Ziele sich auch für die Musiktherapie eignen und wo wir einen Startpunkt setzen wollen. „Besserer Umgang mit meinen Gefühlen“ steht so gut wie immer in der einen oder anderen Variation auf der Zielliste der Patientinnen.

In dieser klaren Zielorientierung offenbart sich bereits wieder ein grundlegender Unterschied zur psychoanalytisch geprägten Arbeitsweise, bei der sich innerhalb der therapeutischen Beziehung und bei einer dem Prozess gegenüber offenen Haltung die jeweiligen Themen erst allmählich zeigen. Im Kontext der DBT nehme ich dagegen auch als Musiktherapeutin eine sehr viel strukturierendere und dadurch auch direktivere Haltung ein. Die vielfach gerade in der Anfangsphase der Therapie von starken Angst- und Schamgefühlen gequälten Patientinnen werden so deutlich entlastet: die Sicherheit durch den von außen gesetzten Rahmen und die Transparenz der gemeinsam beschlossenen Ziele überträgt sich auch auf sie und lässt sie sich schneller auf die Inhalte konzentrieren. Auch Stiglmayr, Bohus und Schehr (2002) sprechen in ihrer Darstellung der therapeutischen Haltung im Rahmen der Skills-Gruppe von einem „Teachingcharakter“, der unter bewusster Abkehr gruppenspezifischer Prozesse den Schwerpunkt auf reine Vermittlung der Inhalte legt. Der Effekt sowohl bei Gruppen- als auch Einzeltherapie ist vergleichbar: Befürchtungen einer potentiell überaus beschämenden, persönlichen

Exponierung gleich zu Beginn der Therapie werden entkräftet und die persönlichen Ressourcen der Patientinnen wertgeschätzt. Der Gefahr einer emotionalen Überforderung kann so bereits entscheidend entgegengewirkt werden. Typische Schweigepausen im Stundenverlauf mit einem für Borderline-Patientinnen hohen und unproduktiven Anspannungspotential entstehen erst gar nicht.

Interessant ist, dass selbst die analytisch geprägte TFP nach Kernberg, die ja ebenfalls das Standardverfahren speziell für Patienten mit BPS modifiziert hat, eine klarere Strukturierung des Therapieverlaufs und Settings inklusive Manualisierung des Verfahrens für notwendig erachtet (s. hierzu Kernberg 2000 und Dammann, Buchheim, Clarkin et al. 2000). Aber auch in der Musiktherapie mit Borderline-Patientinnen, im Umgang mit ihren starken Stimmungsschwankungen und ihrer charakteristischen Sprunghaftigkeit, ist die Möglichkeit einer Anlehnung an ein rahmengebendes Konzept eine große Entlastung. Die Übersicht zu behalten erscheint gerade auf dem komplexen Gebiet der Emotionsarbeit unerlässlich. Dass trotz Struktur und zugrundeliegendem Manual noch viel Bedarf an individueller Ausbalancierung plötzlich auftretender Schwankungen im Therapieprozess besteht, wie es Linehan in ihrer oben zitierten Metapher der Wippe schildert, macht die Arbeit mit diesem Klientel in jedem Moment zu einer faszinierenden Herausforderung.

Affektregulierung in der Musiktherapie

Der Begriff *Affektregulation* an sich deutet bereits die besondere Herangehensweise der verhaltenstherapeutisch geprägten DBT an diesen Themenkomplex an. Es wird hier direkt an der zentralen Bedingung für das Störungsbild gearbeitet, nicht an der Entstehungsgeschichte. Problematische Gefühle sollen *reguliert* und nicht, z. B. für ein weiter vertiefendes „Durcharbeiten“, aktiviert werden. Auch wenn dies nicht immer nach außen hin ersichtlich ist, herrscht bei Borderline-Betroffenen ohne weiteres Zutun oft genug emotionaler Ausnahmezustand. Es gilt in der Therapie vielmehr die Maßgabe, Mittel und Wege zu finden, dieser emotionalen Hochstresssituationen Herr zu werden. Dabei muss gelernt werden, das Ausmaß der Gefühlsüberflutung zu drosseln und schneller wieder in einen ausgeglicheneren Zustand zurückfinden zu können. Bisher nicht zur Verfügung stehende, grundlegende Fertigkeiten dazu müssen mühsam neu erarbeitet und trainiert werden. Hier setzt die DBT am erklärten Kernpunkt der Borderline-Persönlichkeitsstörung, der Affektregulationsstörung an.

Dass gerade mit musiktherapeutischen Mitteln hier ein Beitrag geleistet werden kann, mag zunächst sogar widersprüchlich erscheinen. Musik wird schließlich von den meisten Menschen im Alltag dazu genutzt, Emotionen gleich welcher Art *hervorzurufen* oder zu *verstärken*. Mittlerweile kann die musikpsychologische Grundlagenforschung zahlreiche empirisch gestützte Studien vorlegen, die

erheblich zum Verständnis der engen Beziehung zwischen Musik und Emotionalität beitragen (s. z. B. die Aufsatzsammlung zum Thema von Sloboda und Juslin, 2001). Auch die Neurowissenschaften sind auf diesem Gebiet aktiv und werden sicher auch in Zukunft noch weitere interessante Zusammenhänge entdecken können (s. z. B. Zatorre und Peretz 2001, Spitzer 2002). Alle diese Forschungsarbeiten, auf die hier aus Platzgründen leider nicht näher eingegangen werden kann, belegen aber gerade wieder die besondere Qualität von Musik, einen direkten Weg zur Emotionalität des Menschen zu finden. Physiologisch messbare, aber willentlich nicht kontrollierbare, hochemotionale „Thrill“-Phänomene sind in diesem Zusammenhang ein vielzitiertes Beispiel des unmittelbaren musikalischen Zugriffs auf die emotionale Erlebniswelt des Menschen. Bedeutet dies als Konsequenz nicht notwendigerweise den Ausschluss musiktherapeutischer Verfahren aus der DBT, wo es hier doch um das Erarbeiten einer basalen emotionalen *Steuerungsfähigkeit* gehen soll? Und nicht um affektiv maximal aufgeladene Erfahrungen? Oder könnte umgekehrt behauptet werden, dass auch und gerade unter diesen Bedingungen effektiv an Fortschritten bei der Affektregulierung gearbeitet werden kann, wenn das Risiko klar im Auge behalten und auf die besondere Vulnerabilität der Borderline-Patientinnen besonders eingegangen wird?

In der Folge soll nun davon ausgegangen werden, dass das DBT-Ziel der verbesserten Affektregulierung den Patientinnen trotz dieser grundsätzlichen Bedenken mit musiktherapeutischen Mitteln ein Stück nähergebracht werden kann. Dann müsste allerdings zwangsläufig das Wesen der Musiktherapie mit ihren Möglichkeiten, aber auch den damit verbundenen Gefahren neu überdacht werden. Musikalische Interventionen *nicht* zur Aufdeckung und Bearbeitung belastender Erlebnisse zu nutzen, bedeutet im Prinzip eine radikale Abkehr von traditionellen musikpsychotherapeutischen Paradigmen, dabei aber auch eine Chance zur Eröffnung weiterer Tätigkeitsbereiche wie der hier beschriebenen. Die Modifizierung der musiktherapeutischen Methodik mit ihrem grundsätzlich erlebnisaktivierenden Potential wird allerdings unter diesen veränderten Vorzeichen zur unabdingbaren Voraussetzung.

Im von Marsha Linehan vorgegebenen DBT-Manual sind keine kreativtherapeutischen Verfahren vorgesehen. Dennoch wird in den verschiedensten Kliniken damit experimentiert, was erste Veröffentlichungen zum Thema beweisen.

So ist auf der Homepage der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft ein kurzer Artikel über Musiktherapie bei BPS zu finden, der überblicksartig die mögliche Übertragung von Zielen aus der dialektisch-behavioralen Therapie in die Musiktherapie beschreibt, aber keine Details über die methodische Herangehensweise anführt (Scheidt 2005). Im Jahr 2007 folgte ein Artikel in der Musiktherapeutischen Umschau, in dem Gerhard Kupski als Diplom-Musiktherapeut und zertifizierter DBT-Co-Therapeut seine Sichtweise einer Integration der Musiktherapie in ein stationäres DBT-Setting darlegt (Kupski 2007). Kupski, der seinen Angaben zufolge mit der schöpferischen Musiktherapie nach P. Nordoff und C.

Robbins arbeitet, kommt zu einem vergleichbaren Schluss hinsichtlich der veränderten musiktherapeutischen Zielsetzung: „An oberster Stelle der therapeutischen Zielhierarchie der DBT steht die Stabilisierung der extrem labilen und verwundbaren Patientinnen, sodass die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen in dieser frühen Behandlungsphase auch für die Musiktherapie kein Arbeitsinhalt ist.“ (Kupski 2007, S. 19)

An gleicher Stelle hebt er die grundsätzliche Offenheit der DBT gegenüber zusätzlichen, auch und gerade den erfahrungs- und erlebnisorientierten therapeutischen Verfahren hervor und erwähnt speziell die im Team von Martin Bohus fest integrierte Körper- und Tanztherapeutin Ilona Brokuslaus. In der Veröffentlichung von Bohus und Brokuslaus von 2006 werden Wege vorgestellt, wie mit praktischen körpertherapeutischen Übungen borderlinetypische kognitive und emotionale Schemata unterbrochen werden können, wobei der Steuerung inadäquater oder zu heftiger Emotionen „... durch gezielte Modulation der physischen, insbesondere der motorischen Komponenten“ besondere Bedeutung zugemessen wird. Methoden mit dem primären Ziel der „Emotionsinduktion“, sonst in der Körper- und Tanztherapie üblich, würden dagegen im Kontext der DBT absolut vermieden (Brokuslaus 2009). Es wurden demnach auch in diesem ursprünglich tiefenpsychologisch fundierten Therapiebereich Möglichkeiten gesucht und gefunden, das Verfahren auf dem Boden verhaltenstherapeutischer Theorien grundsätzlich neu zu überdenken und so unter völlig neuen Voraussetzungen, aber sehr wohl sinnvoll, in die Arbeit mit Borderline-Patientinnen zu integrieren. Brokuslaus gilt mittlerweile als Autorität auf dem Gebiet der DBT-Körpertherapie und gibt entsprechende, zertifizierte Fortbildungen zu diesem Thema.

Weitere Veröffentlichungen zum Thema Musiktherapie und DBT sind bisher noch nicht erschienen. Die musiktherapeutische Arbeit mit Borderline-Patientinnen wurde bisher auf tiefenpsychologischer Grundlage beschrieben, so auch bei H. U. Schmidt (2002), dessen Ergebnisse für einen an der DBT orientierten Ansatz allerdings nicht verwendbar erscheinen, da sie voll und ganz im teamübergreifenden stationären Behandlungskonzept auf psychoanalytischer Basis aufgehen.

So lässt sich hier zusammenfassend sagen, dass es durchaus – wenn auch nur wenige – Literaturhinweise gibt, die bereits auf positiven Erfahrungen bei der musik- und auch körpertherapeutischen Arbeit innerhalb des DBT-Settings beruhen und Mut machen, in dieser Richtung weiterzudenken.

Wenn nun im Folgenden mein musiktherapeutisches Konzept für die Arbeit auf der Borderline-Station beschrieben werden soll, möchte ich betonen, dass es sich hier *nicht* bereits um den Anspruch der Erstellung eines Manuals handelt, sondern um meine individuelle Herangehensweise an die Herausforderung, affektregulatorisch innerhalb des DBT-Programms mit musiktherapeutischen Mitteln zu arbeiten. Mir erscheint hier vor allem der prinzipielle Umgang mit der therapeutischen Zielgebung und Haltung interessant. Bei diesen konzeptionellen Überlegungen soll der Fokus auf folgenden Fragen liegen:

Wie erklärt die DBT die Wirkmechanismen ihrer Arbeit an der Affektregulation, und was ist davon auf die Musiktherapie übertragbar?

Bezüglich der übergeordneten Therapieplanung habe ich mich im Laufe der Zeit für folgendes Prozedere entschieden:

Mit so gut wie allen Patientinnen bespreche ich einen Einstieg in die musiktherapeutische Arbeit in Anlehnung an das DBT-Modul der „Inneren Achtsamkeit“. Erfahrungsgemäß schließt sich eine intensive Beschäftigung mit dem Modul „Emotionsregulation“ nahtlos an die in diesem Sinne auch als Einführung verstehbare Konzentration auf die Achtsamkeit an.

Anschließend soll nun ein näherer Blick auf die Arbeit mit dem Achtsamkeits-Modul im Zusammenhang mit dem therapeutischen Ziel der Affektregulation geworfen werden.

Musiktherapie und das Modul „Innere Achtsamkeit“

Das Modul „Innere Achtsamkeit“ stützt sich auf meditative Praktiken der Zen-buddhistischen Tradition. Im Westen bekannt wurde diese an sich spirituelle Übung, die aber gleichzeitig sehr alltagsbezogen ist, durch verschiedene Publikationen wie beispielsweise die des vietnamesischen Zen-Meisters Thich Nhat Hanh. Gerade diese werden im Zusammenhang mit der DBT oft zitiert. Ohne auf den spirituellen Hintergrund wesentlichen Bezug zu nehmen, werden die dort beschriebenen Übungen der Aufmerksamkeitslenkung und des inneren Gewahrseins in die westliche Psychotherapie übertragen.

Laut Berking und Znoj (2006) bemühe sich die Psychologie um eine Definition des Konstrukts Achtsamkeit, was sich aber als schwierig erweise, da es auch im Buddhismus schon die unterschiedlichsten „Schulen“ gegeben habe, und niemand im Westen wiederum eine wirkliche „Definitionshoheit“ besitze. Einig seien sich aber die Autoren über die zentralen Aspekte, die sich auch in der DBT wiederfinden:

Im Mittelpunkt steht eine Wahrnehmungsschulung mit Konzentration auf das „Hier und Jetzt“. „Damit diese ‚Wahrnehmung‘ zur ‚Achtsamkeit‘ wird, bedarf es aber zusätzlich noch des akzeptierenden Moments: Achtsamkeit ist bewusste Konzentration auf die Wahrnehmung plus Akzeptanz von allem, was ich dabei erlebe.“ (Berking und Znoj 2006, S. 308)

In der DBT-Praxis sieht die Umsetzung dieses Konzeptes folgendermaßen aus: es wird unterschieden zwischen den sogenannten „Was-Fertigkeiten“, die aus den Elementen Wahrnehmen, Beschreiben und Teilnehmen bestehen, und den „Wie-Fertigkeiten“, die sich mit der nötigen inneren Haltung beschäftigen: nicht bewertend, konzentriert und wirkungsvoll. Diese Fertigkeiten werden während der gesamten Therapie kontinuierlich und strukturiert geübt. Damit die Achtsamkeitsübungen im

persönlichen Therapieprozess aber tatsächlich ihre volle Wirkung entfalten können, bedarf es eines hohen Ausmaßes an Motivation zu regelmäßigem Üben, auch außerhalb der Therapiegruppen.

Der Zusammenhang von Achtsamkeit und Affektregulation wird in so gut wie allen einschlägigen Publikationen beschrieben. „Das Ziel der Achtsamkeit ist das Erreichen vermehrter Kontrolle und Stabilität. Achtsamkeit ist ein möglicher Weg, um die oft nicht übereinstimmenden Anteile von Verstand und Gefühl ins Gleichgewicht zu bringen und so zu steuern, dass der Zustand von *Intuitivem Verstehen und Wissen* erreicht wird. (...) Menschen mit Emotionsregulationsstörungen haben das Gefühl für Intuition verloren, sie können ihre Gedanken und Gefühle nicht immer zuordnen. Dies vermittelt ihnen den Eindruck keine Kontrolle zu haben.“ (Sendera und Sendera 2005, S. 116f.). In der hier beschriebenen, angestrebten Geisteshaltung findet sich das schon erwähnte Konzept des „wise mind“ wieder.

Die Schulung der wertungsfreien Wahrnehmung vergrößere außerdem die Objektivität der BPS-Patientinnen und weise einen Weg aus der Dichotomie des Denkens in „gut“ und „schlecht“ ohne Zwischentöne. Bezogen auf die Emotionsregulation bedeutet dieser an sich kognitive Aspekt den Aufbau von Distanz zu schnell anflutenden negativen Emotionen, die sich infolge einer mentalen Abwertung beispielsweise einer äußeren Gegebenheit einstellen können. Wird diese mit mehr innerer Distanz, quasi aus der Position eines „inneren Beobachters“, wahrgenommen, können aversive Gefühle eingedämmt werden. Dass umgekehrt aber auch Emotionen die Wahrnehmung beeinflussen können, beschreiben Stiglmayr, Lammers und Bohus (2006): bei einem ängstlichen Menschen beispielsweise stehe die Wahrnehmung angstauslösender Phänomene im Vordergrund, die Wahrnehmung werde also von vorneherein auf emotionsspezifische Faktoren fokussiert. Dadurch wiederum könne sich das Gefühl verstärken, was zu einem Teufelskreis führe. Stiglmayr et al. (2006) erwähnen im Zusammenhang mit dem beschriebenen Gleichgewicht von Gefühl und Verstand auch die Notwendigkeit, mit der Aufmerksamkeit nicht von der Wahrnehmung gegenwärtiger Ereignisse abzuschweifen. Die Konzentration darf also nicht durch Gedanken z. B. an Vergangenheit oder Zukunft getrübt werden, die unweigerlich wieder Gefühle zur Folge haben. Die Autoren halten die Technik der Achtsamkeit für „... die entscheidende Strategie im Umgang mit einer Emotionsregulationsstörung“ (Stiglmayr, Lammers, Bohus 2006, S. 283). Für Sendera und Sendera (2005) ist sie die Grundlage für alle weiteren Module.

Wie schon erwähnt, gilt dies auch für mein musiktherapeutisches Konzept.

Wie bei den Achtsamkeitsübungen in den DBT-Gruppen konzentrieren wir uns in der Musiktherapie bei einer Übungseinheit nicht nur auf eine Sinnesmodalität, sondern nutzen alle in Frage kommenden Sinne. Die Unterscheidung zwischen der Wahrnehmung der äußeren und der inneren Realität behalten wir bei. In der Praxis bedeutet das folgendes: Die Patientin sucht sich ein Instrument aus der bestehenden Sammlung aus und exploriert es gemäß den Prinzipien, die sie bereits

kennt und vor allem in der sogenannten „Achtsamkeitsgruppe“ wöchentlich übt. Was sie dabei beobachtet und wahrnimmt, versucht sie auszusprechen, indem sie das betreffende Instrument so anschaulich wie möglich in all seinen Aspekten beschreibt. Anders, als dies vielleicht zu erwarten wäre, kann es in der Musiktherapie bei der intensiven Wahrnehmung eines bestimmten Instrumentes nicht nur um akustische, sondern auch um visuelle, taktile, kinästhetische und manchmal sogar olfaktorische Sinnesindrücke gehen. Der hohe Aufforderungscharakter vieler Instrumente, besonders auch derer aus außereuropäischen Kulturkreisen, erhöht dabei die Motivation, sich über eine Übungseinheit wirklich nur auf ein Instrument zu konzentrieren.

Ein Fallbeispiel soll an dieser Stelle einen kleinen Eindruck aus der Praxis liefern: *Die 23jährige Frau E., die sowohl die Diagnose BPS als auch PTSD erhalten hat, sitzt schief, verkrampft und unbeweglich auf ihrem Stuhl, sieht meist auf den Boden und vermeidet beinahe jeglichen Blickkontakt. Das Ausmaß ihrer Anspannung, das durch ihre Körperhaltung bereits deutlich wird, gibt sie auf einer imaginären Skala von 1 bis 100 mit einem Wert von ca. 40 an. Ihre unbewegliche Mimik lässt dabei auf kein Gefühl schließen. In der Einzel-Psychotherapie wird gerade an vermehrter Offenheit im therapeutischen Kontakt als grundlegender Behandlungsvoraussetzung gearbeitet, da sich das quasi autistische Verhalten der Patientin auch in den anderen Therapien zeigt. In den letzten Tagen hat sich die Neigung der Patientin zu teils lang anhaltenden dissoziativen Phasen verstärkt. Fragt man die junge Frau nach ihrem Befinden, zuckt sie mit den Achseln und antwortet mit leiser, ausdrucksloser Stimme: „Na ja, geht so.“*

Nach einer kürzlich aufgetretenen, heftigen Krise hat sich Frau E. gegen den Abbruch der DBT entschieden und kommt nun zu ihrer fünften Musiktherapie-stunde. Wie in den vorangegangenen Stunden werden wir ein Instrument aussuchen und alle möglichen Sinnesmodalitäten einsetzen, um es umfassend wahrzunehmen und zu beschreiben. Frau E. entscheidet sich mit meiner Unterstützung für drei Orff'sche Rhythmusinstrumente (Holzblocktrommel, Claves und Röhrentrommel), die wir zwischen uns auf einen Stuhl legen. Wir betrachten die Instrumente, und ich lenke die Aufmerksamkeit der Patientin durch verschiedene Fragen auf einzelne Charakteristika, wie z. B. die Holzmaserung, die verschiedenen glatten Oberflächen etc. Nur sehr zögerlich nimmt sie die Clavesstäbchen auf meine Ermunterung hin auch in die Hand und befühlt vorsichtig das Holz. Sie spricht bei den einzelnen Aspekten der Beschreibung nur das absolut Notwendigste und legt das jeweilige Instrument nach Beantwortung meiner Frage sofort wieder auf den Stuhl zurück.

Auf meine Frage nach der momentanen Dissoziationsneigung sagt sie leise: „die hätte ich hier nur bei den Trommeln.“ Um uns einen Eindruck von dem möglichen Klang der Claves im Vergleich zu den beiden anderen Holzinstrumenten machen zu können, steht nun noch das eigentliche Erzeugen eines Tons aus. Auch auf meine diesbezügliche Frage, wie denn das Instrument wohl klingen könnte,

rührt sich Frau E. keinen Millimeter und blickt schweigend auf den Boden. Schließlich schlage ich ihr vor, dass erst ich ein paar Töne spiele und sie es danach versuchen könne. Dieses Angebot kann sie offenbar besser annehmen, was sie vorsichtig zum Ausdruck bringt. Wir probieren daraufhin alle drei Instrumente aus, klopfen an den verschiedensten Stellen des Holzes und tauschen uns über den jeweiligen Klangcharakter aus. Wenn die Patientin eine Antwort bewältigt hat, stelle ich immer wieder eine neue Idee in den Raum, was wir noch probieren könnten. Als ich eigentlich gerade die Übung beenden will, probiert Frau E. plötzlich zum ersten Mal selbständig weiter und stellt ohne weiteres Nachfragen meinerseits fest, dass der Klang an einer Ecke stark verändert sei, weil es da einen kleinen Riss im Holz gebe. Dadurch angeregt suchen wir nach weiteren beschädigten Stellen an den drei Instrumenten.

Als ich danach auf die Uhr sehe, bemerken wir, dass wir die abgesprochene Zeit um mehr als 5 Minuten überschritten haben. Die Patientin lächelt ganz leicht und meint, dass das „schon o.k.“ sei. Beim Hinausgehen bedankt sie sich.

Was hier deutlich geworden sein dürfte, ist die Mühsal, die an sich selbstverständliche Handlungs- und Kommunikationsformen einer Borderline-Patientin bereiten können. Entscheidungen treffen, im Beisein eines anderen Menschen einer überschaubaren Tätigkeit nachgehen, Beobachtetes aussprechen – all dies wirkt zunächst wie eine unüberwindbare Schwierigkeit. Die berufstätige Patientin erklärt dazu selbst, dass sie in ihrer beruflichen Funktion viel besser zurecht käme, als wenn sie wie hier im therapeutischen Rahmen als Person im Mittelpunkt stehe. Obwohl es bisher nur um sachliche Beobachtungen im Außen und noch gar nicht um innere Prozesse geht, empfindet sie die Situation bereits als sehr „persönlich“. Dazugehörige Gefühle kann sie allerdings noch nicht benennen. Das Aussuchen eines Instrumentes, das übrigens vielen Borderline-Patientinnen große Probleme bereitet, ist nach wie vor die erste Hürde der Stunde: Frau E. gibt kein eigenes Bedürfnis nach einem bestimmten Instrument an, da sie nichts dergleichen verspüren könne. Nachdem sie auf meine entsprechenden Auswahlmöglichkeiten in den ersten Stunden immer mit „egal“ geantwortet, sich so innerlich zurückgezogen und die Verantwortung abgegeben hatte, war ich mit ihr überein gekommen, das Wort „egal“ in Zukunft nicht mehr zu verwenden. Gleichzeitig validiere ich bei jedem sichtbar werdenden Problem die Schwierigkeit dieser Aufgabe und ermuntere sie, trotz des fehlenden Gefühls eine Entscheidung z. B. zwischen „lauten und leisen Instrumenten“ einfach zu treffen, da sie schließlich nur für die nächsten 10 Minuten gelte. Wenn sie das geschafft hat, validiere ich wieder ihren Erfolg, wobei ich beachten muss, dass es den meisten Borderline-Patientinnen ausgesprochen schwer fällt, positive Rückmeldungen anzunehmen und sie darauf paradox reagieren können. Das zunächst größte Hindernis ist aber nach wie vor das Erzeugen von Klängen. Um den Erwartungsdruck von einem „richtig Musik machen“ zu reduzieren, spreche ich hier zunächst nie von „Spielen“ oder überhaupt von „Musik“, sondern nur von „Ausprobieren von Klängen“. Die Wahrnehmung und der Handlungsimpuls werden so wiederum auf eine reine Sachebene und weg von der Person der

Patientin gelenkt. In dieser fünften Stunde ist sie schließlich bereits in der Lage, bei diesem Ausprobieren *mehrere* Töne nacheinander anzuschlagen, während sie in den voran gegangenen Stunden nach *einem* Ton sofort den Schlägel aus der Hand legte. Den größten Fortschritt sehe ich allerdings in der unerwarteten selbständigen Exploration des beschädigten Instruments, nachdem Frau E. vorher jeweils nur auf meine Ermunterung hin tätig wurde und auf Fragen antworten konnte. Zum ersten Mal hat sie hier eigene Initiative gezeigt und dabei sogar die Zeit vergessen. Im Sinne der DBT hat sie also neben *Wahrnehmen* und *Beschreiben* zumindest für einen kurzen Moment auch die dritte „Was-Fertigkeit“, das sogenannte *Teilnehmen* verwirklicht: „Teilnehmen meint das vollständige Aufgehen in einer Aktivität. Bei hoher Wachheit, Konzentration und Bewußtheit, ohne sich von Nebensächlichkeiten oder Reflexionen ablenken zu lassen.“ (Bohus 2002, S. 79f.)

Gleichzeitig hat sie alle drei „Wie-Fertigkeiten“ angewandt: die an sich schwierige *nicht-wertende Haltung* hält sie bisher immer durch, vermutlich weil für sie subjektive Gefühle in solchen Momenten gar nicht spürbar oder zumindest nicht aussprechbar sind. Die Forderung von *Konzentration* scheint ebenfalls erfüllt, während die des *wirkungsvollen Handelns* nun zumindest etwas ins Blickfeld rückt:

„Gemeint ist damit effektives, zielgerichtetes Handeln unter Anwendung der jeweils gegebenen Regeln und Ausschöpfung der maximalen Möglichkeiten. Patientinnen mit BPS entwickeln häufig starke Abneigung, reale Gegebenheiten, ‚so wie sie sind‘, zu akzeptieren. Die Konstruktion von optimaleren Alternativen ‚so sollte es eigentlich sein...‘ eröffnet vielfältige Möglichkeit des Zweifels und der Untätigkeit.“ (Bohus 2002, S. 81) Die vielschichtige Passivität von Frau E. während des Ausschens, Ausprobierens und Aussprechens von wahrgenommenen Details zeigt hier noch starken Aufholbedarf. Aber wie oben beschrieben, sind auch hier auf der Verhaltensebene kleine Fortschritte sichtbar.

Im weiteren Verlauf der Stunden wird sich ein stetiges Zunehmen der Fähigkeiten von Frau E. zeigen: sie wird besser Blickkontakt halten können, sich spontan körperlich mehr bewegen, von sich aus immer öfter vorsichtige, exploratorische Versuche starten, viel mehr Klänge am Stück erzeugen, eine ausdrucksreichere Sprache verwenden und mit festerer Stimme sprechen. Sie wird so als Person und Gegenüber „sichtbarer“ und „spürbarer“ werden und ihre Ansätze emotional-expressiven Verhaltens weiter entwickeln. Als Therapeutin werde ich meine unterstützenden Fragen Schritt für Schritt reduzieren können und diese Fortschritte immer wieder rückmelden und so validieren. Das Phänomen der dialektischen „Wippe“ Linehans wird hier anschaulich.

Das Fernziel einer verbesserten Affektregulation betreffend, könnte man an dieser Stelle von einem langsam voranschreitenden Aufbau von Fähigkeiten im Sinne des Achtsamkeits-Moduls sprechen: Frau E. kann ihren Wahrnehmungshorizont erweitern, indem sie sich intensiv und differenziert mit einem Musikinstrument, das hier stellvertretend für Phänomene aus anderen Lebensbereichen gesehen werden

kann, auseinandersetzt, dabei ihre Sinne schult und sich vielleicht langfristig auch für positive Empfindungen öffnet. Diese verbesserte Differenzierungsfähigkeit der Wahrnehmung wird weiterhin bei einem späteren Arbeiten mit den jetzt noch nicht benennbaren, zugrunde liegenden Emotionen hilfreich sein. Trotz möglicher belastender Gedanken und Gefühle ist sie in der Lage, mehr und mehr mit ihrer Aufmerksamkeit bei ihrer jeweiligen Handlung zu bleiben, und entwickelt mit dieser inneren Haltung Distanz zu kognitiv-emotionalen Störfaktoren.

Ein letzter Aspekt veranlasst mich an dieser Stelle zu einem kurzen Abstecher in ein klassisches Hoheitsgebiet der Verhaltenstherapie.

Exkurs: Die Musiktherapie als emotionales Belastungstraining

So gut wie alle BPS-Patientinnen leiden unter mehr oder weniger schweren Spannungsreaktionen, dem physiologischen Ausdruck der Emotionsregulationsstörung. Dennoch scheint es innerhalb dieser Population eine *besonders* schwer erreichbare Gruppe zu geben, die vor allem oft zu Beginn der Therapie mit extremer Anspannung, Dissoziationen und teilweise selbstverletzendem Verhalten in der Folge reagiert. In der Regel handelt es sich hier um Patientinnen, bei denen eine Komorbidität in Form einer Angst- und Panikstörung oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung vorliegt. Von den Konsequenzen ist auch die Musiktherapie betroffen. Bei diesem Personenkreis, zu dem ich etwa 40% der DBT-Patientinnen, die in die Musiktherapie kommen, zähle (auch Frau E.), gestaltet sich die Eingewöhnungsphase außergewöhnlich kompliziert. Die generelle, übersteigerte Furcht vor unbekanntem Situationen und Umgebungen kann durch Erwartungsängste verstärkt werden. Diese speisen sich oft aus Phantasien von Kontrollverlust und aus diffusen Befürchtungen zur Thematik *Gefühle*, die von Seiten der Patientinnen automatisch mit der Musiktherapie assoziiert wird.

Gelingt es, diese Patientinnen zu motivieren, den Besuch der Musiktherapie als sinnvolle Herausforderung und stellvertretend für andere angstauslösende Situationen in ihrem Alltagsleben zu verstehen, gibt es eigentlich keinen Grund, nicht einen Behandlungsversuch zu unternehmen. Dann allerdings bekommt, – verhaltenstherapeutisch gedacht, der Besuch der Musiktherapie den Charakter einer Angstexposition. *Expositionsverfahren* werden in der Verhaltenstherapie traditionell bei der Bearbeitung von Ängsten eingesetzt und zielen auf eine Beendigung nicht förderlichen Vermeidungsverhaltens ab. Vermeidung bei BPS-Patientinnen kann z. B. Therapieausfälle und -abbrüche, Dissoziationen und impulsiven Verhaltensweisen bedeuten. Verhaltenstherapeutisch wird hier interessanterweise nie von „Abwehr“ oder „Widerstand“ gesprochen und das Verhalten im analytischen Sinne gedeutet, wie dies auch in der psychodynamisch geprägten Musiktherapieliteratur üblich ist (s. z. B. Schmidt 2002). Vielmehr wird direkt auf der Verhaltensebene nach einem transparenten Prozedere gearbeitet. Iver Hand (2008) äü-

ßert sich zum Thema Exposition folgendermaßen: „Übungen zur Aufhebung von Vermeidungsverhalten und zum Abbau der negativen kognitiv-emotionalen und physiologischen Reaktionen auf bestimmte Situationen, Objekte, Problemfelder oder Personen gehören zu den potentiell hilfreichsten aber auch risikoreicheren psychotherapeutischen Verfahren.“ (Hand 2008, S. 155)

Im Sinne des bei Hand (2008) geschilderten Desensibilisierungsmodells kann auch in der Musiktherapie dem Prinzip der „kleinen Schritte“ gefolgt werden, das die Entstehung von Angst zu verhindern versucht. Bohus (2002) zufolge, der sich in seiner Anleitung zur Reizexposition bei BPS-Patientinnen allerdings auf die noch ungleich schwierigere Arbeit an traumatischem Material bezieht, sei es Aufgabe des Therapeuten, zu heftige Emotionen, hohe Anspannung oder Dissoziationen zu modulieren bzw. zu blockieren. Die Patientinnen werden aktiv dazu angehalten, aus alten Erfahrungsmustern der Hilflosigkeit und Ohnmacht auszu-steigen. Während des Verfahrens solle der Effekt der Habituation genutzt werden, also eines Nachlassens der primären Emotionen im Verlauf des Prozesses. Im Unterschied hierzu handelt es sich bei der Teilnahme an der Musiktherapie zwar nicht um die Konfrontation mit Realtraumata, aber doch mit heftigen Attacken von Angst und Scham, die bei Borderline-Patientinnen immer das Risiko einer emotionalen Überflutung mit hoher Anspannung und Dissoziationen als Konsequenz bergen. Deswegen beziehe ich mich gerade bei diesen hier besprochenen, besonders vulnerablen Patientinnen innerhalb des Borderline-Klientels auf die von Bohus dargestellten Leitlinien für Expositionsverfahren.

In die Musiktherapie übersetzt bedeutet das für mich als Therapeutin eine besonders aktiv gestaltende Haltung, die den Stundenverlauf für die Patientinnen transparent und nachvollziehbar macht und ihnen die Gelegenheit gibt, ihn jederzeit zu unterbrechen. Außerdem führe ich bei dieser Patientengruppe gerade zu Beginn einer Behandlung sehr kurze Therapiezeiten ein, die für die Patientinnen noch zu bewältigen sind, also ca.10 bis 15 Minuten. Allein diese Absprachen haben meist eine deutliche Erleichterung auf der Seite der Patientinnen zur Folge. Das Unterbrechen eines Prozesses durch die Patientin selbst erzeugt dagegen schon wieder einige Schwierigkeit: sich zu melden und um Hilfe zu bitten erscheint für viele zunächst unmöglich, was wiederum neue Absprachen, z. B. den Einsatz einer „Notfallkarte“, aber auch einiges Üben erforderlich macht. Ich werde also selber vor allem zu Anfang des Prozesses auf erste Anzeichen von Dissoziationen oder extremer Anspannung achten und die Patientin darauf ansprechen. Sollte es nötig werden, führen wir gemeinsam entsprechend ihrer persönlichen Skills-Sammlung z. B. bestimmte Körperübungen aus, die die Anspannung reduzieren helfen (s. dazu das Kapitel zur Stresstoleranz, Bohus 2002).

Wieder zur Fallvignette von Frau E. zurückkehrend, ließe sich so ein hochrelevanten Aspekt der Affektregulation in den ersten Wochen ihrer Teilnahme an der Musiktherapie erklären: die Gestaltung des Settings wurde in gemeinsamer Absprache ihren besonderen Bedürfnissen angepasst, um sie nicht zu überfordern. In ganz kleinen Schritten können die Anforderungen in für sie transparenter Weise

erhöht werden, was der Gefahr einer emotionalen Überflutung entgegen wirkt. So können Habituationsmechanismen in Kraft treten, die die vermuteten starken Ängste und/oder Schamgefühle reduzieren helfen. Frau E. kann so die Erfahrung machen, dass sie eine belastende Situation aushalten und ihre aversiven Gefühle bewältigen kann. Mit entsprechender kognitiver Verankerung dieses Effekts wird sie sich womöglich in ähnlich emotional besetzten Situationen an diesen Erfolg erinnern und entsprechend handeln können.

Welche emotionsregulatorische Bedeutung die im Achtsamkeitstraining geübte „Wie-Fertigkeit“ der nicht-wertenden Haltung haben kann, zeigt folgendes Beispiel: *Die 45jährige Frau D. zeigt in krassem Gegensatz zu Frau E. ihre Emotionen deutlich nach außen und wird sichtbar von ihnen überschwemmt. Mit Offenheit im therapeutischen Kontakt und einer wirkungsvollen Arbeitsweise hat sie keine Probleme. Von allen Therapeuten und dem Pflegepersonal werden im Team regelmäßig die hohe Motivation, Offenheit und die Bereitschaft, sich intensiv ihren Themen auszusetzen, rückgemeldet. In ihrer 4. Musiktherapiesitzung greift sie nach einer bunten mechanischen Spieldose, dreht kurz an dem Rädchen und bricht in Tränen aus. Die Erinnerungen an die glückliche Zeit vor dem frühen Tod der Mutter übermannen sie schon beim Anblick und den ersten Tönen, wie sie sagt. Trotzdem entscheidet sie sich für die Arbeit mit diesem „Instrument“. Während sie die Details der Spieldose zu erfassen sucht, obwohl sie immer noch mit den Tränen kämpft, sagt sie immer wieder vor sich hin: „das ist nur eine bunte Dose“. Nach ein paar Minuten ist sie wieder ruhiger geworden und kann sich besser auf die eigentliche Übung konzentrieren. Im anschließenden Gespräch können wir klären, dass sie mit diesen selbstberuhigenden Sätzen versucht hat, auf Distanz zu ihren Erlebnissen zu gehen, die sie immer wieder auch im Alltag in ähnlicher Weise überfluten und handlungsunfähig machen. Sie sei dadurch wieder in die Gegenwart gekommen und habe dazu ihre Wahrnehmungsfähigkeit einsetzen können. Sie kann sich im Gegensatz zu vielen Borderline-Patientinnen über Erfolge und positive Rückmeldungen freuen und verlässt beschwingt und stolz den Raum.*

Als Frau D. die ersten Töne der Spieldose vernimmt, gleitet sie zunächst durch die subjektive Beurteilung der lange zurückliegenden Phase ihrer Kindheit als „glücklich“ in eine Haltung hinein, die in der DBT als *wertend* bezeichnet wird. Emotionen kommen damit automatisch ins Spiel.

Gleichzeitig werden schmerzliche Erinnerungen, und damit weitere innere kognitiv-emotionale Störfaktoren heraufbeschworen, die ebenfalls für die angestrebte objektive Wahrnehmung hinderlich sind. Das wissenschaftlich erwiesene besondere Potential von Klang und Musik, persönliche Erinnerungen zu wecken und Assoziationen zu erzeugen, wird hier deutlich. Anstatt allerdings bei dem zu Tage getretenen Material zu bleiben, versucht Frau D. erfolgreich, sich davon abzuwenden und so die hochschießenden Gefühle einzudämmen. Das Instrument

verliert den subjektiven Bezug zur „glücklichen“ Kindheit mit allen emotionalen Konsequenzen. Es wird wieder zu einem reinen Objekt und kann von Frau D. ohne neue innere Ablenkung weiter beschrieben werden, was die eigentlich Aufgabe gewesen war.

Ähnlich gelagert ist die Arbeit mit spontanen Abwertungen gegenüber Gegenständen, Personen oder Situationen, die bei Borderline-Patientinnen oft zum Verhaltensrepertoire gehören.

In die Musiktherapie übersetzt bedeutet dies, dass sie auch manche Instrumente sofort abwerten, weil sie beispielsweise als „eklig“, „bedrohlich“ oder schlicht „blöd“ empfunden werden. Dadurch treten schnell negative Gefühle auf, von denen die Patientinnen sich nach und nach durch das Konzentrieren auf die rein objektiv wahrnehmbaren Tatsachen distanzieren lernen: das „eklige“ Trommelfell ist eine tierische und keine menschliche Haut, der „bedrohliche“ Gong nur eine große Metallscheibe und das „blöde“ Xylophon kann nichts dafür, dass der Musiklehrer damit in der Schule seinerzeit einen langweiligen Unterricht gemacht hat. Phänomene wie diese lassen sich selbstverständlich in den Alltag der Patientinnen übertragen. Dadurch wird sich auf der Verhaltensebene ihr Handlungsspielraum enorm erweitern können, weil die Dinge nicht von vorneherein abgelehnt und weggelegt werden. Dies wiederum kann auf kognitiv-emotionaler Ebene allmählich zu positiven Effekten im Hinblick auf das borderlinetypische, niedrige Selbstwertgefühl führen und Selbsthass regulieren helfen.

Die methodischen Möglichkeiten im Rahmen von Achtsamkeitsübungen sind natürlich noch viel zahlreicher als hier dargestellt. Allerdings würde es den Rahmen dieses Artikels sprengen, beispielsweise auch auf die Möglichkeiten der Regulativen Musiktherapie nach Schwabe (2004) detailliert einzugehen. Schwabe selbst sieht hier in seinem musiktherapeutischen Ansatz auch eine Nähe zur Verhaltenstherapie, ohne diese jedoch im Detail näher zu beschreiben. Überhaupt stellt rezeptive Arbeit mit Musik von Tonträgern eine weitere unerschöpfliche Quelle für Wahrnehmungsübungen dar. Gerade Patientinnen mit musikalischen Kenntnissen können hier ihre Ressourcen auch in Form von theoretischem Wissen (Rhythmus, Motive und Harmonien erkennen etc.) nutzen. Gerne verweise ich hier auch auf den interessanten Ansatz von Oerter (2006), der sich auf rezeptive Gruppenarbeit mit BPS-Patienten bezieht und ebenfalls um ein hohes Ausmaß an Struktur und Sicherheit bemüht ist.

Meine bisherige Erfahrung mit Wahrnehmungsübungen bei rezeptiver Methodik haben mich allerdings vor allem in den Anfangsphasen eines Therapieverlaufs davon abrücken lassen, da die Patienten hier schneller als bei aktiven Verfahren von Gefühlen übermannt werden und mehr Probleme mit Konzentration und nicht-wertender Haltung zu haben scheinen. Auch dissoziative Zustände können häufiger auftreten.

Die Ziele des musiktherapeutischen Achtsamkeitstrainings im Hinblick auf die Affektregulierung seien hier noch einmal kurz zusammengefasst:

- Reduzierung von heftigen, negativen emotionalen Reaktionen bei besonders schwer betroffenen Bodeline-Patientinnen, die ein überschaubares therapeutisches Vorgehen in reduzierter Form benötigen
- Intensives Üben der „Was- und Wie-Fertigkeiten“
- Aufbau von innerer Distanz zu belastenden Emotionen
- Dabei zusätzlich Einführung in das Instrumentarium und Aufbau der therapeutischen Beziehung.

Ich bin auf die Thematik *Musiktherapie und die Haltung der inneren Achtsamkeit* detailliert eingegangen, weil mir hier die fundamental andere Denk- und Arbeitsweise einer verhaltenstherapeutisch geprägten Musiktherapie besonders deutlich zu werden scheint. Außerdem wird so ein Grundstein für das bessere Verständnis der weiteren Schritte auf dem Weg zu mehr Emotionsregulation gelegt.

Musiktherapie und das Modul „Emotionsregulation“

Während die Wirksamkeit der „Inneren Achtsamkeit“ auf einem langen Übungsweg zur Erarbeitung einer neuen inneren Haltung beruht, arbeitet das Modul „Emotionsregulation“ direkt mit den Affekten. Allerdings gibt es viele Aspekte, in denen sich die Inhalte beider Module überschneiden und ergänzen.

Zunächst wieder ein Blick auf die DBT-Theorie:

Bohus (2002) definiert Emotionen folgendermaßen:

„*Emotionen sind als Netzwerk zu verstehen*, das die Funktion hat, Informationen ohne Zeit- und Energieverlust zu verarbeiten, mit den Interessen des jeweiligen Individuums abzugleichen und in Handlungsentwürfe umzusetzen.“ (Bohus 2002, S. 87) Dazu gehörten mehrere Komponenten, die innerhalb eines Regelkreises zusammenwirkten: Kognition, Affekt und physiologische Prozesse (Wahrnehmung und Verarbeitung von Stimuli, körperliche Empfindungen als Reaktionen hierauf, Motorik) seien gemeinsam verantwortlich für das Entstehen von Emotionen und darausfolgender Handlungsentwürfe. Dabei gelte, dass die Heftigkeit der Emotionen unmittelbare Auswirkungen auf die Kontrollierbarkeit der daraus folgenden Handlungen habe. Außerordentlich wichtig seien kognitive Bewertungsprozesse der auf den Organismus einströmenden Informationen, die die Richtung der aufkommenden Emotionen bestimmten (angenehm oder unangenehm). Dies wiederum habe Konsequenzen für die entstehenden Handlungsimpulse. Diese Bewertungen speisten sich, wie es auch in der hier vorliegenden Arbeit bereits zu sehen war, aus den jeweiligen persönlichen Erinnerungen, könnten also keine Aussage über die Objektivität der wahrgenommenen Informationen machen. Verschiedene Rückkopplungsprozesse versorgten den Organismus immer wieder mit aktuellen

Informationen zur weiteren Entwicklung beispielsweise der äußeren Gefahrenlage oder der Ergebnisse von Verarbeitungsversuchen. In diesem gesamten Prozess könne es nun zu verschiedenen Fehlentwicklungen kommen:

- „– Alte, ehemals gefährliche Informationen können plötzlich sehr heftige unkontrollierbare Erregungszustände auslösen.
- Wir können eine Information fehlerhaft interpretieren und bewerten.
- Wir können uns verbieten, eigentlich sinnvolle Handlungsentwürfe durchzuführen.“ (Bohus 2002, S. 88)

Aus dieser, hier nur sehr verkürzt dargestellten neurobehavioralen Emotionstheorie leitet sich das weitere therapeutische Vorgehen des Moduls „Emotionsregulation“ ab, das an den verschiedenen „fehlerhaften“ Punkten des emotionalen Regelkreises ansetzt.

Für die Umsetzung in die Musiktherapie greife ich aus dem Modul mehrere Aspekte heraus, die im Folgenden zur Diskussion gestellt werden sollen.

Der Umgang mit negativen Reizen

Bohus (2002) beschreibt hierzu einen Aspekt, der zunächst als paradox erscheinen könnte, aber im Alltag von BPS-Patientinnen eine große Rolle spielt. Borderline-Patientinnen können „freiwillig“ negativ besetzte Situationen gehäuft aufsuchen, dann aber in selbstverletzender Absicht.

Selbstverständlich hat dieses Phänomen auch auf die beteiligten Affekte eine nicht zu unterschätzende Auswirkung. In der Musiktherapie begegnet man diesem Verhalten in Form von Lieblingsmusiken der Patientinnen, die oft der „Gothic“-Szene zuzurechnen sind und eine stark borderlinetypische Atmosphäre verbreiten. Die Patientinnen fühlen sich gerade von dieser Musik besonders verstanden, hören sie teilweise bis zum Exzess und verfallen im Extremfall danach in selbstverletzende Verhaltensweisen. Kupski (2007) erwähnt dieses Phänomen ebenfalls: „Songtexte aus dem ‚Gothic‘-Bereich unterstützen und etablieren nicht selten eine ‚Kultur der Selbstschädigung‘.“ (Kupski 2007, S. 25) Er rückt diese Art von Musikkonsum in die Nähe der Umgangsweise mit Musik, wie sie bei Drogenabhängigen zu beobachten sei. Ich folge Kupski in seiner Argumentation, mit den Patientinnen verbindliche Regeln zu erarbeiten, dass zu bestimmten Situationen entsprechende Musik nicht gehört werden sollte, bei ohnehin steigendem Schneidedruck beispielsweise. Allerdings kann es ausgesprochen schwierig sein, sie davon zu überzeugen, ihre absolute Identifikationsperson in Form einer Lieblingssängerin zu meiden. Es ist ein hohes Maß an Validierung erforderlich, um in dieser Hinsicht echtes Verständnis für die potentiell selbstschädigende Wirkung dieser Art Musikkonsums und einen Willen zur Veränderung der Verhaltensweisen zu erzielen.

Die Schaffung positiver Reize

Auch bei diesem zweiten Ziel soll bewusst an einer „Veränderung der Reizexposition“, wie Bohus (2002) es nennt, gearbeitet werden: Es geht hier um ein vermehrtes, vom Therapeuten initiiertes Aufsuchen von Situationen mit einem Potential für positive Erlebnisse und damit auch für angenehme Gefühle. „Auch diese, so selbstverständlich klingende Strategie fällt Borderline-Patientinnen häufig außerordentlich schwer. Dysfunktionale kognitive Schemata bis hin zu inneren Stimmen, die vermitteln, daß die Patientin ‚es nicht verdient habe, daß es ihr gut gehe, daß sie nichts wert sei‘, erschweren die Planung und Umsetzung von positiven Ereignissen.“ (Bohus 2002, S. 91)

Trotz der bereits beschriebenen, potentiell belastenden Faktoren der Musiktherapie steht außer Frage, dass es auch für diesen Patientenkreis musikalische Aktivitäten gibt, die einfach Spaß machen und Lebensfreude spürbar werden lassen. Es gilt hier, auch nach verborgenen Ressourcen zu fahnden, die im besten Fall einen nachhaltigen Effekt für die Zeit nach der stationären Behandlung haben könnten. Manchmal sind sogar verschüttete Kenntnisse im Instrumentalspiel oder alte Wünsche oder Vorlieben zu entdecken, wie dies auch Kupski (2007) beschreibt.

Zur Illustration dieses Aspektes der Emotionsregulation eine weitere Fallvignette aus der Therapie von Frau D.:

Frau D. hatte in ihrer Jugend eine Musiklehrerin als Nachbarin, bei der sie Blockflötenunterricht nahm. Immer habe sie es sich damals gewünscht, ein paar Töne auf dem großen Flügel der Lehrerin auszuprobieren. Ihre Kameradinnen hätten das gedurft, sie nicht. Diese Ungerechtigkeit führt sie auf ihre sozial benachteiligte familiäre Herkunft zurück. Das Klavier im Musiktherapieraum reizt sie von Beginn der Therapie an. Als sie sich immer sicherer fühlt, wählt sie es aus und setzt sich davor, wird aber sofort wieder von heftigen Gefühlen überflutet und weint. Die Trauer des kleinen Mädchens aus der Vergangenheit, das sich in der Nachbarschaft immer ausgeschlossen fühlte, ist sofort präsent. Sie verdiene das Klavier auch jetzt nicht. Um den heftigen Gefühlsansturm in den Griff zu bekommen, treten wir – auch im räumlichen Sinne – erst einen Schritt zurück und betrachten das Klavier im Sinne der nicht-wertenden Wahrnehmung. Frau D. wiederholt wieder ihre Beschwichtigungsformel „Das ist nur ein großer Holzkasten!“, um zur gegenwärtigen Realität zurückzukommen. Nach ein paar Minuten setzen wir uns zu zweit vor das Instrument, die Trauer ist „messbar“ abgesunken, wenn auch noch nicht überwunden. Dem Vorschlag, immer eine schwarze Taste im Wechsel mit mir anzuschlagen und dabei das rechte Pedal zu treten, kann sie nachkommen. Nach den ersten Klängen ruft sie überrascht aus: „Das klingt ja richtig gut! Dass ich das hinbringe!“ und ist begeistert.

Einer psychodynamisch orientierten musiktherapeutischen Herangehensweise folgend könnte das Thema „Trauer über die Kindheit“ im Mittelpunkt stehen und das Klavier für weitere aufdeckende Arbeit an der traumatisch erlebten Vergangenheit von Frau D. genutzt werden. Im Rahmen der DBT dagegen war es hier das erklärte

Ziel der Patientin, sich als Erwachsene endlich einen Kindheitstraum zu erfüllen. Meine Begleitung dabei zielt nur auf die Ermöglichung einer *positiven* Erfahrung ab, indem ich an die Übung aus dem Modul der Achtsamkeit erinnere, um ihr bei der Regulierung der alten Trauergefühle zu helfen. Der dann folgende einfache Spielvorschlag am Klavier kann erfahrungsgemäß schnell zu einem Erfolgserlebnis führen, da auf der Pentatonik basierende Klangfolgen, die im Pedal gehalten werden, allgemein als „harmonisch“ und „angenehm“ empfunden werden. Ein derart schnelles Umschlagen von negativen in positive Gefühle ist für Borderline-Patientinnen aufgrund ihrer Affektlabilität durchaus im Bereich des Möglichen. Frau D. machte in dem hier beschriebenen Kontext die exemplarische Erfahrung, dass sie es schaffen kann, selbstabwertende Gedanken und starke Gefühle von Selbsthass und Trauer hinter sich zu lassen. Dafür rückt sie bewusst von ihrer Selbstinvalidierung und der Bewertung des Klaviers als Symbol für erlittene emotionale Verletzungen ab. Der Weg zum Erleben ungetrübter freudiger Empfindungen kann so überhaupt erst freiwerden. Zur weiteren Vertiefung der einmal gemachten Erfahrung sprechen wir ab, dass Frau D. das Klavier immer wieder nutzen darf, wenn „Freude“ zum Thema der Therapie-stunde werden soll, um ihr diesen Bereich so oft wie möglich zugänglich zu machen.

Dass die Arbeit mit der Emotion Freude zunächst allerdings oft an aversiven Affekten wie Selbsthass und selbstabwertenden Kognitionen scheitert („Mir darf es nicht gut gehen.“) und nicht so schnell wie bei Frau D. einem angenehmen Gefühl Raum geben kann, ist Alltag in der Borderline-Behandlung. Entsprechend ist auch bei diesem Ziel, der bewussten Ermöglichung positiv besetzter, emotionaler Erfahrungen sehr viel Fingerspitzengefühl, Validieren und Ausbalancieren auf der dialektischen „Wippe“ erforderlich.

Die Veränderung der Bewertungsprozesse

Nach der Arbeit an der Einflussnahme auf das Einströmen von Reizen im Außen geht es hier um das gezielte Eingreifen in den komplexen Verarbeitungsprozess aversiver Emotionen, die ein großes Risiko für dysfunktionale Handlungsimpulse bergen.

Bohus (2002) entwirft hierfür ein übersichtliches Modell in acht Schritten, das sich vom ersten Spüren einer Emotion bis zu einer adäquaten Handlung erstreckt. In verschiedenen Zwischenschritten wird immer wieder eine neue Entscheidung für das weitere Vorgehen getroffen.

Kurz die für die Musiktherapie relevanten Punkte zusammenfassend geht es hier zuerst um das für Borderline-Patientinnen außerordentlich schwierige, aber essentielle *Identifizieren und Benennen* der jeweiligen Emotion. Darauf folgt ein *Einschätzen und Relativieren* der individuellen emotionalen Reaktion: ist sie an dieser Stelle adäquat, oder würden die meisten anderen Menschen mit völlig anderen Gefühlen oder weniger heftig reagieren? Dies entspricht einer Bewusstmachung der persönlichen Bewertungstendenz. Nach dieser Realitätsprüfung wird über den Handlungsentwurf entschieden: bei einer Einschätzung der Emotion als adäquat sollen die Patientinnen versuchen, sie in eine *entsprechende Handlung* um-

zusetzen (z. B. ein Konfliktgespräch bei Ärger über eine persönliche Beleidigung führen). Gilt sie als inadäquat, wird das sogenannte *entgegengesetzte Handeln* angestrebt (z. B. eine körperliche Aufrichtung trotz Schamgefühle). Ein weiteres Verfahren wird als *Radikale Akzeptanz* bezeichnet und immer dann eingesetzt, wenn es keine Möglichkeit auf der Handlungsebene gibt, eine aversive, aber als adäquat eingeschätzte Emotion zu beeinflussen (z. B. Trauer nach einem Todesfall). Dabei bemühen sich die Patientinnen um ein Loslassen von emotionalem Leid. Das Gefühl wird nicht unterdrückt, sondern angenommen, und sein Anströmen, aber auch Abflauen bewusst wahrgenommen.

Beim ersten Schritt, der Identifizierung und Benennung von Emotionen, wird wieder die Achtsamkeit zu einem wichtigen Element, und zwar in diesem Fall die Achtsamkeit, die sich nicht mehr auf äußere Gegebenheiten sondern auf innere Prozesse richtet. Die Einführung des sogenannten *inneren Beobachters* ist auch für die Musiktherapie ein wertvoller Schritt. Dabei handelt es sich um eine bildhafte, innere Instanz, die bewusst die Aufmerksamkeit auf die eigenen Gefühle und Gedanken lenkt, aber auch Empfindungen auf der physiologischen Ebene wahrnimmt, die letztendlich ein Gefühl überhaupt erst spürbar werden lassen.

Was die Differenzierung einzelner Grundgefühle angeht, ist in der Literatur zur DBT ein gewisser Pragmatismus spürbar. Linehan (1996), Bohus (2002) und Sendera und Sendera (2005) variieren in ihren jeweiligen Aufzählung dieser Emotionen. Das in meinem Arbeitsbereich verwendete Patientenmanual wiederum nennt acht Grundgefühle: Liebe, Freude, Wut, Traurigkeit, Angst, Scham, Schuld und Ekel. Was die Musiktherapie betrifft, habe ich ebenfalls aus pragmatischen Gesichtspunkten sehr oft auch Neugier und Trotz identifizieren lassen, da sie im musiktherapeutischen Rahmen in vielen Fällen sowohl im positiven als auch im negativen Sinne handlungsleitend werden können.

Erste Versuche mit dem inneren Beobachter können in der Musiktherapie bereits im Zusammenhang mit den oben beschriebenen Wahrnehmungsübungen erfolgen, die eigentlich noch auf die Instrumente, also nach außen gerichtet sind. Wirkt eine Patientin beispielsweise plötzlich sehr konzentriert bei der Sache, obwohl sie vielleicht vorher noch über Müdigkeit, Unlust oder die typische „innere Leere“ geklagt hat, kann man sie fragen, welches Gefühl sie nun zu dieser Betriebsamkeit veranlasst hat. „Neugier“ oder „Interesse“ sind erfahrungsgemäß relativ unbelastete Emotionen, die von den Patientinnen vergleichsweise leicht identifiziert und benannt werden können. Schwieriger wird es bei einem möglichen nächsten Schritt, nämlich die „Gegenspieler“ von Neugier und Interesse in den Blick zu nehmen, also aversive Gefühle, die einen potentiell sinnvollen Handlungsimpuls unterdrücken: Hier können Angst, Scham oder Ekel zu mächtigen Hindernissen werden. Dass diese Gefühle, die sowohl vor als auch während der Musiktherapie-stunde entstanden sein können, oft nicht in Reinform vorhanden sind, erschwert die Lage zusätzlich.

Ein neues Fallbeispiel soll dies hier verdeutlichen:

Die 23jährige Frau L. hat sich gerade von ihrem Freund getrennt, der sie nachweislich über längere Zeit mit einer anderen Frau betrogen hat. Sie kommt in entsprechend „schlechter Stimmung“ und mit Anspannung im mittleren Bereich in ihre neunte Musiktherapiestunde. Eines ihrer DBT-Ziele ist der verbesserte Umgang mit Wut und fremdaggressiven Verhaltensweisen. Ihre sonst etwas stereotyp wirkende Stimme klingt auffallend emotionaler als sonst. Wir beschließen gemeinsam, dass es sinnvoll wäre, mehr über die Emotionen herauszufinden, die sich hinter der „schlechten Stimmung“ verbergen. Frau L. lässt sich auf das Experiment ein, für ihre Stimmungslage passende Instrumente herauszusuchen und anzuspieren. Zuerst wählt sie die Djembe und spielt zwei kurze, aber sehr akzentuierte „Trommelwirbel“. Das sei die Aggression und die Anspannung, meint sie. Danach steuert sie auf den großen Gong zu, schlägt ihn mehrfach an und stoppt den Klang mit der Hand, als er sich zu überschlagen droht. Das symbolisiere das Ohnmachtsgefühl, das sie am Ende der Beziehung zu ihrem Exfreund empfunden habe. Der Klang des Gongs sei ebenso unkontrollierbar und werde schnell „zuviel“. Zuletzt verweilt sie etwas am Metallophon, spielt leise Klänge und erklärt diese mit Erinnerungen an die schönen Zeiten in der Beziehung. Es gebe da auch ein „bisschen Trauer“. Nun sei sie eigentlich fertig. Nach meiner Ermutigung, noch etwas weiterzusuchen, wendet sie sich spontan dem Becken zu und spielt mit blitzenden Augen einen sehr lauten Schlag. Das seien „Rachegelüste“, sie verspüre ein großes Triumphgefühl. Danach setzt sie sich noch ans Klavier und spielt bei getretenem Pedal leise Terzenverbindungen. Plötzlich unterbricht sie sich mit den Worten: „Das reicht jetzt!“, lacht kurz auf und beginnt heftig zu weinen.

Bei Frau L. handelt es sich ganz klar nicht um eine der besonders ängstlichen und schüchternen Patientinnen, die im obigen Exkurs beschrieben wurden. Sie ist durchaus in der Lage, sich frei im Raum zu bewegen und die Instrumente gemäß ihrer Bestimmung zu nutzen. Das Ziel war zunächst, die Emotionen zu identifizieren und zu benennen. Dazu wurde die Symbolkraft der Instrumente genutzt, wie es beispielsweise auch in der systemisch orientierten Musiktherapierichtung geschieht (s. z. B. Zeuch, Hänsel, Jungaberle 2004). Die rein subjektive Zuordnung zu einer noch unklaren „Empfindung“ ermöglicht hier eine fortschreitende Auseinandersetzung und ein intensiveres Gewahrwerden der zugrunde liegenden Gefühle, die von Frau L. zunächst nur als „schlechte Stimmung“ benannt werden können. Die Patientinnen lassen sich bei dieser Arbeit Zeit, wandern zunächst im Raum umher und probieren verschiedenste Instrumente aus, um den für sie „passenden“ Klang zu finden. Frau L. konnte dabei sehr zielgerichtet handeln, schnell entsprechende Instrumente ihren bis dahin nicht greifbaren Gefühlen zuordnen und diese daraufhin sofort auch benennen. Nicht alle Patientinnen schaffen diese Übersetzung in die Sprache allein und derart zügig. Sie brauchen weitere Rückfragen („Wie würden Sie den Klang beschreiben?“, „Spüren sie eine Reaktion in ihrem Körper?“, o. ä.), und verschiedene Auswahlmöglichkeiten, um potentiell weniger passende Emotionen

auszuschließen („Passt dieser laute Klang für Sie zu Liebe oder eher zu Wut. Linehan (1996) bezeichnet dieses Ausschlussverfahren als ein *Anbieten von Multiple-Choice-Fragen über Emotionen*. „... Der Vorteil dabei ist, daß dies keine offenen Fragen sind. Borderline-Patientinnen kommen häufig mit offenen Fragen zu ihren momentanen Gefühlen einfach nicht zurecht. Multiple-Choice-Fragen über Emotionen lassen ihnen Wahlmöglichkeit, aber nicht zu viel.“ (Linehan 1996, S. 173)

Für die meisten Patientinnen ist die affektregulatorische Wirkung dieses Differenzierungsprozesses schon spürbar, ohne weitere Schritte unternommen zu haben. Sie fühlen sich allein durch die neue innere Klarheit bereits deutlich entlastet.

Für Frau L. schien mir nach der oben dargestellten Bewältigung der Emotionsidentifikation ein weiterer Aspekt sehr wichtig: das Validieren ihres emotionalen Erlebens, das hier ungewohnt sichtbar wurde.

Da ist erstens die Überwindung ihrer Furcht vor dem eigentlichen Erleben heftiger und unangenehmer Gefühle zu nennen, die ausreichender Wertschätzung bedarf. Frau L. gehört sicher zu den Borderline-Patientinnen, die typischerweise ihre Gefühle nicht nur vor anderen Menschen, sondern auch dem eigenen Erleben sehr gut verbergen können. Linehan (1996) nennt dieses Verhalten „Gefühls-Phobie“, und schreibt dazu: „Borderline-Patientinnen haben so große Angst vor Gefühlen, insbesondere vor negativen, dass sie diese zu vermeiden suchen, indem sie das Erleben blockieren. Das heißt, sie vermeiden emotionale Auslösereize und hemmen das Erleben von Emotionen; dadurch haben sie keine Gelegenheit zu lernen, daß nicht behinderte Emotionen kommen und auch wieder gehen.“ (Linehan 1996, S. 257) In diesem Zusammenhang wird immer wieder das Bild von Wasserwellen metaphorisch verwendet, die an den Strand rollen, sich aber auch wieder zurückziehen. Linehan spricht bei dieser Arbeitsweise von *Gefühls-Exposition*, was m. E. auch für musiktherapeutische Methoden wie der oben geschilderten gelten kann.

Zweitens braucht Frau L. viel emotionale Unterstützung, nachdem sie am Ende der Sequenz ihre Gefühle so offen vor mir gezeigt hat. Zum ersten mal war hinter ihrer auf den ersten Blick sehr kompetent erscheinenden Art, in der DBT oft als „Pseudo-Kompetenz“ bezeichnet, ihr verletzliches Wesen aufgetaucht. Als aversiv erlebte Emotionen wie Trauer und Wut wurden deutlich sichtbar, – und hörbar. Ihr normalerweise „forsches“ Auftreten lässt zunächst kaum vermuten, dass auch bei ihr tiefe Schamgefühle verhindern, sich in authentischer Emotionalität vor anderen Menschen zu zeigen. Die Überwindung dieser Hemmschwelle ist für Frau L. eine enorme Leistung.

Und drittens wollte ich versuchen zu verhindern, dass bei Frau L. nach ihrem emotionalen Ausbruch zusätzlich sogenannte „sekundäre Emotionen“ Raum greifen. Nach Linehan (1996) sei es wichtig, „... daß der Therapeut nicht nur die primäre emotionale Erfahrung validiert, sondern auch die sekundäre emotionale Reaktion. Zum Beispiel fühlt eine Patientin sich häufig schuldig, beschämt, wütend auf sich selber oder reagiert mit Panik, wenn sie Ärger oder Demütigung erlebt, sich vom Therapeuten abhängig fühlt, zu weinen beginnt, sich traurig oder ängst-

lich fühlt. Diese sekundären Reaktionen sind häufig die, welche die Patientin am meisten schwächen.“ (Linehan 1996, S. 173)

Als sekundäre Gefühle wären bei Frau L. eventuell Schamgefühle wegen ihrer Tränen nach dem Klavierspiel oder auch des gezeigten kurzen Wutausbruchs am Becken zu erwarten, aber auch Schuldgefühle aufgrund ihrer geäußerten „Rachegefühle“. Um diese emotionalen Reaktionen abzumildern, braucht sie die Bestätigung, dass die „primären Gefühle“, also Trauer und Wut, in diesem Moment nicht „falsch“ seien und sie als Person deswegen nicht abgelehnt werde. Viele BPS-Patientinnen müssen überhaupt erst lernen, dass sie ein Recht darauf haben, auch derartige Gefühle zu spüren und zu zeigen, die sie zunächst aufgrund ihrer persönlichen Erfahrungen in der Vergangenheit als sozial unerwünscht erlebt haben mögen.

Im weiteren Verlauf konnte Frau L. selbst den Fortschritt erkennen, den sie durch die spontan erreichte Offenheit erzielt hatte. Im therapeutischen Kontakt erschien sie nach dieser Stunde deutlich weniger maskenhaft, was sich an einer lebendigeren Mimik, einer weniger stereotyp klingenden Stimme und weniger formelhaften Gesprächsinhalten zeigte.

Erstaunlich, aber typisch für die Borderline-Therapie ist die Geschwindigkeit, mit der solche Prozesse ablaufen können: die obige Sequenz nahm maximal zehn Minuten in Anspruch, wobei selbstverständlich die Nachbesprechung mit Einordnen, Relativieren und Validieren deutlich mehr Zeit benötigte.

Erwähnenswert ist an dieser Stelle noch die nötige enge Verzahnung mit der psychologischen Einzeltherapie bei den Bezugstherapeuten: gerade in diesem Fall, angesichts drohender, überschießender Racheimpulse von Frau L., wird die Notwendigkeit der Weitergabe von Informationen und einer offenen Zusammenarbeit mehr als deutlich. Auch die weitere zu erwartende Trauerarbeit (in der Terminologie der DBT die „radikale Akzeptanz“) könnte wohl kaum allein in der Musiktherapie stattfinden.

Die Technik des *entgegengesetzten Handelns* verdeutlicht am besten das oben bereits zitierte Fallbeispiel mit Frau D. am Klavier.

Analysiert man im Rückblick die aufeinanderfolgenden kurzen Phasen der Sequenz, in der Frau D. ihren schnell und heftig einschließenden Schmerz über die erlebten Verletzungen in ihrer Kindheit regulierte, wird folgendes erkennbar:

Frau D. entscheidet sich relativ schnell dafür, ihre heftige emotionale Reaktion als für die aktuelle Situation nicht mehr adäquat einzustufen. Statt sich weiter ihrem alten Schmerz hinzugeben, entschließt sie sich zu „entgegengesetztem Handeln“, indem sie an ihrem vorher geäußerten Ziel festhält, am Klavier die früher ersehnte Freude zu erleben. Welcher innere Kampf sich dabei abspielt, wird für mich als Nebenstehende allein durch ihr heftiges und schweres Atmen deutlich spürbar. Nach einigen Minuten ist sie aber dennoch in der Lage, sich der neuen Situation zu stellen, mit dem bereits geschilderten Erfolg. Auch Frau D. hat also in kurzer Zeit

einen sehr komplexen, emotionalen Verarbeitungsprozess durchlaufen. Im „Versuchslabor“ der Musiktherapie erarbeitet, kann er ihr für ähnliche Szenen ihres Alltags als positives Beispiel dienen.

Kurz zusammengefasst, wurden hier folgende Möglichkeiten für eine Integration der Musiktherapie in das Modul „Emotionsregulation“ vorgeschlagen:

- In der Musiktherapie kann der Umgang mit negativen Reizen verbessert werden, indem mit den Patientinnen über einen möglicherweise selbstschädigenden Musikkonsum diskutiert wird.
- Es kann aber auch für die Schaffung positiver Reize und damit ein vermehrtes Auftreten angenehmer Emotionen gesorgt werden.
- Weiterhin können die Patientinnen an der Veränderung ihrer emotionalen Bewertungsprozesse arbeiten: sie können hierbei die Schritte der Emotionsidentifikation, einer differenzierten Einschätzung der Wertigkeit der jeweiligen Emotionen und einer Entscheidungsfindung für darauffolgende funktionale Handlungsimpulse in der musiktherapeutischen Praxis nachvollziehen.

Wie Borderline-Patientinnen Emotionsregulation selbst erleben, sei zum Abschluss dieses Kapitels durch eine vielzitierte Metapher veranschaulicht, hier wiedergegeben von einer Betroffenen:

„Wenn wir uns vorstellen, dass Pferde Gefühle sind, dann sitzen ‚normale‘ Menschen auf einem alten Ackergaul und die Bordis auf einem Araberhengst. Er geht schnell durch, ist schwer zu kontrollieren und lässt sich nur langsam wieder bremsen. Reiten müssen alle Menschen lernen, aber die Bordis müssen Spitzenreiter werden.“ (Anonym 2006. In: Kröger und Unckel, S. 113)

Die Rolle der Musik

Am Anfang dieser Arbeit hatte ich die Frage nach den Möglichkeiten, aber auch den potentiellen Risiken einer Behandlung von Borderline-Patientinnen mit Musiktherapie aufgeworfen. Dabei ging es auch um die Frage nach den besonderen Eigenschaften des Mediums Musik im Zusammenhang mit einer schwer kontrollierbaren Auslösung intensiver emotionaler Prozesse.

Mit einem Blick auf die Charakteristika der Musik, die *tatsächlich* in diesem Rahmen entstanden ist, und auf die DBT-spezifische Art und Weise des therapeutischen Umgangs damit möchte ich mich nun anhand einiger Überlegungen einer Stellungnahme hierzu annähern.

Da ist zunächst die Frage nach der Musik selbst: Was kennzeichnet die borderlinetypische, aktiv gestaltete Musik?

Wie schon zu sehen war, spielen sich die eigentlichen musikalischen Aktivitäten bei den hier beschriebenen Behandlungsfällen in kürzesten Zeiträumen ab.

Wie es einmal eine Patientin selbst in ihrer schriftlichen Rückmeldung am Ende der Therapie ausdrückte, handelt es sich dabei auch eher um „Klänge und Geräusche“ als um „richtige Musik“. Wertungsfrei betrachtet fehlen in den meisten Fällen wichtige Parameter wie Metrum, Rhythmus und Form, die von einem in sich schlüssigen „Musikstück“ sprechen lassen könnten. Stattdessen wagen sich die Patientinnen mit isolierten Elementen wie Anschlagsart, Klangfarbe und Dynamik an die „Öffentlichkeit“. Äußerst selten überschreitet die Dynamik allerdings den Level eines gemäßigten *Mezzoforte*, was zunächst bei diesem impulsiven Klientel nicht unbedingt zu erwarten ist.

Könnte diese Art des Musizierens für Borderline-Patientinnen zu einem Risiko werden, z. B. vermehrt Dissoziationen auslösen?

Gerade die Überschaubarkeit kurzer musikalischer Sequenzen erscheint mir als eine große Hilfe, das Risiko, Dissoziationen hervorzurufen, klein zu halten.

Auch ein von der DBT nicht bezwecktes Abschweifen der Patientinnen in regressive Phänomene wird dadurch relativ unwahrscheinlich.

Aus diesen Überlegungen heraus nutze ich auch den sogenannten „Königsweg“ der freien Improvisation hier so gut wie gar nicht. Wie Makowitzki (1995) habe ich mich intensiv mit der Frage nach einem an das Störungsbild der BPS adaptierten Einsatz dieser Methode auseinandergesetzt. Makowitzki kam dabei zu dem Ergebnis, verschiedene Regeln für die freie Improvisation zu modifizieren, während ich sie schlicht aus meinem Repertoire ausgeschlossen habe. Ihr Potential zu intensiven und schwer kontrollierbaren Prozessen scheint mir zu sehr dazu geeignet, BPS-Patientinnen in die Bereiche von dissoziativen und regressiven Zuständen abgleiten zu lassen.

Auch wären wenige dieser Patientinnen aufgrund ihrer Angst vor Kontrollverlust und ihrer übermächtigen Schamgefühle überhaupt in der Lage, sich in den offenen und freien „Spielraum“ der freien Improvisation hineinzubegeben. Eine Aufforderung hierzu kann zu starken Misserfolgserlebnissen und damit gesteigerten Insuffizienzgefühlen führen. Als Reaktion darauf wiederum wären Dissoziation und emotionale „Abstürze“ zu erwarten.

Statt auf diese traditionelle Methode zu setzen, bin ich, wie hier beschrieben, dazu übergegangen, das Phänomen „Musik“ auf kleinste, aber noch „fassbare“ Elemente und Prozesse zu reduzieren und den überaus reichen Schatz der einzelnen musikalischen Parameter im Detail zu nutzen.

Erfahrungsgemäß bleiben die erwähnten Risiken dadurch gut steuerbar.

Wie könnte man aber als Musiktherapeut sinnvoll mit den von Borderline-Patientinnen erzeugten Klängen umgehen? Wie soll man sich z. B. in einer Nachbesprechung auf sie beziehen? Oder könnte man sie musikalisch aufgreifen?

Hier erscheint mir die bereits erwähnte Reduziertheit in Form und Gestaltung der klanglichen Gestaltungen von Bedeutung. Davon ausgehend, dass chronische Scham der Grundaffekt der BPS schlechthin sei (Brokuslaus 2009, Wurmser 1990,

2000 in: Krause, Benecke, Damann 2006), ist es nicht weiter verwunderlich, dass eine ausgedehntere musikalische Form zu diesem Zeitpunkt der Therapie für die Patientinnen noch außer Reichweite erscheint. Die erzeugten Klänge scheinen vielmehr gerade in ihrer minimalen Ausdehnung den Grad der persönlichen Schwierigkeiten der Patientinnen mit dieser „auffälligen“ und gefühlsbetonten Form der Selbstdarstellung abzubilden.

Gerade in einem Stadium, in dem Patientinnen wie Frau E. ihre emotionalen Regungen und Äußerungen noch derart zurückhalten müssen, erscheint es mir verfrüht, ihre ersten Versuche mit Klängen bereits *inhaltlich* in den Blick zu nehmen. Dies würde bedeuten, die Patientinnen bereits mit dem „qualitativen Gehalt“ ihrer Spielweise hinsichtlich emotionaler Aussagekraft oder Beziehungsfähigkeit zu konfrontieren bzw. mit ihnen daran zu arbeiten. Es wäre zu erwarten, dass sie ein solches Vorgehen angesichts ihrer eklatanten Defizite im expressiven Bereich als invalidierend und möglicherweise sogar als übergriffig empfinden würden. Das Risiko eines erneuten Rückzugs ins verbale und musikalische Schweigen wäre groß. (Vgl. die konträre Sichtweise Frohne-Hagemanns 2006 in ihrer interessanten Arbeit zur Musiktherapie bei Persönlichkeitsstörungen.)

Allerdings würde m. E. die DBT generell ein Arbeiten auf dieser Ebene auch gar nicht verlangen. Im Gegenteil wird, wie oben beschrieben, gerade bei den Achtsamkeitsübungen zunächst der Fokus von den inneren Prozessen auf die Wahrnehmung im Außen umgelenkt, um die Patientinnen zu entlasten. Entsprechend versuchen wir in der Musiktherapie gemeinsam, nicht nur die Instrumente, sondern auch die entstandenen musikalischen Elemente als „objektive Phänomene“ wahrzunehmen, zu beschreiben und dann so stehen zu lassen. Der experimentelle Charakter der Achtsamkeitsübungen kommt dieser eher technokratischen, fast un-musikalisch anmutenden Umgangsweise mit den Klängen entgegen.

Dass aus den ersten „Ein-Ton-Musiken“ in manchen Fällen zu einem späteren Zeitpunkt der Therapie durchaus längere klangliche Verläufe werden können, zeigt beispielsweise Frau E.: Im dritten Monat ihrer Therapie, also zu einem deutlich späteren Zeitpunkt im Verlauf ihres „musiktherapeutischen Desensibilisierungsverfahrens“, kann sie immerhin ein stark strukturiertes Dialogspiel über ca. eine halbe Minute durchhalten. Die wachsende Anzahl der Töne veranschaulicht ihre Fortschritte im Umgang mit der für sie belastenden Anforderung eines „Hörbar-werdens“. Aber hier einen persönlichen Ausdruck oder gar einen Gestaltungswillen zu vermuten, würde das fragile musikalische Gebilde überfrachten. Die Tiefe ihrer Gefühle in ihrer ganzen Dimension in Sprache, oder eben Musik wirklich *ausdrücken* zu können, ist zwar vielfach der Wunsch von Patientinnen wie Frau E., wird aber zu diesem Zeitpunkt der Therapie noch durch die vorherrschenden Ängste und vor allem Schamgefühle verhindert. Spielvorschläge beinhalten hier also eher technische Vorgaben mit viel haltgebender Struktur. Nach dem Spiel bleiben wir beim nicht-wertenden Beschreiben und seinen unverfänglichen „quantitativen Aspekten“, z. B. der Dynamik, und wenden uns später zunehmend den Gefühlen der Patientin *beim* Spielen zu. Die musikalischen Handlungen an

sich bieten dann viel Raum, um die oben aufgeführten Schritte der Emotionsregulation praktisch zu üben. (Was nehme ich an mir wahr? Entspricht das Gefühl eigentlich der Situation? Welcher Handlungsimpuls drängt sich mir auf? Soll ich ihm folgen?)

Frau L., die Patientin der letzten Fallvignette, befindet sich, was ihre Umgangsmöglichkeiten mit dem Medium Musik angeht, an einem anderen Punkt. Ohne weitere Unterstützung kann sie Instrumente und Klänge einem emotionalen Anteil zuordnen und ihn dadurch in konzentrierter Weise nach außen darstellen. Der vehemente Schlag auf das Becken wurde von ihr im Nachhinein auch tatsächlich als Gefühlsausdruck bezeichnet. Aber sie musste diesen ersten musikalischen Versuch in Richtung Expressivität am Ende der beschriebenen Sequenz abrupt abbrechen, als der vermutlich dahinter steckende Verlassenheitsschmerz sie zu überwältigen drohte. Die Angst vor dem Verlassenwerden ist für Borderline-Patientinnen eine der „gefährlichsten“ Emotionen überhaupt. Weniger tief gestörte Patienten könnten in ähnlichen Trennungssituationen in ihrer Trauerbewältigung eventuell durch einfühlsame, musikalische Begleitung von Therapeutenseite her unterstützt werden. Im Falle von Frau L. hätte ein derartiges Vorgehen durch die weitere Intensivierung des Erlebens aber zu einer emotionalen Überflutung führen können, die ja durch die DBT erklärtermaßen verhindert werden soll. Aus diesem Grund verzichte ich in solchen Fällen auf rein musikalische Interventionen.

Welche Rolle spielt die Musik also im hier beschriebenen Kontext?

Auch wenn dies für mich als Musikerin und Musiktherapeutin manchmal schwer einzugestehen sein mag: Meiner Ansicht nach stellen die im weitesten Sinne als „Musik“ zu bezeichnenden Klangphänomene im Prinzip ein wertvolles *Mittel zum Zweck* dar. *Dabei steht für mich weniger die Musik selbst im Mittelpunkt, sondern die vielfältigen Handlungsformen mit Musik.* Ein zentraler psychotherapeutischer Inhalt des DBT-Manuals, die Arbeit an einer verbesserten Affektregulation, wird mit Hilfe musikalischer Aktivitäten in verschiedenster Form durch aktives Üben begleitet. Der Vorteil eines solchen „Übens unter Aufsicht“ besteht in der Möglichkeit, die Patientinnen direkt auf Veränderungen ihrer emotionalen Befindlichkeit hinweisen zu können, die ihnen selbst zunächst meist nicht bewusst sind: Wann genau geschah ein Umschlagen der Stimmung ins Positive? Welche Handlung hat die Affektregulation bewirkt? Fragen wie diese, die auch außerhalb des therapeutischen Settings relevant werden, können direkt *in* der emotional noch „heißen“ Situation geklärt werden. Dadurch zeigen sich für den weiteren Lerneffekt klar die Vorzüge einer handlungsorientierten Therapie.

Angesichts dieser Überlegungen komme ich zu dem Schluss, dass unter Berücksichtigung der DBT-Prinzipien im Umgang mit dem Medium Musik eine Teilnahme an der Musiktherapie für die BPS-Patientinnen kein größeres Risiko darstellt, als dies bei den anderen therapeutischen Angeboten in diesem Rahmen der Fall ist. Ich gehe vielmehr davon aus, dass die Musiktherapie eine Bereicherung darstellen kann,

da theoretisch erarbeitete Themen der Achtsamkeit und Emotionsregulation in der Praxis zeitnah und auf das Individuum abgestimmt als Skill Anwendung finden.

Zusammenfassung und Ausblick

Anfänglich wurde beschrieben, welche große Schwierigkeiten Borderline-Patientinnen damit haben, aufgrund ihrer Affektregulationsstörung ihre Gefühle einordnen, benennen und kontrollieren zu können. Die Hypothese wurde aufgestellt, dass auch die ursprünglich im DBT-Manual nicht vorgesehene Musiktherapie einen sinnvollen Beitrag leisten kann, die Patientinnen beim Erlernen neuer Fertigkeiten im Bereich der Emotionsregulation zu unterstützen. Im Verlauf der Arbeit konnte gezeigt werden, dass die Musiktherapie für das Modul „Innere Achtsamkeit“ erweiterte Übungsmöglichkeiten bietet, mit deren Hilfe die Fähigkeit zur inneren Distanzierung von überschießenden Gefühlen auf anschauliche und sinnlich ansprechende Art trainiert werden kann. Aber auch im Modul „Emotionsregulation“ kann anhand musiktherapeutischer Aktivitäten den Patientinnen verdeutlicht werden, wie sie die in der DBT erlernten Fertigkeiten in die Praxis umsetzen können. Dass musiktherapeutische Spielformen durchaus auf verhaltenstherapeutischer Grundlage interpretiert werden können, sollte anhand der vorliegenden Fallbeispiele beschrieben werden.

Allerdings kam angesichts besonderer Risiken in der Zusammenarbeit mit diesem besonders vulnerablen Klientel auch immer wieder die Notwendigkeit zur Sprache, die gewohnte musiktherapeutische Methodik zu hinterfragen und zu modifizieren bzw. zu ergänzen. Auch die besondere Gestaltung des Settings, die strukturierte Planung des Therapieverlaufs und die direktive therapeutische Haltung wurden vor diesem Hintergrund beschrieben.

Wenn die Wirksamkeit einer solchen Vorgehensweise hier auch noch nicht empirisch untermauert werden konnte, sollte doch durch den fortwährenden Bezug zwischen musiktherapeutischer Praxis und DBT-Theorie deutlich geworden sein, dass die Musiktherapie sich in das empirisch bereits gut belegte DBT-Regime einordnen kann. Empirische Studien zur Wirksamkeit der eigentlichen musiktherapeutischen Arbeitsweise könnten nun folgen. Abgesehen davon ist vielleicht auch ein Grundstein für ein weiteres Interesse der musiktherapeutischen Fachwelt an verhaltenstherapeutisch geprägten Musiktherapieformen gelegt worden, wie sie im hier beschriebenen Rahmen der DBT entstehen können. Vor dem Hintergrund steigender Absolventenzahlen von verhaltenstherapeutischen im Vergleich zu tiefenpsychologischen Ausbildungsinstituten und entsprechend wachsender Bedeutung dieser Therapieform in der Kliniklandschaft ist nicht von der Hand zu weisen, dass Musiktherapeuten in Zukunft immer öfter mit Verhaltenstherapeuten zusammenarbeiten werden. An dieser Stelle möchte ich noch einmal betonen, wie abwechslungsreich, intensiv und komplex, dabei auch herausfordernd und erfüllend eine solche Arbeitsweise sein kann.

Der hier beschrittene Weg zeigt *eine* Möglichkeit für die Gestaltung einer solchen Zusammenarbeit auf. Wenn eine fachliche Diskussion über mögliche Varianten hiermit angestoßen werden könnte, würde ich mich freuen.

Zum Abschluss soll noch einmal die Begründerin der DBT, Marsha Linehan selbst mit einer ihrer Metaphern zu Wort kommen, die immer wieder auf unvergleichliche Art therapeutische Sachverhalte veranschaulichen können:

„Das Training von Fertigkeiten mit Borderline-Patientinnen ist in etwa so, als würde man versuchen, jemandem beizubringen, inmitten eines Orkans ein Zelt aufzubauen.“
(Linehan, in: Stiglmayer, Schehr, Bohus 2002, S. 126)

Dieses Zelt aufbauen zu helfen und dabei dafür zu sorgen, dass es nicht mit allen Beteiligten vom Orkan davon geweht wird, ist das erklärte Ziel meiner musiktherapeutischen Arbeit mit den Patientinnen in der DBT.

Literatur

- Anders, B. (1999/2004): Ich heiße Berit und habe eine Borderline-Störung. Protokoll einer Selbstfindung. 5. Aufl., Düsseldorf, Zürich
- Berking, M., Znoj, H.-J. (2006): Achtsamkeit und Emotionsregulation – When East Meets West. PiD 4, 8. Jahrgang
- Bohus, M. (2002): Borderline-Störung. Göttingen, Bern, Toronto etc.
- Bohus, M., Berger, M. (1996): Die Dialektisch-Behaviorale Psychotherapie nach M. Linehan. Nervenarzt 67, 911–923
- Bohus, M., Brokuslaus, I. (2006): Körpertherapie im Rahmen der Dialektisch-behavioralen Therapie für Borderline-Störungen. In: Rimmel, A., Kernberg, O., Vollmoeller, W. et al: Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, New York
- Bohus, M., Höschel, K. (2006): Psychopathologie und Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Psychotherapeut 51, 261–270
- Bohus, M., Stieglitz, R.-D., Fiedler, P. et al. (2004): Persönlichkeitsstörungen. In: Berger, M. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. München, Jena
- Brokuslaus (2009): persönliche Mitteilung während einer Fortbildung des FWI am 19.6.2009 am Pfalzkrankenhaus
- Dammann, G., Buchheim, P., Clarkin, J. F. et al. (2000): Einführung in eine übertragungsfokussierte, maualisierte psychodynamische Therapie der Borderline-Störung. In: Kernberg, O. F., Dulz, B., Sachsse, U.: Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart, New York
- Dulz, B., Jensen, M. (2000): Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. In: Kernberg, O. F., Dulz, B., Sachsse, U.: Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart, New York

- Engelmann, I. (1995): Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken. Fragebogenuntersuchung zur Verbreitung und Durchführung. *Nervenarzt* 66, 217–224
- Flatten, G. (2003): Posttraumatische Belastungsreaktionen aus neurobiologischer und synergetischer Perspektive. In: Schiepek, G. (Hrsg.): *Neurobiologie der Psychotherapie*. Stuttgart, New York
- Frohne-Hagemann, I. (2006): Musiktherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: Remmel, A., Kernberg, O., Vollmoeller, W. et al: *Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, New York
- Grawe, K. (2004): *Neuropsychotherapie*. Göttingen, Bern, Toronto etc.
- Greenberg, L. S. (2005): Emotionszentrierte Therapie: Ein Überblick. *Psychotherapeutenjournal* 4/2005
- Hand, I. (2008): Exposition und Konfrontation. In: Linden, M., Hautzinger, M.: *Verhaltenstherapiemanual*. 6. erweiterte Auflage. Heidelberg
- Höschel, K., Bohus, M. (2005): An der Grenze zur Verzweiflung. Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Praxis. In: Internet: www.derneurologe-psychiater.de
- Höschel, K., Bohus, M (2007): Weiterentwicklungen in der verhaltenstherapeutischen Borderline-Therapie. *PiD* 4, 8. Jahrgang
- Kernberg, O. F. (2000): Die übertragungsfokussierte (oder psychodynamische) Psychotherapie von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation. In: Kernberg, O. F., Dulz, B., Sachsse, U.: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, New York
- Krause, R., Benecke, C., Damann, G. (2006): Affekt und Borderline-Pathologie. Einige empirische Daten. In: Remmel, A., Kernberg, O., Vollmoeller, W. et al: *Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, New York
- Kröger, C., Unckel, C. (2006): Borderline-Störung. Wie mir die dialektisch-behaviorale Therapie geholfen hat. Göttingen, Bern, Wien etc.
- Kupski, G. (2007): Borderline-Störung und Musiktherapie im Kontext der Dialektisch-Behavioralen Therapie. *Musiktherapeutische Umschau*, 28, Heft 1, 17–27
- Lazarus, R. (1991): *Emotion and Adaptation*. Oxford, New York
- Linehan, M. (1996): *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München
- Linehan, M. (1996a): *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München
- Makowitzki, R. (1995): „Über mein Spiel kann ich nichts sagen, denn ich spüre nichts“. Möglichkeiten der Modifikation musiktherapeutischer „Standardregeln“. *Musiktherapeutische Umschau*, 16, Heft 2, 126–147
- Oerter, U. (2006): 2 mal 1 Minute Klang-Hören: Wahrnehmungstraining in der Musiktherapie. In: Internet: www.musiktherapie.de, *Musiktherapeutische Umschau online*
- Oerter, U., Scheytt-Hölzer, N., Kächele, H. (2001): Musiktherapie in der Psychiatrie. Versorgungslage und Forschung. *Nervenheilkunde* 20, 428–433

- Rüegg, J. C. (2001/2003): Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn. Neuronale Plastizität als Grundlage einer biopsychosozialen Medizin. 2. aktual. und erweiterte Auflage. Stuttgart, New York
- Sachsse, U. (1995): Die Psychodynamik der Borderlinepersönlichkeitsstörung als Traumafolge. Forum Psychoanal 11, 50–61
- Schauenburg, H., Broda, M. (2007): Borderline-Störung - ein ideales Feld der Therapieintegration? PiD 4, 8. Jahrgang
- Scheidt, G. (2005): Musiktherapie mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Internet: www.musiktherapie.de (letzter Zugriff: Juli 2009)
- Schwabe, C. (2004): Regulative Musiktherapie. Wegmarken einer Konzeptionsentwicklung. In: Frohne-Hagemann (Hrsg.): Rezeptive Musiktherapie. Theorie und Praxis. Wiesbaden
- Sendera, A., Sendera, M. (2005): Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung. Wien
- Schmidt, H. U. (2002): Musiktherapie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Persönlichkeitsstörungen 6, 65–74
- Sloboda, J., Juslin, P. N. (2001): Music and Emotion. Theory and Research. Oxford
- Spitzer, M. (2002): Musik im Kopf. Stuttgart
- Steinberg, R. (1999): Indikationen und Methoden der Musiktherapie. In: Nissen, G. (Hrsg.): Verfahren der Psychotherapie, Stuttgart.
- Stiglmayr, C., Schehr, K., Bohus, M. (2002): Fertigkeiten-Training im Rahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie für Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Persönlichkeitsstörungen 6, 65–74
- Stiglmayr, C. E., Lammers, C.-H., Bohus, M. (2006): Achtsamkeit und Akzeptanz in der Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. PiD 4, 8. Jahrgang
- Veselinovic, T., Louis, F., Himmerich, H (2008): Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. Psychoneuro 34 (10), 467–470
- Zatorre, R. J.; Peretz, I. (2001): The Biological Foundations of Music. Annals of the New York Academy of Sciences. Vol. 930
- Zeuch, A., Hänsel, M., Jungaberle, H. (2004): Systemische Konzepte für die Musiktherapie. Spielend lösen. Heidelberg

Angela Knoche, M. A., Musiktherapeutin, Diplom-Musikerin,
 Pfalzlinikum für Psychiatrie und Neurologie, Weinstrasse 100,
 76889 Klingenstein.
 E-Mail: angela.knoche@pfalzlinikum.de