

Töne an der Grenze

Interaktionsmuster in der musiktherapeutischen Begegnung mit Patientinnen, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
des Doctor scientiae musicae
am Institut für Musiktherapie der
Hochschule für Musik und Theater
Hamburg

vorgelegt von:
Gitta Strehlow
Mai 2010

Gutachter:

1. Prof. Dr. Hans-Helmut Decker-Voigt
2. Priv. - Doz. Dr. Reinhard Lindner

1	EINFÜHRUNG	1
2	ZUR THEORIE DER BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG (BPS)	9
2.1	Geschichte des Borderlinebegriffs	9
2.2	Epidemiologische Daten	10
2.3	Deskriptive Ebene der Diagnostik	12
2.3.1	Borderline-Persönlichkeitsstörung im DSM-IV-TR und ICD-10	12
2.4	Strukturelle Ebene der Diagnostik	15
2.4.1	Abwehrmechanismen in der Musiktherapie	15
2.4.1.1	Spaltung, Primitive Idealisierung und Entwertung	18
2.4.1.2	Projektive Identifizierung	20
2.4.1.3	Identifikation mit dem Angreifer	21
2.4.1.4	Omnipotenzgefühle	22
2.4.1.5	Verleugnung	22
2.4.1.6	Versuch zur Veränderung der Realität (Externalisierung)	22
2.4.2	Gegenübertragung in der Musiktherapie	24
2.5	Genese der Borderline-Persönlichkeitsstörung	27
2.5.1	Theorie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Kernberg)	27
2.5.2	Die Borderline-Position als Rückzugsort (Steiner)	29
2.5.3	Eingeschränkte Mentalisierungsfunktion (Fonagy)	32
2.5.4	Zusammenschau der drei Ansätze	39
2.5.5	Die Thematik der narzisstischen Persönlichkeitsstörung	41
2.5.5.1	Veränderung ist unmöglich (Rohde-Dachser)	44
2.6	Selbstverletzung	46
2.6.1	Begriffsbestimmung	47
2.6.2	Störungsbild	49
2.6.3	Funktionen der Selbstverletzung	51
2.6.4	Theoretische Beiträge zur Selbstverletzung	53
2.7	Borderline-Persönlichkeitsstörung und psychotraumatologische Aspekte	55
2.7.1	Trauma-Prävalenz bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung	55
2.7.2	Aspekte der Psychotraumatologie	57
2.7.3	Traumatypologie und diagnostische Einordnung	58
2.7.4	Verinnerlichte traumatische Beziehungsmuster	59
2.7.5	Zusammenfassung	63

2.8	Geschlechtsspezifische Aspekte	64
2.8.1	Frauenkrankheiten	65
2.8.2	Aggressive Verhaltensweisen im Hinblick auf Geschlechtsunterschiede	67
2.8.3	Entwicklung weiblicher Aggression und Geschlechtsidentität	69
2.9	Untersuchungen von stationär psychiatrischer Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung	73
2.9.1	Psychiatrie und Psychotherapie von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung	74
3	MUSIKTHERAPIE, BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG UND MUSIKTHERAPIEFORSCHUNG	76
3.1	Zur Forschung in der Musiktherapie	76
3.2	Literaturübersicht	85
3.2.1	Musiktherapie: Literatur im psychiatrischen Umfeld	86
3.2.2	Musiktherapie: Literatur und Borderline-Persönlichkeitsstörung	88
3.2.3	Musiktherapie: Literatur und Trauma	95
3.3	Psychotherapeutischer Hintergrund der musiktherapeutischen Position	97
3.4	Zu den Begriffen „Interaktion“ und „Verwendung“	108
4	MATERIAL UND METHODEN	113
4.1	Klinische Voraussetzungen	113
4.2	Überlegungen zur Methode	116
4.2.1	Die Untersuchung im Kontext vorliegender Forschungsergebnisse	117
4.2.2	Musik als Forschungsgegenstand	118
4.2.3	Erhebung des Datenmaterials	119
4.2.4	Patientinnengruppe	120
4.2.5	Musiktherapie auf der Grundlage psychoanalytischen Verstehens	122
4.3	Fragestellung und Methode	123
4.3.1	Idealtypen bei Max Weber	125
4.3.2	Weiterentwicklung zur Methode der „Verstehenden Typenbildung“	128
4.3.3	Psychotherapieforschung mit der Methode der verstehenden Typenbildung	129
4.3.4	Wissenschaftstheoretische Einordnung	131
4.4	Methodik der verstehenden Typenbildung und Anpassung an das Forschungsfeld	134
4.4.1	Auswahl der Patientinnen und Sitzungsanzahl	134
4.4.2	Fallrekonstruktion	139

4.4.3	Fallkontrastierung und Identifizierung prototypischer Fälle	144
4.4.4	Fallvergleich der Einzelfälle mit den Prototypen	151
4.4.5	Strukturanalyse und Bildung idealtypischer Steigerungen	152
4.5	Überprüfbarkeit und Qualitätskriterien	154
4.5.1	Triangulation	156
4.5.2	Anpassung an den Forschungskontext	158
5	ERGEBNISSE	162
5.1	Musik als magische Hoffnung	166
5.2	Musik geht über Grenzen	171
5.3	Musik macht alles schlimmer	179
5.4	Musik als Rückzugsort	186
5.5	Musik zum Nicht-Alleinsein	193
5.6	Musik zur Triangulierung	200
5.7	Musik erlaubt Disharmonie	208
5.8	Musik als Gegenstimme	215
5.9	Musik gibt Struktur	220
5.10	Musik zur Integration des Ausgeschlossenen	225
5.11	Beobachtungen zur Veränderung der Interaktionsmuster im Verlauf der Therapie	231
6	KOMMUNIKATIVE VALIDIERUNG	233
7	DISKUSSION	242
7.1	Typische Interaktionsmuster in der Musiktherapie	242
7.1.1	Spaltungsphänomene und Ausgrenzungsprozesse in den verschiedenen Interaktionsmustern	243
7.1.2	Musik als Projektionsfläche	246
7.1.3	Geschlechtsspezifische Aspekte der Aggression und Autoaggression	249
7.1.4	Der traumatische Aspekt in den verschiedenen Interaktionsmustern	253
7.1.5	Mentalisierung bei den unterschiedlichen Interaktionsmustern	255
7.2	Methodendiskussion zur verstehenden Typenbildung	257

7.2.1	Investigator-Triangulation	261
8	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE UND SCHLUSSWORT	265
9	LITERATURVERZEICHNIS	275

1 Einführung

Musiktherapeutische Begegnungen mit Patienten, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, sind äußerst vielgestaltig. Der Psychoanalytiker Thomas Reinert bezeichnet Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sogar als „Chamäleons“ der Psychiatrie (Reinert 2004, S. 66). Die folgende Fallvignette illustriert eine musiktherapeutische Begegnung. Die zweiundzwanzigjährige Patientin hatte bereits an 11 Einzelmusiktherapiesitzungen teilgenommen¹. In der 12. erfolgte eine

Begegnung im Gegeneinander

Frau K wählt wie auch in früheren Sitzungen die Bass-Trommel und spielt wie üblich laute, regelmäßige, schnelle Schläge. Die Schläge prasseln nur so und ihr Trommelschlag klingt hart und unerbittlich, geradezu brutal und lässt mich zusammenzucken. Ich versuche auf verschiedenen Wegen mit den Congas etwas musikalisch Passendes hinzu zuzuspielen: zum Beispiel spiele ich eine rhythmische Figur, die sich in ihr Metrum einfügt. Frau K spielt allerdings mit ihren beiden Schlegeln so laut, dass ich mein Spiel selbst gar nicht hören kann. Ich probiere etwas anderes aus und schlage auf den Congas kleine Wirbel. Die Wirbel sind zwar besser zu hören, mich beschleicht jedoch ein Gefühl des Kampfes und ich ahne zugleich große Einsamkeit. Frau Ks Musik wirkt starr, repetitiv und vor mir entsteht das Bild eines wütend-trotzig schreienden Kindes, das nicht beruhigt werden kann. Ich habe den Eindruck, die Patientin nicht erreichen zu können und höre erst einmal auf zu spielen. Während des kurzen Moments der Pause entsteht bei mir ein Gefühl von Traurigkeit und als Folge der Wunsch, es doch noch einmal zu probieren. Ich wähle nun die Bongos. Frau K spielt mit dem Schlägel klare laute Viertel, die jetzt deutlich nach Protest klingen. Ich spiele vereinzelte Töne. Zufällig ergibt sich durch meine Schläge auf den Bongos ein regelmäßiger Schlag im off Beat von Frau K. Völlig unerwartet entsteht ein abwechselndes Spiel zwischen ihren harten Schlägen und meinen ebenfalls kräftig gespielten Schlägen. Die Musik klingt immer noch gewaltig, aber nun ist auf einmal der Protest von Frau K der Grundrhythmus geworden. Frau Ks Spiel hat eine wesentliche Bedeutung für das Zusammenspiel bekommen, denn mein Off kann nur gespielt werden, wenn es ihren Grundrhythmus gibt. Die Musik klingt auf einmal völlig anders und durchaus lebendig. Frau K wird in ihrem Rhythmus schneller und ich nehme ihre Temposteigerung auf. Völlig unerwartet schwingt die Musik und eine Bezogenheit in unserem Spiel ist deutlich hörbar. Frau K gefällt die Musik und sie strahlt zufrieden. Ihr Protest hat Gehör gefunden und ich habe mich in einer für sie nicht zu bedrohlichen Weise mit meiner Musik einfädeln können. Die musikalische Begegnung balancierte ausreichend zwischen Nähe und Distanz.

¹ Das ausführliche Beispiel wird im Anhang als 10. Fallbeispiel vorgestellt. Es handelt sich um die zweite Szene, die aus einer Behandlung von insgesamt 30 Sitzungen ausgewählt wurde.

Das Fallbeispiel stellt eine der Schlüsselszenen dar, die mich für die Durchführung dieser Arbeit motivierten. Der Beginn des Spiels und die Unerreichbarkeit der Patientin deuten hin auf typische Probleme in der musiktherapeutischen Arbeit mit Patienten, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden. Sechs Wochen stellen für den klinischen Alltag schon eine beachtliche Zeitspanne dar. Doch diese Zeit brauchte es, bis in der zwölften Sitzung eine Wendung im Spiel möglich wurde. Mein Interesse für die genaue Analyse von musiktherapeutischen Interaktionsszenen bei diesen Patientinnen war geweckt.

Im Folgenden stelle ich Ziel und Methode der Arbeit vor.

Die vorliegende Untersuchung konzentriert sich auf die musiktherapeutische Arbeit im Rahmen einer stationär psychiatrischen Behandlung mit Patientinnen, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden. Die dieser Arbeit zugrundeliegenden Vorannahmen, das Menschenbild und die Art der Interpretation des Umgangs mit Musik sind durch die Psychoanalyse geprägt. Die Anerkennung des Unbewussten, das „szenische Verstehen“ wie Lorenzer (1995) und Argelander (1970) es entwickelt haben und dabei die Analyse von Übertragung und Gegenübertragung sind wesentliche Merkmale, die den für diese Arbeit bestimmenden Ansatz der psychoanalytisch orientierten Musiktherapie auszeichnen.

Die Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist im letzten Jahrzehnt deutlich in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt. Suizidversuche, Suiziddrohungen, aggressive und selbstschädigende Verhaltensweisen sind Charakteristika der Patientengruppe der BPS, wodurch die Behandlung extrem belastet wird. Die stationäre Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung liegt zwischen 14 und 20% und die aller Persönlichkeitsstörungen insgesamt sogar bei 40-60% (Herpertz & Saß 2003, S. 85). Das Wissen um die spezifischen Merkmale der Persönlichkeitsstörung (F 60) und insbesondere der Borderline-Persönlichkeitsstörung (F 60.31) ist damit auch für Musiktherapeuten von wesentlichem Interesse.

Die Gruppe der Borderline-Persönlichkeitsgestörten erzwingt therapeutische Aufmerksamkeit und gilt als eine der am schwersten zu behandelnden Patientengruppen (Dammann et al. 2000, S. 701). In den letzten Jahren sind unterschiedliche speziell auf diese Patientengruppe abgestimmte

Psychotherapiekonzepte entwickelt worden, wie z.B. TFP (Transference-Focussed-Psychotherapy) nach Kernberg (2000, S. 447), DBT (Dialektisch-Behaviorale Therapie) nach Linehan (1993), MBT (Mentalization-Based-Treatment) nach Bateman/Fonagy (2004) oder die psychoanalytisch-interaktionelle Methode nach Streeck (2007). Alle diese Konzepte haben eine gute Wirksamkeit bewiesen. Die therapeutische Arbeit mit der Patientengruppe der Borderline-Persönlichkeitsgestörten wird zwar nach wie vor als schwierig angesehen, die zunehmenden Kenntnisse über die Erkrankung der Borderline-Persönlichkeitsstörung hat die Behandlungserfolge jedoch deutlich verbessert.

Der Behandlungsprozess ist komplex und bestimmt durch das Ringen um den angemessenen Umgang mit extremen Gefühlen und durch das Verstehen der emotionalen Verwicklung. Die aversiven Gegenübertragungsgefühle von Therapeuten stellen ein wesentliches Problem dar, besonders wenn sie zu unreflektierten, abweisenden Handlungen verleiten. Die Intensität der Gegenübertragung fordert daher die ganze Kunst des Therapeuten, der trotz häufigen Angriffs auf Rahmen, Inhalt oder die Person des Therapeuten selbst, seine Haltung von Akzeptanz, Wertschätzung und des Verstehens aufrecht erhalten sollte.

In der Musiktherapie ist das Thema der Borderline-Persönlichkeitsstörung bisher mehr nur am Rande betrachtet worden und daher liegen nur sehr wenige Veröffentlichungen vor. Odell-Miller kommt in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass psychoanalytisch orientierte Musiktherapie (psychoanalytically informed) bei der Diagnose der Persönlichkeitsstörung häufig verwendet wird und für die Behandlung von Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung geeignet ist (Odell-Miller 2007, S. 370). Im mündlichen Austausch mit KollegInnen zeigen sich Unsicherheit, Unverständnis, Ablehnung, Genervtsein, aber auch Faszination bezogen auf diese Gruppe. Im Alltag löst die lebensbedrohliche Symptomatik (Impulsivität, Suizidalität, Selbstverletzung) vielfältige und widersprüchliche Gefühle aus, die zu extremem Handlungsdruck führen. Der Musiktherapeut muss eine Haltung zum Tun der Patienten entwickeln, wenn z.B. der Patient, ausgelöst durch sein Anspannungsgefühl, die Sitzungen abbrechen möchte oder aber er seine Lieblingsmusik mitbringt und in dieser versinkt. Das zentrale innere Thema bei der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die Schwierigkeit der Nähe- und Distanz-Regulation in Beziehungen und der damit verbundenen Regulation von

massiven Affekten (Lohmer 2000, S. 75). Die Spaltung ist ein vorrangiger Abwehrmechanismus, mit dessen Hilfe der Patient versucht, sein psychisches Überleben zu sichern. Diese Problematik der borderline-persönlichkeitsgestörten Patienten zeigt sich selbstverständlich auch in der Musiktherapie und führt zu spezifischen Umgangsweisen mit gehörter bzw. selbst gespielter Musik. In der alltäglichen klinischen Arbeit reicht die Zeit oft nicht aus für das Verstehen der komplexen Zusammenhänge.

Die vorliegende Arbeit soll Musiktherapeuten den Zugang zur Patientengruppe der Borderline-Persönlichkeitsstörungen erleichtern, denn gerade die Anfangsphase fordert die Kompetenz des Therapeuten außerordentlich heraus. Da die erforderliche Reflektion der Gegenübertragung den Verlauf und das Gelingen der Therapie entscheidend beeinflusst, ist die zentrale Aufmerksamkeit dieser Untersuchung auf die Analyse der Beziehung zwischen Patient und Therapeut gerichtet. Ziel der Arbeit ist es, das Beziehungsgefüge zwischen Patient und Therapeut und die jeweiligen Interaktionen, die sich durch den Einsatz von Musik ergeben, genauer bestimmen und verstehen zu können. Es werden typische Interaktionsmuster in der Musiktherapie mit Borderline-Persönlichkeitsstörung beschrieben und die jeweilige Verwendung der Musik durch den Patienten im entsprechenden Interaktionsmuster dargestellt.

Für die Sammlung bedeutsamer Interaktionsmuster wurde die Methode der „verstehenden Typenbildung“ (Stuhr et al. 2001, Lindner 2006) ausgewählt. Dies ist eine Methode der systematisch qualitativen Psychotherapieforschung, die sich bei der Erforschung von psychoanalytisch orientierter Psychotherapie bewährt hat. Ausgehend von Einzelfällen, die in ihrer Komplexität betrachtet werden, findet die Kategorienbildung durch die Analyse von Ähnlichkeits- und Differenzbezügen statt, so dass über den Fallvergleich und die Bildung von Prototypen schließlich sogenannte abstrakte Idealtypen gebildet werden können. Die „verstehende Typenbildung“ basiert auf der Verwendung klinischer Methoden, so dass Supervision, Fallgespräch und Expertenvalidierung als Mittel der Erkenntnis genutzt werden. Der Vorteil dieser Methode ist, dass die Fallkomplexität so lange wie möglich erhalten bleibt und die Transparenz und die Nachvollziehbarkeit im Abstraktionsprozess mittels Klarheit der einzelnen Schritte (Fallrekonstruktion, Fallvergleich) gewährleistet ist. Die erstellte Taxonomie dient nicht der eindeutigen

Zuordnung eines einzigen Falls zu einer Kategorie, sondern ein Fall kann durchaus mehreren idealtypischen Kategorien zugeordnet werden. Die idealtypische Konstruktion dient der Abstraktion, so dass im Einzelfall an ihr gemessen werden kann, inwieweit und in welchen Aspekten ein Einzelfall der idealtypischen Konstruktion ähnlich ist und wo er abweichend von ihr gestaltet ist.

Die vorliegende Arbeit untersucht zwanzig Patientinnen in der Musiktherapie. Kurze Behandlungen von im Minimum zwölf Sitzungen, sowie auch lange Behandlungen bis maximal Hundertfünfzig Sitzungen wurden berücksichtigt. Pro Patientin wurden vier zentrale Szenen aus dem Gesamtverlauf ausgewählt, aus denen über die Schritte Fallrekonstruktion und Fallvergleich idealtypische Interaktionsmuster entwickelt werden konnten. Zwei auffällige Merkmale wurden durch den Fallvergleich aufgefunden, mit deren Hilfe die Interaktionsszenen - aus Sichtweise der Therapeutin - eingeordnet wurden. Als wichtiges Unterscheidungskriterium zeigte sich die Einordnung des musikalischen Geschehens auf dem einen Pol in „unterstützend“ und auf dem gegensätzlichen Pol als „bedrohlich“. Das zweite Unterscheidungskriterium zeigte die Aktivität der Patientin auf, die Therapeutin für sich zu gebrauchen. Der eine Pol beschreibt eine hohe Bezogenheit der Patientin zur Therapeutin, die mit Nähe oder Auseinandersetzung einher geht, während der andere Pol die Abgewandtheit und den Rückzug der Patientin von der Therapeutin beschreibt. Die Einordnung in diese durch zwei Achsen bestimmte Graphik führte zu dem Ergebnis von zehn idealtypischen Interaktionsmustern. Jedes idealtypische Interaktionsmuster ist gekennzeichnet durch eine spezifische Verwendung der Musik und ihre unbewussten Bedeutung für die Patientin.

Es folgt nun eine Kurzbeschreibung der Kapitel 2 bis 8.

Im anschließenden zweiten Kapitel wird das Syndrom der Borderline-Persönlichkeitsstörung von unterschiedlichen Seiten betrachtet. Zuerst wird deskriptiv die Symptomatik und die Epidemiologie allgemein dargestellt (2.2, 2.3). Die für das Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung typischen Abwehr und die Gegenübertragung werden mit Beispielen aus der Musiktherapie vorgestellt (2.4). Im Weiteren werden vier Ansätze zur Erklärung der Borderline-Persönlichkeitsstörung – und zwar die von Kernberg (1993, 1998), Steiner (1998), Fonagy (2004) und Rhode-Dachser (2004) - herangezogen (2.5).

Drei Aspekte, die bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung auffällig sind, werden in einzelnen Kapiteln näher vertieft. Ein Abschnitt widmet sich dem selbstverletzenden Verhaltens, das ein sehr häufiges, markantes Symptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung darstellt (2.6). Ein weiterer Abschnitt untersucht den psychotraumatologischen Aspekt, da Patienten mit einer BPS bekanntermaßen häufig an Traumatisierungen leiden, die sich im Bereich der Beziehungs- und Bindungsstörungen widerspiegeln (2.7). Der dritte Aspekt untersucht die Borderline-Persönlichkeitsstörung unter einem geschlechtsspezifischen Aspekt im Hinblick auf den Umgang mit Aggression (2.8). Überblicksartig wird gezeigt, dass gerade die Patientengruppe mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im akutpsychiatrischen Bereich kaum beforscht ist und der Anspruch, psychotherapeutisch zu arbeiten, in der psychiatrischen Praxis nicht selbstverständlich ist (2.9).

Nachdem die Erkrankung der BPS von unterschiedlichen Seiten theoretisch betrachtet wurde, werden die vorliegende Untersuchung und deren Einbettung dargestellt. Das dritte Kapitel ist dem Forschungsstand der Musiktherapie gewidmet. Zuerst wird die Musiktherapieforschung aus der Perspektive einer noch relativ jungen und sich nach wie vor unter Etablierungsdruck befindender Forschungstradition erläutert (3.1). Danach werden Forschungsarbeiten der Musiktherapie vorgestellt, die sich auf die Themen Psychiatrie, Borderline-Patienten und Patienten mit traumatischen Erfahrungen beziehen (3.2). Anschließend erörtere ich die psychotherapeutischen Hintergründe meiner eigenen musiktherapeutischen Position und führe mein Verständnis des Begriffs der „Interaktion“ im Hinblick auf das musiktherapeutische Geschehen aus (3.3). Der abschließende Teil dieses Kapitels betrachtet die Verwendung von Musik und lehnt sich an die Winnicottsche Vorstellung der Verwendung des Objekts an (3.4).

Das Kapitel vier erklärt die Methode der „verstehenden Typenbildung“ (1. Fallrekonstruktion, 2. Fallkontrastierung, 3. Vergleich der Einzelfälle, 4. Strukturanalyse und Bildung idealtypischer Steigerungen) und beschreibt deren Adaption an das Forschungsfeld. Fünf externe Musiktherapeutinnen wurden schriftlich und in mehreren Diskussionsrunden in den Forschungsprozess mit eingebunden.

Kapitel fünf ist den Ergebnissen, die in graphischer Form dargestellt werden und der Beschreibung der zehn idealtypischen Interaktionsmuster gewidmet. Die Nachvollziehbarkeit und damit die Praxisrelevanz hat bei der Darstellung eine hohe Priorität. Jedes Interaktionsmuster wird erörtert mittels Analyse des Übertragungsgeschehens (Übertragung und Gegenübertragung), der Verwendung der Musik und der biographischen Bezüge zu diesen Gesichtspunkten. Es folgt die Einordnung in den Verlauf und abschließend jeweils ein prototypische Fallbeispiel.

Kapitel sechs stellt die Ergebnisse der Forschertriangulation durch Fachexperten der Musiktherapie vor. In Kapitel sieben werden die Methode und die Ergebnisse diskutiert, zunächst unter inhaltlichen Aspekten, wie dem der Abwehr, unter Betrachtung der Musik als Projektionsfläche, der Rolle der Aggression und des Geschlechts, sowie unter jenen der Traumatisierung und der Mentalisierung. Im Anschluss wird die Anwendbarkeit der Methode diskutiert. Zum Abschluss werden in Kapitel acht die Ergebnisse zusammengefasst.

Im Anhang befinden sich vier graphische Darstellungen der jeweils vier Szenen und eine tabellarische Übersicht über biographische Aspekte und traumatisierende Erfahrungen. Den Schluss bildet das Fallbuch mit allen zwanzig Fallrekonstruktionen und den Kommentaren der Musiktherapie-Fachexperten.

Die hier vorliegende Arbeit leistet einen Beitrag zur psychoanalytisch orientierten Musiktherapie für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Deren spezielle Beziehungsproblematik führt zu bestimmten Verwendungsweisen des musikalischen Geschehens. Obwohl die hier entwickelten Interaktionsmuster sich auf die Musiktherapie beziehen, lassen sich Parallelen zu weiteren Therapieformen, die mit einem anderen Medium arbeiten, herstellen. Insofern kann die hier vorliegende Arbeit über die Berufsgruppe der Musiktherapeuten hinaus auch für psychiatrisch tätige Kollegen anderer Berufsgruppen von Interesse sein.

In dieser Arbeit wird zur besseren Lesbarkeit im allgemeinen Teil die männliche Schreibweise verwendet. Selbstverständlich sind unter der Schreibweise „Patient“ oder „Therapeut“ auch „Patientin“ und „Therapeutin“ mit eingeschlossen. Bei der Darstellung der Untersuchung, des Materials und den Ergebnissen wird die weibliche Schreibform verwendet, da Patientinnen, Therapeutin und Forscherin dem

weiblichen Geschlecht angehören. Ab Kapitel vier wird durchgängig die weibliche Schreibform verwendet. Die männlichen Kollegen bitte ich, sich ebenso angesprochen zu fühlen. Ob die Ergebnisse auf männliche Patienten übertragbar sind, muss sich noch zeigen.

Die Abkürzungen BPS wird für die Borderline-Persönlichkeitsstörung bzw. Borderline-Persönlichkeitsgestörte und PS für Persönlichkeitsstörung in dieser Arbeit durchgängig verwendet.

Bevor die eigentliche Arbeit beginnt, möchte ich mich bei denen bedanken, die mich bei der Erstellung der Arbeit sehr unterstützt haben. Mein besonderer Dank gilt:

- der Andreas-Tobias-Kind-Stiftung, die mich über drei Jahre großzügig förderte;
- Herrn Prof. Dr. Hans-Helmut Decker-Voigt für die wohlwollende, hinterfragende, Mut gebende regelmäßige Begleitung;
- Herrn Priv.-Doz. Dr. Reinhard Lindner für die Zeit, Ruhe und Engagement aller methodischen Fragen und sein Interesse gegenüber der Musiktherapie;
- den Musiktherapeutinnen: Dorothea Käding, Claudia Senn-Böhning, Doris Sondermann, Kordula Voss, Gesine Winkler für Fragen, Anregungen und konstruktive Kritik;
- dem leitenden Arzt (1989-2009) der psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilung am Bethesda-Allgemeines Krankenhaus Hamburg-Bergedorf, Herrn Dr. Theo Piegler, für die anregenden Diskussionen und den wertschätzenden Umgang;
- Herrn Jürgen Trapp für seine Supervision und Zuversicht;
- meinen Patientinnen und KollegInnen;
- meinen Eltern Dagmar und Fritz und meinem Freund Gary.

2 Zur Theorie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

2.1 Geschichte des Borderlinebegriffs

Die Bezeichnung „borderline“ wird im psychiatrischen Umfeld schon seit über 100 Jahren verwendet und ist keine Erfindung der Jetztzeit. In einem ganz allgemeinen Sinne ist der Begriff erstmals im Jahr 1884 von Hughes verwendet worden, als er von „Borderland“ sprach. Aichhorn benutzte den Begriff (1925/1945) und beschrieb Jugendliche, die unter mangelnder Impulskontrolle litten. A. Stern (1938) gilt als einer der Ersten, der die Merkmale der Borderline-Erkrankung im heutigen Sinne zu spezifizieren versuchte. Auffällig war ihm die Patientengruppe dadurch geworden, dass sie sich von neurotischen Patienten nur dadurch unterschieden, dass sie nicht mit klassischer Psychoanalyse zu behandeln waren. Diese Patientengruppe zeigte sowohl psychotische, als auch neurotische Auffälligkeiten.

Obwohl die eigenständige Beschreibung des Krankheitsbildes begonnen hatte, gelang keine einheitliche Konzeptualisierung und in der Folgezeit wurde der Begriff Borderline als Restkategorie benutzt und war eine Sammelbezeichnung für schwierige Patienten.

Kernberg gehört das Verdienst, als erster charakteristische Phänomene und psychodynamische Betrachtungsweisen beschrieben zu haben, um diese zu einem eigenständigen Krankheitsbild zusammenzufassen, das sich von den bekannten Konzepten der Schizophrenie und der affektiven Störungen deutlich abgrenzte. 1975 entwickelte er eine eigene Theorie und konzeptualisierte diese als Borderline-Persönlichkeitsorganisation im Zwischen- und Grenzbereich von Neurose und Psychose. Der in Österreich geborene und nach Amerika emigrierte Psychoanalytiker gab damit den Anstoß, dass das englische Wort „Borderline“ (an der Grenze) sich als Krankheitsbezeichnung durchsetzte und auch in Deutschland verbreitete.

Im geschichtlichen Rückblick lassen sich zwei Entwicklungslinien aufzeigen (Herpertz & Saß 2000, S. 116). Die eine versucht die Auffälligkeit der Borderline-Erkrankung als Unterform der schizophrenen Erkrankungen zu begreifen. Die andere Entwicklungslinie beschreibt Grenzbereiche der affektiven Erkrankungen und begründete die Auffälligkeiten durch Charaktermerkmale, Stimmungslabilität und

soziale Abweichung. Die zweite Entwicklungslinie („stimmungsstabiler und explosiver Psychopath“) mündete in der Weiterentwicklung in die heutigen Klassifikationssysteme der BPS im ICD und DSM.² Im Jahr 1980 wurde die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung, wenn auch mit viel Diskussionen, erstmals im DSM III aufgenommen. Seitdem ist die Diskussion nicht erloschen, aber die Diagnose wird bis heute im DSM IV -TR und im ICD-10 verwendet.

Dennoch hat sich in den letzten 30 Jahren viel verändert, so dass die ehemals verwirrende Restkategorie, unter der schwierige Patienten subsumiert wurden, mittlerweile zu einer der empirisch am besten belegten Persönlichkeitsstörungskategorien der gegenwärtigen Klassifikation gehört (Herpertz & Saß 2000, S. 123).

2.2 Epidemiologische Daten

Der Abschnitt betrachtet zu Beginn die Prävalenzrate der Persönlichkeitsstörungen und der BPS, untersucht anschließend die mögliche Zunahme der Borderline-Persönlichkeitsstörungen und schließt mit der Suizidrate von BPS ab.

Die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung (F 60.31) gehört dem ICD-10 nach zu der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen (F 60) und soll hier zu Anfang kurz dargestellt werden. Die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinbevölkerung wird als zwischen 6-14% liegend angegeben und ist damit als ziemlich hoch anzusehen (Herpertz et al. 2007, S. 212). Die Prävalenzrate im stationären Rahmen liegt, unter Berücksichtigung aller Persönlichkeitsstörungen (F 60.0-60.7), um die 40-60%. Mit nahezu der Hälfte der Patienten in psychiatrischen Kliniken stellt die Persönlichkeitsstörung ein sehr bedeutendes Krankheitsbild dar (Herpertz & Saß 2003, S. 165). Bei forensisch-psychiatrischen Patienten finden sich Prävalenzraten bis zu 80%. Persönlichkeitsstörungen treten bei Frauen und bei Männern zwar zahlenmäßig ausgeglichen auf, die Geschlechterverteilung bezogen auf die Art der Diagnose ist allerdings auffällig. So wird die dissoziale/antisoziale (F 60.2), die narzisstische und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung (F 60.5) vor allem bei Männern diagnostiziert, während die BPS (60.31), die abhängige (60.7) und die

² Die erste Entwicklungslinie fand als „Schizotypische Persönlichkeitsstörung“ (DSM) oder als „Schizotype Störung“ (ICD-10) Eingang in die diagnostischen Manuale.

histrionische Persönlichkeitsstörung (60.4) vor allem bei Frauen diagnostiziert wird (Herpertz et al. 2007, S. 212; DSM Vergleich zit. nach Kämmerer 2001 S. 57). Der geschlechtsspezifische Aspekt wird in Kapitel 2.8 noch genauer untersucht werden.

Im Folgenden stelle ich die Daten für die im Fokus meiner Untersuchung stehenden Diagnose, der BPS, dar. Die Prävalenzrate der BPS wird in der Allgemeinbevölkerung bei ca. 1,5 % angesiedelt (Herpertz und Wenning 2003, S. 85). Rohde-Dachser (2006, S. 196) bezieht sich bei der Prävalenz auf Schätzungen aus den USA, die dort bei 2% liegt. Brunner et al. (2008, S. 139), Dulz et al. (2001, S. 8) und Stone (2000, S. 7) zitieren die amerikanische Studie von Schwarz et al. (1990), in der die Prävalenzrate 1,8% beträgt. Die Prävalenzrate der BPS fällt damit im Vergleich zur Schizophrenie (ca. 1%) geringfügig höher aus (Dulz et al. 2001, S. 8).

Die stationäre Prävalenz wird zwischen 14-20% angegeben (Herpertz und Wenning 2003, S. 85), während ca. 8%-11% aller ambulanten Patienten die diagnostischen Kriterien der BPS erfüllen.

Stone findet keinen statistischen Anhaltspunkt für eine Zu- oder Abnahme der Prävalenz der BPS bei der Durchsicht der vorhandenen Untersuchungen. Die Zahlen sind seiner Meinung nach eingeschränkt zu betrachten, denn sie geben die Forschungsergebnisse nur eines Jahrzehnts wieder. Langzeitstudien über Zeiträume von 20 bis 30 Jahren stehen noch aus. Aufgrund der eingeschränkten Datenlage nimmt Stone dennoch eine Zunahme der BPS in den Räumen Amerika, Westeuropa und Australien an. Er misst dem Inzestfaktor eine große Wirksamkeit bei und postuliert, dass die BPS aufgrund der Zunahme von Inzest zugenommen hat (Stone 2000, S. 8).

Finkelohr (1984) hat in einer Untersuchung festgestellt, dass der Inzest um das sechs- bis siebenfache ansteigt, wenn ein Kind nicht bei seinem leiblichen, sondern bei einem Stiefvater aufwächst. Die hohe Scheidungsquote³ führt zur „Normalität“ von Patchwork Familien, bei denen das Fehlen der Blutsbande zum Stiefkind die

³ Die Zahl der gerichtlichen Ehescheidungen in Deutschland ist von 1991 bis 2003, unterbrochen nur 1999, stetig angestiegen. Die Ermittlung von „zusammengefassten Ehescheidungsziffern“ muss viele Faktoren berücksichtigen, z.B. wird zwischen einer Scheidung nach 25- und nach 40 jähriger Ehedauer unterschieden. Daher wird von einem Erwartungswert gesprochen. Das Jahr 2004 ist das Jahr mit der bisher höchsten Scheidungshäufigkeit. Nach 45 Ehejahren: 2004: 47,7%, 2006: 42,2%, Schätzung 2007: 39%. (BiB-Mitteilung 2008, S. 13 ff.)

Wahrscheinlichkeit eines sexuellen Übergriffs steigen lässt. Die enge Verbindung von Inzest und der Ausbildung einer BPS ist mittlerweile anerkannt (Stone, 2000, S. 8; Dulz et al. 2001, S. 54; Rhode-Dachser 2006, S. 196). Zusätzliche Faktoren wie die Schwächung religiöser Bindung und der zunehmende Konsum psychoaktiver Substanzen, wie Alkohol oder Amphetamine, durch die die Impulskontrolle herabgesetzt wird, lassen die Inzestschranke und damit den Schutz vor Kindern sinken. Die Überprüfung von Stones Hypothese, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung sich durch die Zunahme des Inzests zum Massenphänomen entwickelt, steht noch aus.

Abschließend soll der Blick auf die Suizidrate gelenkt werden, da nahezu alle BPS im Laufe ihrer Erkrankung suizidale Krisen durchstehen und suizidale Handlungen die Regel sind. Die Ausprägung des Suizidrisikos schwankt erheblich und ist von der Komorbidität abhängig. Narzisstische und antisoziale Borderline-Patienten haben ein deutlich höheres Suizidrisiko im Vergleich zu nicht „komorbiden“ Borderline-Patienten (Götze 2000, S. 285). Insgesamt sterben zwischen fünf und zehn Prozent der Patienten mit BPS durch Suizid. Dies entspricht einer fünfzigmal höheren Suizidrate als der in der Allgemeinbevölkerung (Brunner et al. 2008, S. 103). Sie liegt unerheblich unter der Suizidrate von schizophrenen Psychosen und schweren affektive Störungen (Lindner 2008, S. 257).

2.3 Deskriptive Ebene der Diagnostik

2.3.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung im DSM-IV-TR und ICD-10

Die BPS wird im deutschsprachigen/europäischen Raum im ICD-10 unter F60 den Persönlichkeitsstörungen zugeordnet⁴. Diese unterteilen sich in unterschiedliche Persönlichkeitsstörungen (paranoide PS, schizoide PS, dissoziale PS, histrionische PS, anakastische PS, ängstliche PS, abhängige PS), wobei die emotional instabile Persönlichkeitsstörung (60.3) an dritter von acht Stellen steht. Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung unterteilt sich in den impulsiven Typ (F 60.30) und den Borderlinetyp (F 60.31), wobei kein Zweifel besteht, dass die Borderline-

⁴ Internationales Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen. Gültige Fassung von 1994.

Persönlichkeitsstörung die größere klinische Bedeutung hat (Herpertz, Wenning 2003, S.84)⁵. Ein Großteil der Literatur über BPS nimmt Bezug auf das amerikanische Klassifikationssystem DSM, das nachfolgend in der Symptomatik - im Unterschied zum ICD-10 - tabellarisch aufgeführt wird. Das nationale System DSM muss nicht die Kompromisse der ICD-10 (Interkulturelle Perspektive, Vergleichbarkeit für Dritte Welt Länder) berücksichtigen und kann daher speziellere und differenziertere diagnostische Kriterien auführen. Das DSM-IV berücksichtigt außerdem geschlechtsspezifische Unterschiede.

Im Folgenden eine tabellarische Übersicht der Diagnosekriterien für die BPS nach dem DSM-IV-TR und dem ICD-10:

Tabelle 1. Diagnosekriterien BPS nach DSM-IV-TR und ICD-10

DSM-IV-TR	ICD-10
Panische Angst vor Verlassen werden, die auf die tiefe Bindungsunsicherheit dieser Patienten hindeutet.	Übermäßige Anstrengung nicht verlassen zu werden.
Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, in denen Idealisierung und Entwertung einander abwechseln.	Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen.
Identitätsstörung, die zu einer andauernden Instabilität des Selbstbildes und der Selbstwahrnehmung führt.	Störungen und Unsicherheit über das Selbstbild, Ziele und die „inneren Präferenzen“ (einschließlich der sexuellen).
Impulsives Verhalten, das sich in mindestens zwei Bereichen zeigt, die potentiell selbstschädigend sind, z.B. Substanzmissbrauch, Promiskuität oder Fressanfälle.	Gewalttätiges und explosives Verhalten wird leicht ausgelöst, wenn impulsive Handlungen von anderen kritisiert oder behindert werden.
Selbstmorddrohungen, suizidale Handlungen (ungefähr 10% der Menschen mit einer Borderlinediagnose verwirklichen ihre Drohung und begehen Suizid; DSM-IV-TR, S. 774) und selbstverletzendes Verhalten.	Suizidrohungen oder selbstschädigende Handlungen.
Affektive Instabilität und häufiger Wechsel der Affekte.	Wechselnde, instabile Stimmungen.
Chronische Leeregefühle	Chronisches Gefühl der inneren Leere.
Neigung zu heftigen Wutausbrüchen oder auch chronischer Wut, die nur schwer kontrolliert werden kann.	Ausbrüche intensiven Ärgers können zu oft gewalttätigem und explosivem Verhalten führen.

⁵ Herpertz und Saß (2000, S. 123) sehen die Unterscheidung als problematisch an und vermuten in der Beschreibungen der beiden Subtypen eine geschlechtsspezifische Ausdrucksform einer zugrunde liegenden impulsiven und emotional instabilen Persönlichkeit.

In Belastungssituationen vorübergehende Entwicklung von paranoiden Vorstellungen oder schweren dissoziativen Symptomen oder schweren dissoziativen Symptomen.	
	Deutliche Neigung unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln.
	Die Fähigkeit voraus zu planen ist gering.

Die Ähnlichkeiten beider Klassifikationen beziehen sich auf die vier Symptomkomplexe: Impulsivität, affektive Instabilität, Instabilität in der Beziehungsgestaltung und Identitätsstörung (Herpertz, Wenning 2003, S. 84).

Trotz der Ähnlichkeiten gibt es auch Unterschiede in der Schwerpunktsetzung. In der ICD-10 steht die Impulsivität im Mittelpunkt, die durch dysfunktionale Verhaltensweisen (auto- oder fremdaggressives Verhalten), Planlosigkeit und die Unfähigkeit auf naheliegende Ziele zugunsten zukünftiger Belohnungsreize zu verzichten, charakterisiert wird. Im DSM wird die impulsive Persönlichkeitsstörung jedoch nicht berücksichtigt.

Das DSM berücksichtigt Aspekte, die in der ICD-10 nicht aufgeführt werden. So steht im DSM die übermäßige Angst des Borderlinepatienten an erster Stelle. Im DSM sind auch vorübergehende paranoide Vorstellungen oder dissoziative Symptome als Reaktion auf belastende Situationen mit in den Diagnosekatalog aufgenommen worden. Das DSM-IV lässt damit auch Hinweise auf mögliche Hintergründe von Erkrankungen zu, im Unterschied zur ICD-10, die sich um eine rein phänomenologische Ebene bemüht.

Den Übergang zum nächsten Kapitel stellt die Wiedergabe der Symptome und Persönlichkeitseigenschaften dar, die Fonagy et al. (2004, S. 348) für die BPS als charakteristisch beschreibt.

1. Desorganisierte und dysfunktionale Selbst-Organisation und daraus resultierende Schwierigkeiten der Affektregulierung und emotionalen Selbstkontrolle

- Leeregefühl
- Instabiles Selbstgefühl
- Emotionale Instabilität und Reizbarkeit
- Impulsivität

2. Dysfunktionale und verzerrende „Prüfung der sozialen Realität“
 - Spaltung und
 - Projektive Identifikation mit Vorherrschen von defensiven Funktionsmodi
3. Vulnerabilität für Traumatisierungen
 - Schwierigkeiten intime Bindungsbeziehungen aufrechtzuerhalten
 - Tendenz Verlassen werden zu provozieren
 - Daraus resultierende Suizidalität

Fonagy verbindet die Phänomenologie (1), wie sie aus dem DSM und der ICD-10 bekannt ist, mit Abwehrmechanismen (2), die sich bei BPS in intimen Beziehungen und in der Therapiesituation zeigen. Zusätzlich stellt er unter dem Blickwinkel des affektiven Erlebens, der Bindungsfähigkeit und dem von ihm entwickelten Konzept der Mentalisierungsfähigkeit eine Verbindung zu Traumatisierung und Suizidalität her.

2.4 Strukturelle Ebene der Diagnostik

2.4.1 Abwehrmechanismen in der Musiktherapie

Ein bezeichnendes Kriterium für die BPS ist die besondere Relevanz der Abwehrmechanismen. Diese werden zunächst allgemein in einen Entwicklungszusammenhang gebracht, um anschließend die Abwehrmechanismen detaillierter darzustellen, die für die BPS von Bedeutung sind. Die Abwehrmechanismen der BPS sind mehrfach an anderer Stelle ausführlich ausgeführt worden (Rohde-Dachser 1997, S. 73; Kernberg 1998, S. 44; Lohmer 2000, S. 75), bisher allerdings ohne Bezugnahme zur Musiktherapie. Dieser Abschnitt betrachtet die Abwehrmechanismen aus Sicht der Musiktherapie und verdeutlicht dies an Hand von passenden Fallbeispielen aus meinem Fallbuch (s. Anhang).

Die Fähigkeit zur Abwehr ist abhängig von dem Entwicklungsstand der Ich-Funktionen und daher muss die Betrachtung von Abwehrprozessen auch die Möglichkeiten des psychischen Apparates des Ich berücksichtigen. Der Abwehrmechanismus der Sublimierung setzt z.B. eine differenziertere Entwicklung des Ich voraus als der Abwehrmechanismus der Spaltung.

Patienten mit einer BPS werden häufig als Patientengruppe bezeichnet, die unter einer strukturellen Störung, einer Ich-Schwäche oder unter einer Ich-Störung leidet. Die Auffassung, das Ich als psychisches System in den Mittelpunkt der psychoanalytischen Theoriebildung zu stellen, begann in den 1940er Jahren (Hartmann 1975). Die Betrachtung der Struktur und der Funktion des Ichs führten zur differenzierten Beschreibung der Aufgaben des Ichs⁶ und schließlich zu einem Ich-strukturellen Ansatz (Blanck und Black 1974). Kernberg spricht 1976 (1998, S. 40) von struktureller Analyse und beschreibt das Funktions- und Integrationsniveau der Persönlichkeit, wodurch eine Einschätzung des Ich-strukturellen Funktionierens möglich wird. Von ihm wird erstmals die Borderline-Persönlichkeitsorganisation als eigenständige Organisation im Unterschied zum neurotischen und psychotischen Organisationsniveau beschrieben. Kernberg untersucht die Reife der Abwehr, die Fähigkeit der Realitätsprüfung, die Fähigkeit zur Impulskontrolle, die Angsttoleranz und die Reife der Objektbeziehungen. Die Borderlinestruktur wird von ihm als „pathologische“ Abwehrleistung verstanden. Gleichzeitig beschreibt er auch eine unspezifische Manifestation, nämlich eine Ichschwäche, worunter er mangelnde Angsttoleranz, Mangel an Impulskontrolle und mangelnde Sublimierungsfähigkeit versteht (1998, S. 41). Inwieweit die Borderlinestruktur als eine pathologische Abwehrleistung zu verstehen ist oder der Ausdruck eines schwachen, defekten Ichs ist, wird von Kernberg nicht eindeutig beantwortet.

Aufgaben des Ichs sind die Steuerung, Regulierung und Kontrolle von Bedürfnissen und Affekten, damit das intrapsychische Gleichgewicht aufrecht und gleichzeitig die äußere Handlungsfähigkeit erhalten bleibt. Dies geschieht mittels des unbewussten Vorgangs der Abwehr, d.h. den daraus hervorgehenden spezifischen Abwehrmechanismen. Die Abwehrmechanismen gehören der Ich-Instanz an, denn das Ich stellt eine Mittlerfunktion zwischen Es⁷ und dem Über-Ich⁸ dar. Kann das Ich keine befriedigende Lösung finden, stellen Abwehrmechanismen eine erste Lösung dar. Unter Abwehr wird allgemein ein dynamischer Vorgang verstanden, der das Bewusstsein sowohl vor gefährdenden, konflikthaften, inneren Reizen (Triebe, Wünsche, Gefühle), als auch vor inneren Auswirkungen, ausgelöst durch äußere,

⁶ Aufgabe des Ichs ist die Realitätsprüfung, die Regulierung und Kontrolle der Triebe und Körperfunktionen, die Frustrationstoleranz und die Fähigkeit zur Gestaltung von Objektbeziehungen (Auchter, Strauss 1999, S. 90)

⁷ Triebpool der Persönlichkeit und Hauptreservoir für psychische Energie (Laplanche 1994, S. 147)

⁸ Gewissen, Selbstbeobachtung, Ich-Ideal (Laplanche 1994, S. 541)

überfordernde Reize (Trauma), schützen soll. Der Abwehrbegriff bezieht sich immer auf die intrapsychische Bewältigung der Realangst. Abwehrmechanismen sind beobachtbar und üben regulative Funktionen im Dienste von Selbsterhaltungs- und Überlebensstrategie aus (Ehlers 2008, S. 13).

Patienten mit einer BPS haben nur unzureichend die Fähigkeit entwickelt, Bedürfnisse und Affekte zu regulieren und zu kontrollieren. Die Fähigkeiten des Ichs zu regulieren und zu integrieren ist bei BPS durch die schwache Struktur⁹ des Ichs stark eingeschränkt (Ich-Störung, Ich-Schwäche¹⁰), so dass reifere Abwehrmechanismen sich nicht entwickeln konnten. Die Borderlinestruktur bildet sich in jener frühen Entwicklungsphase, in der es noch keine Gegensätze zwischen Innen- und Außenraum und keine Trennung zwischen Primär- und Sekundärprozess gibt. Die entscheidenden Voraussetzungen für den reifen Abwehrmechanismus der Verdrängung sind somit noch gar nicht entwickelt. Es kommt bei der BPS zu einer Fixierung der Abwehrformation, die im Einzelnen als „primitive Abwehrmechanismen“¹¹, „unreife Abwehrmechanismen“¹², „archaische Abwehrmechanismen“ oder „frühe Abwehrmechanismen“¹³ bezeichnet werden und immer eine basale Schutzfunktion darstellen.

Für die BPS werden einheitlich in der Literatur Spaltung, Idealisierung und Projektive Abwehrmechanismen als zentrale Abwehrmechanismen beschrieben (Dulz 2008, S. 105; Lohmer, 2000, S. 75; Rohde-Dachser 1997, S. 79)

Rohde-Dachser (1997, S. 80) bezieht sich auf Kernberg (1998, S. 49), wenn sie den Abwehrmechanismus der Spaltung als zentralen übergeordneten Mechanismus begreift, auf dessen pathologische Folgeerscheinungen sich die Borderlinestruktur

⁹ Es wird unterschieden zwischen Konfliktpathologie bei den reiferen Störungen, die die intersystemischen Konflikte zwischen den drei Instanzen (vgl. Strukturmodell: Über-Ich, Ich und Es) betrachten und den strukturellen Störungen, die als intrasystemische Regulationsstörungen vornehmlich den Bereich des Ichs betreffen (Rüger 2008, S. 716). Rudolf vertritt einen modernen Ansatz, wenn er mit seiner OPD-Diagnostik speziell die strukturellen Fähigkeiten untersucht und diese nicht als Folge von unbewussten Konflikten, sondern als eigenständiges Problemfeld versteht. Der Strukturbegriff bezeichnet ganz allgemein die Regelmäßigkeit, den inneren Aufbau des Ganzen und die funktionalen Zusammenhänge (Rudolf 2002, S. 2). Unter struktureller Fähigkeit wird A) die Fähigkeit zu differenzieren (untersuchen von Ganzheiten auf Unterschiedlichkeiten) B) die Fähigkeit zu integrieren (verknüpfen von Unterschiedlichkeiten zu neuen Ganzheiten) und C) die Fähigkeit zu regulieren (Systemgleichgewichte schaffen, wiederherstellen und erhalten) verstanden (Rudolf 2002, S. 7).

¹⁰ Für Rohde-Dachser (2006, S. 195) gehören mangelnde Angsttoleranz, mangelnde Impulskontrolle, mangelnde Sublimierungsfähigkeit und die Nähe des Denkens zum Primärprozess zu den unspezifischen Zeichen von Ich-Schwäche.)

¹¹ Kernberg (1993, S. 15)

¹² Mentzos hat 1984 (S. 62) eine Klassifikation dem Reifegrad folgend vorgestellt.

¹³ Wöller (2006, S. 414), Klein (2001, S. 139)

aufbaut. Abwehrmechanismen wie Primitive Idealisierung, Projektion und Projektive Identifizierung, Identifizierung mit dem Angreifer, Omnipotenzgefühl und Abwertung der Objekte werden als Hilfsmechanismen des Abwehrmechanismus der Spaltung verstanden. Die Trennung von guten und bösen Selbst- und Objektrepräsentanzen und die notwendige Projektion der „bösen“ Imagines in die Außenwelt sind Überlebensstrategien, die jedoch gleichzeitig Entwicklungsschritte zu einer stabilen Ich-Identität verhindern.

Im Folgenden werden einzelne Ausschnitte aus dem angefügten Fallbuch benutzt, um die für BPS typischen Abwehrmechanismen, wie sie in der Musiktherapie sichtbar werden, aufzuzeigen. Die Abwehrmechanismen in der Musiktherapie zeigen sich nicht isoliert in der improvisierten Musik, sondern häufig im Umgang mit der musiktherapeutischen Situation und im Wechsel zwischen Sprechen und Spielen.¹⁴

2.4.1.1 Spaltung, Primitive Idealisierung und Entwertung

Die Notwendigkeit zur Spaltung kann im klinischen Kontext auffällig schnell beobachtet werden. Patienten mit einer BPS verteilen ihre positiven und negativen Erfahrungen auf unterschiedliche Personen oder einzelne Berufsgruppen. Eine häufige Erfahrung ist, dass das Einzelgespräch mit dem Arzt hochgelobt und als sehr hilfreich erlebt wird, während dagegen die Musiktherapie und die Musiktherapeutin erst einmal abgelehnt werden. Patienten meiden dabei jede Form des Gesprächs über mögliche Gründe der Ablehnung. Der böse und schlechte Anteil wird in der Musiktherapie untergebracht, eine Veränderung oder Überprüfung der Haltung wird, vermutlich wegen der Schuldgefühle, als höchst bedrohlich erlebt und daher vermieden. Die Patienten lehnen die Musiktherapie ab und erhoffen sich dadurch, dass der böse Anteil, einem konkretistischen Verständnis folgend, aus ihrem Inneren ausgelöscht ist.

Beispiele:

Frau O und Frau C zeichnen sich durch eine zumindest zu Beginn stark ablehnende Haltung gegenüber der Musiktherapie aus, während eine völlig übertriebene Hoffnung auf „Rettung und Heilung“ an den behandelnden Arzt gerichtet wird. In

¹⁴ Metzner 1996, S. 3; Decker-Voigt 1991, S.104

diesem Beispiel zeigt sich zum einen die Notwendigkeit zur Spaltung, da gegensätzliche Erfahrungskomplexe komplett auseinandergehalten werden müssen. Gleichzeitig zeigt das Beispiel, dass die Abwehrmechanismen von Idealisierung und Abwertung dem Abwehrmechanismus der Spaltung zur Seite stehen. Die Person des Arztes wird idealisiert und als nur gutes, ideales Objekt, das keine frustrierenden Eigenschaften hat, wahrgenommen. Die Musiktherapeutin dagegen wird abgewertet („Musiktherapie, das bringt nichts“).

Umgekehrt gibt es auch Patienten, die die Musiktherapie idealisieren und stattdessen andere Therapien oder die Arztgespräche abwerten. Frau E (Szene 2), Frau B (Szene 2), Frau M (Szene 2) und Frau N (Szene 1,4) sind Beispiele für Patientinnen, die tendenziell die Musiktherapie und die Musiktherapeutin idealisieren. Der abgewertete Teil findet sich dann in der Ergotherapie (Frau B) oder bei dem behandelnden Arzt (Frau N).

Patienten mit einer BPS erleben sich selbst und auch andere als aufgeteilt in extreme Gegensätze, die mitunter rasend schnell ins Gegenteil wechseln. Auffällig ist, dass die unterschiedlichen Zustände auseinandergehalten werden müssen und im Erleben starr und klischeehaft sind.

Frau C und Frau F sind Patientinnen, bei denen die wechselhaften Stimmungen und extremen Gegensätze in den vier beschriebenen Musiktherapieszenen auffallen. Frau C zeigt in der 3. Sitzung (1. Szene) ihr allgemeines Gefühl des Schlechtgehens und ihre Hoffnungslosigkeit. Sie mag gar nicht spielen, Musik zu hören erträgt sie besser. Sie kann sich nicht vorstellen, dass Musik und der Umgang mit ihr etwas zur Veränderung beitragen könnte. Anders die 9. Sitzung (2. Szene), in der Frau C ihre Kraft und Dominanz lautstark mit der Pauke demonstriert und die Musiktherapie als sehr hilfreich erlebt. In der 11. Sitzung (3. Szene) berichtet Frau C erneut über die Stimmung des Sich-Schlecht-Fühlens und in der 15. Sitzung (4. Szene) bestätigt Frau C ihre Fähigkeit, ihre Interessen lautstark ausdrücken zu können. Die vier Szenen zeigen Wiederholungen und den Wechsel von zwei gegensätzlichen Stimmungen.

Frau F wechselt mit ihren Stimmungen innerhalb der Musiktherapieszenen sprunghaft hin und her. Die Stimmung ist extrem angespannt und Frau F scheint die ganze Zeit auf dem Absprung. In der 1. Sitzung (1. Szene) und in der 5. Sitzung (2. Szene) wird es letztendlich möglich durch Singen, Frau F ein Aushalten zu

ermöglichen. Die Stimmung wechselt sogar so weit, dass Frau F über den Gesang in ihren Erinnerungen zu schwelgen beginnt. Die 11. Musiktherapiesitzung (3. Szene) wird von Frau F plötzlich unvorbereitet abgebrochen, während sie in der 21. Sitzung (4. Szene) zwar anwesend bleibt, Lethargie und Lustlosigkeit jedoch vorherrschen.

Indirekt können sich Spaltungstendenzen bei Patienten zeigen, wenn diese von den verabredeten Musiktherapiesitzungen plötzlich fernbleiben. Patientinnen wie Frau O, Frau R und Frau P tragen ihr Gefühl, dass die Musiktherapeutin ihnen Hilfe vorenthält, nicht in die Therapie, stattdessen ziehen sie sich in ihr Bett zurück und vermeiden den Kontakt mit der Musiktherapeutin, während der Kontakt zu anderen Personen angenommen wird.

Projektion

Musik bietet sich aufgrund ihrer Vielschichtigkeit und Uneindeutigkeit für eine Fülle von Projektionen an, was im weiteren Verlauf der Arbeit noch zu zeigen sein wird. Ein Beispiel ist Frau H, die in der 8. Sitzung (1. Szene) über Heavy Metall Musik und Konzerte spricht, bei denen sie sich sehr wohl fühlt. Sie projiziert ihre innere Anspannung, ihre sprachlose Not und ihre im weitesten Sinn vorhandene Aggression auf die von ihr bevorzugte Musik. Frau H wirkt von außen betrachtet kontrolliert und maskenhaft, erst ihre Musikvorliebe lässt ahnen, mit welchen inneren Zuständen sie kämpft.

2.4.1.2 Projektive Identifizierung

Der Abwehrmechanismus der projektiven Identifikation verbindet als einziger Abwehrmechanismus die intra- und interpersonale Abwehr, so dass in besonderer Form das Erleben der Therapeutin bei der Beschreibung berücksichtigt werden muss.

Frau R spielt in der 39. Sitzung (3. Szene) in einer Art und Weise Klavier, dass die Therapeutin über ihr heftiges Erleben von Ekel und Abgestoßensein erschrickt. Sie möchte mit dem Spiel und am liebsten auch mit Frau R nichts zu tun haben. Die Patientin wird mit ihrer Musik von der Therapeutin abgelehnt und die Therapeutin schämt sich dafür. Sie ist von sich selbst abgestoßen. Die Heftigkeit des Affekts, sich des Kontaktes mit Frau R entziehen zu wollen, überrollt die Therapeutin geradezu. Bei ihr entsteht die unausgesprochene Fantasie, ob es möglich sei, diese Patientin

abzuschieben. Vielleicht wäre sie bei einer anderen Therapeutin besser aufgehoben, denkt sie. Dies war eine Fantasie, die schnell Schuldgefühle auslöste und weitere Reflektionen notwendig machte.

Große Intensität der Gefühle lassen den Abwehrmechanismus der Projektiven Identifikation vermuten. Frau R erlebt sich selbst als tief hassenswert, so dass sie davon ausgeht, dass die Therapeutin sie ihrerseits ablehnt und eklig fände. Sie entwickelt eine dementsprechende Art zu spielen, die letztendlich genau das, was sie befürchtet, bei der Therapeutin hervorruft. Die Angst abstoßend zu wirken und weggeschickt zu werden, wird projiziert, in der Therapeutin untergebracht und dort kontrolliert. Die Therapeutin identifiziert sich unbewusst mit dem Ekelgefühl. Die Therapeutin findet die Musik von Frau R scheußlich und gleichzeitig schämt sie sich stark für ihre ablehnenden Gedanken. Die Therapeutin empfindet Ekel vor sich selbst, da sie am liebsten verschwinden oder die Musik von Frau R zum „ersterben“ bringen möchte. Frau R erlebt den Ekel über ihr Spiel nicht mehr, stattdessen ist die Therapeutin mit dem Gefühl des Ekels befasst.

Frau R zu einem anderen Therapeuten abzuschieben ist ein Versuch, die schrecklichen Gefühle nicht mehr aushalten zu müssen. Das Wissen um die biographischen Zusammenhänge erleichtert das Aushalten der Ekel- und Schamgefühle, die Frau R nicht aushalten kann und daher projizieren muss. Das Gefühl „Abgestoßen zu sein“ dürfte die verzweifelte Verinnerlichung des Gefühls, keine Lebensberechtigung zu haben, sein. Die innere Vorstellung ist, es mit Frau R kann auszuhalten, korrespondiert damit, dass die Mutter von Frau R ihr eigenes Kind hatte töten wollen.

2.4.1.3 Identifikation mit dem Angreifer¹⁵

Das Subjekt, das einem Angreifer ausgesetzt ist, identifiziert sich mit dem gefürchteten Objekt (Täter). Der Abwehrmechanismus „Identifikation mit dem Angreifer“ zeichnet sich durch die Wendung vom Passiven zum Aktiven aus, so dass das durch den Angriff geschwächte Ich durch die Umkehrung stark und mächtig erscheint.

Frau K (1, 5) weiß genau, was sie spielen möchte und wählt zielsicher die Pauke und das Becken. Sie spielt extrem laut und die Therapeutin ist mit ihrem Xylophon im

¹⁵ Abwehrtypus, der von A. Freud erstmals 1936 beschrieben wurde (A. Freud 1997, S. 109)

Grunde nicht zu hören. Frau K freut sich sehr über ihre eigene Lautstärke. Die Therapeutin erlebt den Lärm als sehr bedrängend und fühlt sich an die Wand gespielt. Frau K war in ihrer Kindheit häufig Ohnmachtsgefühlen und Vernachlässigung ausgeliefert. In ihrem musikalischen Spiel auf der Pauke ist sie mit der Stärke des Angreifers (Täters) identifiziert. Frau K muss ihre Ohnmacht und Überwältigung durch diese Umkehrung nicht mehr spüren.

2.4.1.4 Omnipotenzgefühle

Frau L genießt in all ihren Sitzungen ihr Klavierspiel, bei dem sie kleine Melodien, teilweise mit einfacher Begleitung, unendlich häufig wiederholt. Sie hat schon früher immer mal gespielt und in der Jugendpsychiatrie haben die anderen Kinder ihr auch gern zugehört. Frau L fühlt sich durch ihr eigenes Spiel in der fünften Sitzung (1. Szene) oder beim Anhören einer Klaviermusik von CD in der 14. Sitzung (2. Szene) eingeladen zu träumen, wobei sie dem gerne nachgeht. Sie zieht sich dabei in ihre Fantasiewelt zurück. Auf Nachfrage erzählt sie, dass sie sich vorstellt, in einem großen Saal zu spielen und vom Publikum bewundert zu werden. Die Musik bietet Frau L einen Fantasieraum an, in dem sie sich großartig, unabhängig und omnipotent fühlen kann, womit sie Gefühle von Kleinheit und Insuffizienz abwehrt.

2.4.1.5 Verleugnung

Frau A spielt in der 2. Sitzung (2. Szene) Kinderlieder auf dem Metallophon. In der 5. Sitzung (2. Szene) trommelt sie verbissen immer die gleichen Patterns. Im Gespräch bemüht sie sich verzweifelt um Kontrolle, obwohl sie über ihre Impulsdurchbrüche spricht. Frau A richtet ihren gesamten Ärger auf ihre Mutter und zeigt sich in dieser Polarisierung extrem starr. Gefühle von Ärger und Enttäuschung der Therapie gegenüber werden von ihr gar nicht wahrgenommen und verleugnet. In den Improvisationen zeigt sich, dass sie genau diesen Ärgerimpuls durch extrem redundantes Spiel zu kontrollieren versucht. Das Thema Ärger wird verleugnet und darf auch von der Musiktherapeutin nicht gehört werden.

2.4.1.6 Versuch zur Veränderung der Realität (Externalisierung)

Dieser Abwehrmechanismus beschreibt im Allgemeinen eine Veräußerlichung eines inneren Geschehens. Dass es die Möglichkeit gibt, innere Vorgänge durch kreative

Tätigkeit anschaulich zu machen, ist eine der Grundannahmen kreativer Therapieverfahren. Insofern ist die Fähigkeit zur Externalisierung auch für die Musiktherapie von besonderer Bedeutung, wie sich an vielen Beispielen aufzeigen lässt. Der Abwehrmechanismus der Externalisierung meint die Verschleierung und Verleugnung eines nicht akzeptierten Selbstanteiles durch Veränderung der Außenwelt. Äußere Objekte werden dahingehend manipuliert, dass die notwendigen Projektionen Bestätigung finden.

Dies lässt sich bei BPS häufig im klinischen Kontext bei der Regelung um den Ausgang beobachten. Patienten setzen das Team durch suizidale Äußerungen massiv unter Druck, so dass entgegen dem Wunsch des Patienten ihm nicht erlaubt werden kann, allein die Station zu verlassen. Der Autonomie- Abhängigkeitskonflikt wird auf diese Weise interpersonell inszeniert.

Frau F bringt in der 11. Sitzung (3. Szene) eine CD in die Musiktherapie mit. In diesem Lied dieser CD wird eine Therapiesituation besungen. Die Jugendlichen im Lied leiden extrem und das Lied endet mit einem Suizid in der Therapiesitzung. Frau F zeigt mit dem Lied ihre Not und externalisiert ihre Verzweiflung. Sie bricht die Sitzung unmittelbar danach ab, so dass die Therapeutin zwar die Themen ahnt, aber gleichzeitig verlassen wird. Frau F nimmt durch den Abbruch maximalen Einfluss auf die Therapiesituation. Ihr Verhalten führt zur Verstärkung der Sorge um sie, gleichzeitig werden aber Gefühle von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Ärger bei der Therapeutin geweckt, so dass die generelle Bereitschaft zur Behandlung in Gefahr gerät.

Letztendlich bestätigen sich in der Inszenierung die Themen „Angst, krank zu sein“ und „keinen Ausweg wissen“, was bereits in dem Lied anklang. Der im Lied beschriebene Therapeut kann nicht verhindern, dass es zum Suizid kommt. Frau F externalisiert ihre Angst, dass ihr nicht geholfen werden kann, bzw. dass sie so schwer krank ist, dass ihr nicht geholfen werden kann, in dem sie das Lied vorspielt, gleichzeitig aber die Möglichkeit zur Hilfe durch ihren Abbruch der Therapiesitzung unterbindet. Sie inszeniert aktiv das passiv Befürchtete. Für sie bestätigt sich damit ihre Befürchtung, dass die Therapie nicht helfen kann.

Die sechs Beispiele haben die Bedeutung von Abwehrmechanismen bei BPS, so wie sie sich in der Musiktherapie zeigen können, dargestellt.

2.4.2 Gegenübertragung in der Musiktherapie

Dies Kapitel führt zunächst allgemein in die Theorie der Gegenübertragung ein, bezieht sich anschließend auf die Musiktherapie, um dann die Spezifität der Gegenübertragung bei der Behandlung von BPS näher auszuführen.

Unter Gegenübertragung werden Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten verstanden, die sich durch bestimmte Affekte, Stimmungen, Phantasien und Handlungsimpulse im Therapeuten manifestieren. Während in der klassischen Psychoanalyse die Gegenübertragung noch als störendes Element betrachtet wurde, ist das Interesse für die Gegenübertragung seit den Arbeiten von Heimann (1950/1996) und Racker (1978) stark gewachsen. Heimann erkannte den Nutzen der Gegenübertragung, da diese Teil der Inszenierung des Analysanden im Analytiker ist. Die Analyse der Gegenübertragung lässt, so verstanden, auch Rückschlüsse auf die Übertragung des Patienten zu. Die Unterscheidung in der Reaktion des Therapeuten auf den Patient zwischen den Anteilen, die den Therapeuten persönlich betreffen und den Aspekten, die Analysematerial für den Patienten darstellen, bedarf der fortwährend sorgfältigen Überprüfung. Im Handbuch für Psychoanalytische Grundbegriffe wird aktuell unter Gegenübertragung die Gesamtheit aller Einstellungen des Therapeuten gegenüber dem Patient verstanden. Die Gesamtheit umfasst die bewussten und unbewussten, die reaktiven und genuinen Einstellungen, die Bezug zum Patienten haben (Ermann 2008, S. 234). Racker (1978) unterschied komplementäre und konkordante Gegenübertragung. Die konkordante Gegenübertragung beschreibt die Identifizierung des Therapeuten mit dem unbewussten Ich-Zustand des Patienten, während bei der komplementären Gegenübertragung der Therapeut mit den Objekten des Patienten identifiziert ist. Die Gegenübertragungsanalyse ist mit der Objektbeziehungs-Psychologie, vorwiegend vertreten durch britische Psychoanalytiker, in der Psychoanalyse zu einem der wichtigsten Werkzeuge geworden und hat daher auch in der analytischen Musiktherapie einen hohen Stellenwert.

Priestley, die als Begründerin der analytischen Musiktherapie gilt, sah den Wert von Musiktherapie darin, dass der Therapeut dem Patient mit Hilfe von Musik seine verborgenen Gefühle wieder zugänglich machen kann. Sie bezieht sich auf die Vorstellung von Heimann und wählt für die Musiktherapie den Begriff der empathischen oder Echo-Gegenübertragung (Priestley 1983, S. 50). Heutzutage ist

das Wissen um und die Analyse von Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühlen zentral in der Ausbildung von Musiktherapeuten (Oberegelsbacher 2008, S. 29). Mit nur einer einzigen Ausnahme lassen sich in der Literatur zwar zahlreiche Beispiele für Gegenübertragungsanalysen finden, der theoretische Überbau wird aber selten explizit erwähnt. Die Dissertation von Nygaard-Petersen hat die Gegenübertragung von Musiktherapeuten im psychiatrischen Umfeld jedoch zum zentralen Thema¹⁶. In Kapitel drei wird über diese Arbeit berichtet. Hier kann aber schon vorweggenommen werden, dass die Besonderheiten der Gegenübertragung in der Musiktherapie von BPS bisher keine Erwähnung in der musiktherapeutischen Literatur gefunden hat.

Im Gegensatz dazu sind die Gegenübertragungsmechanismen in der psychoanalytischen Literatur zur BPS ausführlich und auf vielschichtige Weise untersucht worden (Streek 2007, S. 147; Wöller 2006, S. 357; Dammann & Buchheim 2003, S. 34; Ermann 2001, S. 51; Koenigsberg 2000, S. 94; Kernberg 1998, S. 73; Rohde-Dachser 1997, S. 158). Da Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sich durch erhebliche Schwierigkeiten in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen auszeichnen, ist es selbstverständlich, dass die Gegenübertragung ein besonderes Charakteristikum bei der Behandlung darstellt.

Die Gegenübertragung bei der BPS zeichnet sich durch große Heftigkeit aus und stellt selbst für erfahrene Therapeuten durch die Intensivität der Gefühle eine Herausforderung und Belastung dar (Dammann & Buchheim 2003, S. 34; Fonagy et al. 2004, S. 347). Das Ringen um den angemessenen Umgang mit extremen Gefühlen und die Fähigkeit des Therapeuten, eigene Anteile in der Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse aus der emotionalen Verstrickung mit des Patienten herausfiltern zu können, gehört zum Hauptcharakteristikum der Behandlung von BPS. Die Analyse von Gegenübertragungsimpulsen erfordert berufliche Erfahrung, Supervision und Selbsterfahrung, denn der Umgang mit intensiven negativen und schlechten Gefühlen ruft schnell Erschrecken, Ablehnung und also die Abwehr des Therapeuten hervor (Ermann 2001, S. 56). Die Intensität der Gegenübertragung ist letztendlich auch der Auslöser für die immer wieder beschriebenen Krisen und

¹⁶ Hannibal (2001) hat sich in seiner Dissertation mit Übertragungs- und Gegenübertragungsanalysen beschäftigt. Leider ist diese Arbeit nur in dänischer Sprache erhältlich, so dass sie international kaum rezipiert wurde. Persönliche Mitteilung 2008.

Spaltungssituationen in der stationären Arbeit mit Borderline-Patienten (Lohmer 2001, S. 71)¹⁷.

Rohde-Dachser beschreibt fünf Gegenübertragungsreaktionen. Sie spricht von:

1. der aggressiven Gegenübertragungsreaktion,
2. der Degradierung des Patienten und dem Versuch des Abschiebens,
3. von der masochistischen Unterwerfung,
4. von der Angst der Analytiker vor dem eigenen Identitätsverlust und
5. von der Wiederauflage der ursprünglichen pathogenen Beziehung zwischen dem Patienten und einem Elternteil im Rahmen der Psychotherapie (Rohde-Dachser 1997, S. 159).

Koenigsberg fokussiert das Gefühlserleben des Therapeuten, wenn er aufzeigt, dass Omnipotenz, Machtlosigkeit und Hass häufig erfahrbare Gegenübertragungskonstellationen bei BPS darstellen (Koenigsberg 2000, S. 91). Dulz macht darauf aufmerksam, dass die Reaktionen des Patienten und dementsprechend des Therapeuten in Abhängigkeit von den Abwehrmechanismen stehen und daher durch die Abwehrmechanismen der Spaltung und der Projektiven Identifikation starken Schwankungen unterliegen und somit durch den raschen Wechsel von einem zum anderen Extrem gekennzeichnet sind (Dulz 2008, S. 106). Oft bilden sich Übertragungs- Gegenübertragungspaare heraus, die im schnellen Wechsel aktiviert werden.

Der alltägliche Umgang mit BPS zeichnet sich durch Gleichzeitigkeit unterschiedlicher Gefühle aus. Giernalczyk et al. erwähnen in ihrem Beispiel einer suizidalen Patientin mit Persönlichkeitsstörung die rasch wechselnde Folge von Gefühlen wie Hilflosigkeit, Ärger, Hoffnungslosigkeit, Schuldgefühlen und Angst (Giernalczyk et al. 2008, S. 221).

Die Arbeit mit und das Aushalten von intensiven negativen und aversiven Gegenübertragungsgefühlen, die durch Machtkämpfe, Hassgefühle und den Versuch der Objektbindung durch Manipulation dominiert werden, kennzeichnen den Therapieprozess bei der BPS.

¹⁷ Siehe 2.4.1.1 Abwehrmechanismen: Spaltung

Das Aufzeigen und die Analyse von Gegenübertragungskonstellationen in der Musiktherapie mit BPS-Patientinnen gehören zu den Ergebnissen meiner Arbeit und wird in Kapitel fünf an Hand von Fallbeispielen dargestellt.

2.5 Genese der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Zahlreiche Aspekte und Erklärungsansätze der BPS sind in den letzten 30 Jahren untersucht und entwickelt worden. Die folgenden drei Ansätze stellen nur eine Auswahl dar. Allen gemeinsam ist die Tatsache, dass sie auf dem Hintergrund psychoanalytischer Herangehensweise entwickelt wurden. Da auch mein eigenes musiktherapeutisches Verständnis psychoanalytisch ist, werde ich mich überwiegend auf psychoanalytische Theorien beziehen, so dass verhaltenstherapeutisch orientierte Therapien wie die DBT (Dialektisch-behaviorale Therapie) oder die Schematherapie und deren Therapieerfolge meinerseits unberücksichtigt bleiben.

Das Theorieverständnis von Fonagy (2003, 2004, 2006) steht aufgrund seiner Aktualität und Praxisrelevanz für die Behandlung schwer erkrankter BPS im Vordergrund meiner Betrachtung.

2.5.1 Theorie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Kernberg)

Kernberg steht in der Tradition der Triebtheorie, die er mit der Objektbeziehungstheorie verbindet. Das Hauptmerkmal der Borderline-Erkrankung besteht für ihn in der Intensität von destruktiven und aggressiven Impulsen, deren Bewältigung aufgrund der schwachen Ich-Struktur nur eingeschränkt möglich ist. Die Intensität der aggressiven Impulse begründet Kernberg mit einer konstitutionell bedingten übermäßigen Stärke des Aggressionstriebes. Gleichzeitig gibt er aber auch eine objektbeziehungstheoretische Erklärung, indem er schreibt, dass das Übermaß an Aggression auch aus schweren frühen Frustrationen stammen könnte (Kernberg 1998, S. 48).

Kernberg versteht die Borderline-Persönlichkeitsstörung als spezifische Ich-Pathologie, bei der es dem Patienten nicht gelingt, frühe Selbst- und Objektbilder zu integrieren. Selbst- und Objektrepräsentanzen bleiben als Teilrepräsentanzen

fragmentiert und werden in extremer Weise entweder als „gut“ oder als „böse“ erlebt. Das heißt, die Teil-Selbstrepräsentanzen und Teil-Objektrepräsentanzen lassen sich nicht zu einem Ganzen (Sowohl-als-auch) integrieren, sondern sind jeweils mit einem positiven oder einem negativem Affekt verbunden (Kernberg 1998, S. 55). Die frühen, in sich hochgradig widersprüchlichen Selbst- und Objektanteile bleiben bis ins Erwachsenenalter erhalten und hindern Patienten bei dem Aufbau einer stabilen Identität.

Die Borderline-Persönlichkeits-Organisation entsteht nach Kernberg auf der Grundlage dreier strukturellen Merkmale: Identitätsdiffusion, Primitive Abwehrmechanismen und Fähigkeit zur Realitätsprüfung (Kernberg 1993, S. 15).

Die vorhandene Identitätsdiffusion entsteht durch die fragmentierten Selbst- und Objektrepräsentanzen, die in unterschiedlichen Rollenverteilungen mit dem Gegenüber immer wieder in Szene gesetzt werden. Kernberg beschreibt typische Rollenverteilungen, die sich zwischen Patient und Therapeut ereignen können. Der Therapeut wird in schnell wechselnder Reihenfolge in chaotischer Weise mit unerträglichen und gegensätzlichen Objektbeziehungen überrollt, wobei der Patient im raschen Wechsel die Rolle des Selbst und dann wieder die Rolle des Objektes übernehmen kann.

Typische Rollenverteilungen (Kernberg 1993, S. 99):

- | | |
|------------------------------------|---|
| • zerstörerisches, böses Kleinkind | strafender Elternteil |
| • unkontrolliertes, wütendes Kind | kontrollierender Elternteil |
| • missbrauchtes Opfer | sadistischer Angreifer |
| • ungebändigtes Kind | hilfloser Elternteil |
| • abhängiges, befriedigtes Kind | umschwärmter,
bewunderter Elternteil |

Eine zentrale Annahme Kernbergs ist, dass die guten Selbst- und Objektrepräsentanzen in ständiger Gefahr sind, von bösen Selbst- und Objektrepräsentanzen zerstört zu werden. Positive Bilder und scheinbar „nur gute“ Objekte müssen davor geschützt werden, dass sie von feindlichen negativen Bildern überwältigt werden. Primitive Abwehrmechanismen, um den Mechanismus der Spaltung gruppiert (primitive Idealisierung, Verleugnung, projektive Identifizierung, Omnipotenz, Kontrolle und Entwertung) und die Verzerrung der Realität (Patient nimmt sein Umfeld nur auf eine ihr entsprechende Weise wahr) sollen den Schutz

des guten Objektes sichern (Kernberg 1998, S. 49). Der Patient kann die Selbst- und Objektrepräsentanzen und die damit widersprüchlich verbundenen Affekte nicht erkennen, sondern nur wechselnd in Szene setzen. Die Arbeit mit den internalisierten Selbst- und Objektbeziehungen steht im Mittelpunkt seiner Therapie (Kernberg 1993, S. 18).

War Kernberg ursprünglich davon ausgegangen, dass die Borderlinestörung mit konstitutionell bedingter erhöhter Aggression zusammenhing, änderte er seine Auffassung, als die Befunde sich häuften, dass Borderline-Patienten signifikant häufiger in ihrer Kindheit körperliche Misshandlung und/oder sexuellem Missbrauch erlitten hatten. Patienten, die in ihrer frühesten Kindheit chronischer Aggression ausgesetzt waren, reagieren mit chronischem Hass. So dass für Kernberg nach wie vor die Integration von Liebe und Hass bei der Behandlung von Borderline-Patienten im Vordergrund steht (Kernberg 2000, S.529). Er betont in der Behandlung, neben dem Angerührtsein von sozial verursachten Traumatisierungen, die Notwendigkeit zur Neutralität, um die Übertragung analysieren und schließlich auflösen zu können (Kernberg 2000, S. 536).

2.5.2 Die Borderline-Position als Rückzugsort (Steiner)

Steiner (1998) entwickelt aus seiner ambulanten therapeutischen Beobachtung speziell von Borderline-Patienten, die sich verkapseln oder sich verbergen, seine Theorie des seelischen Rückzugs. Er spricht bewusst von einer Borderline-Position als auffälligem Merkmal bei BPS. Das Phänomen des Rückzugsortes ist aber auch bei psychotischen oder neurotischen Patienten zu beobachten.

Bei der Borderline-Position ziehen sich Patienten aufgrund von paranoiden oder depressiven Ängsten in eine Phantasiewelt zurück und sind dadurch für den Therapeuten nicht mehr erreichbar. Die Therapie zeichnet sich durch Erstarrung und Stagnation aus. Diese Persönlichkeitsorganisation wird von Steiner als hochpathologisch beschrieben. Sie stellt auf den ersten Blick zwar einen Schutzmechanismus dar, der durch ungewöhnliche Starre und extreme Resistenz gegenüber Veränderungen kennzeichnet ist. Borderline-Patienten leben in zwei Parallelwelten. In der einen wird die reale Welt erkannt und anerkannt, in der

anderen aber verleugnet. In diesem Rückzugsraum bleiben Phantasie und Omnipotenz ungemildert bestehen. Der Rückzugsraum kann als grausamer und abweisender Ort erlebt werden, sehr viel häufiger ist er jedoch ein angenehmer Ort, der als idealisierter Zufluchtsort aufgesucht wird.

Steiner entwickelt für sein Modell die theoretischen Ansätze von M. Klein (2001) und H.A. Rosenfeld (1971) weiter. Für ihn stellt der Rückzugsort eine dritte Position zwischen Kleins paranoid-schizoider Position und der depressiven Position dar. Der Patient benutzt den Rückzug, um den Ängsten, die mit beiden Positionen verbunden sind, auszuweichen. Dies können Ängste sein, die durch primitive Verfolgungs- und Fragmentierungszustände ausgelöst werden oder deprimierende Gefühle von Schmerz und Schuld, die nicht aushaltbar sind.

In der paranoid-schizoiden Position bedrohen primitive frühkindliche Ängste, ausgelöst durch innere destruktive Kräfte, das unreife Ich¹⁸. Der Säugling hasst das böse und entsagende Objekt und fürchtet dessen Hass, so dass durch dessen Projektion eine Verfolgungsangst entsteht. Der Säugling verfügt ebenfalls von Anfang an über eine große Liebesfähigkeit. In der paranoid-schizoiden Position werden beide Arten von Objektbeziehung, die feindselige und die liebevolle, soweit wie möglich voneinander getrennt gehalten. Durch Spaltung des Objekts wechseln Zustände von Verfolgung oder Idealisierung ständig ab. Mit der Objektspaltung vollzieht sich auch die Spaltung in gute und schlechte Selbstanteile, die auseinander gehalten werden müssen (Steiner 1998, S. 51).

Der Eintritt in die depressive Position stellt einen bedeutsamen Entwicklungsschritt dar, denn die Objekte werden erstmals als ganze Objekte wahrgenommen. Ambivalente Regungen, also Hass und Liebe auf bzw. zu ein und demselben Objekt sind jetzt möglich. Die wachsende Fähigkeit zur Integration von Erfahrungen ermöglicht die Sorge um das Objekt und Gefühle von Verlust und Schuld verdeutlichen eine Abhängigkeitsbeziehung zwischen Subjekt und Objekt. Die Entwicklung der Symbolfunktion und damit auch die Vorstellung von Wiedergutmachung ist eine Entwicklungsaufgabe in dieser Position (Steiner 1998, S. 52, 1999).

¹⁸ Klein (2001) bezieht sich auf den Todestrieb, während Steiner lediglich anerkennt, dass im Individuum etwas Vernichtendes und Selbsterstörerisches angelegt ist (Steiner 1998, S. 21)

Obwohl die paranoid-schizoide Position zeitlich vorausgeht, stehen beide Positionen in einer dynamischen Beziehung zueinander und ein ständiger Austausch findet statt. Steiner verfeinert die beiden Positionen durch weitere Zwischenschritte. Die paranoid-schizoide Position unterteilt er in pathologische Fragmentierung, gefolgt von der „normalen Spaltung“. Die depressive Position unterscheidet er in Angst vor Objektverlust, gefolgt von Erfahrung von Objektverlust (Steiner 1998, S. 67). Aus allen vier Positionen lässt sich der seelische Rückzug einnehmen. Der Rückzugsort ist oft Ruheplatz, der Entlastung von Angst und seelischen Schmerz ermöglicht, der dem Patient aber nicht aus ihrer Pathologie hilft.

Primitive und destruktive Impulse werden gebunden und dadurch neutralisiert, dass sie in Objekte projiziert werden. Die pathologische Reaktion besteht in der aufgehobenen Reversibilität, da der Patient nicht mehr in der Lage ist, sich den durch die projektive Identifikation verlorengegangenen Selbstanteil wieder anzueignen. Bestimmte Aspekte der Persönlichkeit sind somit dauerhaft im Objekt untergebracht und führen zu einer Beziehung, in der die Objekte in einer bestimmten Weise in Besitz gehalten werden und nicht aufgegeben werden dürfen. Der Kontakt zu diesen verlorengegangenen Anteilen gelingt nur durch besitzergreifende Kontrolle über das Objekt, in das sie projiziert worden sind (Steiner 1998, S. 99).

Steiner führt den Rückzugsort als eine dritte Größe zwischen den beiden eben beschriebenen Positionen ein. Ein Ort, an dem der Patient weder von den fragmentierenden Ängsten überschüttet wird, noch sich den Verlust- oder Schuldgefühlen stellen muss. Steiner stellt einen Zusammenhang her zwischen der Unfähigkeit sich die durch Projektive Identifikation verloren gegangenen Anteile des Selbst wiederanzueignen und der Unfähigkeit, die omnipotente Kontrolle über das Objekt aufzugeben (Steiner 1998, S. 94).

Erst durch einen Trauerprozess, in dem das Subjekt trauert und die ungetrennte Omnipotenzfantasie aufgeben muss, gelingt es dem Patient, sich Teile des Selbst wieder anzueignen, die durch projektive Identifizierung verloren gegangen sind. Die Anerkennung des Verlusts führt zur Differenzierung zwischen Selbst und Objekt. Aufgabe von Therapie ist es, zu einer realistischeren Einschätzung des verlorenen Objekts zu kommen und zuvor abgespaltene Teile des Selbst als zum Selbst gehörig anzuerkennen (Steiner 1998, S. 62 und S. 96).

Steiners Beobachtungen zufolge besitzt das Bedürfnis, verstanden zu werden, bei den Borderline-Patienten eine größere Dringlichkeit als das Bedürfnis, sich selbst zu verstehen (Steiner 1998, S.191). Insofern unterscheidet Steiner analytikerzentrierte Deutungen, in denen der Therapeut anspricht, was in ihm vorgeht oder wie der Patient den Therapeuten erlebt haben könnte, von patientenzentrierten Deutungen, in denen gedeutet wird, was der Patient sich wünscht, denkt oder befürchtet. Die analytikerzentrierten Deutungen vermitteln mehr das Bedürfnis verstanden zu werden und schaffen häufig eine weniger beängstigende Atmosphäre.

2.5.3 Eingeschränkte Mentalisierungsfunktion (Fonagy)

Die Theorie der Mentalisierung ist der jüngste Erklärungsansatz für die BPS, der sich durch die Herstellung neuer und überdisziplinärer Bezüge auszeichnet. Während die Konzepte von Kernberg und Steiner ausreichend bekannt sind, wird das Mentalisierungskonzept aufgrund seiner aktuellen Relevanz ausführlicher dargestellt.

Peter Fonagy, einem Psychoanalytiker aus London gebührt das Verdienst, auf die Bedeutung der Reflexionsfähigkeit, von ihm „Mentalisierungsfähigkeit“ genannt, in jüngster Vergangenheit hingewiesen zu haben. Seit Anfang der 1990er Jahre untersuchte er mit Mary Target, seiner Kollegin am Anna Freud Center London und anderen Forschern (u.a. G. Gergely, E.L. Jurist) mentale Zustände und deren Zusammenhang mit der Bindungstheorie, speziell bei schweren Persönlichkeitsstörungen. Speziell für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben P. Fonagy und A. Bateman ein teilweise operationalisiertes Behandlungsmanual (2004 MBT, mentalization-based-treatment) entwickelt, das sich bereits als hochwirksam erwiesen hat (Bateman & Fonagy 2001 und 2008)¹⁹.

Fonagy²⁰ berichtet kaum nennenswert über Kunsttherapie, die Existenz von Musiktherapie scheint er nicht zur Kenntnis genommen zu haben. In einem früheren Artikel habe ich das Konzept der Mentalisierung und ihr Nutzen für die Musiktherapie erstmals dargestellt (Strehlow 2009a).

¹⁹ In Deutschland gibt es erste Studien von Kliniken, die das MBT Konzept auf ihre klinische Realität übertragen haben (Bolm 2008, Schultz-Venrath 2008).

²⁰ Persönliche Mitteilung vom 7.6. 2007, Frankfurt

Das Konzept der Mentalisierung

Die Fähigkeit, in sich selbst und bei anderen Gefühle wahrzunehmen und diese als psychische Phänomene, wie z.B. Bedürfnisse, Wünsche, Erwartungen zu begreifen, wird von Fonagy als Mentalisierung bezeichnet. Damit ist die Kompetenz gemeint, sich selbst und andere betrachten zu können und über die inneren Zustände, die hinter einem beobachteten Verhalten stehen, nachdenken zu können. Kurz und einfach heißt Mentalisieren: sich Selbst von Außen sehen und Andere von Innen sehen²¹.

Fonagy und Bateman betonen, dass ihr MBT-Konzept keine neue Therapieform darstellt, sondern im Gegenteil auf Altbekanntem aufbaut. Behandlungsziel ist die Verbesserung von Reflexionsprozessen. Dies geschieht dadurch, dass die Aufmerksamkeit darauf gelenkt wird, wie der Patient den Therapeuten erlebt. Spiegelungsprozesse, intersubjektive Interaktionsprozesse, Affektregulierung und Entwicklung des Selbst stehen im Zentrum des im Folgenden noch auszuführenden Therapieansatzes.

Bindung und Reflexionsfunktion

Wesentliche Anregungen aus Psychoanalyse, Bindungsforschung, empirischer Säuglingsforschung, Entwicklungspsychologie und Neurologie sind durch das Konzept der Mentalisierung neu miteinander verbunden worden. Die Theorie der Mentalisierung nutzt ebenfalls die Erkenntnisse der „Theory of mind“ (u.a. Dennett 1978), die kognitive Abläufe zum Gegenstand hat. Besonders die „false-belief-Experimente“ zeigen eindrücklich, ab welchem Alter ein Kind falsche Annahmen in sein Denksystem aufnimmt. (Fonagy, 2004, S. 54). Im Unterschied zur „Theory of mind“ fokussiert die Mentalisierungstheorie auf affektives Erleben.

Eine besondere Errungenschaft Fonagys ist die Auseinandersetzung mit der Bindungsforschung (Fonagy et al. 2003). Die Psychoanalyse untersucht die innerpsychischen Niederschläge der frühen Objektbeziehungserfahrungen und deren Auswirkung auf die Beziehungsgestaltung des Patienten. Die Bindungstheorie fokussiert auf Bindungs- und Trennungserfahrungen, deren Erkenntnisse durch empirische Untersuchungen belegt werden. Fonagy et al. gelingt es, die

²¹ 3. Folie des MBT Workshop in Frankfurt 2007

Psychoanalyse und die Bindungstheorie, zwei bis dahin im Streit befindende Konzepte, miteinander zu verbinden.

Fonagy und seine Mitarbeiter haben festgestellt²², dass die Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie die Fähigkeit, über andere innere Welten nachzudenken, aus den ersten Beziehungserfahrungen hervorgeht. Das bedeutet, dass die Fähigkeit zu mentalisieren in Abhängigkeit zur Bindungs- und Beziehungserfahrung steht und damit die Fähigkeit zu mentalisieren in hohem Maße durch eine sichere Bindung gefördert wird. Es ist daher nicht verwunderlich, dass Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, die bekanntermaßen mit hoher Wahrscheinlichkeit Traumatisierungserfahrungen gemacht haben und fast ausschließlich desorganisiert gebunden sind und sich durch geringe Mentalisierungsfähigkeiten auszeichnen. Die Förderung, bzw. das Wiederanstoßen der Fähigkeit zum Mentalisieren ist das wesentliche Ziel von Fonagys Therapiekonzept.

Mit der Theorie der Affektregulierung und dem Konzept der psychischen Realität erklärt Fonagy die Entwicklung hin zur Mentalisierungsfähigkeit.

Markierte Spiegelung

Es ist schon lange bekannt, dass Spiegelungsprozesse in der Interaktion zwischen Mutter und Säugling eine zentrale Rolle spielen. Das Konzept der markierten Spiegelung von Gergely und Watson (2004) stellt eine Erweiterung der bisherigen Spiegelkonzepte dar. Der Begriff der Markierung beschreibt, dass die Mutter den gezeigten Affekt des Kindes nicht eins-zu-eins wiedergibt. Markieren ist ein überpointiertes Spiegeln, das sich mimisch, im Tonfall und in der Betonung ausdrückt. Für das Kind wird sein Affekt also gespiegelt, aber die Rückspiegelung ist leicht verfremdet, wodurch das Kind über referenzielle Entkoppelung lernt, seinen Affekt von dem der Bindungsperson zu unterscheiden²³. Das Weinen wird von der Mutter z.B. mit dem mimischen Ausdruck verbunden, dass es wieder vorbei geht und das hilft dem Kind zu erkennen, dass erstens der Affekt, der mit dem Weinen verbunden ist, gar nicht „echt“ zu der Mutter gehört und zweitens, dass alles nicht so schlimm ist, wie es von dem Kind erst einmal angenommen worden war. Das Kind erlebt, dass sein eigener Affekt beim Anderen etwas bewirkt und gleichzeitig erlebt

²² Parent-Child-Project in London (Fonagy; Target 2003)

²³ Fonagy/Gergely (2004, S. 169) erklären die Entkoppelung mit dem Prozess des Biofeedback-Trainingsverfahren und verstehen die mütterliche Affektspiegelung als eine Art von natürlichem sozialen Biofeedback-Training für den Säugling.

es, dass sein Affekt moduliert werden kann. Die Markierung ermöglicht dem Kind, sich selbst im anderen zu erkennen und so erwirbt es eine „sekundäre Repräsentation“ seiner Affekte. Die Verinnerlichung der Vorstellung, die die Mutter über das Kind hat, wird von Fonagy als sekundäre Repräsentation bezeichnet (Fonagy et al. 2004, S. 379). In der sekundären Repräsentation der Affekte ist implizit die Verarbeitungsweise der Bindungsperson enthalten. Das heißt, der Säugling internalisiert die Repräsentation, die die Bindungsperson von ihm gebildet hat, so dass sich ein Netz von Selbst-Repräsentanzen entfaltet. Auf diese Weise entwickelt der Säugling ein kohärentes psychisches Selbst, das letztendlich die Grundlage für Affektregulierung und Impulskontrolle darstellt (Bateman & Fonagy 2004, S. 66)²⁴.

Fonagy weist auf den Unterschied zu den Spiegelkonzepten von Winnicott (1988) und Bion (1990) hin (Fonagy et al. 2004, S. 377). Seiner Ansicht nach realisiert der Säugling erst durch die wiederholende Erfahrung der markierten Spiegelung nach und nach, dass er Gefühle und Gedanken hat. Er lernt zwischen ihnen zu unterscheiden, indem er wiederholend die Erfahrung macht, dass die Mutter seinem inneren Zustand erstens überhaupt eine Bedeutung beimisst und zweitens ergänzend zum Erleben des Säuglings eine andere Bedeutung aufzeigt. Die Reaktionen der Mutter geben den inneren Erfahrungen des Säuglings eine Ausdrucksform, so dass das Erleben für den Säugling selbst besser handhabbar wird. Die Möglichkeit des Säuglings, über sich selbst zu reflektieren, ist daher in hohem Maße von der affektiv-interaktiven Qualität der Primärbeziehung abhängig.

Modalitäten der psychischen Realität

Das Konzept der psychischen Realität bezieht sich auf den Charakter der Subjektivität und beschreibt zwei Modalitäten, nämlich wie Gedanken und Gefühle erfahren werden, bevor das Kind die inneren Zustände reflexiv als Repräsentation der Realität erkennt. In der normalen Entwicklung kann man zwei Verfassungen beobachten, die die innere Erfahrung zur äußeren Situation in Beziehung setzen. Beide Modalitäten bestehen nebeneinander und das Kind wechselt zwischen beiden

²⁴ Die Ähnlichkeiten zu Bions (1990) Containment-Modell sind offensichtlich. Die Zusammenhänge werden von Fonagy et al. (2004, S. 36 und 378 und Bateman & Fonagy 2004, S. 71) selbst immer wieder hergestellt. Dornes (2004) weist ergänzend auf Unterschiede zwischen den Konzepten Fonagys und Bions hin. Bei Bion wird das containende Objekt verinnerlicht, bei Fonagy dagegen das Bild, dass das containende Objekt vom Subjekt hat.

hin und her. Erst durch die Integration beider Modi gelangt das Kind, im Alter von ca. vier bis fünf Jahren auf die Stufe der reifen Mentalisierung.

Im ersten Wahrnehmungsmodus, dem Modus der psychischen Äquivalenz (psychic equivalence mode) setzt der Säugling die innere mit der äußeren Welt gleich. Das heißt, alles was im Kopf vorgeht, muss auch in der Außenwelt existieren und was dort existiert, ist unweigerlich auch im Kopf vorhanden. Bei diesem Modus gibt es keinen Unterschied zwischen innerem Erleben und äußerer Realität, der bloße vorgestellte Gedanke hat den gleichen Effekt wie ein tatsächliches Ereignis²⁵.

Der zweite Wahrnehmungsmodus beschreibt gegenteilig die Verbindung von außen und innen, in dem außen und innen völlig getrennt wird. Dieser Modus wird im Deutschen als „Als-ob-Modus“ (pretend mode) bezeichnet. Das Kind kann sich in Gedanken in diesem Modus etwas vorstellen, das nicht in der Realität vorhanden ist. Im Als-Ob-Modus wird der innere Zustand allerdings von der äußeren Realität abgekoppelt. Das Kind erlebt innere Zustände, nimmt aber an, dass diese keinerlei Auswirkungen auf die Außenwelt aufweisen.

Während im Modus der psychischen Äquivalenz die innere Realität allzu real ist, ist sie im Als-ob-Modus hingegen allzu unreal. In der normalen Entwicklung erkennt das Kind Zusammenhänge zwischen innerer und äußerer Realität und nimmt gleichzeitig wahr, dass sich Innen und Außen in mancherlei Weise voneinander unterscheiden. Innen und außen müssen dann nicht mehr gleichgesetzt oder voneinander getrennt (dissoziiert) werden. Das Kind erwirbt die Mentalisierungsfähigkeit, indem es Gedanken oder Gefühle als Repräsentationen wahrnehmen kann. Das Kind kann sich vorstellen, dass die Mutter glaubt, es sei böse, aber das Kind selbst denkt etwas anderes. Das Kind kann mit der Realität spielen, weil der eigene Gedanke nicht als Abbild der Realität, sondern als eine eigene subjektive Reaktion auf die Realität verstanden wird.

Entwicklungspathologie

Fonagy beschreibt ausführlich, dass in traumatisierten Familien, wie das für Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Regel zutrifft, die Bezugspersonen sich nicht auf die Gedanken und Gefühle des Kindes beziehen und die frühen

²⁵ Fonagys Modus der psychischen Äquivalenz zeigt Ähnlichkeiten zu der von M. Klein (2001) konzipierten schizoid-paranoiden Position und zu H. Segals (1957) Konzept der „symbolischen Gleichsetzung“ (Segal 2002).

Spiegelungsprozesse misslingen. Gedanken und Gefühle des Kindes sind genauso verstörend und unannehmbar für die Bezugsperson wie für das Kind. Für die misshandelten Kinder bedeutet dies, dass sie gezwungen werden, ihren Betreuungspersonen widersprüchliche Intentionen zuzuschreiben, denn diese verhält sich mit ziemlicher Sicherheit nicht nur schädigend. Kinder mit Traumatisierungserfahrungen können ihre Mentalisierungsfähigkeiten nur unzureichend ausbilden. Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung können weder die eigenen Gefühle, noch die des Gegenübers adäquat wahrnehmen. Sie müssen sich auf ihre fantasierten Muster verlassen, die sie anstelle der Realität setzen. Die mangelnde Fähigkeit zu mentalisieren führt zu den typischen Merkmalen 1. der Verzerrung der Fähigkeiten, dem Gegenüber generalisierte Intentionen oder Haltungen zuschreiben zu können, 2. dem Vorherrschen gespaltener Repräsentanzen des Selbst und anderer Personen und 3. der Unfähigkeit zwischen äußerer Realität und inneren Repräsentanzen dieser Realität zu unterscheiden (Fonagy et al. 2004, S. 246).

Zwei Entwicklungspathologien entstehen durch abnormes Spiegeln, die jeweils mit einem Modus des Erlebens psychischer Realität zusammenhängen (Fonagy et al. 2004, S. 380). In der ersten Pathologie - dem Modus der psychischen Äquivalenz folgend - spiegelt die Mutter den Zustand des Säuglings unmoduliert wieder. Es handelt sich zwar um einen Affektausdruck, der dem Säugling entspricht, der aber von der Mutter nicht markiert ist und somit den Säugling potentiell überwältigt. Der Affektausdruck kann für die Mutter selbst gefährlich sein und dann reagiert sie mit massivem Rückzug oder negativ-intrusivem oder angsterregendem Verhalten. Das Resultat ist, dass das Kind seine eigenen Erregungszustände als gefährlich erlebt, weil es mit seinem affektiven Erleben allein gelassen wird. Es findet keine Modulation (kein Containment) statt und sein inneres Erleben findet sich in der Außenwelt wieder. Wird der Säugling mit einer verängstigten oder angsterregenden Mutter konfrontiert, verinnerlicht er die Wut-, Hass-, oder Angstgefühle der Mutter und das Bild, das sie sich von ihm gemacht hat: Das Bild eines angsterregenden und unkontrollierbaren Kindes wird als fremder Selbstanteil verinnerlicht.

Bei der zweiten misslungenen Art von Spiegelung wird der Affekt zwar angemessen markiert, aber er entspricht nicht der Affektäußerung des Säuglings, das heißt, die Affektspiegelung ist nicht kontingent. Die Mutter vermeidet es, den Affekt des

Säuglings zu bedenken. Die Mutter befindet sich dissoziativ in einem Als-Ob-Modus, der mit der äußeren Realität des Kindes nichts zu tun hat. In beiden Pathologien wird der Äußerung des Säuglings keine angemessene Bedeutung gegeben, so dass er keine treffende wiedererkennbare Version seiner eigenen mentalen Zustände in der Psyche des Anderen finden kann.

Die Mehrzahl der Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben nachgewiesener Weise eine Beziehungstraumagenese. Bei Kindern, die von ihren Eltern missbraucht oder misshandelt werden, kann die Unfähigkeit zu mentalisieren auch als Überlebensstrategie verstanden werden. Das misshandelte Kind fühlt sich nie sicher, denn die psychische Welt des Objekts bleibt unbegreiflich und bedrohlich. Psychische Vorgänge in sich und in anderen müssen gefürchtet werden. Die Folge ist, dass jede Form des bewussten Reflektierens vermieden wird. Die Kinder ziehen sich in ihre Welt zurück und vermeiden auf diese Art und Weise das Sich-Hineinversetzen in die Welt der vertrauten und gleichzeitig sie quälenden Bezugsperson. Die Verbindung zwischen inneren Zuständen und unerträglicher äußerer Realität wird durchtrennt und ist die einzige Möglichkeit für das Kind, zwischen sich und der misshandelnden Person Abstand zu schaffen. Die Unterbrechung der Mentalisierung ist somit ein Schutz. Nur er ermöglicht das seelische Überleben.

Das „fremde Selbst“

Das Scheitern der Spiegelung und das Fehlen der Repräsentation des mentalen Zustandes des Säuglings führt zur Entstehung des „fremden Selbst“ („alien self“, Fonagy et al. 2004, S. 421). Dieser fremde Anteil entwickelt sich erstens durch die Leere, die entsteht, wenn die innere Verfassung des Kindes nicht adäquat gespiegelt wird und zweitens durch die Verinnerlichung der äußeren quälenden und traumatisierenden Beziehungserfahrungen. Das Kind übernimmt die Repräsentation des feindseligen Anderen als fremdes Selbst in seine Selbststruktur. Teile des Selbst werden in Folge als „fremd“, als nicht wirklich zum Selbst gehörig erlebt. Das Selbst erlebt sich als hasserfüllt und bedrohlich, mit der Unmöglichkeit einer Regulation der überfordernden Gefühlswelt.

Wenn Patienten kein regulierendes Gegenüber zur Verfügung steht, sind sie ihrem sie quälenden Anteil ohnmächtig ausgeliefert. Das selbstverletzende Verhalten

erscheint dem Patient als einziger Weg, sich aus diesem nicht aushaltbaren Zustand zu befreien. Der unerträgliche Zustand wird als so stark zerstörend erlebt, dass reflexive Fähigkeiten nicht möglich sind und es daher für Patienten keine Alternativen zur Selbstverletzung gibt. Das selbstverletzende Verhalten richtet sich an den quälenden Anteil im Selbst, mit dem Versuch diesen zu entfernen. Durch die Selbstverletzung versucht der Patient sich in einen Zustand zu versetzen, in dem die bedrohlichen Gefühle, die mit dem fremden Selbst verbunden sind, nicht mehr gespürt werden müssen.

Ein anderer Weg, um ein kohärentes Selbstbild zu erschaffen, stellt die Externalisierung des fremden Selbst dar. Der zerstörerische Selbstanteil wird nach außen verlagert, so dass das Selbst sich als Folge dieser Externalisierung als gehasst und angegriffen vom Gegenüber erlebt. Die absolute Abhängigkeit von konkret anwesenden Bezugspersonen ist die Folge²⁶. Der Patient kann sich mit seinen ihn überfordernden Gefühlen selbst nicht regulieren, so dass der physisch Andere verzweifelt gebraucht wird.

2.5.4 Zusammenschau der drei Ansätze

Kernberg stellt den Umgang mit Aggression in den Mittelpunkt und hält trotz allen Wissens um die Bedeutung von Beziehung an der Triebtheorie fest, wobei er Aggression als Kernmotivationskraft versteht. Steiner verfeinert die Theorie Kleins und bezieht triebtheoretische Überlegungen in sein Konzept mit ein. Fonagy et al. suchen einen anderen Zugang, indem sie mit der Konzeption der Mentalisierung nicht Triebe, sondern die Affekte im Verbund mit der Bindungstheorie in das Zentrum stellen (Fonagy & Target 2006, S. 380).

Fonagy und Kernberg unterscheiden sich auch hinsichtlich ihres Erklärungsmodells von Spaltung, die allerdings für beide eine wesentliche Bedeutung hat. Nach Fonagy beseitigt das Kind, die durch chronische Unvorhersehbarkeit und widersprüchlicher Einstellungen der Eltern verursachte Unsicherheit und Angst, mit Spaltung. Der

²⁶ Fonagy et al. (2004, S. 361) beschreiben selbst die Parallele zum Mechanismus der Projektiven Identifikation. Während der Abwehrmechanismus der Projektiven Identifikation die Notwendigkeit zur Kontrolle des Selbstanteils im Gegenüber und den kommunikativen Aspekt betont, ist nach Fonagy die Externalisierung die einzige Möglichkeit, dass diese Patientinnen sich als kohärent erleben können.

Spaltungsmechanismus stellt für Fonagy et al. ein entwicklungspsychologisches Nebenprodukt dar, da erst durch die Externalisierung ein kohärentes Selbstgefühl entstehen kann (Fonagy et al. 2004, S. 420). Für Kernberg ist die Notwendigkeit, gute Objektrepräsentanzen vor der Überwältigung durch aggressive Objektrepräsentanzen zu schützen, der Ausgangspunkt für die Entstehung des Spaltungsmechanismus. Für Kernberg ist die Unfähigkeit, gute und böse Selbst- und Objektrepräsentanzen zu einer integrierten Repräsentanz zu verbinden, der Dreh- und Angelpunkt.

Für Steiner ist der Mechanismus der Spaltung in der paranoid-schizoiden Position sowie der depressiven Position zentral. Die zweite Stufe der paranoid-schizoiden Position (normale Spaltung) lehnt sich deutlich an das Konzept Kernbergs an. Fonagy et al. (2004, S. 274) beziehen sich auf Steiner und stellen eine Verbindung zwischen dem Modus der psychischen Äquivalenz und der ersten Stufe der depressiven Position (Angst vor Objektverlust) her. Sie rekurren auf Steiner, der den Mechanismus der Projektiven Identifikation als Schlüsselmechanismus bei der Reduzierung der Verlustangst beschrieben hat (Steiner 1998, S. 60). Inwiefern der Als-Ob-Modus Parallelen zu dem von Steiner konzipierten Rückzugsort aufweist, wäre eine Untersuchung wert.

In der Behandlung fokussiert Kernberg auf die Rollenverteilung, wie sie sich zwischen Patient und Therapeut häufig wechselnd ereignet, während Fonagy et al. die Aufmerksamkeit auf das Erleben des Therapeuten aus Sicht des Patienten richtet. Steiner nähert sich dem Behandlungsansatz Fonagys, wenn er die analytikerzentrierte Deutung in den Mittelpunkt stellt. Der Analytiker stellt dabei sein Erleben in den Vordergrund und bietet dem Patienten mögliche Zusammenhänge an. Steiner zufolge erlebt die Gruppe der BPS- Patienten mehr Entlastung, wenn sie erfährt, was im Analytiker vorgeht, während patientenzentrierte Deutungen als bedrohlich erlebt werden. Fonagy richtet seine Interventionen darauf aus, dass der Patient durch Fragen angeregt wird, über das Erleben des Therapeuten und sich selbst nachzudenken.

Im Folgenden wird die Problematik der narzisstischen Persönlichkeitsstörung und ihr Bezug zur BPS dargelegt. Die Relevanz erklärt sich dadurch, dass Verhaltensweisen der BPS-Patienten, z.B. die starke Entwertung des Therapeuten, Ähnlichkeiten mit Merkmalen von narzisstisch gestörten Patienten aufweisen.

2.5.5 Die Thematik der narzisstischen Persönlichkeitsstörung

Als für narzisstisch gestörte Persönlichkeiten typische Merkmale werden im allgemeinen Überheblichkeit, Geltungsbedürfnis und ein Übermaß an Selbstbezogenheit verstanden. Weiterhin werden als für dieses Krankheitsbild typisch Gefühle von Großartigkeit und Überlegenheit bei gleichzeitiger großer Angst vor negativer Beurteilung und hoher Kränkbarkeit charakterisiert (Herpertz & Wenning 2003, S. 140). Die Frage nach der Bedeutung der Tatsache, dass Symptome der narzisstischen Persönlichkeitsstörung auch bei BPS-Patienten auftreten, wird unterschiedlich beantwortet. Herpertz und Wenning (2003, S. 88) messen der narzisstischen Problematik in Bezug auf die BPS wenig bis gar keine Bedeutung bei. Das Zusammentreffen von narzisstischer PS und BPS wird von beiden Autorinnen jedoch mit Bezug auf straffällige männliche Patienten erwähnt. Hier spiegelt sich wieder, dass die narzisstische PS überwiegend bei männlichen Patienten gefunden wird (DSM: 1-3M:1F in Kämmerer 2001, S. 57). Die Epidemiologie der narzisstischen PS ist das Gegenstück zum Überwiegen des Frauenanteils bei der BPS²⁷.

Die Entstehung beider Konzepte ist unterschiedlich. Während der Begriff des Narzissmus bereits bei Freud (1914) konzeptionell eingebunden wurde und in späteren psychoanalytischen Theorien seine Bedeutung durchgängig beibehält, entwickelt sich das Konzept der BPS aus unterschiedlichen Richtungen mit dem Wunsch, Patienten behandeln zu können, die zunächst nicht mit der orthodoxen Psychoanalyse erreicht werden konnten.

Autoren mit einem psychoanalytischen Hintergrund stellen häufiger eine Verbindung zwischen der narzisstischen und der Borderline-Persönlichkeitsstörung her (Akhtar 2000, S. 371; Kernberg 1998, S. 302; Kernberg 2006, S. 706; Rohde-Dachser 2004, S. 39). Zwei Aspekte trennen bis heute die Ansätze der Narzissmustheorien. Erstens, die Annahme eines primären Narzissmus (Freud 1914, S. 139, Grunberger 1976, Mahler et al. 1989) im Gegensatz zu der Annahme von primären Objektbeziehungen (Balint 1997, Klein 2001, Kernberg 1998). Die Annahme des primären Narzissmus stellt den pathologischen Narzissmus als Regression oder Fixierung in einen Zusammenhang mit derjenigen Entwicklungsphase, die als normale

²⁷ Siehe Kapitel 2.8.

Entwicklungsphase (autistische Phase bei Mahler²⁸) bei Säuglingen angenommen wird (Hartmann 2006, S. 8). Die Theorien, die von einer primären Objektbeziehung ausgehen, erklären den pathologischen Narzissmus quasi als Ersatzbildung aufgrund von ungenügenden Spiegelungs-, Bindungs- und Kompetenzerfahrungen.

Der zweite Aspekt bezieht sich auf die Kontroverse zwischen Kohut (1973)²⁹ und Kernberg (1998)³⁰, die beide wesentlich zur Narzissmustheorie beigetragen haben. Kernbergs eigener Ansatz entwickelt sich in der Auseinandersetzung mit der Theorie Kohuts (engl. 1971) und erscheint vier Jahre nachdem dieser seine Theorie dargelegt hat.

Hartmann bezieht sich auf Gabbard (2005) und erklärt die beiden Ansätze von Kernberg und Kohut als zwei Typen der narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Während Kernbergs Beschreibungen auf den unbeirrten und dickhäutigen Narzissten³¹ zutreffen, hat Kohut sich mit dem Typ des hypervigilanten Narzissten³² beschäftigt (Hartmann 2006, S. 14).

Decker-Voigt bezieht die Theorien zum Narzissmus, vor allem Kohuts, auf die Musiktherapie (Decker-Voigt 2008, S. 153 ff.). Musiktherapie bietet sich durch ihre spezifischen Eigenschaften für dieses Klientel an. Spiegeln und Imitieren von

²⁸ Kritik von Stern (1994) an dem Konzept von Mahler und veränderte Haltung von Mahler u.a. Stern 1994, S. 327

²⁹ Kohut stellt in seinem Ansatz die Übertragung in den Mittelpunkt, wobei von dieser ausgehend diagnostische Überlegungen angestellt werden sollten. Er beschreibt zum ersten Mal die narzisstische Wut und prägt den Begriff des Größen-Selbst (1973, S. 45). Kohut entwickelt einen neuen Ansatz, unabhängig von der Triebtheorie, indem er von einer eigenen Entwicklungslinie des Narzissmus ausgeht. Die Entwicklung verläuft von einer quasi normalen archaischen Form des Narzissmus hin zu einer reifen Form. Die infantile Omnipotenz entwickelt sich allmählich zum reifen Selbstwertempfinden. Fehlende elterliche Empathie und Traumata in der Kindheit führen nach Kohut zu einem Entwicklungsstillstand, bei dem das grandiose Selbstbild oder die idealisierte Elternimago aufrecht erhalten bleibt (1973 S. 87 und S. 262).

³⁰ Kernberg versteht die narzisstische PS, im Unterschied zu Kohuts defizitären Vorstellungen, von Beginn an als Entwicklung einer pathologische Struktur (1998, S. 304). Für Kernberg kann die Ähnlichkeit zwischen narzisstischer PS und BPS durch das Vorherrschen des Abwehrmechanismus der Spaltung erklärt werden. Die Spaltung ist notwendig, um die guten internalisierten Beziehungserfahrungen vor den schlechten Erfahrungen schützen zu können. Eine Verbindung von guten und schlechten Beziehungserfahrungen ist hoch bedrohlich, denn die guten Erfahrungen würden durch die schlechten zerstört werden. Bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung verbinden sich daher alle positiven Selbst- und Objektrepräsentanzen miteinander und grenzen die negativen Repräsentanzen aus. Das Ergebnis ist, dass die narzisstische PS im Gegensatz zur BPS zwar über ein hochpathologisches Größen-Selbst verfügt, dieses sich aber durch ein höheres Maß an Integrität und geringere Identitätsdifusion auszeichnet (Kernberg 1998, S. 376). Kernberg differenziert das Funktionsniveau der narzisstischen Persönlichkeit in drei Stufen. Die dritte Stufe beschreibt Patienten mit einer narzisstischen PS auf manifestem Borderline-Niveau, die häufig mit antisozialen Zügen einhergehen (S. 379).

³¹ mit sich beschäftigt, egozentrisch

³² gehemmt, sensibel gegenüber Reaktionen anderer, lenkt Aufmerksamkeit auf andere

musikalischen Motiven stellen grundsätzliche Techniken in der Musiktherapie dar, so dass Patienten ihr eigenes Spiel durch die Spiegelung bestätigt erleben können. Umgekehrt können sie das Spiel des Therapeuten idealisieren und bringen sich in die Position desjenigen, der scheinbar gar keine Musik spielen kann. Die Größenselbst- oder die Depressivitätsanteile zeigen sich in der Form, wie der Patient das musikalische Material nutzt (Decker-Voigt 2008, S. 165). Das Wissen um künstlerisches Können und der Leistungsanspruch durch die mediale Musikvermarktung bieten zusätzlich reichhaltiges Material für die Bearbeitung der narzisstischen Problematik.

Nach diesem kurzen Transfer in die Musiktherapie zum Thema Narzissmus werden im Folgenden Gemeinsamkeiten und Unterschiede der narzisstischen PS und der BPS dargestellt. Akhtar beschreibt beide Persönlichkeitsstörungen als verwandte Krankheitsbilder (Akhtar 2000, S. 371). Zu den Gemeinsamkeiten der beiden Persönlichkeitsstörungen zählen die Rastlosigkeit, der chronische Verfolgungskampf, die Verzweiflung und der Hass, gepaart mit Isolation. Es fehlt beiden Krankheitsbildern Einfühlungsvermögen in Andere und selbstsüchtige Bedürfnisse haben höchste Priorität. Leichte Empfindsamkeit, Verletzlichkeit, Verbitterung und ein erhebliches Suchtpotential schließen die Aufzählung von Gemeinsamkeiten ab (Akhtar 2000, S. 375).

Der Unterschied zeigt sich in dem Angewiesensein des narzisstischen Menschen auf Ruhm und Berühmtheit. Die Suche nach Anerkennung steht über allem und gleichzeitig wird die Abhängigkeit von anderen verleugnet. Der Patient mit einer BPS verharrt dagegen in seiner Bedürftigkeit nach Bindung und reagiert mit explosiven kurzanhaltenden Wutausbrüchen, Selbstverletzung oder schweren suizidalen Verhaltensweisen, um durch die daraus folgende Kontaktaufnahme dem Alleinsein zu entgehen. Die narzisstische Wut kann eher als langanhaltender Hass beschrieben werden. Während die zwischenmenschliche Welt des Narzissten mehr oder weniger stabil ist, sind die Stimmungen eines Patienten mit einer BPS ausufernd, schwankend und chaotisch.

Die Biographie unterscheidet beide Krankheitsbilder ebenfalls. Der Narzisst beschreibt häufig ein zwar kaltes Familienleben, das jedoch mit „Besonderheit“ einher geht. Dem gegenüber ist die Biographie von BPS von Traumatisierung und

subtiler oder grob-manifester Gewalt von frühester Kindheit an gekennzeichnet (Akhtar 2000, S. 376).

Die eben dargestellten Aspekte des Narzissmus und der BPS ergeben sich bei der Betrachtung von außen und zeigen auf, dass Symptome von Großartigkeit und Selbstüberschätzung natürlich auch für die BPS von Bedeutung sind. Der folgende Beitrag von Rohde-Dachser (2004) unterscheidet sich hiervon, da sie versucht das Symptom der Unerreichbarkeit von BPS durch narzisstische Aspekte zu erklären.

2.5.5.1 Veränderung ist unmöglich (Rohde-Dachser)

Rohde-Dachser betrachtet nicht die Ähnlichkeit der Auffälligkeiten von narzisstischer und Borderline-Persönlichkeitsstörung, sondern sie bringt narzisstische Aspekte in einen Zusammenhang mit der Abwehrstruktur bei BPS (Rohde-Dachser 2004, S. 36). Die Patientengruppe zeichnet sich durch Unerreichbarkeit als Selbsterhaltungsstrategie aus, wie es vielfach in der Literatur beschrieben ist (Focke 2004, S. 232; Perelberg 2004, S. 224; Grabska 2004, S. 199). Rohde-Dachser bezieht sich mit ihrem Ansatz auf Kernberg (1998, S. 60), der in seiner Praxis Allmachtsfantasien hinter der Fassade von Unsicherheit und Minderwertigkeitsgefühlen entdeckt. Rohde-Dachser geht davon aus, dass Patienten mit einer BPS sich ein narzisstisches Universum erschaffen, in das sie sich in ihrer Not zurückziehen. Es handelt sich bei dem narzisstischen Universum um eine Vorstellungswelt des Patienten, zu der niemand einen Zutritt haben darf und die verheimlicht werden muss. Rohde-Dachser beschreibt, dass sich BPS in zwei Welten bewegen. Das ist zum einen die Welt, in der das Realitätsprinzip herrscht und zum anderen die narzisstische Welt, die das Produkt einer Omnipotenzfantasie ist (Rohde-Dachser 2004, S. 39). Es handelt sich um eine grandiose Welt, mit einem grandiosen Selbst und mit grandiosen Objekten. Das narzisstische Universum ist die Herstellung eines omnipotenten Raums, in dem die Kontrolle vollständig der Vorstellungswelt des Patienten unterworfen ist und die narzisstischen Objekte in ihrer Vorstellungswelt immer verfügbar sind. Das innere narzisstische Universum, mit den darin enthaltenen narzisstischen Objekten dient dem Patienten mit einer BPS dazu, die bedrohliche innere Leere zu überdecken. Es ist eine Leere, die das verlorene Objekt hinterlassen hat. Dem Patienten gelingt die Trauer über den Verlust des

Objektes nicht und damit das Erreichen der depressiven Position³³. Stattdessen versucht der Patient einen verlorenen Zustand der illusionären Objektbedürfnislosigkeit durch die Erschaffung narzisstischer Objekte wiederherzustellen. Es gilt die mögliche Abhängigkeit von einem Objekt mit allen Mitteln zu verhindern. Borderline Patienten können jederzeit den Rückzug in das narzisstische Universum antreten bzw. bewegen sich in der Realwelt und dem selbst geschaffenen Universum gleichzeitig. Rohde-Dachser (2004, S. 44) beschreibt fünf unterschiedliche Versionen, wie der Versuch der Wiederherstellung des Verlorenen sich im narzisstischen Raum zeigen kann³⁴. Sie erklärt so, warum die Behandlung von Patienten mit BPS über lange Jahre angelegt werden muss. Entwicklung ist für die Patienten mit BPS extrem bedrohlich, da die Veränderung nur möglich wird, wenn die Patienten mit ihren katastrophischen Ängsten in Berührung kommen und sie gemeinsam mit dem Therapeuten Wege der Verarbeitung finden können.

Nachdem vier theoretische Zugangswege zum psychodynamischen Verständnis der BPS dargestellt wurden, vertieft der nächste Abschnitt ein einziges, jedoch sehr bezeichnendes Symptom der BPS. Die Selbstverletzung von Patienten mit einer BPS ist ein Symptom, das zu intensiven Gegenübertragungsgefühlen führt und die Arbeitsfähigkeit von ganzen Teams aufgrund von lebensbedrohlichen Ängsten herausfordert.

³³ Rohde-Dachser (2004, S. 41) bezieht sich auf Steiner (s. 2.5.2.).

³⁴ Bei der ersten Version wird das verlorene Objekt in seiner Abwesenheit idealisiert, so dass sich alle Sehnsucht auf das abwesende Objekt konzentriert. Das anwesende Objekt wird extrem bedrohlich, da der Wunsch von Einverleibung und der eigene Hass auf dieses projiziert werden. Die zweite Version versucht das Objekt durch die Erotisierung des Leidens herbeizuzwingen. Das Leiden wird narzisstisch aufgewertet und je stärker die Leiderfahrung ist, desto deutlicher wird die ersehnte Hoffnung nach (Wieder-) Vereinigung. Die dritte Version konserviert das Objekt aufgrund unendlicher Enttäuschungsaggression durch frühkindliche Enttäuschung. Die Bedrohung ist so massiv, dass der erlittene Verlust nur mit der Phantasie überdeckt werden kann, das Objekt auf magische Weise in Besitz genommen zu haben. Dem realen Gegenüber wird jede Bedeutung entzogen und übrig bleiben innere narzisstische Objekte, über die nach Belieben verfügt werden kann. Die vierte Version beschreibt die Kontrolle des Objekts durch Gewalt. Der Versuch in das narzisstische Universum einzutreten, bzw. den Patienten verstehen zu wollen wird als äußerst bedrohlich erlebt und Gewalt kann als verzweifelter Versuch gelten, die eigenen Omnipotenzfantasien aufrecht zu erhalten. In der Therapie kann dies bedeuten, dass jedes Verstehen zerstört werden muss. Eine wertvolle Interpretation an den Patienten würde ihm gleichzeitig verdeutlichen, dass der Therapeut etwas besitzt, das der Patient gebrauchen könnte, selbst aber nicht besitzt, wobei mit der Annahme der Verlust der Omnipotenzfantasie droht. Die letzte und fünfte Version besetzt die Hoffnung als Ersatz für das verlorene Objekt. Mit Hoffnung ist nicht das positive Lebensgefühl gemeint, sondern die Hoffnung, die keinem Objekt mehr gilt, wird besetzt.

2.6 Selbstverletzung

Das selbstverletzende Verhalten wurde von Menninger bereits 1938 beschrieben und als Suizidprophylaxe verstanden. Als 1980 die Borderline-Persönlichkeitsstörung als Diagnose in das DSM-III aufgenommen wurde, war das selbstverletzende Verhalten von Anfang an bestimmendes Syndrom, das auch zu Abgrenzungszwecken verwandt wurde. Seit den 1990er Jahren wird das Phänomen des selbstverletzenden Verhaltens auch in Deutschland beschrieben und untersucht. Das selbstschädigende Verhalten gehört neben der Suizidalität und dem impulsiven Verhalten mit zu den Hauptsymptomen, die Patienten in die Behandlung führen (Herpertz 2008, S. 248). Ulrich Sachsse gehört zu den ersten Klinikern, die sich theoretisch und praktisch mit dem Thema Selbstverletzung auseinander gesetzt haben (Sachsse 1997, Sachsse et al. 1998).

In einer Studie von 1995 untersucht Herpertz 54 Patienten (Männer und Frauen) mit selbstverletzendem Verhalten und stellt fest, dass 78% unter einer Persönlichkeitsstörung leiden bzw. 52% unter BPS leiden (Herpertz et al. 1995). Obwohl es eine hohe Überschneidung zwischen Selbstverletzung und der Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung gibt, zeigt sich das Symptom der Selbstverletzung auch in anderen Krankheitsbildern (Petermann 2005, S. 96). Das Symptom der Selbstverletzung bedeutet nicht zwangsläufig die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Im Folgenden werden die theoretischen Aspekte vorgestellt, die für die Schnittmenge von BPS und Selbstverletzung relevant sind.

Mehrfach wurde auf die Verbindung von selbstverletzenden Verhalten und Traumatisierung hingewiesen (Rohde-Dachser 1997, S. 144; Dulz, 2001 S. 56; Sachsse 2004, S. 98). Sachsse zitiert eine eigene Studie, in der von 43 Patienten (Frauen und Männer) mit selbstverletzendem Verhalten bei 74% mindestens eine schwerwiegende Traumatisierung vorlag. Die Traumata verteilen sich auf: sexualisierte Gewalt mit 46%, körperliche Gewalt mit 48% und schwere Deprivation mit 53%. Bei 57% der Patienten lagen zwei oder drei dieser Traumatisierungen vor (Sachsse 2004, S. 84). Man kann daher mit hoher Wahrscheinlichkeit annehmen, dass Patienten, die sich selbst verletzen, eine Kette von Traumatisierungen erlebt haben und zu dem Personenkreis der Borderline-Persönlichkeitsstörung gehören. Dennoch gibt es Patienten mit einer BPS, die keine traumatische Vorerfahrungen aufweisen und umgekehrt gibt es Menschen, bei denen schweren

Missbrauchserlebnisse, nicht zu einer Borderline-Persönlichkeitsstörung geführt haben (Stone 2000, S. 3-9).

2.6.1 Begriffsbestimmung

Bei dem Symptom des selbstverletzenden Verhaltens handelt es sich um ein komplexes und vielschichtiges Phänomen. Das Symptom unterscheidet sich hinsichtlich der Art der Selbstverletzung, des Umgangs mit dem selbstverletzenden Verhalten und des Schweregrades. Im Folgenden wird das selbstverletzende Verhalten dargestellt, soweit es für die Borderline-Persönlichkeitsstörung von Bedeutung ist.

Ich schließe mich der Definition von Petermann/Winkel (2005, S. 23) an. Für sie ist selbstverletzendes Verhalten „gleichbedeutend mit einer funktionell motivierten, direkten und offenen Verletzung oder Beschädigung des eigenen Körpers, die nicht sozial akzeptiert ist und die nicht mit suizidalen Absichten einhergeht“.

Die Definition bezieht den kulturellen Hintergrund als entscheidendes Merkmal mit ein, schließlich gibt es Kulturen, in denen das selbstverletzende Verhalten im Sinne eines Initiationsritus verpflichtend sein kann (Favazza 1998, S. 260). Insgesamt kann die Zunahme von selbstverletzendem Verhalten auch in unserer Gesellschaft beobachtet werden³⁵. Herpertz betont in ihrer Definition über Selbstverletzung, die sich wiederholende selbst zugefügte direkte körperliche Verletzung, die nicht gezielt lebensbedrohlich ist (Herpertz 2008, S. 249). Beide Definitionen weisen auf den Unterschied zwischen Suizidversuch und Selbstverletzung hin, wobei diese Unterscheidung sich im psychiatrischen Alltag nur über das Gespräch mit dem

³⁵ Manche Formen der Selbstdarstellung lassen sich bei Frauen wie Männern nicht ohne wissentliche Autoaggressionen umsetzen, wie z.B. durch Alkohol, Rauchen und Extremsport. Andere Formen der Körperselbstverletzung sind zum großen Teil mit Frauen verbunden. Piercing stellt genauso wie Schönheitsoperationen eine Form der akzeptierten Selbstverletzung in der modernen Gegenwartskultur dar. Die Tätowierung hat in den letzten Jahren eine Wandlung erfahren. Wurde es früher vor allem mit Männern verbunden, gibt es heute nicht wenige Mädchen bzw. Frauen, die zumindest ein kleines Tattoo haben. Auch das absichtliche Tragen von zu kleinen Schuhen bei Frauen ist eine Variante des selbstverletzenden Verhaltens. Die Zurschaustellung des Körpers war immer Bestandteil von Kultur, das Ausmaß hat jedoch in der westlichen Welt extrem zugenommen. Gerade durch die Entwicklung des Marktes der plastischen Chirurgie kann der Körper dem Schönheitsideal entsprechend nahezu unendlich verformt werden. Rohde-Dachser (2007) und Ziob (2007) beschreiben die Psychodynamik der Gestaltung und Umgestaltung des Körpers eindrücklich.

Patienten treffen lässt und trotzdem häufig nicht eindeutig ist. Patienten, die sich selbstverletzen, sind fast immer chronisch suizidal, wodurch der Handlungsdruck extrem erhöht ist. Die Selbstverletzung stellt keinen geplanten Suizidversuch dar, sondern dient dem Ziel der Affektregulierung, der Impulskontrolle und der Spannungsreduktion. Dennoch besteht die Gefahr, dass Patienten in ihrer tiefen Verzweiflung, das Risiko zwischen sich „nur schädigen“ wollen oder „sich beruhigen wollen“ oder „endlich mal schlafen können“ nicht abschätzen können. Die Rate der Suizide bei BPS liegt zwischen 5% und 8% (Herpertz 2008, S. 248).

Suizidale Gedanken und Handlungen gehören zur Symptomatik der BPS. Sie sind mehr oder weniger ständig präsent und sind selbstverständlich notwendige Themen in der Behandlung. Aus der Perspektive der Suizidalität wurden für BPS in der ambulanten Therapie folgende Themenkomplexe beschrieben: a. Konflikte zwischen Fusions- und Abgrenzungswünschen b. massive Angriffe auf die therapeutische Beziehung c. die Vorstellung, dass Trennung wie Zerstörung erlebt wird und d. Aggressivität, Schuld-, Angst- und Ohnmachtsgefühle in der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung (Lindner 2008, S. 257).

Es gibt keine offiziellen Statistiken zum selbstverletzenden Verhalten und die Daten lassen sich aufgrund von unterschiedlichen Definitionen nur schwer vergleichen. Herpertz und Saß (1994) sprechen von einer Häufigkeit von ca. 0.6 bis 0.75 % Prozent bei der Allgemeinbevölkerung und 4.3 % bei psychiatrischen Patienten. Die Frage nach der Geschlechterverteilung kann statistisch nicht eindeutig beantwortet werden. Es gibt mehrfach Studien, die zeigen, dass Frauen sich häufiger selbst verletzen, Frauen verletzen sich demnach ca. 6 -mal häufiger als Männer und davon sind ca. 80 % zwischen 16 und 30 Jahren. Gleichzeitig gibt es aber auch Studien, die keinen Geschlechtsunterschied aufzeigen (Petermann 2005, S. 52). Die Verteilung der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist geschlechtsspezifisch und wird folgend DSM -IV-TR im Verhältnis von 3 Frauen zu 1 Mann eingeschätzt. Es ist verständlich, wenn die Anzahl der Frauen, die sich selbstverletzen, dementsprechend deutlich höher ist. Mögliche Erklärungsansätze werden später in Kapitel 2.8. dargestellt.

Die Verteilung in Hinsicht auf die Häufigkeit bezogen auf das Alters sieht folgendermaßen aus: Das selbstverletzende Verhalten beginnt häufig in der Adoleszenz im Alter von 13 bis 15 Jahren. Es tritt dann zwischen 18 und 24 Jahren

am stärksten auf und nimmt mit dem Alter zwischen 30 und 40 Jahren ab (Herpertz 2008, S. 250).

2.6.2 Störungsbild

Die Patienten verletzen sich auf unterschiedliche Art und Weise. Die häufigste Art der Selbstverletzung ist das Schneiden mit Gegenständen wie Glasscherben, Messer oder mit Rasierklingen in die Haut der Extremitäten. Andere Patienten drücken sich brennende Zigaretten auf ihren Armen aus, verbrennen sich, reißen sich die Haare aus, schlagen ihren Kopf gegen die Wand, manipulieren an Wunden bzw. fügen sich großflächige Kratzwunden zu oder essen Glas (Herpertz 2008, S. 249). Auffällig ist, dass es sich in den meisten Fällen um Verletzungen an den Armen handelt.

Eine Untersuchung von Briere und Gil (1998) zeigte, dass das Schneiden der Haut mit 71% die häufigste Form darstellte, gefolgt von Beißen auf die Innenseite des Mundes (60%) und sich bis auf das Blut kratzen (59%). Dagegen kommt das Schneiden an den Genitalien (14%) und sehr heiße Einläufe (5%) deutlich seltener vor.

Selbstverletzungen werden in offene und geheime Selbstverletzungen unterteilt. Mit offener Selbstverletzung ist gemeint, dass die Not der Patienten, sich selbst verletzen zu müssen, offen bekannt ist und ihr Verhalten als problematisch anerkannt wird. Die heimlich induzierte Form grenzt sich davon ab, dass Patienten sich selbst Verletzungen zufügen, diese aber aufgrund dissoziativer Zustände einer völligen Amnesie unterliegen (Münchhausen Syndrom). Die Patienten konzentrieren sich ausschließlich auf ihr körperliches Leid, so dass es das Ziel einer Therapie ist, erst einmal einen Zugang zum selbstverletzenden Verhalten herzustellen.

Die größere Gruppe der Patienten verdeckt ihre Selbstverletzung und schämt sich ihrer Symptomatik. Andere Patienten tragen ihre Wunden bzw. ihre Verbände demonstrativ vor sich her. Eher die Ausnahme sind Patienten, die ihr Blut überall im Badezimmer verschmieren oder in blutgefärbtem Badewasser liegen.

Die Dimension des Schweregrades der Verletzung ist sehr unterschiedlich. Es gibt Patienten, die sich eher oberflächlich ritzen. In einer weiteren Gruppe gibt es Patienten,

die sich so stark schneiden, dass ihre Wunden genäht werden müssen. Schließlich gibt es Patienten, die sich so tief und häufig schneiden, dass die Arme schließlich mit Narben übersät sind und eine Wundversorgung kaum noch möglich ist.

Verlauf:

Das selbstverletzende Verhalten nimmt häufig einen repetitiven Charakter an, so dass Ähnlichkeiten zu suchartigem oder zwanghaftem Verhalten beschrieben werden kann. Brunner und Resch (2008) beschreiben einen Spannungsbogen der Selbstverletzung. Anspannung und Verzweiflung führen zu dissoziativem Erleben, das durch Selbstverletzung beendet wird. Die hiernach folgende Entlastung wird von Scham und negativer Selbstbewertung über das Versagen, dem Impuls der Selbstverletzung nicht widerstanden zu haben, abgelöst, wodurch die Stressoren insgesamt wieder zunehmen, so dass die Gefahr besteht, dass der Druck, sich erneut selbst verletzen zu müssen, wieder zunimmt.

Gründe für Selbstverletzung

Während bei einer Untersuchung von Briere & Gil (1998) die Selbstbestrafung mit 83% als häufigster Grund genannt wurde, ist bei einer anderen Studie, die Herpertz durchführte, als häufigster Grund (92%) für die Selbstverletzung die Spannungslösung von Gefühlen angegeben. 30% versuchten ihre Wut, Frustration und Vergeltung zum Ausdruck zu bringen, 30% ihren Wunsch nach Zuwendung und nur bei 18 % stand die Selbstverletzung im Zusammenhang mit Selbsthass und Selbstbestrafung. Herpertz hat vor allem Frauen in psychiatrischer Behandlung untersucht (Herpertz 2008, S. 252 und 1995, Herpertz und Saß 1994, S. 296).

Viele Patienten berichten, dass sie kein Schmerzgefühl während der Selbstverletzung erleben. Zum einen kann das Freisetzen von körpereigenen Endorphinen, die bei massiven Stressreaktionen produziert werden, das mangelnde Schmerzempfinden erklären. Zum anderen kann der Schmerz aufgrund von dissoziativem Erleben nicht wahrgenommen werden. (Petermann, 2005, S. 27)

2.6.3 Funktionen der Selbstverletzung

Das Symptom erfüllt zwei Funktionen gleichzeitig. Erstens hat es für die Patienten eine selbstfürsorgliche und selbstregulierende Funktion. Gleichzeitig beinhaltet das Symptom einen Vorwurf, einen Hilferuf nach außen. Sachsse (1997, S. 50) beschreibt das Symptom der Selbstverletzung ganz allgemein als einziges dem Patienten verbleibende Möglichkeit der Selbstfürsorge, die als „Plombe³⁶ im Ich“ ein Regulierungsversuch von intrapsychischen und interpersonalen Prozessen darstellt.

Bezüglich der vielfältigen Funktionen des selbstverletzenden Verhaltens unterscheidet Sachsse in intrapersonale und interpersonelle (Sachsse 2004, S. 84).

1. Die Symptomhandlung der Selbstverletzung kann als Druckventil benutzt werden. Patienten äußern konkret, nachdem sie sich geschnitten haben, dass sie vom „Druck“ entlastet sind. Das Fließen des Blutes erzeugt ein Gefühl von Lebendigkeit und der nachfolgende Zustand ist geprägt von Erleichterung.
2. Das selbstverletzende Verhalten wird als Antidissoziativum beschrieben. Gefühle von Leere, Empfindungslosigkeit, innerem Wie-tot-sein können als dissoziative Zustände verstanden werden, die der Selbstverletzung vorausgehen. Der Schmerz und die Wärme des Blutes vermitteln das Gefühl, trotz allem noch am Leben zu sein. Für Sachsse ist die Unterbrechung von Depersonalisationszuständen die zentrale Funktion der Selbstschädigung.
3. Das selbstverletzende Verhalten wirkt als Suizidprophylaxe. Patienten, die sich selbstverletzen, sind nicht automatisch suizidal, sie können es aber zusätzlich sein oder werden. Die hohen Selbstanforderungen führen bei Versagen zu intensiven Gefühlen von Insuffizienz, Schuld, Selbstverachtung und Hass. Das selbstverletzende Verhalten stellt durch die partielle Impulsabfuhr eine Entlastung der Über-Ich-Anforderungen dar und schützt vor einem tatsächlichen Suizid.
4. Der Zwang zur Selbstbestrafung stellt eine weitere Erklärungsmöglichkeit für das selbstverletzende Verhalten dar. Vergeltungswut, Rache- oder Hassgefühle gegen Andere oder die eigene Person können nicht anders ausgedrückt werden als durch

³⁶ Übernommen von Paar (1995), der sich auf Morgenthaler (1974) bezieht

Selbstbeschuldigung mit der ihr folgenden, als weniger gefährlich erscheinenden Selbstverletzung.

5. Das selbstverletzende Verhalten wird als narzisstisches Regulativ und somit als zur eigenen Identität gehörenden Selbstanteil betrachtet. Kernberg (1998) hat darauf hingewiesen, dass Patienten sich allmächtig und stolz fühlen, jede Form von Schmerzen auszuhalten und zu glauben zu ihrer Befriedigung nicht auf andere angewiesen zu sein. Das Symptom verhilft dazu, sich als etwas Besonderes zu fühlen, wird also narzisstisch besetzt.

6. Zuletzt wird beschrieben, dass selbstverletzendes Verhalten eine Hilfe sein kann, um die Selbstkontrolle über schnelle Stimmungswechsel oder intrusive Gedankengänge zurück zu erhalten.

Nachdem hiermit die innerseelischen Funktionen des selbstverletzenden Verhaltens ausgeführt wurden, folgt eine Beschreibung der interpersonellen Funktionen.

1. Das selbstverletzende Verhalten hat ein hohe "interaktionelle Potenz" (König 1982), indem es wie kein anderes Symptom die innere Not der Patienten direkt sichtbar zum Ausdruck bringt und dadurch einen hohen Appellcharakter besitzt. Die innere Befindlichkeit kann nicht in Worte gefasst werden, so dass das averbale Signal als einzige Kommunikationsmöglichkeit bleibt. Das Signal beinhaltet den Widerspruch, einerseits die Not zeigen zu wollen, zur gleichen Zeit aber auch den Auslöser der Verletzung zu verbergen.

2. Das selbstverletzende Verhalten hat eine direkte Auswirkung auf das Gegenüber. Selbstverletzung, bei der Blut fließt, erzwingt sofortige Hilfe und Zuwendung. Das Gegenüber empfindet einen „Gefühlsmix“, der durch massive und widersprüchliche Gefühle (Schrecken, Angst, Leiden, Ohnmacht bis hin zu Ärger und Enttäuschung) sowie Handlungsimpulse gekennzeichnet ist. Aus diesem Grund führt gerade der Umgang mit Patienten, die sich selbst verletzen, häufig zu Ängsten und heftigen Kontroversen im Behandlungsteam.

3. Die Symptom der Selbstverletzung zeichnet sich durch die Verbindung von intrapersonalen und interpersonellen Aspekten aus. Das selbstverletzende Verhalten stellt eine Möglichkeit dar, das intrapsychische Dilemma mittels projektiver Identifizierung zu inszenieren. Das ungelöste Dilemma zwischen dem abgelehnten

Selbst-Anteil und den als genügend akzeptierten guten Teilobjekten wird interpersonell zwischen selbstverletzendem Patienten und Helfer inszeniert. Wenn die Hilfsangebote als ungenügend und nicht wirksam erlebt werden, kann die Hilfsbereitschaft sich in massive Ablehnung verwandeln, so dass der Therapeut sich mit dem abgelehnten Anteil des Patienten identifiziert. Wenn der Therapeut seinerseits den nun verinnerlichten Ärger ausagiert, ist dies die Bestätigung, dass er nicht in der Lage war, dem Patienten genügend Halt und Hilfe zu bieten. Der Patient kann sich auf diese Weise jedoch eines für ihn als bedrohlich erlebten negativen Selbstanteiles entledigen.

4. Bei längerer Erkrankung bietet das Symptom einen sekundären Krankheitsgewinn, der den Patienten davon befreit, soziale Verantwortung für sich und andere tragen zu müssen.

Sachsse bemüht sich in seiner Auflistung um Vollständigkeit. Die unterschiedlichen Funktionen sind in ihrer Bedeutung nicht statisch und dürfen nicht als sich gegenseitig ausschließend verstanden werden, sondern müssen vielmehr im Kontext der Therapiephasen betrachtet werden, d.h. das Symptom der Selbstverletzung kann in unterschiedlichen Therapiephasen verschiedene Bedeutungen haben.

2.6.4 Theoretische Beiträge zur Selbstverletzung

Zwei Autoren und deren analytische Denkansätze dürfen bei der Beschäftigung mit selbstverletzenden Verhalten nicht unerwähnt bleiben. Küchenhoff (2000) entwickelt in seinem Aufsatz „Der Körper als Ort der Beziehungsinszenierung“ ein Schema³⁷, mit dem er auf drei Ebenen vier Typen von Körperinszenierungen beschreibt. Er untersucht, ob und wie Patienten mit Selbstverletzung die äußeren Objekte für ihre Inszenierungen nutzen können. Sein Fokus ist die Realisierung der Subjekt-Objekt-Repräsentation im intersubjektiven Bereich, die er an Hand von drei unterschiedlichen Strukturniveaus (gut, gering, desintegriert) unterscheidet. Vereinfacht dargestellt, kann die Funktion des Körpersymptoms als Träger einer Botschaft oder als Container für zu schützende Beziehungserfahrungen verstanden werden (Küchenhoff 2000, S. 157).

³⁷ angelehnt an die OPD

Der zweite Theoriebeitrag ist von Hirsch (1996, 1998, 2000), der dem Ansatz Ferenczis (u.a. 1933) folgt. Er erklärt die Dynamik der Selbstschädigung durch die Dissoziation³⁸ des Körpers, der vom übrigen Selbst getrennt ist und wie ein äußeres Objekt erlebt und verwendet wird. Die Selbstbeschädigung richtet sich damit nicht gegen das Selbst als Ganzes, sondern nur gegen einen Teil, nämlich das Körperselbst, so dass das Selbst als Ganzes erhalten bleiben kann. Die traumatische Situation wird zwischen dem Selbst und dem dissoziierten Körper inszeniert. Hirsch stellt drei Erklärungsmuster für die Objektverwendung des Körpers vor. Als erstes beschreibt er den eigenen Körper als Mutterrepräsentanz³⁹, als zweites wird der Körper von ihm als Selbstrepräsentanz⁴⁰ und als drittes wird der beschädigte Körper als Ich-Grenzen-Ersatz beschrieben⁴¹ (Hirsch 1998 und 2000). Für alle Erklärungsmuster gilt, dass die Beschäftigung mit dem Körper im Zentrum steht und damit die Auseinandersetzung mit dem Objekt in den Hintergrund tritt.

Die vorgestellten Mechanismen werden im nächsten Kapitel teilweise noch einmal aufgenommen. Sie werden jedoch nicht aus dem Blickwinkel der Selbstverletzung betrachtet, sondern allgemeiner unter einer psychotraumatologischen Fragestellung.

³⁸ verstanden als Abtrennung

³⁹ Der geschädigte Körper soll Empfindungen liefern, die die Illusion der Anwesenheit eines Mutterobjektes herstellen. Gerade bei einer Mutterbindung, die als versagend erlebt wurde, kann der Körper Stellvertreterfunktion für das böse und zerstörerische Mutterobjekt übernehmen. Der Körper ist gleichzeitig das böse Objekt, das Aggression, Schuld und Bestrafung auf sich zieht und auch das „gute“ Mutterobjekt, dessen Anwesenheit aus eigener Aktivität bewirkt werden kann und vor Alleinsein schützt. Der Aspekt der selbsterschaffenen Mutterrepräsentanz führt Hirsch (2000, S. 29) zu der Überlegung, dass der abgespaltene Körper-Selbst-Anteil kontrolliert werden kann und so die Eigenschaften eines Übergangsobjektes annehmen kann.

⁴⁰ Der attackierte Körper wird verstanden als Stellvertreter für das früher misshandelte Kind. Selbst- und Objektrepräsentanzen sind oft untrennbar, so dass die Unterscheidung, ob der Körper ein böses Mutterobjekt oder das misshandelte Kind darstellt, kaum getroffen werden kann. Entscheidend ist, dass der Körper als äußeres Objekt behandelt wird. Durch den Mechanismus der Introjektion wird das Leiden des Kindes am eigenen Körper wiederhergestellt. Die Übernahme des Schuldgefühls der misshandelnden Eltern führt aber dazu, dass der innere Kontakt zu ihnen bestehen bleibt. Die Beschädigung des Körpers dient der Entlastung des durch die Introjektion hervorgerufenen Schuldgefühls.

⁴¹ Die Haut begrenzt das Ich, doch stellt sie auch den Ort des Kontaktes dar. Hirsch vermutet, dass der Ort der Selbstverletzung - genau an der Hautgrenze - zum Ziel hat, auf das Widersprüchliche im Verhalten der Mutter, das in Zurückweisung und übermäßiger Kontrolle liegt, hinzuweisen.

2.7 Borderline-Persönlichkeitsstörung und psychotraumatologische Aspekte

Auf die Verbindung von der BPS und Traumatisierung wird sehr häufig hingewiesen (u.a. Dulz, 2008 S. 110; Dulz et al. 2001, S. 47; Herpertz et al. 2007, S. 216; Wöller 2006, Bohleber 2004, S. 62; Sachsse 2004, S. 92; Rohde-Dachser 1997, S. 141). Nachfolgend beschreibe ich zunächst auswahlweise Datenmaterial aus Untersuchungen von Dulz, Sachsse und Wöller, um anschließend relevante Aspekte zur Psychotraumatologie kurz zusammenzufassen.

2.7.1 Trauma-Prävalenz bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Für Sachsse ist die heutige Beachtung von Häufigkeit und Schädlichkeit des sexuellen Kindesmissbrauchs ein Verdienst der amerikanischen Frauenbewegung der 1970er Jahre, die begann, Themen wie Vergewaltigung und Gewalt in der Familie in einer breiten Öffentlichkeit zu diskutieren. Sexueller Missbrauch bezeichnet eine Form von Traumatisierung, die eine hohe Prävalenz bei den Untersuchungen von Traumatisierung bei BPS darstellt. So kommt Sachsse nach der Durchsicht von zehn Studien⁴² zu dem Ergebnis, dass stationär behandlungsbedürftige BPS-Patienten (Frauen und Männer) zwei bis dreimal so häufig als Kinder sexuell missbraucht worden sind wie Frauen in der Allgemeinbevölkerung (Sachsse 2004, S. 96).

In einer eigenen Studie von 1993/94 hat Sachsse 43 Patienten mit selbstverletzenden Verhalten bezüglich früherer Traumatisierungen befragt (2004, S.97). Im Folgenden stelle ich nur die Ergebnisse von Patienten (28) dar, die eine BPS hatten⁴³. Es handelte sich um 25 Frauen und 3 Männer mit einer BPS. Von diesen 25 Frauen waren etwas über die Hälfte (52%) innerfamiliär schwer sexuell missbraucht worden, 60% waren körperlich misshandelt und 64% schwer vernachlässigt worden. 88% der Frauen hatten mindestens ein Trauma erlitten, 64% zwei oder mehrere Traumata. Sachsse schließt selbstverständlich auch andere Studien mit ein, wenn er resümiert,

⁴² Die Definitionen von sexuellem Missbrauch sind überwiegend unpräzise und es wird zumeist inner- und außerfamiliärer Missbrauch gemeinsam erfragt.

⁴³ Siehe auch Kapitel 2.6., SVV

dass die bisher vorhanden Zahlen die Vermutung unterstützen, dass schwere Kindheitstraumata ätiologisch an schweren Symptombildungen und Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter beteiligt sein können (Sachsse 2004, S. 100).

Dulz nimmt den gleichen Standpunkt wie Sachsse ein und sieht die Traumaätiologie bei der BPS als nachgewiesen an. Er bezieht sich dabei u.a. auf eigene Studien (Dulz und Jensen 2000), nach denen schwer und schwerstgestörte Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bis zu 93% real traumatisiert seien (Dulz 2008, S. 110).

Wöller (2006) untersucht den Zusammenhang von Trauma und Persönlichkeitsstörung in seinem entsprechend so benannten Buch. Er beschreibt die Notwendigkeit, die BPS unter der psychotraumatologischen Perspektive zu betrachten und berücksichtigt dabei das psychoanalytische, das bindungstheoretische und das neurobiologische Paradigma. Wöller fasst acht Studien mit BPS- Patienten⁴⁴ zusammen und kommt zu dem Ergebnis, dass in zwei Drittel bis drei Viertel aller Fälle eine körperliche oder sexuelle Traumatisierung gefunden wurde (Wöller 2006, S. 4). In der groß angelegten Studie von Zanarini et al. 2002 wurden 290 Patienten (80,3% weiblich) mit BPS untersucht (Zanarini et al. 2002, 2003). 64,2% gaben in ihrer Vorgeschichte einen sexuellen Missbrauch an, 86,2% andere Formen der Kindesmisshandlung und 92,1% gaben Vernachlässigung in der Kindheit an. Mehr als 50% berichteten über sexuelle Penetration und den Einsatz von Gewalt beim sexuellen Missbrauch. Während die bisher genannten Ergebnisse zwar einen Zusammenhang zwischen Traumatisierung und BPS nachweisen konnten, zeigt die Metastudie über die Zeit von 1980-1995 von Fossati et al. (1999 zit. nach Wöller 2006, S. 5) das Ergebnis, dass die Hypothese einer spezifischen Korrelation zwischen sexuellen Missbrauch und dem Auftreten einer BPS nicht bestätigt werden konnte. Sicher ist, dass es Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gibt, die keine traumatische Vorerfahrungen aufweisen und umgekehrt gibt es Menschen mit schweren Missbrauchserlebnissen, die keine Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickeln (Bateman & Fonagy 2004, S.27).

Inwieweit BPS als Folge von Traumatisierungen ursächlich begriffen werden kann oder als Epiphänomen einer umfassenden Unfähigkeit einer Familie ein Kind zu

⁴⁴ (Frauen und Männer)

schützen bzw. seine Bedürfnisse zu befriedigen, muss nach Wöller zunächst einmal offen bleiben (Wöller 2006, S. 7).

2.7.2 Aspekte der Psychotraumatologie

Im nächsten Abschnitt folgt eine Zusammenfassung von wesentlichen Aspekten, die ein Trauma kennzeichnen und sich für ein Verständnis der BPS anbieten.

Die Beschäftigung mit Traumatisierung kann einerseits aus der Historie beschrieben werden, denn schon Freud (1896) beschäftigte sich mit Traumatisierungen im Kindesalter. Andererseits handelt es sich bei dem Trauma-Thema um einen aktuellen Diskurs, der seit ca. 30 Jahren intensiv geführt wird. Psychopathologische Auffälligkeiten von Kriegsoptionen (1. und 2. Weltkrieg und Vietnamkrieg), das Erkennung der Bedeutung von sexueller Gewalt und neurobiologische Untersuchungen führten zu vielen Kenntnissen über Traumafolgen, so dass Ende der 1980er Jahre in Deutschland das Fachgebiet der Psychotraumatologie entstand (Fischer/Riedesser 1999). Es ist sicherlich kein Zufall, dass mit zunehmendem Wissen über Traumafolgestörungen, die Behandlungsmethoden für Patienten mit einer BPS sich deutlich differenzierten und die Erfolge bei Behandlungen zunahmen.

Eine traumatische Situation kann als Extremsituation beschrieben werden, die lebensgefährlich sowie, über alle Maße erschreckend ist und durch das unerwartete Eindringen schädlicher äußerer Ereignisse in die psychische Organisation gekennzeichnet ist. In Folge dessen kommt es zu einer Überwältigung des Ichs durch die inneren und äußeren Vorgänge. Gefühle von Überwältigung, Hilflosigkeit, Ohnmacht und Ausgeliefertsein kennzeichnen das traumatische Erleben. Eine objektive Festlegung der als außergewöhnlich erscheinenden Bedrohungen scheitert, da Ereignisse subjektiv von einer Person als extrem traumatisierend erlebt werden können, während eine andere Möglichkeiten zur Kompensation besitzt. Fischer und Riedesser gelingt es in ihrer Definition, die objektiven Situationsfaktoren mit subjektiven Bewertungsdimensionen untrennbar miteinander zu verbinden (Fischer & Riedesser 1999, S. 79). Sie definieren die traumatische Erfahrung als: „ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser

Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“. Traumatisches Erleben kann die Grundüberzeugung von Sicherheit und Geborgenheit zerstören, so dass die Welt von Grund auf als schlecht angesehen wird. Stolz und Selbstständigkeit zerbrechen und das führt zu einem Gefühl des Verletztseins mit tiefem Zweifel an der eigenen Person und dem eigenem Wert (Wöller 2006, S. 22).

Die traumatische Situation ist durch die „traumatische Zange“ gekennzeichnet (Besser 2002). Die Extremsituation führt dazu, dass der betroffene Mensch weder dagegen ankämpfen (no fight), noch fliehen (no flight) kann. Die Folge ist entweder die Erstarrung oder die Fragmentierung der Erlebnisse, so dass diese nicht mehr zusammenhängend wahrgenommen werden können.

2.7.3 Traumatypologie und diagnostische Einordnung

Terr hat bereits 1991 eine Typologie für Traumata beschrieben.

Typ -I- Traumata: plötzlich, unvorhergesehen, einmalig

- Apersonale Traumen: Naturkatastrophen, Verkehrsunfälle
- Personale Traumen (men-made): Überfälle, Vergewaltigung, Tod, „Rufmord“

Typ -II- Traumata: chronisch kumulativ⁴⁵

- Politische Gewalt: Krieg, Folter, Geiselnahme
- Personaler Nahbereich: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, sexueller Missbrauch

An dieser Aufteilung lässt sich erkennen, dass für die BPS vor allem die personalen und weniger die apersonalen Traumatisierungen von Bedeutung sind.

Für das Verständnis der BPS sind nicht Traumatisierungen im Ganzen von Bedeutung, sondern vorwiegend die chronisch-kumulativen Traumen des Typ -II- und genauer: die personalen Traumata im Bereich der Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen (emotionale Vernachlässigung, chronische

⁴⁵ Bezug zu Khan (1963): The concept of cumulative trauma. Psychoanal Study Child 18: 286-306

Entwertung, Isolierung, Terror, Trennung) sind. Sie sind relevant für das Verständnis der BPS. Küchenhoff spricht von „frühen“ Traumata, die den gesamten Entwicklungsprozess erschüttern und davon, dass nachfolgende Reifungsphasen des Kindes vor dem Hintergrund der erlebten Traumatisierung verlaufen (Küchenhoff 1990). Die Übernahme der traumatischen Erfahrung in das Ich- und Weltbild ist bei einem Kind viel umfänglicher, da es kaum alternativen Erfahrungen gibt. Bedeutung und Auswirkung, die eine traumatische Erfahrung auf ein Kind haben, sind entscheidend abhängig vom Stand der kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung des Kindes. Traumatische Situationen im Laufe der Entwicklung eines Kindes entstehen nicht nur dann, wenn das Kind selbst betroffen ist, sondern auch, wenn zentrale Bezugspersonen von traumatischen Erfahrungen betroffen werden. Küchenhoff spricht deshalb bei frühen Traumata auch von einer traumatischen Identität oder einer traumatischen Identitätsausbildung (Küchenhoff, 1990, S. 18).

2.7.4 Verinnerlichte traumatische Beziehungsmuster

Das in diesem Abschnitt untersuchte Thema des Beziehungserlebens von Menschen, die traumatisierende Erfahrungen machen mussten, ist für den therapeutischen Prozess insgesamt von großer Relevanz, steht aber besonders in der zweiten Phase der Traumabearbeitung im Zentrum des therapeutischen Geschehens.

Die aktuelle und reale Bedrohung von außen löst in jeder traumatischen Situation auch einen Angriff auf die bereits gebildeten intrapsychischen Strukturen aus (Scharff 2002). Auf das Wissen über innere Prozesse und die Psychodynamik der Traumatisierung bei Bindungs- und Beziehungstraumata kann daher nicht verzichtet werden, um zu einem Verständnis für die typischen Interaktionsmuster von Patienten mit einer BPS gelangen zu können. Die erschreckende Intensität der Bindung zwischen Opfer und Täter stellt im therapeutischen Prozess eine besondere Herausforderung dar.

Die traumatische Situation ist durch ein radikales Macht/Ohnmachtsgefälle gekennzeichnet. Der Täter hat absolute Macht über Leben und Tod, während das Opfer völlig abhängig vom Täter ist und sich ausgeliefert fühlt. In der Misshandlungsfamilie ist das Kind von denen verletzt und verraten worden, denen es

am meisten vertraute und die es am meisten brauchte. Das besonders Schädigende ist die Gleichzeitigkeit von Gut und Böse, denn Bezugspersonen verhalten sich kaum nur traumatisierend. Die Bewältigungsversuche der Kinder nehmen tragische Formen an, denn sie versuchen die Bindungen zu den zentralen Bezugspersonen um jeden Preis, notfalls durch eigene Schuldzuschreibung, weiter aufrecht zu erhalten. Das Charakteristische von Beziehungstraumatisierungen ist die Abhängigkeit und die ungleiche Beziehung zwischen dem Kind und dem erwachsenen Täter. Die traumatische Erfahrung bezieht sich auf zwei Dimensionen (Flatten 2006, S. 51). Zum einen die Beziehungsverweigerung des Täters für ein respektvolles und gutes Miteinander, zum anderen auf die Abwesenheit eines hilfreichen Dritten (Missbrauch tolerierende Mutter). In der traumatischen Situation gelingt es nicht mehr, das gute Objekt aufrecht zu erhalten. Ehlert-Balzer (1996) spricht von dem Untergang des guten Objekts. Traumatisierungen in der Kindheit, so wie sie als chronisch-kumulativ von Terr (1991) beschrieben wurden, verhindern die ausreichende Verinnerlichung von guten und beruhigenden Beziehungserfahrungen, wodurch das Kind weder die inneren Repräsentanzen von guten und fürsorglichen Objekten, noch eine gute Selbstrepräsentation ausbilden kann⁴⁶.

Das Übertragungsgeschehen ist durch Intensität geprägt und kann häufig erst durch Supervision ausreichend verstanden werden. An dieser Stelle soll nur das für Traumaopfer charakteristische Beziehungsdreieck „Täter-Opfer-Retter“ angeführt werden (Wöller 2006, S. 361). Dieses Schema stellt nicht einzelne Gefühle in den Vordergrund, sondern untersucht stattdessen die Interaktion. Zwischen dem Patienten, dem Therapeuten und anderen Kollegen sind vielfältige Varianten von Interaktion denkbar. Während die Position des Täters und des Opfers mit unangenehmen Gefühlen belegt sind und daher den Druck zur Supervision selbstständig erhöhen, ist die Position des Retters gefährlicher, da sie häufig unreflektiert bleibt. Der Wunsch, dem Patienten zu helfen, ist häufig Teil der inneren Struktur des Therapeuten, der zur Berufswahl beigetragen hat. Das Verstehen und damit auch die Auflösung des Übertragungsgeschehens sind wesentlich für die Verarbeitung von traumatisierenden Erfahrungen. Erst die Bearbeitung und Veränderung von malaptiven Beziehungsmustern eröffnet die Möglichkeit innere gute Instanzen aufzubauen. Innere gute Instanzen sind die Voraussetzung dafür, dass

⁴⁶ Siehe auch Kapitel 2.5.3 Fonagy et al.

der Patient seine Fähigkeit, sich selbst und anderen vertrauen zu können, wiederherstellen kann.

Abschließend werden fünf psychodynamische Mechanismen beschrieben, die Folge von Traumatisierung sein können.

1. Der erste Prozess beschreibt einen Internalisierungsvorgang (Verinnerlichung), bei dem das traumatische Erleben sich im inneren Raum der traumatisierten Person niederschlägt und zwar einmal in Form der Identifikation oder zum Zweiten als Introjektion.

a. Bei der Identifikation übernimmt das Opfer Anteile des Täters und verhält sich ähnlich, wie der Täter es getan hat. Das ehemalige Opfer versucht andere Menschen zum Opfer zu machen, um sich selbst in der mächtigen Täterposition zu erleben. Das durch den Angriff schwache und ohnmächtige Ich wird durch die Wendung vom Passiven zum Aktiven stark und mächtig. (Abwehrmechanismus: Identifikation mit dem Aggressor (A. Freud 1997).

b. Bei der Introjektion übernimmt das Opfer die Zuschreibung, die der Täter an das Kind heran trägt. Wenn der Täter das Kind als böse und verführerisch beschreibt, verhält sich das Kind der Beschreibung entsprechend. Das Kind nimmt als verzweifelter Lösungsversuch das Fremde (Introjekt) des Täters in sich auf, da es auf den Kontakt mit dem lebensnotwendigen Objekt angewiesen ist. Die Introjektion⁴⁷, ein Vorgang des in sich Hineinnehmens, wird ausführlich von Hirsch (1999, S. 96; 2002, S. 92; 2004, S. 48) beschrieben⁴⁸. Wenn auch die Herleitung und der psychoanalytische Rahmen sich deutlich unterscheiden, gibt es doch Ähnlichkeiten zum Konzept des „alien self“ von Fonagy⁴⁹.

2. Eine weitere mögliche Folge von traumatischen Erfahrungen ist der Mechanismus der Dissoziation. Dissoziatives Erleben zeichnet sich durch die Phänomene des Nichts-mehr-Fühlens, des Abschaltens und des Erlebens von Unwirklichkeit aus. Es handelt sich nicht um eine Bewusstseinsstörung im engeren Sinn, sondern im

⁴⁷ Müller-Braunschweig (1970) benutzt den Begriff „malignes Introjekt“ und Giovacchini (1967) spricht vom „eingefrorenen Objekt“.

⁴⁸ In einem eigenen Beitrag: „Zur Bindung von Opfer und Täter“ gehe ich dem Mechanismus der Introjektion detaillierter nach (Strehlow 2005).

⁴⁹ Kapitel 2.5.3.

Vordergrund steht das Erlebnis von Verfremdung und Unwirklichkeit, das mit der Aufteilung des Ichs in verschiedene Zustände, die unabhängig voneinander existieren, einher geht⁵⁰.

3. Somatisierung kann eine andere Folge sein, bei der der Körper ins Zentrum des Geschehens rückt. Das traumatische Erleben kann nicht anders verarbeitet werden, als dass die nicht repräsentierbaren Affekte ins Körperliche verschoben werden und somit in den Körper eingeschrieben werden. Das traumatische Geschehen wird dann im und an dem Körper einerseits abgehandelt, andererseits handelt es sich um eine Verselbständigung im Körpergeschehen, was Zusammenhänge nur schwer wiederherstellbar macht. Für Hirsch (2004, S. 51) stellt das selbstverletzende Verhalten eine Form der Somatisierung dar⁵¹.

4. Ein anderer Mechanismus, mit traumatischen Ereignissen umzugehen, ist die Sexualisierung. Die Vernichtungsangst ist so umfänglich, dass die Sexualisierung den Versuch darstellt, das Leben durch sexuelle Energie retten zu können oder zumindest die traumatischen Affekte nicht spüren zu müssen. Die Liebesbindung an den Täter, verbundenen mit dem Schmerz, den der Täter zufügt, führt zur Sexualisierung des Leidens und der Schmerzen (Hirsch 2004, S. 52).

5. Als letzte weitreichende Folge von traumatischen Erlebnissen wird die Einschränkung der Symbolisierungsfähigkeit beschrieben. Das traumatische Erleben ist so massiv, dass die Fähigkeit, die traumatische Erfahrung umfänglich im inneren Erleben (als Repräsentanz) abzubilden, zerstört wird⁵². Die Erfahrungen können nur in isolierter Weise oder gar nicht als zum Ich gehörig verinnerlicht werden. Daraus folgt, dass die Fähigkeit, über das Erlebte nachzudenken, zu reflektieren und es einzuordnen, zerstört wird⁵³. Grubich-Simitis (1984) spricht von Konkretisierung, so dass die Welt nur noch konkret wahrgenommen wird und Alternativen nicht denkbar sind. Die Vergangenheit und Gegenwart, sowie Phantasie und Realität und Innen und

⁵⁰ Vgl. auch Eckhard-Henn und Hoffmann (2004), Gast (2004), van der Hart et al. (2008), Eckhardt-Henn (2008),

⁵¹ Siehe auch Kapitel 2.6.4. Selbstverletzung, Theoriebeitrag von Hirsch.

⁵² Vgl. Küchenhoff 2000, S. 17

⁵³ Fonagy greift mit seinem Mentalisierungskonzept (S. 2.5.3.) auch die Frage nach der Entwicklung von Symbolisierungsfähigkeit auf.

Außen können nicht klar auseinandergehalten werden, sondern werden in Konfusion erlebt.

Die Ausführlichkeit des Kapitels erklärt sich aus der hohen Relevanz der traumatischen Aspekte für Patienten mit einer BPS.

2.7.5 Zusammenfassung

Trotz aller Unterschiedlichkeit der dargestellten theoretischen Ansätze zeigen sich Ähnlichkeiten hinsichtlich des Prinzips des Vorhandenseins und der Abkapselung eines schlechten Anteils, der nicht integriert werden kann. Während Kernberg davon ausgeht, dass dieser Anteil zur normalen Entwicklung gehört, sehen Hirsch, Küchenhoff oder Fonagy diesen Anteil als Folge eines Verinnerlichungsprozesses an. In allen Theorien entsteht der bedrohliche Anteil durch bedrohliche Beziehungserfahrungen.

Durch unzureichend gute Spiegelungs- und Bindungserfahrung gelingt es dem Kind/Säugling nicht, die negativen oder traumatisierenden Erfahrungen ausreichend integrieren zu können. Die Folge ist, dass ein Persönlichkeitsanteil gebildet wird, der als schlecht, böse, bedrohlich, zerstörerisch und unwert erlebt wird. Hirsch spricht von „Introjekt“, Küchenhoff von „intrusivem Objekt“, Sachsse vom „Täter- oder Opferintrojekt“ und Fonagy vom „alien self“. Der Kontakt mit diesem Anteil ist so überfordernd, dass er um jeden Preis vermieden werden muss. Die Bedrohung durch den inneren Anteil nimmt ab, wenn die innere Bedrohung entweder auf die äußere Bühne gebracht wird und sich als spannungsreiche Interaktion zeigt oder durch Handlungen, die den bedrohlichen Anteil zerstören sollen, wie z.B. durch selbstverletzendes Verhalten.

In wieweit sich dieser bedrohliche Anteil in der Musiktherapie zeigt, bzw. welche Interaktionsformen in der Musiktherapie gewählt werden, um einen Umgang mit diesem Anteil zu finden, ist Ziel der hier vorgestellten Forschung.

Der nächste Abschnitt stellt die Geschlechtsrelevanz in den Fokus der Betrachtung.

2.8 Geschlechtsspezifische Aspekte

Im klinischen Kontext wird die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu ca. 80% bei Frauen gestellt (Herpertz et al. 2007, S. 215; Rohde-Dachser 2006, S. 196; Renneberg 2001, S. 408). Das Geschlechterverhältnis wird im DSM-IV-TR mit drei Frauen zu einem Mann angegeben. In der schon zitierten Studie (2.2) von Swartz et al. von 1990 sind 73% aller Personen mit der Diagnose BPS weiblich. Die Störung der Ich-Identität und des Körperbildes und ganz wesentlich das selbstverletzende Verhalten werden als Leitsymptomatik der BPS beschrieben. In den meisten Untersuchungen zum selbstverletzenden Verhalten wird berichtet, dass Mädchen und Frauen sich häufiger selbst verletzen als Jungen und Männer (Petermann et al. 2005, S. 51)⁵⁴. Herpertz und Saß (2003) beschreiben ein Geschlechterverhältnis von zwei weiblichen auf einen männlichen Betroffenen. Möller (2001, S. 622) zitiert eine Untersuchung von Eckhard (1994), in der 80% der Betroffenen Frauen im Alter zwischen 14 und 30 sind. Resch untersucht in seiner Heidelberger Schulstudie von 2005 Jugendliche und zeigt, dass Mädchen aus der 9. Klasse, die ca. 14 Jahre alt sind, sich doppelt so häufig wie Jungen selbst verletzen (zitiert nach Petermann 2005, S. 52).

Durch die offensichtliche Geschlechterpolarität drängt sich die Frage auf, wieso soviel mehr Frauen von der Borderline-Persönlichkeitsstörung und dem selbstverletzenden Verhalten betroffen sind⁵⁵.

Auf den Zusammenhang zwischen Borderline-Persönlichkeitsstörungen und sexuellem Missbrauch bzw. Traumatisierung wird in der Literatur sehr häufig verwiesen. Beispielhaft ausgewählt seien hier: Dulz (2008, S. 106; 2001, S. 48), Herpertz et al. (2007 S. 215), Rhode-Dachser (1995, S. 141; 2006, S. 196) und Stone (2000, S. 7). Sie alle erklären die ungleiche Geschlechterverteilung, durch das höhere Risiko des Mädchens, einen sexuellen Missbrauch zu erleiden. Die Wahrscheinlichkeit, Opfer eines Inzests zu werden, ist bei einem Mädchen sechsmal höher als bei einem Jungen (Stone 2000, S. 8).

⁵⁴ Ausnahme sind Studien von Jugendlichen, in denen die Jungen sich selbst verletzen, in dem sie gegen Gegenstände treten (S. 52).

⁵⁵ Eine Arbeit beschäftigt sich mit dem geschlechtsspezifischen Aspekt in der psychoanalytischen Therapie. Sellschopp und Erazo (2001) untersuchen den Einfluss der Geschlechterkonstellation innerhalb der Therapie zwischen Therapeut/In und Patient/In. Die geschlechtsspezifische Auffälligkeit der BPS-Diagnose wird von ihnen nicht problematisiert.

Trotz Kenntnis der größeren Häufigkeit von sexuellem Missbrauch bei Mädchen, fehlen jedoch Theorien, die erklären, warum Frauen bei der Verarbeitung von Traumatisierungen, die Folgesymptome vor allem gegen sich selbst richten. Männer dagegen identifizieren sich häufiger mit dem Angreifer, so dass ihre Symptome eher aktiv nach außen gerichtet sind. Kurz und sehr provokativ formuliert bedeutet die Frage: Warum verletzen sich Frauen selbst, während Männer ihre Umwelt verletzen?

Der nächste Abschnitt versucht an Hand von drei Themenbereichen, mögliche Erklärungsansätze für die spezifische Geschlechterpolarität der BPS mit ihrem Symptom der Selbstverletzung zu finden. Es handelt sich erstens um die Betrachtung spezifischer Frauenkrankheiten, zweitens um die Untersuchung von aggressiven Verhaltensweisen im Hinblick auf das Geschlecht und drittens um die Entwicklung der Geschlechtsidentität.

2.8.1 Frauenkrankheiten

Folgt man der Zuschreibung, dass Frauen emotional expressiver als Männer sind, dann erscheint es fast zwingend, dass mehr Frauen als Männern eine Störung (z.B. BPS) zugesprochen wird, die sich u.a. durch unkontrollierbare und exzessive Emotionalität auszeichnet (Kämmerer 2001, S. 62). Psychische Störungen sind von Geschlechterdifferenzen nicht unabhängig. Sie stehen im engen Zusammenhang mit den jeweils typischen Rollenbildern und unterliegen somit dem gesellschaftlichen Wandel.

Als Beginn der geschlechtsspezifischen Betrachtung kann die Diagnose der Hysterie gelten, die von Charcot (1825-1893), mittels der Photographie für jedermann sichtbar, veröffentlicht wurde. Obwohl Charcot auch männliche Hysteriker behandelte, sind auf den bekannten Fotos nur Frauen zu sehen. Mittlerweile wird die Diagnose heute aufgrund der negativen Bewertung und der Verbindung zum weiblichen Geschlecht nicht mehr verwendet. Sie ist abgelöst worden von den Diagnosen histrionische (F 60.4) oder Konversionsstörung (dissoziative Störung F 44).

Christina v. Braun (1988) stellt einen Zusammenhang zwischen der Hysterie als Frauenkrankheit *par excellence* und der Magersucht her. Das Symptom, völlig abmagern zu wollen, trat in den 1970er Jahren in Erscheinung. Hysterikerinnen, aber

auch Anorektikerinnen wird nachgesagt, dass sie ihre Umwelt „manipulieren“ und „fakirhaft unempfindlich gegenüber Schmerzen“ seien. Obwohl die Symptome bei der Hysterie und der Magersucht von Außen sehr verschieden sind, fallen Gemeinsamkeiten auf: Es handelt sich um Krankheiten, die einen Gegenwillen und eine Form der Verweigerung gegen herrschende gesellschaftliche Verhältnisse ausdrücken.

In den 1980er Jahren stand das Bild der bulimischen Frau im Zentrum. Während man den magersüchtigen Frauen ihre Krankheit ansah, war das bulimische Symptom eines, das erfragt werden musste und von sich aus erst einmal nicht in Erscheinung trat. Die Problematik der Essstörungen wurde schon zu dieser Zeit mit der Erfahrung eines sexuellen Missbrauchs verbunden (z.B. Köpp, Jacoby 1996).

Seit den 1990er Jahren wird die Symptomatik des selbstverletzenden Verhaltens im Zusammenhang mit der BPS gehäuft beschrieben. Das Symptom der Selbstverletzung hat bis in die heutige Zeit nichts an Aktualität eingebüßt. Man kann unter dem Blickwinkel des Frauenbildes in dem Symptom der Selbstverletzung auch eine Verweigerung gegen das gängige Schönheitsideal sehen. Die Patientinnen zerstören ihre Haut, so dass hässliche Narben zurückbleiben.

Sachsse (1997) versteht das selbstverletzende Verhalten als Mittel der Wahl, um dissoziative Zustände zu unterbrechen und weist damit bereits auf die Entwicklung einer anderen aktuellen Frauenkrankheit hin. Seit der Jahrtausendwende ist die dissoziative Bewusstseinsstörung (F 44), früher Multiple Persönlichkeitsstörung genannt, in das Zentrum des Interesses gerückt. Die Dissoziation ist ein altes Phänomen, das Janet bereits 1889 beschrieben hat. Im aktuellen DSM-IV wird mit Bezug auf Dissoziation das Verhältnis von Frauen zu Männern mit drei bis neun Frauen zu einem Mann angegeben (Kämmerer, 2001, S. 57). Das Krankheitsbild der dissoziativen Identitätsstörung⁵⁶ wird von Spitzer et al. in einem gesellschaftlichen und historischen Kontext betrachtet, wobei sie annehmen, dass die „alte“ Hysterie von der multiplen Persönlichkeitsstörung abgelöst wurde (Spitzer et al. 2007, S. 141). Ursula Gast (2004, S. 195) weist in ihren Untersuchungen die dissoziative

⁵⁶ Van der Hart, Nijenhuis und Steele entwickeln ein Modell zur Diagnostik und Behandlung schwerer struktureller Dissoziation der Persönlichkeit. Sie teilen die Persönlichkeit grundsätzlich in „anscheinend normale Persönlichkeitsanteile“ (ANPs) und „emotionale Persönlichkeitsanteile“ (EPs) auf (Van der Hart et al. 2008).

Identitätsstörung als einheitliches Krankheitsbild nach und setzt sich sehr für die Berücksichtigung desselben in der neuen DSM-V Auflage ein. Doch die Etablierung erweist sich nach wie vor als schwierig (Gast 2004, S. 201).

Was sich jedoch durchgesetzt hat, ist die Anerkennung von Traumatisierungen in der Kindheit und deren Einfluss auf das Symptom des selbstverletzenden Verhaltens und das Krankheitsbild der dissoziativen Identitätsstörung. Die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung (F 43.1) versucht, der Bedeutung von traumatischen Erlebnissen in der Vorgeschichte Ausdruck zu geben.

Natürlich gibt es bei allen vorher geschilderten Krankheitsbildern, auch Männer, die diese Symptome zeigen, dennoch bleibt die Zuordnung weitgehend Frauen vorbehalten. Wenn Männer die oben beschriebenen Symptome zeigen, dann spricht man davon, dass sie „typisch weibliche“ Symptome zeigen.

Nachdem im letzten Absatz eine Einordnung der Borderline-Persönlichkeitsstörung und des selbstverletzenden Verhaltens unter dem Gender-Aspekt vorgenommen wurde, werden im nächsten Absatz genderspezifische Unterschiede im aggressiven Verhalten betrachtet. Aggression wird Männern im Allgemeinen als positives Merkmal zugeschrieben, während Frauen vor allem indirekte Aggressionsformen nachgesagt werden. Das Symptom des selbstverletzenden Verhaltens ist ein gewalttätiges Verhalten dem eigenen Körper gegenüber. Die Gewalttätigkeit und die Brutalität, mit der gegen den eigenen Körper vorgegangen wird, sind erschreckend. Selbstverletzendes Verhalten ist eine Form der Autoaggression, insofern erscheint es sinnvoll, das Thema der Aggression genauer zu betrachten.

2.8.2 Aggressive Verhaltensweisen im Hinblick auf Geschlechtsunterschiede

Das Thema der „Aggression von Frauen“ ist wissenschaftlich so ausführlich bearbeitet worden, dass hier nur einige Arbeiten ausschnitthaft erwähnt werden sollen: Mitscherlich (1985): „Die friedfertige Frau“⁵⁷, Biss (1995): „Weibliche

⁵⁷ Das Thema der Selbstverletzung war zu jener Zeit nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit, wohl aber die Themen von Selbstbestrafung (S. 68) und Selbstdestruktivität (S. 40).

Aggressivität und ihre Wirklichkeit“, Micus (2002): „Friedfertige Frauen und wütende Männer“ und Buchta (2004): „Aggression von Frauen“. Für mich sind die Aspekte von Interesse, die sich zum Thema Selbstverletzung in Beziehung setzen lassen.

Im Volksmund sind Zuschreibungen für Frauen, die sich offen aggressiv verhalten, vor allem negativ. Beispielhaft werden die Begriffe „Furie“, „Mannweib“ und „Drache“ angeführt. Aggressive Verhaltensweisen bei Männern und Frauen stehen in enger Verbindungen mit gesellschaftlichen Rollenvorstellungen. Die Geschlechtsrollenstereotypen weisen Männern Verhaltensweisen zu, die mit bestimmtem aggressivem Verhalten einher gehen können: Dominanz, Durchsetzungsvermögen, Rationalität und Unabhängigkeit. Die weiblichen Geschlechtsrollenstereotypen, sind dagegen Friedfertigkeit, Nachgiebigkeit, Warmherzigkeit und Mitgefühl. Sie machen es Frauen schwer, sich offen aggressiv zu verhalten (Bauer 2006, S. 268). Daher scheint es nachvollziehbar, wenn Frauen ihr aggressives Potential als ihnen fremd und böse erleben und sie deswegen im Unterschied zu Männern mehr Schuldgefühle entwickeln. (Möller 2001, S. 610)

Wenn man unter Aggression vor allem Destruktivität, Gewalt und Übergriff mit dem Ziel Schaden zuzufügen versteht, wird deutlich, dass Frauen, wenn sie sich entsprechend aggressiv verhalten, nur ihrem Rollenstereotyp widersprechen können. Möller bezieht sich auf die ursprüngliche Wortbedeutung „aggredior“, die mit herangehen, etwas unternehmen, auf jemand zugehen übersetzt werden kann. Ein Aggressionsbegriff, der für sie auch neugierig sein, beharrlich und widerspenstig sein beinhaltet. Möller leitet daraus Verhaltensweisen ab wie z.B. sich abgrenzen, sich behaupten, sich auflehnen, die in diesem Sinne auch für Frauen wie Männer eine konstruktive Seite von Aggressivität darstellen (Möller 2001, S. 610).

Über Jahrzehnte hinweg galten Jungen und Männer als aggressiver im Unterschied zu Mädchen und Frauen. Heutige Untersuchungen stellen die Ausformung der Geschlechtsdifferenzierung in den Mittelpunkt. Jungen und Männer verhalten sich offener und körperlich aggressiv, während Mädchen und Frauen sich eher indirekt und verbal aggressiv verhalten (Scheithauer 2003, zit. nach Bauer B. 2006, S. 260). Männer zeichnen sich beim Merkmal „Impulsivität“ durch externalisierte (aggressive Durchbrüche, Fremdaggressivität) und Frauen durch internalisierte Strategien (Selbstverletzung, Essstörungen) aus (Herpertz et al. 2007, S. 217). Zur indirekten

Aggression gehört die üble Nachrede (lästern) und das Schweigen als Sprachverweigerung.

Nachdem die Unterschiedlichkeit der aggressiven Verhaltensweisen von Männern und Frauen kurz beschrieben wurde, wird im nächsten Abschnitt ein Erklärungsansatz in der Entwicklung der Geschlechtsidentität gesucht.

2.8.3 Entwicklung weiblicher Aggression und Geschlechtsidentität

Im vorherigen Absatz wurden Geschlechtsrollenstereotypen hinsichtlich aggressiver Verhaltensweisen gezeigt. In diesem Abschnitt werden Ansätze vorgestellt, die die Psychodynamik aus der Geschlechterperspektive betrachten. Die jeweiligen theoretischen Ansätze werden ausschnittsweise mit Blick auf die Entwicklung der Geschlechtsidentität und der Aggression aus weiblicher Sicht dargestellt.

Die Frage der Entwicklung der Geschlechtsidentität stellt den Ausgangspunkt der Überlegungen dar und der Ansatz von Fast (1996) leitet in das Thema aus feministischer Sicht ein. Das von Anneliese Buchta (2004) untersuchte Aggressionstabu zwischen Mutter und Tochter gibt wesentliche Hinweise auf das Thema der Autoaggressivität und damit auch zum selbstverletzenden Verhalten. Noch andere Aspekte werden weiter unten dargestellt.

Die Entwicklung der Geschlechtsidentität beginnt spätestens mit den ersten Lebensminuten wenn klar wird, ob das neugeborene Kind ein Junge oder ein Mädchen ist⁵⁸. An das Kind werden von Beginn an bewusste und unbewusste unterschiedliche Erwartungen, Zuschreibungen, Wünsche und Hoffnungen herangetragen. Das Kind selbst erwirbt mit ungefähr 2 Jahren ein Wissen um die eigene Geschlechtszugehörigkeit (Fast, 1996, S. 49). In diesem Alter kann das Kind Männlichkeit und Weiblichkeit bei sich selbst und bei anderen Menschen wahrnehmen. Zur Ausbildung einer Geschlechtsidentität, die im Geschlechtsrollenverhalten ihren Ausdruck findet, bedarf es jedoch noch weiterer

⁵⁸ Es handelt sich um eine prototypische Beschreibung, die sich auf die Entwicklung des Mädchens konzentriert. Transsexuelle oder intersexuelle Entwicklungen werden nicht berücksichtigt. (s. Resch, Schulte-Markwort 2005)

Jahre, so dass die Geschlechtsidentität sich erst zwischen dem dritten und vierten Lebensjahr ausgeprägt (Fiedler 2005, S. 19).

Fast (1996) entwickelt ihr alternatives Konzept der Geschlechtsdifferenzierung ausgehend von einer kritischen Sichtweise gegenüber dem klassisch Freud'schen Ansatz. Sie behauptet, dass die ursprünglich sexuelle Orientierung des Kindes nicht männlich ist, wie Freud behauptet hat, sondern dass das Kind sich als geschlechtsübergreifend erlebt. Die Erkenntnis von Grenzen und die Aufgabe der Illusion unbegrenzter sexueller Möglichkeiten auf beiden Seiten stellt eine Einschränkung dar und führt zum Interesse an der Geschlechterdifferenz. Jungen zeigen Interesse für die Herkunft der Babys und Mädchen erkennen, dass sie keinen Penis besitzen. Die Auseinandersetzung mit den Begrenzungen verlangt von beiden Geschlechtern, dass sie den Wunsch nach Besitz der sexuellen Eigenschaften des anderen Geschlechts aufgeben und die eigene sexuelle Identität akzeptieren (Fast 1996, S. 40). Unvollständige Entwicklungen der Weiblichkeitsvorstellung gehen mit entsprechenden narzisstischen Vorstellungen von Männlichkeit einher und sind Fast zufolge bereits ein Anzeichen von Störungen. Nach der Differenzierungsperspektive von Fast wendet sich das Mädchen enttäuscht von der Mutter ab, da die Mutter nicht mit der allmächtigen Kraft ausgestattet ist, dem Mädchen einen Penis zu geben. Die Hinwendung zum Vater und der Wunsch nach einem Kind wären demnach eine Verschiebung und keine Differenzierung, da die Liebe zum Vater (später der ideale Mann) die narzisstische Wunde des Mädchens heilen soll. Neid, Passivität und Masochismus, die von Freud als Wesensmerkmale der Weiblichkeit verstanden wurden, wären Fast zufolge bereits als Anzeichen einer Entwicklung zu werten, in der die Akzeptanz von Grenzen und die Verarbeitung des Verlustgefühls im Besitz nur eines der beiden Geschlechter zu sein, nicht ausreichend gelungen ist (Fast 1996, S. 47 u. 62).

Während Fast eine allgemeine Theorie zur Geschlechtsidentität entwickelt, spürt Buchta (2004) die Entwicklungsschritte auf, in der das Mädchen sein aggressives Potential entdecken kann. Da Mütter nach wie vor überwiegend mit der Erziehung der Kinder befasst sind, steht das Interaktionsverhalten zwischen Müttern und ihren Töchtern verständlicherweise bei ihr im Zentrum der Aufmerksamkeit. Untersuchungen zur geschlechtsspezifischen frühen Interaktion von Müttern und ihren Kindern stellen eine Ungleichbehandlung von Jungen und Mädchen fest.

Mädchen werden offenbar seltener gestillt, früher entwöhnt und einem strengeren Drill unterworfen (Buchta 2004, S. 91). Buchta konstatiert, dass schon in dieser frühen Phase Mädchen weniger in ihrer Vitalität und ihrem aggressiven Potential gespiegelt werden (Buchta 2004, S. 92).

Während die Jungen sich von der Mutter - bezogen auf die Geschlechtlichkeit - klar unterscheiden, hat das Mädchen die Entwicklungsaufgabe, sich von der ihr äußerlich gleichenden Mutter abzulösen. Das Mädchen muss sich von der Mutter unterscheiden, aber es muss sich auch mit ihr als Frau identifizieren. Je nachdem wie die Mutter ihre eigenen aggressiven Konflikte mit ihrer Mutter gelöst hat und wie sie die primären Verhältnisse mit ihrer eigenen Mutter erinnert und neu belebt, stellt sich die Mutter der Tochter gegenüber als gleichgeschlechtlicher Interaktionspartner zur Verfügung. Die Festigung der Geschlechtsidentität und damit auch die Aggressionsentwicklung sind untrennbar verbunden mit dem Entwicklungsschritt der ödipalen Triangulierung, in der das Mädchen sich dem Vater zuwendet, die Mutter gleichzeitig ausgrenzt und sich mit ihr identifiziert. Der Schritt zur Triangulierung kann nur gelingen, wenn der Vater für die Tochter in befriedigender Weise erreichbar ist. Dies ist selbstverständlich nicht der Fall, wenn der Vater sich als notwendiger Dritter zurückzieht, ausgegrenzt wird oder sich übergriffig verhält. In der Beziehungsaueinandersetzung mit dem Vater kann das Mädchen in der Identifikation mit der Mutter „Weiblichkeit“ in Form von Selbstbestätigung, aber auch Selbstbehauptung und Abgrenzung erleben und damit aktives Wünschen und Wollen in sein Selbstbild aufnehmen. Das Mädchen kann eine Verknüpfung von Weiblichkeit und Aktivität herstellen. Das Maß an Aggression, das dem Mädchen während seiner Entwicklung zur Verfügung steht, ist davon abhängig, welche Spielarten von Aggression und der Fähigkeit zur Abgrenzung und Auseinandersetzung dem Mädchen durch Spiegelungsprozesse und Identifikationsmöglichkeiten von der Mutter angeboten werden. Ob Separation von der Mutter und Autonomieentwicklung gelingt oder ob die Tochter weiterhin an die Mutter stark gebunden bleibt, hat weitreichende Folgen für die weibliche Aggressionsentwicklung (Buchta 2004, S. 105). Letztere wäre ein Hinweis darauf, dass Mutter und Tochter vermeiden ihren Generationskonflikt auszutragen. Diese Vermeidung bezeichnet Buchta als Aggressionstabu (Buchta 2004, S. 104) zwischen Mutter und Tochter. Das Aggressionstabu, d.h. die nicht stattfindende Auseinandersetzung zwischen der Mutter als Frau und der Tochter als Mädchen -

beide haben das gleiche Geschlecht - führt zu einer Abspaltung der Aggression, die in der Folge zu dem bekannten weiblichen Geschlechtsstereotyp führen, das durch idealisierte Mütterlichkeit und durch „masochistische“ und „melancholische“ Identifikation mit der Mutter kennzeichnet ist (Buchta 2004, S. 145)⁵⁹.

Auch wenn der Ansatz von Buchta im Zentrum nicht die Ausprägung von autodestruktivem Verhalten bei Frauen hat, lenkt er doch den Blick auf die Geschlechterperspektive und untersucht im Schwerpunkt das Verhalten der Mutter, die durch ihr Verhalten (Aggressionstabu zwischen ihr und ihrer Tochter) die Aggressionsentwicklung bei jener hemmt. Die Ausbildung der für Frauen als typisch angenommenen indirekten Aggression wird so verständlicher. Autoaggression und damit auch die Selbstverletzung kann von daher als verzweifelter Versuch der Auseinandersetzung mit der Mutter und deren Weiblichkeit interpretiert werden. Da die direkte Auseinandersetzung von der Mutter nicht angenommen wird, bleibt dem Mädchen nur die Attackierung des eigenen Körpers. Den eigenen weiblichen Körper, der die Mutter symbolisiert, anzugreifen erscheint weniger bedrohlich, als den Grundkonflikt der Frau um Autonomie und Selbstbehauptung direkt mit der Mutter auszuhandeln.

Ähnlichkeiten und Überschneidungen mit den Konzepten von Hirsch und Küchenhoff sind offensichtlich. Dennoch berücksichtigen die geschlechtsspezifischen Ansätze eine gesellschaftliche Dimension, die gerade wegen der hohen Zahl erkrankter Frauen nicht vernachlässigt werden darf.

Das nun folgende, letzte Kapitel von Abschnitt 2 stellt eine Brücke zu der durchgeführten Untersuchung dar. Es werden vorhandene Forschungsergebnisse zur Behandlung von BPS im psychiatrischen Umfeld dargestellt.

⁵⁹ M. Mitscherlich untersuchte bereits 1985 in ihrem Buch „Die friedfertige Frau“ das Thema des weiblichen Masochismus.

2.9 Untersuchungen von stationär psychiatrischer Behandlung von Patienten mit einer Borderline- Persönlichkeitsstörung

Zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen gibt es mittlerweile eine Anzahl verschiedener speziell auf diese Klientel abgestimmter modifizierter Behandlungsansätze. Während noch Mitte der 1980er Jahre die therapeutische Arbeit mit Patienten, die eine Borderline-Persönlichkeitsstörung haben, als schwierig und wenig lohnend beschrieben wurde (Dammann et. al. 2000, S. 702), hat sich die Prognose in den letzten Jahren deutlich verbessert. Für die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen waren und sind in Deutschland die beiden Fachgebiete Psychiatrie und Psychosomatik zuständig. Akute suizidale Krisen, chronische Suizidalität oder extreme Selbstverletzung, sowie unkontrollierbare Affektzustände oder psychotische Dekompensationen sind die häufigsten Gründe, warum BPS- Patienten die psychiatrische Erstversorgung aufsuchen (Kampfhammer 2001, S. 206). Die Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und der Umgang mit intensiven Gegenübertragungsgefühlen galten u.a. aufgrund der hohen Abbruchquote und der geringen Compliance als schwierig. Das hatte zur Folge, dass klassische psychoanalytische Behandlungsansätze modifiziert wurden mussten und Grundprinzipien für den klinischen Behandlungsrahmen von Borderline-Persönlichkeitsstörungen von Waldinger (1987) erarbeitet wurden. In den letzten 15 Jahren sind vermehrt Spezialstationen zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen entstanden (Bolm et. al. 2007, S. 182), die in Deutschland überwiegend an Psychosomatische Kliniken angegliedert sind. Vielleicht erklärt sich daher, warum Untersuchungen über den Therapieverlauf von Borderline-Persönlichkeitsstörungen nur von psychosomatischen Abteilungen vorliegen. Die Untersuchungen sind stark geprägt von einem ansatzspezifischen Denken, so dass Patienten entweder mit DBT oder mit psychodynamischen Verfahren untersucht werden. Zwei Untersuchungen mit dem Hintergrund der psychodynamisch-psychotherapeutischer Theorie seien im Folgenden kurz erwähnt:

Rudolf et. al. (2004) konnte bei einer Katamneseuntersuchung 6 und 9 Monate nach der Behandlung von Patienten, die mit psychodynamisch-stationärer Psychotherapie behandelt worden waren, unerwartet positive Entwicklungen bei Persönlichkeitsstörungen auf niedrigem Strukturniveau nachweisen. Auch Leichsenring (2008, S. 36) konnten eigene gute Ergebnisse bezüglich der Wirksamkeit von psychodynamischer stationärer Therapie bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Cluster C-Persönlichkeitsstörungen) nachweisen. Im internationalen Vergleich sei die Cochrane-Review (Binks et. al. 2006) erwähnt, in dem die zurzeit höchste wissenschaftliche Evidenzstufe auf zwei Verfahren zutrifft: Einmal das psychodynamisch-integrative MBT Verfahren (Fonagy et al. 2004, 2006) und zweitens die lerntheoretisch orientierte Dialektische-Behaviorale Therapie (Bohus et al. 2004, Linehan 1993). Das zweite Verfahren bezieht sich auf ambulantes und stationäres Setting, das MBT-Verfahren ist nur als teilstationäres Verfahren in die Studie aufgenommen worden.

In einer von Leichsenring und Rabung durchgeführten Metaanalyse von psychodynamischer Langzeittherapie zeigte sich, dass BPS also sehr deutlich, mit einer Effektstärke von 0.8., von langfristiger psychodynamischer Psychotherapie profitieren (Leichsenring & Rabung 2008, S. 1551).

2.9.1 Psychiatrie und Psychotherapie von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

In Deutschland ist die Beziehung zwischen Psychiatrie und Psychotherapie von Beginn an mit Spannungen beladen gewesen. Dies hat sich bis in die heutige Zeit, die überwiegend von einer biologischen Haltung geprägt ist, leider nicht verändert. Die Psychotherapie führt in der Psychiatrie nach wie vor ein Nischendasein. Trotz steigender Fallzahlen bei gleichzeitigem Bettenabbau, kürzeren Verweildauern und gekürzten Ressourcen hat Psychotherapie aber in psychiatrischen Kliniken einen festen Platz. Die angewandten psychotherapeutischen Verfahren zeichnen sich durch unterschiedliche Integrationskompetenz aus (Streeck, Dümpelmann 2006, S. 253). Die systematische Beachtung der therapeutischen Beziehung ist der entscheidende Faktor, der die psychologische von der biologischen Behandlung unterscheidet. Konzag et al. (2004) zeigten, dass die hilfreiche Beziehung ein entscheidender Faktor

für den Erfolg bei ambulanter wie stationärer Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen darstellt.

Pfitzer et al. kommen in ihrer Studie von 1990 zu dem Ergebnis, dass stationäre psychiatrische Behandlung von Borderline-Patienten notwendig und bei Berücksichtigung der Rahmenbedingungen auch erfolgreich ist (Pfitzner et al. 1990). Sie betonen, dass die untersuchten Patienten wegen akuter Suizidalität oder nach einem Suizidversuch aufgenommen werden mussten. Ziel von stationär psychiatrischer Behandlung von BPS soll sein, dass der Patient in die Lage versetzt wird eine ambulante Psychotherapie aufzunehmen.

Die Notwendigkeit sowie die damit verbundenen Herausforderungen von psychiatrischer Versorgung, speziell von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, wird von Kapfhammer (Kampfhammer 2001, S. 209) beschrieben. Er verweist auf die wenig eindeutig vorhandenen Richtlinien, die geeignete Psychotherapieformen für Borderline-Patienten ausweisen und bemerkt kritisch, mit Verweis auf Links (1998), dass Borderline-Patienten im voll- und teilstationären Behandlungskontext selten Gegenstand von kontrollierten Studien gewesen sind.

Die Behandlungsangebote haben sich im Vergleich zu 1990 deutlich verändert, Spezialstationen haben sich durchgesetzt. Sachsse (2007) und Dulz et al. (2007) und Dulz (2001), beide Spezialisten für die Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen kritisieren unabhängig voneinander die Therapie von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen auf psychiatrischen Stationen und plädieren für eine frühzeitige Verlegung auf eine spezialisierte Station, sobald die Indikation zur Psychotherapie gestellt ist.

Die Frage nach ausreichender Therapiemotivation und anhaltende Suizidalität erschweren häufig die Aufnahme auf eine Spezialstation, so dass die Akutpsychiatrie Behandlungskonzepte für BPS braucht. Meine Forschung hat genau dieses Klientel im Fokus, das, wie im letzten Abschnitt gezeigt wurde, bisher noch nie im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stand.

3 Musiktherapie, Borderline-Persönlichkeitsstörung und Musiktherapieforschung

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die Musiktherapieforschung in Europa und den USA. Die Ansätze zeichnen sich durch eine große Pluralität aus. Beginnend mit einer allgemeinen Übersicht werden nachfolgend einige qualitative Ansätze im Hinblick auf die im 4. Kapitel dargestellte Methode der Typenbildung ausgewählt und dargestellt.

Im Anschluss folgt eine Literaturübersicht der Forschungsarbeiten aus der Musiktherapie im Hinblick auf die psychiatrische Patientengruppe und speziell der Arbeiten, die sich auf die BPS beziehen.

3.1 Zur Forschung in der Musiktherapie

Bei der Musiktherapie handelt es sich im Vergleich zu anderen Wissenschaften um eine relativ junge Disziplin. Erste wissenschaftliche Arbeiten und Auseinandersetzungen finden sich ab 1964 in der damals begründeten ersten musiktherapeutischen Zeitschrift (Journal of Music therapy, JMT) in den USA (Edwards 2005, S. 21). Die europäische Musiktherapie entwickelte sich mit deutlicher Verzögerung. Erst ab 1970 konnte in den drei europäischen Städten Wien, London und Aalborg Musiktherapie studiert werden (Hegi-Portmann et al. 2006, S. 13)⁶⁰. Die deutschsprachige Zeitschrift „Musiktherapeutische Umschau“ wurde 1980 zum ersten Mal publiziert. Die Musiktherapie kann inzwischen zwar insgesamt auf über 40 Jahre Forschung zurückschauen, dennoch hat sich das Interesse zu forschen und vor allem zu publizieren erst seit den 1980er Jahren richtig entwickelt (Wheeler 2005, S. 6). Aldrige (1996, S. 6) bestätigt die Zunahme des Forschungsinteresses der Musiktherapie ab Mitte der 1980er Jahre auch für den europäischen Raum. Die Musiktherapieforschung in den USA war zunächst quantitativ orientiert (Wheeler

⁶⁰ Im deutschsprachigen Europa werden heute über 40 Lehrgänge und Studienmöglichkeiten, zu einem großen Teil als Hochschuldisziplinen angeboten. Promotionsstudiengänge speziell für Musiktherapie gab es über viele Jahre an der Witten-Herdecke Universität (1985-2009) und gibt es seit 1993 an der Hochschule für Musik und Theater Hamburg (Leitung: Prof. Dr. Decker-Voigt)

2005, S. 13). Mitte der 1980er Jahre veränderte sich allerdings die Ausrichtung und einer Untersuchung von Brooks (2003, zit. nach Wheeler 2005, S. 7) zufolge nimmt die qualitative Forschung seit 1985 stetig zu. In der deutschsprachigen Musiktherapie ist die Forschung in der Anfangszeit durch qualitative Ansätze vertreten (Pesek, 2007, S. 110) und erst die Diskussionen in den 1990er Jahren über die Vor- und Nachteile von quantitativer und qualitativer Forschung führten zu einer größeren Offenheit beiden Verfahren gegenüber (MU 1996, Heft 1)⁶¹.

Unterschieden wird zwischen prozessorientierten und ergebnisorientierten Forschungsarbeiten⁶² (Aldridge, 1996, S. 8) und den beiden damit einhergehenden Forschungstraditionen, nämlich der idiographischen und der nomothetischen (Oberegelsbacher et al. 2008, S. 31). Die idiographische Tradition will das Einzelne erforschen und bedient sich dabei der Methodik des Erzählens und Beschreibens. Die nomothetische Tradition strebt die Erkenntnis allgemeiner Gesetze an und verwendet die Methodik des Zählens, Zergliederns, Messen und Verallgemeinerns. Prozessorientierte Forschung stellt den Therapieprozess und die Frage, wie Veränderung mit Hilfe von Musik geschieht, beschrieben und erklärt werden kann, in den Vordergrund. Für die Beantwortung dieser Fragen bietet sich ein qualitatives und damit idiographisches Forschungsvorgehen an. Die Abbildung von therapeutischen Prozessen ist vor allem für den in der Praxis tätigen Musiktherapeuten von Interesse.

Ergebnisorientierte Studien vergleichen Zustände vor und nach der Musiktherapie oder benötigen ein Forschungsdesign, das außerhalb des Musiktherapiealltags hergestellt werden muss (z.B. PET-Untersuchungen). Diese Forschung wird vor allem benötigt, um die Wirksamkeit von Musiktherapie zu beweisen, denn nach wie vor steht die Musiktherapie vor der Aufgabe, sich als wissenschaftlich fundierte und evidenzbasierte Therapiedisziplin zu etablieren.

Seit Anfang der 1990er Jahre hat sich das Modell der evidenzbasierten Medizin im Gesundheitswesen durchgesetzt und dessen Übertragbarkeit, bzw. sein Nutzen wird

⁶¹ Aldridge (1996, S. 9) macht darauf aufmerksam, dass die Forschungsaktivität auch im Zusammenhang mit dem jungen Berufsfeld zu verstehen ist. Die Forschungsarbeiten, die entstehen, sind Abschlussarbeiten (Diplom/Master) oder Promotionen, die wissenschaftliche Befähigung zum Ziel haben. Hiervon unterscheiden sich Forschungsarbeiten, bei denen die finanziellen Mittel von Dritten zur Verfügung gestellt werden. Auch heute, 10 Jahre später, gibt es kaum musiktherapeutische Forschung, die große Stichproben untersucht und extern finanziert wird.

⁶² Wirksamkeitsforschung

in den letzten Jahren auch in der Musiktherapie diskutiert (MU, 2004, Heft 3)⁶³. Professionelle Anerkennung soll mit Hilfe von Wirksamkeitsstudien erreicht werden, was zu einer Zunahme von quantitativer Forschung führte. Ergebnisse sind eine Vielzahl von Studien und Metastudien, wobei nur einige aktuelle Studien im Folgenden beispielhaft skizziert werden.

Die Cochrane Library ist für evidenzbasierte Studien international anerkannt. Es ist das Verdienst von Christian Gold und seinen Kollegen, dass erstmals auch Studien mit für die Musiktherapie positiven Ergebnissen aufgenommen werden konnten (Gold et al. 2005: Schizophrenia; Gold et al. 2006: Autismus; Maratos und Gold 2005: Depression). Klinisch kontrollierte Studien und Metaanalysen haben deutlich zugenommen und zeigen, dass sich die Effektivität von Musiktherapie auch statistisch nachweisen lässt. (Argstatter et al. 2007, S. 56, auch Schmidt et al. 2009). Als aktuelle Metastudie sei jene von Pesek (2007, S. 110)⁶⁴ beispielhaft erwähnt. Die Studie gibt einen Überblick über 125 ausschließlich quantitative Studien bis zum Jahre 2004, von denen 20% aus dem deutschsprachigen Raum stammen. 15 der insgesamt 25 deutschen Studien stammen aus der Zeit von 2000-2004. Hier bestätigt sich noch einmal, dass die Forschungsaktivität in den letzten Jahren beachtlich zugenommen hat. Fast man alle Studien zusammen, so hat Musiktherapie eine mittleren Effektstärke von 0.62 und die aktive Musiktherapie eine etwas höhere Effektstärke von 0.82 gegenüber der rezeptiven Musiktherapie (0.74). Diese Meta-Studie zeigt neben der Effektstärke verschiedene Methoden und Anwendungsbereiche von Musiktherapie auf. Aus dem psychiatrischen Bereich sind Studien zu affektiven Störungen, zur Schizophrenie und zur Depression zu erwähnen⁶⁵.

Die mittlerweile vorliegenden Studien können die Wirksamkeit von Musiktherapie in bestimmten Anwendungsfeldern nachweisen⁶⁶. Die Gruppe der psychiatrischen Patienten findet in fast allen Metastudien Erwähnung, die spezielle Patientengruppe

⁶³ Während Smeijsters (2004, S. 207) Kriterien für die evidenzbasierte Indikation in der Musiktherapie entwickelt und Edwards (2004, S. 221) die Chancen des Modells der evidenzbasierten Medizin für die Musiktherapie herausarbeitet, stehen Aldrige und Petersen (2004, S. 344 u. 2003, S. 374) der evidenzbasierten Forschung deutlich kritischer gegenüber.

⁶⁴ Einzige deutsche Metastudie (Argstatter et al. 2007, S. 50)

⁶⁵ Weitere evidenzbasierte Forschungen finden sich in der Publikation „Evidenzbasierte Musiktherapie“ (Hg.: Bolay, Dulger, Resch) 2006. Hierzu auch das Heidelberger Musiktherapiemanual: Migräne bei Kindern (Leins 2006) und Musiktherapie in der neurologischen Rehabilitation (Leins et al. 2007).

⁶⁶ Im Unterschied zu Grawe et al. (1994), die zu einem negativem Urteil über die Wirksamkeit von Musiktherapie kommen, da sie sich nur auf drei randomisierte kontrollierte Studien beziehen.

der BPS wird jedoch in keiner der erwähnten Studien untersucht oder auch nur am Rande erwähnt, so dass sich ein notwendiger Forschungsbedarf bei Musiktherapie mit Patienten zeigt, die an einer BPS leiden.

Im Rahmen der zunehmenden Forschungsaktivität die Musiktherapie betreffend entstand 1995 in den USA erstmals und in einer Neuauflage zehn Jahre später eine Publikation von Wheeler (2005), die ausschließlich der Forschung in der Musiktherapie (USA und Europa) gewidmet ist. Bei aller Vielschichtigkeit handelt es sich lediglich um eine Auswahl. Deutschsprachige Forschungsansätze sind leider noch sehr wenig vertreten. Dennoch stellt diese Publikation international einen wichtigen Schritt für die Etablierung des Faches Musiktherapie dar. In dem Standardwerk von Wheeler (2005) stehen fünf Ansätze zur quantitativen Forschung⁶⁷ zwölf Ansätzen aus der qualitativen Forschung⁶⁸ gegenüber. Auch wenn die qualitativen Ansätze deutlich in der Überzahl sind, werden die quantitativen Ansätze gleichberechtigt dargestellt. Qualitative und quantitative Forschungsaspekte sind nicht als einander widersprechende Gegensätze zu betrachten, sondern werden aufgrund ihrer unterschiedlichen Fragestellung in gleicher Weise als notwendig erachtet (Wheeler 2005, S. 15).

Im Hinblick auf die noch darzustellende Methode der Typenbildung, die von ihrem Ansatz her hermeneutisch-heuristisch vorgeht, werden im Folgenden wesentliche Aspekte der qualitativen Methodik aus der Sicht von Musiktherapeuten dargestellt.

Qualitative Forschung wird von dem amerikanischen Musiktherapeuten Bruscia (1995, S. 426 zit. nach Wheeler 2005, S. 63) definiert als: „...a process wherein one human being genuinely attempts to understand something about another human being about the conditions of being human using approaches which take full advantage of being human.“. Die Hauptmerkmale qualitativer Forschung, die Bruscia⁶⁹ beschreibt sind: der entdeckende und sich ständig neu entwickelnde Prozess, die persönliche

⁶⁷ Experimental research, Survey Research, Meta-Analysis, Quantitative Single Case Designs and Applied Behavior Analyses.

⁶⁸ Phenomenological Inquiry, Hermeneutic Inquiry, Naturalistic Inquiry, Grounded Theory, First-Person Research, Ethnography and Ethnographically Informed Research, Participatory Action Research, Narrative Inquiry, Morphological Research, Qualitative Case Study Research, Art-Based Research, Personal Construct Psychology and the Repertory Grid Technique.

⁶⁹ Bruscia (1995, 2005) gehört neben Kenny (1987, 2005), die als Erste im englischsprachigen Raum qualitative Studien in der Musiktherapie durchgeführt hat, mit zu den international führenden qualitativ forschenden Musiktherapeuten. Neben anderen Forschungsbemühungen (Aigen, 1996) soll die internationale Gruppe von qualitativ forschenden Musiktherapeuten von Langenberg (Publikation Langenberg et al. 1996) Erwähnung finden, da Langenberg als einzige deutsche Vertreterin einer internationalen Arbeitsgruppe angehörte.

Erfahrung und die Persönlichkeit des Forschers sowie die Interpersonalität hinsichtlich des Forschungsgegenstand, da die Menschen im Zentrum der Untersuchung stehen. (Bruscia 2005a, S. 129). Qualitative Forschung bemüht sich um die Nähe zum/zur Forschungsgegenstand/Forschungsperson und versucht die Daten so getreu wie möglich aus dem realen Umfeld („naturalistic inquiry“) zu entnehmen (Wheeler et al. 2005, S. 64). Für qualitative Forschung gilt, dass Einzelfälle im Zentrum stehen, die in ihrer Einzigartigkeit exemplarisch interpretiert werden. Wheeler beschreibt neben der Einzigartigkeit noch vier weitere Strategien zur Erkenntnisgewinnung qualitativer Forschung: Erstens: das induktive Vorgehen und die dafür notwendige Kreativität. Zweitens die Berücksichtigung einer holistischen Perspektive. Drittens die Betrachtung des Einzelfalls im Kontext des Umfelds und viertens der selbstkritisch-selbstreflektive Blick auf die Subjektivität des Forschungsprozess (Wheeler et al. 2005, S. 66).

In Deutschland haben Langenberg et al. (1995), Tüpker (1988, 2002), Aldrige (2004), Petersen (2002, 2004) und Metzner (2004) Kriterien für eine qualitative Forschung in der Musiktherapie untersucht und reflektiert.

Langenberg (psychodynamisch) und Tüpker (morphologisch) entwickeln, jede entsprechend ihrem theoretischen Hintergrund, ein Verfahren zur Beschreibung und Erfassung von Improvisationen mit besonderer Berücksichtigung des interaktiven Geschehens zwischen Patient, Therapeut und der Musik. Tüpker setzt sich mit Kriterien für eine Musiktherapieforschung auseinander, in der das künstlerischen Tun und das Kunstverständnis berücksichtigt werden. Sie formuliert zehn Thesen, mit denen sie sich für ein am Einzelfall orientiertes Vorgehen einsetzt. Besonders hebt sie hervor, dass die Forderung nach Nachvollziehbarkeit und kontrollierter Subjektivität erfüllt werden muss auf der Grundlage von Erfahrung und von Einübung⁷⁰. Im Vordergrund steht die Untersuchung von ganzheitlichen Wirkungszusammenhängen und Wechselprozessen (Tüpker 2002, S. 33 ff, S. 102).

Aldrige setzt sich für eine Musiktherapieforschung ein, die nahe an der Praxis bleibt, Einzigartigkeit betont und die ästhetische Aktivität des Musikers im Therapeuten nicht aus den Augen verliert (Aldrige 2004, S. 234). Er setzt sich dabei für die Forschungsform der Fallstudie aus der Erzählperspektive ein. Die Fallstudie stellt

⁷⁰ Es ist unmittelbar einleuchtend, dass die Stimmen einer Bachschen Fuge nicht ohne weiteres heraus gehört werden können, nur weil sie akustisch und physiologisch vernommen werden können (Tüpker 2002 S. 103).

Konventionen aus unterschiedlichen Perspektiven vor, die innerhalb ihres Kontextes plausibel begründete Schlussfolgerungen ermöglichen (Argumentationsansatz).

Petersen (2002, S. 15) setzt sich für den „Reichtum der künstlerischen Therapien“ ein und stellt die personale und einzigartige Beziehung zwischen Therapeut, der mit einem künstlerischen Medium arbeitet, und Patient als wesentliches Heilprinzip heraus. Die Vergewisserung des eigenen kunsttherapeutischen Handelns durch Selbstreflexion dient laut Petersen der Wahrheitssuche, daher erhalten die Erforschung der Künste und ihr Zusammenhang zu herkömmlichen Wissenschaften für ihn besondere Bedeutung (Petersen 2002, S. 16). Die therapeutische Beziehung und der therapeutische Prozess sind in der künstlerischen Therapie durch das ästhetische Medium (Musik, Kunst) zentral bestimmt. Insofern wird im Gegensatz zu verbal durchgeführten Therapien der sinnliche Wahrnehmungs- und Erfahrungsbereich erweitert. Die Erforschung künstlerischer Therapien sollte daher Methoden verwenden, welche die Besonderheit des künstlerischen Tuns erfassen können (Petersen 2004, S. 346).

Für alle eben dargestellten Forschungsansätze liegt das zentrale Augenmerk auf der Beziehung zwischen Patient und Therapeut, wobei die spezifische Eigenart des künstlerischen Mediums in seiner Bedeutung für den Forschungsprozess Berücksichtigung findet.

Metzner (2004) betrachtet nicht nur den Therapieprozess, sondern sie unterscheidet auch zwischen Professionellen und Wissenschaftlern, die ebenbürtig Experten für ihre jeweilige Tätigkeit sind. Professionelle achten auf Umsetzbarkeit, Plausibilität und die Verbindung von Theorie und Praxis, während Wissenschaftler auf Gütekriterien und Operationalisierungen achten müssen. Für Metzner kann der Nutzen von Musiktherapie nur im Dialog von Klienten, Therapeuten und Forschern ermittelt werden (Metzner 2004, S. 296). Die ästhetische, mimetische und semiotische Kompetenz sind für Metzner die drei Kernbereiche, die bestimmend für Improvisationen sind, so dass Nachbardisziplinen wie Wahrnehmungspsychologie und Rezeptionsästhetik eine hohe Relevanz für die Musiktherapieforschung haben (Metzner 2005). Die Unschärfe von Musikwirkung ist zentral für ihr Verständnis von Musiktherapie, so dass Bedeutungen nur subjektiv-individuell entstehen können. Die Schwierigkeit entsteht bei dem Versuch der Erforschung dieser Unbestimmtheit, denn das Geheimnis von Musiktherapie als künstlerischer Therapie liegt für Metzner

gerade darin, dass Musik bewusst am Rande gelassen wird. Die Musik kann in therapeutischen Prozessen nicht eindeutig definiert werden, sondern nur ihre persönliche Aneignung. D.h. nur die daraus mögliche Vervollständigung des Gesamtsinns von Musik in der jeweiligen therapeutischen Situation kann in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rücken (Metzner 2004, S. 298).

In der Forschung werden nicht nur die Methoden zur Interpretation des vorhandenen Materials, sondern auch die Art und Weise, in welcher das Material erstellt wird unterschieden. Eine häufig genutzte Methode besteht im Zusammentragen von Daten durch mündliche oder schriftliche Befragung von Patienten oder Therapeuten (Nygaard Pedersen 2007a, Odell-Miller 2007, Weymann 2004, Engelmann 2000). Obwohl die Interpretation des Materials subjektive Kriterien einschließt, stammt das Datenmaterial selbst nicht vom Forscher. Demgegenüber stehen Forschungsansätze, bei denen Fallmaterial untersucht wird, bei dessen „Entstehung“ der Forscher direkt als Therapeut beteiligt war.

Im Folgenden werden vier qualitative Ansätze aus der Übersicht von Wheeler (2005) vorgestellt. Dabei werden Ähnlichkeiten und Überschneidungen mit der in Kapitel 4 vorgestellten Forschungsmethode sichtbar. Bruscia (2005b, S. 379) stellt den „First-Person Research“ Ansatz vor, bei dem die Introspektion, die Selbstwahrnehmung, die Selbstbefragung und die Selbstreflektion des Forschers im Zentrum stehen, d.h. der Forscher geht von seinen eigenen Erfahrungen aus, analysiert und erforscht diese. Zusätzlich wird weiteres Material z.B. durch Interviewpartner zum selben Thema erstellt. Die Ergebnisse aus der Selbststudie werden mit den Ergebnissen der Interviews in Beziehung gesetzt. Ein Beispiel unter anderen ist der heuristische Ansatz nach Moustakas (1990). Moustakas hat einen sechsstufigen Leitfaden (Initial engagement, Immersion, Incubation, Illumination, Explication, Creative synthesis) erstellt, mit Hilfe dessen der Forscher in einen selbstreflexiven Wechsel zwischen Selbstvertiefung und Vergleich mit dem Datenmaterial übergeordnete Kategorien entwickeln kann. Zentraler Aspekt bei Moustakas sind die persönliche Beteiligung und die Erfahrung des Forschers. Musiktherapeuten wie Wheeler (1999) und Bruscia (1998) haben diesen Ansatz bei der Darstellung ihrer Arbeit angewandt und konnten brauchbare Ergebnisse vorlegen. Wheeler (1999) fand vier Oberkategorien (Intentionality, Emotionality, Communication, Mutuality) sowie Unterkategorien, mit deren Hilfe sie erklären konnte, warum sie ihre Arbeit mit

schwerstmehrfach behinderten Kindern als bereichernd, lustvoll und zufriedenstellend erlebte. Diese Arbeit wird oft als einziges Beispiel für heuristisches Arbeiten angeführt.

Aber auch Bruscia (1998) untersucht als GIM Musiktherapeut mit dieser Methode, wie Imaginationen des Therapeuten als Gegenübertragungsgefühle verstanden werden können. Bei dem First-Person-Research Ansatz nimmt der Forscher sich selbst als Forschungsgegenstand bzw. probiert die zu erforschende Methode an sich selbst aus. Im Unterschied dazu beforscht der Third-Person-Research Ansatz den externen Probanden oder eine Gruppe, zumindest ein Objekt, dessen Erfahrungen unabhängig von denen des Forschers sind.

Ein weiterer qualitativer Forschungsansatz ist die Einzelfallstudie, die von Smeijsters et al. (2005, S. 440) als „qualitative Fallstudien-Forschung“ (qualitative Case Study Research) vorgestellt wird. Er betont die Weiterentwicklung zur Fallstudie im Unterschied zum Fallbericht. Bei der Fallstudie werden allgemeingültige Standards zur Kontrolle verwendet (Smeijster et al. 2005, S. 446). Die aufgearbeitete Fallstudie hat in Deutschland eine lange Tradition. Unterschiede ergeben sich dabei entsprechend dem psychotherapeutischen Ansatz und dem jeweiligen Klientel (Tüpker 1988; Langenberg et al. 1995; Schumacher 1999; Sembdner et al. 2004).

Als ein wichtiger Forschungsansatz kann der hermeneutische Zugang angesehen werden. Der hermeneutische Ansatz wird im Standardwerk Wheelers (2005) von Kenny, Jahn-Langenberg und Loewy (Kenny et al. 2005, S. 335) dargestellt. Es handelt sich um die einzige Forschungsmethode bei der psychoanalytisches Denken explizit erwähnt wird und außerdem in den vorgestellten musiktherapeutischen Forschungsarbeiten Erwähnung findet. Die psychoanalytische Musiktherapie ist weit verbreitet und daher ist es nicht überraschend, wenn dieser Ansatz unter der Beteiligung der deutschen Musiktherapeutin M. Langenberg vorgestellt wird⁷¹.

Die Hermeneutik beschäftigt sich mit der Auslegung, dem Verstehen und der Interpretation von Texten. Der hermeneutische Zugangsweg hat eine Tradition, die

⁷¹ Ein anderer qualitativer Forschungsansatz, aus Deutschland, ist die morphologische Musiktherapie (Weyman, Tüpker 2005, S. 429). Unter quantitativer Einzelfallforschung wird die Emotionsveränderung durch Musiktherapie von Wosch et al. (2002) erwähnt (Smeijsters 2005, S. 303). Metzners Ansatz zur Analyse von Gruppenimprovisationen wird ebenfalls erwähnt (Bonde, 2005, S. 508).

bis ins Mittelalter zurück verfolgt werden kann. Das Instrument, mit dem die Methode neue Erkenntnisse gewinnt, ist die reflektierte Subjektivität. Der Schwerpunkt des Interesses liegt auf dem Verstehen und dem Wissen um die Wechselwirkung zwischen dem Text und dem zu interpretierenden Menschen. In einem, durch Subjektivität geprägten, ständig fortzuführenden Prozess vertiefen und verzweigen sich die Erkenntnisse, da die erstellte Interpretation erneut auf den Text bezogen wird und zu weiteren Reflexionen anregt (Kenny et al. 2005, S. 340). Der Komplexität des menschlichen Wesens entsprechend zeichnet sich diese Herangehensweise durch Vielfalt und Kreativität aus.

In der Musiktherapie gibt es eine lange hermeneutische Forschungstradition, die vor allem von Musiktherapeuten gewählt wurde, die psychoanalytisch arbeiten. Die Tiefenhermeneutik, die von Lorenzer entwickelt wurde, weist Psychoanalyse als sinnverstehende Strukturanalyse aus (Lorenzer 1988). Deutsche Musiktherapiearbeiten, die eigene Fallstudien mit einem tiefenhermeneutisch-psychoanalytischen Ansatz untersuchen, werden im internationalen Diskurs meines Wissens nicht beachtet. Zu erwähnen sind die Dissertationen von Dehm-Gauwerky (2006), Becker (2002)⁷² und Niedecken (1988)⁷³, die detailliert zeigen konnten, wie durch die Methode des szenischen Verstehens, angewandt auf die Improvisation, Beziehungsstrukturen deutlich werden können und hieraus tiefergehende Erkenntnisse über das jeweils untersuchte Klientel gewonnen werden können. Musiktherapeuten, die mit einem psychoanalytischen Ansatz arbeiten, sind international zahlreich vertreten⁷⁴. Im Unterschied dazu ist aber eine musiktherapeutische Forschung, die mit einem psychoanalytischen Hintergrund arbeitet, kaum vorhanden.

Als letzter qualitativer Ansatz sei die Repertory grid Technique (Abrams 2005; Aldridge 1999, S. 182) erwähnt. Dieser Ansatz basiert auf einem konstruktivistischen Theorieverständnis und es wird mit Hilfe von Computerprogrammen gearbeitet.

In einem ersten Schritt werden möglichst viele Themenkonstrukte gebildet, die für die zu untersuchende Frage relevant erscheinen. Diese werden für den nächsten Schritt in Kontrasten festgelegt. In einem zweiten Schritt werden die Kategorien mit

⁷² Beide Hochschule für Musik und Theater, Institut Musiktherapie Hamburg, Leitung: Prof. Dr. Decker-Voigt

⁷³ wird bei Kelly et al. auf Seite 346 bei Wheeler (2005) erwähnt.

⁷⁴ z.B. Eschen (2002), Hadley (2003), Rogers, P. (2003), Metzner, (1999) und Priestley (1983)

dem Untersuchungsgegenstand (Patienten oder Instrumente) ins Verhältnis gesetzt und nach Ähnlichkeit oder Fremdheit bewertet. Dieser Arbeitsschritt wird vom Computer übernommen. Die Ergebnisse werden in einem Koordinatensystem anschaulich präsentiert. Polaritäten werden dabei graphisch an entgegengesetzten Orten platziert, während Ähnlichkeiten durch nahe Platzierung verdeutlicht werden. Der Computer stellt bei größeren Datenmengen eine große Hilfe dar. Die Methode hilft Konstrukte, die für musiktherapeutische Arbeiten relevant sind, aufzuspüren und diese in graphischer Form anschaulich zu machen.

Nachdem vier ausgewählte einzelne Methoden dargestellt wurden, soll der aktuelle Trend in der Musiktherapie erwähnt werden, bei dem unterschiedliche Methoden sich nicht gegenseitig ausschließen, sondern miteinander kombiniert werden. Hillecke et al. (2004) haben sich in ihrem Beitrag für eine Methodenvielfalt innerhalb der musiktherapeutischen Forschung eingesetzt. Sie betonen den Gewinn für die Musiktherapie durch die Verwendung unterschiedlicher Methoden, die allerdings entsprechend der Fragestellung gewählt werden sollten. Dem gegenüber bezeichnen Bonde (2007) und auch Smeijsters et al. (2005, S. 450) den integrativen Ansatz, der von seinem Forschungsdesign als „mixed methods“ oder „multiple methods“ bezeichnet wird, als kennzeichnend für die aktuelle Musiktherapieforschung. Hierbei werden quantitative und qualitative Methoden miteinander verbunden. Diese Art der Synthese von quantitativer Forschung und ergänzender exemplarischer Einzelfallforschung beschreibt den Forschungsaufbau aktueller Studien. Ein Beispiel ist der mikroanalytische Ansatz von Wosch (2007, S. 227) oder auch das Praxisforschungsprojekt über Musiktherapie bei sexuell missbrauchten Kindern unter Leitung von Prof. Dr. Decker-Voigt (2005).

3.2 Literaturübersicht

Die Literaturübersicht zum Thema Musiktherapie und BPS wird in drei Abschnitte unterteilt. Da es sich bei der BPS um eine psychiatrische Diagnose handelt, wird im ersten Teil die musiktherapeutische Literatur für das Themenfeld Psychiatrie vorgestellt. Erst im zweiten Abschnitt folgt die musiktherapeutische Literatur, die sich speziell mit Persönlichkeitsstörungen und BPS beschäftigt. Abschließend

werden Verbindungen zu Forschungsprojekten, die sich auf den Problembereich von Traumatisierung und Trauma beziehen, dargestellt.

3.2.1 Musiktherapie: Literatur im psychiatrischen Umfeld

Oerter et al. haben vor acht Jahren die Versorgungslage und den Stand der Forschung der Musiktherapie im psychiatrischen Umfeld überblicksartig dargelegt. Musiktherapie gehört zwar bei zwei Dritteln der psychiatrischen Kliniken zum Standardangebot (Engelmann 1995), dennoch ist das Verhältnis „Musiktherapiestunden zur Anzahl der zu versorgenden Patienten“ sehr unterschiedlich und unterliegt der jeweiligen Klinikleitung (Oerter et al. 2001, S. 21). Trotz zunehmender Forschung in der Musiktherapie gibt es meines Wissens keine aktuellere Übersichtsarbeit.

In den letzten 10 Jahren sind mehrere Arbeiten zur Musiktherapie entstanden, die psychiatrische Patienten zum Mittelpunkt ihrer Forschung gemacht haben. Überwiegend waren dies Patienten mit schizophrenen und psychotischen Symptomen (Bauer, 1999; Buchert 2003; Gold et al. 2005; Talwar et al. 2006; de Backer 2007; Kunkel 2010).

Qualitativ orientierte Forschungsarbeiten untersuchten Musiktherapie mit psychiatrischen Patienten aus dem Blickwinkel der Patienten (Engelmann 2000), aus dem Blickwinkel der Therapeuten (Nygaard Pedersen 2007a) und mit dem Fokus auf triadische Strukturen (Metzner 1999). Quantitative Studien untersuchten die emotionale Befindlichkeit vor und nach Musiktherapie bei depressiven und persönlichkeitsgestörten Patienten, die stationär behandelt wurden (Rau et al. 2006) und die Veränderung von Selbstkonzepten bei unterschiedlichen Kombinationen von Musiktherapieangeboten für psychiatrische Tagesklinikpatienten (Knothe et al. 2008). Obwohl Patienten mit der Diagnose einer PS in den Arbeiten von Engelmann (2000, S. 198), Nygaard Pedersen (2007a, S. 141), Rau et al. (2006, S. 353) und Knothe et al. (2008, S. 139) Erwähnung finden und Metzner (1999) ein Fallbeispiel einer Patientin mit sexuellen Missbrauchserfahrungen publiziert hat, steht die musiktherapeutische Forschung speziell bei Persönlichkeitsstörungen nicht im Zentrum der eben dargestellten Untersuchungen.

Die Arbeit von Nygaard Pedersen (2007a) soll ausführlicher dargestellt werden, da die Analysen ihrer Gegenübertragung auffallende Ähnlichkeiten mit den Befunden bei meinem Fallmaterial aufweisen. Nygaard Pedersen (2007a, S. 141) beschreibt vier Stufen der Gegenübertragung, die Einfluss auf mögliche Interventionen haben. In der ersten Stufe weist der Patient den Therapeuten zurück und hält die Musiktherapie/die Improvisation für sinnlos. Das Spielen von Musik (wiederkehrende rhythmische Muster oder kurze Melodien mit Begleitung) hilft dem Therapeuten, sich aus dem Raum der Sinnlosigkeit heraus zu bewegen. Der Therapeut bemüht sich um eine Haltung, mit der es möglich bleibt mit dem Patienten zusammen im Raum zu bleiben.

In der zweiten Stufe beginnt sich eine therapeutische Allianz zu entwickeln. Themen von Sinnlosigkeit werden zugelassen und von dem Therapeuten musikalisch interpretiert, mit dem Wissen für den Patienten, dass es sich um die Interpretation des Therapeuten handelt. In der dritten Stufe reagiert der Therapeut auf die Zurückweisung des Patienten, vorausgesetzt die therapeutische Allianz ist stabil. Die Spielregel könnte lauten, wir dürfen uns gegenseitig musikalisch zurückweisen. Die Zurückweisung kann durch die Musik leichter sein als die Direktheit des gesprochenen Wortes. In der vierten Stufe kann die Gegenübertragung bearbeitet werden, d.h. der Therapeut kann Emotionen wie ihre Hilf-, Hoffnungs- und Wertlosigkeit thematisieren. Der Therapeut bietet die Exploration dieser schwer aushaltbaren Gefühle an. Er steht dabei in einem Spannungsfeld, bei dem er einerseits die starken Emotionen mit dem Patienten teilt und andererseits sich als zuverlässiges und unterstützendes Gegenüber anbietet. Auf welcher Ebene der Patient es zulässt sich ansprechen zu lassen, hängt vom Grad des Vertrauens und vom Entwicklungsstand des Patienten ab. Die entsprechende Einschätzung ist möglich durch die Wahrnehmung und Interpretation der Gegenübertragung des Therapeuten. Die Gegenübertragung ist laut Nygaard Pedersen das Navigationsinstrument für potentielle therapeutische Interventionen (Nygaard Pedersen 2007a, S. 144).

Nygaard Pedersen zeigt, wie kompliziert die Annäherung ist, und in welchen kleinen Schritten die Annäherung zwischen Therapeut und Patient vor sich geht aufgrund des großen Ausmaßes an aversiven Emotionen auf Seiten des Patienten und der dazu komplementären Gegenübertragung des Therapeuten. Dies ist besonders typisch für die Anfangsphase der Therapie mit psychiatrischen Patienten.

Abschließend soll stellvertretend für die Literatur in der Psychiatrie die Übersichtsarbeit von Stoffler/Weis (1996) erwähnt werden. Die Autoren finden bei ihrer Auswertung von 25 deutsch- und englisch- sprachigen musiktherapeutischen Forschungsarbeiten aus dem Jahre 1980-1992 eine Verteilung von 18 Fallstudien und von nur 7 Therapieeffektstudien. Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und mit affektiven Störungen machen weit mehr als die Hälfte der beforschten Untersuchungsklientel aus, andere Störungsbilder werden nicht genannt.

Fallberichte über die Arbeit mit schizophrenen Patienten, die mit theoretischen Überlegungen verknüpft werden, lassen sich z.B. in dem Übersichtswerk zur Musiktherapie mit psychiatrischen Patienten von Wigram/De Backer (1999) und in Aufsätzen von Metzner (2001, 1999) finden. Auch die „Musiktherapeutische Umschau“ (Heckel 1998, Mayer 2002, Schotsmans 2003) und die Zeitschrift „Einblicke“ (Seitz, 2002) stellen Behandlungen von psychiatrischen Patienten vor, wobei den Schwerpunkt schizophrene Krankheitsbilder bilden.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass qualitative und quantitative Forschungen zur Musiktherapie mit psychiatrischen Patienten zwar vorhanden sind, die Aufmerksamkeit sich jedoch vor allem auf Patienten aus dem schizophrenen und affektiven Formenkreis richtet. Patienten mit einer BPS sind erst in den letzten acht Jahren immer mehr in den Fokus des Interesses gerückt. Forschungsergebnisse stehen noch aus.

3.2.2 Musiktherapie: Literatur und Borderline-Persönlichkeitsstörung

Dieser Abschnitt stellt zunächst zwei Arbeiten (Frohne-Hagemann 2006; Odell-Miller 2007) vor, die sich auf alle Arten von Persönlichkeitsstörungen beziehen. Anschließend werden Arbeiten vorgestellt, die sich ausschließlich mit der BPS auseinandersetzen.

An Publikationen zum Thema Musiktherapie und Persönlichkeitsstörungen lassen sich einige wenige Beispielen aufzählen. Frohne-Hagemann (1997) gehört zu den ersten deutschsprachigen Musiktherapeuten, die sich schon 1997 mit dem Thema von frühen Persönlichkeitsstörungen und Musiktherapie auseinandersetzte. Fast zehn

Jahre später, 2006, beschreibt sie die Möglichkeit von Musiktherapie, gerade Patienten mit Persönlichkeitsstörungen durch Musik - verstanden als Sprache vor der Sprache - erreichen zu können. Sie stellt das Anknüpfen an die frühe Beziehungsebene der Kommunikation, die Wiederbelebung von solchen frühen Beziehungserfahrungen und die emotionale Differenzierung, die durch Improvisationen erreicht werden kann, in den Vordergrund. Außerdem werden die von ihr an anderer Stelle beschriebenen zehn Funktionen von Musik (Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk 2005, S. 95 ff.) auch für persönlichkeitsgestörte Patienten als hilfreich betrachtet.

Odell-Miller (2007) befasst sich in ihrer Promotion mit dem Verhältnis von spezifischen Diagnosen und musiktherapeutischen Techniken und Methoden. Sie stellt fest, dass sie in ihrer Musiktherapeuten-Umfrage reichhaltiges Material zu der Diagnosegruppe „Persönlichkeitsgestörte“ bekam, es aber im Gegensatz hierzu nur sehr wenige Publikationen von Musiktherapeuten zu diesem speziellen Feld gibt. Im Unterschied dazu gibt es eine ganze Reihe von Publikationen über Musiktherapie mit Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis.

In ihrer Zusammenfassung bezieht sie daher ihre eigenen Erfahrungen und theoretischen Überlegungen mit ein. Odell-Miller (2007, S. 370) kommt zu dem Ergebnis, dass die Methode der psychoanalytischen Musiktherapie (psychanalytical informed) und die freie Improvisation bei dieser Klientel häufig angewandt wird und sich anbietet. Die aktive Musiktherapie hat sich bewährt im Gegensatz zu rezeptiven Verfahren oder der kreativen Musiktherapie, etwa den Techniken des Songschreibens. Die Erweiterung des Reflexionsvermögens (Mentalisierung), die Verbindung von Denken und Fühlen und damit die Fähigkeit, Bedeutungen herzustellen und zu verstehen, sind für Patienten mit PS zentrale Therapieziele, für die sich Musiktherapie eignet (Odell-Miller 2007, S. 350, 369). Erwähnt wird die Schwierigkeit, dass Patienten mit PS das Musik-Spielen häufig in der ersten Phase ablehnen, wobei ein Beharren auf Musik seitens des Therapeuten kontraindiziert ist. Vielmehr stellte sich heraus, dass die Sprache einen wichtigen Stellenwert, gerade bei diesen Patienten, auch in der Musiktherapie besitzt (Odell-Miller 2007, S. 372). Die besondere Notwendigkeit, Sprache neben der Musik in die Therapie mit einzubeziehen, wird nur bei dieser Diagnosegruppe explizit erwähnt. Odell-Miller kommt in ihrer breit angelegten Untersuchung zu dem Ergebnis, dass die Diagnosegruppe der PS in ihren Interviews am meisten beachtet wurde, was nicht

überraschend ist, da 25-50% aller musiktherapeutisch behandelbarer Patienten im psychiatrischen Umfeld zu der Diagnosegruppe der PS gehören (Odell-Miller 2007 S. 369). Gerade für diese Diagnosegruppe besteht ein besonderer Bedarf an Forschung.

Artikel, die sich auf Patienten mit PS beziehen sind in der Musiktherapie bisher spärlich vorhanden. Maack (2004) fokussiert auf die Notwendigkeit von Ressourcenorientierung und Affektregulierung bei Persönlichkeitsgestörten⁷⁵. Sie zeigt die Möglichkeiten von Musiktherapie speziell mit Hilfe der GIM Methode auf. Röhrborn (2004) beschreibt die Methode der „Regulativen Musiktherapie“ auch als geeignet für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Er bezieht sich auf BPS und stellt den haltgebenden und strukturierenden Rahmen, den Beziehungsaufbau und die Förderung der Wahrnehmungsfähigkeit als zentrale Funktionen heraus.

Nygaard Pedersen (2002, 2003, 2007b) bringt in ihren Artikeln immer wieder Beispiele aus ihrer psychiatrischen Erfahrung. Patienten mit der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ mit vermeidender, zwanghafter oder sonstiger spezifischer Symptomatik werden von ihr im ambulanten Setting behandelt. Ihre Analysen geben einen vielfältigen Einblick in das Übertragungsgeschehen und zeigen auf, wie sorgfältige Analyse, Geduld und Verstehen von extrem negativen Gegenübertragungsphänomenen letztendlich zu einem inneren Wachsen und zur Anerkennung eigener Wünsche und Bedürfnisse des psychiatrisch Erkrankten führen.

Nachdem zuvor die Gruppe der Arbeiten zur Musiktherapie mit Persönlichkeitsgestörten im Ganzen betrachtet wurde, werden nun Arbeiten vorgestellt, die sich speziell mit der BPS beschäftigen. Es handelt sich um drei Forschungsarbeiten von Schiltz (2002), Tönnies (2002) und Schmidt (1999, 2002), die zuerst dargestellt werden. Anschließend werden weitere Artikel vorgestellt, die sich auf die BPS beziehen.

⁷⁵ 2003 war im Rahmen des freien Musikzentrums München eine Tagung speziell zum Thema Persönlichkeitsstörungen geplant, die aber leider nicht stattgefunden hat. In der dennoch erfolgten Publikation gibt es neben anderen kunsttherapeutischen Beiträgen auch zwei Beiträge von Musiktherapeutinnen (Mack, Schäfermeyer-Kinoshita 2004).

Schiltz (2002) berichtet über ihre Studie zur Wirksamkeit der Musiktherapie bei jugendlichen Borderline - Patienten in Frankreich im Rahmen ihres schulpsychologischen Dienstes. Sie hat fünfzig Jugendliche, die Musiktherapie (Einzel und Gruppe) im Zeitraum von sechs Monaten und zwei Jahren erhielten, mit einer Kontrollgruppe verglichen und in quantitativer sowie qualitativer Weise ausgewertet. Für die Musiktherapiegruppe erbrachte die quantitative Auswertung eine signifikante Verbesserung der imaginären und symbolischen Verarbeitung der aggressiven Impulse (Schiltz 2002, S. 395). Hemmungen im Bereich des Denkens konnten reduziert werden, Gefühle konnten offener angesprochen werden und insgesamt nahm die Tendenz zum Agieren ab. Die qualitativen Ergebnisse wurden erstens in Fallbeispielen dargestellt und zweitens phänomenologisch in einem eigens von Schiltz entwickelten Verfahren (Schiltz 2002, S. 400) ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass Musikhören allein nicht weiter hilft. Jugendliche hören in ihrer Freizeit über alle Maßen Musik. Auch wenn sie dies als entlastend erleben, bedarf es doch der therapeutischen Beziehung, damit Destruktivität in kreatives Spiel umgewandelt werden kann. Die Musiktherapie führte zur Abnahme des selbstzerstörerischen Verhaltens und half bei der Wiederherstellung der narzisstischen Selbstbesetzung bei den Jugendlichen. Das rhythmische Spiel wurde bevorzugt, um innere Kontrolle über chaotische Gefühle zu erlangen und für den Abbau von körperlichen und emotionalen Spannungen. Die Arbeit von Schiltz (2002) zeichnet sich aus durch die langen Verläufe und die Menge des quantitativen und qualitativen Materials. Schiltz (2002) sieht vor allem Musiktherapie als geeignetes Verfahren an, um eine Verwandlung destruktiven Verhaltens von Jugendlichen mit BPS zu ermöglichen.

Tönnies (2002) untersucht in ihrer Diplomarbeit Erstimprovisationen von zehn Borderline-Patienten. Sie vergleicht die Improvisationen erstens hinsichtlich der „Formenbildung“ (z.B. Struktur, Tempo, Gefühlsbeteiligung, Beziehungsgestalt) und zweitens nach der „Wirkungsgestalt“ (z.B. Erzählperspektive, Beziehungen, Atmosphäre, Affekte) mit Hilfe von Beschreibungstexten zu den Improvisationen nach der morphologischen Methode. Ihre Ergebnisse können hier nur sehr verkürzt wiedergegeben werden.

Tönnies (2002, S. 113) beschreibt die seelische Gestaltbildung von Borderline-Patienten dem morphologischen Prinzip folgend mit Gegensätzen. Die eine Form

beschreibt das Festhalten an einer einmal gefunden Struktur. Dies führt zu Sicherheit. Die Patienten verharren im Gleichbleibend-Vertrauten, das gleichzeitig als ausweglos empfunden wird. Der Wunsch zur Verwandlung wird hörbar, es wird aber nichts zu einer Realisierung unternommen. Entwicklung wird als gefährlich und verunsichernd erlebt und vermieden. Gleichzeitig besteht große Sehnsucht nach einer „heilen Welt“, in der nur Harmonie und Geborgenheit besteht. Die große Angst, sich in der gewünschten Nähe zu verlieren, führt zu dem Bedürfnis sich zu distanzieren. Da dieses Bedürfnis im Gegensatz zum Wunsch nach Festhalten steht, entsteht im Patienten ein unberechenbares Durcheinander, das durch Unverbundenes und sich permanent verwandelnde Bruchstücke gekennzeichnet ist. Es entsteht beim Zuhörer das Gefühl, nichts zu verstehen und vollständig orientierungslos zu sein. Die Gleichzeitigkeit beider Tendenzen - das Festhalten wie die permanente Bewegung und Umbildung - führt zu eingeschränkten Kontaktmöglichkeiten. Verallgemeinernd folgert Tönnies (2002, S. 120), dass durch die permanente Umbildung keine Aneignung stattfinden kann und Entwicklung verhindert wird.

Tönnies (2002, S. 111) interpretiert aus den „Beschreibungstexten“, dass es den Zuhörern (Beschreibern) schwer fällt, sich mit der Musik zu identifizieren. Themen von Einsamkeit, Instabilität, Bedrohung, Abstoßung und Realitätsverlust führten beim Zuhörer dazu, sich zu distanzieren bzw. bewusst abzugrenzen und es als grausam, unzumutbar und schmerzhaft zu erleben, sich in die Welt des Patienten hineinzusetzen.

Für Tönnies ist die Schaffung von positiven Introjekten und die Integration gegensätzlicher, voneinander abgespaltener Tendenzen wesentliches Ziel von Musiktherapie. In der musikalischen Beziehung würde sich die Neigung des Patienten zeigen, negative Selbstanteile dem Therapeuten zuzuschieben (Projektive Identifikation). Die Autorin spricht auch von der Container-Funktion des Therapeuten, die in den Folgesitzungen Wandlung ermöglichen (Tönnies 2002, 119).

Schmidt (1999; 2002) kommt bei seiner Vergleichsstudie einer zweimonatigen stationären gruppenmusiktherapeutischen Behandlung einer Borderline-Gruppe und einer Nicht-Borderline-Gruppe ebenfalls zu dem Ergebnis, dass Borderline-Patienten von musiktherapeutischer Behandlung profitieren. Schmidt (2002, S. 68) weist auf die wenige Literatur über Musiktherapie mit Borderline-Patienten hin. In den 36 bis 2009 erschienen Heften der Zeitschrift PTT ist der Artikel von Schmidt (2002) der

einzigste, der die Behandlung dieser Patientengruppe durch Musiktherapie zum Thema macht und damit für die Musiktherapie eintritt. Ein Ergebnis seiner Studie ist, dass Musiktherapie-Patienten in einem Selbstbefragungsbogen die Existenz von affektiven Erfahrungen verneinen. Schmitt meint, dass die Affekte zum Teil gerade durch die Musik abgewehrt werden. Er sieht die entlastende Funktion von Musiktherapie darin, dass Affekte durch Verschiebung auf die Musik unbewusst gemacht werden können, im Unterschied zur verbalen Therapie, in welcher das Affekterleben durch Verbalisierung bewusst gemacht wird. Die Schaffung eines optimalen Widerstandsniveaus hält Schmidt für ein zentrales Charakteristikum (Schmidt 2002, S. 73) der Behandlung von Borderline-Patienten. Schmidt steht damit im Gegensatz zu vielen Musiktherapeuten (u.a. Knill 1987 oder Frohne-Hagemann 2006, Kupski 2007), die gerade in der Affektnähe von Musiktherapie die Vorteile des Verfahrens sehen.

Bei der Durchsicht der Musiktherapeutischen Umschau von 1995 bis 2009 und der Zeitschrift „Einblicke“ (Jahresbuch Musiktherapie seit 2005) wurden nur drei Artikel gefunden, die sich ganz explizit auf das Thema der Borderline-Erkrankung beziehen. Neben dem erwähnten Artikel von Schmidt (1999) beschäftigen sich noch Kupski (2007) und Strehlow (2009a) mit der BPS.

Kupski (2007) berichtet im Rahmen eines stationären DBT-Programms für BPS über Möglichkeiten der Musiktherapie. Der veränderte Umgang mit Gefühlen steht im Zentrum des Therapieprogramms. Musik (z.B. lautes Getrommel) biete sich für Spannungsabbau an und könne als Ablenkung hilfreich sein. Musik könne durch spezielle Texte und Songs Hoffnung und Mut geben und damit die vorhandenen Angst und Schamgefühle von Patienten zu reduzieren helfen. Einerseits werde Musik von BPS viel gehört, sei andererseits aber in der Musiktherapie Auslöser von extrem bedrohlichen und überflutenden Gefühlen. Die Einbettung von Musiktherapie in einen sicheren Rahmen, die Fähigkeit, dem Patienten ausreichend Kontrolle zu ermöglichen und Überschaubarkeit sind wesentliche Prinzipien in der Arbeit mit BPS.

Strehlow (2009a) stellt in ihrem Aufsatz Bezüge her zwischen dem Mentalisierungskonzept von Fonagy et al. (2004) und der musiktherapeutischen Arbeit mit BPS. Der Nutzen von Musiktherapie wird verdeutlicht durch

Fallbeispiele, an Hand derer auf die Konzepte der markierten Spiegelung, des Als-Ob Modus und des Äquivalenzmodus hingewiesen wird.

Vier weitere Artikel von Hannibal (2003), Schäfermeyer-Kinoshita (2004), Strehlow/Piegler (2007) und Strehlow (2007) stellen musiktherapeutische Fallbeispiele von Patienten mit einer BPS vor. Hannibal untersucht die Übertragungsbeziehung, Schäfermeyer-Kinoshita stellt den Rhythmus und damit das Thema Stabilität ins Zentrum ihrer Betrachtung einer ambulanten Patientin, und Strehlow untersucht die Rolle der Musik in Verbindungen zur Traumagenese einer Patientin, die einen Geschwisterinzeß erleiden musste. Der Aufsatz Strehlow/Piegler ist der einzige, der sich auf Gruppenmusiktherapie bezieht. Im Beispiel von Hannibal und Strehlow wird das selbstverletzende Verhalten als Symptom angesprochen, das bei Hannibal jedoch nicht weiter ausgeführt wird. Die Beispiele von Strehlow/Piegler und Strehlow beziehen sich auf den stationären psychiatrischen Bereich. Die Fallbeispiele zeigen unabhängig voneinander, dass eine ausgeprägte emotionale Instabilität im Therapieverlauf immer besser reguliert werden kann und es den Patienten gelingt, größere innere Sicherheit und Stärke zu gewinnen.

Klampfl (2006) berichtet in ihrem Übersichtsartikel überwiegend Allgemeines über Patienten mit strukturellen Störungen, bevor sie sich auf die Musiktherapie bezieht. Sie stellt heraus, dass Musiktherapie besonders für die Themenbereiche „Spannungsregulation“ (z.B. kräftiges Improvisieren) und „Selbstfürsorge“ (z.B. gezieltes Musikhören) geeignet ist. Sie meint, dass Gruppenmusiktherapie diese Klientel überfordern kann, so dass strukturierende Elemente nötig sein können. Das Zentrale in der Musiktherapie ist für sie die Möglichkeit, Emotionen auszudrücken und zwar gerade die, die sonst nur schwer zugänglich sind (S. 11).

Die Literaturrecherche im Internet unter Pubmed und Psychindex zu den Begriffen „Musiktherapie“ und „Borderline“ und „Musiktherapie und Persönlichkeitsstörung“ hat keine Suchergebnisse ergeben.

Es lässt sich feststellen, dass die Forschung als auch die Literatur zu dem Thema Musiktherapie speziell für PS oder BPS nach wie vor sehr spärlich ist und die vorhandenen Arbeiten jüngerer Datums sind, wie z.B. Klampfl (2006), Odell-Miller (2007), Kupski (2007) und Strehlow (2007, 2009a). Daher kann vermutet werden, dass die Erforschung der Wirkung von Musiktherapie speziell bei dieser Klientel an

Relevanz gewinnt. Neben meiner eigenen Forschung möchte ich auf eine weitere noch unpublizierte Musiktherapieforschung die sich mit Emotionsregulierung bei BPs beschäftigen wird, hinweisen (Heike Signerski).

3.2.3 Musiktherapie: Literatur und Trauma

Wie bereits unter 2.7.2. dargestellt, ist das Wissen um psychotraumatologische Aspekte zentral in der Behandlung von BPS. Insofern ist es auffällig und bedenkenswert, wenn in Standardwerken zur Behandlung von BPS und Trauma Musiktherapie nicht einmal erwähnt wird. Reddemann (2004) und Huber (2003, 2004) verzichten auf fachtherapeutische Ansätze. Wöller (2006, S. 483) erwähnt die Körper- und Bewegungsinterventionen und Sachsse (2004) stellt bei der Behandlung von Traumatisierten die Katathym-imaginative Psychotherapie (S. 138), die Gestalttherapie (S. 140) und die Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT, S. 167) als wesentliche Bausteine einer stationären Therapie dar.

Auch wenn die Musiktherapie im nationalen und internationalen Traumatherapiediskurs kaum wahrgenommen wird, haben doch die Publikationen von Musiktherapeuten zur Traumaforschung in den letzten Jahren deutlich zugenommen und auch die Ausrichtung von Tagungen (Bellikon/Schweiz 2006, Münchner Musikzentrum 2007, Heidelberg 2008) zeigt die intensive Beschäftigung der Musiktherapie mit dem Thema Traumatisierung.

Sutton hat 2002 erstmals die Relevanz von Musiktherapie für die Behandlung von traumatisierten Menschen in unterschiedlichen Ländern zusammengefasst und Weiß (2008) gibt einen Überblick für Deutschland. Zwei Themenbereiche werden vorwiegend untersucht. Zum einen handelt es sich um Betrachtungen von Kriegstraumatisierung (Amir 2006, 2007; Frank-Schwebel et al. 2002,) und traumatisierten Flüchtlingen (Orth 2005; Körlin 2004; Tyler 2002; Dixon 2002) und zum anderen um den Bereich der sexuellen Traumatisierung. Wie bereits dargestellt, ist das gleichzeitige Auftreten von sexueller Traumatisierung und BPS hoch, daher wird diese Literatur auch in dieser Arbeit angeführt.

Die Wirksamkeit von Musiktherapie bei sexuellem Missbrauch ist besonders häufig untersucht worden (Strehlow 2009b; Rogers 2003; Robarts 2003 und für den

deutschen Bereich: Strehlow 2009c; Mitzlaff und Strehlow 2005, S. 201; Putzke 2002; Lortz-Zitzmann 1999; Tüpker 1989). Amir (2004), York (2006) und Curtis (2006, 2007) untersuchten erwachsene Frauen, die Opfer von sexueller Gewalt geworden sind. Amir bringt ein Fallbeispiel aus ihrer ambulanten Praxis. Sie beschreibt die Verarbeitung eines sexuellen Missbrauchs mit Hilfe von Musik. York und auch Curtis beziehen sich auf ihre Promotionsuntersuchungen - bei denen sie unabhängig voneinander - Frauen, denen Gewalt angetan wurde, untersucht haben. Ihr Vorgehen folgt einem kreativ-musiktherapeutischen Ansatz. Das gemeinsame Singen und Schreiben von Liedern steht im Vordergrund. Die Frauen erfahren Solidarität durch andere Betroffene und das Singen ihrer eigenen Geschichte führte zu größerer Selbstsicherheit und Stärke.

Bei der Durchsicht der Literatur über Traumatisierung bei Erwachsenen zeigt sich, dass die Forschung insgesamt deutlich zugenommen hat. Es liegen eine Promotion (Curtis 2000) und zwei Forschungsprojekte (York 2006, Mitzlaff/Strehlow 2005) zum Thema sexueller Gewalt vor. York und Curtis untersuchen Frauen, die ausreichend stabil waren, so dass sie ambulant behandelt werden konnten. Wegen der ganz anders gearteten Gruppe der Patienten und der musiktherapeutischen Arbeitsweise ist der Vergleich zwischen diesem und meinem Ansatz schwer möglich. Für meine Fragestellung erscheint die von mir zitierte psychoanalytisch orientierte Literatur über Trauma gut verwendbar.

Das Täter-Opfer-Interaktionsmuster und die Arbeit an der Herstellung eines sicheren Rahmens wegen des verlorengegangenen Vertrauens sind Aspekte, die auch bei der Arbeit mit BPS immense Bedeutung besitzen. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass besonders zu Beginn einer BPS-Therapie für die Herstellung eines sicheren Rahmens Musik eine herausragende Bedeutung erfüllen kann.

Das traumatische Material inszeniert sich in der Musik und kann durch eine Verbindung von musikalischen Interventionen und verbalen Interventionen bearbeitet werden. Der Therapeut sorgt aktiv für die sorgfältige Dosierung von Musik und den Wechsel von stabilisierenden und konfrontativen Elementen, so dass ein Wiederaufbau von Vertrauen ermöglicht werden kann.

Zusammenfassung

Eine Patientengruppe, die akut psychiatrisch versorgt werden muss, aufgrund ihrer großen Instabilität, ihrer Neigung zu teilweise lebensbedrohlicher Selbstverletzung und damit einhergehender Suizidalität, hat bisher nicht im Mittelpunkt des musiktherapeutischen Forschungsinteresses gestanden. Es handelt sich um eine Patientengruppe, die auch außerhalb von Musiktherapie wenig beforscht wird, wie ich bereits im Kapitel 2.9. dargelegt habe. Von meiner eigenen Forschung erhoffe ich mir, dass sie die Aufmerksamkeit gerade auf diese Patientengruppe lenkt, die sonst Gefahr läuft, nicht beachtet zu werden.

Nicht nur die Patienten, sondern auch der von mir untersuchte Fokus, nämlich ihre Interaktionsmuster und die Frage nach der Verwendung von Musik speziell bei dieser Gruppe fanden in der bisherigen Forschung keine Aufmerksamkeit. Die genaue Analyse der durch das Angebot von Musik entstehenden besonderen Dynamik in der Beziehung von Patient und Therapeut ist das, was ich im Folgenden darstellen werde.

3.3 Psychotherapeutischer Hintergrund der musiktherapeutischen Position

Der folgende Abschnitt stellt jene Aspekte dar, die für mein musiktherapeutisches Arbeiten mit psychiatrischen Patienten von Bedeutung sind.

Mein musiktherapeutisches Verständnis hat sich während der letzten 20 Jahre entwickelt und ist von unterschiedlichen Denkströmungen geprägt worden. In den vergangenen 2 Jahrzehnten hat die Musiktherapie - ich meine alle ihre Spezialisierungen - ihr Nischendasein verlassen. Die Decker-Voigtschen Werke, wie „Schulen der Musiktherapie“ (Decker-Voigt 2001), „Lexikon Musiktherapie“ (Decker-Voigt, et al. 1996, 2009) und „Lehrbuch Musiktherapie“ (Decker-Voigt et al. 2008) geben einen Überblick und haben entscheidend zur Etablierung der Musiktherapie und zur Akzeptanz von Musiktherapie als psychotherapeutischem Verfahren in Deutschland und im Ausland beigetragen. Die zunehmende

Professionalisierung der Musiktherapie führte zu einer innerhalb der Musiktherapie zur genaueren Positionsbestimmung der unterschiedlichen Schulen, zum anderen aber auch zu einer Einigung über schulübergreifende Prinzipien. Decker-Voigt et al. (2008, S. 100) definieren Musiktherapie als „die gezielte Verwendung des Mediums Musik zu therapeutischen Zwecken. Sie ist immer eingebunden in eine bewusst gestaltete Beziehung unter Verwendung von nicht-sprachlicher und sprachlicher Kommunikation sowie diversen psychologischen Mitteln und Techniken“. Die drei angesprochenen Bereiche von Musik, Beziehung, Sprache und deren Verbindungen untereinander werden, meinem musiktherapeutischen Verständnis folgend, im Weiteren mit psychoanalytischen Konzepten in Zusammenhang gebracht. Zunächst einige Ausführungen über das Musikverständnis, das meiner Arbeit mit akut psychiatrischen Patienten in der Klinik zugrunde liegt:

Musik

Musik wird in der Musiktherapie nicht als Mittel zur Psychohygiene oder als Kulturbildende Maßnahme verstanden, obwohl häufig von Patienten genau so gewünscht, sondern Musik wird zum Zweck des Erkennens (Diagnose), des Bewirkens (Intervention) und des Verstehens (Integration) eingesetzt (Hegi-Portmann et al. 2006, S. 20).

Das musikalische Spiel ist gekennzeichnet durch das Erleben von Zeit, durch Verwandlungen, durch ästhetische Aspekte, durch den kulturellen Kontext und durch das persönlich-affektive Berührtsein. Trotz Gemeinsamkeiten unterscheidet sich das Musikverständnis in der Musiktherapie deutlich vom dem Musikverständnis, das in künstlerischen Fächern an Musikhochschulen oder in Instituten der Musikwissenschaften gelehrt wird (Tüpker 2001, S. 44). Während der herkömmliche Musikbegriff sich auf das musikalische Werk bezieht, wird in der psychoanalytisch orientierten Musiktherapie ein weit gefasster Musikbegriff verwendet. Die Wahrnehmung von Musik als gesellschaftlichem Kulturprodukt wird nicht nur auf ihre formale und harmonische Ordnung reduziert, sondern die musikalischen Ausdrucks- und Gestaltungsmittel werden als Analogien zu affektiven Ausdrucksgesten und Handlungs- sowie Interaktionsimpulsen verstanden, wobei diese Interpretationen für therapeutische Zwecke genutzt werden. Somit wird Musik verstanden als subjektiver Bedeutungsträger verinnerlichter Erfahrungen. Das erlaubt

die Annahme, dass musiktherapeutisches Handeln Auskunft über Beziehungsgestaltung und Empfindungen des Selbst- und Weiterleben des jeweiligen Patienten geben kann (Oberegelsbacher 2008, S. 20).

Die Musiktherapie mit dem zentralen Element der freien Improvisation hat ihre Wurzeln in der 1968-er-Bewegung. Diese Bewegung stellte einen Ausbruchversuch, aus dem verfestigtem Umgang mit den Erfahrungen der Nazi-Diktatur und dem 2. Weltkrieg dar. Sie kann als kollektiver Abwehrversuch verstanden werden. Solche Abwehrvorgänge waren nicht nur in der Politik, sondern in allen Lebensbereichen zu beobachten. Die Improvisationen des Jazz und die Musik der Avantgarde führten zu neuen Hörbedürfnissen, wobei nun nicht mehr ausschließlich wohlklingende Harmonie und ausgewogene Proportionen verlangt wurden. Die Erweiterung zeichnete sich aus durch freies, Grenzen überschreitendes und zufälliges Spiel. Die Experimentierfreude und der Drang nach Selbstverwirklichung und Selbsterfahrung führten in das weite Feld der freien Improvisation, sowohl Kunst und auch Therapie betreffend (Hegi-Portmann et al. 2006, S. 22). Die Improvisation als „methodischer Königsweg“ (Hegi-Portmann et al. 2006, S. 21) hat sich bis heute in der Musiktherapie durchgesetzt und wird von mir nach wie vor im Umgang mit meinen psychiatrischen Patienten überwiegend verwendet. Für Weymann (2004, S. 38) entwickelt sich die Improvisation „im Spannungsfeld von subjektiven Ausdruckswünschen und gegebenem idiomatischem Hintergrund, von musikalischem Material und gegenwärtiger (Beziehungs-) Situation“. Improvisiert werden und damit spontan neu zusammengetragen werden kann mit allen bekannten Musikparametern wie Klängen, Rhythmen, Harmonien und Melodien, aber selbst Geräusche können in einer Improvisation als Klanggestalt Bedeutung bekommen.

Geprägt von dem eben dargestellten Musikverständnis und dem Wunsch, aktiv mit meinen Patienten improvisieren zu können, erlebte ich allerdings zu Beginn meiner praktischen Arbeit eine Überraschung. Das von mir als bereichernd und lebendig erfahrene offene Musikverständnis wurde von meinen Patienten ganz im Gegensatz zu meiner Vermutung als höchst bedrohlich erlebt. Die ästhetische Erwartung, der von mir begleiteten Patienten unterschied sich extrem von meiner eigenen Vorstellung. Die Kunst des Improvisierens half mir schließlich, mich auf die Not der in extremen Krisen befindlichen Patienten einzustellen, wobei sich meine Art des Improvisierens während der vergangenen 20 Jahre verändert hat. Das Wissen um

Traumafolgestörungen und meine Fortbildung in PITT im Jahre 2002/3 bei Frau Dr. Reddemann zeigten mir noch einmal in klarer Deutlichkeit, dass diese Patientengruppe auch bei der Verwendung von Musik eines besonderen Schutzes bedarf, so dass Aspekte der Regelmäßigkeit, Vorhersehbarkeit und Übersichtlichkeit in meiner Art des Improvisierens zunehmend wichtiger wurden.

In diesem Zusammenhang bekommt auch die Ablehnung, in der Musiktherapie-Sitzung zu musizieren oder Musik anzuhören, was zum Alltag von in der Psychiatrie arbeitenden Musiktherapeuten gehört, eine neue Bedeutung. Auch wenn keine Musik erklingt, bieten in der Ablehnung geäußerte Fantasien darüber, wie die Musik klingen könnte, reichhaltiges Material, das sehr Gewinn bringend für die musiktherapeutische Behandlung verwendet werden kann, wie später noch zu zeigen sein wird.

Die Improvisation steht im Zentrum meiner Vorstellung von Musiktherapie. Dabei betrachte ich sie allerdings nicht als Ausgangspunkt, sondern sehe in ihr eher Formen von Such- und Entwicklungsbewegungen. Die Arbeit mit dem Patienten bewegt sich auf die wachsende Fähigkeit zur Improvisation hin. Die Improvisation kann als Ergebnis gelingender therapeutischer Interaktion verwendet werden. Häufig stellen rezeptive Musiktherapie, gebundene Improvisation, eigene Musik der Patienten, das Singen von Liedern oder die Klangimagination (Vorstellen von Musik, ohne dass sie erklingt) weniger angstbesetzte musikalische Zugangsweisen dar, die sich für den Einstieg in die Musiktherapie oder für extreme Krisen besonders geeignet erweisen.

Die Beschäftigung mit MBT (metabolization-based treatment), die seit zwei Jahren in unserer Klinik einen großen Stellenwert einnimmt, ist trotz der rein verbalen Ausrichtung der MBT auch für Therapien, die mit einem Medium arbeiten, von Interesse. In einem Aufsatz (Strehlow 2009) habe ich aufgezeigt, wie sich die Erkenntnisse über die Funktion der markierten Spiegelung (Gergely in Fonagy et al. 2004⁷⁶) in der musikalischen Improvisation anwenden lassen und dadurch Mentalisierungsprozesse angestoßen werden können. Neben der markierten Spiegelung, die durch Musik eine eigene Erweiterung erhält, lassen sich auch die für die verbale Therapie von Fonagy et al. (2006, S. 103ff) entwickelten Interventionsformen im Wechsel von Spielen und Sprechen, also im Handeln und in der Reflexion umsetzen.

⁷⁶ Siehe auch Kapitel 2.5.3

Im Zentrum der MBT steht die Affektfokussierung (Bateman et al. 2006, S. 106). Auf die Beziehung von Affekten und Musik ist mehrfach hingewiesen worden (Bolterauer 2006, S. 1177; Smeijsters 2003; Wosch et al. 2002; Vink 2001; Langer 1965, S. 238). Musik spielen und hören ohne die Beteiligung von Affekten ist nicht vorstellbar. Vielmehr muss sich der Therapeut in der Musiktherapie um die Regulierung von Affekten und die Vermeidung von Überwältigtsein durch sie sorgen. Die Kunst des Musiktherapeuten besteht darin Wege zu finden, wie der Patient mit Hilfe von musikalischen und verbalen Interventionen die Kompetenz entwickeln kann, seine Affekte besser zu regulieren.

Beziehung

Der vorherige Abschnitt konzentrierte sich auf das Musikverständnis und das musikalische Spiel. Dieser Abschnitt stellt die Verwendung und die Interpretation des musikalischen Materials vor und kennzeichnet damit die musiktherapeutische Praxis. Mein Zugang zum Verstehen des Geschehens in der Musiktherapie ist ein psychoanalytischer. Daher beziehe ich mich vorwiegend auf Konzepte der Objektbeziehungstheorie wie sie von Balint (1997), Bion (1990, 2002), Klein 2001, Winnicott (1988, 1989, 1997) u.a. entwickelt worden sind. Außerdem haben die Konzepte, die die Bindungsforschung und die Psychoanalyse verbinden (Fonagy et al. 2004), aber auch, wie schon ausgeführt, das Wissen um traumazentrierte Psychotherapie (Reddemann 2004, Sachsse 2004) für mich einen großen Stellenwert. Ich stehe in der Tradition eines psychoanalytisch orientierten musiktherapeutischen Denkens, das bezüglich des Erklärens von Zusammenhängen und in Bezug auf Verstehensprozesse auf den deutschen Psychoanalytiker Lorenzer (1995) zurückgreift. Mitzlaff (2008), Dehm-Gauwerky (2006), Becker (2002, 2006), Metzner (2001) und Niedecken (1988) haben detailliert die Anwendbarkeit von Lorenzers metatheoretischen Konzepten auf die musiktherapeutische Arbeit zeigen können, so dass hier nur einige ausgewählte Aspekte Erwähnung finden.

Lorenzers kritische Auseinandersetzung mit der in Deutschland vertretenen Psychoanalyse Ende der 60er Jahre und sein Versuch der Anbindung der Psychoanalyse an den sozialwissenschaftlichen und humanwissenschaftlichen Diskurs führten zur Entwicklung seiner Metatheorie. Soziologische Konzepte wie

z.B. die „teilnehmende Beobachtung“ zeigen Ähnlichkeiten zu dem Vorgehen in der psychoanalytischen Therapie auf, in dem der Therapeut an dem therapeutischen Geschehen beteiligt ist und gleichzeitig beobachtet. Lorenzers Arbeiten stellen den Versuch dar, eine metatheoretische Begründung dessen zu entwickeln, was der „Psychoanalytiker tut“. Aufgrund dessen ist es möglich, aus seinen theoretischen Aussagen - die abstrakt formuliert sind - Ableitungen für die psychotherapeutische Praxis zu entwickeln. In seinem Verständnis von psychoanalytischer Therapie sind Konzepte von Übertragung und Gegenübertragung in ihrem Zusammenspiel inbegriffen. Lorenzers Denken hat meine Haltung und mein Denken über den Patienten geprägt.

Die zu verstehenden Szenen zwischen Patient und Therapeut ereignen sich im musikalischen, wie auch im verbalen Miteinander. Meine Forschung untersucht Interaktionsmuster, die sich im musikalischen Prozess zeigen. Hier ist Lorenzer besonders hilfreich. Daher werden Kerngedanken aus seiner Metatheorie der Psychoanalyse (Lorenzer 1992, 1983, 1995), wie das „szenische Verstehen“ und die Theorie der Interaktionsformen vorgestellt⁷⁷. Zentral ist Lorenzers Begriff des Verstehens, mit dem nicht Erklären, Einfühlen oder Verständnisvoll-sein gemeint ist, sondern das Verstehen eines verborgenen und nicht sofort erkennbaren Sinnzusammenhangs. Das Verstehen bezieht sich auf die Vorstellungen des Subjekts - und damit auf Vorstellungen als Realisierung von Beziehungen, im Sinne der Inszenierung von Interaktionsmustern (Lorenzer 1995, S. 142). Der Gedanke der Interaktionsmuster ist für Lorenzer zentral, denn er betrachtet nicht das Subjekt als einzelnes, sondern bezieht sich auf das Wechselspiel zwischen zwei Subjekten, z.B. zwischen Säugling und Bindungsperson. Die Art und Weise, wie ein Säugling lustvolle und befriedigende Erfahrungen oder unlustvolle, besorgniserregende oder traumatisierende Erfahrungen mit seinen Bindungspersonen gemacht hat, schlägt sich als Erinnerungsspur im kindlichen Organismus nieder. Diese Erfahrungsstruktur führt zu einem Gefüge von lebensbestimmenden Interaktionsformen (Lorenzer 1992, S. 86).

⁷⁷ Argelander (Argelander 1970, S. 329) bezieht sich zwar bei seiner begrifflichen Verwendung von der „szenischen Funktion des Ichs...“ auf Lorenzer, unterscheidet sich in seinen theoretischen Ausführungen aber stark von Lorenzers theoretischem Werk. Während Argelander von der szenischen Funktion des Ichs spricht und die Fähigkeit des „Ichs“ infantile Interaktionsrepräsentanzen wiederzubeleben feststellt, führt Lorenzer in seiner Theorie die szenische Struktur des Es aus, das aus szenischen Beziehungsformeln gebildet wird. Die Fähigkeit zur Symbolbildung bedarf beider Zentren, des „Ich“ und des „Es“ (Lorenzer 1992, S. 87, Lorenzer 1970, S. 70).

Mit der Verstehensart des „szenischen Verstehen“ versucht der Therapeut die Szene und damit die in der konkreten Szene enthaltene situative Struktur zu erfassen. Die situative Struktur bezieht sich auf drei Grundsituationen, nämlich die aktuelle Situation, die infantile Situation und die Übertragungssituation, die zu einer übergeordneten gemeinsamen Struktur zusammengefasst sind (Lorenzer 1995, S. 141)⁷⁸. Insofern ist die Mehrdimensionalität das Besondere am Begriff der „Szene“.

Der psychoanalytische Verstehensprozess ist gekennzeichnet durch das Herstellen von Bedeutungen spezifischer Interaktionsmuster. Diese entstehen durch Interaktionen der Subjekte mit ihrer Mitwelt und Umwelt. Der Therapeut sucht mit Hilfe des „szenischen Verstehens“ bei aller Unterschiedlichkeit der einzelnen Szenen und ihren Interaktionsmustern dennoch dieselbe übergeordnete szenische Anordnung zu erkennen.

Ziel des therapeutischen Prozesses ist die Bearbeitung der immer wieder scheiternden Interaktionsmuster. Der Therapeut gewinnt sein Wissen über mögliche Interaktionsformen, indem er wahrnimmt, was in ihm selbst vorgeht. Lorenzer zufolge überlässt sich der Therapeut in einem ersten Schritt dem Geschehen und lässt sich in die Szene des Patienten mit hinein ziehen. Erst in einem zweiten Schritt wird die Szene gleichsam von außen im Hinblick auf die unbewusst reinszenierte Interaktionsstruktur reflektiert (Lorenzer 1995, S. 213).

Das szenische Muster auf allen genannten Ebenen (Kindheitserfahrung, Alltagsrealität, Übertragungs-Beziehung) verstanden zu haben, ist von einem Evidenzerleben begleitet, welches zur Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit beim Patienten beiträgt. Die gelingende Übereinstimmung zwischen Therapeut und Patient über die Interpretation des Interaktionsgeschehens stellt ein Evidenzerlebnis dar und geht mit einem Gefühl der Erleichterung auf Seiten des Patienten und des Therapeuten einher (Lorenzer 1995, S. 86). An solchen Verstehensvorgängen reift der Patient im Laufe der Therapie.

⁷⁸ Das entspricht der psychoanalytischen Erfahrung, dass frühe Beziehungserfahrungen des Patienten sich in seiner aktuellen Lebenssituation und damit auch in der Therapie mit dem Therapeuten wiederholen und reinszenieren. Das heißt, dass Patienten sich gegenüber dem Therapeuten so verhalten bzw. erleben, wie sie es gegenüber einer früheren für sie bedeutsamen Person getan bzw. gefühlt haben, bzw. dass sie das Erleben dessen auf lebensgeschichtlich spezifische Weise versuchen abzuwehren.

Lorenzer unterscheidet zwischen sinnlich-symbolischen Interaktionsformen und sprachlichen Interaktionsformen. Die sprachsymbolischen Interaktionsformen zeichnen sich durch die Verknüpfung von szenischen Erinnerungspuren mit hinzugefügten Wortvorstellungen aus. Die sprachsymbolische Interaktionsform ist durch die Sprache immer an das Bewusstsein geknüpft. Bei der sinnlich-symbolischen Interaktionsform handelt es sich um Ausdrucksgesten, die in der Interaktion ihre Bedeutung erhalten. Sie bestehen aus sensomotorischen Erinnerungsspuren und nicht wie bei der sprachsymbolischen Interaktionsform aus der Kombination von Sprache und Erinnerungsspur (Lorenzer 1983, S. 107). Sprache differenziert die Repräsentationen in eine Objekt- und eine Subjektwelt. Diese Differenz gibt es in der Musik nicht so einfach. Musik symbolisiert zunächst die ganze Situation.

Lorenzer knüpft hier an die philosophischen Ausführungen Langers über den Unterschied zwischen diskursiven (Sprache, zeitlich geordnetes Nacheinander) und präsentativen (Kunstwerk, Musik, Gleichzeitigkeit, Stimmigkeit des Ganzen) Symbolen an (Langer 1965, S. 86). Die analytische Musiktherapie, wie ich sie verstehe, schließt mit ihrem Zusammenhänge erkundenden Vorgehen an die Theorie Lorenzers an, insofern, dass das musikalische Material als eine mögliche Form der sinnlich-symbolischen Interaktionsform verstanden wird, wobei in diesem Material die Bedeutung des Interaktionsgeschehen erkannt wird. Musik ist dabei selbst ein präsentatives Symbol (Becker 2007 S. 262; Dehm-Gauwerky 2006, S. 10). Die therapeutische Beziehung wird nicht nur über das sprachliche Miteinander, sondern entscheidend durch das musikalische Spiel gestaltet und begriffen. Die emotionale Beteiligung, die durch die Mitteilung oder durch die Musik des Patienten bei dem Therapeuten ausgelöst wird, bedarf der sorgsam Analyse⁷⁹.

Das kann z.B. bedeuten, dass ein rhythmisches Aneinander-Vorbei-Spielen mit Hilfe des szenischen Verstehens als ein Interaktionsmuster erkannt wird, in dem gemeinsames Einschwingen und sich Überlassen (wie in der Interaktion zwischen Mutter und Säugling) nie möglich war oder als höchst gefährlich erlebt wird. Das Bedeutsame an dieser Improvisation ist das Nebeneinanderher-Spielen. Es bedarf gerade nicht der „musikalischen“ Korrektur, z.B. im Sinne eines rhythmischen Ausgleichs. Erst durch nachfolgende Reflexion können musikalische Einfälle des

⁷⁹ Dehm-Gauwerky (2006) untersucht in ihrer Dissertation den Unterschied von Handeln und Agieren bzw. Symbolisieren vs. Agieren in der Musiktherapie.

Therapeuten, zu denen sie durch ihr „Ergriffensein“ von der jeweiligen Inszenierung gelangt ist, einem Verstehen jener die Szene bestimmenden Interaktionsform zugeführt werden.

Das Verstehen des Interaktionsmusters - musikalisch und verbal - führt zu Entwicklung und Wandlung. In der Musiktherapie kann Verarbeitung in der Musik und „Musik als Deutung“⁸⁰ stattfinden, zusätzlich wird jedoch die sprachliche Verbindung von Musik und Beziehungserleben angestrebt, da durch die sprachliche Flexibilität ein höheres Integrationsniveau und damit die Erweiterung des Handlungsspielraumes erreicht werden kann.

Während hier auf die Gedanken Lorenzers für die Herleitung der psychoanalytischen Musiktherapie zurückgegriffen wird, findet im allgemeinen psychoanalytischen Diskurs die Theorie Lorenzers selten Erwähnung⁸¹. Für die Anbindung an den analytisch-psychiatrischen Diskurs bieten sich die Arbeiten von Streeck (2007, 2002, 2000a) an. Streeck verwendet den Begriff der szenischen Darstellung und bezieht sich dabei auf Argelander (1970) und Lorenzer (1995) (Streeck 2000, S. 34)⁸². Er vertritt eine interaktionistisch verstandene Psychoanalyse, bei der das Geschehen im Behandlungszimmer durchweg als wechselseitig begriffen wird, so dass weder Patient noch Therapeut etwas tun können, das nicht die Spuren des Einflusses des jeweils Anderen aufweisen würde (Streeck 2008, S. 361). In der Auseinandersetzung mit persönlichkeitsgestörten Patienten untersucht er die nichtsprachlichen Mittel (Art und Weise wie Kommunikation gestaltet wird, u.a. Prosodie, körperliches Verhalten, Schweigen) im Therapieprozess, da - der praktischen Erfahrung folgend -, bei Berücksichtigung nur der inhaltlichen Bedeutung des verbalen Austausches, es für den Therapeuten kaum möglich ist, zu verstehen „worum es geht“. Die inneren Nöte des Patienten werden dem Therapeuten handelnd⁸³ und durch unbewusst herbeigeführte Verstrickungen vermittelt. Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung benutzen im Alltag, wie auch in der therapeutischen Situation, das Gegenüber zur Selbstregulierung, d.h. sie versuchen auf das Gegenüber dergestalt einzuwirken, dass es sich in Übereinstimmung mit ihren Erwartungen verhält (Streeck 2007, S. 82).

⁸⁰ Niedecken 1988, S. 81. Auch Dehm-Gauwerky führt mehrere Beispiele an, bei denen Deutungsqualität in der (musikalischen) Handlung entsteht.

⁸¹ Niedecken (2008, S. 6) erklärt dies u.a. mit dem hohen Grad der Abstraktion, durch den das Werk gekennzeichnet ist.

⁸² Streeck geht allerdings nicht im Detail auf die Arbeiten der beiden Autoren ein, auch setzt er sich nicht mit den Differenzen Lorenzers und Argelanders auseinander.

⁸³ Streeck (Streeck 2007, S. 83) bezieht sich auf Klüwers (1983, 2001) Theorie des Handlungsdialog.

Traumatische Erfahrungen sind größtenteils nicht sprachlich-symbolisch, sondern prozedural im Gedächtnis repräsentiert. Daher reicht die Analyse des Wortwechsels nicht aus. Stattdessen zeigt sich bei Patienten mit PS in ihren szenischen Darstellungen ihr Verhältnis zur inneren und zur sozialen Welt, und die Inszenierung des interpersonellen Geschehens wird zum Fokus in der Therapie.

Während Streeck seine Überlegungen aus der praktischen Arbeit und der genauen Videoanalyse ableitet, bemüht sich Lorenzer um die Begründung mittels der Psychoanalyse unter Einbeziehung der Erkenntnisse von Nachbardisziplinen wie Soziologie und Philosophie. Das hängt damit zusammen, dass Lorenzers Ziel eine metatheoretische Begriffserklärung ist, während Streeck sich auf die Reflexion des konkreten Interaktionsgeschehens konzentriert. Trotz aller Unterschiede, konzentriere ich mich hier auf die Gemeinsamkeiten. Streeck wie auch Lorenzer sind der Auffassung, dass die Beteiligung des Therapeuten an der szenischen Darstellung von entscheidender Bedeutung ist. Über die Gestaltung des reinen Wort austauschs hinaus ist das interaktive Geschehen zentral für den Therapieprozess und bedarf deshalb einer hohen Aufmerksamkeit seitens des Therapeuten. All diese Aspekte lassen sich für das Verstehen des Geschehens in der Musiktherapie nutzbar machen. So besitzen Hantieren und musikalisches Improvisieren oder Ablehnung von Musik immer auch Mitteilungscharakter. Daher können die Beiträge des Therapeuten als Komplettierung der Szene verstanden werden, so dass das Mitspielen des Therapeuten als handelndes Tun begriffen werden kann und daher reflektiert werden muss. Patient und Therapeut begeben sich während des musikalischen Handelns in einen „Aushandlungsprozess“, der kennzeichnend für die Beziehungsgestaltung ist und diese gleichzeitig durch die aktuelle Erfahrung verändert.

Die durch das Musizieren, bzw. -hören ausgelösten intrapsychischen und interpersonellen Prozesse bestimmen die Fragehaltung des Therapeuten bei seiner Reflexion. In dieser Weise psychoanalytisch reflektiert, können Kunst- und Bewegungstherapie in gleicher Weise als Therapieformen angesehen werden, die für psychiatrische Patienten besonders geeignet sind, da sie erstens bereits im Setting das Mithandeln des Therapeuten verankert haben und zweitens weil sie grundsätzlich zu der Dual-Union von Therapeut und Patient als Drittes noch auf den äußeren Gegenstand fokussieren (Strehlow & Piegler 2007, S. 27).

Sprache und Musik

Im Unterschied zur verbalen psychoanalytischen Therapie wird in der analytischen Musiktherapie zusätzlich ein Medium verwendet und im psychoanalytischen Sinne interpretiert. Innerhalb einer Musiktherapiesitzung wird zwischen der diskursiven Kommunikation (Sprache) und der präsentativen Kommunikation (Musikspielen und Musikhören) hin und her gewechselt. Der musikalische Handlungsteil findet üblicherweise ohne Sprache statt. Gesprochen wird vor und nach dem musikalischen Geschehen. Der verbale Beginn einer Sitzung dient dem Nachspüren der aktuellen Stimmungslage und auch dem Ergänzen von Gedanken zur vergangenen Sitzung und stellt hierdurch ein wichtiges Bindeglied zwischen beiden Sitzungen dar. Die Kontinuitäts Erfahrung und das Mitteilen von Denkprozessen durch den Therapeuten sind für Patienten, die sich in hochakuten und meist lebensbedrohlichen Krisen befinden, außerordentlich stabilisierende Erfahrungen. Das Gespräch nach dem Handlungsteil ist dem sinnlichen Erleben, den Gedanken und Vorstellungen, also der Reflexion, gewidmet.

Zwei Aspekte haben meinen Umgang mit der Sprache innerhalb der Musiktherapie über die Jahre hinweg beeinflusst. Zum einen hat sich gezeigt, dass für die Patientengruppe der BPS die strenge Trennung von Sprache und einem freiem Musikspiel ohne festgelegtes Ende nicht flexibel genug ist. Gerade für Patienten, die sehr schnell von ihren Affekten überflutet werden, kann eine Unterbrechung während der Improvisation eine Distanzierungshilfe sein. Im Prozess mit dem Patienten wird besprochen, ob es ein verabredetes Zeichen für eine Unterbrechung gibt, ob die Improvisation von vornherein zeitlich limitiert ist oder ob es sinnvoll sein kann, gleichzeitig zum musikalischen Tun zu sprechen.

Der zweite Aspekt bezieht sich auf meine Beschäftigung mit der Theorie der Mentalisierung, die mir die Wichtigkeit der sprachlichen Reflexion über die Phase der Handlung in der Musiktherapie verdeutlicht hat. Die Frage nach dem Erleben gehört zur verbalen Aufarbeitung von Improvisationen und Patienten zeigen eindrücklich wie sie ihr eigenes Spiel und wie das Spiel von anderen bzw. des Therapeuten erleben und wahrnehmen. Die „Verdeutlichung von alternativen Sichtweisen“ und das „Aufzeigen von Differenzen“ sind Interventionen aus dem mentalization-based treatment (Bateman et al. 2006, S. 95), die sich in der Musiktherapie umsetzen lassen, da die Subjektivität des Gehörten und damit die

Unterschiedlichkeit des Erlebens für Patienten direkt während, noch mehr aber nach der Improvisation im Gespräch deutlich ist. Patienten können erfahren, dass ihre Sichtweise nicht die einzig mögliche ist und dass ihre Interpretation wiederum ihr Spiel und damit auch das Spiel der anderen beeinflusst. Die wechselseitige Beeinflussung wird in der Musik sofort hörbar und für Patienten dadurch auch nachvollziehbar. Unterschiedliche Phasen in der Improvisation zeigen Wandlungen auf und stellen ein Übungsfeld dar, in welchem das musikalische Spiel untersucht werden kann⁸⁴, wobei in einem nachfolgenden Spiel Veränderungen ausprobiert werden können.

3.4 Zu den Begriffen „Interaktion“ und „Verwendung“

Interaktion

Nachdem unter drei Gesichtspunkten (Musik, Beziehung, Sprache) die eigene musiktherapeutische Position in Bezug auf psychiatrischen Patienten herausgearbeitet worden ist, sollen die für meine Forschungsfrage relevanten Begriffe „Interaktion“ und „Verwendung“ behandelt werden.

Der Begriff der Interaktion ist in der Soziologie fest verankert und wird in unterschiedlichen Theorieansätzen verwendet⁸⁵. In der klassischen Psychoanalyse wurde der Begriff „Interaktion“ kaum benutzt. Lorenzer bezog diesen Begriff erstmals in eine psychoanalytische Theorie ein, da er um einen Dialog zwischen der Psychoanalyse und den Gesellschaftswissenschaften bemüht war. Lorenzer spricht von Interaktion, wenn er auf das unmittelbare Wechselspiel, verstanden als Aktion und Reaktion, das schon zwischen Embryo und Mutter beginnt, hinweist (Lorenzer 1992, S. 85). Aus diesem Zusammenspiel des Säuglings mit seiner Mutter entstehen bestimmte lebensbestimmende Interaktionsformen, die einem szenischen Bühnenmodell entsprechen und in Form der Bildung von Subjekt- und Objektrepräsentanzen der kindlichen Psyche eingeschrieben werden. Die Wechselwirkung bezieht sich somit im psychoanalytischen Verständnis nicht nur auf von außen Erkennbares, sondern immer auch auf innere Prozesse.

⁸⁴ Intervention “stop, rewind, explore” Bateman et al. 2006, S. 99

⁸⁵ Z.B. Theorie des „symbolischen Interaktionismus“ Blumer 1973 und Mead 1973

Insgesamt rückte die Veränderung des Blickwinkels von der Ein-Personen-Psychologie zur Zwei-Personen-Psychologie seit den 1970er Jahren das Wechselspiel zwischen innerem Erleben und der Beziehungsfähigkeit generell und das Geschehen zwischen Therapeut und Patient speziell in den Mittelpunkt der Betrachtung. Objektbeziehungstheorien, die die Internalisierungen von frühen dyadischen und triadischen Objektbeziehungen untersuchen, haben gegenüber der klassischen Triebtheorie deutlich an Bedeutung gewonnen.

Im aktuellen psychoanalytischen Diskurs hat Streeck (2008) den Begriff der Interaktion erneut eingeführt. Er zeigt, wie Patient und Therapeut ihre Interaktionen vor allem handelnd und nicht so sehr durch sprachliche Interventionen gegenseitig regulieren. Das therapeutische Geschehen wird als interaktiv konstituiert begriffen, so dass dem Erleben des Therapeuten und damit der Gegenübertragung wesentliche Bedeutung zukommt.

Der Begriff der (musikalischen) Interaktion wird in der Musiktherapie häufig verwendet, um zu verdeutlichen, dass in und mit Musik kommuniziert werden kann und dass Therapeut und Patient sich in der Musik aufeinander beziehen, wobei frühere Beziehungsverhältnisse abgebildet werden (u.a. Decker-Voigt et al. 2008, S. 29, 83, 168; Weymann 1996, S. 135). Das wechselseitige Tun in der Musiktherapie kann von außen und von innen betrachtet werden. Zum einen ist Improvisation ohne gegenseitigen Einfluss kaum vorstellbar, lässt sich das Ohr lässt, im Gegensatz zum Auge, eben nicht einfach so schließen. Zum zweiten ist das musikalische Handeln von Patient und Therapeut nicht nur durch Fantasien, Befürchtungen und Wünsche geprägt, sondern ruft durch den jeweiligen Klang des anderen eine manifeste Reaktion hervor.

Streeck bezieht sich nicht auf musikalische Interaktionen, wenn er über nicht-verbale Interaktionen spricht. Dennoch gehe ich davon aus, dass, wie ich zu zeigen versucht habe, sich sein Verständnis von Interaktion auch auf das musikalische Handeln beziehen lässt. Auf die Musiktherapie bezogen verstehe ich, in Anlehnung an Streeck, unter Interaktion den aufeinander bezogenen wechselseitigen Einfluss von Patient und Therapeut in Hinblick auf das musikalische Geschehen einschließlich der Verschränkung von Übertragung und Gegenübertragung (Streeck 2008, S. 361).

Verwendung von Musik

Die Analyse der typischen Interaktionsformen richtet den Blick in gleichem Maße auf den Patient, den Therapeut und die Musik. In einem weiteren Schritt wird das, was eben als Ganzes wurde, noch einmal getrennt und gesondert betrachtet. Die Analyse der Gegenübertragung betrachtet das Geschehen aus der Sicht des Therapeuten und der darin immer auch mit enthaltenen Perspektive des Patienten. Die Analyse der Verwendung der Musik nimmt den Blickwinkel - einschließlich unbewusster Inhalte - des Patienten ein. Die Fragestellung lautet hierbei, wie Patienten die Musik spielend oder hörend verwenden. Das Wort Verwendung meint allgemein die Nutzung, die Anwendung, den Einsatz und den Gebrauch von etwas. Anders formuliert, ich frage, wie BPS-Patienten Musik in der Musiktherapie für sich nutzen, gebrauchen oder sich ihrer bedienen können. Der Begriff der Verwendung ist dem Theoriewerk Winnicotts entlehnt (Winnicott 1989, S. 14, 16, 63). Sein Artikel „Übergangsobjekte und Übergangsphänomene“ benutzt das englische Wort „usage“ und wird einmal mit Verwendung⁸⁶ und ein anderes Mal mit Gebrauch⁸⁷ übersetzt.

Winnicott gehört zu den Objektbeziehungstheoretikern, die das Wechselverhältnis zwischen Umwelt und Kind, Mutter und Kind, sowie Therapeut und Patient untersucht haben und die die Bedeutung des Übergangsraumes „zwischen“ beiden erkannt hat. Winnicott hat sich mit dem Entwicklungsschritt des Säuglings von absoluter Abhängigkeit zu zunehmender Selbstständigkeit und Autonomie beschäftigt, der mit der Fähigkeit zur Differenzierung zwischen Selbst und Objekt verbunden ist. Die Verwendung von Übergangsobjekten ist ein Entwicklungsschritt zur Subjekt-Objekt-Differenzierung, denn das Übergangsobjekt befindet sich im Zwischenraum zwischen innerpsychischer und äußerer Realität. Winnicott spricht vom Gebrauch des ersten nicht zum Selbst gehörenden Besitzes, dem „Nicht-Ich“ (not-me) (Winnicott 1989, S. 10). Der Säugling benutzt den Bettzipfel oder das Plüschtier auf einer ganz realen äußeren Ebene, aber das Übergangsobjekt zeichnet sich gleichzeitig auch durch seine innerpsychische Bedeutung aus, die es für den Benutzer hat.

Dass Musik oder Musikinstrumente innerhalb der Musiktherapie als Übergangsobjekte verwendet können, ist anerkannt und mehrfach beschrieben

⁸⁶ Winnicott 1989, S. 17

⁸⁷ Winnicott 1997, S. 309

worden (Decker-Voigt et al. 2008, S. 129; Wiesmüller 2005; Frohne-Hagemann et al. 2005, S. 100; Metzner 2001, S. 50).

Der Begriff der Verwendung wird bei Winnicott noch in einem weiteren Zusammenhang erwähnt. Winnicott unterscheidet auf dem Weg der zunehmenden Differenzierung zwischen Subjekt und Objekt, zwischen Objektbeziehung und Objektverwendung, wobei die Objektverwendung einen Reifeschritt gegenüber der Objektbeziehung darstellt (Winnicott 1989, S. 101). In der ersten Phase der Abhängigkeit „weiß“ der Säugling nicht um die mütterliche Fürsorge, da die gelungene Einstimmung der Mutter dem Säugling eine gesunde Omnipotenz Erfahrung ermöglicht. Erst im Laufe der Entwicklung kann der Säugling Erfahrungen machen, bei denen die mütterliche Person und ihre Fürsorge zunehmend als außerhalb des kindlichen Ichs und von ihm getrennt erlebt werden (Winnicott 1988, S. 59). Der Säugling kann das Objekt erst dann von sich selbst als getrennt erleben, wenn die Bezugsperson die Zerstörung durch den Säugling zulässt, akzeptiert und ohne Vergeltung überlebt. Für die Fähigkeit zur Objektverwendung ist das Überleben der Bezugsperson nach aggressiven Impulsen des Säuglings zentral. Das Objekt kann erst verwendet werden, wenn es die Angriffe überlebt hat, was zur Folge hat, dass das Kind die Realität anerkennen kann (Winnicott 1989, S. 105).

Sicherlich kann davon ausgegangen werden, dass Patienten mit einer BPS der Reifeschritt zur Objektverwendung nach Winnicott nicht ausreichend gelungen ist. Inwieweit Patienten eine ausreichende Selbst-Objekt-Differenzierung gelungen ist, zeigt sich in der Analyse, wenn typische Interaktionsformen gefunden werden. Gleichfalls zeigen meine Ergebnisse, wie Patienten in dem Entwicklungsprozess zwischen Abhängigkeit und Autonomie die Musik und die Improvisation verwenden und welche Bedeutung ihre Verwendung hat. Die Verwendung als Übergangsobjekt ist dabei nur eine Möglichkeit. Meine Arbeit zeigt insgesamt zehn Spielarten der Verwendung von Musik in der Behandlung von BPS auf.

Ein Aspekt, der sich direkt auf die BPS bezieht, soll noch Erwähnung finden, auch wenn dort der Begriff der Verwendung nicht aufgenommen wird. Fonagys Theorie der Mentalisierungsunfähigkeit bei BPS lässt offensichtlich werden, dass der Therapeut (der Andere) vom Patienten gebraucht wird und der Umgang des Therapeuten mit dem Drängen des Patienten entscheidend die Therapie beeinflusst. Fonagy führt aus, warum das Alleinsein für BPS extrem bedrohlich und gefährlich ist

und die Anwesenheit eines Anderen, der sich im Sinne des BPS benutzen lässt, um die Externalisierung des fremden Selbstanteils aufzunehmen, die einzige Möglichkeit für den an BPS erkrankten Menschen darstellt, sich mit einer kohärenten Selbststruktur zu erleben. Die Abhängigkeit von der konkreten Anwesenheit erklärt sich durch die Notwendigkeit, den unerträglichen (fremden) Selbstanteil externalisierten zu müssen⁸⁸. Der Therapeut muss damit einerseits zu dem werden, was der Patient erwartet, zugleich aber auch fürchtet. Andererseits darf er genau deswegen keinesfalls so werden, da er sonst für die Patientin nicht mehr hilfreich sein kann (Fonagy et al. 2004, S. 409).

Dass BPS-Patienten den Therapeuten „verwenden“, und so unbewusst auf ihre innere Not aufmerksam machen, ist ohne Zweifel. Was in der Therapie die Verwendung von Musik besonders auszeichnet, soll meine Arbeit darstellen.

⁸⁸ Siehe Kapitel 2.5.3

4 Material und Methoden

Das vorhergehende Kapitel hat in die musiktherapeutische Arbeitsweise und in die vorhandene Forschungsliteratur eingeführt. In diesem Kapitel wird zunächst ausgeführt, in welchen institutionellen Rahmen die Musiktherapie, und damit das Fallmaterial, eingebettet ist. In einem weiteren Abschnitt werden fünf methodologische Aspekte der Betrachtung unterzogen, die zu der gewählten Forschungsmethode hinleiten. Die Methode der verstehenden Typenbildung und deren wissenschaftliche Einordnung werden anschließend dargestellt. Der vierte Abschnitt zeigt die Methodenanwendung, bezogen auf das musiktherapeutische Material, auf. Im letzten Abschnitt werden die die Qualitätskriterien thematisiert.

4.1 Klinische Voraussetzungen

Die klinische Arbeit in der Erwachsenenpsychiatrie ist der Ausgangspunkt, aus dem sich meine Forschungsfragen entwickelt haben. Die Beobachtungen und Erfahrungen stehen in einem Zusammenhang mit institutionellen Gegebenheiten. Da sich die Arbeitsbedingungen von Musiktherapeuten nach wie vor stark unterscheiden, muss zuvor der meine Arbeit umgebende Rahmen und die Einbindung der Musiktherapie vorgestellt werden.

Die psychiatrische Abteilung, in der die hier vorgestellte Einzelmusiktherapie durchgeführt wurde, ist Teil eines Allgemeinen Krankenhauses, das auch einige somatische Abteilungen beherbergt. Das Bethesda-Allgemeines Krankenhaus liegt im östlichen Randgebiet Hamburgs und versorgt insgesamt ca. 115.000 Einwohner. Die psychiatrische Versorgung wird durch stationäre, tagesklinische und ambulante Angebote gewährleistet. Das gesetzliche verankerte Recht zur Aufnahme erhalten Patienten in diesem Sektor durch den Vollversorgungsauftrag der Abteilung.

Die psychiatrische Abteilung besteht seit 1988. Durch die Fusion der beiden in Hamburg-Bergedorf ansässigen Krankenhäuser im Jahr 2001 entstand 2004 ein Neubau für die psychiatrische Abteilung und die Bettenzahlen wurden erhöht. Seit 2009 umfasst die psychiatrische Abteilung insgesamt 72 Betten, verteilt auf vier Stationen. Zwei Stationen sind allgemeinpsychiatrische Akutstationen, deren

Therapieangebote individuell auf die Bedürfnisse der sich in akuten Krisen befindlichen Patienten abgestimmt werden kann. Die anderen beiden Stationen sind Schwerpunktstationen, bei denen ein festes Therapieprogramm - basierend auf Gruppentherapien und Fachtherapien - installiert ist. Eine Station behandelt Menschen mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen, während die andere Station mit einem intensiveren psychotherapeutischen Programm Menschen mit Erkrankungen aus dem Bereich der Depressionen- und Persönlichkeitsstörungen behandelt.

Mit dem Neubau, veränderte sich auch die Architektur und die früher fast immer für alle Patienten abgeschlossenen Stationen differenzierten sich in beschriebener Weise. Die 18 Betten einer Station verteilen sich nunmehr auf 14 Betten im offenen Bereich und vier Betten in einem fakultativ geschlossenen Bereich. Die individualisierten Ausgangsregelungen ermöglichen trotz richterlicher Unterbringung eine Behandlung im offenen Bereich, so dass der geschützte Bereich nur für Patienten in sehr akuten Krisen mit dem Bedarf hoher personeller Betreuung benötigt wird.

Das Fundament des Behandlungskonzepts ist bestimmt durch psychodynamisches Denken, dass sich an den Ergebnissen der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie orientiert. Das Konzept wird in Visiten, Übergaben, Kasuistiken, Supervisionen und in den Gruppen/Einzelgesprächen Berufsgruppen übergreifend mit den Patienten umgesetzt wird. Ergänzt werden die psychotherapeutischen Ansätze durch pharmakotherapeutische und sozialpsychiatrische Maßnahmen. Es werden alle psychiatrischen Diagnosen gemäß ICD-10 behandelt. Außer für Abhängigkeitserkrankte, die auf einer der Schwerpunktstation behandelt werden, gibt es keine diagnosespezifischen Angebote. Patienten mit den Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis und mit affektiven Störungen überwiegen, gefolgt von der Gruppe der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen kommen in den letzten Jahren zunehmend häufiger in Behandlung.

Ärzte und Pflegedienstmitarbeiter bilden die traditionelle Berufsgruppe, während die dritte Berufsgruppe aus Psychologen, Fachtherapeuten und Sozialarbeitern besteht. Die Arbeit im multiprofessionellen Team hat einen hohen Stellenwert, so dass die Fachtherapeuten in die Teamarbeit intensiv einbezogen sind. Sie nehmen selbstverständlich an Übergaben und Visiten teil.

Die Musiktherapie stellt eine der Fachtherapien dar, daneben stehen Ergotherapie und Konzentrative Bewegungstherapie. Die Fachtherapeuten bieten Einzeltherapien und unterschiedliche Therapiegruppen auf den beiden allgemeinspsychiatrischen Stationen an. Die Indikation für ein Angebot richtet sich nach der Reflexionsfähigkeit und den Handlungsmöglichkeiten der Patienten. Die Musiktherapie wird in der psychiatrischen Abteilung als psychotherapeutisches Angebot verstanden. Die Gruppenangebote in Musiktherapie finden für ca. sechs Patienten zweimal pro Woche für fünfundsiebzig Minuten statt. Es handelt sich um diagnoseübergreifende Gruppen.

Neben den Gruppenmusiktherapieangeboten wird auf den allgemeinspsychiatrischen Stationen auch Einzelmusiktherapie angeboten, diese speziell für die Patienten, die Gruppenangebote ablehnen oder die von diesen überfordert wären. Bei ausgewählten Patientinnen übernimmt die Musiktherapeutin die Verantwortung für den gesamten psychotherapeutischen Behandlungsteil. Der über lange Jahre bestehende Forschungsschwerpunkt in Bezug auf persönlichkeitsgestörte und traumatisierte Patienten führte dazu, dass akute kranke Patienten dieser Gruppe bevorzugt mit Einzelmusiktherapie behandelt wurden. Aus diesem Pool wurden die Einzelfallbeispiele ausgewählt. Die Einzelmusiktherapie wird in der Regel, mit verlässlicher Zeitabsprache, zweimal pro Woche für dreißig Minuten durchgeführt.

Die Patientengruppe der BPS, die eines stationären Aufenthaltes bedürfen, zeigt die in Kapitel 2.3.1. aufgeführten Symptome in extremer Form. Wegen massiver selbstschädigender Verhaltensweisen, lebensbedrohlicher Selbstverletzungen und immer wieder durchgeführter Selbstmordversuche sind richterliche Unterbringungen zum Schutze von Patienten keine Seltenheit. Damit kann auch verbunden sein, dass Patienten fixiert werden oder im geschützten Bereich verbleiben müssen. In diesen Ausnahmefällen findet die Musiktherapie auf der Station oder im Raum des Patienten statt. Behandlungsprinzip ist, dass die Beziehungskontinuität auch in extremen Krisen aufrecht erhalten bleibt. Ist der Ausgang nur mit Begleitung durch Personal gestattet, wird der Patient entweder von Pflegedienstmitarbeitern oder von der Musiktherapeutin zum Musiktherapieraum gebracht und auf die Station zurück begleitet.

Beziehungskontinuität wird auch gewahrt, wenn ein Patient zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgenommen wird und seine Behandlung fortsetzt, was bei der

Schwere der Erkrankung häufig der Fall ist. Die Musiktherapeutin stellt für die BPS-Patienten eine der kontinuierlichen Behandler dar, die Patienten bei Intervallbehandlungen oft über viele Jahre hinweg begleitet (siehe Tabelle Nr. 2, 4.4.1).

Der Musiktherapieraum ist ein Gruppenraum, in dem sieben Menschen ausreichend Platz finden können. Bei Einzeltherapien setzen sich Patient und die Therapeutin in eine Ecke des Raumes. Das Instrumentarium ist vielseitig zusammengestellt, damit ein breites Spektrum an Ausdrucksmöglichkeiten zur Verfügung steht. Es gibt Zupf-, Streich-, Blas- und Schlaginstrumente, es sind bekannte europäische und fremde außereuropäische Instrumente. Es gibt Instrumente, die paarweise vorhanden sind, manchmal in der gleichen Größe, manchmal in unterschiedlicher Größe. Das größte Instrument ist das Klavier, die kleinsten sind die asiatischen Zimbeln. Die Instrumente stehen auf dem Boden, liegen auf einem Regal oder hängen an der Klangwand. Durch die zahlreichen, zumeist aus Holz bestehenden Instrumente wirkt der Musiktherapieraum warm und lädt zum Spielen ein.

Nach Darstellung der klinischen Rahmenbedingungen, steht im folgenden Abschnitt die Methodenwahl im Mittelpunkt.

4.2 Überlegungen zur Methode

Methodologische Überlegungen richten sich nach dem zu erforschenden Gegenstand (Kardorff 1995, S. 4). Ausgehend von meiner achtjährigen praktischen Erfahrung, in der das Handeln, speziell mit Patienten mit Selbstverletzungen, überwiegend den Arbeitsalltag bestimmt, entstand der Wunsch über den Einzelfall hinaus, typische Merkmale der Patientengruppe der BPS in Bezug auf Musiktherapie finden und in ihrer Komplexität erfassen zu können. Während die Patientengruppe der BPS in der psychotherapeutischen Fachwelt in den letzten zehn Jahren größte Aufmerksamkeit erfuhr, handelt es sich im Unterschied dazu um eine in der Musiktherapie bisher kaum erforschte Patientengruppe. Ziel der Forschung ist die Patientengruppe der BPS und deren typischen Besonderheiten aus Sicht der Musiktherapie. Fünf methodische Aspekte werden im Folgenden sowohl allgemein in Verbindung zur musiktherapeutischen Forschung betrachtet, womit zu der Methode der Verstehenden Typenbildung (Stuhr et al. 2001, Lindner 2006) hingeleitet werden soll.

4.2.1 Die Untersuchung im Kontext vorliegender Forschungsergebnisse

Zunächst wird der Forschungsgegenstand im Kontext bereits vorhandener Forschungen betrachtet. Im Zentrum der Forschung steht die Musiktherapie, die im Verhältnis zu ihrer jungen Wissenschaftsgeschichte bereits beachtliche Forschungsaktivitäten, Forschungsmethoden und Ergebnisse vorweisen kann, wie in Kapitel 3.1. gezeigt wurde. Bezogen auf die hier untersuchte Patientengruppe kann kaum auf Forschungsliteratur zurückgegriffen werden, so dass sich ein qualitativer Forschungszugang anbietet. Bei der Musiktherapie zur Behandlung für BPS handelt es sich um ein komplexes und wenig überschaubares Forschungsfeld, zu dem ein Zugang erst noch gefunden werden muss. Qualitative Forschung wird als Eingangsforschung verstanden (Kleining 1995 a, S. 16). Auch Flick schreibt, dass qualitative Forschung dort zu empfehlen sei, „wo es um die Erschließung eines bislang wenig erforschten Wirklichkeitsbereichs mit Hilfe von ´sensibilisierenden Konzepten´ geht“ (Flick et al. 2005, S. 25). Ziel kann eine erste Information zur Hypothesenformulierung sein, wobei diese in einem zweiten Schritt durch standardisierte und repräsentative Erhebungen überprüft werden können.

Psychotherapeutisches Arbeiten ist bestimmt durch Denken, Fühlen und Handeln, eingebettet in subjektiv erlebte Sinnstrukturen, die immer an einen konkreten Kontext gebunden sind, so dass ein prozessorientiertes und flexibles Vorgehen sinnvoll erscheint (Mayring 1995, S. 33). Frommer spricht von dem Vorteil der qualitativen Forschung durch Gestalterkennung (Frommer & Rennie 2006, S. 213). Außerdem sieht er einen weiteren Vorteil darin, dass qualitative Forschung besonders für nicht erwartungskonforme Aussagen offen ist (Frommer & Rennie 2006, S. 214). Verstehender Erkenntnisgewinn mit Hilfe kontrollierter Subjektivität ist das Anliegen qualitativer Forschung. Sie versucht Lebenswelten von innen heraus und aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben (Flick et al. 2005, S. 14).

Qualitative Ansätze haben in der psychotherapeutischen Forschung an Bedeutung zugenommen. Der Einwand der mangelnden Messtechnik kann durch die Anwendung von speziell für qualitative Verfahren entwickelten Qualitätskriterien entkräftet werden. Wie am Schluss dieses Kapitels noch genauer dargestellt wird,

zeigen Frommer und Rennie beispielhaft Standards auf, die die Glaubwürdigkeit von qualitativen Verfahren gewährleisten (Frommer & Rennie 2006, S. 215).

Die quantifizierenden Methoden locken mit scheinbarer Berechenbarkeit und Beherrschbarkeit von psychologischen Problemen, wohingegen die qualitative Forschung umständlicher wirkt, so als würde sie das Wesentliche nicht so schnell erfassen können. Auch erweckt sie den Anschein, dass sie ihres narrativen Zugangs wegen gar nicht in der Lage ist, verallgemeinerbare Ergebnisse zu gewinnen. Qualitative Forschung ist im Hochschulkontext, im Vergleich zu den nach wie vor mehr geförderten quantitativen Forschungsarbeiten weitaus weniger vertreten (Mertens 2009, S. 799). All das lässt es angezeigt erscheinen nach Methoden zu suchen, die qualitative Forschung stärken und Wege zu finden, die zur Entwicklung von verallgemeinerungsfähigen Aussagen führen.

Es handelt sich bei der noch darzustellenden Forschung um eine qualitative Forschung, die einen hermeneutischen Zugangsweg wählt, wie er von Kenny et al. 2005, auf die Musiktherapie bezogen, dargestellt wurde (siehe auch Kapitel 3.1.).

4.2.2 Musik als Forschungsgegenstand

Der zweite Aspekt betrifft den Gegenstand, der erforscht werden soll. Er ist durch musikalisches Handeln bestimmt. Spielen von Musik, was in der Musiktherapie einen zentralen Stellenwert hat, ist eine künstlerische Aktivität. In Kapitel 3.1. konnte der Wert qualitativer Forschung in der Musiktherapie aufgezeigt werden. Musik, wie sie in der Musiktherapie gehört oder gespielt wird, zeichnet sich durch die Berührung persönlich, emotionaler Inhalte aus und ihre Erforschung benötigt daher Methoden, die der Individualität von psychischen Prozessen und der Ästhetik von künstlerischen Prozessen ausreichend Rechnung tragen. Qualitatives Vorgehen stellt den Prozess und den Einzelfall in den Vordergrund. Für Aldrige, Petersen und Tüpker ist das künstlerische Wesen von Musik ihr bezeichnendes Merkmal, dem nur durch die Nähe zum Einzelfall und durch qualitative Untersuchung entsprochen werden kann (Aldrige 2004, S. 234; Petersen 2002, S. 15 ff; Tüpker, 2002, S.101⁸⁹).

⁸⁹ Siehe auch Kapitel 3.1

Musik selbst zu erzeugen und/oder hörend zu erleben, beansprucht gleichzeitig ganz unterschiedliche Persönlichkeitsbereiche, so dass eine Forschungsmethode gewählt werden muss, die die Wirkung der Komplexität des Phänomens Musik im Ganzen berücksichtigt (Hegi et al. 2006, S. 78). Aus diesem Grund ist eine Forschungsmethode intendiert, die in ihrer Analyse und Interpretation vom Material des Einzelfalls ausgeht.

Um die spezielle Vorgehensweise in der Musiktherapie erschließen zu können, sind Forschungswege nötig, die das musikalische Handeln in eine Sprache übersetzen, die von anderen Forschern nachvollzogen und verstanden werden kann. Qualitative Forschung zeigt die Komplexität auf und ist in der Musiktherapie vielseitig vertreten, wie in Kapitel 3.1. gezeigt werden konnte. Musiktherapeuten wählen einen qualitativen Forschungsansatz, um am Einzelfall die musiktherapeutische Vorgehensweise so präzise wie möglich mit der jeweiligen Subjektivität, die dem künstlerischen Tun innewohnt, zu beschreiben. Die gewählte Methode fokussiert den Einzelfall und seine Nachvollziehbarkeit, will aber zugleich über den Einzelfall hinausweisende Erkenntnisse generieren.

4.2.3 Erhebung des Datenmaterials

Der dritte Aspekt betrachtet die Erhebung des Datenmaterials. Es handelt sich um eine Forschung, die aus der Praxis der Forscherin entstanden ist und deren Relevanz in der Praxis erneut überprüft werden muss. Zunächst ist die Therapeutin in der Auseinandersetzung mit der Patientin beteiligt. Im Nachhinein erforscht sie Positionen und Erlebensweisen. Es handelt sich hier um ein Forschungsvorgehen, das in der Musiktherapie Tradition hat (siehe auch Kapitel 3.1). Die überwiegende Anzahl der qualitativ forschenden Musiktherapeuten untersucht, unabhängig von der qualitativen Forschungsmethode, Fallmaterial, bei dem der Forscher als Therapeut selbst mitwirkt hat. Psychoanalytisch arbeitende Musiktherapeuten setzen in ihrer Forschung zumeist am selbst gewonnenen Fallmaterial an. Die Bereitschaft des Forschers, sich selbst einem Forschungsprozess zu unterziehen, ist nicht typisch für die Musiktherapie, sondern liegt in der psychoanalytischen Vorgehensweise

begründet⁹⁰. Festzuhalten ist, dass auf diesem Forschungsgebiet Daten nicht einfach vorhanden sind, sondern in einem hermeneutischen Prozess erschlossen werden müssen.

Die Reflexion der Reaktion des Therapeuten ist ein bekannter Forschungsgegenstand in der Psychoanalyse. Den Forschungsprozess und die Bereitschaft des Forschers, sich selbst als forschendes Subjekt zum Gegenstand zu machen, wurde mit dem Werk „Erkenntnis und Interesse“ 1968 von Habermas in der Wissenschaft verankert (Poscheschnik 2009, S. 340). Frommer weist auf die methodische Parallele zwischen Psychoanalyse und qualitativer Forschung hin und stellt die „methodische Hermeneutik“⁹¹, als verbindendes Konzept psychoanalytischer und sozialwissenschaftlicher Erkenntnis dar. Als gemeinsame Methode beschreibt er die „Doppelte Hermeneutik“, bei der demjenigen, der die Äußerung des anderen zu verstehen sucht, zugleich abverlangt wird, sich identifizierend in das Selbstverständnis der zu untersuchenden Person hineinzusetzen, um sich anschließend wieder zu distanzieren und diese Person reflektierend als Objekt zu betrachten (Frommer 2007, S. 787). Dieser Wechsel der Perspektiven wird noch komplexer, wenn es um die Analyse des eigenen Materials geht, so dass ein hohes Maß an kritischer Selbstreflexion und die Einbeziehung äußerer Perspektiven die notwendigen Voraussetzungen darstellen.

4.2.4 Patientinnengruppe

Der vierte Aspekt trifft die spezielle Gruppe von Menschen, die befragt wurde. Die untersuchte Patientengruppe der BPS zeichnet sich vor allem durch das Erleben von vielfältigen, schnell wechselnden und widersprüchlichen Gefühlen aus, zusätzlich zu häufig drängender, lebensbedrohlicher Suizidalität. Es handelt sich um individuelle Phänomene, deren subjektiver Sinn und deren Bedeutung der Forscher zu erschließen versucht. Symptome der Borderline-Erkrankung, wie z.B. nicht allein sein zu können, Gefühlsschwankungen oder SVV treten zumeist im Zusammenhang mit interpersonellen Beziehungen auf, so dass anzunehmen ist, dass sie sich auch in der

⁹⁰ Wesentliche Aspekte wurden, bezogen auf die psychoanalytische Musiktherapie, bereits in Kapitel 3.3. vorgestellt.

⁹¹ Der Begriff wurde von dem kanadischen Psychotherapieforscher Rennie erstmals benutzt (Frommer 2007, S. 789).

Interaktion und den musikalischen Aktionen mit dem Therapeuten niederschlagen. Die ganz spezifische Wechselwirkung zwischen Behandler und Patient bestimmt letztendlich den therapeutischen Prozess. Will man dieses Bedingungsgefüge mit seinen individuellen, biographischen und beziehungsbezogenen Aspekten untersuchen, sind wissenschaftliche Methoden erforderlich, welche in der Lage sind, der zentralen Bedeutung subjektiven Sinnstrukturen Rechnung zu tragen. Der in der Psychoanalyse häufig verwendete „verstehende“ Ansatz, bei der Untersuchung von Fallgeschichten, setzt der vorschnellen Standardisierung der Untersuchungssituation und der Generalisierbarkeit der Ergebnisse Barrieren entgegen (Lindner 2006, S. 100). Stuhr führt als Vorteil der erzählten Fallgeschichte an, dass sie einen differenzierten Zugang zum interagierenden Geschehen zwischen Therapeut und Patient garantiert. Subjektives Erleben lässt sich nicht in gleichabständigen Sprüngen messen und entzieht sich dem bloßen statistischen Abfragen (Stuhr 2007, S. 953). Ein qualitatives Vorgehen, orientiert an der Fallgeschichte, lässt subjektives Erleben nachvollziehbar werden und schafft die Voraussetzung für die Erfassung von Sinnzusammenhängen und Verstehensansätzen. Verstehen im wissenschaftlichen Sinn bedeutet den Nachvollzug der vorverstandenen Situation und der Strukturen durch den forschenden Therapeuten im Hinblick auf das Einordnen in übergeordnete Bedeutungskontexte. Somit kann man sagen, die wissenschaftliche Bildung von Forschungsergebnissen muss durch die Subjektivität des Forschungsfeldes und des Forschungsgegenstandes „hindurchgegangen“ sein. Entscheidend ist die ausreichende Überprüfbarkeit der „Binnenperspektive der dialogischen Wahrheit“ durch Validierung oder qualitative Triangulierung, denn nur über diese Auseinandersetzung kann die wissenschaftliche Anerkennung gewährleistet werden (Stuhr 2007, S. 960)⁹².

Die Fallstudie⁹³ hat auch in der Musiktherapie eine lange Tradition wie in Kapitel 3.1. unter „Qualitative Fallstudien-Forschung“ bereits dargestellt wurde. Die vorliegende Untersuchung steht einerseits in der Denktradition der Interpretation von Fallbeispielen wie sie von psychoanalytischen Musiktherapeuten, wie z.B. Metzner (1999), Becker (2002) und Dehm-Gauwerky (2006) gewählt wurden, andererseits strebt sie ein Verfahren an, das Schritte der Generalisierung ermöglicht.

⁹² Zur qualitativen Triangulation siehe Kapitel 4.5

⁹³ Qualitative Case Study Research, dargestellt von Smeijster et al. (2005).

Für die von mir gewählte Methode ist kennzeichnend, dass weder das ausführliche Fallbeispiel noch die Darstellung des therapeutischen Prozesses im Vordergrund stehen, sondern dass auf einzelne Interaktionsszenen fokussiert wird, von denen gesagt werden kann, dass in ihnen - im Sinne des „Pars-pro-toto-Prinzips“ - für den gesamten Fall oder die gesamte Störung Typisches aufscheint. Erst die Tatsache, dass es sich um für das Störungsbild typische Interaktionserfahrungen handelt, rechtfertigt deren eingehende Analyse im psychoanalytischen Sinne.

4.2.5 Musiktherapie auf der Grundlage psychoanalytischen Verstehens

Der fünfte und letzte Aspekt bezieht sich auf den theoretischen Zugang des für die Forschung gegebenen Musiktherapieverständnisses. Hintergrund ist die Psychoanalyse, mit der Betonung des Unbewussten und den sich in der therapeutischen Situation wiederholenden Interaktionsmustern⁹⁴. Für die Psychoanalyse beschreibt Poscheschnik zwei Forschungstraditionen (Poscheschnik 2009, S. 334)⁹⁵. In der poetischen Forschung werden durch Introspektion, Intuition und Nachdenken Erkenntnisse aus der psychoanalytischen Situation zwischen Analytiker und Analysand gewonnen. Als Vertreter werden u.a. Freud (1900), Green (2000) und Perron (2004) genannt. Die empirische Forschung, als zweite Forschungstradition der Psychoanalyse, gewinnt ihre Theorien aus systematisch überprüfbareren Erfahrungen. Das empirische Vorgehen bemüht sich um die allgemeinen Standards von Wissenschaftlichkeit und versucht gleichzeitig den Besonderheiten der Psychoanalyse gerecht zu werden. Die Vertreter sind so zahlreich, dass beispielhaft nur Fonagy et al. (2006, S. 397), Krause (2006), Streeck (2004) ausgewählt wurden (Poscheschnik 2009, S. 338)⁹⁶.

⁹⁴ Frommer hat für die Nähe der Psychoanalyse zur qualitativen Forschung das Wort „Seelenverwandtschaft“ geprägt (zit. nach Stuhr 2007, S. 958).

⁹⁵ Auch Nissen weist auf den Konflikt zwischen Green, Perron auf der einen Seite und Fonagy auf der anderen Seite. Für Nissen ist Wissenschaft ohne eine zeitgemäße Metapsychologie nicht vorstellbar (Nissen 2009, S. 380).

⁹⁶ Lorenzer setzt sich 1974 grundsätzlich mit der Beziehung von Empirie und Hermeneutik auseinander und stellt ausführlich dar, dass die Psychoanalyse ein nur hermeneutisches und nicht nomologisches Verfahren ist. Die Psychoanalyse begreift er als hermeneutisch-erfahrungswissenschaftliche Strukturanalyse (Lorenzer 1974, S. 153 f.).

Lindner nennt eine dritte Forschungssichtweise, bei der die psychoanalytisch orientierte Therapie mit Methoden aus der qualitativen Sozial- und Psychotherapieforschung untersucht wird (Lindner 2006, S. 115). Der psychoanalytische Weg der Erkenntnisgewinnung wird prinzipiell beibehalten, es werden aber zusätzlich systematische Forschungsstrategien entwickelt, die Glaubwürdigkeit, Reflexivität und Übertragbarkeit sichern. Die Verknüpfung von qualitativen und quantitativen Methoden ist der Ausgangspunkt der Forschungsarbeiten von Leutzinger-Bohleber et al. (2001), Stuhr et al. (2001) und Lindner (2006). Die qualitative Forschung ist der Ausgangspunkt, der mit Hilfe von quantifizierenden Methoden Generalisierbarkeit anstrebt.

Die Methodenkombination von qualitativen und quantitativen Verfahren wird auch in der Musiktherapieforschung in jüngster Zeit angewandt (S. 3.1.). In den in der Musiktherapie beschriebenen Forschungsprojekten werden jeweils unterschiedliche Aspekte nebeneinander qualitativ und quantitativ untersucht. Bonde wählt z.B. einerseits die qualitative Methode der Grounded theory, entwickelte gleichzeitig das quantitative Trial/Pre-Post-Follow-up-Design und benutze Fragebögen (Bonde 2007). Obwohl die Methode der verstehenden Typenbildung nicht qualitative Ergebnisse neben quantitative Ergebnisse stellt, wie es Bonde vorschlägt, kann dennoch von einer Methodenkombination gesprochen werden. Die verstehende Typenbildung ist ein qualitatives Verfahren, das zwischen dem psychoanalytischen Fallbericht und den empirisch-messenden Verfahren steht. Bei der Methode der verstehenden Typenbildung werden durch den systematischen Vergleich von Einzelfällen Abstraktionen gebildet. Die verstehende Typenbildung betrachtet also nicht nur den Einzelfall, sondern sie bereitet das Fallmaterial systematisch und nachvollziehbar auf, mit dem Anspruch über den Einzelfall hinausgehend Erkenntnisse zu generieren.

4.3 Fragestellung und Methode

Die für die Arbeit leitende Fragestellung entwickelte sich aus der alltäglichen Arbeit. Meine vieljährige Erfahrung in der Therapie mit BPS hatte gezeigt, dass in der musiktherapeutischen Arbeit mit diesen Patientinnen immer wieder ähnliche Wesen des Umgangs mit dem Medium und der Therapeutin zu erleben sind. Speziell vier Phänomene waren in der Musiktherapie mit dieser Patientengruppe häufiger zu beobachten und stellten die Vorannahmen für die durchgeführte Forschung dar. Es

wiederholte sich, dass Patientinnen mit BPS das Spielen von Musik ablehnten oder dass sie extrem laut spielten. Als drittes fiel auf, dass Patientinnen gar nicht während des Musikspiels zu erreichen waren. Viertens war der Eindruck entstanden, dass viele der BPS in der Musiktherapie das Thema Aggression völlig vermieden. Als leitende Frage entstand, ob diese Wiederholungen aufgrund ihrer Intensität im Gedächtnis blieben, aber Einzelphänomene darstellten oder ob es nicht möglich wäre, typische Muster im Umgang der BPS-Patientinnen mit der Musiktherapie aufzufinden. Der Schwerpunkt des Forschungsinteresses lag daher auf dem Beziehungsgefüge zwischen Patientin und Therapeutin und den jeweiligen Interaktionen, die sich durch den Einsatz von Musik ergeben.

Als Leitfrage hat sich die Folgende entwickelt:

1. Welche typischen Aspekte stationär psychiatrisch behandelter Borderline-Patientinnen können in der Musiktherapie beschrieben werden?

Diese Frage, spezifischer in einen psychoanalytischen Kontext gestellt, bedeutet typische Szenen zu untersuchen, in die Patientinnen mich als Musiktherapeutin verwickeln. Meine Zugangsweise ist das „szenische Verstehen“ Lorenzers, wie es bereits im dritten Kapitel ausgeführt wurde. Damit die Datenmenge überschaubar bleibt, muss die Fragestellung so genau und konkret wie möglich festgelegt werden. Zwei weitere Aspekte, die sich im Verlauf der Forschung herauskristallisiert haben, waren dabei hilfreich. Zum einen ist das Erleben, Aushalten und der konstruktive Nutzen der Gegenübertragung bei BPS eine entscheidende Größe für den prognostisch günstigen Verlauf von (Musik)-therapie. Die Fragestellung war außerdem dadurch beschränkt, dass nur auf Informationen zurück gegriffen werden konnte, die sich aus dem Material der bereits vorhandenen Protokolle anbieten würden.

Drei weitere Fragestellungen spezifizieren die Ausgangsfrage:

2. Welche typischen Interaktionsmuster, in denen die Musik Bedeutung erhält, lassen sich aus dem Blickwinkel der Therapeutin beschreiben?
3. Wie verwenden Patientinnen mit BPS Musik in der Musiktherapie?
4. Verändern sich Interaktionsmuster in der Musiktherapie im Laufe der therapeutischen Behandlung?

Es handelt sich um zwei unterschiedliche Blickwinkel zu der gleichen Fragestellung. In der zweiten Fragestellung wird die Blickrichtung auf Interaktionsprozesse eingengt und diese werden aus Sicht der Therapeutin, d.h. ihrer Gegenübertragung und ihrer Interpretation über die innere Verfassung der Patientin untersucht. Die dritte Frage richtet sich spezifisch auf den Aspekt der Musik und deren Verwendung in der Musiktherapie. Das Interesse war, herauszufinden, wie der Umgang der Patientinnen mit Musik beschrieben werden kann und welche Bedeutung die Musik bei den einzelnen Interaktionsmustern erhält. Das Interaktionsmuster wird in Hinsicht auf die Musik interpretiert, so dass Hypothesen dazu, wie Patientinnen die gehörte oder auch selbst gespielte Musik verwenden, gebildet werden können. Die vierte Frage untersucht die herausgefundenen Interaktionsmuster hinsichtlich ihres zeitlichen Verlaufs. Interessant wird, ob sich Auffälligkeiten bei einzelnen Interaktionsmustern zeigen, die sich mehr dem Beginn oder dem Verlauf zuordnen lassen.

Für die Beantwortung der entwickelten Fragestellung wird eine Methode gesucht, die den Einzelfall, ausgehend von der psychoanalytischen Arbeitsweise, berücksichtigt und gleichzeitig eine Verallgemeinerung anstrebt, da typische Merkmale gesucht werden. Als Methode bietet sich die „verstehende Typenbildung“ (Gerhardt 1984, 1995; Stuhr et al. 2001; Lindner 2006) an, da sie durch einen hermeneutischen Zugang - letztendlich über systematische Gruppierungsprozesse im Sinne eines heuristischen Verfahrens - eine Hypothesengewinnung sucht. Die Methode der verstehenden Typenbildung geht einerseits vom Einzelfall aus systematisch vor und bietet nachvollziehbare und nachprüfbar Ergebnisse, dennoch werden die Einzelaspekte nicht isoliert, sondern in einen Bezug zum Geltungshorizont aller Fälle gestellt. Ausgehend vom Einzelfall werden Generalisierungen gesucht.

4.3.1 Idealtypen bei Max Weber

Grundlage der Methodik der Verstehenden Typenbildung ist die Konzeption des „Idealtypus“, der für die Sozialwissenschaft von Max Weber (1904) entwickelt wurde. Weber gehört zu den Gründungsvätern der Soziologie und seine Begriffsbildungen, Konzepte und Erklärungen wirken sich bis heute auf die soziologische Theoriebildung aus (Ulfig 2008, S. XV).

Schon die für Webers Theorie bezeichnenden Begriffe wie: soziales Handeln, Evidenz des Verstehen, Verstehen als deutende Erfassung, und das Konzept des Idealtypus lassen erahnen, dass seine Konzeptionen sich auch für psychotherapeutische Forschung anbieten.

Weber versteht Soziologie als eine Wissenschaft,

„welche soziales Handeln deutend verstehen und dadurch in seinem Ablauf und seinen Wirkungen ursächlich verstehen will. `Handeln` soll dabei ein menschliches Verhalten (einerlei ob äußeres oder innerliches Tun, Unterlassen oder Dulden) heißen, wenn und insofern als der oder die Handelnden mit ihm einen subjektiven Sinn verbinden. `Soziales` Handeln aber soll ein solches Handeln heißen, welches seinem von dem oder den Handelnden gemeinten Sinn nach auf das Verhalten anderer bezogen wird und daran in seinem Ablauf orientiert ist“ (Weber 2008, 1922, S. 3).

Weber schreibt über die Ziele seiner von ihm beschriebenen Wirklichkeitswissenschaft:

„Wir wollen die uns umgebende Wirklichkeit des Lebens, in welche wir hineingestellt sind, in ihrer Eigenart verstehen - den Zusammenhang und die Kulturbedeutung ihrer einzelnen Erscheinung in ihrer Gestalt einerseits, die Gründe ihres geschichtlichen So-und-nicht-anders-Gewordensein andererseits“ (Weber 1988/1904, S. 170).

Weber interessiert sich für die Erfassung von Sinnzusammenhängen, die dem Handeln zugrunde liegen und für die Sinndeutung über den Einzelfall hinaus. Besonders sein Verstehensbegriff prägt die Art seines Denkens. Weber unterscheidet a) in das aktuelle Verstehen des gemeinten Sinns einer Handlung und in b) das erklärende Verstehen, das in einem Zusammenhang mit rationalem Motivationsverstehen gestellt wird (Weber 2008/1922, S. 6). Webers Verstehensansatz geht über eine konkrete Sinndeutung hinaus, wenn er schreibt, dass der wirkliche Zusammenhang dem Handelnden oft durch vorgeschobene `Motive` und `Verdrängung` verhüllt bleibt und die Soziologie vor der Aufgabe steht, diesen Zusammenhang ermittelnd und deutend festzustellen (Weber 2008/1922, S. 7)⁹⁷.

⁹⁷ Frommer und Frommer zeigen auf, dass, anders als bisher angenommen, Weber für das Verständnis psychiatrischer Patienten auch affektbeladene, nicht klar bewusste Handlungsmotive scheinbar irrationalen Handelns als Möglichkeit zur Rekonstruktion in Betracht zog (Frommer & Frommer 1990).

Weber entwickelt die typenbildende, wissenschaftliche Betrachtung der Eindeutigkeit wegen und um das reale durch Irrationalität aller Art (Affekte, Irrtümer) beeinflusste Handeln als 'Abweichung' gegenüber dem rein rationalen Verhalten zu unterscheiden. Weber versteht seine Typenbildung als methodisches Mittel für wissenschaftliche Erkenntnis, die nicht als Glaube an die tatsächliche Vorherrschaft des Rationalen über das Leben umgedeutet werden darf (Weber 2008/1922, S. 5, 15).

Der Idealtypus ist als Grenzfall zu verstehen, an dem die Realität gemessen und mit dem sie verglichen werden kann. Der Idealtypus soll also der Veranschaulichung, dem Verständlichmachen dienen und „zielt nicht auf Totalität, also nicht auf die so genannte Erfassung aller Zusammenhänge eines Gegenstandes“ (Klotter 1994, S. 301).

Der Idealtypus wird:

„gewonnen durch einseitige Steigerung eines oder einiger Gesichtspunkte und durch Zusammenschluss einer Fülle von diffus und diskret, hier mehr, dort weniger, stellenweise gar nicht, vorhandenen Einzelercheinungen, die sich jenen einseitig herausgehobenen Gesichtspunkten fügen, zu einem in sich einheitlichen Gedankengebilde. In seiner begrifflichen Reinheit ist dieses Gedankenbild nirgends in der Wirklichkeit empirisch vorfindbar, es ist eine Utopie, und für die historische Arbeit erwächst die Aufgabe, in jedem einzelnen Falle festzustellen, wie nahe oder wie fern die Wirklichkeit jenem Idealbilde steht,...“ (Weber 1988/1904, S. 191).

Bezeichnend für Webers Konzeption ist eine Herangehensweise, die Zusammenhänge erschließt und die Wirklichkeit durch den Vergleich mit der idealtypischen, nicht in der Realität vorkommenden Steigerung verdeutlicht.

Lindner zufolge ist der Idealtypus aus zweierlei Gründen für die psychoanalytische Psychotherapieforschung von Interesse. Erstens kann die spannungsreiche Differenz zwischen Soziologie und Nationalökonomie zu Webers Zeiten in Analogie mit der Psychoanalyse und ihrem empirischen Forschungsansatz einerseits und der hermeneutisch (poetisch: siehe 4.2.5.), „verstehenden“ Wissenschaftlichkeit andererseits gesetzt werden. Zweitens ist der Gegenstand psychoanalytischer Forschung im Weberschen Sinn „diffus und diskret...stellenweise gar nicht vorhandene Einzelercheinung“ (s.o.), so dass erst über die Definition reiner Fälle und den anschließenden Vergleich der Wirklichkeit diese erkannt und erschlossen werden kann (Lindner 2006, S. 101). Die hier durchgeführte Forschung untersucht

nicht nur psychoanalytisches Denken, sondern die Diffusität, das „mehr oder weniger“, die „nicht vorhandene Einzelercheinung“ und gilt entsprechend auch für den Forschungsgegenstand der Musik. Das Material der Daten wird letztendlich über die konkrete Sinndeutung hinaus verstehend, d.h. theoriegeleitet verarbeitet. Der idealtypische Begriff ist keine Hypothese, er will aber der Hypothesenbildung die Richtung weisen (Weber 1988/1904, S. 190). Die Idealtypenbildung ist daher als Methode zu verstehen, die zur Theoriebildung führen kann.

Die Suche nach „Typischem“ ist Webers Verdienst, insofern lehnt sich die folgende Untersuchung an Webers Gedanken an, wobei selbstverständlich Webers „Typen“ sich auf einer abstraktionslogisch höheren Stufe befinden als die noch zu beschreibenden Interaktionstypen in der Musiktherapie. Die Methode der Typenbildung stellt den Weg dar, mit dem das Musiktherapiematerial bearbeitet werden soll, so dass typische Interaktionsmuster in der Musiktherapie für BPS gebildet werden können.

4.3.2 Weiterentwicklung zur Methode der „Verstehenden Typenbildung“

Uta Gerhardt hat Webers Kerngedanken aufgegriffen und auf die qualitative Sozialforschung bezogen. Ihr Interesse galt dem Sprung von der Einzelfallbetrachtung zur Generalisierung des am Einzelfall Erkannten (Gerhardt 1984, S. 53). Sie hat in ihrer Untersuchung zu Patientenkarrerien chronisch Kranker deren biographische Daten mit Hilfe von fallbezogener systematischer Forschung ausgewertet und letztendlich die „verstehende Strukturanalyse“ entwickelt (Gerhardt, 1995, S. 438). Gerhardt schlägt drei methodische Schritte vor, durch die qualitative Forschung nachvollziehbar und überprüfbar wird. Erstens die vergleichende Fallrekonstruktion, zweitens die Idealtypenbestimmung und drittens das Fallverstehen durch Konfrontation⁹⁸.

⁹⁸ Der „kontrastierende Fallvergleich“ wird nicht ausschließlich in der Idealtypenbildung angewendet, sondern auch in der „Grounded Theory“ (Strauss und Corbin 1996), der „komparativen Kasuistik“ (Jüttemann 1993) und der „objektiven Hermeneutik“ (Oevermann 1993) gefordert. Zum Vergleich von Verstehender Typenbildung und komparativer Kasuistik siehe Lindner & Stühr (2009).

Die von ihr vorgeschlagenen Prüfschritte der Idealtypenbildung sind der Weberschen Theorie entnommen. Es handelt sich um die Grundprinzipien der „Wissensprüfung“, zweitens des „Fortdenkens“ und drittens der „Erfahrungsprobe“ (Gerhard 1995, S. 437). Der erste Schritt bezieht sich auf die umfassende Kenntnis der Forschungsliteratur als Ausgangspunkt, um denkbare Idealtypen sinnvoll begrenzen zu können. Der Idealtyp wird gebildet durch eine Konstruktion, die durch konsequentes Weiterdenken oder „zu Ende Denken“ entwickelt wird (Weber 1988/1904, S. 208). Das zweite Prinzip reduziert den Idealtyp auf Wesentliches. Im dritten Schritt wird überprüft, ob es sich um einen in einem Erkenntniszusammenhang sinnvollen Idealtypus handelt. Die Entwicklung des Idealtyps wird letztendlich durch die Konfrontation mit dem vorliegenden Material erneut überprüft. Auch die Erkenntnis, dass ein Idealtyp durch besser passende ersetzt werden muss, erhöht den Erkenntnisgewinn.

Stuhr erkannte den Nutzen der Gerhardschen „verstehenden Strukturanalyse“ für die psychoanalytische Psychotherapieforschung und ihm ist die modifizierte Form der Idealtypenbildung zu verdanken (Stuhr et al. 2001). Anknüpfend an die Bedeutung der Biographie bei Gerhardt wird für Stuhr der psychoanalytische Fallbericht, mit Wissen um die lebensgeschichtliche begründete Psychodynamik, der Ausgangspunkt. Das Datenmaterial wird aus Protokollen über die Therapiesitzungen gewonnen. Mit der „Verstehenden Typenbildung“ gelang es Stuhr eine Methode der Psychotherapieforschung zu entwickeln, die trotz des psychoanalytischen Ansatzes eine Generalisierung über den Einzelfall hinaus sucht. Das supervisorische Forschungsfallseminar und die qualitative Triangulierung gehören zur methodischen Konzeption, durch die Transparenz und Überprüfbarkeit der Ergebnisse gewährleistet werden soll (Stuhr 2007, S. 960).

4.3.3 Psychotherapieforschung mit der Methode der verstehenden Typenbildung

Die Methode der Idealtypenbildung stellt an der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf einen Forschungsschwerpunkt dar, so dass die Methode bei unterschiedlichen Forschungsprojekten angewendet, ausdifferenziert und überprüft wurde.

- Wachholz und Stuhr identifizierten Idealtypen innerer Psychotherapeuten-Objekte in einer Untersuchung 12 Jahre nach Beendigung der Therapie (Wachholz et al. 1999).
- Gesundenstudie (Stuhr et al. 2001).
- Idealtypen suizidaler Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie (Lindner 2006)
- Psychotherapien suizidaler Patienten im Rückblick (Happach 2006)
- Sexualität suizidaler Älterer (Klug et al. 2008)
- Suizidalität im Alter (Lindner et al. 2008)
- Abstinenz in Psychoanalysen (Bailer 2003)

Die Methode der verstehenden Typenbildung konnte sich auch in Forschungsdesigns außerhalb Hamburgs beweisen. Beispielhaft zu erwähnen sind:

- Die Idealtypenbildung am Beispiel der Essstörungen (Klotter 1994)
- DPV-Studie zu Katamneseuntersuchungen von Leutzinger-Bohleber et. al. von 2001. Die Typenbildung war eine Untersuchungsmethodik neben anderen.
- Qualitative Auswertung von Interviews mit Patientinnen anlässlich der Entscheidung zur prädiktiven molekulargenetischen Diagnostik bei erblichem Brust- und Eierstockkrebs (Noe et al. 2002).
- Suizide in der ambulanten Patientenversorgung (Giernalczyk et al. 2005).

Die verstehende Typenbildung ist ein Verfahren, dessen Qualität vor allem durch Gruppendiskussionen ausgewiesen werden kann. Dennoch gibt es Arbeiten, die als Einzelforscherarbeit durchgeführt werden (z.B.: Happach, 2006 oder Klug et al. 2008). Das hier vorgestellte Vorgehen ist eine Einzelforschungsarbeit, die aber, wie noch zu zeigen sein wird (Kapitel 6), Schritte der Triangulation durch verschiedene Experten einbezieht.

Die Methode hat sich für therapeutische Zusammenhänge mit in schweren Krisen befindlichen Patientinnen als anwendbar und wissenschaftlich überprüfbar herausgestellt. Die Patientengruppe der stationären BPS in der Akutpsychiatrie stellen vom Schweregrad der Erkrankung ein gleichfalls akutes Klientel dar, so dass bezüglich der Patientengruppe eine Übertragbarkeit dieser Methode mit großer Sicherheit anzunehmen ist. Inwiefern sich die Methode auf Musiktherapie beziehen lässt, sollte im Laufe dieser Forschung überprüft werden.

Ein weiteres Kriterium für dieser Wahl der Methode stellt die Praxisrelevanz der Ergebnisse dar.

Die vier Idealtypen suizidaler Männer (unverbunden, gekränkt, stürmisch, objektabhängig), die Lindner (2006) vorstellt, haben für die alltägliche Praxis erhebliche Relevanz, was mich motivierte, die verstehende Typenbildung auch auf die Musiktherapie zu übertragen. Als letzter Aspekt für die Wahl dieser Methode sei erwähnt, dass die Reflexion über Klischees und unbewusste Typologien, so wie sie häufig im Berufsalltag benutzt werden („mich erinnert Frau X so an Frau Y“) notwendig ist und sich für die Kontrolle der eigenen Arbeit anbietet. Im Rahmen von musiktherapeutischer Forschung ist die Methode der verstehenden Typenbildung meines Wissens bisher noch nicht angewandt worden.

4.3.4 Wissenschaftstheoretische Einordnung

Die Idealtypenbildung lässt sich als heuristische Methode einordnen. Heuristik⁹⁹ ist die Theorie für Methoden, die neue Erkenntnisse auffinden¹⁰⁰, bzw. die Lehre von Verfahren, die Probleme lösen (Mittelstraß 2008, S. 385). Es handelt sich um ein Vorgehen, das quer zur traditionellen Einteilung der Wissenschaften liegt (Kleining 1998, S. 175). Das heuristische Verfahren ist daher kein Verfahren der Überprüfung, sondern ein Such- und Findeverfahren, das über systematische Klassifizierung von Daten eine Hypothesengewinnung zu erreichen sucht. Die Entdeckung von neuen Erkenntnissen und neuen Erkenntniszusammenhängen, sowie die Neuinterpretation von Bekanntem, ist das Ziel heuristischen Vorgehens (Kleining 1995b, S. 225). Neue Erkenntnisse und Problemlösungsstrategien werden in regelgeleiteter Form analysiert, definiert und systematisiert und so weit als möglich verallgemeinert. Heuristische Stichproben sind nicht deduktiv erschlossen, sondern es handelt sich um eine Zusammenstellung von Einzelfällen, die innerhalb einer Gruppierung einer strukturellen Gemeinsamkeit bezogen auf den Forschungsgegenstand entsprechen. Die Weberschen Idealtypen zeichnen sich durch systematisierte Gedankenexperimente als heuristisches Verfahren aus¹⁰¹.

⁹⁹ Griech. Heuriskein: finden, entdecken

¹⁰⁰ Ulfing 1997, S. 177

¹⁰¹ Das in Kapitel 3.1. dargestellte heuristische Verfahren von Moustakas (1990), auf das sich Wheeler (1999) in ihrer musiktherapeutischen Forschung bezieht, unterscheidet sich von der hier verwendeten Heuristik. Mustakas Verfahren geht davon aus, dass der Forscher, das was er erforscht, selbst erfahren haben muss, quasi als Voraussetzung um den Gegenstand erforschen zu können. Das hier verwendete heuristische Verständnis fußt auf einem breiteren Verständnis von Heuristik (z.B.

Die verstehende Typenbildung stellt als Methode einen Schnittpunkt zwischen der Hermeneutik und der Heuristik dar, sie folgt einerseits einem verstehenden Ansatz und andererseits überprüft sie die Hypothesen an der Realität.

Musiktherapeutische Interaktionsmuster lassen sich nur mit Wissen über Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene in Verbindung mit lebensgeschichtlichen Aspekten erschließen. Dieser Vorgang lässt sich als qualitativ am Einzelfall orientiertes hermeneutisches Vorgehen begreifen. Die verstehende Typenbildung, als qualitative Forschungsmethode, versucht eine Brücke zwischen der qualitativen und quantitativen Forschung herzustellen. Die Bildung von Typen nutzt sowohl das Verständnis des realen Falles in seiner Komplexität und Differenziertheit, als auch die psychoanalytische Methode der Erkenntnisgewinnung (Analyse von Übertragung/Gegenübertragung, Supervision) in Verbindung mit systematischen Methoden der qualitativen Sozialforschung (Fallrekonstruktion und Vergleich). Anders ausgedrückt, es werden die Ergebnisse der hermeneutischen Einzelfallforschung miteinander verglichen mit dem Ziel der Verallgemeinerung, um sogenannte Typologien zu bilden. Der Wert der Typenbildung liegt nicht ausschließlich in der ordnenden Beschreibung der gebildeten Typologien, sondern in ihrer heuristischen Funktion. Typologien regen zu neuen Erkenntnissen an, verweisen auf inhaltliche Zusammenhänge und stellen damit einen notwendigen Zwischenschritt der Theoriebildung dar, die letztendlich zur Hypothesenbildung führen kann (Kelle et al. 1999, S. 81).

Zusammenfassung

Die Methode der verstehenden Typenbildung kann im Spannungsfeld zwischen nomothetischer und idiographischer Forschung angesiedelt werden. Diese Methode ist in der Musiktherapie ein bisher unbekanntes Forschungsverfahren. Zu den in Kapitel 3.1. aufgeführten einzelnen musiktherapeutischen Methoden lassen sich Überschneidungen aufzuzeigen. Der hermeneutische Zugang nach Kenny et al. (2005) und die qualitative Fallstudienforschung nach Smeijster et al. (2005) sind Ansätze, auf denen die Fallrekonstruktion aufbaut. Bei der verstehenden

Kleining, 1998, S. 177 oder Lindner 2006, S. 109), das die Subjektivität des Forschers miteinbezieht, aber nicht auf der persönlichen Betroffenheit des Forschers aufbaut.

Typenbildung handelt es sich aber um eine Methode, die aufbauend auf dem hermeneutischen Verständnis auch die Heuristik miteinbezieht. Es handelt sich um eine Kombination, bei der die heuristischen Ergebnisse im Wechsel mit einem hermeneutischen Ansatz überprüft werden. Die zunehmend abstrakter gefassten Ergebnisse werden immer wieder in das Verhältnis zum Fallmaterial gestellt. Durch diese Verschränkung zeichnet sich die Methode der verstehenden Typenbildung aus. Sie unterscheidet sich damit auch von der Methodenkombination nach Hillecke et al. (2004) bzw. der Integration von mehreren Methoden (Bonde 2007) wie sie für die Musiktherapie beschrieben wurden (Siehe Kapitel 3.1.)

Die Methode der verstehenden Typenbildung hat nicht die absolute trennscharfe Einordnung einzelner klinischer Fälle zum Ziel, vielmehr geht es um das Aufzeigen von Erscheinungen zentraler klinisch-musiktherapeutischer Interaktionsmuster im Zusammenhang mit BPS, anhand derer die klinischen Einzelfälle hinsichtlich Ähnlichkeit und Differenz beurteilt werden können. Der Vorteil der Methode ist ihre Praxisnähe unter Berücksichtigung des Gegenübertragungsgeschehens. Denn die Typen werden aus der alltäglichen Arbeit heraus entwickelt und trotz Abstraktion so formuliert und beschrieben, dass sie auf das tägliche musiktherapeutische Handeln bezogen werden können. Die gebildeten Idealtypen sind keine nomothetische Klassifikation, sondern eine Sammlung bedeutsamer, prägnanter - eben typischer - abstrahierter Verstehensvorschläge für die Begegnung von Patientin und Therapeutin. Sie stellen damit hilfreiche Konstrukte dar, die sich vor allem bei dem Einstieg in die musiktherapeutische Arbeit mit BPS anbieten.

Die hier vorliegende Forschung untersucht nicht nur eine bisher kaum erforschte Patientengruppe, sie untersucht gleichzeitig, inwieweit die bisher für die Musiktherapie unbekannt Methode der verstehenden Typenbildung auf musiktherapeutisches Arbeiten angewandt werden kann.

Die Methodik der verstehenden Typenbildung umfasst vier Schritte¹⁰²:

1. die Fallrekonstruktion,
2. die Fallkontrastierung und die Identifikation prototypischer Fälle,
3. den Fallvergleich der Einzelfälle mit den Prototypen und
4. die Strukturanalyse sowie die Bildung idealtypischer Steigerungen.

¹⁰² Lindner (2006, S. 118).

4.4 Methodik der verstehenden Typenbildung und Anpassung an das Forschungsfeld

Der folgende Abschnitt begründet zunächst die Auswahl der Stichprobe, danach werden allgemein die Schritte des Verfahrens dargestellt, um anschließend den Weg der Datenerhebung und die Anpassung der Methodik an das Forschungsfeld zu erläutern.

Insgesamt liegt dieser Forschungsarbeit ein Material, das 20 Einzel-Musiktherapie-Fallbeispielen umfasst, zugrunde. Die zwanzig Patientinnen, die von mir systematisch untersucht wurden, sind alle auf Akutstationen behandelt worden. Die Vergleichbarkeit und Übertragbarkeit, also die spätere Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist von der für die Fragestellung gewählten Stichprobe abhängig, die ich im Folgenden beschreiben möchte.

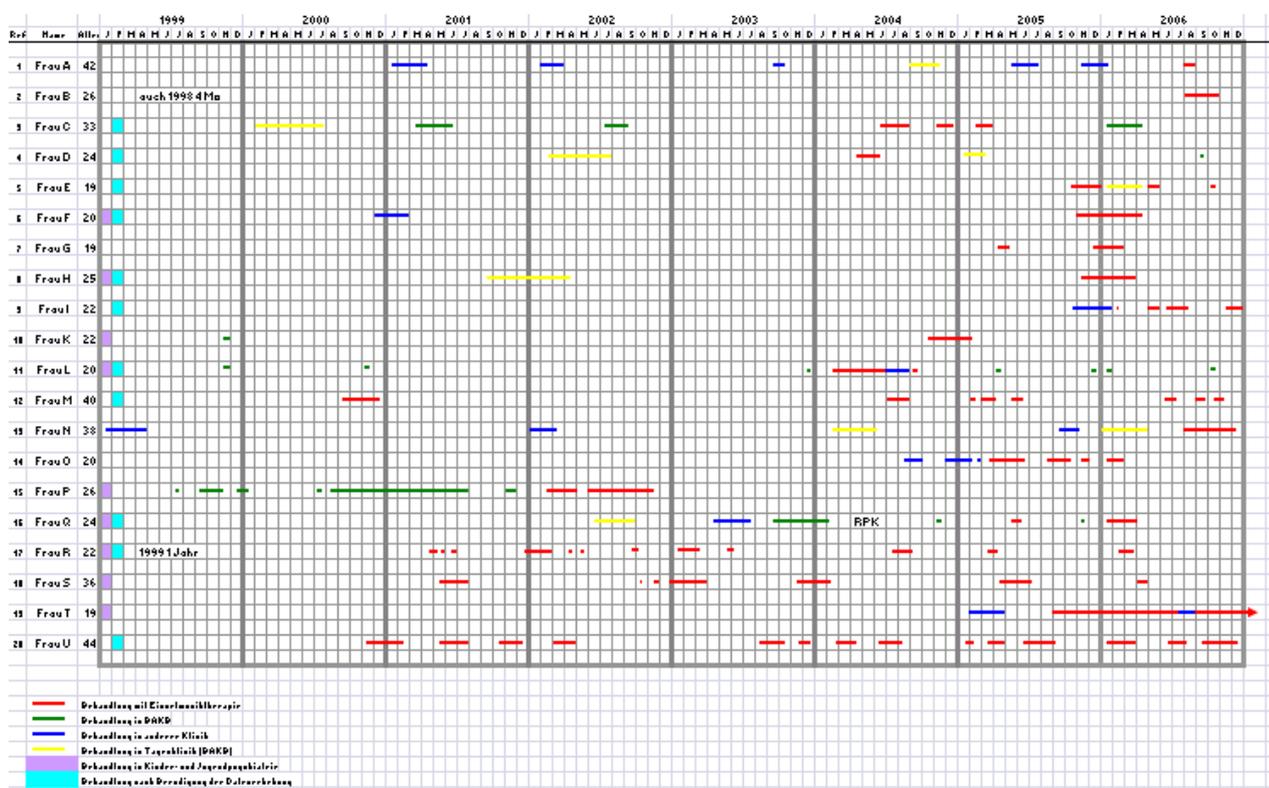
4.4.1 Auswahl der Patientinnen und Sitzungsanzahl

Meine Forschungsposition zeichnet sich dadurch aus, dass sie aus der Praxis entstanden ist und auch die Datenerhebung dem realen Klinikalltag entnommen ist. Ziel für die Auswahl der Stichprobe war es, durch eine Gesamterhebung die maximale Nähe zu in der Akutpsychiatrie arbeitenden Musiktherapeuten herzustellen. Auswahlprinzip sollte ganz bewusst nicht die ausgewählte Darstellung einzelner besonders „guter“ Fälle sein. Aus diesem Grund habe ich alle Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.31) untersucht, mit denen ich in den Jahren 2000-2006 einzelmusiktherapeutisch gearbeitet habe und bei denen die Musik bedeutsam war¹⁰³. Um eine weitere Homogenität der Stichprobe zu erreichen, wurden nur Patientinnen ausgewählt, die das Symptom der Selbstverletzung zeigten. Das Symptom der Selbstverletzung wurde ausgewählt, da es sich um ein häufiges, auffälliges und die Beziehung zur Patientin sehr bestimmendes Symptom handelt. Die Stichprobe stellt somit eine homogene Fallgruppe dar.

¹⁰³ Drei Patientinnen habe ich nicht in die Untersuchung aufgenommen, da die Musik in ihrer Therapie eine viel zu geringe Rolle spielte.

12 von 20 Patientinnen und damit mehr als die Hälfte waren unter 25 Jahren alt. Die Jüngste war 19 und die Älteste 45 Jahre alt. Insofern ist die Ablösung vom Elternhaus und die Erlangung von Selbstständigkeit und Autonomie ein zentrales Thema für über die Hälfte der Patientinnen. Im der folgenden Tabelle 2 sind die Häufigkeiten sowie die Länge der Aufenthalte der 20 Patientinnen (Namen sind verändert) und deren Behandlungssetting aufgelistet.

Tabelle 2. Behandlung und Dauer der 20 Patientinnen



Rot: Behandlung mit Einzelmusiktherapie
 Grün: Behandlung im BAKB ohne Musiktherapie
 Blau: Behandlung in einer anderen Klinik
 Gelb: Behandlung in der Tagesklinik des BAKBs
 Lila Balken: Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Blauer Balken: Behandlung nach Beendigung der Datenerhebung

Alle Patientinnen haben mehrfache Klinikaufenthalte hinter sich, so dass sich bei ca. der Hälfte der Patienten ein Pattern ergibt, bei dem sich unterbrochen von kurzen Pausen, Aufenthalt an Aufenthalt reiht. Über die Hälfte der Patientinnen verbringen - teilweise über Jahre hinweg - immer wieder ein paar Monate in der Klinik.

Von neun Patientinnen ist bekannt, dass sie vor Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie bereits mehrere Monate in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt worden waren. 13 Patientinnen wurden über mehrere Aufenthalte, teilweise über einen Zeitraum von 2 Jahren musiktherapeutisch begleitet. Vier Patientinnen sind sogar über einen Zeitraum von fünf Jahren während ihrer stationären Behandlung immer wieder mit Einzelmusiktherapie behandelt worden. Alle Patientinnen waren aufgrund von suizidalen Handlungen oder Gedanken phasenweise mit einem richterlichen Beschluss gegen ihren Willen untergebracht. Die Übersicht macht die Schwere der Erkrankung deutlich und insgesamt die Notwendigkeit zu therapeutischem Handeln, bei welchem die Einzelmusiktherapie einen Baustein darstellte.

Die Beschränkung auf Frauen, ergab sich aus der Tatsache, dass überproportional viele Frauen mit der BPS-Diagnose in meiner Behandlung waren. In Kapitel 2.8. wurde die Geschlechtsspezifität von BPS aufgezeigt. In dem Untersuchungszeitraum von sechs Jahren habe ich nur drei Männer, die unter einer BPS und Selbst-Verletzendem-Verhalten litten, musiktherapeutisch behandelt. Um die Homogenität der Stichprobe zu gewährleisten, habe ich mich entschieden, nur die Therapie mit weiblichen Patienten zu beforschen. Zusätzlich wurden die Gruppe weiblichen Patienten noch weiter eingegrenzt, in dem nur BPS-Patientinnen ausgewählt wurden, die sich selbst verletzen.

Die Untersuchung auf Einzeltherapien zu beschränken hat zwei Gründe. Erstens werden in den Gruppen Patienten diagnoseübergreifend behandelt, so dass bei der Erforschung nicht nur die Komplexität des Gruppenprozess, sondern auch noch die Nicht-BPS Diagnosen hätten Berücksichtigung finden müssen¹⁰⁴. Zweitens handelt es sich um Patientinnen, die aufgrund ihres akuten Krankheitszustandes fast immer die Teilnahme an Gruppen von sich aus ablehnten. Zudem bestand die Gefahr, dass die Arbeitsfähigkeit der Gruppen auf Grund der akuten schweren Symptome einzelner Patientinnen nicht mehr hätte aufrecht erhalten werden können. Daher blieb als einzige Behandlungsmöglichkeit nur die Einzeltherapie.

Es handelt sich um eine Patientengruppe, bei der manche Patientinnen reichhaltige Therapieerfahrungen mitbrachten, während andere sich einer therapeutischen

¹⁰⁴ Den Fokus auf BPS und Gruppenprozesse zu lenken, wäre natürlich auch ein spannendes Forschungsprojekt.

Auseinandersetzung erstmals stellten. Das heißt, dass die Therapieerfahrungen der von mir untersuchten Gruppe sehr unterschiedlich waren. Die Patientinnen nahmen alle innerhalb der stationären Behandlung an weiteren nicht musiktherapeutischen Einzel- und Gruppentherapien teil.

Bei der Fragestellung, der hier nachgegangen wird, geht es um die typischen Besonderheiten von BPS. Insofern war es von Vorteil, die therapeutische Individualität der Patientinnen zu berücksichtigen und dafür zahlreiche Varianten von Musiktherapiesitzungen auch aus längeren Aufenthalten und späteren Behandlungen mit einzubeziehen¹⁰⁵. Ich habe mich für eine breite Auswahl entschieden, die Musiktherapiesitzungen miteinschließt, die über die hochakute Phase hinausgehen. Der Beginn der Therapie von akuten BPS ist häufig durch Abbrüche und besondere Turbulenzen gekennzeichnet, so dass die Chancen von Musiktherapie bei einer Untersuchung z.B. nur des Therapiebeginns schwer zu erfassen gewesen wären. Außerdem entspricht es der Praxis einer Akutpsychiatrie, dass die Behandlungsdauer individuell auf die Krisensituation der Patientinnen abgestimmt ist. Ein weiterer Grund für die Betrachtung der gesamten Behandlungsdauer ist im Konzept der Klinik begründet, bei dem lange Behandlungsverläufe mit kontinuierlicher therapeutischer Beziehung zwischen Patientin und Musiktherapeutin die Regel sind. Dieses verlässliche Angebot der therapeutischen Beziehungsgestaltung bietet Raum für Entwicklungsfortschritte, die in der Forschung Berücksichtigung finden sollten.

Aus all den genannten Gründen habe ich mich entschlossen, keine Stundenlimitierung vorzunehmen, sondern die Therapieverläufe im Ganzen und in der Unterschiedlichkeit der Anzahl zu untersuchen. Die folgende Tabelle 3 gibt eine Übersicht über das Alter, das jeweilige leitende Thema, den Familienstand, die Wohnsituation, die Bildung der Patientin, sowie über die Stundenanzahl insgesamt und die zur Darstellung ausgewählten Stunden. Die Daten sind sortiert nach der Sitzungslänge, so dass die Patientennummern mit der geringsten Stundenanzahl den Buchstaben A, die zwanzigste Patientin mit der höchsten Sitzungsanzahl den Buchstaben U erhalten. 12 der 20 Patientinnen lagen mit ihren Therapiestunden zwischen 21 und 53 Sitzungen (Frau E bis Frau Q). 13 Patientinnen leben allein, davon sind 3 Patientinnen geschieden. Eine Patientin hat einen Freund und drei leben

¹⁰⁵ Eine Alternative wäre gewesen, nur fünf Sitzungen zu wählen, wie es Lindner (2006) für seine Forschungsarbeit entschieden hat.

in wechselnden Partnerschaften. Nur zwei Patientinnen (Frau C, H) leben in einem eigenständigen Familiensystem. Sechs Patientinnen haben Kinder, aber nur zwei Patientinnen leben gemeinsam mit ihnen. Frau C lebt gemeinsam mit ihrem Mann und ihren zwei Kindern und Frau H lebt gemeinsam mit ihrem Kind und ihrer Partnerin. Die finanzielle Situation ist bei allen Patientinnen auffällig schlecht. Nur eine Patientin arbeitet und nur eine Patientin hat Abitur gemacht. Acht Patientinnen haben die Schule abgebrochen.

In einer weiteren Tabelle im Anhang sind biographische Daten und erlebte Traumatisierungen erfasst (Anhang Tabelle 7).

Tabelle 3. Patientinnendaten

Aufstellung der Patientinnen der untersuchten Stichprobe mit Sozialdaten (Geburtsjahr, Alter bei Therapiebeginn, Familienstand, Wohnsituation, Bildung und finanzielle Situation), Therapiesitzungen und die Sitzungsanzahl der ausgewählten Szenen, Diagnose nach ICD 10.

Chiffre	Geb. Jahr, Alter bei Therapiebeginn, Leitendes Thema	Familienstand	Wohnsituation	Bildung, Finanzielle Situation	Therapiesitzungen, Szenen aus Sitzungen	Diagnosen
Fr. A	1964/ 42/ Ärger darf nicht gesehen werden	getrennt, 3 Kinder	allein	Realschule, Frührente	12/ 2, 5, 7,12	F 60,31;
Fr. B	1979/26/ Singen ohne Pause	ledig	Schwester, Freund, kein fester Wohnsitz	Kein Abschluss/ Hartz IV	14/ 1, 5, 12, 14	F 60.31; 33.2; E 956
Fr. C	1971/33/ Laut - leise	2. Ehe, 2 Kinder	Familie	Ausbildung/ Hausfrau	16/ 3, 9, 11, 15	F 60.31; F41.0; 33.1
Fr. D	1980/24/ Geheimnis	ledig	allein, Mutter	Hauptschule/ Hartz IV	19/ 2, 9, 12, 18	F60. 31; 32.1 F60.8; 43.1
Fr. E	1987/19/ Gefallen wollen	wechselnde Partner	Eltern, Jugendwohnung	Hauptschule/ Hartz IV	21/ 3, 6, 12, 19	F 60.31
Fr. F	1986/20/ Alles gleichzeitig spielen	wechselnde Partner	Schwester, Jugendwohnung	Kein Abschluss/ Hartz IV	22/ 1, 5, 11, 21	F 60.31; 32.1; 10.1
Fr. G	1986/19/ Lauter spielen?	Freund	Mutter	Schule abgebrochen, Hartz IV	28/ 2, 13, 18, 23	F 60.31; 32.1; F 40.0
Fr. H	1980/25/ Heavy Metall	Freundin, Kind 16 Jahren	allein mit Kind	Hauptschule/ Arbeit	30/ 3, 9, 22, 26	F 60.31; F 44.88
Fr. I	1982/22/ Verschwinden wollen	ledig	allein, Zwillingschwester	Förderschule/ Hartz IV	30/ 3, 10, 21, 29	F 60.31

Fr. K	1982/22/ Standtom so laut wie möglich	ledig	allein	Förderschule/ Hartz IV	30/ 5, 12, 25, 29	F 60.31; 32.1
Fr. L	1985/20/ Klavierspielen hilft	wechselnde Partner	Wohneinrichtung	Abbruch/ Hartz IV	37/ 5, 14, 23, 31	F 60.31; 32.3
Fr. M	1959/45/ allein spielen	geschieden, 1 Kind	allein	Ausbildung/ Rente	40/ 3, 20, 27, 38	F 60.31; 33.1; F 42.1; 43.1
Fr. N	1968/38/ Musik perlt	ledig	allein	Ausbildung/ Rente	41/ 3, 16, 28, 40	F 60.31; 33.1; F 45.1
Fr. O	1985/20/ Singen darf sein	ledig	Eltern	Abitur, keine Ausbildung	44/ 6, 18, 24, 40	F 60.31; 32.2; F 44.7
Fr. P	1975/26/ Windspiel ist schon zu viel	ledig	Unterbringungs- beschluss	Hauptschul- abschluss	52/ 5, 27, 40, 45	F 60.31
Fr. Q	1980/24/ Kontrolle zum Überleben	ledig	Wohneinrichtung	Abbruch, Gymnasium/ Hartz IV	53/ 6, 14, 25, 46	F 60.31; 33.1
Fr. R	1980/21/ Musik aufnehmen	ledig	allein	Realschul- Abschluss/ Hartz IV	63/ 5, 17, 39, 55	F 60.31; X 84.9
Fr. S	1967/36/ viele Tasten zum Durchsetzen	geschieden, 2 Kinder	Wohneinrichtung	Abbruch	70/ 9, 15, 44, 58	F 60.31;
Fr. T	1986/19/ Paradox	ledig	Unterbringungs- beschluss	Abbruch Gymnasium	110/ 11, 27, 69, 105	F 60.31; 32.2; X 84.9; F44.2
Fr. U	1959/44/ alles ist zu viel	geschieden, 2 Kinder	allein	Ausbildung, Beruf/ Rente	155/ 8, 40, 70, 150	F60.31; 33.3; X 84.9

Die Schutz- und Risikofaktoren (Egle et al. 2000, S. 20-22) zugrunde legend kann man die untersuchte Patientinnengruppe als besonders gefährdet einstufen. Sie zeichnet sich durch erhöhte Risikofaktoren (niedriger sozialökonomische Status, überwiegend schlechte Schulbildung, psychische Erkrankung eines Elternteils) und das Fehlen von ausreichenden Schutzfaktoren (dauerhaft gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson, sicheres Bindungsverhalten, familiärer Zusammenhalt) aus. Schutzfaktoren wie eine überdurchschnittliche Intelligenz, ein robustes, kontaktfreudiges Temperament oder auch die gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson gelten für sehr wenige der untersuchten Patientinnen.

4.4.2 Fallrekonstruktion

Die nun folgenden Abschnitte stellen die Anwendung der Methode der „verstehenden Typenbildung“ dar. Zu jedem Abschnitt der Methode wird zuerst das

übergeordnete allgemeine Prinzip vorgestellt, um dann anschließend die individuelle Anpassung an den Forschungskontext dieser Arbeit darzustellen.

Bei der Fallrekonstruktion wird das Fallmaterial jedes einzelnen Falls nach einem bestimmten Prinzip gesichtet, aufgearbeitet und in schriftlicher Form zusammengefasst. Entscheidend ist, dass wesentliche Elemente des Falls aufgeführt werden und so dargestellt werden, dass sie für den Leser nachvollziehbar sind. Die Fallrekonstruktion stellt eine Verdichtung dar, kann auch bereits Abstraktionen enthalten, dennoch sollte die verstehbare Nähe zum realen Fall erhalten bleiben. Überlegungen aus Supervision oder Expertenmeinungen können in dieser Phase einfließen (Lindner 2007, S. 172).

Anpassung an den Forschungskontext

Im Folgenden wird das Vorgehen der Fallrekonstruktion bezogen auf meine Untersuchung genauer dargestellt. Zunächst wird ausgeführt, welches Material die Grundlage für die Fallrekonstruktion darstellte.

Das Material, das für die Fallrekonstruktion benutzt wurde, setzt sich aus insgesamt vier Quellen zusammen. Ganz zu allererst ist meine Dokumentation zu nennen, die ich im Anschluss an jede Einzelmusiktherapiesitzung anfertige. Die musiktherapeutische Arbeitsweise wurde in Kapitel 3.3. erläutert. Das Protokoll beinhaltete einerseits das Geschehen, so wie es von der Musiktherapeutin nach den Sitzungen erinnert wurde, aber auch Gedanken, Fantasien und Interpretationen der Therapeutin wurden schriftlich festgehalten. In der Protokolldokumentation wurden zusätzlich von der Station mitgeteilte Auffälligkeiten (z.B. Idealisierungen und Entwertungen) und Ergebnisse aus der Teamsupervision oder von Kasuistiken vermerkt. Für die Fallrekonstruktion wurden auch die vorhandenen Arztbriefe verwendet. Das zu bearbeitende Material unterschied sich stark entsprechend der Häufigkeit und Länge der jeweiligen Aufenthalte. Im Durchschnitt handelte es sich bei einem Therapieverlauf von 30 Sitzungen um 15 Protokollseiten und um etwa 14 Seiten an Arztberichten pro Fall¹⁰⁶. Dies für einen Fall zusammengetragene Material war Grundlage für die Fallrekonstruktion.

¹⁰⁶ Bei den Patientinnen, die deutlich mehr Stunden hatten, bestand das Material (Protokolle, Arztbriefe) zur Durchsicht aus ca. 100 Seiten.

Die von mir schriftlich erstellte Fallrekonstruktion gliedert sich in vier verschiedene Themenbereiche. Die vier Abschnitte nähern sich der Patientin und ihrer Erkrankung aus verschiedenen Blickwinkeln, wobei im engeren Sinne die spezifisch musiktherapeutische Gestaltung unter dem vierten Aspekt beschrieben wird. Die vier Aspekte sind:

- a) Übertragung/Gegenübertragung
- b) Biographie
- c) Selbstverletzendes Verhalten und
- d) Musiktherapeutische Ausschnitte aus einzelnen Sitzungen

Es sind pro Fall jeweils vier Sitzungen, bzw. einzelne Szenen daraus ausgewählt worden, wobei das zugrunde liegende Auswahlprinzip anschließend dargestellt wird. Im Anschluss an die jeweils beschriebene Szene sind interpretatorische Gedanken formuliert. Pro Fall sind im Durchschnitt fünfeinhalb Seiten erstellt worden. Das Fallbuch für alle zwanzig Fälle umfasst im Ganzen Hundertzwanzig Seiten (Anhang Kapitel 6).

Die Fallrekonstruktion beginnt mit einer kurzen Übersicht über die Dauer der gesamten Behandlung und über die Anzahl der therapeutischen Vorbehandlungen.

a. Übertragung/Gegenübertragung

In diesem Abschnitt besteht die Übertragungs-Gegenübertragungsanalyse in einer zusammenfassenden Einschätzung. Besonders aufgeführt werden Unterschiede zwischen der verbalen und der musikalischen Inszenierung. Übertragungsauswirkungen auf das Team sind ebenfalls vermerkt. Häufig sind in diesem Abschnitt auch Veränderungen durch verschiedene Behandlungsabschnitte oder Intervallbehandlungen dargestellt.

b. Biographie

Die Biographie wird in Kurzform geschildert. Bei manchen Patientinnen lagen reichlich Daten vor, bei anderen Patientinnen wies die Biographie bis zum Ende des Aufenthaltes Lücken auf. Je nach Alter und Informationsstand unterschied sich die Länge der biographischen Beschreibung.

c. Selbstverletzendes Verhalten

Unter diesem Aspekt wurde die Häufigkeit und Schwere des selbstverletzenden Verhaltens dargestellt. Wenn Patientinnen über mögliche Gründe nachdenken konnten, wurde dies erwähnt.

d. Musiktherapeutische Ausschnitte aus einzelnen Sitzungen

Die musiktherapeutischen Sequenzen sind von der behandelnden Musiktherapeutin aus dem Verlauf der Behandlung ausgesucht worden. Pro Fall wurden vier einzelne Musiktherapieszenen ausgewählt, verteilt auf die Gesamtlänge des untersuchten Zeitraumes¹⁰⁷. Es handelt sich in der Auswahl um Ausschnitte aus den ausgewählten Sitzungen und nicht um die Beschreibung der ganzen Sitzungen.

Die vier Ausschnitte sind nach ihrer Bedeutung im Hinblick auf die therapeutische Beziehung und die Musik ausgewählt worden, bezogen auf den Gesamtverlauf der Behandlungen. Die ausgewählten Abschnitte stammen teilweise aus unterschiedlichen Behandlungssequenzen. Die erste Szene ist - mit Ausnahme von drei Patientinnen -, immer aus den ersten sechs Sitzungen gewählt worden. Die weiteren drei Szenen beschreiben Auffälligkeiten, die das musiktherapeutische Miteinander mit dieser speziellen Patientin kennzeichnen. Der vierte Abschnitt ist der abschließenden Behandlungssequenz dieser Patientin entnommen. Szene zwei und drei gehören dem mittleren Verlauf der Behandlung an. Da die Auffälligkeit und die Bedeutung von Musik für diese Patientengruppe erforscht werden sollte, wurden entsprechend geeignete Sitzungen ausgewählt¹⁰⁸. Häufig handelt es sich um Wendepunkte im Behandlungsverlauf, in denen das Handeln der Patientin Bedeutung erhielt und ein tieferes, den gesamten Fall erhellendes, Verstehen möglich wurde. Manchmal handelte es sich um Szenen, in denen sich ein emotional-kognitives Evidenzgefühl zwischen Patientin und Therapeutin ereignete, manchmal ergab sich das Verstehen erst im Nachhinein beim Reflektieren der Sitzung. Die Therapeutin bot ihre Gedanken dann erst in der nächstfolgenden Sitzung an. Es handelte sich immer um Szenen und die darin befindlichen Gegenübertragungsgefühle, die im Gedächtnis haften blieben, wobei die Beschäftigung damit manchmal noch Tage

¹⁰⁷ Der erste Versuch, nur drei Szenen auszuwählen, hat sich als zu begrenzt heraus gestellt.

¹⁰⁸ Im Unterschied zu einem Verfahren, bei dem z.B. grundsätzlich die fünfte Sitzung bei allen Patienten ausgewählt würde.

anhielt. Viele der ausgewählten Sitzungen standen in einem erkennbaren Zusammenhang mit Veränderungen im therapeutischen Verlauf. Der Fokus lag auf dem musikalischen Geschehen und nicht der anschließenden verbalen Reflexion.

Nicht in allen Therapien konnten Wendepunkte beschrieben werden, manche der Therapieprozesse blieben in der Suchphase und zeichneten sich gerade dadurch aus, dass nichts verstanden wurde. In diesen Fällen wurden für das Nichtverstehen und die Irritation typische Szenen ausgewählt. Die vier Sequenzen sind explizit aus Sicht der Therapeutin, ihrem ureigenen Erleben und ihrer Einschätzung von deren Bedeutsamkeit für den therapeutischen Prozess beschrieben worden.

Auf jede der ausgewählten Sequenzen folgt eine Interpretation im Sinne des szenischen Verstehens, bei der Gedanken und Zusammenführungen mit der Biographie, sowie das Übertragungs- Gegenübertragungsgeschehen aus der in der Sequenz enthaltenen Szene analysiert werden. Auch sich widersprechende Gedanken wurden aufgeführt. Es handelt sich in erster Linie um eine Gedankensammlung, die nicht hierarchisch strukturiert ist. Die Interpretation diene zu diesem Zeitpunkt der Sammlung von verschiedenen Gedanken im Hinblick auf die Gegenübertragung.

Bereits bei der Erstellung der Fallrekonstruktion können für den Schritt der Interpretation der Musiktherapieszenen erste Schritte der Validierung beschrieben werden, wie sie dem Verfahren der verstehenden Typenbildung immanent sind. Alle zwanzig Fälle und ihre Szenen sind im Rahmen von Supervisionen ausführlich bearbeitet worden, wobei die Aufmerksamkeit auf das Übertragungsgeschehen im Hinblick auf die Musik gerichtet wurde. Die Ergebnisse, bzw. ergänzenden Gedanken und Wahrnehmungen wurden bei den angefügten Interpretationen mit aufgeführt.

Die vier Sequenzen und die dazugehörigen Interpretationen stellen das aufgearbeitete Material dar, an Hand dessen typische Interaktionsmuster und die Verwendung von Musik in der Musiktherapie bei Patientinnen mit BPS erschlossen werden sollen.

Die hier vorgenommene Untersuchung unterscheidet sich von früheren Untersuchungen (z.B. Stuhr et al. 2001, Lindner 2006) zu Idealtypen und benötigt daher eine dem Forschungsfeld angepasste andere Vorgehensweisen. Zu allererst sei die Musik erwähnt, die als zusätzliches Medium neben dem sprachlichen Miteinander als weiteres Ausdrucks- und Kommunikationsmittel eingesetzt wurde.

Bei den Untersuchungen von Stuhr und Lindner wird das Geschehen in einem Interview oder aus fünf Sitzungen zugrunde gelegt. Es handelt sich dabei um einen deutlich kürzeren Zeitverlauf, der untersucht wurde.

Meine Untersuchung hatte das Ziel, möglichst unterschiedliche musiktherapeutische Szenen zu erhalten, daher wurde der Gesamtverlauf betrachtet. Die Datenmaterialmenge stieg durch die Berücksichtigung des Verlaufs immens an, so dass zwangsläufig die Notwendigkeit, einen Fokus zu wählen, entstand. Es wurden daher nur einzelne Szenen ausgewählt, analysiert und miteinander verglichen, nicht dagegen die Veränderung der jeweiligen Patientin.

Die so erstellte Fallrekonstruktion untersucht in hermeneutischer Vorgehensweise jeden der zwanzig Einzelfälle mit jeweils vier Sequenzen. Nachdem in der Fallrekonstruktion der einzelne Fall im Zentrum stand, erfolgt im nächsten zweiten Schritt ein Vergleich der Fallsequenzen untereinander.

4.4.3 Fallkontrastierung und Identifizierung prototypischer Fälle

Im Fallvergleich werden die Fallrekonstruktionen miteinander kontrastiert, also vergleichend nebeneinander gestellt. Der Prozess ist bestimmt durch einen sich wiederholenden Wechsel von Diskussion des Einzelfallmaterials und Vergleich der Fälle untereinander sowie Suche nach von sich daraus ergebenden bedeutsamen fallcharakteristischen Merkmalen und Kategorien.

Am Ende der Fallkontrastierung steht die Bildung von Clustern, also Gruppen von Fällen mit ähnlichem Wesen, ähnlicher Struktur und ähnlichen Verläufen. Das Zusammentreffen bestimmter Merkmalskombinationen zeigt eine innere Homogenität auf, so dass von einem entsprechenden gemeinsamen Sinnzusammenhang ausgegangen werden kann (Kelle et al. 1999, S. 80). Es werden dabei innerhalb eines Typus Aspekte herausgestellt, die für das Verstehen des Falles von entscheidender Bedeutung sind, gleichzeitig aber auch bei anderen Fällen erkennbar sind. Die einzelnen Typen wiederum zeichnen sich durch Kontrastbildung aus und unterscheiden sich maximal voneinander. Wesentlich für die Methode der Typenbildung ist, dass die Kontrastierung nicht zum Ausschluss dient, sondern dass

dennoch gemeinsame Merkmale gesucht werden, so dass die herausgearbeiteten Typen sich durch Mehrdimensionalität auszeichnen.

Ziel ist es, das gesamte Material durch Strukturierung und Ordnung besser erfassen zu können, in dem die unübersichtlichen einzelnen Elemente auf wenige Gruppen reduziert werden. Manchmal ist eine Gruppe nur mit wenigen Fällen vertreten, dagegen eine andere Gruppe häufig. Der Prototyp wird in Form von einem einzelnen bis vier Schlagworten beschrieben. Der Zugang zum Material sollte offen und bewusst nicht von Theorien abgeleitet sein, auch wenn Vorannahmen bereits dokumentiert wurden. Der Prozess der Fallkontrastierung kann als Einzelprozess, mit nur einem Forscher wie auch als Gruppenprozess, mit einer Forschergruppe durchgeführt werden.

Anpassung an den Forschungskontext

In diesem zweiten Schritt wurden die Einzelfälle in einer für diese Forschung bestimmenden Weise verglichen und zueinander in Beziehung gesetzt, um Typen von Interaktionsmustern in der Musiktherapie, die über den Einzelfall hinausweisen, zu erarbeiten. Bei diesem zweiten Schritt wurden von allen zwanzig Fällen, die vier Sequenzen jeweils untereinander verglichen.

Der erste Fallvergleich untersucht zwanzig Beispiele der Anfangssequenz. Der zweite Fallvergleich untersucht zwanzig Beispiele für die zweite Szene, das gleiche für die dritte und vierte Szene. Insgesamt handelt es sich um achtzig Szenen.

Der zweite Arbeitsschritt stellt den Wechsel von dem im ersten Schritt vorhandenen Einzelfallverstehen zum Fallvergleich und zur Verallgemeinerung dar. Die Genauigkeit und Ausführlichkeit, die für die Bearbeitung und das Verstehen des Einzelfalls notwendig ist, muss für die Generalisierung aufgegeben werden. Dieser Schritt ist besonders mühsam, da der Versuch, das szenische Verstehen und biographischen Hintergründe zu verallgemeinern, prinzipiell erst einmal unmöglich erscheint. Diese Arbeit sucht trotz Wissens um die Spezifität des Einzelfalls, nach Wegen zur Verallgemeinerung. Dies gelingt durch Fokussierung auf übergeordnete Merkmale, die sich in emotionaler, struktureller und biographischer Hinsicht zeigen. Dennoch sind die folgenden Abstraktionsschritte immer wieder durch das Spannungsfeld von Einzelfallverstehen und Verallgemeinerungen geprägt.

Die Fallkontrastierung ist der erste Schritt zur Verallgemeinerung und wurde in drei Arbeitsschritten durchgeführt:

1. In einem ersten Arbeitsschritt wurden die einzelnen Beschreibungstexte der Szenen auf handliche Karteikärtchen gedruckt. Auf jedem Kärtchen stand der Beschreibungstext von nur einer Szene.

2. Im zweiten Arbeitsschritt untersuchte ich alle zwanzig Anfangsszenen hinsichtlich ihrer Ähnlichkeiten und Kontraste miteinander. Das einzige Kriterium war die Suche nach Ähnlichkeiten bzw. nach Gegensätzen. Die Art der Ähnlichkeiten war noch vollkommen offen. Um es ganz konkret zu beschreiben: Ich saß vor den zwanzig Karten, ordnete sie nach Gemeinsamkeiten, um sie zu Bündeln zusammenzufassen und eine passende Überschrift für jeweils eine Gruppierung zu finden. Die Überschrift ist die Ausformulierung der typischen Gemeinsamkeiten der Einzelszenen. Die Fallkontrastierung ist ein langer Prozess, bei dem Gemeinsamkeiten sichtbar werden, auch wenn im weiteren Nachdenken und Vergleichen noch Unterschiede entdeckt werden, so dass neue Passungen zu suchen sind.

In dieser Phase wurde eine weitere Einschränkung vorgenommen. Die einzelnen Szenen wurden aus Sicht der Musiktherapeutin und dem Erleben ihrer Gegenübertragung dargestellt. Da die Arbeit mit BPS gerade durch Belastungen aufgrund der Gegenübertragung gekennzeichnet ist, erschien dieser Fokus für Erforschung gerade dieser Patientinnen besonders geeignet. Auch meine ich, dass sich daraus besonders hilfreiche Hinweise für tätige Musiktherapeuten ergeben.

Der Prozess kommt zu einem Abschluss, wenn Kategorien entstehen, die auf alle der zusammengebündelten Szenen zutreffen. Das besondere der vergleichenden Typenbildung ist nicht nur die Bündelung, sondern auch das In-Beziehung-setzen der einzelnen Gruppierungen. Kontraste und Ähnlichkeiten der Bündel führen zu einem Bezugssystem der gesamten Bündel untereinander.

Das Prinzip des Vergleichs und der Kontrastierung wurde bei der zweiten, der dritten und der vierten Sequenz angewandt, so dass pro Sequenz ein Überblicksraster entstand.

Die folgenden drei Fotos zeigen die Kontrastierung der ersten drei Sequenzen. Entscheidend ist nicht nur die gefundene Gemeinsamkeit, sondern auch die Position des Bündels, die die Beziehung zu den anderen Gruppierungen kennzeichnet.

Szene 1



Szene 2



Szene 3

In der Überschrift wurden die entscheidenden Merkmale der entstandenen Gruppierung gebündelt. Insofern war die Bildung der Überschriften ein erster Akt der Kristallisierung, in dem die ersten Ergebnisse des Vergleichs der Einzelszenen untereinander zum Ausdruck kamen. Aus dem Vergleich der einzelnen Szenen entstanden Gruppierungen mit folgenden Überschriften:

- Gemeinsamkeit durch Musik
- Rückzug in Musik
- Nichts stimmt, doch die Therapeutin hält es aus
- Hoffnungslos scheitern
- Träumen und ganz weit weg sein
- Führen und Folgen
- Aggression
- Wunsch anders zu sein
- Eingespinnen in lebensbedrohliche Musik
- Selbstwert
- Sich durchsetzen um jeden Preis

- Unerreichbarkeit
- Gute Erinnerung
- Gefährliches wird in der Musik hörbar

3. Im ersten Fallvergleich waren 14 unterschiedliche Themengruppen entstanden, die es galt, noch weiter zusammen zu fassen und zu einer inneren Ordnung zusammen zu stellen. Durch die Methode des Fallvergleichs war der Blick auf die Beziehung der Gruppierungen untereinander gerichtet, wobei gleichzeitig galt, mit einer heuristischen Suchhaltung neue Erkenntnisse zu gewinnen. Während des Prozesses, bei dem die Einzelszenen miteinander verglichen wurden, fielen zwei Themen auf, die sich unabhängig voneinander in allen vier Szenen zeigten und somit als übergeordnet erschienen. Es war sinnvoll diese Auffälligkeiten in dem zweiten Schritt der Fallkontrastierung zu berücksichtigen, so dass nicht nur eine Fallkontrastierung vorgenommen wurde, sondern im Wissen um die Wichtigkeit der beiden Themen eine übergeordnete Graphik entwickelt wurde. Die zwei auffälligen übergeordneten Merkmale konnten auf verschiedenen Achsen mit jeweils zwei Pole beschrieben werden. Die eine Achse bezog sich auf das Erleben des musikalischen Geschehens und die andere Achse auf die Beziehung zwischen Patientin und Musiktherapeutin. Die Einführung der beiden Achsen war ein entscheidender Schritt in Richtung größerer Klarheit und förderte die Übersichtlichkeit der bisher entstandenen Gruppierungen.

Achse 1

Die Unterteilung und die verschiedenen Abstufungen in angenehmes oder bedrohliches Erleben von Musik ließen im Vergleich erkennen, dass sie ein wichtiges Unterscheidungskriterium darstellen. Insofern entstand eine Achse von links nach rechts, mit dem Pol „Musikalisches Geschehen ist unterstützend, gut, angenehm und lustvoll“ und dem Gegenpol von „Musikalisches Geschehen ist unangenehm und bedrohlich“. Unter musikalischem Geschehen wird die Beschäftigung mit Musik innerhalb der Therapie ganz allgemein verstanden. Es handelt sich also um Szenen, in denen Musik gespielt, gehört, sich vorgestellt oder auch abgelehnt wird. Die Musiktherapeutin traf die Zuordnung der Szenen aufgrund ihres Erlebens und ihrer Einschätzung, inwieweit das musikalische Geschehen, das

sich zwischen der Patientin und ihr ausbreitete, mit Themen von Bedrohung verbunden war oder andererseits als angenehm und unterstützend erlebte wurde.

Achse 2

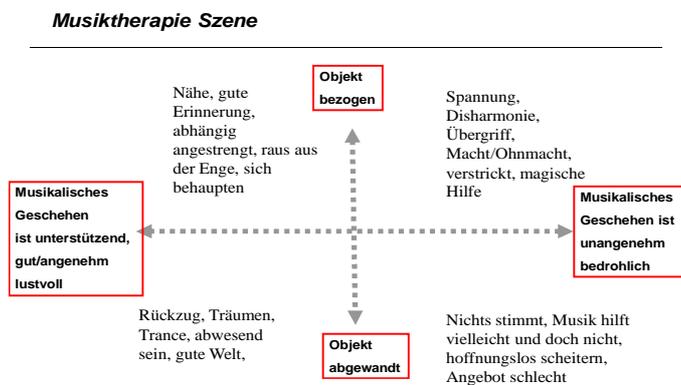
Ein zweites „allgemeines“ Unterscheidungskriterium fiel bei dem Vergleich der Einzelszenen untereinander auf. Auffällig war die unterschiedliche Einbindung der Therapeutin durch die Patientin während des musikalischen Geschehens. Die zweite Achse fokussiert diesen Beziehungsaspekt und stellt eine Orientierung her, ob und wie die Patientinnen sich auf die Therapeutin beziehen. Die Achse besitzt einen Pol, der anzeigt, dass die Patientinnen, die Nähe/Auseinandersetzung/Kampf mit der Therapeutin suchten und einen Pol der Abgewandtheit, bei dem die Patientin sich von der Therapeutin oder aus der Therapie zurückziehen wollte¹⁰⁹. Die Achse verläuft von oben nach unten und beschreibt die Bezogenheit auf die Therapeutin. Mit Bezogenheit ist das Miteinander-zu-tun-haben gemeint, es ist keine Aussage darüber, wie sich das Miteinander-Sein anfühlt. Die Bezogenheit beschreibt die Aktivität der Patientin, die Therapeutin für sich zu „gebrauchen“.

Der andere Pol wird als Objekt-abgewandt beschrieben. Damit ist gemeint, dass die Patientin sich in ihrem Tun (scheinbar) nicht auf die Therapeutin bezieht, sondern nur auf sich selbst. Objekt-abgewandt heißt aber auch, dass die Patientin sich möglicherweise dem musikalischen Tun oder der Musiktherapeutin entziehen möchte. Die Zuordnung der einzelnen Szenen ist auch bei dieser Achse aus Sicht der Musiktherapeutin vorgenommen worden.

Diese beiden Achsen waren dazu geeignet, den grundsätzlichen Interaktionswechsel der Patientinnen zu erfassen. In einem weiteren Arbeitsschritt sind alle vier Szenen auf dieses Raster bezogen worden. Die Anordnung führte zu vier Quadranten, die Gruppierungen zu folgenden Themen ergaben. Die einzelnen Themengruppen stellen bereits eine Abstraktion von der konkreten Szene her.

¹⁰⁹ Die Unterteilung der früheren Begrifflichkeit von Nähe und Distanz erschien zu allgemein.

Tabelle 4. Graphik der entwickelten Themengruppen mit der Achse des Erlebens des Musikalischen Geschehens und der Achse der Bezogenheit



Erneut wurden die Szenen auf der Grundlage des Rasters miteinander verglichen und die gebildete Überschrift stellte in abstrakter Kurzform das zentrale Merkmal des vorläufigen Interaktionsmusters dar. Im Unterschied zu den ersten vierzehn Gruppierungen war der Fokus auf die Musik bezogen, so dass bei diesem Schritt eine Überschrift gewählt wurde, die das Typische der Musik in diesem Interaktionsmuster beschrieb. Da als Ziel eine weitere Generalisierung angestrebt wurde, bot es sich an, ähnliche Interaktionsmuster, die sich in den verschiedenen vier Szenen wiederholten, kenntlich zu machen. Die Überschriften, in denen sich das Typische kristallisierte, wurden daher, wenn es sich um eine ähnliche Interaktionsstruktur handelte, mit der gleichen Formulierung und der gleichen Farbe versehen.

Eine detaillierte Übersicht über die vier Szenen und ihre jeweilige graphische Anordnung mitsamt dem ausformulierten Leitthema findet sich im Anhang (Kapitel 1-4). Auf diesen vier Graphiken wurde jede einzelne Szene mit wenigen Schlagworten dargestellt und die Sitzungsanzahl in Klammern verzeichnet.

- Für die erste Szene konnten sechs vorläufige Interaktionsmuster gebildet werden.
- Für die zweite Szene konnten acht vorläufige Interaktionsmuster gebildet werden.
- Für die dritte Szene konnten sechs vorläufige Interaktionsmuster gebildet werden.
- Für die vierte Szene konnten acht vorläufige Interaktionsmuster gebildet werden.

Manche der vorläufigen Interaktionsmuster bestanden aus nur wenigen Einzelszenen, während anderen vorläufigen Interaktionsmustern viele Einzelszenen hinterlegt waren. Für jede Gruppierung (vorläufiges Interaktionsmuster) wurde ein Prototyp

bestimmt und mit roten Buchstaben kenntlich gemacht. Der Prototyp stellt innerhalb eines Clusters die Merkmale in beispielhafter Weise am deutlichsten dar.

4.4.4 Fallvergleich der Einzelfälle mit den Prototypen

Im dritten Schritt wird jeder einzelne Fall mit jedem Prototyp bezüglich seiner Ähnlichkeit oder Differenz verglichen. Dieser Schritt zeigt also die Unterschiedlichkeit der einzelnen Fälle im Hinblick auf den Prototyp auf¹¹⁰.

Anpassung an den Forschungskontext

Meine Forschung zeichnete sich dadurch aus, dass zwanzig Szenen nicht nur einmal miteinander verglichen wurden, sondern der Vergleich, entsprechend der vier Szenen, viermal vorgenommen wurde. Um der großen Gruppe der Einzelfälle Herr zu werden, wurde eine graphische Form der Darstellung gewählt. Durch die Einführung der beiden Achsen war bereits eine Binnendifferenzierung entstanden, die die vorläufigen Interaktionsmuster nach klaren Prinzipien unterteilte. Die Positionierung der Einzelszenen und damit die Ferne und Nähe zum Prototyp und zu den jeweils anderen vorläufigen Interaktionsmustern lässt sich an der Graphik sehr deutlich erkennen. Die Einzelszenen und ihr Prototyp waren in diesem Schritt nur noch innerhalb ihres Interaktionsmusters sinnvoll miteinander zu vergleichen. Die extremen Unterschiede z.B. einer Szene, bei der das musikalische Geschehen als bedrohlich eingeordnet wurde und die Patientin sich von der Therapeutin abwandt, im Vergleich zu einer Szene, bei der das musikalische Geschehen als unterstützend eingeordnet wurde und die Patientin sich auf die Therapeutin bezog, waren innerhalb der Graphik so offensichtlich, dass auf den dritten Schritt der Typenbildung verzichtet werden konnte. Nun erschien es interessant, die vier Graphiken und damit die achtzig Einzelszenen in einer Zusammenschau zu betrachten.

¹¹⁰ Für diesen Schritt, wie für das ganze Verfahren, wird eine Forschergruppe empfohlen. Für einige Validierungsschritte standen mir Musiktherapeutinnen zur Verfügung, nicht aber für den Arbeitsschritt des Fallvergleichs mit Einzelfällen.

4.4.5 Strukturanalyse und Bildung idealtypischer Steigerungen

Der vierte und letzte Schritt stellt das eigentliche idealtypenbildende Strukturverstehen dar. Nach der Frage, „Was macht diesen Fall typisch?“ wird eine Darstellung des Materials erarbeitet, das das Typische des Prototypen wieder gibt und sich zugleich in den ihm ähnlichen Fällen wiederfindet. Die idealtypischen Cluster zeigen einen typischen Aspekt, der die zu untersuchende Thematik am besten illustriert. Wenn mehrere Einzelfälle in Bezug auf den Prototyp ähnlich sind und nebeneinander liegend eine Ordnung bilden, ist dies auch auf den anderen Prototyp-Zielscheiben zu finden. Diese ähnlich geratenen Fallgruppen sind die Grundlage für die zusammengefassten idealtypischen Cluster. Idealtypen sind nicht mehr einzelne Fälle, sondern beschreiben Dynamiken, die aus mehreren Prototypen zusammengesetzt und verdichtet wurden.

Anpassung an den Forschungskontext

Die Generalisierung wurde in dieser Forschung über die Zusammenfassung der vier Graphiken erreicht. Die vier Graphiken (Szene 1-4) wurden wie Folien übereinander gelegt, so dass im Prinzip achtzig Einzelszenen miteinander verglichen werden konnten. Dies war möglich, da durch das vorher entwickelte Raster und die zwei Achsen eine vergleichbare Strukturierung für alle vier Szenen bereits vorlag.

Die bereits entwickelten Gruppierungen wurden durch die Zusammenfassung einem erneuten Analyseprozess unterzogen, aus dem letztendlich 10 idealtypische Interaktionstypen erschlossen werden konnten. In diesem letzten Vergleich bestätigten sich einige der bereits entwickelten Überschriften, bei anderen zeigte sich, dass der höhere Abstraktionsgrad zu neuen Erkenntnissen, bezogen auf die Merkmale des Interaktionsmusters, führte. In diesem Prozess wurden die zentralen Aspekte des Umgangs mit der Musik noch einmal fokussiert. Während auf den einzelnen Graphiken bei den Gruppierungen noch unterschiedliche Aspekte - erkennbar durch die Überschriften - aufgeführt wurden, stellt die abschließende Zusammenschau eine zentrale Verwendung der Musik ins Zentrum. Erkennbar wird dies an der abschließenden Beschriftung des idealtypischen Interaktionsmusters.

Jedes Interaktionsmuster wurde nach der Zusammenführung noch einmal überprüft, um einen übergeordneten Prototyp als anschauliches Beispiel bestimmen zu können.

Das bedeutete, dass bei den Interaktionsmustern, die in mehreren der vier Szenen vorkamen und daher jeweils einen Prototyp hatten, ein weiterer Vergleich stattfand, so dass letztendlich nur ein Prototyp bzw. einmal zwei Prototypen ausgewählt wurden.

Die vorhandenen vier Graphiken der Szenen reduzierten sich schließlich auf zwei Graphiken. Es war unmöglich alle zehn Interaktionsmuster in einer Graphik zu zeigen, da sich einige der idealtypischen Interaktionsmuster im gleichen Quadranten befinden. Die gewählte Aufteilung entspricht dem Zeitverlauf, der auf diese Weise auch graphisch gezeigt werden kann. Die zehn Interaktionstypen, die durch die verstehende Typenbildung erschlossen wurden, sind unterschieden in sechs Anfangs- und vier Verlaufsinteraktionsmuster. Es handelt sich bei den vier Verlaufsinteraktionsmustern um eine deutlich höhere Sitzungsanzahl als bei den sechs Anfangsinteraktionsmustern.

Interaktionsmuster zu Beginn:

1. Musik als magische Hoffnung
2. Musik geht über Grenzen
3. Musik macht alles schlimmer
4. Musik als Rückzugsort
5. Musik zum nicht Alleinsein
6. Musik zur Triangulierung

Interaktionsmuster im Verlauf:

7. Musik erlaubt Disharmonie
8. Musik als Gegenstimme
9. Musik gibt Struktur
10. Musik zur Integration des Ausgeschlossenen

4.5 Überprüfbarkeit und Qualitätskriterien

Nachdem die Methode der „Verstehenden Typenbildung“ und die Anpassung an den Forschungskontext dargestellt wurden, zeigt der nächste Abschnitt, wie qualitative Forschungsverfahren und damit auch die Methode der „Verstehenden Typenbildung“ ihre Wissenschaftlichkeit und somit ihre Qualität und Validität unter Beweis stellen können.

Die Akzeptanz und Relevanz der Ergebnisse einer Studie hängt davon ab, inwieweit die angewandte Methode standardisierte Gütekriterien von Objektivität, Validität, Reliabilität, wie sie für quantitative Verfahren Standard sind, erfüllen kann. Im Unterschied zu quantitativen Verfahren wird in qualitativen Forschungszusammenhängen, die auf Handeln und Wahrnehmung bezogene Reflexivität des Forschers als wesentlicher Teil der Erkenntnis und nicht als zu kontrollierende bzw. auszuschaltende Störquelle verstanden (Flick et al. 2005, S. 23). Die Forderung nach Objektivität und Unabhängigkeit des Forschers wird auch bei der Methode der „Verstehenden Typenbildung“ mit Absicht aufgegeben, um stattdessen eine Beteiligung im Prozess der Erkenntnisgewinnung erreichen zu können. Entscheidend ist, die Beteiligung der Forscher am Prozess genau zu reflektieren und Fehlerquellen im Forschungsdesign zu benennen und nicht zu verschweigen (Lindner 2006, S. 110).

Die qualitative Forschung steht immer wieder auf dem Prüfstand und neben der Position, dass die oben genannten Kriterien von quantitativen Verfahren auf qualitative Verfahren zu übertragen sind, gibt es eine andere Position, die grundsätzlich die Übertragbarkeit quantitativer Gütekriterien bezweifelt und eigene Kriterien zur Überprüfung von Ergebnissen aufstellt (Steinke 2005, S. 320). Frommer und Rennie suchen einen Weg, der beide Positionen verbindet und beziehen sich auf bereits 1999 entwickelte Publikationsstandards für qualitative Forschung, die in einem längeren Konsensusverfahren unter Beteiligung zahlreicher Forscher erstellt wurden (Frommer & Rennie 2006, S. 215). Zunächst wurden sieben Kriterien entwickelt, die für qualitative und quantitative Ansätze gleichermaßen

gelten¹¹¹. Im Anschluss wurden weitere sieben Kriterien entwickelt, die speziell die Qualität qualitativer Forschung und ihrer Publikation gewährleisten sollen:

1. Aufdecken der eigenen Perspektive
2. Beschreibung des „Samples“
3. Begründung durch Beispiele
4. Glaubwürdigkeit der Interpretation
5. Kohärenz
6. Unterscheidung von genereller und spezifischer Erkenntnisgewinnung
7. Einbeziehung der Leserperspektive

Zu 1. Die Offenlegung der eigenen Perspektive bietet Transparenz hinsichtlich der verzerrenden Leitung durch Vorannahmen und Wertvorstellungen.

Zu 2. Die Darstellung der Lebenshintergründe der im „Samples“ erfassten Patienten gibt Auskunft über die Auswahl der gewählten Stichprobe. Je genauer die Stichprobe beschrieben wird und der jeweilige institutionelle Rahmen, desto genauer kann die Übertragbarkeit der Ergebnisse beurteilt werden.

Zu 3. Die Methoden und der inhaltliche Ertrag müssen so genau wie möglich an Hand von Beispielen nachvollzogen und auf Plausibilität überprüft werden können.

Zu 4. Die Glaubwürdigkeit der Interpretation ist an die Frage nach ihrer Validität gekoppelt. Es gibt eine Reihe von Überlegungen, wie die Validität bei qualitativer Forschung überprüft werden kann, Die kommunikative dialogische Auseinandersetzung wird dabei in den Mittelpunkt gerückt, denn Wahrheit stellt sich im Dialog her (Kvale 1995, S. 429). Frommer & Rennie (2006) unterscheiden vier Möglichkeiten: a.) Diskussion der Interpretationen mit den befragten Personen, b.) Prüfung der Auswertung auf Diskrepanzen, Irrtümer, Überinterpretation durch Zusammenarbeit mit anderen Forschern, Einsatz eines Forschungssupervisors oder Einzelforschers. Allgemein kann der wissenschaftliche Wert einer durch Gruppendiskussion erarbeiteten Aussage als größer angesehen werden, als der Interpretation durch einen Einzelnen, da die Forschergruppe einen systematisch korrigierenden Einfluss auf die mögliche Verzerrung durch nicht erkannte Gegenübertragungsreaktionen ausübt. c.) Vergleich der Ergebnisse mehrerer qualitativer Auswertungsmethoden an demselben Material, d.) Triangulierung mit

¹¹¹ Auf diese allgemeinen Kriterien bezieht sich der Musiktherapeut Abrams, der im Folgenden noch extra Erwähnung findet, so dass die Kriterien an dieser Stelle nicht ausgeführt werden (Abrams 2005, S. 246).

externen Kriterien oder mit quantitativen Daten. Die von a.) bis c.) beschriebenen Kriterien können unter dem Oberbegriff der kommunikativen Validierung zusammengefasst werden (Kvale 1995, S. 429). Eine weitere Überprüfung beschreibt die prozedurale Validität, die sich auf die forschungsbegleitenden Diskussionen mit Experten und eine entsprechend transparente Dokumentation bezieht (Stuhr 1997).

Zu 5. Kohärenz meint die Zusammenführung der Einzelbeobachtungen durch eine den Oberflächenphänomenen zugrunde liegende Struktur.

Zu 6. Die Einbeziehung einer ausreichenden Fallzahl ähnlicher Fälle ermöglicht Generalisierungen, aber auch systematisches, vertiefendes Verstehen in Einzelfallstudien.

Zu 7. Für die schriftliche Form muss aus Sicht des Rezipienten die Plausibilität gewährleistet sein.

4.5.1 Triangulation

Die Triangulation findet im Diskurs über qualitative Methoden immer mehr Beachtung und stellt eine wesentliche Voraussetzung für qualitatives Forschen dar. Unter Triangulation wird in der Sozialforschung verstanden, dass der Forschungsgegenstand zumindest von zwei oder mehr verschiedenen Punkten betrachtet wird (Flick 2005, S. 309). In der Triangulation qualitativer Forschung werden als Strategie zur Validierung vier Formen unterschieden (Flick 2005, S. 310): Zunächst die Daten-Triangulation, bei der die Daten aus verschiedenen Quellen stammen (Video, Interview) oder zu unterschiedlichen Zeitpunkten bei verschiedenen Personen erhoben wurden. Die zweite Form ist die Investigator-Triangulation, bei der die Interpretationen in Gruppen durchgeführt werden, um subjektive Sichtweisen zu erweitern, zu überprüfen oder zu korrigieren. Die dritte Form ist die Theorien-Triangulation, d.h. die Annäherung an den Forschungsgegenstand aus unterschiedlichen theoretischen Blickwinkeln. Als vierte und letzte Form wird die methodologische Triangulation¹¹² angeführt, bei der unterschiedliche Methoden, bezogen auf den Forschungsgegenstand, miteinander verknüpft werden. Dies kann sich auch auf die Verbindung von quantitativer und

¹¹² Innerhalb einer Methode: within-method oder von verschiedenen Methoden: between-method

qualitativer Forschung oder auf die Verbindung unterschiedlicher qualitativer Verfahren beziehen.

Nachdem die Evaluation von qualitativer Forschung im aktuellen psychotherapeutischen Kontext ausgeführt wurde, richtet sich der Blick nun auf die Musiktherapie. Die Musiktherapeutin Tüpker setzte sich 1990 mit den Gütekriterien quantitativer Forschung auseinander und bezog qualitative Kriterien von Wissenschaftlichkeit in Form von Individualität, Geschichtlichkeit, kontrollierter Subjektivität, wechselseitiger Gestaltung und Erfahrung erstmalig auf die Musiktherapie (Tüpker 2002, S. 95ff).

Abrams (2005, S. 246) ist aktuell einer der führenden Musiktherapeuten, der Evaluationskriterien für qualitative Forschung in der Musiktherapie formuliert hat. Er bezieht sich unter anderem auf den kanadischen qualitativen Wissenschaftstheoretiker Rennie, der bereits in diesem Abschnitt erwähnt wurde. Abrams wählt aus den ursprünglich 14 von Rennie et al. (1999) Arbeitsgruppe formulierten Kriterien¹¹³ 10 als bestimmend heraus. Er bezieht sich fast überwiegend auf die gemeinsamen allgemeinen Publikationsstandards für qualitative und quantitative Ansätze. Es folgt eine kurze Zusammenfassung:

1. Mit Reflexivität wird die Fähigkeit des Forschers beschrieben, über sich selbst im Zusammenhang mit dem Forschungsprozess nachzudenken und die daraus hergeleiteten Folgerungen offen legen.
2. Unter „Contextualization“ wird die Darlegung des wissenschaftlichen Kontexts verstanden. Der Forscher sollte die Hintergründe der Forschung, die Rahmenbedingungen der Forschung, der Beforschten, sowie seine Motivation offenlegen.
3. Der dritte Aspekt fordert die theoretische Einbettung der Forschung und ihrer Forschungsmethodik (Groundedness). Die Triangulation wird als Möglichkeit unter diesem Aspekt erwähnt.
4. Die Beständigkeit, 5. die Brauchbarkeit und 6. die Klarheit der Ergebnisse sind weitere Qualitätskriterien.

¹¹³ In Frommer & Rennie 2006, S. 215

7. Die ästhetische Tiefe stellt ein Kriterium dar, das vor allem für Forschungen, die mit einem künstlerischen Medium arbeiten, von hoher Relevanz ist. Dieser Aspekt ist spezifisch musiktherapeutisch und findet sich nicht bei Rennie. Abrams bezieht sich auf Bruscia und unterscheidet den kreativen Prozess, die strukturelle Schönheit (structural beauty) und Ausdrucksschönheit (expressive beauty) (Abrams 2005, S. 252).

8. Die Kongruenz untersucht die innere Stimmigkeit einer Forschung. Hierunter wird auch gefasst, ob die gewählte Forschungsmethode sich als stimmig zu der forschenden Fragestellung verhält.

9. Die ethische Integrität fragt, inwiefern ethische Aspekte durch die Forschung berührt bzw. gewahrt bleiben. Der Beforschte ist unter ethischen Gesichtspunkten zu schützen. Es wird an den Forscher die Erwartungen gestellt, dass ethische Richtlinien, die von der Amerikanischen Musiktherapie Vereinigung¹¹⁴ aufgestellt wurden, nicht verletzt werden.

10. Zum Schluss wird die Intersubjektivität erwähnt, unter der die Übereinstimmung oder der Erfahrungsaustausch hinsichtlich der Ergebnisse mit den Teilnehmern verstanden wird.

4.5.2 Anpassung an den Forschungskontext

Die von Abrams angeführten Kriterien zeichnen sich durch hohe Allgemeingültigkeit für jede Art von Forschung aus. Die vorliegende Forschungsarbeit will durch die Ausführungen zur aktuellen theoretischen Diskussion der BPS (Kapitel 2), die Darstellung des musiktherapeutischen Vorgehens und Verstehens (Kapitel 3) und der gewählten Forschungsmethode sowie des Forschungsaufbaus (Kapitel 4) den Forschungskontext verdeutlichen und entspricht damit den geforderten Qualitätsstandards.

Den soweit erreichbar ethischen Anforderungen wurde dadurch entsprochen, dass die Patientinnen die Genehmigung erteilt haben, dass ihre Daten in anonymisierter Form

¹¹⁴ American Music Therapy Association: Code of Ethics (2003) (Abrams 2005, S. 253). Die deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG) hat im April 2009 ihrerseits ethische Richtlinien festgelegt.

verwendet werden durften. Die Patientinnen konnten sich erst im Nachhinein einverstanden erklären, da die Musiktherapie primär im therapeutischen Alltag und nicht im Wissen um eine geplante Forschung durchgeführt wurde. Es wurden alle Patientinnen befragt, die, nachdem das Forschungsvorhaben feststand, erneut eine Krankenhausbehandlung benötigten. Auf diesem Weg wurde die Genehmigung von elf von insgesamt zwanzig Patientinnen erteilt. Nach ausgiebiger Überlegung wurde davon abgesehen, die anderen neun Patientinnen im privaten Kontext zu kontaktieren, da die Gefahr einer erneuten Dekompensation oder der Weckung von Fantasien über „Verfolgt-werden“ als zu groß eingeschätzt wurde.

Der nächste Abschnitt konzentriert sich auf die Frage der Überprüfbarkeit der aus der Forschung gewonnenen Ergebnisse.

Die Auswahl und die Begründung der Wahl der Stichprobe stellt ein entscheidendes Kriterium für die Aussagekraft und Anwendbarkeit der Ergebnisse dar. Es wird als zweites Kriterium von Frommer & Rennie (2006) genannt und wurde in diesem Kapitel zu Beginn der Forschungsmethodik ausführlich dargestellt (4.4.1.).

Die Methode der „Verstehenden Typenbildung“ beinhaltet bereits in sich Schritte der Triangulation, was als Investigator-Triangulation zu bezeichnen ist. Die Forschungsfallsupervision, aber auch die kontinuierliche Forschungssupervision und die Diskussion mit anderen Expertengruppen über methodologische und inhaltliche Fragen stellen methodische Schritte dar, durch die subjektive Sichtweisen durch die Gruppendiskussionsprozesse korrigiert werden¹¹⁵.

Die Triangulation wird sowohl als Validierungsstrategie als auch für die erweiterte Generalisierung der gefundenen Ergebnisse benutzt. Die Verwendung von Triangulation besteht aber nicht nur in der Bestätigung der Ergebnisse oder der Ergänzung von Ergebnissen. Aufschlussreicher sind Divergenzen, die auf Unstimmigkeiten und neue Perspektiven hinweisen. Die Triangulation richtet ihre Perspektive, im Unterschied zur kommunikativen Validierung, auf die Erweiterung der Erkenntnisse über den untersuchten Gegenstand hinaus (Flick 2005, S. 318).

¹¹⁵ Lindner führt für seine Forschung zusätzlich auch Triangulationsformen der Daten-Triangulation, der Methodologischen Triangulation und der Theorie-Triangulation aus (Lindner 2006, S. 134).

Die Methode der „Verstehenden Typenbildung“ ist absichtlich mit dem Wissen um notwendige Kontrollen durch Forschungskollegen als Gruppenforschungsverfahren entwickelt worden. Es gibt allerdings auch Einzelforschungsarbeiten (siehe 4.3.3).

Bei der vorliegenden Arbeit war ursprünglich geplant, den Schritt der Prototypenbildung gemeinsam in einer Forschergruppe vorzunehmen, da der wissenschaftliche Wert einer durch Gruppendiskussion erarbeiteten Aussage größer ist als die Interpretation durch einen Einzelnen. Es hat sich aufgrund der Materialmenge (120 Seiten) als unrealistisch herausgestellt, dass eine Gruppe von Musiktherapeutinnen das gesamte Material liest. Aus diesem Grund habe ich zur Überprüfung ein anderes System gewählt. Die von mir verfassten zwanzig Fallrekonstruktionen habe ich auf fünf Musiktherapeutinnen per Zufall aufgeteilt, so dass jede der Musiktherapeutinnen nur vier Fälle und damit, nur ca. fünfundzwanzig Seiten zu bearbeiten hatte. Allen Musiktherapeutinnen ist das psychodynamische Denken, das Feld der Psychiatrie und die Komplexität von Borderlineerkrankungen durch jahrelange Erfahrung bekannt. Es handelt sich um sechs Schritte bei denen die fünf Musiktherapeuten in den Forschungsprozess mit einbezogen wurden.

1. Schriftliche Bearbeitung der vier Fallrekonstruktionen bezüglich der drei Fragen:

- a. Nachvollziehbarkeit des Textes, Fragen, Kommentare.
- b. Wie weit sind die musiktherapeutischen Szenen aus der eigenen Arbeit mit BPS bekannt oder unbekannt?
- c. Wie kann die Verwendung der Musik beschrieben werden?

Die Rückmeldung der Musiktherapeutinnen erfolgte schriftlich.

2. Zwei Diskussionsrunden¹¹⁶ beschäftigten sich dann noch einmal mit den Fallrekonstruktionen, wobei der Schwerpunkt im Auffinden von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen den Kommentaren der Musiktherapeutinnen lag. Die Diskussionsrunden wurden aufgezeichnet und abschließend wurde ein Protokoll erstellt. Die Fallrekonstruktionen wurden als Beispieltex te genommen, an denen die eigenen Erfahrungen gemessen wurden. Es zeigte sich bei der Beantwortung der Fragen, dass die schriftliche Fassung teilweise ungenau formuliert war bzw. Informationen teilweise fehlten.

¹¹⁶ Aus zeitorganisatorischen Gründen trafen sich einmal drei und ein zweites Mal zwei Musiktherapeutinnen mit der Forscherin.

3. Die Diskussionsrunden dienten der Einordnung meiner eigenen Erfahrung in den Erfahrungsschatz von fünf anderen Kolleginnen. Eine Folge der Diskussionsrunden war, dass ich mich entschied, zur Verbesserung der Verständlichkeit Informationen in die Fallrekonstruktionen nachzutragen. Um den Forschungsprozess so transparent wie möglich zu gestalten, habe ich die Informationen, die ich nachgetragen habe, im Fallbuch in roter Schrift eingefügt.

4. Nachdem die einzelnen schriftlichen Rückmeldungen in der Diskussion noch einmal erläutert werden konnten, wurden diese Kommentare mit Namenskürzeln der entsprechenden Musiktherapeutinnen mit in das Fallbuch aufgenommen. Hierfür bot sich die Verwendung des Word-Programms für Kommentare an.

5. Am Ende der Diskussionsrunden wurde die nach der Fallkontrastierung entwickelte Graphik mit ihren zwei Achsen an alle fünf Musiktherapeutinnen verteilt mit der Bitte, die vier Szenen in die Graphik einzuordnen.

6. In einem weiteren Treffen, diesmal aber jeweils in Einzelgesprächen (Musiktherapeutin und Forscherin), wurden die einzelnen Szenen erneut in Hinblick auf die Graphik diskutiert worden waren. Nachdem zum einen die Übereinstimmung festgehalten und Unterschiede diskutiert wurden, führten diese Diskussionen zu weiteren Ergänzungen. Eine Folge war, dass Abschnitte innerhalb der Szenenbeschreibungen fett markiert wurden, nämlich genau der Teil, der die Grundlage für die Einordnung in die Graphik darstellte. Die Diskussion zeigte, dass der Beschreibungstext manchmal zu ausführlich war und dass das fett Markierte, das für die Musiktherapeutin bedeutsame Moment klarer fassen ließ, was die Nachvollziehbarkeit und Transparenz erhöhte.

Nachdem die Auswahl des Fallmaterials, die Methode und ihre Anpassung an den Forschungskontext und Schritte der Validierung vorgestellt wurden, werden im nächsten Kapitel die Ergebnisse vorgestellt.

5 Ergebnisse

Das Ergebnis der Analyse von insgesamt 80 Szenen sind die folgenden 10 Interaktionsmuster, die sich in zwei Gruppen von Interaktionsmustern unterteilen lassen. Die ersten sechs Interaktionsmuster sind typisch für die Anfangsphase der Therapie. Beispiele aus den ersten 22 Sitzungen wurden dem Beginn der Therapie zugeordnet. Die zweite Gruppe beschreibt vier Interaktionsmuster, die im weiteren Verlauf des Therapiegeschehens typischerweise auftreten. Die Sitzungsanzahl ist deutlich höher, so dass die meisten Beispiele dem Therapieabschnitt der 27. und der 46. Sitzung entstammen.

Interaktionsmuster I zu Beginn:

1. Musik als magische Hoffnung
2. Musik geht über Grenzen
3. Musik macht alles schlimmer
4. Musik als Rückzugsort
5. Musik zum Nicht-Alleinsein
6. Musik zur Triangulierung

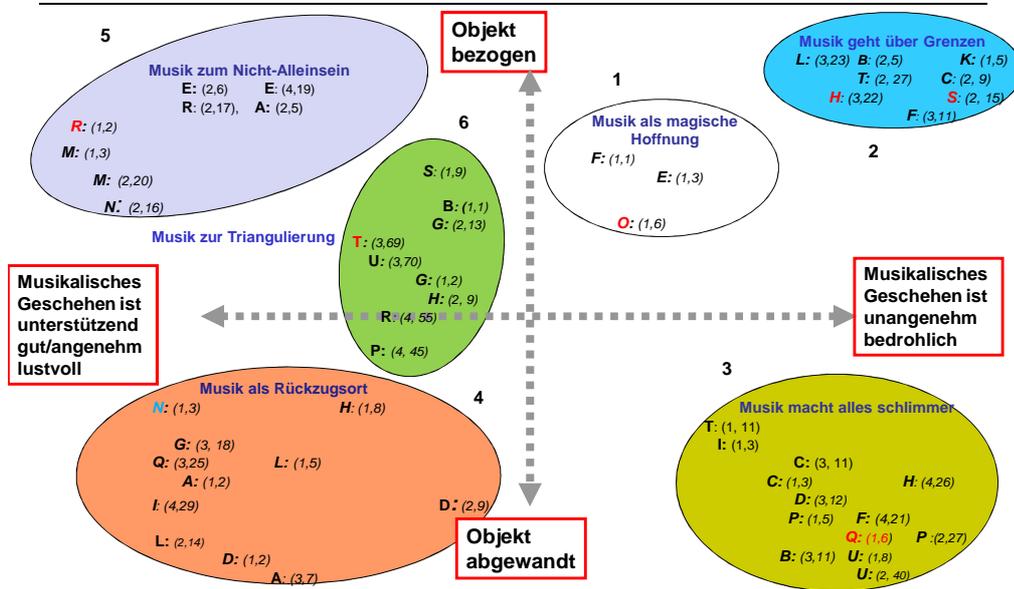
Interaktionsmuster II im Verlauf:

7. Musik erlaubt Disharmonie
8. Musik als Gegenstimme
9. Musik gibt Struktur
10. Musik zur Integration des Ausgeschlossenen

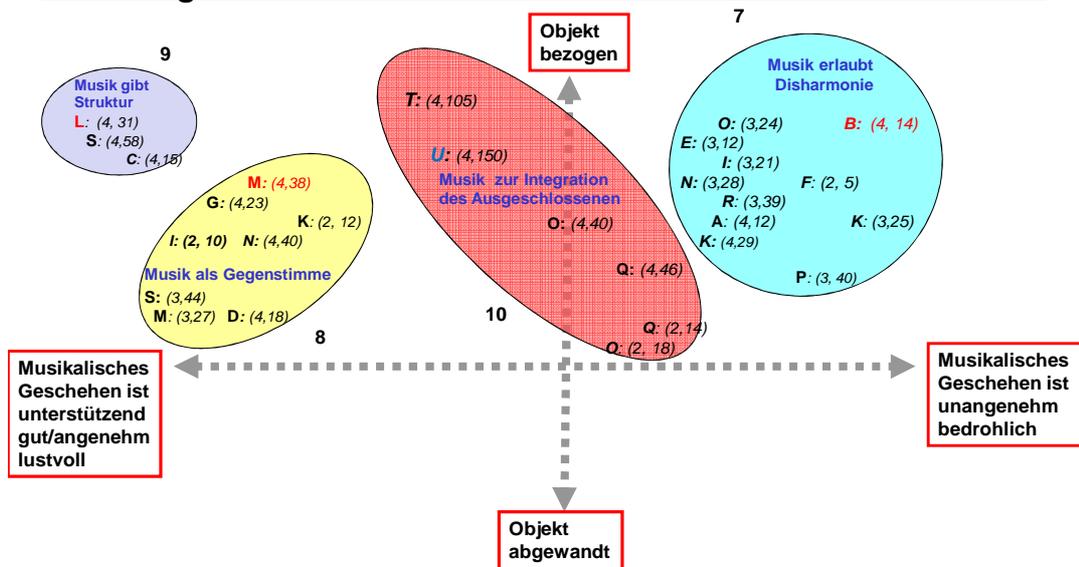
In Form von zwei Graphiken wird die Einordnung der Interaktionsmuster visuell dargestellt. Anschließend wird jedes der 10 Interaktionsmuster einzeln, der Reihe nach, erläutert. In der folgenden Graphik stehen die Großbuchstaben für die Kürzel der jeweiligen Patientinnen. In Klammern sind zuerst die Szene und die für diese Szene entsprechende Sitzungsanzahl aufgeführt. In dieser graphischen Zusammenführung sind die Leitthemen der Szenen aus Platzgründen nicht in der Graphik aufgeführt. Die bestimmenden Leitthemen sind in die 4 Graphiken der vier Szenen aufgenommen worden (Anhang 4).

Tabelle 5. Interaktionsmuster in der Musiktherapie von Patientinnen mit einer BPS

**Interaktionsmuster I zu Beginn
überwiegend 1+2**



**Interaktionsmuster II im Verlauf
überwiegend 3+4**



Die Ergebnisse der Interaktionsmuster werden folgendermaßen vorgestellt. Zuerst wird die erste Graphik mit den sechs Interaktionsmustern (1.-6.) erläutert, die eher typisch für den Beginn der Therapie sind. Die linke und rechte Seite beschreiben Polaritäten im Erleben von Musik. Es werden zuerst die Interaktionsmuster vorgestellt, bei denen die Anspannung und Bedrohung durch die Verwendung von Musik thematisiert werden, d.h. die auf der rechten Seite befindlichen. Anschließend werden die Muster vorgestellt, bei denen das musikalische Geschehen als unterstützend erlebt wird. Im Anschluss wird die zweite Graphik (7.-10) mit den verbleibenden vier Interaktionsmustern nach dem gleichen Prinzip vorgestellt.

Die Interaktionsmuster werden nach folgendem Schema präsentiert. Zuerst werden die Beispiele, mit Patientinnenkürzel (A-U), Szene, Sitzungsanzahl und Leitthema aufgeführt, die in das jeweilige Interaktionsmuster eingeordnet worden sind. Anschließend wird die Einordnung in die Graphik dargestellt. Jedes Interaktionsmuster wird an Hand von acht Aspekten vorgestellt.

a. Die Beschreibung

In diesem Abschnitt werden die Musik und das Verhalten von Patientin und Therapeutin für das jeweilige Interaktionsmuster beschrieben. Die Verallgemeinerung wird durch Beispiele der einzelnen Patientinnen angereichert.

b. Die Analyse der Übertragung und Gegenübertragung

Als Gegenübertragung werden Gefühlsäußerungen, Impulse und Stimmungen der Therapeutin beschrieben, welche mit dem Umgang, den die Patientin mit der Musik hat, in Beziehung gesetzt werden (2.4.2). Im Sinne der von Racker (1978) entwickelten Unterscheidung von Gegenübertragungsphänomenen, werden die, während der Interaktion mit der Patientin in der Therapeutin auftretenden Gefühle als Indikatoren verwendet. Die Analyse der in der Therapeutin auftretenden Gefühle, lassen Rückschlüsse auf das innere Erleben und die innere Vorstellungswelt der Patientin zu. Allerdings stellt sich die Analyse der Gegenübertragung wegen der subjektiven Bedingungen der Therapeutin und ihres möglichen Gegenübertragungswiderstandes als ein derartig komplexer Prozess dar, dass die präzise Bestimmung der Übertragungs- Gegenübertragungsanalyse nicht einfach ist. Es handelt sich hier

nicht eindeutig um Übertragungs- und Gegenübertragungsmanifestationen. Der exakte Nachweis von Übertragung und Gegenübertragung würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Die hier dargelegte Analyse erschließt sich aus der Fülle des von den Patientinnen angebotenen Materials und dem Konzept des „szenischen Verstehens“ (3.3.). Erst die differenzierte Beschreibung des Erlebens der Therapeutin macht ein Verstehen der typischen Verhaltensweisen von Patientinnen mit BPS möglich.

c. Verwendung der Musik und ihre unbewusste Bedeutung

Dieser Abschnitt betrachtet das Interaktionsmuster aus der Sichtweise der Patientin und ihrer Verwendung des musikalischen Angebots. Es werden Schlussfolgerungen über die unbewusste Bedeutung der Musik innerhalb des jeweiligen Interaktionsmusters vorgenommen.

d. Biographie

Die für das Interaktionsmuster typischen biographischen Auffälligkeiten werden in knapper Form zusammengefasst.

e. Bezug zur BPS

In diesem Abschnitt werden die Merkmale des Interaktionsmusters in einen Zusammenhang mit den Symptomen der BPS gestellt.

f. Verlaufseinordnung

Dieser Abschnitt ordnet die einzelnen Beispiele in den zeitlichen Verlauf ein, wobei an Hand der Angabe der Sitzungsanzahl das Interaktionsmuster als ein Anfangs- oder ein Verlaufsinteraktionsmuster identifiziert werden kann.

g. Das prototypische Fallbeispiel

Der letzte Abschnitt stellt das prototypische Fallbeispiel dar, mit dem das Interaktionsmuster an einem Einzelfall exemplarisch dargestellt wird.

5.1 Musik als magische Hoffnung

E (1,3):	Es soll besonders sein
F (1,1):	Verzweifelt etwas können wollen
O (1,6):	Zu hoher Anspruch

Das Interaktionsmuster wurde eingeordnet in den Quadranten rechts oben, der bestimmt ist durch eine leichte Tendenz zur Objektbezogenheit und durch eine leichte Tendenz, das musikalische Geschehen als angespannt und bedrohlich zu erleben.

1a. Beschreibung

Das Interaktionsmuster ist bestimmt durch große Hoffnung, die an die Musik und auch an die Therapeutin gerichtet ist. Die Hoffnung ist mehr auf die Musik gerichtet, aber die Therapeutin ist dennoch wichtig, denn sie soll der Patientin dazu verhelfen, dass sie die Musik für sich als unterstützend verwenden kann. Die Hoffnung der Patientin geht mit dem Wunsch nach schneller Veränderung und Verbesserung einher. Sie ist verbunden mit einer Erwartungshaltung und dem Wunsch nach Entlastung und Erlösung. Die Atmosphäre ist geprägt von Ungeduld und Anspannung.

Für die Veränderung ist die Art entscheidend, in welcher von der Musik Gebrauch gemacht werden kann. Die Vorstellung der Patientin ist, dass sich ihr (momentanes) Lebensgefühl verbessern würde, wenn sie die Instrumente im Musiktherapieraum im herkömmlichen Sinne beherrschen könnte. Die Patientin fühlt sich unzureichend und strebt Veränderung an. Sie hat die Vorstellung, dass sie ihre Gefühle durch Musik ausdrücken könnte und sich dadurch auch von unangenehmen Gefühlen befreien könnte. Der Wunsch ist riesig, endlich auch einmal etwas zu können. Patientinnen wählen häufig auffällige große, mächtig wirkende Instrumente, deren Klangerzeugung einiges an Geschick erfordert, wie z.B. das Cello (Frau O, P), das Klavier (Frau E, P) oder das Akkordeon (Frau P).

Die Patientin richtet entweder die Hoffnung an sich selbst, dass sie die Instrumente ohne weiteres „plötzlich“ spielen kann oder sie erhofft sich, dass die Musiktherapie und dabei die Musiktherapeutin durch Musikunterricht ihr dazu verhilft, dass sie die Instrumente im herkömmlichen Sinne spielen kann. Die Patientin erhofft sich, auf unerklärliche Weise plötzlich die von ihr erwünschten Fähigkeiten zu besitzen. Mit magischer Hoffnung ist die Wunscherfüllung gemeint, die sich über die Realität hinweg setzt und die Hoffnung mittels Zauber- oder Magierkräften Veränderungen herbeiführen zu können.

1b. Gegenübertragung/Übertragung

Die Patientin zeigt der Therapeutin zunächst, dass sie hohe Ansprüche an sich hat. Möglicherweise hatte die Patientin Angst vor den Erwartungen der Therapeutin und um sich der Enttäuschung nicht aussetzen zu müssen, hat die Patientin stattdessen die befürchteten Erwartungen vorweg genommen, die als Anspruch an sich selbst verinnerlicht sind.

Die Therapeutin gerät durch die Hoffnungen der Patientin in ihrer Gegenübertragung in diffuse Gefühle von Anspannung, die sehr gegensätzliche Gefühle und Gedanken zur Folge haben.

Sie soll der Patientin dazu verhelfen, dass diese ihren Wunsch nach perfektem Spiel verwirklichen kann. Die Therapeutin bemerkt die bedrückende Not der Patientin und den großen Wunsch die Patientin zu unterstützen und zu entlasten. Gleichzeitig gerät sie damit unter einen Erfolgsdruck, der dem der Patientin ziemlich genau entspricht (konkordante Gegenübertragung). Die Vorstellung von der Art der Unterstützung und der Heilung ist jedoch bei beiden verschieden. Die Patientin stellt sich vor, dass ihr geholfen ist, wenn sie sich die Ausdrucksmittel der herrschenden Musikkultur angeeignet hat. Die Therapeutin stellt sich vor, dass kreatives Spiel und Reflexion helfen könnten.

Hieraus ergeben sich vier Gedanken.

1. Die Therapeutin erlebt die große Not und das Anliegen der Patientin. Gleichzeitig erlebt sie eine Unstimmigkeit: sie fühlt sich in ihrer Rolle als Musiktherapeutin nicht

wertgeschätzt und zu etwas anderem missbraucht, denn anscheinend ist eher eine Musikpädagogin erwünscht.

2. Die große Kluft zwischen dem Ideal und dem realen Können erschreckt die Therapeutin und ist kaum aushaltbar. Die Therapeutin kann sich gar nicht vorstellen, dass diese Kluft überwunden werden kann. Die Therapeutin traut weder der Patientin noch ihren eigenen Interventionen zu, dass diese helfen könnten die Kluft zu verringern. Hier zeigt sich, wie sehr die Therapeutin mit der Hoffnungslosigkeit der Patientin identifiziert ist.

3. Die Therapeutin wird die Patientin nur enttäuschen können. Gleichzeitig ist die Therapeutin von sich enttäuscht, dass ihr keine „magische“ Technik einfällt, mit der sie dem Wunsch der Patientin entsprechen könnte. Hier entspricht die magische Hoffnung der Patientin der magischen Hoffnung der Therapeutin, eine gute Intervention zu finden. Es wird keinen Weg geben, bei dem die Patientin zu dem Ziel gelangen wird, ihrem Anspruch entsprechend auf dem für sie unbekanntem Instrument plötzlich spielen zu können. Die Enttäuschung ist das entscheidende Thema. Die Enttäuschung kann sich auf die Patientin selbst beziehen und/oder auf ihr Umfeld, das ihr nicht ermöglicht hat, ausreichend lernen zu können.

4. In dem Maß, in dem es der Therapeutin nicht gelingt, die eben angeführten Themen aufzugreifen und zu verstehen, muss sie den Wunsch der Patientin abwehren, z.B. indem sie den Wunsch der Patientin nach musikalischem Können abwertet, „gereizt“ reagiert oder ihr musikalisches Können der Patientin anbietet.

1c. Verwendung der Musik und ihre unbewusste Bedeutung

Die Zauberkraft von Musik wird vielerorts beschrieben und gerade BPS kennen sich in der Verwendung von für sie hilfreicher Musik sehr gut aus. Fast jede Patientin hat ihre Lieblingsmusik, die sie für sich als Hausapotheke benutzt, wenn die inneren Spannungen zu groß werden. Insofern hören BPS sehr viel Musik und wissen um die Verwandlungskraft der, aber auch um die Verwundbarkeit durch Musik. Sie schreiben aufgrund ihrer eigenen Erfahrung der Musik unausgesprochen Macht zu.

Die Improvisation ist ein unbekanntes Feld, dennoch locken die Instrumente und bieten sich als Projektionsfläche für vielfältige Wünsche und Hoffnungen an. Häufig

erwarten die Patientinnen, perfekt auf dem von ihnen gewählten Instrument zu spielen. Sie möchten mit Fähigkeiten ausgestattet sein, durch die sie Teil der kulturellen Welt werden. Insofern geht es um den Wunsch, Teil eines Gefüges zu sein und nicht, wie sie es sonst kennen, ausgeschlossen zu sein. Die Fähigkeit, Musik spielen und beherrschen zu können, kann auch als Wunsch verstanden werden, mehr Kontrolle auszuüben, um nicht den inneren Anspannungen ohnmächtig gegenüberzustehen. Das perfekte Spiel kann für den Wunsch stehen, andere Menschen beeinflussen zu können, auch für den Wunsch, andere Menschen gefühlsmäßig erreichen und bewegen zu können. Einfluss kann bedeuten, entweder Schlimmes abwenden oder andere für sich begeistern zu können. Insofern sucht der Interaktionstyp „Musik als magische Hoffnung“ einen Lösungsweg für die nicht aushaltbaren Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühle.

1d. Biographie

Dieses Interaktionsmuster tritt bei Patientinnen auf, bei denen aus der Biographie deutlich wird, dass sie mehrfach Ohnmachtserfahrungen machen mussten. Themen von Missbrauch, Leistungsdenken statt Anerkennung und Sich-zurückgesetzt-fühlen bestimmen die Kindheit der drei Frauen. Alle drei Frauen haben unter der Geburt eines jüngeren Bruders, der ihrem Erleben nach vorgezogen wurde, gelitten. Die Schilderungen der Patientinnen geben Anhaltspunkte für die Vermutung, dass sich ihre Mütter chronisch überfordert gefühlt haben, was gut zu den Gegenübertragungsgefühlen der Therapeutin passt.

Die Frauen sind 19 oder 20 Jahre alt sind und haben kaum bis keine Therapieerfahrung. Alle Patientinnen sind zum ersten Mal in der Erwachsenenpsychiatrie, eine Patientin war bereits in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Den Patientinnen ist es bisher nicht gelungen, eine Berufsausbildung zu beginnen.

Die adoleszente Problematik zeigt sich in der hohen Unzufriedenheit mit sich selbst und der teilweise auch konkret noch bestehenden Abhängigkeit vom Elternhaus. Die Väter werden den Müttern vorgezogen. Möglicherweise haben die Mütter sich eher um die Brüder und die Väter sich mehr um die Mädchen gekümmert. Auf die Väter

ist möglicherweise eine größere Hoffnung gerichtet, als eigenständige und liebenswerte Person anerkannt zu werden.

1e. Bezug zur BPS

Gefühle von Insuffizienz, Sich-zerstört-fühlen, Überforderung, Hilflosigkeit führen zu innerer Anspannung, die als extrem bedrohlich erlebt wird, zu großem Druck führt und bei der Therapeutin „untergebracht“ wird. Themen von Bedrohung werden ausgegrenzt. Der Patientin gelingt es noch nicht, sich mit den für sie bedrohlichen Themen auseinanderzusetzen, stattdessen hofft sie auf Hilfe von außen, eine Hilfe, zu der sie selbst nichts beitragen kann. Die Patientin hat keine Vorstellung davon, wie sie ihren inneren Gefühlsansturm regulieren könnte, insofern bleibt ihr die Hoffnung und das Sehnen nach einer magischen Veränderung.

Das selbstverletzende Verhalten wird auffällig gezeigt. Die Patientinnen intendieren unbewusst, dass das Behandlungsteam merkt, dass sie unter starkem Druck stehen. Die Patientinnen fügen sich viele kleine, aber oberflächliche Schnitte zu. Die Selbstverletzungen sind nicht lebensgefährlich. Die Außenwirkung steht im Vordergrund.

1f. Verlauf

Es handelt sich um ein Interaktionsmuster, das typischerweise den Beginn von Musiktherapie kennzeichnet (Frau F: 1.Sitzung, Frau E: 3. Sitzung und Frau O: 6. Sitzung), entsprechend sind die Beispiele ausschließlich den Anfangsszenen entnommen. Die Patientinnen bringen ihre Vorstellungen und Ängste in die Musiktherapie ein, ohne auf positive Erfahrungen zurückblicken zu können. Die Patientinnen bringen eine Vorstellung von Musik in die Musiktherapie mit, die sich an dem in der Gesellschaft vorhandenen Bild von musikalischer Virtuosität und an professionellen Leistungsansprüchen von Musikern orientiert.

1g. Prototypisches Fallbeispiel:

Frau O: Zu hoher Anspruch (1. Szene, Sitzung 6)

Das einzige Instrument, das Frau O sich für ihre Improvisation vorstellen kann, ist das Cello, alle anderen sind für sie viel zu langweilig. Sie probiert auf diesem herum, während ich leise einzelne Töne auf der Gitarre spiele. Frau O verzieht das Gesicht, als sie Töne erzeugt. Ein Teil der Töne sind viel zu leise, schlimmer noch, die meisten ihrer Töne klingen ganz quietschig und kratzig. Ich bemerke wie unzufrieden Frau Os Mimik ist und versuche auf meiner Gitarre durch Akkorde ein musikalisches Fundament anzubieten, auf dem die Töne von Frau O nicht so herausstechen. Frau O ist sehr mit ihrem Tun beschäftigt, wobei sie auch immer schaut, ob ich im Hintergrund weiterspiele. Nach einigen Minuten legt sie ihr Instrument fast angeekelt weg. Es wäre sicherlich schön, Cello spielen zu können, sagt sie, aber das, was sie hervorgebracht habe, sei ja überhaupt nichts. Sie solle es lieber gleich bleiben lassen. Meine Versuche, ihr Spiel positiv zu kommentieren, führen dazu, dass ich abgewertet werde.

Frau O hat eine sehr idealisierende Beziehung zu ihrem Vater, während die Mutter kaum auftaucht. Der Bruder wird teilweise idealisiert, doch zumeist als Störer erlebt. Frau O musizierte häufig gemeinsam mit dem Vater. Die ersten Schwierigkeiten hatte Frau O, als sie erstmalig entfernt von Zuhause einen Auslandsaufenthalt während der Gymnasiumszeit machte. Die Beziehung zwischen Tochter und Vater ist durch gegenseitige Bewunderung gekennzeichnet. Frau O scheint sich der Aufmerksamkeit ihres Vaters nur sicher, wenn sie seinen Ansprüchen auf bewunderungswürdige Weise gerecht wird. Damit besteht gleichzeitig immer die Gefahr der narzisstischen Wut des Vaters ausgesetzt zu sein, würde Frau O sich der Abhängigkeit und bewundernden Bestätigung ihres Vaters entziehen und selbständig sein. Dieser Wut versucht Frau O zu entgehen, indem sie höhere Ansprüche an sich selbst stellt und sich selbst erschreckend entwertet, wenn sie diese Ansprüche nicht erfüllt, wie sie es tat, als ihr das Cellospiel nicht ausreichend gelang. Unabhängigkeit und Selbständigkeit hat Frau O zu erlangen versucht, indem sie sich mit den Ansprüchen des Vaters identifizierte, die sie nun statt seiner an sich selber richtete. Dieser Leistungsanspruch musste scheitern, da er sich selbstdestruktiv auswirkte.

Die Mutter wird ausgeschlossen. Sie scheint die Tochter dem Vater überlassen zu haben, was evtl. die Folge einer Paarproblematik der Eltern ist, die zu ungenügenden Triangulierungserfahrungen bei Frau O führte.

5.2 Musik geht über Grenzen

- K (1,5): Therapeutin wird an die Wand gespielt
- B (2, 5): Quälender Gesang
- C (2, 9): Durchsetzen
- S (2, 15): Mächtig sein
- T (2, 27): Therapeutin greift ein
- F (3, 11): Therapeutin wird überschüttet und verlassen
- H (3, 22): Nur ein Ton darf sein
- L (3, 23): Becken der Therapeutin ist schneidend

Das Interaktionsmuster wird in den gleichen Quadranten wie das gerade beschriebene Interaktionsmuster 1 eingeordnet. Die Ausrichtung ist extremer. Die Interaktionsszenen zeichnen sich durch eine hohe Objektbezogenheit aus und durch ein angespanntes und bedrohliches Erleben des musikalischen Geschehens.

2a. Beschreibung

Das Interaktionsmuster zeichnet sich durch die Inszenierung einer Täter-Opfer Beziehung aus. Die Verteilung kann sich in zwei verschiedenen Konstellationen zeigen. In beiden Konstellationen bezieht die Patientin die Therapeutin intensiv in ihr Spielgeschehen ein. Die Interaktion zeichnet sich durch große Aktivität auf beiden Seiten (Patientin und Therapeutin) aus, wobei beide Positionen abhängig voneinander sind. Entweder gerät die Patientin in die Position des Opfers und die Therapeutin in die Position des Täters (Frau B, T, L, H) oder es nimmt umgekehrt die Patientin die Täterrolle und die Therapeutin die Rolle des Opfers (Frau K, C, S, F) ein. Bei der zweiten Möglichkeit kommt die Patientin häufig bereits mit einer Idee, wie sie ihr Instrument spielen will, in die Musiktherapie.

Die Interaktion ist durch ein extremes Machtgefälle gekennzeichnet, bei dem die eine Position stark und die andere schwach und hilflos ist. Häufig handelt es sich um Übergriffsituationen, bei denen eine Seite ausgenutzt und missbraucht wird, während die andere ausnutzt und schädigt. Die Position des Täters zeichnet sich durch Angriffslust auf den ohnmächtigen Anderen aus. Die Patientin kommt in die Sitzung mit einer Idee, mit welcher sie die Therapeutin „überfällt“. Sie weiß, was sie spielen möchte und setzt ihren Spielwunsch aktiv um. Bei der Therapeutin entsteht die Vorstellung, dass sie die Patientin bei der Handlung keinesfalls unterbrechen darf.

Die Beziehungserfahrung, sich als mächtig oder ohnmächtig zu erleben, wird mit Hilfe der Musik in Szene gesetzt. Die Patientin nutzt das von ihr gewählte Instrument und spielt darauf in einer Weise, dass die jeweilige Positionsaufteilung für die Therapeutin sehr spürbar ist. In der Täterposition handelt es sich häufig um aggressives und dominantes Spiel, das sich in der Musik z.B. durch extreme Lautstärke (Frau K, C), durch eine Vielzahl von Klängen (Frau S), überwältigende Atmosphäre (Frau F), aufdrängendes Spiel (Therapeutin bei den Frauen B, H, T) oder durch besonders erschreckende Klänge (Frau F, Therapeutin bei Frau L)

ausdrückt. Die Opferposition kann z.B. durch besonders leises Spiel (Frau H, B; Therapeutin bei Frau S), mitspielen ohne zu wollen (Frau T; Therapeutin bei Frau K), endloses Spiel (Frau H), völliges Verstummen (Therapeutin bei Frau F) oder repetitive Muster (Frau L) in der Musik Ausdruck finden.

2b. Gegenübertragung/Übertragung

Die Übertragungsanalyse bezieht sich auf die beschriebenen Positionen. Deren Polarisierung vermittelt durch ihre Klarheit Orientierung und führt so zur Entlastung der Patientin.

Die Patientin (Frau K, C, S) zeigt sich der Therapeutin in der Täterposition, wenn sie extrem machtvoll auf ihrem Instrument spielt. Sie zeigt, dass sie mit viel Kraft, Mut und Aggression ausgestattet ist. So mutet beispielsweise Frau F der Therapeutin zunächst ein belastendes Lied zu, bricht dann aber die Sitzung ab. Dadurch fühlt sich die Therapeutin überwältigt, ohnmächtig ausgeliefert und völlig wehrlos.

Die Patientin kann mit Hilfe der Musik ihre Kraft, Dominanz und Härte demonstrieren. Die Patientin ist entlastet, sie darf ihre Kraft und Aggression zeigen, ohne dass die Therapeutin zerstört wird. Das Spiel der Patientin kann verstanden werden als die Abwehr von Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühlen. Der Abwehrmechanismus der Identifikation mit dem Angreifer wurde bereits in Kapitel 2.4.1.3 vorgestellt.

Die Musik klingt für die Therapeutin erschreckend und furchteinflößend. Die Angst der Therapeutin, den Klang nicht aushalten zu können, verstärkt sich und der Drang, sich der Situation zu entziehen und zu fliehen, ist hoch. Wegen der Gefühle von Hilflosigkeit sind die Schamgefühle stark. Die Therapeutin fühlt sich ohnmächtig in die Ecke gedrückt und der eigenen Position beraubt. In manchen Fällen kann durch die Klänge das Gefühl der Bedrohung extrem stark werden (lebensbedrohlich) (Frau S, K).

Es handelt sich um eine konkordante Gegenübertragung, so dass die Therapeutin durch das musikalische Enactment der Patientin fühlbar in eine Situation gebracht wird, die das Erleben der Patientin in der früheren Beziehungssituation

kennzeichnete. Traumatisierungen und das Erleben von Hilflosigkeitsgefühlen sind vielfach in der individuellen Geschichte der Patientinnen zu finden.

Seitens der Therapeutin kann es sinnvoll und notwendig sein, dass sie die Improvisation begrenzt und unterbricht.

In der zweiten Rollenkonstellation gerät die Patientin (Frau B, T, L, H) in die Opferposition und die Therapeutin wird in die Täterrolle gedrängt. Die Patientin (Frau T, L) verhält sich stark unterwürfig, ist abwartend oder in ihrem Spiel kaum hörbar. Die Therapeutin hat das Gefühl, dass unabhängig davon, was sie spielt oder tut, alles zu viel ist und sie sich der Patientin (Frau H) aufzwingt. Die Patientin versucht durch ihre Passivität das Geschehen zu stoppen und jeden Einfluss zu verhindern. Die Therapeutin erlebt sich als eindringend, auch wenn sie dies mit aller Macht zu verhindern sucht. Die Gegenübertragung ist durch ein starkes Gefühl der Qual gekennzeichnet. Die Therapeutin spielt z.B. zu laut (Frau L) oder wählt einen für die Patientin unangenehmen Klang (Frau L), sie singt zu dominant (Frau B) oder macht einen unpassenden Spielvorschlag (Frau H, T), was die Patientin allerdings alles, dem Anschein nach, erträgt. Die Therapeutin erlebt sich als Opfer, manipuliert und dazu gezwungen, die Täterrolle zu übernehmen. Gleichzeitig fühlt sie sich schuldig, da sie sich nicht dagegen gewehrt hat und zugleich ist sie ohnmächtig, da sie nicht weiß, wie sie aus dieser Rolle wieder herauskommen soll und ist wütend bis ärgerlich darüber, dass sie in diese Situation gebracht wurde. Im Extremfall kann die Wut so groß werden, dass die Therapeutin beginnt, ihre Täterrolle absichtlich auszunutzen und tatsächlich besonders laut oder in anderer Weise schädigend spielt. Die Folge ist, dass ihre quälenden Schuld- und Schamgefühle noch stärker werden.

Die Therapeutin erlebt eine komplementäre Gegenübertragung. Sie wird in die Position derjenigen Person gebracht, von der die Patientin sich in einer früheren Beziehungskonstellation bedroht und geschädigt gefühlt hat. Die Patientin wiederholt in diesem Beziehungsmuster unbewusst das ihr bekannte Erleben, einem stärkeren Täter hilflos ausgeliefert zu sein.

Es handelt sich hier um den Abwehrvorgang der Projektiven Identifikation, bei dem die Patientin die von ihr befürchteten Gefühle, - schlecht und schuldig zu sein - und dafür gequält zu werden, projektiv abwehrt. Die Patientin entlastet sich durch die

Externalisierung des sie innerlich bedrohenden Anteils. Die Therapeutin identifiziert sich mit diesem und verhält sich letztendlich der Patientin gegenüber genauso, wie die Patienten es befürchtet hat. Sie greift die Patientin an und bestätigt damit die Befürchtung, dass es Gründe geben muss, warum die Patientin es verdient habe, angegriffen zu werden.

Bei beiden Möglichkeiten ist die Gefahr gegeben, dass die Therapeutin ihre Hilflosigkeitsgefühle durch extremen Ärger bis hin zu Hassgefühlen abwehren muss.

2c. Verwendung der Musik und ihre unbewusste Bedeutung

Die Musik wird von der Patientin unbewusst verwendet, um ihr bekanntes Beziehungsgefüge der Therapeutin zu verdeutlichen und diese dieses konkret durch das Spiel mit den Instrumenten spüren zu lassen. Das Opfer-Täter-Beziehungsgefüge zeigt sich durch die in der Musik vorherrschenden Gestaltungsmerkmale.

Das Spiel auf den Instrumenten zeigt die Rollenverteilung von mächtig und ohnmächtig sein sofort und direkt spürbar auf. Ist die Patientin in der Täterposition, nutzt sie die Musik, um sich ihrer Kraft und damit auch Macht zu vergewissern. Die Patientin besitzt Einfluss, denn sie wird sofort hörbar. Die Therapeutin wird mehr oder weniger in der ohnmächtigen Position wahrgenommen. Wenn die Patientin die ohnmächtige Therapeutin ausblendet, erlebt sie sich selbst nicht in der Täterposition, so dass die Patientin ihre Schuldgefühle nicht wahrnehmen muss. Die Musik bietet die Möglichkeit, unbewusst Wut, Hass und Ärger in mehr oder weniger „kontrollierter Form“ auszudrücken. Das freie Spiel auf den Instrumenten erlaubt es, mit dem introjizierten Täteranteil sozusagen zu experimentieren. Gleichzeitig muss diese Aggression nicht zu unerträglichen Schuldgefühlen führen, denn sie kann auf die Musik und das Musikinstrument verschoben werden, d.h. die Patientin muss sich so nicht als Angreifer erleben, sondern darf mit dem Instrument so laut spielen, wie sie es aushalten kann. All das sind natürlich unbewusste Prozesse.

Der Therapeutin wird zugetraut, dass sie den Angriff übersteht, bzw. für die Patientin ist es wichtig mitzuerleben, wie die Therapeutin mit so einem Angriff umgeht.

In der anderen Position übernimmt die Patientin die Opferrolle und liefert sich der Therapeutin aus. Die Patientin wiederholt die Position, die sie aus ihrer eigenen Geschichte kennt. Die Spielaktionen werden massiv eingeschränkt, womit die Patientin deutlich zeigt, wie gering ihr Spielraum ist. Der musikalische Raum wird so klein wie möglich gehalten, da die Angst, sich auszubreiten und sich damit womöglich wie der Täter zu verhalten, um jeden Preis verhindert werden muss. Die Patientin muss alles vermeiden, wodurch sie ihre eigene Aggression spüren könnte.

2d. Biographie

Die Biographie dieser Patientinnen zeichnet sich durch eine hohe Zahl von unterschiedlichen Traumatisierungen aus. Mit einer Ausnahme (Frau K) sind alle Frauen sexuell traumatisiert worden, allerdings mit unterschiedlicher Zeitdauer und in unterschiedlichem Alter. Bei Frau K könnte das Thema des sexuellen Missbrauchs ebenfalls berührt sein, lassen doch die Erzählungen darauf schließen, dass es sich ziemlich sicher um ein Thema der Mutter handelte. Zusätzlich haben alle Frauen weitere Traumata erlebt, wie z.B. den Tod des Vaters (Frau C, T), die ohnmächtige Zeugenschaft von Gewalt (Frau H), extreme Vernachlässigung (Frau B, K), Erfahrung mit der Behinderung eines Geschwisters und der psychischen Erkrankung eines Elternteils (Frau K, L, T) oder dem Alkoholproblem des Vaters und Heimaufenthalt (Frau B, S, K). Erfahrungen, weggegeben worden zu sein, zeichnen die Biographie aller dieser Frauen aus.

2e. Bezug zur BPS

Die Verbindung von BPS und Traumatisierung ist bekannt und wird durch meine Untersuchung bestätigt. Die Patientinnen zeigen ihre verinnerlichten übergriffigen Muster im Umgang mit der Musik. Die innere Notwendigkeit, das traumatisierende Erleben abzuspalten, ist hoch und wird durch die Musik direkt in der Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin ausgehandelt. Die Patientinnen übernehmen entweder die mächtige oder die ohnmächtige Rolle, wohingegen der andere polare Anteil ausgegrenzt wird. Es gibt keinen Spielraum zwischen diesen Anteilen zu vermitteln. Der Handlungsdruck ist extrem hoch und die Fähigkeit, über das Handeln zu sprechen und es zu reflektieren, ist stark eingeschränkt. Die Entlastung erfolgt über das konkrete Handeln.

SVV: Das selbstverletzende Verhalten bei dieser Patientengruppe war überwiegend von auffälligem Verhalten begleitet. Es entstand der Eindruck, dass das selbstverletzende Verhalten gesehen werden sollte und auf die Not der Patientinnen hinweisen sollte. Eine große Anzahl von kleinen Schnitten und das Tropfen von Blut (Frau B, K, S, L, F) im Badezimmer oder auf dem Bettlaken waren typische Verhaltensweisen. Das langsame Tröpfeln des Blutes war wichtig. Die Gewalterfahrung gegen die eigene Person nahm Zeit in Anspruch.

Frau T zeigte selbstverletzendes Verhalten in extremem Ausmaß. Sie schlug ihren Kopf gegen die Wand, verletzte sich und riss sich büschelweise die Haare aus.

2f. Verlauf

Das Interaktionsmuster „Musik geht über Grenzen“ kommt tendenziell eher zu Beginn der Therapie vor. Von den acht Beispielen sind fünf (Frau K: 5. Sitzung, Frau B: 5. Sitzung, Frau C: 9. Sitzung, Frau F: 11. Sitzung, Frau S: 15. Sitzung) aus den ersten 15 Sitzungen. Sieben Beispiele entstammen dem Verlauf bis zur 23. Sitzung. Insgesamt wird dieses Interaktionsmuster dem Beginn der Therapie zugeordnet.

Auffällig ist allerdings der Unterschied der Sitzungsanzahl im Bezug zu der Positionierung von Patientin und Therapeutin. Das Interaktionsmuster Patientin in der Position des Täters und die Therapeutin in der Position des Opfers lässt sich anhand der Sitzungszahlen (Frau K: 5. Sitzung, C: 9., F: 11., S: 15.) klar dem Beginn zuordnen. Das umgekehrte Muster, dass die Patientin das Opfer ist und die Therapeutin die Täterin, ist mehr für die späteren Sitzungen typisch (Frau B: 5., H: 22., L: 23., T: 27.). Es muss vermutet werden, dass für die Therapeutin die Gefahr bei der Therapeutin in die Täterposition zu geraten, im Laufe der Therapie zunimmt. Die Übernahme der Opferposition liegt dem therapeutischen Rollenverständnis näher als die Übernahme der „schädigenden“ Täterposition.

2g. Prototypisches Fallbeispiel

Patientin in der Rolle des Täters, Therapeutin in der Rolle des Opfers

Frau S: Mächtig sein

Frau S spielt in der 15. (2. Szene) von insgesamt 70 Sitzungen sehr laut auf dem Klavier. Sie drückt mit ihren Fingern so viele Tasten wie nur möglich herunter. Sie benutzt die ganzen Hände und wälzt auf dem Klavier hin und her. Sie benutzt auch das Pedal, so dass der Klang noch bedrohlicher wird. Frau S hatte sich gewünscht, dass ich auf der Gitarre spiele. Ich zupfe auf meiner Gitarre, doch auch als ich stärker spiele, habe ich das Gefühl, ich werde überrollt und soll verstummen. Ich bin nicht mehr zu hören und ich soll vermutlich auch nicht zu hören sein. Das Getöse von Frau S ist kaum aushaltbar und ich fühle mich, als wenn sie sich mit ihrer gewaltigen Musik auf mich setzt und ich um mein Leben fürchten muss. Ich komme nicht weg und fühle mich wie gelähmt.

Frau S fühlt sich durch die Improvisation sehr mächtig und beschreibt, wie wichtig dieses Gefühl für sie ist. Frau S ist mit Eigenschaften eines mächtigen Täters ausgestattet, während die Therapeutin ihrem musikalischen Angriff als Opfer ausgesetzt ist. Verstärkt wird die Situation noch dadurch, dass Frau S das musikalische Spiel deutlich genossen hat und die sadistische Seite von Frau S mir Angst zu machen, beginnt. Ich frage mich, ob ich ihr Spiel wirklich aushalte, gleichzeitig fällt mir die von Frau S in ihrer Kindheit erlebte Ohnmacht durch Vernachlässigung, Abschiebung ins Heim mit 11 Jahren, körperliche Gewalt und das Erleben eines sexuellen Missbrauchs durch den alkoholtrinkenden Vater ein. Ich kann den Druck von Frau S, nämlich dass sie sich mit der Stärke des Täters identifizieren muss, so besser nachvollziehen. Die Ohnmacht und Überwältigung muss durch diese Umkehrung von Frau S nicht mehr gespürt werden. Gleichzeitig entsteht die Notwendigkeit, mein Erleben als Opfer klar zu begrenzen.

Patientin in der Rolle des Opfers, Therapeutin in der Rolle des Täters

Frau H: Nur ein Ton darf sein (3. Szene, 22. Sitzung)

Frau H hatte in den letzten Musiktherapiesitzungen kaum gesprochen, Musik zu spielen hatte sie Kopf schüttelnd abgelehnt, gleichzeitig saß sie passiv abwartend vor mir.

Die extreme Passivität von Frau H in den letzten Sitzungen war für mich schwer aushaltbar und führt letztendlich dazu, dass ich ihr ein Spiel vorschlage. Ich schlage ihr ein Spiel vor, von dem ich denke, dass es durch seine einfachen Regeln leicht umsetzbar ist, aber dennoch Struktur gibt und Gestaltungsspielraum lässt. In der 22. von 30 Sitzungen mit Frau H schlage ich vor, dass wir abwechselnd nur einen einzigen Ton spielen, diesen aber frei wählen. Frau H stimmt dem Spiel zu, bzw. sie setzt nichts dagegen und spielt brav und angepasst mit.

Während des ganzen Spiels habe ich das Gefühl, ihr durch meinen Musikvorschlag etwas anzutun. Obwohl Frau H das Spiel mitmacht, scheint es mir, als ob ich sie zwänge und fühle mich dabei als Täterin. Frau H erlebe ich in der Position des

Opfers, das alles erträgt bzw. mitmacht. Gleichzeitig ist mir mein Gefühl, nämlich zu zwingen und Täter zu sein, deutlich zuwider und führt zu einem schlechten Gewissen und Schuldgefühlen.

Ich bin Teil des Gequält-Werdens, so wie Frau H die Gewalt ihres Vaters gegenüber ihrer Mutter aushalten musste und ihr nicht helfen konnte. Ich frage in der nächsten Sitzung, ob Frau H meine Gedanken zur letzten Sitzung erfahren möchte. Sie nickt und ich sage, dass es sich manchmal schlimm anfühlen muss, wenn man sich gezwungen fühlt und gar keinen Ausgang weiß.

5.3 Musik macht alles schlimmer

T (1,1):	Verzweiflung
I (1,3):	Tu mir nichts
C (1,3):	Musik hilft auch nicht
P (1,5):	Windspiel ist zu anstrengend
Q (1,6):	Gefahr
U (1,8):	Alles ist falsch
P (2,27):	Abbruch als Schutz
U (2,40):	Es ist zu viel
C (3,11):	Lustlos auf Xylophon
D (3,12):	Therapeutin denkt an Abbruch
B (3,12):	Musik ist nur für Gutes
H (4,26):	Lebendig sind nur die anderen
F (4, 21):	Kontakt darf nicht sein

Das Interaktionsmuster wird eingeordnet in den Quadranten, der das musikalische Geschehen mit Spannung und Bedrohung verbindet und mit dem Extrem der Objektabgewandtheit. Bei den bisher beschriebenen Interaktionsmustern hatten sich die Patientinnen in ihrem Spiel auf die Therapeutin bezogen. Bei diesem Interaktionstyp wendet sich die Patientin im musikalischen Geschehen von der Therapeutin ab.

3a. Beschreibung

Das Interaktionsmuster ist bei den Patientinnen bestimmt durch große Verzweiflung, Angst vor Musik und häufiges suizidales Erleben. Die Interaktion zeichnet sich durch eine klare Aufteilung zwischen Patientin und Therapeutin aus. Die Patientin vermittelt eine Atmosphäre von Stillstand und Hoffnungslosigkeit, während die Therapeutin unterschiedlichste Angebote macht und mit diesen scheitert.

Auf die Angebote, sich dem Thema Musik zu nähern, wird mit Ablehnung reagiert. Die Patientin lehnt die freie Improvisation, häufig aber auch rezeptive Angebote ab. Im Extrem wird nicht nur das musikalische Angebot abgelehnt, sondern die Musiktherapiesitzung überhaupt. Stundenabbrüche sind typisch für dieses Interaktionsmuster. Die Patientin zieht sich von der Therapeutin zurück.

Das musikalische Geschehen wird als sehr bedrohlich erlebt, die Vorstellung der Patientin ist, dass der ohnehin als schrecklich erlebte Zustand sich durch Musik noch verschlimmert. Die Patientin wird dadurch, dass sie das Musikangebot ablehnt aktiv. Die Patientin hat keine Vorstellung, dass das Musikangebot ihr helfen könnte oder einen positiven Einfluss auf ihr Erleben haben könnte.

3b. Gegenübertragung/Übertragung

Die Patientin zeigt ihre Verzweiflung durch ihre körperliche Haltung, Mimik und durch regelrechtes Verstummen. Die Patientin zeigt sich passiv, abwartend und äußert keine eigenen Themen oder Spielideen. Ihre große Not und Anspannung ist für die Therapeutin spürbar, wenn die Patientin von „negativen“ Gedanken berichtet, z.B. ihrer Anspannung und dem Druck sich verletzen zu müssen (Frau P, Q, U, P) oder davon, dass mit so einer Erkrankung das Leben keinen Sinn mehr (Frau C, P, F) habe. Die Aufforderung zu entlasten und zu helfen ist offensichtlich, dennoch fühlt sich die Therapeutin ausgebremst und auf Abstand gehalten. Die Patientin hofft auf Hilfe, aber sie kann sie sich gar nicht vorstellen. Die Therapeutin bemüht sich, in dem sie der Verzweiflung eine lebensbejahende und kreative Haltung entgegensetzt und Angebote auf unterschiedlichen Ebenen (freie Improvisation, Musikhören, Therapeutin spielt für Patientin) macht. Die Patientin (Frau T, Q, C, H, P, I) beginnt häufig, einen der Vorschläge umzusetzen, bricht dann aber ab. Manchmal beginnt sie gar nicht erst (Frau U, B, F). Die Patientin schüttelt den Kopf und zeigt in ihrer Mimik deutlich, dass das Musikangebot für sie nicht in Frage kommt. Ihre Vorstellung, das innere Gefühl der Verzweiflung durch Musik auch noch nach außen sichtbar werden zu lassen, ist für sie beängstigend. Die Patientin hat nichts, was zu zeigen lohnend wäre, daher kann sie - ihrer inneren Logik entsprechend - auch nicht spielen. Der Vorschlag der Therapeutin, sich mit Musik zu beschäftigen, führt manchmal zu Entrüstung auf Seiten der Patientin (Frau B, U) und der Frage, wie die

Therapeutin denn an sie überhaupt die Erwartung, Musik zu spielen, stellen könnte. In dieser Entrüstung wirkt die Patientin lebendig.

Wichtige Momente dieser Interaktionsform sind Ablehnung und der Ausschluss des Musikangebots, bei gleichzeitig erlebter Not und Wunsch nach Entlastung. Die Musiktherapeutin fühlt sich hilflos, denn jedes ihrer unterschiedlichen musiktherapeutischen Angebote wird abgelehnt. Das Interaktionsmuster von Angebot und Ablehnung wiederholt sich und fokussiert sich auf die Profession der Musiktherapeutin. Das Handwerkszeug, mit dem sie verstehen kann, wie die Patientin sich fühlt oder was sie braucht, wird abgelehnt. Bezeichnend für diese Interaktion ist gerade, dass das abgelehnt wird, was die Therapeutin besonders gut kann. Gerade deshalb sind die Gefühle von Ablehnung, Selbstzweifel, Ohnmachtserleben sowie der Eindruck der Therapeutin, dass sie mit dem, was sie anzubieten hat, nichts bewirken kann, besonders quälend und schwer auszuhalten.

Manchmal fühlt sich die Therapeutin auch angegriffen und hat das Gefühl zu scheitern, was soweit führen kann, dass bei der Therapeutin der Wunsch, die Sitzung abubrechen, entsteht. Wenn der Ärger oder das Ohnmachtserleben sich weiter intensiviert, kann der Wunsch entstehen, die Patientin wegzuschicken,. Andere Therapeuten können sicherlich besser mit einer entsprechenden Situation umgehen, denkt sie sich. Fachtherapeuten, die mit einem anderen Medium, wie z.B. Ton arbeiten, hätten es sicherlich deutlich leichter, ist eine andere Phantasie. Zur Kollegin schicken, stellt eine von außen gesehene akzeptable (Schein-) Erklärung dar.

Das Thema ist Scheitern und der Umgang damit. Das Gefühl des Scheiterns der Therapeutin lässt sie ahnen, welche Gefühle des Scheiterns, der Wirkungslosigkeit und der Ausweglosigkeit die Patientin selbst erleben musste. Im Unterschied zur Patientin damals kann die Therapeutin Gefühle des Scheiterns dann aushalten, wenn sie diese als einzig mögliche Kommunikation versteht, mit der die Patientin versucht, trotz ihrer verzweifelten und schrecklichen Gefühlen ausgehalten und nicht verlassen zu werden. Die Patientin kann erleben, dass die Therapeutin ihre Angriffe überlebt und die Beziehung gerade nicht abgebrochen wird. Die Schuldgefühle der Patientinnen, die Therapeutin und ihr Medium abgelehnt zu haben, können abnehmen und Vertrauen kann wachsen. Die Ablehnung und die mit der Ablehnung verbundenen Ängste können thematisiert werden.

3c. Verwendung der Musik und ihre unbewusste Bedeutung

Die Musik wird als Träger für die bedrohlichen Anteile der Patientin verwendet. Die Musik bekommt ihre Bedeutung vor allem dadurch, dass sie in der Musiktherapiesitzung abgelehnt wird. Die Patientin lehnt also etwas ab, worin die Therapeutin Spezialistin ist.

Die Ablehnung durch die Patientin und deren Vehemenz kann im Zusammenhang mit dem Gefühl der Bedrohung und der Angst, sich ausgeliefert zu fühlen, verstanden werden. Die Patientin hat die Vorstellung, dass die Therapeutin mächtig und „Meisterin“ der Klänge sei. Die Patientin weiß um die Macht von Musik, Gefühle auszulösen. Die Musik könnte bei der Patientin Gefühle auslösen, die ihr als viel zu bedrohlich erscheinen und über die sie keine Kontrolle mehr hätte. Die Musik könnte etwas bewirken, was die Patientin vor allem mit Bedrohungsgefühlen verbindet. Insofern löst die Vorstellung, Musik zu spielen oder zu hören große Angst aus, die sich als „Angst sich auszuliefern“, „Angst die Kontrolle zu verlieren“, „Angst zu zerstören“, „Angst unfähig zu sein“ oder „Angst den eigenen Ansprüchen nicht zu entsprechen“ zeigen kann. Die Patientin erwartet, dass ihre bereits vorhandene Verzweiflung durch die musikalische Gestaltung nur noch dramatischer und bedrohlicher werden kann. Die Zerstörungswut könnte z.B. von der Therapeutin gehört werden. Die Ablehnung des musikalischen Angebots kann als Versuch verstanden werden, bedrohliche Gefühle abzuwenden.

Die Patientin ist allein und ihren negativen Vorstellungen über sich selbst total ausgeliefert. Weder kann sie sich vorstellen, dass sie selbst durch das Musikspiel zur Veränderung ihrer Gefühle beitragen kann, noch dass die Therapeutin mit ihrer Musik hilfreich sein könnte.

Für die Patientin gibt es Gefühle und Themen, die nicht sein dürfen und die nicht ausgehalten werden können. Dieser Interaktionstyp zeigt, dass das Thema der Ausgrenzung für die Patientin einen Ort bekommt, indem sie die Musik ablehnt. Die Überwältigung durch diffuse Gefühle des Schlechtseins wird auf die Musik projiziert, so dass gerade durch den aktiven Kontakt, mittels der bedrohlichen Musik, der Umgang der Patientin mit ihren bedrohlichen Gefühlen von der Therapeutin thematisiert werden kann.

Es ist die Aufgabe der Musiktherapeutin eine Balance zu finden zwischen der Herausforderung, der Patientin einen Spielraum für das Thema Ausgrenzung innerhalb der Therapie zu geben und der ausgesprochenen Erlaubnis auszugrenzen, bei der die Beendigung der Musiktherapie ebenfalls eine Option sein kann.

3d. Biographie

Auch diese Patientinnengruppe zeichnet sich durch vielfältige Traumata in der Vorgeschichte aus. Bemerkenswert ist, dass bei acht Patientinnen sexuelle Übergriffe bekannt sind, wobei sich bei Frau H (13 Jahre) und bei Frau I (18 Jahre) Vergewaltigungen in der Vorgeschichte finden. Die Biographien der Patientinnen sind zusätzlich durch Ablehnung und Scheitern gekennzeichnet. Die meisten der Patientinnen haben noch nie über ihre sexuelle Übergriffe berichtet. Es gab für sie niemanden, dem sie sich hätten anvertrauen können. Sie berichten von großen Enttäuschungen, von Ablehnung und Schwierigkeiten mit ihren Müttern. Es waren Mütter, die sehr dominant waren, die ihre Kontrolle verloren oder die über Wochen schwiegen, Mütter also, denen keine ausreichende Affektabstimmung gelungen ist, so dass die Kinder nicht das bekamen, was sie gebraucht hätten und die mit ihren inneren Spannungen sich allein überlassen blieben. Vermutlich handelt es sich um Mütter, die ihrerseits überfordert waren. Die Väter waren häufig abwesend oder verschwunden und wurden von den Patientinnen idealisiert. Bis auf vier Frauen (Frau T, C, U, H) handelt sich bei den dreizehn Patientinnen um Trennungskinder. Bei Frau U und Frau H hatten die Väter neben der Ehefrau Geliebte und die Ehe stand zwischenzeitlich auf dem Spiel.

Es handelt sich um Patientinnen, die immer wieder über lange Zeit stationäre Aufenthalte benötigten, Frauen, die häufig mit massiven suizidalen Gedanken oder nach einem Suizidversuch stationär aufgenommen wurden und die über suizidale Gedanken schon während der Kindheit berichten. Frau P und Frau T waren bereits in der Kinderpsychiatrie und wurden nach der Behandlung in unserer Klinik mit Richterbeschluss für 2 Jahre in eine geschützte Einrichtung überwiesen. Es sind Patientinnen, die auf äußeren Schutz angewiesen sind, da ihre regulativen Möglichkeiten nicht ausreichen, Krisen selbständig zu bewältigen.

3e. Bezug zur BPS

Das Interaktionsmuster „Musik macht alles schlimmer“ ist gekennzeichnet durch das Gefühl massiver Angst, unter dem die Patientinnen ständig leiden. Es handelt sich um die Angst, von Gefühlen überwältigt zu werden. Das Gefühl der Bedrohung bestimmt die Beziehungskonstellationen. Es ist eine Bedrohungssituation, der nur durch Spaltung begegnet werden kann. Während die Spaltung sich üblicherweise auf unterschiedliche Therapeuten bezieht, befindet sich bei der Ablehnung des Musikangebots innerhalb der Musiktherapie, das Thema der Spaltung innerhalb der Sitzung selbst. Die bedrohlichen Themen sollen aus der Therapie heraus gehalten werden. Die Musik wird abgelehnt, nicht jedoch die Musiktherapeutin. Auseinandersetzungen über die Befürchtungen sind kaum möglich. Der Umgang mit Musik ist ein Beispiel dafür, wie stark Patientinnen sein können, wenn sie etwas ablehnen.

Die Angst vor Zerstörung, überwältigenden Affekten und Kontrollverlust ist extrem hoch und soll durch die Vermeidung der Musik gebändigt werden. Aggressives Erleben ist für die Patientin perse zerstörerisch und daher extrem bedrohlich. Die Patientin möchte gar nicht erst in Gefahr kommen, so dass es von Anbeginn an sicherer ist, Musik generell abzulehnen.

Suizidversuche und die Gefahr der Lebensbedrohung bei Selbstverletzungen charakterisieren diesen Interaktionstyp. Die Patientinnen ritzen sich nicht nur oberflächlich, sondern sie schneiden extrem tief. Frau T, Frau P, Frau D, Frau C zeigen extreme Formen der Selbstverletzung. Infolge der großflächigen Narbenbildung werden Schnitte/Verbrennen/Abbinden extremer ausgeführt und die Versorgung entsprechend schwieriger.

3f. Verlauf

Dieses Muster der Interaktion ist typisch für den Anfang von Musiktherapie. Von den 13 Beispielen entstammen neun den ersten 12 Sitzungen. Zum einen zeigt der akute Zustand der Patientinnen, dass Aufnahme und Behandlung notwendig waren. Zum anderen ist die Ablehnung der Musik in der Musiktherapie für viele Patientinnen ihre einzige Schutzmöglichkeit.

Vier Beispiele entstammen dem weiteren Therapieverlauf (Frau F: 21. Sitzung, H: 26. Sitzung, P: 27. Sitzung, U: 40. Sitzung), so dass das Interaktionsmuster aber nicht ausschließlich dem Beginn zugeordnet werden kann. Die Stimmungsschwankungen von Patientinnen mit BPS sind bekanntlich groß, so dass suizidale Krisen typisch für den Gesamtverlauf der Behandlung sind. Viele Patientinnen stabilisieren sich im Laufe der Behandlung durch den verlässlichen Rahmen und das nahezu ständig zur Verfügung stehende therapeutische Team. Im Zuge von Entlassungsplanungen und bei Konfrontationen, sowie wenn Gefühle wieder stärker selbst reguliert werden müssen, werden die Patientinnen oft erneut schwer suizidal.

Drei Patientinnen (Frau U, P, C) sind in dieses Interaktionsmuster in der ersten und in der zweiten Szene eingeordnet worden. Musik abzulehnen und über diesen Weg ihre Beziehungsproblematik zu zeigen, war für diese drei über den gesamten Therapieverlauf zentrales Thema.

3g. Prototypisches Fallbeispiel

Frau Q: 1. Szene Gefahr (1. Szene. Sitzung 6)

Frau Q kommt in die Sitzung und erzählt, wie schlecht es ihr gehe. Sie hat keine Vorstellung davon, welches Thema sie vertiefen möchte. Sie steht unter Druck und weiß nicht, was sie machen soll, wiederholt sie immer wieder. Meine Versuche, sie für eines der Instrumente zu motivieren, scheitern mehrfach. Sie wirkt sogar verärgert, weil sie mir von ihrer Abneigung schon in den letzten Stunden erzählt hatte. Auf meine Nachfrage erklärt sie mir, dass sie die Instrumente stark mit ihrem Vater in Verbindung bringe, da er auch einige Trommeln zu Hause habe. Sie hat lange keinen Kontakt zu ihrem leiblichen Vater gehabt. Frau Q will nicht über ihren Vater sprechen, gleichzeitig fragt sie sich, ob es möglich sei, dass ein sexueller Missbrauch die Ursache ihrer Erkrankung sei. Sie kann sich an nichts erinnern und möchte auch über dieses Thema nicht weiter sprechen. Abwartend sitzt sie vor mir. Ich schlage vor, Musik zu hören und Frau Q stimmt zu, wenn sie auch nicht motiviert wirkt. Ich suche ein Klavierstück aus, das über eine lange Strecke einen ruhigen Verlauf hat (Cafe del mare). Da das Stück mit der Zeit durch andere Instrumente (Schlagzeug) erweitert und dadurch dynamisch lebendiger wird, schalte ich die CD nach einiger Zeit ab. Frau Q ist sehr froh darüber. Den Anfang habe sie noch aushalten können, aber das Schlagzeug am Schluss habe sie als sehr bedrohlich erlebt.

Frau Q möchte nichts von sich in der Musiktherapie zeigen. Sie wünscht sich den Abbau ihrer Anspannung, aber gleichzeitig darf sich nichts verändern und alle

darauf abzielenden Versuche werden wirkungslos gemacht. Sie kann sich nicht vorstellen, dass aktives Musikspiel sie entlasten könnte. Vermutlich stellt sie sich den Klang nur schrecklich vor, da sie von ihrer angespannten Stimmung ausgeht. Der Vorschlag etwas anzuhören, stellt eine Entlastung dar, denn Frau Q muss sich nicht darstellen. Die Musik wird von Frau Q als ruhig erkannt und angenommen. Dennoch bleibt das Niveau ihrer Angst weiterhin hoch. Frau Q vertraut der Therapeutin nicht, dass diese ein Stück aussucht, dass für sie hilfreich sein könnte. Die Musik wird für sie bedrohlich, als die Dynamik leicht anschwillt und das Schlagzeug beginnt. In der Musik sind Bewegung und Steigerung hörbar. Beide Elemente werden durch ihre Unvorhersehbarkeit von Frau Q als bedrohlich erlebt. Sie fühlt sich nur sicher, wenn sie ihre Gefühle kontrollieren kann. Gleichzeitig ermöglicht die Ablehnung der Musik ihr das Gefühl von Autonomie. Sie kann sagen, wenn ihr etwas zu viel wird. Durch die Ablehnung und Unterbrechung deuten sich wesentliche biographische Themen an, die zu diesem Zeitpunkt aber nicht vertieft werden dürfen.

Frau Q zeigt in der Therapie wie schnell sie sich übergeben fühlt und ihre Grenzen nicht gewahrt sieht. Besonders die Beziehung zur Mutter ist durch große Unsicherheit gekennzeichnet. Die Mutter setzt sich aufopfernd für sie ein, doch sie erwartet auch viel. Abgrenzung und Trennung dürfen nicht sein. Frau Q erzählt, wie schwer es für sie ist, sich wirklich zu spüren und zu wissen, was sie möchte. Frau Q lehnt ihren leiblichen Vater ab. Er hat die Mutter für eine andere Frau verlassen, eine neue Familie gegründet und ein sexueller Missbrauch steht im Raum. Der Stiefvater wird im Gegensatz dazu idealisiert und Frau Q steht in sehr engem fast freundschaftlichem Kontakt zu ihm, bei dem die Mutter ausgeschlossen ist. Frau Q konnte weder zur Mutter noch zum Vater, noch zum Stiefvater eine ausreichend stabile Beziehung aufbauen, so dass sie weder ihre Gefühle als zu sich gehörig, noch die Möglichkeit der Regulation ihrer Gefühle erfahren konnte. Jeder äußere Einfluss wird für das innere Erleben als bedrohlich erlebt, da Frau Q nicht klar zwischen außen und innen unterscheiden kann.

5.4 Musik als Rückzugsort

N (1,3):	Spielen bringt Spaß
H (1,8):	Heavy Metall macht lebendig
L (1,5):	Klavier als Lieblingsinstrument
A (1,2):	Kinderlieder wiederholen
D (1,2)	Hauptsache spielen
L (2, 14):	Besser Klavier spielen
D (2,9):	Archaische Musik
Q (3, 25):	Verklärte Musik
G (3, 18):	Alles probieren
A (3, 7):	Cello ist neu
I (4, 29):	Verspielt sein

Das Interaktionsmuster wird in jenen Quadranten eingeordnet, in dem das musikalische Geschehen mit Unterstützung und lustvollem Spiel verbunden ist. Da

die Patientinnen in sich gekehrt wirken und sich in die Musik zurückziehen, werden diese Szenen auf der objektabgewandten Seite eingeordnet.

4a. Beschreibung

Das Interaktionsmuster ist bestimmt durch Versinken in der Musik und durch sich wiederholendes-einspinnendes Spiel auf Instrumenten. Die Patientin genießt das musikalische Geschehen, in dem gespielt oder gehört wird. Die Interaktion zeichnet sich dadurch aus, dass die Patientin mit ihrer Musik beschäftigt ist. Die Art des Spiels ist bei jeder Patientin unterschiedlich. Bei Frau L1/2, A1/2, Q und G stehen Melodien im Vordergrund und für Frau N, H, D1/2 rhythmische Figuren. Kleine Sequenzen werden immer wiederholt, so dass sie auf diese Weise fast statisch wirken.

Die Patientin spielt auf ihrem Instrument und die Therapeutin spielt gleichzeitig auf einem anderen Instrument. Die Musik der Patientin klingt einladend und die Therapeutin versucht mit Hilfe von verschiedenen Spielweisen (z.B. Rhythmus, Klang), sich auf das musikalische Angebot der Patientin zu beziehen. Sie findet allerdings keine für sie hörbare Resonanz und die beiden Spielweisen stehen unverbunden nebeneinander. Das rezeptive Musikangebot ist bestimmt durch Musik, die von der Patientin (Frau H, Q, D2) selbst mitgebracht wird. Die Patientin wirkt während des Hörens entspannt, sie kann sich in die Musik zurückziehen. Es gibt anschließend kaum verbalen Austausch. Die Therapeutin erlebt die Musik wie einen Schutzmantel, den die Patientin sich umlegt. Die Musik ermöglicht der Patientin, sich mit sich selbst und ihren Fantasien zu beschäftigen, so dass sie nicht von der Therapeutin gestört wird. Unerreichbarkeit der Patientin ist bezeichnend für diese Art der Interaktion.

Die Patientin nutzt die Musik für sich. Die Therapeutin erlebt die Musik für die Patientin als etwas Gutes, mit dem sie sich wohlfühlt. Die Patientin zeigt der Therapeutin auf musikalischem Weg, was sie braucht. In seltenen Fällen (Frau D, 2) kann die Musik bedrohlich auf die Therapeutin wirken, während die Patientin ihr Spiel als angenehm beschreibt.

4b. Gegenübertragung/Übertragung

Die Patientin erlebt die Musik als Entlastung vom verbalen Miteinander, insofern wird das Angebot der Musik gerne angenommen. Der Patientin fällt es leicht, sich für ein Instrument oder eine Musik zu entscheiden. Die Patientin geht ihrem Spiel nach und beachtet das Spiel der Therapeutin nicht weiter. Die Therapeutin befindet sich in einem Zwiespalt. Einerseits erlebt sie, dass die Patientin sich mit ihrer Musik wohlfühlt, andererseits erlebt sie, dass die Patientin sich gerade mit und durch sie abschottet. Die Therapeutin hat das Gefühl zu stören.

Die Patientin wirkt angeregt in ihrem Spiel, während der Wunsch nach Kontakt bei der Therapeutin liegt. Die Therapeutin kann für sich allein spielen. Sie fühlt sich dabei einsam und traurig, wobei es ihr nicht sehr überzeugend gelingt, das eigene Spiel unabhängig von dem Spiel der Patientin zu gestalten, klingt doch das Spiel der Patientin verlockend und die Therapeutin wäre gerne dabei. Die Versuche der Therapeutin finden kein Gehör, die Patientin bleibt allein bei ihrem Spiel. Es entsteht ein Gefühl der Irritation und die Patientin wird als weit weg, als unerreichbar erlebt. Die Therapeutin fühlt sich aus dem Spiel der Patientin ausgegrenzt.

Es entsteht die Vorstellung, dass die Patientin sich durch die Musik in eine Welt zurück zieht, die von ihr als angenehm erlebt wird, eine Welt, die zum Träumen anregt und in der Wünsche Wirklichkeit werden. Die Patientin zieht sich in eine selbstgeschaffene Welt zurück, in der es keine potenziell enttäuschenden Objekte gibt. Es handelt sich um eine Fantasiewelt, die die Patientin kontrollieren kann und in der sie sich sicher fühlt.

Die Patientin macht durch ihre Spielweise deutlich, was sie braucht, um sich sicher zu fühlen. Sie gestaltet die Beziehung zur Therapeutin durch Abstand, die Therapeutin wirkt eindringend oder störend. Wenn die Patientin sich in ihr eigenes Spiel zurückzieht, kann die Therapeutin keinen Einfluss ausüben. Die sich wiederholenden Muster geben Sicherheit und Selbstbestätigung und lassen keine Veränderung zu. Es gibt keinen Kontakt zwischen Patientin und Therapeutin. Die Beschäftigung mit der eigenen Musik ist sicherer als die Kontaktaufnahme zur Therapeutin. Der Kontaktversuch durch das potentiell enttäuschende und zurückweisende Objekt erscheint bedrohlich und wird daher vermieden.

Gleichzeitig ist diesem Interaktionstyp der Wunsch immanent, sich aufeinander zu beziehen. Die Therapeutin bemüht sich um den Kontakt in der Musik und erlebt Trauer, überflüssig zu sein und auch Hilflosigkeit, dass mit ihren Mitteln die Patientin nicht erreichbar ist. Die Therapeutin übernimmt mit dem Beziehungswunsch einen Anteil der Patientin, die sich in früheren Beziehungen ausgeschlossen und nicht gemeint gefühlt hat und erlebt hat, dass sie das geliebte Objekt nicht erreichen konnte.

4c. Verwendung der Musik und ihre unbewusste Bedeutung

Die Musik wird von der Patientin nicht als Bedrohung erlebt, sondern wie eine Umhüllung, die sich gut anfühlt, so als ob die Bedrohung außerhalb lauern würde. Die Patientin stellt durch die Musik eine Beziehungskonstellation her, in der sie sich gut aufgehoben fühlt. Sie ist durch ihr Musikspiel oder die Musikauswahl an der Beziehungserfahrung direkt beteiligt. Die Patientin verwendet die Musik in einer Art, dass sie eine wohlwollende Beziehungskonstellation erleben kann. Sie kann die Beziehung gestalten und fühlt sich nicht durch äußere Einflüsse gestört.

Frau L und Frau A gehen in ihrem Spiel ihren Beziehungswünschen nach, beachtet und geachtet zu werden. Frau Q umgibt sich durch ihre Musik mit einer behütenden und liebevollen weiblichen Stimme. Frau H hört Musik, die Aggression erlaubt und überlebt wird. Frau N, I, D spielen ohne Angst, bewertet oder geschädigt zu werden. Allen gemeinsam ist die Vorstellung einer Beziehung, in der die Patientin so angenommen wird, wie sie ist. Es handelt sich um eine ideale Beziehung, die ganz und gar nicht der erfahrenen Realität entspricht. Der Patientin kann sich als aktiv und lebendig erleben und bestätigt damit ihre inneren guten Anteile, jene Anteile, mit denen sie Einfluss ausüben kann. Die Traumwelt ist gleichzeitig eine hoffnungsvolle Welt, in der gute Beziehungserfahrungen möglich sind.

Die Therapeutin stellt für diese Erfahrung den Musiktherapieraum und den Rahmen zur Verfügung, ist aber nicht Teil der guten Beziehungsfantasie. Die Therapeutin befindet sich außerhalb und wird auf Distanz gehalten. Aufgabe der Therapeutin ist es, ihren Ausschluss durch die Patientin aushalten. Unbewusst hofft die Patientin, dass die Therapeutin sich nicht einmischt und ihre Grenzen wahrt, im Gegensatz zu

ihren übergriffigen Erfahrungen, bei denen der Täter sich nicht hat ausschließen lassen.

4d. Biographie

Die Biographien der Patientinnen weisen extrem häufig Beziehungserfahrungen auf, die durch schädigendes, enthemmtes, eindringendes, ausnutzendes und übergriffiges Verhalten gekennzeichnet sind. Rückzug und sich in eine eigene alternative Fantasiewelt zu begeben, sind manchmal die einzigen Lösungsversuche, wenn die Realität nicht aushaltbar scheint. Fantasien gerettet zu werden und der Wunsch nach Veränderung und Hilfe entwickeln sich häufig schon im frühen Kindesalter. Frau L, N, H, Q, D berichten, dass sie schon als Kind gern ihren Träumen nachgegangen hätten und in der Schule häufig ermahnt worden seien, nicht so viel zu träumen.

Neben den unzähligen schlechten und traumatisierenden Beziehungserfahrungen hat es gleichzeitig aber auch gute Erfahrungen zu Bezugspersonen gegeben, wenn diese auch nur in geringem Ausmaß vorhanden waren. Häufig sind es die jüngeren Geschwister, von denen Fürsorge erfahren werden konnte. Es scheint so, als erlebten die Patientinnen die Musik als einen guten Raum, der nicht zerstört wird, so dass man vermuten kann, dass sie damit auf eine frühe gute Beziehungserfahrung zurückgreifen, die verhinderte, dass die Hoffnung völlig zerstört wurde.

4e. Bezug zur BPS

Das Interaktionsmuster „Musik als Rückzugsort“ bezieht sich auf ein Gefühl von Bedrohung, unter dem BPS-Patientinnen häufig leiden. Vor diesem Gefühl kann die Patientin sich nur schützen, in dem sie sich zurückzieht. In ihrem Rückzug kann sie eine positive Beziehungsfantasie aufbewahren, die durch die Musik wiederbelebt werden kann. Der Patientin gelingt es auf diese Weise eine Welt aufzubauen, in der sie sich nicht bedroht, sondern wohl fühlt.

Die Bedrohung ist nicht total und der Patientin gelingt es, mit dem Rückzug in die Musik die Bedrohung soweit einzugrenzen, dass sie von ihr nicht überwältigt wird. Die Patientin traut der Therapeutin zu, dass diese sie nicht schädigen wird.

Die Ausgrenzung der Therapeutin ist für die Patientin äußerst bedeutsam, aber es bleibt ein kleiner Spielraum übrig und den nutzt die Patientin mit der Musik. Ausgegrenzt wird die Kontaktmöglichkeit zur Therapeutin. Es ist sicherer mit den Beziehungswünschen allein zu bleiben.

Der starke Rückzug in eine eigene Welt findet in einem Kontinuum - mehr oder weniger kontrolliert - statt. Patientinnen ziehen sich im Alltag mit Schweigen oder durch ausgiebige Tagträume zurück, aber sie können sich auch mittels unkontrollierbarer Dissoziation zurückziehen. Patientinnen erleben die Situation, die Beziehungspersonen und ihre Affekte als so bedrohlich, dass sie in einen Bewusstseinszustand geraten, der von ihnen nicht mehr kontrolliert werden kann und bei dem die Aufmerksamkeit von der Außenwelt abgezogen wird. Das Erleben innerhalb eines dissoziativen Zustandes kann angenehm sein, aber auch bedrohliche Züge annehmen. Frau Q zog sich so stark in ihre Welt zurück, dass sie trotz Ansprache auf keine Ansprache mehr reagierte. Auch Frau H, L, D berichten ebenfalls über dissoziatives Erleben.

Die Selbstverletzung zeichnet sich nicht durch Dramatik aus, sondern vielmehr durch ihre Heimlichkeit. Kleine Schnittverletzungen (Frau Q, I), leichtes Ritzen (Frau A, G), Hand an die Tür schlagen (Frau N), Finger wie zufällig verbrennen (Frau D) oder eine neues Tattoo (Frau H). Die Verletzungen werden versteckt und durch die Therapeutin eher durch Zufall entdeckt. Eine Ausnahme stellt Frau L dar, die sich dramatische und tiefere Schnittwunden zugefügt hat.

4f. Verlauf

Das Interaktionsmuster „Musik als Rückzugsort“ ist typisch für den Anfang eines Musiktherapieprozesses. Von den 11 Beispielen entstammen neun den ersten 14 Sitzungen. Den Patientinnen gelingt es in ihrer zurückgezogenen Weise die Musiktherapie von Anbeginn an für sich zu nutzen.

Von Frau A (2. und 7. Sitzung), D (2. und 9.), L (5. und 14.) werden zwei Beispiele (1. und 2. Szene) dieses Interaktionstyps beschrieben. Bei Frau A (12 Sitzungen) und Frau D (19 Sitzungen) handelt es sich insgesamt nur um eine geringe Anzahl von Therapiestunden, aus denen die vier Szenen ausgewählt wurden. Das

Interaktionsmuster „Musik als Rückzugsort“ war bestimmend für den Gesamtverlauf ihrer Therapien. Bei Frau L wurden ebenfalls zwei Szenen diesem Interaktionsmuster zugeordnet, so dass vermutet werden kann, dass diese Art von Schutz und Rückzug für sie bis zur 15. Sitzung von insgesamt 37 Sitzungen von großer Bedeutung war.

Bei Frau Q (25. Sitzung), Frau I (29. Sitzung) handelt es sich um eine höhere Sitzungsanzahl, wobei der Interaktionstyp für diese Patientinnen eine Entwicklung in der Therapie kennzeichnet. Den Patientinnen gelingt es, zumindest im Rückzug, sich einen guten Raum zu bewahren.

4g. Prototypisches Fallbeispiel

Frau N: Spielen bringt Spaß (1.Szene, Sitzung 3)

Frau N sucht sich zielsicher die Tempelblocks aus, denn diese kenne sie gar nicht. Erst ist sie unsicher, doch dann legt sie munter los. Sie spielt die ganze Zeit über leise, aber beständig und mit vielen Tönen. Sie spielt in einem schnellen Grundmetrum auf allen fünf verschiedenen Tempelblocks. Ich spiele hierzu ruhig, abwechselnd auf den tiefen und den hohen Bongos und zeige hierdurch meine Anwesenheit. Frau N wischt über die Tempelblocks. Ihr Spiel verändert sich nicht als ich mein Tempo an ihres anpasse. Ich bin überrascht über die Wendigkeit, frage mich aber auch, warum sie so schnell spielt. Ich versuche sie durch die Veränderung meiner Dynamik „herauszulocken“, aber dadurch verändert sich ihre Spielweise nicht. Ich bekomme langsam eine Ahnung, dass ich sie gar nicht erreichen soll und mein auf sie bezogenes Spiel nur stört und so spiele ich nur noch auf den Schwerpunkten. Die vielen Töne sind wichtig und es darf keine Pause geben. Das schnelle Spiel auf den Tempelblocks bleibt in seiner Art beständig und nach einer Weile eintönig.

Frau N zeigt, dass ihr Spiel ihr großen Spaß gemacht. Sie kann das Instrument auf ihren Knien spüren, und wenn sie darauf spielt, fühlt es sich gut an, sagt sie. Im Unterschied zum Gespräch vorher lächelt sie nun verschmitzt und locker.

Frau Ns Kindheit ist durch große Angst vor der Gewalt ihres Vaters und ihren Brüdern und durch die langjährigen Übergriffe des ältesten Bruders sowie zahllose Geschwister (sie war das siebte von neun) gekennzeichnet. Aus diesem Grund ist es verständlich, dass eine musikalische Kontaktaufnahme von Frau N aus Angst vor Verletzung vermieden wird und sie sich stattdessen auf ihr eigenes Spiel konzentriert. Die Mutter konnte sich gegen den Vater nicht durchsetzen und sie hatte sicherlich nicht viel Aufmerksamkeit für jedes einzelne Kind übrig, aber dennoch ist es ihr gelungen, Frau N eine Vorstellung von einer guten Beziehung mitzugeben. Frau N genießt das Spiel in einem für sie als sicher erlebten Rahmen. Es wirkt so, als ob Frau N für sich „im Geheimen“ spielen und ausprobieren darf, Spielmöglichkeiten mit der Therapeutin werden erst einmal nicht gesucht.

5.5 Musik zum Nicht-Alleinsein

R (1, 2):	Stolz durch nachspielen
M (1, 3):	Bloß nicht allein
E (2, 6):	Blickpunkt in der Pause
R (2, 17):	Leere und nicht allein spielen
A (2, 5):	Nicht falsch spielen
M (2, 20):	Steigerung
N (2, 16):	Kontrollieren
E (4, 19):	Nachahmen

Das Interaktionsmuster wird eingeordnet in jenen Quadranten, der das musikalische Geschehen stark mit Unterstützung und lustvollem Spiel verbindet, wobei die Patientin sich durch hohe Bezogenheit der Therapeutin gegenüber auszeichnet (Objektzugewandtheit).

5a. Beschreibung

Das musikalische Geschehen wird von der Patientin deutlich als angenehm und lustvoll erlebt. Die Therapeutin wird von der Patientin intensiv in das Spielgeschehen hineingezogen. Die Therapeutin erlebt die starke Zugewandtheit der Patientin und das Spiel stellt für die Patientin eine Unterstützung dar.

Das Interaktionsmuster zeichnet sich durch eine hohe Bezogenheit zwischen Patientin und Therapeutin aus. Das Spiel des Einen steht in Abhängigkeit zum Spiel des Anderen.

Das Spiel zeichnet sich durch Festhalten des einmal Gefundenen aus. Kleine Variationen dürfen gespielt werden, aber die Verwandlung muss zusammen mit dem Gegenüber vollzogen werden. Trennende Spielweisen oder den anderen Spieler zu ignorieren wird vermieden.

Der Ablauf der Improvisation hat eine typische Gestalt. Während der Beginn erst einmal unter leichter Spannung steht, ist die Entlastung groß, wenn eine aufeinander bezogene Spielweise entsteht. Die Spielweise der Therapeutin wird z.B. von den Patientinnen (Frau R, M, A, E4) imitiert oder die Therapeutin hat das Gefühl, dass sie das Spiel der Patientinnen (Frau M2, R2, N) bestätigen muss, z.B. wenn eine Patientin versucht alles richtig zu spielen (Frau E, A). Das gemeinsame Spiel ist

zunächst kreativ. Erst nach einer Weile zeigt sich eine gewisse Neigung zur Stereotype. Das „Nicht-voneinander-Loslassen“, also die Vermeidung von Trennung kennzeichnet dieses Interaktionsmuster.

5b. Gegenübertragung/Übertragung

An dem geäußerten Wunsch nach Musik und der Mimik der Patientin wird erkennbar, dass sie das praktische Spiel genießt und es für sie eine Entlastung vom Zwang zu verbaler Kommunikation darstellt. Die Instrumentensuche dauert eine Weile, Patientin und Therapeutin suchen zwischendurch Blickkontakt, um zu sehen, welches Instrument die andere wählt. Tendenziell werden eher kleinere Instrumente verwendet. Auch während des Spiels werden zwischen Patientin und Therapeutin Blicke ausgetauscht. Die hohe Bezogenheit ist von Anbeginn spürbar und die Patientin wird von der Therapeutin als bedürftig und nach Nähe suchend erlebt. Die Patientin passt sich eher an bzw. sucht nach Vorgaben, an denen sie sich orientieren kann. Der improvisierten Musik wohnt eine Endlosigkeit inne. Die Therapeutin bekommt das Gefühl, dass die Musik und die enge Bezogenheit niemals enden sollen. Diese Vorstellung führt nach einer Weile zu einem Gefühl von Enge und die Therapeutin fühlt sich in ihrem Spiel eingeschränkt. In einem Führen- und Folgen-Wechselspiel, bei dem die Patientin der Therapeutin folgt, hat die Therapeutin das Gefühl, gefangen zu sein und verfolgt zu werden. Es fühlt sich so an, als dürfe das eigene Spiel gar nicht existieren. Im umgekehrten Falle orientiert sich die Therapeutin stark an der Patientin und ahmt ihre Spielweise nach. Ein großes Bedürfnis nach Anerkennung und Bestätigung ist zentral für dieses Interaktionsmuster.

Die Therapeutin fühlt sich bedrängt und kontrolliert entweder dadurch, dass ihr „hinterher gespielt“ wird oder dass sie das Spiel bestätigen soll. Die Therapeutin kann sich nicht ihrer Spielweise überlassen, stattdessen ist sie mit dem Erleben und der Spielweise der Patientin stark beschäftigt. Die Therapeutin verspürt den Wunsch auszubrechen. Gleichzeitig entsteht das Gefühl, dass sie die Patientin nicht verlassen darf. Es wird für die Therapeutin spürbar, dass die Patientin sich auf sie verlässt und sie für das eigene Spiel benötigt. Bei der Therapeutin entsteht die Vorstellung, dass

die Patientin von unaushaltbaren Einsamkeitsgefühlen überrollt werden würde, würde sie sich abwenden.

Die Therapeutin möchte die Patientin nicht enttäuschen und verharrt in der gefundenen Spielweise. Diese erscheint sicherer. Die Therapeutin fühlt sich in ihrem Spiel von dem der Patientin abhängig. Ein unabhängiges, selbstständiges Spiel erscheint kaum vorstellbar. Entwicklung und Verwandlung sind bedrohlich, denn sie könnten dazu führen, dass die enge Bezogenheit aufgegeben werden müsste und Gefühle von Getrenntheit ausgehalten werden müssten. Um sich aus der Enge befreien zu können, wären aggressive Gefühle notwendig, die aber als zu bedrohlich und zerstörerisch phantasiert und deshalb vermieden werden.

5c. Verwendung der Musik und ihre unbewusste Bedeutung

Die Patientin stellt in der Art und Weise, wie sie die Musik verwendet, eine Interaktion her, in der sie sich sicher fühlt. Sie nimmt mit ihrer Spielweise aktiv Kontakt zur Therapeutin auf. Das Spiel mit den Instrumenten ist positiv besetzt und die Art des Spiels kann als gemäßigtes und „wohlklingendes“ Spiel beschrieben werden. „Schräge“ Töne sind nicht vorstellbar. Die Musik wird verwendet, um sich der Anwesenheit und Zugewandtheit der Therapeutin zu versichern. Mit dem Musikspiel wird das Bedürfnis nach Zuwendung befriedigt. Das Typische an diesem Interaktionsmuster ist, dass das gemeinsame Spiel und damit der Kontakt als gut und angenehm empfunden und daher gesucht werden.

Die Musik wird verwendet, um einen als angenehm erlebten Kontakt zu der Therapeutin herzustellen. Die Musik stellt eine hörbare Verbindung zwischen Patientin und Therapeutin her und verschafft der Patientin die Sicherheit, nicht allein zu sein. Das Gespielte wird klanglich wiederholt, was auch Sicherheit gibt. Das Spiel kann verstanden werden als Ausdruck der großen Bedürftigkeit der Patientin nach konkreter Anwesenheit und Bestätigung durch Andere. Die Patientin hat ein starkes Kontrollbedürfnis. Bedrohliche Themen werden ausgeschlossen und durch die ständige Bezogenheit überdeckt. Erfahrungen von Selbständigkeit, Unterschiedlichkeit oder Getrenntheit lösen Angst aus und werden vermieden. Die Therapeutin erlebt in ihrer Gegenübertragung den Wunsch nach Veränderung, ist aber durch ihre eigene Angst gebremst. Der gefundene Weg des Miteinanders soll

nicht zerstört werden. Außerdem bedeutet das aufeinander bezogene bestätigende Tun, dass kein Angriff zu befürchten ist. Die Patientin hat die Vorstellung, dass eine musikalische Veränderung, eine Aggression beinhalten könnte, die den Kontakt zerstören könnte. Die Therapeutin wird stark ins das Spiel der Patientin eingebunden, sie wird gleichsam intensiv beschäftigt, um auf diesem Wege das Thema Aggression sicher auszugrenzen.

5d. Biographie

Alle fünf Patientinnen berichten, dass sie von früh an unter Ängsten litten und bereits in der Kinderzeit begonnen haben, sich zurückzuziehen.

All diesen Patientinnen ist gemeinsam, dass sie Traumatisierungen in Form von Gewalt (Frau M, Frau N, Frau E), Vernachlässigung (Frau M, Frau N, Frau E, Frau A) und Adoption (Frau R) erlitten haben. Das weitgehende Fehlen von sexueller Traumatisierung ist dabei auffällig. Drei Patientinnen (Frau M, Frau R, Frau A) haben über kein sexuelles Missbrauchserlebnis berichtet. Ausnahmen sind Frau E und Frau N. Frau E hat ihrer Mutter von dem einmaligen Übergriff im Alter von 9 durch den Vater einer Freundin erzählt und die Lebensgeschichte von Frau N ist durch einen langjährigen heimlichen sexuellen Missbrauch durch ihren Bruder gekennzeichnet.

Die Mütter werden als kalt, streng und unnachgiebig beschrieben. Auch wenn der Vater die von den Müttern verhängten Strafen vollzieht, wird er doch als der Bessere erlebt. Eine Ausnahme ist wiederum Frau N, die von großer Angst vor ihrem Vater berichtet.

Alle Patientinnen sind mit zumindest einer Bezugsperson aufgewachsen, die sie als unterstützend und bestärkend erlebt haben. Frau E hat sich stets um ihren kranken Vater gekümmert, was eine besondere Beziehung begründete, Frau R hatte ihren Zwillingenbruder und ihren Adoptivvater, Frau M und Frau A haben sich trotz der Strenge ihres Vaters auf diesen bezogen und Frau N hatte ihre Mutter. Alle Patientinnen haben mehr als zwei Geschwister. Entsprechend ist Konkurrenz ein wichtiges Thema.

Die Patientinnen haben die Familie mit 18 Jahren oder früher verlassen und sich mit großen Hoffnungen Partnern zugewandt. Die Krankenhausaufenthalte standen bei allen Patientinnen im Zusammenhang mit Trennungen von einem Partner und der emotionalen Überforderung, die sich durch das Alleinsein ergab. Bei Frau M und Frau A folgten nach der Trennung von den Ehemännern unzählige Krankenhausaufenthalte. Frau N stellt wiederum eine Ausnahme dar.

Das Thema „Abhängigkeit“ manifestiert sich bei zwei Frauen in der Alkoholabhängigkeit des Vaters (Frau E, N) und bei Frau M in der Alkoholabhängigkeit ihrer Ehemänner.

5e. Bezug zur BPS

Das Interaktionsmuster „Musik zum Nicht-Alleinsein“ lässt sich als Abwehr der Angst verlassen zu werden verstehen. Es handelt sich dabei um eines der Kernsymptome der BPS. Die Patientinnen können nicht mit sich allein sein, da sie ihr inneres Erleben als zerstörerisch erleben, und sie diesem im Fall des Alleinseins ohnmächtig ausgeliefert wären. Gleichzeitig fällt ihnen der Kontakt mit anderen Menschen schwer, da sie schnell in Konflikte geraten. Die einfache Struktur in der Improvisation (nachahmen, alles richtig machen) gibt Sicherheit und das Festhalten an ihr verhilft dazu, dass es eben nicht zu aggressiven Konflikten und Ausbrüchen kommt.

Das Maß an Vermeidung ist ziemlich hoch, bedrohliche Themen werden ausgegrenzt. Das musikalische Spiel zeigt die große Sehnsucht und den Wunsch nach konfliktfreiem Kontakt auf. Gleichzeitig macht es deutlich, wie unsicher und verletzlich die Patientin ihr eigenes Spiel ansieht. Die starke Orientierung an der Therapeutin bzw. der Wunsch nach Bestätigung soll die Selbstzweifel und das Gefühl „schlecht zu sein“ vermeiden helfen.

Frau M und Frau N zeigen neben der BPS auch Zeichen einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung (F 60.6).

Das selbstverletzende Verhalten wird unterbrochen durch Phasen der Ruhe (3-5 Tage oder eine Woche) und des Sich-Nicht-Verletzens. Die zwei jüngeren Patientinnen (Frau E, Frau R) verletzen sich häufiger und dramatischer (vor allem Frau R) als die

drei älteren Frauen (A, M, N). Von Frau M ist aus ihren früheren Aufenthalten bekannt, dass sie sich brutal im Genitalbereich verletzt hatte. In den letzten Jahren hat das selbstverletzende Verhalten bei ihr jedoch stark abgenommen.

5f. Verlauf

Das Interaktionsmuster „Musik zum Nicht-Alleinsein“ ist ein Anfangsphänomen in der Musiktherapie. Alle acht Beispiele sind der Zeit der ersten 20 Sitzungen entnommen worden. Die Möglichkeit sich bei der aktiven Musiktherapie stark auf die Therapeutin beziehen zu können, nutzen Frau E, M und R von Anbeginn an. Bei Frau E (6., 19. Sitzung), Frau M (3., 20. Sitzung), Frau R (2., 17. Sitzung) wurden zwei Szenen diesem Interaktionsmuster zugeordnet. Für sie steht die Angst vor dem Alleinsein und der enge Bezug zur Musiktherapeutin innerhalb der ersten 20 Sitzungen im Vordergrund.

5g. Prototypisches Fallbeispiel

Frau R: Stolz durch Nachspielen (1. Szene, 2. Sitzung)

Während ich auf dem Cello einzelne Saiten streiche, schüttelt Frau R in der 2. Sitzung zaghaft mit den Marakas. Nach meinem Eindruck fühlt sie sich sicherer, wenn ich ihr einen Rhythmus anbiete und wechsele zu den Congas. Frau R schüttelt in ihrem unsteten Takt weiter. Als ich einen einfachen Rhythmus (zwei Viertel, zwei Achtel und ein Viertel) spiele, nimmt Frau R diesen sofort auf. Sie wirkt deutlich erleichtert, dass sie eine Vorgabe hat. Wir spielen eine Weile, bis mir die Musik zu statisch wird und ich den Rhythmus ändere. Frau R folgt mir erneut. Als ich eine Pause mache, stoppt sie sofort. Ich beginne wieder zu spielen und sie nimmt den Rhythmus sofort freudig wieder auf. Die Improvisation nimmt nach meinem Gefühl überhaupt kein Ende. Da Frau R mir alles immer sofort nachmacht, fühle ich mich sehr eingeengt. Mir scheint, Frau R würde so unendlich gerne weiterspielen. Sie strahlt nach der Improvisation und betont, dass es ihr gelungen sei, mir alles erfolgreich nachzumachen.

Frau R und ihr erstgeborener Zwillingbruder sind schon vor ihrer Geburt zur Adoption freigegeben worden. Das Thema Wegegeben-werden, wiederholt sich als die Adoptiveltern von Frau R das Land wechseln. Zum ersten Mal nehmen sie Frau R gegen ihren Willen mit und Frau R verbringt fast ein Jahr in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Beim zweiten Mal will Frau R mit ihren Adoptiveltern das Land verlassen, doch sie wird mit ihrem Bruder in Deutschland zurückgelassen.

Frau R hatte immer große Probleme mit ihrer Adoptivmutter, während sie sich mit ihrem Adoptivvater gut verstand. Der Zwillingbruder ist sehr wichtig für sie. Er hat sie aber auch häufig enttäuscht. Frau R hat wechselnde Partnerschaften, häufig mit

Alkoholikern, die sie, auch wenn sie sie schädigen, in ihrer Wohnung aufnimmt. Sie verletzt sich selbst, wenn sie das Alleinsein oder das Gefühl, „weggegeben zu werden“, nicht mehr aushält.

Das Nachahmen Frau Rs mit den Marakas kann als Imitation und als Versuch, etwas Gutes in sich aufzunehmen, verstanden werden. Das Erleben der Therapeutin, die das Nachahmen als bedrohlich und beengend erlebt, kann als Hinweis darauf verstanden werden, dass die Versuche der Patientin, gute Erfahrungen in sich aufzunehmen, scheiterten und zu schlechten Beziehungserfahrungen führten. Der Verlust der leiblichen Mutter von Geburt an, führte bei der Patientin möglicherweise zu einer Vorstellung von sich selbst, dass sie schädigend ist. Gleichzeitig besteht bei Frau R die Hoffnung, dass durch Imitation und Nähe ihr Gefühl „zerstörend zu sein“, sich auflösen könnte. Die beengende Nähe, die die Patientin herstellt, führt allerdings erst einmal wieder dazu, dass die Therapeutin sich distanziert und die Patientin nichts Gutes in sich aufnehmen kann.

Die Tatsache, dass die Patientin eine Nähe herstellt, die als beengend empfunden werden kann, ist vermutlich eine Folge der frühen Mutter-Tochter-Beziehungserfahrung. Die Mutter könnte ihr weibliches Zwilling-Adoptivbaby als zu beengend und zu wenig selbständig erlebt haben, verbunden mit einem Gefühl von Belastung und dem Wunsch nach Distanzierung. Nicht nur die Adoption, sondern auch die Distanzierung der Adoptivmutter könnten der Patientin von Anbeginn an das Gefühl gegeben haben, dass sie nicht aushaltbar, sondern schädigend ist. Das Erleben der Therapeutin kann als komplementäre Gegenübertragung verstanden werden.

Die beschriebenen fünf Interaktionsmuster sind typisch für den Beginn von Therapieverläufen. Das nun folgende sechste Interaktionsmuster nimmt eine Zwischenposition ein. Es kommt zu Beginn und im weiteren Verlauf der Musiktherapie mit BPS vor. Aus diesem Grund wird - wie bei den ersten fünf Interaktionsmustern - ein Zusammenhang mit der Biographie hergestellt. Bei den letzten vier Interaktionsmustern, die den Verlauf kennzeichnen, wird auf die Biographie verzichtet, da die Patientinnen bereits bekannt sind.

5.6 Musik zur Triangulierung

S (1, 9):	Hören zeigt Wunsch nach Liebe
B (1, 1):	Helferin spielte Gitarre
G (1, 2):	Gelerntes vom Freund
G (2,13):	Stiefvater spielt Gitarre
H (2, 9):	Verstorbene Tante spielte Klavier
T (3, 69):	Bassstab klingt angenehm tief
U (3, 70):	Eigene CD beruhigt
P (4, 45):	Chopin klingt zart
R (4, 55):	Aufnehmen dürfen

Das Interaktionsmuster ist nicht einem der extremen Pole zugeordnet. Es kann der Tendenz nach in den Quadranten, der das musikalische Geschehen mit Unterstützung und lustvollem Spiel verbindet, eingeordnet werden. Die Patientin bezieht sich andeutungsweise auf die Therapeutin, insofern wird das Interaktionsmuster als Ausdruck von Objektzugewandtheit bewertet.

6a. Beschreibung

Die Patientin kommt mit eigenen musikalischen Spielvorschlägen, die sie in der Therapie hörend oder spielend umsetzt. Die bestimmenden Themen sind Gefühle der Zugehörigkeit, der Geborgenheit, des Verlusts und der Ausgrenzung. Das musikalische Geschehen fühlt sich angenehm an und wird als Entlastung erlebt. Gleichzeitig klingt die Musik wehmütig und ist durch Traurigkeit gekennzeichnet. Für das Verstehen eines jeden Interaktionsmusters ist bedeutungsvoll, was die Patientin mit ihrer Musik verbindet.

Frau B, Frau G1/2 und Frau H wiederholen z.B. immer wieder kleine Dreiermotive, denen sie nachhängen, Frau R hört Popmusik aus der Zeit vor ihrer Erkrankung und strahlt über die Kassette, die sie von mir geschenkt bekommt. Frau S hört einer Schlagersängerin zu, die über den Schmerz einer zerbrochenen Liebe singt. Frau T, selbst spielend, Frau U und Frau P dagegen hörend, umgeben sich mit weichen, warmen, sie umhüllenden Klängen. Bei den Improvisationen (Frau B, Frau G1/2, Frau H, Frau T) orientiert sich die Therapeutin klanglich und metrisch an der Musik der Patientin und spielt eine dezente Begleitung.

Die Therapeutin wird von der Patientin ausdrücklich aufgefordert, sich am musikalischen Geschehen aktiv zu beteiligen und gleichzeitig wird die Therapeutin auf Abstand gehalten. Kontaktversuche der Therapeutin werden nicht aufgegriffen.

Das musikalische Geschehen ist bestimmt durch Musik, durch welche die Patientin an gute frühere Beziehungserfahrungen erinnert wird. Alle Patientinnen erinnern sich an real erlebte frühere Beziehungserfahrungen, über die sie der Therapeutin nach dem Spiel berichten. Frau S und Frau G2 erinnern sich an frühere Partnerschaften, Frau B, Frau G1 und Frau U erinnern sich an gute, sie unterstützende und bestätigende Menschen. Frau P erinnert sich an ihre weiche Schmusekatze. Frau H, Frau T und Frau R erinnern sich an Familienmitglieder. Frau H erinnert sich an ihre Tante, Frau T an ihren Vater und Frau R an ihr Elternhaus. Alle als gut erinnerten Bezugspersonen sind mit einer Verlusterfahrung verbunden. Manche sind verstorben (Frau H und Frau T), das Haustier musste weggegeben werden (Frau P) oder die Adoptiveltern wohnen zu weit weg (Frau R). Andere gute Kontakte haben sich verloren oder konnten nicht aufrecht erhalten werden (Frau B, Frau S, Frau H). Die Patientinnen bleiben mit schmerzvollen Erinnerungen an die guten Beziehungserfahrungen zurück.

6b. Gegenübertragung/Übertragung

Auf die Therapeutin wirkt die Patientin in positiver Weise beschäftigt und vertieft in ihr Musikspiel. Die Anwesenheit der Therapeutin ist bedeutsam, denn sie wird direkt aufgefordert mitzuspielen bzw. hörend dabei zu sein. Die Therapeutin fühlt sich während des Spiels selbst allerdings eher ausgegrenzt und nicht gemeint. Die unterschiedlichen Versuche der Therapeutin, sich musikalisch auf das Spiel der Patientin zu beziehen, finden keine Resonanz. Die Therapeutin gestaltet daher ihr Spiel in unterstützender und haltgebender Weise. Die Therapeutin stört nicht, aber sie wird aus dem Spiel, dem die Patientin nachgeht, ausgeschlossen. Die Patientin experimentiert in ihrem Spiel mit der Musik. Die Therapeutin fühlt sich als Zuschauerin. Sie darf dabei sein, aber sie darf nicht Teil der Interaktion sein.

Die Therapeutin ist irritiert durch das Spiel im Nebeneinander. Ihre Versuche musikalisch Kontakt herzustellen scheitern, aber dennoch ist es wichtig, dass die Therapeutin dabei bleibt. Bei diesem Interaktionsmuster ist es die Aufgabe der

Therapeutin das Gefühl des Ausgeschlossenenseins auszuhalten und Zeugin des Spiels der Patientin zu sein. Über die Gefühle „außen vor“ oder „ausgeschlossen“ zu sein, kann sich die Therapeutin ärgern oder enttäuscht sein. Die Patientin ist einerseits unerreichbar, andererseits wird aber deutlich, dass sie ihr musikalisches Spiel positiv besetzt und als unterstützend erlebt.

In diesem Interaktionsmuster wird die Therapeutin auf Abstand gehalten. Auch wenn sie anwesend sein soll, erscheint die unmittelbare Begegnung zwischen Patientin und Therapeutin doch als sehr bedrohlich. Der Therapeutin wird keine Bedeutung beigemessen, stattdessen wird hier von der Patientin der Musik die entscheidende Bedeutung gegeben. Die Musik stellt eine Art Sicherheitspuffer dar, so dass die Therapeutin als nicht zu mächtig und potentiell frustrierend von der Patientin erlebt werden muss.

6c. Verwendung der Musik und ihre unbewusste Bedeutung

Um die Bedeutung der musikalischen Interaktion erschließen zu können, ist das gesprochene Wort nach der angehörten Musik oder dem improvisierten Spiel entscheidend. Die Patientin berichtet im Anschluss an die Musik von guten Beziehungserfahrungen, die allerdings in der Vergangenheit liegen. Die Patientin verwendet die Musik, um innere Nähe zu einer bedeutsamen und guten Beziehungserfahrung in der Vergangenheit herzustellen. Es sind Beziehungserfahrungen, die mit Angenommensein, Fürsorge, Hilfe-Bekommen und Sich-Geborgen-Fühlen verbunden sind. Mit Hilfe der Musik kann sich die Patientin an die gute Beziehungserfahrung erinnern und damit kann gleichzeitig das positive Gefühl, das mit dieser Beziehungserfahrung verbunden ist, als guter innerer Anteil aktiviert werden.

Die Patientin richtet sich nicht an die anwesende Therapeutin, vielmehr stellt sie in ihrer Erinnerung einen engen Kontakt zu einer ihr vertrauten, aber nicht anwesenden Person her. Als Zuschauerin, die den inneren Dialog der Patientin mit einem als wichtig und gut erlebten Interaktionspartner miterleben darf, ist die Therapeutin von Bedeutung. Die Patientin vertraut der Therapeutin in mehrfacher Hinsicht. Einmal vertraut sie der Therapeutin an, dass sie selbst gute Beziehungserfahrungen in der Vergangenheit gemacht hat. Dann zeigt sie durch den Klang der Musik ihren

Schmerz und damit ihre Verletzlichkeit, denn es handelt sich um Beziehungen, die nicht mehr vorhanden sind. Die Patientin lässt die Therapeutin an Gefühlen von Verlust und Verlorensein teilhaben. Sie hofft auf Trost und sie traut der Therapeutin zu, dass diese ihre guten Erfahrungen nicht zerstört. Es geht um Beziehungserfahrungen, von denen sich die Patientin weitere wünscht. Möglicherweise werden die Kontaktangebote der Therapeutin nicht aufgenommen, da die Zerstörung der guten Erfahrungen durch diese befürchtet wird.

Die Patientin zeigt, dass es gute Beziehungen geben kann und drückt damit indirekt ihre Hoffnung aus, dass die Beziehung zwischen ihr und der Therapeutin so sicher und vertrauensvoll werden kann, dass sie sich mit ihren Wünschen und Ängsten an diese eines Tages wenden können.

Die Therapeutin wird in diesem Interaktionsmuster zur dritten Person, die der Patientin durch ihre Anwesenheit erlaubt, dass sie sich der guten Dyade überlässt. Es handelt sich bei diesem Interaktionsmuster im Unterscheid zu den fünf bisher beschriebenen um ein triadisches Spiel. Die Patientin bildet mit ihrer Musik eine Dyade und die Therapeutin stellt die Dyade stützende und haltende dritte Person dar.

In diesem Interaktionsmuster wird die Musik ganz konkret verwendet, doch gleichzeitig stellt die Patientin eine Szene her, an welcher die Fähigkeit zur Symbolisierung erahnt werden kann. Die Patientin stellt eine Dreiersituation her und bringt die Therapeutin in die ausgeschlossene haltende Position. Die Patientin prüft, unbewusst wie die Therapeutin mit der ausgeschlossenen Position umgeht. Mit diesem Interaktionsmuster zeigt die Patientin, dass sie nicht ausschließlich dyadische Interaktionen sucht. Sie spielt mit Hilfe ihrer Musik gleichsam mit triadischen Interaktionen. Für die Patientin ist es wichtig, dass die Therapeutin ihr Ausgeschlossenensein versteht und sich nicht frustriert oder verärgert abwendet. Die Patientin ist für diesen wesentlichen Entwicklungsschritt auf die Hilfe der Therapeutin angewiesen. Erst die Fähigkeit triadische Strukturen aushalten und denken zu können, führt zur Symbolisierungsfähigkeit und fördert die Mentalisierungsfähigkeit.

6d. Biographie

Das Interaktionsmuster reaktiviert gute Beziehungserfahrungen. Im Unterschied zum dritten Interaktionsmuster („Musik als Rückzugsort“) kann an gute Beziehungserfahrungen in der Biographie angeknüpft werden. Dieser Zusammenhang wird von den Patientinnen im Anschluss an die Musik erwähnt. Aus den Biographien aller acht Patientinnen ist bekannt, dass schlechte Beziehungserfahrungen deutlich überwiegen. Dennoch zeigen ihre Geschichten, dass sie - auch wenn es nur kurze Episoden waren - auch gute Beziehungserfahrungen gemacht haben. Die Patientinnen kommen aus Elternhäusern, in denen es mehr oder weniger zu gewalttätigen Handlungen gekommen ist, so dass die Patientinnen sich um die Mutter oder Brüder, die Opfer der Gewalt waren, Sorgen machten. Frau T hat sich Sorgen um den Vater gemacht, der den verbalen Angriffen der Mutter ausgesetzt war. Bei mehr als die Hälfte der Patientinnen (Frau S, Frau B, Frau G, Frau P, Frau H) war zumindest ein Elternteil Alkoholiker.

Die familiäre Situation ist durch Unruhe und wenig gemeinschaftliches faires Miteinander gekennzeichnet. Neid und Enttäuschung prägen die Atmosphäre. Frau S und Frau B sind zwischen ihren Eltern nach der Trennung hin- und hergezogen, in der Hoffnung irgendwo eine gute Beziehung zu erleben. Sie sind aber von beiden Eltern enttäuscht worden. Frau G hat bei ihrer Mutter deren mehrfach wechselnde Partnerschaften erlebt, wobei sie dabei Zeugin von Gewalthandlungen wurde und auch mehrfache Wechsel des Wohnortes erfuhr. Frau Ps Eltern haben sich gleich nach der Geburt getrennt. Der Stiefvater verhielt sich übergriffig, wie auch bei Frau S, Frau B, Frau G, Frau T, die alle den Übergriffen von Familienmitgliedern ausgesetzt waren. Frau H, Frau R, Frau T und Frau U haben sich jeweils mit dem Vater gegen die Mutter solidarisiert. Alle Patientinnen haben keine ausreichend guten Triangulierungserfahrungen machen können.

Umso wichtiger sind außerfamiliäre Beziehungen und es fällt auf, dass alle Patientinnen, mit Ausnahme von Frau G, über positive Beziehungserfahrungen in öffentlichen Einrichtungen, in denen sie sich zeitweise aufhielten, berichten. Frau S, Frau B und Frau U berichten von positiven Heimerfahrungen, bzw. Frau B und Frau U urteilen sogar, dass es die beste Zeit ihres Lebens gewesen sei. Frau H, Frau B, Frau P, Frau R und Frau T waren bereits als Jugendliche über längere Zeit in der

Kinder- und Jugendpsychiatrie untergebracht. Auch hier kann davon ausgegangen werden, dass die Jugendlichen in dieser Zeit positive Zuwendung erfahren haben.

Vermutlich erfuhren alle Patientinnen bei ihren institutionellen Bezugspersonen ein gewisses Maß an Wertschätzung und erlebten die Möglichkeit, Einfluss zu nehmen. Die Vorstellung von einer positiven Beziehungserfahrung ist zumindest nicht vollständig zerstört worden, so dass sie in der Therapiesituation auf diese Vorstellungen zurückgreifen können.

6e. Bezug zur BPS

Patienten mit einer BPS besitzen kein stabiles Selbstgefühl und zeichnen sich durch extreme Stimmungswechsel aus. Damit sind nicht nur Stimmungswechsel innerhalb von Minuten und Stunden gemeint, sondern auch längerfristige. Die meisten Patientinnen haben unterschiedliche Phasen. Neben den extrem lebensbedrohlichen Krisen gibt es immer wieder Lebensabschnitte, in denen die Patienten relativ unauffällig und mit Kompetenzen ausgestattet ihr Leben gestalten können. Das heißt, dass die Patientinnen durch eine pathologische Ichstruktur gekennzeichnet sind, aber im Unterschied zu psychotisch Erkrankten eine Ichstruktur haben. Die guten inneren Beziehungserfahrungen wurden nicht vollständig zerstört. Das Interaktionsmuster aktualisiert das Entwicklungspotential und die vorhandenen Ressourcen, so dass es bei längeren Behandlungen zu Therapiefortschritten kommen kann.

Das Interaktionsmuster lässt Verlorenheit spüren, aber zugleich auch verinnerlichte gute Beziehungserfahrungen erkennen. Die Patientinnen erinnern sich an positive Beziehungen, die mit einer gewissen Idealisierung einher gehen. Die Musik und die Musiktherapie, weniger die Musiktherapeutin, werden als positiv wahrgenommen. Der entwertete Anteil wird außerhalb der Musiktherapie untergebracht. Die Notwendigkeit zur Spaltung ist vorhanden, aber im Unterschied zu den vorher beschriebenen Mustern nicht mehr so extrem. Bedrohliche Themen müssen nicht vollständig ausgegrenzt werden, sondern werden durch das Musikspiel in die Therapie gebracht. Die Patientin traut sich, ihre traurige und bedürftige Seite musikalisch zu zeigen, Gefühle von Ausgrenzung werden thematisiert. Die Patientin setzt sich nicht nur mit einem Gegenüber in Beziehung, sondern bei diesem Interaktionsmuster gibt es neben der Patientin noch zwei Beziehungsgrößen. Einmal

den vorgestellten Beziehungspartner der Patientin sowie die Therapeutin als Realperson. Damit zeigt sie eine Fähigkeiten zur Symbolisierung. Themen müssen nicht mehr nur konkret handelnd eingebracht werden. Die Musik kann immer mehr als ein Symbol verstanden werden, das in bedeutungsvoller Beziehung zur Lebensgeschichte steht. In diesem Interaktionsmuster zeigt sich, dass die Patientinnen eine Vorstellung von guten Beziehungserfahrungen haben und ihre Wünsche und Bedürfnisse in einen Zusammenhang mit den Gefühlen und Bedürfnissen ihres Gegenübers stellen. Dieses Interaktionsmuster lässt zumindest die Möglichkeit zur Mentalisierung bei den Patientinnen erahnen.

Das selbstverletzende Verhalten wird von Frau B, Frau G, Frau H, Frau U als beschämend bewertet. Ihre Narben soll keiner sehen und niemand soll von der Selbstverletzung erfahren. Die Patientinnen ringen lange Zeit mit sich bis sie keine andere Entlastungsmöglichkeit mehr sehen als sich selbst zu verletzen. Frau S zeigt im Unterscheid dazu ihre Wunden. Die Außenwirkung war ihr wichtig. Frau T, Frau P, Frau R verletzten sich über die gesamte Behandlungszeit immer wieder lebensbedrohlich. Frau T und Frau P wurden in einer geschlossenen Wohneinrichtung untergebracht, bei Frau R wird über die Unterbringung in einer geschützten Einrichtung nachgedacht.

6f. Verlauf

Das Interaktionsmuster „Musik zur Triangulierung“ kann als „Zwischenform“ begriffen werden. Und zwar deshalb, weil es sich um ein Anfangsinteraktionsmuster handelt, das im Verlauf des Therapieprozesses wichtig werden kann. Fünf Interaktionsbeispiele (Frau B, Frau G 1. und 2. Szene, Frau H, Frau S) sind aus den ersten 13 Sitzungen ausgewählt worden und entstammen somit dem Beginn der Therapie. Bei diesen Beispielen überwiegt das Thema des Verlusts der guten Beziehungserfahrung und es wird an die Therapeutin der Wunsch gerichtet, sie möge Trost spenden und das Gefühl von Verlorensein nehmen. Bereits zu Beginn der Therapie gibt es der Erinnerung zugängliche gute Beziehungserfahrungen. Es wird aber deutlich, dass die guten Beziehungserfahrungen nicht ausreichend verinnerlicht wurden. Die Sehnsucht nach weiteren guten Beziehungserfahrungen ist grenzenlos, weshalb Trennung und Abschied nicht möglich sind.

Vier Beispiele (Frau P: 45. Sitzung, R: 55. Sitzung, T: 69. Sitzung, U: 70. Sitzung) stammen aus wesentlich späteren Sitzungen. Hier handelt es sich um Patientinnen mit einer langen Krankengeschichte, häufigen Aufenthalten und langwierigen Therapieprozessen. In all diesen Fällen kann das Aufscheinen von guten Beziehungserfahrungen bereits als Therapiefortschritt verstanden werden. Bei allen Patientinnen waren die ersten Szenen geprägt durch die extreme Notwendigkeit, die bedrohlichen Themen aus dem musikalischen Geschehen heraus zu halten. Die Entwicklung in der Therapie, nämlich dass positive Beziehungserfahrungen nicht nur erinnert werden und durch das Musikspiel auch aufgesucht werden, steht für ein wachsendes Vertrauen zur Therapeutin.

6g. Prototypisches Fallbeispiel

Frau T: Der Bassstab klingt angenehm tief (3. Szene, Sitzung 69)

In der vorletzten Stunde hatte Frau T den Bassstab als hilfreiches Instrument, das für den Chefarzt steht, ausgewählt. Dieser tiefe Bassxylophonstab hat sich nachfolgend zu ihrem Lieblingsinstrument entwickelt. „Der brummt so schön“ und ist körperlich spürbar. In der 69. Sitzung möchte Frau T wieder auf dem Bassstab spielen, während ich die Tenorxylophonstäbe (C, G) zugewiesen bekomme. Frau T sucht lange nach einem passenden Schlegel, bis der Klang für sie richtig ist. Sie setzt sich auf den Boden, so dass der Bassstab neben ihr mächtig wirkt. Ich spiele im ruhigen Tempo abwechselnd Quinten mit den Stäben, Frau T spielt in mäßigem Tempo regelmäßige Achtel. Das Spiel klingt ganz passend, aber ich fühle mich außen vor. Ich spiele zwischendurch immer mal wieder auf dem Daumenklavier um den Klangraum auszuweiten, Frau T bleibt bei ihrer einlullenden Art des Spiels.

Nach der Musik sagt Frau T, dass diese ihr gut gefallen habe. Der tiefe Klang beruhige sie. Frau T erzählt von ihrem Vater, der ihr abends am Bett von seinem Tag erzählt habe und wie sehr sie diese Gespräche genossen habe. Ich antworte, dass ich es gut verstehen kann, dass sie an ihren Vater denkt und ich mich freue, wenn sie mir vertraut und über ihre Erfahrungen erzählt.

Frau T kann sich mit dem Bassstab in eine gute Klangwelt hineinspielen. Sie spielt für sich. Der Stab steht für den Chefarzt, von dem sie sich so gut verstanden fühlt, aber auch für den schrecklich vermissten verstorbenen Vater. Die Mächtigkeit und die Tiefe des Klanges sowie die weichen Schwingungen umhüllen Frau T und stehen für die unerreichbare Welt des Vaters. Frau T begibt sich damit vor meinen Augen in eine Beziehungserfahrung, die zwar nicht mehr real existiert, an die sie sich aber noch erinnern kann. Sie muss sich mit ihren Wünschen und der Trauer um ihren Vater nicht mehr völlig allein fühlen. Der Vater darf in Form und Klang des Stabes zwischen uns anwesend sein. Frau T reaktiviert eine gute Beziehungserfahrung, bei der die Therapeutin zuschauen darf.

Sie hat ein Instrument gefunden, dem sie Bedeutung zumisst. Sie holt sich das Gute, das Verstandenfühlen, welches sie mit dem Vater verbindet, in den Musiktherapieraum hinein. Vermutlich bestand ein grundsätzlicher Widerspruch in dem, was sie mit dem Vater oder der Mutter teilen konnte. Mit dem Tod des Vaters ist Frau T in ihrem Erleben vollständig ihrer Mutter ausgeliefert. Vielleicht war die Mutter sogar eifersüchtig auf ihre gute Beziehung zum Vater. Der Bassstab gibt ihr Sicherheit. Mit seinem Klang fühlt sie sich ihrer Mutter und vielleicht auch der Therapeutin gegenüber sicherer. Der Stab steht weiterhin für ein helfendes Bollwerk gegen ihre Mutter (Pauke). Frau T überlässt sich in der Gegenwart der Therapeutin der guten Erinnerung an ihren Vater. Unbewusst überprüft Frau T auch die Therapeutin, nämlich in wie weit diese es aushält, dass der Vater oder der Chefarzt für sie so wichtig ist, während die Therapeutin „anscheinend“ gar nicht gebraucht wird. Sie prüft, ob die Therapeutin ihre Hinwendung zu den Männern unterstützt. Möglicherweise hat die Mutter die Hinwendung ihrer ältesten Tochter zum Vater als Bedrohung erlebt. Dass es Frau T gelingt eine gute Beziehungserfahrung erinnern zu können, spricht für eine gewachsene Therapiebeziehung und impliziert die Hoffnung, dass auch mit der Therapeutin eine gute Beziehungserfahrung möglich werden könnte.

Im Folgenden werden die vier für den Therapieverlauf typischen Interaktionsmuster dargestellt. Sie sind auf der zweiten Graphik zu Beginn dieses Kapitels bereits platziert. Da es sich um Szenen aus dem Therapieverlauf handelt, werden die Biographien nicht noch einmal dargestellt.

5.7 Musik erlaubt Disharmonie

F (2, 5):	Grandioser Gesang
E (3, 12):	Gutes wird zerstört
I (3, 21):	Zuhören darf nicht sein
K (3, 25):	Kaum aushaltbar
N (3, 28):	Zittern vor Wut
O (3, 24):	Therapeutin ist die Unfähige
P (3, 40):	Trommeln hilft nicht
R (3, 39):	Musik ist abstoßend
A (4, 12):	Doch zusammen trommeln
B (4, 14):	Bloß nicht zusammen
K (4, 29):	Es darf weicher werden

Das Interaktionsmuster zeichnet sich durch eine gemäßigte Objektbezogenheit aus und durch ein gemäßigtes Erleben von Anspannung und Bedrohung im musikalischen Geschehen.

7a. Beschreibung

Musikalische Möglichkeiten werden von der Patientin und der Therapeutin aktiv genutzt. Die Therapeutin erlebt die Aufmerksamkeit der Patientin auf ihr Spiel aber auch auf ihr eigenes gerichtet. Das musikalische Geschehen zeichnet sich durch eine hohe, sich disharmonisch anfühlende Bezogenheit aus. Das Interaktionsmuster ist gekennzeichnet durch ein musikalisches Geschehen, das bei der Therapeutin Gefühle von hoher Anspannung, sowie Paradoxien, Ambivalenzen und Verstricktheit auslöst. Gemeinsamkeit, Gleichzeitigkeit und Übereinstimmungen sind im Spiel kaum vorhanden. Die Atmosphäre ist von Unruhe geprägt, die Spielweise und das emotionale Erleben unterliegen häufigem Wechsel. Das Spiel wirkt getrieben und fühlt sich unpassend und nicht stimmig an. Die Irritation lässt sich mit dem Bild „gleichzeitig auf dem Gaspedal und der Bremse stehen“ beschreiben.

Unterschiedliche Strebungen wechseln sich in rascher Folge ab, so dass eine Überforderungssituation entsteht in der mehrere Gefühle gleichzeitig vorhanden sind, die in die verschiedenen Richtungen ziehen z.B.: das Spiel intensivieren und gleichzeitig anhalten wollen (Frau P), das Spiel verlassen wollen und gleichzeitig gezwungen sein dabei zu bleiben (Frau R, Frau K3), auf das Spiel Einfluss nehmen und merken, dass es sich falsch anfühlt (Frau F, Frau E, Frau I), sich dem Spiel der Patientin anpassen und gleichzeitig den Wunsch verspüren, eigene Spielimpulse umsetzen zu müssen (Frau N, Frau B4, Frau O, Frau A, Frau K4). Bei der Therapeutin entsteht ein extrem hoher Druck, das musikalische Geschehen entlasten zu wollen, aber zur gleichen Zeit bestehen auch große Zweifel, ob der Eingriff wirklich etwas an dem Gefühl des Unwohlseins verändern würde. Das musikalische Geschehen fühlt sich für die Therapeutin gleichzeitig gut und schlecht an. Das Typische dieses Interaktionsmusters ist die Unmöglichkeit, die Unstimmigkeit zu verändern.

7b. Gegenübertragung/Übertragung

Die Therapeutin erlebt bei diesem Interaktionsmuster starke Anspannung und hohen Druck. Die Patientin und die Therapeutin improvisieren zur gleichen Zeit. Der Wunsch, sich aufeinander zu beziehen und eine gemeinsame Aktivität zu verfolgen, ist groß. Dem steht das reale Erleben während des Spiels gegenüber. Die Therapeutin

versucht ihr Spiel auf das der Patientin abzustimmen, doch die Abstimmung gelingt nicht. Spontane Reaktionen sind große Irritation und die Unfähigkeit zu verstehen. Der Versuch, durch eine veränderte Spielweise das Gefühl der Unstimmigkeit zu beheben, scheitert ebenfalls. Da es der Therapeutin nicht gelingt, eine Auflösung der Anspannung herbeizuführen, fühlt sich das Spiel unangenehm an. Die Therapeutin stellt sich Flucht oder Ausbruch vor, aber die Angst, es könnte noch schlimmer werden, verhindert eine Veränderung. Die Therapeutin fühlt sich beengt, unfähig und der Situation ausgeliefert. Sie hat das Gefühl, sie dränge sich mit ihrer Musik der Patientin auf und empfindet gleichzeitig, dass die Patientin sich ihr aufdrängt. Die Verstricktheit lässt sich nicht auflösen und die Gefühle sind wegen ihrer Widersprüchlichkeit überfordernd. Die Wünsche nach Ordnung, Orientierung und Klarheit sind groß. Die Therapeutin erlebt sich in einer Beziehungssituation gefangen, in der es scheinbar keine Lösung gibt. Sie fühlt sich gleichzeitig in der Opfer- und auch in der Täterposition. Die Patientin erlebt dieses Beziehungsparadoxon ebenfalls. Sie sucht einerseits Hilfe, andererseits wird aber Hilfsbedürftigkeit von ihr mit Schwäche gleichgesetzt. Gefühle von Schwäche sind bedrohlich, da die Gefahr, geschädigt zu werden, viel zu groß ist. Jeder Eindruck von Schwäche muss vermieden werden.

Da keine Entlastung gefunden wird, steigt die Anspannung weiter. Je angespannter die reale Interaktion ist, umso größer wird der Wunsch nach Auflösung der Spannung. Die Patientin wünscht sich eine Entlastung und sie hat vielleicht auch eine Vorstellung, dass Entlastung grundsätzlich existiert. Diese ist aber völlig von ihren Handlungsmöglichkeiten abgekoppelt.

Das gemeinsame Spiel wirkt bedrohlich, aber genauso auch das voneinander unabhängige Spiel. Eine musikalische Übereinstimmung zwischen Patientin und Therapeutin stellt sich erstere als eher gefährlich vor, da diese in ihrer Fantasie entweder zu ihrer Zerstörung oder zur Zerstörung der Therapeutin führen könnte. Beide Möglichkeiten werden als hoch bedrohlich empfunden.

Die Therapeutin erlebt, dass ihre unabhängigen Spielideen mit großer Angst besetzt sind, so dass sie manchen Spielimpulsen gar nicht nachgeht. Auch führt die Umsetzung mancher Spielideen nicht zur Verbesserung, sondern bestätigt die Angst, dass das Miteinander nur noch turbulenter wird. Das heißt, dass eine zu große Unabhängigkeit voneinander bedrohlich werden kann und daher vermieden wird. Die

hohe Bezogenheit, auch wenn sie überwiegend durch Anspannung gekennzeichnet ist, dient der Patientin dazu, sich der Anwesenheit der Therapeutin zu vergewissern.

Es besteht die Gefahr, dass die Therapeutin auf die starke Irritation und Anspannung mit Gefühlen von Ärger und Gereiztheit reagiert, (indem sie die Musik klar regelt oder ihren Unmut mit disharmonischem Spiel ausdrückt) und nicht erkennt, dass es sich um einen Abwehrprozess gegen ihre eigenen Ohnmachtsgefühle handelt.

7c. Verwendung der Musik und ihre unbewusste Bedeutung

Die Patientin stellt durch die Art und Weise, wie sie die Musik verwendet, ein Interaktionsmuster her, das von extremen Spannungsdruck gekennzeichnet ist. Das musikalische Geschehen wird verwendet, um sich vom Interaktionspartner zu unterscheiden. Das Miteinander stellt eine Beziehungsparadoxie her, in der es gerade keine Übereinstimmung gibt. Man könnte daher sagen, es handelt sich um eine Beziehung der Nicht-Beziehung. Eine Beziehungsgestaltung also, die sich durch hohe Ambivalenzen auszeichnet, wodurch Distanz immer aufrecht erhalten werden kann, so dass Nähe und Entfernung nie zu groß werden.

Das musikalische Geschehen wird deshalb so verwendet, weil die Patientin auf diese Weise ihre innere Anspannung nicht mehr allein aushalten muss, sondern sich die Spannung zwischen ihr und der Therapeutin ausbreiten kann. Die Therapeutin wird in diesem Interaktionsmuster durch das Musikspiel unbewusst dazu gebracht, die tagtäglich überfordernde und ambivalente Gefühlswelt der Patientin, die für diese hoch bedrohlich ist, spüren zu können. Jene traut der Therapeutin letztendlich auch zu, mit dieser Bedrohung umgehen zu können.

Die Patientin braucht die Therapeutin, damit sie auf diese ihre inneren quälenden Anteile projizieren kann und so durch diese Externalisierung entlastet ist. In einem gemeinsamen Spiel kann der bedrohliche Anteil nicht untergebracht werden, denn die Patientin würde den bedrohlichen Anteil nach wie vor als ihren eigenen Anteil erleben. Ein Spiel dagegen, das durch Disharmonie und Anspannung gekennzeichnet ist, lässt bei der Patientin ein Gefühl von Stimmigkeit und Entlastung entstehen, da sie sich so von ihrem sie quälenden und ambivalenten Anteil befreien kann. Die Patientin erlebt den fremden Anteil nun nicht mehr in sich, sondern stattdessen erlebt

sie den bedrohlichen inneren Anteil im Äußeren. Die Externalisierung des quälenden Anteils der Patientin zeigt sich dabei einerseits im disharmonischen Zusammenspiel und andererseits in der quälenden Ambivalenz, die die Therapeutin erlebt und aushält. Die Therapeutin wehrt sich, gerade wenn sie den Vorgang der Notwendigkeit zur Externalisierung nicht versteht, gegen die Übernahme des quälenden Anteils. Dann kommt es dazu, dass wechselseitig versucht wird die quälende Spannung zu externalisieren, was zu der beschriebenen Hochspannung führt.

Das musikalische Geschehen entlastet die Patientin schließlich, da der bedrohliche Anteil nicht mehr allein bei ihr selbst untergebracht ist, sondern durch das musikalische Geschehen in die Therapeutin verlagert wird.

7d. Bezug zur BPS

Das Interaktionsmuster zeigt die typische Erfahrungswelt der Patientin mit einer BPS. Das Gefühl, eingeschränkt zu sein, nicht handeln zu können oder nur „falsch“ zu handeln und die Irritation über chaotische, widersprüchliche Gefühle beschreibt passend die innere Erlebenswelt der Patientinnen. Gefühle können weder differenziert noch reguliert werden, so dass sie als Überforderung und Überwältigung erlebt werden.

Patientinnen mit BPS vermeiden das Alleinsein und sind auf die Anwesenheit von anderen angewiesen. Das Interaktionsmuster macht die Notwendigkeit von Disharmonie deutlich. Patientinnen mit einer BPS nehmen große Anstrengungen auf sich, um nicht verlassen zu werden. Das Alleinsein ist für diese Patientinnengruppe höchst bedrohlich, da sie ihre inneren zerstörerischen Anteile nicht allein regulieren kann. Die Patientinnen sind auf die Gegenwart von Beziehungspartnern angewiesen. Solange der Beziehungspartner den externalisierten Anteil „übernimmt“, ist die Patientin entlastet. Wehrt sich der Interaktionspartner, entstehen erneut lebensbedrohliche Affekte, die die Patientin nicht regulieren kann, so dass meist ein Beziehungsabbruch droht.

Die Notwendigkeit zur Ausgrenzung ist in diesem Interaktionsmuster vorhanden, aber nicht so stark, dass die Musik komplett abgelehnt wird. Unbewusst bringt die

Patientin ihr Thema direkt in der Interaktion mit der Therapeutin unter. Das Bedrohliche wird nicht komplett ausgeschlossen, sondern zeigt sich zwischen der Patientin und der Therapeutin.

7e. Verlauf

Es handelt sich bei dem Interaktionsmuster „Musik erlaubt Disharmonie“ um eines, das sich deutlich dem Verlauf des Therapieprozesses zuordnen lässt. Von den 11 Beispielen ist nur eines aus der 5. Sitzung und steht damit für den Beginn, alle anderen Beispiele entstammen frühestens einer 12. Sitzung. Sechs Beispiele (Frau K: 25. und 29. Sitzung; Frau N: 28. Sitzung; Frau O: 24. Sitzung; Frau P: 40. Sitzung, Frau R: 39. Sitzung) entstammen der Zeit nach der 24. Sitzung.

Das Interaktionsmuster spiegelt eine zentrale Problematik der BPS wieder, die verantwortlich für die große Dauer des Therapieprozesses ist. Die Patientin hat soweit Vertrauen zu der Therapeutin gefasst, dass sie dieser ihre Beziehungsschwierigkeiten zumutet. Die Patientin „prüft“ in diesem Interaktionsmuster, ob die Therapeutin extrem negative Affekte aushalten kann oder ob sie die Therapie abbricht und dadurch die negativen Vorstellungen der Patientin über sich selbst bestätigt. Die Veränderung der Vorstellung der Patientin über sich und die Auflösung des fremden Selbstanteils benötigen einen jahrelangen Therapieprozess.

7f. Prototypisches Fallbeispiel

Frau B: Bloß nicht zusammen (4. Szene, 14. Sitzung)

Frau B sitzt gerne neben mir am Klavier, wenn ich sie zu ihren Liedern begleite. Sie leidet unter Adipositas und ich fühle mich schnell körperlich unwohl, wenn sie so dicht neben mir sitzt.

Frau B singt gerne und freut sich über meine Begleitung. Für mich ist es sehr mühsam, das Spiel mit ihr durchzuhalten. Da ich ihre Art zu singen mittlerweile kenne, fällt es mir ein wenig leichter. Eine Art Wettlauf zwischen uns beginnt. Frau B singt und ich bin bemüht, ein gemeinsames Spiel herzustellen, was mir aber nicht gelingt. Ich versuche, meine Akkorde früher zu spielen und den Takt zu ignorieren. Dies führt aber nur dazu, dass sie noch schneller singt. Ich bin irritiert und verändere erneut den Takt, um mein Spiel ihrem Gesang anzugleichen. Frau B nimmt jede

Veränderung sensibel auf. Sie verändert ihren Gesang sofort. Dies führt allerdings dazu, dass es - nach meinem Gefühl - wieder nicht zusammen passt.

Meinen früheren Versuch, mitzusingen, der sich so anfühlte, als ob ich sie überrenne, möchte ich an diesem Tag nicht wiederholen. Ich probiere lange Akkorde zu spielen, dann denke ich mir, kann sie ihr Tempo selber finden. Frau B ihrerseits ist darüber so irritiert, dass ich keinen Takt und keinen Rhythmus mehr vorgebe, dass sie beim Singen stockt. Ich solle nun doch wieder so wie vorher spielen, was ich auch mache. Das Zusammenspiel bleibt in seiner Wirkung gehetzt. Es bleibt dabei, dass es nicht zusammen passt.

Ich bemerke, dass ich mich sehr konzentriere, um nicht zu lachen. Ich schäme mich, weil mir die Körperfülle der Patientin zu nahe kommt und weil ich den Impuls verspüre, über sie zu lachen. Je mehr ich versuche, dem Lachimpuls durch musikalische Gestaltung zu entgehen, desto verwickelter wird es und die Scham über diesen Impuls, über die Lächerlichkeit unseres „unmöglichen“ Zusammenspiels zu lachen, wird nur noch stärker. Frau B dagegen gefällt das Singen ganz gut und von meiner Irritation und Anspannung bekommt sie anscheinend gar nichts mit.

Frau Bs Biographie zeichnet sich durch viele ambivalente Beziehungserfahrungen aus. Ihre Eltern haben sich getrennt, als sie sieben war. Sie beschreibt ihre Zeit im Heim als beste ihres Lebens. Als sie bei ihrem Opa wohnen durfte, bei dem die beneidete 1 Jahr ältere Schwester lebte, wurde sie von ihm mit 12 Jahren missbraucht. Der Missbrauch kam zur Anzeige, doch Frau B erlebte die Familie nicht auf ihrer Seite. Der Versuch, mit der neuen Familie des Vaters zu leben, scheiterte. Auch bei der Mutter gab es keinen Platz für Frau B. Abbrüche, Hoffnung und Enttäuschung, Missgunst und Unsicherheiten kennzeichnen die Beziehungserfahrungen von Frau B.

Frau B sucht den Kontakt zur Therapeutin und die Therapeutin versucht die Patientin zu begleiten. Die Patientin bietet der Therapeutin eine Musik an, bei der diese nicht mitkommt. Es gelingt jener nicht, die Patientin so zu begleiten, dass das gemeinsame Spiel sich für sie stimmig anfühlt. Vielmehr scheint es unbewusst inszeniert, dass das Spiel „aneinander vorbei“, „umeinander herum“ oder „vorweg läuft“. Auf diese Weise wird das Spiel als nicht zu dicht und nicht so weit entfernt erlebt. Frau B verhindert eine musikalische Begegnung zwischen ihr und der Therapeutin. Dies kann einerseits so verstanden werden, dass die Nähe, die bei einer stimmigen Musik entstehen würde, aufgrund der Gefahr von Verschmelzung vermieden werden muss. Andererseits kann es auch als Schutz verstanden werden, denn Frau B muss verhindern, dass ihr schlecht besetztes Inneres auch die Therapeutin zerstört.

Die Therapeutin erlebt sich während des Spiels als ohnmächtig und unfähig, denn ihr gelingt keine angemessene Begleitung. Die Patientin erlebt das Spiel scheinbar positiv. Ein Verstehenszugang könnte sein, dass die Patientin das Spiel als Entlastung erlebt, da ihr Gefühl der Ohnmacht und die Unfähigkeit, etwas Gutes bewirken zu können, externalisiert und bei der Therapeutin untergebracht ist.

Einen weiteren Hinweis auf die Notwendigkeit zur Externalisierung gibt der Lachimpuls und das Schamgefühl der Therapeutin. Der Lachimpuls über das „verrückte“ Spiel und das quälende Schamgefühl deuten auf das Thema der Lächerlichkeit hin. Der Lachimpuls der Therapeutin kann als aggressives und entwertendes Auslachen verstanden werden. Ein Impuls, der für die Therapeutin extrem beschämend ist. Auslachen entspricht nicht einer idealen therapeutischen Haltung, handelt es sich doch um einen Impuls, sich zu wehren. Die Lächerlichkeit

ist der Versuch, das Gefühl der Ohnmacht und Unfähigkeit abzuwehren. Frau B externalisiert ihr Gefühl, lächerlich zu sein. Die frühe Bezugsperson hat wahrscheinlich auf affektive Stimmungen oder Anstrengungen von Frau B mit Lächerlichkeit reagiert, so dass Frau B diese Haltung der Bezugsperson als fremden Anteil in sich aufgenommen haben könnte. Auch der sexuelle Missbrauch könnte so verarbeitet worden sein, dass Frau B primär lächerlich gemacht wurde und sie sich dadurch sekundär selbst als lächerlich erlebt.

Frau B braucht die Therapeutin, damit diese ihre innere Zuschreibung aufnimmt, diese aber gleichzeitig nicht an die Patientin zurückgibt. Frau B ist von dem Gefühl der Lächerlichkeit, durch die Externalisierung, solange entlastet, wie die Therapeutin anwesend ist. Die Unterscheidung von fremder Zuschreibung der Lächerlichkeit und kohärentem Selbsterleben kann sich nur entwickeln, wenn die Therapeutin dem Impuls der Lächerlichkeit nicht nachgibt, sondern ihn wahrnimmt, aushält und versteht.

5.8 Musik als Gegenstimme

- I (2, 10): Scheußliche Musik ist wunderbar
- K (2, 12): Begegnung im Gegeneinander
- S (3, 44): Gehör finden
- M (3, 27): Allein und kräftig
- D (4, 18): Weglaufen durch schnelles Trommeln
- G (4, 23): Mit Mut lauter spielen
- M (4, 38): Laut spielen, wenn andere mitmachen
- N (4, 40): Klopfen ist Protest

Das Interaktionsmuster wird eingeordnet in jenen Quadranten, der das musikalische Geschehen mit Unterstützung und lustvollem Spiel verbindet und sich durch eine Tendenz zur Objektbezogenheit auszeichnet.

8a. Beschreibung

Die Improvisation wird von der Patientin wie auch von der Therapeutin aktiv genutzt. Das musikalische Geschehen klingt lustvoll und unterstützt die Patientin. Die Therapeutin empfindet das Spiel der Patientin so, als ob die Patientin sich behaupten möchte. Die Patientin ist mit dem Thema Selbständigsein beschäftigt und ihr Spiel klingt nachdrücklich. Das Spiel zeichnet sich z.B. durch starke Betonungen, schnelle Notenwerte, dynamische Steigerungen und/oder Lautstärke aus. Die Therapeutin wird spielerisch zur Gegnerin, gegen die sich die Patientin absetzen, durchsetzen und zur Wehr setzen kann. Die Therapeutin freut sich über das mutiger

gewordene Spiel der Patientin. Versuche der Therapeutin, sich mit der Patientin und ihrer Musik abzustimmen, werden nicht aufgenommen, stattdessen entsteht bei der Therapeutin das Gefühl, dass sie gehalten soll. Sie soll sich gerade nicht anpassen, sondern der Gegensatz zwischen Patientin und Therapeutin soll hörbar werden. Das Spiel weist Unterschiedlichkeit auf, die trotzdem gemeinschaftlich wirkt. Die Gemeinsamkeit entsteht durch ein zeitlich versetztes Spiel. Die Trommelschläge von der Patientin betonen die geraden Zählzeiten, die Schläge der Therapeutin betonen die ungeraden Zählzeiten (Frau K) oder die Therapeutin spielt eine dynamische, chaotische oder kräftige Figur und die Patientin folgt ihr mit einer selbst entwickelten Figur (Frau I, Frau M4, Frau N), die zunehmend freier wird. Die Entwicklung des eigenen Spiels steht bei Frau S und Frau M3 im Vordergrund. Beide können ihrer eigenen Stimme nachgehen, da die Therapeutin sie in ihrer Zuhörerposition nicht stören kann. Frau D und Frau G behaupten sich durch schnelles, von der Therapeutin weglaufendes Spiel. Sich provokant zeigen zu dürfen und sich durchzusetzen, sind die zentralen Themen dieses Interaktionsmusters. Die Therapeutin gibt der Patientin durch ihr eigenes kräftiges, auch chaotisches Spiel indirekt die Erlaubnis auch ihrerseits, kräftiger zu spielen (Frau I, Frau M4, Frau K, Frau G, Frau N). Es werden Instrumente gewählt, auf denen geschlagen werden kann (Pauke, Standtom, Schlitztrommel) oder die ohne Aufwand schräg gespielt werden können (Streichpsalter).

8b. Gegenübertragung/Übertragung

Das Interaktionsmuster lässt Erleichterung darüber spüren, dass die Angst zu spielen und sich zu zeigen überwunden ist. Das Spiel klingt freier, experimentierfreudiger und ungebremst. Die Patientin und die Therapeutin trauen sich, ihrer Spielfreude nachzugehen, in dem sie lauter spielen, auch dadurch, dass „Schräg-spielen“ nicht mehr vermieden werden muss. Das Spiel führt zu einer gegenseitigen Steigerung. Die Therapeutin ist erleichtert, dass die Patientin sich ihren musikalischen Raum erobert und Impulse für ein kräftigeres Spiel setzt oder Impulse von der Therapeutin für ein kräftiges Spiel aufnimmt. Die Patientin hat die Vorstellung von sich selbst gewonnen, dass sie bestehen und sich wehren kann.

Die Therapeutin hat das Gefühl, dass die Patientin ihren musikalischen Raum selbst besetzen möchte. Denn die Patientin spielt so, als ob sie sich von der Therapeutin unterscheiden möchte: ihre Musik ist etwas lauter, etwas schneller und etwas akzentuierter. Das Spiel der Patientin erlebt die Therapeutin als von ihrem Spiel sich wegbewegend, aber nicht als über das Spiel der Therapeutin triumphieren wollend.

Die Therapeutin hat das Gefühl, im Spiel mit der Patientin ein musikalisch selbstständiges Gegenüber zu haben. Die Patientin wirkt lebendig in ihrem Impuls, sich zu behaupten und Gehör zu finden. Die Therapeutin bekommt Bedeutung, da sich die Patientin mit ihrer Musik und dem darin enthaltenen Wunsch, sich zu zeigen und durchzusetzen, vor ihr präsentiert.

Indem auf spielerische Weise das Thema „Durchsetzen“ erprobt wird, wendet sich die Patientin im weitesten Sinne dem Thema Aggression zu, einem Thema, das, da es für die Patientin mit Kontrollverlust verbunden ist, von ihr im Allgemeinen vermieden wird.

8c. Verwendung der Musik und ihre unbewusste Bedeutung

Bei diesem Interaktionsmuster verwendet die Patientin die Musik, um sich im kämpferischen Spiel von der Therapeutin zu unterscheiden. Die Selbstbehauptung wird im musikalischen Geschehen ausgetragen und führt bei Patientin und Therapeutin zu selbstbewussterem Spiel. Das musikalische Geschehen wird durch das nun nicht mehr angstbestimmte, freiere Spiel als erleichternd erlebt.

Das kräftige und bestimmende Spiel wirkt nicht bedrohlich, stattdessen wird die „Steigerung“ als lustvoll erlebt. Das musikalische Geschehen erlaubt die spielerische Beschäftigung mit dem Thema Aggression. Die Patientin erlebt, dass sie selbst aggressive Impulse in sich trägt, aggressive Impulse, die aber im musikalischen Geschehen kontrolliert werden können und daher nicht mehr so bedrohlich sind. Die Therapeutin ist aktiv am Spiel beteiligt und zeigt damit der Patientin, dass sie das aggressive Spiel der Patientin aushält und weiter im Spiel bleibt. Die beidseitige „Steigerung“ bekräftigt, dass aggressives Spiel nicht zwangsläufig zu bedrohlichen Gefühlen führt.

Die Therapeutin unterstützt das Spiel der Patientin. Sie gibt der Patientin durch ihr eigenes freches Spiel die Erlaubnis, selbst lauter zu sein. Die Therapeutin bietet sich aber auch als Gegenüber an, gegen das die Patientin sich zur Wehr setzen kann.

Die Musik wird verwendet, um mit aggressiven Impulsen zu experimentieren. Die Patientin erlebt, dass sie sich durch ihr aggressives Spiel weder selbst zerstört, noch dass sie die Therapeutin zerstört. Die Patientin kann ihre aggressiven Impulse „überleben“ und erfährt, dass ihre Impulse kontrollierbar sind. Diese Erfahrung ermöglicht es der Patientin unterscheiden zu lernen zwischen einer konstruktiven und kraftgebenden, insofern also positiven Aggression und im Gegensatz dazu einer destruktiven und zerstörerischen Form derselben. Die destruktive Aggression ist mit Kontrollverlust und Schädigung verbunden, wie die Patientin das möglicherweise bei eigenen Impulsdurchbrüchen erlebt hat oder aus früheren Beziehungen kennt. Das musikalische Geschehen bietet einen Raum an, in dem aggressive Impulse nicht mehr unterdrückt werden müssen.

8d. Bezug zur BPS

Unerwartete aggressive Durchbrüche charakterisieren das Verhalten der Patientinnen mit einer BPS. Die mangelnde Regulation von aggressiven Impulsen ist zentrales Thema bei der BPS. Die Patientinnen versuchen ihre Ausbrüche zu vermeiden, da der Kontrollverlust als zerstörerisch erlebt wird. Die Biographien dieser Patientinnen sind erstens gekennzeichnet durch gewaltsame Übergriffe, die sie erleben mussten und bei welchen sie erfuhren, dass aggressive Impulse grundsätzlich schädigen. Zum zweiten sind eigene aggressive Impulse nicht ausreichend markiert gespiegelt worden, so dass die Patientinnen keine Kompetenz in der Regulation solcher Affekte erwerben konnten.

Mit dem Interaktionsmuster „Musik als Gegenstimme“ experimentieren die Patientinnen mit dem Thema, „Sich-zur-Wehr-setzen“ und erproben damit einen Umgang mit aggressiven, aber noch zu kontrollierenden Strebungen.

Die Notwendigkeit zur Ausgrenzung bestimmter innerer Anteile, Affekte oder belastender Themen ist im Vergleich zu den ersten sechs beschriebenen Interaktionsmustern kaum vorhanden. Die Patientin setzt sich an Hand der Musik in

den Therapiesitzungen mit bedrohlichen Themen, wie z.B. dem Umgang mit aggressiven Impulsen auseinander. Die Konzentration auf die spezifischen Musikparameter (laut-leise oder schnell-langsam) und der spielerische Umgang damit lassen Themen von Selbstbehauptung und Aggression weniger bedrohlich erscheinen, so dass die Patientin über sich und ihr Gegenüber nachdenken kann. Die Patientin kann, wenn sie erlebt, dass es gefahrlos ist, aggressive Gefühle zu empfinden und diese zu reflektieren, auf diesem Weg ihre Mentalisierungsfähigkeit weiter entwickeln.

8e. Verlauf

Das Interaktionsmuster „Musik als Gegenstimme“ ist typisch für den späteren Verlauf eines Therapieprozesses. Nur drei Beispiele (Frau I: 10. Sitzung, Frau K: 12. Sitzung, Frau D: 18. Sitzung) entstammen früheren Therapiesitzungen, befinden sich dennoch aber alle jenseits der 10. Sitzung. Fünf Beispiele sind aus Therapiesequenzen ab der 23. Sitzung ausgewählt worden. Drei dieser Patientinnen (Frau M: 38. Sitzung, Frau N: 40. Sitzung, Frau S: 44. Sitzung) haben an mehr als 38 Sitzungen teilgenommen. Erst dann konnten sie auf genügend Vertrauen zurückgreifen, um sich in der Musik dem Thema „Selbstbehauptung“ nähern zu können. Dieses Interaktionsmuster unterscheidet sich vom Interaktionsmuster „Musik geht über Grenzen“ dadurch, dass nicht die Unterwerfung des Gegenübers angestrebt wird. Die Abgrenzung beider Spieler ermöglicht das Gefühl der Selbstbehauptung.

8f. Prototypisches Fallbeispiel

Frau M: Laut spielen, wenn andere mitmachen (4. Szene, 38. Sitzung)

Frau M kann sich in der 38. Sitzung vorstellen, sich durch eine Improvisation mit verteilten Rollen auf die Begegnung mit ihrer „bösen“ Schwester vorzubereiten. Frau M möchte, dass ich ihre Rolle übernehme, während sie selbst die Rolle ihrer Schwester spielt. Sie wählt eine große Stehtrommel für sich selbst als die zickige Schwester aus, während sie für mich das Xylophon aussucht. Frau M spielt sofort und kräftig auf der Trommel los. Es klingt hart. Während ich zunächst vorsichtig und leise spiele, beginne ich nach und nach auch kräftiger zu spielen. Ich springe von einem Ton zum nächsten. Frau M wird lauter und auch schneller. Auch ich werde in meinem Antwortspiel lauter. Die Musik entwickelt sich zu einem Streitgespräch, wobei beide Seiten nacheinander ihre Meinung lautstark vertreten. Zum Schluss

entsteht ein lautes und auch gemeinsames Tun, wobei Frau M mit einem Rhythmus führt und ich ihr mit meiner Melodie folge.

Frau M empfindet die Improvisation passend und fühlt sich selbst von mir gut dargestellt. Ich bin etwas überrascht, da ich Sorge hatte, viel zu laut gewesen zu sein. Frau M ergänzt beschämt, dass sie manchmal auch laut wird, wenn sie von all dem Stress genug hat. Sie hat Angst, so wie ihr Vater zu werden, wenn sie dieser Seite nachgibt. Besonders gut gefallen hat ihr, dass sie nicht aufgegeben hat. Sie spricht von beiden Positionen, „weder sie (als Schwester) noch ich (als Frau M) haben nachgegeben“. Sie habe nun richtig Kraft bekommen und könne sich besser durchsetzen, sagt sie.

In dieser Improvisation darf Frau M sich in der Rolle ihrer Schwester durchsetzen. Die Therapeutin soll sich stellvertretend für sie durchsetzen. Den Impuls sich zu wehren, hat Frau M sich selbst nie zugestanden. Obwohl in der Rolle der Schwester, experimentiert Frau M mit ihren eigenen aggressiven Impulsen. Sie fühlt sich deutlich entlastet, als das Spiel der Therapeutin kräftiger wird und die Schläge lauter werden. Sie muss sich mit ihrem Wunsch, lautstark zu sein, nicht verstecken. Im Gegenteil, sie darf sich mit ihrer Musik gegen die Therapeutin auflehnen und das erfordert alle Nutzung eigenen aggressiven Potentials.

Frau M stellt in der verbalen Reflexion eine Verbindung zwischen ihrem Spiel der Selbstbehauptung und ihrem Vater her. Sie erklärt ihre Zurückhaltung und Unterordnung, wenn sie beschreibt, dass sie Angst hat, dass ihr aggressives Spiel als genauso zerstörerisch und bedrohlich erlebt wird, wie sie ihren Vater damals erlebt hat. In diesem Spiel konnte sie ihre aggressiven Impulse spüren, ohne dass sie von ihnen überwältigt wurde oder die Therapeutin Schaden genommen hat.

5.9 Musik gibt Struktur

L (4,31):	Gemeinsam mit Liedern
S (4,58):	Singen ist stark
C (4,15):	Pauke ist das Beste

Das Interaktionsmuster wird in jenen Quadranten eingeordnet, der das musikalische Geschehen mit starker Unterstützung und lustvollem Spiel verbindet und sich durch eine relativ große Objektbezogenheit auszeichnet.

9a. Beschreibung

Das musikalische Geschehen ist gekennzeichnet durch ein aktives Spiel von Patientin und Therapeutin. Im musikalischen Geschehen sind Patientin und Therapeutin für eine Weile auf der Suche nach einem gemeinsamen Tun, wobei

unklar bleibt, ob der Wunsch sich in dem realen Spiel wird umsetzen lassen. Im Laufe der Improvisation bietet die Patientin ein bekanntes Musikstück an. Die Therapeutin erkennt die Musik und stellt sich mit ihrem Spiel darauf ein. Sie spielt in einer bestimmten Weise, so dass die Patientin erkennen kann, dass die Therapeutin die Musik erkannt hat. Beide Musizierende beziehen sich während des Spiels auf eine bestehende Struktur, die von beiden gekannt und anerkannt wird.

Frau L (Kinderlieder) und Frau S (Schlager) wählen Lieder aus, bei welchem also Melodie und Harmonien von vornherein feststehen. Die Melodie wird von der Patientin gespielt, die Therapeutin bietet eine Begleitung an. Frau C wiederholt ein bekanntes rhythmisches Muster (zwei Achtel, Viertel, zwei Achtel, Viertel, Band: Queen). Die feststehende Melodie bzw. der Rhythmus stellen einen unabhängigen Bezugspunkt für beide dar. Die Auswahl des Stückes ist bezeichnend für das Interaktionsmuster. Es handelt sich nicht um die Wahl irgendeines komponierten Stückes, das die Therapeutin überhaupt nicht kennt. Das Besondere ist, dass von der Patientin gerade ein Stück gewählt wird, das den Erfahrungshintergrund der Therapeutin trifft. Frau L beschäftigt sich mit ihrer Kindheit, wenn sie auf eines ihrer Kinderlieder (Ein Männlein steht im Walde) zurückgreift. Das Lied thematisiert trotz der hüpfenden Melodie die Themen von Einsamkeit und Sprachlosigkeit. Frau S zeigt durch die Auswahl ihrer Lieder ihre Wünsche nach Zuneigung („Verdammt ich lieb dich“) und ihre Beschäftigung mit dem Tod („Am Tag als Jonny Kramer starb“). Frau C greift mit dem Rhythmus der Band „Queen“ Themen von „Lebendigkeit“, „Wildheit“ und „Draufgängertum“ auf. All das ist mit Affekten verbunden, die im Gegensatz zu den ihr bekannten depressiven Gefühlen stehen. Die Lieder wurden von der Patientin im Zusammenhang mit Stationen ihrer Lebensgeschichte ausgewählt.

Zwar ist das Stück von der Patientin gewählt, aber die Therapeutin verbindet gleichfalls eigene Erfahrungen mit dem gewählten Musikstück. Das Lied stellt eine Schnittmenge dar, in der sich Patientin und Therapeutin mit ihren jeweiligen Erfahrungen musikalisch treffen können.

Das Musikstück stellt keine musikalische Überforderung dar, es kann von der Patientin und der Therapeutin so gespielt werden, dass der Charakter erkannt werden kann. Nicht die Umsetzung eines komplizierten Werkes steht im Vordergrund, sondern das gemeinsame musikalische Spiel.

9b. Gegenübertragung/Übertragung

Die Therapeutin erlebt das musikalische Geschehen anfangs unter einem diffusen Spannungsgefühl. Es ist unklar, ob sich das Miteinander von Patientin und Therapeutin angenehm oder bedrohlich gestalten wird. Die musikalische Aktivität beider verdeckt das Gefühl der Unsicherheit. Die Therapeutin befürchtet aufgrund früherer Improvisationserfahrungen mit dieser Patientin, dass der Beziehungswunsch scheitern könnte. Das Spiel beider könnte nicht passen, sie könnten sich gegenseitig stören oder vielleicht sogar schädigen. Die Therapeutin verspürt gleichzeitig den Druck, dass es diesmal mit dem Spiel anders werden sollte und ein gemeinsames Spiel gelingen sollte. Eine deutliche Erleichterung entsteht bei der Therapeutin, wenn die Patientin eine bekannte Musik anbietet. Erst im Nachhinein lässt sich die diffuse Anspannung als Ausdruck von Angst erkennen. Die Angst der Therapeutin kann als abgewehrte Angst der Patientin vor der Beziehung zur Therapeutin verstanden werden.

Das bekannte Spiel gibt erst einmal Sicherheit: Und zwar dadurch, dass die Patientin der in der Musik bestehenden Struktur folgt. Sie hat für sich eine Spielweise entdeckt, der sie folgen mag. Zum anderen bezieht sich die Therapeutin mit ihrem Spiel auf das angebotene Stück. Die Vorhersehbarkeit des Stückes legt eine Ordnung fest, so dass die Patientin erst einmal keine unerwarteten musikalischen Angriffe durch die Therapeutin befürchten muss. Kennzeichnend für dieses Interaktionsmuster ist, dass die Abstimmung von der Patientin zugelassen wird. Die Therapeutin hat das Gefühl, dass die Patientin das Spiel der Therapeutin als Bestätigung ihres eigenen Spiels erlebt. Die durch das musikalische Spiel entstandene Gemeinsamkeit fühlt sich für die Therapeutin stimmig an.

9c. Verwendung der Musik und ihre unbewusste Bedeutung

Das Interaktionsmuster ist geprägt durch ein kontrolliertes Miteinander während des musikalischen Geschehens. Die anfänglich vorhandene Angst, erneut im musikalischen Miteinander nicht zueinander zu passen, wird durch den Rückgriff auf bekannte Musik gemildert. Das Spiel von bekannter Musik kann als Abwehr von Angst verstanden werden, andererseits ermöglicht die festgelegte Musik eine aufeinander abgestimmte Spielweise, durch die die Angst des Miteinanders

gemindert werden kann. Die Abstimmung erfolgt nicht zwischen Patientin und Therapeutin, sondern beide stimmen sich über das ausgewählte Musikstück ab. Es ist das Stück, als drittes Element, welches das Miteinander reguliert. Patientin und Therapeutin beziehen sich also während des musikalischen Geschehens nur indirekt aufeinander, wodurch ein Erleben von unterstützender Gemeinsamkeit möglich wird. Die Abstimmung gelingt, da durch die von außen strukturierte Musik, die Therapeutin mit ihrem Tun von der Patientin weder als zu nah, noch als zu fern erlebt wird. Die bekannte Musik besitzt ihre eigene Struktur, die im Unterschied zur freien Improvisation als „richtig“ oder „falsch“ nachgeahmt werden kann. Die Vorgabe gibt, dadurch dass beide sich daran halten, Sicherheit. Die Therapeutin nimmt das Spiel der Patientin auf, insofern bestätigt sie deren Spielidee. Die Therapeutin zeigt im Erkennen des Stückes einen ähnlichen Erfahrungshintergrund, so dass sich die Patientin der Therapeutin nicht so fremd fühlt und Vertrauen entstehen kann. In diesem Interaktionsmuster wird das musikalische Geschehen erstens für das Erleben von geschützter Gemeinsamkeit verwendet und zweitens eröffnet die Sicherheit gebende Struktur der bekannten Musik, der Patientin einen Erfahrungsraum, in dem sie an bedeutsamen Themen arbeiten kann.

9d. Bezug zur BPS

BPS zeichnen sich durch vielfältige Konflikte im unmittelbaren Miteinander aus. Eine diffuse Angst ist nahezu immer präsent, kann häufig gar nicht genau zugeordnet werden und drückt sich bei der Patientin in einem Spannungsgefühl aus. Die Angst wird nicht direkt thematisiert, stattdessen wird erst einmal ein Versuch unternommen, die Angst durch Ordnung und Vorhersehbarkeit zu mildern. Das Interaktionsmuster reguliert die Angst, denn dadurch, dass sich die Therapeutin auf das gemeinsame Stück bezieht, das sich wie eine Pufferzone zwischen Patientin und Therapeutin befindet, muss die Patientin keinen unmittelbaren Übergriff von Seiten der Therapeutin befürchten. Die Patientin kann sich auf diese Weise in der Gegenwart der Therapeutin sicher fühlen.

9e. Verlauf

Das Interaktionsmuster „Musik gibt Struktur“ ist bezeichnend für den Verlauf eines Therapieprozesses. Ein Beispiel (Frau C) entstammt der 15. Sitzung und kann daher dem Beginn zugeordnet werden. Zwei Beispiele (Frau L: 31. Sitzung, Frau S: 58. Sitzung) sind deutlich späteren Therapiesitzungen entnommen. So kann man vermutlich annehmen, dass erst die gewachsene therapeutische Beziehung, die Bezugnahme von Patientin und Therapeutin auf das gleiche bekannte Musikstück und ein gemeinsames Tun ermöglichte.

9f. Prototypisches Fallbeispiel

Frau L: Gemeinsam mit Liedern (4. Szene, 31. Sitzung)

Frau L spielt wie immer auf dem Klavier. Ich habe mir diesmal das Metallphon ausgesucht und spiele zaghaft ein paar Töne. Ich spiele sehr leise, denn ich erinnere noch gut, dass Frau L mein Spiel häufiger als störend erlebt hat. Ich bemerke, wie ich sehr überlegt meine Töne setze und von einer Angst umschlichen bin, ein weiteres Mal für Frau L etwas „Unpassendes“ zu spielen. Während Frau L auf dem Klavier herum probiert, entdeckt sie ein paar Kinderlieder. Bisher hat sie sich immer an schwierigen Liedern versucht und nie Kinderlieder ausprobiert. Es gelingt ihr „Ein Männlein steht im Walde“ zu spielen. Da ich das Lied erkenne, spiele ich Grundtöne passend dazu mit. Es gelingt nicht sofort, aber recht schnell ergibt sich ein gemeinsames Lied. Die langen Haltetöne auf dem Metallophon bieten den passenden Grundklang an, auf dem Frau L ihre Melodie spielt. Auch Frau L bemerkt bei ihrem Spiel, dass sich meine Musik auf die ihre bezieht. Sie wiederholt angeregt immer wieder das Kinderlied und schaut mich zwischendurch auch immer wieder einmal vorsichtig an.

Frau L und ich sind diesmal beide erstaunt, dass mit der Wahl dieses Kinderliedes etwas Neues möglich geworden ist. Frau L erlebt mein Spiel nicht mehr nur als störend, sondern es unterstützt passend die von ihr gespielte Melodie.

In früheren Sitzungen hatte Frau L entweder für sich allein gespielt oder in einer Opfer-Position sich von dem Spiel der Therapeutin gestört gefühlt. Ein gemeinsames Miteinander war über 30 Sitzungen nicht möglich gewesen. In dieser Sitzung erlebt Frau L erstmals das Spiel der Therapeutin in einer sie unterstützenden Weise. Das Spiel der Therapeutin stellt keine Bedrohung mehr dar. Frau L wiederholt das Spiel und überprüft, ob die Therapeutin dabei bleibt und sucht auch den Blickkontakt zur Therapeutin.

Frau L hat auf dem Boden ihrer Biographie vielfache Gründe, sich zunächst vor der Therapeutin zu schützen. Das Lied „Ein Männlein steht im Walde“ weist mit den Themen von Einsamkeit, Erstarrung und Entfremdung auf die BPS-Problematik hin.

5.10 Musik zur Integration des Ausgeschlossenen

- O (2,18): Sängerin singt, wie es ist
- Q ((2,14): Namen gebendes Lied
- O (4,40): Fehler machen wird möglich
- Q (4,46): Quietschende Gitarre
- T (4,105): Nerviges Daumenklavier zusammen spielen
- U (4,150): Gemeinsam an der Pauke

Das letzte zu beschreibende Interaktionsmuster lässt sich nicht ausschließlich in einen Quadranten einordnen. Alle Beispiele zeichnen sich durch Objektbezogenheit aus. Nur wenige Beispiele werden tendenziell dem bedrohlichen Erleben zugeordnet, bei den meisten Beispielen wird das Erleben des musikalischen Geschehens als unterstützend erlebt und entsprechend zugeordnet.

10a. Beschreibung

In diesem Interaktionsmuster sind das musikalische Geschehen und das anschließende Gespräch im gleichen Maße von Bedeutung. Die Atmosphäre ist nicht von Handlungsdruck geprägt, sondern von Interesse und Entdeckerfreude.

Das Interaktionsmuster zeichnet sich dadurch aus, dass bedrohliche Themen, die bisher ausgeschlossen werden mussten, durch das musikalische Geschehen berührt werden. Die bedrohlichen Themen stehen in Verbindung mit dem Erleben solcher innerer Anteile der Patientin, die bisher verborgen bleiben mussten. Bedrohliche Themen sind z.B. Ungewissheit, Gefahr, Schuld (Frau Q2); Gewalt, Isolation, Hilflosigkeit (Frau O2); Wertlosigkeitsgefühle, Kontrolle, Scham (Frau O4); Ausgeliefertsein, Überwältigtsein (Frau Q4), Kontrolle/Kontrollverlust, „Nerven“ (Frau T), Erstarrung und Zerstörung (Frau U).

Alle Frauen beschäftigen sich in der Musik mit inneren, von ihnen als bedrohlich erlebten Zuständen. Es handelt sich dabei bei allen Frauen um Gefühle, die für das Erleben von Traumatisierung typisch sind. Bei Frau U, Frau O2 und Frau Q2 werden durch die Musik die Themen Sexualität, Geheimnis und Missbrauch direkt „zur Sprache gebracht“.

Frau O2 und Frau Q2 bringen eine CD mit. Die bedrohlichen Themen werden der Therapeutin durch den Text und die Musik zu Gehör gebracht. Frau Q4 nähert sich ihrer inneren Bedrohung, indem sie ihr Angespanntsein in Form einer Klanggestalt darstellt. Frau O4, Frau T und Frau U sind im Spiel mit der Therapeutin direkt mit ihren bedrohlichen Themen konfrontiert.

Ein erster Schritt ist die Offenlegung von bedrohlichen Themen, was Frau O2 und Frau Q2 durch das Mitbringen ihrer CDs ermöglichen. Die Patientin bringt ihre Problematik nicht persönlich ein, stattdessen bringt der/die Sänger/In diese stellvertretend ein. Die Therapeutin beschreibt die durch die Musik zum Ausdruck gebrachten Gefühle von Gewalt und Hilflosigkeit (Frau O2) sowie von Unheimlichkeit und Bedrohung (Frau Q2), wie sie im Lied thematisiert werden, so dass die Patientin diese Gefühle auf sich beziehen kann und ein Reflexionsprozess beginnen kann.

In den anderen vier Beispielen zeigen die Patientinnen der Therapeutin im musikalischen Geschehen direkt eine Seite von sich, die sie bisher verborgen hatten und deren Thematisierung abgelehnt worden war. Frau O4 offenbart ihre Angst vor Schwäche/Fehlern, Frau Q4 findet ein Klangbild für ihre nicht aushaltbaren Gefühle von diffuser Spannung. Frau T lässt das Daumenklavier unkontrolliert schnarren und zeigt damit ihre „nervige“ Seite und Frau U findet durch ihr Spiel an der Pauke aus der Erstarrung, die sie überkommt, wenn der Missbrauch durch ihren Bruder thematisiert wird, wobei die gewonnene Aktivität allerdings gleichzeitig auch Frau Us Angst vor Zerstörung erkennbar werden lässt.

10b. Gegenübertragung/Übertragung

Das Typische an diesem Interaktionsmuster ist, dass die Patientin sich ausdrücklich an die Therapeutin wendet, um sich mit für sie bedeutsamen Themen auseinanderzusetzen. Der Bereitschaft zur Bearbeitung geht voraus, dass die Patientin hinreichend Vertrauen in die therapeutische Beziehung gewonnen hat. Die Patientin braucht die Sicherheit, dass ihre bedrohlichen Gefühle nicht überwältigend sind und sie ihre Angst und Wut ausreichend kontrollieren kann. Die Thematisierung von bedrohlichen Gefühlen wird in diesem Interaktionsmuster von der Patientin

zugelassen. Die Bereitschaft zur Vertiefung ist allerdings bei den Patientinnen unterschiedlich und von der Länge des Therapieverlaufs abhängig.

Die Therapeutin erlebt eine innere Ambivalenz, wenn die Patientin ihre als gefährlich erlebten Themen in die Therapie bringt. Einerseits spürt sie Angst vor den noch unbekanntem bedrohlichen Themen, Angst, die Patientin zu überfordern und/oder Angst, sie nicht zu ausreichend durch die Musik schützen zu können. Andererseits zeigt die Bereitschaft, solche Themen aufzuwerfen, eine gewachsene Konfliktfähigkeit der Patientin, die es weiter zu entwickeln gilt. Die Therapeutin fühlt sich mit ihrer Vorstellung, dass bedrohliche Gefühle der Patientin während des Spiels aufgegriffen werden können, bestätigt, so dass sie eine verbale Beschreibung wagt. Die verbale Auseinandersetzung wird von der Patientin angenommen. Die Patientin äußert ihre Vorstellung über das musikalische Geschehen. Die verbale Einigung über das musikalische Geschehen wird von der Patientin wie von der Therapeutin als Entlastung erlebt.

10c. Verwendung der Musik und ihre unbewusste Bedeutung

Das musikalische Geschehen wird für das Aufzeigen und die Bearbeitung von bedrohlichen Themen verwendet. Deren Darstellung im musikalischen Spiel und die nachträgliche verbale Reflexion von Therapeutin und Patientin führen zur Integration von ausgeschlossenen Themen. Es sind Themen, die von der Patientin als so bedrohlich und beängstigend erlebt wurden, dass sie bis dahin vermieden wurden.

Die Patientin führt die Auseinandersetzung mit bedrohlichen Gefühlen gemeinsam mit der Therapeutin zunächst im musikalischen Geschehen. Die Patientin ist aktiv beteiligt und lässt sich auf die bedrohlichen Gefühle ein. Sie ist diesen aber nicht ausgeliefert, vielmehr gestaltet sie diese. Durch die größere Kontrollmöglichkeit reduziert sich das Gefühl der Bedrohung während des musikalischen Geschehens. Die anschließende Verbalisierung ermöglicht die Integration von ausgeschlossenen Gefühlen dadurch, dass die Patientin und die Therapeutin sich in der Deutung des musikalischen Geschehens im Hinblick auf die Beziehung zueinander eins werden. Der Fokus liegt auf dem affektiven Erleben und auf der Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin. Das Erleben der Patientin, dass nämlich bedrohliche

Gefühle sich verändern können, ist entscheidend und nicht die biographische Zuordnung.

Die Patientin kann über sich und ihre Beziehung zur Therapeutin im Gespräch nachdenken und lässt die Therapeutin an ihrer Gedanken- und Gefühlswelt teilhaben. Die Patientin kann den Einfluss der Therapeutin auf ihr eigenes Spiel zulassen und dies darf auch verbalisiert werden. Die Therapeutin formuliert angemessen ihre Vorstellungen über die Bedeutung des musikalischen Geschehens, d.h. sie findet Worte für die unbewussten Gefühle der Patientin und deren Beziehungserleben zur Therapeutin. Die Patientin nimmt die Gedanken der Therapeutin auf und bezieht sich mit ihren eigenen Gedanken darauf.

Mit Unterstützung der Therapeutin war Frau U wagt ihre Erstarrung aufzulockern. Frau U macht deutlich, wie wichtig es gewesen sei, dass die Therapeutin neben ihr spielte. Die Therapeutin war deshalb so wichtig, weil Frau U so erleben konnte, dass sie mit ihren Schlägen die Therapeutin nicht zerstörte. Die Therapeutin formulierte die Angst und gab Frau U die Sicherheit, dass sie von den Gefühlen der Zerstörung nicht überwältigt werden würde.

Frau O4 kann ihre Ansprüche an sich reduzieren, wenn sie hört, dass die Therapeutin ihre Schwächen auf dem Klavier akzeptiert. Sie formuliert, nachdem die Therapeutin die Schwäche ihres eigenen Spiel beschreibt, dass sie sich nur deshalb zu singen traue, weil die Therapeutin nicht perfekt Klavier spielte. Frau O4 stellt von sich aus eine Abhängigkeit zwischen ihrem Gesang und der Therapeutin her. Frau T darf unkontrolliert-schräg sein, wenn sie hört, dass auch die Therapeutin ihre Töne so unkontrolliert schnarren lässt und sie als willkommene Klangvariation aufnimmt. Frau T bestätigt im Gespräch, dass sie sich ganz dezent erlaube, die Therapeutin zu nerven. Frau Q4 entwickelt in ihrer Vorstellung ein schreckliches Klangbild, von dem sie sich mit Hilfe der Therapeutin distanzieren kann.

Frau O2 fällt auf, dass die Therapeutin sich für ihr Gefühl des Isoliertsein interessiert, nachdem der Zusammenhang zwischen ihrem Leben und dem Lied deutlich wurde. Frau Q2 bestätigt ihre eigene Wahrnehmung des Gefühls der Unheimlichkeit mit Hilfe der Therapeutin. Eine weitere Reflexion wird von der Therapeutin zu diesem Zeitpunkt als zu destabilisierend eingeschätzt.

10d. Bezug zur BPS

Das Erscheinungsbild von BPS ist u.a. durch hohen Handlungsdruck, überwältigende Gefühle, mangelnde Verbalisierungsfähigkeit und geringe Mentalisierungsfähigkeit charakterisiert. Das hier dargestellte Interaktionsmuster zeigt die Möglichkeit zur musiktherapeutischen Bearbeitung von typischen Konfliktthemen bei einer BPS auf.

Das musikalische Geschehen zeichnet sich dadurch aus, dass Gefühle zum Ausdruck gebracht werden und diese auch reguliert werden können. Das musikalische Handeln führt in diesem Sinne zur Entlastung von bedrohlichen Gefühlen. Die Patientin bezieht die Therapeutin in ihr Spiel ein. Dies gelingt dann, wenn die Therapeutin als hilfreiches Objekt in der Vorstellungswelt der Patientin repräsentiert ist, was üblicherweise erst nach einem längeren Therapieverlauf (mit Überwindung von Krisen) der Fall ist. Im Anschluss kann die verbale Reflexion die durchlebten krisenhaften Erfahrungen nutzen. Diese Reflexion kann die sich in der musikalischen Interaktion offenbarende Beziehung, zwischen Patientin und Therapeutin, thematisieren. Einen weiteren Entwicklungsschritt ermöglicht dann die Betrachtung des Geschehens auf dem Hintergrund des biographischen Lebensmusters der Patientin.

10e. Verlauf

Es handelt sich bei dem Interaktionsmuster „Musik zur Integration des Ausgeschlossenen“ um ein typisches Muster während des Therapieverlaufs. Frau O in der 18. Sitzung (2. Szene) und Frau Q in der 14. Sitzung (2. Szene) sind bereits in der Lage, ihre bedrohlichen Themen einzubringen. Eine aufarbeitende Zusammenführung von Musik und verbalem Geschehen ist aber erst in der vierten Szene möglich. Vier von sechs Beispielen haben stammen aus deutlich höheren Therapiesequenzen. Frau O und Frau Q haben an mehr als vierzig Sitzungen teilgenommen. Frau T und Frau U sogar an mehr als 100 Sitzungen. Die Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin sowie die Reflexionsfähigkeit der Patientin konnte in den langen Therapiezeiträumen wachsen.

10f. Prototypisches Fallbeispiel

Frau U: „Gemeinsam an der Pauke“ (4. Szene, 150. Sitzung)

In der Musiktherapiesitzung kommt Frau U mit der Frage, wie sie Distanz zu ihrem Bruder herstellen könne. Der Bruder sei ihr wieder „sehr nah auf den Leib gerückt“, womit sie die wieder häufiger auftretenden Alpträume meint. Vielleicht können wir gegen den Bruder „anpauken“, schlage ich spontan vor. Frau U schaut mich überrascht an und sagt gar nichts. Ich zweifle an meiner Idee, denn Frau U hatte bisher immer geäußert, sie habe Angst vor der Pauke und auch vor ihrem Bruder. Aber nach einer Denkpause sagt sie leise, dass wir das ja mal ausprobieren könnten. Sie fühle sich immer so starr, wenn sie an ihren Bruder denke. Ich folge meiner Intuition und stelle mich neben Frau U. Sie sagt, dass es gut sei, wenn ich da stehe, aber erst einmal spielt sie nicht, sondern steht wie erstarrt neben mir. Frau U benutzt in unserer Therapie erstmals Schlägel. Nachdem ich einen Ton gespielt habe, steigt auch sie ein. Wir spielen abwechselnd leise auf der Pauke und probieren die unterschiedlichen Klänge aus. Der Paukenklang schwingt lange nach.

Frau U ist nach dem Spiel völlig überrascht: es sei gar nicht so schrecklich, wie sie es sich immer vorgestellt hätte. Sie spiele leise und trotzdem sei der Ton zu hören. Der Klang sei eingesperrt und daher könne er sie nicht überrollen, erklärt sie. Dass ich mich neben sie gestellt hätte, habe ihr Kraft gegeben. Sie ist mutiger, als sie mein Spiel hört. Allein hätte sie nicht an der Pauke gespielt. Sie kann sich der Erstarrung allein nicht erwehren. Es war gut, dass ich sie durch mein Spiel „da rausgeholt“ hätte, sagt sie. Ich merke an, dass sie zum ersten Mal Schlägel benutzt habe und der Klang dadurch lauter, aber auch distanzierter gewesen sei. Frau U sagt, dass sie Angst gehabt habe, sie könnte die Pauke zerstören. Sie sei ganz erleichtert gewesen, als sie hören konnte, dass weder bei meinem noch bei ihrem Spiel die Pauke unter den Schlägen kaputt ging. Ich führe an, dass sie möglicherweise auch erleichtert sei, dass ihre Impulse, die manchmal so bedrohlich zerstörerisch seien, in diesem Spiel von ihr und auch mir ausgehalten werden konnten. Frau U nickt kaum erkennbar.

Frau U findet in dieser Sitzung durch das Spiel auf der Pauke, mit der Therapeutin als Verstärkung neben sich, den Mut, ihre Stimme gegen den Bruder zu behaupten. Sie erlebt, dass sie durch das Spiel der Therapeutin aktiv bleibt und nicht erstarrt, wie sie es sonst tut. In der verbalen Reflexion können die Sicherheit, die die Therapeutin gibt und das Aushalten von zerstörerischen Impulsen benannt werden. Das Erleben von aggressiven Impulsen ist bisher für Frau U hochbedrohlich gewesen. Durch das Spiel auf der Pauke gemeinsam mit der Therapeutin können die aggressiven Impulse ausreichend reguliert werden, so dass Frau U sie nicht als überwältigend erlebt.

5.11 Beobachtungen zur Veränderung der Interaktionsmuster im Verlauf der Therapie

1. Fünf Interaktionsmuster (1-5) sind durch extrem polare Einordnung gekennzeichnet. In allen fünf Interaktionsmustern wird das musikalische Geschehen entweder als besonders unterstützend oder als besonders bedrohlich erlebt. Die Bezogenheit der Patientin auf die Therapeutin wird von der Therapeutin entweder als extrem zu- oder als sehr abgewandt erlebt.
2. Das Interaktionsmuster Nummer 6 kommt zu Anfang und im weiteren Verlauf einer Therapie. Es lässt sich graphisch sowohl dem Interaktionsmuster I als auch dem Interaktionsmuster II (S. 163) zuordnen. Während es manchen Patienten schon zu Beginn der Therapie gelingt, erinnerte gute Beziehungserfahrungen einzubringen, ist es für andere Patienten ein Therapiefortschritt, wenn gute Momente in der Therapie in Gegenwart der Therapeutin zugelassen werden können.
3. Die Bezogenheit auf die Therapeutin nimmt im Therapieverlauf deutlich zu. Die beiden Interaktionsmuster 3 und 4, welche sich durch Abgewandtheit von der Therapeutin auszeichnen, finden sich in vielen Beispielen in den ersten beiden Szenen, was nur für die Anfangsphase typisch ist.
4. Das musikalische Geschehen wird im Verlauf zunehmend unterstützend erlebt. Vier Interaktionsmuster (1, 2, 3), bei denen das musikalische Geschehen als bedrohlich eingeschätzt wurde, finden sich nur in der Anfangsphase.
5. Die Anfangsphase zeichnet sich häufig durch starken Rückzug und durch eine bedrohliche Besetzung des musikalischen Geschehens aus.
6. Die Notwendigkeit von Ausgrenzung und Spaltung nimmt im Therapieverlauf ab. Die Anfangsphase ist gekennzeichnet durch eine hohe Tendenz zur Ausgrenzung von bedrohlichen Gefühlen und Themen, so dass die Notwendigkeit zur Spaltung, dem zentralen Abwehrmechanismus bei BPS, bei diesen fünf Interaktionsmustern (1-5) als extrem hoch angesehen werden kann. Im Verlauf zeichnen sich die Interaktionsmuster dadurch aus, dass die Tendenz zur Ausgrenzung deutlich geringer wird, im Unterschied zu den ersten fünf Interaktionsmustern. In der Therapiesitzung können

bedrohliche Gefühle berührt und teilweise auch thematisiert werden. Die Patientinnen verfügen über mehr Handlungsspielraum im Umgang mit inneren zerstörerischen Anteilen, so dass die Notwendigkeit zur Spaltung nicht so extrem ausgeprägt ist.

7. Die Interaktionsmuster 8 und auch 10 thematisierten Aggressionen zeigen die Fähigkeit der Patientin, aggressive Impulse anzuerkennen und zu benutzen.
8. Das musikalische Geschehen wird in der Anfangsphase konkretistisch verwendet. Während das Interaktionsmuster 6 eine Symbolfähigkeit erahnen lässt, beinhaltet Interaktionsmuster 10 deutlich die Fähigkeit zur sprachlichen Symbolisierung.

6 Kommunikative Validierung

Der Wert einer qualitativen Arbeit ist abhängig von der Beteiligung externer Forscher, die den Forschungsprozess die Ergebnisse und die Interpretationen einer kritischen. U.U. auch einer korrigierenden Prüfung unterziehen. Die für diese Arbeit angewandte Überprüfungsmethode lässt sich als „kommunikative Validierung“ bezeichnen. Bei ihr begleiten unterschiedliche Expertengruppen (Musiktherapeuten und Psychotherapieforscher) den Forschungsprozess unter ihrem jeweiligen Blickwinkel (Kapitel 4.5.).

1. Die musiktherapeutische Einzelsupervision zu inhaltlichen und methodologischen Fragen erfolgte durch Herrn Prof. Dr. Decker-Voigt. Außerdem wurden das Forschungsvorhaben und die Zwischenergebnisse bei Vorträgen und Diskussionen (Februar 2007, Juli 2008) im Rahmen des Musiktherapie-Promotionskolloquiums mit Experten der Musiktherapie unter der Leitung von Prof. Dr. Decker-Voigt reflektiert.
2. Der gesamte Forschungsprozess wurde durch regelmäßige Forschungssupervisionen (Priv.-Doz. Dr. Lindner) hinsichtlich der Methodologie begleitet. Im Rahmen der „Arbeitsgemeinschaft qualitative Psychotherapieforschung“ (AGQP) am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf wurde das Forschungsvorhaben mehrfach mit qualitativ forschenden Psychotherapeuten diskutiert. Die Sicht auf die Musiktherapie unter einem externen Blickwinkel sei hier hervorgehoben. Auf diesem Weg konnte zum einen das musiktherapeutische Vorgehen an den allgemeinen Diskurs der aktuellen Psychotherapieforschung angeschlossen werden. Zum anderen wurden Vorgehensweisen, die innerhalb der Musiktherapie üblich sind, neu hinterfragt.
3. Der Forschungsprozess wurde im Rahmen des Stiftungstages der Andreas-Tobias-Kind-Stiftung zweimal durch Vortrag und Diskussion (Oktober 2006, Oktober 2008) mit Experten der Musiktherapie und Vertretern anderer Professionen reflektiert.
4. Als letztes sollen die den gesamten Forschungsprozess begleitenden Supervisionen (Herr Trapp, Frau Teckentrup und Frau Wlczek), mit Schwerpunkt auf dem psychoanalytischen Verstehen, Erwähnung finden.

Nach Betrachtung von Forschungsprozess und Methodologie durch Experten – wie beschrieben – ist ein Team von fünf erfahrenen Musiktherapeutinnen in den Forschungsprozess einbezogen worden. Die Überprüfung von Validität und Konsistenz der Fallrekonstruktionen erfolgte durch schriftliche Kommunikation, gemeinsame Diskussionsrunden und Expertenaustausch.

Die fünf ausgewählten Musiktherapeutinnen haben mindestens fünf, in der Mehrzahl aber zehn Jahre Berufserfahrung in der stationären Arbeit mit psychiatrischen Patientinnen. Alle Musiktherapeutinnen arbeiten einem psychodynamischen Verstehenshintergrund. Im Unterschied zu meinem Fallmaterial, welches auf Einzelsetting fokussiert, betreffen die Erfahrungen dieser Musiktherapeutinnen vornehmlich Gruppenmusiktherapieerfahrungen mit BPS-Patientinnen.

Es folgt nun eine Zusammenfassung der Voten der fünf Musiktherapeutinnen, von denen eine jene jeweils vier Fallrekonstruktionen bearbeitet hat. Beabsichtigt war, eine Einschätzung des eigenen Materials im Vergleich zu den Erfahrungen der Kolleginnen zu erhalten, sowie die Nachvollziehbarkeit der Fallrekonstruktion zu überprüfen.

Die Fallrekonstruktionen wurden von allen fünf Musiktherapeuten als gut nachvollziehbar eingeschätzt und mit großem Interesse gelesen, erinnerten sie doch die Kolleginnen unmittelbar an die eigene Arbeit mit ihren Patientinnen. Besonders hervorgehoben wurde, dass die Fälle aus der konkreten Praxis stammten. Da keine Vorauswahl getroffen worden war und nicht nur sogenannte „erfolgreiche Therapieverläufe“ berücksichtigt wurden, haben die Kolleginnen ihren eigenen Arbeitsalltag an dieser Patientengruppe gut wiederkennen können. Die Arbeit im Rahmen der stationären psychiatrischen Behandlung mit BPS wurde allgemein als schwierig, verstrickt, kleinschrittig und dadurch immer wieder auch als stark belastend wahrgenommen. Der Alltag ist häufig bestimmt durch den Umgang mit Gefühlen von Hilflosigkeit, Verzweiflung und Ohnmacht. Mehrfach erhielt ich Rückmeldungen, des Inhalts: „Genauso ist es“ oder „Ich habe meine Arbeit in dem Fallmaterial wiedergefunden“.

Die Möglichkeit mit Patientinnen über viele Jahre zusammen zu arbeiten, überraschte die Kolleginnen. Sie kannten aus ihrer psychiatrischen Arbeit nur deutlich kürzere Verläufe, so dass bei ihnen Probleme des Therapieeinstiegs den Alltag bestimmen.

Der Mut, mein Fallmaterial und die darin beschriebenen Gefühle von Hilflosigkeit und Irritation den Kolleginnen schriftlich zu offenbaren, wurde ebenfalls herausgestellt. Mehrere Musiktherapeutinnen berichteten über die Entlastung, die es ihnen verschaffte, die Therapieszenen und die Erfahrung des Bemühens und das Gefühl dennoch zu scheitern, auch einmal bei einer anderen Musiktherapeutin zu erleben und von außen betrachten zu können.

Die Fallrekonstruktionen beinhalten ganz offen Gefühle von Frustration, Enttäuschung und Hilflosigkeit seitens der Therapeutin, was wiederum zu emotionalen Reaktionen bei den lesenden Musiktherapeutinnen führte. Zwei gegensätzliche Reaktionen waren auffällig. Entweder identifizierte sich die Leserin mit der Therapeutin und stufte die Fälle als besonders schwierig ein, gefolgt von der Überlegung, ob die Therapeutin die Therapie nicht besser hätte abbrechen sollen. Oder es kam eher zur Identifizierung mit der Patientin und der Frage, ob die Therapeutin ihr nicht zu viel zugemutet hätte, wenn sie sich prinzipiell um Kontakt bemühte. Dies führte zu der Überlegung, dass sich mit einer distanzierteren Haltung die Beziehungsprobleme vielleicht nicht so schnell gezeigt hätten¹¹⁷.

Die Arbeit mit BPS-Patientinnen wird übereinstimmend als langwierig eingeschätzt. Gefühle von Hilflosigkeit, Ratlosigkeit und Ablehnung bestimmen das Geschehen in der Therapie. Und zwar dadurch,

1. dass Angebote abgelehnt werden und „nichts geht“,
2. dass Patientinnen häufig unerreichbar sind,
3. dass gleichzeitiges Spiel sich unstimmig und von hoher Spannung geprägt anfühlt,
4. dass Patientinnen die Therapie abbrechen.

¹¹⁷ An dieser Stelle entstand eine ausführliche Diskussion über die allgemeine Haltung der Therapeutin gegenüber der Patientin und über die Regulierung der Balance zwischen Stabilisierung und Konfrontation.

Als besonderes Merkmal von Musiktherapie wurde von allen Musiktherapeutinnen anerkannt,

1. dass BPS-Patientinnen sich durch ihr Musizieren bzw. ihre Musik gestärkt fühlen können,
2. dass Patientinnen sich ihren eigenen Raum in der Musik erschaffen können,
3. dass Patientinnen sich in der Musik „austoben“ dürfen,
4. dass rhythmisches Spiel Sicherheit gibt,
5. dass aggressive Themen häufig vermieden werden.

Alle fünf Musiktherapeutinnen beschreiben, dass sie die für die BPS-Patientinnen typischen Spaltungstendenzen kennen und die Musiktherapie von manchen Patientinnen entwertet, von anderen dagegen stark idealisiert wird. Bekannt ist vor allem die Polarisierung zwischen den Mitgliedern des Behandlungsteams (siehe 2.4.1.1.), weniger dagegen der Wechsel von Idealisierung und Entwertung innerhalb einer Musiktherapiesitzung.

Das Lesen der Fallrekonstruktionen führte zu mehr Interesse am einzelnen Fall. In der isolierten Betrachtung jedes einzelnen Falls, stellt sich die Auswahl von vier Szenen pro Gesamtfall als Begrenzung heraus. Kritisiert wurde, dass die Interpretationen der vier Szenen manchmal übereilt wirke und die Hinführung zu den Interpretationen fehle. Als Folge der Gruppendiskussion wurden fehlende Informationen in die Rekonstruktion in roter Schrift markiert hinzu gefügt. Dabei wurde deutlich, dass der geplante Umfang der Beschreibung des Fallmaterials deutlich überschritten wurde. Als weitere Kritik wurde vorgebracht, dass manchmal neue Informationen innerhalb der Interpretation eingefügt worden seien, so dass nicht immer ganz klar zwischen Beschreibung und Interpretation zu unterscheiden gewesen wäre.

Die Anmerkungen sowie die Interpretationsanregungen waren sehr hilfreich, da zum einen ein korrigierender Einfluss gegen etwaige Verzerrungen auf Grund der Gegenübertragung möglich wurde und darüber hinaus auch Aspekte, die keine Beachtung gefunden hatten, für den Vergleich mit anderen Fällen zur Verfügung standen.

In einem zweiten Validierungsschritt mit diesen fünf Musiktherapeutinnen wurden die Ergebnisse nach Einordnung in die Graphik überprüft und diskutiert¹¹⁸.

Überprüfung der Positionierung in der Graphik

Die von mir entwickelte Graphik wurde von allen Musiktherapeutinnen zur besseren Orientierung als sinnvoll angesehen. Bei der Zuordnung entstand zunächst Erklärungsbedarf. Es war von besonderer Bedeutung, dass die Einordnung der Fälle in die Graphik aus Sicht der Therapeutin erfolgte und die Einschätzung der Patientinnen keine Berücksichtigung fand.

Die Einschätzung der Therapeutinnen diente zwei Zielen. Zum einen sollte überprüft werden, ob sich die Graphik als Einordnungsschema eignete. Zum zweiten sollte überprüft werden, ob die Fallrekonstruktionen ausreichend detailliert waren, so dass die Einordnung nachvollzogen werden kann.

Die Therapeutinnen haben das entwickelte Koordinatensystem ohne Einträge erhalten und haben ihre Fälle und die jeweiligen Szenen gemäß ihrem Verständnis eingeordnet. Die folgende Tabelle zeigt in einer Übersicht die Übereinstimmungen und die Abweichungen. Als übereinstimmend wurde gewertet, wenn die Szene im gleichen Quadranten und in der Nähe meiner Position eingeordnet wurde. Fünf unterschiedliche Schrifttypen sind den einzelnen Musiktherapeutinnen zugeordnet.

Bei insgesamt 80 Szenen haben sich auf diese Weise 61 Übereinstimmungen hinsichtlich der Einordnung die Bezogenheit und die musikalische Einschätzung betreffend ergeben.

68 Beispiele sind, die Bezogenheit betreffend als übereinstimmend eingeordnet worden und das musikalische Geschehen betreffend sind 70 Beispiele übereinstimmend eingeordnet worden. Vier Beispiele (Frau C 2. Szene, Frau K 1. und 3. Szene, Frau H 3. Szene) sind diametral entgegengesetzt eingeordnet worden.

¹¹⁸ Die Übereinstimmung oder die Abweichung der einzelnen Musiktherapeutinnen von meiner Einordnung in die Graphik sind im Anhang am Ende der Beschreibung jeder einzelnen Szene aufgeführt.

Tabelle 6. Auswertung der Einordnung der Fachexperten Bezogenheit und musikalisches Geschehen betreffend. (Ü= Übereinstimmung)

Patientenkürzel	1. Szenen	2. Szene	3. Szene	4. Szene
Frau A	Übereinstimmung	Übereinstimmung	Übereinstimmung	Übereinstimmung
Frau B	Übereinstimmung	Übereinstimmung	Übereinstimmung	Übereinstimmung
Frau C	<i>Bezogenheit: Ü Musik wird als angenehmer eingeschätzt</i>	<i>Diametral entgegen, Musik ist kraftvoll, Patientin spielt für sich. Nicht Bezogen</i>	Übereinstimmung	<i>Musik: Ü weniger bezogen</i>
Frau D	Übereinstimmung	Übereinstimmung	Übereinstimmung	Übereinstimmung
Frau E	Musik: Ü Mehr abgewandt	Musik: Ü Mehr abgewandt	Übereinstimmung	Übereinstimmung
FRAU F	MUSIK: MEHR UNTERSTÜTZEND BEZOGENHEIT: Ü	MUSIK: MEHR UNTERSTÜTZEND BEZOGENHEIT: Ü	ÜBEREINSTIMMUNG	ÜBEREINSTIMMUNG
Frau G	Übereinstimmung	Übereinstimmung	Übereinstimmung	Übereinstimmung
Frau H	Musik: Ü Mehr Bezogenheit	Übereinstimmung	<i>Diametral anders Musik: mehr unterstützend Mehr abgewandt</i>	Übereinstimmung
Frau I	Übereinstimmung	Musik: Ü mehr abgewandt	Übereinstimmung	Übereinstimmung
Frau K	<i>Diametral entgegen</i>	Übereinstimmung	<i>Diametral entgegen</i>	<i>Musik: mehr unterstützend Bezogenheit: Ü</i>
FRAU L	ÜBEREINSTIMMUNG	ÜBEREINSTIMMUNG	ÜBEREINSTIMMUNG	ÜBEREINSTIMMUNG
Frau M	Übereinstimmung	Übereinstimmung	Übereinstimmung	Übereinstimmung
Frau N	Übereinstimmung	Übereinstimmung	Übereinstimmung	Übereinstimmung
FRAU O	ÜBEREINSTIMMUNG	ÜBEREINSTIMMUNG	BEZOGENHEIT: Ü MUSIK: MEHR UNTERSTÜTZEND	ÜBEREINSTIMMUNG
Frau P	<i>Musik: Ü Mehr abgewandt</i>	<i>Musik: Ü Bezogener</i>	Übereinstimmung	Übereinstimmung
Frau Q	Übereinstimmung	Übereinstimmung	Übereinstimmung	Übereinstimmung
FRAU R	ÜBEREINSTIMMUNG	MUSIK: Ü MEHR ABGEWANDT	ÜBEREINSTIMMUNG	ÜBEREINSTIMMUNG
Frau S	Musik: Ü Mehr abgewandt	Übereinstimmung	Übereinstimmung	Übereinstimmung
Frau T	Übereinstimmung	Übereinstimmung	Übereinstimmung	Übereinstimmung
Frau U	Übereinstimmung	Übereinstimmung	Musik: Ü Mehr abgewandt	Übereinstimmung

Etwa 75% der Beispiele sind übereinstimmend eingeordnet worden. Der Austausch mit Experten wird gerade dann bedeutsam, wenn die Ergebnisse nicht übereinstimmen (Kapitel 4.5.). 19 Beispiele sind von den Musiktherapeutinnen abweichend und in unterschiedlicher Weise eingeordnet worden. In der Diskussion

zeigte sich bei einigen Beispielen, dass das in der Fallrekonstruktion ausgeführte Erleben der Therapeutin nicht hinreichend detailliert war. Da die Überprüfung dem Zweck von möglicher Ergänzung und erhöhter Transparenz diene, wurden zusätzliche Informationen in die Fallrekonstruktionen aufgenommen, wobei dies deutlich kenntlich gemacht wurde. Man kann nur vermuten, dass eine zweite Einordnung, unter Einbezug des ergänzten Fallmaterials, zu noch weit höherer Übereinstimmung geführt hätte.

Ein zweiter wichtiger Aspekt wurde durch die Diskussionen noch einmal hervor gehoben, nämlich dass das Erleben des musikalischen Geschehens oder das Erleben der Bezogenheit der Patientin auf die Therapeutin immer im Kontext mit der Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin betrachtet werden muss.

In der Diskussion zeigte sich, dass die Musiktherapeutinnen ähnliche musikalische Spielweisen erlebt haben, diese aber für sich ganz anders emotional erfahren und damit auch verstanden haben. Das Erleben des therapeutischen Geschehens und die damit verknüpfte Gegenübertragung sowie das Verständnis der Übertragung sind immer subjektiv geprägt durch die eigene Biographie sowie die aktuelle Situation¹¹⁹.

Die Beispiele, die diametral unterschiedlich eingeordnet wurden, sollen im Folgenden diskutiert werden. Es handelt sich zunächst um Szenen, bei denen die Patientinnen (Frau C 2. Szene und Frau K 1. und 3. Szene) extrem laut gespielt hatten. In der Diskussion mit der externen Musiktherapeutin, die beide Patientinnen anders eingeordnet hatte, bestätigte sich das unterschiedliche subjektive Erleben des musikalischen Geschehens. Die Musiktherapeutin berichtete aus ihrer Erfahrung, dass sie Patientinnen, die extrem laut spielen, manchmal als isoliert und nur mit sich selbst beschäftigt erlebt. Sie unterstützt und stärkt die Patientinnen. Sie erlebt diese Art des Spiels als befreiend und daher ordnete sie das musikalische Geschehen als unterstützend ein. Das laute Spiel wurde von ihr als von der Therapeutin abgewandt eingeordnet, da die Patientin mit ihrem Spiel die Therapeutin, wie sie meinte, vollständig ausblendete. Mein Erleben in diesen Situationen war ein völlig anderes. Ich habe das laute Spiel auf mich gerichtet erlebt. Ich habe das laute Spiel als bedrohlich und zerstörerisch empfunden. Mein Gefühl war es, dass die Patientin ihre

¹¹⁹ Das Verständnis von Gegenübertragung und Übertragung wurde in den Kapitel 2.4.2 und 4.4.2 dargestellt. Dieses komplexe Geschehen und die daraus entstehenden erkenntnistheoretischen Probleme zur Erklärung der Subjektivität von Gegenübertragung und Übertragung können hier nicht weiter vertieft werden.

Macht, die sie durch den Lärm erhielt, genießen konnte und dass es meine Aufgabe war, die ohnmächtige Position zu übernehmen. Aus diesem Grund habe ich diese Beispiele als Objektbezogen und als bedrohlich eingeordnet. Erwähnt werden soll abschließend, dass die externe Musiktherapeutin aber auch Erfahrungen gemacht hat, wo Patientinnen sich in musikalisch bedrohlicher und mächtiger Weise auf die Therapeutin bezogen haben. Unabhängig von dem diskutierten Einzelfall stimmte die externe Musiktherapeutin zu, dass das Beziehungsmuster von Macht und Ohnmacht ein auffälliges Interaktionsmuster in der Musiktherapie mit BPS-Patientinnen darstellt.

Frau H¹²⁰ (3. Szene) stellt ein weiteres Beispiel dar. Wie bereits die beiden ersten Beispiele entstammt auch dieses dem Interaktionsmuster 2 („Musik geht über Grenzen“). Bei Frau H wurde das musikalische Geschehen von der externen Musiktherapeutin, auf Grund der Tatsache, dass erst durch den konkreten Vorschlag der Therapeutin (Ein-Ton-Musik) überhaupt ein Spiel möglich wurde, als unterstützend gewertet. Meine Einordnung steht dazu im Gegensatz, denn ich habe meinen Spielvorschlag und das spätere Spiel der Patientin gegenüber als extrem übergriffig erlebt und das musikalische Erleben daher als bedrohlich eingeordnet. Die Bezogenheit der Patientin der Therapeutin gegenüber wurde von der externen Musiktherapeutin als eher abgewandt eingeordnet, denn die Patientin fügt sich ja dem Geschehen, sie ordnet sich unter. Die externe Musiktherapeutin interpretiert das so, dass sie sich somit gleichzeitig von der Therapeutin abwendet. Im Mittelpunkt meines Erlebens stand die Intensität des Gefühls, mit dem die Patientin sich der Therapeutin und ihrem Spielvorschlag ausliefert. Das Spiel ist von mir als bezogen eingeordnet worden, da es eine unangenehm übergriffige Attitude aufweist, bei der die Patientin aber beteiligt ist. Bei mir entstand das Gefühl, dass die Patientin sich nicht wehrt, sondern keinen anderen Ausweg sieht als mitzumachen. Die Patientin unterwirft sich und ist Teil der Täter-Opfer Interaktion, die eine hohe Bezogenheit darstellt. Das Interaktionsmuster 2 ist durch besonders intensives, erschreckendes und unangenehmes Erleben gekennzeichnet, wodurch unterschiedliche Abwehrprozesse zum Schutz mobilisiert werden. Die unterschiedlichen Reaktionen auf den Einzelfall und der hohe Diskussionsbedarf sind verständlich. Die übergeordnete Struktur des Musters, die sich in Extremen ausdrückt, bleibt jedoch unangetastet.

¹²⁰ Prototypisches Fallbeispiel unter 5.2

Im nächsten Abschnitt werden Methode und Ergebnisse diskutiert und der Bezug zu den existierenden Forschungsergebnissen und den in Kapitel zwei dargestellten Theoriebeiträgen hergestellt.

7 Diskussion

Die Beschreibung der typischen Interaktionsmustern (Typenbildung) in der musiktherapeutischen Arbeit mit BPS-Patientinnen wird in diesem Kapitel diskutiert. Das Kapitel unterteilt sich in drei Abschnitte. Im ersten Abschnitt werden die in Kapitel fünf entwickelten zehn Interaktionsmuster im Hinblick auf ihre klinische Relevanz diskutiert. Die Diskussion berücksichtigt die in Kapitel 2 vorgestellten theoretischen Ansätze zur BPS. Wie schon mehrfach erwähnt, gibt es bisher kaum Forschungsergebnisse zur Musiktherapie mit BPS- Patienten (3.2), daher ist ein Vergleich mit Ergebnissen anderer Musiktherapeuten nur im geringen Umfang möglich. Der zweite Abschnitt nimmt noch einmal die Methode der verstehenden Typenbildung in den Blick. Im dritten Abschnitt werden die Vorannahmen und im Kontext mit den Beobachtungen der fünf externen Musiktherapeutinnen diskutiert.

7.1 Typische Interaktionsmuster in der Musiktherapie

Die Behandlung von Patientinnen mit einer BPS ist in der Regel anstrengend und durch vielfache Anforderungen gekennzeichnet. Die Patientinnen fordern die gesamte Aufmerksamkeit der Therapeutin und zwingen häufig zu sofortiger Stellungnahme. Die Beziehungsproblematik von BPS-Patientinnen, die durch Instabilität, Gefühlsschwankungen und Gefahr von Beziehungsabbruch gekennzeichnet ist, führt in der therapeutischen Beziehung in Sekundenschnelle zu extremen Gefühlsverwicklungen. Gerade der angemessene Umgang mit intensiven negativen Gefühlen wie Ohnmacht, Hilflosigkeit und Ärger, fordert die Person des Therapeuten extrem (siehe Kapitel 2.4 u.a. Wöller 2006, Ermann 2001, Koenigsberg 2000). Wie die spezifisch musiktherapeutischen Auffälligkeiten bei der Behandlung von BPS-Patientinnen aussehen, wurde an Hand von 10 typischen Interaktionsmustern vorgestellt, die nunmehr unter folgenden übergeordneten Aspekten diskutiert werden: 1. Spaltungsphänomene und Ausgrenzung, 2. Musik als Projektionsfläche, 3. Geschlecht, Aggression und Autoaggression, 4. Trauma und 5. Mentalisierung.

7.1.1 Spaltungsphänomene und Ausgrenzungsprozesse in den verschiedenen Interaktionsmustern

Als ein wesentliches Thema in der Behandlung von BPS-Patientinnen wird der Umgang mit nicht integrierten und als bedrohlich erlebten Selbstanteilen und daraus folgenden Spaltungsprozessen angesehen (Kapitel 2.5 Kernberg, Fonagy). Der Abwehrmechanismus der Spaltung stellt in der Begegnung von Patientin und Therapeutin eine wichtige Möglichkeit sich zu schützen dar. Für Kernberg ist Spaltung der Versuch, „böse“ Anteile von „guten“ zu trennen, damit die letztgenannten überleben können. Fonagy betont die fremden, als zerstörerisch erlebten Anteile, welche Folge einer verinnerlichten Zuschreibung sind, die die Patientin zu externalisieren versucht, um sich als kohärent erleben zu können. Die Unfähigkeit zu Integration und zu Mentalisierung führt bei der Patientin zu extrem erlebten Spannungs- und Erregungszuständen, die nur durch Spaltungs- und Externalisierungsprozesse Entlastung finden. Eingedenk der Unterschiede in den theoretischen Erklärungen muss die Therapeutin eine innere Haltung finden, mit der sie sich auf Gefühle von Unerträglichkeit und Bedrohung einstellen kann.

Mit Hilfe der Typenbildung konnte gezeigt werden, dass das musikalische Geschehen in der Musiktherapie mehrfache Möglichkeiten des Umgangs mit dem spaltenden Verhalten der Patientin bietet. Die Spaltungsprozesse, die vorgestellt wurden, beziehen sich nicht auf die bereits unter 2.4.1.1 dargestellte Spaltung zwischen Teammitgliedern, sondern auf die Art und Weise, wie sich Spaltungsprozesse im Umgang mit dem musikalischen Material innerhalb von Interaktionsszenen zeigen. Für die ersten sechs Interaktionsmuster gilt, dass die Auslagerung von Bedrohlichem ein bestimmendes Merkmal ist. Einmal sind die Gefühle zu bedrohlich, ein anderes Mal wiederum ist die Musik bedrohlich oder es ist die Therapeutin an sich oder Musiktherapie überhaupt.

Im Interaktionsmuster „Musik als magische Heilung“ steht das Ideal der Patientin im Vordergrund und damit der Versuch der Patientin, sich kompetent fühlen zu können, während das Gefühl der Unzulänglichkeit ausgegrenzt werden soll. Im zweiten Interaktionsmuster „Musik geht über Grenzen“ wird entweder die dominante oder die unterwürfige Seite ausgegrenzt. Beide, Patientin und Therapeutin, müssen daher jeweils nur einen Anteil übernehmen, während der andere Anteil beim Gegenüber

untergebracht wird. Beim dritten Interaktionsmuster „Musik macht alles schlimmer“ ist die Ausgrenzung absolut, so dass nur der Therapieabbruch oder die Ablehnung der Musik ausreichend Schutz gibt und so bedrohliche Gefühle vermieden werden können. Beim vierten Interaktionsmuster, „Musik als Rückzugsort“, und etwas abgewandelt beim sechsten Interaktionsmuster, „Musik zur Triangulierung“, findet sich das Thema der Spaltung durch den Ausschluss der Therapeutin wieder. Die Patientin begibt sich musikalisch in einen für sie gut besetzten Raum, der aber für die Therapeutin unerreichbar sein soll und ist. Während die Patientin im vierten Interaktionsmuster ihren Beziehungsfantasien nachgeht, sind im sechsten Muster konkrete Erinnerungen an gute Beziehungserfahrungen vorhanden. Dennoch bleibt die Therapeutin in beiden Mustern außen vor. Ihre Anwesenheit ist wichtig, sie bekommt ihre Bedeutung aber nicht als Spielpartner. Im fünften Muster, „Musik zum nicht Alleinsein“, wird die Trennung und die Unterschiedlichkeit als hochbedrohlich erlebt und muss ausgegrenzt werden. Die Therapeutin wird als gutes Objekt gesucht, von welchem die Patientin alles aufnehmen will und dem sie so nah wie möglich sein möchte. Alles Trennende und Aggressive muss aus dem Kontakt herausgehalten werden.

In der Gegenübertragung der Therapeutin ist das Erleben von bedrohlichen Gefühlen in der Begegnung deutlich zu spüren. Beim ersten Muster darf die Therapeutin die Patientin nicht enttäuschen, beim zweiten Muster stehen Macht- bzw. Ohnmachtsgefühle im Zentrum, beim dritten Muster ist das Gefühl des Scheiterns der Therapeutin zentral, beim vierten Muster erlebt die Therapeutin sich ohnmächtig, da sie die Patientin nicht erreichen darf und kann und beim fünften Muster fühlt sich die geforderte Nähe beengend an. Die Therapeutin fühlt sich gefangen. Beim sechsten Muster wird die Therapeutin in die Position der Ausgeschlossenen gebracht. Alle sechs Interaktionsmuster zeigen die Notwendigkeit zur Ausgrenzung auf. Das Thema der Ausgrenzung ist für die BPS-Patientin ein zentrales und daher stellt das Auftauchen der Problematik innerhalb der Therapie einen entscheidenden, notwendigen und hilfreichen Schritt dar, der eine Bearbeitung erst möglich macht.

In den verbleibenden vier Interaktionsmustern - die dem Verlauf zugeordnet wurden - ist der Umgang mit Ausgrenzung des Bedrohlichen kein ausschließlicher mehr, sondern das Interaktionsmuster zeichnet sich gerade dadurch aus, dass ein Umgang mit bedrohlichen Gefühlen gesucht wird. Die vier Interaktionsmuster lassen im

Unterschied zu den Interaktionsmustern des Beginns erste Verarbeitungsschritte erkennen.

Das Muster „Musik erlaubt Disharmonie“ grenzt Gefühle der Bedrohung, der Irritation und der Unerträglichkeit nicht aus, sondern lässt die Therapeutin beim musikalischen Geschehen eine extreme Anspannung aufgrund der Gleichzeitigkeit sehr ambivalenter Gefühle erleben. Die Gleichzeitigkeit von sich widerstrebenden Gefühlen (z.B. Hin- und Abwendung) stellt für die Therapeutin eine massive Anforderung dar, zeigt aber auch, dass einander widerstrebende Anteile vorhanden sein dürfen - zumindest in der Therapeutin - die nicht mehr vollständig ausgegrenzt werden müssen. Unbewusst gelingt es der Patientin auf diese Weise, dass die Therapeutin ihrerseits gefordert ist die ambivalenten Gefühle, die durch das Tun entstehen, zu regulieren und einen Umgang damit zu finden.

Das achte Interaktionsmuster „Musik als Gegenstimme“ lässt sich als spielerische Suche nach Auseinandersetzung verstehen. Die Patientin traut sich, musikalisch Kontakt zur Therapeutin aufzunehmen und setzt sich damit ungewissen und dadurch auch bedrohlichen Gefühlen aus. Die Auseinandersetzung mit der Therapeutin führt nicht nur zur Anerkennung der Andersartigkeit und Fremdheit der Therapeutin, sondern stärkt die Betonung des Selbstgefühls der Patientin. Mit dem hochbedrohlichen Thema der Aggression wird experimentiert und es wird nicht ausgegrenzt. Die Patientin macht die Erfahrung, dass ihr Spiel in einer Beziehung zur Therapeutin steht und damit auch ihrem Einfluss ausgesetzt ist.

Im neunten Interaktionsmuster, „Musik gibt Struktur“, sucht die Patientin wie beim achten Interaktionsmuster den musikalischen Kontakt zur Therapeutin. Der Ungewissheit und den bedrohlichen Gefühlen wird begegnet, indem Patientin und Therapeutin sich auf eine beiden bekannte Musik als ein Drittes beziehen. Die Strukturierung der Musik schafft eine Sicherheit gebende Form, in der ein aufeinander bezogenes Spiel erst möglich wird. Es handelt sich um ein Spiel, das Schutz gibt. Die Unsicherheit im Miteinander ist zwar vorhanden, aber sie ist deutlich minimiert. Auch bei diesem Muster wird die wechselseitige Bezogenheit hörbar, denn die Therapeutin zeigt der Patientin mit ihrem Spiel, dass sie das Musikstück der Patientin begriffen hat und bereit ist, sich auf dieses einzulassen. Diese Spielform erfordert von der Patientin den Mut, sich mit bedrohlichen Gefühlen auszusetzen. Die Patientin bietet ein Stück an, bei dem die Aufnahme durch die

Therapeutin nicht zwangsläufig erfolgt und die Patientin allein bleiben kann. Die Nähe, die durch das Spiel entsteht, kann auch als bedrohlich erlebt werden.

Das letzte Interaktionsmuster, „Musik zur Integration des Ausgeschlossenen“, thematisiert bedrohliche Themen explizit. Die Patientin sucht aktiv die Auseinandersetzung mit Themen, die für sie bedrohlich sind. Die Auseinandersetzung findet sowohl im musikalischen Spiel als auch in der darauf folgenden verbalen Reflexion statt.

Mit der vorgenommenen Beschreibung wurde an Hand der unterschiedlichen Interaktionsmuster aufgezeigt, wie sich Spaltungs- und Ausgrenzungsprozesse in der Musiktherapie darstellen. Im nächsten Abschnitt wird es darum gehen, bei welchen Interaktionsmustern Musik als Projektionsfläche verwendet wird.

7.1.2 Musik als Projektionsfläche

Musik wird in drei Interaktionsmustern zu Projektionsfläche zu verwendet. Zu Beginn sei das erste Interaktionsmuster, „Musik als magische Hoffnung“, genannt. Bei diesem Interaktionsmuster wird der Musik und den Instrumenten vielfältige Wandlungskraft zugesprochen. Die Patientin erhofft, sich auf magische Weise als kompetent erleben zu können. Rhode-Dachser (2004, auch 2.5.4.1.) schreibt, wie notwendig es für BPS-Patientinnen ist, sich ein inneres narzisstisches Universum zu bilden. Der Wunsch der Patientin lässt sich in diesem Sinne so verstehen, dass sie hofft, mit Hilfe eines „perfekten“ Musikspiels ihrem Wunsch nach einem narzisstischen Universum, - dem Produkt von Omnipotenzfantasien -, real nahekomen zu können. In einer Welt, in der es ihr gelänge, omnipotent die Instrumente zu spielen, wäre sie sicher und somit vor bedrohlichen Gefühlen ausreichend geschützt. Dass es sich um eine Vorstellung handelt, die nicht der Realität entspricht, erfährt die Patientin in dem Moment, wenn sie durch ihr konkretes Spiel mit der Realität konfrontiert wird. Vor allem dann, wenn es ihr nicht gelingt, ihrem Ideal entsprechend zu spielen. Häufig ist die Ablehnung des Spiels erst einmal die einzige Möglichkeit, um die omnipotente Fantasiewelt weiter aufrechterhalten zu können.

Die zweite Projektionsfläche findet sich im 3. Interaktionsmuster, „Musik macht alles schlimmer“. Dieses 3. Interaktionsmuster stellt mit 13 Beispielen das am

umfangreichsten basierte dar. Es handelt sich um ein Interaktionsmuster, das dem Beginn der Therapie zugeordnet wurde. Die Patientin lehnt oder bricht das Spiel ab, da sie sich durch das Spiel und die damit möglicher Weise verbundenen Gefühle extrem bedroht fühlt. Das musikalische Geschehen wird zur Projektionsfläche, an dem das Gefühl der Bedrohung konkret festgemacht werden kann. Die Patientin befürchtet, dass der Klang sich zerstörend anhört und ihr ohnehin vorhandenes inneres Gefühl, zerstört und zerstörend zu sein nur noch potenziert werden würde. Der Vorstellung der Patientin folgend, würde der Klang der Musik ihren ohnehin als schrecklich erlebten Zustand nur noch verschlimmern. In dieser Weise interpretiert, muss eine Nähe zu dem von Fonagy et al. (2004) beschriebenen Äquivalenzmodus angenommen werden, bei dem die Patientin davon ausgeht, dass ihr inneres Erleben automatisch in der Außenwelt auffindbar ist und die Realität ihren Vorstellungen entspricht. So gesehen, würde die erklingende Musik das bedrohliche Innere im Außen realistisch abbilden, so dass ein spielerischer Umgang wie mit einer Fantasie nicht vorstellbar wäre¹²¹.

Der durch die Patientin vorgenommene Ausschluss von Musik, stellt allerdings für die Musiktherapeutin eine große Herausforderung dar, da ihr Behandlungsmedium in Frage gestellt wird. Der auffällige Sachverhalt, dass dem musikalischen Geschehen häufig erst einmal mit Ablehnung begegnet wird, ist kein neuer Befund, sondern wurde bereits von mehreren Musiktherapeuten erwähnt. So ist in der Arbeit von Nygaard Pedersen (2007a) über die Analyse der Gegenübertragung die Zurückweisung der Musiktherapeutin und des musikalischen Tuns zentrales Thema¹²². In der von ihr beschriebenen „ersten Stufe“ der Behandlung wird die Improvisation durch die Patienten¹²³ in ihrer Sinnhaftigkeit in Frage gestellt. Die Therapeutin ist gefordert, einen Weg zu finden, der es der Patientin und der Therapeutin ermöglicht gemeinsam im Raum zu bleiben. Erst in der „dritten Stufe“ in der Behandlung, bei sich entwickelnder therapeutischer Allianz, kann die Zurückweisung musikalisch ausgedrückt werden. Das Thema der Zurückweisung bleibt zwar weiterhin präsent, wird aber in dieser Stufe zwischen Patientin und Therapeutin zum Thema. Eine andere Arbeit, in der die auffälligen

¹²¹ Die differenzierte Ausarbeitung dieses Gedankens würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten. Eine Forschungsarbeit zu diesem Thema wäre m.E. wünschenswert.

¹²² Nygaard Pedersen bezieht sich generell auf psychiatrische Patienten. Da es sich allerdings bei 40-60% der Patienten in psychiatrischen Abteilungen um solche mit der Diagnose PS handelt (siehe Kapitel 2.2), lassen sich ihre Ergebnisse auch auf die Gruppe der BPS-Patienten beziehen.

¹²³ Frauen und Männer

Anfangsschwierigkeiten der musiktherapeutischen Behandlung von PS-Patienten¹²⁴ erwähnt werden, ist die Forschungsarbeit von Odell-Miller (2007). Sie beschreibt, dass diese Patientengruppe in der ersten Phase der Behandlung ein Musikspiel häufig ablehnen und erst mit Hilfe des Gesprächs ein Weg zur Musikimprovisation gefunden wird (Odell-Miller 2007, S. 372).

Tönnies (2002, S. 111) weist in ihrer Untersuchung von morphologischen Beschreibungstexten über Erstimprovisationen von BPS-Patienten¹²⁵ darauf hin, wie schwer es den Beschreibern fiel, sich mit der Musik zu identifizieren. Die speziellen Themen (Bedrohung, Abstoßung, Instabilität, Einsamkeit) von BPS-Patienten führten dazu, sich zu distanzieren, interpretiert Tönnies. Auch wenn es sich nicht direkt um Gefühle der Therapeutin handelt, zeige die Reaktionen der Beschreiber, wie intensiv und bedrohlich die musiktherapeutischen Prozesse mit BPS-Patienten sein können. Die Distanzierung kann als Schutz vor Gefühls-Verwicklung verstanden werden. Hier lässt sich vermuten, dass die Beschreiber durch die Musik mit den Patientinnen stark identifiziert waren. Sie haben die Musik in der Identifikation als so bedrohlich erlebt, dass ihre Ablehnung und Distanzierung auch als Schutz für sie verstanden werden kann.

Es kann festgestellt werden, dass die wenigen Musiktherapeuten, die über BPS-Patienten geschrieben haben, die Ablehnung von Musik ebenfalls als Auffälligkeit vermerkt haben. In dieser Arbeit wurden unter 5.3 Erklärungen angeführt, wieso die Patientin die Musik auf diese Art und Weise verwendet und welche Bedeutung die Ablehnung besitzen dürfte.

Eine dritte Projektionsfläche bietet sich in dem vierten Interaktionsmuster, „Musik als Rückzug“, an. Es handelt sich nicht um eine Projektion im engeren Sinne, sondern die Patientin kann den musikalischen Raum, den sie sich selbst geschaffen hat, nutzen, um ihn mit ihren eigenen guten Beziehungsfantasien zu füllen. Bei diesem Muster zieht die Patientin sich in einen Klangraum zurück und wird so für die Therapeutin unerreichbar. Steiner (1998) beschreibt seine von ihm entwickelte Rückzugsposition als dritte Position zwischen paranoid-schizoide und depressive Position und gleichzeitig als auffälliges Merkmal von BPS-Patienten (2.5.2). Die Beziehung zu den Objekten wird in einer Fantasiewelt beibehalten, so dass der

¹²⁴ Frauen und Männern

¹²⁵ Frauen und Männern

Patient sich in der Realität nicht den Verlust- und oder Schuldgefühlen stellen muss. Auf die Musiktherapie übertragen bedeutet dies, dass die Patientin sich der Begegnung mit der Therapeutin entzieht und sich stattdessen auf die Musik konzentriert und in diese zurückzieht. Der Kontakt zur Therapeutin wird auf diese Weise geschützt und die Patienten verwendet das Musikspiel stattdessen, um ihren idealen Beziehungsvorstellungen und nicht frustrierenden Beziehungserfahrungen nachzugehen. Der Rückzug der Patientin in die eigene musikalische Welt kann so extrem sein, dass sie sich verliert (entrückte Mimik) oder der Kontakt zur äußeren Realität, z.B. zur Musik der Therapeutin, abgeschnitten ist. In dieser extremen Form kann der Rückzug in Musik als eine musikalische Ausdrucksform des von Fonagy entwickelten pathologischen Als-Ob-Modus verstanden werden. Folgt man Fonagy et al. (2004), zeigt sich ein Mangel an Mentalisierungsfähigkeit im pathologischen Als-Ob-Modus durch dissoziatives Erleben, Ausschluss des Therapeuten, Verlust einer realistischen und gefühlten Sichtweise und scheinbare Kreativität (Bateman & Fonagy 2006, S. 22). Der Rückzug in die Musik wirkt nicht kreativ gestaltend, sondern redundant eingengt. Aufgabe der Therapeutin ist es, einerseits den sicheren Raum, der durch das musikalische Geschehen entsteht, zu bewahren und andererseits den Blick mehr auf die aktuelle Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin zu richten.

Beide letztgenannten Interaktionsmuster (3 und 4) wurden dem Therapiebeginn zugeordnet und zeichnen sich dadurch aus, dass die Patientin sich nicht auf die Therapeutin bezieht, so dass sie von Therapeutin als von ihr abgewandt erlebt wird. Im dritten Muster bezieht sich die Abwendung auf Musik und Therapeutin. Im vierten Muster wendet sich die Patientin zwar von der Therapeutin ab, wendet sich aber dem musikalischen Geschehen zu.

7.1.3 Geschlechtsspezifische Aspekte der Aggression und Autoaggression

Diese Arbeit zeichnet sich durch eine geschlechtsspezifische Auswahl aus. Es wurden ausschließlich Frauen untersucht. Da es bekanntermaßen deutlich mehr Frauen mit einer BPS in psychiatrischer Behandlung gibt als Männer (2.2, 2.8), wäre das Verhältnis bei einer gemischtgeschlechtlichen Musiktherapie-Stichprobe höchst

ungleich gewesen (6:1). Insofern wurde von vornherein darauf verzichtet, geschlechtsübergreifende Aussagen anzustreben. Die Ergebnisse sind nur mit Einschränkung auf männliche BPS Patienten zu übertragen. Es wäre m.E. ein begrüßenswertes Forschungsprojekt, spezifische Auffälligkeiten in der Musiktherapie bei Männern zu untersuchen, um die Ergebnisse mit den Ergebnissen dieser Arbeit vergleichen zu können.

Die Geschlechterkonstellation des Fallmaterials soll ausdrücklich Beachtung finden. Von den vier theoretischen Passungsmöglichkeiten handelt es sich bei dieser Untersuchung um die Therapiebeziehung weibliche Patientin und weibliche Musiktherapeutin. Die frühen verinnerlichten Beziehungserfahrungen mit der Mutter und dem Vater aktualisieren sich in der Beziehung zum Therapeuten oder zur Therapeutin immer durch Übertragung. Insofern stellt sich die Übertragungskonstellation zwischen weiblicher Patientin und weiblicher Therapeutin anders dar als eine Übertragungskonstellation, die sich zwischen männlichem Therapeuten und weiblicher Patientin entwickelt hätte. Die Biographien der Patientinnen weisen in hohem Maße Abbrüche, Bindungsunsicherheiten und vielfachen Traumatisierungen auf. Bei 16 Patientinnen war das Thema eines sexuellen Missbrauchs präsent. Obwohl es sich bei den Tätern um männliche Personen (selten der Vater) handelte, waren die Väter der meisten Patientinnen positiv besetzt und die Patientinnen vermissten den regelmäßigen Kontakt zu ihnen schmerzlich. Das lässt erkennen, dass auf die Väter sehr viel mehr Hoffnung gesetzt wurde. Eine Erklärung wäre, dass die Töchter sich, enttäuscht von der primären Mutterbeziehung, dem Vater zugewendet haben. Trotz der auch hier erfolgten Enttäuschung, blieb doch die Hoffnung auf ein gutes Miteinander erhalten. Sellschopp et al. bezieht sich auf Rupprecht-Schampera (1997), wenn sie schreibt, dass der Vater in der frühen Entwicklung in einer, wenn auch sexualisierten Beziehung, doch noch triangulierend wirksam wurde und so zumindest einen Weg aus der bedrohlichen Nähe zur Mutter anbot (Sellschopp et al. 2001, S. 91). Als eine mögliche Übertragungskonstellation würde die therapeutische Beziehung der Patientin zur Musiktherapeutin den Niederschlag dieser verinnerlichten - und meist extrem belasteten - Mutterbeziehung aktualisieren.

Für Kernberg, Rohde-Dachser und auch für Fonagy spielt der Umgang mit Aggression in der Behandlung von BPS Patientinnen eine große Rolle (siehe auch

Kapitel 2.4.2.). Für Kernberg (1993, S. 21, S. 108) ist die Konfrontation mit aggressiven Impulsen und die Arbeit an der negativen Übertragung wesentlicher Teil der Übertragungsanalyse. Fonagy (2004, S. 421) untersucht selbstdestruktive Handlungen und verbindet aggressive Gefühle in der von ihm entwickelten Konzeption des „fremden Selbst“ mit eben jenem, wenn er von inneren quälenden, hassenswerten oder zerstörenden Anteilen spricht.

Aggressive Verhaltensweisen zeigen sich einerseits in Form impulsiver Durchbrüche und körperlicher Gewalt als nach außen gerichtet und andererseits als gegen sich selbst gerichtet in Form selbstschädigender Verhaltensweisen. In Kapitel 2.6 und 2.8 wurde gezeigt, dass es sich bei autodestruktivem Verhalten, besonders dem Sich-selbst-schneiden, um Verhaltensweisen handelt, die häufiger für Frauen beschrieben wurden. Im folgenden Abschnitt wird der Aspekt der Aggression mit Bezug auf die Interaktionsmuster beleuchtet.

Im zweiten Interaktionsmuster „Musik geht über Grenzen“ ist das Thema der destruktiven Aggression in der Täter-Opfer Beziehung vorhanden. Am deutlichsten ist der Themenkomplex Aggression erkennbar, wenn die Patientin (seltener die Therapeutin) ihre Dominanz durch extrem lautes Spiel zeigt. Lautes, ohrenbetäubendes, oft auch unkontrolliertes Einschlagen auf Trommeln kann bedrohlich, kampfesgleich und aggressiv wirken. Es handelt sich um eine Form der Aggression, die vor allem an Impulsdurchbrüche und nicht eingrenzbare, gefährliche und zerstörerische Aggression denken lässt. Bleibt so ein Spiel unverbunden stehen, wird nur bestätigt, dass aggressive Ausbrüche nicht oder nur von außen modulierbar sind.

Häufiger ist jedoch, dass das Thema der Aggression sich in der Abwehr von Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühlen zeigt. Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühle entstehen, wenn die Therapeutin unter großem Handlungsdruck steht, z.B. wenn Patientinnen in typischer Weise äußern, sie stünden unter immensem Schneidedruck, wobei die Therapeutin schon während der Sitzung ahnt, dass die Patientin sich nach der Therapiesitzung erneut verletzen wird.

In der Musiktherapiesitzung entsteht eine besondere Spannung, wenn die Therapeutin sich dem Spiel der Patientin scheinbar nicht entziehen kann. Dies trifft auf das Erleben der Therapeutin im Interaktionsmuster Nr. 2, Nr. 5 und Nr. 7 zu. Im

zweiten Interaktionsmuster ist die Therapeutin einmal als Opfer, ein andermal aber auch als Täterin mit dem Thema Aggression konfrontiert. Manchmal sind aggressive Gefühle der einzige Weg, Gefühle des Manipuliert-werdens und von Ohnmacht abzuwehren. Im fünften Interaktionsmuster, „Musik zum nicht Alleinsein“, werden aggressive Gefühle vermieden, um die Nähe aufrecht zu erhalten, so dass die Therapeutin in ihrer Gegenübertragung die abgewehrte Trennungsaggression aushalten muss. Im siebten Interaktionsmuster, „Musik erlaubt Disharmonie“, erlebt die Therapeutin ein Spannungsgefühl, das durch die Gleichzeitigkeit von einander widerstrebenden Gefühlen entsteht. Das Thema der Aggression bekommt bei diesem Muster eine „Zwischenposition“. Die erlaubte Disharmonie lässt das Thema Aggression erahnen und erklingen, gleichwohl nimmt die Therapeutin die Aggression primär in ihrer Gegenübertragung wahr.

Im 3., 4. und 6. Interaktionsmuster wird die Therapeutin ausgeschlossen. Die Patientin bezieht sich im 4. und 6. Muster hauptsächlich auf die Musik. Gelingt es der Therapeutin nicht, ihren Ausschluss als Schutz der therapeutischen Beziehung zu verstehen, besteht die Gefahr, dass sie die erlebten Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühle durch Aggressivität abwehren muss.

Das Thema der Aggression ist in den ersten sieben Interaktionsmustern vor allem in der Gegenübertragung der Therapeutin präsent und hauptsächlich als Abwehr von Gefühlen der Ohnmacht und Hilflosigkeit zu verstehen. Das Verstehen der aggressiven Gefühle eröffnet der Therapeutin einen reflexiven und kreativen Umgang mit dem Thema Aggression.

Ein modifizierter Umgang mit den aggressiven Strebungen in der Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin findet im achten Interaktionsmuster „Musik als Gegenstimme“ statt. Die Patientin behauptet sich der Therapeutin gegenüber, grenzt sich von ihr ab und experimentiert auf diese Weise mit ihren aggressiven Impulsen.

Das Thema Aggression ist gerade bei Patientinnen, die sich selbst verletzen von wesentlicher Bedeutung, lässt sich aber nicht gleich auf den ersten Blick erschließen. Das selbstverletzende Verhalten ist primär nicht als Ausdruck aggressiver Impulse zu verstehen, sondern als Folge emotionaler Überforderung der Patientin. Diese entsteht, wenn die Patientin sich von ihrem fremden Selbst und den darin enthaltenen hassenswerten und zerstörerischen Anteilen nicht distanzieren kann.

Aggressives Erleben fällt im therapeutischen Kontakt mit den Patientinnen hauptsächlich dadurch auf, dass die Aggression gerade nicht Thema wird. Die Therapeutin kann Gefühle der Ohnmacht, Hilflosigkeit und Irritation erkennen. Die häufig mit sehr viel Scham erlebten aggressiven Gegenübertragungsgefühle der Therapeutin lassen sehr schnell die Präsenz von aggressiven Affekten erahnen.

Nicht im direkten Zusammenhang mit dem Thema Aggression, sondern beim Thema Spannungsabbau wird das absichtsvoll laute Spiel in der Musiktherapie mit BPS-Patienten immer wieder erwähnt. Kupski (2007) und auch Klampfl (2006) beschreiben das laute und kräftige Spiel als für Spannungsregulation und Spannungsabbau geeignet. Bei dem musiktherapeutischen Vorgehen dieser Autoren handelt es sich um einen aktivierenden Ansatz. Bei diesem kann die Patientin durch das absichtsvoll angebotene Spiel erfahren, dass lautes Spiel, das meist mit Bedrohung, Durchsetzen und aggressiven Gefühlen verbunden wird, gar nicht so bedrohlich, wie zunächst befürchtet, ist.

7.1.4 Der traumatische Aspekt in den verschiedenen Interaktionsmustern

Alle untersuchten zwanzig Patientinnen zeichnen sich durch chronisch kumulative Beziehungstraumata, wie sexuelle Traumatisierung, Gewalterfahrung, Beziehungsabbruch durch einen Elternteil oder beide, durch emotionale Vernachlässigung, Armut, Behinderung, psychiatrische Erkrankung eines Elternteils, Suchtproblematik eines Elternteils oder Tod eines Familienangehörigen aus (siehe Tabelle 7 Anhang, auch 2.7). Die Kontaktaufnahme ist bei diesen Patientinnen mit erheblicher Angst vor erneuter Beziehungstraumatisierung verbunden. Im dritten und vierten Interaktionsmuster bekommt die Musiktherapeutin eine Ahnung davon, wie groß Angst und Vermeidung sind und dass der Therapieabbruch (3.) oder die ausschließliche Konzentration auf die Musik, bei Ausblendung der Musiktherapeutin (4.) den einzig vorstellbaren Schutz darstellt.

Das zweite Interaktionsmuster, „Musik geht über Grenzen“, zeigt Variationen des Täter-Opfer-Retter Schema, wie sie typisch für das Übertragungsgeschehen bei traumatisierten Patientinnen sind (Wöller 2006, S. 361, Kapitel 2.7). Sowohl die

Patientin als auch die Musiktherapeutin übernehmen entweder die Opfer- oder die Täterposition. Ist die Patientin in der Opferposition, wiederholt sie ihre aus früheren Traumatisierungen bekannten Opfererfahrungen. Ist die Patientin in der Täterposition, wehrt sie sich auf diesem Weg mit aktiver Umkehr gegen ihre ehemals erlebte Opferposition. Es handelt sich dabei nicht um ein bewusstes Geschehen, vielmehr sucht die Patientin einen Ausweg für ihr Leben mit den traumatisierenden Erfahrungen. Im musikalischen Geschehen wird das Opfer-Täter Schema leicht hörbar und spürbar und eröffnet dadurch einen Zugang zu der traumatisierenden Beziehungsproblematik. Das Verstehen des Opfer-Täter Schemas ist sehr notwendig, da ansonsten die Gefahr der Entgleisung droht und von der Therapeutin die erforderliche Begrenzung zum Schutz der Patientin nicht aktiv hergestellt werden kann.

Bei traumatisierten Patientinnen besteht aufgrund der Vielzahl ihrer Opfererfahrungen die große Gefahr der Reviktimisierung. Im achten Interaktionsmuster „Musik als Gegenstimme“ experimentiert die Patientin mit dem Themenkomplex Selbstbehauptung. Unterschiede zwischen dem Spiel der Patientin und dem der Therapeutin werden als Abgrenzung gesucht und müssen nicht verhindert bzw. durch Hierarchien (oben/unten) klar geordnet werden. Die Patientin bekommt eine Ahnung davon, dass sie sich zur Wehr setzen darf und gewinnt durch diese Erfahrung mehr Sicherheit, nicht automatisch erneut Opfer werden zu müssen.

Fonagy nimmt an, dass die eingeschränkte Mentalisierungsfähigkeit bei BPS-Patientinnen eine Folge von frühkindlichen traumatisierenden Beziehungserfahrungen darstellt (2.5.3). Für die Mehrzahl der BPS-Patientinnen ist ein verstrickter Bindungsstil kennzeichnend, der mit ungelösten Traumatisierungen einhergeht (Fonagy et al. 2004, S. 345). Das fremde Selbst besitzt eine quälende innere Präsenz¹²⁶. Die Täter-Opfer Interaktion im zweiten Interaktionsmuster, „Musik geht über Grenzen“, kann mit diesem Konzept auch als Externalisierung des fremden Selbst verstanden werden. Die Täterposition der Patientin in der musiktherapeutischen Interaktion kann als Ausdruck des quälenden inneren Anteils verstanden werden. Ihre, aufgrund des fremden Selbst, innere unerträgliche Qual, wird durch ihre Spielweise ausgedrückt und auf diese Weise für die Therapeutin sehr

¹²⁶ Siehe Kapitel 2.5.3 Dieser fremde Anteil entwickelt sich erstens durch die Leere, die entsteht, wenn die innere Verfassung des Kindes nicht adäquat gespiegelt wird und zweitens durch die Verinnerlichung der äußeren quälenden und traumatisierenden Beziehungserfahrungen.

konkret hör- und spürbar. Wenn im umgekehrten Fall die Therapeutin die Patientin mit ihrer Musik „angreift“ und mit ihrer Musik Ärger ausdrückt, ist der quälende Selbstanteil der Patientin in der Therapeutin untergebracht. Die Patientin erlebt sich dann als von der Therapeutin gehasst und angegriffen. Gleichzeitig ist sie entlastet, da sie den fremden Selbstanteil als nicht mehr zu sich selbst gehörig erleben muss.

Auch im siebten Interaktionsmuster, „Musik erlaubt Disharmonie“, erlebt die Patientin eine Entlastung des verinnerlichten fremden Anteils. Die Therapeutin erlebt durch die widerstreitenden Gefühle ein quälendes, durch Disharmonie gekennzeichnetes Zusammenspiel. Versteht die Therapeutin nicht die Notwendigkeit der Patientin zur Externalisierung, steigt die Spannung an, da sowohl Patientin als auch Therapeutin versuchen, den quälenden Anteil zu externalisieren. Es ist einerseits Aufgabe der Therapeutin, die Zuschreibung der Patientin aufzunehmen, im disharmonischen Spiel mitzuspielen und dies aushalten, andererseits darf sie den zugeschriebenen quälenden Anteil aber nicht ausagieren. Gerade in der musikalischen Improvisation ist es möglich, gleichzeitig unterschiedlichen Strebungen nachzugehen und der Widersprüchlichkeit einen Rahmen zu geben. Der quälende innere Anteil muss Gehör finden, doch gleichzeitig darf die Zerstörung nicht absolut werden, so dass die Patientin erleben kann, dass schreckliche Gefühle ihren Ausdruck finden dürfen, aber nicht zur Zerstörung der Therapeutin und der therapeutischen Beziehung führen. Gelingt es der Therapeutin, einen Spielraum im Umgang mit bedrohlicher und disharmonischer Musik zu finden, kann die Patientin erleben, dass es gefahrlos ist, Gefühle zu empfinden und über diese nachzudenken (zu mentalisieren). Nur dann kann die Patientin eine mentale Vorstellung über sich als fühlendes und denkendes Wesen in ihr Selbst aufnehmen. Die Zunahme der reflexiven Fähigkeit, das heißt, die Fähigkeit der Patientin, Gedanken, Gefühle und Bedeutung in sich zu repräsentieren, stellt der Patientin die Möglichkeit zur Regulierung ihres psychischen Erlebens zur Verfügung.

7.1.5 Mentalisierung bei den unterschiedlichen Interaktionsmustern

Fonagys Konzept der Mentalisierung ist bereits verschiedentlich erwähnt worden. Die Konzeption des „fremden Selbst“ bietet einen guten Erklärungsansatz für das

zweite („Musik geht über Grenzen“) und das siebte Interaktionsmuster („Musik erlaubt Disharmonie“) an.

BPS-Patientinnen schützen sich, wenn sie es vermeiden, über sich und den Anderen nachzudenken. Das musikalische Geschehen kann daher eine Entlastung für die Patientin darstellen. Die Therapeutin ist allerdings vor, während und nach dem Spiel mit ihrer Reflektionsfähigkeit gefordert. Die Panik und Verzweiflung von Patientinnen ist real und führt zu affektbeladenen Therapiesitzungen. Die Aufrechterhaltung der Mentalisierungsfähigkeit der Therapeutin ist eine notwendige Voraussetzung für die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit der Patientin. Die zehn Interaktionsmuster dienen der Therapeutin für das Verständnis des Beziehungsgeschehens zwischen ihr und der Patientin. Die Therapeutin begibt sich in eine „mentalisierte“ Haltung, wenn sie über Gefühle, Vorstellungen und Bedeutungen des musikalischen Geschehens bei sich und der Patientin reflektiert. Es hängt von dem Entwicklungsstand der Patientin ab, in wieweit die Therapeutin ihre Überlegungen nur innerlich für sich selbst vollzieht oder in einer sprachlichen Intervention der Patientin zur Verfügung stellt. Schon das innerlich vollzogene Verstehen, stärker noch die sprachliche Ausformulierung des Verstandenen führt zu einer Haltung, die sich der Patientin vermittelt und ihr hilft sich selbst als denkendes und fühlendes Wesen in der Psyche der Therapeutin wiederzufinden. Die Patientin erwirbt auf diese Weise eine mentale Repräsentation innerer Zustände, die es ihr erleichtern, innere Verfassungen zu verstehen, zu kontrollieren und vorhersehbar wahrzunehmen. Die zehn Interaktionsmuster lassen sich in ihrem Grad der Mentalisierungsfähigkeit in dieser abstrakten Form nicht unterscheiden. Die Einordnung der Mentalisierungsfähigkeit der Patientin ist davon abhängig, in wieweit das entsprechende Interaktionsmuster in der therapeutischen Situation musikalisch oder verbal zum Thema werden kann. Die Mentalisierungsfähigkeit lässt sich nur der einzelnen Patientin und ihrer eigenständigen Gestaltung des Interaktionsmusters zuordnen. Das Verstehen der Interaktionsmuster durch die Therapeutin eröffnet jedoch einen Raum für eine konstruktive spielerische Als-Ob-Haltung des musikalischen Geschehens, mit der die Mentalisierungsfähigkeit der Patientin gefördert werden kann.

7.2 Methodendiskussion zur verstehenden Typenbildung

Im Folgenden werden bedeutsame Aspekte der für diese Arbeit verwendeten Methode der verstehenden Typenbildung diskutiert. Die Methode der verstehenden Typenbildung ist hier erstmals bei einer musiktherapeutischen Fragestellung angewendet worden. Frühere Forschungsarbeiten mit dieser Methode beziehen sich ausschließlich auf verbale Psychotherapieverfahren. Die Musiktherapie unterscheidet sich von diesen, weil neben dem Gespräch auch die Musik als primär nichtsprachliches Medium verwendet wird. Das Wissen um die Bedeutung des musikalischen Geschehens im Hinblick auf die Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin erhält im Behandlungsgeschehen größte Aufmerksamkeit. Dieses psychodynamische Verständnis der Musiktherapie stellt eine wesentliche Gemeinsamkeit mit früheren Arbeiten, die die Methode der verstehenden Typenbildung angewandt haben her (z.B. Stuhr et al. 2001 oder Lindner 2006). Der für die Musiktherapie wichtige kreative und ästhetische Umgang mit dem Medium Musik kann bei der Analyse des Einzelfalls detailliert gezeigt werden. Das musikalische Geschehen erhält somit ausdrücklich Gewicht, wenn mit der systematisch-qualitativen Methode der verstehenden Typenbildung, die vom nachvollziehbaren Einzelfall ausgeht, überprüfbare Generalisierungen vorgenommen werden. Diese Arbeit zeigt, dass die Methode der verstehenden Typenbildung sich für das Auffinden von typischen Interaktionsmustern eignet.

Im Folgenden werden einzelne Aspekte der Anwendung der Methode auf das Forschungsfeld der Einzelmusiktherapie mit BPS-Patientinnen der Betrachtung unterzogen.

Für die Fallrekonstruktionen wurde eine Auswahl von zwanzig Patientinnen getroffen. Für Frommer und Rennie ist die Auswahl und die Beschreibung der Stichprobe ein entscheidendes Kriterium für die Qualität qualitativer Forschung (Frommer & Rennie 2006, S. 215; Kapitel 4.5.). Es handelt sich bei der für diese Arbeit verwendeten Stichprobe weder um eine zufällige Auswahl, noch um eine gezielte Auswahl einzelner Patientinnen. Es sind alle verfügbaren Daten jener Patientinnen bearbeitet worden, die im Zeitraum von 2000-2006 von der Autorin dieser Arbeit einzelmusiktherapeutisch behandelt wurden, wobei allerdings nur

Patientinnen mit dem Symptom „Selbstverletzung“ in die Untersuchung aufgenommen wurden. Und zwar deshalb, weil das Symptom der Selbstverletzung besonders deutlich den typischen Handlungsdruck dieser Patientengruppe aufzeigt, was natürlich auch zu Verunsicherung bei Therapeuten beiträgt. Nur mit dieser Auswahl aller Patientinnen ist der Bezug zur Praxis gewährleistet, wobei die gelingenden und die weniger gelingenden Therapien gleichermaßen für die Untersuchung in Betracht gezogen wurden.

Die zwanzig Musiktherapien wurden von ein und derselben Musiktherapeutin durchgeführt. Ein durch mehrere Musiktherapeuten erstelltes Material wäre sicher wünschenswert gewesen. Der Fokus auf die Interaktionsmuster hätte jedoch einen ähnlichen Ansatz und eine gleichermaßen ausführliche Protokollierung erfordert. Das Material wurde aufgrund der begrenzten Rahmenbedingung nur von einer Musiktherapeutin erstellt. Einen Vorteil die dadurch gegebene innere Homogenität. Die Perspektive von externen weiteren Musiktherapeuten wurde zur Vermeidung systemimmanenter Verzerrungen systematisch in den Forschungsprozess einbezogen.

Die Grundlage der Fallrekonstruktionen waren Aufzeichnungen (z.B. Protokolle, Arztbriefe), die zum Zeitpunkt der Behandlung erstellt wurden. Die Fallrekonstruktion gibt eine Einsicht in das konkrete musikalische Geschehen, in die Realität der Patientin ebenso wie in die Innenwahrnehmung der Therapeutin. Ziel der verstehenden Typenbildung war das Auffinden von typischen Interaktionsmustern in der Musiktherapie mit BPS-Patientinnen. Weiterhin ging es um die Frage, wie diese Patientinnen die Musik in der Musiktherapie verwenden. Die Reflexion der Innenwahrnehmung, d.h. des subjektiven Erlebens der Therapeutin stellte die wesentliche Grundlage für ein Verstehen des Interaktionsgeschehens und der in ihm stattfindenden Inszenierungen dar. In dieser Arbeit wurde ausschließlich das Interaktionsgeschehen aus dem Blickwinkel der Therapeutin unter Nutzung ihrer Gegenübertragung zugrunde gelegt. Ein völlig anderer Zugang wäre die Befragung der Patientin und eine entsprechende Fokussierung auf ihre Sichtweise gewesen. Die bekanntermaßen in der psychischen Entwicklung zu beobachtenden frühen Abwehrmechanismen von BPS-Patientinnen fordern Therapeutinnen ganz besonders. Um diese Schwierigkeiten in der Musiktherapie genauer spezifizieren zu können, wurden hier nur die Therapeutin und ihr Erleben untersucht. Die Untersuchung des

Erlebens der Therapeutin ermöglicht einen Zugang zu unbewussten Themen und Gefühlen, die von der Patientin vermieden werden. Die Betrachtung der Gegenübertragung ist außerdem von großem Interesse, da das Spiel der Therapeutin und die Gestaltung des musikalischen Geschehens ganz wesentlich von ihrer Gegenübertragung und ihrer Interpretation abhängig ist.

Der Analyse der Gegenübertragung und der in ihr enthaltenen Vorstellung von dem psychischen Empfinden der Patientin hat in dieser Arbeit eine erkenntnisleitende Funktion, weshalb die Reflexion der Subjektivität dringend notwendig war. Die Analyse der Gegenübertragung war für das Auffinden und Verstehen der Interaktionsmuster ein entscheidendes Kriterium. Die genaue Analyse der Interaktionsmuster führte in einem weiteren Schritt zu Aussagen darüber, auf welche Weise BPS-Patientinnen Musik in der Musiktherapie verwenden.

Um mit Hilfe der verstehenden Typenbildung Interaktionsmuster auffinden zu können, wurde nicht der gesamte Therapieprozess mit seinen einzelnen Entwicklungen betrachtet, sondern es wurden einzelne Szenen in den Fokus gestellt. Um möglichst viele verschiedene Interaktionen zu berücksichtigen und zu untersuchen, wurden absichtlich Interaktionsszenen aus unterschiedlichen Therapieabschnitten betrachtet. Die Anzahl der Therapiesitzungen wurde durchweg angegeben, so dass diese bei den Szenen, die den jeweiligen Interaktionsmustern zugeordnet wurden, immer bekannt waren und bei den Ergebnissen berücksichtigt werden konnten. Die Materialfülle wurde reduziert, in dem nur vier Szenen ausgewählt wurden. Trotzdem ist die Materialfülle bei zwanzig Patientinnen und somit achtzig (4 mal 20) Szenen beachtlich. In früheren Untersuchungen wurden deutlich kleinere Stichproben ausgewählt (Stuhr et al. 2001: 21; Lindner 2006: 20; Klug et al. 2008: 56). Die Bearbeitung der achtzig Szenen konnte nur deshalb umgesetzt werden, weil der Fokus auf einen Aspekt, nämlich auf die Interaktion zwischen Patientin und Therapeutin gerichtet war. Dennoch verblieb ein Spannungsfeld, welches durch den Unterschied von langen und kurzen Behandlungsverläufen entstand. Dank der Materialmenge kristallisierte sich eine Unterscheidung zwischen Interaktionsmustern am Therapiebeginn und solchen aus fortgeschrittenen Therapien heraus.

Bis auf fünf Patientinnen (Frau A, B, D, H, K) waren alle Patientinnen mehrfach in Behandlung. Gerade der Beginn von Musiktherapie mit BPS-Patientinnen zeichnet

sich, wenn die Therapeutin nicht Trägerin der idealisierenden Übertragung wird, als schwierig und belastend aus. Daher wurden gezielt längere Verläufe und damit mehrfache Aufenthalte berücksichtigt, ist doch ein Wissen um mögliche Entwicklungspotenziale von Patientinnen für die Haltung des Therapeuten von großer Bedeutung. Dass Patientinnen in mehreren Behandlungsansätzen, manchmal über Jahre hinweg, einzelmusiktherapeutisch behandelt wurden, stellt zwar eine Ausnahme dar, ist allerdings wert Beachtung zu finden. Die Ergebnisse dieser Arbeit stellen innerhalb der Forschung der Musiktherapie erstmals einen hoch differenzierten Zugang zu Behandlungen von BPS-Patientinnen dar. Für anschließende Forschungsvorhaben würde sich die detaillierte Untersuchung einzelner Therapieabschnitte empfehlen, z.B. nur die des Therapiebeginns, aber auch die Untersuchung kürzerer und längerer Verläufe im Vergleich.

Das Material wurde zunächst bei allen zwanzig Patientinnen, jeweils den vier Szenen entsprechend verglichen und geordnet. Das Auffinden zweier Themen und die Einführung zweier Achsen ermöglichten erst den Vergleich der vier Szenen und damit der achtzig Szenen untereinander. Geleitet wurde das Auffinden dieser Aspekte durch die Fragestellung nach typischen Interaktionsmustern. Das Vorgehen, das von der Therapeutin wahrgenommene Musikerleben der Patientin in die Modi „unterstützend“ und „bedrohlich“ einzuordnen, erwies sich als äußerst hilfreich, da sich zeigte, dass diese beiden Modi auffällig häufig vorkamen. Ebenso deutlich kontrastierend erwies sich die Einteilung der Szenen in die Modi der Objekt-Bezogenheit und der Objekt-Abgewandtheit, welche – wie das zuvor genannte Gegensatzpaar auffällig häufig auftraten.

Die Musik einmal als unterstützend, ein anderes Mal als bedrohlich einzuordnen, ergab sich, da auffällig häufig vorkommend beim Vergleich des Fallmaterials. Die Bezogenheit oder - im Gegenteil - die Abgewandtheit der Patientin der Therapeutin gegenüber ergab sich ebenfalls aus dem Vergleich des Fallmaterials und seiner Kontrastierung. Denkbar sind selbstverständlich auch andere musiktherapierelevante Kategorien (z.B. Affekte, Musikparameter, Ästhetik), wobei es sicherlich lohnend wäre, die Methode der verstehenden Typenbildung in der musiktherapeutischen Forschung viel häufiger anzuwenden.

7.2.1 Investigator-Triangulation

Die Relevanz einer Studie hängt von der Erfüllung standardisierter Gütekriterien ab. Bei der Methode der verstehenden Typenbildung wird die Objektivität und Unabhängigkeit des Forschers absichtlich aufgegeben, da die reflektierte Subjektivität Teil des Erkenntnisprozess ist. Die Gefahr von spezifischen Übertragungsbereitschaften der Musiktherapeutin muss daher so genau wie möglich durch eine Außensichtweise kontrolliert werden. Der spezifische Anteil der Musiktherapeutin wurde in dieser Arbeit durch kommunikative dialogische Auseinandersetzung überprüft, die Flick als Investigator-Triangulation bezeichnet (Flick 2005, S, 318, Kapitel 4.5.). Fünf externe, erfahrene Musiktherapeuten waren bei der Reflexion des Datenmaterials beteiligt. Die Anmerkungen und Fragen der externen Musiktherapeutinnen sind im Fallbuch klar gekennzeichnet, ebenso die daraus entstehenden Ergänzungen des Datenmaterials. Der Forschungsprozess und der Umgang mit dem Fallmaterial, einschließlich der konträren Interpretationsmöglichkeiten, wurden auf diese Weise transparent und nachvollziehbar.

In einem zweiten, auf die Fallkontrastierung folgenden Schritt, haben die Musiktherapeutinnen die Zuordnung in die Graphik und die Nachvollziehbarkeit der Fallrekonstruktionen überprüft. Es zeigte sich, dass 3/4 der Musiktherapeutinnen, ausgehend von dem beschriebenen Text, eine quadrantengleiche Zuordnung vorgenommen haben. Damit ist eine hohe Übereinstimmung in der Reproduzierbarkeit der graphischen Einordnung gegeben. Die sich widerstreitenden Einordnungen erweiterten den Erkenntniszuwachs und wurden an Hand von zwei Beispielen in Kapitel 6 diskutiert und verständlich gemacht.

Das Auffinden der typischen Interaktionsmuster sowie das Beschreiben eines Prototyps ist allerdings nicht in einem Gruppenprozess vorgenommen worden. Der übergeordnete Vergleich und die Entwicklung der typischen Interaktionsmuster wären im Rahmen eines Gruppenprozess mit den externen Musiktherapeuten nur bei Kenntnis aller über alle achtzig Szenen und damit sämtlicher zwanzig Fallbeispiele möglich gewesen, was jedoch eine Überforderung gewesen wäre. Wünschenswert wäre es allerdings durchaus gewesen, wenn zusätzliche (zeitliche und finanzielle) Kapazität es ermöglicht hätte, den Prozess der Typenbildung in der Gruppe

durchzuführen, da der wissenschaftliche Wert einer durch Gruppendiskussion erarbeiteten Aussage als größer anzusehen ist als die Interpretation durch einen Einzelnen. Der Prozess der Auffindung typischer Interaktionsmuster ist methodisch ausführlich in Kapitel vier beschrieben worden. Kapitel fünf ermöglichte es die typischen Interaktionsmuster und Prototypen detailliert nachzuvollziehen. Die Allgemeingültigkeit der herauskristallisierten typischen Interaktionsmuster kann nur nachfolgende Forschung bestätigen.

Abschließend sollen die Vorannahmen aus dem vierten Kapitel noch einmal aufgegriffen werden (4.3.) und ein Vergleich mit den Aussagen der externen Musiktherapeutinnen hergestellt werden (Kapitel 6). Die vier Beobachtungen konnten durch die Zusammenstellung der typischen Interaktionsmuster in einem größeren Zusammenhang reflektiert werden. Die erste Vorannahme, nämlich dass BPS-Patientinnen Musik ablehnen, zeigt sich vor allem in dem dritten Interaktionsmuster, „Musik macht alles schlimmer“. Auch für die externen Musiktherapeuten waren Ablehnung und Abbrüche auffällig. Unter dem Gesichtspunkt der Verwendung der Musik konnte die Bedeutung der Ablehnung als Schutzmechanismus herausgearbeitet werden. Es stellte sich außerdem heraus, dass dieses Interaktionsmuster als besonders typisch für den Beginn einer Musiktherapie anzusehen ist.

Die Vorannahme, dass BPS-Patientinnen durch lautes Spiel auffielen, zeigte sich vor allem als Variante des zweiten Interaktionsmusters „Musik geht über Grenzen“. Das laute Spiel stand im Zusammenhang mit der Täter-Opfer Position. Da es den einen Teil des Täter-Opfer-Paares repräsentiert, kann es nur in Verbindung mit der Position der Therapeutin verstanden werden. Außerdem konnte das Interaktionsmuster verdeutlichen, dass lautes Spiel nur eine Möglichkeit der Täterposition darstellt. Das Interaktionsmuster darf nicht auf das laute Spiel reduziert werden.

Die dritte Vorannahme, nämlich dass Patientinnen in der Musik unerreichbar seien, zeigte sich im dritten („Musik macht alles schlimmer“) und im vierten („Musik als Rückzugsort“), wie auch im sechsten („Musik zur Triangulierung“) Interaktionsmuster. Auch die externen Musiktherapeuten beschrieben die Unerreichbarkeit als ein wesentliches Merkmal von BPS-Patientinnen. Unerreichbarkeit beschreibt ein Gefühl der Therapeutin, nicht aber wie das Verhalten

der Patientinnen zu verstehen ist und in welcher Form die Patientin die Musik verwendet, so dass die Therapeutin die Patientin als unerreichbar erlebt. Im dritten Interaktionsmuster werden Musik und häufig die Musiktherapie im Ganzen als bedrohlich erlebt, so dass Ablehnung und Abbruch den einzigen Ausweg für die Patientin darstellt. Das Scheitern der Therapeutin mit ihrem Angebot kann zwar zunächst zu dem Gefühl führen, die Patientin nicht erreichen zu können. Seine Bedeutung erhält das Interaktionsmuster aber dadurch, dass gerade das Scheitern die Chance bietet, das Gefühl der Bedrohung, der Angst und des Scheiterns in der Therapie bearbeiten zu können.

Im vierten und sechsten Interaktionsmuster hat die Unerreichbarkeit der Patientin natürlich ebenfalls eine Bedeutung. Im vierten Interaktionsmuster geht die Patientin durch den Rückzug in die Musik ihren Beziehungsträumen nach. Im sechsten Muster wird die Therapeutin aus der in der Musik erinnerten guten Beziehungserfahrung ausgeschlossen und zur Zuschauerin gemacht. Das Gefühl der Unerreichbarkeit ist also ein wesentlicher Aspekt in der musiktherapeutischen Arbeit mit BPS-Patientinnen, das jedoch abhängig von den unterschiedlichen Interaktionsmustern jeweils eine andere Bedeutung erhält. Der Aspekt, dass Patientinnen sich in der Musik „ihren“ Raum erschaffen können, wurde von den externen Musiktherapeuten hervorgehoben. Der Rückzug in eine fantasierte Beziehungswelt (4. Interaktionsmuster) oder erinnerte Beziehungserfahrung (6. Interaktionsmuster) bietet eine mögliche Erklärung dafür an, warum der „eigene“ Raum für diese Patientinnen von so großer Bedeutung ist.

Die vierte Vorannahme bezieht sich auf die Vermeidung von aggressiven Themen. Dieses Merkmal wurde ebenfalls von den externen Musiktherapeuten genannt. Dieses Merkmal wurde in diesem Kapitel bereits unter 7.1.3 diskutiert. Es bestätigte sich, dass das Aggressionsthema zu Beginn der Therapie von der Patientin vermieden wird. Eine Ausnahme stellt das nahezu impulsdurchbrüchige laute Spiel der Patientin im zweiten Interaktionsmuster - in der Position der Täterin - dar. Das aggressive Erleben ist allerdings durch das Gegenübertragungsgefühl der Therapeutin von Beginn an Thema. Im Verlauf wird das Thema der Aggression zwischen Patientin und Therapeutin bei dem achten Interaktionsmuster, „Musik als Gegenstimme“, oder auch im zehnten Interaktionsmuster, „Musik zur Integration des Ausgeschlossenen“, aufgenommen.

Zwei weitere Merkmale wurden von den externen Musiktherapeuten erwähnt. Zum einen wurde das hohe Spannungsgefühl während des Spiels beschrieben, das im siebten Interaktionsmuster, „Musik erlaubt Disharmonie“, in einen Bedeutungszusammenhang gestellt wird. Das zweite Merkmal ist die Sicherheit, die rhythmische Spiel geben soll. Es zeigte sich in der Untersuchung kein Interaktionsmuster, das sich vor allem um den Musikparameter des Rhythmus hat bilden lassen. Natürlich ist der Rhythmus im neunten Interaktionsmuster „Musik gibt Struktur“ auch von Bedeutung. Noch mehr steht aber die gemeinsame Bezugnahme von Patientin und Therapeutin auf ein bekanntes Werk, in welchem der Rhythmus eine besondere Rolle spielt, im Vordergrund.

Zu drei Interaktionsmustern lassen sich weder in den Vorannahmen noch bezüglich der Merkmale von den externen Musiktherapeutinnen Verbindungen herstellen. Es handelt sich um das erste Interaktionsmuster, „Musik als magische Hoffnung“, das fünfte Interaktionsmuster „Musik zum Nicht-Alleinsein“ und das zehnte Interaktionsmuster, „Musik zur Integration des Ausgeschlossenen“. Im Auffinden dieser Muster, zeigte sich das Potenzial der verwendeten Methode der verstehenden Typenbildung, weil durch den kontrastierenden Vergleich, Unerwartetes und Unbekanntes entdeckt werden konnte.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im letzten Abschnitt einzelne Aspekte dargestellt wurden, die sowohl eine Verbindung, zwischen den Vorannahmen und den Auffälligkeiten der BPS-Patientinnen gemäß Auffassungen der externen Musiktherapeutinnen sowie den typischen Interaktionsmustern aufweisen. Die Interaktionsmuster und die darin enthaltene Verwendung der Musik zeichnen sich durch Mehrdimensionalität aus und gehen daher über die diskutierten Vorannahmen deutlich hinaus.

8 Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlusswort

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit psychoanalytisch orientierter Musiktherapie mit Patientinnen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind. Die Musiktherapie fand im Rahmen stationär psychiatrischer Behandlung statt. Es handelte sich bei allen untersuchten Patientinnen um Frauen, die sich in einer schweren Lebenskrise befanden, sich selbst verletzten, unter suizidalen Gedanken litten und von denen manche auch ernsthafte Suizidversuche unternommen hatten. Zwölf der zwanzig Patientinnen waren unter fünfundzwanzig Jahren alt. Die Patientengruppe zeichnete sich dadurch aus, dass die Mehrzahl bereits in ihrer Jugend erstmals psychiatrisch erkrankt war und dass auch im Erwachsenenalter mehrfach Psychiatrieaufenthalte nötig waren. Die Patientinnen haben alle vielfältige Traumata erlitten und allen bis auf drei Patientinnen widerfahren sexuelle Übergriffe. Die Hälfte von ihnen musste die Schule abbrechen und mehr als Dreiviertel leben unter stark eingeschränkten finanziellen Bedingungen. Die Patientinnen sind also durch eine Häufung von Risikofaktoren bezüglich Krankheit gekennzeichnet. Diese Patientengruppe, die bisher aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung weder musiktherapeutisch noch überhaupt psychotherapeutisch im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stand, ist Gegenstand der Untersuchung.

Ziel der Arbeit war - unter Einsatz systematisch qualitativer Forschung - das Auffinden typischer Interaktionsmuster zwischen Patientin und Therapeutin und das Herausfinden der unbewusst motivierten spezifischen Verwendung von Musik in der musiktherapeutischen Einzelbegegnung. Die hierfür angewandte hermeneutisch-heuristische Methode der „verstehenden Typenbildung“ wurde gewählt, da mit dieser Methode der psychoanalytischen Verstehensweise von Musiktherapie entsprochen werden konnte. Der Vorteil der Untersuchungsmethode besteht in der Praxisnähe, womit ausgedrückt werden soll, dass trotz generalisierter Aussagen der klinische Bezug zur Lebenswirklichkeit der in der Psychiatrie tätigen Musiktherapeutin erhalten blieb. Die mehrfach durchgeführte Fallkontrastierung schärfte den Blick für Details und Widersprüche, so dass letztendlich fallcharakteristische Merkmale zusammengestellt werden konnten. Das Auffinden von Neuem war gewährleistet durch den Wechsel von Generalisierung und Überprüfung am Einzelfall.

Entsprechend den erheblichen Schwierigkeiten von BPS- Patientinnen in zwischenmenschlichen Beziehungen, lag die Aufmerksamkeit auf konfliktreichen Gefühlen wie Ohnmacht, Hilflosigkeit, Angst und Ärger, die bei der Therapeutin, verursacht durch das musikalische Geschehen, typischerweise auftreten. Die Therapeutin, ihre Selbstreflexion, die Analyse des Übertragungsgeschehens und ihre Interpretation des musikalischen Geschehens führten zu Aussagen darüber, in welcher Weise die Patientin die Musik in der Musiktherapie verwendete.

Die typischen Interaktionsmuster sind als idealtypisches Muster zu verstehen, wobei aber einer Patientin im Laufe einer Sitzung und im Laufe der Behandlung mehrere Interaktionsmuster zugeordnet werden konnten. Die idealtypischen Interaktionsmuster ermöglichen, gerade in schwierigen Situationen, die Interaktion im jeweiligen Einzelfall zu zuordnen.

Der systematische Fallvergleich von achtzig musiktherapeutischen Szenen bei zwanzig Patientinnen führte im Ergebnis zu zehn typischen Interaktionsmustern, die wie folgt benannt wurden: 1. Musik als magische Hoffnung, 2. Musik geht über Grenzen, 3. Musik macht alles schlimmer, 4. Musik als Rückzugsort, 5. Musik zum Nicht-Alleinsein, 6. Musik zur Triangulierung, 7. Musik erlaubt Disharmonie, 8. Musik als Gegenstimme, 9. Musik gibt Struktur, 10. Musik zur Integration des Ausgeschlossenen¹²⁷.

Die Ein- und Anordnung der zehn Interaktionsmuster ist in zwei Graphiken festgehalten. Es konnten sechs Interaktionsmuster dem Beginn (Graphik 1: 1.-6.) und vier Interaktionsmuster dem weiteren Verlauf der Therapie (Graphik 2: 7.-10.) zugeordnet werden.

In einem weiteren Schritt wurden die einzelnen Interaktionsmuster und die entsprechende unbewusst motivierte Verwendung der Musik erläutert. Das „szenische Verstehen“ bildet die Grundlage, auf der die Analyse des Übertragungsgeschehens und das Verstehen von Abwehrprozessen in der Musiktherapie anschaulich dargestellt werden kann.

Als auffällige Unterscheidungsmerkmale und in den Graphiken an Hand von zwei Achsen deutlich erkennbar, zeigt sich die Einschätzung des musikalischen Erlebens

¹²⁷ Zur besseren Übersicht werden im folgenden Text die Interaktionsmuster nur mit ihren Nummern bezeichnet.

bei den Patientinnen durch die Therapeutin ebenso wie deren Bezogenheit auf die Therapeutin als Objekt. Im Ergebnis zeigte sich, dass das musikalische Geschehen Bedeutung hat, unabhängig davon, ob es von der Therapeutin als unterstützend oder als bedrohlich erlebt und eingeordnet wurde. Bei vier Interaktionsmustern (1, 2, 3, 7) wurde das musikalische Geschehen als bedrohlich und unangenehm eingeordnet, bei fünf Interaktionsmustern (4, 5, 6, 8, 9) dagegen als unterstützend. Das 10. Interaktionsmuster liegt in der Mitte zwischen den Polen. Gerade für den Beginn der Therapie mit BPS-Patientinnen bedeutet das, dass die Therapeutin auf unangenehme, spannungsgeladene und bedrohliche Gefühle sowie Handlungsdruck in ihrer Gegenübertragung eingestellt sein sollte, wobei das Verstehen der entsprechenden Gefühle und damit der Interaktion von großer Bedeutung ist. Gelingt das Verstehen des bedrohlich erlebten musikalischen Geschehens, reduziert sich die Gefahr des Therapieabbruchs und das musikalische Geschehen kann der Bearbeitung dienen.

Die Einordnung des musikalischen Geschehens als unterstützend (4, 5, 6, 8, 9) bedeutet, dass die Beziehung zur Therapeutin mit Hilfe der Musik geschützt wird und das Miteinander dank des musikalischen Geschehens nicht zu dicht werden kann. Die Patientin bezieht sich mit ihrer Musik auf ihre Beziehungswünsche (4) und Beziehungserfahrungen (6), die Therapeutin darf und soll außen vor bleiben. Die Musik hilft der Patientin sich in Gegenwehr zur Therapeutin zu erproben (8) wobei Beziehung zur Therapeutin im neunten Interaktionsmuster mit Hilfe der Musik geordnet und vorhersehbar gemacht wird (9). Im fünften Interaktionsmuster ist das musikalische Geschehen unterstützend, da die notwendige Nähe zur Therapeutin mit Hilfe der Musik aufrecht erhalten bleibt.

Auf der zweiten Achse (Bezogenheit/Abgewandtheit) wurden zwei Interaktionsmuster (3, 4) als vom Objekt (Therapeutin) abgewandt eingeordnet. Die Ablehnung von Musik und Musiktherapie (3) und der Rückzug von Patientinnen (4) in die Musik sind bei dieser Patientengruppe auffällige und typische Merkmale für den Beginn der Therapie. In der Gegenübertragung der Therapeutin überwogen Gefühle des Ausgeschlossenenseins. Die Patientin spielte in einer Art und Weise, dass sie von der Therapeutin nicht erreicht werden konnte. Bei den insgesamt zehn typischen Interaktionsmustern überwogen die objektbezogenen eindeutig. Bei acht Interaktionsmustern bezog sich die Patientin im musikalischen Geschehen auf die Therapeutin. Drei Interaktionsmuster zeigten im musikalischen Geschehen eine Form

der unterstützenden Bezogenheit. Eine enge Form des Miteinanders entsteht erstens durch imitatives Spiel (5.), zweitens entsteht eine Bezogenheit durch das musikalische Gegeneinander-Spielen (8.) und drittens ergibt sich eine Bezogenheit, wenn sich Patientin und Therapeutin auf eine von beiden bekannte Musik (9.) beziehen.

Eine Bezogenheit, die mit Gefühlen von Bedrohung und Ambivalenz einhergeht, steht bei drei Interaktionsmustern (1, 2, 7) im Zentrum. Spannungsgefühle, Handlungsdruck und Disharmonien stehen dann im Vordergrund der Gegenübertragung der Therapeutin. Im ersten Interaktionsmuster entsteht die Spannung dadurch, dass die Therapeutin von der Patientin nicht als Psychotherapeutin, sondern in einer anderen Rolle (z.B. Lehrerin) gewünscht wird und Hilfe auf magischem Wege (1.) erwartet wird. Beim zweiten Interaktionsmuster führt die Täter-Opfer Beziehung (2.) bei der Therapeutin sowohl in der Opfer- als auch in der Täterposition zu großer Anspannung und aversiven Gegenübertragungsgefühlen. Die Gleichzeitigkeit von gegensätzlichen Gefühlen führt dazu, dass ein gemeinsames Spiel unmöglich ist (7.) und intensiviert die ohnehin schon vorhandenen Spannungsgefühle.

Zwei Interaktionsmuster wurden mittig über zwei Felder eingeordnet. Die Bezogenheit besteht bei beiden, wenn auch im sechsten Interaktionsmuster einige Szenen als leicht abgewandt eingeordnet wurden. Im 10. Interaktionsmuster wurde das musikalische Geschehen bei der Hälfte der Szenen als unterstützend und bei der anderen Hälfte als bedrohlich angesehen. Für beide Muster gilt, dass das Gespräch mit der Patientin für das Verstehen bedeutsam war. Im sechsten Interaktionsmuster stellt die Patientin eine Bezogenheit zur Therapeutin her, die als ZuhörerIn wichtig geworden ist. Das 10. Interaktionsmuster ist das einzige, in dem direkt von der Patientin Themen eingebracht werden, die sie als problematisch erlebt werden, wobei die Patientin selbst eine Bearbeitung in der Musiktherapie sucht.

Nach Einordnung der Graphik, werden die zehn typischen Interaktionsmuster einzeln und mitsamt Deutung des musikalischen Geschehens erläutert. Erst mit dem Verstehen der einzelnen Interaktionsmuster erhält die Musiktherapeutin eine Reflexionskompetenz, die es ihr ermöglicht sich von der emotionalen Verwicklung ausreichend distanzieren zu können, so dass sie ihre Gegenübertragung für die musikalische und sprachliche Bearbeitung gemeinsam mit der Patientin nutzen kann.

1. Das Interaktionsmuster „Musik als magische Hoffnung“ zentriert sich um Gefühle von Enttäuschung und Hilflosigkeit, die durch die Musik abgewehrt werden sollen. Die Musik bietet sich als Projektionsfläche an und soll auf der magischen Erlebnisebene helfen, die Patientin ihrem Ideal näher zu bringen, so dass sie sich als kompetent und mit der Fähigkeit ausgestattet, auf andere Menschen Einfluss auszuüben zu können, erleben kann.

2. Die für das Interaktionsmuster „Musik geht über Grenzen“ bestimmenden Gefühle sind Hilflosigkeitsgefühle sowie Gefühle, die aus einem Macht- und/oder Ohnmachtserleben entspringen, welche sich in der musikalischen Interaktion in Form von Täter/Opfer-Beziehungen inszenieren. Beide Positionen sind begleitet von starken Schuld- und Schamgefühlen. Im machtvollen Spiel werden Ohnmachtsgefühle und im unterwürfigen Spiel aggressive Gefühle abgewehrt. Zu manipulieren und die Not direkt im Handlungsgeschehen zu zeigen, ist häufig die einzig mögliche Form der Kommunikation auf Seiten der Patientin. Beide Positionen können bei der Therapeutin heftige Gefühle von Wut und Ärger auslösen, die als Abwehr ihrer Hilflosigkeitsgefühle zu verstehen sind. Aber auch Schuldgefühle wegen der ausagierten delegierten Dominanz können ausgelöst werden.

3. Die für das Interaktionsmuster „Musik macht alles schlimmer“ bestimmenden Themen, sind Angst, Ablehnung, Bedrohung und Scheitern. Bedrohliche Gefühle werden nicht mehr im Inneren der Patientin erlebt, sondern auf die Musik projiziert, so dass die Musik der Auslöser für das Bedrohungsgefühl ist.

Die Therapeutin ist durch die Ablehnung ihres spezifischen Musikangebots mit Gefühlen des Scheiterns befasst. Für die Patientin ist das Erleben des Scheiterns der Therapeutin wichtig, da sie erleben kann, dass die Therapeutin ihre Angriffe überlebt und so Vertrauen wachsen kann, dass die Patientin mit ihren schrecklichen überwältigenden Gefühlen ausgehalten wird.

4. Das Interaktionsmuster „Musik als Rückzugsort“ zeichnet sich dadurch aus, dass die Patientin in einem musikalischen Klangraum versinkt. In diesem fühlt sie sich sicher und geborgen. Die Patientin zieht sich mit Hilfe der Musik in eine Vorstellungswelt zurück, in der es ihr gut geht, in der sie „sich selbst“ überlassen darf und wo mögliche Beziehungen als bestätigend und wohlwollend erlebt werden. Hiermit schützt sie sich vor schädigender und übergriffiger Einflussnahme. Die

Therapeutin erlebt das entspannte Spiel der Patientin mit sich selber. Gleichzeitig fühlt sie sich als Störerin, vom Spiel ausgeschlossen und erlebt die Patientin als mit ihren musikalischen Mitteln unerreichbar.

5. Die bei dem Interaktionsmuster „Musik zum Nicht-Alleinsein“ bestimmenden Themen sind das Genießen der Zuwendung, aber auch das „Sich-bedrängt-fühlen“, Abhängigkeit, Bestätigung, Bedürftigkeit und die Angst vor Trennung. Patientin und Therapeutin sind stark aufeinander bezogen und geben sich wenig Raum für eigene Spielideen. Das Spiel ist durch wenig Veränderung gekennzeichnet und ihm mutet ein Gefühl von Endlosigkeit an. Aggressive Gefühle, die zu einer Bewegung aus dem harmonischen Spiel führen könnten und dadurch das Thema Trennung berühren, sind zu bedrohlich und werden vermieden.

6. Das Interaktionsmuster „Musik zur Triangulierung“ zeichnet sich durch eine triadische Situation aus, bei der die Patientin sich mit Hilfe ihrer Musik in einen inneren Dialog mit einer guten Beziehungserfahrung begibt, während die Therapeutin ausgeschlossen bleibt. Die Therapeutin bleibt als Begleitung zurückhaltend anwesend. Die Therapeutin bekommt Bedeutung, da sie mit ihrem Spiel eine dritte Position besetzt. In dieser gibt sie der Patientin die Erlaubnis, sich durch die Musik einer Beziehung, die durch Nähe, Geborgenheit und Zugewandtheit gekennzeichnet ist, zu überlassen. Gleichzeitig werden bedrohliche Themen, wie der Verlust von guten Beziehungserfahrungen und große Bedürftigkeit mit Hilfe des musikalischen Geschehens zum Thema. Das Interaktionsmuster eröffnet durch die Dreier-Struktur die Möglichkeit zu Mentalisierung und Symbolisierung.

7. Die für das Interaktionsmuster „Musik erlaubt Disharmonie“ bestimmenden Gefühle zeichnen sich Anspannung, hohen Handlungsdruck, Ambivalenzen, Überforderung und Irritation aus. Die Unmöglichkeit, zu musikalischer Übereinstimmung zu gelangen, kennzeichnet das Spiel. Je mehr die Therapeutin versucht zu verändern, desto verwickelter und schwieriger wird es. Die Disharmonie ist notwendig, damit die Patientin sich genügend von der Therapeutin unterscheidet, weil die Nähe zur Therapeutin als zu bedrohlich erlebt wird. Die Patientin entlastet sich durch das musikalische Spiel, denn die Unstimmigkeit im äußeren Umfeld, also zwischen Patientin und Therapeutin, führt dazu, dass das innere Gefühl der Bedrohung durch die Externalisierung abnimmt.

8. Das Interaktionsmuster „Musik als Gegenstimme“ lässt Selbstbehauptung, Experimentierfreude, Unterscheidbarkeit und aggressive Impulse erkennen. Die Patientin setzt sich gegen die Therapeutin spielerisch zu Wehr. Die Therapeutin setzt in ihrem Spiel „freche“ Impulse und unterstützt die Patientin dabei, sich durchzusetzen. Kämpfen mit musikalischen Mitteln ist erlaubt. Aggressivität wird in diesem Rahmen als lebendig und nicht als zerstörerisch erlebt.

9. Das Interaktionsmuster „Musik gibt Struktur“ stellt eine Reaktion auf diffuse Spannungsgefühle dar, die durch Angst vor erneutem Scheitern im musikalischen Miteinander ausgelöst werden können. Das Interaktionsmuster zeichnet sich durch kontrollierte Gemeinsamkeit, Bekanntheit des Musikstücks, Vorhersehbarkeit und den Wunsch nach Sicherheit aus. Die Patientin spielt ein Musikstück, das von der Therapeutin erkannt wird. Das bekannte Musikstück stellt etwas Drittes dar, auf das sich Patientin und Therapeutin gleichermaßen beziehen. Durch das Musikstück wird das Miteinander von außen reguliert, so dass eine Abstimmung und Unterstützung der Therapeutin von der Patientin zugelassen werden kann. Das Gefühl von ausreichender Sicherheit schafft wiederum erst die Voraussetzung dafür, dass die Auswahl der bekannten Musik vor dem biographischen Hintergrund der Patientin in ihrer Bedeutung verstanden werden kann.

10. Die für das Interaktionsmuster „Musik zur Integration des Ausgeschlossenen“ bestimmenden Themen sind die Auseinandersetzung mit bedrohlichen Gefühlen und die Regulierung von Gefühlen mit Hilfe von Vertrauen, Interesse und Reflexionsfähigkeit. Die Patientin zeigt der Therapeutin im musikalischen Geschehen bedrohliche innere Anteile, die bisher vermieden wurden. Dank des musikalischen Geschehens kann die Patientin erleben, dass die bedrohlichen Gefühle nicht, wie befürchtet, überwältigend sind. Die verbale Aufarbeitung wird von der Patientin angenommen und die Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin kann thematisiert werden. Die verbale Reflexion führt zur Integration des Ausgeschlossenen, da Patientin und Therapeutin hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen bedrohlichen Gefühlen und der therapeutischen Beziehung Übereinstimmung finden.

Die musiktherapeutischen Besonderheiten in der Behandlung von BPS- Patientinnen wurden durch zehn typische Interaktionsmuster und der in ihnen stattfindenden Verwendung von Musik dargestellt.

In Hinsicht auf die Veränderung der Interaktionsmuster im Verlauf der Therapie kann festgestellt werden, dass der Beginn der Therapie (Interaktionsmuster 1.-6.) bei den Patientinnen erst einmal durch hohe Abwehr und geringe Fähigkeit zur Mentalisierung gekennzeichnet ist. Im Verlauf des Therapieprozesses (Interaktionsmuster 7.-10.) nimmt die Bezogenheit der Patientinnen auf die Therapeutin deutlich zu. In den Interaktionsmustern zeigt sich bei den Patientinnen eine gewachsene Beziehungs- und Mentalisierungsfähigkeit.

Mit Blick auf alle typischen Interaktionsmuster sind vier Aspekte auffällig, die spezifisch für die musiktherapeutische Behandlung mit BPS-Patientinnen sind.

1. Gerade zum Beginn der Therapie bekommt das musikalische Geschehen aufgrund seiner Funktion als Projektionsfläche Bedeutung. Durch das musikalische Geschehen werden bedrohliche, wie auch gute Beziehungserfahrungen thematisiert (Interaktionsmuster 1, 3, 4). Gerade die Möglichkeit bedrohlichen Beziehungserfahrungen durch Projektion in der Musik zu begegnen, erschwert den Einstieg in die Musiktherapie häufig.

2. Der zweite Aspekt bezieht sich auf die Bereitschaft der Patientin zur Auseinandersetzung mit ihren Gefühlen im musikalischen Geschehen. Es hat sich gezeigt, dass in den ersten sechs Interaktionsmustern die Patientin im musikalischen Geschehen einen Umgang mit bedrohlichen Gefühlen vor allem durch Ausgrenzung und Vermeidung sucht. Die Bearbeitung der bedrohlichen Gefühle findet gerade zum Anfang der Therapie überwiegend in der Therapeutin statt. In den verbleibenden vier Interaktionsmustern werden bedrohliche Gefühle von der Patientin nicht sofort ausgeschlossen, sondern eine Auseinandersetzung und Bearbeitung ist vorstellbar und wird im musikalischen Geschehen erprobt.

3. Der Umgang mit aggressiven Gefühlen fand vereinzelt in unkontrolliertem lautstarkem Spiel seinen Ausdruck, häufiger jedoch fiel die aggressive Thematik zu Beginn der Therapie durch Abwesenheit auf. Die Therapeutin muss in ihrer Haltung darauf eingestellt sein, dass sich das Thema Aggression vor allem in der Abwehr von Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühlen bei der Therapeutin zeigt.

4. Mit Blick auf den biographischen Hintergrund der untersuchten Patientinnen bestätigten sich die vielfältigen Beziehungs-Traumatisierungen, die als Regel für BPS Patientinnen mittlerweile anerkannt sind. Das fremde Selbst, das sich als Folge

von Traumatisierungen entwickelt (Fonagy et al. 2004), kann im musikalischen Geschehen seinen Ausdruck finden. Die Externalisierung innerer quälender Anteile ist eine Notwendigkeit und muss von der Therapeutin akzeptiert und verstanden werden.

Dieser Forschungsprozess wurde unter dem Einsatz von fünf externen Musiktherapeuten im Sinne einer Investigator-Triangulation überprüft. Die Fallrekonstruktionen, also das erstellte Fallmaterial mit eingeschlossenen Interpretationen wurden auf Bekanntheit und Nachvollziehbarkeit von ihnen gesichtet. Die Rückmeldungen und kritischen Fragen führten dazu, dass Hypothesen noch einmal hinterfragt und genauer formuliert werden konnten. Die Einordnung der Szenen in die Graphik bei der Überprüfung durch die externen Musiktherapeuten ist mit 75% Übereinstimmung als hoch anzusehen.

Schluss

Die Tatsache, dass den Behandlern - hier Musiktherapeutinnen - die Schwierigkeiten bekannt sind, die bei der Behandlung von BPS-Patientinnen auftreten, wird die emotionalen Turbulenzen und Verwicklungen nicht verhindern können. Jedoch kann deren Bedeutung verstanden und nachvollzogen werden, wodurch sie nicht mehr als störend, sondern als sinnstiftend aufgefasst werden können. Dieses Kenntnis wird zu einer größeren Sicherheit im Umgang mit emotionalen Irritationen führen, so dass die Musiktherapeutin ein reflektiertes Handeln aufrecht erhalten bzw. leichter wieder herstellen und damit der Patientin zu größerer Selbstreflexion und zu Veränderung ihres affektiven Erlebens verhelfen kann.

Ich wünsche mir, dass meine Arbeit dazu beitragen möge, dass Musiktherapie für Patientinnen mit einer BPS eine Standardbehandlung wird. Das Verstehen von schwierigen und fast immer belastenden Gefühlen schafft eine Voraussetzung, durch welche letztendlich die Auseinandersetzung mit der zerstörten und zerstörerischen Innenwelt der BPS-Patientinnen sowie deren psychotherapeutische Bearbeitung erst möglich wird. Die mit Hilfe der verstehenden Typenbildung generierten typischen Interaktionsmuster stellen einen Zugangsweg dar, vor dessen Hintergrund der

musiktherapeutische Einzelfall leichter versteh- und handhabbarer wird. Die Methode der „Verstehenden Typenbildung“ zeichnet sich durch eine hohe Praxisnähe aus, so dass die hier dargestellten Ergebnisse im Alltag des psychiatrisch arbeitenden Musiktherapeuten ihre Verwendung finden können.

Die Musiktherapie bietet mit ihrem musikalischen Geschehen einen Handlungsraum an, in dem die Patientin für sie wesentliche Interaktionsmuster inszenieren kann. Die Regulierung von Nähe und Distanz, also das zentrale Thema dieser Patientinnen, bekommt durch die Fokussierung auf das musikalische Geschehen und damit etwas Drittes neben dem Beziehungsgefüge von Patientin und Therapeutin einen zusätzlichen Spielraum, der gerade für die Bearbeitung von destruktiven Gefühlen eine wesentliche Erleichterung darstellen kann. Die Entwicklung der Patientin ist abhängig davon, inwieweit es der Therapeutin gelingt, das musikalische Geschehen in seiner Bedeutung zu verstehen und der Patientin musikalisch und sprachlich zugänglich zu machen. Aufgrund der Unmittelbarkeit des musikalischen Geschehens ist die Therapeutin in ihrem musikalischen Einfühlungsvermögen gefordert, eine Balance zwischen den konfrontativen und den stabilisierenden musikalischen Interventionsmöglichkeiten zu finden. Die vorliegende Arbeit soll Musiktherapeuten zu größerer Souveränität in der Behandlung mit Patientinnen, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, verhelfen. Zu diesem Zweck zeigt sie anhand der herausgearbeiteten Interaktionsmuster die Besonderheit musiktherapeutischer Behandlung auf. Diese Arbeit möchte Musiktherapeuten Mut machen, sich auf „Töne an der Grenze“ einzulassen.

9 Literaturverzeichnis

- Abrams, B. (2005): Evaluation Qualitative Music Therapy Research. In: Wheeler, B. (Hg.): Music Therapy Research. Second Edition. Barcelona: Barcelona Publishers, S. 246–258.
- Abrams, B.; Meadows, A. (2005): Personal Construct Psychology and the Repertory Grid Technique. In: Wheeler, B. (Hg.): Music Therapy Research. Second Edition. Barcelona: Barcelona Publishers, S. 472–486.
- Aichhorn, A. (1925/1945): Wayword youth. New York: Viking.
- Aigen, K. (1996): Ein Überblick zur „Qualitativen Forschung“ in den USA. In: MU, H. Bd 17, 1, S. 51–60.
- Akhtar, S. (2000): Narzißtische und Borderline-Persönlichkeitsstörung: Zwei verwandte Bilder. In: Kernberg, O. F., Dulz B., Sachsse U. (Hg.): Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer, S. 371–379.
- Aldridge, D. (1999): Musiktherapie in der Medizin. Forschungsstrategien und praktische Erfahrungen. Bern: Huber.
- Aldrige, D. (1996): Auf dem Weg zur Entwicklung einer europäischen Wissenschafts- und Forschungskultur für Musiktherapie. In: MU, Jg. 17, S. 5–16.
- Aldrige, D. (2004): Nah an der Praxis bleiben: für wen, durch wen. In: MU, H. 25, 3, S. 233–256.
- Amir, D. (2004): Giving Trauma a Voice: The role of Improvisational Music Therapy in Exposing, dealing with and healing a traumatic Experience of Sexual Abuse. In: American Journal: Music Therapy Perspectives, H. 22,2, S. 96–103.
- Amir, D. (2006): Awakening the “Wild Woman”. Feminist Music Therapy with Israeli Woman who suffered Trauma in their Lives. In: Hadley, S. (Hg.): Feminist Perspectives in Music Therapy. Barcelona: Publishers, S. 267–290.
- Amir, D. (2007): "Meine Kindheit - ich erinnere mich - ich erlebe sie erneut - ich beweine sie". Ravels Bolero und Erinnerungen an den Holocaust. In: MU, H. 28, 2, S. 77–92.
- Argelander, H. (1970): Die szenische Funktion des Ichs und ihr Anteil an der Symptom- und Charakterbildung. In: Psyche – Z Psychoanal, Jg. 24, S. 325–345.
- Argstatter, H.; Hillecker, T. K.; Bradt, J.; Dileo, C. (2007): Der Stand der Wirksamkeitsforschung. Ein systemisches Review musiktherapeutischer Meta-Analysen. In: Verhaltenstherapie&Verhaltensmedizin, H. 28 (1), S. 39–61.
- Auchter, T.; Strauss, L. V. (1999): Kleines Wörterbuch der Psychoanalyse. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht.
- Backer, J. de (2007): Die Entwicklung eines psychischen und musikalischen Raumes. Adrian - eine Einzelfallstudie. In: Metzner, S. (Hg.): Nachhall. Musiktherapeutische Fallstudien. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 19–82.
- Bailer, C. (2003): Zur Abstinenz in der Psychoanalyse aus Patientensicht. Ein Versuch, die Auswirkungen der Abstinenz auf dem Hintergrund der Beziehungserfahrungen von Patienten zu erfassen. Diss. Universität Bremen, Psychologische Fakultät.
- Balint, M. (1969): Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Balint, Michael (1970): Trauma und Objektbeziehung. In: Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse, S. 346–358.
- Bateman, A.; Fonagy, P. (2006): Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A practical guide. Oxford: University Press.
- Bateman, A.; Fonagy P. (2001): Treatment of Borderline Personality Disorder with psychoanalytically oriented partial Hospitalization: an 18-month follow up. In: Am. J. Psychiatry, H. 158, S. 36–42.
- Bateman, A.; Fonagy P. (2004): Psychotherapy for Borderline Personalitiy Disorder.: Oxford University Press.
- Bateman, A.; Fonagy P. (2008): 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality. Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. In: Am. J. Psychiatry, H. 165, S. 631–638.
- Bauer, B. (2006): Sanftmütige Männer - dominante Frauen: Wut und Aggression unter der Geschlechterperspektive. In: Zander, M.; Hartwig, L.; Jansen, I. (Hg.): Geschlecht Nebensache. Zur Aktualität einer Gender-Perspektive in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 258–270.

- Bauer, S. (1999): Schizophrene Patienten und musikalische Verständigung. Eine experimentelle Studie zum Vergleich musikalischer Repräsentation, Interaktion und Wahrnehmung von paranoid-schizophrenen Patienten und gesunden Kontrollpersonen.
- Becker, M. (2002): Begegnung im Niemandsland. Musiktherapie mit schwermehrfachbehinderten Menschen. Weinheim: Beltz.
- Becker, M. (2007): Sich das Leben zusammenbauen müssen, statt getragen zu werden. In: Metzner, S. (Hg.): Nachhall. Musiktherapeutische Fallstudien. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 247–282.
- Besser, L.-U. (2002): Posttraumatische Belastungs- und Somatisierungsstörungen bei Frühgeborenen und Kleinkindern. vom Vergessen und Wiederholen medizinischer Traumata zum heilsamen Erinnern. In: Sachsse, U., Özkan, I., Streeck-Fischer, A. (Hg.): Traumatherapie - Was ist erfolgreich. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 174–193.
- BiB-Mitteilung 04/2007. 11. Februar 2008, 28. Jahrgang, S. 13-16.
- Binks, C. A.; Fenton, M.; McCarthy, L.; Lee, T.; Adams, C. E.; Duggan, C. (2006): Psychological therapies for people with borderline personality disorder. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1.
- Bion, W. (1990): Lernen durch Erfahrung. Erste Auflage engl. 1962 *Lerning from Experience*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bion, W. (2002): Eine Theorie des Denkens. In: Bott Spillius, E. (Hg.): Melanie Klein heute. Entwicklung in Theorie und Praxis. Engl. „Melanie Klein today“ *Developments in theory and practice*. Tavistock Publications, London. 3. Auflage, 1. Auflage 1988. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 225–235.
- Biss, E. (1995): Weibliche Aggressivität und ihre Wirklichkeiten. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Blanck, R.; Blanck, G. (1974): *Ego-Psychology: Theory and Practice*. Deutsch: *Angewandte Ich-Psychologie*. Stuttgart: Klett Cotta 1988. New York: Columbia University Press.
- Blumer, H. (1973): Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.): *Alltagswissen. Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt (1).
- Bohleber, W. (2004): Trauma und Persönlichkeitsstörung. In: Rohde-Dachser, C.; Wellendorf F. (Hg.): *Inszenierungen des Unmöglichen*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 60–75.
- Bohleber, W.; Drews S. (Hg.) (2001): *Die Gegenwart der Psychoanalyse - die Psychoanalyse der Gegenwart*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bohus, M.; Haaf, B.; Simms, T.; Limberger, M. F.; Schmahl, C.; Unkel, C. (2004): Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behavioral Res. Ther.*, H. 42, S. 487–499.
- Böker, H. (Hg.) (2006): *Psychoanalyse in der Psychiatrie. Geschichte, Krankheitsmodelle und Therapiepraxis*. Heidelberg: Springer.
- Bolay, H. V.; Dulger, A.; Resch, F. (Hg.) (2006): *Evidenzbasierte Musiktherapie*. Berlin.: Uni-edition.
- Bolm, T. (2008): Mentalization-Based-Treatment (MBT) in der stationären und ambulanten Gruppentherapie. In: Hirsch, M. (Hg.): *Die Gruppe als Container*. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, S. 144–167.
- Bolm, T.; Schöps, A.; Robertz, A.; Herzog, T. (2007): Psychosomatisch-psychotherapeutische Fachkliniken- und abteilungen in der Versorgung schwerer Persönlichkeitsstörungen. In: PTT, H. 11, S. 181–186.
- Bolterauer, J. (2006): Die Macht der Musik. Psychoanalytische Überlegungen zur Wirkungsweise von Musik und ihrer Wurzeln in der frühkindlichen Entwicklung. In: *Psyche – Z Psychoanal*, H. 60, S. 1173–1204.
- Bonde, L. (2007): Kreative Methodenintegration in der musiktherapeutischen Forschung. Reflexion und Methodenwahl und Methodenprobleme im Forschungsprojekt „Rezeptive Musiktherapie mit Krebspatientinnen in der Rehabilitationsphase“. In: *MU*, H. 28, 2, S. 77–109.
- Bonde, L. O. (2005): *Approaches to Researching Music*. In: Wheeler, B. (Hg.): *Music Therapy Research*. Second Edition. Barcelona: Barcelona Publishers, S. 489–525.
- Bott Spillius, E. (Hg.) (2002): *Melanie Klein heute. Entwicklung in Theorie und Praxis*. Engl. „Melanie Klein today“ *Developments in theory and practice*. Tavistock Publications, London. 3. Auflage, 1. Auflage 1988. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Briere, J/Gil E. (1998): Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. In: American Journal of Orthopsychiatry, Jg. 68, S. 609–620.
- Brisch, K. H. /Hellbrügge T. (Hg.) (2003): Bindung und Trauma. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brooke, S. L. (Hg.) (2007): The use of the creative therapies with sexual abuse survivors. Unter Mitarbeit von Charles C. Thomas: Publishers.
- Brunner, R/Resch F. (2008): Borderline-Störung und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen: Vandenhoeck&Ruprecht.
- Bruscia, K. E. (1998): Re-imagining client images: A technique for exploring transference and countertransference in Guided Imagery and Music. In: Bruscia, K. E. (Hg.): The dynamics of music psychotherapy: Publishers. Barcelona: Gilsum, NH, S. 527-548.
- Bruscia, K. E. (Hg.) (1998): The dynamics of music psychotherapy: Publishers. Pp. 527-548. Barcelona: Gilsum, NH.
- Bruscia, K. E. (2005): First-Person Research. (2005b). In: Wheeler, B. (Hg.): Music Therapy Research. Second Edition. Barcelona: Barcelona Publishers, S. 379–391.
- Bruscia, K. E. (2005): Designing Qualitative Research. (2005a). In: Wheeler, B. (Hg.): Music Therapy Research. Second Edition. Barcelona: Barcelona Publishers, S. 129–137.
- Buchert, H. (2003): Musiktherapeutische Behandlung bei chronisch schizophrenen Patienten. Münster: Lit Verlag.
- Buchta, A. (2004): Aggression von Frauen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Curtis, S. L. (2000): Singing subversion, singing soul: Women's voices in feminist music therapy. Dissertation abstract international, 60 (12 - A), 4240. Doctoral Dissertation, Concordia University, 1997.
- Curtis, S. L. (2006): Feminist Music Therapy. Transforming theory, transforming Lives. In: Hadley, S. (Hg.): Feminist Perspectives in Music Therapy. Barcelona: Publishers, S. 227–244.
- Curtis, S. L. (2007): Claiming voice: Music Therapy for Childhood Sexual abuse Survivors. In: Brooke, S. L. (Hg.): The use of the creative therapies with sexual abuse survivors.: Publishers, S. 196–206.
- Dammann, G.; Buchheim, P. (2003): Psychoanalytische Konzeptbildung der Persönlichkeitsstörungen. In: Herpertz, S. C.; Saß, H. (Hg.): Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Thieme, S. 26–39.
- Dammann, G.; Clarkin, J. F.; Kächele, H. (2000): Psychotherapieforschung und Borderline-Störung. Resultate und Probleme. In: Kernberg, O. F., Dulz B., Sachsse U. (Hg.): Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer, S. 701–730.
- Dammann, G.; Janssen Paul L. (Hg.) (2001): Psychotherapie der Borderline-Störungen. Stuttgart: Thieme.
- DBVMT (Hg.) (1989): Einblicke.
- Decker-Voigt, H. - H. (1991): Aus der Seele gespielt. München: Goldmann.
- Decker-Voigt, H. - H. (Hg.) (2001): Schulen der Musiktherapie. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Decker-Voigt, H. - H. (Hg.) (2005): Der Schrecken wird hörbar. Musiktherapie für sexuell missbrauchte Kinder. Unter Mitarbeit von Mitzlaff S. und Strehlow G. Bremen: Lilienthal.
- Decker-Voigt, H. - H.; Oberegelsbacher, D.; Timmermann, T. (Hg.) (2008): Lehrbuch Musiktherapie. München: Reinhardt.
- Decker-Voigt et al. (Hg.) (1996): Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Decker-Voigt; Weymann (Hg.) (2009): Lexikon Musiktherapie. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage 1. Aufl. 1996. Göttingen: Hogrefe.
- Dehm-Gauwerky, B. (2006): Inszenierung des Sterbens. Marburg: Tectum
- Dennett, D. (1988): Precis of "The intentional stance" with peer commentary. In: The Behavioral and Brain Sciences, H. 11, S. 495–546.
- Dettmer, B. (1996): Musiktherapie im Netz der Psychiatrie. In: In Musiktherapeutische Umschau, H. 17/2, S. 106–114.
- Dixon, M. (2002): Music and Human Rights. In: Sutton, J. P. (Hg.): Therapy and Trauma. International Perspectives. London, S. 119–132.

- Dornes, M. (2004): Über Mentalisierung, Affektspiegelung und die Entwicklung des Selbst. In: Forum Psychoanalyse, H. 20, S. 175–199.
- DPV Herbsttagung (Hg.) (2002): Symbolisierung und ihre Störungen.
- Dulz, B. (2001): Warum misslingen stationäre psychotherapeutische Borderline-Therapien so oft. In: Dammann, G.; Janssen Paul L. (Hg.): Psychotherapie der Borderline-Störungen. Stuttgart: Thieme, S. 218–231.
- Dulz, B. (2008): Borderline-Störungen. In: Mertens, W.; Waldvogel, B. (Hg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer, S. 105–113.
- Dulz, B.; Ramb, C. (2007): Die Borderline-Spezialstationen,- ein Plädoyer. In: PTT, H. 11, S. 175–180.
- Dulz, B.; Schneider A. (2001): Borderline-Störungen. Theorie und Therapie. 3. Auflage, 1. Auflage 1995. Stuttgart: Schattauer.
- Dulz, B. Jensen M. (2000): Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline- Persönlichkeitsstörung. Psychoanalytisch-psychosomatische Überlegung und empirische Daten. In: Handbuch der Borderline-Störungen O.F.Kernberg, B., Dulz, U., Sachse (Hg).Stuttgart: Schattauer S. 167–193.
- Eckhardt-Henn, A. (2008): Dissoziation. In: Mertens, W.; Waldvogel, B. (Hg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer, S. 145–149.
- Eckhardt-Henn, A. /Hoffmann S. O. (Hg.) (2004): Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Stuttgart: Schattauer (2004).
- Edwards, J. (2004): Kann die Verwendung des Modells der evidenzbasierten Medizin behilflich sein bei der Einrichtung von Musiktherapie-Stellen im Gesundheitswesen. In: MU, H. 25, 3, S. 221–232.
- Edwards, J. (2005): Developments and Issues in Music Therapy Research. In: Wheeler, B. (Hg.): Music Therapy Research. Second Edition. Barcelona: Barcelona Publishers, S. 20–32.
- Egle, U. T. et al (2000): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. 2. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Ehlers, W. (2008): Abwehrmechanismen. In: Mertens, W.; Waldvogel, B. (Hg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer, S. 13–25.
- Ehlert-Balzer, M. (1996): Das Trauma als Objektbeziehung. Veränderungen der inneren Objektwelt durch schwere Traumatisierung im Erwachsenenalter. In: Forum Psychoanalyse, Jg. 12, S. 291–314.
- Engelmann, I. (1995): Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken. In: Nervenarzt, H. 66, S. 217–224.
- Engelmann, I. (2000): Manchmal ein bestimmter Klang. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht.
- Ermann, M. (2001): Gegenübertragungsprozesse in der psychoanalytischen Borderline-Behandlung. In: Dammann, G. /Janssen Paul L. (Hg.): Psychotherapie der Borderline-Störungen. Stuttgart: Thieme, S. 51–58.
- Ermann, M. (2008): Gegenübertragung. In: Mertens, W.; Waldvogel, B. (Hg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer, S. 233–239.
- Ermann, M. (2008): Gegenübertragung. In: Mertens, W.; Waldvogel, B. (Hg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer, S. 233–239.
- Eschen, Th (Hg.) (2002): Analytical Music Therapy. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Faller, H.; Frommer, J. (Hg.) (1994): Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden. Heidelberg: Assanger.
- Fast, I. (1996): Von der Einheit zur Differenz. Psychoanalyse der Geschlechtsidentität. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Favazza, A. (1998): The Coming of Age of Self-Mutilation. In: Journal of Nervouse and mental Disease, H. Vol. 186 No 5, S. 259–268.
- Ferenczi, S. (1933): Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind. In: Bausteine der Psychoanalyse, In: Schriften zur Psychoanalyse, Bd. 3. Fischer (Nachdruck 1984) Frankfurt am Main. S. 511–525.
- Fiedler, P. (2005): Die Entwicklung von Sexualität und Geschlechtsidentität. In: Resch, F.; Schulte-Markwort M. (Hg.): Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Sexualität. Weinheim Basel: Beltz Verlag, S. 18–34.
- Finkelhor, D. (1984): Child Sexual abuse. In: Ney Theory and Research, New York, 1984.

- Fischer, G.; Riedesser P. (1999): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 2. Auflage, 1. Auflage 1998. München, Basel: Reinhardt.
- Flatten, G. (2006): Stand der psychodynamischen Therapie der PTBS. In: Maercker, A.; Rosner, R. (Hg.): Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörung. Stuttgart: Thieme, S. 49–67.
- Flick, U. (2005): Triangulation in der qualitativen Forschung. 1. Auflage 2000. In: Flick, U.; v. Kardoff, E.; Steinke, I. (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 1. Auflage 2000. Reinbeck: Rowolt, S. 309–318.
- Flick, U.; Kardoff, E.; Keupp, H., et al. (Hg.) (1995): Handbuch der Qualitativen Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Weinheim: Psychologie-Verl.-Union.
- Flick, U.; v Kardoff, E.; Steinke, I. (1995): Was ist qualitative Forschung. In: Flick, U.; Kardoff, E.; Keupp, H.; Rosenstiel, L.; Wolff, S. (Hg.): Handbuch der Qualitativen Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Weinheim: Psychologie-Verl.-Union, S. 13-29.
- Flick, U.; v.Kardoff, E.; Steinke, I. (Hg.) (2005): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 1. Auflage 2000. Reinbeck: Rowolt.
- Focke, I. (2004): Das Schicksal unerträglicher Affekte in der Übertragung. In: Rohde-Dachser, C.; Wellendorf F. (Hg.): Inszenierungen des Unmöglichen. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 227–244.
- Fonagy, P. (2004): Das Versagen der Mentalisierung und die Arbeit des Negativen. In: Rohde-Dachser, C.; Wellendorf F. (Hg.): Inszenierungen des Unmöglichen. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 163–186.
- Fonagy, P.; Target, M. (2003): Bindungstheorie und Psychoanalyse. Attachment Theory and Psychoanalysis, 2001. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P.; Target, M. (2006): Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung. Psychoanalytic Theories- Perspectives from Development Psychopathology (2003). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P.; Target M. (2001): Mit der Realität spielen. Zur Doppelgesichtigkeit psychischer Realität von Borderline-Patienten. In: Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse, H. 9/10, S. 961–995.
- Fonagy, P.; Target M. (2003): Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Fonagy, P.; Gergely G.; Jurist E. L.; Target M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Engl.: Regulation, Mentalization, and the Development of the self (2002). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Franke, A.; Kämmerer A. (Hg.) (2001): Klinische Psychologie der Frau. Göttingen: Hogrefe.
- Frank-Schwebel, A.; Yellin, D. (2002): Israel, Trauma and its Relation to Sound and Music. In: Sutton, J. P. (Hg.): Therapy and Trauma. International Perspectives. London, S. 193–210.
- Freud, A. (1997): Das Ich und die Abwehrmechanismen. Engl. Erstauflage 1936. Die Schriften der Anna Freud. Bd.1. Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, S. (1900): Die Traumdeutung. GW 2/3. Frankfurt a. M.: Fischer
- Freud, S. (1914): Zur Einführung des Narzissmus. GW X 1999 Bände. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Frohne-Hagemann (2006): Musiktherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: Rimmel, A.; Strauß, B. (Hg.): Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer, S. 285–294.
- Frohne-Hagemann, I. (1997): Von frühen Atmosphären berührt. Musiktherapie in der Arbeit mit schweren Persönlichkeitsstörungen. In: Kunst&Therapie - Zeitschrift der Praxis künstlerischer Therapie, H. 1/97, S. 83–95.
- Frohne-Hagemann, I. (Hg.) (2004): Rezeptive Musiktherapie, Zeitpunkt Musik. Wiesbaden: Reichert Verlag.
- Frohne-Hagemann, I.; Pleß-Adamczyk (2005): Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht.
- Frommer, J. (2007): Psychoanalyse und qualitative Sozialforschung in Konvergenz. In: Psyche – Z Psychoanal, H. 61, S. 781–803.
- Frommer, J.; Frommer, S. (1990): Max Webers Bedeutung für den Verstehensbegriff in der Psychiatrie. In: Nervenarzt, H. 61, S. 397–401.
- Frommer, J.; Rennie, D. L. (2006): Methodologie, Methodik und Qualität qualitativer Forschung. In: Psychother Psych Med, H. 56, S. 210–217.

- Frommer, J.; Streeck, U. (2003): Qualitative Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum. Ein Blick auf die Ereignisse. In: *Z Psychosom Med.Psychother*, H. 49, S. 74–86.
- Gabbard, G. O. (2005): *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington, DC. London: American Psychiatric Publishing Inc.
- Gast (2004): Die dissoziative Identitätsstörung. In: Eckhardt-Henn, A.; Hoffmann S. O. (Hg.): *Dissoziative Bewusstseinsstörungen*. Stuttgart: Schattauer (2004), S. 195–225.
- Gergely, G.; Watson J. (1996): The social biofeedback model of parental affectmirroring. In: *International Journal of Psychoanalysis*, H. 77, S. 1181-2112).
- Gerhardt, U. (1984): Typenkonstruktion bei Patientenkarrieren. In: Kohli, M.; Roberts, G. (Hg.): *Biografie und soziale Wirklichkeit*. Stuttgart: Metzler, S. 53–77.
- Gerhardt, U. (1995): Typenbildung. In: Flick, U.; Kardoff, E.; Keupp, H.; Rosenstiel, L.; Wolff, S. (Hg.): *Handbuch der Qualitativen Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Weinheim: Psychologie-Verl.-Union, S. 435–439.
- Giernalczyk, T.; Doll, H. (2005): Suizide in der ambulanten Patientenversorgung. Eine Idealtypenbildung. In: *Krankenhauspsychiatrie*, Jg. 16, S. 40–45.
- Giernalczyk, T.; Petersen, G. K. (2008): Übertragungs- und Gegenübertragungsprobleme bei suizidalen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. In: *PTT*, H. Bd 4, S. 221–230.
- Giovacchini (1967): The frozen Introject. In: *International Journal of Psychoanalysis*, H. 48, S. 61–67.
- Gold, C.; Heldal, T. O.; Dahle, T.; Wigram, T. (2005): Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. In: *Cochrane Database Syst Rev* 2, H. CD 004025.
- Gold, C.; Wigram, T.; Elefant, C. (2006): Music Therapy for autistic spectrum disorder. In: *Cochrane-Reviews*.
- Götze, P. (2000): Zur Suizidalität bei Borderline-Patienten. In: Kernberg, O. F. Dulz B. Sachsse U. (Hg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer, S. 281–292.
- Grabska, K. (2004): Die Desobjektalisierung des Psychoanalytikers. In: Rohde-Dachser, C.; Wellendorf F. (Hg.): *Inszenierungen des Unmöglichen*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 187-209.
- Grawe, K.; Donati, R.; Bernauer, F. (Hg.) (1994): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. 2. Aufl. Göttingen Bern, Toronto Seattle: Hogrefe.
- Green, A. (2000): Die tote Mutter. In: *Psyche - Z Psychoanalyse*, H. 47, S. 205-240.
- Grubich-Simitis (1984): Vom Konkretismus zur Metaphorik. In: *Psyche Zeitschrift für Psychoanalyse*, H. 38, S. 1–28.
- Grunberger, B. (1976): *Vom Narzissmus zum Objekt*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Günter, M.; Boos, R. (1994): Bedeutung der "abnormen Reaktionsbereitschaft" von Jugendlichen beim Münchhausen-by-proxy-Syndrom. In: *Nervenarzt*, H. 65, S. 307–312.
- Habermas, J. (2003): *Erkenntnis und Interesse*. Sonderausgabe. Erstausgabe 1968. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hadley, S. (Hg.) (2003): *Psychodynamic Music Therapy. Case Studies* Gilsum, NH. Barcelona: Barcelona Publishers.
- Hadley, S. (Hg.) (2006): *Feminist Perspectives in Music Therapy*. Barcelona: Publishers.
- Haffa-Schmidt et al. (Hg.) (1999): *Musiktherapie mit psychisch kranken Jugendlichen*. Konzepte. 23. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Hannibal, N. (2003): A Woman`s change from being Nobody to Somebody. Music Therapy with a Middle-Aged, speechless, and Self-Destructive Woman. In: Hadley, S. (Hg.): *Psychodynamic Music Therapy. Case Studies* Gilsum, NH. Barcelona: Barcelona Publishers, S. 403–413.
- Happach, C. (2006): *Psychotherapien suizidaler Patienten im Rückblick-Ergebnis einer systemisch qualitativen Studie*. Dissertation, Fachbereich Medizin. Hamburg: Universität.
- Van der Hart, O.; Nijenhuis, E.R.S.; Steele, K. (2008): *Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung*. Engl. 2006, *The haunted self*. Paderborn: Junfermann
- Hartmann, H. (1975): *Ich-Psychologie und Anpassungsprobleme*. Erstauflage 1939. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Hartmann, H.-P. (2006): Narzisstische Persönlichkeitsstörung- ein Überblick. In: Kernberg, O.; Hartmann, H.-P (Hg.): Narzissmus. Grundlagen – Störungsbilder - Therapie. Stuttgart: Schattauer, S. 3–36.
- Heckel, Viola (1998): Polare Prozesse in der Musik und im Menschen. Beispiele aus der anthroposophisch orientierten Musiktherapie mit erwachsenen psychiatrischen Patienten. In: Musiktherapeutische Umschau, Jg. 19, H. 2, S. 94–104.
- Hegi-Portmann, F.; Lutz Hochreutener, S.; Rüdüsili-Voerkel, M. (2006): Musiktherapie als Wissenschaft. Bam. Musiktherapie Schweiz. Zürich: Staffel Druck AG.
- Heimann, P. (1996): Über die Gegenübertragung. On Countertransference, International Journal of Psychoanalysis (1950). In: Forum Psychoanalyse, Jg. 12, S. 179–184.
- Herpertz, S. (1995): Self-injurious behavior: Acta Psychiatrica Scandinavica, S.57-68.
- Herpertz, S.; Saß, H. (1994): Offene Selbstbeschädigung. In: Nervenarzt, H. 65, S. 296–306.
- Herpertz, S.; Wenning B. (2003): Emotional instabile Persönlichkeitsstörung. In: Herpertz, S. C.; Saß, H. (Hg.): Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Thieme, S. 84–102.
- Herpertz, S. /Saß H. (2000): Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der historischen und aktuellen psychiatrischen Klassifikation. In: Kernberg, O. F. Dulz B. Sachsse U. (Hg.): Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer, S. 115–123.
- Herpertz, S. C. (2008): Suizidalität, selbstschädigendes und impulsives Verhalten bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: PTT, H. Bd. 4., S. 248–256.
- Herpertz, S. C.; Habermeyer, E.; Habermeyer, V. (2007): Persönlichkeitsstörungen. In: Rohde, A. Marneros A. (Hg.): Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer, S. 212–224.
- Herpertz, S. C.; Saß, H. (Hg.) (2003): Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Thieme.
- Herpertz, S. C.; Saß, H. (2003): Allgemeine Epidemiologie. Verlauf und Prognosen. In: Herpertz, S. C.; Saß, H. (Hg.): Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Thieme, S. 165–166.
- Hillecke, T.; Selle, E. W.; Wormit, F.; Bolay, H. V. (2004): Plädoyer für eine kreative Forschungsmethodenvielfalt der wissenschaftlichen Musiktherapie. In: MU, Jg. 3, H. 25, S. 220–241.
- Hirsch, M. (1999): Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Missbrauchs in der Familie. 1. Aufl. 1986. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Hirsch, M. (Hg.) (2000): Der eigene Körper als Objekt. 1. Auflage 1989. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Hirsch, M. (2002): Schuld und Schulgefühl. 1. Auflage 1997. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht.
- Hirsch, M. (2004): Psychoanalytische Traumatologie. Das Trauma in der Familie. Stuttgart: Schattauer.
- Hirsch, M. (Hg.) (2008): Die Gruppe als Container. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht.
- Hirsch, Mathias (1996): Wege vom realen Trauma zur Autoaggression. In: Forum der Psychoanalyse, H. 12, S. 31–44.
- Hirsch, Mathias (1998): Suizidalität und Selbstbeschädigung. Überschneidungen und Differenzen. In: Forum der Psychoanalyse, S. 123–138.
- Huber, M. (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1: Jungfermann.
- Huber, M. (2004): Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung Teil 2.: Jungfermann.
- Hughes, C. H. (1884): Borderland psychiatric records-pro dromal symptoms of psychical imparment. In: Nerv Ment Dis, H. 5, S. 85–91.
- Jacobs, Theodore J. (2000): Unbewußte Kommunikation und verdeckte Enactments im analytischen Setting. In: Streeck, U. (Hg.): Erinnern Agieren und Inszenieren. Enacement und szenerische Darstellung im therapeutischen Prozess: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 97–126.
- Janet, P. (1889): L` automatisme psychologique. Paris: Felix Alcan.
- Jung, T.; Müller-Dahm, S. (Hg.) (1993): „Wirklichkeit“ im Deutungsprozess. Verstehen in der Kultur- und Sozialwissenschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Jüttemann, G. (1993): Komparative Kasuistik und die Frage der adäquaten Deskription ätiologischer Zusammenhänge. In: Stuhr, U.; Deneke, F.-W. (Hg.): Die Fallgeschichte. Beiträge zur Bedeutung als Forschungsinstrument. Heidelberg: Asanger, S. 140–150.
- Jüttemann, G. (Hg.) (2009): Komparative Kasuistik. Die psychologische Analyse spezifischer Entwicklungsphänomene. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Jüttemann, G.; Thomae, H. (Hg.) (1998): Biographische Methoden in den Humanwissenschaften. Weinheim: Psychologie-Verl.-Union.
- Kahn (1963): The concept of cumulative trauma. In: *Psychoanal Study Child*, H. 18, S. 286–306.
- Kaiser, E. (Hg.) (1995): Psychoanalytisches Wissen. Beitrag zur Forschungsmethodik. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kämmerer, A. (2001): Weibliches Geschlecht und psychische Störungen. In: Franke, A. / Kämmerer A. (Hg.): *Klinische Psychologie der Frau*. Göttingen: Hogrefe, S. 51–91.
- Kampfhammer, H.-P. (2001): Psychiatrische Ansätze in der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Dammann, G. / Janssen Paul L. (Hg.): *Psychotherapie der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Thieme, S. 206–217.
- Kardorff, E. v. (1995): Qualitative Sozialforschung. Versuch einer Standortbeziehung. In: Flick, U.; Kardorff, E.; Keupp, H.; Rosenstiel, L.; Wolff, S. (Hg.): *Handbuch der Qualitativen Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Weinheim: Psychologie-Verl.-Union, S. 3–10.
- Kelle, U.; Kluge, S. (1999): Vom Einzelfall zum Typus. *Qualitative Sozialforschung*. Opladen: Leske und Budrich (6).
- Kenny, C. (1987): The field of play: A theoretical study of music therapy process. Dissertation. Abstract International, 48 (12) 3067A (UNI No. DEV 88-02367).
- Kenny, C.; Jahn-Langenberg, M.; Loewy, J. (2005): Hermeneutic Inquiry. In: Wheeler, B. (Hg.): *Music Therapy Research. Second Edition*. Barcelona: Barcelona Publishers, S. 335–351.
- Kernberg, O. (2000): Persönlichkeitsentwicklung und Trauma-theoretische und therapeutische Anmerkungen. In: Kernberg, O. F.; Dulz B.; Sachsse U. (Hg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer, S. 525–536.
- Kernberg, O.; Hartmann, H.-P (Hg.) (2006): *Narzissmus. Grundlagen – Störungsbilder - Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Kernberg, O. F. (1993): *Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten*. Göttingen.: Verlag Hans Huber.
- Kernberg, O. F. (1995): Die psychotherapeutische Behandlung von Borderline-Patienten. In: *PPmP Psychother. Psychosom. med. psychol.*, H. 45, S. 73–82.
- Kernberg, O. F. (1998): *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Borderline Conditions and Pathological Narcissim*, Janson Aronson, Inc., New York. 1. Auflage 1975. 10.Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Kernberg, O. F. (2000): Die übertragungsfokussierte (oder psychodynamische) Psychotherapie von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation. In: Kernberg, O. F.; Dulz B.; Sachsse U. (Hg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer, S. 447–460.
- Kernberg, O. F. (2006): Der nahezu unbehandelbare narzisstische Patient. In: Kernberg, O.; Hartmann, H.-P (Hg.): *Narzissmus. Grundlagen - Störungsbilder-Therapie*. Stuttgart: Schattauer, S. 705–727.
- Kernberg, O. F.; Dulz B.; Sachsse U. (Hg.) (2000): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Klampf, P. (2006): Zwischen Zudröhnen und Verwöhnen. Spannungsregulation und Selbstfürsorge in der (musik-) therapeutischen Arbeit mit strukturell gestörten PatientInnen. In: *Österreichischer Berufsverband der Musiktherapeuten*, S. 123-123.
- Klein, M. (2001): *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Erste Auflage 1962. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kleining, G. (1995b): *Lehrbuch der entdeckenden Sozialforschung. Band I: Von der Hermeneutik zur qualitativen Heuristik*. Weinheim: Psychologie-Verlag Union.
- Kleining, G. (1995): Methode und Geschichte qualitativer Sozialforschung (1995a). In: Flick, U.; Kardorff, E.; Keupp, H.; Rosenstiel, L.; Wolff, S. (Hg.): *Handbuch der Qualitativen Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Weinheim: Psychologie-Verl.-Union, S. 11–22.

- Kleining, G. (1998): Heuristik zur Erforschung von Biographien und Generationen. In: Jüttemann, G.; Thomae, H. (Hg.): *Biographische Methoden in den Humanwissenschaften*. Weinheim: Psychologie-Verl.-Union, S. 175–192.
- Klöpfer, M. (2006): Reifung und Konflikt. Säuglingsforschung, Bindungstheorie und Mentalisierungskonzepte in der tiefenpsychologischen Psychotherapie. *Leben lernen*: Klett-Cotta.
- Klotter, C. (1994): Idealtypenbildung und Max Weber als qualitative Datenauswertungsstrategie - exemplarisch erprobt am Beispiel von Essstörungen. In: Faller, H.; Frommer, J. (Hg.): *Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden*. Heidelberg: Assanger, S. 297–310.
- Klug, A.; Lindner, R.; Fiedler, G.; Altenhöfer, A. (2008): Sexualität suizidaler Älterer. In: *Z-Gerontol Geriat* 1, H. 41, S. 22–28.
- Kluge, S. (2000): Empirisch begründete Typenbildung in der qualitativen Sozialforschung. In: *Forum Qualitative Sozialforschung*, Vol 1, No 1.
- Klüwer, R. (1983): Agieren und Mitagieren. In: *Psyche*, H. 37, S. 828–840.
- Klüwer, R. (2001): Szene, Handlungsdialog (Enactment) und Verstehen. In: Bohleber, W.; Drews S. (Hg.): *Die Gegenwart der Psychoanalyse - die Psychoanalyse der Gegenwart*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 347–357.
- Knill, P. J. (1987): Auf dem Weg zu einer Theorie musikorientierter Psychotherapie. In: *MU*, H. 8, S. 3–14.
- Knothe, K.; Reinhardt, A.; Winiecki, P.; Kallert, T. W. (2008): Musiktherapie in einer psychiatrischen Tagesklinik. In: *Bd. 29,2*, S. 128–143.
- Koenigsberg, H. W. (2000): Gegenübertragung. In: Kernberg, O. F.; Dulz B.; Sachsse U. (Hg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer, S. 87–97.
- Kohli, M.; Roberts, G. (Hg.) (1984): *Biografie und soziale Wirklichkeit*. Stuttgart: Metzler.
- Kohut, H. (1973): *Narzißmus*. Engl: (1971): *The Analysis of the Self. A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorder*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- König, K. (1982): Der interaktionelle Anteil der Übertragung in Einzelanalyse und analytischer Gruppenpsychotherapie. In: *Gruppenpsychother Gruppensdynamik*, H. 18, S. 76–83.
- Konzag, A. T.; Bandemer-Greulich, U.; Bahrke, U.; Fikentscher, E. (2004): Therapeutische Beziehung und Therapieerfolg bei der stationären Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. In: *Z Psychosom Med.Psychother.*, H. 50, S. 394–405.
- Köpp, W.; Jacoby, G. E. (1996): *Beschädigte Weiblichkeit. Essstörungen, Sexualität und sexueller Missbrauch*.
- Körlin, D. (2004): *The Spektrum Group GIM Therapy*. In: Frohne-Hagemann, I. (Hg.): *Rezeptive Musiktherapie, Zeitpunkt Musik*. Wiesbaden: Reichert Verlag, S. 157–182.
- Krause, R. (2006): Emotion, Gefühl, Affekt - Ihre Bedeutung für die seelische Regulierung. In: Rimmel, A.; Strauß, B. (Hg.): *Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Schattauer, S. 22–41.
- Küchenhoff, J. (1990): Die Repräsentation früher Traumata in der Übertragung. In: *Forum der Psychoanalyse*, H. 6, S. 15–31.
- Küchenhoff, J. (2000): Trauma, Konflikt, Repräsentation (2000b). In: Schlösser/Höfeld (Hg) (Hg.): *Trauma und Konflikt*. 2. Aufl. Gießen: PsychosozialVerlag, S. 13–32.
- Küchenhoff, J. (2000): Der Körper als Ort der Beziehungsinszenierung. In: Streeck, U. (Hg.): *Erinnern Agieren und Inszenieren. Enacement und szenische Darstellung im therapeutischen Prozess*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 143–160.
- Küchenhoff, J. (2004): Verlust des Selbst, Verlust des Anderen. Die doppelte Zerstörung von Nähe und Ferne im Trauma. In: *Psyche Zeitschrift für Psychoanalyse*, H. 9/10, S. 811–835.
- Kunkel, S. (voraussichtlich 2010): *Musiktherapeutischer Erstkontakt mit schizophrenen Patienten*. Dissertation Hochschule für Musik und Theater Hamburg.
- Kunkel, Sylvia (2002): *Eine lange Reise beginnt mit einem Schritt (Laotse). Eine Untersuchung zum musiktherapeutischen Erstkontakt mit schizophrenen Patienten*. In: Petersen P. (Hg.): *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien*. Stuttgart; Berlin: Mayer, S. 341–346.
- Kupski, G. (2007): Borderlinestörung und Musiktherapie im Kontext der Dialektisch-Behavioralen Therapie. In: *Musiktherapeutische Umschau*, Jg. 28, H. 1, S. 17–27.

- Kvale, S. (1995): Validierung: Von der Beobachtung zu Kommunikation und Handeln. In: Flick, U.; Kardoff, E.; Keupp, H.; Rosenstiel, L.; Wolff, S. (Hg.): *Handbuch der Qualitativen Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Weinheim: Psychologie-Verl.-Union, S. 427–431.
- Langenberg, M.; Aigen, K.; Frommer, J. (Hg.) (1996): *Qualitative music therapy research. Beginning dialogues*. Barcelona: Gilsum, NH: Publishers.
- Langenberg, M.; Frommer, J.; Langenbach, M. (1996): Fusion and Separation: Experiencing opposites in music, music therapy, and music therapy research. In: Langenberg, M.; Aigen, K.; Frommer, J. (Hg.): *Qualitative music therapy research. Beginning dialogues*. Barcelona: Gilsum, NH: Publishers, S. 131–160.
- Langenberg, M.; Frommer, J.; Tress, W. (1995): Musiktherapeutische Einzelfallforschung. ein qualitativer Ansatz. In: *PPmP Psychother. Psychosom. med. Psychol.*, H. 45, S. 418–426.
- Langer, S. (1965): *Philosophie auf neuem Wege*. Erste Auflage engl. 1957. Mittenwald: Mäander Kunstverlag.
- Laplanche (1994): *Vokabular der Psychoanalyse*. 1. Auflage 1972. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Leichsenring, F. (2008): Wirksamkeit für Langzeittherapie bei Persönlichkeitsstörungen aus psychodynamischer Sicht. In: *PTT*, H. 12, S. 31–37.
- Leichsenring, F.; Rabung, S. (2008): Effectiveness of Long-term Psychodynamik Psychotherapy. A Meta-analysis. Download from www.jama.com at the Corkery group on September 30. 2008. In: *Corkery group, Jg. Vol 300, H. No. 13, S. 1551–1565*.
- Leins, A. K. (2006): *Heidelberger Musiktherapiemanual. Migräne bei Kindern*. In: Bolay, H. V.; Dulger, A.; Resch, F. (Hg.): *Evidenzbasierte Musiktherapie*. Berlin.: Uni-edition .
- Leins, A. K.; Thaut, M. (2007): Musiktherapie in der neurologischen Rehabilitation. Schwerpunkt sensomotorische Therapie. In: *Themenheft „Musiktherapie“*. *Verhaltensther. Verhaltensmed.*, H. 28, S. 86–99.
- Leuzinger-Bohleber, M.; Stuhr, U. (Hg.) (1997): *Psychoanalysen im Rückblick. Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neuen Katamnese Forschung*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Leuzinger-Bohleber, M.; Zwiebel R. (Hg.). (2003): *Trauma, Beziehung und soziale Realität*. Tübingen: edition diskord.
- Leuzinger-Bohleber, M.; Deserno, H. & Hau S. (Hg.) (2004): *Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft. Die psychoanalytische Methode in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Leuzinger-Bohleber, M.; Stuhr, U.; Rüger, B.; Beutel, M. E. (2001): Langzeitwirkung von Psychoanalysen und Psychotherapien. Eine multiperspektive repräsentative Katamnese studie. In: *Psyche*, H. 55, S. 193–276.
- Lindner, R. (2006): *Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie*. Gießen: Psychosozialverlag.
- Lindner, R. (2007): *Die Idealtypenbildung als Methode der suizidologischen Forschung. Suizidprophylaxe. Theorie und Praxis*. Regensburg: Roderer Verlag (Heft 3, S.172-177).
- Lindner, R. (2008): *Ambulante psychodynamische Psychotherapie der Suizidalität bei Borderline-Persönlichkeitsstörung*. In: *PTT*, H. 4, S. 257–264.
- Lindner, R.; Stuhr, U. (2009): *Verstehende Typenbildung und komparative Kasuistik: Fallvergleichende qualitative Methoden in der Psychotherapieforschung*. In: Jüttemann, G. (Hg.): *Komparative Kasuistik. Die psychologische Analyse spezifischer Entwicklungsphänomene*. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 121–130.
- Lindner, R. Altenhöfer A.; Fiedler, G.; Götze, P.; Hartmann, H. (2008): *Suizidalität im Alter*. In: *PiD*, Jg. 9. Jahrgang, S. 48–52.
- Lindner, R. (2003): *Gegenübertragungsdiagnostik in der Psychotherapie suizidaler Männer*. In: *Psychotherapeut*, H. 48, S. 230–239.
- Linehan, M. M. (1993): *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. In: Guilford Press New York.
- Links, P. s. (1998): *Developing effective services for patients with personality disorder*. In: *Can. J. Psychiatry.*, Jg. 43, S. 251–259.
- Lohmer, M. (2000): *Abwehrmechanismen und Objektbeziehungsgestaltung bei Borderline-Patienten. Eine psychoanalytische Perspektive*. In: Kernberg, O. F.; Dulz B.; Sachsse U. (Hg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer, S. 75–86.

- Lohmer, M. (2001): Der Umgang mit Krisen in Institutionen und Teams bei der Behandlung von Borderlinestörungen. In: Dammann, G.; Janssen Paul L. (Hg.): Psychotherapie der Borderline-Störungen. Stuttgart: Thieme, S. 71–82.
- Lorenzer, A. (1970): Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffs. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Lorenzer, A. (1974): Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Lorenzer, A. (1983): Sprache, Lebenspraxis und szenisches Verstehen in der psychoanalytischen Therapie. In: Psyche Zeitschrift für Psychoanalyse, H. 2, S. 97–115.
- Lorenzer, A. (1988): Tiefenhermeneutische Kulturanalyse. In: Lorenzer, A. (Hg.): Kultur- Analysen. Frankfurt am Main: Fischer, S. 11–98.
- Lorenzer, A. (Hg.) (1988): Kultur- Analysen. Frankfurt am Main: Fischer.
- Lorenzer, A. (1992): Das Konzil der Buchhalter. Erste Auflage 1981. Frankfurt a.M.: Fischer Wissenschaft.
- Lorenzer, A. (1995): Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Erste Auflage 1970. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Lorz, A. (1994): Musiktherapie bei sexuell missbrauchten Kindern und Jugendlichen. In: Musik- Tanz - und Kunsttherapie, S. 138–145.
- Lorz-Zitzmann, A. (1999): Sprachlose Gewalt – Musiktherapeutische Möglichkeiten der Verarbeitung bei sexuellen Missbrauch. In: Haffa-Schmidt et al. (Hg.): Musiktherapie mit psychisch kranken Jugendlichen. Konzepte. 23. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht (3), S. 75–91.
- Maack, C. (2004): Rezeptive Musiktherapie als Psychotherapie für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen. In: Timmermann, T. (Hg.): Empfinden – Hören - Sehen. Beiträge Musiktherapie: Reichert (Zeitpunkt Musik, 7), Band 7, S. 113–132.
- Maercker, A.; Rosner, R. (Hg.) (2006): Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörung. Stuttgart: Thieme.
- Mahler, M. S.; Pine, F.; Bergman, A. (1998): Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. The psychological Birth of Human Infant 1975. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Maratos, A.; Gold, C. (2005): Music therapy for depression. In: Cochrane-Reviews.
- Mayer, K. (2002): Reisen ins Unbewusste - Aktive Musiktherapie kombiniert mit rezeptiver Musiktherapie in der Erwachsenenpsychotherapie. In: Musiktherapeutische Umschau, H. 23/1, S. S. 46-56.
- Mayring, P. (1995): Psychologie. In: Flick, U.; Kardoff, E.; Keupp, H.; Rosenstiel, L.; Wolff, S. (Hg.): Handbuch der Qualitativen Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Weinheim: Psychologie-Verl.-Union, S. 33–36.
- Mead, G. H. (1973): Geist, Identität und Gesellschaft. : 1. Auflage 1934. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Mentzos, S. (1984): Neurotische Konfliktbearbeitung. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Mertens, W. (2009): Psychotherapie & Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung und klinische Praxis. In: Psyche, H. 63, S. 794–803.
- Mertens, W.; Waldvogel, B. (Hg.) (2008): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer.
- Metzner, S. (1996): Abwehr. In: Decker-Voigt et al. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe, S. 3–4.
- Metzner, S. (1999): Psychoanalytically informed music therapy in psychiatry. In: Wigram, T. /De Backer J. (Hg.): Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry: Jessica Kingsley Publishers., S. 102-118.
- Metzner, S. (1999): Tabu und Turbulenz: Musiktherapie mit psychiatrischen Patienten. Göttingen.: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Metzner, S. (2001): Psychoanalytische Musiktherapie. In: Decker-Voigt, H. - H. (Hg.): Schulen der Musiktherapie. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 33–54.
- Metzner, S. (2004): Alterierte Akkorde. Musiktherapie im Wandel. In: Musiktherapeutische Umschau, H. 25, 4, S. 291–299.
- Metzner, S. (2005): Musiktherapie. Vortrag, Allgemeines-Krankenhaus Hamburg-Bergedorf 5.2. 2005.
- Metzner, S. (Hg.) (2007): Nachhall. Musiktherapeutische Fallstudien. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Micus, C. (2002): Friedfertige Frauen und wütende Männer. Theorien und Ergebnisse zum Umgang der Geschlechter mit Aggressionen. Weinheim/ München.

- Mitscherlich, M. (1985): Die friedfertige Frau. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Mittelstraß, J. (2008): Enzyklopädie Philosophische Wissenschaftstheorie. S. 385-386. Stuttgart: Metzler.
- Mitzlaff, S. (2002): Traumaverarbeitungsprozesse in der Gruppenmusiktherapie mit Kindern. Vergleichende Darstellung zweier Gruppenverläufe auf dem Hintergrund psychotraumatologischer Konzepte. In: Musiktherapeutische Umschau, Jg. 3, H. 23, S. 219–231.
- Mitzlaff, S. (2005): Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen – Methoden – Praxisfelder. In: Plahl/Koch-Temming (Hg.): Glissandi, die schwindlig machen – Musiktherapie für traumatisierte Kinder. Göttingen: Huber, S. 276–284.
- Mitzlaff, S. (2008): Musik als Container. In: Niedecken, D. (Hg.): Szene und Containment. Marburg: Tectum Verlag, S. 59–99.
- Mitzlaff, S.; Strehlow, G. (2005): Besonderheiten der musiktherapeutischen Arbeit mit sexuell missbrauchten Kindern und Jugendlichen. In: Decker-Voigt, H.-H. (Hg.): Der Schrecken wird hörbar. Musiktherapie für sexuell missbrauchte Kinder. Bremen: Lilienthal, S. 201–208.
- Möller, H. (2001): Aggression und Autoaggression bei Frauen. In: Franke, A.; Kämmerer A. (Hg.): Klinische Psychologie der Frau. Göttingen: Hogrefe, S. 609–632.
- Morgenthaler, F. (1974): Die Stellung der Perversionen in Metapsychologie und Technik. In: Psyche 28, S. 1077-1098.
- Moustakas, C. (1990): Heuristic research: Design, methodology, and applications. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Müller-Braunschweig (1970): Zur Genese der Ich-Störung. In: Psyche Zeitschrift für Psychoanalyse, H. 24, S. 657–677.
- Niedecken, D. (1988): Einsätze. Material und Beziehungsfigur im musikalischen Produzieren. Dissertation. Hamburg.
- Niedecken, D. (2008): Einleitung zu: Szene und Containment. In: Niedecken, D. (Hg.): Szene und Containment. Marburg: Tectum Verlag, S. 5–24.
- Niedecken, D. (Hg.) (2008): Szene und Containment. Marburg: Tectum Verlag.
- Nissen, B. (2009): Zur Bestimmung der Möglichkeiten klinisch-psychoanalytischer Forschung. In: Psyche., Jg. 63, S. 367-383.
- Noe, A.; Herold, R. (2002): Qualitative Auswertung von Interviews mit Patientinnen anlässlich der Entscheidung zur prädiktiven molekulargenetischen Diagnostik bei erblichem Brust- und Eierstockkrebs. In: DPV Herbsttagung (Hg.): Symbolisierung und ihre Störungen, S. 280–300.
- Nygaard Pedersen, I. (2007a): Gegenübertragung in der aktiven Musiktherapie mit Patienten der Erwachsenenpsychiatrie. In: MU, Bd. 28, 2, S. 140–151.
- Nygaard Pedersen, I. (2002): Analytical Music Therapy (AMT) with Adults in Mental Health and in Counseling Work. In: Eschen, Th (Hg.): Analytical Music Therapy. London: Jessica Kingsley Publishers, S. 64–84.
- Nygaard Pedersen, I. (2003): The Revival of frozen Sea Urchin: Music Therapy with a Psychiatric Patient. In: Hadley, S. (Hg.): Psychodynamic Music Therapy. Case Studies Gilsum, NH. Barcelona: Barcelona Publishers, S. 375–387.
- Nygaard Pedersen, I. (2007): Ich fühle mich, als wäre mein Körper eingeschnürt - nur im Verlassen des Körpers ist etwas Freiheit (2007b). In: Metzner, S. (Hg.): Nachhall. Musiktherapeutische Fallstudien. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 211–245.
- Oberegelsbacher, D. (2008): Definition. In: Decker-Voigt, H. - H.; Oberegelsbacher, D.; Timmermann, T. (Hg.): Lehrbuch Musiktherapie. München: Reinhardt, S. 18–20.
- Oberegelsbacher, D.; Timmermann, T. (2008): Forschungsstand Musiktherapie. In: Decker-Voigt, H. - H.; Oberegelsbacher, D.; Timmermann, T. (Hg.): Lehrbuch Musiktherapie. München: Reinhardt, S. 26–36.
- Odell-Miller, H. (2007): The practice of Music Therapy for adults with mental health problems. The relationship between diagnosis and clinical method. (Doctoral Thesis auf Webpage).
- Oerter, V.; Scheytt-Hölzer, N.; Kächele, H. (2001): Musiktherapie in der Psychiatrie. In: Z Nervenheilkunde, H. 8/2001, S. 18–28.

- Oevermann, U. (1993): Die objektive Hermeneutik als unverzichtbare methodologische Grundlage für die Analyse von Subjektivität. Zugleich eine Kritik der Tiefenhermeneutik. In: Jung, T.; Müller-Dahm, S. S. (Hg.): „Wirklichkeit“ im Deutungsprozess. Verstehen in der Kultur- und Sozialwissenschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 106–189.
- Orth, J. (2005): Music Therapy with traumatized Refugees in a clinical setting. In: voices. 5 (2). Mi40005000182, S. 18 Seiten.
- Paar, G. (1995): Offene und heimliche Selbstbeschädigung. *Extracta Psychiatrica*, 9. S. 21-27.
- Perelberg, R. (2004): Gewalt und ihre Anwesenheit im psychoanalytischen Prozess. In: Rohde-Dachser, C.; Wellendorf F. (Hg.): *Inszenierungen des Unmöglichen*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 210–226.
- Perron, R. (2004): Was erforschen wir? Wie. In: Leutzinger-Bohleber, M.; Deserno, H. & Hau S. (Hg.): *Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft. Die psychoanalytische Methode in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 72–82.
- Pesek, U. (2007): Musiktherapiewirkung- eine Meta-Analyse. In: MU, H. 28 (2), S. 110–135.
- Petermann, F.; Winkel, S. (2005): *Selbstverletzendes Verhalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Petersen, P. (2003): Forschungsmethoden künstlerischer Therapien. In: MU, H. 24, 4, S. 374–393.
- Petersen, P. (2004): Künstlerische Therapien - evolutiver Motor für die Heilkunst. In: MU, H. 25,4, S. 344–347.
- Petersen P. (Hg.) (2002): *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien*. Stuttgart; Berlin: Mayer.
- Pfitzner, F.; Rosen, E.; Held, F. Esch, T. (1990): Stationäre psychiatrische Behandlung von Borderlinepatienten. In: *Nervenarzt*, H. 61, S. 294–300.
- Plahl, C.; Koch-Temming (Hg.) (2005): *Musiktherapie mit Kindern*. Göttingen: Huber.
- Poscheschnik, G. (2009): Empirische Forschung in der Psychoanalyse. In: *Psyche*, H. 63, S. 333–366.
- Priestely, M. (1983): *Analytische Musiktherapie*. Engl: 1980: *The Herdecke Analytical music Therapy Lectures*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Putzke, S. (2002): Musiktherapie mit Anna, einem sexuell traumatisierten Mädchen. In: *Musiktherapeutische Umschau*, H. 23/2, S. 139–152.
- Racker, H. (1978): *Übertragung und Gegenübertragung*. 1. Auflage deutsch 1959. München: Reinhardt.
- Rau, H.; Lenz, M.; Driessen, M. (2006): Emotionale Befindlichkeit vor und nach der Musiktherapie. In: MU, H. 27,4, S. 350–368.
- Reddemann, L. (2004): *Psychodynamische-Imaginative-Traumatherapie (PITT)*. Das Manual. Stuttgart: Pfeiffer, Klett-Cotta.
- Reinert, T. (2004): *Therapie an der Grenze: Die Borderline-Persönlichkeit*. Stuttgart: Pfeiffer, Klett-Cotta.
- Rommel, A.; Strauß, B. (Hg.) (2006): *Handbuch Körper und Persönlichkeit*. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer.
- Renneberg, B. (2001): *Borderline-Persönlichkeitsstörungen*. In: Franke, A.; Kämmerer A. (Hg.): *Klinische Psychologie der Frau*. Göttingen: Hogrefe, S. 397–422.
- Resch, F.; Schulte-Markwort M. (Hg.) (2005): *Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie*. Schwerpunkt: Sexualität. Weinheim Basel: Beltz Verlag.
- Robarts, J. (2003): *The Healing Function of Improvised Songs in Music Therapy with Child Survivor of Early*. In: Hadley, S. (Hg.): *Psychodynamic Music Therapy. Case Studies* Gilsum, NH. Barcelona: Barcelona Publishers, S. 141–182.
- Rogers, P. (2003): *Working with Jenny: Stories of gender, power, and abuse*. In: Hadley, S. (Hg.): *Psychodynamic Music Therapy. Case Studies* Gilsum, NH. Barcelona: Barcelona Publishers, S. 123–140.
- Rohde, A. Marneros A. (Hg.) (2007): *Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie*. Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rohde-Dachser (2004): „In den Himmel kommen, ohne zu sterben“. *Inszenierung des Unmöglichen als Selbsterhaltungsstrategie*. In: Rohde-Dachser, C.; Wellendorf F. (Hg.): *Inszenierungen des Unmöglichen*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 36–59.
- Rohde-Dachser, C. (1997): *Das Borderline-Syndrom*. 5. Aufl. Göttingen: Hans Huber.

- Rohde-Dachser, C. (2006): Vom Grenzfall zur Persönlichkeitsstörung. In: Böker, H. (Hg.): Psychoanalyse in der Psychiatrie. Geschichte, Krankheitsmodelle und Therapiepraxis. Heidelberg: Springer, S. 193–2004.
- Rohde-Dachser, C. (2007): Zur Psychodynamik schönheitschirurgischer Körperinszenierungen. In: Psyche, Jg. 61, S. 97–124.
- Rohde-Dachser, C.; Wellendorf F. (Hg.) (2004): Inszenierungen des Unmöglichen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Röhrborn, H. (2004): Regulative Musiktherapie in der Dyade-Erfahrung aus einer Psychotherapieklinte im Versorgungskrankenhaus. In: Frohne-Hagemann, I. (Hg.): Rezeptive Musiktherapie, Zeitpunkt Musik. Wiesbaden: Reichert Verlag, S. 217–232.
- Rudolf, G. (2000): Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik: Thieme.
- Rudolf, G.; Grande, T.; Henningsen, P. (2002): Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G.; Jakobsen, T.; Micka, R.; Schumann, E. (2004): Störungsbezogene Ergebnisse psychodynamisch-stationärer Psychotherapie. In: Z Psychosom Med.Psychother., H. 50, S. 37–52.
- Rüger, U. (2008): Strukturelle Störung. In: Mertens, W.; Waldvogel, B. (Hg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer, S. 716–721.
- Rupprecht-Schampera, U. (1997): Das Konzept der „frühen Triangulierung“ als Schlüssel zu einem Einheitlichen Modell der Hysterie. In: Psyche, Jg. 51, H. 637-664.
- Sachsse, U. (1997): Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik-Psychotherapie Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung. 4.Auflage (1994 1.Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sachsse, U.; Schilling, L.; Eßlinger, K.:(1998): Ein stationäres Behandlungsprogramm für Patientinnen mit selbstverletzendem Verhalten. In: Streeck-Fischer, A. (Hg.): Adoleszenz und Trauma. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 213–224.
- Sachsse, U. (2000): Selbstverletzendes Verhalten. Somatopsychosomatische Schnittstelle der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg, O. F. Dulz B. Sachsse U. (Hg.): Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer, S. 347–370.
- Sachsse, U. (2000): Blut tut gut. Genese, Psychodynamik und Psychotherapie offener Selbstbeschädigung der Haut. In: Hirsch, M. (Hg.): Der eigene Körper als Objekt. 1. Auflage 1989. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 94–117.
- Sachsse, U. (2004): Traumazentrierte Psychotherapie: Schattauer.
- Sachsse, U. (2007): Zur Versorgung von Borderline-Patienten in der Allgemeinpsychiatrie. In: PTT, H. 11, S. 169–174.
- Sachsse, U.; Özkan, I.; Streeck-Fischer, A. (Hg.) (2002): Traumatherapie - Was ist erfolgreich. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schäfermeyer-Kinoshita, E. (2004): Aspekte eines musiktherapeutischen Prozesses mit einer Borderline-Patientin. In: Timmermann, T. (Hg.): Empfinden-Hören-Sehen. Beiträge Musiktherapie: Reichert (Zeitpunkt Musik, 7), Bd. 7, S. 133–156.
- Scharff, J. M. (2002): Zur Zentrierung auf innere und äußere Faktoren als zwei Perspektiven klinischen Verstehens. In: Psyche Zeitschrift für Psychoanalyse, H. 56, S. 601–629.
- Schiltz, L. (2002): Musiktherapeutische Behandlung jugendlicher Borderline-Patienten im Rahmen eines schulpsychologischen Dienstes. Methodisches Vorgehen. In: Petersen P. (Hg.): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Stuttgart; Berlin: Mayer, S. 385–402.
- Schlösser/Höfeld (Hg) (Hg.) (2000): Trauma und Konflikt. 2. Aufl. Gießen: PsychosozialVerlag.
- Schmidt, H. U. (1999): Musiktherapie bei stationär behandelten Borderline-Patienten. In: Musiktherapeutische Umschau, H. 20/1, S. 30–34.
- Schmidt, H. U. (2002): Musiktherapie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: PTT, S. 65–74.
- Schmidt, H. U.; Kächele, H. (2009): Musiktherapie in der Psychosomatik. In: Psychotherapeut, H. 54:, S. 6–16.
- Schotsmans, M. (2003): Die Verbindung von Wort, Stimme und Schrei. Ein musiktherapeutischer Fallbericht in der Behandlung von Psychosen. In: Musiktherapeutische Umschau, H. 24/3, S. 252–258.

- Schultz-Venrath, U. (2008): Mentalisierungsgestützte Gruppenpsychotherapie. Zur Veränderung therapeutischer Interventionsstile. In: *Gruppenpsychother., Gruppendynamik*, H. 44, S. 135–149.
- Schumacher, K. (1999): *Musiktherapie und Säuglingsforschung. Zusammenspiel Einschätzung der Beziehungsqualität am Beispiel des instrumentalen Ausdrucks eines autistischen Kindes.* Frankfurt.: P. Lang.
- Segal, H. (2002): Bemerkungen zur Symbolbildung. Engl. 1957. In: Bott Spillius, E. (Hg.): *Melanie Klein heute. Entwicklung in Theorie und Praxis.* Engl. „Melanie Klein today" *Developments in theory and practice.* Tavistock Publications, London. 3. Auflage, 1. Auflage 1988. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 202–224.
- Seitz, E. (2002): Lieder in der Psychosenbehandlung. In: *Einblicke Beiträge zur Musiktherapie*, H. Heft 13.
- Sellschopp, A.; Erazo, N. (2001): Geschlechtsspezifische Aspekte in der psychoanalytischen Therapie. In: Dammann, G. /Janssen Paul L. (Hg.): *Psychotherapie der Borderline-Störungen.* Stuttgart: Thieme, S. 83–92.
- Sembdner, M.; Wosch, T.; Frommer, J. (2004): Musiktherapeutische Einzelfallforschung. Sprachanalytische Prozessuntersuchung zu einer musiktherapeutischen Improvisation. In: *MU*, H. 25, 2, S. 154–163.
- Smeijsters, H. (2003): Forms of Feeling and Forms of Perception. In: *Nordic Journal of Music Therapy*, H. 12 (1), S. 71–85.
- Smeijsters, H. (2004): Kriterien für eine evidenzbasierte Indikation in der Musiktherapie. In: *MU*, Bd. 25, 3, S. 207–240.
- Smeijsters, H. (2005): Quantitative Single-Case Designs. In: Wheeler, B. (Hg.): *Music Therapy Research. Second Edition.* Barcelona: Barcelona Publishers, S. 293–305.
- Smeijsters, H.; Aasgaard, T. (2005): Qualitative Case Study Research. In: Wheeler, B. (Hg.): *Music Therapy Research. Second Edition.* Barcelona: Barcelona Publishers, S. 440–457.
- Spitzer, C.; Freyberger, H. J. (2007): Dissoziative Störungen. In: Rohde, A. Marneros A. (Hg.): *Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. Ein Handbuch.* Stuttgart: Kohlhammer, S. 141–158.
- Steiner, J. (1998): Orte des seelischen Rückzugs. Pathologische Organisation bei psychotischen, neurotischen und Borderline-Patienten. Engl. 1993: *Psychic Retreats Pathological Organizations in Psychotic, Neurotic and Borderline-Patients.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Steiner, J. (1999): Der Kampf um Vorherrschaft in der ödipalen Situation. In: Weiß, H. (Hg.): *Ödipuskomplex und Symbolbildung.* edition diskord, S. 98–118.
- Steinke, I. (2005): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U.; v.Kardoff, E.; Steinke, I. (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.* 1. Auflage 2000. Reinbeck: Rowolt, S. 319–331.
- Stern, A. (1983): Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. In: *Psychoanal Quartely.P.*, S. 467–489.
- Stern, D. (1994): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Engl. *The Interpersonal World of the Infant* (1985). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stoffler, C.; Weis, J. (1996): Musiktherapie bei psychiatrischen Patienten. In: *Musiktherapeutische Umschau*, H. 17/1, S. 72–84.
- Stone, M. H. (2000): Entwickelt sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung zu einem Massenphänomen. Überblick über epidemiologische Daten und Hypothesen. In: Kernberg, O. F.; Dulz B.; Sachsse U. (Hg.): *Handbuch der Borderline-Störungen.* Stuttgart: Schattauer, S. 3–9.
- Stone, M. H. (2001): Langzeitstudien über Persönlichkeitsstörungen. *PTT*, S. 237–247.
- Storz, D.; Oberegelsbacher, D. (Hg.) (2001): *Wiener Beiträge zur Musiktherapie: Edition Praesens.*
- Strauss, A.; Corbin, J. (1996): *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung.* Weinheim: Psychologie-Verl.-Union.
- Streeck, U. (2000): Diagnose Persönlichkeitsstörung. Zum Verlust der interpersonellen Dimension im medizinischen Krankheitsmodell (2000b). In: Kernberg, O. F. Dulz B. Sachsse U. (Hg.): *Handbuch der Borderline-Störungen.* Stuttgart: Schattauer, S. 99–114.
- Streeck, U. (Hg.) (2000): *Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enacement und szenische Darstellung im therapeutischen Prozess.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Streeck, U. (2004): *Auf den ersten Blick. Psychotherapeutische Beziehungen unter dem Mikroskop.* Stuttgart: Klett-Cotta.

- Streeck, U.; Dümpelmann, M. (2006): Psychotherapie in der Psychiatrie. In: Böker, H. (Hg.): Psychoanalyse in der Psychiatrie. Geschichte, Krankheitsmodelle und Therapiepraxis. Heidelberg: Springer, S. 249–264.
- Streeck-Fischer, A. (Hg.) (1998): Adoleszenz und Trauma. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Streeck, U. (2007): Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Streeck, U. (Hg.). (2002): Handeln im Angesicht des Anderen. Über nicht-sprachliche Kommunikation in therapeutischen Dialogen. In: Psyche, Jg. 56, S. 247–274.
- Streeck, U. (Hg.). (2008): Interaktion. In: Mertens, W.; Waldvogel, B. (Hg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer, S. 361–364.
- Strehlow, G. (2005): Zur Bindung von Opfer und Täter. In: Decker-Voigt, H. - H. (Hg.): Der Schrecken wird hörbar. Musiktherapie für sexuell missbrauchte Kinder. Bremen: Lilienthal, S. 133–142.
- Strehlow, G. (2005): Generationsstörungen bei sexuellem Missbrauch. In: Decker-Voigt, H. - H. (Hg.): Der Schrecken wird hörbar. Musiktherapie für sexuell missbrauchte Kinder. Bremen: Lilienthal, S. 187–199.
- Strehlow, G. (2007): Musik kontra Scherben. In: Metzner, S. (Hg.): Nachhall. Musiktherapeutische Fallstudien. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 163–210.
- Strehlow, G.; Piegler T. (2007): Die Bedeutung primär nichtsprachlicher Therapieverfahren in der psychodynamischen Psychiatrie. Musiktherapie: Unaussprechliches Leid zum Klingen bringen. In: International Journal of Psychotherapy, H. Volume 11, Nr. 1, S. 25–35.
- Strehlow, G. (2009 a): Mentalisierung und ihr Nutzen für die Musiktherapie. In: MU, H. Band 30, 2, S. 89–101.
- Strehlow, G. (2009 b): The use of music therapy in treating sexually abused children. In: Nordic Journal of Music Therapy, Jg. 18, H. 2, S. 167–183.
- Strehlow G. (2009c): Trauma und sexueller Missbrauch und Musiktherapie (2009c). In: Decker-Voigt; Weymann (Hg.): Lexikon Musiktherapie. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage 1. Aufl. 1996. Göttingen: Hogrefe, S. 542–549.
- Stuhr, U. (1995): Die Fallgeschichte als Forschungsmittel im psychoanalytischen Diskurs. Ein Beitrag zum Verstehen als Methode. In: Kaiser, E. (Hg.): Psychoanalytisches Wissen. Beitrag zur Forschungsmethodik. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Stuhr, U. (1996): Taxonomische Forschungsansätze in Psychosomatik und Psychotherapie. In: PPMp Psychother. Psychosom. med. Psychol., H. 46, S. 208–216.
- Stuhr, U. (1997): Psychoanalyse und qualitative Psychotherapieforschung. In: Leuzinger-Bohleber, M.; Stuhr, U. (Hg.): Psychoanalysen im Rückblick. Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neuen Katamnese Forschung. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 164–181.
- Stuhr, U. (2007): Die Bedeutung der Fallgeschichte für die Entwicklung der Psychoanalyse und heutige Schlussfolgerungen. In: Psyche, Jg. 61. 9/10, S. 943–965.
- Stuhr, U.; Deneke, F. -W (Hg.) (1993): Die Fallgeschichte. Beiträge zur Bedeutung als Forschungsinstrument. Heidelberg: Asanger.
- Stuhr, U.; Lamparter, U.; Denecke, F. -W; Oppermann, M.; Höppner-Deymann, S.; Bühring, B.; Trunkenmüller, M. (2001): Das Selbstkonzept von "Gesunden". Verstehende Typenbildung von Laien-Konzepten sich gesundführender Menschen. In: Psychother. Soz., H. 3, 2, S. 98–118.
- Sutton, J. P. (Hg.) (2002): Therapy and Trauma. International Perspectives. Jessica Kingsley Publishers: London.
- Swartz, M.; Blazer, D.; George, L& Winfield I. (1990): Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. In: Journal of personality disorders, H. 4 (3), S. 257–272.
- Talwar, N.; Crawford, M. J.; Maratos, A.; Nur, U. McDermott O.; Procter, S. (2006): Music therapy for in-patients with schizophrenia. In: British journal of Psychiatry., H. In: 189. P., S. 405–409.
- Terr, L. C. (1991): Childhood traumas: An outline and overview. The American journal of psychiatry, 148: p.10-20).
- Timmermann, T. (Hg.) (2004): Empfinden-Hören-Sehen. Beiträge Musiktherapie: Reichert (Zeitpunkt Musik, 7).
- Tönnies, F. (2002): Erstimprovisationen von Borderline-Patienten. Unveröff. Diplomarbeit. Studiengang Münster.

- Tüpker, R. (1988): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. Regensburg: Bosse.
- Tüpker, R. (1989): Vergewaltigung und sexueller Missbrauch. Kein Thema für die Musiktherapie. In: DBVMT (Hg.): Einblicke .
- Tüpker, R. (2001): Zum Musikbegriff der musiktherapeutischen Improvisation. In: DBVMT Einblicke, H. 12, S. 44–69.
- Tüpker, R. (2002): Forschen oder Heilen. Kritische Betrachtung zum herrschenden Forschungsparadigma. In: Petersen P. (Hg.): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Stuttgart; Berlin: Mayer, S. 33–68.
- Tüpker, R. (2002): Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung. Erstmals 1990 in Petersen, P. Ansätze Kunsttherapeutischer Forschung. S. 71–86. In: Petersen P. (Hg.): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Stuttgart; Berlin: Mayer, S. 95–109.
- Tüpker, R./Schulte A. Hg (2006): Tonwelten: Musik zwischen Kunst und Alltag: Imago-Verlag.
- Tyler, H. M. (2002): in the Music Prison. The Story of Pablo. In: Sutton, J. P. (Hg.): Therapy and Trauma. International Perspectives. London, S. 175–192.
- Ulfig, A. (1997): Heuristik. In: Ulfig, A. (Hg.): Lexikon philosophischer Begriffe: Fourier, S. 177.
- Ulfig, A. (Hg.) (1997): Lexikon philosophischer Begriffe: Fourier.
- Ulfig, A. (2008): Vorwort des Herausgebers zu Weber, M. "Wirtschaft und Gesellschaft". Frankfurt am Main: Zweitausendeins (Zweitausendeins, S. XV–XVII).
- Vink, A. (2001): Music and Emotion. In: Nordic Journal of Music Therapy, H. 10, (2)., S. 144–158.
- Wachholz, S.; Stuhr, U. (1999): The concept of Ideal Types in Psychoanalytic Follow-up Research. In: Psychotherapy Research, Jg. 9 (3), p., S. 327–341.
- Waldinger, R. J. (1987): Intensive psychodynamic therapy with borderline patients: an overview. In: Psychiatry, H. 114, S. 267–274.
- Weber, M. (1988): Die "Objektivität" sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis. Erstaufgabe 1904. In: Winckelmann, J. (Hg.): Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. Tübingen UTB: Mohr, S. 146–214.
- Weber, M. (2008): Wirtschaft und Gesellschaft (1922). Frankfurt am Main: Zweitausendeins.
- Weiß, H. (Hg.) (1999): Ödipuskomplex und Symbolbildung: edition diskord.
- Weiß, R. (2008): Trauma und Musiktherapie-Ansätze und Wege in der musiktherapeutischen Behandlung psychisch traumatisierter Menschen. In: MU, Jg. 29, H. 1, S. 5–25.
- Weyman, E.; Tüpker, R. (2005): Morphological Research. In: Wheeler, B. (Hg.): Music Therapy Research. Second Edition. Barcelona: Barcelona Publishers, 429–439.
- Weymann, E. (1996): Improvisation. In: Decker-Voigt et al. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe, S. 133–137.
- Weymann, E. (2004): Zwischentöne. Psychologische Untersuchung zur musikalischen Improvisation. Gießen: Imago- Psychosozial Verlag.
- Wheeler, B. (1999): Experience Pleasure in working with Severely disabled children. In: Journal of Music Therapy, H. 36, S. 56–80.
- Wheeler, B. (2005): Introduction: Overview of Music Therapy Research. In: Wheeler, B. (Hg.): Music Therapy Research. Second Edition. Barcelona: Barcelona Publishers, S. 3–19.
- Wheeler, B. (Hg.) (2005): Music Therapy Research. Second Edition. Barcelona: Barcelona Publishers.
- Wheeler, B.; Kenny, C. (2005): Principles of Qualitative Research. In: Wheeler, B. (Hg.): Music Therapy Research. Second Edition. Barcelona: Barcelona Publishers, S. 59–71.
- Wiesmüller, E. (2005): Zum Übergang mit den Begriffen Übergangsobjekt und Objektbesetzungen in der Musiktherapie. In: MU, H. 26, S. 39–49.
- Wigram, T.; De Backer J. (Hg.) (1999): Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry: Jessica Kingsley Publishers.
- Winckelmann, J. (Hg.) (1988): Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. Tübingen UTB: Mohr.

- Winnicott, D. W. (1988): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Engl. (1965): *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Winnicott, D. W. (1989): Vom Spiel zur Kreativität. Engl. 1971: *Playing with Reality*. 5. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Winnicott, D. W. (1997): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Engl. 1958: *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Wöller, W. (2006): *Trauma und Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Wöller, W.; Tress, W. (2005): Die psychotherapeutische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. In: *Z Psychosom Med.Psychother.*, H. 51, S. 110–127.
- Wosch, T. (2007): Microanalysis of Emotional Transitions in Clinical Improvisation with EQ 26.5. In: Wosch, T. Wigram T. (Hg.): *Microanalyses in Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers, S. 227–240.
- Wosch, T.; Frommer, J. (2002): Emotionsveränderungen in musiktherapeutischen Improvisationen. In: *Zeitschr. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, H. 13 (3), S. 107–114.
- Wosch, T. Wigram T. (Hg.) (2007): *Microanalyses in Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- York, E. (2006): Finding Voice: feminist Music Therapy and research with Women Survivors of Domestic Violence. In: Hadley, S. (Hg.): *Feminist Perspectives in Music Therapy*. Barcelona: Publishers, S. 245–266.
- Zanarini, M. C. (2002): Severity of Reported Childhood Sexual Abuse and Its Relationship to Severity of Borderline Psychopathology and Psychosocial Impairment among Borderline Inpatients. In: *Nerv Ment Dis*, H. 190, S. 381–387.
- Zanarini, M. C.; Frankenburg, Frances R.; Hennen, J.; Silk, K. R. (2003): The Longitudinal Course of Borderline Psychopathology: 6-Year Prospective Follow-Up of the Phenomenology of Borderline Personality Disorder. In: *Psychiatry*, H. 160, S. 274–283.
- Zander, M.; Hartwig, L.; Jansen, I. (Hg.) (2006): *Geschlecht Nebensache. Zur Aktualität einer Gender-Perspektive in der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ziob, B. (2007): Körperinszenierungen - Das veräußerte Selbst. *Psyche*, Jg. 61, S. 125–136.

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenhändig und nur mit den angegebenen Hilfsmitteln verfasst habe. Die wörtlich oder inhaltlich aus anderen Quellen entnommenen Stellen sind von mir als solche gekennzeichnet.

Hamburg, im Mai 2010

Gitta Strehlow (*1967)

Lebenslauf

Ausbildung und Beruf

Seit 2004	Musiktherapeutin bei Dunkelziffer e.V.
Seit 2000	Musiktherapeutin in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Bethesda-Allg. Krankenhaus gGmbH, Hamburg-Bergedorf
August 1997 – August 2000	Lehrerin und Musiktherapeutin an einer Förderschule
Weiterbildung	von 1997 bis 2000 Studium Diplom-Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Theater Hamburg
Abschluss	Diplom-Musiktherapeutin 21.11.2000
Abschluss	2. Staatsexamen 1997
Abschluss	1. Staatsexamen 1994
Zusatzstudium	1989-1992 Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Theater Hamburg Zertifikat 1992
Studium	Universität Hamburg und Hochschule für Musik und Theater Hamburg WS 1986 – SS 1987 Diplom-Pädagogik WS 1987 – SS 1994 Sonderschullehramt für Verhaltensgestörte und Lernbehinderte mit dem Unterrichtsfach Musik
Praxisforschungs- projekt	1997-2005 „Musiktherapie bei sexuell missbrauchten Kindern und Jugendlichen“ (Institut für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Theater in Verbindung mit dem Verein Dunkelziffer e.V.)

Stipendium	2007-2009 Andreas-Tobias-Kind-Stiftung mbH
Fortbildung	2008 MBT Mentalization Based Treatment bei P. Fonagy, A. Bateman 2004 PITT Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie bei L. Reddemann

Lehraufträge:

- WS 2010 Lehrauftrag am Forum Musiktherapeutischer Weiterbildung Schweiz „Psychotraumatologie“
- SS 2009 Lehrauftrag am Forum Musiktherapeutischer Weiterbildung Schweiz „Musiktherapie in der Psychiatrie“
- WS 2007 Lehrauftrag am Forum Musiktherapeutischer Weiterbildung Schweiz „Psychotraumatologie“
- Seit 2004 jährlich Dozentin bei der Langeooger Psychotherapiewoche, Themen u.a.: „Spielen und Verstehen in der Musiktherapie“ und „Die Stimme- ein Thema nur für die Musiktherapie?“ und „Musik und Affekte“.
- Seit WS 2003/2004 Lehrauftrag für „Musiktherapie als Behandlungskonzept bei sexuell missbrauchten Kindern“ an der Hochschule für Musik und Theater Hamburg

Vorträge:

gepl. Juli 2010	<i>1st International Congress on Borderline Personality Disorder (Berlin)</i> <i>“Music therapy for patients with borderline personality disorder”</i>
Mai 2010	Europäischer Musiktherapiekongress (Cádiz) „Music therapy for patients with borderline personality disorder“
Dez. 2008	Fachhochschule Magdeburg/Stendal „Können Scherben klingen“ Musiktherapie für Frauen, die sich selbst verletzen.
Okt/Dez. 2008	Klinikinterne Fortbildung (Hamburg) „Theorie der Mentalisierung - Konzept der psychischen Realität“ und „Entwicklungspsychopathologie“
2007	Europäischer Musiktherapiekongress (Eindhoven) “The use of music therapy in treating sexually abused children”
2006	Fachtagung Musiktherapie und Traumatologie in Bellikon (Schweiz) „Musiktherapie für sexuell missbrauchte Kinder“
2005	Weltkongress Musiktherapie (Brisbane) „Music Therapy for Children who Have Experienced Sexual Abuse“
2003	Symposium für Musikmedizin (Hamburg) „Musiktherapie als Hilfe bei sexuell missbrauchten Kindern und Jugendlichen“
Workshops	
2008	Workshop beim Musiktherapie-Symposium Rendsburg „Musiktherapie für chronisch traumatisierte Kinder“
2008	Workshop bei der Jahrestagung der Tageskliniken (DATPPP) Bergisch Gladbach: „Musiktherapie für Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung“
2006	Workshop: Fachtagung Musiktherapie und Traumatologie in Bellikon (Schweiz) „Generationsgrenzstörungen bei sexuellem Missbrauch“
2004	Arbeitstagung der NAPP, Lüneburg „Stabilisierungstechniken für traumatisierte Frauen“
2002	Tagung „Trauma und Traumahilfen“ der Jugendhilfe, Düsseldorf „Musiktherapie für sexuell missbrauchte Kinder“
2002	Arbeitstagung der NAPP Workshop „Zu viel oder zu wenig Scham“