



Persönlichkeitsstörungen

THEORIE UND THERAPIE

1 | 2020



Künstlerische Therapien

Herausgeber:

Otto F. Kernberg, New York
Götz Berberich, Windach
Peer Briken, Hamburg
Anna Buchheim, Innsbruck
Stephan Doering, Wien
Birger Dulz, Hamburg
Susanne Hörz-Sagstetter, Berlin
Maya Krischer, Köln
Martin Sack, München



Verbandsorgan der Gesellschaft
zur Erforschung und Therapie
von Persönlichkeitsstörungen (GePs) e.V.

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH




Schattauer

Inhalt 1/2020

- 1 Editorial
- Martin Sack**
3 Gezielte Förderung der Persönlichkeitsentwicklung. Warum multimethodale Behandlung notwendig ist
- Flora von Spreti**
13 Die Kunst, mit der Kunst die Spaltung zu überbrücken. Kunsttherapie mit Borderline-PatientInnen im klinisch-psychiatrischen Setting
- Ingrid Erhardt**
23 Musiktherapie in der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen
- Susanne Koch**
35 ICH BIN'S. Ein kunsttherapeutisches Projekt zur Förderung von Persönlichkeitsentwicklung im Justizvollzug
- Andreas Wölfel**
46 Musiktherapeutische Gewaltprävention mit Jugendlichen
- Philipp Martius**
55 Am Beispiel der TFP nach Kernberg. Wie übersetzt man ein störungsspezifisches Therapemanual in ein multimodales Behandlungsprogramm?
- 66 Mitteilungen der Gesellschaft (GePs)
- 70 Termine

Umschlagabbildung

 William Hogarth (1697–1764)
Selbstbildnis (Der Maler und sein Mops), 1745
Öl auf Leinwand, Tate Gallery London
[Wikipedia](#)

Was hat die hehre Kunst in der Therapie zu suchen? Viel. Denn Kunst, im breit gefassten Sinn, außerhalb der Akademien und Museen, ist eine Form des Ausdrucks und der Kommunikation. Damit stellt Kunst ein potenzielles Werkzeug zur Selbstreflexion, zum Teilen von Erfahrung dar, wird sie zu einem kreativen Hilfsmittel in der Psychotherapie.

Das Selbstbildnis von William Hogarth ist charakterisiert durch ein klares Programm, folgt seinem theoretischen Kunstverständnis, das er in seinem Werk »Analysis of Beauty« formuliert hat: Verzicht auf äußeren Prunk und Konzentration auf den wahren, inneren Charakter. Selbsterkenntnis mit der ungeschminkten Suche nach Wahrheit ist der Weg, selbstbewusste moralische Erneuerung das Ziel. Der Künstler malt sich als Bild im Bild, symbolisiert so seinen Beruf, untermalt von dem ironischen Vers »Line of Beauty and Grace«. Er zitiert Shakespeare, Milton und Swift in den Büchern, die auf dem Tisch liegen. Und im Mops unterschlägt er auch nicht die animalischen Seiten der eigenen Existenz. So ist das Bild Aufklärung pur und deshalb heute zeitgemäßer denn je.

Dr. phil. Dr. med. Hans-Otto Thomashoff
Schottengasse 3/23, A-1010 Wien
www.thomashoff.de
(Kunsthistorischer Berater der Redaktion)

Editorial

Künstlerische Therapien

Dieses Heft der PTT widmet sich schwerpunktmäßig dem Stellenwert künstlerischer Therapien in der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Störungen der Persönlichkeitsentwicklung. Eingerahmt werden die Beiträge von zwei konzeptuellen Artikeln zum Stellenwert multimethodaler Therapie bzw. zu den Möglichkeiten und Notwendigkeiten der Anpassung etablierter Therapiemethoden an die konkreten Bedingungen im stationären Behandlungssetting am Beispiel der Übertragungsfokussierten Therapie.

Der Beitrag von Martin Sack beschreibt zu Beginn grundsätzliche Behandlungsstrategien zur Förderung von Persönlichkeitsentwicklung. Er vertritt die These, dass aufgrund der Komplexität der Behandlungsthemen (wie z. B. Identität und Persönlichkeitsentwicklung) bei Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen multimethodale Therapieansätze unter Einbezug künstlerischer Therapien besonders günstig sind, um therapeutisch effektiv und gezielt fördernd zu intervenieren. Multimodale Therapiesettings, wie sie beispielsweise im Rahmen einer teilstationären oder stationären Behandlung Standard sind, bieten vielfältige Anregungen, um Persönlichkeitswachstum zu fördern, beispielsweise durch Förderung der Mentalisierung oder der selbstregulativen Fähigkeiten. Er betont aber darüber hinaus auch, dass in der ambulanten Behandlung multimodale und einzel- und gruppentherapeutische Formate wünschenswert wären und dafür organisatorische und budgetäre Hürden überwunden werden sollten.

Flora von Spreti eröffnet dann die Darstellung konkreter Umsetzungen. Sie berichtet aus der jahrzehntelangen Erfahrung einer offenen kunsttherapeutischen Gruppe auf einer psychiatrischen Station. Deutlich wird, wie selbst – oder

gerade – in diesem Umfeld psychodynamisch orientierte psychotherapeutische Intervention wirksam zum Tragen kommen. Ihre Fallvignetten fokussieren auf die Themen der Aggression, der Beziehungsgestaltung und der Ressourcenorientierung mit Borderline-Patientinnen und -patienten, die zumeist infolge einer existenziellen Dekompensation ihrer Störung zur Aufnahme kamen.

Der musiktherapeutische Beitrag von Ingrid Erhardt lässt deutlich werden, wie Patienten mit verschiedenen Ausprägungen von Persönlichkeitsstörungen auf unterschiedliche Art und Weise davon profitieren, dass diese Methode ein intersubjektives Feld für Erfahrungen ermöglicht. In diesem therapeutischen Raum entstehen reziproke Interaktionen von Bezogenheit und Gehaltenwerden, aber auch von Abgrenzung und Autonomie. Erhardt betont die Intention, selbst- und beziehungsregulatorische und damit persönlichkeitsstrukturelle Fähigkeiten zu fördern. Gleichzeitig verweist sie in ihrem umfangreichen Beitrag auf die großen interindividuellen Unterschiede, insbesondere bei den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen. Im Gruppensetting eröffnen ihrer Ansicht nach heterogene Patientengruppen durch die gegenseitige Spiegelung der individuellen Unterschiede und Gemeinsamkeiten kreative Prozesse und Handlungsspielräume.

Susanne Koch gibt uns mit ihrem Bericht über das kunsttherapeutische Projekt ICH BIN'S Einblick in die Welt der multimodalen Therapieansätze im forensischen Kontext. Ohne Zweifel finden sich auch hier häufig Menschen mit Persönlichkeitsakzentuierungen, die von therapeutischen Angeboten im Sinne der Sekundärprävention profitieren und auf ein straffreies Leben nach der Haft vorbereitet werden können. Frauen im Strafvollzug weisen nachweisbar multiple Risikofaktoren wie Traumatisierungen auf. Das

Projekt ist angelegt als eine multimediale und ergebnisorientierte Annäherung an das eigene Selbstportrait. Dabei spielt der handlungsorientierte, kreative individuelle Prozess genauso wie die Gruppenerfahrung eine wichtige Rolle. Die Einbettung und Würdigung im institutionellen Kontext sind dabei natürlich besonders wichtig.

Andreas Wölfls Publikation beschreibt Möglichkeiten und Grenzen musiktherapeutischer Interventionen und Projekte im Zusammenhang mit Aggressionskontrollstörungen, die bei Jugendlichen nicht selten als Vorläufer von Persönlichkeitspathologischen Auffälligkeiten beschrieben werden. Dargestellt wird, wie in der Gewaltprävention Wirkungspotenziale der Musik gezielt aufgegriffen werden können – auf gruppen- wie auf einzeltherapeutischer Ebene. Prosoziale Atmosphäre kann demnach entstehen, wenn auf der Beziehungsebene neue, korrigierende Beziehungserfahrungen angeboten und auf individueller Ebene aggressive Impulse und die Auseinandersetzung mit schwierigen Gefühlen gefördert werden. Als Basis des musikalischen Vorgehens wird beschrieben, wie die strukturierte Musikimprovisation auf leicht spielbaren Instrumenten Kindern und Jugendlichen unabhängig von ihren musikalischen Vorlieben und ihrer Vorbildung das Musizieren ermöglicht, um Emotionen und Impulse in einem therapeutischen Kontext zu erfahren und dadurch zu kontrollieren oder auch »dosiert« auszuagieren.

Philipp Martius diskutiert abschließend am Beispiel der Übertragungsfokussierten Psycho-dynamischen Psychotherapie nach Kernberg

(Transference-Focused Psychotherapy, TFP), was die Einführung spezifischer Methoden für die Institution und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Herausforderungen bereithält. Drei Aspekte werden in diesem Zusammenhang erörtert: Zunächst stellt sich die Frage, wie ein komplexes psychodynamisches Konzept an verschiedene Berufsgruppen vermittelt werden kann. Dann geht es darum, welche Elemente der Methode im stationären Setting angewendet werden können. Und schließlich bedarf es der Klärung, wie eine spezifische Methode in einem multimodalen Setting in Kombination mit anderen Behandlungsmethoden integrierend angewandt wird.

Zum einen erhoffen die Herausgeber, den Leserinnen und Lesern durch die die Kombination aus allgemeineren Überlegungen und gründlich beschriebenen klinischen Umsetzungen einen Einblick in das Versorgungsfeld multimodaler Behandlungsansätze zu vermitteln. Zum anderen möchten wir durch dieses Heft dazu ermutigen, auch im spezifischen eigenen Kontext ggf. nach Lösungen zu suchen, die aus der Perspektive eines multi-methodalen Ansatzes einen Beitrag zu einem nachhaltigen Behandlungsangebot leisten.

Die Herausgeber danken in diesem Zusammenhang den Kolleginnen und Kollegen für die unkomplizierte und vertrauensvolle Zusammenarbeit bei der Erstellung des Heftes und der Bearbeitung dieses wichtigen Themas.

Martin Sack, Philipp Martius

Gezielte Förderung der Persönlichkeitsentwicklung

Warum multimethodale Behandlung notwendig ist

Martin Sack

Zusammenfassung

Die Förderung von Entwicklungsprozessen ist ein essenzielles Therapieziel bei Patienten, die an den Folgen von Vernachlässigung, dem Verlust nahestehender Menschen und Traumatisierungen in der Kindheit leiden. Therapeutische Zuwendung und gute Beziehung allein sind nicht ausreichend, um Persönlichkeitsentwicklung gezielt zu fördern. Psychotherapie mit dem Ziel der Förderung von Persönlichkeitsentwicklung wird besonders wirksam, wenn multimethodale Therapieangebote im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans in zielgerichteter und koordinierter Weise zum Einsatz kommen. Hierbei sind insbesondere Therapieformen von Bedeutung, die es ermöglichen, korrigierende handlungsbezogene neue Erfahrungen zu gewinnen. Insbesondere erlebnisbasierte Therapiemethoden, z. B. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie sowie Psychodrama und andere Gruppentherapien mit interaktionellem Ansatz, bieten hierfür gute Einsatzmöglichkeiten. Der Einsatz multimethodaler Behandlungsmethoden sollte in der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen auch im ambulanten Therapiesetting ermöglicht werden.

Schlüsselwörter

multimethodale Therapie; erlebnisbezogene Therapieverfahren; Förderung von Entwicklungsprozessen; allgemeine Behandlungsprinzipien

Abstract

Deliberate fostering of personality development. Why multi-method therapy is called for: Fostering of psychological development processes is a key therapy focus in the case of patients suffering from the aftermaths of neglect, loss of significant others, and traumatization during childhood. High-quality and supportive therapeutic attention does not suffice to consciously foster personality development in such instance. Psychotherapy will be most effective if it entails well-coordinated and integrated multi-method therapy opportunities within an overall therapy plan. In particular, those forms of therapy come into question that enable patients to make new corrective, treatment-related experiences. Specifically experience-based therapy methods seem suitable here, such as music therapy, dance therapy, art therapy, psychodrama and other forms of group therapy with an interactional thrust. Multi-method-based approaches to therapy should also be provided in outpatient therapy settings for patients with personality disorders.

Keywords

multi-method-based psychotherapy; experience-based therapy; fostering personality development; general psychotherapy principles

Cite as Sack, M. (2020). Gezielte Förderung der Persönlichkeitsentwicklung. Warum multimethodale Behandlung notwendig ist. *Persönlichkeitsstörungen* 24(1), 3–10. DOI 10.21706/ptt-24-1-3

Einleitung

Patienten, die an einer Persönlichkeitsstörung leiden, berichten sehr häufig über Mangel-erfahrungen beispielsweise durch fehlende emotionale Unterstützung, über Trennung oder den Verlust nahestehender Menschen oder über traumatische Belastungen in der Kindheit. Sie haben unter ungünstigen Bedingungen für die Entwicklung ihrer Persönlichkeit gelitten, unter fehlender Fürsorge oder unter traumatischen Erfahrungen. Bestimmte Fähigkeiten und Fertigkeiten konnten daher unter Umständen nicht in ausreichendem Maße gelernt und erprobt werden. Beispielsweise fällt es Betroffenen von Vernachlässigung oft schwer, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und für sich selbst gut zu sorgen oder Konflikte mit anderen Menschen in konstruktiver Weise auszutragen. Typischerweise resultiert dann eine Problematik, die nicht nur durch symptomatische Belastungen, etwa Ängste, depressive Stimmung oder somatoforme Beschwerden gekennzeichnet ist, sondern auch durch eingeschränkte regulatorische Kompetenzen und Störungen der Beziehungsfähigkeit. Damit liegen Symptome vor, die zur Kernproblematik von Persönlichkeitsstörungen zählen, häufig sind die diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung damit bereits erfüllt. Da es sich hier um eine stark durch Entwicklungsbedingungen in der Kindheit geprägte Problematik handelt, wäre es wesentlich treffender von einer ›Störung der Persönlichkeitsentwicklung‹ zu sprechen, anstatt den potenziell diskriminierenden Begriff ›Persönlichkeitsstörung‹ zu verwenden.

Die Förderung von Persönlichkeitsentwicklung ist als grundlegende Zielsetzung von Psychotherapie ein eher wenig beachtetes Thema. Lehrbücher gehen zwar auf die Behandlung defizitärer regulatoriver Funktionen als Teil der Persönlichkeitsstruktur ein, Stichwörter wie Persönlichkeitsentwicklung, Lebensperspektive oder Identitätserleben sucht man jedoch vergebens. Fast scheint es so, als seien Reifung und Entwicklung der Persönlichkeit etwas, das im

Verlauf von Psychotherapie wie selbstverständlich gewonnen wird und allenfalls als positives Zeichen von Veränderung auffällt, beispielsweise wenn das Behandlersteam im Verlauf einer stationären Therapie übereinstimmend feststellt, dass eine Patientin oder ein Patient inzwischen »viel erwachsener« geworden sei.

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, auf welche Weise, entwicklungsbezogene Therapieziele gezielt gefördert werden können. Dabei wird die These vertreten, dass eine multimethodale psychotherapeutische Behandlung besonders geeignet ist, um Entwicklungsprozesse zu initiieren. Multimethodale Behandlung unter Einbezug beispielsweise interaktioneller Gruppenpsychotherapie, Körperpsychotherapie, künstlerischen Therapiemethoden, tiergestützter Therapie und anderen erfahrungsbezogenen Therapien, bietet die Möglichkeit, sowohl handelnd wie auch reflektierend aktiv zu werden und dabei neue, im günstigen Fall sogar dysfunktionale Verhaltensmuster korrigierende Erfahrungen zu gewinnen. Eine alleinige verbale Psychotherapie im einzeltherapeutischen Behandlungssetting bietet vergleichsweise weniger erfahrungsbezogene Therapieelemente und birgt die Gefahr, kognitive Aspekte der Therapie zu sehr in den Vordergrund zu stellen, dies gilt sowohl für psychodynamisch/psychoanalytische Therapien wie für auch verhaltenstherapeutische Behandlungen.

Persönlichkeitsentwicklung als integrative Aufgabe

Integrative Erfahrungen sind typischerweise Erfahrungen von ›sowohl als auch‹. Es geht darum, aus einem Schwarz-Weiß-Denken herauszufinden und gegebenenfalls auch eine real bestehende Ambivalenz und Widersprüchlichkeit auszuhalten. Hierfür ist es notwendig, widersprüchliche Tendenzen und Bedürfnisse wahrzunehmen, zu balancieren und in ihrer Nicht-eindeutigkeit oder auch nicht-vollständigen Befriedigung auszuhalten zu können. Diese Kom-

petenz wird als Ambiguitätstoleranz bezeichnet. Offensichtlich wird auch die Fähigkeit, sich mit nicht in allen Aspekten befriedigenden Lösungen zu arrangieren durch den Einfluss von Medien und unrealistisch hohen Idealen bezüglich erreichbarer Lebensziele behindert (Bauer 2018). Mit der Konsequenz, dass in der Psychotherapie immer wieder das Realitätsprinzip vertreten werden muss.

Entwicklung lässt sich als Integration von Erfahrungen verstehen und damit verbunden als Erweiterung des Repertoires der eigenen Wahrnehmungs- und Handlungsfähigkeiten. Der klassische Weg zur Förderung von Persönlichkeitsentwicklung ist die Auseinandersetzung mit der eigenen biografischen Entwicklung, insbesondere prägenden Erfahrungen in zwischenmenschlichen Beziehungen. Zu den Themen, die in diesem Kontext häufig von Bedeutung sind, gehören erlebter Mangel an Unterstützung und Fürsorge in der Herkunftsfamilie, traumatisierende Ereignisse, aber selbstverständlich auch Erfahrungen gelungener Entwicklung und Bewältigung. Eine wichtige Zielsetzung der Arbeit an biografischen Belastungen ist daher, dass sich der Patient nicht ausschließlich als äußeren Umständen ausgelieferte Person begreift, sondern auch als Akteur der eigenen Biografie und als zumindest graduell entscheidungsfähige und kompetent agierende Person. Unter dem Gesichtspunkt der Persönlichkeitsentwicklung ist der Blick nach vorne, also die Erarbeitung einer Zukunftsperspektive wichtig. Dabei ist auch der Aspekt der noch zu lernenden Kompetenzen sowie der Motivation für die Bewältigung der aktuell bestehenden Problematik therapeutisch von großer Bedeutung.

Die Reifung einer Persönlichkeit ist auch durch einen Zuwachs an Ich-Identität und durch die Fähigkeit, sich auf andere Menschen zu beziehen, gekennzeichnet (Erikson 1966). Identität meint die Kongruenz mit sich selbst und mit den eigenen persönlichen Eigenschaften. Ein Zuwachs an Identität bedeutet, den in der eigenen Person angelegten Wesenszügen ähnlicher zu werden

und einer geringeren Entfremdung durch Anpassung an gesellschaftliche Normen und Erwartungen anderer zu unterliegen. Besonders in Belastungssituationen und Krisen können Werte und persönliche Ideale Orientierung ermöglichen und dabei helfen, ein Gefühl für sich selbst aufrechtzuerhalten, also Identität zu erleben. Ein weiterer Aspekt von Identität ist die soziale Einbindung und Zugehörigkeit zu gesellschaftlichen Gruppen und damit die Möglichkeit, Selbstwirksamkeit zu erfahren und Anerkennung zu erhalten (Seiffge-Krenke 2014).

Förderung des Identitätserlebens beginnt mit der Zuwendung zu sich selbst und zu eigenen Bedürfnissen und Wünschen. Mitunter vermeiden Patienten die Auseinandersetzung mit eigenen Bedürfnissen nahezu vollständig, weil sie befürchten, diese sowieso nicht befriedigen zu können, oder weil sie glauben, dass es ihnen nicht zusteht, in einer fürsorglichen Weise für sich zu sorgen und etwas für sich einzufordern. Natürlich gibt es auch aktiv Bedürfnisbefriedigung einfordernde Patienten, die dabei übermäßig um die eigenen Bedürfnisse besorgt sind beziehungsweise ständig den eigenen Vorteil im Blick haben und deshalb immer wieder in konflikthafte Auseinandersetzungen geraten oder Ablehnung erfahren.

Persönlichkeitsentwicklung und Förderung von Identitätserleben basieren wesentlich auf einer gelungenen Integration von Erfahrungen und auf der Auseinandersetzung mit eigenen Bedürfnissen und Wünschen im Sinne der Entwicklung einer Lebensperspektive. Aufgrund des notwendigen Erfahrungsbezugs kann »Entwicklungsarbeit« nicht nur eine rein verbal-kognitive Angelegenheit sein. Es lassen sich verschiedene Ebenen integrativer Erfahrungen beschreiben.

Ebenen integrativer Erfahrung

- Bezug zum eigenen Körper
- Bezug zum emotionalen Erleben
- Bezug zu eigenen Wünschen und Bedürfnissen

- Bezug zu interpersonellen Erfahrungen
- Bezug zur eigenen Kreativität
- Bezug zu spirituellen Ressourcen

Persönlichkeitsentwicklung vollzieht sich im Hinblick auf Erfahrungen aus verschiedenen Lebensbereichen. Die Weise, wie dies geschieht, ist sehr individuell geprägt, sodass sich keine standardisierte Vorgehensweise definieren lässt. Entscheidend ist jedoch die Bereitschaft, aus gewonnenen Erfahrungen zu lernen, sowie Offenheit für neue Einsichten und für das Erproben von neuen Verhaltensweisen. Daher sind Selbstbezug und Erfahrungsoffenheit wichtige Voraussetzungen für psychotherapeutische Veränderungsprozesse, die gegebenenfalls vordringlich gefördert werden müssen (Sack 2019).

Ebenen von Lernerfahrungen in der Psychotherapie

Wissensinhalte können besser aufgenommen werden, wenn sie auf mehreren Erfahrungsebenen gewonnen und praktisch handelnd erworben werden. Beispielsweise ist eine theoretische Einführung alleine nicht ausreichend, um Strategien zur Emotionsregulation zu erwerben. Ein übendes Vorgehen ist hier zwingend notwendig. Grundsätzlich betrachtet lassen sich mindestens drei unterschiedliche Ebenen von Lernerfahrungen in der Psychotherapie beschreiben:

- **kognitiv-verhaltensbezogen:** Einsichten erwerben und Fertigkeiten erlernen
- **emotional-erlebnisbezogen:** korrigierende Erfahrungen gewinnen
- **personal-integrativ:** Selbstbezug und Weltbezug fördern

Alle drei Erfahrungsebenen sind im Rahmen von Psychotherapie potenziell gleichermaßen von Bedeutung und ergänzen sich im Therapieprozess. Für die Planung und Fokussierung von Behandlungen ist es nützlich, die verschiedenen Lernbereiche zu differenzieren und der aktuellen Zielsetzung entsprechend eine bestimmte Ebene in den Vordergrund zu stellen. Auch bei der Auswahl von Behandlungsmethoden sollte die

jeweils angezielte Ebene des Lernens berücksichtigt werden.

Die **kognitiv-verhaltensbezogene Ebene** ist sowohl für Psychotherapeuten als auch für Patienten eine sichere Basis der Behandlung. Wissen über die Entstehung und Aufrechterhaltung von Symptomen zu vermitteln, fördert Verständnis und Orientierung. Die gemeinsame Reflexion über die Bedingungen und Ursachen von Problemen und Symptomen hilft, Zusammenhänge zu erkennen, und ist damit auch Grundlage des Aufbaus von Motivation für therapeutische Veränderungsschritte.

Arbeit auf der kognitiven Erfahrungsebene ist essenzieller Teil jeder psychotherapeutischen Behandlungsmethode. Klärungsorientierte Behandlungstechniken sind eine wirksame Hilfe zur Entängstigung und ein Mittel der Ermächtigung. Sie helfen, Zusammenhänge zwischen Krankheitssymptomen und Symptomauslösern zu verstehen und zu erkennen, was getan werden kann, um Kontrolle über die Problematik zu gewinnen.

Die **emotional-erlebnisbezogene Erfahrungsebene** hilft, therapeutische Prozesse zu beschleunigen, da korrigierende Erfahrungen gewonnen werden. Emotional belastende Erinnerungen oder Alltagssituationen können in der Therapie fokussiert erinnert und im Erleben aktualisiert werden. Ziel ist eine situative Klärung verbunden mit einer emotional-erlebnishaften Bearbeitung der belastenden Wahrnehmungs- und Erinnerungsinhalte. Beim Wiedererleben und Durcharbeiten von belastenden Erinnerungen oder biografischen Situationen kann Unerwartetes auftauchen und es kann zu kathartischen Momenten kommen. Daher lässt sich in diesem Bereich nicht alles steuern. Kontrolle muss zumindest partiell abgegeben werden zugunsten eines zunächst offenen Klärungsprozesses. Die humanistischen Therapieverfahren der 1960er und 1970er Jahre haben Pionierarbeit in der Entdeckung von Methoden zur emotionalen Bearbeitung von belastenden Erinnerungen geleistet. Grundidee dabei ist, von einer Fokussierung

der Vergangenheit wegzukommen und das potenziell belastende Erinnerungsmaterial im Hier und Jetzt zu aktualisieren, um daran arbeiten zu können und neue Erfahrungen zu gewinnen. Von der humanistischen Therapietradition geprägte Methoden, die über die Arbeit am aktuellen Erleben therapeutisch einwirken, sind beispielsweise das Psychodrama (Moreno 2001), die Gestalttherapie (Perls 1976) und viele körperpsychotherapeutische Methoden (Geuter 2015).

In den letzten Jahren wurde durch die Gedächtnisforschung wissenschaftlich belegt, dass es tatsächlich möglich ist, Erinnerungen zu modifizieren. Hierfür ist es erforderlich, belastendes Erinnerungsmaterial im Erleben zu aktualisieren und dann durch korrigierende emotionale Erfahrungen zu verändern (Debiec et al. 2006). Die modernen traumatherapeutischen Behandlungstechniken sind eine Weiterentwicklung der erlebnisorientierten humanistischen Therapien; sie erlauben es, Lernprozesse auf der emotionalen Ebene zu steuern und sicher zu fördern. Da erlebnisorientierte Therapiemethoden Therapieprozesse beschleunigen können und manchmal sehr schnell zu Veränderungen von Verhaltens- und Erlebisschemata und damit zu Entlastung und Symptombesserung führen können, sollten alle Psychotherapeuten mindestens eine Methode zur emotional-prozesshaften Bearbeitung von Belastungssymptomen beherrschen.

Die **personal-integrative Erfahrungsebene** zielt auf die Förderung von individueller Reifung und von persönlichem Wachstum. Hierzu gehören das Entdecken und die Verwirklichung eigener kreativer Potenziale sowie die Entwicklung von Beziehungsfähigkeit und Verbundensein mit anderen Menschen. Auf dieser Basis kann sich eine individuelle Lebensperspektive entwickeln, die im Sinne von Selbsttranszendenz über die Sorge um das eigene Wohlergehen hinausreicht und ein sicheres Gefühl von Aufgehobensein und tätiger Verwurzelung in der Welt umfasst. Die personal-integrative Domäne ist als Säule der Behandlung leider nur wenig in der akademischen Psychotherapie verankert und kaum beforscht.

Vermutlich ist dieser Bereich von großer Bedeutung für die nachhaltige Wirkung von psychotherapeutischen Behandlungen.

Eine ausreichende Fähigkeit, in Beziehung zu sich selbst zu treten, ist Voraussetzung für die Entfaltung von Entwicklungspotenzialen. Somit ist die Zuwendung zu eigenen Bedürfnissen und zum inneren Erleben bereits ein erster Schritt zur Förderung der Entwicklung der Persönlichkeit. Allerdings ist es nicht möglich, allein durch Bemühungen zur Selbstoptimierung oder durch vermehrte Selbstkontrolle eigene Entwicklungsprozesse zu fördern. Vielmehr ist hier eine tätige und sinnvolle Einbindung in das Leben notwendig, wie sie etwa durch die Übernahme von Aufgaben und soziale und kulturelle Teilhabe erfahren werden kann. Letztendlich setzt persönliches Wachstum und Reifung die Bereitschaft voraus, sich emotional berühren zu lassen und für neue Erfahrungen zu öffnen.

Wachstum, Reifung und Integration sind weniger ein zu erreichendes Ziel als vielmehr als ein fort-dauernder Prozess zu verstehen, dessen Zielsetzung es ist, mit sich selbst und seinen Bedürfnissen in Einklang zu stehen. Diese Aufgabe kann im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung nur angestoßen werden und nicht durch therapeutische Interventionen allein erlangt werden. Entwicklungsprozesse benötigen eine aktive Einbindung in das Leben und damit notwendigerweise einen Transfer in die Praxis.

Notwendigkeit, sich für die eigene Entwicklung zu entscheiden und zu engagieren

Manchmal entsteht der Eindruck, dass aktiv eine Entscheidung für das Leben und die Veränderung von gewohnten Verhaltensweisen getroffen werden muss, um Entwicklungsprozesse in Gang bringen zu können. Hierzu zählt beispielsweise die Entscheidung, für sich selbst besser zu sorgen.

Auch wenn die Arbeit an brachliegenden Entwicklungsbedürfnissen wichtig ist, sollte beachtet werden, dass Nachreifung mit dem Ziel von Persönlichkeitsentwicklung allein durch ein therapeutisches Beziehungsangebot nicht ausreichend gefördert werden kann. Zudem ist die Gefahr groß, dass Patienten durch ein ›ideales Beziehungsangebot‹ in Abhängigkeit von der therapeutischen Beziehung geraten, insbesondere wenn diese die einzige nachversorgende Quelle von Zuwendung und Fürsorge im Alltag ist.

Veränderungen auf der Ebene der Persönlichkeitsorganisation werden dann möglich, wenn Verhaltensmuster im Alltag erprobt und so lange aktiv eingeübt und angewandt werden, bis sie zur Gewohnheit werden. Ob eine neue Einstellung oder Verhaltensweise Gewohnheit geworden ist und damit erfolgreich in das persönliche Verhaltensrepertoire integriert werden konnte, lässt sich daran erkennen, dass es nicht mehr notwendig ist, jedes Mal darüber nachzudenken, ob man etwas Bestimmtes tun oder nicht tun soll, beispielsweise nicht mehr rauchen oder sich vegetarisch ernähren.

Regulative Fähigkeiten und Funktionen sind Voraussetzung für stabiles Identitätserleben und für die Fähigkeit, Beziehungen einzugehen. Daher kann auch die gezielte Förderung der Fähigkeit zur Einfühlung in andere Menschen und zur Mentalisierung eigener kognitiver und emotionaler Zustände eine wichtige entwicklungsfördernde Therapieaufgabe sein.

Förderung von Identitätserleben und Persönlichkeitsentwicklung lässt sich auch als eine Form von Ressourcenförderung verstehen. Es geht darum, das Alltagsleben und die konkrete Lebensqualität in den Blick zu nehmen. Beispielsweise kann es wichtig sein, zu reflektieren, welche Orientierung hinsichtlich Werten, Zielen und inneren Verpflichtungen bei anstehenden Entscheidungen beruflicher oder persönlicher Art eine Rolle spielen. Auch die konkrete Einbindung in die Lebenswelt verbunden mit Auf-

gaben und Verantwortung für andere Menschen kann eine stark sinnstiftende und gleichzeitig das eigene Werterleben und die Zufriedenheit fördernde Orientierung geben. Metaphorisch gesprochen geht es bei der Klärung einer Lebensperspektive darum, den inneren Kompass zu justieren, Wünsche und Bedürfnisse, aber auch persönliche Bindungen und Verpflichtungen zu berücksichtigen und das eigene Leben aktiv in einer selbstfürsorglichen Weise zu gestalten.

Persönlichkeitsentwicklung durch Förderung eigener Ressourcen und Potenziale

Die Förderung von in der Person des Patienten angelegten Entwicklungspotenzialen sowie von persönlichen und interpersonellen Ressourcen schafft eine Grundlage für die nachhaltige Wirksamkeit von Psychotherapie. Zur Klärung von persönlichen Ressourcen im Alltag kann es daher hilfreich sein, zu fragen: Was läuft gut und was soll so bleiben?

Erlebnisorientierte und kreativtherapeutische Therapiemethoden können wichtige Anregungen für die Entdeckung eigener Fähigkeiten und das Erproben eigener Potenziale geben. Eine Förderung kreativer Potenziale und Ressourcen, beispielsweise mit den Mitteln künstlerischer Therapien, kann modellhaft erfahrbar machen, dass ein Sich-Einlassen auf eine Situation, die nicht komplett planbar und steuerbar ist, Freiräume eröffnet und Möglichkeiten zur Entdeckung eigener Ressourcen bietet, die zuvor noch nicht im Blick waren. In ähnlicher, spielerisch erprobender Weise können persönliche Ziele und Wünsche vor dem Hintergrund der Erarbeitung einer Lebensperspektive gemeinsam in der Therapie betrachtet werden. Wichtig ist: Was soll konkret anders werden und wie kann Einfluss genommen werden? Es geht darum, Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen, Entscheidungen zu treffen und eine erste konkrete Umsetzung im Alltag zu erproben. Darüber hinaus sind Tätigkeiten und Erfahrungen, die den ›emotionalen inneren Akku‹ positiv aufladen,

von großer Bedeutung, weil sie das Erleben von Freude und Authentizität fördern. In diesem Sinne ist Ressourcenarbeit als Förderung der Erfahrung von Konsistenz zwischen Bedürfnissen und realen Lebensereignissen auch Förderung der Persönlichkeitsentwicklung (Flückinger & Grosse-Holforth 2010).

Auch längerfristig angelegte gruppentherapeutische Behandlungen bieten einen günstigen Rahmen für die prozessorientierte Erarbeitung eigener Potenziale und Freiräume sowie für die kontinuierliche Reflektion darüber, wie die Umsetzung im eigenen Lebensumfeld gelingt. Gruppentherapeutische Behandlungen eignen sich natürlich auch in besonderem Maße zur Förderung der interpersonellen Beziehungsfähigkeit.

Voraussetzungen für eine multimethodale Behandlung

Lernen wird effektiver, wenn es unterschiedliche Modalitäten (kognitiv, emotional, handlungsbezogen) anspricht und wenn die Lerninhalte in unterschiedlichen praktischen Zusammenhängen erprobt und in ihrem Nutzen bewertet werden können. Die Vielfalt der Möglichkeiten verbessert den Nutzen für den Patienten und erhöht die Chance, dass eine für den Patienten passende Lernsituation gefunden werden kann.

Behandlungskonzepte, die Methoden miteinander kombinieren, bieten den Vorteil, mehrere Ebenen von Lernerfahrungen anzusprechen und dadurch unterschiedliche Übungs- und Erlebnismöglichkeiten zu eröffnen. Beispielsweise ist das verbal-kognitive Bearbeiten von Problemen eine geeignete Methode, um Einsicht und Verständnis zu fördern, wird aber voraussichtlich nicht ausreichend sein, um auch eine emotionale Bewältigung zu ermöglichen. Auch ist mit einer kognitiven und emotionalen Problemklärung noch keine Umsetzung alternativer Verhaltensweisen in der Praxis erreicht.

Besonders bei Problemen, die in den vulnerablen Entwicklungsphasen der Kindheit ausgelöst sind, ist es notwendig, sowohl klärende Interventionen als auch erlebnisorientierte Elemente von Psychotherapie einzusetzen. Multimethodale Behandlungen sind daher Standard im tagesklinischen oder stationären Behandlungssetting.

Eine Delegation bestimmter Behandlungsaufgaben an spezialisierte Therapeuten ist allerdings noch keine multimethodale Behandlung. Entscheidend ist, dass die Behandlung von den beteiligten Therapeuten gemeinsam getragen wird und therapeutische Entscheidungen gemeinsam getroffen werden können. Hierfür braucht es zwingend ausreichend Gelegenheit und Zeit zum Austausch im Behandlersteam, um die Erfahrungen in den unterschiedlichen therapeutischen Bereichen zusammenzutragen. Nur auf diese Weise wird die wechselseitige Ergänzung der Methoden erlebbar und es kann auf dieser Grundlage eine Koordination gemeinsamer Arbeit an Therapiezielen oder aufgeteilter Zuständigkeiten für bestimmte Aufgabenstellungen erfolgen.

Multimethodal behandeln bedeutet nicht, dass Behandlungsaufgaben delegiert werden, sondern dass mehrere Behandler mit ihrer jeweiligen therapeutischen Expertise an der Behandlung beteiligt sind. Wichtig ist es, genügend Zeit und Gelegenheit zu haben für den Austausch und die Zusammenführung der Erfahrungen aus den verschiedenen Bereichen der Therapie.

Bei entwicklungsbezogenen Störungen (z.B. komplexe Traumafolgestörungen, Persönlichkeitsstörungen) ist in der Regel auch in ambulanter Psychotherapie multimethodale Behandlung notwendig; eine reine verbale Psychotherapie unabhängig von der Schulrichtung der Therapie wäre in diesen Fällen nicht ausreichend. Zu den ergänzend notwendigen Methoden gehören insbesondere interaktionelle Formen der Gruppenpsychotherapie, Körperpsychotherapie einschließlich Physiotherapie, künstlerische Therapiemethoden sowie Sozialtherapie, die

zumindest aufeinander folgend nach Bedarf zusätzlich eingesetzt werden sollten. Um die notwendige Koordination einer ambulanten multimethodalen Therapie zu ermöglichen, sollte die Aufgabe der Fallführung klar definiert sein und es sollten regelmäßige Treffen und ein regelmäßiger Austausch etwa im Rahmen einer Hilfefunktion ermöglicht werden.

Fazit

Aufgrund der Komplexität der Behandlungsthemen bei Patienten, die an einer Persönlichkeitsstörung leiden, sollte Identität und Persönlichkeitsentwicklung nicht ausschließlich mit einer einzigen Methode oder therapeutischen Technik, beispielsweise dem Erarbeiten von Fähigkeiten zur Mentalisierung oder der Förderung von selbstregulativen Fähigkeiten, behandelt werden. Multimethodale Therapiesettings, wie sie im Rahmen einer teilstationären oder stationären Behandlung Standard sind, bieten vielfältige Anregung, um Persönlichkeitswachstum zu fördern. Auch im Rahmen der ambulanten Behandlung von Patienten, die an einer Störung der Persönlichkeitsentwicklung leiden, ist es notwendig, erlebnisorientierte Methoden, z. B. Körperpsychotherapie oder kreativtherapeutische Methoden und interaktionell ausgerichtete Formen der Gruppenpsychotherapie, zusätzlich zur Einzel-

psychotherapie einbeziehen zu können. Hierfür sollten organisatorische und budgetäre Rahmenbedingungen geschaffen werden, die insbesondere auch eine Fallführung und den regelmäßigen Austausch der an der multimethodalen Behandlung beteiligten Therapeuten umfassen.

Literatur

- Deebiec, J., Doyère, V., Nader, K. & LeDoux, J.E. (2006). Directly reactivated, but not indirectly reactivated, memories undergo reconsolidation in the amygdala. *Proc Natl Acad Sci USA* 103(9), 3428–3433. DOI 10.1073/pnas.0507168103.
- Erikson, E.H. (1966). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Flückiger, C. & Grosse Holtforth, M. (2010). Ressourcenaktivierung und motivorientierte Beziehungsgestaltung – Bedürfnisbefriedigung in der Psychotherapie. In: Frank, R. (Hg.). *Therapieziel Wohlbefinden*. Heidelberg: Springer, 33–42. DOI 10.1007/978-3-642-13760-0_3.
- Geuter, U. (2015). *Körperpsychotherapie: Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Moreno, J.L. (2001). *Psychodrama und Soziometrie: essentielle Schriften*. Köln: Ed. Humanist. Psychologie.
- Perls, F.S. (1976). *Grundlagen der Gestalt-Therapie: Einführung und Sitzungsprotokolle*. München: Pfeiffer.
- Sack, M. (2019). *Individualisierte Psychotherapie – ein methodenübergreifendes Behandlungskonzept*. Stuttgart: Schattauer.
- Seiffge-Krenke, I. (2014). *Therapieziel Identität: Veränderte Beziehungen, Krankheitsbilder und Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Martin Sack
Technische Universität München
E-Mail: m.sack@tum.de

Das Herz der Kunsttherapie – die bildende Kunst



Mit einem Beitrag zur Psycho-
neuroimmunologie der Kunst
von Christian Schubert
2017. 636 Seiten, gebunden
€ 82,- (D)
ISBN 978-3-608-43098-1

Flora von Spreti, Philipp Martius, Florian Steger **KunstTherapie**

Wirkung – Handwerk – Praxis

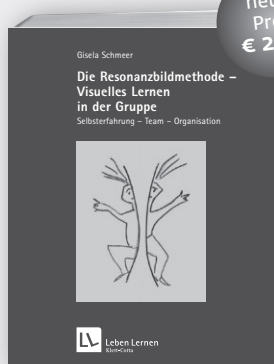
Der künstlerische Prozess selbst kann der Königsweg sein, um individuelle Ressourcen, sinnstiftende Erkenntnisse und Autonomie fördernde Potenziale zu entwickeln. Die Zeit ist daher reif für einen spezifisch künstlerischen Schwerpunkt in der Kunsttherapie. Diesen Ansatz illustrieren namhafte Autoren aus verschiedenen Arbeitsbereichen, die sich in diesem Buch mit künstlerischen, analytischen, medizinischen und psychologischen Aspekten der Kunsttherapie auseinandersetzen.

„Ein wunderbares Buch, das motiviert, sich mutig auf die Terra Incognita der therapeutischen Wirkung von Kunst zu begeben.“
Rudolf Sanders, Zeitschrift für Theorie und Praxis in der Beratung

Irrtum und Preisänderungen vorbehalten.

www.klett-cotta.de/schattauer

 **Schattauer**



neuer
Preis
€ 20,-

Leben Lernen 190
296 Seiten, broschüriert
€ 20,- (D) | ISBN 978-3-608-89009-9

Gisela Schmeer
**Die Resonanzbildmethode –
Visuelles Lernen in der Gruppe**
Selbsterfahrung – Team –
Organisation

Probleme lösen durch Kommunikation in Bildern

»Gisela Schmeer ...erläutert anhand zahlreicher Beispiele aus der Praxis die Vorgehensweise für den Einsatz in Beratung, Coaching und Supervision. Besonders geeignet ist die Methode zur Bearbeitung gruppenspezifischer Themen, denn, so Schmeer: »Resonanzbilder sind eine spontane Reaktion auf das Gruppengeschehen.«
Training aktuell



2.
Auflage

Leben Lernen 160
239 Seiten, broschüriert
€ 50,- (D) | ISBN 978-3-608-89716-6

Gisela Schmeer
Kunsttherapie in der Gruppe
Vernetzung – Resonanzen –
Strategeme

Mut zu kreativen Interventionen

»Gisela Schmeer ... vermittelt neue Sichtweisen und die sich daraus ergebenden Anregungen für die kunsttherapeutische Praxis. ... Wer das Buch gelesen hat, wird damit beginnen wollen, Strategeme in seiner kunsttherapeutischen Arbeit zu erproben.«
*Marion Wendlandt-Baumeister,
Kunst und Therapie*

Blättern Sie im Buch und bestellen Sie im Webshop:
www.klett-cotta.de
Wir liefern **portofrei** nach D, A, CH

**Leben
LERNEN** 
Klett-Cotta

Die Kunst, mit der Kunst die Spaltung zu überbrücken

Kunsttherapie mit Borderline-PatientInnen im klinisch-psychiatrischen Setting

Flora von Spreti

Zusammenfassung

Der Beitrag stellt die langjährige psychodynamisch orientierte kunsttherapeutische Arbeit auf einer geschützten psychiatrischen Akutstation dar. Dabei wird auf Patientinnen und Patienten fokussiert, die im Rahmen einer Dekompensation ihrer Persönlichkeitsproblematik zumeist infolge von schweren Selbstverletzungen oder Selbstgefährdung aufgenommen wurden. Nach einem kurzen kunsthistorischen Exkurs wird anhand von Fallvignetten auf die Darstellung der Aggression im Bild, auf interaktionelle Aspekte und auf die Möglichkeit der Ressourcenorientierung im kunsttherapeutischen Prozess eingegangen.

Schlüsselwörter

Borderline Persönlichkeitsstörung; Kunsttherapie; Aggression; Interaktion; Ressourcen

Abstract

The art of using art to bridge splitting. Art therapy with borderline patients in a clinical psychiatric setting: The article describes psychodynamic art therapy as was provided for many years on a closed psychiatric ward for emergency cases. The focus is on patients with personality disorders, admitted following severe self-harm tendencies or suicidality in the context of decompensation of their personality disorder. After a brief look into art history, case vignettes are presented that center around the representation of aggression in images, interactional aspects and on how to assign possible resources within the art therapy process.

Keywords

borderline personality disorder; art therapy; aggression; interaction; resources

Cite as von Spreti, F. (2020). Die Kunst, mit der Kunst die Spaltung zu überbrücken. Kunsttherapie mit Borderline-PatientInnen im klinisch-psychiatrischen Setting. *Persönlichkeitsstörungen* 24(1), 13–20. DOI 10.21706/ptt-24-1-13

»Es ist mir unbegreiflich, wie alle, die nicht schreiben, komponieren oder malen, es zu Wege bringen, dem Wahnsinn der Melancholie und dem panischen Schrecken des Lebens zu entfliehen«
(Graham Greene)

1. Einleitung

Der Bericht schildert die 25-jährigen Erfahrungen aus einer künstlerisch-therapeutischen Gruppe mit Patienten, die im Rahmen einer Dekompensation ihrer Persönlichkeitsstörung bzw. einer damit einhergehenden Komorbidität auf einer geschützten psychiatrischen Akutstation aufgenommen wurden. Die Darstellung versteht sich als praxis-orientierte klinische Vignette zu wissenschaftlichen und behandlingstechnischen

nischen Grundlagen der Borderline-Therapie. In dieser offenen kunsttherapeutischen Gruppe finden sich fast alle Krankheitsbilder einer psychiatrischen Klinik. Dabei beträgt der Anteil der Borderline-Persönlichkeitsstörungen auf Station ca. 20%. Aufnahmegrund ist hier zumeist manifeste Suizidalität, Z. n. Suizidversuch oder schwerer Selbstverletzung. Auf der Akutstation gibt es tatsächlich keine spezifische Indikation für die Teilnahme an der Kunsttherapie. Vielmehr ist im geschützten Setting der Station mit seinen akuten Krankheitsbildern diese das einzige genuin psycho-therapeutische Angebot (von Spreti 2005a, 2005b).

Bei den Borderline-Patienten auf einer geschützten Akutstation besteht neben dem oft provokanten Ausagieren der Störung in der akuten Krise (hier handelt es sich um Patienten mit schwerem selbstschädigendem Verhalten wie z. B. Verstümmelungen von Gliedmaßen, Trinken von WC- oder Rohrreiniger, dem Infizieren mit Krankheitskeimen, Schlucken von Glasscherben oder wiederholtem Aderlass bis zur Anämie) auch ein hoher Leidensdruck. Insbesondere steht bei Aufnahme das affektgeladene, destruktive innere Erleben ganz im Vordergrund und verhindert zunächst das Annehmen entlastender therapeutischer Angebote wie Ergo-Sport oder auch Gesprächstherapie. Diese werden als der schweren Krankheitsproblematik »unwürdige« Tätigkeiten mit den Worten: »Das bringt mir doch nichts!« häufig abgelehnt. Es wirkt so, als verhindere ein mächtiges, negatives Introjekt zu diesem Zeitpunkt jede Hinwendung zum Positiveren und als dürfe die Zeit zum destruktiven Ausagieren der Störung durch solche »läppischen« Angebote keinesfalls vergeudet werden.

Dagegen wird Kunsttherapie besser angenommen. Zum einen vielleicht, weil sich in der Klinik unerwartet ein Raum eröffnet, in dem innere Dynamik und Spannungszustände ausagiert und über das Bild nach außen kommuniziert werden können. Zum anderen, weil viele der Borderline-Patienten über ein beachtliches kreatives Potenzial verfügen (Lohmer 2005).

In der offenen therapeutischen Gruppe finden sich über fünf Tage der Woche für zwei Stunden 15 bis 20 Patienten ein. Das Verständnis der Störung und ihrer Dynamik sowie der Fokus auf psychostrukturelle Defizite orientiert sich an Elementen der Übertragungsfokussierten Psychodynamischen Psychotherapie (TFP, Yeomans et al. 2017; Martius 2020, in diesem Heft). Das therapeutische Handeln ist einerseits von der Zusammenarbeit im Team, insbesondere in der Kooperation mit den ärztlichen Kollegen, andererseits von den Eigenarten der kunsttherapeutischen Methode geprägt (von Spreti & Marten 2018). In der künstlerischen Therapie tritt z. B. das gesprochene Wort erst einmal in den Hintergrund. Auge und Hand, das heißt Sehen und Handeln, haben Vorrang vor Ohr und Mund, d. h. dem Hören und Sprechen. An deren Stelle steht, neben der reflektierenden Resonanz des Therapeuten, das genaue und aufmerksame Wahrnehmen des bildnerischen Prozesses und der bildnerischen Aussage im Werk des Patienten. Das Bild selbst übernimmt in dieser Methode eine weitere kommunikative Ebene und Mitteilungsfunktion. Das Bild bietet damit den Patienten ein anfangs ungewohntes und äußerst informatives, implizites und auch kreatives und nicht selbstschädigendes »Agierfeld«. Bildnerisches Handeln kann für manche Borderline-Patienten neue Dimensionen des Verstehens der eigenen Lebens- und Leidensgeschichte eröffnen, denn gestalterisches Probe-Handeln kann die Schwarz-Weiß-Sicht der Patienten verändern und in dem jeweils gewählten bildnerischen Thema auf einem Bogen Papier neuen Lebensraum neben der Störung schaffen.

So scheint es Patienten manchmal auch zu gelingen, Polarität und Abspaltung mit Hilfe des Schöpferischen besser auszuhalten, ohne die negativen Emotionen sofort wieder selbstzerstörerisch ausagieren zu müssen. Abgewehrte Anteile der eigenen Person werden, vom Gestaltenden unbeabsichtigt, im Bild sichtbar. Im weiteren Bild-Verlauf zeigen sich immer wieder selbstschädigende Aspekte der Erkrankung, aber

nicht selten auch eine stetige – manchmal positive – Entwicklung. Auf diese im Bild sichtbaren, regressiven oder progressiven Entwicklungsschritte kann im Laufe der Kunsttherapie vom Patienten und von den Therapeuten und Ärzten in der Aufarbeitung des jeweiligen Geschehens immer wieder zurückgegriffen werden. Im Laufe der Zeit kann das Hin- und Hergeworfensein zwischen zwei Polen – Liebe und Hass, Idealisierung und Entwertung, einsame Leere und doch Sehnsucht nach Bindung – reflektiert werden. Das kann zur fruchtbaren Arbeit an einer Integration fragmentierter Persönlichkeitsanteile beitragen (Rentrop 2001).

2. Vom Ursprung der Kunsttherapie, der Kunst! – Künstler und seelisches Leid

In diesem Kontext ist neben den psychotherapeutischen Bezügen auch eine kunsthistorische Perspektive relevant. Künstler suchten und suchen immer wieder innere Heimat und psychische Stabilität durch ihr künstlerisches Schaffen (Niederland 1989). Manchen Künstlern gelingt dies, andere scheitern am Leben. Denken wir an Edvard Munch, Paul Gauguin, Camille Claudel oder Marc Rothko. Auch der Lebensweg Ernst Ludwig Kirchners (1880–1938) z. B. bietet einerseits manche Parallele zu den Leiden der Borderline-Patienten, andererseits schuf dieser Künstler Bilder, die zu den bedeutendsten Werken des Expressionismus gehören. Kirchner führte ein Leben voller malerischer Besessenheit, aber auch voller Unruhe und Unbehautheit. Er war instabil in seinen Beziehungen, alkohol- und drogenabhängig. Sich selbst nannte er »einen Heimatlosen«, der sich nie und nirgends »dazugehörig« fühlen konnte. Kirchner nahm sich 1938 in Davos das Leben. Dazu trug neben der persönlichen Tragik wohl auch im nationalsozialistischen Deutschland die Missachtung und Verhöhnung seiner Kunst als »entartete« Malerei bei, ein Malerschicksal, das er mit vielen seiner Künstlerkollegen teilte.

3. Aggression und Selbstschädigung im kunsttherapeutischen Prozess

Dass mit der Darstellung von Gewalt- und Suizidfantasien ein Bild in der Kunsttherapie auch für Hinweise auf die ganze grausame Ungerechtigkeit des Lebens genutzt wird, ist bekannt. Doch entsteht ein solches Demonstrationsobjekt nicht nur aus dem bildnerischem Agieren des Patienten. Auf einer anderen Ebene ist es eine wichtige Funktion des Bildes oder einer Skulptur, als sicherer Träger und belastbarer Vermittler von Informationen zu fungieren. Über die Gestaltung Zuwendung und Anteilnahme einzufordern, wirkt bei den BPS-Patienten oft als vordergründige Absicht. Doch beim zweiten Blick kann sich immer auch die verdeckte, hintergründige Seite eines künstlerischen Werkes auftun.

Fallvignette

Eine chronisch-suizidale Patientin, die sich unzählige, geradezu kunstvoll gereichte Schnitte an beiden Armen zugefügt hatte, malt hingebungsvoll mehrere Tage an ihrem Bild, das zwei überkreuzte, an den Handgelenken mit einer Kette zusammengebundene Hände zeigt. Sie hatte es nach Beendigung der Kunsttherapie unter dem selbst gewählten Titel »Gefesselte Hände« vorgelegt.

Damit habe sie ihr hilfloses Ausgeliefertsein an ihre Suizidalität und an den Druck, sich selbst zu verletzen, zeigen wollen, sagt die Patientin. Sie streift dabei wie unbeabsichtigt die Ärmel ihres Pullovers bis zu den Ellbogen hoch: Die Haut ist im Millimeterabstand zerschnitten und das mutet die Therapeutin an wie ein grausam-unausweichliches Ritual eines vorzeitlichen Stammes.

Ohne dass die Therapeutin die Aussage der jungen Frau in Frage stellte, benannte sie das Entstandene unter Würdigung der fast perfekten Darstellung eines schmerzlichen Gefühls als den gelungenen Versuch, mit

der Fesselung der Hände weitere Selbstverletzungen zu verhindern. Denn immerhin sei es ihr gelungen, während der Stunden des Malens dem Bedürfnis zu widerstehen, sich neue Wunden zuzufügen.

Hier zeigt sich ein wichtiger Unterschied zwischen verbaler und bildnerischer Therapie: Die Therapeutin geht weniger auf die verbale Aussage als auf die bildnerische ein. Die positive und würdigende Sicht auf ihr Bild löste einerseits in der Patientin eine tief misstrauende Abwehrhaltung aus, doch andererseits schien die offensichtliche Zuschreibung von Kompetenz und Selbstfürsorge in ihr wohl auch eine andere Seite des destruktiven Handelns angerührt zu haben: die tiefe Sehnsucht nach (mütterlicher?) Geborgenheit. Denn im nächsten Bild mit dem Titel »In Gottes Hand«, das eine winzige Menschengestalt, geborgen in einer riesenhaften Hand unter einem Regenbogen darstellt, zeigte sie neben ihrer Hoffnung auf ein haltendes Objekt unbewusst ihr tief gestörtes Vertrauen in eine tragende Beziehung. In ihrer deutlichen Ambivalenz beindruckt diese Gestaltung, mit der sie, wie sie meinte, »erste Hoffnung auf Geborgenheit« ausdrücken wollte.

Die beiden unterschiedlichen Pole von tiefer Sehnsucht nach einem haltenden Objekt und gleichzeitig der Überzeugung, nirgends auf der Welt – selbst nicht in der Hand des mächtigen Gottes – Schutz zu finden, sind hier präsent. Doch auf den zweiten Blick zeigt sich in der Gestaltung einer ambivalenten Geborgenheit auch die Gefahr, aus der schützenden Hand zu stürzen oder von dieser zermalmt zu werden. Die Schwierigkeit, konstante Beziehungen einzugehen und nach anfänglicher Idealisierung das therapeutische Gegenüber auch schnell wieder zu entwerten, ist auch in der bildnerischen Therapie immer gegenwärtig und wird daher die Kunsttherapeutin in ihrer Beziehungsfähigkeit ebenso auf eine harte Probe stellen. Denn wenn schon

Gott keinen Halt gibt, wie soll das denn die Kunsttherapeutin schaffen ...

Dennoch eröffnet sich in der Kunsttherapie der schöpferische Agier- und Handlungsraum wie eine Bühne, deren beispielbares Feld sich um ein Drittes, eben diesen Zwischen-Raum des bildnerischen Werkes, erweitert. Diesen Raum kann die Patientin unter dem »Schirm« der zurückhaltenden, wertschätzenden, aufmerksam wahrnehmenden und strukturierten Begleitung der Therapeutin eigenständig »bespielen«.

Der beträchtliche Unterschied zwischen der verbalen, psychodynamischen Deutung und der fast nonverbalen Begleitung in der Kunsttherapie zeigt sehr klar, dass es hier nicht darum gehen kann, das Symptom zu »behandeln« und eventuell mit der gestalterischen Handlung zu beheben – das kann Kunsttherapie allein sicher nicht leisten. Vielmehr handelt es sich im klinisch-psychiatrischen Setting darum, im regelmäßigen Austausch mit dem »verbalen« Psychotherapeuten, d. h. dem behandelnden Arzt, Patienten mit einer Borderline-Pathologie einen durch das Medium des Bildnerischen etwas »Ich-ferneren«, erweiterten und daher einer Reflektion auch zugänglicheren Entwicklungsraum – übersetzt: Lebensraum – zu weisen (Fürstenau 2007).

4. Interaktion im kunsttherapeutischen Prozess

Die dyadische Beziehung zwischen Patient und Therapeut wird in der Kunsttherapie um das künstlerische Objekt erweitert, d. h. trianguliert. In der Behandlung kann das Werk als Agierfeld oder auch als Bühne für die sichtbare Darstellung und die Entfaltung der inneren Welt genutzt werden. Dank des Bildes als distanzschaffendem Dritten ist die Auseinandersetzung mit dem Bildnerischen ein durchaus sinnvolles und oft auch von Spannung und Schneidedruck entlastendes therapeutisches Angebot für diese Patientengruppe.

Mit der Bitte um Stellungnahme legte eine chronisch suizidale Borderline-Patientin der

Therapeutin ein Bild vor, auf dem in düsterer Gestaltung auf einem von links oben nach rechts unten laufenden, schmutzig-weißen Farbband vor schwarzem Hintergrund das Wort »Wie« zu sehen ist. Auf diese manchmal drängenden Bitten von Patienten, der Therapeut möge doch erklären, was seine Gestaltung wohl bedeute, sollte in der Kunsttherapie eher zurückhaltend eingegangen werden. Häufig dient dieses Ansinnen nur dazu, die Kontrolle über die Wirkung ihrer manchmal sehr »grauslichen« Darstellungen behalten zu wollen, in diesem Fall in Assoziation zu der Suizidalität. Hier wird eine technisch neutrale Haltung, wie z. B. die Anregung, selbst über die Bedeutung des Bildes nachzudenken und sich dafür Zeit zu nehmen, dazu beitragen, Kompetenzen zu stärken und dem Maler damit zu ermöglichen, auch für die negativen Inhalte seiner Gestaltung Verantwortung zu übernehmen. Außerdem wissen wir, dass Entwicklung in der Kunsttherapie nicht so sehr im Gespräch, sondern eher – ohne, dass wortloses Schweigen herrschen muss – auf dem Bild stattfindet! Dies gilt im Besonderen für Patienten mit Borderline-Störung, die jedem, nicht in modifizierter Borderline-Therapie erfahrenen Kunsttherapeuten mit ihren sprachlichen Katastrophenberichten und ihrer oft stereotypen negativen Argumentation haushoch überlegen sind. Daher kann in der Kunsttherapie der Bildraum als die Basis der therapeutischen Intervention bezeichnet werden. Denn auf dem Bild öffnet sich die Bühne, auf der sich das Drama dieser schweren Störung bildnerisch entfalten und oft Tragödie, aber doch auch Komödie sein kann. René Magritte sagt: »Auf dem Bild darf alles geschehen, sogar ein Mord.« Niemals besteht das Schauspiel nur aus einem einzigen Akt, sprich Bild(-Prozess). Ein einzelnes Bild ist immer nur ein Blitzlicht und beleuchtet die augenblickliche Inszenierung auf der inneren Bühne des Patienten. Bereits im nächsten Akt, d. h. im weiteren bildnerischen Prozess, kann das Drama einen ganz anderen, überraschenden Fortgang nehmen.

Fallvignette

Ein jugendlicher Patient, der nach massivem Alkoholabusus und aggressiven und autoaggressiven Impulsdurchbrüchen mit Gewalthandlungen und zwei Suizidversuchen in die Klinik eingewiesen worden war, konnte erst am Ende seines zehnwöchigen Aufenthaltes die Gedanken zu seinem Bild äußern (von Sprei 2018). In den Therapiestunden selbst hatte er, ohne über das Dargestellte zu sprechen, nur gemalt. Hatte er sein Bild fertiggestellt, forderte er die Therapeutin jedesmal ziemlich harsch auf, ihm die Bedeutung seiner Gestaltung doch gefälligt zu erklären. Aus genannten Gründen verwies diese ihn auf sein eigenes Wissen über seine Bilder, das sich ihm vielleicht erst nach einiger Zeit des »Darüber-Nachdenkens« – also einer Reflexion erschließen würde! Um aber den jungen Mann zu ermutigen, die tägliche intensive Auseinandersetzung im Gestaltungsprozess weiterzuführen, zeigte es sich angebracht, die kreative Leistung zur Stärkung der anderen Seite seiner provokanten und gewaltbereiten Persönlichkeit zu würdigen. Diese traurige andere Seite war geprägt von einem geringen und stets zu depressiven Einbrüchen führenden Selbstwertgefühl. Die Anerkennung seiner bildnerischen Leistungen nahm er, der auf der Station stets den überlegenen, gefährlichen und »coolen« Macho gab, jedes Mal mit diskretem Lächeln zur Kenntnis. Scham und Freude zugleich ...?

Anscheinend hatte das lange »Nachdenken« Früchte getragen. Über seine Bilder äußerte er sich erst beim Abschiedsgespräch am letzten Tag seines Aufenthaltes. Über ein Bild mit dem Titel »Mensch mit (ohne) Kopf«, das auf schwarzem Hintergrund eine kopflose Männergestalt mit nacktem Oberkörper zeigt, die den eigenen Schädel am Schopf hält, sagte er: »Das bin ich, der ohne Kopf! Dass mir so etwas passiert ist, hat mich immer wahnsinnig wütend gemacht. Ich bin derjenige, dem

das passiert ist; ich war so furchtbar sauer und habe alle nur noch so gehasst, dass ich alles ringsum hätte kurz und klein schlagen können. Inzwischen habe ich aber so ein komisches Gefühl, als ob ich auch der wäre, der dem armen Kerl den Kopf abgeschlagen hat.«

Hier half die bildnerische Darstellung dem Patienten zur Reflexion seines Verhaltens. Er erkannte, dass er sich nicht ausschließlich als Opfer seiner abwesenden, kalten und emotional wie auch durch Abwesenheit geprägten Erfahrungen mit den vernachlässigenden Eltern sehen musste, sondern auch als Mittäter, der sich, zusätzlich zur frühen Verletzung, immer weiter selbst schweren Schaden zugefügt hatte. Im Verlauf der Behandlung war es wichtig, den Blick des jungen Mannes vordringlich nicht nur auf den oft sehr destruktiven Inhalt seiner Bilder zu lenken, sondern vor allem auch auf die darin enthaltenen, Erkenntnis fördernden Botschaften. Das Bild rückte die abgespaltenen, ihm vormals unzugänglichen »Täter-Anteile« seiner Persönlichkeit weg vom ewig hilflosen Opfer-Dasein und allen damit verbundenen Rachefantasien erstmals wieder in sein »Blickfeld« und ermöglichte eine »integrierende«, weniger spaltende Selbstwahrnehmung. Die akzeptierende, »technisch neutrale« Therapeutin, die das Schweigen des Malers über all die Wochen tolerierte, gab dem Patienten wohl die Zeit, endlich auch sich selbst Gedanken über das Entstandene zu machen.

Der Kommentar zu seinem letzten Bild, auf welchem in kalten Blau-, Weiß- und Schwarztönen eine karge zerworfene »Winterlandschaft« zu sehen ist, an deren Horizont ein blass-gelber schwächerer Sonnenball auf- oder untergeht, lautete: »Ich bin traurig, es ist alles so kalt und abgestorben und die Sonne, die eigentlich wärmen sollte, ist blass und fern.«

Symbolisiert die Ausstrahlung der Sonne »ferne« mütterliche Fürsorge, so hat der Patient eine passende Metapher für sein frü-

hes leidvolles Erleben gefunden und kann als reifere Reaktion darauf nicht *mehr* nur hemmungslose Wut, sondern auch Trauer empfinden.

5. Ressourcenorientierung im kunsttherapeutischen Prozess

Mit der vom Ansatz eher kunstpädagogischen Methode des »Lernens« am Bild – also der Stärkung der mentalen Fähigkeiten und ihres angemessenen Ausdrucks über die positiven Erfahrungen beim »Kunstmachen« – kann die therapeutische »Kunst«-Methode dazu beitragen, die von Chaos, Instabilität, überschießender Emotion und mangelnder Mentalisierungsfähigkeit geprägte innere Welt der Patienten ansatzweise zu strukturieren und zu stabilisieren. In einem viel Geduld und »Standing« erfordernden (kunsttherapeutischen) Prozess und einer zugewandten, aber stets reflektierten therapeutischen Begleitung werden im Bild neben den Anteilen des Destruktiven immer auch die progressiven Veränderungspotenziale deutlich und im therapeutischen Prozess nutzbar (Benedetti 2001; Kramer 2004).

Trotz des bekannten und gefürchteten Agierpotenzials sollte dem Borderline-Patienten auch in der Kunsttherapie möglichst unvoreingenommen, vorurteilsfrei und neugierig begegnet werden. Diese Patienten fordern von den Therapeuten den Mut zum Experimentieren und ebenso den Mut, das Scheitern in der Therapie zu akzeptieren. Den Patienten dennoch zu respektieren und das Geschehen vor allem zu reflektieren, ist hier die Aufgabe. Dabei ist der aufmerksame Blick auf all das, was im Bild leben und sich entwickeln möchte, unverzichtbar. Und es ist der therapeutischen Zurückhaltung geschuldet, nicht sofort auf die ins Auge fallenden Merkmale von Selbstdestruktion und Defizit zu »fliegen«. Da ein Bild immer auch ein Selbstobjekt ist, gelingt es den Patienten manchmal leichter, den eigenen, intakten Persönlichkeitsanteil in der Gestaltung als authentischen Ausdruck jenseits von

Störung und Krankheit zu erleben und ihr bildnerisches Werk und damit sich selbst ein wenig mehr anzuerkennen und zu achten.

Fallvignette

Nach schwerer, fast tödlicher Selbstverletzung, einem verdeckten Suizidversuch, wurde eine 17-jährige Patientin von der Chirurgie auf die Akutstation der psychiatrischen Klinik verlegt. Anlass war ein sexueller Missbrauch, den sie seit ihrem zwölften Lebensjahr bis zu dem Suizidversuch erduldet hatte. Der damals 20-jährige Mann war ein entfernter Verwandter der Familie und ging im Haus ein und aus. Wie die Patientin später erzählte, sei sie sehr einsam gewesen, da ihre Eltern wegen ihrer eigenen Firma beruflich immer abwesend waren und er der einzige Mensch gewesen sei, der ihr ein wenig Wärme und Nähe gegeben habe. Ihre Eltern hätten nie etwas von dieser Beziehung gemerkt und die Mutter habe noch nicht einmal wahrgenommen, dass sie mit 14 Jahren ihre erste Periode gehabt habe, geschweige denn ihr erklärt, was das bedeutete. So war sie seit Jahren auch von den Eltern alleingelassen mit den sexuellen Wünschen dieses Mannes, der ihr immer damit gedroht habe, dass etwas ganz Schlimmes passiere, wenn sie das jemandem erzählen würde. Diese Angst, die sie niemandem mitteilen durfte, habe sie zunehmend verzweifelter gemacht. Seit Langem habe sie schon das Gefühl, das ihr Leib innerlich zerreißen würde und sie an diesem Mann ersticken müsse. Daher habe sie Schluss machen wollen (von Spreti 2004).

Ihre lange unterdrückten, aggressiven Fantasien lebte die junge Frau während ihres gesamten ca. fünfmonatigen Aufenthaltes täglich in der Kunsttherapie ausschließlich an ihren sorgfältig gestalteten Bildern aus. Dieses Vorgehen wurde von der Kunsttherapeutin mit behandelndem Arzt und Stationsteam besprochen, falls die Patientin (ähnlich der Situation im ersten Fall),

sich zur Impulskontrolle fähig zeigt. In der Klinik unterblieben die Selbstverletzungen tatsächlich, trotz der üblichen Gefühlsstürme, trotz Agierens, Idealisierung und Entwertung ihrer Therapeuten, trotz depressiver Einbrüche und aggressivem Verhalten. Nach einigen Wochen zeigte sich auch hier, welche gegensätzliche Bedürfnisse hinter gewalttätiger Selbstverletzung und dem Suizidwunsch stehen. Aus dunkler Kargheit einer frühen Prägung entsteht eine tiefe Bedürftigkeit, die sich in der Gestaltung »Vogel im Nest« im Bild des aus einem kargen, schwarzen Nest herausragenden Vogelkopfes am spitzen Schnabel zur verletzenden Schärfe wandelte.

Als letzte Gestaltung entstand ein Regenbogen. Er integriert Regen und Sonne, Sturm und Windstille, vielleicht auch emotionale Bedrückung und beruhigenden Ausblick.

Katamnestic war acht Jahre nach Klinikaufenthalt von der Patientin zu erfahren, dass sie ein Sozialpädagogik-Studium abgeschlossen hatte und halbtags in ihrem Beruf arbeitet. Sie ist alleinerziehende Mutter zweier Kinder. Wie sie sagte, gehe es ihr gut. Nur mit einem Mann zusammenleben könne sie nicht. Die Kinder seien von zwei verschiedenen Vätern und sie habe sich jedesmal kurz nach der Geburt von ihnen trennen müssen.

Literatur

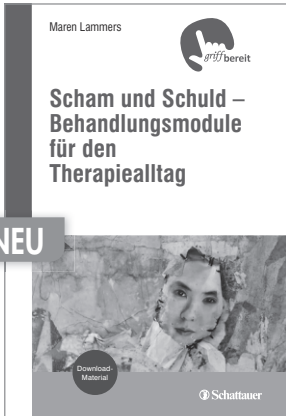
- Benedetti, G. (2001). Selbstbild und therapeutischer Spiegel bei Todesträumen in der Psychotherapie. In: von Spreti F., Martius Ph., Breindl, K. & Förstl, H. (Hg.). *Selbstbilder in Psychose und Kunst*. München: Akademischer Verlag, 119–130.
- Fürstenau, P. (2007). *Psychoanalytisch Verstehen, systemisch Denken, suggestiv intervenieren* (3. Auflage). Stuttgart: Pfeiffer (Klett-Cotta).
- Kramer, E. (2004). *Kunst als Therapie mit Kindern* (5. Auflage). München: Reinhardt.
- Lohmer, M. (2005). *Borderline-Therapie* (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer, Stuttgart.
- Martius, Ph. (2020). Am Beispiel der TFP nach Kernberg: Wie übersetzt man ein störungsspezifisches Therapiemanual in ein multimodales Behandlungsprogramm? *Persönlichkeitsstörungen* 24(1), DOI 10.21706/ptt-24-1-55.
- Rentrop, M. (2001). Symptomatik und Kreativität. In: von Spreti, F., Martius, Ph., Breindl, K. & Förstl, H. (Hg.). *Selbstbilder in Psychose und Kunst*. München: Akademischer Verlag.

- von Spreti, F. (2004). Weiß wie Schnee, Rot wie Blut, Schwarz wie Ebenholz. Kunsttherapie bei Borderline-Störungen. In: Timmermann, T. (Hg.). Empfinden – Hören – Sehen. Wiesbaden: Reichert Verlag, 63–90.
- von Spreti, F. (2005a). Die Kunsttherapiegruppe auf der Akutstation. In: von Spreti, F., Martius, Ph. & Förstl, H. (Hg.). Kunsttherapie bei psychischen Störungen. München: Elsevier, 293–303.
- von Spreti, F. (2005b). Kunsttherapie mit Borderline-Patienten. In: von Spreti, F., Martius, Ph. & Förstl, H. (Hg.). Kunsttherapie bei psychischen Störungen. München: Elsevier, 124–134.
- von Spreti, F. (2008). Aggression, Autoaggression, Angst und Alkohol – Eine Adoleszentenkrise. In: Martius, Ph., von Spreti, F. & Henningsen, P. (Hg.). Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen. München: Elsevier, 71–81.
- von Spreti, F. & Marten, D. (2018). Handwerk Kunsttherapie. In: von Spreti, F., Martius, Ph. & Steger, F. (Hg.). Kunsttherapie. Wirkung – Handwerk – Praxis. Stuttgart: Schattauer, 527–577. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Yeomans, F.E., Clarkin, J.F. & Kernberg, O.F. (2017). Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Borderline-Patienten. Stuttgart: Schattauer.

Korrespondenzadresse

Prof. Flora von Spreti
E-Mail: flora@spreti.de

Kompakte Orientierung und konkrete Interventionen



Reihe *griffbereit*
2020. 212 Seiten, broschiert
€ 30,- (D)
ISBN978-3-608-40011-3

Maren Lammers

Scham und Schuld – Behandlungsmodule für den Therapiealltag

- **Höchst integrativ:** Techniken aus der Schematherapie, ACT, Körper- und Gestalttherapie sowie Emotionsregulationsstrategien und Kommunikationsübungen
- **Hilfreich:** Praxistipps für konkrete Therapie-situationen und erste Hilfe bei Krisen
- **Online:** Alle Arbeitsblätter praktisch zum Download und Ausdruck

Scham und Schuld sind Emotionen, die den therapeutischen Alltag begleiten und prägen: Einerseits bildet dysfunktionales Scham- und Schuld erleben den Kern der Entwicklung psychischer Erkrankungen, andererseits entstehen Scham und Schuld auch als Folge psychischer Erkrankungen. Viele Patientinnen und Patienten schämen sich gar, eine Therapie „nötig“ zu haben und fühlen sich schuldig, es nicht alleine hinzubekommen.

Irrtum und Preisänderungen vorbehalten.

www.klett-cotta.de/schattauer

 **Schattauer**

Peter Rottländer
Mentalisieren mit Paaren
Reihe »Mentalisieren
in Klinik und Praxis«,
herausgegeben von
Ulrich Schultz-Venrath

Mit einem Vorwort von Eia Asen
224 Seiten, gebunden,
mit Downloadmaterialien
€ 30,- (D)
ISBN 978-3-608-96454-7



Schlüsselkonzept für die Lösung von Paarkonflikten

Verfestigte Konflikte und dysfunktionale Verhaltensweisen zwischen den Beziehungspartnern stellen alle, die therapeutisch mit Paaren arbeiten, vor besondere Herausforderungen. Das Mentalisieren ist eine effiziente Methode, durch die sich Dysbalancen und Störungen in Paarbeziehungen identifizieren und lösen lassen.

- Das erste Buch speziell für die mentalisierungsbasierte Paartherapie und -beratung
- Bietet Anregungen und Anstöße für alle, die mit Paaren in Krisen arbeiten

Blättern Sie im Buch und bestellen Sie im Webshop:
www.klett-cotta.de
Wir liefern **portofrei** nach D, A, CH

**Fach-
buch** 
Klett-Cotta

Musiktherapie in der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen

Ingrid Erhardt

Zusammenfassung

Musiktherapie ist ein psychotherapeutisches Verfahren bei dem Musik als kreatives Medium den Zugang zu und Ausdruck von Emotionen fördert. In der aktiven Musiktherapie wird mittels freier Improvisation ein akustischer Begegnungsraum eröffnet, in dem man sich durch musikalische Parameter ausdrücken kann und in dem sowohl innerpsychisches Erleben als auch interpersonelle Verhaltensmuster hörbar werden. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen weisen Schwierigkeiten in der Selbst- und Beziehungsregulation auf, sodass Musiktherapie ein hilfreiches Verfahren ist, um diese unmittelbar ins Erleben zu bringen. Anhand klinischer Beispiele wird aufgezeigt, wie Menschen mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen musiktherapeutische Interaktionen erleben und inwiefern diese zu einer Veränderung beitragen können.

Schlüsselwörter

Musiktherapie; künstlerische Therapie; Persönlichkeitsstörungen; Interaktionserfahrungen

Abstract

Music therapy in the treatment of patients with personality disorders: Music therapy is a form of psychotherapy in which music as a creative medium promotes access to and the expression of emotions. In active music therapy, free improvisation opens up an acoustic space in which one can express oneself through musical parameters and in which the inner psychological experience as well as interpersonal behavioral patterns can be heard. Patients with personality disorders have difficulties with self- and relationship regulation, so music therapy can be a helpful process to experience this directly. Clinical examples show how people with different personality disorders experience interactions in music therapy and the extent to which this can contribute to change.

Keywords

music therapy; art therapy; personality disorders; interaction processes

Cite as Erhardt, I. (2020). Musiktherapie in der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen* 24(1), 23–32. DOI 10.21706/ptt-24-1-23

Einleitung

Musiktherapie mit psychotherapeutischem Ansatz ist der gezielte Einsatz von Musik als Medium im Rahmen einer therapeutischen Beziehung zur Verbesserung des persönlichen Ausdrucks und der zwischenmenschlichen Kommunikation. In der Musiktherapie wird mithilfe musikalischer Parameter in ihrer elementarsten

Form, d. h. Rhythmus, Klangfarbe, Tonfolge, Tonhöhe, Dynamik usw., eine intra- sowie interpsychische Veränderung angestrebt. Musiktherapeuten haben in der Regel einen grundständigen oder Aufbaustudiengang der Musiktherapie absolviert, der sich in der therapeutischen Ausrichtung und Praxisbezogenheit unterscheiden kann und auf die unterschiedlichen psychosozialen Arbeitsbereiche vorbereitet (siehe dazu Studienführer, DMtG 2017).

Meist wird zwischen der aktiven (Übersicht bei Schmidt, Stegemann & Spitzer 2019) und der rezeptiven Musiktherapie (Frohne-Hagemann 2014), bei der das gemeinsame Musikhören zentral ist, unterschieden. Musik und Musizieren ist ein Merkmal des Menschen, das in allen bekannten Kulturen vorkommt. Die Hauptmotive für die Beschäftigung mit Musik sind das Erleben und Regulieren von Emotionen und Stimmungen (Koelsch 2014; siehe auch Koelsch & Fritz 2007). Dieselben Musikstücke oder -werke können sehr unterschiedliche Resonanzen erzeugen und nicht nur als positiv erlebt werden, sondern auch als unangenehm, störend, irritierend, emotional zu aufwühlend. Das Musikerleben ist abhängig von der individuellen Hörerfahrung und -erwartung, wobei der situative Kontext und der soziokulturelle Hintergrund eine wichtige Rolle spielen.

Im vorliegenden Beitrag beziehe ich mich auf die (inter)aktive Musiktherapie mit Erwachsenen, die im Einzel- sowie Gruppensetting in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken angewendet wird. Die Indikation der Musiktherapie wurde intensiv beforscht (Smijsters 2000, S. 125 ff.), in der Praxis wird jedoch leider meist zugunsten des Versorgungsauftrags entschieden, so werden zum Beispiel alle Patienten der jeweiligen Klinikstationen der Musiktherapie zugewiesen oder die Patienten werden auf frei werdende Plätze zwischen den vertretenen kreativen Erlebnistherapien aufgeteilt.

In der Musiktherapie profitieren insbesondere Menschen, die sich schwertun, ihre Emotionen sowie ihre Beziehungen zu regulieren. Inzwischen gibt es einige Metaanalysen über Wirkungsstudien zur Musiktherapie (z. B. Aalbers, Fusar-Poli & Freeman 2017; Argstätter et al. 2007). Auch wenn bisher nur einige Störungsbilder durch empirische Studien untersucht wurden, gehört Musiktherapie in zahlreichen Kliniken zum Behandlungsspektrum und wird zum Beispiel in der Psychosomatik (Kächele et al. 2003; Kächele & Schmidt 2009) und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Stegemann et al. 2008) angeboten. In dem vorliegenden Beitrag

fokussiere ich mich auf die klinisch-therapeutische Arbeit mit erwachsenen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen.

Die wichtigste Interventionsform dabei ist die freie Improvisation, die in diesem Sinne dem freien Assoziieren in der Psychoanalyse ähnelt, bei dem spontan ausgesprochen bzw. hier spontan gespielt wird, was einem gerade in den Sinn kommt und was sich durch den spontanen Ausdruck der bewussten Kontrolle entzieht. Aber auch die »Assoziative Improvisation« (Eschen 1983, S. 41; Eschen 1996, S. 29f.) wird zu Beginn einer Sitzung eingeführt, bei der nur ein anfängliches Bild oder eine anfängliche Stimmung vorgegeben werden, die dann aber offen ist für musikalische Einfälle aller Art der Einzelnen. In der therapeutischen Dyade oder in der Gruppe öffnet sich ein Assoziationsraum. Der musikalische Gruppenprozess verläuft dabei oftmals in Phasen, wie der chaotischen, der differenzierenden, der kommunikativen und der spezialisierenden Phase (Phasenmodell n. Kapteina zit. nach Seidel 1983, S. 52). Je nach therapeutischem Setting und Behandlungsgruppe ist auch von Anfang an strukturiertes Spiel möglich und nötig, in der Regel mit leicht spielbaren Instrumenten (z. B. Perkussionsinstrumente, pentatonische Saiten- oder Metallinstrumente usw.), die für musikalische Laien leicht spielbar sind und die von der Musiktherapeutin zum Beispiel am Klavier oder mit der Gitarre begleitet werden. Es entsteht ein interpersoneller Raum, in dem man Gehör finden, sich zeigen und neue Handlungsspielräume erproben kann. Im musikalischen Dialog werden Synchronizität, Rhythmizität und damit Reziprozität unmittelbar erlebbar und ermöglichen die Beziehungsarbeit auf nicht-sprachlicher Ebene. Für jemanden oder mit jemandem zu spielen, ist hörbar gewordener Ausdruck von Bezogenheit, er spiegelt, trägt, hält und lädt zu wechselseitigem Austausch ein. Musik ist dabei wie Tanz das »Übereinstimmen im geteilten verkörperten Raum« (Malloch & Trevarthen 2009, S. 6f.) und ist damit eine Form des Miteinanderspiels wie Winnicott (1973, S. 15) es auch für die Psychotherapie beschrieben hatte.

In der aktiven Musiktherapie wird die Interaktion über Rhythmus, Klang usw. unmittelbar spürbar. Dem kann man sich nicht entziehen, selbst wenn man den Blickkontakt scheut oder die passenden Worte nicht findet. Das Spiel kann appellativ, konfrontativ, verstörend sein, aber auch zart, einfühlsam, verführerisch. Man muss sich positionieren, indem man mit dem Rhythmus des anderen mitgeht, sich anpasst, einen eigenen dagegen setzt, mit oder gegen den anderen spielt. Das freie musikalische Spiel kann arhythmisch sein, bis man wie von selbst in einen gemeinsamen Grundrhythmus findet und die Teilnehmer sich synchronisieren (vgl. Erhardt & Brisch 2019, S. 124 ff.). Man kann sich im Hintergrund halten, aber auch ausprobieren, wie es sich anfühlt, mal lauter und schneller zu spielen, ohne ausgegrenzt oder kritisiert zu werden. Man kann die Erfahrung machen, überwältigt zu sein vom eigenen Spiel, und das Gefühl haben, sich darin zu verlieren und aufgefangen zu werden durch einen anderen, der klare und schützende Grenzen anbietet. Man kann getragen werden vom Klang einer Melodie und sich ermutigt fühlen, seine eigene Stimme einzufügen. Aufgrund der Intensität musikalischer Erfahrungen können Emotionen ausgelöst oder verstärkt werden, aber auch Regression, Euphorie oder Trance. Daher ist es von größter Bedeutung, diese therapeutisch zu begleiten und aufzufangen und gegebenenfalls einzugrenzen, um einer überfordernden Erfahrung vorzubeugen.

Musiktherapie ist ein ressourcenorientiertes Verfahren, welches bei den Interessen, Affinitäten und Fähigkeiten des Patienten anknüpft, anstatt problem- und defizitorientiert vorzugehen, was Patienten meiner Erfahrung nach oft als entlastend und belebend im Klinikalltag empfinden. Insbesondere die Arbeit mit Menschen mit strukturellen Störungen der Persönlichkeit oder im Sinne von Balints Grundstörungen (Balint [1970] 2002) erschweren die Arbeit mit Deutungen und anderen verbalen Behandlungstechniken (ebd., S. 28). Künstlerische Therapien bieten eine Chance, einen alternativen Zugang zu psychischen und intersubjektiven Prozessen zu finden.

Es ist ein verbreitetes Missverständnis, dass Musiktherapie ein rein nonverbales Therapieverfahren sei, das Patienten lediglich animieren oder zur Entspannung beitragen solle. Es handelt sich vielmehr um ein komplexes psychotherapeutisches Verfahren, bei dem multimodal auf mehreren Ebenen und Kanälen der Wahrnehmung gearbeitet wird, wobei emotionales sowie Selbst- und Beziehungserleben im Mittelpunkt stehen. Die Therapeutin erkennt durch die Art und Weise, wie Patienten musikalisch in Kontakt treten, wie zögerlich und ängstlich, oder dominant und Raum einnehmend, wie verhalten oder bestimmend, wie gleichgültig oder bezogen, wie frei oder kontrolliert sich jemand ausdrückt. Darin zeigen sich die verschiedenen Persönlichkeitsmerkmale, -züge und -akzentuierungen. Die unterschiedlichen Beziehungsangebote, insbesondere bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen werden szenisch in jeder therapeutischen Interaktion spürbar, in der Musiktherapie zusätzlich hörbar, was sich wie in einem musikalischen »Handlungsdialog« (Klüwer 1983) ausdrückt. Die Regulierung von Nähe und Distanz ist wichtig für das Erproben neuer Handlungsmöglichkeiten und Beziehungserfahrungen. Vor diesem Hintergrund ist vor allem die Arbeit mit Gruppen eine besondere Herausforderung für jeden Therapeuten, um den unterschiedlichen Bedürfnissen sowie den intra- und interpersonellen Besonderheiten der Gruppenteilnehmer gerecht zu werden, die oft zeitgleich ausgedrückt werden und wechselseitig miteinander interagieren.

Musik als therapeutisches Medium bietet zahlreiche Besonderheiten, wobei hier nur einige aufgeführt werden. Beim gemeinsamen Musizieren werden »neuronal Aktivitätsmuster synchronisiert und harmonisiert«, was als eine »Einheit von Denken, Fühlen und Handeln erlebt wird, sowohl individuell als auch innerhalb einer durch Rhythmus verbundenen Gruppe« und eine Art »soziale[r] Resonanz« erzeugt (Hüther 2003, S. 24 ff.). Dazu tragen Vertrautheit, Rhythmus und Ordnung als Faktoren für die sich entfaltenden »assoziative[n] Verknüpfungen mit ›inneren Bildern‹ bei, die ein Gefühl von Sicherheit und

Geborgenheit vermitteln« (ebd.). In der empirischen Interaktionsforschung werden Rhythmus und Synchronisation untersucht, um Resonanzprozesse in der Kommunikation besser zu verstehen. Synchronisierung¹ konnte in den Körperbewegungen von Patient und Therapeut die Qualität der therapeutischen Beziehung und den Therapieerfolg vorhersagen (Ramseyer 2010).

Es entsteht ein »intermediärer Bereich von Erfahrungen« (Winnicott [1973] 2012, S. 11), in »innerer psychischer Realität und äußerer Welt«, die im Spiel und in der künstlerischen Kreativität zum Ausdruck kommt (ebd. S. 15). Dies wird in einer spiegelnden Kommunikation in der musikalischen Improvisation, in der Bedeutungen entstehen und implizites Verstehen möglich wird, wirksam. Musik kann auch als »Selbstobjekt« (Kohut 1971, siehe auch Tüpker 2003, S. 134) fungieren.

Im Gruppensetting wird auch eine »Spiegel-Reaktion der Gruppe« (Foulkes nach M. Hirsch, S. 62) ausgelöst, bei der die eigenen Seiten durch die Gruppe widergespiegelt werden, da diese Prozesse unmittelbar hörbar und intersubjektiv spürbar werden. Interaktionsphänomene in analytischen Sitzungen können anhand musikalischer Parameter wie Rhythmus und Tonhöhe mikroanalytisch untersucht werden (Knoblauch 2000, S. 1 ff.; 2019, S. 13) und die sprachlich nicht vermittelbaren Bedeutungen hörbar werden lassen. Im musiktherapeutischen Prozess werden diese Phänomene unmittelbar für alle Beteiligten auf nicht-sprachlicher Ebene wahrnehmbar, zu einer akustischen Gestalt und zu einem gemeinsam kreierte Dritten, im Hier und Jetzt erlebbar. Anschließend kann das individuelle Erleben während des Musizierens in einem therapeutischen Nachgespräch gemeinsam reflektiert werden.

Im Folgenden möchte ich nun auf die Besonderheiten im Erleben und Verhalten von Menschen

mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen eingehen und welche Implikationen, Chancen und Schwierigkeiten sich für die musiktherapeutische Praxis dadurch ergeben. Dabei verzichte ich darauf, mich auf ein bestimmtes Diagnosesystem zu beziehen. Es kann hier weder ein Anspruch auf Vollständigkeit geleistet noch die Komorbidität berücksichtigt werden.

Schizoide Persönlichkeitsstörung

Schizoide Menschen würden von sich aus kaum die Initiative für eine Kontaktaufnahme ergreifen, sondern diese vielmehr vermeiden, schon gar nicht in einem Raum voller Instrumente mit Menschen in Beziehung treten. Somit stellt diese Situation eine besondere Hürde dar, sich auf einen solchen Gruppenprozess einzulassen. Manche bevorzugen daher eher das Einzelsetting, wobei andere sich in der Gruppe versuchen zu »verstecken«, um der therapeutischen Beziehung in der Dyade auszuweichen. Sie bezweifeln den Sinn, sind dabei kritisch und ablehnend, was die oftmals dahinterliegenden sozialen Ängste vor erneuten Enttäuschungen verbergen soll. Entsprechende Reaktionen bekommen sie von Gruppenteilnehmern. Nach und nach ermöglichen die Erfahrungen von gegenseitiger Abstimmung und das Aufeinander-Einschwingen, d. h. durch andere nicht nur Resonanz zu erfahren, sondern Resonanz auch gemeinsam zu erzeugen, einen wichtigen therapeutischen Wendepunkt.

Fallvignette

Eine 43-jährige Frau lebte zurückgezogen, ihre einzige emotionale Beziehung pflegte sie zu ihrem Hund. Sie dekompenzierte nach einer »dauernden menschlichen Reizüberflutung« als sie in einem Großraumbüro arbeitete. Sie wuchs bei einer Mutter auf, die emotional abweisend gewesen sei und einem Vater, der sie massiv entwertet habe. Sie sei im Elternhaus stets auf der Hut gewesen. Ihr Studium brach sie kurz vor dem Abschluss wegen Prüfungsängsten ab und schlug sich seitdem mit Gelegenheits-tätigkeiten durch. Die Patientin, die »Men-

¹ In der Musiktherapie gibt es dazu zum Beispiel Untersuchungen mit autistischen Kindern (Schumacher 2007).

schen grundsätzlich verabscheut, weil sie so widerlich sind und einem immer zu nahe kommen müssen«, konnte sich allmählich erstaunlich gut einlassen auf den musiktherapeutischen Gruppenprozess. Durch das gemeinsame Musizieren und Musikhören kamen ihr die anderen Teilnehmer physisch und verbal nicht zu nah, vielmehr empfand sie diese Art, sich zu hörbar zu machen und sich zu hören, als »überschaubar« und damit als sicher. Die Musik fungierte als Feld oder als ein Drittes, da die Interaktion über die Musik, die zwischen dem Selbst und den anderen entsteht, selbstwirksam beeinflusbar wird. Musik kann eine triangulierende Funktion einnehmen, die verbindet, ohne persönliche Grenzen zu überschreiten.

Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Selbstunsichere bzw. ängstlich-vermeidende Menschen tun sich schwer, sich zu zeigen und auf andere zuzugehen. Zu groß ist die Angst vor Ablehnung oder Blamage. Daher kostet es insbesondere diese Menschen einerseits viel Überwindung, an der Musiktherapie teilzunehmen, und stellt andererseits auch eine besondere Chance dar. In der musikalischen Improvisation wirken diese Menschen zunächst angespannt und verhalten, sind angepasst, um nicht aufzufallen. Im Laufe der Zeit kommen sie zunehmend »aus sich heraus«, wenn sie die Erfahrung machen, von der Therapeutin und den Gruppenmitgliedern angenommen zu werden und sich daher nicht beurteilt fühlen müssen. Am Beispiel anderer im Sinne des sozialen Lernens erleben sie, dass ihre Befürchtungen unbegründet sind, und können so nach und nach neues Verhalten ausprobieren, was sie sich sonst bisher nicht trauten. So können sie zum Beispiel etwas lauter oder schneller spielen und sogar ein kleines Solo in der Gruppe wagen, bei dem sie aus dem Hintergrund in den Vordergrund treten – in selbst gewählter Intensität und Dauer. Meiner Erfahrung nach blühen gerade die selbstunsicheren vergleichbar mit den sozial ängstlichen Patienten

regelrecht auf im Laufe des Gruppenprozesses. Dabei erscheint das Medium Musik für sie auf unerwartete Art und Weise sicherer als Worte, sodass Scham und Insuffizienzgefühle einem veränderten Selbsterleben mit Selbstwirksamkeit und Zughörigkeit weichen können.

Fallvignette

Eine junge 19-jährige Patientin, die kurz vor dem Abitur stand, litt unter Ausgrenzung und Abwertung von Mitschülern und tat sich schwer, für sich einzustehen und sich etwas zuzutrauen. Sie wohnte bei ihrer alleinerziehenden Mutter, mit der sie eine verwickelte Beziehung hatte und für die sie sich verantwortlich fühlte. Der Vater hatte die Familie zehn Jahre zuvor verlassen und es gab zu diesem keinen Kontakt.

Die Patientin fühlte sich sichtlich unwohl in der Gruppe und blieb zunächst im Hintergrund. Sie spielte leise auf kleinen Instrumenten und war dabei kaum hörbar. Die Gruppe tolerierte ihre Zurückhaltung. Soli traute sie sich nicht zu, aber im Dialogspiel in der Gruppe wurde sie erstmals hörbar und bekam positive Rückmeldungen. Ihr Spiel wurde daraufhin deutlich hörbarer, sie probierte auch größere Instrumente aus und entdeckte ihre Vorliebe für die Bassschlitztrommel, mit der sie auch mal der Gruppe den Rhythmus vorgeben konnte. Sie traute sich zunehmend, sich auch in der Gruppe zu äußern und ihre Meinung zu vertreten.

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Zwanghafte Menschen tun sich anfänglich schwer mit dem »kreativen Chaos« in einer musiktherapeutischen Improvisation. Ihr Bedürfnis nach Struktur und Ordnung finden sie vor allem bei der rezeptiven Musiktherapie, d.h. dem therapeutisch begleiteten Musikhören, oder dem Singen von Liedern unter musikalischer Begleitung. Sie verweigern anfangs oftmals die Teilnahme, fordern Struktur ein, z.B. einen vorgegebenen Rhythmus oder geben selbst den Ton an. Dabei wäre ein erstrebenswerter therapeu-

tischer Veränderungsprozess, die zwanghafte Ordnung etwas auflockern zu können und zu wagen, von den vorgegebenen oder vertrauten Wegen abweichen zu können. Von der Rigidität zu einer lustvolleren Experimentierfreude ist zu gegebenermaßen ein langer Weg. Dabei kann jedoch die Erfahrung mit der Musik erfrischend sein, zum Beispiel von der Ordnung zum Chaos und wieder zurück zur Ordnung zu kommen. Die Therapie ermöglicht das Erleben, dass ein sich ständig wechselnder Rhythmus, atonales Spiel oder Dissonanzen sich in ein gemeinsames Schwingen und Abstimmen verändern können, die in sich als kohärent und stimmig erfahren werden können. Sich im Innersten ergreifen und berühren zu lassen durch die Musik, erfordert sich einzulassen, was bei zwanghaften Patienten Angst vor Kontrollverlust auslöst und anfangs von diesen verhindert werden muss. Doch der Klang gewordene Gruppenprozess ist einer dem man sich schwer entziehen kann und vielmehr trotz anfänglicher Widerstände »mitreißt«.

Fallvignette

Eine 56-jährige Patientin kam mit einer Depression in die Klinik. Deutlich wurde ihre zwanghafte Persönlichkeit einerseits durch ihren Perfektionismus, den sie von sich erwartete, und andererseits durch ihr kontrollierendes Verhalten den Mitpatienten und dem Klinikpersonal gegenüber. Anfangs war es ihr nicht denkbar, an der Gruppe teilzunehmen. In einer Einzelsitzung probierte sie eine Melodie auf dem Klavier aus. Sie war dabei hektisch und angespannt, wiederholte immer und immer wieder dieselbe Tonfolge, fiel stets an derselben Stelle raus, erklärte dabei, dass sie dieses Stück doch mal gekonnt habe. Schließlich bat ich sie, einmal innezuhalten und zuzuhören. Ich spielte einen einzigen Ton auf dem Klavier, nach wenigen Sekunden brach sie in Tränen aus. Sie habe immer versucht, es ihrer Mutter recht zu machen, nie sei sie gut genug gewesen, obwohl sie sich so bemüht habe. Ich bot ihr an, mit mir zu improvisieren und spielte ein langsames Ostinato, woraufhin sie zunächst

zaghafte einging. Ich begleitete harmonisch ihre Tonfolgen, sodass sie allmählich kräftiger und freier spielen konnte. Ihre Stimmung hellte sich auf und sie war sichtlich gelöst, fühlte sich sicherer im Kontakt. Das musikalische Beziehungsangebot eröffnete einen Raum, sich einzulassen und zu zeigen, ohne fürchten zu müssen zu versagen, da es keine falschen Töne, keine Kritik gibt. Vielmehr entsteht etwas Gemeinsames durch wechselseitige Resonanz, durch die gespielte Musik mit dem Gegenüber. Schließlich konnte sie sich auch auf den Gruppenprozess einlassen und zunehmend weniger kontrolliert an den Improvisationen teilnehmen, ohne sich oder andere kritisch zu bewerten. Dabei imponierte sogar eine kindlich anmutende Freude am Spiel, eine ihrer Facetten, die sie lange unterdrückt habe.

Depressive Persönlichkeitsstörung

Depressive Patienten fallen oftmals durch ein zaghafte bis teilnahmsloses monotones Spiel auf. Sie passen sich äußerlich an, würden sich aber am liebsten zurückziehen, geschweige denn sich anderen zeigen und mit ihnen kommunizieren. Auf der Persönlichkeitsebene begegnen uns diese Patienten nicht unbedingt aber häufig mit einer klinisch relevanten depressiven Episode, die dazu geführt hat, dass sie sich selbst und anderen gegenüber negativ eingestellt sind. Genuss und Humor scheinen ihnen fremd zu sein, dagegen dominieren Freudlosigkeit, Sorgen und negatives Denken. Die innere Leere wird hörbar im Nichtspielen oder im monotonen Rhythmus, die den langsamen Schritt und die unbewegte Mimik vieler depressiver Menschen widerspiegelt. Bei dieser Patientengruppe steht therapeutisch oftmals zunächst die Aktivierung im Vordergrund. Insbesondere da der Zugang über verbale psychotherapeutische Verfahren oftmals durch die Antriebsschwäche und Verschlussenheit erschwert ist. In der Musiktherapie versuchen wir in ihnen Resonanz zu erwecken. Während das aktive Spiel als besonders mühsam erlebt wird, scheint das gemeinsame Hören von

Musik mit anschließender Reflexion eher angenommen zu werden. Positive Wirkungen auf die Stimmung scheint dabei vor allem von Musikstücken in 3/4- (v.a. Walzer) bzw. 6/8-Takten (z. B. Barcarolle wie auch in Wiegenliedern) auszugehen, die sie innerlich in Bewegung bringen, was sich in Mimik, Gestik und anschließendem Spiel ausdrückt. Dabei entsteht die emotionale Erfahrung, durch die Musik getragen zu werden in einer geteilten emotionalen Erfahrung in der Gruppe und mit der Therapeutin.

Fallvignette

Eine 21-jährige Patientin kommt erstmals in die Psychiatrie nach einem depressivem Einbruch. Sie lebte bei den Eltern, wobei vor allem die Beziehung zur Mutter durch Parentifizierung verstrickt war und Ablösungsversuche schuldhaft verarbeitet wurden. Ihr Spiel begann langsam und monoton, war von Schwere und Antriebslosigkeit gekennzeichnet. Im Laufe der Zeit nahm sie zunehmend dynamische Impulse auf und reagierte mit musikalischen Antworten, ohne dabei zu imitieren, sondern sie brachte neue Motive und Rhythmen ein. Erst durch das gemeinsame Anhören einer Audioaufnahme unserer Improvisation konnte sie sich davon überzeugen, dass ihr Spiel kräftiger und sicherer in Rhythmus, Dynamik und Phrasierung geworden war. Sie wirkte zunehmend vitaler und selbstsicherer, was ihr auch von der Gruppe gespiegelt wurde.

Borderline Persönlichkeitsstörung

Patienten mit Borderline-Störung tun sich schwer, ihre Affekte zu regulieren. Vielmehr schwanken die Stimmungen stark. Massive Traurigkeit oder Wut, aber auch das Gefühl der inneren Leere sind charakteristisch. Die gegensätzlichen Impulse und Strebungen, affektiver und kognitiver Zustände mangeln einer Integration (Lohmer 2002, S. 5) und erfordern oftmals eine angepasste Behandlungstechnik. Die innerpsychische Spaltung zeigt sich auch interpersonell. Sie tun sich schwer, Nähe und Distanz zu regulieren, haben Angst

vor Verlust aber auch vor Vereinnahmung. Diese Patienten »sprengen« nicht selten eine Gruppensitzung in der Improvisation, indem sie impulsiv reagieren, wenn Ihnen etwas zu nah wird oder sie sich übersehen fühlen. Daher stellt die Musiktherapie in der Gruppe einerseits eine besondere Herausforderung dar, es konnte aber gezeigt werden, dass diese Patienten von spezifischen musiktherapeutischen Interventionen profitieren können (Strehlow 2010; Strehlow & Schmidt 2017; Pitt 2012). Dabei kann die gemeinsam kreierte Musik als »Container« (Bion 1961) mit affektiver »Markierung« (Fonagy, Gergely & Target 2004) fungieren, in dem der Affekt aufgenommen und moduliert zurückgegeben wird.

Fallvignette

Eine 32-jährige Patientin kam, nachdem sich ihr Lebenspartner und Vater ihres Kindes von ihr trennte, worauf sie mit selbstverletzendem und suizidalem Verhalten reagierte. Über ihre Kindheit und den sexuellen Missbrauch wollte sie nicht sprechen. Im Vorgespräch entwertete sie die therapeutischen Angebote und schloss Improvisation in der Gruppe aus. Sie brauche Struktur, ohne die würde »ich mich verlieren«. Auf das Angebot im Einzelsetting ging sie ein. Dabei wählte sie anfangs Lieder aus Musicals aus, die wir uns gemeinsam anhörten, dann auch gemeinsam sangen. Schließlich schlug ich ihr vor, ein eigenes Lied zu schreiben und dabei einen eigenen Text zu vertonen, eine Form, die Struktur, aber auch Raum für persönlichen Ausdruck gibt. Begeistert kam sie zur nächsten Sitzung mit einem selbst geschriebenen Gedicht, welches von Verlust und Schmerz, aber auch von Kraft und Hoffnung handelte. Wir vertonten dieses gemeinsam in den folgenden Stunden. Ihr Lied spiegelte ihren therapeutischen Veränderungsprozess wider. Die daraus entstandene Tonaufnahme bedeutete ihr viel und sie teilte sie zum Abschied auch mit den Mitpatienten auf Station. Im Verlauf zeigte sie sich weniger feindselig, sondern offener und kooperativer.

Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung neigen zu anspruchsvollem und arrogantem Verhalten, suchen die Bewunderung anderer. Bleibt diese aus, sind sie gekränkt, neigen dazu, andere zu entwerten, um ihr Selbstwertgefühl zu stabilisieren (vgl. Kernberg [2006] 2010, S. 115 ff.). Sie tun sich oftmals schwer, sich in Gruppen einzufügen und Autoritäten anzuerkennen. In Therapiegruppen übernehmen sie gern ungefragt die Co-Therapeutenrolle und stellen sich in den Mittelpunkt. Eine musikalische Improvisation ist meist unbekanntes Terrain, sodass sie dazu neigen, die Therapie abzuwerten, um sich die eigene Unsicherheit nicht einzugestehen. Dies erfordert bei der Therapeutin einiges an selbstregulatorischen Fähigkeiten, sich nicht provozieren zu lassen und den Gruppenprozess aufrechtzuerhalten. Erst im aktiven Spiel, erkennt der Patient, dass er auch hierbei Gehör finden und Einfluss nehmen kann. Wie man sich selbst in der Gruppe erlebt auf dem Spektrum zwischen Dominanz und Unterwerfung sowie zwischen Autonomie und Abhängigkeit bzw. Anpassung kann neue Handlungsspielräume eröffnen.

Fallvignette

Ein 35-jähriger Schauspieler sei nach der Trennung seiner Eltern bei seinem Vater und einer strengen Stiefmutter aufgewachsen, die er ablehnte, was zu massiven Konflikten geführt habe. Er widersetzte sich den Anforderungen des Vaters, dem er nicht genügt habe. Verschiedene Studiengänge habe er abgebrochen, seine Karriere als Schauspieler sei von »Neidern sabotiert« worden, die sein Talent nicht haben anerkennen wollen. Als ich die Gruppe von einer Kollegin übernahm, war er erbost über den Wechsel, entwertete mich und idealisierte die vorige Therapeutin. In der Gruppenimprovisation drückte er seinen Ärger in lautem Spiel auf großen Trommeln aus. Anschließend warf er mir Dominanz vor, ich hätte sein Spiel am Klavier absichtlich »überspielt«, sodass

er sich gar nicht mehr habe hören können. Er spaltete die Gruppe, was in der Musik hörbar wurde und somit nicht destruktiv auf der verbalen Ebene bleiben musste. Die negative Übertragung der Stiefmutter, die er stellvertretend in mir bekämpfen musste, wurde nicht gedeutet, vielmehr wurde die Arbeit in der Übertragung in dem musikalischen Gruppenprozess möglich. Das biografische Thema wurde jedoch in Psychotherapie dadurch zugänglich. Dieser Prozess wurde vom ganzen Team mitgetragen und konnte sich im Laufe der nächsten Wochen allmählich auflösen.

Histrionische Persönlichkeitsstörung

Histrionische Menschen fallen durch ihr exzentrisches Verhalten auf, welches in einem Raum voller Instrumente und potenzieller Zuhörer gern in Szene gesetzt wird. Theatralisches Gebaren, emotionale Labilität, Übererregbarkeit und aktive Abhängigkeitstendenzen gehören zu diesem Störungsbild (Mentzos 2012, S. 61). Der dahinterstehende Wunsch, gesehen und gehört zu werden, ist dabei existenziell. Dabei überfordern sich diese Menschen oftmals, die zunächst kreative Energie versprühen, dann jedoch das Gefühl haben, dem nicht gerecht werden zu können. Bei den Mitpatienten sind sie einerseits gern gesehen, weil sie Leben in die Gruppe bringen, andererseits aber als zu raumgreifend abgelehnt werden, sodass sich oftmals eine spannende bis angespannte Gruppendynamik entwickelt.

Fallvignette

Eine 25-jährige Patientin, die sich seit ihrer Jugend mit einem Popstar identifizierte, habe »manchmal nicht mehr gewusst, wer ich bin«. Ihre Kindheit habe sie überwiegend im Heim verbracht, da ihre drogenabhängigen Eltern überfordert gewesen seien. Sie verwendete viel Zeit darauf, ihrem Idol möglichst ähnlich zu sehen und dessen Musik zu imitieren. Schon als Kind habe sie jemand anderes sein wollen und sei am liebsten in

Rollen geschlüpft. In der Schule und in der Arbeit sei sie oft abgelehnt und verspottet worden. Sie träumte ohnehin von einer Künstlerkarriere, ein konventionelles Leben sei nichts für sie. Ohne kontinuierliche Beziehungserfahrungen konnte sie keine integrierte Identität und Selbstrepräsentation entwickeln. Vielmehr entwickelte sie eine »Pseudopersonlichkeit« (Riemann [1961] 2003, S. 163). In der Gruppe fiel sie durch kreative Ideen und Eigeninitiative auf, sei dabei aus Sicht der anderen Teilnehmer oftmals übers Ziel hinausgeschossen. In Einzelsitzungen hörten wir gemeinsam die Musik ihres Idols, allmählich öffnete sie sich dafür, eigene Songs zu schreiben und gemeinsam zu vertonen. Ihre Texte muteten düster und unheimlich an (»meine süße Melancholie«). Dabei fand sie zunehmend Interesse daran, ihren eigenen Stil und damit mehr Individualität zu entwickeln und wirkte im Kontakt authentischer. In den Gruppenimprovisationen konnte sie neue positive Erfahrungen sammeln, da sie sich gespiegelt fühlte, ohne die Gruppe als Bühne nutzen zu müssen.

Patienten mit den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen profitieren auf unterschiedliche Art und Weise von der Musiktherapie, indem ein Raum für reziproke Interaktionen, ein intersubjektives Feld für Erfahrungen von Bezogenheit und Gehaltenwerden, aber auch Abgrenzung und Autonomie ermöglicht wird. Im Mittelpunkt steht das Streben, selbst- und beziehungsregulatorische und damit persönlichkeitsstrukturelle Fähigkeiten zu fördern, wobei die interindividuellen Unterschiede gerade bei den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen sehr groß sind.

Heterogene Patientengruppen wirken sich in musiktherapeutischen Gruppen besonders fruchtbar aus, durch die gegenseitige Spiegelung der individuellen Unterschiede und Gemeinsamkeiten. Durch einen kreativen Prozess werden Handlungsspielräume eröffnet bzw. erweitert.

In der Musiktherapie, wie sie hier vorgestellt wird, ist es weniger die Wirkkraft der Musik an sich, die Veränderungsprozesse ermöglicht, als

vielmehr die nichtsprachlichen Beziehungserfahrungen, die durch das gemeinsame Musizieren ein vertieftes Erleben von sich und dem anderen fördern. Es handelt sich dabei um Transformationsprozesse von einem präsymbolischen zu einem symbolisierten innerpsychischen Erleben, wengleich diese schwer zugänglich sind und bekanntermaßen weit mehr Zeit brauchen als ein Klinikaufenthalt ermöglicht. Dennoch berichten viele Patienten in den künstlerischen Therapien wichtige Erfahrungen gemacht zu haben, die sie in weiterführenden Psychotherapien weiter bearbeiten konnten. Diese Prozesse können durch gegenseitige Resonanzenerfahrungen in einem gemeinsam kreierte Entwicklungsraum entstehen. Kreativität und Selbstwirksamkeit werden erlebbar, indem man sowohl sich selbst als auch sich in Beziehung zum anderen erfährt – in und durch eine musikalische Selbsterfahrung, getragen durch die therapeutische Beziehung. Dies ist besonders gut möglich, weil gerade die Musik ohne Worte einen gemeinsamen Raum für vorsprachliche Bedeutungen öffnet. Sich selbst zu erleben, seine affektiven Empfindungen zu regulieren, Vorsprachliches zu symbolisieren und sowohl eigene innerpsychische Zustände als auch die anderer reflektieren zu können, sind Ziele der psychodynamischen Therapie. Diese sind nicht nur im klassischen oder modifizierten analytischen Setting, sondern auch in künstlerisch-therapeutischen Verfahren möglich, die im Falle der Musiktherapie um das Potenzial musikalischer Ausdrucksmöglichkeiten erweitert wird.

Literatur

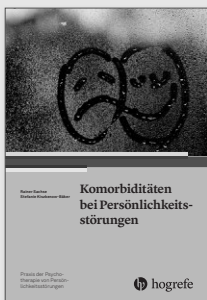
- Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman, R.E., Spreen, M., Ket, J.C.F., Vink, A.C., Maratos, A., Crawford, M., Chen, X. & Gold, C. (2017). Music therapy for depression. *Cochrane Database for Systematic Reviews*. DOI 10.1002/14651858.CD004517.pub3.
- Argestätter, H., Hillecke, Th.K., Bradt, J. & Cheryl, D. (2007). Der Stand der Wirksamkeitsforschung – Ein systematisches Review musiktherapeutischer Meta-Analyse. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 28(1), 39–61.
- Balint, M. (1970/2002). *Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bion, W.R. (1961). *Learning from Experience*. London: Heinemann; dt. (1990): *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG) (2017). *Studienführer Musiktherapie. Studien- und Ausbildungslandschaft Musiktherapie* (15. Auflage).

- Erhardt, I. & Brisch, K.H. (2019). Aus der Seele singt und schreit ... Veränderungsprozesse in psychoanalytisch orientierter Musiktherapie für Kinder mit Entwicklungs Traumata. In: Leikert, S. & Bauer, S. (Hg.). Transformationsprozesse in Psychoanalyse und Musiktherapie. Jahrbuch für Psychoanalyse und Musik, Band 3. Gießen: Psychosozial-Verlag, 123–146. DOI 10.30820/9783837974782-123.
- Eschen, J.Th. (1983). Assoziative Improvisation. In: Decker-Voigt, H.-H. (Hg.). Handbuch Musiktherapie. Funktionsfelder, Verfahren und ihre interdisziplinäre Verflechtung. Lilienthal/Bremen: Eres, 41–42
- Eschen, J.Th. (1996). Assoziative Improvisation. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P.J. & Weymann, E. (Hg.). Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe, 29.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2004). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Frohne-Hagemann, I. (2014). Rezeptive Musiktherapie: Theorie und Praxis. Zeitpunkt Musik. Wiesbaden: Reichert-Verlag.
- Lohmer, M. (2002). Borderline-Therapie. Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings. Stuttgart: Schattauer.
- Hirsch, M. (2010). Mentalisierung und Symbolisierung in der analytischen Gruppenpsychotherapie. In: Hirsch, M. (Hg.). Die Gruppe als Container. Mentalisierung und Symbolisierung in der analytischen Gruppenpsychotherapie (2. Auflage). Vandenhoeck & Ruprecht, 34–85. DOI 10.13109/9783666491320.34.
- Hüther, G. (2004). Ebenen salutogenetischer Wirkungen von Musik auf das Gehirn. Musiktherapeutische Umschau 25(1), 16–26.
- Kächele, H., Oerter, U., Scheytt-Hölzer & Schmidt, H.-U. (2003). Musiktherapie in der deutschen Psychosomatik. Krankenversorgung, Weiterbildung und Forschung. Psychotherapeut 48(3), 155–165. DOI 10.1007/s00278-003-0306-5.
- Kächele, H. & Schmidt, H.-U. (2009). Musiktherapie in der Psychosomatik. Psychotherapeut 54(1), 6–16.
- Klüwer, R. (1983). Agieren und Mitagieren. Psyche – Z Psychoanal 37(9), 828–840.
- Kernberg, O.F. ([2006] 2010). Eine zeitgenössische Interpretation von »Zu Einführung des Narzissmus«. Kernberg, O.F. & Hartmann, H.-P. (Hg.). Narzissmus. Grundlagen, Störungsbilder, Therapie (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer, 115–130.
- Knoblauch, S.H. (2000). The Musical Edge of therapeutic dialogue. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Knoblauch, S.H. (2019). Die Spannungen zwischen Struktur und Fließen. Dem Rhythmus und dem Klang menschlicher Interaktion lauschen. In: Leikert, S. & Bauer, S. (Hg.). Transformationsprozesse in Psychoanalyse und Musiktherapie. Jahrbuch für Psychoanalyse und Musik, Band 3. Gießen: Psychosozial-Verlag, 13–32. DOI 10.30820/9783837974782-13.
- Koelsch, S. & Fritz, T. (2007). Neuronale Korrektur der Musikverarbeitung. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 28(1), 39–61.
- Koelsch, S. & Schröger, E. (2008). Neurowissenschaftliche Grundlagen der Musikwahrnehmung. In: Bruhn, H., Kopiez, R. & Lehmann, A.C. (Hg.). Musikpsychologie. Das neue Handbuch. Reinbeck: Rowohlt, 393–412.
- Koelsch, S. (2014). Brain correlates of music evoked emotions. Nat Rev Neurosci 15(3), 170–180. DOI 10.1038/nrn3666.
- Kohut, H. (1977). The restoration of the self. New York: International Universities Press; dt. (1979). Die Heilung des Selbst. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Malloch, C. & Trevarthen, C. (2009). Communicative Musicality. Exploring the basis of human companionship. Oxford: University Press.
- Mentzos, S. (2004/2012). Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen (10. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Plitt, H. (2012). Intersubjektivität erleben. Musiktherapie als Chance für Borderline-Patienten. Marburg: Tectrum-Verlag
- Ramseyer, F. (2010). Nonverbale Synchronisation in der Psychotherapie. Systeme 24(1), 5–30.
- Riemann, F. ([1961] 2003). Grundformen der Angst (35. Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schmidt, H.U., Stegemann, Th. & Spitzer, C. (2019). Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen. Jena: Urban & Fischer.
- Schumacher, K. (2007). Synchronisation. Musiktherapie mit Kindern mit Autismus. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Seidel, A. (1983). Phasen im musikalischen Gruppenprozess (Model Kapteina). In: Decker-Voigt, H.-H. (Hg.). Handbuch Musiktherapie. Funktionsfelder, Verfahren und ihre interdisziplinäre Verflechtung. Lilienthal/Bremen: Eres, 52–23.
- Smijsters, H. (2000). Handboek Creative Therapie. Bussum: Coutinho.
- Stegemann, Th., Mauch, Ch., Stein, V. & Romer, G. (2008). Zur Situation der Musiktherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Z Kinder- und Jugendpsychiat Psychother 36, 255–263. DOI 10.1024/1422-4917.36.4.255.
- Strehlow, G. & Schmidt, H.U. (2017). Musiktherapie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein Überblick. Persönlichkeitsstörungen 21(2), 19–138.
- Strehlow, G. (2010). Töne an der Grenze. Interaktionsmuster in der musiktherapeutischen Begegnung mit Patientinnen, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden. Institut für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Theater Hamburg https://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2011/4968/pdf/Strehlow,_Dissertation.pdf (Stand: 08.12.19)
- Schroeder, F. (2016). Wirkfaktoren in der Musiktherapie und der Einfluss externer Variablen auf das Erleben der Therapie. Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm. <https://oparu.uni-ulm.de/xmlui/bitstream/handle/123456789/4463/thesis.schroeder.pdf?sequence=1> (Zugriff 8.12.19)
- Töpker, R. (2003). Selbstpsychologie und Musiktherapie In: Oberhoff, B. (Hg.). Die Musik als Geliebte. Zur Selbstobjektfunktion der Musik. Gießen: Psychosozial-Verlag, 99–138.
- Winnicott, D.W. (1971). Playing and Reality. London: Tavistock; dt. (2012 [1997]). Vom Spiel zur Kreativität (13. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.

Korrespondenzadresse

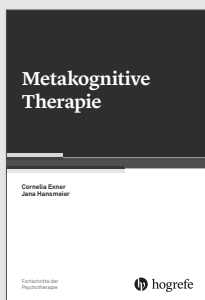
Dr. phil. Dipl.-Psych. Ingrid Erhardt
Praxis für Psychotherapie
Isartorplatz 2
80331 München
E-Mail: praxis-dr-erhardt@posteo.de

Unsere Buchtipps



Rainer Sachse /
Stefanie
Kiszkenow-Bäker
**Korbiditäten
bei Persönlich-
keitsstörungen**

(Reihe: „Praxis der
Psychotherapie von Persönlichkeitsstö-
rungen“, Band 11)
2019, 113 Seiten,
€ 22,95 / CHF 29.90
ISBN 978-3-8017-2995-0
Auch als eBook erhältlich



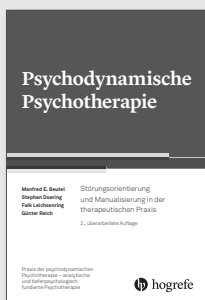
Cornelia Exner /
Jana Hansmeier
**Metakognitive
Therapie**

(Reihe: „Fortschritte der Psychotherapie“,
Band 76). 2020, 102 Seiten,
€ 19,95 / CHF 26.90
(Im Reihenabonnement
€ 15,95 / CHF 21.50)
ISBN 978-3-8017-2769-7
Auch als eBook erhältlich



Rainer Sachse
**Das Persönlichkeits-
Störungs-
Rating-System**
Narzisstische,
histrionische,
dependente und
sozial unsichere
Persönlichkeits-
störungen
diagnostizieren

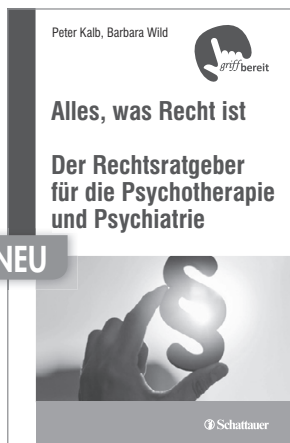
(Reihe: „Praxis der Psychotherapie von
Persönlichkeitsstörungen“, Band 10)
2020, 149 Seiten,
€ 26,95 / CHF 35.90
ISBN 978-3-8017-2994-3
Auch als eBook erhältlich



Manfred E. Beutel
et al.
**Psycho-
dynamische
Psychotherapie**
Störungs-
orientierung
und Manuali-
sierung in der
therapeutischen
Praxis

(Reihe: „Praxis der psychodynamischen
Psychotherapie – analytische und tiefen-
psychologisch fundierte Psychotherapie“,
Band 1). 2., überarb. Auflage 2020,
187 Seiten, € 26,95 / CHF 35.90
ISBN 978-3-8017-2939-4
Auch als eBook erhältlich

Rechtsfragen verständlich beantwortet



Reihe *griffbereit*
2020. 196 Seiten, broschiert
€ 25,- (D)
ISBN 978-3-608-40032-8

Peter Kalb, Barbara Wild

Alles, was Recht ist

Der Rechtsratgeber für die Psychotherapie
und Psychiatrie

- **Relevant:** Rechtliche Verunsicherung nimmt durch neue Gesetze zum Datenschutz und zu Patientenrechten zu, dieses Buch gibt Orientierung
- **Zielgruppe:** Für jeden Erwachsenen- und Kindertherapeuten hilfreich, besonders für Niedergelassene, aber auch für in der Klinik Tätige sowie AusbildungskandidatInnen; auch Coaches und BeraterInnen
- **Das Buch zur Veranstaltung auf den Lindauer Psychotherapiewochen**

„Alles was Recht ist“ fasst alle Fragen aus der Sicht einer Nervenärztin und Psychotherapeutin, Barbara Wild, zusammen. Peter Kalb, Rechtsexperte der Bayerischen Landesärztekammer, beantwortet die Fragen so, dass Behandlerinnen und Behandler ihre Rechte und Pflichten ohne weitere Rechtsberatung verstehen und umsetzen können. Dabei geht das Buch besonders auf die – erheblichen – gesetzlichen Änderungen in den letzten Jahren ein und verdeutlicht komplexere Fragen mit verständlichen Fallbeispielen. Dieses Buch steht Ihnen schnell zur Seite, wenn es wieder einmal darauf ankommt!

Irrtum und Preisänderungen vorbehalten.

www.klett-cotta.de/schattauer

 **Schattauer**

ICH BIN'S

Ein kunsttherapeutisches Projekt zur Förderung von Persönlichkeitsentwicklung im Justizvollzug

Susanne Koch

Zusammenfassung

Der Beitrag gibt einen Einblick in die Praxis kunsttherapeutischer Arbeit in einer Justizvollzugsanstalt für Frauen. Ausgehend von den spezifischen Bedingungen und Anforderungen an die Arbeit mit inhaftierten Frauen wurde ein künstlerisch-kunsttherapeutisches Projekt zum Thema Selbstportrait entwickelt, deren Umsetzung die Autorin beschreibt. In einem multimedialen und handlungsorientierten Ansatz geht es um die Annäherung an ein authentisches Selbstportrait, welches in Form von inszenierten Fotos Ausdruck findet. Am Beispiel des gleichzeitig prozess- und ergebnisorientierten Projektes wird untersucht, wie die in ihrem Identitätserleben und Selbstbild vielfach eingeschränkten und verunsicherten Inhaftierten einen erweiterten und tieferen Zugang zu sich selbst finden können und zu einer konstruktiven Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit und seinen Entwicklungsmöglichkeiten ermutigt werden.

Schlüsselwörter

Frauenjustizvollzug; Kunsttherapie; Identitätsentwicklung; Selbstwirksamkeit; Selbstwert

Abstract

IT'S ME – An art therapy project to promote personal development in penal institutions: The article gives an insight into the practice of art therapy in a women's prison. Based on the specific conditions and requirements of work with imprisoned women, an art therapy project was developed on the topic of the self-portrait and its realization described here. Taking a multimedia hands-on approach, the idea was for participants to feel their way into producing an authentic self-portrait that was expressed in the form of staged photos. Using the example of the project, which focuses both on the process and the result, the article examines how each prisoner, and they are restricted and insecure in their experience of identity and self-image in many ways, can develop an expanded and deeper link to herself and be encouraged to engage constructively with her own personality and the potential to develop it.

Keywords

women's prison; art therapy; identity development; self-efficacy; self-esteem

Cite as Koch, S. (2020). ICH BIN'S. Ein kunsttherapeutisches Projekt zur Förderung von Persönlichkeitsentwicklung im Justizvollzug. *Persönlichkeitsstörungen* 24(1), 35–45. DOI 10.21706/ptt-24-1-35

1. Einleitung

In einer Justizvollzugsanstalt treffen wir vielfach auf Menschen, deren Verhalten als besonders schwierig erlebt wird und die für das Behand-

lungsteam eine besondere Herausforderung bedeuten. Nicht selten fallen die Inhaftierten mit Verhaltensmerkmalen aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen aller Cluster auf. Weibliche Inhaftierte zeigen häufig emotional instabile, selbstunsicher dependente, passiv-aggressive

und dissoziale Persönlichkeitsakzentuierungen. Bei einigen Frauen wurden im Vorfeld eine Persönlichkeitsstörung, oft auch kombinierte Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert, zum Teil in Komorbidität mit einer Suchterkrankung, mit Angststörungen und Depressionen. Zu der typischen, von Instabilität und Kontrollverlust geprägten Vorgeschichte straffällig gewordener Menschen gehören wiederholte Heimaufenthalte, Trennungs- und Verlusterfahrungen sowie Vernachlässigung und Traumatisierung. Die Auswirkungen dieser Belastungen können sich in einer tiefen Identitätsunsicherheit und einem verengten, meist defizitorientierten Selbstbild zeigen und zu einem konflikthaften Umgang mit sich selbst und anderen führen. Das Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl erweist sich als sehr gering, die Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit wird vorzugsweise vermieden. Wie kann unter den besonderen Bedingungen des Zwangskontextes die Identitätsentwicklung gefördert und eine Stärkung der Persönlichkeit hinsichtlich Handlungskontrolle, Selbstschutz und Orientierung an den eigenen Werten unterstützt werden? Welche spezifischen Möglichkeiten bieten sich im Rahmen der kunsttherapeutischen Projektarbeit?

Das hier vorgestellte künstlerisch-kunsttherapeutische Projekt ICH BIN's wurde in der Kunsttherapie der Justizvollzugsanstalt Chemnitz entwickelt und mit sechs inhaftierten Frauen durchgeführt. Das Projekt ist multimedial und ergebnisorientiert angelegt, wobei der handlungsorientierte kreative Prozess eine besonders wichtige Rolle spielt. Es geht um eine Annäherung an das eigene Selbstportrait. Es werden inszenierte, individuelle Foto-Selbstportraits entstehen.

Kunsttherapie im Vollzug

Die Kunsttherapie erfährt im Sächsischen Justizvollzug eine vergleichsweise hohe Wertschätzung. In nahezu jeder Vollzugsanstalt gibt es fest angestellte Kunsttherapeuten. Es hat sich gezeigt, dass künstlerische Projekte die Bereitschaft vieler Inhaftierter erhöhen, sich mit der eigenen Persönlichkeit auseinanderzusetzen, Verantwortung

für sich selbst und andere zu übernehmen und sich auch auf andere Resozialisierungsangebote einzulassen. Darüber hinaus konnte beobachtet werden, dass sich über das Medium der Kunst das Klima und Miteinander innerhalb der Anstalten zum Positiven verändert (vgl. Schmid 2016). Die Justizvollzugsanstalt Chemnitz (JVAC) vollzieht als reine Frauenvollzugsanstalt der Freistaaten Sachsen und Thüringen alle Formen des Freiheitsentzuges an Frauen gleich welchen Alters mit Ausnahme der Abschiebehaft. Damit trifft das multiprofessionelle Team der JVAC auf eine sehr heterogene Personengruppe. Mit verschiedenen frauenspezifischen Behandlungsangeboten wird versucht, den vielfältigen Gründen der Inhaftierung individuell zu begegnen und die Inhaftierten dabei zu unterstützen, den Haftalltag zu bewältigen und in ein straffreies Leben zu finden (vgl. JVAC 2019). Seit 2010 wird dieses Angebot durch eine kunsttherapeutische Abteilung mit einer fest angestellten Kunsttherapeutin erweitert. Neben akuten Kriseninterventionen, kontinuierlichen und langfristig angelegten Einzel- und Gruppenmaßnahmen sowie regelmäßigen Besuchen aktueller Ausstellungen der Kunstsammlungen Chemnitz findet jährlich ein mehrmonatiges künstlerisch-kunsttherapeutisches Projekt zu wechselnden Themen statt (vgl. Koch 2016).

Frauen in Haft

In der kriminologischen Forschung spielt der Frauenvollzug eine marginale Rolle, zumindest statistisch betrachtet: kaum mehr als 5% aller in Deutschland Inhaftierten sind weiblich. Wenn auch die Gründe der Inhaftierung sehr vielfältig sind, so zeigt sich ein stark belasteter biografischer Hintergrund vielfach als verbindender Aspekt. Oft ist die Kindheit und Jugend von Instabilität, Gewalterfahrungen, körperlichen und emotionalen Missbrauchs- oder Misshandlungserfahrungen und Vernachlässigung geprägt. In neueren Studien lesen wir über sexuelle Missbrauchserfahrungen bei bis zu 48% der weiblichen Inhaftierten (vgl. Kestermann 2005). Laut Schätzungen sind 70% der Inhaftierten durch Traumatisierungen belastet (vgl. Linnartz 2014).

Die erlebten physischen und/oder sexuellen Gewalterfahrungen setzen sich häufig in den Partnerschaften fort. Aufgrund fehlender oder unsicherer Beschäftigungsverhältnisse erleben sich viele Frauen emotional und materiell von ihren Partnern abhängig. Nicht selten stehen die Delikte in unmittelbarem Zusammenhang mit problematischen Partnerschaften (vgl. Rehn 2014).

Vor dem Hintergrund oben beschriebener Biografien, welche zudem geprägt sind von wiederholten Erfahrungen des Scheiterns, haben viele Inhaftierte den Zugang zu sich selbst und ihrem authentischen inneren Erleben verloren. Häufig zeigen sich große Unsicherheiten in Bezug auf die eigene Identität. Ein genügend stabiles, annähernd positives Selbstbild konnte nicht immer entwickelt werden. Nicht wenige Frauen scheinen durchdrungen von dirigistischen und manipulativen Fremdbildern zu sein. Die Antennen überwiegend nach außen gerichtet, geht der Bezug zu sich selbst oft verloren, der Blick nach innen wird vermieden. Vielfach zeigt sich eine tief verinnerlichte Selbstablehnung und -abwertung gepaart mit Desinteresse an sich selbst und den eigenen Entwicklungsmöglichkeiten bis hin zur Resignation. Für nicht wenige Frauen bedeutet die begangene Straftat und die Haft an sich eine (zusätzliche) Erschütterung ihres bisherigen Selbstbildes. Der persönliche Handlungsspielraum in Haft wird als äußerst gering erlebt. Das Bedürfnis, inneren Druck abzulegen, sich mitzuteilen und wahrgenommen zu werden, ist groß. Für viele Frauen stellt die Haft gleichzeitig eine Schutzzone dar und bedeutet nach einem überfordernden Leben in Freiheit nun die größtmögliche Entlastung. Ihnen bietet der durchstrukturierte Haftalltag Halt und Sicherheit. Für fast alles ist gesorgt: ein Dach über dem Kopf, im Winter Wärme, regelmäßiges Essen, Arbeit. Das Geschehen ist übersichtlich, das Leben überschaubar. Manche Frauen erfahren hier erstmals in ihrem Leben menschliche Wärme und Zuwendung, vielleicht sogar so etwas wie Geborgenheit. Es ist berührend, von einigen Frauen zu hören, wie froh sie seien, im Gefängnis »gelandet« zu sein. Und dass sie Angst vor der Entlassung haben. Häufig schien die Straftat

der Ausweg aus einer überfordernden Lebenssituation zu sein. Manche Frau kehrt nach ersten Ausgängen erleichtert zurück und ist froh, sich von den vielen Reizen, dem Lärm und den Menschenmassen da draußen erholen zu können.

Vollzugsziel

Von vollzuglicher Seite wird mit Beginn der Inhaftierung an einer möglichst zeitnahen Entlassung in die Freiheit gearbeitet, diese zumindest im gesetzlichen Rahmen zu ermöglichen und vorzubereiten. Es ist erwünscht, dass die Inhaftierten aktiv am Vollzugsziel, der Fähigkeit, ein Leben ohne neue Straftaten und in sozialer Verantwortung zu führen, mitwirken (vgl. § 2 SächsStVollzG). Schulabschlüsse können nachgeholt werden, verschiedene Ausbildungen werden angeboten, in verschiedenen Bereichen gibt es Arbeit, man verdient sein eigenes Geld. Es gibt Angebote, um die Freizeit sinnvoll zu gestalten. Die Persönlichkeitsentwicklung, vor allem die Arbeit an den individuellen Defiziten, nimmt im Behandlungsvollzug einen großen Raum ein. In verschiedenen, multiprofessionellen und frauenspezifischen Behandlungsangeboten geht es unter anderem um die Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie und den individuellen Straftaten, um die Aneignung anderer Kognitions- und Verhaltensmuster und um die Entwicklung von Zukunftsperspektiven. Die Chance der künstlerisch-kunsttherapeutischen Projektarbeit liegt darin, die Inhaftierten für diesen Prozess auf einer individuellen, selbstwertstärkenden Ebene zu sensibilisieren und zu öffnen.

2. Das Projekt »ICH BIN'S« Ausgangspunkt

Im Gefängnis sind Fotos – von sich selbst oder von befreundeten Insassinnen – besonders begehrt. Die Inhaftierten senden sie nach draußen, um sich bei Freunden, Familien, Partnern in Erinnerung zu bringen und im Rahmen der Möglichkeiten in Verbindung zu bleiben. Wechselnde Frisuren und Haarfarben, geglückte Begegnun-

gen und (oftmals vergängliche) Freundschaften werden festgehalten und zu fotografischen Dokumenten der im Gefängnis verbrachten Zeit. Mehr noch sind sie Ausdruck einer Suche nach sich selbst und des Wunsches, sich seiner selbst zu vergewissern. Hier dockt das Projekt »ICH BIN's« an. Das eigene Gesicht wird zum Ausgangspunkt einer suchenden Entdeckungsreise. Die Erstellung eines Selbstportraits setzt voraus, sich anzusehen, sich wahrzunehmen, in Kontakt mit sich zu gehen. Es heißt auch, auf der Suche zu sein nach den Spuren, die das Leben in Gesicht, Hände, und Körper geschrieben hat.

Setting

Über einen Zeitraum von 19 Wochen treffen sich eine geschlossene Gruppe von sechs inhaftierten Frauen einmal in der Woche für drei Stunden in den hellen, großzügigen Räumlichkeiten der Kunsttherapie. Zu dem Konzept der künstlerisch-kunsttherapeutischen Projektarbeit gehört die Zusammenarbeit mit einem externen Mitarbeiter. Das sind entweder KünstlerkollegInnen oder KollegInnen mit künstlerisch-kunsttherapeutischer Doppelqualifikation. In dem vorgestellten Projekt wird mit dem Fotokünstler Thomas Bachler zusammengearbeitet, der mit zusätzlicher Technik und fotografischem Fachwissen den Spielraum erweitert. Darüber hinaus bedeutet seine Anwesenheit und Teilnahme eine Öffnung nach draußen, eine Verbindung zur Welt außerhalb der Mauern und wird von den Inhaftierten als Wertschätzung erlebt: Da kommt einer von draußen zu uns und will mit uns arbeiten. Die Besetzung mit einer weiblichen (»Mutter«) und männlichen (»Vater«) Person ermöglicht darüber hinaus eine Art familiärer Struktur.

Das erste Zusammentreffen der Gruppe. Die Kaffeemaschine röchelt, der Kaffee duftet, daneben ein Teller mit Schokoladenkekse. Es geht auch um das Versorgtwerden und Sich-Wohlfühlen. Heute werden Ziel, Rahmen und Struktur des Projektes vorgestellt und Organisatorisches wird besprochen. »ICH BIN's« wird den Inhaftierten als Entdeckungsreise mit klarem Ziel und offenem Ausgang beschrieben. Ausgangspunkt

der Reise ist das eigene Gesicht. Das Ziel ist ein fotografisches Selbstportrait, der Weg dorthin entsteht beim Gehen und wird von den Projektleitern unterstützend begleitet. Auf dem Foto wird die jeweilige Gestalterin sichtbar, jedoch als Person verborgen bleiben, also im Sinne des Datenschutzes nicht erkennbar. Diese Doppeldeutigkeit schien die Frauen anzusprechen und neugierig zu machen. Die Fotos und der Weg dorthin wird im Rahmen einer gemeinsam gestalteten Ausstellung interessierten Inhaftierten und Mitarbeitern der JVA vorgestellt und es wird ein Teilnahmezertifikat vergeben.

Wichtig ist zu betonen, dass künstlerische Fertigkeiten oder Kenntnisse nicht vorausgesetzt werden, Offenheit und Neugier jedoch hilfreich sein können. Ziel ist nicht, Zeichnen zu lernen oder Kunst zu machen, sondern sich kreativ auszuprobieren. Dieser Prozess darf auch Spaß machen. Es wird viele Gelegenheiten geben, sich in verschiedenen Herangehensweisen auszuprobieren und Neues zu entdecken. Dabei kann man sich durchaus von einem realitätsnahen Abbild entfernen und durch Umwege den Blick öffnen auf neue Perspektiven und Weiten.

Nach dieser Einführung entscheiden sich dieses Mal alle Interessierten, dabei zu bleiben. Überraschenderweise bleibt die Gruppe stabil, alle Frauen, mit Ausnahme einer Teilnehmerin, die aufgrund eines Gerichtstermins vorübergehend in ein andere JVA verlegt wurde, nehmen kontinuierlich bis zum Schluss teil. Das ist im Vollzug eher selten.

Gruppe

Nur wenige Frauen kannten sich vorher aus anderen vollzuglichen Zusammenhängen. Die Mehrzahl der Frauen sind »Langstraferinnen«, das heißt das Strafmaß liegt über fünf Jahren. Die jeweiligen Freiheitsstrafen beziehen sich auf Tötungsdelikte, Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit sowie in einem Fall auf die Gründung einer rechtsterroristischen Vereinigung. Das Strafmaß umfasst knapp vier Jahre bis lebenslanglich. Das Alter der Teilnehmerinnen

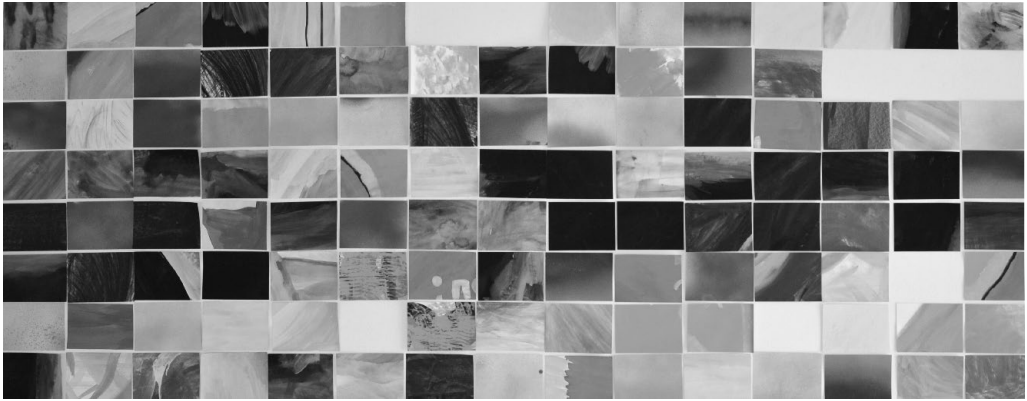


Abb. 1

liegt zwischen 25 und 46 Jahren. Bis auf eine Ausnahme bringt keine der Frauen künstlerische Vorerfahrungen mit. Zwei Teilnehmerinnen nahmen bereits im Vorfeld und parallel zur Gruppe an der Einzelkunsttherapie teil.

Verlauf

Ein Vorteil im Strafvollzug ist, dass über einen längeren Zeitraum gearbeitet werden kann, und sich die kreativen Prozesse langsam entfalten können. Das Projekt läuft über fünf Monate und gliedert sich in drei Phasen. In den ersten Wochen werden verschiedene Herangehensweisen vorgestellt und geübt. In der zweiten Projektphase vertiefen die Teilnehmerinnen die darin gewonnenen Erfahrungen. Die dritte Phase widmet sich dem inszenierten Fotoportrait.

Jeder Termin besteht aus drei Phasen: Einstimmung, Gestaltungsphase und Ausklang. Dieser rituelle Rahmen bietet Orientierung und Berechenbarkeit, sorgt für Struktur und Halt. Die Selbstwahrnehmung wird angeregt und man kann üben, sich in der Gruppe zu artikulieren.

Zur Einstimmung wählt jeder, auch die Projektleiter, aus einem auf dem Tisch ausgebreiteten Angebot von zahlreichen kleinen, farbigen Papieren dasjenige aus, mit dem die stärkste Resonanz erlebt wird. Wer möchte, teilt der Gruppe mit der Farbkarte verbundene Assoziationen, aktuelle Erlebnisse, Stimmungen oder Gefühle

mit. Anschließend befestigt jeder seine Farbkarte an der Wand, jeder hat seine eigene Reihe. So wächst im Laufe der folgenden Wochen eine Art gemeinsamer Stimmungsteppich, zugleich ein Dokument der zusammen verbrachten Zeit (Abb. 1).

Am Ende eines jedes Projekttages kommen wir erneut zusammen. Papier und schwarzer Filzstift werden verteilt und jede Teilnehmerin fertigt ein Resonanzbild an. Ein Resonanzbild ist eine in kurzer Zeit mit einem schwarzen Filzstift auf festem Papier im Format 18 x 21,5 cm angefertigte Zeichnung, welche in abstrahierter oder symbolischer Form die persönliche Resonanz einer Zeichnerin auf eine bestimmte Erfahrung wiedergibt (vgl. Schmeer 2006). Angeregt durch Fragen wie »Was war mir heute besonders wichtig?«, »Wie geht es mir gerade?« oder »Was nehme ich heute mit?« dient dieses Ritual dazu, kurz innezuhalten und nach einem regen Arbeitsprozess den eigenen Nachklang wahrzunehmen. Die Resonanzbilder werden dem Rest der Gruppe, zusammen mit einem treffenden Bildtitel vorgestellt. Dieser gemeinsame Abschluss bietet Raum für teilhabenden Austausch.

ICH BIN'S ist multimedial angelegt. Die angebotenen Herangehensweisen und Übungen werden möglichst so gewählt, dass auch ungeübte Gestalterinnen Erfolgserlebnisse haben können



Abb. 2

und innerhalb eines klaren, vorgegebenen Rahmens können vielseitige, individuelle gestalterische Lösungen gefunden werden können. Zur Anwendung kommen klassische Methoden der Zeichnung, des Scherenschnitts, einfache Drucktechniken, Digitalfotografie, Fotokopierer, Poly-LUX (Overhead-Projektor).

Die Silhouette steht am Beginn des Projektes und dient dem Beziehungsaufbau zu den Projektleitern sowie einem ersten Erfolgserlebnis. Die Therapeutin erstellt von jeder Frau ein Schattenbild vom seitlichen Profil. Diese Silhouette wird vom Mitarbeiter anschließend vergrößert bzw. verkleinert. Beim gemeinsamen Tun kann ein erster Kontakt zu den Projektleitern aufgenommen werden, gleichzeitig erfahren die Teilnehmerinnen eine besondere Zuwendung und Aufmerksamkeit. Die Frauen schneiden ihre umrissenen Formen aus und erhalten dadurch je eine Positiv- und eine Negativform ihres Profils. So entstehen bereits am ersten Tag verschieden große Silhouetten, die dem Wunsch nach Realitätsnähe entgegenkommen können und gleich-



Abb. 3

zeitig offen genug sind, um auf vielfältige Weise für weiterführende Ausgestaltungen verwendet zu werden (Abb. 2, Abb. 3).

Beim nächsten Treffen nehmen die Inhaftierten Kontakt untereinander auf, indem sie sich gegenseitig mit einer Digitalkamera fotografieren. Dazu können sie sich auf die verschiedenen Räume der Kunsttherapie verteilen und es ist möglich, sich unbeobachtet zu fühlen. Von den vielen Schwarz-Weiß-Aufnahmen werden von den Teilnehmerinnen jeweils zwei bis drei Fotos ausgewählt und in A3-Format auf festem Papier ausgedruckt. Daraufhin widmen sich die Inhaftierten diesen Bildern, indem sie die Schwarz-Weiß-Portraits kolorieren. Sie werden dazu angeregt, die Stimmungen auf den Bildern und Gefühle, die die Fotos bei ihnen auslösen, in stimmige Farben zu übersetzen. Dieselben Fotos werden wenig später als Vorlagen für Monotypien genutzt, bei denen es gilt, die wesentlichen Merkmale des Gesichtes oder Figur zu erfassen (Abb. 4). Spannend ist die Begegnung mit der Camera Obscura.



Abb. 4

Nach einer kurzen kulturhistorischen Einführung in deren Bedeutung und Funktion wird das Gerät als Zeichenhilfe eingesetzt, um das gegenüber »abzuzeichnen«. Sich gegenseitig zu zeichnen bedeutet, dass sich beide genau anschauen müssen. Dabei entsteht eine besondere Nähe. Erleichternd an dieser Stelle ist, dass durch das Gerät zwischen Zeichnerin und Gezeichneten genügend »Sicherheitsabstand« hergestellt werden kann und zudem die Zeichnerin unter einem Tuch verschwindet. Niemand fühlt sich beim Beobachten beobachtet (Abb. 5)

Als nächster Schritt sitzen sich zwei Teilnehmerinnen tatsächlich gegenüber und zeichnen sich gegenseitig. Hier fiel es allen schwer, die durch das gegenseitige Anschauen entstandene Nähe auszuhalten. Alle versuchen, schnell fertig zu werden, und es wird viel und herzlich gelacht, wohl nicht nur wegen der teilweise lustigen, karikaturartigen Wesen, die sich auf den Papieren zeigen. Bei den im Freien »aufgenommenen« Schattenbildern war dann körperlicher



Abb. 5



Abb. 6

Einsatz und Spontaneität gefragt, es bleiben nur wenige Sekunden, um den eigenen Schatten auf dem Lichtpauspapier schemenhaft festzuhalten (Abb. 6).

An diesem Tag entstehen spontane Schattenpaare und Gruppenbilder mit Händen und Füßen. Um diese Bilder herzustellen, bedarf es gleich mehrerer Dinge, die zusammenkommen müssen: helles Sonnenlicht zu einem Zeitpunkt und an einem Flecken auf dem Anstaltsgelände, an dem man ungestört, das heißt unbeobachtet von Überwachungskamera, Personal und Insassinnen unter freiem Himmel etwas tun kann, was aus dem üblichen Rahmen fällt (Abb. 7).

Als Nächstes erhält jede Teilnehmerin einen ca. A3-großen Spiegel. Der Blick in den Spiegel er-

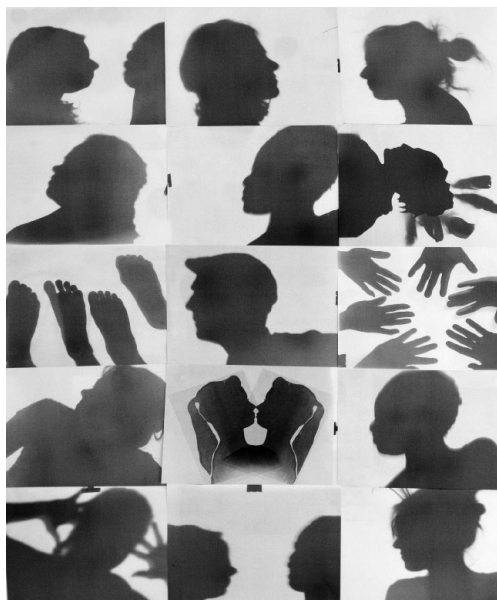


Abb. 7

möglicht eine sehr direkte Selbstbegegnung. Eine durchsichtige Folie wird auf einem Spiegel befestigt und das, was man sieht, mit schwarzem Foliestift nachgezeichnet (Abb. 8).

Das klingt zunächst einfach, gelingt jedoch nur, wenn man den »richtigen« Abstand einnimmt – man darf nicht zu nah vor dem Spiegel kleben und sich an Details festhalten wollen. Ein großes Staunen, wie schwer dies entgegen der Erwartung ist, geht über in Frustration und ein Gefühl des Scheiterns. Es entstehen reihenweise »missglückte« Zeichnungen, etliche Versuche landen im Papierkorb. An dieser Stelle kommt der Overhead-Projektor ins Spiel und bietet mehrere Möglichkeiten, aus den Fehlversuchen Neues entstehen zu lassen (Abb. 6a). Zum Beispiel durch das Übereinanderlegen der Folien, durch Vergrößerungen und Nachzeichnen auf dem Papier. Alle Teilnehmerinnen nutzen diese Technik gern und ausgiebig und zeigen sich zunehmend freier. Die Frauen erleben, dass es im gestalterischen Prozess auch dann weitergehen kann, wenn etwas nicht gelingt. Im Gegenteil: Sie finden zu neuen, unvermuteten Gestaltungen, der



Abb. 8



Abb. 9

Spielraum wird größer, es fühlt sich leichter und freier an (Abb. 9).

Im letzten Drittel des Projektes wird das inszenierte Foto-Portrait vorbereitet und fotografiert. Es wird kurz skizziert, dass eine Auswahl von Gestaltungen, die bisher entstanden sind, raumgreifend an die Wand projiziert werden und die jeweilige Zeichnerin sich als Person räumlich und körperlich dazu in Beziehung setzt. Jede Frau betrachtet alle bisher entstandenen Arbeiten und entscheidet sich für diejenigen, die sie für das Foto verwenden möchte. Gegebenenfalls haben die Projektleiter hier beratende Funktion und geben unterstützend ergänzende

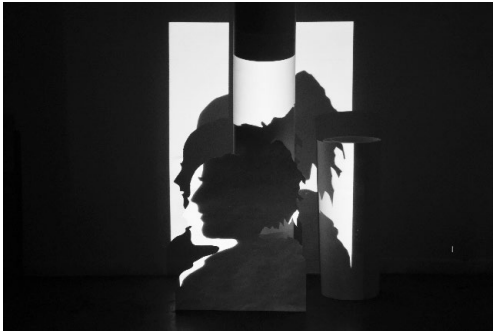


Abb. 10



Abb. 11

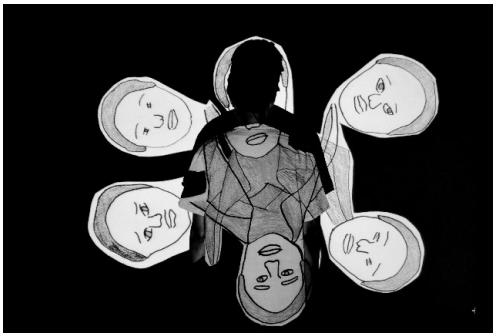


Abb. 12

Anregungen. Die auserwählten Gestaltungen werden digitalisiert und mit einem Beamer überlebensgroß an die Wand des Kunsttherapieateliers projiziert. Die jeweilige Gestalterin wird gebeten, sich etwas Zeit zu nehmen und die Projektionen auf sich wirken zu lassen, inneren Impulsen und Bewegungen nachzuspüren und dann eine Position im Raum und in Beziehung zu der projizierten Zeichnung einzunehmen, die sich stimmig anfühlt. Anschließend gibt sie »die Kamera frei«, es darf fotografiert werden. Dieser Vorgang kann beliebig oft wiederholt werden, es können mehrere Zeichnungen nacheinander ausprobiert und verwendet werden. Nach jeder Belichtung gibt es die Gelegenheit, sich das Bild anzuschauen, um Veränderungen vorzunehmen, die Position und Haltung zu korrigieren. Alles, was in den Kunsttherapieräumen vorgefunden wird, kann als Accessoire einbezogen werden. Die zu Beginn des Projektes angefertigten Silhouetten wurden auf ein festes Material über-



Abb. 13

tragen und stehen ebenfalls zur Verfügung. Aus den zahlreichen entstandenen Aufnahmen wählt jede Teilnehmerin am Laptop ein Foto aus, von dem eine analoge Vergrößerung im Format A2 gefertigt wird (Abb. 10 – Abb. 13).

Zum Ende des Projektes wird gemeinsam eine Präsentation in den Räumen der Kunsttherapie gestaltet, um das Projekt den Familienangehörigen der Inhaftierten sowie interessierten Mitgefangenen und Mitarbeitern der JVA vorzustellen. In dieser Ausstellung nimmt die Präsentation des kreativen Prozesses großen Raum ein und steht gleichberechtigt neben den inszenierten Fotoportraits. Auch der kontinuierlich gewachsene »Stimmungsteppich« bekommt einen gut sichtbaren Platz. Die Ausstellung wird von offizieller Seite eröffnet. Die Anstaltsleiterin überreicht jeder Teilnehmerin ein ansprechend farbig gestaltetes Teilnehmerzertifikat und sucht das persönliche Gespräch. Es ist berührend, mitzuerleben,



Abb. 14

mit welcher Freude und gewissem Stolz die Teilnehmerinnen den Besuchern ihre Arbeiten vorstellen. Dieser Rahmen ermöglicht den Frauen einen positiv bestärkenden Resonanzraum und Wertschätzung (Abb. 14–16).

3. Zusammenfassung

Jedes Selbstportrait ist ein konkretes Gegenüber. Ein Beziehungsangebot sowohl an den Gestalter als auch an den Betrachter. Das vorgestellte Projekt ICH BIN's kann auch als ein Spiel von Nähe und Distanz, Kontrolle und Kontrollabgabe gesehen werden. Die vermittelten Herangehensweisen und Übungen wurden so gewählt, dass es zwar immer um Kontakt geht, dass sie jedoch verschiedene Grade von Nähe und Distanz zu sich selbst, zum Gegenüber und untereinander zulassen und die Frauen stets die Kontrolle darüber behalten. Die angewandten Techniken



Abb. 15

und das hochwertige Material ermöglichten auf jeden Fall auch gestalterisch Unerfahrenen Erfolgserlebnisse und stärken dadurch das Gefühl von Selbstwirksamkeit. Zu dieser Begegnung mit sich selbst gehören auch die Aspekte, die dem eigenen Selbstbild nicht entsprechen, sowohl in positiver als auch negativer Hinsicht. Daher ist es unser Anliegen, einen sicheren Raum zu öffnen und zu halten, der von Wertschätzung getragen ist, in dem man sich trauen kann, zu spielen und zu experimentieren und auch den wenig kontrollierbaren Zufall zuzulassen. Notwendig ist dabei eine grundlegend wohlwollende, nicht wertende Haltung und ein akzeptierender Blick der Therapeutin und ihres Mitarbeiters. Denn es gehört viel Mut dazu, sich zu zeigen. Das Erlebnis, nicht perfekt, kompetent oder angepasst sein zu müssen, um Aufmerksamkeit und Zusage der Projektleiter zu bekommen, kann innerlich viel in Bewegung setzen. Ebenso das Erleben von ermutigender und damit motivierender Resonanz. Die aufrichtige Wertschätzung der individuellen künstlerischen Schaffensprozesse, zu dem eben auch Missglücktes, Unperfektes, der Zufall und nicht selten auch Enttäuschung (der eigenen Erwartungen an sich selbst)



Abb. 16

und Frust selbstverständlich dazugehören, ist ein weiterer wichtiger Aspekt. Dieser von einem wertschätzenden Gegenüber angeregte und begleitete künstlerische Schaffensprozess birgt die Möglichkeit, verschüttete Fähigkeiten (wieder) zu entdecken und die Erfahrung zu machen: Ich bin mehr als meine Straftat.

Der wohlwollende Blick der Therapeutin schaut dabei vor allem auf Ressourcen und Stabilisierung. Reflektierende Gespräche über die entstandenen Werke finden bei Bedarf zwanglos als Einzelgespräch oder in kleinen Gruppen statt. Die angebotenen Herangehensweisen und Anregungen bieten einerseits einen Rahmen, der davor schützt, sich im Reich der unendlichen Möglichkeiten zu verlieren, und der gleichzeitig genügend Raum lässt, sich auszuprobieren, spielerische Experimente zu wagen und individuelle Lösungen zu finden. Raum, der innerhalb des vollzughlichen Zwangskontext-

tes selbstbestimmtes Handeln und eigene Entscheidungen ermöglicht und fordert. Immer und vor allem aber geht es darum, einen möglichst guten, sicheren Raum zu öffnen und zu halten, in dem sich die Frauen spüren – verankert im Hier und Jetzt und im Tun.

Literatur

- Kestermann, C. (2005). Trainingscurriculum für den Frauenstrafvollzug – gesundheitliche Aspekte. In: University of Greifswald, Department of Criminology (Hg.). Internationale Studie zum Frauenstrafvollzug. Bestandsaufnahme, Bedarfsanalyse und »best practice«. Greifswald.
- Koch, S. (2016). Ist ja irre, wie ich aus dem Wahnsinn in meinem Kopf etwas Schönes machen kann – Kunsttherapie im Frauenvollzug. In: Haberkorn, A. et. al. (Hg.). Räume öffnen – Kunsttherapie im Justizvollzug. Dresden: Verlag Hille, 39–49.
- Linnartz, A. (2014). Die Besonderheiten des Frauenvollzuges. In: Forum Strafvollzug 6, 356–357.
- Schmeer, G. (2006). Die Resonanzbildmethode – Visuelles Lernen in der Gruppe. Stuttgart: Klett-Cotta
- Rehn, G. (2014). Logik und Sachlichkeit bleiben auf der Strecke. In: Forum Strafvollzug 6, 369–373.
- Schmid, W. (2016). Kunsttherapie im Sächsischen Justizvollzug. In: Haberkorn, A. et. al. (Hg.). Räume öffnen – Kunsttherapie im Justizvollzug. Dresden: Verlag Hille, 5–7.

Links

Justizvollzugsanstalt Chemnitz
<https://www.justiz.sachsen.de/jvac/> (Zugriff 15.11.2019)
 Sächsisches Strafvollzugsgesetz, SächsStVollzG
<https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/12801-Saechsisches-Strafvollzugsgesetz#p2>
 (Zugriff 24.11.2019)

Korrespondenzadresse

Dipl. Kunsttherapeutin Dipl.-Des. Susanne Koch
 Thalheimer Str. 29
 09125 Chemnitz
 E-Mail: Susanne.Koch@jvac.justiz.sachsen.de

Musiktherapeutische Gewaltprävention mit Jugendlichen

Andreas Wöfl

Zusammenfassung

Gewaltprävention ist in den vergangenen Jahren in verschiedenen Ländern zu einer gesellschaftlichen Aufgabe geworden. Der Artikel beschreibt musiktherapeutische Vorgehensweisen, die, abgestimmt auf unterschiedliche Risikofaktoren zur Entstehung von aggressiven Verhalten, in verschiedenen Kontexten angewandt werden können und nachweislich effektive Wirkungspotenziale aufweisen. Musik als Erfahrungsraum verfügt über besondere Qualitäten zur Wahrnehmung und zum Umgang mit Gefühlen, der Jugendliche ansprechen kann und ihre Bereitschaft fördert, sich mit Themen der Gewaltprävention auseinanderzusetzen. Es werden gemeinschafts- und gruppenbezogene sowie einzeltherapeutische Ansätze vorgestellt und ihre Möglichkeiten in Bezug auf verschiedene Risikofaktoren aufgezeigt. Schnittstellen, Wechselwirkungen und Überlegungen für aufeinander abgestimmte Gesamtkonzepte werden diskutiert.

Schlüsselwörter

Musiktherapie; Gewaltprävention; Risikofaktoren; Affektregulation; Konfliktlösung

Abstract

Prevention of violence with adolescents using music therapy: The prevention of violence has become a social responsibility in various countries in recent years. The article describes music therapy approaches that can be used in different contexts, have proven to be effective, and are in line with the respective different risk factors that may trigger the development of aggressive behavior. Music as a space for experience has special qualities for perceiving and dealing with emotions and this can appeal to adolescents and encourage their willingness to deal with issues of violence prevention. Community-based, group-related as well as individual therapy approaches are presented and their potential as regards various risk factors is shown. Interfaces, interactions and considerations for coordinated concepts are discussed.

Keywords

music therapy; violence prevention; risk factors; affect regulation; conflict resolution

Cite as Wöfl, A. (2020). Musiktherapeutische Gewaltprävention mit Jugendlichen. *Persönlichkeitsstörungen* 24(1), 46–54. DOI 10.21706/ptt-24-1-46

1. Einleitung

Musik als Erfahrungsraum erfüllt eine wichtige Funktion in der Auseinandersetzung, dem Kennenlernen und der Regulation eigener Gefühle und der Entwicklung der eigenen Identität – auch in Bezug auf den Umgang mit aggressiven Gefühlen¹.

tität – auch in Bezug auf den Umgang mit aggressiven Gefühlen¹.

¹ Überarbeitete Übersetzung des Artikels: Wöfl, A. (2019). *Music and Violence: Working with youth to prevent violence*. In: McFerran, K., Derrington, Ph. & Saarikallio, S. (Hg.). *Handbook of Music, Adolescents and Well-being*. Oxford University Press.

Versucht man im Gespräch mit Jugendlichen Zusammenhänge zwischen Musik und Gewalt zu erfassen, lassen sich drei Kategorien abbilden. Zum einen kann Musik zur Beruhigung und Ablenkung eingesetzt werden, wenn man aggressiv, wütend und hasserfüllt ist (Affektregulation). Zum anderen kann aggressive Musik eigene aggressive Gefühle widerspiegeln und einen emotionalen Verständnisraum für eigene Stimmungen wie Enttäuschung, Zorn und Wut geben (Containment). Zum dritten kann aggressive und gewaltverherrlichende Musik eigene aggressive Gefühle verstärken und die eigene Gewaltbereitschaft erhöhen (Stimulation) (Wöfl 2017).

Wie können Musik und musiktherapeutische Vorgehensweisen in der Arbeit mit Jugendlichen eingesetzt werden, um Gewalt zu verhindern?

Gewaltdefinition

Gewalt ist ein komplexes Phänomen, das sich einer allgemeinen Definition zu entziehen scheint, da individuell und kulturell sehr unterschiedliche Einschätzungen vorgenommen werden, die sich zudem in verschiedenen Ländern, Regionen und Gruppen vor dem Hintergrund des jeweiligen aktuellen Geschehens unterscheiden und wandeln können. So werden Schläge in vielen Kulturen als Mittel der Erziehung anerkannt, während sie in anderen Ländern als Gewalt geächtet und verboten werden. Im Bemühen um eine international anerkannte Definition beschreibt die Weltgesundheitsorganisation Gewalt als den »absichtlichen Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt« (WHO 2002).

Jugendgewalt wird auf individueller Ebene mit einem Anstieg aggressiver Potenziale (Stimmungen, Gefühle, Verhaltensweisen) im Jugendalter in Verbindung gebracht, die in der Regel im

Erwachsenenalter wieder abnehmen. Entwicklungspsychologische Studien bringen dieses Phänomen mit neurobiologischen Veränderungs- und Umbauprozessen sowie mit psychosozialen Entwicklungen und Herausforderungen in Zusammenhang (Roth 2001, 2008).

Der physische Ausdruck dieser Aggressionspotenziale unterscheidet sich weltweit. In kollektiven Gesellschaften sind diese kulturell eingebunden und werden im Rahmen der Familie und der Gemeinschaft geregelt, in individualistischen Kulturen westlicher Industrienationen wird die Entwicklung eines individuellen Umgangs innerhalb gesetzlicher Rahmenbedingungen erwartet, in Regionen mit hoher Kriminalitätsrate oder in Gewaltkulturen wird Aggression zum Überlebensprinzip.

Die Aggressionsforschung entwickelte im vergangenen Jahrhundert unterschiedliche Erklärungsmodelle auf Basis psychodynamischer, lerntheoretischer und humanistischer Theorien. So ging Freud (1994) von einem Aggressionstrieb aus, den es zu kontrollieren gilt, während Bandura aggressives Verhalten als Ausdruck sozialen Lernens erklärte (Bandura 1978), der Gestalttherapeut Perls wiederum betonte die lebensnotwendige und lebensbehaltende Funktion der Aggression als Ausdruck der Selbstbehauptung (Perls 2002).

Moderne entwicklungspsychologisch und neurobiologisch fundierte Verständnismodelle gehen heute davon aus, dass sich aggressives Verhalten auf Basis von Verhaltensdispositionen (genetischer Aspekt), frühen Interaktionserfahrungen und Lebensereignissen, die sich in unbewussten impliziten Arbeitsmodellen/Schemata abbilden und bewussten sozialen Lernerfahrungen entwickeln und vor dem Hintergrund der Neuroplastizität des Gehirns lebenslang durch neue Erfahrungen, neue Kognitionen und Übungen beeinflusst und verändert werden können (Cierpka 2008). Sie betonen als Risikofaktoren in der individuellen Entwicklung Vernachlässigung, fehlende Empathie, Gewalterfahrungen und

Traumata im Säuglingsalter. Als weitere Risikofaktoren im Kleinkindalter werden mangelnde Affektregulation in der Beziehung und fehlende Wertevermittlung in der Familie beschrieben. Diese können bereits in der frühen Kindheit problematisches Verhalten begünstigen und zu erfahrungsbedingten impliziten Arbeitsmodellen und expliziten Überzeugungen führen, die sich in der Pubertät zu schweren Formen von Aggression weiterentwickeln und sich in das Erwachsenenalter fortsetzen kann. Diese Gruppen zeigen auch ein erhöhtes Risiko, Opfer von Gewalt zu werden (Cierpka 2008).

Gewaltprävention

Bemühungen um die Verhinderung von Gewalt umfassen in der Regel ein Bündel von Maßnahmen. Dabei wird zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention unterschieden. Aufgabe der primären Prävention ist es, Belastungsfaktoren und Entwicklungsrisiken frühzeitig zu erkennen und im Vorfeld von Gewalthandlungen Einfluss auf die Entwicklung konstruktiver Handlungs- und Konfliktlösungsmuster zu nehmen und die Anwendung von Gewalt zu verhindern.

Als universelle Sprache der Gefühle kann Musik in allen Kulturen und individuell – wie zu Beginn beschrieben – sowohl zur Beruhigung, Ablenkung und Auseinandersetzung mit aggressiven Gefühlen eingesetzt werden als auch eine Stimulierung von aggressiven Stimmungen und Gewaltbereitschaft bewirken. Entsprechend kann unter bestimmten Voraussetzungen eine unspezifische präventive Wirkung von Musik festgestellt werden.

Ein bedeutender Schritt zur Verstärkung präventiver Faktoren ist der aktive musikalische Ausdruck. So zeigt das gemeinsame aktive Musikmachen eine Reihe unspezifischer Effekte der Prävention von aggressivem Verhalten auf, die in verschiedenen Untersuchungen belegt werden können. Der Kriminologe Christian Pfeiffer (Neumann 2008) stellt bei der Auswertung seiner Erhebungen zur Gewalt von Jugendlichen fest,

dass das Gewaltpotenzial bei Kindern, die aktiv Musizieren, deutlich geringer ist als in anderen Vergleichsgruppen. Auch Untersuchungen von Weber (1993) und Bastian (2000) zur Wirkung eines erweiterten Musikunterrichts weisen nach, dass durch einen stärkeren Musik-Schwerpunkt im Schulunterricht die psychosozialen Kompetenzen der Schüler deutlich steigen. Doch können auch beim gemeinsamen Musikmachen aggressionsfördernde Impulse gesetzt werden, beispielsweise beim gemeinsamen Singen und Trommeln von Kampfliedern gewaltbereiter Hooligans (Liell 2001).

Musik als Instrument der Prävention von Gewalt

Musik als Instrument der Prävention von Gewalt greift die Wirkungspotenziale der Musik gezielt auf. Auch wenn Musik wenig Möglichkeiten hat, um auf gesellschaftlicher Ebene grundlegende Veränderungen in Bezug auf die Kriminalitäts- oder Armutsrate zu bewirken, so kann sie doch gesellschaftliche Impulse setzen, prosoziale Atmosphären schaffen und die Gemeinschaft stärken. Zudem kann sie – im Sinne psychotherapeutischer Prävention – auf der Beziehungsebene neue und korrigierende Beziehungserfahrungen anbieten und auf individueller Ebene die Regulation aggressiver Impulse und die Auseinandersetzung und den Umgang mit schwierigen Gefühlen fördern. Grundlegend ist es wichtig, eine respektvolle, tolerante und den humanistischen Werten der Demokratie verpflichtete Haltung zu vermitteln und diese in der Auseinandersetzung mit den Jugendlichen aktiv zu vertreten.

Obwohl es bekannt ist, dass Musiktherapeuten in der Praxis eine Reihe von effektiven Vorgehensweisen zur Prävention von Gewalt anwenden, liegen bisher nur wenige Fallbeschreibungen, theoretische Ausarbeitungen und wissenschaftliche Evaluationen vor (McFerran & Wölfl 2015). In dem Positionspapier *Music, Violence and Music Therapy with Young People in Schools* berichten McFerran und Wölfl (2015) von drei Veröffentlichungen in englischer Sprache zur

individuellen Arbeit mit aggressiven Jugendlichen (Castellano & Wilson 1970; Kivland 1986; Strange 2012) und zwei weiteren zur Arbeit mit Jugendlichen, die ein Trauma erfahren haben (Derrington 2012; Viega 2013). Weiter beschreiben sie allgemeine musiktherapeutische Gruppenformate mit Stress- und Aggression regulierenden Effekten (Cassity 1996; Dvorkin 1991; Wyatt 2002; Frank-Schwebal 2002) und ein spezifisches Programm zur Vermeidung von Gewalt (Nöcker-Ribaupierre & Wölfl 2010; Wölfl 2014, 2016) sowie Community Music Therapy Programme in größeren Systemen zur Unterstützung der Jugendlichen im respektvollen und selbstverantwortlichen Handeln, die Effekte aufweisen, die Gewalt verhindern (Elefant 2010; Baines 2013; Rickson & McFerran 2014; Krüger & Stige 2015).

Das Positionspapier »Music, Violence and Music Therapy with Young People in Schools« stellt gleichberechtigt psychodynamische, lerntheoretische und systemische Erklärungsmodelle für die Entstehung und Vermeidung von Gewalt nebeneinander und differenziert in einer systematischen Übersicht gemeinschaftsbezogene, gruppenbezogene und individuelle Formate (McFerran & Wölfl 2015).

Entsprechend des ökologischen Modells zur Entstehung von Gewalt (WHO 2002) erscheint es sinnvoll und zielführend, musiktherapeutische Ansätze zur Verhinderung von Gewalt auf verschiedenen Ebenen anzubieten, Wechselwirkungen zu beachten und Übergänge bereitzustellen. Die folgenden Ausführungen geben einen kurzen Überblick zu den Schwerpunkten der musiktherapeutischen Arbeit mit Gruppen und Einzelpersonen, um Gewalt zu verhindern.

2. Gruppenbezogene Formate

Musiktherapeutische Anti-Gewalt-Programme stellen ein semi-strukturiertes Vorgehen für Klassengruppen zur Verfügung, das sowohl in kurzen Intensivprogrammen als auch in mittel-

fristigen Halbjahres- und Jahresprojekten durchgeführt werden kann. Sie »diskutieren explizit Mobbing und Gewalt und fördern den Aufbau respektvoller Gruppen-Interaktionen. Trommeln und Musik-Improvisation werden verwendet, um positive Interaktionen mit anderen zu üben und konstruktive Lösungen im Umgang mit aggressiven Situationen zu entwickeln« (McFerran & Wölfl 2015). Dafür stellen sie eine Vielzahl von methodischen Vorgehensweisen zur Verfügung, die im Rahmen eines semi-strukturierteren Programms für verschiedene Zielgruppen, Anliegen und Themenschwerpunkte flexibel angewandt werden und die Interessen der Jugendlichen einschließen. Ziel ist es, die Affektregulation der einzelnen Jugendlichen zu stärken und gemeinsam mit allen eine gruppenbezogene Werteorientierung zu fördern, die respektvolle und konstruktive Lösungen von Konflikten sucht und Aggression und Gewalt verhindert. Weitere Ziele sind die Integration aller in die Klassengemeinschaft und die Förderung einer gut fundierten sozialen Kompetenz. Darüber hinaus soll möglichen Entwicklungsstörungen oder Auffälligkeiten vor dem Hintergrund von Traumata und Vernachlässigung durch die Vermittlung von nonverbalen und verbalen Basiskompetenzen entgegengewirkt werden und gegebenenfalls sollen präventiv weitere (individuelle) Fördermaßnahmen veranlasst werden.

Basis des musikalischen Vorgehens ist strukturierte Musikimprovisation auf leicht spielbaren Instrumenten, die allen Kindern und Jugendlichen unabhängig von ihren musikalischen Vorlieben oder musikalischer Vorbildung die Möglichkeit gibt, Musik zu machen. So bildet im TrommelPower-Projektmodell die rhythmische Arbeit mit Trommeln eine Basis, zu der in der Regel alle Kinder und Jugendlichen Zugang finden. Diese wird mit improvisierter Musik auf einfach spielbaren Klanginstrumenten, Stimmarbeit und musikalischen Rollenspielen ergänzt. In den Improvisationen werden Fähigkeiten, aufeinander einzugehen und in Kontakt zu kommen, spielerisch erlebt und geübt. In dynamischen Improvisationen werden Fertigkeiten der Affektregulation vermittelt, in Stopp-Übungen wird

die Fähigkeit zu Abgrenzung und Selbstkontrolle verstärkt und die Akzeptanz von Grenzen geübt. In thematischen Improvisationen zu Konflikten, Mobbing-Situationen und Gewaltsituationen werden mit den Jugendlichen konsensfähige Werte entwickelt und konstruktive Verhaltensweisen erarbeitet.

Durch die Anwendung improvisierter Musik wird der musikalische Raum für alle Teilnehmer geöffnet, unabhängig von musikalischen Vorlieben und Fertigkeiten. Die Art des Improvisierens zeigt den Therapeuten implizite und explizite Ressourcen und Potenziale ebenso wie Unsicherheiten und Defizite, beispielsweise in Ein- und Abstimmungsprozessen, die möglicherweise auf Störungen der Affektregulation in der Entwicklung verweisen. Der weitere methodische Aufbau ist darauf ausgerichtet, Ressourcen zu stärken und mögliche Unsicherheiten und Defizite durch neue Erfahrungen und Fertigkeiten auszugleichen.

Theoretischen Hintergrund bilden integrative Konzepte, die auf der Basis entwicklungspsychologischer und/oder psychodynamischer Verständnismodelle übende und beziehungs-fördernde Vorgehensweisen anwenden (Wölfl 2014, 2017, 2019).

Möglichkeiten und Grenzen

Chancen der Gruppenangebote für die Gewaltprävention liegen darin, dass durch die Arbeit mit der ganzen Klasse auch Jugendliche aus Risikogruppen erreicht werden, die sich häufig sozialtherapeutischen Bemühungen entziehen. Durch die Arbeit mit improvisierter Musik können Unsicherheiten in Abstimmungs- und Regulationsprozessen schnell deutlich werden und spielerisch stärkende Kompetenzen vermittelt werden. Die Fokussierung auf die Themen Mobbing und Gewalt führt zudem zu einer bewussten Auseinandersetzung in der gesamten Gruppe und zur Förderung einer Werteentwicklung, die das soziale Miteinander fördert und Gewalt als Mittel der Konfliktlösung vermeidet.

Die Grenzen liegen in der zeitlichen Begrenzung, die die Verantwortung für die Nachhaltigkeit bereits früh der Gruppe und den beteiligten Pädagogen übergibt. Zudem kann in den Projekten deutlich werden, dass bei tiefgreifenden Verunsicherungen, hohem aggressiven Stressniveau und Impulsivität oder gewaltbereiten, anti-sozialen Grundüberzeugungen das Gruppenangebot nicht ausreicht und eine individuelle Auseinandersetzung und Förderung erfordert.

Ein Element des TrommelPower-Projekts ist die Verwendung von Stoppübungen, bei denen die Gruppe immer lauter trommelt, bis sie von einem Schüler mit einem deutlichen Stoppzeichen unterbrochen werden. Im Gruppengespräch erklärte ein Junge, dass er niemals gewalttätiges Verhalten anwenden wollte, aber dass er einfach jeden schlagen würde, der seine Eltern beleidigte. Durch Gruppendiskussionen und kurze Rollenspiele wurde sehr deutlich, dass seine Gegner nie wirklich bemerkten, wie sehr sie ihn mit ihren Aussagen verletzten, und auf der anderen Seite schien er für sie sehr plötzlich aggressiv zu werden, wie ohne Vorwarnung. Er wurde von den anderen gebeten, vor diesem Moment ein Stoppzeichen zu setzen und seine Grenzen deutlich zu machen. Er nahm diesen Vorschlag im Schulalltag auf und die aggressiven Interaktionen nahmen merklich ab.

3. Individuelle Formate

Musiktherapeutische Arbeit mit Einzelnen findet häufig erst statt, wenn diese aufgrund von aggressiven Verhaltensweisen so auffällig geworden sind, dass sie in regulären Schulen oder im familiären Umfeld nicht mehr akzeptiert werden können und gesellschaftliche Bemühungen erforderlich sind. Diese finden in westlichen Industrieländern häufig im Bereich der Jugendfürsorge, der klinischen Behandlung oder des Jugendstrafvollzugs statt. Zudem kann sie einen Schwerpunkt im Bereich der musiktherapeutischen Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen in Krisengebieten oder in Flüchtlingseinrichtungen bilden.

Präventive musiktherapeutische Einzelangebote im Vorfeld von aggressivem Verhalten ist in den Gesundheitssystemen in der Regel nicht vorgesehen und fällt eher in den Bereich der pädagogischen Sozialarbeit oder in den Bereich von Wohlfahrtssystemen. Individuell werden entsprechende Einzelangebote häufig von den Betroffenen und ihren Familien verweigert, da keine subjektive Notwendigkeit wahrgenommen wird. In sogenannten kollektiven Gesellschaftssystemen (Bauer 2011) wird der Umgang mit aggressiven Phänomenen im Bereich der Familie und der jeweiligen gesellschaftlichen oder religiösen Gemeinschaften geregelt, ohne Einbeziehung von Außenstehenden (Bauer 2011).

Ein möglicher Zugang im Vorfeld von expliziten aggressiven Verhaltensweisen kann entstehen, wenn Kinder und Jugendliche aus Risikogruppen in musiktherapeutischen Gemeinschafts- (Community music therapy) oder Gruppenprojekten Interesse an den Möglichkeiten der Musiktherapie entwickeln und die beteiligten Therapeuten den besonderen Förderbedarf erkennen (Wölfel 2014). Dies gilt in gleicher Weise für kunsttherapeutische oder körperorientierte Präventionsmaßnahmen.

Musiktherapeutisches Einzel-Setting

In musiktherapeutischen Einzel-Sitzungen steht die Entwicklung eines Bezugs zu den musikalischen Möglichkeiten und der Aufbau einer therapeutischen Beziehung im Vordergrund. Günstigerweise wird ein breites Spektrum an musiktherapeutischen Methoden angeboten, das vom Musikhören über das Mitsingen und Nachspielen von Musik bis zur gemeinsamen Improvisation reichen kann. Entscheidend ist die Entwicklung einer anhaltenden Motivation, eines sicheren Raums und einer tragfähigen therapeutischen Beziehung (Lutz Hochreutener 2009), die erlaubt, im Rahmen einer korrigierenden therapeutischen Beziehung auch kritische Anmerkungen zu äußern und Veränderungsimpulse zu geben.

Im therapeutischen Prozess gilt es, die subjektive Bedeutung des aggressiven Verhaltens zu verstehen, Wechselwirkungen zu erkennen und darauf aufbauend mit den Jugendlichen konstruktive Bewältigungs- und Verarbeitungsprozesse zu initiieren. Beispielsweise kann aggressives Verhalten als Ausdruck der Selbstbehauptung die Differenzierung zwischen kraftvollem Handeln und schädigender Zerstörung erfordern. Aggressives Verhalten in Konfliktsituationen erfordert Affektregulation und die Befähigung zu konstruktiven Konfliktlösungen, bei denen die Position und Meinung der anderen respektiert wird. Aggressives Verhalten aufgrund von Impulsivität erfordert eine Stärkung der eigenen Impulskontrolle. Im Unterschied dazu erfordert gewalttätiges Verhalten aufgrund subjektiv empfundener Bedrohung eine Differenzierung zwischen unterstellter Bedrohungsabsicht und wirklicher Bedrohung. Aggressionen aufgrund von Isolation, Einsamkeit und dem Gefühl, ausgeschlossen zu sein, erfordert die Entwicklung von Frustrationstoleranz und die Befähigung, diesen Gefühlen entgegenzuwirken und sich aktiv sozialen Gruppen anzuschließen, Beziehungen aufzubauen und Frustrationstoleranz zu entwickeln.

Eine große Herausforderung liegt im erhöhten Misstrauen von Jugendlichen aus Risikogruppen. Viele fühlen sich (vor dem Hintergrund früherer Erfahrungen) schnell angegriffen und reagieren ihrerseits mit aggressiven Impulsen und Beziehungsabbrüchen. Zudem können manche Nähe und Verbindlichkeit in Beziehungen nicht ertragen und ziehen sich zurück oder inszenieren aggressiv unterlegte Distanzierungs- und Rückzugsmuster, die Grundüberzeugungen mit Gefühlen von Ablehnung, Einsamkeit und Isolation wiederherstellen und die Berechtigung aggressiver Bewältigungsstile bestätigen. Die wiederholte Infragestellung der Beziehung in unterschiedlichen Varianten kann beim Therapeuten heftige Gegenübertragungsimpulse auslösen und fordert eine hohe Bereitschaft, diese reflektierend zu verstehen und das therapeutische Beziehungsangebot aufrechtzuerhalten.

Musik als drittes Element in der Therapie kann eine zusätzliche Motivation bilden, solche Beziehungskrisen zu bewältigen und den Kontakt aufrechtzuerhalten. Das breite Spektrum musikalischer Gestaltungsmöglichkeiten, das gegebenenfalls über die traditionellen Vorgehensweisen der Musikrezeption und Musikimprovisation hinaus das Hören, Singen und Spielen von Jugendmusik, das Schreiben und das spontane Erfinden von Liedern oder verschiedene Formen des Tanzens, der Bewegung und von Rollenspielen mit einbezieht, erhöht die Wahrscheinlichkeit, die musikalischen Wünsche der Jugendlichen aufzugreifen und darüber in Kontakt zu bleiben. Beim Hören und Spielen von aggressiver Musik kann eine geteilte Wirklichkeit im musikalischen Erleben das nonverbale Verstehen von Stimmungen und Gefühlen ermöglichen. Gespräche über das musikalisch Erlebte können dann mentale Verstehensprozesse in Gang setzen, Unausgesprochenes kann im nonverbalen Verständnis des Therapeuten seinen Platz finden und gehalten werden (Containment) (Smetana 2017). Ein wachsendes Verständnis für das zugrunde liegende Leid befähigt den Therapeuten, das hohe Ausmaß an Aggressivität, Impulsivität und Frustration bei den Jugendlichen zu verstehen, ohne dabei jedoch ihr aggressives Verhalten zu rechtfertigen und zu akzeptieren.

Neben dem Ausdruck aggressiver Gefühle bietet die Musik viele Möglichkeiten, destruktive Impulse zu regulieren und aggressive Stimmungen zu beruhigen und zu verändern. Diese reichen vom Hören beruhigender Musik, Ablenkung, gemeinsamem Musizieren bis hin zu Regulationsübungen mit improvisierter Musik und können in der Therapie mit den Jugendlichen experimentell erprobt und zur Beruhigung und aktiven Steuerung aggressiver Impulse eingesetzt werden. Mit der Zunahme an Handlungs- und Steuerungskompetenzen können Ideen für alternative Verhaltensweisen entwickelt und in musikalischen Probehandlungen geübt werden. Damit verbunden können – auf der Basis einer stabilen und belastbaren therapeutischen Beziehungserfahrung – Grundüberzeugungen verändert und

neue prosoziale Wertvorstellungen entwickelt und verinnerlicht werden.

Möglichkeiten und Grenzen

Die Chance individueller musiktherapeutischer Angebote liegt darin, dass das musikalische Angebot ganz auf die Interessen und Anliegen der jeweiligen Jugendlichen abgestimmt werden kann, sodass ihre Motivation aufgegriffen wird und sie sich individuell anerkannt und verstanden fühlen. Die Bearbeitung der aggressiven Thematik kann ein vertieftes Selbstverständnis bewirken und die mentale Erfassung von aggressivem Verhalten und zugrunde liegenden Erfahrungen in der Entwicklung erweitern. Darüber hinaus kann sie im therapeutischen Prozess neue korrigierende Beziehungserfahrungen ermöglichen, die affektregulierende Erfahrungen und werteorientierte Bewertungskriterien vermitteln können. Musik kann als schützender, motivierender und vermittelnder Faktor einen kreativen und positiv besetzten Handlungsspielraum zur Bearbeitung der jeweils im Vordergrund stehenden Themen anbieten.

Einschränkend ist anzumerken, dass musiktherapeutische Maßnahmen häufig erst nach der Manifestation einer schweren Aggressionsproblematik (tertiäre Prävention) eingesetzt werden und sie kaum im Vorfeld aggressiver Verhaltensweisen zur Prävention von Gewaltbereitschaft angewandt werden. Weiter können therapeutische Vorgehensweisen in der Dyade vor dem Hintergrund von Vernachlässigung oder traumatischen Beziehungserfahrungen als zu nah erlebt werden und Angst- und Bedrohungsgefühle auslösen und zu destruktiven Abwehrreaktionen führen. Zum Dritten können aggressive Stimmungen und Gefühle in der Dyade nicht aktiviert werden und einer therapeutischen Bearbeitung nicht zugänglich werden.

4. Schlussfolgerungen

Die Musiktherapie verfügt über fein abgestufte Vorgehensweisen, die entsprechend der jeweiligen Problematik und des Kontexts variabel und passgenau zur Prävention von Gewalt und Destruktivität angewandt werden können. Sie reichen von der Wahrnehmung und dem Umgang mit Gefühlen beim Musikhören über das kreative Gestalten von Abstimmungs- und Kooperationsprozessen beim Musizieren und die Diskussion aggressiver Inhalte von Liedtexten bis zur Übung von Affektregulation und dem Durcharbeiten traumatischer Gewalterfahrungen. Sie nutzen direkte und indirekte Interventionen in der Einzelarbeit, der Gruppe und in der Gemeinschaft, um gewaltpräventive Wirkungen zu erzielen und einen konstruktiven Umgang mit aggressiven Stimmungen und Konflikten zu fördern.

Für die Gewaltprävention mit Musik erscheint es sinnvoll, Brücken zwischen den verschiedenen Ansätzen zu bilden und Übergänge für die praktische Anwendung zu entwickeln (Wöfl 2019). Auf theoretischer Ebene können moderne, wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse über die Bedeutung frühkindlicher Erfahrungen und die großen Möglichkeiten lebenslangen Lernens und Veränderns aufgrund der Neuroplastizität des Gehirns eine integrative Klammer zwischen psychodynamischen, lerntheoretischen, kommunikationstheoretischen und systemischen Erklärungsmodellen bilden. Sie belegen Veränderungspotenziale durch Vorgehensweisen auf den verschiedenen Ebenen, ohne die Bedeutung der jeweils anderen Aspekte und Faktoren zu leugnen.

Auf wissenschaftlicher Ebene untermauern Studien die gewaltpräventive Wirkung von individuellen Ansätzen (Derrington 2012), Gruppenprogrammen (Wöfl 2014, 2017) und auf größere Systeme ausgerichtete Vorgehensweisen der Community Music Therapy (McFerran 2017).

Für die Praxis der Gewaltprävention liegt die große Bedeutung der vorgestellten Vorgehens-

weisen in der großen Kraft der Musik, emotional zu berühren und Jugendliche zu motivieren, an Projekten teilzunehmen, sich zu begeistern, selbst Verantwortung zu übernehmen und im Prozess Motivationstiefs zu überwinden.

In Gruppen und im Einzelsetting kann Musik eine hohe Motivation freisetzen und erhalten, insbesondere, wenn die musikalischen Interessen der Jugendlichen aufgegriffen und weiterentwickelt werden, sodass sich jeder in der präventiven Arbeit wiederfinden und einbringen kann. So können wesentliche Aspekte der Gewaltprävention wie Affektregulation, Werteentwicklung, Abgrenzung, Unterschiedsbildung und konstruktive Handlungskompetenzen weit im Vorfeld von gewalttätigem Verhalten spielerisch vermittelt werden und mit der Kraft der intrinsischen Motivation der Jugendlichen verändert werden. Darüber hinaus kann der musiktherapeutische Zugang im längerfristigen individuellen Setting der tertiären Gewaltprävention mit gewaltbereiten und gewalttätigen Jugendlichen eine wichtige Brücke zur Bildung und Aufrechterhaltung der Therapiemotivation bilden. Die zukünftige Herausforderung besteht darin, diese Potenziale in übergreifenden Konzepten zusammenzuführen, um eine fundierte und passgenaue Arbeit mit Jugendlichen zur Prävention von Gewalt leisten zu können.

Literatur

- Baines, S. (2013). Music therapy as an anti-oppressive practice. *The Arts in Psychotherapy* 40, 1–5.
DOI 10.1016/j.aip.2012.09.003.
- Bandura, A. (1978). Social learning theory of aggression. *J Communication* 28(3), 12–29.
DOI 10.1111/j.1460-2466.1978.tb01621.x.
- Bastian, H.G. (2000). Musik (erziehung) und ihre Wirkung. Eine Langzeitstudie an Berliner Grundschulen. Mainz: Schott Musik International.
- Bauer, J. (2011). Schmerzgrenze. Vom Ursprung alltäglicher und globaler Gewalt. München: Karl Blessing.
- Castellano, J.A. & Wilson, B.L. (1970). The generalization of institute therapy to classroom behaviour of an Electively Mute adolescent. *J Music Ther* 7, 139–143.
DOI 10.1093/jmt/7.4.139.
- Cierpka, M. (Ed.) (2008). Möglichkeiten der Gewaltprävention (2nd ed.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
DOI 10.13109/9783666462092.
- Derrington, P. (2012). Music therapy for youth at risk: An exploration of clinical practice through research. (Unpublished doctoral thesis). Anglia Ruskin University, Cambridge, UK.

- Elefant, C. (2010). Giving voice: Participatory action research with a marginalized group. In: Stige, B., Ansdell, G., Elefant, C. & Pavlicevic, M. (Hg.). *Where music helps: Community music therapy in action and reflection*. Surrey, UK: Ashgate, 132–142.
- Krüger, V. & Stige, B. (2015). Between rights and realities—music as a structuring resource in child welfare everyday life: a qualitative study. *Nord J Music Ther* 24, 99–122. DOI 10.1080/08098131.2014.890242.
- Liell, Ch. (2001). Die Rezeption von Musik und deren »Wirkung« auf das Gewalthandeln. Retrieved from https://www.db-thueringen.de/servlets/MCRFileNodeServlet/dbt_derivate_00001317/liell.html, (Zugriff 30.12.2019).
- Lutz Hochreutener, S. (2009). *Spiel – Musik – Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- McFerran, K.S. (2014). Music therapy in the schools. In: Wheeler, B. (Hg.). *Music therapy handbook*. New York: Guildford Press, 328–338
- McFerran, K.S. & Wölf, A. (2015). Music, Violence and Music Therapy with Young People in Schools: A Position Paper. *Voices. World Forum for Music Therapy* 15(2). DOI 10.15845/voices.v15i2.831.
- McFerran, K.S. (2017). Let's rework our approach with »Angry young people«, *Social Work with Groups* 40(3), 183–186. DOI 10.1080/01609513.2016.1219837.
- Neumann, F. (2008). Musik als Schutzimpfung. Thesen des Kriminologen C. Pfeiffer über den Zusammenhang zwischen Medienkonsum, Schulleistungen und Musikausübung bei Kindern und Jugendlichen. Retrieved from: https://www.bmu-musik.de/fileadmin/Medien/BV/Archiv_AfS/nr_25_2008/AfS_Mag25_01_Neumann.pdf (Zugriff 30.12.2019).
- Nöcker-Ribaupierre, M., & Wölf, A. (2010). Music to counter violence: A preventative approach for working with adolescents in schools. *Nord J Music Ther* 19, 151–161. DOI 10.1080/08098131.2010.489997.
- Perls, F. (2002). *Gestalt-Therapie in Aktion* (10. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rickson, D., & McFerran, K.S. (2014). *Creating music cultures in the schools: A perspective from community music therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Roth, G. (2001). *Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Roth, G. (2008). *Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten: Warum es so schwierig ist, sich und andere zu verändern*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Smetana, M. (2017). Recurring similarity: the meaning of musical objects in music therapy for adolescents with structural disorders. *Nord J Music Ther* 26(2), 105–123. DOI 10.1080/08098131.2015.1117123.
- Stige, B., Ansdell, G., Elefant, C. & Pavlicevic, M. (2010). *Where music helps: Community music therapy in action and reflection*. Surrey, UK: Ashgate.
- Viega, M. (2013). "Loving me and my butterfly wings: « a study of hip-hop songs written by adolescents in music therapy. (Unpublished doctoral dissertation). Temple University, Philadelphia, USA. Retrieved from <http://pqdtopen.proquest.com/pubnum/3552365.html> (Zugriff 30.12.2019).
- Weber, E.W., Spychiger, M. & Patry, J.L. (1993). *Musik macht Schule. Biografie und Ergebnisse eines Schulversuchs mit erweitertem Musikunterricht*. Essen: Die blaue Eule. Kurzfassung in: Weber E. W.: <http://ewaweber.ch/musik-macht-schule>, (Zugriff 30.12.2019).
- WHO 2002 World Health Organization (Hg.) (2002). *World report on violence and health: Summary* (2002) Retrieved from http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf, (Zugriff 30.12.2019).
- Wölf, A. (2014). *Gewaltprävention mit Musik: Empirische Wirkungsanalyse eines musiktherapeutischen Projektmodells*. Wiesbaden: Reichert-Verlag.
- Wölf, A. (2016). *DrumPower – Music for a Better Community in the Classroom. Group Music Therapy Program for Violence Prevention, Social Integration and Empowerment in Schools. Suggestions from Community Music Therapy Approaches*. In: *Int J Community Music* 9(1), 65–75. DOI 10.1386/ijcm.9.1.65_1.
- Wölf, A. (2017). *Musik und Gewalt: musiktherapeutische Gewaltprävention*. In: Timmermann, T. & Schmidt, H.-U. (Hg.). *Förderung von Kindern und Jugendlichen durch musiktherapeutische Vorgehensweisen – Ausgewählte Schriften zur Musiktherapie der Universität Augsburg*. Wiesbaden: Reichert-Verlag.
- Wölf, A. (2019). *Music and Violence: Working with youth to prevent violence*. In: McFerran, K.S., Derrington, Ph. & Saarikallio, S. (Hg.). *Handbook of Music, Adolescents and Wellbeing*. Oxford University Press. DOI 10.1093/oso/9780198808992.003.0007.

Korrespondenzadresse

Dr. Andreas Wölf
 Institut für Musiktherapie
 Freies Musikzentrum München e.V.
 Ismaninger Str. 29
 81675 München
 E-Mail: andreas.woelfl@t-online.de

Am Beispiel der TFP nach Kernberg

Wie übersetzt man ein störungsspezifisches Therapiemanual in ein multimodales Behandlungsprogramm?¹

Philipp Martius

Zusammenfassung

Die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen findet im deutschsprachigen Raum zu einem guten Teil im stationären Rahmen statt. Dafür stellt sich die Frage, wie die überwiegend im Einzelsetting wissenschaftlich validierten psychotherapeutischen Verfahren auf die Situation im Krankenhaus übertragen werden können. Anhand des im Text skizzierten Konzepts der Übertragungsfokussierten Psychodynamischen Psychotherapie nach Kernberg (TFP) wird diskutiert, wie die co-therapeutischen Mitarbeiter »mitgenommen« werden können, wie Elemente der Methode im stationären Setting umgesetzt werden können und wie sich ein solches Verfahren in ein kombiniertes, multimodales Behandlungsangebot einfügt.

Schlüsselwörter

Psychodynamische Psychotherapie; Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP); Persönlichkeitsstörung; stationäre Psychotherapie; Team

Abstract

Using the example of TFP according to Kernberg. How to translate a disorder-specific therapy manual into a multi-modal therapy program?: Personality disorder treatment in Germany, Austria and Switzerland is in part largely handled as on-ward therapy. So how can psychotherapy methods that are scientifically validated primarily in one-on-one treatment be transferred into the hospital setting? The article outlines Transference-Focused Psychodynamic Psychotherapy (TFP) according to Kernberg in order to discuss how to on-board co-workers not familiar with TFP, how to implement elements of the method in the on-ward setting, and how to deploy TFP as part of a combined multimodal treatment.

Keywords

psychodynamische treatment; transference-focused psychotherapy; personality disorder; in-patient psychotherapy; team

Cite as Martius, P. (2020). Am Beispiel der TFP nach Kernberg. Wie übersetzt man ein störungsspezifisches Therapiemanual in ein multimodales Behandlungsprogramm? *Persönlichkeitsstörungen* 24(1), 55–65. DOI 10.21706/ptt-24-1-55

1. Einleitung

Für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen wurde eine Reihe von spezifischen psychotherapeutischen Verfahren entwickelt, wis-

senhaftlich evaluiert und in die Behandlungsleitlinien aufgenommen (Stoffers et al. 2008). Die Übertragungsfokussierte Psychodynamische Psychotherapie (Transference-Focused Psychotherapy, TFP, Yeomans et al. 2017) gehört zu diesen Verfahren. Es wurde ursprünglich in einem stationären Setting konzipiert (Kernberg 1984), letztlich aber als einzelpsychotherapeutisches Verfahren manualisiert und wissenschaftlich untersucht (Doering et al. 2008).

¹ Der Autor dankt Frau Dipl.-Psych. B. Blanke für wertvolle Diskussionen, Herrn Prof. Dr. P. Buchheim für wichtige Literaturhinweise und Frau Dr. S. Mortier für ihre Beiträge zum klinischen Material. Der Beitrag ist Herrn Prof. Dr. O. F. Kernberg gewidmet.

Patient*innen mit Persönlichkeitsstörungen benötigen regelhaft auch einen stationären Rahmen für ihre Behandlung (Fabian 2008). Daher ist die Frage nach der Umsetzung eines wirksamen spezifischen Therapieverfahrens in diesem Rahmen von Relevanz. Es hat seit der Etablierung der TFP verschiedene Versuche gegeben, die Methode wieder für das stationäre Behandlungssetting von Patient*innen mit schweren Persönlichkeitsstörungen nutzbar zu machen, aus dem es ursprünglich stammt (Buchheim 2019; Dammann 2012; Hölzer et al. 2008; Kernberg 2020).

Die Wirksamkeit der stationären Psychotherapie ist methodisch nicht leicht zu belegen (Martius et al. 2009). Aufgrund von Verlaufsstudien und Kattamenesen gilt sie aber mittlerweile als gesichert (Zaudig 2004). Allerdings ist dabei nicht klar, was tatsächlich wirkt, und ob sich therapeutische Effekte einzelner Behandlungsbausteine immer addieren oder gar potenzieren oder doch auch manchmal neutralisieren.

Bei der praktischen Umsetzung der Einführung einer spezifischen psychotherapeutischen Behandlungsmethode in ein klinisches Setting ist Folgendes zu diskutieren:

- Wie kann das komplexe psychodynamische Konzept an die verschiedenen beteiligten Berufsgruppen vermittelt werden?
- Welche TFP-Elemente lassen sich in modifizierter Form im stationären Setting anwenden?
- Wie kann die Methode in einem multimodalen Setting in Kombination mit anderen Behandlungsmethoden angewandt werden?

2. TFP – Übertragungsfokussierte Psychodynamische Psychotherapie nach Kernberg: ein Überblick

2.1. Theorie und Konzept der TFP

Die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) beruht im Wesentlichen auf der psychoanalytischen Behandlungstheorie für Persönlichkeitsstörungen, wie sie seit den 1970er Jahren von Otto F. Kernberg ausgearbeitet wurde (Kernberg 1975). Aus seiner Sicht liegt das wesentliche Problem dieser Patientengruppe in einer Störung des Selbstbildes, der Identität. In seinen Worten: »Ein authentisches Selbst kann nur entstehen, wenn die divergierenden Selbstbilder zu einem integrierten Selbstkonzept organisiert worden sind, das seinerseits integrierten Objektvorstellungen entspricht. Darum ist klinisch gesprochen der Weg zur Authentizität der Weg zur Integration wechselseitig dissoziierter Aspekte des Selbst.« (Kernberg 1975).

Nach der Objektbeziehungstheorie, die u. a. auf Melanie Klein und Ronald Fairbairn zurückgeht, werden während der psychischen Entwicklung des Menschen die Erfahrungen bedeutsamer Beziehungen zu anderen, sogenannte Dyaden, mittels einer dreiteiligen Struktur verinnerlicht: Diese Strukturen lassen sich beschreiben durch das mit der Beziehung verbundene Bild von sich selbst (Selbst-Repräsentanz), vom jeweils anderen (Objekt-Repräsentanz) und durch den damit verbundenen Affekt. Diese Dyaden bilden als Organisationseinheiten die Persönlichkeit wesentlich mit aus (ohne dass genetische Faktoren, Aspekte wie Temperament und Charakter oder psychosoziale Einflüsse vernachlässigt werden). Basale Objektbeziehungsdyaden beinhalten positive oder negative affektive Zustände. Sie existieren im Individuum als wahrnehmbare Einheiten, die das eigene Erleben und Verhalten prägen. Dyaden mit ähnlicher affektiver (emotionaler) Ladung summieren sich. Der therapeutische Zugang dazu ergibt sich aus der Untersuchung

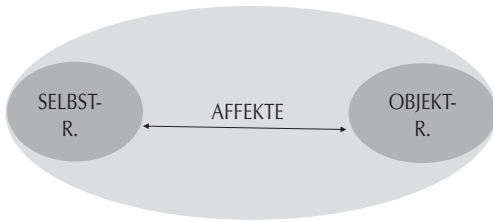


Abb. 1

der emotionalen Befindlichkeit in der unmittelbaren Gegenwart in der Behandlungsstunde.

Beziehungserfahrungen in der frühen Kindheit beinhalten aufgrund der neurophysiologischen Unreife des Säuglings Zustände von intensiver Befriedigung und Vergnügen bzw. Erfahrungen von intensiver Angst und Schmerz, die der Regulation durch feinfühlig Bezugspersonen bedürfen. In der inneren Vorstellungswelt des Kindes bleiben diese Zustände vermutlich voneinander getrennt – gespalten –, bis sie allmählich integriert werden können. Zu dieser Integration tragen die zunehmende neuronale Vernetzung, die zunehmenden kognitiven Fähigkeiten, überwiegend positiv getönte Erfahrungen und die Feinfühligkeit der Bezugspersonen bei. Integration bedeutet im Kontext von Beziehung und Erleben, dass sich zu anderen Menschen Vorstellungen unterschiedlicher affektiver Tönung ausbilden können, z. B. »meine Mutter kümmert sich (meistens) liebevoll um mich« und »meine Mutter kann mit Stress (oft) nicht gut umgehen«.

Unter ungünstigen inneren und äußeren Bedingungen, z. B. infolge eines ausgeprägt aggressiven Temperaments oder durch fortgesetzte Vernachlässigung bzw. Traumatisierung gelingt der Integrationsprozess nicht reibungslos, sodass die innere Spaltung aufrechterhalten bleibt. Positive Erfahrungen bleiben ersehnt, im Falle des Ausbleibens aber kippt die Stimmung z. B. rasch von Wohlwollen zu Enttäuschung oder Wut und eventuell auch wieder zurück. Beziehungen zum Selbst und zu anderen sind daher gekennzeichnet durch abrupte Wechsel zwischen »Nur-gut« und »Nur-schlecht«.

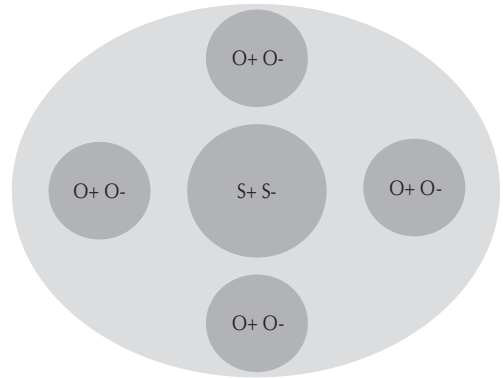


Abb. 2

Die klinischen Auswirkungen dieser Entwicklung lassen sich auf der Ebene der seelischen Struktur erfassen. Auch hierzu gibt es eine Nomenklatur, die auf Kernberg zurückgeht (Tab. 1).

Auf der Ebene der Identität und des Selbstbildes finden sich bei persönlichkeitsgestörten Patienten widersprüchliche, verzerrte oder oberflächliche Selbst- und Fremdwahrnehmungen, verbunden mit Schwierigkeiten, andere und sich selbst zu verstehen und sich angemessen einfülen zu können. Auch ist die Fähigkeit beeinträchtigt, sich selbst als konstant im Laufe der Lebensspanne wahrzunehmen. Häufig wird über ein Gefühl innerer Leere berichtet.

Die Abwehrmechanismen i. S. v. Bewältigungsstrategien in inneren und äußeren Krisen- und Konfliktsituationen sind im Fall der Persönlichkeitsstörungen von Schwarz-Weiß-Denken und Instabilität geprägt. Die sprichwörtliche Spaltung entspricht der Wahrnehmung anderer und der eigenen Befindlichkeit als nur gut oder nur böse, mit der beschriebenen Tendenz zu raschen Wechseln. Idealisierung und Entwertung, das Bemühen, eine Situation quasi um jeden Preis zu kontrollieren, und Tendenzen, Unangenehmes in andere Personen projektiv zu verlagern, sind weitere der sogenannten unreifen Abwehrmechanismen, die typischerweise anzutreffen sind.

Selbstbild / Identität
Abwehrmechanismen / Coping-Strategien
Realitätsprüfung
Qualität der Objektbeziehungen
Normen- und Wertesystem

Tab. 1 Dimensionen der seelischen Struktur nach Kernberg

In ihrer Persönlichkeit beeinträchtigte Menschen haben regelmäßig Probleme im Umgang mit der Realität: Zwar unterliegen sie nicht oder nur kurzzeitig wahnhaften Überzeugungen, aber aus der psychischen Instabilität ergeben sich zwangsläufig die immer wieder berichteten Probleme, v. a. im psychosozialen Kontext das zu verstehen und sicher einzuschätzen, was gerade tatsächlich passiert. Auch bereitet es oft Mühe, die eigene Einschätzung und die anderer zur Passung zu bringen. Wir sprechen hier von Realitätsverzerrungen als Symptom.

Die Art und Weise der Beziehungsgestaltung ist ein besonders wichtiges »diagnostisches Instrument« für den Bereich der Persönlichkeitsstörungen. Aus den Schwierigkeiten, die Bedürfnisse anderer unabhängig vom Selbst wahrzunehmen und anzuerkennen, ergeben sich Probleme mit der Regulierung von Nähe und Distanz und mit einer angemessenen Bezogenheit oder Abhängigkeit in Beziehungen. Ebenfalls häufig zeigen sich Probleme mit der Sexualität, und zwar im Sinne von schweren Hemmungen oder im Gegenteil in offen gelebter, evtl. auch riskanter Promiskuität. Der diagnostische Aspekt liegt darin, dass die Patienten selbst ihre Probleme nicht immer klar benennen können, sich aber in ihrer Beziehungsgestaltung und in der Reaktion ihrer Umgebung die Auswirkungen der psychischen Schwierigkeiten ablesen lassen. Das gilt natürlich auch für das sogenannte Übertragungsgeschehen in der therapeutischen Beziehung.

Letzte wichtige Dimension ist, wie mit moralischen Werten und Idealen umgegangen wird. Es finden sich an einem Ende der Skala vollkommen überzogene rigide Vorstellungen, die ggf. auch fanatisch verteidigt werden, und am anderen Ende antisoziale Tendenzen bis hin zu Vorstellungen, zu auch illegitimen oder gar illegalen Ansprüchen auf Kosten anderer berechtigt zu sein. Auch hier kann es zu massiven Schwankungen der eigenen Ansichten kommen.

Entsprechend der Annahme einer emotional instabilen Persönlichkeit ist das Problem der hinreichenden Impulskontrolle eine besonders prominente Verhaltensproblematik, die sich praktisch auf allen Dimensionen der psychischen Struktur erfassen und begründen lässt.

2.2. TFP als Behandlungsmethode

Aufgrund dieser Theorie der Persönlichkeitsstörungen und aus den Erfahrungen einer stationären Behandlungspraxis mit langen Behandlungszeiten heraus wurde TFP als modifizierte psychoanalytische Behandlungsmethode entwickelt. Zu den Modifikationen gehören zum einen die Entwicklung von aktiven Interventionen in Abkehr von der weitgehenden Abstinenz des Psychoanalytikers bei gleichzeitiger Einhaltung einer sogenannten technisch neutralen Position des Behandlers. Neutralität wird verstanden als gleichmäßiges Interesse sowohl an den destruktiven, leidvollen Anteilen der Persönlichkeit des Patienten, wie an dessen progressiven und funktionalen Anteilen. Das ist verbunden mit einer klaren therapeutischen Orientierung daran, dass der Patient einen stabilen Zugang zu seinen adaptiven und reflexiven Fähigkeiten finden soll. Für diese Untersuchung aller Persönlichkeitsanteile des Patienten ist es notwendig, den therapeutischen Prozess als ein strukturiertes und strukturierendes Vorgehen zu verstehen. Durch die Betonung eines festen Rahmens mit festen Grenzen soll der Patient mit seinem inneren und äußeren Chaos Halt erfahren. Deshalb wird auch ein Therapievertrag vereinbart, der die Rahmenbedingungen klärt, die Therapiemethode

vermittelt, die Aufgaben und Ansprüche von Patienten und Therapeuten benennt und eine Verständigung über die gemeinsame Arbeit anstrebt.

Das übergeordnete Therapieziel der TFP ist die Stabilisierung der Identität. Die soll sich aus dem geduldigen, zugewandten und strukturierten gemeinsamen Nachdenken über das Erleben und Verhalten des Patienten in Bezug auf sich selbst und in den Beziehungen zu bedeutsamen anderen allmählich entwickeln. Hierzu hat die TFP Phasen der Therapie beschrieben, die durch Indikatoren für eine psychische Reifung zu bestimmen sind. Außerdem betont das Verfahren die Anwendung einer bildhaften, metaphorischen Sprache, die möglichst die Wortwahl und das Verhalten des Patienten in der unmittelbaren therapeutischen Situation als Ausgangspunkt nutzt. Zu den Aufgaben des TFP-Therapeuten gehört auch, den Spaltungstendenzen des Patienten entgegenzuwirken, indem voneinander abgespaltene Selbstanteile, die als verwirrend und ängstigend erlebt werden, miteinander in Verbindung gebracht werden, was langfristig Angst mindernd wirkt.

Im konkreten Vorgehen verwendet der TFP-Therapeut die Techniken der Klärung, der taktvollen Konfrontation mit Widersprüchen in dem, was der Patient berichtet oder wie er sich verhält, und der Deutung, die immer darauf gerichtet sein soll, was gerade in der therapeutischen Arbeit emotional bedeutsam ist. Daraus leitet sich auch der Name der Methode ab, denn die Analyse der Übertragung im Hier und Jetzt der therapeutischen Arbeit ist das zentrale Mittel, um die gespaltenen und verzerrten Beziehungsmuster zur erfassen und allmählich in integrierte, differenzierte, komplexe Objektbeziehungen zu verändern.

Die TFP-Methode ist auch für die Gruppenpsychotherapie angepasst worden (Mattke et al. 2007; Kernberg 2020)

Um wesentliche Aspekte der Kommunikation des Patienten zu erfassen, wird betont, dass in

der TFP systematisch auf drei (oder vier) Kanäle der Kommunikation geachtet wird und dass Widersprüche zwischen den Botschaften aus diesen verschiedenen Kanälen systematisch aufgegriffen und angesprochen werden. Die Mitteilungsebenen sind (1) die verbalen Mitteilungen des Patienten, (2) seine nonverbalen Äußerungen in Gestik und Mimik, außerdem (3) die Wahrnehmung der eigenen Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten (die Gegenübertragung). Im stationären Setting kommen (4) die Informationen und Beobachtungen im professionellen Team und in der Patient*innen-Gemeinschaft dazu.

Die TFP-Behandlung wurde zum Zweck der wissenschaftlichen Untersuchung manualisiert. Damit ist TFP ein Verfahren, das systematisch vermittelt und erlernt werden kann. Es ist auf eine bestimmte Gruppe psychischer Störungen ausgerichtet und fußt auf einer sorgfältig erarbeiteten Theorie der Störung und der Interventionsmöglichkeiten. Das Manual definiert spezifische Therapie-Prinzipien – benennt z. B. regelmäßig einzusetzende und regelmäßig zu vermeidende Techniken. Es bietet Training und Supervision unter Einbezug von videografierten Sitzungen und Rollenspielen an, beachtet in der Supervision systematisch die Einhaltung der Behandlungsprinzipien und reflektiert anhand der Reaktionen des Patienten dessen Entwicklung. Für die Behandlung dieser Patient*innen gilt Super- oder Intervention in der TFP als unabdingbar, um die oft schwierigen, belastenden therapeutischen Situationen zu bewältigen, indem deren Bedeutung i. S. einer interaktionellen Abwehr der Patient*innen verstanden wird.

3. Überlegungen zum Transfer der TFP in ein multimodales stationäres Setting

Die Erfahrung zeigt, dass die Einführung eines neuen Behandlungskonzeptes in ein laufendes stationäres Setting den üblichen organisationspsychologischen Risiken und Nebenwirkungen

unterliegt (Hölzer et al. 2008; Kernberg 2020; Lohmer & Möller 2014, S. 78–97). Eine neue Therapie und Konzeption der bisherigen Arbeit bedeutet neben dem Enthusiasmus für das Neue auch Abschied vom Bisherigen, Trauer und ggf. auch Kämpfe für das eine oder das andere. Das Beharrungsvermögen von Inhalten und Konzepten, die aus der Überzeugung zu meist der Leitung überholt sind und verändert werden müssen, darf nicht unterschätzt werden. Nicht selten wird eine Veränderung weniger als Chance, sondern eher als Bedrohung der Kompetenz von Mitarbeitern in ihrer vorhandenen Struktur erlebt. Daher kann sich auch z. B. gegen die Einführung einer TFP auf einer Station oder Abteilung Widerstand zeigen und es sollte offen und transparent damit umgegangen werden. Grundsätzlich bedarf eine solche Idee daher der sorgfältigen Vorbereitung und reflektierenden Begleitung. Die Veränderung selbst muss im kontinuierlichen vertrauensvollen Dialog, im gegenseitigen Respekt aller Beteiligten und in einer Bereitschaft, Neuerung und Bewahrung zu balancieren, erfolgen.

Zu den eingangs gestellten Fragen, wie TFP in ein stationäres Setting integriert werden kann, ergeben sich nach der Darstellung des Konzeptes und der allgemeinen Überlegungen zu Veränderungsprozessen folgende Gedanken:

3.1 Wie kann das komplexe psychodynamische Konzept an die verschiedenen beteiligten Berufsgruppen vermittelt werden?

Die Methode sollte zunächst in mehreren Veranstaltungen für das gesamte Team ausführlich dargestellt werden. Anhand von Fällen aus dem Stationsalltag dürfte es in aller Regel nicht schwierig sein, Patienten und Erfahrungen zu identifizieren, die sich für Einzelne oder das Team als belastend erwiesen haben. An solchen Punkten taktvoll mit Überlegungen anzusetzen, wie man es mit einem anderen Verständnis oder einer anderen Methode evtl. anders hätte bewältigen können, wie man sich also die Arbeit erleichtern könnte oder zufriedenstellender gestalten

ten kann, stellt eine gute Eintrittspforte dar. Der Umfang der Ausbildung sollte dem Basiscurriculum der TFP von etwa 30 Stunden entsprechen. Der kontinuierliche Bezug auf die tägliche Arbeit und die versuchsweise Benennung von möglichen Modifikationen im sonst Üblichen bahnen die Auseinandersetzung und fördern den Transfer des Wissens in die klinische Praxis. Außerdem lässt sich so klären, an welcher Stelle, durch welche Prozesse oder auch durch welche Personen Widerstand deutlich wird und wie dieser gemeinsam bearbeitet werden kann. Insbesondere bietet die sehr klare Konzeption der TFP im Hinblick auf das sogenannte Agieren eine gute Grundlage für ein psychotherapeutisches Notfallmanagement, was sich als unterstützend im Prozess der Einführung erweist.

Des Weiteren stellt der Therapievertrag auch im stationären Rahmen zu Beginn der Behandlung eine wichtige Hürde dar, die Patient und Team nehmen müssen, um zu einem wirkungsvollen Arbeitsbündnis zu finden. Die Orientierung der TFP an inhaltlichen Prioritäten der frühen Behandlungsphase (beginnend mit dem Fokus auf Suizidalität, Selbstschädigung, Fremdaggression und Therapieabbruch bis hin zu Symptomreduktion, mehr Frustrationstoleranz und auch Arbeits- bzw. Ausbildungsfähigkeit) schafft für das Team eine transparente und haltgebende Handlungsstruktur im inszenierten chaotischen Beziehungsgefüge der Patient*innen.

Im weiteren Verlauf kann es sinnvoll sein, vertiefende Fortbildungen durchzuführen, in denen die einzelnen Berufsgruppen mit ihren spezifischen Aufgaben und Kompetenzen im Hinblick auf die Umsetzung von TFP-Elementen oder die Übernahme komplementärer Therapiebausteine trainiert werden.

Fallbeispiel externe TFP-bezogene Supervision

In einer Abteilung einer psychosomatischen Akutklinik ist mit dem Wechsel in der Leitung eine Änderung der Behandlungskonzepte angekündigt worden. Teil der Ver-

1. Suizid- oder Tötungsandrohungen oder -ankündigungen
2. Unehrlichkeit oder Verschweigen wichtiger Informationen
3. Unehrlichkeit oder Verschweigen wichtiger Informationen
4. Verhalten, das gegen Therapievertrag verstößt (Wie oft/ wie sehr?)
5. Agieren während der Sitzungen
6. Agieren zwischen den Sitzungen
7. Trivialisierung oder Bagatellisierung
8. Übertragungsmanifestationen
9. Affektiv dominantes Material außerhalb der Therapie (in Abhängigkeit von der Bedeutsamkeit für das Leben der Patient*innen eventuell von höherer Wichtigkeit)

Tab. 2 Liste sogenannter Prioritäten für das therapeutische Gespräch: Auftreten von ...

1. Selbstschädigung und Suizidalität
2. Destruktives Agieren und dissoziales Verhalten
3. Umgang mit Regelbrüchen: <ul style="list-style-type: none"> a. Verstöße gegen die Hausordnung – Verwarnungsregelungen b. Verbot von Suchtmitteln c. Verbot von sexuellen Kontakten im Setting d. Eigenständige Teilnahme am vereinbarten Therapieprogramm e. Bereitschaft zur Teilnahme an sozialen Aktivitäten im Setting

Tab. 3 TFP-bezogene Prioritäten im stationären Setting

änderung ist die Einrichtung einer Station für Persönlichkeitsstörungen, in der ein TFP-bezogenes Setting umgesetzt werden soll. Mithilfe interner Fortbildungen durch die neue Leitung und eines externen Supervisors für das Team mit TFP-Kompetenz wird die Übertragungsfokussierte Psychotherapie in multiprofessionellen Teams als »Projekt« gemeinsam erarbeitet. Beispiel für die Art und Weise der Umorientierung ist folgende Supervisions-Vignette: Eine etwa 50-jährige zahnmedizinische Fachangestellte wird vorgestellt, die von ihrem gewalttätigen suchtkranken Ehemann, mit dem sie drei halbwüchsige Kinder hat, geschieden ist. Zur Trennung kam es, nachdem er erstmals

gegen das gemeinsame Haustier, einen kleinen Mischlingshund, gewalttätig wurde; zuvor hat die Patientin Misshandlungen häufig über sich ergehen lassen, um den Kindern »nicht den Vater zu nehmen«. Die Patientin ist u. a. selbst seit vielen Jahren als impulsiv bekannt, ist sehr stimmungslabil, sie hatte in der Ehe immer wieder Affären, leidet unter einer generalisierten Schmerzstörung, für die sie zeitweise vehement Medikation einfordert, aber dann als unwirksam absetzt. Sie drängt auf Berentung. Im Team überwiegt anfangs das Mitleid mit der »vom Leben so gebeutelten Frau«. Auch in ihrer Lebensgeschichte war sie wiederholt Opfer in Situationen mit Übergriffen. Ihr eigenwil-

liger Umgang mit dem Behandlungskonzept, zu dem sie je nach dem Grad ihrer Schmerzen erscheint oder wegbleibt, wird einige Zeit toleriert und mit ihrer besonderen Belastung erklärt, auch als Mitpatient*innen zu murren beginnen. Die positiv und wohlwollend gewährende Beziehung zu ihr im Setting bekommt Risse, als sie nach einiger Zeit mit gewagten Outfits, T-Shirts mit tiefem Ausschnitt und lockeren Sprüchen v.a. in der Sport- und Bewegungstherapie auftritt, um sich gleichzeitig bei geringsten Anforderungen demonstrativ schmerzgeplagt abzuwenden. In der Reflexion des Falles im Team wird die Spaltung offenbar, es wird für die »arme, bemühte« Patientin ebenso intensiv geworben wie ihre »sexistischen Auftritte« hämische Kommentare hervorrufen. In diesem Team-Konflikt wird deutlich, dass die Patientin divergierende Selbst-Anteile zum Ausdruck bringt, dabei immer bemüht, ihre Umgebung so vollständig wie möglich, quasi »omnipotent« zu kontrollieren. Bei der Diskussion des Procedere findet sich erneut eine Fraktion der Befürworter*innen einer Art traumabezogenen Behutsamkeit im Umgang mit der Patientin, aber eben auch Mitarbeiter*innen, die die strikte Einhaltung der »für alle gleich gültigen« klinischen Rahmenbedingungen fordern. Der Supervisor lenkt die Aufmerksamkeit auf die hochgehenden, widersprüchlichen emotionalen Reaktionen der Mitarbeiter*innen auf die Patientin als Ausdruck unterschiedlicher Übertragungsbereitschaften im Sinne der Spaltung. Indem die gesamte »Szenerie« wie auf einer Bühne betrachtet werden kann, wird es möglich, einen integrierenden Standpunkt zu erarbeiten, der sowohl betont, dass für die Patientin die Klinik einerseits ihre Schmerzen und Lebensbelastungen anerkennt und unterstützend zu bearbeiten bereit ist, dass aber andererseits dieser das Leben der Patientin möglicherweise rettende Ort auch nicht von ihr verwüstet werden sollte. Zum Abschluss der Supervision wird in einem Rollenspiel

geprobt, wie der Therapeut der Patientin diese »gute und schlechte« Nachricht vermitteln kann, mit welchen Reaktionen evtl. zu rechnen ist, und wie das Team ggf. diese Reaktionen und den Therapeuten auffangen kann. Dabei übernimmt eine Mitarbeiterin die Rolle der Patientin. Ihre Reflexion über das Erleben in dem eingeübten therapeutischen Moment gibt nochmals wertvolle Einsichten in die emotionale Zerrissenheit der Patientin, die so in ihrer inneren Spaltung und im Spiegel der Spaltung des Teams für einen therapeutischen Zugang geöffnet wird.

3.2 Welche TFP-Elemente lassen sich in modifizierter Form im stationären Setting anwenden?

Damit Mitarbeiter*innen sich daran gewöhnen, durch die TFP-Brille zu schauen und zu reflektieren, sind die multiprofessionellen Team-Meetings unabdingbar. Eine wesentliche Bereicherung der TFP in einem stationären Setting ist die deutliche Zunahme der notwendigen Kommunikation, z. B. durch Teamtreffen auf Stations-, Abteilungs- und Leitungsebene, Visiten und Zweitsichten, Fortbildungs- und Organisationskonferenzen sowie Inter- und Supervision. Jeder Mitarbeiter des Teams erfährt durch die Betonung des vierten Kommunikationskanals (Verhaltensbeobachtung der Patient*innen im Setting) ein Mehr an Aufmerksamkeit, ein Mehr an Verantwortung und auch ein Mehr an Entlastung, weil die Geschehnisse auf der 24/7-Bühne der Station zeitnah und im Hinblick auf die o. g. Prioritäten im Team landen. Durch den Fokus auf die Verhaltensauffälligkeiten und auf dynamisch relevante Ereignisse während der Behandlung wird nachvollziehbar, was therapeutisch vorrangig thematisiert wird. Dazu kann z. B. die unter Tab. 2 beschriebene Prioritätenliste benutzt werden, und zwar in einer Form, die an den Vorgaben der Institution und den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Mitarbeiter angepasst ist (Tab. 3). Wichtig ist bei solchem Vorgehen, dass es mit einer »Kultur der Verbindlichkeit« gekoppelt ist. Es sollte nur gefordert werden, was umgekehrt auch im Team

vorgelebten Werten und Maßstäben entspricht, z. B. was Zuverlässigkeit oder Entwertung angeht. Diese Form der Rahmensetzung beugt der Gefahr der Lähmung eines Teams vor, die droht, wenn keine adäquate therapeutische Antwort auf Agieren gegeben wird.

In der praktischen Umsetzung kann man sich ein TFP-bezogenes Aufnahme-prozedere vorstellen, bei dem im Rahmen eines obligaten Vorgesprächs über die Notwendigkeit informiert wird, dass in der Klinik allgemeine und spezifische Regeln einzuhalten sind, wie z. B. die Abstinenz von allen Suchtmitteln (und ggf. der Nachweis vor Aufnahme durch Drogenscreenings o. a.). Darüber hinaus kann betont werden, dass die Patientin oder der Patient zu einer selbstverantwortlichen und aktiven Teilnahme an allen ihm verordneten Therapien bereit sein muss und dazu, dass er im Fall von einem Abweichen von den Regeln vom Team auch darauf angesprochen werden wird (Tab. 3).

Im Weiteren ist denkbar, dass durch eine wöchentliche Einführungsveranstaltung (»Gebrauchsanleitung für Patient*innen«, Hölzer et al. 2008) für neu aufgenommene Patient*innen vermittelt wird, welche Möglichkeiten und Grenzen die klinische Therapie hat und wie wichtig die Eigenverantwortung des Einzelnen für seine Behandlung und eine gute gemeinsame Arbeit und Atmosphäre auf Station ist. Außerdem könnten erste Eindrücke und Fragen der Patient*innen beantwortet werden, immer aus einer Haltung heraus, die regressive Prozesse begrenzt: Das einladende »Kommen Sie erstmal gut an« wird durch ein »Wir sind auf Ihre aktive Mitarbeit für ein gutes Behandlungsergebnis angewiesen« ergänzt. Damit lassen sich auch Patenschaften für neue Patient*innen oder eine begrenzte »Selbstverwaltung« mit Übernahme von Ämtern im stationären Miteinander oder bei der Freizeitgestaltung (z. B. in Kleingruppen) konzipieren.

Ebenso hilfreich kann es für das Team sein, dass geklärt wird, welche Schwerpunkte der therapeutische Prozess im stationären Setting haben

sollte: Die Station wird durch das TFP-Konzept als »Bühne« für die oszillierenden Dyaden verstanden und jeder Mitarbeiter hat insofern die Aufgabe, dazu beizutragen, dass das Verhalten der Patient*innen so transparent wie möglich wird (s. Fallbeispiel). Noch spezifischer wird ein TFP-Setting die Aufmerksamkeit eben auf negative Affekte, auf Aggression, auf Sexualität und auf Hinweise für Übertragungsphänomene richten: Jede/r Mitarbeiter/in kann zur Zielscheibe von projektiven Abwehrmechanismen, z. B. zum Sündenbock oder auch zum Erretter, werden. Dabei spiegelt die Vielzahl der Mitarbeiter im besten Fall eine Vielzahl von Übertragungsweisen wieder und integriert dieses Oszillieren durch eine vertrauensvolle Zusammenarbeit unter einer unparteiischen, fachlich kompetenten Führung. Auch kann ein Team den Auswirkungen von Traumatisierungen und Folgen von Somatisierungen besser begegnen, indem beispielsweise sowohl die zuwendende Wärmflasche ausgegeben als auch das dahinter liegende vermeidende Verhalten gedeutet wird – durch unterschiedliche Teammitglieder, die dennoch für die Patient*innen sichtbar »an einem Strang ziehen«.

Auch der Fortschritt der Patient*innen bzw. aufkommende Widerstände oder Rückfälle können aus Sicht der TFP im stationären Setting strukturierter wahrgenommen werden. Das gilt sowohl für das Ausagieren als insbesondere auch für sogenannte stille Affektstürme, die sich in der Regel durch Schweigen, mangelnde Mitarbeit oder Wegbleiben aus Therapien zeigen. Angestrebt wird im stationären Setting das, was für die Frühphase der ambulanten Behandlung ausformuliert ist (Yeomans et al. 2017).

3.3 Wie kann die Methode in Kombination mit anderen Behandlungsmethoden angewandt werden?

Im stationären Setting ist die Kombination von TFP mit dem Skills-Training der DBT oder Achtsamkeitsübungen nicht nur denkbar, sondern auch wünschenswert. Auch sozialtherapeutische

Geringeres Risiko eines Therapieabbruchs
Beziehung zum Therapeuten kann trotz affektiver Schwankungen aufrecht erhalten werden
Rückgang schwerer Formen von impulsivem selbstzerstörerischen und suizidalen Verhalten außerhalb der Sitzungen
Affektstürme konzentrieren sich auf die Therapie selbst
Zunehmende Einsicht in Zusammenhänge von Symptomen/Befindlichkeit und therapeutischer Beziehung
Rückgang des sekundären Krankheitsgewinns, Akzeptanz von Alltagsanforderungen, verbesserte Lebens- und Beziehungsbewältigung

Tab. 4 Therapieziele der TFP für die frühe Therapiephase (nach Yeomans et al. 2008)

Gruppen zum Training sozialer Kompetenzen oder der Einsatz von Psychoedukation (z.B. Rentrop et al. 2007) sind hilfreich. Sport und Bewegung ist bei dieser Gruppe von Patienten ebenfalls indiziert, z.B. zur Spannungsabfuhr oder für die Entwicklung eines positiven Körpergefühls. Die Kunst ist hier, dass z.B. die beschriebene grundlegende Haltung und Konzeption der TFP als gemeinsame Klammer für die unterschiedlichen Aktivitäten etabliert wird, oder auch, dass das Konzept der TFP in seinen Auswirkungen für andere Therapien reflektiert wird: Wie äußern sich z.B. selbstschädigende Tendenzen in der Gymnastik – z.B. durch Überschreiten von Schmerzgrenzen – oder in der milieutherapeutischen Gemeinschaft – durch entwertende Äußerungen?

In der Publikation von Hölzer et al. (2008) werden die Erfahrungen mit der Implementierung aus Sicht der Klinik und der Trainer folgendermaßen wiedergegeben und spiegeln damit die Erfahrungen aus verschiedenen solcher Projekte: »Die Klinik und ihre Mitarbeiter profitierten besonders vom Fortbildungs-Input, vom verbesserten gemeinsamen Verständnis von Störungsbildern der Patient*innen und von der zunehmenden Toleranz für unterschiedliche Ansichten bei gleichzeitigem Erhalt der Teamfähigkeit. Die Trainer halten fest: »Gelingendes Lernen braucht also Aufgaben, die zu meistern sind und Befriedigung, spielerisches Erproben, Kreativität

und Humor erlauben. Auf dem Boden solcher Erfahrungen können dann auch besser schwierige und belastende Fallsituationen ausgehalten werden, in denen [zunächst noch] viele Fragen offenbleiben müssen und zeitweise Ohnmacht den beherrschenden Zustand eines Teams darstellt. [...] Die direkte und beispielgebende Förderung durch die ärztliche und Pflegedienstleitung, der Enthusiasmus vieler Teilnehmer [...] haben wesentlich zu dem bisherigen Erfolg dieser Unternehmung beigetragen.«

Literatur

- Buchheim, P. (2019). Die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (Transference-Focused Psychotherapy – TFP) nach Kernberg. *Persönlichkeitsstörungen* 23, 271–287.
- Dammann, G. (2012). Grundprinzipien der psychoanalytisch-orientierten stationären Behandlung von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. *Psychoanalyse. Texte zur Sozialforschung*, 1–12.
- Doering, S. (2016). Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP). Göttingen: V&R.
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, Ph., Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomized controlled trial. *Brit J Psychiat* 196, 389–395.
- Fabian, E., Dulz, B. & Martius, Ph. (Hg.) (2008). Stationäre Psychotherapie der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer.
- Hölzer, M., Becker-Friedrich, I., Lohmer, M. & Buchheim, P. (2008). Behandlung von Borderline-Patienten: Wie lernfähig sind psychotherapeutische Organisationen? In: Fabian, E., Dulz, B. & Martius, Ph. (Hg.) (2008). Stationäre Psychotherapie der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer, 71–90.
- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline-Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O.F. (1984). *Schwere Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Kernberg, O.F. (2020). Historische Ursprünge psychoanalytischer Zugänge zur stationären Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. In: Dammann, G., Dulz, B., Lohmer, M., Kernberg, O.F. (Hg.) (in Vorb.). *Borderline-Störungen – stationäre psychodynamische Psychotherapie*. Ein TFP-Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Lohmer, M. & Möller, H. (2014). Die Dynamik des Wandels in Organisationen. In: (Dies.) *Psychoanalyse in Organisationen*. Kohlhammer: Stuttgart, 78–97.
- Martius, Ph. (2008). Grundlagen der stationären Psychotherapie – ein Überblick. In: Fabian, E., Dulz, B. & Martius, Ph. (Hg.) (2008). *Stationäre Psychotherapie der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer, 1–9.
- Martius, Ph., Buchheim, P., Lettner, F., Kächele, H. & Buchheim, A. (2009). Pragmatische klinische Studien zur Evaluation stationärer Psychotherapie: Eine Therapiestudie bei Borderline-Patienten. *Persönlichkeitsstörungen* 13, 202–210.
- Mattke, D., Dammann, G. & Martius, Ph. (2007). Der Transfer von einzeltherapeutischen Behandlungskonzepten auf Gruppenformate: Das Beispiel der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP). *Gruppenpsychother Gruppenpdy* 43, 161–180.
- Rentrop, M., Reicherzer, M. & Bäuml, J. (2007). *Psychoedukation Borderline-Störung*. München: Elsevier.
- Stoffers, J.M., Völlm, B.A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N. & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder (Review). *Cochrane Library* 8.
- Yeomans, F.E., Clarkin, J.F. & Kernberg, O.F. (2017). *Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Borderline-Patienten*. Stuttgart: Schattauer.
- Zaudig, M. (2004). 50 Jahre psychosomatische Krankenhausbehandlung. *Z Psychosom Med Psychother* 50, 355–375.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Philipp Martius
 Praxis am Schlossplatz
 Dr.-Karl-Aschoff-Str.2
 55543 Bad Kreuznach und
 TFP-Institut München, Abbestr.4
 80999 München
 E-Mail: martius@psychotherapie-schlossplatz.de



Die Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen (GePs) e.V. und die Asklepios Kliniken Hamburg GmbH

schreiben jährlich die im deutschen Sprachraum höchstdotierten Preise für klinische Forschung im Bereich der Persönlichkeitsstörungen aus und würden sich über Ihren Beitrag sehr freuen.

Hamburger Fellowship Persönlichkeitsstörungen 2020

Die Fellowship ist mit 5000€ dotiert und richtet sich an Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler, die ganz besonders zur Einreichung ihrer Beiträge ermutigt werden sollen. Folgende Richtlinien sind bei der Einreichung zu beachten:

- Alter unter 40 Jahre, nicht habilitiert
- eingereicht werden kann nicht mehr als ein Abstract (keine Manuskripte!) einer Originalarbeit aus der klinischen Forschung zu Persönlichkeitsstörungen, die noch nicht oder nicht vor 2019 veröffentlicht wurde
- der Einreicher muss Erst- oder Seniorautor sein, die Zustimmung aller Co-Autoren zur Einreichung ist vorzulegen
- die Arbeit soll im deutschen Sprachraum entstanden sein.

Die Fellowship wird zweckgebunden für den Besuch einer internationalen im Bereich der Persönlichkeitsstörungen bedeutenden wissenschaftlichen oder klinischen Einrichtung vergeben. Bewerber werden gebeten, das Abstract ihrer Arbeit in fünf Exemplaren mit einem kurzen CV beim Präsidenten der *Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen (GePs) e.V.*, Dr. Birger Dulz, Asklepios Klinik Nord, Langenhorner Chaussee 560, D-22419 Hamburg, bis spätestens zum **15.06.2020** einzureichen. Die Entscheidung über die Vergabe des Preises erfolgt unter Ausschluss des Rechtsweges durch eine Jury, die sich aus Mitgliedern der GePs und fachkundigen Mitarbeitern der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH zusammensetzt. Aus den Bewerbern werden von der Jury vier bis sechs ausgewählt und eingeladen, ihre Arbeiten beim 17. Hamburger Symposium Persönlich-

keitsstörungen am 11./12.09.2020 vorzustellen. Von der Jury wird die beste Präsentation ausgewählt und prämiert.

Hamburger Preis Persönlichkeitsstörungen 2020

Der Preis ist mit 10000€ dotiert und wird für Originalarbeiten vergeben, die einen klinischen Bezug aufweisen sollten. Folgende Richtlinien sind bei der Einreichung zu beachten:

- Die Arbeiten sollen noch nicht oder nicht vor 2019 veröffentlicht worden sein
- eingereicht werden können nicht mehr als drei Arbeiten (Sonderdrucke oder Manuskripte) von jeweils nicht über 8000 Worten aus der klinischen Forschung zu Persönlichkeitsstörungen
- der Einreicher muss Erst- oder Seniorautor sein, die Zustimmung aller Co-Autoren zur Einreichung ist vorzulegen
- bei Gruppeneinreichungen soll ein Gruppenvertreter benannt werden
- die Arbeit soll im deutschen Sprachraum entstanden sein.

Das Preisgeld soll für weitere klinische Forschung verwendet werden. Die Entscheidung über die Vergabe des Preises erfolgt unter Ausschluss des Rechtsweges durch eine Jury, die sich aus Mitgliedern der GePs und fachkundigen Mitarbeitern der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH zusammensetzt. Preisanwärter können auch von dritten Personen vorgeschlagen werden. Die Arbeiten bzw. Vorschläge sind in fünf Exemplaren mit einem kurzen CV inkl. bisheriger klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit im Bereich der Persönlichkeitsstörungen beim Präsidenten der *Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen (GePs) e.V.*, Dr. Birger Dulz, Asklepios Klinik Nord, Langenhorner Chaussee 560, D-22419 Hamburg, bis spätestens zum **15.06.2020** einzureichen. Die Preisverleihung erfolgt beim 17. Hamburger Symposium Persönlichkeitsstörungen am 11./12.09.2020.



17. Hamburger Symposium Persönlichkeitsstörungen: »Von Herz und Hirn«

Anmeldungen ab Mitte April 2020
Anmeldeformular dann unter www.geps.info

Ort: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Campus Lehre/Gebäude N55, Martinistraße 52,
20246 Hamburg

Freitag, den 11. September 2020

Vorsitz: Michael Reiningger, Carsten Spitzer

- **9.00–9.15:** Begrüßung
– Birger Dulz
- **9.15–10.00:** Plenarvortrag Ulrike Dinger-Ehrenthal: »Vom Herzen der Therapeuten«
- **10.00–10.30:** Diskussion
- **10.30–11.00:** Pause
- **11.00–11.45:** Plenarvortrag Jürgen Brunner:
»Vom Hirn der Therapeuten«
- **11.45–12.15: Diskussion**
- **12.15–13.30:** Mittagspause
- **13.30–15.00:** Workshops 1. Teil
 1. Andreas Schindler: Systemische Therapie bei Persönlichkeitsstörungen
 2. Ulrich Sachsse: Was ist (eigentlich) noch kontrovers in der Traumafokussierten Therapie?«
 3. Carsten Spitzer: Dissoziationen
 4. Rolf-Dieter Stieglitz: Diagnostik und Therapie der ADHS im Erwachsenenalter
 5. Markus von Hummel: Narzisstische Persönlichkeiten zwischen Herz und Hirn
 6. Antje Gumz: Beziehungsbrüche und deren Reparatur
 7. Ulrike Dinger-Ehrenthal: Herz und Hirn von Therapeuten – wichtige Aspekte für die therapeutische Beziehungsgestaltung
 8. Jürgen Brunner: Was spielt sich wohl in Gehirnen der Therapeuten ab?
 9. »Neueste Forschungsergebnisse« – Vorträge der Bewerber zum »Hamburger Fellowship Persönlichkeitsstörungen«. Stephan Doering (Vorsitz); Anna Buchheim,

Birger Dulz, Matthias Nagel, Babette Renneberg

- **15.00–15.30:** Pause
- **15.30–17.00:** Workshops 2. Teil
- **17.15–18.15:** Mitgliederversammlung der GePs

Sonnabend, den 12. September 2020

Vorsitz: Annegret Boll-Klatt, Peer Briken

- **9.00–9.45:** Plenarvortrag Franz Resch: »Vom Herzen der Patienten«
- **9.45–10.15:** Diskussion
- **10.15–10.45:** Pause
- **10.45–11.30:** Plenarvortrag Andreas Mokros:
»Vom Hirn der Patienten«
- **11.30–12.00:** Diskussion
- **12.00–13.15:** Mittagspause
- **13.15–14.45:** Workshops
 1. Annegret Boll-Klatt, Mathias Kohrs: Was hat Borderline mit Psychosomatik zu tun? Viel!
 2. Ute Siebel-Jürges: Psychodrama – Lust auf Begegnung, mit Herz und Hirn
 3. Bernd Löwe: Herz und Hirn: Die neue Diagnose »somatische Belastungsstörung« in der Patientenversorgung
 4. Ingo Schäfer: Drogen für Herz und Hirn
 5. Katharina Parisius: Methodenintegration mit Hirn und Herz
 6. Alexandra Daszkowski: Hand auf's Herz. Kunsttherapie bei Persönlichkeitsstörungen
 7. Franz Resch: Vom Herzen der Patienten
 8. Andreas Mokros: Dimensionale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen
- **14.50–15.35: Abschlussplenum.** Vortrag Preisträger »Hamburger Preis Persönlichkeitsstörungen«. Preisverleihung der GePs/Asklepios Kliniken Hamburg GmbH (»Hamburger Fellowship Persönlichkeitsstörungen« und »Hamburg-Preis Persönlichkeitsstörungen«).
- **15.35–16.15:** Vortrag Sabine Rückert »Von Herz und Hirn«



- Abstracts zu den Workshops: siehe www.geps.info (ab Mitte April 2020)

Richter-Appelt, Carsten Spitzer. Technik: Stephan Thomas

Planungsgruppe

Torvi Abel, Felix Aßhauer, Katja Bietz, Annegret Boll-Klatt, Peer Briken, Birger Dulz (V.i.S.d.P), Klaus Michael Reininger, Rainer Richter, Hertha

Teilnahmegebühr bis zum 16.06.2020 185,00€
(Mitglieder von GePs, TIN und Hamburger Netzwerk Borderline: 135,00€)
Danach: 230,00€ (185,00€)

Referentinnen und Referenten

Dipl.-Psych. Torvi Abel
Klinik für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll
Langenhorner Chaussee 560
22419 Hamburg

Dr. rer. nat. Alexandra Daszkowski
Private Tagesklinik Walddörfer
Halenreihe 42
22359 Hamburg

Dipl.-Psych. Felix Aßhauer
Klinik für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll
Langenhorner Chaussee 560
22419 Hamburg

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Ulrike Dinger-Ehrenthal
Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Universitätsklinikum Heidelberg
Thibautstraße 4
69115 Heidelberg

Dipl.-Soz.päd. Katja Bietz
Kodrobs Altona
Hohenesch 13–17
22765 Ham*burg

Prof. Dr. med. Stephan Doering
Universitätsklinik für Psychoanalyse und
Psychotherapie Wien
Währinger Gürtel 18–20
A-1090 Wien

Dr. phil. Dipl.-Psych. Annegret Boll-Klatt
Institut für Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Prof. Dr. med. Peer Briken
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinistraße
52
20246 Hamburg

Dr. med. Birger Dulz
Klinik für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll
Langenhorner Chaussee 560
22419 Hamburg

Dr. med. Jürgen Brunner
Hiltenspergerstr. 36
80796 München

Prof. Dr. med. Antje Gumz
Psychologische Hochschule Berlin
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Anna Buchheim
Institut für Psychologie
Universität Innsbruck
Innrain 52
A-6020 Innsbruck

Dipl.-Psych. Mathias Kohrs
Strohredder 15
22587 Hamburg

Prof. Dr. med. Bernd Löwe
Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg



Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Andreas Mokros
FernUniversität in Hagen
Institut für Psychologie
58084 Hagen

Prof. Dr. med. Matthias Nagel
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Asklepios Klinik Nord – Psychiatrie Wandsbek
Jüthornstraße 71
22043 Hamburg

Dipl.-Psych. Dipl.-Theol. Katharina Parisius
Eichenhang 16
34277 Fuldaabrück

Dr. rer. nat. Klaus Michael Reiningger, M.Sc.
Institut für Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Babette Renneberg
Arbeitsbereich Klinische Psychologie und
Psychotherapie
FU Berlin
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin

Prof. Dr. med. univ. Franz Resch
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Universitätsklinikum Heidelberg
Blumenstraße 8
69115 Heidelberg

Prof. Dr. phil. Rainer Richter
Institut für Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Sabine Rückert
DIE ZEIT
Helmut-Schmidt-Haus
Buceriusstraße, Eingang Speersort 1
20095 Hamburg

Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse
Ulmenstraße 11a
37124 Rosdorf

Prof. Dr. med. Ingo Schäfer, MPH
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Dr. phil. Dipl.-Psych. Andreas Schindler
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Dr. med. Ute Siebel-Jürges
Grevenberger Str. 1
52146 Würselen

Prof. Dr. med. Carsten Spitzer
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und
Psychotherapeutische Medizin
Universitätsmedizin Rostock
Gehlsheimer Straße 20
18147 Rostock

Prof. Dr. rer. nat. Rolf-Dieter Stieglitz
Abt. Klinische Psychologie und Psychiatrie
Universität Basel
Missionsstraße 60/62
CH-4055 Basel

Mag. Markus von Hummel
Barmherzige Brüder – Krankenhaus Eisenstadt
Johannes von Gott-Platz 1
A-7000 Eisenstadt

Termine 2020

1.–3. April, Tübingen

25. Tübinger Suchttherapietage

<http://www.tuebingen-suchttherapietage.de>

12.–24. April, Lindau

Lindauer Psychotherapiewochen

1. Woche: Psychotherapie im Umbruch

2. Woche: Soziale Beziehungen im Umbruch

<https://www.lptw.de>

30. April – 3. Mai, Marburg

Jahrestagung der DGP

»Zwischen Sehnsucht und Angst –
Regressive Bewegungen im
psychoanalytischen Feld«

4. Mai, Köln

2. Fachtag der DGFS 2020

»Verbotene Liebe«

<https://www.koelner-verein.de>

21.–22. Mai, Köln

Forum frühe Kindheit

Bindung und Interaktion in den ersten
Lebensjahren

<https://www.forum-fruehe-kindheit.de>

24. Juni, Köln

3. Fachtag der DGFS

Würde statt Scham

<https://www.koelner-verein.de>

10.–12. Juli, Wien

12. Wiener Symposium

»Psychoanalyse und Körper«

Zwischenleibliche Resonanz in der Kinder-,
Jugendlichen- und Erwachsenenpsychotherapie
im Vergleich: Gemeinsamkeiten und
Unterschiede

<https://www.psychanalyseundkoerper.at>

11.–12. September, Hamburg

17. Hamburger Symposium Persönlichkeitsstörungen

»Von Herz und Hirn«

www.geps.info

21. September, Köln

4. Fachtag der DGFS

Die geheimen Spielregeln der Biografie

<https://www.koelner-verein.de>

25.–27. September, Freiburg

144. Verhaltenstherapiewoche des IFT

»Träume in der Psychotherapie –
Traumdeutung und empirische Traumforschung«

<https://www.vtwoche.de>

28. Oktober – 1. November, Bad Salzflun

27. Psychotherapietage NRW

Mut – Vertrauen – Zuversicht. Neue Wege in
der Psychotherapie

<https://www.psychotherapietage-nrw.de/>

ICH WILL DABEI SEIN, WENN MOMENTE GENAU SO WICHTIG SIND WIE MEDIKAMENTE.



Klinik Nord

MIT DIESEM WUNSCH SIND SIE BEI ASKLEPIOS GUT AUFGEHOSEN. Mit über 160 Gesundheitseinrichtungen in 14 Bundesländern zählen wir zu den größten privaten Klinikbetreibern in Deutschland. Der Kern unserer Unternehmensphilosophie: Es reicht uns nicht, wenn unsere Patienten gesund werden – wir wollen, dass sie gesund bleiben. Wir verstehen uns als Begleiter, der Menschen ein Leben lang zur Seite steht.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Oberarzt (w/m/d)

für die Klinik für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen, in Teilzeit

Wir sind

mit über 1.800 Betten an drei Standorten die größte Klinik in Hamburg. Getreu dem Leitsatz „Gesund werden. Gesund leben.“ arbeiten 28 medizinische und psychiatrische Kliniken und Abteilungen Hand in Hand, um jährlich über 100.000 Patienten aus dem Norden der Freien und Hansestadt Hamburg sowie dem Süden Schleswig-Holsteins auf höchstem Niveau zu versorgen.

Ihr Aufgabengebiet

Sie leiten und gestalten die Behandlungseinheit „Traumatherapie“ konzeptionell maßgeblich. Sie führen zudem Gruppentherapien durch. Zu Ihren Aufgaben gehört auch die Kontaktpflege zu außerklinischen Bereichen (z. B. der Weisse Ring).

Ihr Profil

Abgeschlossene Facharztweiterbildung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder Verhaltenstherapie) | Eine Spezialisierung in der psychotherapeutischen Behandlung von persönlichkeitsgestörten und/oder traumatisierten Patienten ist erwünscht | Abgeschlossene Traumatherapieausbildung ist ausgesprochen wünschenswert | Analytisches sowie umsetzungsorientiertes Denken und Handeln setzen wir ebenso voraus wie die Fähigkeit, situationsgerecht zu entscheiden | Team- und Integrationsfähigkeit sowie ein hohes Maß an Einsatzbereitschaft und Flexibilität sind unerlässlich | Die Bereitschaft zur kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung und Supervision setzen wir voraus

Wir bieten

eine interessante, verantwortungsvolle Aufgabe in einem motivierten und engagierten Team sowie eine wertschätzende und kollegiale Atmosphäre ist uns besonders wichtig. Wir sind eine nette und engagierte Klinik, in der sich verschiedene psychotherapeutische Ansätze gegenseitig ergänzen. Möglichkeiten zur internen und externen Fortbildung, u. a. am unternehmenseigenen Bildungszentrum sowie zur Forschung und Publikation, externe und interne Supervision und Fortbildungsurlaub sind selbstverständlich. Hohe Qualitätsstandards. Die Abteilung integriert verschiedene Psychotherapieschulen. Die Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll hat die volle Weiterbildungsermächtigung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie (TP und VT). Die Möglichkeit zu wissenschaftlicher Arbeit ist gegeben. Leistungsgerechte Vergütung nach TV-Ärzte/VKA. Betriebliche Gesundheitsvorsorge und betriebliche Altersversorgung. Kindertagesstätte und Krippe auf dem Klinikgelände in Ochsenzoll sowie HVV-Profi-Ticket und nah.sh-Firmenabo gehören ebenso zu unserem Angebot. Die Stelle ist grundsätzlich auch für Schwerbehinderte geeignet.

Für weitere Informationen steht Ihnen gerne Herr Dr. Dulz, Chefarzt der Klinik für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen, unter Tel.: (0 40) 18 18-87 24 28 (Sekretariat) zur Verfügung.

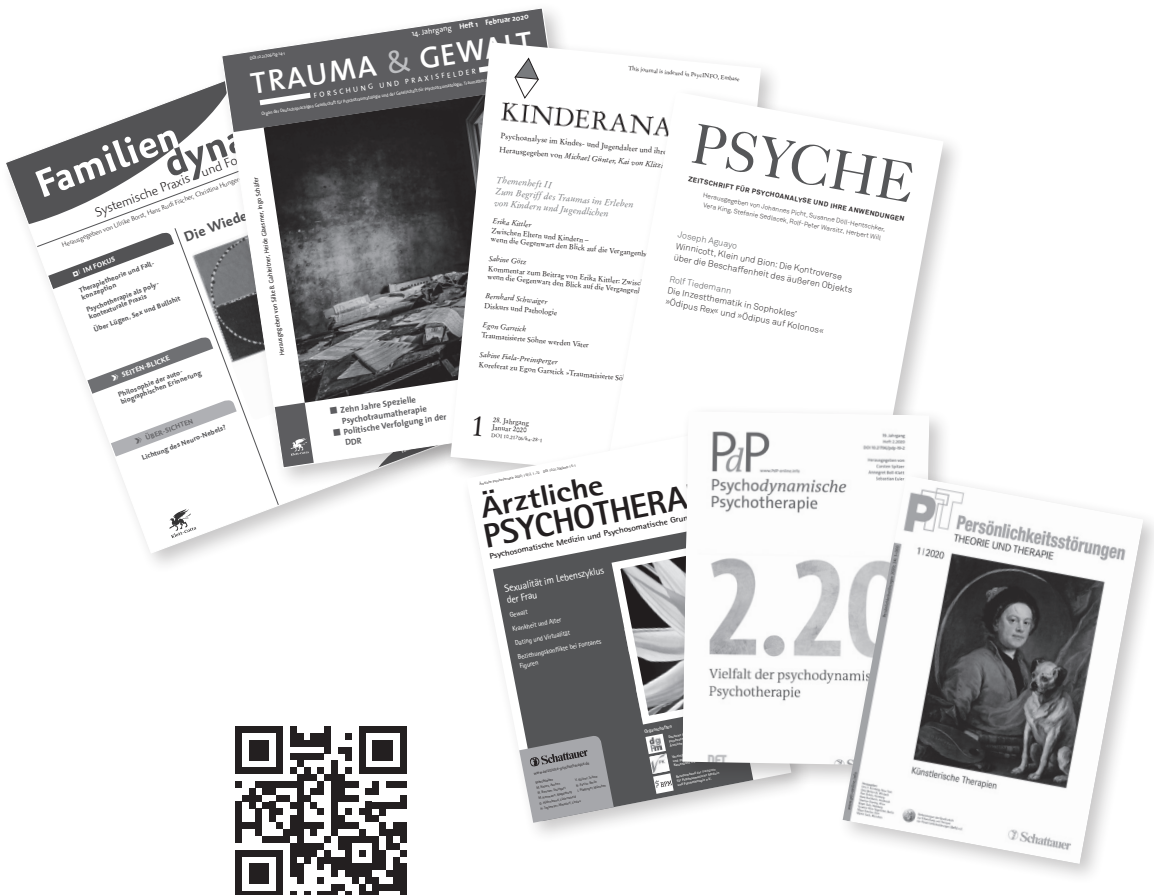
Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre Online-Bewerbung unter Angabe der Kennziffer 142-541-PTT an www.asklepios.com/hamburg/nord/heidelberg/unternehmen/bewerber/stellenangebote/oder/bewerbung.nord@asklepios.com

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

Die eLibrary

Geballte Fachkompetenz

- Zugriff auf mehr als 11.000 Artikel
- PDF, ePub, Mobi, HTML
- ausgefeilte Suche und Navigation



Selbsterklärend – Funktional – Innovativ

eLibrary.klett-cotta.de

Verbandsorgan der Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen (GePs) e.V.



Gründungsherausgeber

Prof. Dr. med. Peter Buchheim
Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Jochen Eckert
Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Sven Olaf Hoffmann
Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse
Prof. Dr. med. Henning Salf

Herausgeber

Prof. Otto F. Kernberg, M.D.
New York Presbyterian Hospital – Westchester Division, USA
E-Mail: okernber@med.cornell.edu
Dr. med. Götz Berberich
Psychosomatische Klinik Windach
E-Mail: berberich@klinik-windach.de
Prof. Dr. med. Peer Briken
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
E-Mail: briken@uke.de
Prof. Dr. Anna Buchheim
Institut für Psychologie, Universität Innsbruck
E-Mail: anna.buchheim@uibk.ac.at
Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Doering
Medizinische Universität Wien
E-Mail: stephan.doering@meduniwien.ac.at
Dr. med. Birger Dulz (federführend)
Neubergerstraße 14, 22087 Hamburg
E-Mail: bdulz@t-online.de
Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter
Psychologische Hochschule Berlin (PHB)
E-Mail: s.hoerz@psychologische-hochschule.de
PD Dr. rer. nat. Maya K. Krischer
Universitätsklinikum Köln
E-Mail: maya.krischer@uk-koeln.de
Prof. Dr. med. Martin Sack
Technische Universität München
E-Mail: M.Sack@tum.de

Wissenschaftlicher Beirat

Sven Barnow, Heidelberg; Martin Bohus, Mannheim; Thomas Bro-nisch, München; John F. Clarkin, New York; Gerhard Dammann; Münsterlingen; Peter Fiedler, Heidelberg; Viola Habermeyer, Zü-richt; Rainer Krause, Saarbrücken; Friedemann Pfäfflin, Ulm; Udo Rauchfleisch, Basel; Franz Resch, Heidelberg; Ulrich Sachsse, Rosdorf; Kathrin Sevecke, Innsbruck; Carsten Spitzer, Rostock; Mi-chael H. Stone, New York; Annette Streeck-Fischer, Berlin; Thomas Zetzsche, Oetwil am See

Verlag

Schattauer
J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH
Postfach 106016, 70049 Stuttgart, Tel. 0711/6672-0,
E-Mail: info@klett-cotta-zeitschriften.de
Geschäftsführer: Dr. Andreas Falkinger, Philipp Haußmann,
Tom Kraushaar
Stuttgart HRB 18 90; USt-IdNr.DE 811 122 517

Leiter Zeitschriften (v.i.S.d.P.)

Thomas Kleffner, E-Mail: th.kleffner@klett-cotta.de

Redaktion

Dr. Corinna Sigmund
E-Mail: redaktion@ptt-online.info

Anzeigen

Friederike Kamann 0711/6672-1225
E-Mail: f.kamann@klett-cotta.de

Mediadaten

www.ptt-online.info/media

Bezugsbedingungen

Die Zeitschrift »Persönlichkeitsstörungen« erscheint vierteljährlich. Preis des Einzelheftes € 36, im Abonnement jährlich (print) € 99, für Studenten und Teilnehmer einer fachbezogenen Weiterbildung gegen Vorlage einer Bescheinigung € 58. Alle Preise zzgl. Versandkosten. Sämtliche genannten Preise enthalten die zum Zeitpunkt des Kaufs gültige Mehrwertsteuer. In Drittländern jenseits der Schweiz (und außerhalb der EU) gelten die angegebenen Preise netto. Die Kündigung des Abonnements muss spätestens drei Monate vor Ende des Bezugszeitraums in schriftlicher Form erfolgen. Ansonsten verlängert sich das Abonnement um ein Jahr. Preise für Bibliotheken und Institutionen auf Anfrage.

Wenden Sie sich bei Fragen zu Ihrem Abonnement an Aboverwaltung Klett-Cotta, Postfach 81 06 40, 70523 Stuttgart Tel. 0711/7252-271, Fax 0711/7252-399 E-Mail: aboverwaltung@klett-cotta.de

Mit der Annahme eines Manuskriptes erwirbt der Verlag auf die Dauer von zehn Jahren die ausschließlichen Verwertungsrechte im Sinne der §§ 15 ff. UrhG, insbesondere die Rechte der Vervielfältigung und Verbreitung in jeder bekannten Form einschließlich der Bearbeitung, der Übersetzung, des Nachdrucks sowie der Speicherung und Weitergabe in/aus Datenbanken. Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, sind vorbehalten. Kein Teil dieser Zeitschrift (auch Abbildungen und Tabellen) darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere von Datenverarbeitungsanlagen, verwendete Sprache übertragen werden. Auch die Rechte der Wiedergabe durch Vortrag, Funk- und Fernsehsendung, im Magnettonverfahren oder auf ähnlichem Wege bleiben vorbehalten. Von einzelnen Beiträgen oder Teilen von ihnen dürfen nur einzelne Exemplare für den persönlichen und sonstigen eigenen Gebrauch hergestellt werden. Die Vervielfältigungen sind mit dem Vermerk über die Quelle und den Vervielfältiger zu versehen. Die Aufnahme der Zeitschrift in Lesezirkel ist nicht gestattet. Die Nennung von Markenbezeichnungen in dieser Zeitschrift lässt keinerlei Rückschlüsse zu, ob es sich um geschützte oder nichtgeschützte Zeichen handelt. Die Beiträge spiegeln die Meinung der Autoren wider, nicht die der Schriftleitung oder des Verlages. Für Angaben über Applikationsformen und Dosierungsanweisungen kann der Verlag keine Gewähr übernehmen.

Indexed in PsycINFO

© J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Stuttgart 2020

Satz: Dörlemann-Satz GmbH & Co. KG, Lemförde
Druck und Einband: Friedrich Pustet GmbH & Co. KG,
Regensburg · Printed in Germany

2020, 24. Jahrgang

ISSN Print 1433-6308 | ISSN Online 2625-0780

DOI 10.21706/ptt

Themenübersicht der nächsten Ausgaben*

2/2020

Indirekte Selbstschädigung

3/2020

Persönlichkeitsstörungen & Glaube, Religion, Sekten

4/2020

Schizoide Persönlichkeitsstörung

1/2021

Scham und Schuld

*Änderungen vorbehalten

Lieferbare Hefte:

1/2014	DSM-5, OPD
2/2014	Dependenz und dependente Persönlichkeitsstörung
3/2014	Neurobiologie
4/2014	Vulnerabilität und Resilienz
1/2015	Neue Entwicklungen in der Adoleszenztherapie
2/2015	Alter und Persönlichkeitsstörungen
3/2015	Epigenetik
4/2015	Psychoedukation
1/2016	Sucht
2/2016	Werte in der Psychotherapie
3/2016	Hysterie
4/2016	Trauma – auf dem Weg zur Normalität
1/2017	Integration von Schulen in der Diagnostik und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen
2/2017	Spezifische Therapieverfahren und Settings
3/2017	Paarkonflikte und Ihre Behandlung
4/2017	Vermessung der Persönlichkeit
1/2018	Autismus-Spektrum-Störungen und andere Störungen der sozialen Interaktion
2/2018	Masochismus
3/2018	Kinder- und Jugendpsychiatrie und Persönlichkeitsstörungen
4/2018	Behandlungsfehler
1/2019	Narzisstische Persönlichkeitsstörung
2/2019	Der Körper
3/2019	Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung
4/2019	Modelle und Konzepte von Persönlichkeitsstörungen
1/2020	Künstlerische Therapien

Hefte können angefordert werden:
info@klett-cotta-zeitschriften.de