

1.2017 – 27. Jahrgang – ISSN 0933-6885

# Musik-, Tanz- & Kunsttherapie

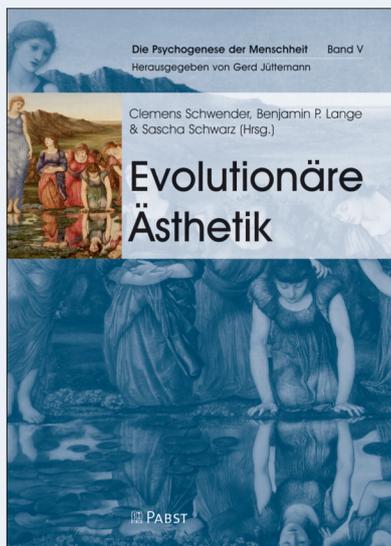
---



Pabst Science Publishers

Clemens Schwender,  
Benjamin P. Lange &  
Sascha Schwarz (Hrsg.)

# Evolutionäre Ästhetik



252 Seiten, Hardcover,  
ISBN 978-3-95853-282-3, Preis: 25,- €

eBook: ISBN 978-3-95853-283-0,  
Preis: 15,- € (www.ciando.com)



PABST SCIENCE PUBLISHERS  
Eichengrund 28  
D-49525 Lengerich  
Tel. ++ 49 (0) 5484-308  
Fax ++ 49 (0) 5484-550  
pabst.publishers@t-online.de  
www.psychologie-aktuell.com  
www.pabst-publishers.de

Ästhetisches Gefühl ist eine weitgehend unbewusste Reaktion auf eine Wahrnehmung. Der Ausgangspunkt für eine darwinistische Ästhetik ist ein Erleben von Schönheit als Wahrnehmung optimierter Fitness. Mehrere evolutionär bedeutsame Bereiche sind betroffen: Einschätzungen der Umwelt, Partnerwahl, Berufserfolg, Artefakte, Medienereignisse u.a.

Ogbleich jede(r) geringfügig anders wahrnimmt und andere Präferenzen zeigt, scheint die Auseinandersetzung über Ästhetisches funktional zu sein, da man sich damit kommunikativ austauschen, abgleichen und abgrenzen kann. Ästhetik scheint ein konstitutiver Bestandteil des Sozialen zu sein.

Das Kriterium des Funktionalen ist der Probestein der Evolutionstheorie. Nur wenn sich zeigen lässt, dass ein Phänomen einen Selektionsvorteil hatte oder noch hat, kann es als evolutionär begründbar gelten. Die Hürde ist hoch, doch muss sie in jeder Argumentation überwunden werden.

Ein zentrales Selektionsproblem ist die richtige Entscheidung bei der Partnerwahl. Fitness, Treue, Reproduktionsfähigkeit, Investitionen in die Kinder und elterliche Fürsorge sind evolutionär letztlich allesentscheidende Faktoren; Indikatoren dafür werden als ästhetische Attraktivität wahrgenommen.

Bietet auch die Ästhetik von Kunst, Spiel und Unterhaltung evolutionäre Vorteile? Psychologen und Angehörige verwandter Disziplinen reflektieren die Fragestellungen in Einzelbeiträgen aus unterschiedlichen Perspektiven mit vielen überraschenden Einblicken in die Psychologie, Soziologie, Kunst und Unterhaltung.

## Anthropologie und Philosophie

Ein Sinn für das Schöne – Wie die Evolution die Menschen zu Ästheten machte

*Susanne F. Schmehl & Elisabeth Oberzaucher*

Konstruktion und Weitergabe des ästhetischen Verhaltens. Eine evolutionäre Sicht

*Mariagrazia Portera*

Ästhetik als bildliche Kommunikation. Evolutionäre Wurzeln künstlerischen Schaffens

*Christa Sütterlin*

Die ästhetische Illusion. Ein Rekonstruktionsversuch im Rahmen der Evolutionären Ästhetik

*Katja Mellmann*

Selbst-Domestizierung und tänzerische Rituale als Faktoren der Sprachrevolution

*Wolfgang Steinig*

## Alte und neue Medien

Medien als Attrappen  
*Clemens Schwender*

Funktionen des Lächelns während der Filmrezeption

*Monika Suckfüll*

Kitsch oder Coping? Die biologischen Grundlagen der sozialen Motivation als Determinanten des ästhetischen Erlebens

*Stefan Ortlieb & Claus-Christian Carbon*

Das Kindchenschema bei Medienfiguren

*Benjamin P. Lange & Frank Schwab*

## Die Ästhetik des Körpers

Evolutionäre Ästhetik als bare Münze – Zahlt sich Schönheit aus?

*Andreas Hejj*

Grenzen der Schönheit? Oder: Warum Genitalien begehrenswert sein können

*Thomas Junker*

Partnerwahl – Durch Kontaktanzeigen auffallen und gefallen

*Clemens Schwender*

Ästhetische Dimensionen von Sprache, Sprechen, Stimme

*Benjamin P. Lange, Hannah Bögemann & Eugen Zaretsky*

## Impressum

### Herausgeber

Univ.-Prof. Dr. Dr. Karl Hörmann  
Von-Esmarch-Straße 111 · D-48149 Münster  
Tel. +49 (0)251 861500 · Fax +49 (0)251 866488  
mtk@bkmt.de

### Mitherausgeberin und Redaktion

Prof. (Univ. Tiflis) Dr. Yolanda Bertolaso  
Dipl.-Bühnentänzerin, dipl. Musik- und Tanztherapeutin  
mtk@kuenstlerischetherapien.de

### Mitherausgeber

Univ.-Doz. Dr. Georg Franzen  
Prof. Dr. Ruth Hampe  
Univ.-Prof. em. Dr. Gunther Klosinski  
Univ.-Prof. DDDr. Wolfgang Mastnak  
Prof. Dr. Lony Schiltz  
Univ.-Prof. Dr. Barbara Wichelhaus

### Verlag

Pabst Science Publishers  
Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich  
Tel. +49 (0)5484 308 · Fax +49 (0)5484 550  
www.pabst-publishers.de  
www.pabst-science-publishers.com  
www.psychologie-aktuell.com

### Herstellung

Bernhard Mündel  
bmuendel\_pabst@gmx.de

### Administration

Silke Haarlammert  
haarlammert@pabst-publishers.com

### Urheber- und Verlagsrechte

Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Haftungsausschluss: Der Inhalt jedes Heftes wurde sorgfältig erarbeitet, jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Redaktion und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge. Die nicht besonders gekennzeichnete Nennung von geschützten Warenzeichen oder Bezeichnungen lässt nicht den Schluss zu, dass diese nicht marken- oder patentschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegen. Abbildungen dienen der Illustration. Die dargestellten Personen, Gegenstände oder Sachverhalte müssen nicht unbedingt im Zusammenhang mit den im jeweiligen Artikel erwähnten stehen.

Für unverlangt eingesandte Texte, Materialien und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Rücksendung unverlangt eingesandter Beiträge erfolgt nur bei Erstattung der Versandkosten. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte zu bearbeiten, insbesondere zu kürzen, und nach eigenem Ermessen zu ergänzen, zu verändern und zu illustrieren. Zur Rezension übersandte Medien werden nicht zurückgesandt.

### Abonnement- und Bestellservice

Erscheinungsweise: halbjährlich  
Jahresabonnement:  
80,- Euro (privat),  
173,- Euro (Institute)  
inkl. MwSt. und Versand

Mitglieder der Vereinigungen Berufsverband für Kunst-, Musik- und Tanztherapie – Europäischer Dachverband für künstlerische Therapien e.V. sowie Musik- und Tanztherapie e.V. erhalten einen Rabatt von 25% auf den Jahresabonnementspreis.

### Bankverbindung

IBAN: DE90 2658 0070 7724 07  
BIC: DRESDEFF265

### Bestellservice

haarlammert@pabst-publishers.com  
Tel. +49 (0)5484 97234 · Fax +49 (0)5484 550

### Bezugsbedingungen

Soweit im Abonnementsvertrag nichts anderes vereinbart wurde, verpflichtet der Bezug zur Abnahme eines vollständigen Jahresabonnements (2 Ausgaben). Kündigung des Abonnements unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen jeweils zum Jahresende. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt oder Streiks entstehen keine Rechtsansprüche des Abonnenten an den Verlag.

# Musik-, Tanz- & Kunsttherapie

Zeitschrift für künstlerische Therapien im Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesen

27. Jahrgang 2017 · Heft 1

## Inhalt

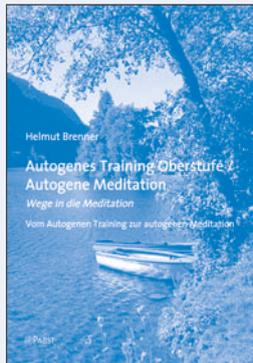
- 3 Editorial  
*Wolfgang Pabst*
- 5 Ich sehe was, das Du nicht siehst: Kunsttherapie in der multiprofessionellen Borderline-Behandlung  
*Alexandra Daszkowski*
- 18 Wenn Bilder sich in Szene setzen. Von verstörten und rekonstruierten Beziehungen – zur synthetischen Kraft des Symbols  
*Karl-Heinz Menzen*
- 32 Using music psychotherapy with borderline adolescents as a means of tertiary prevention: a pilot study realized in a naturalistic setting  
*Lony Schiltz*
- 41 Bildstrecke „Hütten der Ndebele“
- 45 Sound quality: Music therapeutic perspectives and criteria  
*Wolfgang Mastnak*
- 59 Glücklicher durch Musizieren? Ein systematischer Review  
*Clara Scheer & Petra Jansen*
- 69 „Wenn Symptome tanzen lernen“ – Szenen aus dem Tanzprojekt „Körperkunst“ der Gießener Familienpsychosomatik  
*Johanna Lea Karb, Susanne Fromme, Tarek Assam & Burkhard Brosig*
- 78 Zur Bedeutsamkeit der Kunsttherapie in der dialektisch-behavioralen Behandlung der Borderline-Störung – eine empirische Studie  
*Michaela Sindermann*
- 94 Relevanz der Kunsttherapie im psychiatrischen Kontext unter besonderer Betrachtung von veränderter Wahrnehmung und Ausdruck bei Depressiven Störungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen. Ergebnisse einer Patientenbefragung an zwei Universitätskliniken  
*Panja Küpper*
- 101 Poesie und Erkenntnis – eine poesietherapeutische Perspektive  
*Marc Neufeld*
- 117 Rezensionen  
*K.-H. Menzen:*  
*Heil-Kunst. Entwicklungsgeschichte der Kunsttherapie*  
*F. Wienand:*  
*Projektive Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Grundlagen und Praxis – ein Handbuch*  
*F. Mitterlehner & C. Christ:*  
*Psychotherapie-Leichtfaden. Schwierige Situationen professionell meistern*



*Helmut Brenner*

## Autogenes Training – Der Weg zur inneren Ruhe

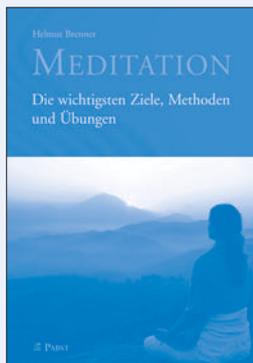
**164 Seiten, ISBN 978-3-936142-62-4, Preis: 15,- €**



*Helmut Brenner*

## Autogenes Training Oberstufe / Autogene Meditation Wege in die Meditation Vom Autogenen Training zur autogenen Meditation

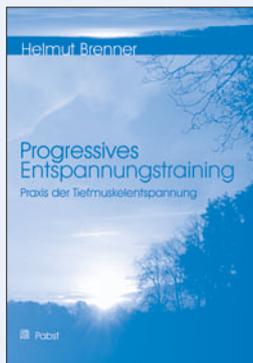
**228 Seiten, ISBN 978-3-89967-623-5, Preis: 20,- €**



*Helmut Brenner*

## Meditation Die wichtigsten Ziele, Methoden und Übungen

**216 Seiten, ISBN 978-3-89967-648-8, Preis: 20,- €**



*Helmut Brenner*

## Progressives Entspannungstraining

**164 Seiten, ISBN 978-3-936142-61-7, Preis: 15,- €**



**PABST SCIENCE PUBLISHERS**

Eichengrund 28, D-49525 Lengerich, Tel. ++ 49 (0) 5484-308, Fax ++ 49 (0) 5484-550

[pabst.publishers@t-online.de](mailto:pabst.publishers@t-online.de)

[www.psychologie-aktuell.com](http://www.psychologie-aktuell.com), [www.pabst-publishers.de](http://www.pabst-publishers.de)

# Editorial

**Musik-, Tanz- und Kunsttherapie** hat den Verlag gewechselt. Wir freuen uns, der Zeitschrift eine neue publizistische Heimat geben zu können. Und wir hoffen, dass Ihnen die neue Gestaltung gefällt.

Das Oeuvre der Zeitschrift hat in unserem Programm gefehlt. Wir verlegen Journale und Bücher aus der Medizin und Psychologie. Die meisten Publikationen dienen einer ebenso effizienten wie effektiven Therapie – meist notwendigerweise in reduktionistischen, linear-kausalen Strukturen. Doch die realen Therapieprozesse verlaufen eher nicht-linear, sprunghaft, rückgekoppelt, vernetzt und keineswegs leitliniengerecht.

Die künstlerischen Therapien riskieren es, sich dieser kaum prognostizierbaren Dynamik zu stellen. Künstlerische Therapien können dort weiterarbeiten, wo Schulmedizin und Schulpsychologie am Ende ihres Lateins sind.

Guenda Bernegger und Michael Musalek formulieren es: *„Je mehr Phantasie und Vorstellungskraft ein Therapeut hat, in der Realität versteckte und von der Krankheit verdunkelte Existenzmöglichkeiten zu sehen, desto mehr ist er auch in der Lage, dem Patienten Möglichkeiten der Veränderung aufzuzeigen. Auf der Basis tiefgründiger Resonanzen kann man ihm Möglichkeiten offenbaren, die ihn faszinieren, anziehen und bewegen.“*

*Die vom Therapeuten im Behandlungsprozess induzierten Imaginationen sind auch Antwort auf Einengung des eigenen Seinkönnens im Kranksein und Ausweg in eine kreative Autopoiesis. Ist es nicht gerade die ästhetische Erfahrung, die den Menschen am meisten berührt und die in ihm die ureigensten und persönlichsten Möglichkeiten erweckt?“* [1]

Unter dieser Aufgabenstellung ist für künstlerische Therapien der Wirkungsnachweis eine besonders komplexe Herausforderung.

Verlässliche Evaluationsstudien sollten in dieser Zeitschrift ein besonderes Gewicht erhalten – einerseits um den LeserInnen kritische oder motivierende Anhaltspunkte für ihre Arbeit zu liefern und andererseits um die Beziehungen zu angrenzenden therapeutischen Disziplinen bzw. Kostenträgern justieren zu können.

Reflexion, Kreativität und Empathie sind Grundvoraussetzungen für künstlerische TherapeutInnen – und, wenn auch modifiziert, für ihren Verleger. Ich hoffe, wir werden diesem Selbstanspruch gerecht. Die Kunstwerke der südafrikanischen Ndebele-Frauen in dieser Ausgabe signalisieren unsere offenen Türen.

**Wolfgang Pabst**

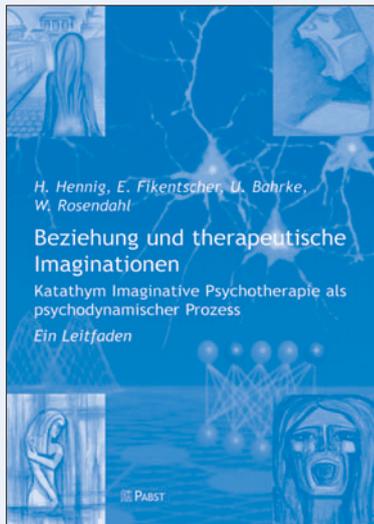
wp@pabst-publishers.com

- [1] Bernegger, G. & Musalek, M. (2011). Und Odysseus weinte. Ästhetische und narrative Elemente in der therapeutischen Beziehung. In: M. Musalek & M. Poltrum (Hrsg.), *Ars Medica – zu einer neuen Ästhetik in der Medizin*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

PS.:

Die Zeitschrift erschien bisher vierteljährlich. Ab sofort liefern wir sie halbjährlich. Der Gesamtumfang – etwa 240 Seiten pro Jahr – bleibt gleich. Die Einsparung geben wir an die BezieherInnen weiter – wir berechnen keine Versandkosten.

Unsere Internet-Präsenz ist noch nicht an **Musik-, Tanz- und Kunsttherapie** adaptiert. Daher bitten wir NutzerInnen, die zusätzlich zum Print-Abonnement eine elektronische Version wünschen, um Mitteilung an: haarlammert@pabst-publishers.com. Frau Haarlammert stellt Ihnen dann die Datei zur Verfügung.



312 Seiten, ISBN 978-3-89967-357-9,  
Preis: 20,- €

eBook: 16,- € ([www.ciando.com](http://www.ciando.com))



PABST SCIENCE PUBLISHERS  
Eichengrund 28  
D-49525 Lengerich  
Tel. ++ 49 (0) 5484-308  
Fax ++ 49 (0) 5484-550  
[pabst.publishers@t-online.de](mailto:pabst.publishers@t-online.de)  
[www.psychologie-aktuell.com](http://www.psychologie-aktuell.com)  
[www.pabst-publishers.de](http://www.pabst-publishers.de)

*H. Hennig, E. Fikentscher, U. Bahrke, W. Rosendahl*

# Beziehung und therapeutische Imaginationen

## Katathym Imaginative Psychotherapie als psychodynamischer Prozess

### *Ein Leitfaden*

Mit diesem Band unternehmen die Autoren den Versuch, traditionelles klassisches Vorgehen nach Leuner mit einer Reihe neuerer Überlegungen und Erfahrungen zur Modifikation der KIP in der psychotherapeutischen Arbeit zu verbinden. Auf diese Weise kann der Leser die Entwicklung des Verfahrens von der Originalfassung Leuners bis hin zu Veränderungen verfolgen, die sich aus den bisherigen Diskussionen zu Forschungs- und Praxisergebnissen nachvollziehbar ableiten lassen. In Besonderheit wird die Entwicklung der KIP als psychodynamischer Prozess in den Mittelpunkt gestellt. Insofern setzen die einzelnen Kapitel des Buches die Weiterentwicklung des dynamischen Konzeptes der Autoren fort, den Symbolinhalt von Imaginationen als Spiegel von Beziehungen zu interpretieren. Neben der Anwendung der KIP als dynamische Einzeltherapie finden sich sowohl spezielle Hinweise zum gruppentherapeutischen Vorgehen als auch zur imaginationstherapeutischen Arbeit im stationären Bereich.

#### Prolog

*Heinz Hennig*

Zur Theorie und Praxis tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie mit Imaginationen – Psychotherapie mit dem Katathymen Bilderleben (KB)

*Heinz Hennig*

Katathym Imaginative Psychotherapie – vom Konzept der Projektionsneurose zum tiefenpsychologisch fundierten Behandlungsverfahren

*Ulrich Bahrke*

Zur Dynamik von Wort und Bild im analytischen Prozess

*Heinz Hennig*

Das zentrale Beziehungskonfliktthema (ZBK) in der KIP

*Heinz Hennig*

Zur Gegenübertragung in der KIP

*Wolfram Rosendahl*

Überlegungen zu den therapeutischen Wirkfaktoren in der KIP

*Ulrich Bahrke*

Einige Ergebnisse empirischer Studien zur Arbeit mit der KIP

*Heinz Hennig*

Symbolisierungsfähigkeit und Mentalisierung – Anmerkungen zu einer Konzeptualisierung

*Ulrich Bahrke*

Zur imaginativen Dimension der analytischen Psychotherapie

*Heinz Hennig*

Die Katathym Imaginative Psychotherapie in der Gruppe und im stationären Bereich

*Erdmuthe Fikentscher*

Zur Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung mit der KIP

*Ulrich Bahrke, Erdmuthe Fikentscher, Heinz Hennig, Wolfram Rosendahl*

Der brave Soldat Schwejk, Don Quijote de la Mancha und der Elefant (Zur Geschichte der KIP im Osten Deutschlands)

*H. Hennig*

# Ich sehe was, das Du nicht siehst: Kunsttherapie in der multiprofessionellen Borderline-Behandlung

Alexandra Daszkowski\*

## Zusammenfassung

Der Beitrag befasst sich mit der Funktion von Kunsttherapie in der (teil)stationären Behandlung von Borderline-Patienten. Überschneidungsbereiche zwischen Borderline-spezifischer Psychotherapie und Kunsttherapie werden aufgezeigt und mit Erfahrungen aus der Praxis belegt. Die wertvolle Verschränkung von Kunsttherapie, Übertragungsfokussierter Psychotherapie (TFP) und Mentalisierungsbasierter Therapie (MBT) wird herausgestellt und dabei verdeutlicht, wie die borderline-spezifische Psychotherapie durch die Erfahrung der Kunsttherapeutin weitere Erkenntnisse über die Psychodynamik der Patienten gewinnt. Ein Fallbeispiel zeigt, wie auf Bilderebene im Laufe eines kunsttherapeutischen Prozesses verschiedene Beziehungsaspekte und Gefühlsqualitäten sichtbar sowie besprechbar wurden und in einer Bilderreihe sinnhaft miteinander verbunden werden konnten. Aus dem integrativen Ansatz und dem vielversprechenden Verlauf ergibt sich die Empfehlung, spezifische beziehungsorientierte Kunsttherapie in das multiprofessionelle klinische Behandlungskonzept der Borderline-Persönlichkeitsstörung einzubeziehen.

**Schlüsselwörter:** Borderline-Persönlichkeitsstörung, Borderline-spezifische Kunsttherapie, klinische Kunsttherapie, prozessorientierte Kunsttherapie, psychodynamische Kunsttherapie, integrativer therapeutischer Prozess, Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP), Mentalisierungs-basierte Therapie (MBT), multiprofessionelle Borderline-Behandlung, Symbolisierung

## I may see what you fail to see: Art therapy in the multi-professional treatment of borderline personality disorders

### Abstract

This treatise concerns the function of art therapy in the clinical treatment of borderline patients. Overlapping domains among borderline specific psychotherapy and art therapy have become apparent and have been substantiated with clinical experience. The valuable interconnection between art therapy, transference-focused psychotherapy (TFP) and mentalisation based-therapy (MBT) is pointed out, and it is shown how borderline specific psychotherapy wins further psychodynamic knowledge if art therapists communicate experience within art therapy to other therapeutic disciplines. A case study illuminates how during the course of an integrative art therapeutic treatment process relationship-centered and emotional qualities became visually apparent and ultimately combined in a process-oriented visual narration. The integrated approach and promising course suggest that specific relationship-centered art therapy is highly recommendable in the multi-professional clinical treatment of borderline personality disorders.

**Keywords:** borderline personality disorder, borderline specific art therapy, clinical art therapy, process oriented art therapy, psychodynamic art therapy, integrated therapeutic process, relationship-centered psychotherapy, transference-focused psychotherapy (TFP), mentalisation-based therapy (MBT), multi-professional borderline treatment, symbolisation

---

\* Asklepios Klinik Nord, Hamburg

## 1 Einleitung

In klinischen Einrichtungen ist Kunsttherapie für Patientinnen und Patienten, bei denen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, ein wertvolles Verfahren der kreativen Selbstbeforschung. Oft wirkt das Bildermalen wie ein Beschleuniger: Plötzlich sind die Dinge sichtbar. Doch wie mit ihnen konstruktiv umgehen? Der Artikel vermittelt Möglichkeiten und Grenzen kunsttherapeutischer Prozesse und Interventionen im teilstationären Kontext.

Allgemeine Therapieziele der Borderline-Behandlung werden erläutert und die spezifischen Stärken von Kunsttherapie vorgestellt. Die vermittelten Perspektiven laden anhand der Anschaulichkeit eines Fallbeispiels dazu ein, spezifische Besonderheiten in der kunsttherapeutischen Begleitung von Borderline-Patienten für das Behandlungssetting kreativ nutzbar zu machen.

Viele Therapeuten empfinden die Beziehungsgestaltung zu Menschen mit einer Borderline-Störung als Herausforderung. Die Diagnose zeigt sich häufig schon im Erstkontakt als „Beziehungsstörung“, die rasch zu Missverständnissen, Beziehungskrisen oder -abbrüchen führen kann. Kunsttherapeutische Bilder können dort Brücken bauen, wo der gesprochene Dialog versagt – und sind, so meine Erfahrung, ein entlastendes drittes Element zwischen Patient und Therapeuten.

### Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Störung ist durch ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten gekennzeichnet.

Betroffene zeigen die deutliche Tendenz, auf der Basis wechselnder, instabiler Stimmungen impulsiv und ohne Vorausschau auf Konsequenzen zu handeln. Im Rahmen einer Identitätsstörung sind Selbstbild, Selbstwahrnehmung, eigene Ziele und innere Präferenzen unklar und es dominiert das chronische Gefühl innerer Leere. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen, die mit manipulativen oder selbstdestruktiven Anstrengungen, nicht verlassen zu werden, einhergehen. Beziehungen sind gekennzeichnet durch den Wechsel zwischen den Extremen Idealisierung und Entwertung. Betroffene erleben oft eine situativ unangemessene, heftige Wut und haben Schwierigkeiten, diese zu kontrollieren. Sie zeigen Reizbarkeit, Angst, schwere dissoziative Symptome und haben nicht selten Suizidgedanken oder bereits Suizidversuche unternommen (APA, 2015; DSM-V; Dilling et al., 2015; ICD-10).

### Borderline-Therapie ist Beziehungstherapie

Borderline-Therapie ist eine herausfordernde Beziehungserfahrung – und dies für beide Seiten.

„Ich möchte doch nur, dass eine Therapeutin eine Stunde lang aushält, was ich mein ganzes Leben lang aushalten muss!“ sagte mir vor einigen Jahren meine erste Borderline-Patientin in unserer ersten Therapiestunde. Die innere Logik dieses nach außen – also an mich – gerichteten Anliegen konnte ich gut nachvollziehen. Die Betroffene suchte mich, die Kunsttherapeutin, ambulant auf, nachdem sie eine Reihe therapeutischer Beziehungen abgebrochen hatte bzw. diese seitens ihrer Therapeuten beendet wurden. Ihre Hoffnung war, dass ich, unterstützt durch die Mittel der Kunsttherapie, in der Lage war, ihre Not auszuhalten und zu containen, deren Symbole verstehbar zu machen, sie zu explorieren und zu transformieren. Da ich keine Zauberin bin, konnte ich kein Zauberwerk vollbringen, aber die kunsttherapeutische Begleitung bei mir konnte der Patientin ermöglichen, im begrenzten Rahmen ihren eigenen „Zauberweg“ zu finden und zu gehen. Die Hauptunterstützung auf dem gemeinsamen kunsttherapeutischen Weg erhielten wir von Bildern der Betroffenen.

Wenn man der Entstehung einer Borderline-Störung eine frühkindliche traumatisierende, stark ambivalente oder defizitäre Bindungserfahrung zugrunde legt, ist ihre Dynamik gut verstehbar. Im psychodynamischen Modell der Objekt-Beziehungstheorie ist der problematische Einfluss von frühen, schädigenden Beziehungserfahrungen auf die Identitätsentwicklung nachvollziehbar dargestellt (Kernberg, 1998). Den psychodynamischen Bezug zur Kunsttherapie habe ich an anderer Stelle aufgezeigt (Daszkowski, 2011) und möchte nun genauer auf die therapeutische Beziehungsgestaltung im Rahmen von Kunsttherapie eingehen.

### Ziele der Borderline-Therapie

Ein zentrales Ziel der Borderline-Behandlung ist die Verbesserung der Beziehungsfähigkeit. Diese betrifft sowohl die Beziehungen zwischen fragmentierten und abgespaltenen Ich-Anteilen als auch die Beziehungen zu anderen Menschen. Das zentrale Ziel der Borderline-Therapie ist die Reduktion der frei flottierenden Angst, die als Vernichtungsangst das Fühlen, Denken und Handeln der Betroffenen bestimmt. Weitere Therapieziele resultieren aus den Symptomen, welche die Strukturchwäche des Ich und der mit ihr einhergehenden Identitätsdiffusion begleiten: Integration (statt Spaltung), zunehmende Stabilität (statt

Instabilität), verbesserte Objektkonstanz (statt deren Mangel), Entwicklung eines Gespürs für Zwischentöne (statt Schwarz-Weiß-Extreme) und die zunehmende Fähigkeit, sich Sicherheit zu verschaffen (statt Ohnmachtserleben). Wichtige Kriterien für den Erfolg einer Borderline-Therapie sind auch die Entschärfung der Auslöser für krisenhaftes Erleben, die Abnahme des selbstschädigenden Verhaltens sowie die verbesserte Wahrnehmung realer Situationen und angemessenere Reaktionen auf diese (Dulz & Schneider, 2001; Daszkowski, 2011, S. 814). Das Erkennen und Akzeptieren der eigenen Aggressionen, die oft verneint und als projektive Identifizierung beim als feindlich eingestuften Gegenüber ausgelagert werden, ist ein weiterer wichtiger Therapieschritt, für den ein Maß die Abnahme von Entwertung und Idealisierung der therapeutischen Beziehung sein kann.

## 2 Borderline-Therapie im teilstationären Setting

In der Tagesklinik der Klinik für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen werden 30 Patienten, darunter als eine Schwerpunktgruppe Borderline-Patienten, behandelt, von denen etliche auch eine Traumafolgestörung aufweisen. Bei vielen von ihnen konnte in vorhergehenden ambulanten Therapien noch nicht die hinreichende Stabilität zur selbststrukturierten Alltagsbewältigung erzielt werden. Andere haben indes bereits durch eine vollstationäre Behandlung genügend Stabilisierung und Struktur entwickelt, so dass sie nun teilstationär weiterbehandelt werden können.

Das Therapiekonzept der Tagesklinik ist nach Gesichtspunkten der beziehungsorientierten psychodynamischen Psychotherapie ausgerichtet. Die Borderline-Patienten erhalten eine systematische und diagnosespezifische Psychotherapie, welche auf tiefenpsychologisch fundierten Konzepten basiert. Da frühkindliche Traumatisierungen durch Bezugspersonen die Beziehungsfähigkeit eines Menschen nachhaltig beeinträchtigen, liegt ein therapeutischer Fokus auf das Erkennen und das Verändern pathologischer Beziehungsmuster. Parallel hierzu werden frühere Verletzungen traumatherapeutisch bearbeitet. Für das übergeordnete Therapieziel, die nachhaltige und alltagsfähige Stabilisierung der Ich-Struktur, ist ein Aufenthalt von durchschnittlich zwölf Wochen vorgesehen. Einige Patienten werden im Rahmen einer Intervallbehandlung nach einer Therapiepause zur weiterführenden Therapie erneut teilstationär aufgenommen oder im ambulanten Setting der Klinik psychotherapeutisch weiterbehandelt.

Das psychodynamische Konzept der Borderline-Behandlung ist beziehungsorientiert

ausgerichtet, das Team multiprofessionell, seine Arbeit integrativ. Die psychodynamische Ausrichtung bezieht sich auch auf die innere Nachvollziehbarkeit des oft biographisch begründbaren, jedoch häufig unbewussten psychischen Geschehens. Die Therapiepläne sind auf jeden Patienten individuell abgestimmt. Sie beinhalten verbale, nonverbale, kreative und körperbezogene Ansätze in Einzel- und Gruppentherapie. In diesem Setting unterstützen sich die Patienten während des Stationsaufenthaltes gegenseitig: Durch therapieerfahrene Patienten wird vorgelebt, dass positive Beziehungserfahrungen zu uns Therapeuten möglich sind, und die Patienten spiegeln sich untereinander bestimmte Beziehungs- und Verhaltensmuster. Ergänzend zur Psychotherapie werden die Patienten medikamentös behandelt (Dulz & Schneider, 2001).

Wie von Dulz und Ramb (2011) für die Borderline-Behandlung empfohlen, basiert die therapeutische Haltung des Teams auf dem Konzept der persönlichen Sympathie, der haltenden Funktion und der technischen Neutralität. Letzteres bedeutet, dass ein Therapeut gleichmäßige Distanz zu den innerpsychischen Themen und Konflikten des Patienten hält, jedoch in seiner Beziehungsgestaltung und Einstellung diesem gegenüber empathisch bleibt. Neutral zu sein bedeutet, als Therapeut Übertragungen und Gegenübertragungen zu erkennen und diese therapeutisch zu nutzen. Das Aufdecken und Reflektieren von Gegenübertragungen ist für die therapeutische Beziehung zu Borderline-Patienten sehr wichtig. Diese versuchen nicht nur häufig die Empathie ihrer Therapeuten an Grenzen zu bringen, um so zu überprüfen, ob sie der Sicherheit in den Beziehungen vertrauen können. Beziehungen zu Therapeuten werden auch entwertet oder idealisiert. Für eine gelungene beziehungsorientierte Therapie ist daher ein wertschätzender und offener kollegialer Austausch immens bedeutsam. Nur im gemeinsamen Gespräch über einen Patienten oder anhand von anscheinend unerklärlichen Uneinigkeiten im Team können Spaltungstendenzen der Patienten erkannt und ihre abgespaltene Anteile zusammengetragen werden. Abgespaltene Anteile werden auch auf den in der Kunsttherapie entstandenen Bildern sichtbar, deren gemeinsame Betrachtung im Team zum umfassenderen Verständnis der Innenwelt eines Patienten beitragen und diagnostische Hinweise liefern können.

Die in der Tagesklinik durchgeführte Gesprächstherapie gründet auf den Verfahren TFP (transference-focused psychotherapy/Übertragungsfokussierte Psychotherapie) und MBT (Mentalisierungsbasierte Therapie). Neben der DBT (Dialektisch Behaviorale Therapie) bewähren sich diese beiden Richtungen als evidenzbasierte und manualisierte Verfah-

ren in der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Völker & Dulz, in Druck). Die namensgebende Dialektik der DBT bezieht sich auf die förderliche Balance zwischen den therapeutischen Strategien des Verstehens und des Wertschätzens der zum Konflikt führenden Mustern und seiner Veränderung (Lohmer, 2005). DBT wird in unserem tiefenpsychologisch orientierten Behandlungssetting nicht systematisch angewandt, relevante Elemente davon, wie z.B. das Skill-Training, sind jedoch in der Behandlung integriert. TFP und MBT indes werden in Gruppen- und Einzeltherapie angeboten und ihre Gewichtung auf das Strukturniveau, das von Patient zu Patient und Situation zu Situation unterschiedlich ist, abgestimmt. Eine dritte psychotherapeutische Schwerpunktgruppe ist traumatherapeutisch ausgerichtet.

### Kreativität und Borderline

Borderline-Betroffene sind meist sehr kreative Menschen. Die Entwicklung einer Borderline-Störung ist ja eine kreative Anpassungsleistung, um unter unerträglichen und ambivalenten Umständen psychisch zu überleben. Oft nutzen die Betroffenen ihre Kreativität (selbst) destruktiv, und so ist es häufig eine wichtige und aufregende neue Erfahrung, wenn Kreativität (selbst)konstruktiv genutzt wird, wie es in der Kunsttherapie der Fall ist. Kunsttherapeutisches Malen lädt zum originellen Probedenken ein und stärkt die Symbolisierungsfähigkeit. Im Dialog können Bilder als Intermediärobjekte einbezogen und mit ihrer Hilfe Triangulierung erprobt werden. Bilder bauen Brücken in der therapeutischen Beziehung.

### 3 Kunsttherapie in der Borderline-Therapie

Über die spezielle Kompetenz von Kunsttherapie in der Borderline-Behandlung habe ich bereits ausführlich geschrieben (Daszkowski, 2011). Jetzt möchte ich die beziehungspezifischen Aspekte des kunsttherapeutischen Settings genauer betrachten. In der therapeutischen Dyade eröffnet dieses einen neuen Raum, der für den Patienten Sicherheit bieten kann. In ihm können Bilder Halt vermitteln und sichere Orte sein, starke und belastende Affekte wie Angst oder Wut bannen und durch die reale Begrenzung des Blattformates unmittelbar Struktur bieten. Durch Experimentieren mit Farben und Farbmischungen entwickelt sich das Gespür für Zwischentöne. Bilder helfen einem dabei, zu involvieren und zu distanzieren. Manchmal sind Bilder oder Bildmotive wie Puzzleteile, die verschiedene Selbstaspek-

te repräsentieren, welche auf einem weiteren Bild versuchsweise verbunden werden können. Identitätsbezogene Malthemen schließlich festigen die Ich-Struktur. Bilder haben im psychotherapeutischen Setting somit echte Stärken (Daszkowski, 2011; Von Spreti, 2005; Lücke, 2005):

#### Die Stärken von Bildern:

- Bilder sind Kontaktangebote,
- Bilder schaffen Sicherheit,
- Bilder bannen Affekte, Emotionen, Szenen,
- Bilder dienen der Bewusstwerdung,
- Bilder unterstützen den Realitätsbezug,
- Bilder stellen Bezüge her und belegen Zusammenhänge,
- Bilder helfen zu integrieren u.a.m.

### Der kunsttherapeutische Ansatz

Die überwiegende Mehrheit unserer Patienten nehmen an einer meiner Kunsttherapie-Gruppen teil. Je nach Indikation oder ihrem eigenen Wunsch erhalten manche von ihnen zusätzlich kunsttherapeutische Einzelsitzungen. Im Einzel erfolgt auch die abschließende Bilderschau, in der die im Verlauf der Kunsttherapie entstandenen Bilder wie eine Bildergeschichte gemeinsam mit mir, der Kunsttherapeutin, betrachtet werden. Der Ansatz der Bildbesprechung variiert je nach therapeutischer Angemessenheit von stabilisierend bis vertiefend, d.h. von bewusst abdeckend bis bewusst aufdeckend. Sie hat mehrere Phasen, die von der aufmerksamen Beschreibung der Bildinhalte (Was sehe ich?), über Klärung (Was will ich nicht sehen?) zur subjektiven Bedeutung (Wofür steht dies für mich?) gelangen. Mitunter mache ich Deutungsangebote zu bestimmten Motiven, die dem Malenden nach der eigenen Bildbeforschung unklar geblieben sind. Das Vorgehen in der Bildbetrachtung ist phänomenologisch ausgerichtet und beschreibt den Weg „von den Phänomenen zu den Strukturen zu den Entwürfen“ (Petzold, 2003, S. 991).

#### Phasen der kunsttherapeutischen Bildbetrachtung:

- Wirkung: Welche Resonanz habe ich auf das Bild?
- Klärung: Was ist auf dem Bild zu sehen?
- Bedeutung: Warum habe ich diese Motive bewusst gemalt?
- Deutung: Welche Assoziationen und Vermutungen verknüpfe ich mit dem Bild?
- Einbettung in die Narration: Welchen Schritt meines Prozesses markiert mein Bild?
- Offene Perspektive: Wie könnte meine Bildergeschichte weiter gehen?

Je nach Strukturniveau der an der Kunsttherapie teilnehmenden Patienten variiere ich die

Themen und Interventionen, deren Effekte und Ziele unterschiedlich gewichtet sein können. Die folgende Aufzählung ist dynamisch zu verstehen, denn situativ kann jeder Aspekt eines Strukturniveaus, welches sich nicht starr sondern dynamisch verhält, spontan in den Vordergrund rücken. Meine Rolle als Kunsttherapeutin beinhaltet es auch, durch Ansprechen oder Hinterfragen bestimmter, z.B. ausgeblendet, Bildinhalte, zu irritieren und behutsam zu konfrontieren. Das Letzte Wort zum eigenen Bild hat aber immer die Malerin oder der Maler.

#### **Sehr geringes bis geringes Strukturniveau:**

- Stabilisierung,
- Angstminderung,
- Differenzierung von Affekten und Gefühlen,
- Stärkung der Fähigkeit zur Distanzierung,
- Verbesserung der Fähigkeit zur Selbstberuhigung,
- Erfahrung von Selbstwirksamkeit,
- Entdecken, Stärken und Anwenden kreativer Ressourcen u.a.m.

#### **Geringes bis mittleres Strukturniveau:**

- Verbesserung des nonverbalen Selbstausdrucks,
- Verbesserung der Eigen- und Fremdwahrnehmung,
- Verbesserung der Affektmodulation und -regulation,
- Herstellung von inneren und äußeren Bezügen durch das gemalte Bild,
- Problemlösung durch kreatives Probedeuten u.a.m.

#### **Mittleres bis höheres Strukturniveau:**

- Zunahme an Reflexions- und Introspektionsfähigkeit,
- Bewusstwerdung persönlicher Themen durch bildnerische Symbolsprache,
- Bewusstwerdung und Verstehen von innerpsychischen Konflikten,
- Integration abgespaltener Anteile,
- Verbalisierung: von der Bildsymbolik über den therapeutischen Dialog zur differenzierten Betrachtung,
- Einbetten in die Narration: Erkennen der Bedeutung des Einzelbildes für den größeren therapeutischen und biografischen Zusammenhang bzw. der persönlichen Bildgeschichte.

### **Kunsttherapie als Gruppentherapie**

In der Regel nehmen acht Patienten an der Kunsttherapie-Gruppe teil, deren Dauer 90 Minuten beträgt. Bei den Teilnehmern handelt es sich um Personen, welche sich schon durch die gemeinsame Gesprächstherapie-Gruppe ken-

nen. Nachdem ich die Gruppe am großen Malisch begrüßt habe, lade ich zu einer kurzen Runde ein, in der jeder Auskunft über sein aktuelles Befinden geben kann. Erstens sind diese Mitteilungen wichtig, da unausgesprochene Befindlichkeiten die Atmosphäre im Raum prägen können und es für Borderline-Patienten, die sehr feine Antennen für unausgesprochene Stimmungen und Belastungen anderer haben, entlastend ist, wenn die Dinge benannt und somit konkret werden. Zweitens zeigt es sich, dass jeder präsenter anwesend ist, nachdem er etwas gesagt hat und von den anderen gehört wurde. Drittens habe ich als Therapeutin etwas über die gesamte Gruppenstimmung erfahren und kann dementsprechend ein für diese Gruppensituation geeignetes Malthema auswählen.

Nach der Runde des individuellen Befindens stelle ich das Malthema vor und kläre mit den Patienten aktuelle Bedenken und Erwartungen. Die von mir initiierten Malvorschlüsse sind themenzentriert, gruppenspezifisch oder prozessorientiert. Die Bildbesprechung ist psychodynamisch und gruppenspezifisch ausgerichtet. Mitunter integriere ich Vorschläge und Wünsche in das Malthema. Im nächsten Schritt wählen die Patienten selbständig Malmaterial und Blattformat aus, welche ich beide nur im begründeten Ausnahmefall für alle einheitlich „verordne“. Dann folgt eine etwa 40-minütige Gestaltungsphase, bei der ich mich etwas zurückziehe, damit sich niemand beim Malen von mir beäugt fühlt. Ich bleibe aber immer ansprechbar oder spreche einzelne Patienten an, wenn diese z.B. nicht anfangen zu malen, lange beim Malen stocken oder auf mich dissoziiert und emotional belastet wirken.

Nach der Malphase wird das Material fortgeräumt, so dass nur die Bilder auf dem Gruppentisch liegen, der nun der Hintergrund für die anschließende Bilderschau ist. Gemeinsam gehen wir um den Tisch wie in einer Galerie herum, um diese zunächst schweigend und oft staunend zu betrachten. Kommentare oder Fragen würden an dieser Stelle, so meine Erfahrung, die Wirkung der Bilder und deren innere Resonanz auf die Betrachter stören. An die Bilderschau schließt die Bildbesprechung in der Gruppe an, in der die Reflexion über das beim Malen Erlebte, die subjektive Bedeutung verschiedener Bildelemente für die Maler selbst sowie die Resonanz der anderen auf die Bilder im Vordergrund stehen. Die Resonanz untereinander beinhaltet: Nachfragen, Spiegeln, Feedback geben, Raten oder Einschätzen, Suchen und Finden. Abschließend erfolgt die Verwahrung der Bilder, die von den Patienten erst in die eigene Bildmappe und diese dann in den Bilderschrank des Kunsttherapie-Raums gelegt werden. Dort sind die Bilder vorerst sicher verwahrt und können später als Ge-

samtwerk von ihren Malerinnen und Malern bei Therapieende mit nachhause genommen werden.

### Die Stärke von Symbolen

Nicht jedem fällt es leicht, sich auf Kunsttherapie einzulassen. Immer wieder befürchten Patienten, Kunsttherapie sei nichts für sie, sie können ja gar nicht malen! Doch eine kreative Fähigkeit, die allen Menschen innewohnt, befähigt sehr wohl zur kunsttherapeutischen Teilnahme. Vielleicht überrascht es, dass diese nicht die Fähigkeit meint, gut oder mittelgut zu malen oder zu zeichnen. Es ist vielmehr die potentielle Fähigkeit, symbolisieren zu können. Ein Symbol ist ein Zeichen, das auf etwas anderes, Komplexeres verweist, welches wiederum subjektiv bedeutsam sein kann und mit Erfahrungen und/oder Emotionen in Verbindung steht. Symbolisierungsprozesse befähigen uns beispielsweise dazu, aus ein paar geraden und sich überkreuzenden Strichen das Haus vom Nikolaus zu erkennen und daraufhin vielleicht an Weihnachten bei den Großeltern zu denken. Beziehungserfahrungen kann unsere Vorstellungswelt mit ihren Symbolen stark prägen. So kann ein Herz für den einen Menschen für Liebe stehen, und Liebe wiederum mit Geborgenheit und dem Wunsch nach Nähe einhergehen. Für einen anderen Menschen steht das gleiche Symbol vielleicht für Verrat und Bedrohung der persönlichen Sicherheit.

### Kunst ist, wenn man's trotzdem macht

In komplexer und meist unbewusster Weise kommen wir über einen Wortlaut (z.B. Mutter) zu einer allgemeinen Vorstellung (eine Mutter an sich) zu einem konkreten und subjektiv bedeutsamen inneren Bild (meine Mutter), das mit emotionalen Erfahrungen verbunden ist (die Beziehung zwischen mir und meiner Mutter sowie die damit verbundenen Gefühle, die ich als Kind hatte – und die mich heute in meinem Beziehungsverhalten prägen). Struktur schwächere Patienten haben nicht selten auch eine Symbolisierungsschwäche. Bolm (2010, S. 58) warnt davor, dass es „...kontraproduktiv (sei), bei Patienten mit schweren strukturellen Störungen „... Interpretationen, ungebremschte Gruppeninteraktion, Symbole oder freies Fantasieren zu benutzen“. Hier lädt Kunsttherapie dazu ein, über einen behutsameren Weg zur Erkenntnis zu gelangen. Betroffenen können kunsttherapeutische Bilder dabei helfen, ihre Vorstellungswelt nach und nach zu erforschen: Wie guckt die von mir gemalte Person auf meinem Bild? Wie wirkt dieser Gesichtsausdruck auf mich? Was fühle ich dabei? An welche Be-

ziehung erinnert es mich, wenn ich mich – ausgelöst durch solch einen Gesichtsausdruck – so fühle? Ach ja, an die Beziehung zu meiner Mutter! Warum taucht diese gerade jetzt auf meinem Bild auf u.s.w.? Dabei, so meine Erfahrung, spielt es kaum eine Rolle, ob es sich um ein in besonders gelungener Weise gezeichnetes Porträt handelt oder um ein Punkt-Punkt-Komma-Strich-Mondgesicht. Einen emotionalen Effekt auf den Betrachter hat nicht der gekonnte oder gar perfekte, sondern der unmittelbare Ausdruck des gemalten Gesichtes. Wir alle kennen dies von der Betrachtung von Kinderzeichnungen. Muss ich denn also nicht für Kunsttherapie malen können? Nein. Ich muss es nur trotzdem tun.

## 4 Beziehungsorientierte Borderline-Therapie

### TFP – Übertragungsfokussierte Psychotherapie

Das therapeutische Erkennen, Benennen, Verstehen und Auflösen von Übertragungen des Patienten auf den Therapeuten und dessen Gegenübertragungen sind zentrale Elemente der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (Yeamons & Diamond, 2011; Buchheim & Doering, 2007). Die TFP geht davon aus, dass die Entwicklung in der Kindheit durch eine innere Repräsentanzenwelt beeinflusst ist, welche sich aus verschiedenen Beziehungsdyaden zusammensetzt. Daher stehen in der TFP „das Wiederbeleben alter, oft dysfunktionaler Beziehungserfahrungen im Vordergrund, deren Auslöser und Funktion exploriert und ihre Geschichte im Therapieverlauf verstehbar gemacht werden“ (Buchheim & Doering 2007, S. 323) Der TFP liegt die Annahme zu Grunde, dass „sich die Pathologie und die Beziehungsschwierigkeiten von Borderline-Patienten auch in der therapeutischen Beziehung als unbewusste Wiederholungen von pathologischen, internalisierten Beziehungen aus der Vergangenheit manifestieren“ (ebenso, S. 323). Diese zu erkennen, adäquat zu benennen und konstruktiv zu bearbeiten bedarf es mehrerer Therapiephasen.

Die erste Phase dient der Reduzierung der für die Borderline-Störung typischen Symptome wie des selbstdestruktiven, impulsiven und agierenden Verhaltens. Des Weiteren wird die therapeutische Beziehung stabilisiert. Erst danach werden in der nächsten Phase die aktuellen Übertragungen alter Beziehungsdyaden exploriert. Wie einen inneren Kompass nutzt hierbei der Therapeut auch seine Gegenübertragungen, die der Patient bei ihm auslöst. Wesentlich ist es im Weiteren, alle übertragungsbezogenen Erkenntnisse im Hinblick auf das Hier und Jetzt plausibel zu machen. Dabei gilt:

Klärung geht immer vor Deutung. Die Endphase der Therapie beginnt, wenn die borderline-spezifische Symptomatik merklich abgenommen hat, das Strukturniveau stabil erhöht und das Beziehungsverhalten zufriedenstellend verändert wurde (Buchheim & Doering, 2007). Dieses therapeutische Procedere entspricht auch dem phasenspezifischen Vorgehen in der kunsttherapeutischen Bildbesprechung.

### MBT – Mentalisierungsbasierte Therapie

Die MBT fokussiert „die bei Borderline-Patienten verminderte oder instabile Fähigkeit, sich selbst und andere als intentional handelnde Wesen mit individuellen Gefühlen, Bedürfnissen, Wünschen, Motiven und Überzeugungen zu verstehen“ (Völker & Dulz, in Druck). Im Rahmen des Verfahrens, das im Schwerpunkt als Gruppentherapie angeboten wird, werden durch bestimmte Interventionen selbstreflexive und interpersonelle Kompetenzen entwickelt und gestärkt. Hier ermöglichen Feedbacks, Rückmeldungen und Spiegelungen der anderen dem Betroffenen, eigenes Verhalten und eigene Denkprozesse einzuordnen, zu relativieren und in Beziehung zu setzen. Wichtig ist dabei auch die Erfahrung und Erkenntnis, dass andere Personen sich bei gleicher Situation anders verhalten, etwas anderes denken oder emotional anders werten würden als man selbst. Diese Einladung zum Perspektivenwechsel von außen ist ein entlastender und relevanter Marker im Prozess, sich und sein eigenes Verhalten besser zu verstehen, zu hinterfragen und zu ändern. Diese therapeutischen Schritte entsprechen auch dem gruppendynamischen Vorgehen in meinen kunsttherapeutischen Gruppen.

### TFP und MBT gehen Hand in Hand

Mentalisierungsfördernde Interventionen der MBT helfen dabei, eine erste bemerkbare Verbesserung des Strukturniveaus zu erreichen. Nach der Phase der sich stabilisierenden Struktur können in der TFP die Phasen von Klärung, Konfrontation und Deutung von Übertragungen in der therapeutischen Beziehung erfolgen, was wiederum die Mentalisierungsfähigkeit verbessert und dazu führt, dass die Übertragungspänomene für einen Patienten verstehbar werden (Yeomans & Diamond, 2011).

### Kunsttherapie geht mit!

Und manchmal geht sie auch voran. Meine Erfahrung mit Kunsttherapie ist, dass sich die von mir angebotenen Themen und Interventionen in die therapeutischen Konzepte von

TFP und MBT in konstruktiver und gelungener Weise einfügen können. Dieses Phänomen wird oft beim Austausch im Team deutlich, bei dem wir die in unterschiedlichen Therapieangeboten gezeigten Facetten, Konflikte und Fortschritte unserer Patienten gemeinsam betrachten und explorieren. Durch den multiprofessionellen Austausch wird mir oft klar, auf welche Weise die bei mir in der Kunsttherapie gemalten und reflektierten psychischen Inhalte in den therapeutischen Gesamtverlauf eingebettet sind, und dessen Stationen, Entwicklungsprozesse oder gefühlten Quantensprünge nicht nur abbilden, sondern auch beschleunigen oder initiieren können. Mitunter findet ein Patient erst in der Reflexion seines gemalten Bildes Worte für das zuvor Unausgesprochene oder Unausprechliche. Nicht selten geht es um eine nach lange Zeit erstmals wieder symbolisierte Darstellung einer unbewussten, da kaum aushaltbaren Szene. In der nächsten Einzelsitzung bei seinem Gesprächstherapeuten – also den ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten – kann der Patient dann das zuvor mit Hilfe der Kunsttherapie sichtbar gemachte innere Bild weiterführend verbalisieren und in seine persönliche Narration einfügen.

### Verbal und nonverbal

Auch wenn die therapeutischen Situationen in den verschiedenen Therapieangeboten unterschiedlich sind, verfolgen sie das selbe Ziel: die Bewusstwerdung und die Integration abgespaltener konflikthafter psychischer Themen. Genauso wichtig ist es für den Betroffenen, verschüttete oder nicht gewürdigte Ressourcen in das eigene Selbstbild einzufügen. Für diesen Balanceakt ist Kunsttherapie bestens geeignet. Gemalte Bilder können auch als explizit so benannte Ressourcenbilder persönliche Stärken, Fertigkeiten und Fähigkeiten dauerhaft belegen und so wertvolle Erinnerungsspeicher bleiben.

## 5 Kunsttherapeutisches Fallbeispiel

Frau A., eine junge Patientin Anfang 20, war in der Fachklinik über längere Zeit in Therapie, welche im Rahmen der Intervallbehandlung auch zwei Aufenthalte in der Tagesklinik umfasste. Eine Aufnahme in die spezialisierte stationäre Langzeittherapie, bei der Beziehungserfahrungen und die Reflexion über diese eine zentrale Rolle spielen, schloss sich an. Ich habe Frau A. als ganz besondere junge Frau mit speziellen Stärken und Begabungen kennen gelernt. Vieles an ihrem Therapieverlauf indes war ganz typisch für den Verlauf einer – schließlich konstruktiven – Borderline-Be-

handlung, zu der sowohl Stolper- als auch Meilensteine gehören, welche den therapeutischen Weg flankieren.

Die vorgestellten Bilder sind während des zweiten tagesklinischen Intervalls entstanden. Frau A. kam in einem instabilen Zustand in die Tagesklinik, was sich an zahlreichen Symptomen äußerte, die als typisch für eine Borderline-Störung gelten. Es schien mehrfach so, als würden die Anforderungen des therapeutischen Settings und insbesondere die beziehungsorientierte Gruppentherapie mit ihrem Konfliktpotential für sie kaum auszuhalten sein. Die Überforderung signalisierte Frau A. dem Team durch Abwehr oder Rückfall in selbstschädigende Muster, so dass oft nicht einschätzbar war, wie stark sie trotzdem von der Behandlung bei uns profitieren konnte. Auf der anderen Seite bemerkten wir Frau A.s deutliche Fortschritte gegenüber dem ersten Intervall, welche sich vor allem in ihrer Reflexions- und Introspektionsbereitschaft zeigten. Oft gelang es, konflikthafte und schwierige Situationen mit der nötigen Distanz in der Einzeltherapie zu besprechen und deren innere Logik zu erkennen. Nach und nach wurden das schlummernde konstruktive Potential und die persönlichen Stärken von Frau A. sichtbar und waren schließlich als deutliche Ressourcen nicht mehr zu übersehen: Sie zeigte Humor und Wortwitz, Intelligenz und Scharfsinn, hatte eine ausgeprägte Kreativität sowie eine besondere Begabung für das Zeichnen – verbunden mit einer großen Affinität zu Kunst.

Frau A. nahm verbindlich an der Kunsttherapie-Gruppe teil. Sie kam regelmäßig, oft und gerade auch, wenn es ihr nicht gut ging. Die ihr innewohnende Hinwendung zur Kreativität ermöglichten ihr, *dennoch* teilzunehmen. Auch wenn sie im Gruppensetting bei der kunsttherapeutischen Bildbesprechung wenig Auskunft über das Gemalte geben mochte oder konnte, war es zunehmend möglich, bestimmte Bildinhalte im Nachgespräch genauer zu explorieren. Daher habe ich ihr ergänzend zur Kunsttherapie in der Gruppe kunsttherapeutische Einzelsitzungen angeboten. Die vier ausgewählten Bilder, die in diesem Kontext entstanden sind, können retrospektiv wie ein Ausschnitt einer Bildergeschichte angesehen werden, welcher wichtige Therapieschritte von Frau A. belegt.

### Selbstbild und Fremdbild: So sehe ich mich – so sehen mich die anderen

Im allgemeinen haben wir nur eine grobe Vorstellung davon, wie wir auf andere Menschen wirken. Für Borderline-Betroffene ist diese Einschätzung besonders schwer. Spannend

für die Selbsterkenntnis ist daher eine Realitätsüberprüfung im sozialen Miteinander von Gruppentherapien. In der Kunsttherapie geschieht dies über Bilder. Ich bitte die Patienten, zwei Porträts von sich zu erstellen: Das erste möge das Selbstbild darstellen und meint somit die Vorstellung, die man von sich selber hat. Das zweite Porträt zeigt die eigene Annahme darüber, welche Vorstellung andere Menschen von einem haben. Theoretisch können sich beide Bilder sehr ähnlich sehen oder aber sehr verschieden von einander sein. Während der Bildbesprechung raten die Gruppenteilnehmer untereinander, bei welchem der beiden Porträts es sich wohl um die vermeintliche Fremdwahrnehmung handelt und warum. So erfahren alle wertvolle und mitunter überraschende Erkenntnisse darüber, wie andere sie tatsächlich wahrnehmen. Meine abschließende Frage an Malerin und Maler bezieht sich auf die Diskrepanz zwischen ihrem gemalten Selbst- und Fremdbild. Wo genau ist aus ihrer Sicht der subjektiv entscheidende Unterschied? Und wie kommt es zu diesem?

### Wir sehen was, das Du nicht siehst!

Zur Überraschung von Frau A. sehen die Mitpatienten in der Mehrheit ihr Fremdbild (Abb. 2) als ihr Selbstbild an (Abb. 1a u. 1b). So spiegelt die Gruppe ihr, dass sie die Selbstwahrnehmung von Frau A. als facettenreicher und emotional komplexer einschätzt, als diese selbst. Zu der im Fremdbild dargestellten komplexen inneren Struktur hat Frau A. in dieser Phase ihrer Therapie punktuell kaum Zugang. Erst im Nachgespräch, d.h. im Einzelsetting und mit Abstand, kann sie erkennen, dass sie sich doch anteilig in ihrem Fremdbild wiederfinden kann. Das gemalte Selbstbild komme ihr nun auch deutlich reduziert vor. Meine Idee, versuchsweise ein weiteres integratives Porträt zu erstellen, welches ihr aus heutiger Sicht besser gerecht werde, findet sie gut und malt in einer nachfolgenden Kunsttherapie-Einzelstunde ein drittes Bild.

### Aller guten Bilder sind drei

Frau A. ist es wichtig, dass das dritte Porträt abbildet, was heute ihren Empfindungen, Emotionen und Selbstaspekten entspreche (Abb. 3). Dazu entnimmt sie Symbole aus den beiden älteren Bildern oder entwickelt neue Motive, die symbolisch für Aspekte der älteren Bilder stehen. Den Rückzug in Einsamkeit, den die in der rechten vorderen Bildecke sitzende kleine Person symbolisiere (Abb. 1b), verstehe sie heute als Schutz vor Verletzung in sozialen Situationen. Die Person habe kein Gesicht und könne sich somit nicht äußern, würde jedoch

**Abbildung 1a und 1b**

Frau A.: So sehe ich mich  
(Selbstbild)

im Innern intensiv spüren. Dieses Spüren sei jedoch undifferenziert, also total und die kauernde Person auf dem Bild diesen absoluten Emotionen förmlich ausgeliefert. Die Schutzfunktion des einsamen Kauern haben auf dem dritten Bild die schwarze Umrandung übernommen, welche die Person, die nun im Profil zu sehen ist, zum Teil umgibt. Oben sei die Schutzlinie offen und ermögliche so eine Freiheit der Gedanken. Aus dem vermeintlichen Fremdbild übernimmt Frau A. den nach außen gewandten offenen Gesichtsausdruck sowie eine Variation innerer und bunter Qualitäten (Abb. 2). Im dritten Bild seien nun auch Gefühle, symbolisiert durch Farben und Formen im Brustraum, neu gemixt und differenzierbar. Die düsteren Affekte, die auf dem ersten Bild die sitzende Figur dominieren, müssen auch im dritten Bild berücksichtigt werden, damit das neue Selbstbild stimmig und subjektiv glaubwürdig sei. Der offene Gesichtsausdruck, im Profil gezeichnet, könne aus dem zweiten Bild übernommen werden. So entstehe eine Selbstbild-Version, die relevante Aspekte der alten Selbstwahrnehmung beherbergt, diese jedoch aus der Gesichtlosigkeit, emotionalen Reduktion und sozialen Isolation befreit.

**Abbildung 2**

Frau A.: So sehen mich die anderen (Fremdbild)

**Abbildung 3**

Frau A.: Selbstporträt –  
Hier und Jetzt

### Ein Blick in die Zukunft?

Zum Ende ihres Behandlungsintervalls malt Frau A. noch einen Zukunftsentwurf von sich selbst (Abb. 4). Auf diesem Bild sehen wir eine junge Frau, die im Schneidersitz sitzt. Sie scheint in sich zu ruhen und hält dabei verschiedenfarbige Gefühlskreise in den Händen, als balanciere sie diese aus. Die junge Frau auf diesem Porträt scheint im Hier und Jetzt ganz bei sich selbst zu sein. Vielleicht ist sie in einer störungsfreien Innenschau versunken und dabei auf das Eigentliche konzentriert. Dieser Zustand sei, so Frau A. sachlich, in seiner emotionalen Ausgeglichenheit idealisiert. Fraglich sei für sie, jemals dauerhaft so ausschließlich positiv empfinden zu können. Dennoch sei es erholsam, diesen guten Zustand einmal aufzu-

**Abbildung 4**

Frau A.: Selbstporträt –  
Zukunftsentwurf

malen. Und irgendwie, so vermutete ich, ihre Kunsttherapeutin, symbolisiert das Bild vielleicht auch den Wunsch, nach erfolgreicher Therapie bei sich selbst angekommen zu sein.

Und das könnte auch beinhalten, sich hin und wieder im Hier und Jetzt ausschließlich gut zu fühlen.

## 6 Diskussion

Völker und Dulz (in Druck) empfehlen der Therapeutin „Seite an Seite“ mit der Patientin zu versuchen, „im Hier und Jetzt zunehmend differenzierte Gefühle aufzuspüren, neue Blickwinkel für das Erlebte zu erproben und das innere Chaos Schritt für Schritt zu entwirren“. Diese Empfehlung traf geradezu sprichwörtlich auf das kunsttherapeutische Arbeiten mit Frau A. zu. Über ihre Bilder, die un- oder vorbewusste Themen, Situationen und Szenen andeuteten und veranschaulichten, konnte Frau A. nach erster Abstandnahme in Resonanz mit dem diffus anmutendes Knäuel an Affekten, Gefühlen und Gedanken treten und es neu ordnen. Im Verlauf der Neuordnung spielten Mentalisierungsprozesse eine wichtige Rolle. „Mentalisieren bedeutet, dass Menschen explizit oder implizit eigenes Verhalten oder das von anderen in einem bedeutungsvollen Zusammenhang mit intentionalen (inneren) Zuständen und Vorgängen erleben und verstehen können. Bei diesen intentionalen Zuständen handelt es sich z.B. um Gefühle, Gedanken, Bedürfnisse, Wünsche, Begründungen, Bedeutungen und ganz persönliche Lebenserfahrung“ (Bolm, 2010, S. 59).

Bei gruppenspezifischen Themen wie „So sehe ich mich – so sehen mich andere“ erkannte Frau A. Aspekte ihrer Außenwirkung und korrigierte ihre Vermutungen über die mentalen Vorgänge anderer. „Mentalisieren heißt auch, dass Menschen die Art und Weise begreifen, wie sie und andere erleben und sich verhalten und dass Erleben und Verhalten situativen Einflüssen und individuellen Mustern folgen“ (ebd., S. 59). Wichtig dabei war stets, darauf zu achten, dass sich Frau A. bei den Begegnungen mit den Botschaften ihrer Bilder nicht überforderte. Auch in der Bildbetrachtung gilt: Die ersten bewusstseinsnahen Interventionen der MBT beziehen sich auf „Klärung und Benennung des vorrangigen Affekts und der Auslöser im Hier und Jetzt...“ (ebd., S. 61). In den gemeinsamen Bildbesprechungen konnte Frau A. mitunter sehr humorvoll sein, und punktuell stellte sich im kunsttherapeutischen Dialog durchaus Leichtigkeit und neugierige Freude ein. Kunsttherapie kann meiner Erfahrung nach im besten Sinne der von Bolm (2010, S. 60) empfohlene „therapeutische Spiel- und Entwicklungsraum“ sein. Der kunsttherapeutische Prozess ist auch eine Art Forschungsprojekt, in dem das Forscherteam – Patientin und Kunsttherapeutin – gemeinsam die auf den Bildern gelegten Spuren aufnehmen und verfolgen: „Neugier und Fragen des

Therapeuten ermuntern zum permanenten Weiterdenken und Weiterforschen über subjektives Erleben, verschiedene Sichtweise und Identität. Bedeutung wird gemeinsam konstruiert“ (ebd., S. 61). Frau A.s kunsttherapeutische Bilder dokumentieren solch einen komplexen Prozess eindrucksvoll.

## Kunsttherapie-Einzel und TFP

Bei dem therapeutischen Ansatz der TFP stehen das Auftauchen und die Bearbeitung alter konflikthafter Beziehungsmuster – sogenannter Beziehungsdynaden – im Vordergrund. Jede Dyade bezieht sich auf das unbewusste Wiedererleben einer früheren, meist als ambivalent, defizitär oder bedrohlich erlebten Beziehungsgeschichte oder -szene mit einer als zentral erlebten Bezugsperson. Dabei handelt es sich um als emotional erlebte Zweiersysteme (z.B. Mutter und Kind), deren oft vereinnahmende oder feindselige Konnotation früher nicht durch eine Außenperspektive durch Dritte entschärft und relativiert werden konnte. Daher werden nahe Beziehungsangebote von Borderline-Patienten als potenziell gefährlich empfunden. Dies gilt auch und gerade für gutgemeinte bzw. gute Beziehungsangebote, wie es das des Therapeuten bzw. der Kunsttherapeutin darstellt. Als intensiv wahrgenommene und daher überfordernde Beziehungssituation kann die therapeutische Dyade den Betroffenen stark ängstigen und bei ihm zu Mentalisierungseinbrüchen führen, welche sich dann in den für die Borderline-Störung charakteristischen Symptomen zeigen (Völker & Dulz, in Druck).

Das triadische Setting in der Kunsttherapie eignete sich auch im Falle von Frau A. gut dafür, wie von den Autoren empfohlen, Nähe und Distanz für die therapeutische Beziehung förderlich zu regulieren. Das Bild als drittes Element hatte dabei eine sehr entlastende Funktion. Patientin und Therapeutin schauten gemeinsam auf das Bild, näherten sich als Forscherteam dessen Inhalten und Botschaften, doch blieb ich, die Therapeutin, immer auch etwas auf Distanz, da die zentrale Beziehungssache zwischen der Patientin und ihrem zu erforschenden Bild bestand. Kunsttherapeuten wahren diese Grenze bewusst und lenken die Aufmerksamkeit des auf schnelle und intensive Beziehungsangebote gepolten Borderline-Patienten ausdrücklich immer wieder zu seinem Bild, ohne aber den Bezug zum Patienten zu verlieren. Die Kunsttherapeutin hat vielmehr drei Beziehungssachsen im Blick: die zwischen ihr und dem Patienten, zwischen dem Patienten und seinem Bild sowie dem Bild und ihr selbst. Dabei bleibt sie immer als echtes Gegenüber für den Patienten erreichbar, achtet aber auch darauf, dass im Sinne einer

guten Triangulierung eine elementare Bezugsgröße in der therapeutischen Triade das Bild bleibt.

### Kunsttherapie-Gruppe und MBT

Methoden der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) unterstützen den Patienten darin, in der aktuellen therapeutischen Situation ein Verständnis von Zusammenhängen seiner Wahrnehmung seines Denkmusters und Verhaltens zu entwickeln (Bateman & Fonagy, 2011). Dafür ist auch die Resonanz von anderen auf die eigenen Äußerungen und die eigene Außenwirkung nötig, wie es im Fallbeispiel z.B. beim kunsttherapeutischen Thema Selbst- und Fremdbild angeregt wurde. Erst durch die angemessene Resonanz der anderen erfahren wir uns als Mensch in einer Gemeinschaft. Die Vorerfahrung vieler Patienten auf diesem Gebiet ist defizitär. Das gruppentherapeutische Setting lädt dazu ein, dass sich verschiedene Menschen in einem geschützten Rahmen und unter Einbehaltung von konstruktiven Gruppenregeln offene Feedbacks geben können. Diese wiederum regen die Selbstreflexion und das Distanzierungsvermögen des Einzelnen an. Die ihm aufgezeigten neuen Perspektiven helfen, Konflikte zwischen einzelnen Patienten auf Metaebene betrachten zu lernen, beispielsweise aus der Erkenntnis heraus, dass ein anderer etwas Gesagtes vielleicht verletzend wahrgenommen hat und nun erläutert, weshalb. Auf diese Weise kann die Kette sozialer Fehldeutungen und Irritationen erkannt und perspektivisch unterbunden werden. Durch Spiegelung zeigen sich die Patienten bestimmte alte und schwierige – aber auch neue und konstruktive – Verhaltensmuster, lernen von einander, erleben Solidarität, entwickeln Empathie oder erkennen die Auslöser ihrer Aggression. Der Therapeut übernimmt dabei eine moderierende Rolle, achtet auf die Struktur des Settings und Einhaltung der Gruppenregeln. Er unterlässt das Deuten und ermöglicht vielmehr neue Erfahrungen im Hier und Jetzt. Feedback und Resonanz durch andere erhalten die Patienten in der Kunsttherapie ganz unmittelbar. Dabei liegt der erste Fokus auf dem gemalten Bild des einzelnen, was wiederum das Angebot beinhaltet, die zum Bild abgegebene Äußerung auch auf die eigene Person zu beziehen. Dieses Abwägen zwischen Bild und Person kann zu einer gelungenen Portionierung einer kritischen und zugleich wichtigen Botschaft führen. Patienten können das Gesagte mental dosieren und sind dann eher bereit, ein Feedback anzunehmen. Im Grunde entspricht dies dem Vorgehen der MBT, deren gruppentherapeutischen Ziel unter anderem ist, „die Intensität des Beziehungs- und Affekterlebens auf einem Niveau zu halten, das alle

Beteiligten verdauen können“ (Völker & Dulz, in Druck).

In lade die Patienten gern zu Malthemen ein, die ausdrücklich zum gegenseitigen Feedback anregen. Von diesem gruppendynamischen Setting, so meine Erfahrung, profitieren Borderline-Patienten im besonderen Maße. Häufig beginnt die Bildbesprechung in der Gruppe dann mit einer Raterunde, bei der der Maler zunächst keine Auskunft über das Gemalte gibt, sondern die Mitpatienten ihre Einschätzungen und Assoziationen in geeigneter Form mitteilen (Ich vermute dass,... Das Gemalte wirkt auf mich, wie...). So erhält der Maler für ihn überraschende Feedbacks zu seinem Bild, die er – wenn er dies zulassen möchte – auf Aspekte seiner Person beziehen kann. Da alle zum gleichen Thema gemalt haben, geht es beim Feedback gerecht zu. Jeder darf dem anderen ein Feedback geben und jeder hört dem anderen erst einmal zu. Das letzte Wort hat dann wieder der Maler, und er kann erklären, ob er sich im Feedback über sein Bild wieder erkennen konnte und es annehmen möchte. Es hat sich gezeigt, dass unsere Borderline-Patienten diese persönlichen Feedbacks, mit dem Bild als Puffer zwischen ihnen, spannend und aufschlussreich finden.

### Möglichkeiten und Grenzen von Kunsttherapie

Kunsttherapie ist ein eigenständiges therapeutisches Verfahren, dessen Stärke es ist, sich mit anderen therapeutischen Verfahren konstruktiv zu verschränken und doch etwas ganz eigenes, über diese Verschränkung Hinausweisendes, zu bleiben. Bei der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist aufgrund der Besonderheiten der Beziehungsdynamik die Arbeit im multiprofessionellen Team wichtig. Verschiedene Therapeuten erleben bestimmte Aspekte des Patienten und seiner früheren Beziehungserfahrungen, die auf unterschiedliche Teammitglieder übertragen werden und im weiteren Verlauf benannt und exploriert werden können. Da die Patienten ambivalente innerpsychische Aspekte – z.B. Gut und Böse bzw. Idealisierung und Entwertung – bei unterschiedlichen Teammitgliedern oft unbewusst getrennt halten, ist der konstruktive Austausch im Team für den therapeutischen Erfolg unverzichtbar. Auch Therapeuten brauchen die Realitätsüberprüfung in dem Sinne, dass die therapeutische Beziehungserfahrung mit ihrem Patienten nicht das ganze Spektrum dessen innerer Bezugswelt repräsentiert. Wenn ich als Kunsttherapeutin beispielsweise nicht mitgeteilt bekomme, dass sich ein Patient bei meiner Kollegin, der Bewegungstherapeutin, ganz anders – vielleicht zugänglicher oder abgewehrter – verhält, zöge

ich über diesen vielleicht andere, unrealistische Schlüsse. So aber rücke ich als Person mit meiner Gegenübertragung auf den Patienten in den Vordergrund. Woran erinnere ich den Patienten und er mich in seinem Verhalten – oder besser: Welche alte Beziehungserfahrung wird durch mich und mein Verhalten in einer bestimmten Situation bei dem Patienten abgerufen, und das womöglich unbewusst? Wie kann diese Übertragung und meine Gegenübertragung auf eben diese für die beziehungsorientierte Kunsttherapie konstruktiv genutzt werden und was ermöglicht sie?

## 7 Fazit

Im Rahmen der psychodynamischen beziehungsorientierten Borderline-Therapie, in der das multiprofessionelle Team die individuellen Bilder des Beziehungserlebens ihrer Patienten zusammenfügt, liefert Kunsttherapie die visuellen Puzzleteile. Diese können oft eindrucksvoll und unmittelbar zeigen, wie verschiedenen Selbstanteile unverbunden scheinen oder aber aufeinander bezogen werden. Sie können zudem diagnostische Hinweise geben. Darüber hinaus sind sie auch eine bildnerische Dokumentation des persönlichen Entwicklungsprozesses eines Menschen, die fast wie ein therapeutisches Maltagebuch dessen eigene Narration illustriert.

Auch wenn Bilder sprechen, wenn Worte fehlen (Schottenloher, 1994), so bedarf es doch der Worte, um wiederum über die Bilder zu sprechen. Manchmal markiert die kunsttherapeutische Erfahrung das Aufheben des Schweigebannes und den Beginn des Sprechens, insbesondere bei traumatischen Erfahrungen. Das Suchen und Finden der Worte ist ein wichtiger Schritt in der Bewusstwerdung der gemalten Symbole, Themen und Szenen. In diesem Prozess des Verstehens und der Integration ist die Kunsttherapie eine unverzichtbare Perle neben anderen, ebenfalls unverzichtbaren Perlen an der therapeutischen Perlenschnur.

## Literatur

- APA – American Psychiatric Association (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-V*. (Dt. Hrsg. Falkai, P. & Wittchen, H. U.) Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2011). Borderline-Persönlichkeitsstörung und Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT). In B. Dulz, S. Herpertz, O. F. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. Aufl., S. 566-583). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Bolm, T. (2010). Mentalisieren und Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT). *Psychotherapie*, 15, 1, 58-62.
- Buchheim, P. & Doering, S. (2007). Die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) der Borderline-Störung. *PiD*, 4, 323-327.
- Daszkowski, A. (2011). Kunsttherapie. In B. Dulz, S. Herpertz, O. F. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. Aufl., S. 813-824). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Dilling, H., Mombour W. & Schmidt M. H. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Dulz, B., Herpertz, S., Kernberg, O. F. & Sachsse, U. (Hrsg.) (2011). *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. neubearb. Aufl.). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Dulz, B. & Ramb, C. (2011). Haltende Funktion, technische Neutralität und persönliche Sympathie in der beziehungsorientierten psychodynamischen Therapie. In B. Dulz, S. Herpertz, O. F. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. Aufl., S. 585-609). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Dulz, B. & Schneider, A. (2001). *Borderline-Störungen. Theorie und Therapie* (2. Aufl.). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Kernberg, O. F. (1998). *Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Lohmer, M. (2005). *Borderline-Therapie. Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Setting* (2. Aufl.). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Lücke, S. (2005). Tiefenpsychologisch fundierte Kunsttherapie in der Behandlung traumabedingter Störungen. In F. von Sprei, P. Martius & H. Förstl (Hrsg.), *Kunsttherapie bei psychischen Störungen* (S. 140-151). München, Jena: Urban & Fischer.
- Petzold, H.G. (2003). *Integrative Therapie. Bd. 1* (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Schottenloher, G. (1994) (Hrsg.). *Wenn Worte fehlen, sprechen Bilder*. München: Kösel.
- Taubner, S. & Dulz, B. (Hrsg.) (in Druck). *Mentalisierungsbasierte Therapien und Prävention*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Völker, U. & Dulz, B. (in Druck). MBT bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. In S. Taubner & B. Dulz (Hrsg.), *Mentalisierungsbasierte Therapien und Prävention*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Von Sprei, F. (2005). Kunsttherapie mit Borderline-Patienten. In F. Von Sprei, P. Martius & H. Förstl (Hrsg.), *Kunsttherapie bei psychischen Störungen* (S. 124-134). München, Jena: Urban & Fischer.
- Von Sprei, F., Martius, P. & Förstl, H. (Hrsg.) (2005). *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*. München, Jena: Urban & Fischer.

Yeomans, F. E. & Diamond, D. (2011). Übertragungsfokussierte Psychotherapie (Transference-focused Psychotherapy, TFP) und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In B. Dulz, S. Herpertz, O. F. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. Aufl., S. 543-558). Stuttgart, New York: Schattauer.



**Dr. Alexandra Daszkowski, M.A.**

*Klinische Kunsttherapeutin, grad. DGKT  
Asklepios Klinik Nord  
Klinik für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen, Tagesklinik Nord  
Langenhorner Chaussee 560  
D-22419 Hamburg  
a.daszkowski@asklepios.com*

# Wenn Bilder sich in Szene setzen. Von verstörten und rekonstruierten Beziehungen – zur synthetischen Kraft des Symbols

Karl-Heinz Menzen

## Zusammenfassung

E. Cassirer, S. Freud, C. G. Jung, J. Lacan, J. Piaget, D. Stern, Ch. S. Peirce – sie alle haben ein z.T. recht verschiedenes Symbolverständnis. Was sie alle aber gemeinsam haben, ist die Überzeugung, dass Symbole nur in einem Kontext entstehen und eben aus diesem auch verstanden werden können. Das betrifft besonders das therapeutische Verhältnis. Dieses knüpft insbesondere an die frühe Erfahrung des Kindes an, an seine vorsprachliche Erfahrung, aber auch an die Irritationen, die dann im Leben eintreten, wenn die „Sagen-Welt“ der Erwachsenen sich der vorsprachlichen symbolischen Erfahrungen des Kindes bemächtigt. Der Beitrag berichtet davon, wie die Wiederholung dieser frühen kindlichen Erfahrung etabliert wird und eine gemeinsame Ordnung des Erlebens, eine Ordnung der sich miteinander verknüpfenden Bedeutungen entsteht.

**Schlüsselwörter:** Symbol-Definition, frühe kindliche Erfahrung, Sprachkontext symbolische Ordnung

## When pictures are set in scene. From disturbed and reconstructed relationships – to the synthetic force of the symbol

### Summary

The expression symbol is used ambiguously and differently. The symbolic concepts of different authors, like Ernst Cassirer, Sigmund Freud, C. G. Jung, Jacques Lacan, Jean Piaget, Daniel Stern or Charles S. Peirce differ of each other. What is symbolic, it becomes established quite early in the context of the development of the child. And it can be deciphered only in just this context. The who, which communicates about the pictures of the child whom you sit opposite, stated: 'I have difficulties to limit the therapeutic respect on the understanding of the therapist for the symbolic statement of the patient. Symbolic statements, and I would like to understand by it personal symbols, become possible and got her meaning in the working respect, in the trusting respect between patient and therapist. It concerns a slide-logical interrelation in which the patient lets arise a picture of his conflicts, fears, the form of his object relations; a picture which releases a counterpicture, as a form of a reflexion or interpretation in the therapist. This reflexion can also be a product of the therapist' (Wellendorf, 1984, p. 234). The teaching analyst Jolande Jacobi (1890-1973) helps her female patient to decipher the symbolic representation of her mother semiotically in their devouring character. Jacques Lacan has said it: Only when a child enters into the language and accepts the rules and dictations of the society, it is able to handle with the other. It is a linguistic-based act on which the existence of the world of the symbol is based. But preceding it is an imaginary respect which forms the basis of the world of the symbol and her order. The contribution reports about how the repetition of this early childish experience is set up and a common order of the experience, an order of the meanings associating with each other originates.

**Keywords:** symbol definition, early childhood experience, language context, symbolic order

Paul Klee hat 1930 ein Bild gemalt mit dem Titel „Marionetten – bunt und schwarz“ (Abb. 1), zwei Figuren, deren figuraler, nicht verbaler Austausch eine Art gegenseitiger Inkorporation veranlasst, eine Veranschaulichung dessen, was Jacques Lacan als die Funktion des sogenannten Spiegelstadiums beschreibt: die Inauguration der Bilder der Ich-Funktion.

Man kann das Spiegelstadium als eine Art von Initiation, als eine frühe Phase der Identifikation verstehen, sagt Lacan und präzisiert: es sei eine beim Subjekt durch die Aufnahme eines Bildes ausgelöste Verwandlung. (Lacan, 1996, S. 61) Es sei, sagt er, die Aufnahme seines Spiegelbildes durch es selbst als eines Wesens, das noch ohnmächtig und von Pflege abhängig sei, wie eben der Säugling in seinem frühesten Stadium, bevor er der Sprache mächtig ist und in die Funktion eines Subjektes eingetreten ist. Zu diesem Zweck sei eines wichtig, quasi Schlüsselworte bzw. noch nicht verbalisierte Gesten zu finden, die eine Relation herstellen, die sich hinwiederum in eine Art Grammatik fügten und begründeten, was wir mit Symbol und deren Ordnung bezeichnen.

Was symbolisch sei, hat Karl Bühler in seinem berühmten Buch „Sprachtheorie“ gesagt, könne jeweils nur in Relation zum Felde bestimmt werden. Und in der Tat werden die frühen exemplarischen Situationen des Säuglings die symbolische Matrix darstellen, in der das sogenannte Ich (Lacan: je) in seiner – allerdings nicht mehr ursprünglichsten (Ich als *moi*) – Form sich niederschlägt; in der sich eine Art



**Abbildung 1**

„Marionetten – bunt und schwarz“.

Dieses Gemälde verweist in der Tradition der formal-ästhetischen Kompilations-, Zusammensetzkunst des 19. Jahrhunderts, spätestens seit C. D. Friedrich und William Turner darauf; zielt, wie fast noch 100 Jahre später die Malerei des Bauhauses, darauf, mittels der Komposition der Bildelemente eine bestimmte Aussage zu formulieren (hier: die Liebe von zwei Menschen, die sie buchstäblich ins Mark trifft).

Begriffsregister entwickelt, dessen symbolische Ordnung quasi die Grundlage dafür bietet, dass sich Subjekte in dieser Relation wiederfinden und als solche konstituieren können.

Was symbolisch ist, konstituiert sich also schon früh im Kontext der Entwicklung des Kindes. Und es lässt sich nur entschlüsseln in eben diesem Kontext. Die Therapeutin, die über die Bilder des Kindes, das ihr gegenüber sitzt, kommuniziert, konstatiert: „Ich habe Schwierigkeiten, die therapeutische Beziehung zu begrenzen auf das Verständnis des Therapeuten für die symbolische Aussage des Patienten.“



**Jolande Jacobi**  
1890-1973

**Das Bild meiner Mutter: Symbol. Darstellung der Patientin**

2 Welten – eine dunkle und eine helle

2 wichtige Figuren

Farben: bes. rosa = weiss = unschuldig und rot=leidenschaftlich

J.Jacobi: Überproportionales – Krallen, Mund

Bewegung: von rechts nach links

**Verschlingende Mutter**



**Der spontane Einfall der Therapeutin**

Bild der schrecklichen Mutter

Vgl. griech. Mythologie: Medusa mit den Schlangenhaaren und dem Wahnsinn machenden Blick

**Abbildung 2**

„Die verschlingende Mutter“. Das Bild (die linke Bildhälfte stammt von der Patientin; nach Jacobi, 1969/1977, S. 107; bearb. u. kommentiert v. A.) zeigt, wie die Bildelemente im Sinne der hilfeschuchenden Patientin unterschiedlich hervorgehoben, gewichtet und nach Massgabe der Störung zusammengesetzt sind.

Symbolische Aussagen, und ich möchte darunter persönliche Symbole verstehen, werden möglich und bekommen ihre Bedeutung in der Arbeitsbeziehung, in der vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Therapeut, aus der heraus sie auch nur bedeutsam und verstehbar werden. Es handelt sich um eine dialogische Wechselbeziehung, in der der Patient ein Bild von seinen Konflikten, Ängsten, der Form seiner Objektbeziehungen entstehen lässt; ein Bild, das im Therapeuten ein Gegenbild auslöst, als Form einer Spiegelung oder Deutung. Diese Spiegelung kann auch ein Produkt des Therapeuten sein“ (Wellendorf, 1984, S. 234) Die Lehranalytikerin Jolande Jacobi (1890-1973) verhilft ihrer weiblichen Patientin, die symbolische Darstellung ihrer Mutter in deren verschlingendem Charakter semiotisch zu entschlüsseln: Die eine Welt, die dunkle, bricht in die helle Welt der Patientin ein. die dunkelrot-farbig, energetisch aufgeladene Figur der Mutter (teuflisches Biest) überkommt die rosafarben-zurückgenommene der Tochter (zarte Blume), und das von Sturm und Blitz durchzogene dunkle Weltbild der Mutter ist eine unmittelbare Bedrohung der regenbogenfarbenen Welt der Tochter.

In der Geschichte der bildnerischen Therapien ist die Lehranalytikerin eine der ersten, die im symbolischen Austausch mit der Patientin die von dieser schon lange verdeckten differenten Dimensionen ihrer psychischen Realität wieder erarbeitet. Es ist das, was Jacques Lacan wesentlich als das Symbolische bezeichnet: Das Wort Symbol weise in der griechischen Sprache auf eine zerbrochene Scherbe hin, deren Vereinigung genau das bilde, wonach wir auf der Suche sind, wenn wir von dem relationalen Wert des Symbols sprechen (Lacan, 1954, S. 45). Die Schwierigkeit eines Wilhelm von Humboldt, das Symbolische zu verstehen, ist da gegeben, wo er es ohne seinen Kontext, sein Bezugssystem zu erfassen sucht: „Beim Symbol muss ich mich in die Sinnlichkeit versenken und lange bei ihr verweilen, um die Bedeutung zu ergreifen, die aus der Sinnlichkeit sprachlos, genauer in stummer Sprache, hervorstrahlt“ (Humboldt, in Liebrucks, 1964 f., Bd. 2, S. 142). Wir reden über eine Form der assoziativen Beziehungssetzung in einem gemeinsamen Vorstellungs- und Erinnerungsraum, der gleichermaßen nur gemeinsam zu dekodieren ist. „Das Symbol existiert innerhalb seiner Welt von Symbolen“, sagt Lacan (1954, S. 53); und weiter: „Es könnte ganz allein nicht existieren. Es gibt nicht ein Symbol. Das Symbol besteht als solches nur im Innern eines Systems.“

Jacques Lacan hat es gesagt: Erst dann, wenn ein Kind in die Sprache eintritt und die Regeln und Diktate der Gesellschaft akzeptiert, ist es in der Lage, mit den Anderen umzugehen. Es ist ein sprachbasierter Akt, auf den

sich die Existenz der Welt des Symbols gründet. Aber vorausgehend ist es eine imaginäre Beziehung, die der Welt des Symbols und ihrer Ordnung zu Grunde liegt. Diese Welt ist anderer Natur als die, aus der das Kind kommt, in der das Kind eine andere Ichhaftigkeit (moi ./ je), vor allem Körperlichkeit, speziell Körperbildlichkeit in all ihren noch nicht gewussten Bedeutungen an sich hat und des Bewusstseins nicht mächtig ist.

### Wie eine symbolische Ordnung entsteht

Was ist das für eine Welt, in die das Kind hineingeboren wird, die ihm die Grundlage bietet, soziale Beziehungen aufzunehmen und darüber sich zu verändern? Es ist zunächst nichts anderes, nicht mehr als die Körper-Welt des Kindes, sagt Lacan. Es ist eine sich herstellende Geordnetheit dieses kleinen Körpers, die sich als die erste Einheit des Lebens erweist, die eine einheitsstiftende Funktion besitzt. Diese Funktion muss eine gewaltige Leistung vollbringen: Sie muss seine scheinbar partialisierten (Melanie Klein), abgespaltenen Teil-Objekte in den Zusammenhang fügen, – wobei das Wort „fügen“ schon darauf hinweist, dass das erlebt Körperliche zusammenzufügen ist, wo es noch als geteilt, als getrennt erlebt ist: Seine Lippen erhalten bei der Nahrungsaufnahme ihre hungerstillende Funktion, sein Kehlkopf erhält in seinem schreienden Lautgebaren seine soziale Ruf-Funktion. Und beide Körperfunktionen dienen schließlich vor allem dem Zweck, gestillt zu werden, – und das in einer zeitlich erlebten Aufeinander-Bezogenheit. Was Jacques Lacan als *das Imaginäre* bezeichnet, besteht aus eben dieser Funktion: durch Abspaltungserfahrungen zur Einheit des Körpererlebens zu gelangen. Hier zunächst Erfahrung als ein sinnhaft bezogener Prozess, da ein sich einstellendes Erleben, eine noch sublim emotionale, affektive Seite dieses Prozesses, die sich bedeutungshaft an die sinnlich-eindrücklich sich herstellende ankoppelt. Eine Hilfestellung in diesem Prozess stellen Lust bzw. Unlust dar, Erregung und deren Minderung, die in der Koppelung des Sinnhaften und Affektiven alte Koppelungen verstärken oder abschwächen. Wir befinden uns noch in jener Zeit des Kindes, in der sich Bedeutungen physiologisch bedingt assoziieren, in der die Ordnung des Bedeutungsrepertoires – Immanuel Kant und Jean Piaget werden beide sagen: schematisch – noch an die Überlebensreflexe des Kindes gekoppelt sind; in der noch immer das von Lacan genannte „Reale“ von dem sich früh regulierenden Körperbild bestimmt ist.

Der Entwicklungspsychologe Daniel Stern hat einmal gesagt, Symbolisierungen stünden psychologisch in einer Funktion, der eines

Affektgleichs, von „Affektabstimmungen“ (Stern, 2011, S. 175). Den Anfang hierzu, zu dieser assoziativen Koppelung von Sinneserfahrungen und affektiven Reaktionen, haben wir benannt: Er besteht in einer Art des kommunikativen Austauschs, der hier – gewöhnlich zwischen Mutter und Kind – statthat. Dieser Austausch ist an eine gemeinsame sich wiederholende Erfahrung zwischen den beiden Agierenden gebunden. Die Wiederholung dieser Erfahrung etabliert eine gemeinsame Ordnung des Erlebens, eine Ordnung der sich miteinander verknüpfenden Bedeutungen. Es ist wie in der Entstehung der Sprache, sagt Jacques Lacan: Es etablieren sich Bedeutungssysteme, die aus einer Kombination von Elementen bestehen, die zuweilen rätselhaften Charakter annehmen – schon aus dem Grund, dass Erfahrungen mit unterschiedlichen Bedeutungsassoziationen besetzt worden und nunmehr nicht nur schwer zu dekodieren, sondern auch zu verknüpfen sind. In diesem Vorgang sind die grundlegenden Affekte hilfreich. In seinem Buch *„Psychoanalyse der frühen Objektbeziehungen“* zitiert Volkan zur Erläuterung René Spitz (1965, S. 103): „Es scheint, dass ein überwältigender Affekt die differenzierte Wahrnehmung der Realität verändert; der Wahrnehmungsbereich ist angefüllt mit den primitiven symbolischen Verkörperungen des Affekts selbst“ (Volkan, 1978, S. 147). Der *Begriff des Symbols* taucht hier zum ersten Mal dezidiert auf „*wie eine von Affekt gesättigte Verkörperung des Selbst- und Objektbildes*“ (ebd.) und bedarf seiner Spezifizierung. Frühgestörte Patienten zeigen in späteren Beschreibungen von ihrer Krankheit, wie diese primitiven symbolischen Verkörperungen erfahren werden: „die Verkörperung des Affekts (wird) zum partialisierten Selbst des Patienten“ (ebd., S. 146); „die Tür verschlingt mich“ (Werner, 1948); „ein kurz vor dem Platzen stehender Ballon“ (Searl, 1962); „er sah sich als ein aufgeblasenes, ballonähnliches Ungeheuer“ (Volkan, 1978, S. 151). Solche Patient-Bilder lassen einen Rückschluss auf das frühe symbolische Leben des Kindes zu, wie René Spitz erläuternd ergänzt: „der Affekt färbt die Wahrnehmung“ (a.a.O.) und erscheint so als symbolische Verkörperung des Affekts selbst.

Für Jacques Lacan ergibt sich aus dieser Gemengelage bildhaft verkörperter Affekte eine Gemengelage von Signifikanten, die sich im Laufe des frühkindlichen Lebens wie eine Sprache strukturieren und das als psychischen Background bilden, was wir unbewusst nennen und worüber unser Bewusstsein nicht verfügt. Solche Erlebnis- und Verhaltenssignifikanten sind, wie Rolf Nemitz (2016) erläutert, zunehmend „mit einem unendlichen Netz von Signifikanten verknüpft“ und bilden die Grundlage dafür, dass das Symbolische als Funktion des Unbewussten nicht mit fixen Sig-

nifikanten verknüpft ist, sondern als *mehrdeutig* zur Verfügung steht. Aus der Unbestimmtheit der Signifikanten ergibt sich daher nach Jacques Lacan ein Reales, das sich nicht aus der Menge feststehender Symbolbedeutungen zusammensetzt, sondern sich gerade dem entzieht, was wir *Realität* nennen: es widersteht sogar dem Zugriff auf die schnelle Symbolbedeutung, es widersteht dem schnellen Gesagterwerden, – weil es sich vor aller symbolischen Geordnetheit vorsymbolisch und vorsprachlich versteht und erst die Benennung, die Sprache, das Symbolische braucht, um Dinge zu ihrer Existenz kommen zu lassen und sie in ihre Ordnung zu versetzen. Die noch nicht sprachlich fixierte und entsprechend nicht eindeutig festzulegende Bedeutungshaftigkeit des je unterschiedlich sinnhaft-affektiv Erfahrenen macht gerade jene nicht zusammenzufügenden Schnittstellen des Realen aus, wovon die zunächst sich vor-, dann symbolisch ins Bild setzende Mehrdeutigkeit lebt, die den relationalen Wert des Symbols bedeutet.

Roland Barthes (1988, 194 f.) erläutert, wie der Sinn einer symbolischen Relation der Zusammenstellung von signifikanten Objekten entspringt, – an einem Mann, der abends liest: „auf diesem Bild gibt es vier oder fünf signifikante Objekte, die zusammen einen einzelnen globalen Sinn übermitteln, den des Ausruhens, der Entspannung: die Lampe, der Komfort des dicken wollenen Sweaters, der Ledersessel, die Zeitung; die Zeitung ist kein Buch; es wirkt entspannend, nicht so seriös: das alles meint, dass man am Abend ruhig Kaffee trinken kann, ohne nervös zu werden. Diese Zusammenstellung von Objekten sind Syntagmen, d.h. ausge dehnte Fragmente von Zeichen ... durch eine einzige Verknüpfungsform verbunden, durch die Parataxe, d.h. durch die bloße und einfache Nebeneinanderstellung von Elementen ... die Nebeneinanderstellung von Elementen (ergibt) einen finalen Sinn.“ Barthes weiß auch jene signifikanten Objekte zu spezifizieren: „Die Signifikanten des Objekts sind natürlich materielle Einheiten wie alle Signifikanten in jedem beliebigen Zeichensystem, das heißt Farben, Formen, Attribute, Accessoires“ (1988, S. 192). In der Auffassung Jacques Lacans lässt sich diese semiologische Schilderung eines, wir würden sagen: Eindrucks, der sich aus der Zusammensetzung kognitiv und emotional wahrgenommener ästhetischer Merkmale ergibt, auf die Entstehung eines frühkindlich nicht-imaginierbaren und nicht-verbalisierbaren Realen übertragen. Die Zerrissenheit, die Fragmentiertheit unserer partialisierten Körperbilder ordnet sich so, dass sich aus den Schnittflächen eines jeden Fragments die symbolischen Operationen als sich herstellende Verbindung und wieder Lösung zwischen den Signifikanten entstehen und nicht in ihrem symbolischen Ausdruck festlegbar sind. Hier gilt das Wort

*Lacans vom „Kreisen um die leere Spur“, das in seiner Wiederholung ständig scheitert, etwas zu sagen, was nicht gesagt werden kann (vgl. Nemitz, 2016).*

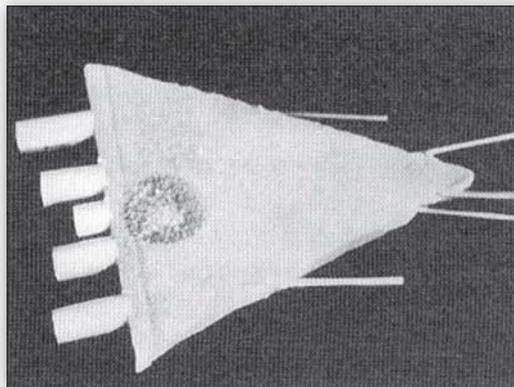
### Wie sich die symbolische Ordnung präsentiert

Wenn Sigmund Freud von Symbol redet, dann meint er diejenigen Bewusstseinsinhalte, welche unbewusste Hintergründe ahnen lassen, welche die Rolle von Zeichen oder Symptomen von Hintergrundvorgängen spielen; welche als quasi „Zerrbilder der Kunstschöpfung“, so in einem Brief an Wilhelm Fließ, biografisch – archäologisch zurückzuverfolgen und wiederherzustellen sind, welche reduktiv – konkretistisch auf kindliche Triebgeschichte und deren Verstörung verweisen. Wenn Carl Gustav Jung von Symbol redet, dann meint er einen nicht klar bestimmbaren, je tieferschichtiger desto undeutlicheren Bedeutungskern, der alle möglichen Aspekte offen lässt bzw. in sich vereint; der also für verschiedenste Inhalte stehen kann, aber auf jeden Fall innerpsychisches Geschehen bildhaft ausdrückt, das sinnbildhaft mehr oder weniger Unbekanntes an sich hat und, da oft mythisch – sagenhaft – traumhaft beliehen ist, nie restlos deutbar ist. Jolande Jacobi, die Schülerin C. G. Jungs, hat die Jung'sche Position gegenüber der Freud'schen um den Hinweis verdeutlicht, dass der Symbolbegriff Sigmund Freuds eher zeichenhaft-indexikalisch zu verstehen, eben auf Zeit und Ort der Bedeutungssetzung zu beziehen sei. (vgl. Jacobi, 1959, S. 148). Wenn Jacques Lacan von Symbol redet, dann definiert er dieses – in der Nähe Freuds aber auch sich wiederum absetzend von diesem – aus einem Verständnis des Signifikanten, das sich nicht auf die Sache, sondern auf andere Signifikanten bezieht. Die Beziehung des Zeichens zum Ding ist hier – eher im Sinne der Kritikerin Jacobi – ausgelöscht; er sagt provokant: „das Symbol manifestiert sich ... als Mord am Ding“ („le symbole se manifeste d'abord comme meurtre de la chose“; 1953). Und er meint wie seine Vorgänger, dass das unbewusste Erleben sich keinesfalls in dem spiegelt, was wir als kindliche Realität ausmachen.

*Verfolgen wir die Schilderung einer traumatherapeutischen Kasuistik:*

*Da ist ein Junge, von beiden Elternteilen nach der Scheidung verlassen, abgeliefert in einem Berliner Kinder- und Jugendheim, verstört dort im Keller sitzend und an seinem Projekt arbeitend. Er möchte allen in diesem Heim anlässlich des nächsten Festes zeigen, wie er mit seinem selbst gebauten Shuttle in den Weltraum fliegen kann. Als ich ihn dort im Keller antreffe, werkelt er an einem Styroporblock,*

*der, das erfahre ich auf Nachfrage, die spätere Raumstation für sein Shuttle abgeben soll. Und wie er erläutert, seine Mitteilungen sind noch recht unbestimmt, will er in einer anderen Welt leben, weit er weg will von dieser hier. Mein Ansinnen als ein mit Bildern arbeitender Therapeut ist es, ihn dazu zu bewegen, dass noch unbestimmt Beschriebene mir genauer zu erläutern. Und wenn er sich dann vor mich aufbaut, mir demonstriert, wie sein Flugzeug fliegt, breitet er die Arme aus und hat einen Blick an sich, der viel mehr vor Augen hat, als er mir im Augenblick zeigt. Erst als ich ihn bitte, mir seinen Shuttle aufzuzeichnen, erfahre ich, dass dieses schwer bewaffnet ist, sehr schnell sein kann, und dass dessen Bordkanzel gut geschützt ist, – offenbar drei Eigenschaften, die für ihn nach all seinen Erfahrungen wichtig sind. Das, was seine schnellen Gleiter, die er aus Styropor herausstanzt, gleichermaßen verraten, aber realiter nicht abbilden, sind genau diese Eigenschaften. Im Verlaufe der Begleitung dieses Jungen werden seine Mitteilungen immer klarer, die Zeichentheorie sagt: nach den ersten ikonischen Anmutungen werden sie indexikalisch immer bestimmter. Die folgenden Zeichnungen, die ich von ihm erbitte, machen das deutlich: Der Shuttlecontainer im Weltraum, die Flugobjekte, die sich in seiner Fantasie abspielenden Szenen bekommen ein Gesicht. Das bisher bloß ikonisch vermittelte und dargestellte Gefühl (ich will hier irgendwie weg) wird zeichenhaft-indexikalisch in seinen möglichen Zusammenhängen und Abläufen immer klarer dargestellt (in den Möglichkeiten, von dieser Erde wegzukommen), entbirgt schließlich das, was ihn unbewusst-symbolisch antreibt. Das zeigt sich an jenem Tag, an dem er den Film „Die Rückkehr der Yedi-Ritter“ und in diesem Film den Kampf des jungen Rebellen (Luke Skywalker) gegen den Vater (Darth Vader) gesehen und als Teil seines eigenen Erlebens identifiziert hat. Die symbolische Verkörperung des bösen (der Vater) und die symbolische Verkörperung des guten Prinzips (der Junge) geraten im Kampf weit oben im Weltraum in einem quasi realen aber symbolischen Akt aneinander. Am Ende explodiert die Erde, wird das Shuttle des Vaters abgeschossen und werden in einer Spezialfähre die Babys dieser Erde auf einen sicheren Stern des Weltraums verbracht. – Die Nacherzählung einer viele Monate dauernden Begleitung zeigt, was sich hinter der realen Ordnung an unbewusster Symbolik verbirgt. Zeigt sich auch, dass der Freudsche Hinweis auf Triebgeschichte (Vater-Sohn-Konflikt) nicht ganz von der Hand zu weisen ist, zeigt sich auch die Bestätigung des Jung'schen Insistierens darauf, dass Phantasmen moderne Mythen beleihen können, zeigt sich vor allem aber, dass die unbewusste symbolische Ordnung sich durchaus über die ikonische und indexikalische Darstellung hinaus erarbeiten lässt.*

**Abbildung 3**

Die beiden Bilder dokumentieren einige der Flugobjekte, die der Junge produziert hat. Uns, die ihn Begleitenden, waren sie willkommenen Anlass, seinen Phantasien nachzuspüren, wenn das Flugobjekt aus dem Container herausschoss oder sich im Anflug dem späteren Zielobjekt (seinem Vater) näherte. Die langen Sensoren signalisieren: Komm' mir nicht zu nahe. Die starken Düsen verweisen auf die Kraft und die Schnelligkeit des Selbstobjekts.

### Das Symbol und seine kommunikative Bedeutung

Wie schon erwähnt, hat Jacques Lacan darauf hingewiesen, dass das Wort Symbol in der griechischen Sprache auf die zerbrochene Scherbe verweise, deren Vereinigung genau das bildet, wonach wir auf der Suche seien, eine Relativität, eine In-Verhältnis-Setzung verschiedener, nicht unbedingt als zusammen sichtbar seiender Bedeutungen (Lacan, 1954, S. 45). Wo diese zueinander kommen, geschehe Kommunikation. Diese Kommunikation, wie sollte es anders sein, kann auf allen Bedeutungsebenen geschehen. Kommunikation kann rational, gefühlhaft und sinnlich geschehen. Kann, wie wir das aus der heilpädagogischen basalen Stimulationstheorie wissen, auf allen Sinnesebenen Beziehung konstituieren: Propriozeptiv (auf allen Körperempfindungs- und -bildebene(n)), taktil (in allen Formen von Berührung), auditiv (in den kulturell unterschiedlichsten Raum- und Zeitdimensionen des Hörens), geruchs- und geschmacklich (auf der Grundlage dessen, was uns seit frühester Kindheit sinnlich erregend und affektiv unterlegt angeboten worden ist) und visuell (in allen formalästhetisch dekodierbaren, d.h. kulturell vermittelten farblich-formhaft- bildnerischen Arrangements mit Gefühlswerten und -haltungen). Die Aneignung des Symbolischen befähigt uns, wie schon der Schüler Freuds, Theodor Reik („Hören mit dem dritten Ohr“), besonders aber die französischen Psychoanalytiker betont haben (Jacques Lacan, Derrida u.v.a.), Risse – Schnitte – Brüche – Falten zwischen der Erfahrung der Dinge und den von ihnen ausgelösten Erregungszuständen sozusagen in deren Fragmentierung als Möglichkeitserweiterung ihrer innerpsychischen Verbindung und zur Herstellung der oben beschriebenen symbolischen Ordnung zu nutzen. Wie Bruce Fink im Hinblick auf die Annahmen Jacques Lacans von den sich herstellenden Möglichkeiten der sich herausbildenden Erlebniszustände des Kindes sagt, ist „die Einteilung des Realen in einzelne Zonen, bestimmte Merkmale und kontrastierende Strukturen ... Resultat der symbolischen

Ordnung“ (Fink, 2006, S. 46) und wird nicht erst im Austausch, sondern schon in der An- und Übereignung unbewusster Codes genutzt. Oder kurz gesagt: Was wir früh im Leben unter verschiedenen Aspekten erfahren haben, gruppiert sich ggfs. zu Erlebnistatbeständen, die in der Regel bewusst nicht mehr abgreifbar sind, aber in der zwischenmenschlichen Kommunikation eine wichtige Rolle spielen. Solche Erlebnistatbestände führen, wie Freud sagt, dazu, „dass man an seinem Ich irre“ werden kann, führen ggfs. zu „Ich-Verdoppelung, Ich-Teilung, Ich-Vertauschung“ (Freud, 1993, S. 143; vgl. Mazin, 2015, S. 40 f.). Die Möglichkeiten der sinnhaft-affektiven Clusterbildungen sind geradezu die Grundlage dafür, dass die frühkindlich erlernte indexikalische Aufeinanderbezogenheit der Zeichen einer symbolischen Mehrdeutigkeit weicht und dem kommunikativen Austausch, beispielsweise der fragenden Haltung der Mutter oder der überdeterminierten Gebärde des kleinen Kindes, immer neue Spielräume der Deutung eröffnet. Es war Thure von Uexküll (1908-2004), der in den Jahren seines klinischen Schaffens und schließlich mit seinem Buch „*Integrierte Medizin*“ (2002) ein psychosomatisches Kommunikationsmodell vorlegte, in der er die Zeichenausdrücke seiner Patienten unter ikonischer, indexikalischer und symbolischer Hinsicht analysierte. Hiernach wiesen die Äußerungen der Patienten erstens ikonisch auf in vieler Hinsicht propriozeptiv zu verstehende Körperbefindlichkeiten hin (so beispielsweise Äußerungen komatöser oder dementieller Patienten), zweitens wiesen sie indexikalisch auf ursächlich schlüssig nachzuvollziehende Zusammenhänge des Erkrankten hin (beispielsweise Äußerungen autistischer oder psychotischer Patienten), drittens, und als symbolische für uns hier interessant, basierten sie auf symbolisch-mehrdeutigen Verbindungen (beispielsweise essgestörter Patienten), die sich in somatischen Reaktionen als besonders schwierig zu entschlüsseln darstellten. Uexkülls Recherche richtete ihren Blick auf die organischen Erkrankungen, darauf, wie wir die Phänomene der Umwelt in unserem Körper

aufnehmen und passend übersetzen, sodass wir ungestört, das heißt: angepasst mit der Umwelt interagieren können. Bei Uexkülls Modell stand die Zeichentheorie von Charles Sander Peirce (1839-1914) Pate. Diese Theorie ging davon aus, dass ein Zeichen ein Ding ist, das uns ein Wissen von einem andern Ding vermittelt. Dieses Theoriemodell des Austauschs kommunikativer Zeichen hatte noch nicht die Diskussion der symbolischen Ordnung und deren unbewusstes Repertoire im Blick (vgl. Menzen, 2017, Kap. 5.2.2).

### Das Symbolische als Konstituens einer Phänomenologie der Innerlichkeit

Roland Barthes, kurzzeitig Analysand und Freund Jacques Lacans, hat uns empfohlen, genau hinzusehen, genau zuzuhören, „*die Stellung ein(zu)nehmen, in der das Dunkle, Verschwommene oder Stumme dekodiert wird, um das ‚Dahinter‘ des Sinns, was als verborgen erlebt, postuliert oder anvisiert wird, im Bewusstsein erscheinen zu lassen*“ (Barthes, 1990, S. 262). Es gehe, sagt er, „auf das Geheimnis“ aus zu sein, „was, in der Wirklichkeit vergraben, nur über einen Code in das menschliche Bewusstsein dringen kann, der zugleich zur Chiffrierung und Dechiffrierung dieser Wirklichkeit dient“ (ebd.): es gehe um „eine Öffnung des Zuhörens auf alle Formen der Polysemie, der Überdeterminierung und der Überlagerungen“ (ebd.). In diesem Vorgang sei es aber erforderlich, alle Dimensionen, nicht nur die unbewussten, sondern auch die impliziten Formen des raum-zeitlich existenten Wirklichen miteinzubeziehen, – dessen „Orte ... immer weniger durch die Institution geschützt“, nicht mehr durch ehemals feste Rollenzuschreibungen definiert seien (ebd.). Das symbolische Ausdrückbare habe im Lauf der Aufklärung bis in unsere Tage der Postmoderne seine Ausdrucksmöglichkeiten erweitert. Die Orte der therapeutischen Kasuistiken haben sich unter der Hand, wie wir oben bestätigt sehen konnten, in andere Sphären verlagert. So gelte es zuzuhören, ermahnt Roland Barthes, wenn beispielsweise die Stimme „ein Bild ihres Körpers (transportiert) und darüber hinaus eine ganze Psychologie (man spricht von einer warmen Stimme, einer eisigen Stimme usw.)“ (ebd., S. 258) Das symbolische Dokument des freudigen oder leidvollen Affekts erscheine als inneres Körperbild, welches, so Barthes (ebd., S. 249), nach dem ersten ikonisch noch unbestimmten Kontakt, zweitens zeichenhaft-indexikalisch in ihrem „bestimmten Code“ zu entziffern sei (ebd.), und welches erst im dritten Durchgang „nicht ... auf bestimmte, klassifizierte Zeichen (zielt)“, sondern dieses Körperbild „erfasst, um es zu verwandeln und endlos in das Spiel der Übertragung einzubringen“,

und hierbei „ohne die Bestimmung des Unbewussten nicht mehr denkbar ist“ (ebd.).

### Entwicklungspsychologische Anmerkungen: Selbst- und Objektrepräsentanz

Der Medizintheoretiker Thomas Fuchs hat, hier für uns zusammenfassend, gesagt: „*Durch leiblich-affektive Resonanz lernt der Säugling sich selbst im Anderen kennen*“ (Fuchs, Vogele & Heinze, 2011, S. 55). Er hat das auf den entwicklungspsychologischen Begriff gebracht, was der Neurowissenschaftler Vittorio Gallese nennt: „sich mit dem eigenen Körper in eine Situation hinein(zuversetzen)“ (Sabasch & Eberhart, 2016, S. 35). Das, was ein Kind von früh auf lernt, Vittorio Gallese sagt: „eine verkörperte Simulation“ (ebd.), Siri Hustvedt sagt: „andere Menschen, sozusagen von innen heraus, zu verstehen“ (ebd.), d.h. für das kleine Kind, die Bilder der Welt mit den ersten tastenden Bewegungen seines Körpers einzufangen. Da schiebt sich aus dessen Perspektive ein Bild vor das andere. Da wechselt die Gesichtsform der Mutter mit der Gesichtsform des Vaters. Da konnotieren schon unterschiedliche Gefühle mit den unterschiedlichen Gesichtsformen, frühe Erfahrungen mit sogenannten guten oder schlechten Teilobjekten, die sich mit der Körpererfahrung des Kindes verbinden. Da sind zunehmend nicht mehr die Objekte des Mutter- oder Vater-Selbst vor Augen, sondern die eigenen Selbst-Bilder, die als symbolische dadurch gekennzeichnet sind, dass sie Übergangsartig und sich wandelnd die äußere und innere Welt des Wahrgenommenen verbinden. Übergangsartig spiegeln sich plastisch-ausdrücklich die sich immer mehr differenzierenden Formen der unmittelbaren Welt des Kindes. Und begleitend sind die jeweils entstehenden symbolischen Bilder mit sogenannten primitiven Körperfunktionen sinnbildlich assoziiert (Fordham, 1974, S. 95 f.; Volkan, 1978, S. 146 f.). Wir könnten es wie folgt zusammenfassen: Das was wir archaisch oder archetypisch in der frühkindlichen Selbst- und Objekterfahrung nennen, gründet auf den ersten frühen Erfahrungen mit sogenannten guten oder schlechten Teilobjekten, die mit Gefühlen wie Lust oder Unlust und besonders eng mit der Körpererfahrung des Kindes verbunden sind. Die ersten Erfahrungen des Kindes – ein Gesicht (Bild), eine Stimme (Ton), eine Berührung (Körperempfindung), ein Körpergefühl (proprio- und kinästhetische Empfindung): Das Kind wird mit einem Netzwerk von Schemata, mit einem Netzwerk von Schemata des Zusammenseins konfrontiert, Daniel Stern zählt sie auf, die sensormotorischen, die perceptuellen, die gefühlhaften, die narrativen Schemata jener Bilder, die ihm, dem Kind, vor

Augen sind (Stern, 1998). Und wir, die Leser, die wir uns in die Wahrnehmungswelt dieses Kindes hineinversetzen, können ahnen, wie sich ungute, schlechte Gefühle wie Angst oder Schmerz, aber auch ihr daraus resultierendes Gegenteil verselbstständigen können, wie sich sozusagen verkörperte Gefühle als Teil der Psychische aus dem Ich lösen können, „um ein relativ dauerhaftes Nicht-Ich zu bilden“ (Fordham, 1974, S. 95 f.). Da ist zum Beispiel der Vater mit seinem immer distanzierenden, ihn als kleinen Jungen anschauenden und ihn alleinlassenden Blick, da „wird auf der inneren Bühne als Replikant, als Kopie dieses Vaters (ein Bild – Anm. des Autors) aufgerichtet“ (Peichl, 2015, S. 47), und da wird ein Bild verinnerlicht, unter Umständen lebenslang, in dem steten Gedanken, nicht anerkannt zu sein. Der Blick des Vaters legt sich wie ein Tau über die Körperwelt des Kindes und deutet implizit-symbolhaft an, dass das Kind unerwünscht ist.

Wir sind dabei, die frühkindlich entstehenden Bilder von mir selbst und dem Anderen zu dekodieren, die Repräsentanzen meiner selbst und meiner Umwelt. Und wir erfahren, wie die symbolischen Präsentanzen diese unter Umständen unverträglichen Weltbilder körperlhaft und lebenslang konstituieren. So bleiben diese Symbole als Bilder verinnerlicht, beispielsweise die Gedanken des kleinen Kindes, nicht anerkannt, nicht gemocht zu sein. Die folgende Geschichte von Yussuf und seine Selbstinszenierung kann dies illustrieren:

*Verträumt schaut Yussuf auf sein Bild, dass er gemalt hat. Es ist so eine Art Gespenst, das einen kleinen Jungen vor sich an seiner Brust hat und ihn mit seinen riesigen blauen Armen umfängt. Es ist für ihn wie ein Traum: Fast jeden Tag wird er von seinem Vater geschlagen, erfährt der Junge, wie dieser Mann seinen Gürtel abzieht und mit der eisernen Schnalle auf ihn einschlägt. Der Vater will offenbar verhindern, dass der Junge weiter schreit. Was soll dieser aber sonst tun, so verloren in dieser Welt? Es ist gar nicht so lange her, dass der Vater und die Mutter und zwei seiner Geschwister in Berlin-Tempelhof gelandet sind. Der Vater, bis dahin Gefangener der christlichen Milizen im Libanon, flieht mit seiner ganzen Familie nach Deutschland. Und in eben diesem Augenblick, wo die Maschine landet, wird Yussuf geboren. Ab dann sehen wir ihn in typischen Flüchtlingsstationen: in dem Blechcontainer auf dem Berliner Flughafen, in dem Blechcontainer in Singen am Bodensee. Die ganze Familie fühlt sich eingesperrt, nicht befreit. Der Junge krabbelt, er kriecht, er schreit, er will hinaus, und beide Eltern wachen darüber, dass er nicht zu laut wird. Wenn der Junge aber zu viel schreit, schlägt der Vater wieder. Und so lernt der Junge, quasi das Symbol der Befreiung des Vaters, Liebe, Umarmung, aber auch: Schläge, – und das alles im schnellen Wechsel. Der Junge wird buch-*



Abbildung 4

*stäblich irre an sich selbst. Wer ist er selbst, – fragen wir, fragt er sich, als er mit mir vor jener Wand der Caritas-Bibliothek steht, um sich selbst in einem Graffiti an die Wand zu projizieren. Liebevoll entwirft er seine Figur. Er hat sie entliehen aus dem Film Aladin, von dessen Protagonisten, einem Jungen, der einen Geist aus der Flasche lässt und dann in Beziehung zu diesem Geist tritt. Diesen Geist und sich selbst malt er an die Wand. Und als er schließlich und nach langen Monaten des Einsatzes vor seinem Bild steht, und als er sich selbst in den Armen des großen Geistes gehalten sieht, ist es dieses Symbol für einen Zustand, den er schon lange entbehrt, der aber immer in seinem Innersten präsent ist, – fest gehalten zu werden.*

Wir fragen nach den Selbst- und Objekt-repräsentanzen – und sehen beide in Jussufs Geschichte ins Bild gesetzt: Es sind Gefühlszustände eines heranwachsenden Jugendlichen, der sich hier in den Armen einer sowohl übermächtigen, aber sich jeden Augenblick verflüchtigen könnenden Instanz als geborgen imaginiert. Wenn der Entwicklungspsychologe Daniel Stern meinte, dass die Affektregulation des Säuglings vor allem über die affektive Gestimmtheit der Bezugsperson geschehe, erhalten wir hier einen Einblick in den Schrecken, wie dieser in der Zeit des Spiegelstadiums zuweilen sich einstellt, Einblick aber auch in ein Bewusstsein von Macht: Das kleine Kind in seiner körperlich und geistig bedingten Ohnmacht entwickle eine „symbolische Matrix“ in der es sich in seiner ursprünglichsten Form repräsentiert sieht, in der „die totale Form des Körpers, kraft der das Subjekt in einer Fata Morgana die Reifung seiner Macht vorwegnimmt,.. ihm nur als ‚Gestalt‘ gegeben (ist)“; in der das kleine Kind sozusagen „schwanger (gehe) mit den Entsprechungen, die das Ich (je) vereinigen mit dem Standbild, auf das hin der Mensch sich projiziert, wie mit dem Phantomen, die es beherrschen“ (Lacan, 1949, S. 64 f.; 1954, S. 45); vgl. <http://www.peter-zeilinger.de>.

at/download/04\_Materialblatt\_091112\_(Lacan).pdf). Das Spiegelstadium sei ein Drama, sagt Jacques Lacan, „dessen innere Spannung von der Unzulänglichkeit auf die Antizipation überspringt“ (Lacan, 1949, S. 67).

Wir wollen genauer nach der Entstehung der Selbst- und Objektrepräsentanzen fragen, wollen fragen, was an dem Entstehungsort diesem wohl wichtigsten konstitutionellen Muster des Menschseins passiert. Fragen gezielt danach, wie sich einzelne Episoden der kindlichen Erfahrung zu generalisierten Mustern, zu inneren Bildern „aus-bilden“. Wir fokussieren auf jene Episoden wie zum Beispiel auf das Füttern, das Schaukeln, das Wiegen, das Trösten, das Gekränkt- oder Verletztwerden, auch das Schmerzenerleiden oder -zufügen, – wir focussieren bewusst auf jene Muster, die sich periodisch wiederholen und nach den Erkenntnissen derzeitiger Neuro-/biologie infolge der ständigen Wiederholung zu festen synaptischen Verschaltungen und auf diesem Weg zu generalisierten Erinnerungsbildern führen (vgl. Peichl, 2015, S. 79; Shaw, 2016). Wir hatten es schon mit Thomas Fuchs gesagt: „Durch leiblich-affektive Resonanz lernt der Säugling sich selbst im Anderen kennen“ (Fuchs, 2011, S. 55) Wir erhalten in der Geschichte von Yusuf einen Hinweis darauf, wie das objektive Merkmal der Übermächtigkeit des Vaters und wie das subjektive Merkmal der Ohnmacht des Jungen sich in bildhaften Selbst- und Objektrepräsentanzen spiegelt. Wir erfahren in dieser Geschichte auch, wie der motorische Entwicklungsdrang des kleinen Jungen schlecht verstanden und seitens des Vaters affektiv falsch gespiegelt wird. Wir werden Zeugen der Entstehung eines fremden Selbst, gleichermaßen Zeugen einer double-bind-orientierenden, hierdurch sich als fremd erweisenden Person bzw. Objekts (Brockmann & Kirsch, 2015, S. 16).

Der Psychoneuroimmunologe Joachim Bauer hat neurologisch genauestens umschrieben, wie sich in der Resonanz der Bezugsperson das entstehende Selbst mittels aktivierter Hirnareale synthetisiert: Wenn Selbst-Funktionen angesprochen werden (z.B. „Das hast du aber gut gemacht!“) verschalten sich das Vorderhirn (das gefühlsgetönte Handlungsgedächtnis), das sich über diesem und nach hinten sich erstreckende Gürtel-Gehirn (der gefühlbetonte Anteriore Cinguläre Cortex/ACC), die körperrückmeldende sogenannte Insel (die Insula), die Personen speichernden Schläfenlappen (Temporallappen) und die Scheitellappen (hier besonders die nach hinten versetzten Lappen des Precuneus, die besonders für die Vernetzung der personalen Merkmale zuständig sind). Da aber im Säuglingsalter noch nicht alle Hirnareale entwickelt sind – der Hirnstamm entwickelt sich beispielsweise vom achten Monat vor der Geburt bis zum ersten

Monat danach, die Amygdala entwickelt sich im ersten Monat nach der Geburt, Aufmerksamkeit, Empathie und Bindungsverhalten zeigen sich im Vorderhirn im 3. bis 9. Monat nach der Geburt, der gefühls- und erinnerungsorientierte Hippocampus entwickelt sich im fünften Monat nach der Geburt und das Kleinhirn wie die Basalganglien, beide zuständig für die Bewegungsentwürfe entwickelt sich im zweiten Monat nach der Geburt –, da also nicht alle Hirnareale als entwickelte zur Verfügung stehen, wirken sich das Fehlverhalten der Bezugspersonen entwicklungsneurologisch unterschiedlich aus und werden gewöhnlich zeitlich falsch verortet bzw. übersehen (Markowitsch & Welzer, 2005, S. 235) Und auch entwicklungs-genetisch können wir die Resultate einer gestörten Spiegelung im frühen Säuglingsalter nicht genau benennen: Wir wissen seit Neuem, dass das Gehirn generell bei emotionalen Ereignissen und je nach Situation die Ausschüttung neuromodulatorischer Stoffe (Noradrenalin, Serotonin, Oxytocin, Dopamin) veranlasst und deren Rezeptoren verändert. Wir wissen auch, dass durch die Wiederholung dieser emotionalen Ereignisse und Situationen die genetische Verfassung des Kindes in Bezug auf die erforderlichen psychischen Reaktionen geprägt wird. Das kleine Kind benötigt also in den jeweiligen Situationen eine erlernte Gen-Bereitschaft und -reaktion, die es ihm ermöglicht, mit der Hilfe dieser Stoffe auf die jeweilige Situation zu reagieren. Das Kind kann nur die jeweiligen Situationen bewältigen, wenn es aufmerksam, motiviert, empathisch, ängstlich oder freudig reagieren kann, wie es dies vormals gelernt hat. Was N. Strüber (2016, S. 52-55) in dem Beitrag „Erste Schritte in Richtung Persönlichkeit“ dokumentiert, ist nichts weniger als die signifikante Beschreibung dafür, wie in bestimmten emotionalen Situationen im Kind eine bestimmte Genbereitschaft und, was die Informationsstruktur nach der Aufforderung an das Gen, zu reagieren, angeht, eine bestimmte Information (per Protein und bestimmter Rezeptoranbindung) im Kind ausgelöst wird. Strüber beschreibt, wie solche Genreaktionen, d.h. -bereitschaften sich möglicherweise lebenslang durchhalten können. Das heißt für unsere Argumentation übersetzt: wie sich ein wenig feinfühliges, allzu impulsives, aggressives oder nicht aufmerksames Verhalten in der Genstruktur des heranwachsenden Kindes niederschlagen und, das müssen wir annehmen, die symbolische Ordnung des Kindes grundlegend verändern. Die problematischen frühkindlichen Bindungsmuster, die schon früh grundgelegt werden können, wirken bis ins Erwachsenenalter fort und beeinträchtigen die Regulierung der Gefühle, deren Ausdruck infolge zuweilen schwierig ist zu dekodieren (Söllner et al., 2016, S. 227 f.).

## Der offene und der verdeckte Sinn

Wir haben im Rückgriff auf Bemerkungen Jacques Lacans zum Imaginären, Realen und Symbolischen vermerkt, dass das symbolische Denken prälogisch und als frühe Stufe des Denkens der Sprache vorhergehend ist, wie Otto Fenichel sagt (1983, Bd. I, S. 75): Der Psychoanalytiker Fenichel merkt an, „dass die Symbole als Residuale einer archaischen Wahrnehmungsweise der Welt allen Menschen in gleicher Weise gemeinsam sind wie affektive Syndrome“. In gewisser Weise und auf das sich entwickelnde Denken bezogen seien sie apperzeptiv-insuffizient (Silberer, 1912), d.h. eher einem archaischen, primitiven Denken verpflichtet, – welches aber verdrängt und durch ein bewusstes Vorstellungsbild/Symbol ersetzt werden könne (Schlange für Penis) (Fenichel, 1983, S. 76). Diese Ersatzleistung spielt im frühen Leben des Kindes da eine besondere Rolle, wo statt eines nicht abzubauenen Erregungszustandes ein Bild oder Modell des erregenden Objektes symbol-ersatzhaft implantiert wird. Diese Ersatzleistung spielt ebenfalls da eine Rolle, wo der Erregungszustand nicht abgebaut wird und das Symbol *pars pro toto* eine stabilisierende Rolle im psychischen Haushalt übernimmt. Wir stehen an der Schwelle zur ersten Objektwahrnehmung des Kindes und ahnen, welche Rolle das Symbolische sowohl in seinen apperzeptiven Erkenntnisbemühungen wie in seinen Möglichkeiten, aus Gründen der Abwehr das Erkannte umzuformulieren, es bildhaft umzukodieren, spielt. Unbewusste und bewusste Bildvorstellungen werden konnotiert und äußern sich in derselben emotionalen Reaktion. Dieselbe Wortvorstellung (Abreise = Tod, Reiten = Geschlechtsverkehr, König = Vater) kann in Zukunft in ihrer symbolischen Gleichsetzung zum Zweck der Erregungsabwehr innerbildhaft benutzt und ausgedrückt werden (vgl. ebd.). Ein offener und ein verdeckter Sinn beziehen sich angesichts eines sich noch nicht identifizieren könnenden Subjekts auf dieselbe Vorstellung (ebd., S. 74) und vereinigen sich in der gleichen emotionalen Reaktion.

*Ich vergesse nie jenen Vormittag, an dem die von mir betreute Studenten mich einlädt, den kleinen fünfjährigen Jonas zu beobachten und mit ihm zu spielen. Das Spiel besteht darin, dass der Kasper das Krokodil tot schlägt und umgekehrt das Krokodil den Kasper tot beißt. Dieser Vorgang wiederholt sich ohne Ende. Ich liege mit dem kleinen Jungen auf der Matratze auf der Erde, und wir wechseln in stetiger Folge unserer Rollen, mal Kasper, mal Krokodil zu sein. Wiederholungszwanghaft muss der eine den anderen tot schlagen oder tot beißen. Ich möchte diesen Kreislauf gerne durchsprechen, merke aber, wie stark der Zwang des Jungen ist, der Wiederholung zu folgen. Offenbar steht das*

*Töten bzw. das Totsein im Augenmerk des Jungen, der offenbar den jeweiligen Zustand emotional erfassen, nachvollziehen möchte, oder aber für seinen inneren emotionalen Zustand, in dem er sich befindet, einen bildnerischen Ausdruck finden möchte. Erst spät nachmittags, als ich nach Hause zurückgekehrt bin, finde ich in Donald W. Winnicotts Buch „Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse“ den Hinweis auf das, was in höchst dramatischer Weise im Innern des Jungen vor sich geht. Winnicott spricht von Abwehrformen, die spielerisch dramatisch und in szenische Bildabfolgen gesetzt den Verlust des Vaters, der aus der Familie weggegangen ist, immer wieder emotional durchzuspielen versuchen. „Könnte es sein“, fragt Winnicott (1976, S. 140), „dass die Hauptsache an der Aufführung eine Verleugnung des Totseins ist, eine Abwehr gegen depressive Vorstellungen vom Tod im Inneren?“ Und zusammenfassend: Könnte es sein, dass der Betroffene „mittels der omnipotenten Fantasien“ seiner inneren Realität zu entkommen sucht, dass das, was wir erleben, „Teil der Bemühungen des Individuums (ist), mit der inneren Realität fertig zu werden“ (Winnicott, 1976, S. 138).*

Roland Barthes hat es einen „konstruierten Sinn unter der Maske eines gegebenen Sinns“ genannt (1990, S. 40) und darauf hingewiesen, dass das offen zutage liegende Sinnhafte in seiner Komposition als einem beachtenswerten ästhetischen Signifikat gegebenenfalls in all seinen Bedeutungen auf den verborgenen Sinn verweise, dass die *Komposita des Bildes in ihren bildnerischen Konnotationen zu beachten* seien und sich der „Überraschungen des Sinns“ auszusetzen hätten. Er spricht nicht nur von den impliziten kulturellen Bezügen der Bilder, sondern von einer Bild-Semiologie, in der „das Signifikat ständig verschoben“ werde, in der die Kodifizierungsarbeit einer steten Variation unterliege (Barthes, 1990, S. 158). Die Eindeutigkeit des kindlichen Bildeindruck vermöchte sich, so sein Hinweis, unter der Hand zu verflüchtigen und das Kind in eine Art von Suchbewegung des Ausdrucks zu versetzen. Und die Therapeuten, so Winnicott, hätten die Aufgabe, sich an den „Oberflächen-gefühlen“ dieser verkleideten Körper, eben an den ästhetischen Signifikanten von Kasper und Krokodil abzuarbeiten (Winnicott, 1976, S. 255). Es ist nicht die Aufgabe des Therapeuten, den Sinn offen zu legen; dessen Aufgabe ist es, den kleinen Patienten behutsam an den verborgenen Sinn heranzuführen.

## Eine sich nicht abbauende wollende Angstbereitschaft des Kindes

Was wäre, wenn Jonas nicht gelernt hätte, den erregenden Verlust eines Elternteils zu verarbeiten? Was wäre, wenn die aufgestaute innere

Spannung zur Dauerangst geworden wäre, zu einer Bereitschaft, Angst zu entwickeln, die, wie Fenichel beschreibt, an eine besondere Situation, wie sie Kinder in den Eheauseinandersetzungen ihrer Eltern oft erleben, gebunden wäre, die den ersten großen Angstanfall des Kindes ausgelöst hat? Was wäre, wenn diese Situation, wie sie eine meiner Patientinnen schilderte, darin bestanden hätte, dass der Vater im Verlauf dieser Auseinandersetzung handgreiflich geworden und seine Frau in Gegenwart des Kindes blutig geschlagen hätte? Was bliebe als Resultat im psychischen Leben dieses Kindes dokumentiert?

*Meine Patientin schildert genau diese Konstellation und ihre seit fast 15 Jahren nicht abnehmen wollende Angstbereitschaft, die sie an bestimmte Situationen bindet. In vielen Kohleskizzen umschreibt sie diese Situation, bebildert diese und setzt sich in Gegenwart des therapeutischen Hilf-Ichs diesen Bildern aus. Die Angst als eine ikonisch nicht bewusste (es überfällt mich, ich beginne zu schwitzen, mein Herz rast), erst auf Nachfrage als indexikalisch erschließbare (wenn ich auf die Straße gehe, breche ich zusammen, liege im Rinnstein und werde von den Leuten begafft), ist über ihre Bildzeichen zunächst nicht denotierbar. Sie spaltet im Sinne Freuds ihr Selbst in Teile (Freud, 1993, S. 154), deren einer unerreichbar bleibt. Sie schafft Fremdkörper ihrer eigenen psychischen Realität – bis zu jenem Augenblick, in dem sie das sie ängstigende Bild zwischen uns legt und mithilfe meiner Anwesenheit wie mit einer Art menschlicher Prothese betrachten kann. Im Wochen-Tages-Stunden-Minuten-Takt ziehen die entsetzlichen Bilder, die zwischen uns auf dem runden Tisch liegen, an uns vorüber. Es herrscht zwischen uns eine zunächst ungewollte, dann immer mehr gesuchte Sprachlosigkeit (ein in der Regel 50 Minuten andauerndes Schweigen), die es – offenbar seitens der Patientin erwünscht – mir ermöglicht, quasi in die Rolle eines, wie Derrida (1995, S. 200) formulierte: „prothetischen Leibes“ zu schlüpfen, um ihrer, der Patientin symbolischen Ordnung, teilhaftig sein zu können.*

*Das, was sich in den Bildern immer wiederholt, sind Gefängnis-Folter-Selbsttötungs-Angst-Szenen, die unbestimmt-zeichenhaft d.h. ikonisch nicht nur das Bild (DIN A4), sondern den Raum, die therapeutische Zeitspanne fühlen, als gelte es, in diese angstbesetzte Raum-Zeit-Spanne nichts anderes, selbst das prothetische Hilfs-Ich, nicht eindringen zu lassen. An jenen Dienstagabenden von 18.10 Uhr bis 19.00 Uhr existiert nur ein unbewusstes Archiv voller Angst, das kaleidoskopartig seine Bilder preisgibt und keines Zusammenhangs, keiner synthetischen Erläuterung zu bedürfen scheint. Was in diesem Verfahren antreibt – mir fallen die von Fenichel sogenannten „gefährlichen Triebregungen“ ein (Fenichel, 1983, Bd. II, S. 15)*

*eine Begrifflichkeit, der ich immer als allzu kulturgebunden aus dem Weg gegangen bin –, ist eine hysterisch sich inszenierende Angst, deren „Verdrängungsaktivität“ (ders.), wie sich später zeigen wird, eine ganz bestimmte Vorstellung nicht zulässt. Der massiven Abwehr kommen gerade in diesem Fall die vielen unbewussten symbolischen Bilder, die Ängste legitimierend, zugute. Und so blättert jenes Unbewusste durch sein zur Verfügung stehendes Repertoire symbolischer Angst- und Zwangsvorstellungen, hierbei dem dabei sitzenden Therapeuten die Rolle eines Zuschauers gebend, aber genau auf dessen emotionale Reaktionen achtend. Was sich erst im Laufe der Therapie als heilsam herausstellt, ist, dass der Nachvollzug jener emotionalen Reaktionen für die Patientin der einzige Weg ist, zum bildhaft vermittelten Kern ihre Ängste zu kommen. Die immer deutlicher gegen sie selbst gerichteten Tötungs- als Bestrafungsinstrumente (Spritze, Gift, Gas, Messer, Beil) sind in den Bildern immer dann inszeniert, wenn ein sich nicht preisgebender Gedanke einstellt. Und dieser offenbart sich den beiden Zuschauern, der Patientin und dem Therapeuten nicht, solange die Abwehr hält (viereinhalb Jahre). Die Offenbarung ist für beide Zuschauer überraschend und überzeugt einmal mehr von der Existenz der unbewussten Vorstellungskräfte.*

*Was würde passieren, habe ich die Patientin zu Beginn der Therapie gefragt, wenn sie auf die Straße hinausginge? Dann würde ich umfallen und in der Gosse liegen, hat sie gesagt, und dann würden mich alle Passanten anschauen. Und ich dachte mir im Stillen: „gefallenes Mädchen“. Wie recht ich mit dieser Assoziation hatte, die ich leider im Anschluss verwarf, bestätigt Fenichel, wenn er sagt, „dass viele der phobischen Ängste sich unmittelbar auf Gleichgewichtsempfindungen richten“ und dass „häufig ... Gleichgewichtsempfindungen ... Repräsentanten infantiler Sexualität (sind)“ (Fenichel, 1983, Bd. II, S. 20). Starke sexuelle Erregungszustände und Ängste, so Fenichel, korrelieren mit Gleichgewichtswahrnehmungen; sie korrelieren entsprechend gleichermaßen mit Verunsicherungen des Körper- und Raumpfindens (ebd.). Wenn die Patientin nach viereinhalbjähriger Therapie eine Illustration dessen mitbrachte, was sie sich wünsche, war dies ein kleiner Vogel, der auf einem ihrer angehobenen Knie wie auf denen einer mit Flügeln ausgestatteten Ballerina saß, um zu drei neben ihr platzierten Rosen zu fliegen. Auf Nachfrage symbolisierten die drei Rosen ihren Vater, ihren jetzigen Ehemann und mich (den sie aber nicht benennt; die letzte und größte Rose). Der bildhaften Liebeserklärung folgten in den nächsten Stunden immer wieder Illustrationen, in denen sie sich nackt darbot. Sie hatte offenbar gelernt, wie ein Vogel umherflatternd mit den unterschiedlichen Gleichgewichtslagen*

zu experimentieren. Aber immer noch war da dieses Bild, dieser „gemeinsame Faktor aller Phobien“ in ein Bild gesetzt: „In der Kindheit“ können „Gefahren durch den Schutz mehr oder weniger allmächtige Objekte der Außenwelt gebannt werden“ (Fenichel, 1983, Bd. II, S. 24). Menschen, die eine sich nicht abbauen wollen- de Angstbereitschaft im frühen Leben haben lernen müssen, „benehmen sich also wie Kinder, deren Ängste beschwichtigt werden, wenn ihre Mutter am Bett sitzt und ihr Händchen hält“ (ebd., S. 26). Die Patientin hat mich bis am Schluss unseres Zusammenseins am Telefon gebraucht, um sich des 17 Jahre benötigten Schutzes ihrer Wohnung zu begeben und mit ihrem Mann in die 150 km entfernte Stadt zu fahren. Nach diesen Erfahrungen reiste sie um die ganze Welt und versicherte mir aus der Ferne immer wieder ihr Dankesgefühl.

### Wie das Ich und die Objekte am eigenen Körper entdeckt werden

Freud hatte es formuliert, dass „das Ich ... vor allem ein körperliches (ist)“, dass die Perzeption des eigenen Körpers, dass die Erfassung des Schemas des eigenen Körpers den Kern dieses Ich ausmache (Freud, zit. in Fenichel, 1980, S. 74). Jacques Lacan, wir hatten es oben gesehen, hat diesen Gedanken in seinem Traktat über das Spiegelstadium als Bildnerie der Ichfunktionen fortgeführt. Hat beschrieben, wie die innere Spannung des Kindes in seiner Empfindung von Unzulänglichkeit auf dem Weg des Ich als *moi* zum *je* partielle Körperzustände antizipiert, um sich imaginär über den Prozess der verschiedensten Abspaltungen, der Bildungen der sogenannten Partialobjekte (Melanie Klein), als einheitliches aber als äußerlich erlebtes Körperbild zu entdecken. Wir hatten oben beschrieben, wie das Lacan'sche Reale von den früh partialisierten und elementaren Körperbefindlichkeiten bestimmt wird und die Grundlage für die mehrdeutige Struktur der symbolischen Ordnung abgibt. Wie das Ich also einerseits sich an den eigenen Körperregungen entdeckt, unterwirft es sich andererseits den strukturellen Bedingungen dessen, was es leibhaftig über das andere ihm Entgegenstehende erfährt. Wenn Freud von Triebverzicht oder Kulturversagung spricht (vgl. Freud, 1974, Kap. 3), dann meint er diesen Vorgang einer grundlegenden Verwandlung des ursprünglichen Ich (*moi*), ohne den die Welt der Objekte, die Realität um uns herum nicht wäre. Wenn Freud von gesellschaftlichen Instanzen redet, dann von institutionalisierten Anpassungsvorgängen, die das Kind in seiner erregenden Offenheit für die signifikanten Eindrücke der Welt und ihrer möglichen Bedeutungen, d.h. für die „Anspielungsfelder“ der Bedeutungen (Barthes, 1990, S. 166), einen-

gen und im sogenannten Triebverzicht jene erregenden Anspielungen abtöten lassen (Lacan).

### Resümee: Von verstörten und rekonstruierten Beziehungen

1. Die Welt der Zeichen und Symbole ist von Relationen geprägt, die erst in ihrer funktionellen oder strukturellen Synthese das zuwege bringen, was wir Anpassung nennen. Auf allen Stufen des Lebens ist es erforderlich, dass sich jeweils artgebundene prägnante Gestalten herausbilden, die auf der Ebene des humanen Ausdrucks „Merkmale und ... Strukturen“ als „Resultat der symbolischen Ordnung“ (Fink, 2006, S. 46) gestalthaft bilden, um körpergestalt- und bildhaft zur Sprache zu kommen. Der Sprachtheoretiker Karl Bühler hat von einer „Relation zum Felde“ gesprochen (1978, S. 184); die Psychoanalytikerin Elisabeth Wellendorf hat von einer „Arbeitsbeziehung ... zwischen Patient und Therapeut“ (1984, S. 234) gesprochen und wie viele Symboltheoretiker vor ihr hervorgehoben, dass anders als der zeichenhafte der symbolische Ausdruck Dokument einer „Wechselbeziehung“ sei (ebd.), in der die „Form seiner Objektbeziehungen“ sich spiegelnd und zur Sprache kommend herausbilde (ebd.).

2. Jacques Lacan hat die daraus sich entwickelnde *symbolische* Ordnung beschrieben, in der partialisiert-körperhafte Objekte eine Art „neues Register, eine neue Ordnung ...“, die Ordnung des Wortes“ bilden (Lacan, 1954, S. 52) und im Innern dieses Ordnungssystems das *Symbol* als ein Werkzeug zur Verfügung haben, mit dem die Welt des Anderen abgetastet und begriffen sein will. In dem entstehenden Raum von Ich und Nicht-Ich herrschen zu Beginn des Lebens notwendigerweise Zustände verstörter Relationalität, da eine anzunehmende Übereinkunft voraussetzunglos wäre. Die Kinderanalytikerin Melanie Klein nennt in ihrem Buch „*Das Seelenleben des Kindes*“ (2015) diese Zustände frustrierend, aber notwendig für den Beginn des menschlichen Lebens.

3. Zuweilen ist diese symbolische Ordnung und in ihr das, was sich symbolisch herausgebildet hat, infolge von psychischer oder mentaler Beeinträchtigung beschädigt. Wie A. v. Arnim (2002, S. 79) in ihrem Beitrag „Integrierte Medizin und körperbezogene Psychotherapie“ gesagt hat, fordert uns diese Verstörtheit heraus, ihre Relationalität, ihre innere symbolhaft-gestörte Merkmalsbezogenheit wiederherzustellen. Das Ziel einer solchen Arbeit an den Symbolen wäre es, die personale Wiederherstellung nach psychosozial-beziehungshaften Störungen, d.h. deren relationale Zusammenhänge wiederherzustellen. „I've always said it is like translating a foreign language“, sagt der

Patient, der infolge solcher relationalen, genauerhin: kognitiv-logischen und im Nachgang psychosozialen Störungen mit psycho-sozialen Defiziten lebt, die ihm die Anpassung an das alltägliche Leben erschweren. (vgl. Cassirer, 1929/1975, S. 304, Anm.). Tatsächlich leidet dieser Patient daran, dass er infolge frühkindlicher Regulationsstörungen, d.h. des Bezuges zu seinen unmittelbaren Erziehungspersonen, Fehlverhaltensmuster herausgebildet hat, in diesem Fall korrigierende Hinweise mit einer Strafandrohung und körperlichen Tics verbindet.

4. Das Ziel der symbolischen Inszenierung, und das betrifft das Ziel der kunsttherapeutischen Arbeit zentral, ist es, sich um den synthetischen Aufbau, ggfs. die Rekonstruktion des *Symbolgebrauchs* zu bemühen, die Relationen der entweder isolierten Merkmalskomplexe – Roland Barthes spricht von polysemisch zu lesenden Objekten (alle Grade des Wissens, der Kultur, der Situation, der psychosozialen und besonders ästhetischen Aspekte; Barthes, 1988, S. 195) – oder die ihrer Ordnung nicht mehr gewissen Zusammenhänge der Symbole wiederherzustellen.

5. Die Rekonstruktion der affektiven Störung will im ersten Schritt „*anschaulich gestaltet werden ... durch ein Bild*“ (Jung, 1979, S. 99-100). Zwei jungianische Analytiker ergänzen: Schon in diesem Schritt sind mindestens zwei Menschen notwendig, die, sich im Symbol verstehend, zusammenkommen müssen: „Der Heiler, der selbst Krankheit und das damit einhergehende Leid erlebt hat, (ist) grundsätzlich zwischen zwei Welten verortet: der Welt der Krankheit und der Welt der Gesundheit. Dadurch ist er in der Lage, zwischen diesen Welten die Verbindung zu halten und zu vermitteln... Die eigene Wunde ist eine permanente Erinnerung daran, dass wir als Therapeuten die Heilung nicht selbst machen... Es geht vielmehr darum, ... sich dadurch auch hineinziehen zu lassen, sodass man mit verwundet wird... ‚dem Unbewussten erlaubt zu kooperieren statt zu opponieren‘ (Jung)“ (Hofmann & Roesler, 2010, S. 75 f.).

Ein Symbol, so wollen wir schließen, basiert auf einer Regel des gegenseitigen Austauschs und begründet die Beziehungen von Menschen, die sich in ihm verstehen (vgl. Ortigues, 1962). Im therapeutischen Zusammenhang kann es nur Übertragungs-gegenübertragungsgemäß, d.h. miteinander agierend in einer Beziehung, verstanden sein. Das Symbol als unbewusst-bewusste Vermittlungsinstanz vermag in seiner synthetischen Kraft die Gegensätze im Bild durchaus zu vereinigen und die ursprünglichen Relationen solchermaßen wiederherzustellen, dass sie anschaulich sind. Das Symbol wird aber dann wiederum zum bloßen Zeichen, wenn es den in ihm verborgenen Sinn völlig bloßlegt (Jacobi, 1967, S. 149), aus seiner

Ähnlichkeitsbeziehung heraustritt, sich auf ein einfaches Zeichen reduziert und aufhört, bedeutungswanger zu sein. Konstituiert „durch die Übereinanderlagerung von Bedeutendem und Bedeutetem“ (Barthes, 1963/1981, S. 38), ist es immer auf dem Weg – was sich nach Barthes dadurch erklärt, dass es „viel weniger eine (kodifizierte) Kommunikationsform ... als ein (affektives) Instrument der Teilhabe (ist)“ (ebd., S. 39).

## Literatur

- Arnim, A. v. (2002). Integrierte Medizin und körperbezogene Psychotherapie. In Uexküll, Th. v., Geigges, W. & Plassmann, R. (Hrsg.), *Integrierte Medizin. Modell und klinische Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Barthes, R. (1963/1981). Die Imagination des Zeichens. In ders. (Hrsg.), *Literatur oder Geschichte*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Barthes, R. (1988). *Das semiologische Abenteuer*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Barthes, R. (1990). Zuhören. In ders. (Hrsg.), *Der entgegenkommende und der stumpfe Sinn*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bauer, J. (2015). *Selbststeuerung. Die Wiederentdeckung des freien Willens*. München: Blessing.
- Brockmann, J. & Kirsch, H. (2015). Mentalisieren in der Psychotherapie. *Psychotherapeuten Journal*, 1, 15 f.
- Bühler, K. (1978). *Sprachtheorie. Die Darstellungsfunktion der Sprache*. Hamburg: Ullstein.
- Cassirer, E. (1954). *Philosophie der symbolischen Formen*. 3 Bde. Bd. 3. Phänomenologie der Erkenntnis. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Derrida, J. (1995). *Marx' Gespenster. Der verschuldete Staat, die Trauerarbeit und die neue Internationale*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Fenichel, O. (1974/1983). *Psychoanalytische Neurosenlehre, Bd. 1-3*. Hrsg. von K. Laermann. Frankfurt a. M.: Ullstein.
- Fenichel, O. (1980). *Perversionen, Psychosen, Charakterstörungen. Psychoanalytische spezielle Neurosenlehre*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Fink, B. (2006). *Das Lacansche Subjekt. Zwischen Sprache und jouissance* (Aus dem Amerikanischen von Tim Caspar Boehme). Wien: Turia + Kant.
- Fordham, M. (1974). *Das Kind als Individuum*. München: Reinhardt.
- Freud, S. (1940-1968). *Gesammelte Werke (GW)*. Hrsg. von A. Freud. London, Frankfurt a. M.: Fischer.
- Freud, S. (1974). *Das Unbehagen in der Kultur*. Studienausgabe, Bd. 9. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Freud, S. (1975). *Studienausgabe SA: Zehn Bände und ein Ergänzungsband*. Bd. 3: Psychologie des Unbewussten. Frankfurt a. M.: Fischer.

- Freud, S. (1986). *Briefe an Wilhelm Fließ, 1887-1904*. Hrsg. v. J. M. Masson. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Freud, S. (1993). Das Unheimliche. In ders., *Der Moses des Michelangelo. Schriften über Kunst und Literatur*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Fuchs, Th., Vogeley, K. & Heinze, M. (2011). *Subjektivität und Gehirn*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Hofmann, L. & Roesler, C. (2010). der Archetyp des verwundeten Heilers. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 16 (1), 75-90.
- Jacobi, J. (1959). *Die Psychologie von C. G. Jung. Eine Einführung in das Gesamtwerk*. 5. Aufl. Stuttgart, Zürich: Rascher.
- Jacobi, J. (1969/1977). *Vom Bilderreich der Seele. Wege und Umwege zu sich selbst*. Olten: Walter.
- Jung, C. G. (1979). Die transzendente Funktion. In *Gesammelte Werke, Bd. 8: Die Dynamik des Unbewussten*. Solothurn: Walther.
- Klein, M. (2015). *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lacan, J. (1949/1996). Das Spiegelstadium als Bildner der Ichfunktion, wie sie uns in der psychoanalytischen Erfahrung erscheint (Bericht für den sechsten Internationalen Kongress für Psychoanalyse in Zürich, 17. Juli 1949; vgl.: Int. J. Psycho-Anal., Bd. 34/1953). In ders., *Schriften I* (S. 61-70). Weinheim, Berlin: Quadriga.
- Lacan, J. (1954/2008). Über das Symbol und seine religiöse Funktion. In ders., *Der individuelle Mythos des Neurotikers oder Dichtung und Wahrheit in der Neurose* (aus dem Französisch v. H.-D. Gondek). Wien: Turia + Kant.
- Lacan, J. (1973/1975). *Schriften I*. Olten, Freiburg i. Br.: Walter.
- Lacan, J. (1978a). *Das Seminar von Jacques Lacan – Buch XI. Die vier Grundbegriffe der Psychoanalyse*. Olten, Freiburg i. Br.: Walter.
- Lacan, J. (1978b) *Das Seminar von Jacques Lacan – Buch I. Freuds technische Schriften*. Olten, Freiburg i. Br.: Walter.
- Liebrucks, B. (1964 f.). *Sprache und Bewußtsein. Bde. 1-7*. Frankfurt a. M.: Akademische Verlagsgesellschaft (Bde. 1-5), Lang (Bde. 6 u. 7).
- Markowitsch, H. J. & Welzer, H. (2005). *Das autobiographische Gedächtnis: Hirnorganische Grundlagen und biosoziale Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mazin, V. (2015). *Freuds Gespenster*. Berlin: Matthes & Seitz.
- Menzen, K.-H. (2017a). *Heil-Kunst. Entwicklungsgeschichte der Kunsttherapie*. Freiburg i. Br.: Alber-Herder.
- Menzen, K.-H. (2017b). *Neurobiologische Grundlagen der Klinischen Heil- und Sonderpädagogik. Therapie mit Bildern*. Heidelberg: Winter.
- Nemitz, R. (2016). *Eine kurze Einführung in Lacan: Das Imaginäre, das Symbolische und, vor allem, das Reale*. <http://lacan-entziffern.de> (abger. am 14.4.2017).
- Peichl, J. (2015). *Jedes Ich ist viele Teile*. München: Kösel.
- Reik, Th. (1976). *Hören mit dem dritten Ohr*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Sabasch, J. & Eberhart, B. (2016). „Dieses tiefe Begehren, zu begreifen, wer wir sind“ – Ein Interview mit dem Neurowissenschaftler Vittorio Gallese und der Schriftstellerin Siri Husvedt. *DIE ZEIT*, 1, 29.12.2016, 35 f.
- Silberer, H. (2012). Über Symbolbildung. In v. Bleuler, E. & Freud, S., (Hrsg.), *Jahrbuch für psychoanalytische Forschungen, Bd. IV, 1. Hälfte*. Wien, Leipzig: Deuticke.
- Söllner, W. et al. (2016). Repräsentation früher Bindungsbeziehungen und Emotionsregulation bei Patienten mit Burnout-Syndrom. *PPmP/Psychotherapie – Psychosomatik – medizinische Psychologie*, 66/6, 227-234.
- Spitz, R. (1996). *Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Englische Erstausgabe: *The First Year of Life*, 1965).
- Stern, D. (1998). *Die Mutterschaftskonstellation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. (2011). *Ausdrucksformen der Vitalität. Die Erforschung dynamischen Erlebens in Psychotherapie, Entwicklungspsychologie und den Künsten*. Frankfurt a. M.: Brandes & Appel.
- Strüber, N. (2016). Erste Schritte in Richtung Persönlichkeit. *Gehirn & Geist*, 10, 52-55.
- Uexküll, Th. v., Geigges, W. & Plassmann, R. (Hrsg.) (2002). *Integrierte Medizin. Modell und Klinische Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Volkan, V. (1978). *Psychoanalyse der frühen Objektbeziehungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Winnicott, D. W. (1976). *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München: Kindler.



**Prof. Dr. phil. habil. Karl-Heinz Menzen**

Hornweg 4

D-79271 St. Peter

[karl-heinz.menzen@t-online.de](mailto:karl-heinz.menzen@t-online.de)

[www.kunsttherapie-menzen.com](http://www.kunsttherapie-menzen.com)

# Using music psychotherapy with borderline adolescents as a means of tertiary prevention: a pilot study realized in a naturalistic setting

Lony Schiltz\*

## Abstract

The clinical background of borderline personality organization in adolescence is described, insisting on the different conceptions of structural and categorical psychopathology

Music psychotherapy combined with verbal elaboration in the cognitive-psychodynamic tradition could be effective with adolescents presenting emotional or conduct disorders related to an underlying borderline personality organization. This hypothesis has been put to a test with the help of a longitudinal follow-up study of adolescents (total  $N = 38$ ). The study was based on an integrated qualitative and quantitative research methodology, combining psychometric tests, projective tests, observational frames and rating scales, and including the use of external validation criteria.

With the help of non parametric statistical procedures, significant modifications in the imaginary and symbolic elaboration of aggressive drives could be documented, reducing the tendency towards auto- or hetero-aggressive acting out, towards somatization or towards the inhibition of pulsional and emotional functioning, and leading to a resumption of the blocked process of subjectivation. We make sense of the quantitative findings by reporting qualitative observations and by illustrating the therapeutic process with the help of case studies.

The results of the study confirm a theoretical modelization coming out of the exploratory stage of the research project. They are interpreted in reference to music psychology and clinical psychology of adolescence. The methodological issues are discussed.

**Keywords:** adolescence, borderline personality organization, evaluation, music psychotherapy, quasi-experimental design

## Musiktherapie mit jugendlichen Borderline-Patienten im Sinn einer tertiären Prävention: Pilotstudie im naturalistischen Setting

### Zusammenfassung

Der klinische Hintergrund jugendlicher Borderline-Persönlichkeiten wird beschrieben – im Hinblick auf unterschiedliche Konzeptionen der strukturellen und kategorialen Psychopathologie.

Musiktherapie, verbunden mit einer sprachlichen Bearbeitung in der kognitiv-psychodynamischen Tradition, kann bei Jugendlichen erfolgreich sein, deren Emotionen und Verhalten auf eine Borderline Persönlichkeitsstörung hindeuten. Wir haben diese Hypothese in einer Langzeitstudie mit 38 Jugendlichen untersucht. Unsere integrierte qualitativ-quantitative Methodik enthielt psychometrische und projektive Tests, Beobachtungen, Ratingskalen und externale Validierungskriterien.

Mit nonparametrischen statistischen Verfahren konnten wir signifikante Modifikationen im Aggressionsdruck belegen: Wir beobachteten einen Rückgang der Tendenz zu auto- oder hetero-

---

\* Research Unit in Clinical Psychology, Hôpital Kirchberg, Luxembourg

aggressivem Ausagieren, zu Somatisierungen, zu Gefühlsstörungen; und wir sahen, wie blockierte Prozesse der Subjektivierung wieder in Bewegung gerieten. Wir verdeutlichen die quantitativen Ergebnisse anhand qualitativer Beobachtungen, therapeutischer Prozesse und konkreter Fallstudien.

**Schlüsselwörter:** Jugendliche, Borderline-Persönlichkeit, Musiktherapie, quasi-experimentelles Studiendesign

## 1 Introduction

Psychiatrists and clinical psychologists of many countries have observed that there is an increasing number of adolescents with a borderline personality organization, predisposed to act out their aggressive drives in a violent way or to block their emotional functioning and direct their aggressivity towards their own bodies. This is the psychopathological explanation of the increasing number of bullying, of suicidal attempts or of drug addiction in adolescence; it reflects itself a deep modification in educational practice and in family structure. With the traditional verbal psychotherapy, the adolescents often take a long time to evolve. As music psychotherapy is likely to act both on the emergence of the personal desire and on the release and canalizing of aggressiveness, it seems to be an effective treatment option for borderline adolescents. This hypothesis has been put to the test.

## 2 Clinical background

During the last decades, the clinical interest for borderline personality organization in adolescence has continuously increased. The adult borderline personality has been described in a psychodynamic perspective with reference to the conceptions of Kernberg (1984) and Kohut (1977): because of difficulties in the primary objectal relations, the child has not been able to separate from his parents and to grow towards an autonomous personality. Even as an adolescent or an adult, he is utilizing preferentially archaic defense mechanisms such as splitting, projective identification and primitive idealization. He has got a black and white view of reality and maintains a separation between the good and the bad aspects of himself and others. His feeling of identity and his perception of others lack stability and fluctuate from one moment to the other, according to the prevalent experience, leading towards a fundamental emotional instability. This condition is traditionally located between the psychosis and the neurosis and is sometimes covered by pseudo-neurotical symptoms.

In a descriptive nosographical perspective, the concept of borderline personality is included in the DSM among the personality disorders. However, with adolescents, the border-

line personality organization is actually often mentioned in the broader sense of borderline functioning, reflecting the initial conception of Kernberg, as a lack of definite structure, a fragile, precarious organization underlying a large number of fluctuating conduct disorders. In France, Bergeret (1996) has described this personality organization for adults, but it can easily be transposed to adolescence. In his developmental perspective, there are three possible evolutions from an underlying borderline personality organization: towards a psychotic structure, towards a normal or neurotic organisation or towards character pathology. In Germany, Dulz and Schneider (1996) have a similar conception, showing that under therapy there is a possible evolution from a low-level to a high-level borderline personality and a change in surface symptoms.

While the categorical psychopathology, does not mention the borderline personality disorder (BPD) before late adolescent or adulthood, Kernberg et al. (2000) have discussed the hypothesis of clearly identifiable personality disorders in childhood and in adolescence, belonging either to the psychotic, the borderline or the neurotic level. This hypothesis has been further explored in the recent research literature (Klosinsky, 2004; Linah & Tatim, 2008; Gunderson, 2009; Fonagy et al., 2015; Fossati, 2015).

One of the main clinical signs of emotional lability and conduct disorders related to an underlying borderline personality organization is the incapacity to dream and fantasize and to elaborate the tensions and conflicts of daily life in an imaginary and symbolic way. The same blockade has been described by Sami-Ali (1980) for the psychosomatic personality. Since long, the poverty of imagination of their clients has struck the attention of social workers engaged in the rehabilitation of young offenders. The lack of imagination in adolescents presenting a borderline personality has been studied through the utilisation of projective tests (Linah & Hatim, 2008; Fossati, 2015).

In France, psychodynamic theories of adolescence, such as those evoked in the publications of Jeammet (1993) and Cahn (1998), speak of a blockade of the process of subjectivation, i.e. being unable to become the subject of one's own desire and the author of one's destiny.

Treatment options described in the clinical literature are often in the psychodynamic tra-

dition (Moniello, 2006; Linah & Hatim, 2008), in the cognitive behavioral tradition (Schnuppert et al., 2009; Klein & Miller, 2011), or, more recently, in the cognitive-psychodynamic tradition, based on mentalization (Rossouw & Fonagy, 2012; Biskin et al., 2013; Kaess et al., 2014; Fonagy et al., 2015),

We wanted to explore the following research question: Because of its action on the unconscious level of emotions and on archaic responses fixed in the bodily sphere, music psychotherapy is likely to be especially effective with borderline adolescents.

### 3 Methods

The action-research was conducted in the naturalistic setting of a psychological consultation service for students.

#### 3.1 Population

$N = 38$  adolescents (22 boys, 16 girls) suffering from borderline functioning (according to the criteria of structural psychopathology, see 2.) and academic deterioration. Average age: 15 years 6 months ( $\pm 8$  months).

The prevalence of boys in our sample is representative of the adolescent population treated by our service because of conduct disorders.

#### 3.2 Methodology of treatment

In a consultation service for students of a secondary school, the adolescents have had weekly sessions of individual music therapy, receptive and above all active, consisting of listening sessions, of writing stories under musical induction (Schiltz, 2008), of solo and duo improvisations, followed up by verbal elaboration in the cognitive-psychodynamic tradition. The therapists had a double Master degree in clinical psychology and in arts psychotherapy. In those sessions, the therapist leaves it up to the client to discover the sense of his behavior, proposing an interpretation in exceptional cases only. Fragments of the past always end by emerging and are elaborated upon by means of imagination, artistic production and symbolization. It is a process of questing the meaning of one's personal and family history. A large part of the work consists in the narcissistic restoration, in the elaboration of a new positioning in relation with the Ego ideal, in agreement with the personal gifts and abilities, and in the understanding and integration of aggressive drives.

### 3.3 Methodology of evaluation

#### a) Methodological considerations

The changes obtained have been evaluated statistically using non parametric statistical procedures, with the help of psychometric scales, projective tests, original observational frames and rating scales (Schiltz, 2006), and with the inclusion of external validation criteria.

According to Cook and Campbell (1995), clinical research with natural groups may provide nearly the same validity of results as a real experimental design, if we take some precautions. If the clinical group is matched with a control group and if both are submitted to pre-test and post-test sessions, the effect of time and of spontaneous maturation, and the tendency of regression towards the mean of extremely high or low values of a distribution may be neutralized.

For the evaluation of the effectiveness of psychotherapy, we have to consider the following rule according to the authors: The conclusion that there has been a definite change in the clinical group is only possible in some instances: if the values of the clinical group have gone beyond those of the control group, or if the control group remains unchanged while there is an important modification in the clinical group.

In our study, the control group was matched by age, gender and intelligence quotient.

#### b) Overview of the experimental design (Table 1)

The whole research project comprehended a complex research design, made of separate concurrent, embedded and sequential studies. In this article, we will focus on the changes in the clinical group of borderline adolescents between pre-test and post-test, making sense of the quantitative results by qualitative observations and clinical illustrations.

## 4 Results

The main hypothesis was confirmed as a whole: Music psychotherapy combined with verbal elaboration in the cognitive- psychodynamic tradition seems to be effective with emotional and conduct disorders related to an underlying borderline personality organization.

### 4.1 Synthesis of quantitative changes in the clinical group

#### a) Pre-test post-test comparison in the clinical group

On stories written under musical induction (Table 2).

a) Tests used

Control group	Clinical group
AFS	AFS
FAF	FAF
MBI	MBI
Reactions to ethnical music	Reactions to ethnical music
	TAT
	Rating scale for the stories written under musical induction
	Observational frames for active music therapy
	Semi-structured interviews

**Table 1**

Overview of the experimental design

b) Comparisons

1. Clinical group to control group in pre-test and post- test situation
2. Clinical group and control group to itself in pre-test and post-test situation
3. Clinical subgroups I and D to each other in pre-test and post-test situation

In the stories written under musical induction, the aggressive theme appears more often both at the level of raw aggressiveness and elaborate aggressiveness, but the relation between the two types of response has changed: elaborate aggressiveness has become more important towards the end of the treatment. The students of the clinical sub-group have developed new possibilities of imaginary, artistic and humorous elaboration.

A congruent evolution was noticed at the level of the TAT, in musical improvisation and on external validation criteria.

**On musical production**

- integration of rhythm and melody ( $Z = -2.078; p < .05$ )
- formal musical structuring ( $Z = -2.345; p < .01$ )
- musical creativity ( $Z = -2.060; p < .05$ )
- personal playing style (individualisation) and diminution of fusional attitude ( $Z = -2.532; p < .01$ )

**On the level of TAT**

- decrease of archaic defence mechanisms like splitting and denial ( $Z = -2.060; p < .05$ )
- nuanced view of oneself and others ( $Z = -2.532; p < .01$ )

- maturation of moral instances ( $Z = -2.130; p < .05$ )
- differentiation of parental images ( $Z = -2.214; p < .05$ )

**On external criteria**

- school results ( $Z = -2.142; p < .05$ )
- creative leisure activities ( $Z = -2.050; p < .05$ )

**4.2 Synthesis of the comparison clinical group to control group**

In the clinical group, the imaginary expression of aggression increased, while the tendency towards auto- or hetero aggressive acting out diminished. In the control group, there were few significant changes. This result corresponds to one of the favourable figures described by Cook and Campell (tables not shown here).

The findings of the study hence point to a convergent evolution at the level of creativity, of affective maturation and of socialization.

**4.3 Synthesis of qualitative observations**

The following stages of the therapeutic process could be separated (s. Table 3):

Variable	Z	Significance	Direction of Difference
Affective implication	-2.078	$p < .05$	pre < post
Imaginary richness	-2.345	$p < .01$	pre < post
Controlled aggressiveness	-1.925	$p < .10$ (t)	pre < post
Structuring	-2.214	$p < .05$	pre < post
Stylistic flexibility	-2.130	$p < .05$	pre < post
Nuanced vocabulary	-2.060	$p < .05$	pre < post
Symbolic elaboration	-2.532	$p < .01$	pre < post
Cognitive elaboration	-2.156	$p < .05$	pre < post
Artistic elaboration	-2.343	$p < .01$	pre < post
Intrapsychic conflict	-1.914	$p < .10$ (t)	pre > post
Banality of content	-2.142	$p < .05$	pre > post

**Table 2**

Pretest-posttest changes on the main dimensions of the stories ( $N = 38$ )

**Table 3**  
Stages of music  
therapeutic process

I	Stage of exploration and release
II	Stage of regression and fusional pleasure
III	Stage of individuation
IV	Stage of structuring and differentiated pleasure

In stage 1 and 3, the release of aggressive drives was maximal. In stage 4, there was noticed a striking progress in musical structuring and integration of different musical parameters, and, at the same time, an improvement in creativity and in the formal qualities of literary production.

To be efficient, instrumental and vocal improvisation needs the setting of the therapeutic relationship, thus permitting a discharge of aggressiveness that is not dangerous, offering a holding to anxiety, and allowing a fusional regression in a first stage; functioning afterwards as a mirror to the efforts of individuation and differentiation. Nevertheless, there is also an intrinsic effect of music on the bodily level (Patel, 2015), making the establishment of the therapeutic relationship easier.

Rhythm and melody were used to satisfy different emotional needs:

- Rhythm allows an emotional and physical discharge. Pure rhythm was chosen by those who had unfulfilled narcissistic needs.
- Pure melody was chosen by those who had a symptomatology of depression behind their surface of over adaptation. A melodious quest seemed to accompany the elaboration of the depressive position.
- The search of a stable basic pulsation, a rhythmic ostinato or merely a temporal link could be noticed with those who had to restore the paternal function and to develop an internal control over their chaotic feelings and drives.

#### Two types of pleasure could be distinguished:

- A fusional archaic pleasure accompanied the first stage of therapeutic regression close to the state of shared ecstasy appreciated by those who go to a rock concert.
- A more differentiated pleasure appeared in the final stage of therapy, close to the 'flow' feeling identified by Csikszentmihalyi (1993), going on with intrinsic motivation, while discovering the possibility of improvising freely and of doing a work of musical composition. It was always a source of psychological growth.

Thus, music psychotherapy had a marked effect on narcissism with adolescents who hated their own body. We often saw a restoration of the sense of personal worth.

One of the most interesting results was the emergence of archetypal themes in the stories

written under musical induction, towards the end of the therapy, such as themes related to death or birth, love, religion, the figure of the sorcerer, of the hero, of the alter ego and so on, linked with an astonishing progress in stylistic qualities and formal structure, as if the existential importance of this symbol drew together all imaginative and emotional forces, (Schiltz, 2014). At the same time, the musical production reached a higher level of integration and individualization.

## 5 Clinical illustrations

The main stages of the therapeutic process will be illustrated by clinical vignettes. In the first case the repressed aggressiveness was exteriorized at the beginning of psychotherapy, in the second case, it was directed inwardly.

### Martha

Martha is a fifteen-year-old girl. Her mother contacted the Psychology Service because her daughter had behaved violently towards her classmates in several occasions. Martha had been suffering from anxiety attacks since she was a child. During the last months, she showed various fears and phobias and expressed many hypochondriac complaints. She suffers from concentration problems and her school results have deteriorated.

Martha clings to her mother and suffers above all from separation anxiety; she is very scared to lose the persons she loves; she fears for instance that her father who has some micturition problems is suffering from a cancerous disease as her grandfather died from prostate cancer. There is also a strong identification with her mother's fears.

The psychological examination, including projective tests, shows the archaic nature of her anxiety; she is trying to protect herself against it by using rationalization and other defense mechanisms of an obsessional type. Her answers show her problems with frontiers and with intrusion; her basic feeling is a sense of derealization; she suffers from a complete lack of inner vitality, and the fear of death is overwhelming her.

The blunt anatomical answer to plate II of the Rorschach test shows how she feels:

*'A lung blackened by the smoke of cigarettes, the heart is bleeding; I think it hurts and the person will die of it, blood is flowing out of the lungs.'*

The TAT shows persecutive anxiety recalling Melanie Klein's schizoparanoid position (Klein & Rivière, 1968). There is however a possibility of humoristic elaboration, tingeing her macabre imagination with black humor.

The psychological examination points to a weakness of Ego, to the primary character of anxiety, to the precarity of neurotic defenses and to an underlying borderline personality organization.

We shall now see some crucial moments of Martha's therapeutic evolution:

Her improvisation moves from fusional regression through the expression and acting out of anger towards an integration of different musical parameters and a playful creativity. In the beginning, she preferred to play rhythmically, was unable to create a melody, needed repetition and monotony. She discovered the pleasure of playing at the gong. It was the beginning of a stage of fusional regression, during which she was delighted by the vibrations. The therapist accompanied her by playing the chime-bars. It was like a presence at her side, she said. She explored all the possibilities of the gong; as she suffered from respiratory oppressions, the therapist suggested that she should sing with the gong; she did it timidly and then with increasing pleasure and could breathe deeply while singing.

During the next sessions, she always began by playing the gong, beating more and more strongly. *'It's good for my anger'*. She made a tremendous noise associated with the explosion of natural elements. *'I shall deliver myself of my anger.'* Was she trying out the stability of the external object? If she could discharge all her aggressiveness on it without destroying it, her anger could not be so terrifying.

The stories she wrote under musical induction showed now a diminution of archaic defense mechanisms such as denial and splitting, a beginning of integration of the good and the bad aspects of her and the outer world.

### Beethoven: Symphony no. 3

*'Once upon a time there was a boy who lived in a palace. One day, he went to the street to walk around. He was well dressed and his hair was well styled. He was rich. Suddenly, a poor little boy approached him and asked him for money, in order to be able to buy some food. When the two boys looked at one another, they saw that they were very similar. They began to talk.*

*Then they changed their personalities. The riche boy became poor and the poor one became rich. They wanted to try another life. Some days later, they changed their personality once more and they became what they were before. The poor boy didn't like to live in a palace, because he felt as if he were in prison. And the riche boy didn't like to live in the street without food and water and without the possibility to take a bath.'*

Martha now began to play melodies.

She could describe how her mother was making her nervous by wanting to survey her

schoolwork. Her mother, who attended psychological guidance too, tried to be less anxious about her daughter's success. Her mother was astonished about her new achievements. Martha asked a keyboard instead of new clothes and played for herself at home. The manifestations of anxiety became less frequent.

During the two last sessions of the year, Martha played little melodies on the balafon and the xylophone. After discharging her anger, she was finally able to express more differentiated feelings through her music.

### Claude

Our second example shows a boy of 17, who under his over adapted surface suffered from feelings of emptiness and morose depression. He had a sixty-year-old father who was rather tyrannical and had organized the whole life of his son in a directive manner. His sensitive mother had become an alcoholic because she could not bear the burden of a paralytic mother-in-law, who asked for continuous attention and who refused to seek professional help outside the family. As the grandmother was very egocentric, there was a lasting latent conflict with repressed feelings of hatred, jealousy and guilt in that family. Claude pitied his mother and was ashamed of her alcoholism, and several times he had tried to take a bottle of spirits out of her hands.

He was sent to the Psychology Service by his headmaster after he was drunk himself sometimes when coming to school. Claude accepted with relief the proposal of music psychotherapy. During the first stage, he was unable to play rhythmically. Instead, he was inventing sensitive melodic motives on the piano. The therapist accompanied him in the same manner giving however a rhythmical support. After some sessions, Claude said by himself: *'My music is very sad'*.

The texts written under musical induction document the depressive ground of his personality, but also his evolution under music therapy.

### Vivaldi: Lute concert

*'Sadness (for instance funerals). It is raining and it is cold. It is oppressive. Makes you think of suicide. It is winter and the trees are bare of leaves. Behind the bare trees, you see a cemetery. You can hear the shouting of crows. You are alone.'*

After six months, he writes another text that shows a positive evolution: things no longer appear under their dark aspect alone but he is able to pass towards the lighted face of reality and to integrate the two aspects of life.

### Dvorak: Symphony of the New World

*'A landscape in winter. Sad. It is cold outside. The snow begins to fall. Little by little, a carpet of snow is spreading over the ground, becoming thicker and thicker. The wind is going to blow. The snow is falling more slowly. Finally there is a white landscape, completely transformed.'*

At the same time, he is playing in a different manner bringing in more energy, producing variations of tempo and intensity, finally integrating rhythm and melody; his improvisations are of a very good musical quality.

Gradually he becomes able to speak of his family, to criticise his father's tendency of domination, to express his pity for his mother and his shame of having been on the point of becoming himself addicted to alcohol. He is able to show opposition towards his father and he founds a rock band with some of his friends. He plays the keyboard and writes music pieces for them.

His school results have improved very much.

## 6 Synthesis and conclusion

The results confirm a theoretical modelization made at the end of the exploratory stage of the study (Schiltz, 2004) (Figure 1).

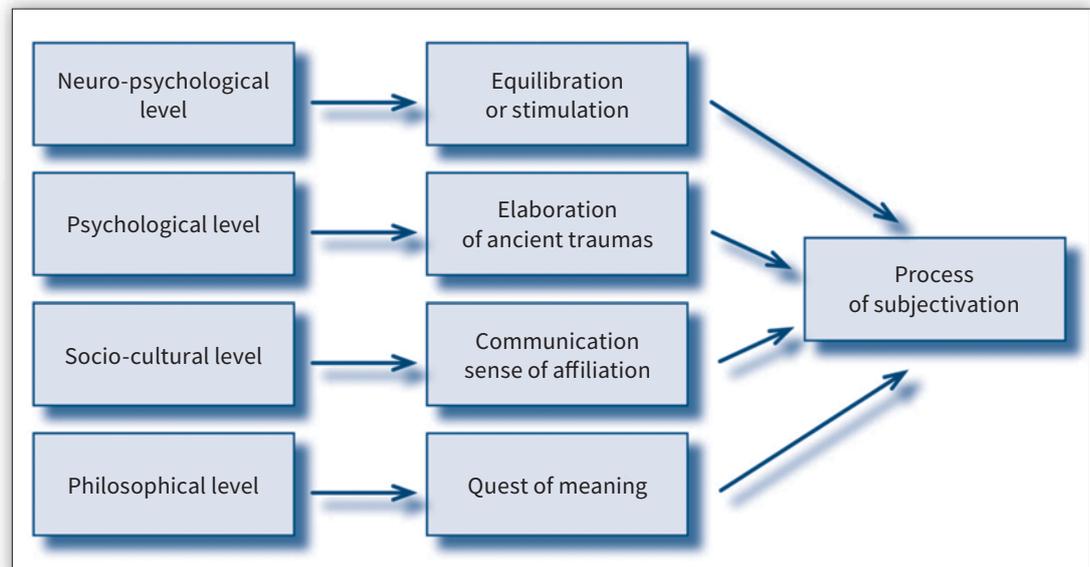
The whole evolution of the clinical group, documented by means of a quasi-experimental design, suggests that there has been a transformation in the defensive structure, an unblocking of the imagination and a facilitation of the cognitive elaboration of the problems of daily life, together with a diminution of the tendency towards acting out. These positive changes correspond, in Cahn's terminology (1998), to a resumption of blocked process of subjectivation.

There was an interaction of music and spoken language to set the fantasmatic activity free, an effect that is especially important with weakly mentalized structures. The stories written under musical induction were a dramatic expression of intra psychic conflicts, as if the adolescents wanted to tell something about themselves without saying I and myself. Verbalisation in turn was often the beginning of a richer and better structured musical production. The loosening of the pulsional and fantasmatic blockade was often favoured by an improvisation resembling rock music, as if ancient traumatic marks inscribed in the body had to be overcome by a strong bodily implication. This effect was remarkable with those who had over invested their intellectual functioning and were split from their affectivity and their bodily self.

The relation between the internal structure of music and the inner voices of the psyche has been highlighted thanks to the occurrence of archetypal themes, symbols with a universal significance, in the stories written under musical induction. They correspond to the dramatic interpretation of the powers present in music, referring to repressed feelings that have an existential importance. On the other hand, the projective tests and the tests of free imaginary expression were an integrating factor of therapy, because they stimulated the capability of imaginary elaboration and imposed a task of artistic formatting (Schiltz, 2005). The composition of a story indeed requires an effort at the level of the secondary functions of the Self that usefully completes the stimulating effect of music therapy, consisting in raising one's consciousness towards an increased influx of energetic and affective impulses from the unconscious and in integrating them in the musical output. While the latter has enriched the capability to invent stories, the stories for

**Figure 1**

Draft of an integrated theoretical approach of the action of music psychotherapy (according to Schiltz, 2004)



their part have served as a starting point for a richer musical improvisation, accompanied by more significant images and representations, with an existential meaning for the subject. Recent discoveries in music psychology help us understanding this interaction (Patel, 2015).

How can this effect of reciprocal facilitation be explained? The literary expression usefully accompanies the musical expression because the symbolic elaboration of intrapsychic conflicts is facilitated by the staging of expressed antagonistic characters. The 'symbolic realization of desire' (Sechehaye, 1954; Pankow, 1995), becomes possible because the adolescents can identify with the heroes of the stories and speak of themselves without saying 'I'. At the same time, they benefit from the physical enticement exercised by the music and its releasing action at the level of the marks left by former traumas in the body and the unconscious. The therapist can reply in the same musical and imaginary code, using the analogic language created by the patient. Thus, the ancient traumata can be elaborated in a non-intrusive manner and the creation of meaning respects the patient's defensive functioning.

The methodological and scientific interest of the observational frames and rating scales for the musical and literary expression consists in the fact that they allow us passing from qualitative analysis towards quantification and the use of inferential and multidimensional non parametric statistical procedures. The advantage of a mixed-methods design appears also in the consistency of the group structure explored thanks to the phenomenological structural analysis and confirmed by statistical analysis.

The results of the study suggest that, with adolescents, it is possible to promote the evolution of an underlying borderline personality organization towards 'neurotic' or normal functioning (in terms of structural psychopathology), contributing thus to the tertiary prevention of personality disorders at adult age. Those conditions are far more resistant to psychotherapy (Bateman & Fonagy, 2004).

## Acknowledgment

This study was funded by the Fonds National de la Recherche of Luxembourg as part of a larger multiannual research project (FNR 02/05714).

## References

Al-Alem, L. & Omar, H. A. (2008). Borderline personality disorder: An overview of history, diagnosis and treatment in adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20 (4), 395-404.

- Bateman A. & Fonagy P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique*. Paris: Dunod.
- Biskin, R. S. (2013). Treatment of Borderline Personality Disorder in Youth. *Journal of Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22 (3), 230-234.
- Cahn, R. (1998). *L'adolescent dans la psychanalyse. L'aventure de la subjectivation*. Paris: PUF.
- Colman, A. (Ed.) (1995). *Psychological research methods and statistics*. London: Longman.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow, the psychology of optimal experience*. New York: Harper Collins.
- Dulz, B. & Schneider, A. (1996). *Borderline-Störungen. Theorie und Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Fonagy, P., Sperenza, M., Luyten, P., Kaess, M., Hessels, C. & Bohns, M. (2015). ESCAP expert article: Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 1307-1320.
- Fossati, A. (2015). Diagnosing borderline personality disorder in adolescence: A review of the published literature. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 3 (1), 5-21.
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder: Ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 166, 530-539.
- Jeammet, Ph. (Ed.) (1993). *Adolescences*. Paris: Fondation de France.
- Kaess, M., Brunner, R. & Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*, 134 (4).
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven, London: Yale University Press.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S. & Bardenstein, K. K. (2000). *Personality disorders in children and adolescents*. New York: Basic Books.
- Klein, M. & Rivière J. (1968). *L'amour et la haine. Le besoin de réparation*. Paris: Payot.
- Klein, D. A. & Miller, A. L. (2011). Dialectal behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20 (2), 205-216.
- Klosinsky, G. (2004). Psychische Auffälligkeiten, die auf eine beginnende Borderline-Störung im Entwicklungsalter hinweisen können. In G. Nissen (Hrsg.), *Psychische Störungen im Kindesalter und ihre Prognose* (S. 93-105). Stuttgart: Schattauer.

- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International University Press.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: The University of Chicago Press.
- Monniello, G. (2006). Auto-analyse et traitement de l'adolescent borderline. *Adolescence*, 58 (4), 857-872.
- Pankow, G. (1995). *L'homme et sa psychose*. Paris: Flammarion.
- Patel, A. D. (2015). Language, music and the brain: A resource-sharing framework. In P. Rebuschat, M. Rohrmeier, J. Hawkins & J. Cross (Eds.), *Language and music as cognitive systems* (pp. 204-223). Oxford: Oxford University Press.
- Raulin, M. L. & Graziano, A. M. (1995). Quasi Experiments and Correlational Studies. In A. Colman (Ed.), *Psychological research methods and statistics*. London: Longman.
- Rossouw, T. I. & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12); 1304-1313.
- Sami-Ali, M. (1980). *Le banal*. Paris: Gallimard.
- Schiltz, L. (2004). *La subjectivation entravée. Approche clinique et expérimentale intégrée*. Thèse d'Habilitation à Diriger des Recherches. Université Paul Verlaine, Metz.
- Schiltz L. (2005). Dysfonctionnements cognitifs liés aux pathologies limites à l'adolescence. Etude comparée de quelques tests projectifs. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 53, 3, 107-113.
- Schiltz, L. (2006). Grilles d'analyse de contenu basées sur l'approche phénoménologico-structurale. *Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg*, 2, 265-280.
- Schiltz, L. (2008). *Histoires écrites sous induction musicale: Une contribution au psychodiagnostic, à la psychopédagogie, à la psychothérapie et à la recherche*. Courlay: Fuzeau.
- Schiltz, L. (2014). The archetype of the double: Favoring the identity quest of adolescents with the help of stories written under musical induction. *Arte Viva, Revista Portuguesa de Arte-Terapia*, 4, 94-106
- Sechehaye, M. A. (1954). *Introduction à une psychothérapie des schizophrènes*. Paris: PUF.
- Schuppert, H. M., Giesen-Bloo, J., van Gemert, T. G. et al. (2009). Emotion regulation training for adolescents with borderline personality traits: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51 (12), 1314-1323.



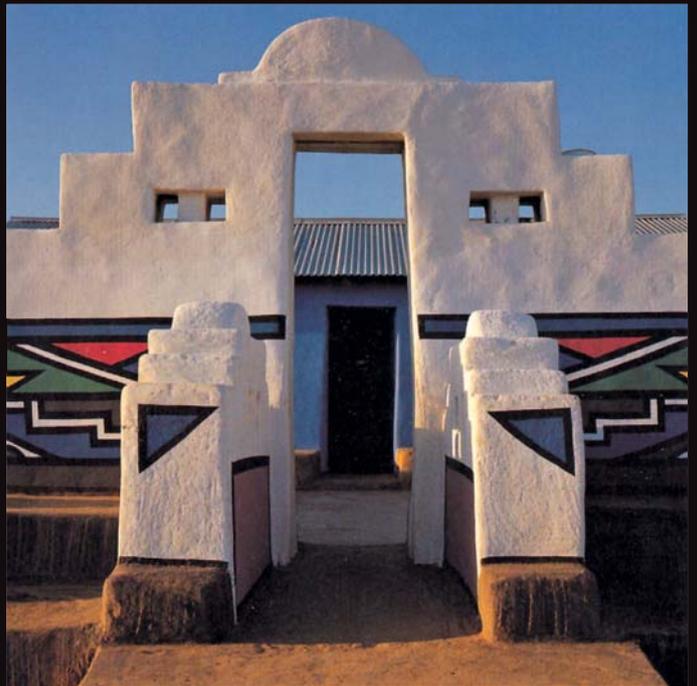
**Prof. Dr. phil. habil. Lony Schiltz**

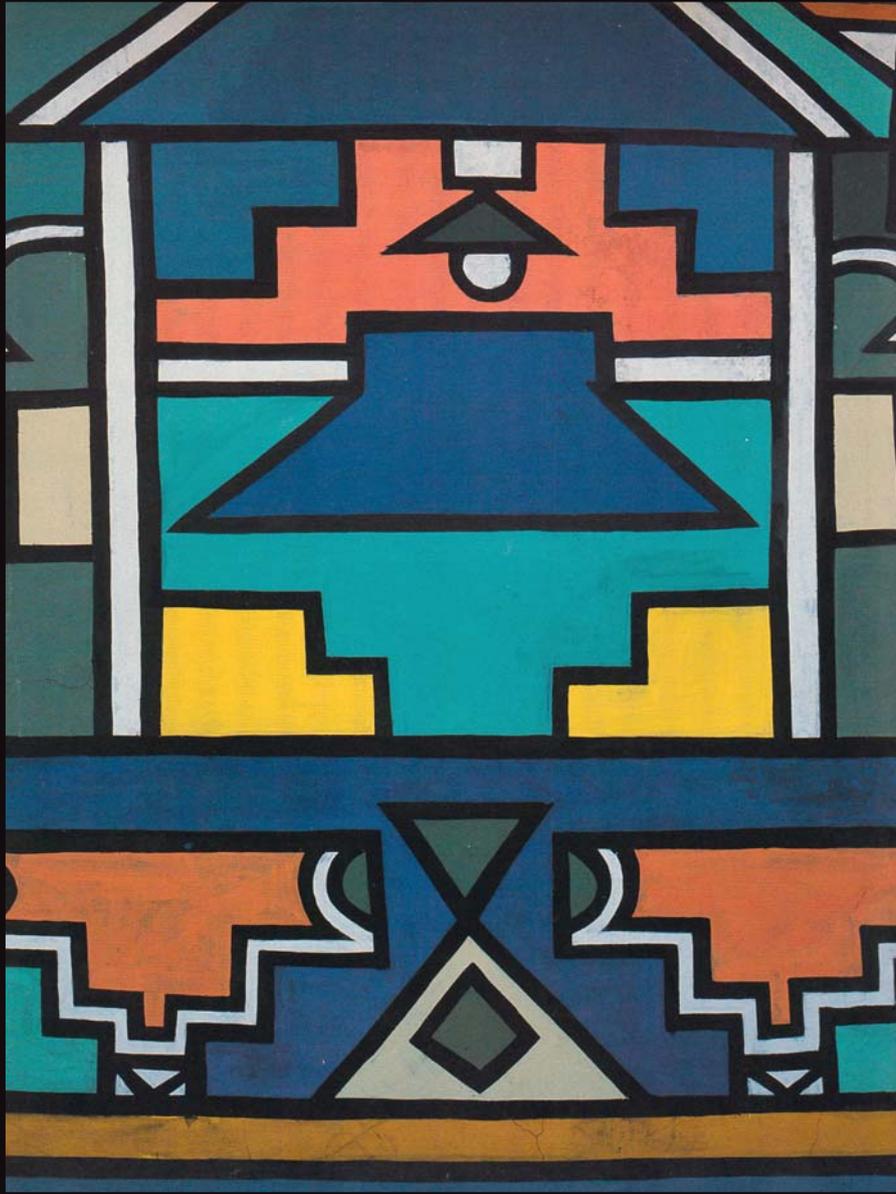
Laboratoire de recherche  
en Psychologie clinique (PCSA)  
Hôpital Kirchberg  
9, Rue Edward Steichen  
L-2540 Luxembourg  
lony.schiltz@education.lu

Frauen in der Volksgruppe der Ndebele in Südafrika bemalen ihre Hütten in traditionellen, immer neu variierten Mustern. Eine Art Selbsttherapie in einer Welt der Armut und Unterdrückung.









# Sound quality: Music therapeutic perspectives and criteria

Wolfgang Mastnak\*

## Abstract

Aesthetic perspectives play a crucial role in music therapy. By contrast, issues of sound quality are only relatively rarely studied. Cases of clinical and educational music therapy with instruments of inferior quality raise questions about appropriate tools and criteria for sound quality. In view of the patients' nuanced forms of sensory experience and responsiveness to sounds, we suggest we approach sound quality from artistic, patient-centred, and scientific perspectives that involve physical, neuroscientific, psychological, aesthetic, and metaphysical facets. These reflections result in a theoretical framework for the discussion of sound quality in clinical music therapy. This concept is based on eight crucial perspectives: aesthetic beauty; symbolic significance; identity and 'sound-selves'; ontological and cosmic characteristics; functional healing mechanisms; creative inspiration and sound-triggered epiphany; self-healing potential and new self-images; sounds that reconnect 'denatured' individuals and their human nature. Sound quality comprises to both aesthetic criteria (the 'good' sound) and the multifaceted, therapeutically relevant natures of sound.

**Keywords:** sound research, philosophy of sound, theory of music therapy, trends in music therapy, interdisciplinary music therapy, aesthetics, sound-self

## Klangqualitäten: Musiktherapeutische Perspektiven und Kriterien

### Zusammenfassung

Während ästhetische Aspekte in der Musiktherapie eine bedeutende Rolle spielen, scheint die Frage nach der Qualität von Klang einen Nebenschauplatz darzustellen. Der musiktherapeutische Einsatz „schlechter“ Instrumente im klinischen und pädagogischen Bereich ruft allerdings die Frage nach adäquaten Kriterien für die Qualität von Klang in der Musiktherapie aufs Tapet. Aufgrund der patientenseitig unterschiedlichen und oftmals höchst nuancierten Klangerfahrungen und Reaktionen auf auditive Stimuli werden künstlerische, patientenzentrierte und interdisziplinär forschungsbasierte Zugänge, die physikalische, neurowissenschaftliche, psychologische, ästhetische und metaphysische Perspektiven berücksichtigen, vorgeschlagen. Diese Überlegungen führen zu einem theoretischen Modell zur Diskussion von Klangqualität in der klinischen Musiktherapie. Dieses beruht auf acht Dimensionen: (i) ästhetische Schönheit, (ii) symbolische Bedeutung, (iii) Identität und „Klang-Ich“, (iv) ontologische und kosmologische Charakteristika, (v) funktional-kurative Mechanismen, (vi) kreative Inspiration und durch Klang hervorgerufene Spontanerkenntnis, (vii) Selbstheilungspotenzial und neue Selbstbilder und (viii) Klänge, die ein verlorenes Ich wieder zurückbringen können. Qualität von Klang berücksichtigt dabei sowohl ästhetische Kriterien (der „gute“ Klang) als auch seine facettenreichen, therapielevanten Wesenszüge.

**Schlüsselwörter:** Klangforschung, Klangphilosophie, Theorie der Musiktherapie, Musiktherapeutische Trends, interdisziplinäre Musiktherapie, Ästhetik, Klang-Selbst

\* Shanghai Conservatory of Music 上海音乐学院 und Hochschule für Musik und Theater München

### Introduction: Three questionable practices

A geriatric care unit in China. Patients, mainly diagnosed with neurodegenerative syndromes, are handling small, bell-shaped, clattering objects. The patients are copying the therapist's movements mechanically. Their faces have a rigid, unenthusiastic expression which cannot be adequately explained by their neurological diseases. According to the therapist's intention the setting is meant to maintain motor skills, social contact, and cognitive reactivity. Still, the patients seem just to be carrying out what they are told to do.

A paediatric care unit in France. Rather small, mostly sharp-sounding 'objets sonores' (French, 'sound objects') are being used to distract the young patients and to provide an aesthetically interesting environment. The hospital musicians' actions are very close to the patients' eyes and ears and their movements and facial expressions are exaggerated. Although they intend to encourage the children and inspire them to try out creative activities, an evaluating psychologist rather identifies emotional irritation and defensive reactions.

A psychiatric care unit in Germany. The music therapist is working with a small group of patients with various diagnoses. Small, high-pitched Orff-instruments are being used to improvise. The whole atmosphere is dull and dreary, no therapeutic progress or development visible. After the session the therapist says that music therapy is just meant to structure the patients' day and to keep them active.

Of course, we must not regard these sessions as representative of music therapy or clinical music activities in those three countries. Nonetheless, comparative analyses reveal a certain coincidence of low sound quality, unenthusiastic performance, and a serious petrification of emotional flow. The term 'low sound quality', however, needs music-therapeutic definition and must not be confused with traditional, organological, or ethnological criteria for a 'good sound'. Based on qualitative investigations and a synopsis of music therapeutic standpoints, a pragmatically relevant theoretical framework is suggested below.

### Sound in music therapy: Perspective or crucial issue?

Aesthetic features and interactive processes are frequently regarded as the main criteria distinguishing between music therapy and 'music in medicine'. While artistic, experimental, neuroscientific, and philosophic aesthetics play an important role in music therapy (see e.g. Salas, 1990; Stige, 1998; Stige, 2009; Darnley-Smith, 2013), investigations focus-

ing on the significance and function of sound qualities are sparse.

In the author's opinion this problem is deeply connected with the extreme heterogeneity of music therapeutic practices and the multifarious theoretical frameworks they refer to. In many music therapeutic contexts the musical phenomenon as a whole seems to be more interesting than the nature and function of its sounding constituents. Reviewing the enormous range of music therapeutic reports and research papers allows us to identify four main focal points of music in clinical application:

### Subcortical and physiological mechanisms

Music has advantageous psycho-neuro-immunological effects (Fancourt, Ockelford & Belai, 2014). Aesthetic experience and musical preferences do not explain the whole complex of these effects in a satisfactory way. Investigating the connection between cardiorespiratory variables and music, Bernardi et al. (2009, p. 3171) showed that 'music emphasis and rhythmic phrases are tracked consistently by physiological variables' and that aesthetic appreciation plays a relatively marginal role for music-induced cardiac regulation.

Music can bring forth physiological, somatic, and autonomic nervous effects which are used in preventive cardiology and long-term cardiac rehabilitation, for instance. Underlying mechanisms involve both subcortical and cortical processes (Mastnak, 2014). Auditory processing beyond cognitive and aesthetic awareness exploits structural similarities between physiological and musical shapes as well as to non-conditioned physiological responses to auditory stimulation.

### Hermeneutic and symbolic processes

When A, a middle-aged man, is frustrated, wants to escape reality, to hide himself away, and to remain in his somewhat 'autistic' world, he sings the first bars of the Czech song 'Hluboká vráska' by Jiří Suchý. The short swinging phrases draw him along an imaginary spiral towards his 'centre' that is emotionally disconnected from the social world. The process matches Deschênes's (1995) description of semantic meanings and symbolic values of music and remind us of how Marshman (2003) explains the significance of music from a Jungian perspective.

While musical triggers of physiological mechanisms do not essentially involve aesthetic experiences and biographical connotations, hermeneutics (Ramsberg & Gjesdal, 2005) play an important role in music therapeutic symbol

processing and the generation of significance. In music therapy, hermeneutics have a triple meaning: They refer on a quasi meta-theoretical level to hermeneutic studies on music therapy, such as e.g. in oncology (Olofsson & Fossum, 2009). With immediate clinical relevance, they concern modes of how to understand musical expressions of patients and their meaningful aesthetic experiences (Migner-Laurin, 2013). Thirdly, hermeneutics refer to the meaning of music, an approach that involves music history, biographical experiences, acculturation and aesthetic spiritual moments.

Hermeneutic processes in music therapy are inseparably connected with artistic awareness and the individual feature of the patient's musical self. In this context music is also regarded as a meaningful carrier of life experiences, of conditioned cognitive and affective responses, and of aesthetically transformed and in that way 'embodied life philosophies': modes of life that match self-concepts and individual identities. In this field, particularly depth-psychological and humanistic perspectives are of particular importance, generating intersections between music therapy and music-associated psychotherapy. This approach is deeply connected with the issue of humanities as a basis of music therapy (Ruud, 2010).

### Aesthetic and artistic performances

Claus Thomas, paediatrician, music therapist, stage director, scenic reciter, and probably the most important initiator of music and drama therapy in Germany, says that the most moving moment in his life and the culmination of his 12-year-long music-dramatic work with young poly-handicapped people was a performance of Saint Francis of Assisi's 'Canticle of the Sun' in an Italian cathedral. According to Professor Thomas, during the performance the clinical symptoms and diagnoses lost their dominance, seemed to vanish, and the brightness of the performers' souls and selves became visible. Of course, music therapeutic performances do not heal – at least not in a Western medical sense. But they may change lives, just as in the paradigm of Nordoff-Robbins music therapy.

A wide field in music therapy refers traditionally to the 'music making patient'. Associated theories usually involve the anthropological and clinical hypothesis that music is intertwined with human nature and musical activities incorporate a variety of therapeutic and health-related agents. In addition to that, they emphasise mainly analogous qualities of music and man, the therapeutic function of the creative (Leckey, 2011) and self-expressive act, the joy and life enhancing quality of musical performance, and the power of aesthetic experience.

### Sound ontology and sound functions

Mrs K was a psychiatric patient with mixed symptoms of psychotic and dissociative disorders. She felt her soul as being approximately one meter apart of her body and spoke about a terrifying feeling that was, however, at the same time not accessible to her 'uprooted emotion'. Pharmaceutical treatment did not change her pathological state. She was looking for 'her sound', and finally found a simple tonebar that she discovered as 'her sound'. This notion referred to both the pitch and the timbre. She held the tonebar close to her thymus gland and felt a mystic re-integration of body and soul. Although there is no obvious explanation for this phenomenon, performing that sound became her most efficient 'therapy'.

In music therapy, sound qualities and sound functions refer to a very heterogeneous field and are involved in applications which are as different as sound cues in Parkinson treatment for improved gait skills or mystical identification with the sound of a trombone creating a feeling of having regained individual wholeness. Interdependencies between individuality, pathology, sounds, and healing processes still lack in-depth investigation as far as both therapeutic evidence and underlying theories are concerned. To encourage debate and to elucidate possible connections is the target of this perspectives paper.

Focusing particularly on sound qualities, we need to delimit the term and to provide a working distinction between sound and music. According to our understanding, sound is the auditory phenomenon that is triggered by sound waves and created by the primary auditory cortex or just generated, as imagined sound or auditory hallucination, by that specialised cortical area.

In that sense sound can be understood as an indispensable elementary constituent of 'music' which involves – at least from a Western musicological perspective – a creative act such as composing or improvising, further use of structural units such as rhythms, motives, melodies, chords, and a certain mode of artistic processing, such as using counterpoints or variations. In clinical contexts: a patient may be able to produce cello or trombone sounds that trigger a feeling of 'sound identity'. And yet, that patient may not be able to perform a piece for cello or trombone.

Discussing sound as an entity involves physical, neuroscientific, psychological, aesthetic, ontological, ethnological, and spiritual issues. In the context of music therapy we study how sounds modulate neurotransmitters and physiological responses. We may investigate distinct aesthetic sound preferences of a patient and the individual symbolic significance of those sounds. We may involve ar-

chaic myths about sound as the origin of life or ethno-medical positions that identify analogue principles in sounds and universal harmonies and hence infer self-regulatory healing potential of sounds. For those reasons the term 'sound ontology' is used here in a philosophical sense pointing to the essence and 'true nature' of sounds, and not in the way we find it today in computer sciences (Lobanova, Spenader & Valkenier, 2007).

On this basis the following theoretical framework for a music therapeutic discussion of sound qualities is developed. Sound in music therapy may be regarded both as a field for discussion and as a crucial issue: an absolutely essential entity in music therapy.

### Sound qualities: A music therapeutic framework

The term 'sound quality' in music therapeutic contexts does not necessarily refer to the notion of 'sound quality' as we use it when speaking about a Stradivarius violin or a Steinway piano. Yet sound qualities seem to play a decisive role in music therapy. In this article we suggest a triple perspective that encompasses aesthetic, hermeneutic, and ontological features. In introducing these aspects our aim is to create a theoretical framework which should facilitate clinical practice.

In her essay on consciousness and qualities Carolyn B. Kenny refers to the creative process of music therapy and suggests (1996, p.87) 'the notion of "qualities", their overall significance and their function in developing our aesthetic experience' and discusses the 'qualities' of anticipation, intimacy, surprise, suspendedness, epiphany, awakening etc. These focuses are relevant to our considerations about music therapeutic qualities of sound which underscore the multifaceted and highly nuanced inner connection between 'sound and psyche', the core topic of the 8<sup>th</sup> World Congress of Music Therapy in Hamburg (Bonde, 1996).

Various studies mirror the complexity of how sound quality is tackled in music therapy. For instance, referring to individuals with severe disabilities, Kittay (2009) points to specific cues in everyday sound environments and a lack of relevant research. Different sound qualities play an important role in musical speech therapy (Bang, 2010), and Schapira (2003) uses the term of 'last sounds' when referring to psychotic patients.

There is common clinical evidence that, for instance, psychiatric patients tend to modify their modes of sound interpretation, but they do not necessarily diminish their aesthetic demands. On the contrary, as can be seen in clinical practice, they often develop a highly nuanced auditory sense and aesthetic percep-

tion, conditions which call for further research on sound qualities in music therapy.

Reviewing the music therapeutic literature and analysing data from clinical practice allows us to identify qualitative types of sounds which seem to play a crucial role for music therapeutic efficacy. They point to the arts and to beauty as healing modalities (Sheppard, 1994). They reveal connections between the morphology of sounds and physiological processes. They highlight the mystical anthropomorphism of the sound's gestalt as well as metaphysics and ontological perspectives of the sound's 'inner nature'. Putting these types into a systemic structure leads to the following categorisation.

### The beauty of sounds

'Beauty' is one of the most frequently used terms in music therapy. Elucidating the healing power of beauty, Kenneth Aigen speaks about the phenomenon that all people resonate to beauty in life (2014) and – referring to Clive Robbins – about the importance of experiencing and creating beauty (2012). Also from an interdisciplinary perspective it seems to be evident that the human significance of beauty must not be narrowed down to a superficial attribute in the sense of 'quite nice'. Stressing the term 'sound', Margareta Wårja (1994) mentions, from a Jungian perspective, myths that speak of soul, beauty, love, healing and growth, and Hagman (2009:164) argues that 'aesthetics is as important to human life as sex, hunger, aggression, love, and hate' and that 'aesthetic experience gives form, meaning, and, most importantly, value to everything we are, all we experience, and everything we do'.

Especially from an ethno-medical perspective we discover an implicit connection between the experience of beauty and a regulatory healing potential of the arts. This concerns in particular a phenomenon which has recently been termed 'transformative beauty' (Pritchard, 2014) and involves beauty as a transformative power of music (Hesser, 2001). While in some concepts and cultures the phenomenon of beauty is seen as a healing power, other positions advocate the process of transforming pain into beauty (Ettun, Schultz & Bar-Sela, 2014) and underlying divine moments (Yeh & Lin 2013) as the essence of the healing arts. With reference to Gary Ansdell and Caroline Kenny, Mercedes Pavlicevic (2005, p. 158) emphasises how scarce the discussion of beauty is in music therapeutic contexts, as well as the fact that beauty is not only a quality of the arts but also a possible human attribution.

The music therapeutic aspect of beauty is involved in music-centred approaches such as Kenneth Aigen's Music-Centered Music Ther-

apy (2005) and Collin A. Lee's concept of Aesthetic Music Therapy (Lee, 2003a). Pointing to 'musical quality', Lee (2003b) underscores that 'every note the therapist improvises should be introduced with the greatest of care. The smallest of musical ideas should have a clearly defined clinical and aesthetic structure.' With regard to subtle interdependencies between music and individual we agree with Lee, but argue that this close link should not only be seen from a structural perspective.

The notion of 'beauty' of course involves musicological and artistic views and considerations which must not be confused with music therapeutic requirements. The Japanese bamboo Shakuhachi flute, for instance, does not satisfy quality standards of a top concert flute in C. Nonetheless, its unique overtone structure and 'mystic' character may be decisive for music therapeutic effects. At an international meeting some years ago, the Turkish music therapist Oruç Güvenc presented a Kobyz and explained therapeutic features of this ancient Kazakh string instrument. A western musicologist suggested using a 'good' western bow to 'improve' the instrument's sound. The bewildered Sufi therapist refused: doing so would destroy the humanlike soul of the inner beauty of Kobyz sound. On the other hand there are experiences that a splendid piano sound can trigger trance processes, for instance, while an inferior one produces just irritating effects on the same patient. From a phenomenological point of view the issue of sound beauty and its therapeutic effects is thus clearly multifaceted.

Recent discussions in music and arts therapy have involved neuroscientific perspectives, e.g. relating to laterality in aesthetic perception (Bromberger, Sternschein, Widick, Smith & Chatterjee, 2011), neural correlates of beauty (Kawabata & Zeki, 2004), and intersections of sensory modalities and brain areas that are involved in aesthetic appraisal (Brown, Gao, Tisdelle, Eickhoff & Liotti, 2011). The development of brain-based theories of beauty have gained in importance (Ishizu & Zeki, 2011) and have led to the coining of the term of 'neuro-aesthetics' (Cinzia & Vittorio, 2009; Nadal & Pearce 2011; Conway & Rehding, 2013; Chatterjee & Vartanian, 2014).

Though neurosciences have contributed considerably to deeper insights into mechanisms and functions of the experience of beauty, this paper advocates an interdisciplinary approach. The nature of beauty is so multifarious that an adequate method for its investigation calls for a synopsis of phenomenological, philosophical, psychological, physiological, ethnological, and anthropological findings. In this paper beauty is understood as an essential force in human life and a decisive factor in music therapy and musical health practices.

## Sound symbols, signs, and cues

Mr L is diagnosed with chronic schizophrenia and is a permanent psychiatric inpatient. He is not aggressive and is geographically oriented so that he can go to town. In the morning he regularly goes to the music therapy room to play always the same sounds on the keyboard. By doing so, he says, he is able to control the radio transmitter of the town and prevent world war III. This activity does not cure Mr L's schizophrenia, but it gives his life sense and balances his mood. These daily sounds stand for his self-esteem, his self-image, his work and the sense of his existence.

From a clinical perspective, broadly speaking, four different types of sound symbols can be identified. Firstly, sounds may trigger conditioned responses which are based on biographical experiences. In this case the crucial mechanism depends on the subjective equivalence of sounds from the past and the current acoustic exposure. Aesthetic criteria are irrelevant. General principles are explained by cognitive-behavioural psychology and inform basic functions of behavioural music therapy (Madsen & Madsen, 1968; Madsen, Cotter & Madsen, 1968; Madsen, 1971).

Secondly, sounds become well-defined signs and cues in therapeutic settings and entail specific therapeutic structures. Thus they play crucial roles in the treatment of patients with Parkinson's disease, for example (Benoit et al., 2014; Cancela, Moreno, Arredondo & Bonato, 2014) and other neurological conditions (Wittwer, Webster & Hill, 2013). Also in such cases the aesthetic quality of sounds seems to play only a rather marginal role.

A third perspective refers to the symbolic potentials of music. These play an essential role in aesthetics and music philosophy and cannot be separated from the anthropomorphic traits and characteristics of music. The debate about the relation between sound and symbol looks back over a long tradition (Zuckermandl, 1956) which has been greatly influenced by Susanne Langer's theory of symbolism (Reichling, 2013). This involves the question of the diverse natures of sound (Houlahan & Tacka, 2012) as well as the various ways music is meant to symbolise emotions (Budd, 1992). We see Mr L's sound production from this perspective.

The fourth type of symbolic sounds in music therapy involves a non-biological aspect of developmental psychology and represents a core moment in arts-related therapies. Pointing to the ancient Greek tradition of the 'tessera hospitalis', the founder of contemporary hermeneutic philosophy, the German Hans-Georg Gadamer (1977), refers to the arts as the complementary half of individuals, which enables them to regain their holistic entirety. While this idea can be understood as a dualistic onto-

logical principle, Jungian analytic approaches in music therapy in particular emphasise what Jung termed the transcendent function to create new symbolic possibilities for the growth of consciousness (Beebe, 2010).

By contrast, the music philosopher and founder of Polyaesthetic Education Wolfgang Roscher (1991) used to explain that a symbol is not only a sign or a label. It rather has to be understood as an entity that may concentrate and incorporate the essence of the object referred to. Opposing a view that limits music to Gruhn's triad of acoustic, structural, and hermeneutic representations, Mastnak (1995) claims an awareness of the ontological nature of music. This view suggests to understand a symbol as an entity that may create a mystical unity with an individual or any kind of reality. In terms of music therapy: a sound that incorporates the entire essence of an individual and which is thus endowed with immense therapeutic potential. This aspect leads to the notion of 'sounding selves'.

### Self-expression and sounding selves

Patients use music to express their anxieties and create sound images of their hallucinations. Migrants may retrieve a part of their lost entrenchment through singing folk songs. Voice and vocal expression has the power to enhance self-awareness and to create a feeling of identity. In general, musical symbols and self-representations are culturally omnipresent and seem to point to a genuine anthropological principle: the sound-self.

Socio-culturally, this involves the issue of how music styles might mirror the spirit of an era, e.g. how Czech music of the 19th century represents national feelings opposing the power of the Austrian-Hungarian monarchy. Pathologically, this involves musicological problems such as how Chopin's oeuvre might express his epileptic disposition. From an ethno music therapeutic perspective these ideas remind us of the Indian myths of the Goddess Saraswati playing the music of creation and performing the 'essence of self'. These thoughts have led to various contemporary approaches such as Vemu Mukunda's music therapy that highlights the sound of one's own voice, in particular the 'individual groundnote', as a link between emotions and body (Dietzel, 2004).

Nevertheless there are also arguments against the notion of musical representation, mainly resting on the fact that music is not as depictive as e.g. the visual arts (Davis, 1994, p. 79). It is precisely this aspect, however, that seems to capture the nature of musical representation: the expression of psychological realities which can hardly be adequately visu-

alised or verbalised. This aspect points to the unique potential of music therapy. With regard to this phenomenon, however, we have to carefully differentiate between self-representation and self-expression.

While self-expression is a very common concept in music therapy, the philosophical and anthropological notion of self-representation is rarely used in music therapeutic contexts; one example would be the desire for positive self-representation (Davieson & O'Callaghan, 2011). Dealing with self-expression in music therapy has a long tradition (Sears & Sears, 1964). Self-expression refers to specific setting and session plans (Ragland, 1973) and involves well-defined methods like transactional analysis (Arnold, 1975). It is discussed in the context of social issues of community music therapy (Ragland & Apprey, 1974) and is used as a therapeutic means in a wide range of diagnoses such as, e.g., conduct disorders (Kivland, 1986) or attention deficit hyperactivity disorders (Rickson, 2006).

Self-expression, however, is very different from self-representation, which refers to a deeper, more qualitative and irreplaceable relation to the nature of one's self. These characteristics are found in methods that try to discover the 'sounds of the soul' and which have to do with the non-conditioned and non-pre-coined preference for distinct sounds, say those of the trombone or the Chinese Erhu. Though we have to be very careful to avoid esoteric traps, interdisciplinary considerations advocate the concept of the 'sounding self'. Although there is still considerable need for further research, we hypothesise the 'sounding self' as an identifiable entity with great importance for music therapy. This concept may apply to the case of Mrs K above and raises the philosophical question of the deepest principles and origins of sound.

### Ontological and universal sounds

Unlike more formalistic and objectivistic approaches towards music as a cultural product, this paper uses the term 'ontological' according to the philosophy of being and the nature of existence. Discussing music from a philosophical perspective entails two largely contrasting positions: the characteristics of musical works in a musicological sense and the genuine essence of music in an ontic sense.

In the context of 'ontology' we have to be careful not to confuse different positions and ignore the very complex discipline of 'Music Ontology' (Bohlman 1999; Kania, 2008; Kania 2012). In the context of music therapy, the conflicting music ontological positions of realists, who posit the existence of musical works, and

of idealists, who hold that musical works are mental entities, are of particular relevance. In our discussion of sound qualities, however, we point more to the polarity between music as a process which involves the 'action theory' of the ontology of art (Davies, 2004) and sounds which are considered as an essence of the universe and thus of our existence in general.

While a great number of studies in music philosophy essentially involve issues of aesthetics, semantics, and interpretation (Scruton, 2009), our efforts aim at ontological and metaphysical reflections. In this context we again have to differentiate between music and sound. While music is inseparably intertwined with the human phenomenon of culture and the question about the metaphysical entity of a work of music (Bartel, 2011), ontological and metaphysical issues of sound involve both mythology and physics, and bring about novel interdisciplinary attempts to discover the nature of existence (Casati & Dokic, 2014).

These considerations involve most crucial questions of music-related philosophy as well as of cross-cultural ontology and the philosophy of existence. Such perspectives are evidently of fundamental importance for music therapy. Not least owing to Joachim-Ernst Berendt's bestseller (2007), 'Nada Brahma', a Hindu term meaning 'God vibration' (Khan, 2004, p. 19) has become one of the best known music spiritual concepts in the Western world. Myriads of interpretations of Nada Brahma define spiritual views of the creation of the universe from the energy of sound, which is at the same time regarded as the source of existence. Facing a huge interdisciplinary complexity of positions and propositions (Huber & Thirring, 2011) we hypothesise that sound is not only the raw material for music, but an essential constituent and principle of the existent world.

Such approaches evidently inspire music therapeutic concepts, which often integrate various ethnological positions, such as, e.g., Sufism (Crowe, 2004), which has greatly influenced Western paths of Oriental Music Therapy (Tucek, 2006). In this context Chinese philosophies are of outstanding importance for the notion of harmony, which is not only to be understood in a musical or a metaphorical sense, but also as a principle of the universe and of being (Fung, 2005, 107-108; Brindley, 2012; Li, 2013). These arguments coincide widely with our standpoint.

In terms of clear therapeutic methodology, this approach is probably the most problematic in clinical practice. We cannot construct a therapeutic structure in the way we do so in for example behavioural music therapy. Assuming that music and humanity share similar vital principles, music is not regarded as a material means, but rather as an entity with fundamental curative effects. It seems that we do

not 'apply' music to achieve a kind of 'sounding interaction' but rather to help the patient to become susceptible to a sort of sound-related rebalancing and reconnection to the own human nature. In this context the term 'quality' refers to analogies between sound and human nature and not to primarily aesthetic criteria. Different and partly conflicting concepts of what constitutes a scientific argument play a role in this discussion.

### Functional sounds

Functional sounds do not necessarily refer to artistic or aesthetic criteria. They are typically cues in therapeutic structures and processes, such as in many sound & movement-based methods in the treatment of parkinsonism, particularly focusing on gait improvement and rehabilitation (see also above in the context of sound symbols Benoit et al., 2014; Cancela et al., 2014). From this perspective they are completely different to sounds in an ontological sense. Referring to functional sounds, the notion of 'quality' concerns how the patient is able to discriminate sounds in a cognitive psychological sense, how they can be used as clear-cut stimuli and cues, and how they may contribute to a positive and stress-free therapeutic atmosphere.

In brief, in such applications the quality of sounds is associated with their well-defined functions: conditioning processes, structuralising stimuli, e.g. with regard to sensory-motor coordination and attention, development of behavioural circuitries that support everyday life requirements, and training which aims at a reduction of behavioural risks and accidents. Sound quality criteria depend on the patient's individual modes of auditory perception and appropriateness to the specific task.

Treatments of speech sound disorders (Baker & McLeod 2011a & 2011b) involve a special functional notion of sound quality and complex and precisely-structured training is required. Intonation and functional sounds play crucial roles in various speech therapies such as e.g. in melodic intonation therapy (Zumbansen, Peretz & Hébert, 2014). Together with a study group, the author is in the process of developing a speech therapeutic model for children with cerebral palsy that combines principles of touch cues or more precisely 'hands-on tactile-kinesthetic inputs' (The Prompt Institute, 2011) with specific sound cues. Language pragmatic targets being dominant, these interventions involve also aesthetic aspects and the issue of vocal sounds, self-image and identity.

### Sound, spirit, and 'epiphany'

Mrs C was diagnosed with major depression and had terminal cancer. Knowing she would die within several months, she did not accept any therapeutic intervention except pain killers and 'music therapy'. Nevertheless, according to Mrs C music therapy should not aim at classical therapeutic outcomes. Together with the therapist she wanted to listen to music by Anton Bruckner: these sound spheres would give her an impression of the life beyond death and prepare her for the transition to the next world. Her inner balance and peace and the nearly complete loss of depressive symptoms counted, in her opinion, as a 'therapeutic side effect'.

Music can trigger both autobiographical associations (Janata, Tomic & Rakowski, 2007) and affective responses. Cognitive-behavioural and depth-psychological theories provide different explanations for this phenomenon, which may be beneficial to patients with impaired memory (El Haj, Postal & Allain, 2012). The connection between sound and spiritual experiences as it is discussed in this context, however, does not refer to these mechanisms.

There are sounds that seem to enhance ingenuity, imaginativeness and creative inspiration and which do not necessarily depend on pre-established cognitive circuitries. Special sounds, such as of the Chinese double-stringed fiddle 二胡 (Erhu), tend to trigger altered states of consciousness. Such trance processes, thoroughly discussed in hypnotherapy (Barber, 2000), may facilitate the generation of novel ideas as well as the sensation of an immediate experience of truth or epiphany.

Nevertheless, a deeper analysis of these phenomena suggests that we understand sounds not only as a trigger or vehicle for altered states of consciousness and consequently only an indirect source of epiphany moments. They seem to serve as a certain source of 'inspiration' which can hardly be explained by traditional psychological theories. Viewed in this light, there are similarities between the spiritual and the ontic quality of sound.

Nonetheless, there are recent neuroscientific findings pointing to heteromodal forms of processing which we assume to be of crucial importance for sound-guided imagery. In this context particularly integrative cortical areas, such as the angular gyrus (Bonner, Peelle, Cook & Grossmann, 2013) or parts of the temporoparietal cortex (Man, Kaplan, Damasio & Meyer, 2012) seem to play decisive roles. Neuropsychological findings allow us to identify a complementary dualism: neural circuitries that represent knowledge and skills on the one hand and central nervous, sound-sensitive units that modulate creative potentials as well as a sort of 'generated inspiration' on the other.

Interdisciplinary considerations encourage us to formulate hypotheses that may conflict with classical scientific positions, but square with ethnological, mythological, and physical views: Sound as an entity contains a wealth of information in a symbolic, acoustically 'ciphered', and aesthetically condensed way. We do not label these opinions as 'esoteric constructivism', but emphasise the necessity of translational ethnological, mythological, philosophical, and physical research to elucidate related therapeutic benefits in a scientifically reliable way.

In terms of music therapy we therefore advocate a four-fold view of the (perhaps causal) connection between sound and inspiration:

- a) sounds as conditioned stimuli;
- b) sounds as trance-triggers,
- c) sounds as neuro-modulators, and
- d) sounds as entities that contain universal information.

If the last proposition is applicable, psychology has to review some well-established theories and accept the limitation of positivistic approaches.

### Re-integrative sounds and novel sound worlds

There are three well-known unfavourable phenomena in patients that are caused by specific settings and experiences:

- a) long-term patients especially tend to lose their sense of individuality and increasingly identify with the self-image as an ill person;
- b) clinical environments and expectations of medical interventions cause stress and anxiety which have negative impacts on the psyche as well as the physiological system and self-healing potential;
- c) inactive phases in hospital and sensory under-stimulation may trigger pathological and pseudo-psychotic fantasies.

This has led to a huge variety of musical practices that essentially involve distraction and aesthetic stimulation. Various forms of 'life music therapy' identify different indications, for instance for patients undergoing neurosurgery (Walworth, Rumana, Nguyen & Jarred, 2008) or children in paediatric care (Prete & Welch, 2011). Music is also seen as a means of distraction in order to lower stress, anxiety, and pain levels in dentistry (Aitken, Wilson, Coury & Moursi, 2002; Marwah, Prabhakar & Raju, 2005; Singh, Samadi, Jaiswal & Tripathi, 2014) or in paediatric emergency settings (Young, Griffin, Phillips & Stanley, 2010).

While musical distraction is meant to shift the cognitive-sensory focus away from an object or to break its psychological dominance, re-integrative sounds and novel sound worlds

follow the reverse path: their therapeutic aim is to adjust the focus on realities which have been dissociated, split off, or repressed. With regard to trance induction, symbolisation, and self-discovery in musical experiences, specific sounds have a high potential to reintegrate separated components of the personality.

Such psychological processes of disclosure and revelation remind us of the phenomenon of modulation in music history. While musicology rather tends to analyse harmonic structures and to explain historical developments, music psychological considerations point to a typically psychological phenomenon: harmonic modulations as doors opening towards new worlds. Analysing, for instance, modulations in Franz Schubert's oeuvre does not only explain new ways of changing from one key to another, but can also be seen as a sort of isotypical representation of a transition from one world to the other.

This, however, goes hand in hand with a frequently observed clinical phenomenon: Music therapeutic efficacy is not necessarily characterised by gradual improvement. Sound environments and sound constellations may nearly spontaneously create new 'inner worlds' that cause decisive personality metamorphoses and dissolve pathological structures. Though conflicting with various psychotherapeutic theories, this principle seems to be the reason for a specific type of music therapeutic spontaneous healing, a phenomenon that is also known in ethnomedical contexts.

Thus we highlight a somehow 're-integrative' and metamorphic power of sound. Dissociating pathological symptoms and re-establishing an integral individuality and self, they incorporate a high subjective identity factor and represent sensory conditions which are incompatible with the pathological characteristics in question.

The aspect of perceivable re-integration and new sound worlds also involves preventive medical issues: Mr B, researcher, 48 years old, has recurrent anxiety problems, obsessive-compulsive traits and mood swings. He perceives his life in stereotypic structures with no chance to break out. Through a random acquaintance with a trombonist he begins to learn the trombone. He is fascinated by the sound, which brings back joy and an inner drive to his life. In his words, through this sound the imprisoning walls of his life tumble like the walls of Jericho. His aim is not to 'play music' but just to 'live' these sounds with 'a thousand colours'.

### Natural sound and sound natures

Already four decades ago Oberlander (1979) highlighted the healing energy of nature

which is mirrored in pieces of art. The healing potential of nature has been praised in myriad contexts: as an elucidating mirror of one's soul, as a source of vitality and inner harmony, as a means that helps to readjust one's life according to one's own natural conditions.

With regard to these aspects music therapeutic domains can be seen as split up into various complementary or mutually contradictory, partly ideologically accentuated circles and schools. For methodological reasons we suggest five main positions that involve ontological, physical, anthropological, shamanistic, and organological issues.

Quite close to the considerations we mentioned in the context of ontological sound features, some music therapeutic concepts incorporate ideas which go back to Plato's notion of astral and human harmonies. Interdisciplinary interpretation of his dialogic tract 'Timaeus' (Broadie, 2012) points to a pathological divergence of cosmic harmonies and the dynamics of the soul as the cause and nature of illness. Consequently music is considered to have the potential to readjust the soul's natural harmony and thus to have a curative effect. These propositions have not led to the establishment of one single school of thought, but have flowed into a huge variety of concepts in clinical and especially in non-clinical practice. Nevertheless, in this context the 'cosmic quality' of sounds and sound proportions plays an important role, for example in psychodynamic music therapy (De Backer & Sutton, 2014, p. 62).

For instance, some music therapeutic practices are based on hypotheses about natural sounds (Rapoport, Shatz & Blass, 2008). Overtone singing and the use of harmonics play an undoubtedly important role in music therapy. Corresponding theories refer both to cosmological-mathematical arguments and to the phenomenon of sound timbres (Bunt & Stige, 2014, p. 57). There is no general scientific evidence that such sound shapes are a prerequisite for curative effects, but for all that, mathematical ratios are an important aspect in music therapeutic theories and have influenced major methods.

The term 'natural sound' also refers to the hypothesis that sounds may represent the core essence of human beings. With regard to the music therapeutic iso-principle (Michel & Pinson, 2005, p. 19), sounds are seen as incorporating the actuality of a patient's self, their irreplaceable and holistic individuality, their being 'here and now'. This aspect plays a crucial role in various ethnological practices of sound meditation as well as in Western concepts such as Sound Focusing (Mastnak, 1992). These approaches postulate a qualitative coincidence of essential individual and sound qualities.

The last two aspects above point to the intrinsic healing power of purely natural sounds or sounds which are produced by instruments avoiding technical aids. The first category comprises, e.g., the sound of waterfalls, the whistling of the wind, the waves on the sea shore, or also the sound of singing birds. On the other side we find such things as the simplicity of the Chinese 古琴 (Gu Qin) (Yung, 1997), which is called the father of wisdom, or that of natural horns and trombones. The purity of the design is in a sense understood as a way to reveal the true sound of the matter or rather of the matter's true nature or spirit.

In this context archaic, mythological, and shamanistic beliefs (Willin, 2012) are brought in: imitating the cry of a bird is meant to control its deities, using the thigh bone of a bear or the horn of a bison as a wind instrument conjures the powerful spirit of the dead animal, and the Shaman's drum which represents the 'world tree' becomes the flying horse that carries him to the spheres behind our existence. To grasp the notion of the genuine therapeutic power of natural sounds requires an understanding of such underlying theories and beliefs.

## Discussion

An in-depth discussion of sound qualities also entails the problem that instruments have to tally with the therapeutically required demands. With regard to music therapeutic practice we point to three different conditions. A first aspect concerns the sound produced or shaped by the patients, be it vocal experiments or first steps to play an instrument. Uniting therapeutic and educational perspectives, such activities may give rise to an overwhelming joy of making sounds as well as the development of aesthetic ideals and expectations. The therapeutic process may result in personal transformation and growth. From a psychological perspective sounds may play a crucial role for self-expression and self-representation. This requires on the one hand adequate methods of vocal training, and on the other hand instruments which are able to produce the intended sounds. Insufficient sound quality can be seriously frustrating and harmful to educational progress. Analogously, 'bad sounds' also may obstruct therapeutic progress.

The second aspect: Mainly pragmatic music therapeutic considerations resulted in a typical selection of musical instruments, which in some cases are very closely related to the respective schools. We refer here to the use of 'Orff-Instruments' in Orff Music Therapy or the 'Gärtner Lyre' and the 'Tenor-Chrotta' in Anthroposophic Music Therapy. Another example is Irish harp, which is, on a moderate artistic level, relatively easy to play and becomes

more and more popular in music therapeutic practice. Also in common use are low-price keyboards, which are at the same time robust, portable, and need not be tuned. These instruments may be adequate for therapeutic purposes and have contributed to good therapeutic outcomes. But they are not necessarily the best choice in all cases. Notwithstanding the ubiquitous financial and technical constraints, we still need to bear in mind the adequacy of therapeutic means and, in therapeutic terms, the possible optimisation of sounds.

Thirdly, music therapy often touches on aesthetic perspectives, iso-principles, and nuanced forms of self-expression. Nonetheless, there are often very half-hearted attempts to provide sound facilities which tally with associated demands. Both the choice of instruments and their sound qualities matter in music therapy in a way which has been elucidated above. Sound qualities as we comprehend them in music therapeutic contexts, however, differ from the usual criteria as they are known in Western music history. When it comes to clinical purposes, the patient's self-awareness and the curative process are decisive for therapeutic evaluations. There are still intersections between the evolution of and the myths and beliefs about the perfect sound and music therapeutic requirements which centre around sound quality.

From a comprehensive music therapeutic perspective, the notion 'sound quality' points to both the audible sound phenomenon and the therapeutic significance of sounds. Although these aspects of the therapeutic entity 'sound' differ considerably, their multifaceted and unique interrelation seems to be decisive for clinical outcomes. To facilitate clinical music therapeutic discussion and reflection the paper suggests a theoretical framework explaining very different features and natures of sound in therapy. Further investigations in this field are still required and welcome.

## References

- Aigen, K. (2005). *Music-centered music therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Aigen, K. (2012). A tribute to Clive Robbins 1927-2011. *Music Therapy Perspectives*, 30 (1), 5-7. doi:10.1093/mtp/30.1.5
- Aigen, K. (2014). Music centered dimensions of Nordoff-Robbins music therapy. *Music Therapy Perspectives*, 32 (1), 18-29. doi:10.1093/mtp/miu006
- Aitken, J. C., Wilson, S., Coury, D. & Moursi, A. M. (2002). The effect of music distraction on pain, anxiety and behavior in pediatric dental patients. *Pediatric Dentistry*, 24 (2), 114-118.

- Arnold, M. (1975). Music therapy in a transactional analysis setting. *Journal of Music Therapy*, 12 (3), 104-120. doi:10.1093/jmt/12.3.104
- Baker, E. & McLeod, S. (2011a). Evidence-based practice for children with speech sound disorders: part 1 narrative review. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 42 (2), 102-139. doi:10.1044/0161-1461(2010/09-0075)
- Baker, E. & McLeod, S. (2011b). Evidence-based practice for children with speech sound disorders: part 2 application to clinical practice. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 42 (2), 140-151. doi:10.1044/0161-1461(2010/10-0023)
- Bang, C. (1998). A world of sound and music. Music therapy and musical speech therapy with hearing-impaired and multiple handicapped children. *Nordisk Tidsskrift for Musikterapi*, 7 (2), 154-163. doi:10.1080/08098139809477935
- Barber, T. X. (2000). A deeper understanding of hypnosis: its secrets, its nature, its essence. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 42 (3-4), 208-272.
- Bartel, C. (2011). Music without metaphysics? *British Journal of Aesthetics*, 51 (4), 383-398. doi:10.1093/aesthj/ayr033
- Beebe, J. (2010). Psychotherapy in the aesthetic attitude. *The Journal of Analytic Psychology*, 55 (2), 165-186. doi:10.1111/j.1468-5922.2010.01835.x
- Benoit, C. E., Dalla Bella, S., Farrugia, N., Obrig, H., Mainka, S. & Klotz, S. A. (2014). Musically cued gait-training improves both perceptual and motor timing in Parkinson's disease. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 494. doi:10.3389/fnhum.2014.00494
- Berendt, J. E. (2007). *Nada Brahma: Die Welt ist Klang*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bernardi, L., Porta, C., Casucci, G., Balsamo, R., Bernardi, N. F., Fogari, R. & Sleight, P. (2009). Dynamic interactions between musical, cardiovascular, and cerebral rhythms in humans. *Circulation*, 119 (25), 3171-3180. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.108.806.174
- Bohlman, P. V. (1999). Ontologies of music. In N. Cook & M. Everist (Eds.), *Rethinking music* (pp. 17-34). New York: Oxford University Press.
- Bonde, L. O. (1996). Sound and Psyche. Impressions from the 8th World Congress of Music Therapy in Hamburg, July 14-20th 1996. *Nordisk Tidsskrift for Musikterapi*, 5 (2), 122-127. doi:10.1080/08098139609477881
- Bonner, M. F., Peelle, J. E., Cook, P. A. & Grossman, M. (2013). Heteromodal conceptual processing in the angular gyrus. *NeuroImage*, 71, 175-186. doi:10.1016/j.neuroimage.2013.01.006
- Brindley, E. F. (2012). *Music, cosmology, and the politics of harmony in early China*. Albany: State University of New York Press.
- Broadie, S. (2012). *Nature and Divinity in Plato's Timaeus*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bromberger, B., Sternschein, R., Widick, P., Smith, W. II & Chatterjee, A. (2011). The right hemisphere in esthetic perception. *Frontiers in Human Neuroscience*, 5, 11. doi:11.3389/fnhum.2011.00109
- Brown, S., Gao, X., Tisdelle, L., Eickhoff, S.B. & Liotti, M. (2011). Naturalizing aesthetics: brain areas for aesthetic appraisal across sensory modalities. *NeuroImage*, 58 (1), 250-258. doi:10.1016/j.neuroimage.2011.06.012
- Budd, M. (1992). *Music and the emotions. The philosophical theory*. London: Routledge.
- Bunt, L. & Stige, B. (2014). *Music therapy: An art beyond words*. Hove, UK: Routledge.
- Cancela, J., Moreno, E. M., Arredono, M. T. & Bonato, P. (2014). Designing auditory cues for Parkinson's disease gait rehabilitation. *Conference Proceedings IEEE Engineering in Medicine and Biology Society*, pp. 5852-5855. doi:10.1109/EMBC.2014.6944959
- Casati, R. & Dokic, J. Sounds. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford encyclopedia of philosophy*. Retrieved March 13, 2015, from <http://plato.stanford.edu/archives/fall2014/entries/sounds/>
- Chatterjee, A. & Vartanian, O. (2014). Neuroaesthetics. *Trends in Cognitive Sciences*, 18 (7), 370-375. doi:10.1016/j.tics.2014.03.003
- Cinzia, D. D. & Vittorio, G. (2009). Neuroaesthetics: a review. *Current Opinion in Neurobiology*, 19 (6), 682-687. doi:10.1016/j.conb.2009.09.001
- Conway, B. R. & Rehdig, A. (2013). Neuroaesthetics and the trouble with beauty. *PLoS Biology*, 11 (3), e1001504. doi:10.1371/journal.pbio.1001504
- Crowe, B. (2004). *Music and soulmaking: toward a new theory of music therapy*. Oxford: Scarecrow Press.
- Darnley-Smith, R. M. R. (2013). *what is the music of music therapy? An enquiry into the aesthetics of clinical improvisation*. Doctoral thesis. Durham University.
- Daveson, B. & O'Callaghan, C. (2011). Investigating the dimension of time: Findings from a modified grounded theory study about clients' experiences and descriptions of temporality or time within music therapy. *Journal of Music Therapy*, 48 (1), 28-54. doi:10.1093/jmt/48.1.28
- Davies, D. (2004). *Art as performance*. Malden, MA: Blackwell.
- Davis, S. (1994). *Musical meaning and expression*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- De Backer, J. & Sutton, J. (Eds.) (2014). *The music in music therapy. Psychodynamic music therapy in europe. Clinical, theoretical and research approaches*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Deschênes, B. (1995). Music and symbols. *Music Therapy Perspectives*, 13 (1), 40-45. doi:10.1093/mtp/13.1.40

- Dietzel, G. (2004). *The individual sound of the voice – its message, its action*. Leinfelden-Echterdingen: Indivocal.
- El Haj, M., Postal, V. & Allain, P. (2012). Music enhances autobiographical memory in mild Alzheimer's disease. *Educational Gerontology, 38* (1), 30-41. doi:10.1080/03601277.2010.515897
- Ettun, R., Schultz, M. & Bar-Sela, G. (2014). Transforming pain into beauty: on art, healing, and care for the spirit. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine, 789852*. doi:10.1155/2014/789852
- Fancourt, D., Ockelford, A. & Belai, A. (2014). The psychoneuroimmunological effects of music: a systematic review and a new model. *Brain, Behavior, and Immunity, 36*, 15-26. doi:10.1016/j.bbi.2013.10.014
- Fung, Y. L. (2005). *The spirit of Chinese philosophy*. Abingdon, UK: Routledge.
- Gadamer, H. G. (1977). *Die Aktualität des Schönen. Kunst als Spiel, Symbol und Fest*. Stuttgart: Reclam.
- Hagman, G. (2009). Art and self: a new psychoanalytic perspective on creativity and aesthetic experience. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1159*, 164-173. doi:10.1111/j.1749-6632.2008.04344.x
- Hesser, B. (2001). The transformative power of music in our lives: A personal perspective. *Music Therapy Perspectives, 19* (1), 53-58. doi:10.1093/mtp/19.1.53
- Houlahan, M. & Tacka, P. (2012). *From sound to symbol: Fundamentals of music*. Oxford: Oxford University Press.
- Huber, J. & Thirring, W. (2011). *Baupläne der Schöpfung*. Wien: Seifert.
- Ishizu, T. & Zeki, S. (2011). Toward a brain-based theory of beauty. *PLoS One, 6* (7), e21852. doi:10.1371/journal.pone.0021852
- Janata, P., Tomic, S. T. & Rakowski, S. K. (2007). Characterisation of music-evoked autobiographical memories. *Memory, 15* (8), 845-860. doi:10.1080/09658210701734593
- Kania, A. (2008). The methodology of musical ontology: Descriptivism and its implications. *British Journal of Aesthetics, 48* (4), 426-444. doi:10.1093/aesthj/ayn034
- Kania, A. (2012). *The philosophy of music*. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Retrieved from <http://plato.stanford.edu/entries/music/#2>
- Kawabata, H. & Zeki, S. (2004). Neural correlates of beauty. *Journal of Neurophysiology, 91* (4), 1699-1705.
- Kenny, C. B. (1996). The dilemma of uniqueness. An essay on consciousness and qualities. *Nordisk Tidsskrift for Musikterapi, 5* (2), 87-96. doi:10.1080/08098139609477876
- Khan, H. (2004). *Reflections on philosophy, psychology and mysticism*. Victoria, BC: Ekstasia Editions Canada.
- Kittay, J. (2009). The sound surround. Exploring how one might design the everyday soundscape for the truly captive audience. *Nordic Journal of Music Therapy, 17* (1), 41-54. doi:10.1080/08098130809478195
- Kivland, M. J. (1986). The use of music to increase self-esteem in a conduct disordered adolescent. *Journal of Music Therapy, 23* (1), 25-29. doi:10.1093/jmt/23.1.25
- Leckey, J. (2011). The therapeutic effectiveness of creative activities on mental well-being: a systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18* (6), 501-509. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01693
- Lee, C. A. (2003a). *The architecture of aesthetic music therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Lee, C. A. (2003b). *Reflections on working with a string quartet in aesthetic music therapy*. *Voices. A World Forum for Music Therapy, 3* (3). doi:10.15845/voices.v3i3.132
- Li, C. (2013). *The Confucian philosophy of harmony*. Abingdon: Routledge.
- Lobanova, A., Spenader, J. & Valkenier, B. (2007). Lexical and perceptual grounding of a sound ontology. Text, Speech and Dialogue. *Lecture Notes in Computer Science, 4629*, 180-187. doi:10.1007/978-3-540-74628-7\_25
- Madsen, C. K. (1971). How reinforcement techniques work. *Music Educators Journal, 57* (8), 38-41.
- Madsen, C. K. & Madsen, C. H., jr. (1968). Music as a behavior modification technique with a juvenile delinquent. *Journal of Music Therapy, 5* (3), 72-76.
- Madsen, C. K., Cotter, V. & Madsen, C. H., jr. (1968). A behavioral approach to music therapy. *Journal of Music Therapy, 5* (3), 69-71.
- Man, K., Kaplan, J. T., Damasio, A. & Meyer, K. (2012). Sight and sound converge to form modality-invariant representations in the temporoparietal cortex. *The Journal of Neuroscience, 32* (47), 16629-16636. doi:10.1523/JNEUROSCI.2342-12.2012
- Marshman, A. T. (2003). The power of music: A Jungian aesthetic. *Music Therapy Perspectives, 21* (1), 21-26. doi:10.1093/mtp/21.1.21
- Marwah, N., Prabhakar, A. R. & Raju, O.S. (2005). Music distraction – its efficacy in management of anxious pediatric dental patients. *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry, 23* (4), 168-170.
- Mastnak, W. (1992). Sound Focusing. Therapie durch Stimme und gezielte Körperresonanz. Musiktherapeutische Umschau. *Forschung und Praxis der Musiktherapie, 13* (1), 30-47.
- Mastnak, W. (1995). Wahr-Sinnen und Sinn-Bilden. In W. Roscher (Hrsg.), *Sinn und Sinne. 25 Jahre integrale Perspektiven Polyästhetischer Erziehung* (S. 252-267). München: Katzbichler.
- Mastnak, W. (2014). Auditory stimulation and cardiac regulation: underlying cerebral mechanisms. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*

- DMW*, 139 (51-52), 2626-2630. doi:10.1055/s-0034-1387469
- Michel, D. E. & Pinson, J. (2005). *Music therapy in principle and practice*. Springfield, IL: Charles Thomas Publisher.
- Migner-Laurin, J. (2013). Interpretation in music therapy: Music and the movement of life. *Voices. A World Forum for Music Therapy*, 13 (1). doi:10.15845/voices.v13.i1.695
- Nadal, M. & Pearce, M.T. (2011). The Copenhagen Neuroaesthetics Conference: prospects and pitfalls for an emerging field. *Brain and Cognition*, 76 (1), 172-183. doi:10.1016/j.bandc.2011.01.009
- Oberlander, R. (1979). Beauty in a hospital aids the cure. *Hospitals*, 53 (6), 89-92.
- Olofsson, A. & Fossum, B. (2009). Perspectives on music therapy in adult cancer care: a hermeneutic study. *Oncology Nursing Forum*, 36 (4), E223-231. doi:10.1188/09.ONF.E223-E231
- Pavlicevic, M. (2005). *Music therapy in context. Music, meaning and relationship*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Preti, C. & Welch, G. F. (2011). Music in a hospital: The impact of a live music program on pediatric patients and their caregivers. *Music and Medicine*, 3 (4), 213-223. doi:10.1177/1943862111399449
- Pritchard, M. (2014). Music as illness, music as healing. *Culture, Medicine and Psychiatry*, Nov 14 (Epub ahead of print).
- Ragland, Z. (1973). Categorizing music therapy groups and session plans. *Journal of Music Therapy*, 10 (4), 194-200. doi:10.1093/jmt/10.4.194
- Ragland, Z. & Apprey, M. (1974). Community music therapy with adolescents. *Journal of Music Therapy*, 11 (3), 147-155. doi:10.1093/jmt/11.3.147
- Ramberg, B. & Gjesdal, K. (2005). Hermeneutics. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Retrieved from <http://plato.stanford.edu/entries/hermeneutics/>
- Rapoport, E., Smadar, S. & Blass, N. (2008). Overtone spectra of gongs used in music therapy. *Journal of New Music Research*, 37 (1), 37-60. doi:10.1080/09298210802259579
- Reichling, M. J. (1993). Susanne Langer's theory of symbolism: An analysis and extension. *Philosophy of Music Education Review*, 1 (1), 3-17.
- Rickson, D. J. (2006). Instructional and improvisational models of music therapy with adolescents who have attention deficit hyperactivity disorders (ADHD): A comparison of the effects on motor impulsivity. *Journal of Music Therapy*, 43 (1), 39-62. doi:10.1093/jmt/43.1.39
- Roscher, W. (1991). Polyesthesia – Polyaesthetics – Polyaesthetic Education. In W. Roscher, C. G. Allesch & P. M. Krakauer (Eds.), *Polyaesthetics. Multiperceptual consciousness and the idea of integrating arts and sciences in education* (pp. 9-28) Vienna: VWGOE.
- Ruud, E., (2010). *Music therapy: A perspective from the humanities*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Salas, J. (1990). Aesthetic experience in music therapy. *Music Therapy*, 9 (1), 1-15. doi:10.1093/mt/9.1.1
- Schapira, D. (2003). Last sounds of the shipwreck. Aspects of the Plurimodal Method in treatment of psychosis. *Nordic Journal of Music Therapy*, 12 (2), 163-172. doi:10.1080/08098130309478087
- Scruton, R. (2009). *Understanding music. Philosophy and interpretation*. London: Continuum
- Sears, M. L. & Sears, W. W. (1964). Abstracts of research in music therapy. *Journal of Music Therapy*, 1 (2), 33-60. doi:10.1093/jmt/1.2.33
- Sheppard, L. C. (1994). Art and beauty as healing modalities. *NLN Publications*, 14-2607, 102-110.
- Singh, D., Samadi, F., Jaiswal, J. & Tripathi, A. M. (2014). Stress reduction through audio distraction in anxious pediatric dental patients: An adjunctive clinical study. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 7 (3), 149-152. doi:10.5005/jp-journals-10005-1254
- Stige, B. (1998). Aesthetic practices in music therapy. *Nordisk Tidsskrift for Musikterapi*, 7 (2), 121-134. doi:10.1080/08098139809477932
- Stige, B. (2009). The aesthetic or multiple aesthetics? A response to Kenneth Aigen. *Nordic Journal of Music Therapy*, 17 (1), 25-29. doi:10.1080/08098130809478193
- The Prompt Institute (2011). *Prompt training. 1. Introduction to PROMPT: Technique*. Retrieved on 16 June 2015 from <http://promptinstitute.com/index.php?page=prompt-training>
- Tucek, G. (2006). Traditional oriental music therapy – a regulatory and relational approach. *Music Therapy Today*, 7 (3), 623-647.
- Walworth, D., Rumana, C. S., Nguyen, J. & Jarred, J. (2008). Effects of life music therapy sessions on quality of life indicators, medications administered and hospital length of stay for patients undergoing elective surgical procedures for brain. *Journal of Music Therapy*, 45 (3), 349-359.
- Wärja, M. (1994). Sounds of music through the spiraling path of individuation: A Jungian approach to music psychotherapy. *Music Therapy Perspectives*, 12 (2), 75-83. doi:10.1093/mpt/12.2.75
- Willin, M. (2012). *Music, witchcraft and the paranormal*. Ely, UK: Melrose Books.
- Wittwer, J. E., Webster, K. E. & Hill, K. (2013). Rhythmic auditory cueing to improve walking in patients with neurological conditions other than Parkinson's disease. What is the evidence? *Disability and Rehabilitation*, 35 (2), 164-176. doi:10.3109/09638288.2012.690495
- Yeh, J. T. & Lin, C. L. (2013). Beauty and healing: examining sociocultural expectations of the embodied goddess. *Journal of Religion and*

*Health*, 52 (1), 318-334. doi:10.1007/s10943-011-9470-z

Young, T., Griffin, E., Phillips, E. & Stanley, E. (2010). Music as distraction in a pediatric emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 36 (5), 472-473. doi:10.1016/j.jen.2010.05.014

Yung, B. (Ed.) (1997). *Celestial airs of antiquity. Music of the seven-string zither of China*. Middleton, WI: E-R Editions.

Zuckerandl, V. (1956). *Sound and symbol. Music and the external world*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Zumbansen, A., Peretz, I. & Hébert, S. (2014). Melodic intonation therapy: back to basics for future research. *Frontiers in Neurology*, 5, 7. doi:10.3389/fneur.2014.00007



**Univ.-Prof. Dr. Dr. Dr. Wolfgang Mastnak**

Arcisstraße 12

D-80333 München

wolfgang.mastnak@hmtm.de

# Glücklicher durch Musizieren? Ein systematischer Review

Clara Scheer\* & Petra Jansen\*

## Zusammenfassung

Musik als universelles Merkmal menschlicher Gesellschaft ist in jeder Kultur zu finden. Sie macht uns glücklich oder traurig, sie wirkt entspannend oder belebend. Doch verändert sie auch unseren Grundzustand der Zufriedenheit? Ziel dieser Arbeit war es, wissenschaftliche Untersuchungen zum Einfluss von Musikinterventionen auf die Steigerung der allgemeinen Lebenszufriedenheit systematisch zusammenzufassen. In einer umfassenden Literaturrecherche wurden insgesamt 184 Studien identifiziert, von welchen nach Prüfung der Kriterien (Veröffentlichung der Studie innerhalb der letzten zehn Jahren, Musik von Probanden aktiv praktiziert, Vorhandensein einer randomisierten Kontrollgruppe) sechs Publikationen übrigblieben. Die Hälfte der gefundenen Publikationen verglichen Musikinterventionen mit aktiven Kontrollgruppen. Die Studien wiesen einen sehr heterogenen, experimentellen Versuchsaufbau auf, drei der sechs Arbeiten untersuchten den Zufriedenheitszustand der Probanden als zusätzliche Messung neben anderen Variablen. Die Ergebnisse zeigten keine Verbesserung der allgemeinen Lebenszufriedenheit nach der Musikintervention, allerdings interpretieren einige Autoren die Ergebnisse als eine mögliche subjektive Steigerung des Glücks.

**Schlüsselwörter:** Musikintervention, Musiktherapie, Lebenszufriedenheit, systematische Übersichtsarbeit

## Greater happiness through music? A systematic review

### Abstract

Music is a global characteristic of human societies, in all cultures and groups humans practice music. It elicits either happy or sad emotions, it helps us to feel relaxed or aroused. But could it actually change our overall condition of life satisfaction? This review aims to provide an overview of the existing literature concerning the effect of music on the general life satisfaction. By investigating the literature we identified 184 publications within the last ten years. After exclusion of preliminary set criteria (published within the last ten years, music produced by subjects, presence of a randomized control group) only six studies could be included in the analysis. Three studies compared the music condition to an active control group. Overall the studies showed a rather inhomogeneous experimental set up. Three studies examined life satisfaction as part of a different investigation. The results did not show any improvement of life satisfaction after a musical intervention program. However some authors hint to a subjective amelioration of the overall well-being of the subjects.

**Keywords:** music intervention, music therapy, life satisfaction, well-being, systemic review

### Einleitung

*„Es schwinden jeden Kummers Falten, solange  
des Liedes Zauber walten.“*

Friedrich von Schiller

Es ist dieses Gefühl von Glück, das wohl nicht nur jedem Musiker bekannt ist, wenn der Klang der Musik den Raum erfüllt. Der Begriff des Glücks scheint dank Gesundheitsratgeber und Coaching-Angeboten nicht aus der

\* Universität Regensburg

Mode zu kommen. Doch die Suche nach dem Glück geht schon viele Jahrhunderte zurück, betrachtet man zum Beispiel den Götterreigen der Antike. Wissenschaftlich setzt sich heute vor allem das Feld der positiven Psychologie (Maslow, Frager, Fadiman, McReynolds & Cox, 1970; Seligman, 2004) mit der Frage des Glücks auseinander. Doch gibt es wirklich eine Anleitung zum Glück?

Wie das Glück ist auch die Musik nicht vom Menschen wegzudenken. Jede uns bekannte menschliche Kultur praktiziert Musik. Selbst fünf Monate alte Babys bewegen sich bereits zum Takt der Musik (Zentner & Eerola, 2010). Archäologische Funde einer Flöte zeigen, dass Musik bereits vor 40.000 bis 80.000 Jahren ein Teil der menschlichen Kultur war (Kunej & Turk, 2000). Auch ist bekannt, dass sich schon Philosophen rund um Aristoteles mit den Auswirkungen von Musik auf den menschlichen Geist beschäftigten (Levitin & Tirovolas, 2009). Der positive Effekt von Musik auf unseren Gemütszustand bis hin zur Veränderung der Persönlichkeit ist jedem Musiker und Musiktherapeuten bekannt. Bezogen auf den Gefühlszustand ist man sich in der Wissenschaft einig, dass Musik einen starken Einfluss auf die subjektive Stimmung und den physiologischen Gefühlszustand hat (Koelsch, 2014). Beispielsweise ruft fröhliche Musik positive und traurige Musik negative Emotionen bei Menschen hervor (Menon & Levitin, 2005). Während diese kurzzeitige Gefühlshebung durch Musik weitverbreitet und häufig nachgewiesen ist (für Überblicksarbeiten siehe Koelsch, 2014; Vuilleumier & Trost, 2015), ist die Langzeitveränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit bis heute relativ unerforscht. Mit diesem Artikel wird versucht, einen systematischen Überblick wissenschaftlicher Arbeiten über den Zusammenhang des aktiven Praktizierens von Musik und dem allgemeinen Zustand von Zufriedenheit bei Nicht-Musikern zu geben.

### Definition des Begriffes Glück

Seit der Antike bis heute wird zwischen hedonistischem und eudämonistischem Glück unterschieden. Als hedonistisches Glück wird das glückliche Gefühl eines Moments bezeichnet, das der Freude oder dem Vergnügen entspricht. Eudämonistisches Glück im Gegensatz bezieht sich auf eine grundsätzliche Lebenszufriedenheit, die bedingt durch eine erfüllende, selbstverwirklichende Tätigkeit erlangt wird (Berridge & Kringelbach, 2011). Diener, Scollon und Lucas (2003) verstehen unter Glück ein übergeordnetes Konzept, welches sich auf mehr als das bloße Glücksgefühl eines Momentes bezieht. Es unterteilt sich in vier Komponenten: angenehme und unange-

nehme Emotionen und Lebenszufriedenheit und Arbeitszufriedenheit. Jede dieser Komponenten ist wiederum in vier Unterbereiche gegliedert: angenehme Emotionen z.B. in Freude und Liebe, unangenehme Emotionen z.B. in Traurigkeit und Angst, Lebenszufriedenheit in Bedeutung und Erfüllung und häusliche Zufriedenheit in z.B. Gesundheit und Heirat.

### Die Forschung rund ums Glück

Neurowissenschaftlich lässt sich Glück nicht ganz so einfach fassen. Und obwohl es eine Trennung zwischen hedonistischem und eudämonistischem Glück gibt, zeigen Studien, dass in glücklichen Menschen beide Arten von Glück vorhanden sind (Kesebir & Diener, 2008). Kringelbach und Berridge (2010) unterteilen hedonistisches Glück in drei Subkomponenten: „mögen“, „wollen“ und „lernen“, alle drei Komponenten haben bewusste und unbewusste Elemente. Neurobiologisch ist das bewusste, hedonistische Glück leichter nachzuweisen, da es im Gehirn eine Vielzahl an Belohnungskreisläufen gibt, die mit hedonistischem Glück in Verbindung gebracht werden. Zu den „Hotspots“ der Freude-generierenden Gehirnregionen gehören die subkortikalen Regionen (Nucleus accumbens [Ncl. acc.] ventrales Pallidum und der Gehirnstamm) sowie weite Bereiche des Cortex (orbitofrontalen, cingulären und medialen Präfrontalcortex [PFC] und Insula).

Der Ursprung des eudämonistischen Glücks wird in Regionen für die Selbstrepräsentation und die kognitive Bewertung einer Situation, den sogenannten „default networks“, vermutet (Fair et al., 2008; Fransson et al., 2007). Dazu gehört der medial präfrontale Cortex (mPFC), der posteriore cinguläre Cortex, der retrospleniale Cortex (mPFC), der inferiore parietale Lappen, der Hippocampus und andere neuronale Strukturen, die bei Gedächtnisprozessen aktiv sind. Auch das mesolimbische System könnte durch seine belohnende Funktion einen Beitrag zum eudämonistischen Glück leisten (Kringelbach & Berridge, 2009).

Die Erinnerung an glückliche Momente wird in einer Studie von Suardi, Sotgiu, Costa, Cauda und Rusconi (2016) mit Hilfe von fMRT (funktionelle Magnetresonanztomographie) und PET (Positronen-Emissions-Tomographie) untersucht. Dabei finden sie Aktivitäten in zahlreichen Gehirnregionen (beispielsweise: im anterioren cingulären Cortex [ACC], präfrontalen Cortex [PFC] und der Insula), die auch mit den Grundemotionen Traurigkeit und Wut in Verbindung gebracht werden. Die limbischen Regionen und die Basalganglia sind hier wahrscheinlich für die subjektiven Gefühle der Freude verantwortlich. Esch (2014, S. 85-88) gibt eine detaillierte Beschreibung wich-

tiger Gehirnregionen beim Empfinden von Glück.

## Die Messung des Glücks

Wie eine Vielzahl an Definitionen für Glück existiert, so gibt es auch eine große Anzahl an Methoden um Glück zu messen. Abgesehen von den oben genannten neurobiologischen Messmethoden, wird Glück häufig durch die Befragung von Probanden erfasst. Hedonistisches Glück, beschrieben als der positive affektive Status oder die positive Stimmung (eng. „positive mood“ oder „happiness“) wird mit Hilfe von Skalen, die den momentanen positiven Zustand oder die Erregbarkeit evaluiert, getestet. Die PANAS-Skala (Watson, Clark & Tellegen, 1988) misst positive und negative Affekte mittels eines Fragebogens. Probanden bewerten ihren Zustand durch Ankreuzen von zehn positiven und zehn negativen Adjektiven auf einer fünfstufigen Skala. Eudämonistisches Glück wird oft mit Zufriedenheit (eng. „life satisfaction“ oder „well-being“) ersetzt. Die „Subjective Happiness Scale“ (Lyubomirsky & Pepper, 1997) oder die „Life Satisfaction Scale“ (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) sind Skalen zur globalen Beurteilung des eigenen Lebens. Auf einer Sieben-Punkte-Skala („Likert-Scale“) werden Aussagen wie „die Bedingungen meines Lebens sind exzellent“ auf ihr Zutreffen angekreuzt.

## Menschen und Musik

So alltäglich Musik in unserem Leben ist, so komplex ist es auch, Musik zu ihrem Ursprung zurückzuverfolgen. Selbst für Darwin schien die menschliche Musikalität eine der großen Mysterien der menschlichen Evolutionsgeschichte zu sein (Darwin, 1874). Viele Theorien zu ihrem Ursprung wurden seither aufgestellt. Einige Wissenschaftler sehen die evolutionären Wurzeln von Musik in der Tierwelt (Cross, 2001), das Trommeln von Menschenaffen (Fitch, 2005) könnte auf dessen Ursprung in unserem gemeinsamen Vorfahren hinweisen, während der Gesang von Vögeln (Catchpole & Slater, 2003; Geissmann, 2000) und Walen (Thomson & Richardson, 2013) als parallele Entwicklung gilt. Für andere Forscher ist Musik ein Nebenprodukt der menschlichen Evolution, das eher zufällig entstanden ist (siehe „the cheesecake hypothesis“ von Pinker, 1999). Eine weitverbreitete Meinung erkennt in der Musik einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung des menschlichen Gehirns (z.B. Brown, Merker & Wallin, 2000; Hyde et al., 2009). Hier aber wiederum scheiden sich die Geister; während einige Forscher den Grund dafür in der sexuellen Selektion sehen – wer schöner singt,

hat bessere Chancen einen Partner zu finden und sich fortzupflanzen (Miller, 2000a, 2000b), vertreten andere die Theorie, dass Musik den Gruppenzusammenhalt stärkt (Dunbar, 1993, 1998) oder als Beruhigung für Kleinkinder entstand (Dissanayake, 2000; Trehub & Trainor, 1998) und damit das Überleben einer Gruppe sicherte. Wie verbunden die Menschheit mit der Musik ist, ist an dem guten Gefühl erkennbar, das beim Musizieren entsteht. Welche Hinweise auf dessen Langzeitwirkungen bei Nicht-Musikern wissenschaftlich nachgewiesen sind, wird versucht in diesem Review zu klären.

## Methode

Der systematische Literaturüberblick (Review) wurde nach den standardisierten Vorgaben des „Preferred Reporting Item for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA)“ durchgeführt.

## Literaturrecherchen und Selektionskriterien

Zur Klärung der Studienlage erfolgte im März 2017 die Literatursuche in den Datenbanken PubMed, Web of Science und PSYINDEX. Die Begriffe „music\* education“, „music\* practice“, „music\* training“, „make music“ und „play music“ wurden als Suchkriterien für „Musik“ verwendet. Für „Glück“ wurden die Suchwörter „happiness“, „well-being“, „life satisfaction“, „positive mood“, „positive affect“ gewählt. Alle Suchwörter aus beiden Kriterien wurden miteinander kombiniert. Daraus ergaben sich 25 Wortkombinationen, die für die Suche in den oben erwähnten Datenbanken mit AND kombiniert wurden. Die Suche wurde auf die letzten zehn Jahre eingeschränkt (Erscheinungsjahr 2007 bis 2017) und konzentrierte sich auf englischsprachige Artikel. Unter diesen Kriterien wurden 7.899 Arbeiten identifiziert. Unter dem Gesichtspunkt, Glück als die Auswirkung auf das allgemeine Wohlbefinden im täglichen Leben zu untersuchen, wurden die Suchwörter zu „Glück“ auf „life satisfaction“ eingeschränkt. Danach verblieben 184 Publikationen.

In einem ersten Schritt wurden doppelte Studien aussortiert und „abstracts“ gesichtet. Als Kriterium für die übrigen Studien galt die Durchführung mit einer randomisierten Kontrollgruppe (RCT). Ausgeschlossen wurden Studien, in denen Probanden Musik hörten, im Gegensatz zu selbst musizierenden. Beide Autorinnen führten die Internetrecherche und Auswahl unabhängig voneinander durch. Nach diesem Ausschlussverfahren blieben sechs relevante Studien übrig.

## Datenerhebung

Die unabhängig voneinander erstellten Listen beider Autorinnen wurden miteinander abgeglichen. Aus der daraus resultierenden Liste wurden Inhalte der Intervention (Setting, Training, Dauer, Intensität, erfasste Variable und Ergebnis), sowie Stichprobenumfang, Messmethoden und statistische Kennwerte erfasst.

## Statistische Kennwerte

Zum besseren Vergleich wurden aus den erhobenen Daten die jeweilige Effektstärke (Cohen's  $d$ ) zwischen Experimental- (EG) und Kontrollgruppe (KG) berechnet oder aus dem Text entnommen, falls vorhanden. Es gilt:  $d = 0,20$  als kleiner Effekt,  $d = 0,50$  als mittlerer Effekt und  $d = 0,80$  als großer Effekt (Cohen, 1988).

## Ergebnisse

### Deskriptive Studienmerkmale

Die gefundenen Studien wurden zwischen 2009 und 2016 veröffentlicht, von sechs stammen zwei aus Großbritannien, zwei aus den USA, eine aus Australien und eine aus Norwegen (Tabelle 1). Alle sechs Studien sind in Fachzeitschriften mit Peer-review-Verfahren veröffentlicht. Insgesamt wurden in allen Studien 447 Probanden untersucht, die Stichprobengröße variierte zwischen zwölf und 84 Teilnehmern ( $M = 34,4$ ;  $SD = 25,1$ ). Das mittlere Alter lag zwischen 52 und 88,5 Jahren ( $M = 72,4$ ;  $SD = 14,4$ ). Zwischen den Studien variierte der Anteil der weiblichen Teilnehmerinnen zwischen null Prozent und 87,4 Prozent, jedoch liefern drei Studien keine Angaben zu den Geschlechtern ihrer Proban-

den. Die Studien rekrutierten Teilnehmer aus unterschiedlichen Hilfseinrichtungen (Altenheim [2], Psychiatrie, Krankenhaus), wie aus einem Gefängnis und einer Gemeinschaft von Nachbarn. Alle Studien verglichen in einem experimentellen Versuchsaufbau eine Experimentalgruppe mit einer oder mit zwei Kontrollgruppen. Vier Studien ordneten ihre Probanden nach dem Zufallsprinzip in Gruppen, eine gab dazu keine Angaben, eine Randomisierung wurde hier angenommen. Eine Studie ließ ihre Probanden frei wählen und begründete die zufällige Verteilung im Nachhinein damit, dass es keinen Unterschied zwischen den Gruppen in der Posttestung gab ( $p = 0,412$ ). Obwohl die beiden letzten Studien nicht ganz sicher als randomisiert bezeichnet werden konnten, wurden die beiden Arbeiten aufgrund der geringen Anzahl geeigneter Arbeiten aufgenommen.

Die Hälfte der Studien bot der Kontrollgruppe ein Alternativprogramm an, wie z.B. Geschichten erzählen, kreatives Schreiben, Kunstunterricht oder psychologische Gesprächsführung. Im Gefängnis und im Altenheim ging die Kontrollgruppe ihrem gewöhnlichen Alltag nach, eine Studie gab der Kontrollgruppe keine zusätzliche Intervention. Alle Studien arbeiteten mit einem eigens entwickeltem Interventionsprogramm oder einem abgeleiteten Programm von Experten aus der Musiktherapie bzw. aus der Gesangslehre. In zwei Fällen wurde die Musikintervention von den Wissenschaftlern selbst ausgeführt, in den anderen Studien war entweder ein professioneller Gesangslehrer oder ein Musiktherapeut zuständig. Zur Musikintervention gehörte in allen bis auf einer Studie Gesang, in zweien wurden die Probanden zusätzlich aufgefordert, sich zur Musik zu bewegen und sich mit der Musik verbal auseinanderzusetzen. In einer Studie bestand die Musiktherapie

**Tabelle 1**

Deskriptive Stichprobenmerkmale

Autor (Jahr), Land	Probanden	Experimentalgruppe (EG)	Kontrollgruppe (KG)	Dauer in Wochen	Häufigkeit und Länge der Einheit	N	Alter M (SD)	Geschl. % weibl.
Belgrave (2011), USA	Altenheimbewohner und Kinder	Musiktherapie	normaler Alltag im Altenheim	10	1×/Woche 30 Min.	Ältere: EG: 14; KG: 12	Ältere: k.A.	k.A.
Gold (2014), Norwegen	Gefangene	Musiktherapie	normale Gefangenenaktivitäten	2	2-3×/Woche k.A. Länge	EG: 56; KG: 57*	k.A.	0%
Haslama (2014), Australien	Ältere Menschen	nicht-religiöse Lieder singen	KG 1: Geschichten erzählen, KG 2: religiöse Lieder singen	6	2×/Woche 30 Min.	EG: 13; KG 1: 14; KG 2: 13	EG: 88,5 (7,19); KG 1: 86,4 (4,88); KG 2: 85,5 (8,10)	60%
Lord et al. (2010), UK	Patienten mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)	Gesangsunterricht	keine zusätzliche Intervention	6	k.A. Häufigkeit ca. 60 Min.	EG: 15; KG: 13	EG: 66,6 (9,3); KG: 68,1 (6,8)	k.A.
Pearce et al. (2016), UK	gesunde, erwachsene Probanden	Gesangsunterricht	Kreatives Schreiben und Kunstunterricht	28	k.A. Häufigkeit ca. 120 Min.	EG: 84; KG: 51	EG: 60 (12); KG: 52 (15)	87,41%
Silverman (2009), USA	Patienten einer Psychiatrie	Patientengespräch mit Musiktherapie	Patientengespräch ohne Musiktherapie	20	1-2×/Woche k.A. Länge	EG: 60; KG: 45	k.A.	k.A.

k.A.: keine Angaben der Autoren · \* Bei Post-Testung nahmen nur 70 Prozent der Probanden teil

aus Spielen in einer Band, Instrumentenlehre, Musikimprovisation und Aufnahme von Musik, Liederschreiben und verbaler Reflexion der Musik. Die Dauer der Intervention variierte zwischen zwei und 28 Wochen ( $M = 12$ ,  $SD = 9,09$ ), die Länge der Einheiten zwischen 30 und 120 Minuten ( $M = 60$ ,  $SD = 36,74$ ), wobei zwei Autoren dazu keine Angaben machten. Für eine Zusammenfassung aller deskriptiven Stichprobenmerkmale siehe Tabelle 1.

## Erfassung des Glücks

Zur Erfassung des überdauernden Glückszustand, d.h. des Zufriedenheit-Zustands der Probanden wurden unterschiedliche Fragebogen genutzt („Loyola Generativity Scale LGS“, McAdams & de St. Aubin, 1992; „Rosenberg Self Esteem Scale“, Rosenberg, 1965; „Social Relationships Scale of the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire“ Q-LES-Q, Endicott, Nee, Harrison & Blumenthal, 1993; „Satisfaction with Life Scale“ SWLS, Diener et al., 1985; „Short Form 36 Questionnaire“ SF36, Ware jr., John & Gandek, 1998).

## Effektivität der Interventionen

Die Effektivität der Intervention ist in Tabelle 2 zusammen gefasst. Die Effektstärke verdeutlicht die statistische Relevanz der Ergebnisse. Drei der sechs gefundenen Studien untersuchten nicht ausschließlich den Effekt von Musik auf die Steigerung der Lebenszufriedenheit. Unter anderem wurden die Verbesserung der Atmung bei chronisch-erkrankten Lungenpatienten (Lord et al., 2010) oder die Gesinnung gegenüber jüngeren Generationen bei Altenheim-Bewohnern (Belgrave, 2011) gemessen. Die in diesen Fällen zusätzlich erhobenen Daten der Lebenszufriedenheit zeigten keine Veränderung nach der Intervention. Die Auswertung eines zusätzlich durchgeführten Fragenbogens zur Zufriedenheit der Patienten mit einer Lungenerkrankung nach der Intervention wurde von den Autoren als außerordentlich positiv beschrieben, es wurden allerdings keine weiteren Daten angegeben. Haslam et al. (2014) verglichen die Veränderung der Lebenszufriedenheit bei Altenheim-Bewohnern durch drei Variablen: Lieder aus der Vergangenheit singen, religiöse Lieder singen und Geschichten erzählen. Der hier erzielte Effekt konnte nicht auf Musik als Intervention zurückgeführt wer-

**Tabelle 2**  
Zusammenfassung  
der empirischen Befunde

Autor (Jahr), Land	Training	Erfasste abhängige Variablen	Erfassung (nur bezogen auf Glück)	<i>d</i> (Vergleich EG und KG)	Effekt
Belgrave (2011), USA	Musiktherapie- und Integrationseinheiten (Ältere und Kinder zusammen): Singen, strukturierte Konversation, Bewegung zur Musik, Spielen eines Instruments	Generationsübergreifende Interaktionen, generationsübergreifende Gesinnung, empfundene Zufriedenheit der Älteren	Zufriedenheit der Älteren: Loyola Generativity Scale (LGS); (McAdams & de St. Aubin, 1992) und Rosenberg Self Esteem Scale (Rosenberg, 1965)	$d = 0,03$ korrigiert nach Cohen	Keine signifikanten Unterschiede der Zufriedenheit zwischen Experimental- und Kontrollgruppe
Gold (2014), Norwegen	Spielen in einer Band, Instrumentalunterricht, Tonaufnahme, Musikimprovisation, Liederschreiben, verbale Reflexion	Messung von Angst, Depression, Zufriedenheit und empfundene Qualität sozialer Beziehungen	Social Relationships Scale of the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q); (Endicott et al., 1993)	$d = -0,337$ korrigiert nach Klauer	Kein Effekt messbar
Haslam (2014), Australien	Liedersingen	Kognition, Angst, Lebensqualität, Identität, religiöse Identität, Identifikation mit der Reminiszenz-Gruppe, Identifikation mit der Gemeinschaft	Satisfaction with Life Scale (SWLS); (Diener et al., 1985)	Nicht-relig. Gesang vs. Geschichten erzählen: $d = 0,049$ korrigiert nach Klauer; Relig. Gesang vs. Geschichten erzählen: $d = -0,272$ korrigiert nach Klauer	Erhöhte Lebensqualität in religiöser Gesangsgruppe und in Geschichtenerzähler-Gruppe gefunden, kein Effekt in nicht-religiöser Gesangsgruppe
Lord et al. (2010), UK	Gesangsunterricht	Körpergefühl, Rundum-Zufriedenheit, soziale Unterstützung, Erfolg	Short Form 36 Questionnaire (SF 36); (Ware et al. 1998)	$d = 1,194$ korrigiert nach Klauer	Keine signifikanten Unterschiede der Zufriedenheit zwischen EG und KG
Pearce et al. (2016), UK	Atemtraining und Gesangsunterricht	Mental und physische Gesundheit, Lebenszufriedenheit, soziale Beziehungen	Flourishing and Satisfaction with Life Scales (SWLS); (Diener et al., 2010; Diener et al., 1985)	$d = 0,147$ korrigiert nach Klauer	Signifikanter Unterschied zwischen Prä- und Posttestung beider Gruppen → kein Effekt der Bedingung ( $p = 0,827$ )
Silverman (2009), USA	Singen und therapeutische Gespräche	Empfindung von Hilfsbereitschaft, Freude und Trost der Therapie, Lebenszufriedenheit, Verständnis vom eigenen Zustand, Kommunikation zwischen Therapeut und Patient und soziale Funktionsfähigkeit	Satisfaction with Life Scale (SWLS); (Diener et al., 1985)	$d = -0,236$ korrigiert nach Cohen & Hedges	Lebenszufriedenheit tendenziell höher in Musiktherapiegruppe ( $p > 0,05$ )

EG: Experimentalgruppe · KG: Kontrollgruppe

den, eine Veränderung der Zufriedenheit war lediglich bei der religiösen Musik-Gruppe und der Geschichtenerzähl-Gruppe festzustellen. Zwei weitere Studien fanden keine Veränderung der Lebenszufriedenheit nach durchgeführter Musikintervention (Gold et al., 2014; Pearce, Launay, Machin & Dunbar, 2016). Eine tendenzielle Steigerung ( $p > 0,05$ ) der Lebenszufriedenheit wurde nur in einer Studie auf die Musik-Intervention zurückgeführt (Silverman, 2009).

## Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es, einen systematischen Überblick über die vorhandene Literatur zur Steigerung der allgemeinen Lebenszufriedenheit durch Musik bei Nicht-Musikern, d.h. bei Menschen, die Musik nicht als ihren Hauptlebensinhalt bezeichnen, zu geben. Da die Mehrheit der Menschen zumindest bis zu einem gewissen Grad Musik praktiziert, sei es in der Schule oder bei festlichen Anlässen, ist es schwierig, eine klare Trennung zwischen Musikern und Nicht-Musikern vorzunehmen. Aufgrund dieser Schwierigkeit haben wir in diesem Review bewusst die Studien mit professionellen und semiprofessionellen Musikern ausgeschlossen.

Betrachtet man die sechs identifizierten Studien, weisen diese eine große Heterogenität bezüglich Versuchsaufbau und Interventionsprogramm auf, da drei Studien die Zufriedenheitssteigerung von Probanden durch Musik nur als eine zusätzliche Messung erheben. Resümiert man dennoch alle sechs Publikationen, zeigt sich kein Effekt von musikalischen oder musiktherapeutischen Interventionen auf die langzeitliche Zufriedenheitserhöhung der Probanden. Vor dem Hintergrund, dass nur die Hälfte der betrachteten Studien den expliziten Effekt von Musik auf Zufriedenheit untersuchte, möchten wir auf die Einzelheiten der sechs Studien genauer eingehen.

## Unterschiede im Versuchsaufbau

Drei Studien untersuchten die Veränderung der Lebenszufriedenheit durch unterschiedliche musikalische Interventionen. Während in einer Studie (Gold et al., 2014) aufgrund der Entlassung von Gefängnisinsassen nur 70 Prozent der Probanden in der Post-Untersuchungen zur Verfügung standen, deuten die anderen beiden Studien auf ein mögliches Potential von musikalischen Interventionen hin. Die Ergebnisse einer Studie mit Patienten einer psychiatrischen Klinik (Silverman et al., 2009) zeigen einen Trend im Anstieg der Zufriedenheit der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Berechnung

der Effektstärke zeigt aber nur einen geringen Effekt. Pearce und Kollegen (2016) wiesen einen signifikanten Anstieg der Zufriedenheit gesunder Probanden nach sieben Monaten Gesangsunterricht nach, allerdings war dieser Effekt ebenfalls nach sieben Monaten Kunstunterricht und kreativem Schreiben der Kontrollgruppe zu beobachten und ist daher nicht allein auf die Musik zurückzuführen.

Die Auswirkungen von Musik in den übrigen drei Studien sind schwer festzuhalten, da sie nur als Teil einer anderen Fragestellung betrachtet werden und unter Umständen nicht als der Auslöser der Zufriedenheit angesehen werden können. Eine Studie untersuchte die Gesinnung von älteren Menschen gegenüber Kindern und die Steigerung ihrer Zufriedenheit durch generationsübergreifende Musiktherapie-Interventionen (Belgrave, 2011). Hier wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen der musikalischen, gemeinsamen (Ältere und Kinder) Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe, die dem normalen Altenheim-Alltag nachgeht, gefunden. Ein Experiment mit chronisch-erkrankten Lungenpatienten untersucht die Verbesserung der Atemfähigkeit durch Gesangsunterricht im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe. Zusätzlich wurde die Steigerung der Zufriedenheit und das körperliche Wohlfühlgefühl erhoben (Silverman, 2009). Beide Gruppen erhielten vor der Intervention ein spezielles Atemtraining. Auch hier wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen Experimentalgruppe und Kontrollgruppe in Bezug auf ihre gesteigerte Lebenszufriedenheit gezeigt. Eine zweite Untersuchung einer Gesangsgruppe innerhalb dieses Experiments wies aber auf eine subjektive Verbesserung des Zufriedenheitsgefühls hin, das direkt nach jeder Einheit mit Hilfe eines Fragebogens gemessen wurde. Die Autoren geben dazu keine genaueren Daten an. Haslam et al. (2014) untersuchten die Hintergründe der gesteigerten Lebensqualität von religiösen Gemeinschaften im Altenheim. Sie unterschieden drei Gruppen, „religiöse Lieder singen“, „weltliche, nicht-religiöse Lieder singen“ und „Geschichten erzählen“. Die hier erfasste Steigerung der Lebenszufriedenheit wird nur bei der Gruppe „religiöse Lieder singen“ und „Geschichten erzählen“ gefunden. Musik zeigt in dieser Studie keinen Effekt.

## Art der Interventionsprogramme

Die identifizierten Studien unterscheiden sich auch in ihren Interventionsprogrammen, sie reichen von Musiktherapie (3), die alle Arten von Musizieren, Musikinterpretation und Musikschriften beinhaltet, bis zu Gesangsunterricht (2) von ausgebildeten Gesangslehrern und gewöhnlichem Liedersingen (1). Die

unterschiedlichen Komponenten erschweren eine Einsicht in die Effektivität einzelner therapeutischer oder künstlerischer Elemente. Ebenso sind verschiedenen qualifizierte Trainer/innen und Therapeuten eine unsichere Variable, deren Versuchsleitereffekt nicht ausgeschlossen werden kann. Nicht zuletzt lässt sich der Umgang der Therapeuten und Trainer mit Patienten schlecht mit deren Umgang mit gesunden Probanden oder Gefängnisinsassen vergleichen.

### Bedeutung unterschiedlicher Testverfahren

Aufgrund der noch wenig erforschten neurophysiologischen Hintergründe der längerfristigen, allgemeinen Lebenszufriedenheit, beschränken sich die Messmethoden der identifizierten Studien auf Fragebögen. Im Vergleich zu objektiveren Messungen der Gehirnaktivität oder des Hormonlevels unterliegt diese Methode einer subjektiven Evaluation des Probanden. Die Vermittlung einer unbewussten Erwartungshaltung könnte das Ergebnis ebenfalls verzerren, ebenso wie die Tendenz, immer mittlere Antwortmöglichkeiten anzukreuzen oder sich für das zu entscheiden, was als sozial erwünscht gilt.

### Bedeutung für die Gesellschaft und für die Musiktherapie

Die negativen Ergebnisse der sechs identifizierten Studien lassen Musikinterventionen als unwesentlich erscheinen; betrachtet man aber die Interpretationen der Autoren, könnte mehr dahinterstecken als auf den ersten Blick sichtbar wird. So sehen Gold et al. (2014) großes Potential in der Verbesserung der Lebensqualität von Gefangenen durch Musiktherapie. Aus ihrer Sicht tritt das negative Ergebnis aufgrund der oft nur kurz andauernden Einheiten und wegen der großen Fluktuation im Gefängnis auf. Viele Probanden waren zur vorgesehenen Post-Untersuchung schon wieder entlassen. Auch der subjektive Fragebogen der Studie in der Lungen-Klinik deutet auf eine Verbesserung des Wohlbefindens hin. Gleichzeitig zeigt die Studie von Pearce und Kollegen (2016), dass eine andere Form kreativer Betätigung, eine Gemeinschaftsaktivität oder das Gefühl etwas zu lernen und Fortschritte zu machen, gesunden Menschen eine Erhöhung der Lebenszufriedenheit bieten kann.

Eine deutlichere Antwort, ob Musik die allgemeine Lebenszufriedenheit steigert, scheinen diese experimentellen Musikinterventionen nicht zu geben. Ob Zufriedenheit objektiv festzuhalten ist, gilt es herauszufinden. Zudem sollte beachtet werden, dass Musiktherapie

im Vergleich zu Musikunterricht im Wesentlichen nicht auf eine Erhöhung der Lebenszufriedenheit, sondern zu einem großen Maß auf eine Veränderung in der Persönlichkeit und auf eine Lösung individueller Probleme abzielt. Aus diesem Grunde ist kritisch zu hinterfragen, ob Musiktherapie überhaupt glücklich machen kann.

Eine mögliche Antwort auf diese Frage geben vielleicht neurowissenschaftliche Erkenntnisse: Hinsichtlich der Suche nach Zufriedenheit im Gehirn ist die Studie von Krügelbach und Berridge (2009) bedeutend. Sie vermuten ihren Ursprung in Regionen, die für die Selbstrepräsentation und die kognitive Bewertung von Situationen zuständig sind (z.B. die Erinnerung an vergangene Momente und Vorstellung zukünftiger). Tiefer im Gehirn scheint auch das mesolimbische System dank seiner belohnenden Funktion seinen Beitrag zum eudämonischen Glück zu leisten.

Für die Musiktherapie bedeutet dies, dass die Therapien überdauernd, d.h. über einen längeren Zeitraum stattfinden sollten, damit sich neben dem, worauf die Musiktherapie abzielt, nämlich die Veränderung der Persönlichkeit, auch ein überdauerndes Glücksgefühl einstellen kann, eben ein Gefühl der Lebenszufriedenheit. Dass Musik die Stimmung erhöhen und kurzfristig glücklich machen kann, ist wissenschaftlich belegt (Koelsch, 2014; Vuilleumier & Trost, 2015). Was fehlt, sind zahlreiche Untersuchungen, die die den Gewinn einer überdauernden Lebenszufriedenheit differenziert bezogen auf die Wirkung der Musikpädagogik und der Musiktherapie untersuchen.

### Forschungsausblick

Das hier dargestellte Bild von Lebenszufriedenheit in Zusammenhang mit Musik lässt schon ahnen, dass dieses Forschungsfeld noch viele offene Fragen in sich trägt. Zukünftige Forschung sollte einzelne Komponenten von Musiktherapie oder Musikunterricht festlegen und diese getrennt dokumentieren. Die Tatsache, dass Musiktherapie nicht primär auf eine Erhöhung der Lebenszufriedenheit abzielt, macht es zu einem komplexen Forschungsfeld. Untersuchungen in diesem Bereich sollten sich der Tatsache bewusst sein, dass Musiktherapie zunächst zur Heilung von Erkrankungen eingesetzt wird und auf die Veränderung bestimmter Persönlichkeitseigenschaften abzielt und die Steigerung der Lebenszufriedenheit vielleicht ein nachgeordnetes Ziel ist.

Für einen direkten Vergleich zwischen musikpädagogischen und musiktherapeutischen Interventionen wäre es hilfreich, Studien mit einer aktiven und einer passiven Kontrollgruppe durchzuführen, sowie mit einer Prä- und

einer Posttestmessung. Besonders interessant wären Messungen neurophysiologischer oder hormoneller Veränderungen als Folge von Musikinterventionen. Kurzzeitige Musikinterventionen bei Laien könnten mit Interventionen bei Berufsmusikern verglichen werden. Bei dieser Art der Untersuchungen könnte man zwischen einem eher kurzfristigen Glücksempfinden und einer überdauernden Zufriedenheit unterscheiden. Ob das wohltuende Gefühl von Musik nur eine Frage der Gewohnheit ist oder einen evolutionären Hintergrund hat, wäre eine weitere interessante Fragestellung.

### Limitationen

Die größte methodische Einschränkung dieses Reviews liegt in der geringen Anzahl ausgewerteter Studien. Als Grund dafür ist die Bedingung eines randomisierten Kontrollgruppen-Designs zu nennen. Diese Einschränkung wurde gewählt, um die Studien mit dem wissenschaftlichen höchsten Standard auszuwählen. Auf die Integration quasi-experimenteller Studien in Form der Untersuchung der Lebenszufriedenheit von Musikern und Nicht-Musikern wurde verzichtet, da bei quasi-experimentellen Studien verschiedene Faktoren das Ergebnis ebenfalls beeinflussen können und es nicht allein auf die Musik-Aktivierung zurückzuführen ist. Als weitere Einschränkung sind die geringen Fallzahlen der untersuchten Studien zu nennen. Bei drei Studien lagen die Stichprobengrößen nur zwischen 12 und 15 Probanden. Darüber hinaus spielt auch die Beschränkung auf den Suchbegriff der Lebenszufriedenheit eine Rolle. Im Englischen wurde hier der Begriff der Lebenszufriedenheit ausgewählt und auf den Begriff des „wellbeing“ verzichtet, da er unseres Erachtens einen eher oberflächlichen Zugang zum Begriff des Glücks aufweist. Zu dem Zeitpunkt der Literaturrecherche gab es nur wenige Publikationen, die diesem Kriterium entsprachen. Weiterhin beschränkte sich die Suche auf englischsprachige Arbeiten, so dass Studien in anderen Sprachen möglicherweise übersehen wurden. Auf eine metaanalytische Effektivitätsintegration wurde aufgrund der sehr heterogenen Arbeiten in diesem Themenbereich verzichtet.

### Schlussfolgerung

Während Ergebnisse zu Musik und Glück eine offensichtliche Steigerung des momentanen Gefühlszustandes nachweisen (Koelsch, 2014; Vuilleumier & Trost, 2015), konnte dieser Review in keiner der identifizierten Studien eine Verbesserung der überdauernden Lebenszufriedenheit finden. Um Zufriedenheit nachzuweisen, bedarf es objektiverer Messmethoden

und Interventionen über längere Zeiträume. Die Zufriedenheit eines Menschen in seinem Leben ist ein sehr vielschichtiges und tief liegendes Glück, dessen Erhebung wesentlich komplexer ist, als es durch einen Fragebogen messbar wäre. Das gute Gefühl, das uns Musik vermittelt, ist, wenn auch bis jetzt nicht empirisch erhoben, ein Hinweis darauf, dass Musik glücklich machen kann. In diesem Sinne dürfen wir weiter in Spuren unserer Vorfahren nach dem Glück durch die Musik forschen.

### Literatur

(\* = Identifizierte Studien dieses Reviews)

- Belgrave, M. (2011). The effect of a music therapy intergenerational program on children and older adults' intergenerational interactions, cross-age attitudes, and older adults' psychosocial well-being. *Journal of Music Therapy*, 48 (4), 486-508.\*
- Berridge, K. C. & Kringelbach, M. L. (2011). Building a neuroscience of pleasure and well-being. *Psychology of Well-being*, 1 (1), 1-3. doi:10.1186/2211-1522-1-3
- Brown, S., Merker, B. & Wallin, N. L. (2000). An introduction to evolutionary musicology. In N. L. Wallin, B. Merker & S. Brown (Eds.), *The origins of music* (pp. 3-24). Cambridge MA, London: MIT Press.
- Carolyn, K., Rovee-Collier, C. K., Lipsitt, L. P. & Hayne, H. (1998). *Advances in infancy research* (Vol. 12). Westport, CT: Ablex Publishing Corporation.
- Catchpole, C. K. & Slater, P. J. B. (2003). *Bird song: biological themes and variations*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Chardson, W. J. Greene, C. R. Malme, C. I. & Thomson, D. H. (2013). *Marine mammals and noise*. San Diego, CA: Elsevier Science.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. London, UK: Taylor & Francis. Retrieved from <https://books.google.de/books?id=cIJH0IR33bgC>
- Cross, I. (2001). Music, mind and evolution. *Psychology of Music*, 29 (1), 95-102.
- Darwin, C. (1874). *The descent of man* (p. 224). London: Verlag••.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75. doi:10.1207/s15327752jpa4901\_13
- Diener, E., Scollon, C. N. & Lucas, R. E. (2003). The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219. doi:10.1016/S1566-3124(03)15007-9
- Dissanayake, E. (2000). Antecedents of the temporal arts in early mother-infant interaction. In N. L. Wallin, B. Merker & S. Brown (Eds.), *The Origins of Music* (pp. 389-410). Cambridge MA, London: The MIT Press.

- Dunbar, R. I. M. (1998). *Grooming, gossip, and the evolution of language*. Massachusetts, USA: Harvard University Press.
- Dunbar, R. I. M. (1993). Coevolution of neocortical size, group size and language in humans. *Behavioral and Brain Sciences*, 16 (04), 681. doi:10.1017/S0140525X00032325
- Endicott, J., Nee, J., Harrison, W. & Blumenthal, R. (1993). Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: a new measure. *Psychopharmacology Bulletin*, 29 (2), 321-326.
- Esch, T. (2014). *Die Neurobiologie des Glücks. Die Teile des Gehirns und was sie tun*. (2. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Fair, D. A., Cohen, A. L., Dosenbach, Nico U. F. et al. (2008). The maturing architecture of the brain's default network. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 105 (10), 4028-4032. doi:10.1073/pnas.0800376105
- Fitch, W. T. (2005). The evolution of music in comparative perspective. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1060, 29-49. doi:10.1196/annals.1360.004
- Fransson, P., Skiöld, B., Horsch, S., Nordell, A. et al. (2007). Resting-state networks in the infant brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104 (39), 15531-15536. doi:10.1073/pnas.0704380104
- Geissmann, T. (2000). Gibbon songs and human music from an evolutionary perspective. In N. L. Wallin, B. Merker & S. Brown (Eds.), *The origins of music* (pp. 103-123). Cambridge MA, London: MIT Press.
- Gold, C., Assmus, J., Hjørnevik, K., Qvale, L. G. et al. (2014). Music therapy for prisoners: Pilot randomised controlled trial and implications for evaluating psychosocial interventions. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 58 (12), 1520-1539.\*
- Haslam, C., Haslam, S. A., Ysseldyk, R., McCloskey, L.-G. et al. (2014). Social identification moderates cognitive health and well-being following story- and song-based reminiscence. *Aging & Mental Health*, 18 (4), 425-434. doi:10.1080/13607863.2013.845871\*
- Hyde, K. L., Lerch, J., Norton, A., Forgeard, M. et al. (2009). Musical Training Shapes Structural Brain Development. *Journal of Neuroscience*, 29 (10), 3019-3025.
- Kesebir, P. & Diener, E. (2008). In pursuit of happiness: Empirical answers to philosophical questions. *Perspectives on Psychological Science*, 3 (2), 117-125.
- Koelsch, S. (2014). Brain correlates of music-evoked emotions. *Nature reviews. Neuroscience*, 15 (3), 170-180. doi:10.1038/nrn3666
- Kringelbach, M. L. & Berridge, K. C. (2009). Towards a functional neuroanatomy of pleasure and happiness. *Trends in Cognitive Sciences*, 13 (11), 479-487. doi:10.1016/j.tics.2009.08.006
- Kringelbach, M. L. & Berridge, K. C. (2010). The functional neuroanatomy of pleasure and happiness. *Discovery Medicine*, 9 (49), 579.
- Kunej, D. & Turk, I. (2000). New perspectives on the beginnings of music: Archaeological and musicological analysis of a Middle Paleolithic bone "flute". In N. L. Wallin, B. Merker & S. Brown (Eds.), *The origins of music* (pp. 235-268). Cambridge MA, London: The MIT Press.
- Levitin, D. J. & Tirovolas, A. K. (2009). Current advances in the cognitive neuroscience of music. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156, 211-231. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.04417.x
- Lord, V. M., Cave, P., Hume, V. J., Flude, E. J. et al. (2010). Singing teaching as a therapy for chronic respiratory disease—a randomised controlled trial and qualitative evaluation. *BMC Pulmonary Medicine*, 10 (1), 41.\*
- Lyubomirsky, S. & Pepper, H. (1997). A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137-155.
- Maslow, A. H., Frager, R., Fadiman, J., McReynolds, C. & Cox, R. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- McAdams, D. P. & de St Aubin (Eds.) (1992). A theory of generativity and its assessment through self-report, behavioral acts, and narrative themes in autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62 (6), 1003.
- Menon, V. & Levitin, D. J. (2005). The rewards of music listening: response and physiological connectivity of the mesolimbic system. *NeuroImage*, 28 (1), 175-184. doi:10.1016/j.neuroimage.2005.05.053
- Miller, G. (2000a). Evolution of human music through sexual selection. In N. L. Wallin, B. Merker & S. Brown (Eds.), *The origins of music* (pp. 329-360). Cambridge MA, London: MIT Press.
- Miller, G. (2000b). *The mating mind: How sexual choice shaped the evolution of human nature*. Hamburg: Anchor Books.
- Pearce, E., Launay, J., Machin, A. & Dunbar, R. I. M. (2016). Is group singing special? Health, well-being and social bonds in community-based adult education classes. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 26 (6), 518-533. doi:10.1002/casp.2278\*
- Pinker, S. (1999). How the mind works. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 882 (1 GREAT ISSUES), 119-127. doi:10.1111/j.1749-6632.1999.tb08538.x
- Richardson, W. J. Greene jr., C. R. Malme, C. I. & Thomson, D. H. (Eds.) (2013). *Marine mammals and noise*. San Diego, CA: Academic Press.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). Acceptance and commitment therapy. *Measures Package*, 61, 52.
- Seligman, M. E. P. (2004). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize*

- your potential for lasting fulfillment.* New York: Simon & Schuster.
- Silverman, M. J. (2009). The effect of single-session psychoeducational music therapy on verbalizations and perceptions in psychiatric patients. *Journal of Music Therapy, 46* (2), 105-131.\*
- Suardi, A., Sotgiu, I., Costa, T., Cauda, F. & Rusconi, M. (2016). The neural correlates of happiness: A review of PET and fMRI studies using autobiographical recall methods. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience, 16* (3), 383-392. doi:10.3758/s13415-016-0414-7
- Thomson, D. H. & Richardson, W. J. (2013). Marine mammal sound. In W. J. Richardson, Greene jr., C. I. Malme & D. H. Thomson (Eds.), *Marine mammals and noise* (pp. 159-204). San Diego, CA: Academic Press.
- Trehub, S. E. & Trainor, L. (1998). Singing to infants: Lullabies and play songs. In K. Carolyn, C. K. Rovee-Collier, L. P. Lipsitt & H. Hayne (Eds.), *Advances in infancy research* (Vol. 12, pp. 43-78). Westport, CT: Greenwood Publishing Group.
- Vuilleumier, P. & Trost, W. (2015). Music and emotions: from enchantment to entrainment. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1337*, 212-222. doi:10.1111/nyas.12676
- Wallin, N. L., Merker, B. & Brown, S. (Eds.) (2000). *The origins of music.* Cambridge MA, London: MIT Press.
- Ware jr, J. E. & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Journal of Clinical Epidemiology, 51* (11), 903-912. doi:10.1016/S0895-4356(98)00081-X
- Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54* (6), 1063.
- Zentner, M. & Eerola, T. (2010). Rhythmic engagement with music in infancy. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 107* (13), 5768-5773. doi:10.1073/pnas.1000121107



**Clara Scheer**

Universität Regensburg  
Institut für Sportwissenschaft  
Universitätsstraße 31  
D-93053 Regensburg  
clara.scheer@ur.de



**Univ.-Prof. Dr. Petra Jansen**

Universität Regensburg  
Institut für Sportwissenschaft  
Universitätsstraße 31  
D-93053 Regensburg  
petra.jansen@ur.de

# „Wenn Symptome tanzen lernen“ – Szenen aus dem Tanzprojekt „Körperkunst“ der Gießener Familienpsychosomatik

Johanna Lea Karb<sup>1</sup>, Susanne Fromme<sup>2</sup>, Tarek Assam<sup>3</sup> & Burkhard Brosig<sup>4</sup>

## Zusammenfassung

Ausgehend von der Methode der Teilnehmenden Beobachtung werden Szenen eines Tanzprojekts herausgearbeitet, das in Kooperation von Familienpsychosomatik, Pädiatrie und Tanzkompagnie stattfand. Mittels komparativer Kasuistik werden die Krankheitsbilder Anorexia nervosa und Atopische Dermatitis miteinander kontrastiert und in der sich im Workshop abzeichnenden Entwicklung beschrieben. Die Konflikte im Körper chronisch kranker Kinder und Jugendlicher und die damit verbundenen inneren Spannungen und Ambivalenzen können dabei im modernen Tanz als einem nonverbalen Kommunikationsmedium kreativ be- und verarbeitet werden.

**Schlüsselwörter:** moderner Tanz, Pädiatrie, Familienpsychosomatik, chronische Erkrankungen, Psychoanalyse, Teilnehmende Beobachtung

## ‘If symptoms learn to dance’ – scenes from the dance project of the Pediatric Clinic Gießen

### Abstract

Based on the method of participant observation, scenes of a dance project, which is organized in cooperation between family psychosomatics, pediatrics and dance company, are outlined. On the basis of a comparative case study the clinical pictures of Anorexia nervosa and Atopic dermatitis are contrasted and developments within the workshop are described. The conflicts within the body of chronically ill children and adolescents and the associated internal tensions and ambivalences are creatively worked through by modern dance as a non-verbal medium of communication.

**Keywords:** modern dance, pediatrics, family psychosomatics, chronic diseases, psychoanalysis, participant observation

### Körperkunst: Ein Tanzprojekt

In den modernen westlichen Gesellschaften werden gesundheitliche Beeinträchtigungen aufgrund chronischer Erkrankungen, besonders auch bei Kindern und Jugendlichen, zunehmend Thema. Die sogenannte „neue Morbidität“ (Ravens-Sieberer, Wille & Erhart, 2007) bezeichnet die Tendenz einer Verschiebung von somatischen hin zu psychosomatischen sowie psychischen Störungen. Seit 2003 prä-

sentiert das Robert-Koch-Institut mit seiner Langzeitstudie KIGGS wiederholt Daten zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Die Ergebnisse der ersten Erhebungswelle (2009-2012) zeigen, dass zum Beispiel ein Fünftel (20,2%) der Kinder und Jugendlichen zwischen drei und 17 Jahren einer Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten zugeordnet werden kann und Neurodermitis (atopische Dermatitis) mit einer Lebenszeitprävalenz von 14,3 Prozent zu

<sup>1</sup> International Psychoanalytic University, Berlin (IPU)

<sup>2</sup> Hochschule für Musik und darstellende Kunst, Stuttgart

<sup>3</sup> Tanzkompagnie Gießen

<sup>4</sup> Familien- und Kinderpsychosomatik, Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin der JLU Gießen

einer der häufigsten chronischen körperlichen Krankheiten des Kindes – und Jugendalters zählt. Da mit den Erkrankungen meist eine stark eingeschränkte Lebenszufriedenheit einher geht und die Betroffenen und ihre Familien häufig mit den damit verbundenen erheblichen Belastungen überfordert sind, werden Therapie – und Interventionsmaßnahmen, die auf Körper und Psyche zugeschnitten sind, zunehmend wichtiger.

In einem Beitrag von Brosig et al. (2013) zu „*Körper-Kunst in der Kinderklinik – ein interdisziplinäres Projekt zwischen Pädiatrie, Tanztheater und Psychosomatik*“ in der Zeitschrift „*Gruppendynamik und Organisationsberatung*“ wird das Konzept eines Tanzprojekts mit dezidiert künstlerischem Schwerpunkt dargestellt.

Das Projekt ist Teil einer „*Psychosomatischen Komplexbehandlung*“, d.h. einer integrativen, körperliche wie seelische Aspekte einer Erkrankung umfassenden, i.e.: psychosomatischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen am Zentrum für Kinderheilkunde der Universitätsklinik Gießen. Das Projekt findet in Form eines Workshops einmal monatlich an drei aufeinander folgenden Workshoptagen unter Leitung einer Tanzpädagogin statt und wird von Tänzer\*innen der Tanzcompagnie Gießen begleitet. Teilnehmer\*innen sind Kinder und Jugendliche, die im Schwerpunkt an chronischen Erkrankungen mit psychosomatischer Comorbidität leiden und sich für vier bis sechs Wochen in stationärer Intensivbehandlung befinden.

Tanz wird hier als eine *Kunstform* verstanden, die dekonstruktivistisch konzeptualisiert wird und so der psychosomatischen Konflikt-dynamik Ausdruck verleihen kann: als eine Möglichkeit, sich mit der eigenen körperlichen Entfremdung und Symptombelastung kreativ auseinanderzusetzen und die inneren Spannungen, Konflikte und Ambivalenzen in Bezug auf die Beziehung zum eigenen erkrankten Körper zu verarbeiten.

Bei dem Projekt handelt es sich nicht um klassische Tanztherapie, sondern es bietet einen „Ort der Auseinandersetzung“, an dem die seelischen Spannungen durch Bewegung inszeniert und beleuchtet werden können. Dabei steht weniger der heilende Aspekt als vielmehr der dekonstruktiv-konfliktzentrierte sowie ausdrucksorientierte Gesichtspunkt im Vordergrund. Schwerpunkt der Arbeit ist das Erleben des Körpers in Auseinandersetzung mit den professionellen Tänzer\*innen – der Körper wird hierbei als Kommunikationsmedium zwischen Tänzer\*innen, Kindern und Jugendlichen eingesetzt, die sich in *gleichberechtigter* Beziehung zueinander erleben sollen.

Durch den „unmittelbaren körpersprachlichen Dialog“ zwischen Tänzer\*innen und Teilnehmer\*innen, eine sich am Tanztheater-

Alltag orientierende Struktur und Setzung klarer Rahmenbedingungen entsteht so ein „geschützter“ künstlerischer Raum, in dem die eigene Körperlichkeit unmittelbar anders wahrgenommen und idealerweise wieder positiver besetzt werden kann.

Der folgende Text soll vor allem das *szenische Verstehen* (vgl. Prokop & Görlich, 2006) der zwischenmenschlichen Kommunikation und Entwicklung während des Workshops und den „Projektalltag“ mit allen beteiligten Instanzen beleuchten, wobei auch hier hauptsächlich das innere Erleben der am Projekt beteiligten Mitarbeiterin eine Rolle spielen wird.

### Zur Theorie der teilnehmenden Beobachtung

Unter Anwendung der Methode der *Teilnehmenden Beobachtung* wird die Erstautorin Eindrücke und Erlebnisse während ihrer Tätigkeit als studentische Hilfskraft (November 2013 – Juli 2014) im Projektteam des „Körper-Kunst-Projektes“ beschreiben und reflektieren. Daher zunächst einige Aspekte zur Methode der *Teilnehmenden Beobachtung*:

Diese findet ihren Ursprung sowohl in der Ethnologie als auch der Sozialforschung. Ziel ist es, neben der Selbsterfahrung durch Teilnahme am Geschehen sowohl Teil der zu beobachtenden Gruppe zu sein als auch deren Verhalten und das einzelner Individuen genauer beobachten zu können.

Bei Fischer (2002) heißt es beispielsweise: „Teilnahme“ ist mehr als anwesend sein. Es bedeutet Dabeisein, Mitmachen, Beteiligt sein, Teilnehmen am täglichen Leben der Untersuchten. Es reicht also nicht – wie das etwa im ersten Jahr der Hamburger Südsee-Expedition noch der Fall war – auf einem Schiff vor der Küste zu wohnen und von da aus täglich ein Dorf zu besuchen, um hier die Menschen zu befragen, zu fotografieren und einige Vorgänge zu beobachten.“

Besonders im Setting des Tanzworkshops würde es wohl eher den Prozess hemmen, sich als Beobachterin an den Rand zu setzen und sich so von den Kindern und Jugendlichen und dem Geschehen des Workshops zu distanzieren.

Im Gegensatz beispielsweise zum aktiven Gespräch mit einer bekannten Person, oder Personengruppe, verhält sich der/die Beobachter\*in hier jedoch deutlich passiver. Dennoch wird die Dynamik der Gruppe durch die Teilnahme der beobachtenden Person beeinflusst, wobei diese *gleichzeitig* versucht, das von ihr Beobachtete kritisch zu erfassen und einzuordnen.

Während des Tanzprojekts hat sich besonders die Methode der „*freien Beobachtung*“ an-

geboten, wie sie sowohl in Ethnologie als auch Soziologie Verwendung findet. Hier gibt es keinen „systematischen Erhebungsplan“ – der/die Beobachter\*in lässt sich also möglichst unvoreingenommen auf das Geschehen der Gruppe ein. „Komplexe Situationen und Handlungsprozesse können so beinahe uneingeschränkt erfasst werden“ (Girtler, 2001, S. 62).

Die *freie teilnehmende Beobachtung* ermöglicht es, als Bereich der freien Feldforschung also, einen persönlichen Kontakt zu den zu beobachtenden Menschen herzustellen, ohne diesen durch Vorgaben hinsichtlich des Verhaltens zu beeinflussen.

Schwartz und Schwartz (1955) beschreiben diese Methode wie folgt:

„Für unsere Zwecke definieren wir teilnehmende Beobachtung als einen Prozess, in dem die Anwesenheit des Beobachters in einer sozialen Situation zum Zwecke wissenschaftlicher Erhebung unterhalten wird. Der Beobachter steht in unmittelbarer persönlicher Beziehung zu den Beobachteten, und indem er mit ihnen an ihrem persönlichen Lebensbereich partizipiert, sammelt er Daten. So ist der Beobachter Teil des unter Beobachtung stehenden Kontextes, und er modifiziert nicht nur diesen Kontext, sondern wird auch von ihm beeinflusst“ (zit. nach Girtler, 2001, S. 63).

Im Fall des Gießener Tanzprojekts steht jedoch der persönliche Kontakt zu den Patient\*innen im Vordergrund und auch die Rolle der Erstautorin (J. K.) als Aufsichtsperson distanziert sich graduell von der einer hauptsächlich beobachtenden „Forscherin“.

*Freie teilnehmende Beobachtung* kann durch die intensive Auseinandersetzung des „Forschers“ mit bestimmten Personen auch zu freundschaftlichen Verbindungen führen. Diese freundschaftlichen Beziehungen können sich wiederum auf die „wissenschaftliche Distanz“ auswirken und so die Beobachtungen beeinflussen (vgl. Girtler, 2001, S. 65).

Während der Arbeit im Projekt war es daher besonders wichtig, einerseits in einen positiven und offenen Kontakt mit den Patient\*innen zu kommen und andererseits dennoch Distanz zu wahren und dabei den Wunsch der Teilnehmer\*innen nach symmetrischer Beziehung nicht zu erfüllen und gleichsam keine freundschaftlichen Gefühle zu vermitteln.

## Kontrastierendes Fallmaterial Anorexia nervosa und Neurodermitis

### Anorexia nervosa

In dem bereits angesprochenen konzeptuellen Beitrag beziehen sich Brosig et al. (2013) bereits auf das Krankheitsbild der Anorexia nervosa, da diese Patient\*innen die Entwicklung ihres

kindlichen Körpers hin zu einem reiferen, weiblichen Körper innerlich ablehnen (müssen) und durch Nahrungsentzug diese weitere Entwicklung zu unterdrücken, sich förmlich aufzulösen versuchen. Die Weiterentwicklung der Patientin während der drei aufeinander folgenden Workshop-Tage, innerhalb des Tanzprojekt-Angebots, ist sowohl subtil nachzuzeichnen als auch besonders spannend zu beobachten.

Ein kurzer Auszug aus einem der Tagesberichte über das Tanzprojekt, in dem die Erstautorin (J. K.; im Folgenden aus der Ich-Perspektive formulierend) ihre ersten Beobachtungen zu einer an *Anorexie* leidenden Patientin (die im Folgenden C. genannt wird) schildert, soll diesen Eindruck verdeutlichen. Die Patientin war zu diesem Zeitpunkt 15 Jahre alt und befand sich in stationärer Behandlung:

*Beim Tanzen ist C. immer noch sehr still und ruhig und macht fast gefügig mit. Allerdings scheint sie zunehmend „aufzublühen“, als sie merkt, dass der Fokus der allgemeinen Aufmerksamkeit gar nicht so sehr auf ihr lastet. Bei den Übungen mit Körperkontakt ist sie sehr vorsichtig, ich habe gleichzeitig das Gefühl, man könne ihr nicht viel zumuten, als könne sie nicht viel aushalten, da sie zu schwach und fragil ist. (Am 1. Tag habe ich sie gebeten, einen Hocker von einem Stapel zu nehmen, damit wir die Musikanlage daraufstellen können, und musste kurz überlegen, ob das nicht zu schwer für sie ist). Ich glaube, sie weiß nicht, dass sie ein wirklich hübsches Mädchen ist.*

Die Patientin C. nahm aufgrund einer Fortführung ihrer stationären Behandlung auch im darauffolgenden Monat am Tanzprojekt teil. Die folgenden Auszüge aus den jeweiligen Tagesberichten zeigen ihre Entwicklung im Verlauf der drei Workshop-Tage:

#### Tag 1

*C. sagt in der Anfangsrunde, es gehe ihr „ganz gut“, und sie lässt sich, wie beim letzten Workshop, bereitwillig auf alles ein, was von ihr verlangt wird. Dieses Mal fällt mir jedoch auf, dass ihr magerer, langer Körper trotz ihrer sanften Bewegungen sehr staksig und kantig wirkt.*

#### Tag 2

*Wir machen eine Partnerübung, bei der man durch einen imaginären Magneten miteinander an einem selbstgewählten Körperteil verbunden ist, einer führt und der andere reagiert darauf. Ich frage C., womit sie beginnen möchte, und es ist Anfangs nicht ganz eindeutig, ob sie führt oder ich. Ich „folge“ ihr dann und sie scheint mich gern zu führen, obwohl sie hinterher berichtet, dass sie lieber geführt werde. Zuerst soll die Übung auf der Stelle durchgeführt werden und anschließend auf Anweisung im ganzen Raum. Sie scheint dies überhört zu ha-*

ben, obwohl Tanzpädagogin Susanne es noch einmal betont, und führt mich von Anfang an durch den ganzen Raum.

Bei einer weiteren Partnerübung, die ich mit C. gemeinsam mache, bei der man der Partnerin unterschiedlich starke Bewegungsimpulse geben soll, auf welche diese auf ihre Weise und je nachdem, wie stark der Impuls war, heftiger oder sanfter reagieren soll, möchte sie auf mein Drängen, sich zu entscheiden, beginnen, mir Impulse zu geben.

Ihre „Stupser“ in meine Seite, den Rücken oder die Beine sind recht hart und sie scheint nicht darauf eingehen zu wollen oder zu können, dass wir mit der Heftigkeit der Impulse spielen sollen.

Als wir die Rollen tauschen und ich bewusst sehr leichte Impulse gebe, sie also nur sehr leicht „anstupse“, reagiert sie in ihren Bewegungen immer gleich stark. Zu stark für die meisten meiner sehr leichten Impulse. C. scheint nicht in der Lage, zwischen den sehr sanften und stärkeren Berührungen unterscheiden zu können.

Bei beiden Übungen stehen wir sehr weit auseinander. Während ich bei anderen Paaren beobachte, dass diese auch sehr minimalistische Bewegungen mit dem Körper der anderen ausprobieren, sind unsere Impulse stets eher grob. Ich habe das Gefühl, dass zwischen uns ein (nicht negativ) kleiner Konkurrenzkampf darum entstanden ist, bei dem es darum geht, wer die Führung übernimmt.

Später geht es bei einer weiteren Übung darum, den Impulsen der Partnerin nicht folgen zu müssen, sondern selbst entscheiden zu können, ob man Widerstand leistet oder folgt. C. scheint von meinen Widerständen irritiert zu sein. Sie wirkt verunsichert, wenn ich mich „gegen ihre Anweisungen lehne“.

Tag 3

Die Patientin bittet mich bereits am Mittag, nicht mit zum Tanzen gehen zu müssen, da ihre Mutter später ein Gespräch mit dem Leiter der Familienpsychosomatik habe, in dem über den weiteren Therapieverlauf gesprochen werden soll. C. möchte unbedingt dabei sein, da es um ihre Entlassung und die Magensonde gehe (ob und wann diese entfernt werde) und dass sie in dem Gespräch noch einige wichtige Fragen stellen möchte, die sie sich während der Chefarztvisite nicht zu stellen getraut habe.

Ich sage ihr, dass dies vermutlich nicht möglich sei, da das Tanzen trotz anderer Gesprächstermine verpflichtend ist und sie die Fragen für ihre Mutter aufschreiben soll. Sie wirkt enttäuscht und hofft weiterhin, bei dem Gespräch dabei sein – und von ihrer Mutter hinterher zum Tanzen gebracht werden zu können, was sie mir als Kompromiss vorschlägt.

Als ich C. später trotzdem abhole, sitzt sie auf ihrem Bett und muss ihren Joghurt essen.

Sie ist ganz verweint und sieht sehr unglücklich aus. Sie fügt sich aber und bleibt höflich. Als wir auf dem Weg nach draußen sind, begegnen wir ihrer Mutter mit der kleinen Schwester, die auf dem Weg zum Gespräch sind. Sie ruft: „Mama!“ und läuft auf die beiden zu; während sie sich umarmen, weint sie wieder und gebärdet sich wütend und enttäuscht. Die Mutter kommt mir kühl und distanziert vor, sie wirkt nicht liebevoll tröstend, was ich in dieser Situation erwartet hätte.

Im Workshop sagt C. dann in der Anfangsrunde, dass es ihr nicht so gut gehe. Trotzdem fügt sie sich mal wieder und macht unauffällig mit.

Die Patientin wirkte sowohl während des ersten, als auch zu Beginn des zweiten Workshops äußerlich gefügig und angepasst. Das Bilden und Äußern einer eigenen Meinung, also etwas vom eigenen Inneren preiszugeben, fiel ihr merklich schwer. Am letzten Tag des zweiten Workshops schien jedoch etwas in ihr „aufzubrechen“ und Abwehr, Aggression und Widerstand gegen Autoritäten wurden spürbar. Trotzdem fügte sie sich letztlich wieder der Situation und tat, was von ihr verlangt wurde.

Das Deutsche Ärzteblatt gibt an, dass etwa ein bis drei Prozent der weiblichen Jugendlichen an Essstörungen (*Anorexia nervosa*, *Bulimia nervosa*) leiden. Das Geschlechterverhältnis liegt hier bei 1:10 (m/w), wobei die betroffenen Jugendlichen bei Ersterkrankung meist zwischen 14 und 16 Jahre alt sind. International geht man von einer Prävalenz von 0,5 Prozent bis ein Prozent aus. Zur Risikogruppe zählen unter anderem besonders Mädchen, die regelmäßig mit dem Schlankheitsideal konfrontiert sind, also zum Beispiel Models, Tänzerinnen oder Leistungssportlerinnen.

Auch bei der zuvor vorgestellten Patientin (C.) spielt das Thema Tanz im privaten Umfeld eine Rolle, da sie in ihrer Freizeit Ballett tanzt.

Das Interventionsangebot der Gießener psychosomatischen Komplexbehandlung richtet sich jedoch nicht nur an Patient\*innen, die an Essstörungen leiden, sondern an psychosomatisch erkrankte Kinder – und Jugendliche und deren Familien im Allgemeinen. So adressiert das Therapieangebot u.a. auch Somatoforme Störungen.

## Neurodermitis

Besonders bei Kindern und Jugendlichen führen Hautkrankheiten wie Neurodermitis unter anderem zu Bindungsunsicherheiten und Konflikten in der Kontaktaufnahme mit Gleichaltrigen. Deshalb möchten wir, kontrastierend zum vorab geschilderten Krankheitsbild der *Anorexia nervosa*, in folgendem Abschnitt auch diese psychosomatische Erkrankung in

Bezug auf den Workshop herausgreifen und anhand eines Fallbeispiels beleuchten.

Hier geht es um den neun Jahre alten P., der an schwerer Neurodermitis leidet. Auch dieses Fallbeispiel wird aus der Ich-Perspektive der Erstautorin (J. K.) beschrieben:

*Erster Eindruck:*

*Auch dieser Patient hat mich sofort „berührt“, weil er bei der Visite lieber nicht seine zerkratzten Beine zeigen möchte.*

*Im Projekt:*

*... als auch P. wieder bereit ist, bei einer Partnerübung mitzumachen und keinen Partner findet, springe ich ein. Wir sollen uns mehrere Bewegungsabläufe überlegen, bei denen es um Anschauen und voneinander Wegschauen geht. Sofort entwickelt sich zwischen uns eine Übung mit viel Körperkontakt, den P. zu mir regelrecht zu suchen scheint, indem er mir fast schon zu nahe kommt und sich an mich klammert.*

*Er scheint zu genießen, dass ich keine Berührungsängste bezüglich seiner Haut habe, und wirkt auf mich sehr bedürftig und er tut mir leid.*

*Bei einer Übung, bei der wir in drei Reihen stehen, sollen wir wie „auf Katzenpfoten“ leise nach vorn schleichen. Als Tanzpädagogin Susanne den Ablauf kommentiert, alles sei noch zu laut, platzt eine Teilnehmerin hinein: „Das geht vielleicht nicht, weil hier auch kleine Kinder dabei sind, die das noch nicht können“.*

*Eindeutig ist der neunjährige P. gemeint, von dem die Älteren genervt scheinen. Er reagiert kurze Zeit später damit, auf dem Boden an seinem Platz in der ersten Reihe sitzen zu bleiben, sich „in sich selbst zusammen zu kauern“ und an Beinen und Kniekehlen zu kratzen.*

*Ich hocke mich zu ihm und versuche ihn zum erneuten Mitmachen zu animieren während die restliche Gruppe weiter tanzt.*

*Er verweigert jedoch jeden Blickkontakt, wirkt verschlossen und mit sich und dem „Abpuhlen“ und Blutigkratzen seiner Haut beschäftigt. Es ist eindeutig, dass er so auf die Kränkung der Mitpatientin reagiert. Ich sage ihm, er könne sich entweder auf die Bank setzen oder wieder mitmachen. Die Vorstellung, auf der Bank zu sitzen und so vom Gruppengeschehen komplett isoliert zu sein, scheint ihm Angst zu machen, und er sagt sofort, dass er dann lieber wieder mitmache.*

*Später im Flur der Klinik fährt P. mit seinen Socken in der Hand am Geländer entlang. Ich ermahne ihn, dies nicht zu tun, da die Socken ja getragen sind und das nicht sehr hygienisch sei.*

*Er reagiert mit: „Immer mach' ich alles falsch“.*

*Dieser Satz scheint für mich sehr bezeichnend für das Erleben in seinem gewohnten*

*Beziehungsumfeld, ich habe das Gefühl, dass ihm Zuhause genau dies vermittelt wird und er auch in der Schule keine anderen Erfahrungen machen kann.*

*Ich bin betroffen und seine Situation macht mich traurig. Wieder tut er mir Leid, denn ich habe ihn als zugänglichen „kleinen, lieben Kerl“ erlebt und kann die Ablehnung der anderen nicht verstehen.*

## Reflexion der Teilnehmenden Beobachtung

*Nicht nur im Hinblick auf die Teilnehmende Beobachtung und die Entwicklung der Patient\*innen konnte ich (im Folgenden auch hier J. K.) während des „Körperkunst“-Projektes spannende Erfahrungen machen, auch die eigenen Gefühle im Sinne der Gegenübertragung galt es immer wieder wahrzunehmen und zu reflektieren, wobei sich eigene Anteile und Gegenübertragungsgefühle oft schwer differenzieren ließen. Zu Beginn meiner Tätigkeit im Projekt habe ich mich zum Beispiel bei dem Gedanken unwohl gefühlt, mit, aber besonders vor (so mein Gefühl) einer Gruppe von Patient\*innen tanzen zu sollen.*

*Auch an den Übungen im Workshop teilzunehmen, jedoch in der Rolle der Projektmitarbeiterin nicht Teil der Gruppe zu sein, löste anfangs einige Unsicherheit in mir aus. Dies und die Angst, den Erwartungen und Anforderungen meiner Aufgaben in einer unbekanntem Umgebung und neuen Situation nicht gerecht zu werden, war vermutlich nicht nur mein Gefühl, sondern auch Projektion der Gefühle der Kinder und Jugendlichen, denen es zu Beginn ihrer stationären Behandlung ähnlich gegangen sein könnte. Viele schienen sich erst mit der Zeit an den bisher fremden und ungewohnten Stationsalltag zu gewöhnen. Während des ersten Workshops lösten sich meine eigenen Befürchtungen jedoch bald auf und ich fühlte mich immer selbstbewusster im Umgang mit den jungen Patient\*innen, der Workshopsituation, aber auch mit meinem eigenen Körper. Ein Prozess, den ich wohl mit den meisten Teilnehmer\*innen teilte, denn am zweiten Projekttag wirkten alle meist etwas entspannter und gelöster. Auch ich musste mich anfangs bei einigen Übungen überwinden, wenn beispielsweise jeder sich im Kreis eine Bewegung ausdenken sollte, welche wir dann gemeinsam zu einer sich aus allen Bewegungen aneinanderreihenden Choreografie wiederholten. Auf diese Weise „etwas von sich preiszugeben“ fiel mir unter „Beobachtung“ aller nicht leicht.*

*Auch die Anwesenheit der Tänzer\*innen, die ihren Körper gewohnt professionell einzusetzen in der Lage sind und sich sehr ästhetisch bewegen können, wirkte manchmal etwas „ein-*

*schüchtern“, besonders, wenn es darum ging, Neues auszuprobieren.*

*Dass auch die Kinder und Jugendlichen eine ähnliche Unsicherheit verspürten, zeigte sich beispielsweise immer wieder an ihrem unsicheren „Gezubbel“ am T-Shirt, das beim Tanzen etwas hochzurutschen drohte, oder ihren oft sehr zaghaften, minimalistischen Bewegungen, wenn sie sich in einer Choreographieabfolge nicht mehr ganz sicher waren.*

*Die Gefühle und Stimmungen, die innerhalb des Workshops transportiert wurden, sowie der Entwicklungsprozess der einzelnen Teilnehmer\*innen waren stets besonders von der Gruppenkonstellation und ihrer jeweiligen Dynamik abhängig. Auch der Verlauf des Projekts und das Gefühl, mit dem ich hinterher die Tagesberichte geschrieben habe, standen vor allem in Verbindung mit den Patient\*innen, die während des Workshops am auffälligsten waren.*

*Jedoch zeigten sich diese (Gegenübertragungs-)Gefühle auch abhängig von den Tänzer\*innen, die das jeweilige Projekt begleiteten – der gemeinsame Kontakt zwischen Kindern, Jugendlichen und Tänzer\*innen wurde mit Verlauf des Workshops zwar meist etwas herzlicher, doch schienen diese stets eine „unüberwindbare“ Distanz wahren zu wollen.*

*Auch ich selbst hatte das Gefühl, diese Distanz im Bezug auf die Tänzer\*innen nicht überwinden zu können – während des jährlichen Feedbackgesprächs der Tanzcompagnie zum „Körperkunst“-Projekt fühlte ich mich zwar willkommen, doch nicht integriert. Auch schienen die Tänzer\*innen teilweise nicht wirklich interessiert an einem offenen Kontakt mit den Patient\*innen und mir – vielleicht Abwehr gegenüber dem Thema Krankheit?*

### Überlegungen zur Gegen-Übertragung der Tänzer\*innen

Wie im Fallbeispiel geschildert, stoßen Kinder und Jugendliche mit Neurodermitis häufig auf Ablehnung in Bezug auf ihre entzündete und aufgekratzte Haut. Ein unbefangener Umgang mit anderen gestaltet sich so als Herausforderung für die Betroffenen.

Im schon erwähnten Beitrag von Brosig et al. (2013) wird von den Eindrücken einer Tänzerin berichtet: „Ihr sei der Gedanke gekommen, dass die teilnehmenden Tänzer, genauso wie die teilnehmenden Kinder, Menschen seien, die sich überdurchschnittlich viel mit ihren Körpern beschäftigen – wenn auch auf unterschiedliche Art und Weise“ (Brosig, Fromme, Heß, Büttner, Assam & Zimmer, 2013).

Als ich (J. K.) 2014 bei dem jährlichen Feedbackgespräch der Tanzcompagnie Gießen teilnahm, wurden mir die Gedanken und Ängste der Tänzer\*innen, für die eine pädagogische

Arbeit mit chronisch kranken Kindern und Jugendlichen größtenteils eine ganz neue Erfahrung war, deutlicher.

Die Sorge der Tänzer\*innen bezog sich unter anderem besonders auf den möglichen Leistungsabfall in den abendlichen Proben und Aufführungen, wenn die Mittagspause dem Tanzprojekt „geopfert“ wurde. Einige Tänzer\*innen schienen sich durch die Konfrontation mit den Affektausbrüchen, aber auch den Schicksalen der Kinder und Jugendlichen überfordert zu fühlen und wollten lieber nichts mit dem Projekt zu tun haben.

Möglicherweise war diese Reaktion auch eine Art Abwehr der Tänzer\*innen gegen die Konfrontation mit möglicher Dysfunktion ihres eigenen Körpers. Eine narzisstische Kränkung, mit der die an psychosomatischen Erkrankungen leidenden jungen Patient\*innen täglich fertig werden müssen und die Menschen, deren Körper ihr „Kapital“ ist, vermutlich ängstigt.

### Zusammenfassung unter Einbeziehung eigener Beobachtung

Tänzer\*innen und chronisch kranke Kinder und Jugendliche verbindet als einen wichtigen gemeinsamen Aspekt der Kampf um die (Selbst-) Disziplin, eine Härte gegen sich selbst, die es braucht, um den zehrenden und streng strukturierten Tänzeralltag bestehen zu können. Eine Härte gegen sich, die es beispielsweise aber auch braucht, um in frühen Jahren rechtzeitig den Blutzuckerspiegel zu messen, sich selbst in der Schule Süßes zu verbieten, immer an das „Notfallpaket“ zu denken (für Diabetiker\*innen in der Klinik eine kleine Tasche mit Insulinspritze, Messgerät, Apfelsaft und Keksen) und die Zwischenmahlzeiten auch wirklich „durchzuziehen“ oder sich (wie bei unserem Patienten mit nur neun Jahren) vor dem Einschlafen die entzündete, schorfige Haut nicht aufkratzen zu dürfen, sich immer eincremen zu sollen, um sich später am Tag einer Bestrahlungstherapie zu unterziehen. Sowohl Tänzer\*innen, als auch die jungen Patient\*innen brauchen also jede Menge Disziplin.

Während der Tätigkeit im Projekt stellte vor allem das Kommunizieren auf sämtlichen Ebenen (Koordination des Projekts zwischen der Abteilung Familienpsychosomatik, der Tanzcompagnie, den jeweilig behandelnden Ärzt\*innen und Psycholog\*innen, dem Pflegepersonal der Station und den Patient\*innen und ihren Eltern) eine Herausforderung dar. Gleichzeitig der Rolle als Autoritätsperson, Begleiterin und Ansprechpartnerin für die Kinder und Jugendliche gerecht zu werden, bedeutete, die hier häufig entstehenden Spannungen immer wieder auszuhalten. All dies

ist jedoch sicher nicht vergleichbar mit der Disziplin, welche den jungen Patien\*innen wie auch den Tänzer\*innen täglich abverlangt wird. Zumal meine (J. K.) Aufgaben eigentlich leicht zu erklären waren: An der Chefarztvisite teilnehmen, die PatientInnen, die sich in *psychosomatischer Komplexbehandlung* befanden, kennen lernen, sie später auf ihren Zimmern von Station abholen, an die Musikanlage und Wasser für alle denken, Tanzpädagogin Susanne Fromme und die beiden Tänzer\*innen im Foyer der Klinik treffen, um gemeinsam über das Klinikgelände zum Workshop-Raum zu gehen. Diesen aufschließen, Schuhe ausziehen, mitmachen. Und hinterher, nach 1½ Stunden die Kinder und Jugendliche wieder zurück zur Station der Kinderklinik bringen.

Eigentlich ganz einfach. Doch um auf das *Szenische Verstehen* nach Lorenzer und auch die *freie teilnehmende Beobachtung* zurück zu kommen, war dies zwischenmenschlich oft mit kleineren und größeren Herausforderungen verbunden. Abgesehen von obligatorischer Motivationsarbeit am ersten Workshoptag, lief beispielsweise während des ersten Tanzprojekts eine sehr junge Patientin mit ihren Hausschuhen nach draußen, um dann mit nassen Füßen im Workshop-Raum anzukommen. Sie hatte sich wohl nicht getraut, etwas zu sagen. Eine Patientin mit hysterischer Lähmung im Arm war stets hoch aggressiv und nachdem sie uns bereits gewarnt hatte, sie würde uns „allen auf die Fresse hauen“ und wir können „froh sein nach dem Projekt noch zu leben“, provozierte sie unter anderem damit, sich während der Trinkpause auf die Fensterbank am offenen Fenster zu setzen. Auch kam es vor, dass sich Patient\*innen dem Tanzprojekt komplett verweigerten und im Anschluss mit den behandelnden Psychotherapeuten über die Konsequenzen verhandelt werden – oder ich (J. K.) mit Eltern „kämpfen“ musste: Wenn man die Rolle als Begleiterin der Kinder und Jugendlichen während des Tanzprojektes szenisch reflektieren sollte, würde man diese am ehesten als eine Art „Bindeglied“ beschreiben können: zwar habe ich (J. K.) am Tanzworkshop teilgenommen, war jedoch keine Teilnehmerin, habe die Kinder und Jugendlichen begleitet, ohne nur Begleitperson gewesen zu sein. So konnte ich nicht nur das Verhalten der Patient\*innen beobachten, sondern diese ebenfalls in einem vom „Stationsalltag“ losgelöstem Umfeld kennenlernen. Oft wurde ich mit einer um einiges älteren Schwester verglichen, die, bereits von Zuhause ausgezogen, sowohl als Identifikationsobjekt als auch als Bindeglied zwischen den Kindern selbst und deren Eltern fungieren, jedoch auch als „Hilfe zur Ablösung“ und zum Entdecken der eigenen vielleicht zukünftigen Autonomie „gebraucht werden“ konnte.

## Diskussion

Die Teilnehmer\*innen des Tanzprojektes der Gießener Familienpsychosomatik sind nicht hauptsächlich magersüchtig, sondern chronisch krank im Allgemeinen, das bedeutet, sie leiden außerdem u.a. an Diabetes mellitus, Morbus Crohn und Neurodermitis.

Während seiner langjährigen Erfahrung in der Behandlung mit an Neurodermitis erkrankten Menschen konnten Gieler (2004) immer wieder bestätigen, dass diese PatientInnen meist an Nähe-Distanz-Konflikten leiden und die Haut in diesem Zusammenhang als „psychische Hülle“ verstanden werden kann.

Lingad (2000) konnte das häufige Auftreten der Krankheit im 3. Lebensmonat mittels GRID-Test in Zusammenhang mit deutlichen Bindungsunsicherheiten bringen (vgl. Brosig & Gieler, 2004). So beeinflusst und verändert die Krankheit die Objektbeziehungen und betroffene Kinder erleben schon früh eine Ambivalenz in Bezug auf Berührungen und ihr Körper-Selbst-Erleben. „Für das Kind entsteht die Schwierigkeit, nicht zwischen liebevoller Zuwendung und unangenehmen Reizen unterscheiden zu können“ (Gieler & Deting-Kohle, zit. nach Brosig & Gieler, 2004, S. 169). Schur (1980) und Marty (1958) bezeichnen diesen Konflikt als „allergische Objektbeziehung“ (zit. nach Brosig & Gieler, 2004, S. 170). Kinder fühlen sich oft hilflos und allein gelassen mit dem unerträglichen Juckreiz, welchem weder sie selbst noch die Eltern Abhilfe schaffen können. Dieser sich im Alltag immer wiederholende Nähe-Distanz-Konflikt kann dazu führen, dass sich die Kinder, ähnlich wie an *Anorexie* leidende Patient\*innen, in eine Art „Schneckenhaus“ zurückziehen und sich mehr und mehr sozial isolieren.

So schildert Gieler in einem Fallbeispiel das Hobby seines erwachsenen, an Neurodermitis leidenden Patienten sei es, Schneckenhäuser zu sammeln und zu ordnen (Brosig & Gieler, 2004, S. 17).

Gesunde Menschen erleben den Schutz durch die eigene Haut als selbstverständliche Sicherheit in der Nähe-Distanz-Regulation und sind so auch in der Lage, Zärtlichkeit und Nähe wahrnehmen und zulassen zu können.

Während einer Familientherapeutischen Sitzung mit Patient P., so wurde uns von den Therapeut\*innen berichtet, sei das Kratzen an seinem entzündeten Rücken der einzige körperliche Kontakt zwischen Mutter und Sohn gewesen.

Während dem „Körperkunst“-Projekt werden die Teilnehmer\*innen aufgefordert ihr „Schneckenhaus“ zu verlassen, sich anderen zu nähern, aber auch das eigene Bedürfnis nach Distanz selbst regulieren zu dürfen. Die psychosomatischen Symptome, wie aufgekratzte Haut, oder der fragile, anorektische

Körper, werden zur Kommunikation mit anderen eingesetzt und somit, auch durch die Begegnung mit den professionellen Tänzer\*innen neu erlebt.

Vielleicht braucht es nicht die Mobilisierung einer ganzen Tanzcompagnie für ein solches Projekt, aber wir denken, es braucht die „echten Künstler\*innen“, wie auch in „*Körper-Kunst in der Kinderklinik – ein interdisziplinäres Projekt zwischen Pädiatrie, Tanztheater und Psychosomatik*“ (Brosig et al., 2013) bereits reflektiert wurde. Denn die Kinder und Jugendlichen spüren diese Authentizität – Tänzer\*innen sind Menschen, die ständig mit ihrem Körper beschäftigt sind, die aufgrund ihrer hohen beruflichen Anforderungen körperliche Schmerzen ertragen und nicht krank werden dürfen. Sie pflegen ihren Körper, verlangen ihm aber auch einiges ab. Wie auch die jungen Patient\*innen, kennen Tänzer\*innen den körperlichen Schmerz als alltägliche Herausforderung, empfinden in diesem Zusammenhang hohen Leistungsdruck, wenn auch „auf andere Weise“.

Tänzer\*innen gehen aus eigener Motivation über ihre Schmerzgrenzen hinaus, während der Körper der Kinder meist durch ein Symptom „instrumentalisiert“ wird, um auf die Problematiken innerhalb der Familie und des familiären Umfelds aufmerksam zu machen und so die Umwelt „zwingen“, sich mit diesen auseinander zu setzen. Wenn Kinder chronisch krank werden, *müssen* sich die Familien mit ihnen auseinandersetzen. Im Tanzprojekt werden die Kinder motiviert, sich außerdem auch mit sich selbst auseinander zu setzen. In den vielen Übungen, die Nähe und Körperkontakt zu anderen Workshop-Teilnehmer\*innen, den Tänzern oder Projektmitarbeiter\*innen erfordern, nehmen die Patientinnen und Patienten nicht nur sich selbst, und damit ihren Körper wahr, sondern auch sich im Bezug auf andere. So erleben sie ihre eigene Wirkung und

Selbstwirksamkeit in einem schöpferischen Kontext

Zwar fordert das Konzept des Tanzprojekts, dass die Kinder und Jugendlichen primär als solche und nicht als Patient\*innen teilnehmen, doch lassen sich die aufgrund von Somatisierungsstörungen immer wieder auftretenden Einschränkungen im Workshop-Alltag nicht ignorieren: extra Pausen zum Blutzucker-Messen für an Diabetes erkrankte Teilnehmer\*innen, die Magensonde zur Zwangsernährung bei Anorektiker\*innen, die bei den Tanzbewegungen störend aus der Nase „schlackert“ und mit Haarspangen erst notdürftig befestigt werden muss, sowie plötzlich auftretender Schwindel und ähnliche Zwischenfälle erinnern zum einen die Tänzer\*innen und Projektleiterin immer wieder daran, dass sie es nicht mit „normalen“, also gesunden Jugendlichen zu tun haben und zum anderen die jungen Teilnehmer\*innen daran, dass sie nicht aus reinem Freizeitvergnügen an diesem Projekt teilnehmen. Die Tatsache, dass diese Workshopsteilnehmer\*innen krank sind, holt den Tanzworkshop-Alltag also regelmäßig wieder ein und fordert von allen Beteiligten, sich mit der somit entstehenden ganz eigenen Dynamik des Projekts immer wieder aufs Neue reflexiv auseinanderzusetzen.

## Literatur

- Brosig, B., Fromme, S., Heß, A., Büttner, D., Assam, T. & Zimmer, K.-P. (2013). Körper-Kunst in der Kinderklinik – ein interdisziplinäres Projekt zwischen Pädiatrie, Tanztheater und Psychosomatik. *Zeitschrift für Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 2, 209-219.
- Brosig, B. & Gieler, U. (Hrsg.). (2004). *Die Haut als psychische Hülle*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

## Modernes Antiquariat



**50-90% Preisvorteil**

für Bücher aus: Belletristik, Mathematik, Medizin, Musik, Philosophie, Politik, Psychologie, Recht, Religion, Soziologie, Wirtschaft und Zeitgeschichte.

Bücher zum Teil Raritäten in bibliophiler Ausstattung.

Versandkostenfrei bei Bestellwert über 20,- Euro, bei geringerem Bestellwert Versandkostenpauschale von 2,- Euro.

[www.modernes-antiquariat.net](http://www.modernes-antiquariat.net)

- Deutsches Ärzteblatt (2005). [www.aerzteblatt.de/archiv/44902/Zertifizierte-Medizinische-Fortbildung-Anorexia-und-Bulimia-nervosa-im-Kindes-und-Jugendalter](http://www.aerzteblatt.de/archiv/44902/Zertifizierte-Medizinische-Fortbildung-Anorexia-und-Bulimia-nervosa-im-Kindes-und-Jugendalter) – abgerufen am 08.04.2015.
- Fischer, H. (Hrsg.). (2002). *Feldforschungen – Erfahrungsberichte zur Einführung* (S. 5, Z. 22-28). Berlin: Reimer.
- Girtler, R. (2001). *Methode der Feldforschung*. Wien, Köln, Weimar: Böhlau.
- Holtkamp, K. & Herpertz-Dahlmann, B. (2005). Zertifizierte Medizinische Fortbildung: Anorexia und Bulimia nervosa im Kindes – und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt*, 102 (1-2). <http://www.aerzteblatt.de/archiv/44902/Zertifizierte-Medizinische-Fortbildung-Anorexia-und-Bulimia-nervosa-im-Kindes-und-Jugendalter> – Zugriff am: 28.06.2016.
- KroKi – Verein für chronisch kranke Kinder e.V. <http://krokiverein.de> – Zugriff am 28.06.2016.
- Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Klinikums der Universität München. [www.kjp.med.unimuenchen.de/klinik/ess\\_anorexia.php](http://www.kjp.med.unimuenchen.de/klinik/ess_anorexia.php) – Zugriff am 08.05.2015.
- Prokop, U. & Görlich, B. (Hrsg.) (2006). *Alfred Lorenzer: Szenisches Verstehen. Zur Erkenntnis des Unbewußten*. Marburg: Tectum.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz*, 50, 871-878.
- Robert-Koch-Institut (2006). *KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. [www.kiggs-studie.de/deutsch/home.html](http://www.kiggs-studie.de/deutsch/home.html) – Zugriff am 26.04.2016.
- Universitätsklinikum Gießen und Marburg – Familienpsychosomatik. [www.ukgm.de/ugm\\_2/deu/ugi\\_kia/4777.html](http://www.ukgm.de/ugm_2/deu/ugi_kia/4777.html) – Zugriff am 28.06.2016.



**Prof. Dr. med. Burkhard Brosig**  
 Psychoanalytische Familienpsychosomatik  
 Oberarzt des Zentrums für Kinderheilkunde,  
 Abteilung Allgemeine Pädiatrie und  
 Neonatologie  
 Feulgenstraße 10-12  
 D-35392 Gießen  
[burkhard.brosig@psycho.med.uni-giessen.de](mailto:burkhard.brosig@psycho.med.uni-giessen.de)



**Tarek Assam**  
 Direktor  
 Tanzcompagnie Gießen/Stadttheater Gießen  
 Berliner Platz  
 D-35390 Gießen  
[tanz@stadttheater-giessen.de](mailto:tanz@stadttheater-giessen.de)  
[www.stadttheater-giessen.de](http://www.stadttheater-giessen.de)  
[www.tanzcompagnie.de](http://www.tanzcompagnie.de)



**Johanna Lea Karb**  
 International Psychoanalytic University (IPU)  
 Berlin  
 Stromstraße 1  
 D-10555 Berlin  
[johanna.karb@ipu-berlin.de](mailto:johanna.karb@ipu-berlin.de)



**Susanne Fromme**  
 Dozentin für zeitgenössischen Tanz  
 Choreographische Assistenz  
 M.Sc. Dance Science  
 Bewegungspädagogin der Franklin-Methode®  
 Von-Sandt-Straße 7  
 D-53225 Bonn  
[susfromme@web.de](mailto:susfromme@web.de)

# Zur Bedeutsamkeit der Kunsttherapie in der dialektisch-behavioralen Behandlung der Borderline-Störung – eine empirische Studie

Michaela Sindermann\*

## Zusammenfassung

Diese kunsttherapeutische Studie geht der Frage nach der Bedeutung von Kunsttherapie innerhalb der stationären dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) von Frauen mit der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) nach. Sie hat zum Ziel, ein praxisgebundenes Modell zur Erklärung der kunsttherapeutischen Wirkmechanismen in der dialektisch behavioralen Kunsttherapie (DB-KT) zu entwerfen. Anhand von fünf problemzentrierten Interviews mit BPS-Patientinnen und ihrer an der Grounded Theory ausgerichteten Auswertung wurden die Bedingungen des kunsttherapeutischen Vorgehens, die Wirkungsweise der DB-KT sowie ihre daraus resultierenden Wirksamkeiten ermittelt. So ist in der DB-KT ein differenziell austariertes Passungsgefüge notwendig, um im Rahmen ästhetischer Erfahrungen und spezifischer stimulierender kunsttherapeutischer Interventionen die künstlerischen Handlungen zu vollziehen, welche die Auseinandersetzung mit den subjektiv relevanten Themenbereichen ermöglichen. Sie münden verallgemeinernd in der Verbesserung des Selbstbildes.

**Schlüsselwörter:** Borderline-Persönlichkeitsstörung, dialektisch-behaviorale Therapie, Kunsttherapie, dialektisch-behaviorale Kunsttherapie, Grounded Theory

## Art therapy in the dialectical behavioral treatment of women with borderline personality disorder

### Abstract

This study examines the meaning of art therapy in the inpatient dialectical behavioral treatment (DBT) of women with borderline personality disorder (BPD) diagnosis. Its aim is to develop a practice-based concept that explains the therapeutic mechanisms in dialectical behavioral art therapy. Five interviews with female BPD-patients are analyzed by using the Grounded Theory. The conditions of the therapeutic approach, the therapeutic mechanisms and the effectiveness of dialectical behavioral art therapy are examined. A differentially regulated fit between the patient and the art therapeutic offer is necessary to develop artistic actions in the context of the aesthetic experiences and the stimulating art therapeutic interventions. The artistic actions allow the exploration of personally meaningful topics and lead in general to an enhanced self-perception.

**Keywords:** borderline personality disorder, dialectical behavioral therapy, art therapy, dialectical behavioral art therapy, grounded theory

---

\* Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Sozialwissenschaften

## 1 Einleitung

Die Vorstellung einer positiven Wirkungsweise der Kunsttherapie in psychiatrischen Behandlungssettings und zunehmend in der Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) hat sich in den vergangenen Jahrzehnten institutionell etabliert. Im Folgenden soll dieser Artikel zeigen, dass auf diesem Feld ein Beitrag der bisher wissenschaftlich eher stiefmütterlich behandelten Kunsttherapie wünschenswert und aufgrund ihres wachsenden Einsatzes vonnöten ist, um ihre Wirksamkeit und ihre Wirkungsweise in der Behandlung der BPS besser zu verstehen – hier innerhalb der klinischen dialektisch behavioralen Therapie (DBT). Wenngleich sich in den vergangenen Jahren eine dialektisch behavioral inspirierte kunsttherapeutische Praxis (DB-KT) entwickeln und etablieren konnte (Elmendorf, 2013; Haeyen, 2007, 2011; Watermann, Antwi, Coti & Sindermann, 2012) und sie als Einzel- oder als Gruppentherapie eine zunehmend stärker integrierte Therapieform in der klinischen Behandlung der BPS ist, ist die Kunsttherapie im wissenschaftlichen Diskurs deutlich unterrepräsentiert. So konnte ich in der kunsttherapeutischen Forschungslandschaft keine empirischen Studien zu den kunsttherapeutischen Wirkmechanismen im Rahmen der dialektisch behavioralen Behandlung von Personen mit der Diagnose BPS finden. Gerade aber zur Etablierung der jungen kunsttherapeutischen Disziplin (Maaswinkel, 2003) in der Behandlung der BPS sind neben der Tacit Knowledge, d.h. dem impliziten Wissen über ihre Wirkmechanismen, Nachweise der Wirksamkeit nötig. Vor dem Hintergrund der vermehrten und berechtigten Forderungen nach evidenzbasierten Studien sowohl auf Seiten der Kostenträger als auch auf Seiten der kunsttherapeutischen Berufsgruppe (Slayton, D'Archer & Kaplan, 2010) möchte ich mit diesem Beitrag aufzeigen, welche Wirkungsweisen und Wirkungen Kunsttherapie mit Blick auf das Erleben und Verhalten von Betroffenen einer BPS zeitigt. Zudem soll exploriert werden, wie die Bedingungen der kunsttherapeutischen Praxis strukturiert sein müssen, um sicherzustellen, dass das kunsttherapeutische Behandlungsangebot den vielschichtigen Problemlagen von BPS-Betroffenen gerecht wird.

## 2 Kunsttherapie bei Persönlichkeitsstörungen

Da die Erforschung der Kunsttherapie im wissenschaftlichen Diskurs unterrepräsentiert ist, konnten in der kunsttherapeutischen Forschungslandschaft keine Studien zu Wirkungsweisen und Wirksamkeit der DB-KT gefunden werden. Weniger als eine Hand-

voll empirischer Studien widmet sich ferner der Erforschung der Wirkmechanismen von Kunsttherapie bei Patientinnen und Patienten mit der Diagnose BPS. So werden zur Illustration des Forschungsstandes Untersuchungsergebnisse zur Kunsttherapie bei Persönlichkeitsstörungen (PS) im Allgemeinen und zur BPS im Speziellen herangezogen. Hier zeigt sich, dass Betroffene einer PS signifikant stärker von der Kunsttherapie als von anderen therapeutischen Behandlungsverfahren profitieren, wobei Hinweise darauf gegeben werden, dass sich ihr soziales, emotionales und behaviorales Funktionsniveau durch die kunsttherapeutische Behandlung verbessert (Karterud & Pedersen, 2004). Mit Blick auf die kunsttherapeutische Behandlung der BPS ist es Bateman und Fonagy (1999) sowie Haeyen (2011) gelungen aufzuzeigen, dass von ihr ein positiver Beitrag zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung und des Selbstbewusstseins ausgeht. Solche positiven Wirkungsweisen der Kunsttherapie entfalten sich Haeyen (2011) zufolge ebenso in Bezug auf die Emotionsregulation und das intra- und interpersonelle Verhalten von BPS-Betroffenen. Fonagy und Bateman (2006) wie auch Haeyen (2011) konnten zudem eine Verbesserung der Fähigkeit zu Selbstbeobachtung und Mentalisierung bei Patientinnen und Patienten einer BPS finden. Weitere Studien (Daszkowski, 2004, 2011; Haeyen, 2004, 2007; Johns & Katerud, 2004; Lamont, Brunero & Sutton, 2009; Neumann, 2001; Vernooij, 1996) zur kunsttherapeutischen Behandlung der BPS basieren auf Falldarstellungen durch Kunsttherapeuten und Kunsttherapeutinnen sowie ihren publizierten Meinungen, so dass die Deskription kunsttherapeutischer Prozesse hauptsächlich durch ihre Perspektive dominiert ist und sie die Sichtweise der Betroffenen selbst kaum in den Blick nimmt.

## 3 Forschungsfrage

Ausgehend von diesen Überlegungen zur Wirksamkeit und zur Wirkungsweise der Kunsttherapie in der Behandlung von PS und der BPS im Speziellen, soll die Frage nach der Bedeutung von Kunsttherapie für Betroffene einer BPS innerhalb der stationären DBT in diesem Beitrag untersucht werden. Diese Forschungsfrage wird dabei unter den folgenden Teilfragestellungen behandelt:

1. Welche Bedingungen des kunsttherapeutischen Vorgehens beschreiben Patientinnen einer BPS als hilfreich, um förderliche kunsttherapeutische Prozesse mit Relevanz für Veränderungen in ihrem Erleben und Verhalten zu entwickeln?

2. Welche Interventionen<sup>1</sup> in der DB-KT beschreiben Patientinnen einer BPS als hilfreich in Bezug auf Veränderungen in ihrem Erleben und Verhalten?
3. Welche durch Patientinnen beschriebenen Wirkungen im Erleben und Verhalten resultieren aus der DB-KT der BPS?

Mit den beschriebenen Teilfragen werden Rahmenbedingungen, Wirkungsweise und die Wirksamkeit der DB-KT aus subjektwissenschaftlicher Perspektive exploriert. Die Ermittlung der kunsttherapeutischen Wirkmechanismen bildet die Grundlage, um Rückschlüsse zum Einfluss dieser auf intra-individuelle Veränderungen zu erarbeiten. Verbunden werden die Forschungsteilfragen durch die Ermittlung der Bedeutungszuschreibung auf Seiten der Patientinnen mit Blick auf die DB-KT, um die kunsttherapeutische Interventionsmethodik in den Sinnzusammenhang individuell begründeter psychologischer Wirkungen einzubetten. Um die individuell wahrgenommene Bedeutung der Kunsttherapie zu ermitteln, wird zur Beantwortung der Forschungsfrage ein interpretativer Forschungsansatz zu Grunde gelegt.

#### 4 Methodisches Vorgehen

Diese Studie zur Bedeutung von Kunsttherapie in der Behandlung der BPS ist als qualitatives Vorhaben konzipiert. Methodologisch orientiert sie sich an den Ausgangspunkten der Grounded Theory (Glaser & Strauss, 2008). Ziel der Grounded Theory ist die Erarbeitung einer empirisch fundierten und bereichsbezogenen Theorie, welche prozessual aus dem Datenmaterial abgeleitet wird, welche dieses integriert und in diesem begründet liegt. Hierzu werden sukzessive Kategorien aus dem Datenmaterial abgeleitet, welche im Verlauf der Analyse in Bezug auf ihre phänomenbezogenen Zusammenhänge näher bestimmt und schließlich um eine zentrale Kategorie – der Kernkategorie – gruppiert werden, von der ausgehend sich die gegenstandsbezogene Theorie zur DB-KT bei BPS entfaltet (Glaser & Strauss, 2008). Diese Theorie entfaltet sich wie eine Geschichte über die Kernkategorie und zeigt Zusammenhänge zu anderen Kategorien auf. Die Ausbildung dieser Theorie ist im Vorgehen der Grounded Theory eng mit der Empirie und damit ebenso eng mit der Wirklichkeitskonstruktion der Untersuchungsteilnehmer verschränkt, wodurch schlussendlich eine im Interviewmaterial begründete Gegenstandssystematik als

bereichsbezogene Theorie zur Bedeutung von Kunsttherapie in der DBT der BPS entsteht. Dabei wird unter Zuhilfenahme der Grounded Theory nach Erklärungen dafür gesucht, wie PatientInnen ihr Erleben und Verhalten und mögliche Veränderungen darin deuten.

#### Sampling

Die Untersuchung zur Bedeutung von Kunsttherapie bei BPS wird in einer nordrhein-westfälischen Akutpsychiatrie durchgeführt, in welcher Betroffene störungsspezifisch dialektisch behavioral anhand der Maßgaben für die stationäre DBT (Bohus, 2002; Bohus & Wolf-Arehult, 2013) behandelt werden. In dieser Praxiseinrichtung hat sich die DB-KT als Best Practice bewährt. Die Forscherin hat regelmäßig in den kunsttherapeutischen Einheiten hospitiert und dabei ihr Interesse an der Bedeutung der Kunsttherapie für die Patientinnen offengelegt, um aus Misstrauen entspringender Ablehnung der Interviews auf Seiten der Patientinnen entgegenzuwirken und möglichst diverse Patientinnenerzählungen zu gewinnen. Durch die eindeutige Rollenpositionierung der Forscherin konnte sozial erwünschtes Antwortverhalten der Patientinnen vermieden werden. Aufgrund der hohen Patientinnenfluktuation durch Therapieabbrüche sowie durch die audiovisuelle Aufzeichnung der Interviews, welche die Hemmschwelle zur Teilnahme deutlich erhöhte, hat sich der Feldzugang als schwierig erwiesen. Bei der Zusammenstellung des Samples ( $n = 5$ ) wurde der Versuch unternommen, sich möglichst am durch Glaser und Strauss (2008) beschriebenen Theoretical Sampling zu orientieren. In Anlehnung daran verliefen die Datensammlung und die Auswertung der Daten in dieser Arbeit synchron, so dass bewusst und zielgerichtet anhand erster Auswertungsschritte und entsprechend des Prinzips des minimalen und maximalen Kontrasts (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 177) sukzessive neue Daten im empirischen Prozess erhoben wurden. Dies meint konkret, dass anhand erster Auswertungen der Patientinnenerzählungen zielgerichtet nach weiteren anreichernden Erzählungen gesucht wurde und neue Fälle entsprechend für das Sample rekrutiert wurden. Die minimale bzw. maximale Varianz des Datenmaterials, also die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Patientinnenerzählungen, erlaubt die Suche nach Ähnlichkeiten und Kontrasten von Merkmalsausprägungen in den erhobenen Informationen. Die Auswahl der Fälle erfolgt im Vergleich zu anderen Samplingmethoden nicht hypothesengeleitet, sondern geleitet durch die sich sukzessive entwickelnde Theorie. Wenn die Suche anhand von minimaler und maximaler Varianz keine neuen Informa-

<sup>1</sup> Intervention wird als „psychologisches Eingreifen, um die Entstehung oder das Andauern psychischer Störungen zu verhindern und diese letztlich abzubauen“ (Humboldt-Psychologie-Lexikon, 1998, S. 173) verstanden.

tionen hervorbringt, gilt die aus der Empirie elaborierte Theorie dann als gesättigt. Diese theoretische Sättigung trägt so zur Repräsentativität der erarbeiteten Theorie – im Unterschied zur klassischen Repräsentativität der Stichprobe – bei.

Um sicherzustellen, dass die Teilnehmerinnen über ihre Erfahrungen mit der Kunsttherapie mit Blick auf die Bewältigung der BPS berichten, gilt die Erstdiagnose BPS als Einschlusskriterium. Weiterhin wurden entsprechend der geschlechtsspezifischen Unterschiede (Johnson, Shea, Yen, Battle et al., 2003) ausschließlich Frauen in das Sample eingeschlossen, die mindestens sechs Wochen jeweils zweimal wöchentlich mit durchschnittlich neunzig Minuten an der Kunsttherapie teilgenommen haben. Hierdurch sollte sichergestellt werden, dass die Interviewteilnehmerinnen die notwendigen Erfahrungen in der Kunsttherapie erwerben konnten, welche im Interview eruiert werden.

### Erhebungsinstrument, Daten und Auswertungsmethode

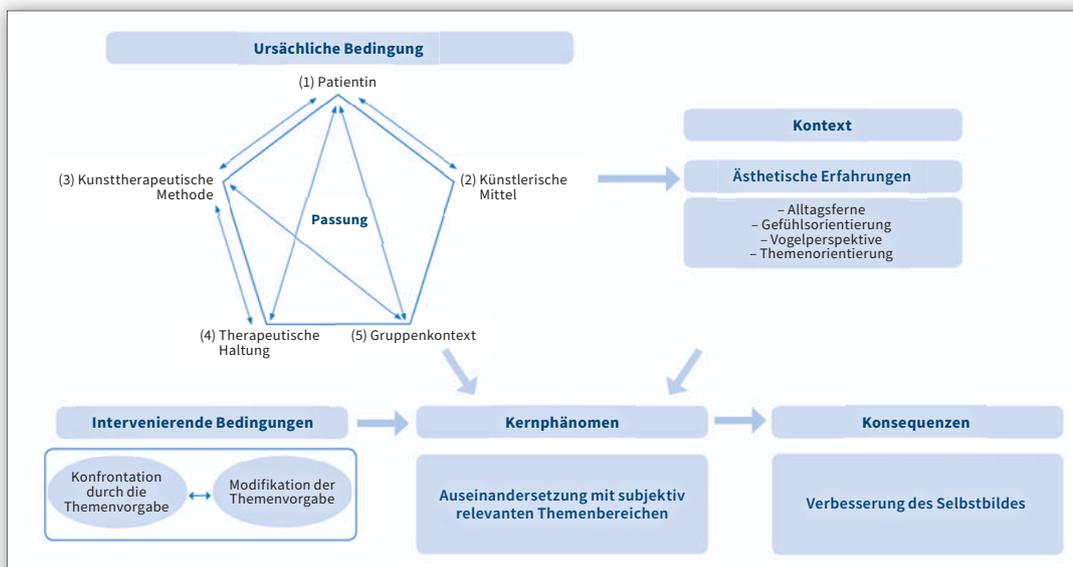
Aufgrund der borderline-spezifischen Instabilität in zwischenmenschlichen Kontakten (Bohus, 2002; Falkai & Wittchen, 2014) sowie einer stark ausgeprägten Instabilität in der Selbstwahrnehmung (Linehan, 2007) musste angenommen werden, dass das subjektive Erleben entsprechend konfus, die erwartete Beschreibungsfähigkeit über die persönliche Empfindung eingeschränkt und Selbstöffnung – insbesondere gegenüber Fremden – als angst- und schambesetzt erlebt wird. So wurde bei der Wahl einer geeigneten Interviewform die leitfadengestützte Perspektive des problemzentrierten Interviews (Witzel, 1989) gewählt, welche sich mit seiner zwischen teilnarrativ

und teilstandardisiert pendelnden Struktur zur Genese informeller Patientinnenerzählungen als fruchtbar erwiesen hat. Um zum einen die Vollständigkeit der Interviews zu gewährleisten und zum anderen zu sichern, dass die subjektive Perspektive der Befragten auf den Untersuchungsgegenstand entfaltet wird, wurden anhand theoretischer Vorüberlegungen die Themenbereiche „Allgemeine Einschätzung der Kunsttherapie“, „Wirkung der Kunsttherapie auf das persönliche Erleben und Verhalten“ sowie „Wirkungsweise der Kunsttherapie“ entwickelt. Zur Sicherung des Materials wurden die Interviews auf Video aufgezeichnet und das gesamte erhobene Interviewmaterial nach GAT2 transkribiert<sup>2</sup>. Die Auswertung erfolgte entsprechend des analytischen Vorgehens der Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1996).

## 5 Ergebnisse

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird im Folgenden ein aus der Empirie entwickeltes theoretisches Modell zur Bedeutung von Kunsttherapie bei BPS (s. Abb. 1) vorgestellt, welches die Bedingungen zur Aktivierung kunsttherapeutischer Prozesse und die daraus evozierten Wirksamkeiten in Bezug auf Veränderungen im Erleben und im Verhalten aufzeigt. Um den Kern der Bedeutung der Kunsttherapie, nämlich der Auseinandersetzung mit persönlich relevanten Themenbereichen,

<sup>2</sup> Die Patientinnen erklärten sich damit einverstanden, dass Ausschnitte der anonymisierten Interviewtranskripte im Rahmen dieser Studie veröffentlicht werden. Den Gesprächsteilnehmerinnen wurde neben der Anonymisierung die Veränderung bzw. Löschung persönlicher Hinweise zugesichert, welche mögliche Rückschlüsse auf die Person zulassen. Bei den in den Transkripten verwendeten Namen handelt es sich um Pseudonyme, ebenso wenn sich die Interviewten aufeinander oder auf die Therapeutin beziehen.



**Abbildung 1**  
Modell zur Bedeutung der DB-KT  
(Quelle: Eigene Darstellung)

wurden die dazu „unterstützenden“ Kategorien gruppiert.

In einer akuten Krankheitsphase dialektisch behavioral behandelt zu werden und im Zuge dessen an der DB-KT teilzunehmen bedeutet für Patientinnen einer BPS vor allen Dingen eins: *Die Auseinandersetzung mit persönlichen Themen*. Dieses zentrale Phänomen wiederum wird von Patientinnen dann angestrebt, wenn sie im Kontext der kunsttherapeutischen Behandlung mit *ästhetischen Erfahrungen* in Kontakt kommen. Eine günstig eingeschätzte Passung zwischen Patientin und dem kunsttherapeutischem Angebot KT ist die Voraussetzung, damit solche ästhetischen Erfahrungen von Patientinnen zugelassen und in der Folge die Auseinandersetzung mit den persönlichen Themen zustande kommen kann. Im Rahmen dieser ästhetischen Erfahrungen streben sie mit ihren je spezifischen Handlungen und Interaktionen die Auseinandersetzung mit den persönlichen Themenbereichen an. Solche sehr zielgerichteten *Handlungs- und die Interaktionsstrategien, die der Auseinandersetzung dienen*, werden wiederum durch *kunsttherapeutische Interventionen* stimuliert und somit wirksam. Sie münden in ihre je eigenen Konsequenzen, die verallgemeinernd auf die *Verbesserung des Selbstbildes* reduziert werden können.

### Auseinandersetzung mit subjektiv relevanten Themenbereichen in der Kunsttherapie

Als Schlüssel zum besseren Verständnis der Kunsttherapie und ihrer Bedeutung in der DBT der BPS wurde in den Patientinnenerzählungen die „Auseinandersetzung mit persönlichen Themen“ gefunden. Wenngleich der Auseinandersetzung mit persönlichen Themen

auch in anderen psychotherapeutisch ausgerichteten Verfahren eine Bedeutung beigemessen wird und es den Kern der DB-KT zunächst sehr global erfasst, wird dieses zentral gestellt, da es von allen Interviewteilnehmerinnen eingehend als konstituierendes Element der DB-KT dargestellt wird und die subjektiv berichteten Wirkungen und Wirkungsweisen der DB-KT entsprechend zusammenfasst. Indem die Kernkategorie der Auseinandersetzung in den Fokus genommen wird, sollen an ihr die Bedingungen des Vorgehens zur Genese förderlicher kunsttherapeutischer Prozesse sichtbar gemacht werden.

Die Auseinandersetzung mit persönlichen Themen (s. Abb. 2) vollziehen Patientinnen mit je individuellen Schwerpunkten, durch die Erarbeitung von und die Arbeit an subjektiv relevanten Themenbereichen, deren Umsetzung im künstlerischen Handeln sowie ihrer Untersuchung und dem Austesten potenzieller Umgangsformen mit persönlich relevanten Themen. Frau A. berichtet dazu exemplarisch:

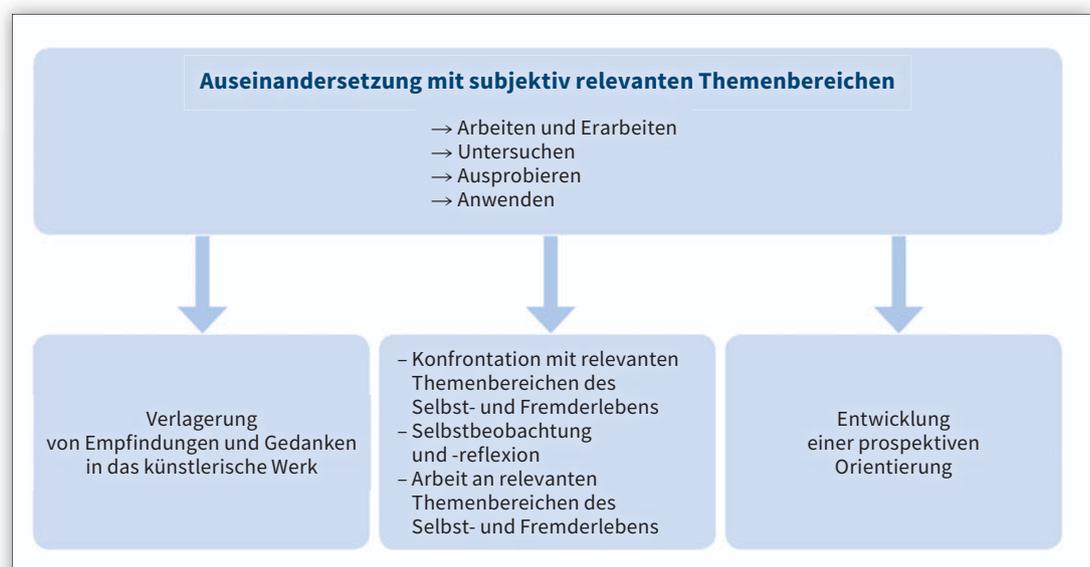
„Also allgemein fand ich es gut, also um zu sehen, wie ich allgemein an Sachen rangehe. Dass es ja auch im Alltag dann so ist und vielleicht, wenn ich was im Beruf mache. Ja ich hab hier gemerkt, dass ich die Sachen da auch schon gemerkt habe. Ja sobald da eben was nicht so klappt wie ich mir das vorstelle, dann hab ich keine Lust mehr. Darum ist das ganz gut, um daran zu arbeiten“ (Frau A., Z. 15-20) und weiterhin:

„also wie gesagt, dass man halt speziell gucken kann, woran man arbeitet, weil ich sag mal also hier in ner Praxis. Man spricht ja in ner Therapie drüber und dann kann man hier versuchen, das auszuprobieren, das anzuwenden“ (Frau A., Z. 208-212).

Damit aber solche Formen der Auseinandersetzung zustande kommen, bedarf es einer

**Abbildung 2**

Auseinandersetzung mit subjektiv relevanten Themen  
(Quelle: Eigene Darstellung)



differenziell angepassten kunsttherapeutischen Praxis: Nur unter günstig erlebten Bedingungen des therapeutischen Vorgehens, d.h. vor dem Hintergrund eines förderlich wahrgenommenen Passungsgefüges sowie positiver ästhetischer Erfahrungen, wird die Auseinandersetzung durch Patientinnen angestrebt und begünstigt. Unter welchen kunsttherapeutischen Bedingungen kommt es also zu einer Auseinandersetzung mit den subjektiv relevanten Themenbereichen? Solche in der Kunsttherapie wiederkehrenden und verhaltenssteuernden Bedingungen und Beziehungsmuster, die für ihre Wirksamkeit wie die Wirkungsweise bedeutsam sind, werden in den kommenden Darstellungen näher beleuchtet.

### Bedingungen des kunsttherapeutischen Vorgehens

Die Bedingungen des kunsttherapeutischen Vorgehens werden den Patientinnen zufolge durch zwei Faktoren gesteuert: erstens den kontextuellen Bedingungen, d.h. den ästhetischen Erfahrungen, die den Rahmen bilden, in welchem Auseinandersetzung stattfinden kann, und zweitens den ursächlichen Bedingungen, die Passung, die eben eine solche Auseinandersetzung evozieren und die Einbettung dieser in die ästhetischen Erfahrungen in der Kunsttherapie begünstigen.

Auseinandersetzung mit den subjektiv relevanten Themen Betroffener einer BPS, die im Rahmen der DBT kunsttherapeutisch behandelt werden, lassen sich also dann erreichen, wenn die Patientinnen mit (b) *ästhetischen Erfahrungen* durch die Kunsttherapie in Berührung kommen. Diesbezüglich lassen sich vier kontextbildende Merkmale im Interviewmaterial identifizieren, die als Voraussetzung für die Auseinandersetzung mit persönlichen Themenbereichen Geltung finden. Zur Auseinandersetzung mit persönlichen Themen kommt es demzufolge zum einen durch die *Alltagsferne* des kunsttherapeutischen Angebots, welche vielfach als die Als-ob-Situation (Smeijsters, 2008) in der Kunst diskutiert wird. Daneben beschreiben Patientinnen die *Orientierung an ihrer Gefühlswelt* als rahmende Bedingung, wie beispielsweise Frau L.:

„Weil es halt immer viel um Gefühle ging, und man hatte nicht das Gefühl, dass die fehl am Platze sind irgendwie. Deswegen war das von Anfang an kein Problem, dass ich mich öffne, normalerweise hätte ich mich im Nachhinein dafür geschämt“ (Frau L., Z. 246-249).

Als drittes Merkmal wurde der *direktive Umgang mit kunsttherapeutischen Themenvorgaben* gefunden und als viertes Merkmal bildet die *Vogelperspektive* auf das individuelle Erleben, also die durch die Kunsttherapie

#### Ästhetische Erfahrungen

- Alltagsferne
- Orientierung an der Gefühlswelt
- Direktiver Umgang mit kunsttherapeutischen Themenvorgaben
- Vogelperspektive

**Tabelle 1**

Ästhetische Erfahrungen – der Kontext der Auseinandersetzung (Quelle: Eigene Darstellung)

relativierte Sichtweise auf das eigene Erleben durch die Distanz zwischen Patientin und den im künstlerischen Werk verbildlichten Themen, den Kontext der Kunsttherapie (s. Tab. 1).

Diese vier aufgeführten Merkmale ästhetischer Erfahrungen in der Kunsttherapie sind jedoch kein starrer Rahmen, sondern sie verändern sich abhängig von der wahrgenommenen Passung mit der Kunsttherapie. So variieren die Kontextbedingungen im Sinne von je größer die Passung desto wahrscheinlicher und intensiver ästhetische Erfahrungen vice versa.

In den folgenden Darstellungen soll daher die *Passung* zwischen Patientin und dem kunsttherapeutischen Angebot sowie die in diesem Gefüge begründeten rekursiven Bezüge als zweite Bedingung des therapeutischen Vorgehens beleuchtet werden.

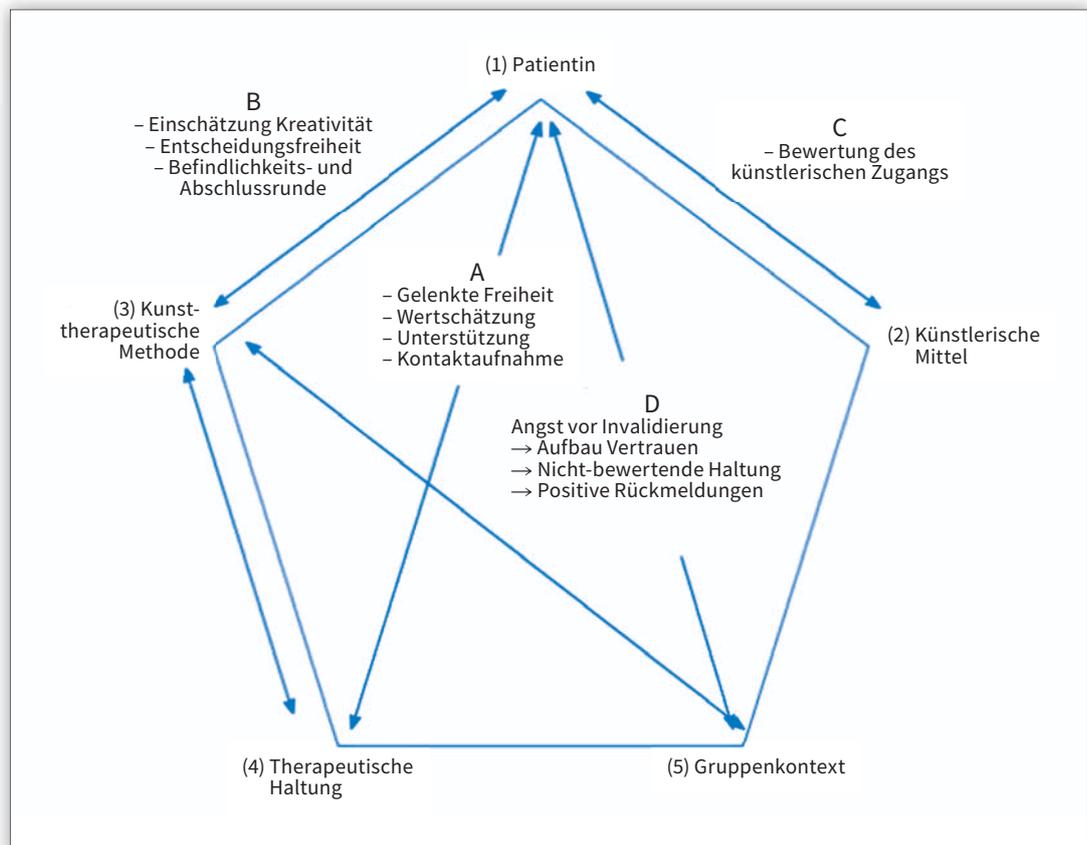
Als die ursächliche Bedingung für die Auseinandersetzung lässt sich im Interviewmaterial das Ereignis der *Passung* identifizieren. Die Art und Weise, wie (A) die Patientin und Therapeuten und wie (B) die Patientin und das kunsttherapeutische Behandlungsmodell zusammenpassen, aber auch, wie (C) die künstlerischen Mittel und die Patientin ebenso wie (D) die Patientin und die Therapiegruppe zusammenpassen, wird mit dem Passungsverhältnis abgebildet. Somit wird das Passungsgefüge innerhalb der Fünfeckbeziehung zwischen den Polen der Patientin, der TherapeutInnen, der Methode, der künstlerischen Mittel sowie der Therapiegruppe ausgehandelt (s. Abb. 3).

Für das Passungsverhältnis als Vehikel für Auseinandersetzung mit persönlichen Themenbereichen in der Kunsttherapie und den damit einhergehenden subjektiven Wirksamkeiten wurden drei zentrale Eigenschaften im Interviewmaterial identifiziert: Erstens das Maß der Affinität mit dem kunsttherapeutischen Behandlungsangebot, zweitens der Identifikation mit dem kunsttherapeutischen Angebot sowie drittens die Anschlussfähigkeit des Angebots an Erwartungen und Vorstellungen. Durch die prozessuale Veränderbarkeit dieser Eigenschaften durch regulierende Prozesse im Passungsgefüge wird dieses gesteuert und somit die Zunahme bzw. Abnahme der Passung bedingt.

Die regulierenden Einflüsse gehen dabei von den genannten fünf Polen dieses kunsttherapeutischen „Pentagons“ aus. Auf der (1) personalen Ebene beschreiben Patientinnen ihre

**Abbildung 3**

Passungsgefüge in der DB-KT  
(Quelle: Eigene Darstellung)



Bereitschaft zur Teilnahme an der Kunsttherapie als regulierende Bedingungen. Neben den Einflüssen der Patientinnen selbst wird das Passungsgefüge aber maßgeblich durch die (A) therapeutische Beziehungsgestaltung bedingt. Wie aber sollte die therapeutische Haltung nach Einschätzung der Patientinnen gestaltet sein, damit sie ihren Anliegen entspricht? Zunächst hat eine strukturbietende Haltung bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Patientinnenwünsche, die „gelenkte Freiheit“, eine förderliche Wirkung. Darüber hinaus erachten Patientinnen es als wichtig, von TherapeutInnen Wertschätzung in der Beziehungsgestaltung zu erfahren. Sie beschreiben ferner eine unterstützende Haltung als förderlich, ein Zuviel an Kontaktaufnahme durch Therapeuten und Therapeutinnen jedoch als ihren künstlerischen Prozess störend (s. Tab. 2).

Neben der therapeutischen Beziehungsgestaltung nimmt die (B) kunsttherapeutische Methode maßgeblichen Einfluss auf das Passungsverhältnis, indem sich die Entscheidungsfreiheit in Bezug auf Materialien und Techniken, positiv auf die Genese kreativ-künstlerischer Ideen auswirkt und in der Folge die Einschätzung ihrer eigenen Kreativität positiv anregt. Gerade diese positive Wahrnehmung der eigenen kreativen Impulse steht in enger Wechselwirkung mit ihrer Affinität dem kunsttherapeutischen Angebot und steuert diese. Auf methodischer Ebene fließt zudem die Wahrnehmung der Befindlichkeits- und

die Abschlussrunden<sup>3</sup> in die Regulation des Passungsgefüges ein: insbesondere die Feedbackprozesse in der Therapiegruppe im Zuge der Abschlussrunde<sup>4</sup> schildern weitestgehend alle Teilnehmerinnen als aversiv, was sie miteinander durch ihre im Folgenden dargelegte Angst vor Invalidierung durch Mitpatientinnen begründen (s. Tab. 2).

Welche Bedingungen nehmen aber darüber hinaus Einfluss auf das Passungsverhältnis? Ein zentraler Faktor konnte zudem in der Bewertung des (C) Umgangs mit den künstlerischen Mitteln, dem sogenannten künstlerischem Zugang gefunden werden. Dieser wird durch die Gesprächsteilnehmerinnen insbesondere in Abgrenzung zum verbalen Ausdruck in anderen Therapieformen durch die individuelle schöpferische Tätigkeit sowie den non-verbalen Ausdrucksmöglichkeiten positiv im Sinne einer Steigerung des als schwierig erlebten und vielfach angst- und schambesetzten verbalen Ausdrucks hervorgehoben (s. Tab. 2).

<sup>3</sup> In diesen Runden finden die Reflexion der eigenen Befindlichkeit zu Beginn der Kunsttherapie und die Reflexion des kunsttherapeutischen Prozesses zum Abschluss statt.

<sup>4</sup> Im Rahmen der Abschlussrunde wird das künstlerische Werk des Einzelnen im Gruppenkontext vorgestellt und der damit verbundene künstlerische Prozess beschrieben. In der Reflexion des künstlerischen Handelns und Erlebens werden zudem Parallelen zum Verhalten und Erleben außerhalb der Kunsttherapie untersucht. Die Teilnehmerinnen werden aufgefordert aufeinander zu reagieren und sich gegenseitig Rückmeldungen zum künstlerischen Prozess und ihrem Produkt zu geben.

Wie geschildert ist die (D) Interaktion von Patientinnen mit der Therapiegruppe durch Angst vor abwertendem Verhalten charakterisiert. Im Zuge der kunsttherapeutischen Behandlung gelingt es den Patientinnen jedoch zunehmend, eine vertraute Atmosphäre sowie eine nicht-bewertende Haltung in der Therapiegruppe zu entwickeln. Darüber hinaus spielen positive Rückmeldungen durch Mitpatientinnen in hohem Maße eine Rolle, um die Angst vor potenzieller Invalidierung abzubauen. Während die Interaktion in der Therapiegruppe also zunächst einen angstauslösenden Effekt hat, indem ihre Angst vor Invalidierung reaktiviert wird, stimuliert gerade diese reaktivierte Angst die Entwicklung hilfreicher Mechanismen zur Angstreduktion. Eben diese werden für die Patientinnen bedeutsam, um ihr Angsterleben zu korrigieren. Daneben wirkt sich die Interaktionsquantität in der Therapiegruppe regulierend auf das Passungsverhältnis aus. Eine erhöhte Interaktion zwischen Patientin und Therapiegruppe begünstigt Ablenkung und damit die Reduktion von unangenehm empfundener Anspannung. Mit dem anderen Pol ist die Konzentration auf die eigene Person assoziiert. Der Freiraum zwischen Ablenkung auf der einen Seite und Konzentration auf der anderen Seite eröffnet den Patientinnen die Möglichkeit, bei steigendem Anspannungsniveau gezielt nach Momenten der Ablenkung zu suchen. Gleichzeitig eröffnet der Raum zu Interaktion aber auch Freiräume, um die aversiv erlebte Konfrontation mit der eigenen Person zu vermeiden (s. Tab. 2).

Im Vorausgegangenen ist also deutlich geworden, dass Veränderungen des Erlebens und Verhaltens erst unter Voraussetzung eines differenziell stimmigen Passungsgefüges sowie positiver ästhetischer Erfahrungen wirksam werden. Welche Wirkungsweisen sich die Kunsttherapie hierzu zu Nutze macht und in welchen subjektiv wahrgenommenen Therapieerfolgen diese münden, soll Gegenstand der weiteren Ausführungen sein.

### Förderliche Interventionen, ihre Wirkungsweisen und Wirksamkeiten

Im Vorausgegangenen wurden die *ästhetischen Erfahrungen* als kontextschaffend und ein positiv erlebtes *Passungsgefüge* mit dessen regulierenden Mechanismen als grundlegende Bedingungen für die Auseinandersetzung mit den persönlichen Themenbereichen eingehend behandelt. Um das Kernphänomen „Auseinandersetzung“ im Rahmen der DB-KT zu erreichen, setzen Patientinnen – abhängig von ihren Relevanzsetzungen – spezifische *Handlungen und Interaktionen* ein, welche wiederum durch die *kunsttherapeutischen Interventionen* stimuliert werden. Solche hier gefundenen drei zentralen Strategien der Auseinandersetzung führen bei Anwendung zu ihren je spezifischen *Konsequenzen* (s. Abb. 4), die abstrahierend unter dem Therapieeffekt Verbesserung des Selbstbildes subsummiert werden können, da die einzeln betrachteten Therapieeffekte die Selbstzugewandtheit erhöhen und dem tiefgreifenden Gefühl der Ineffizienz entgegenwirken.

Welche Interventionen beschreiben Patientinnen einer BPS aber als hilfreich in Bezug auf Veränderungen in ihrem Erleben und Verhalten? Hierauf gibt der folgende Abschnitt eine Antwort und reichert diese mit den daraus folgenden Antworten auf die Frage nach den subjektiv wahrgenommenen Wirksamkeiten an.

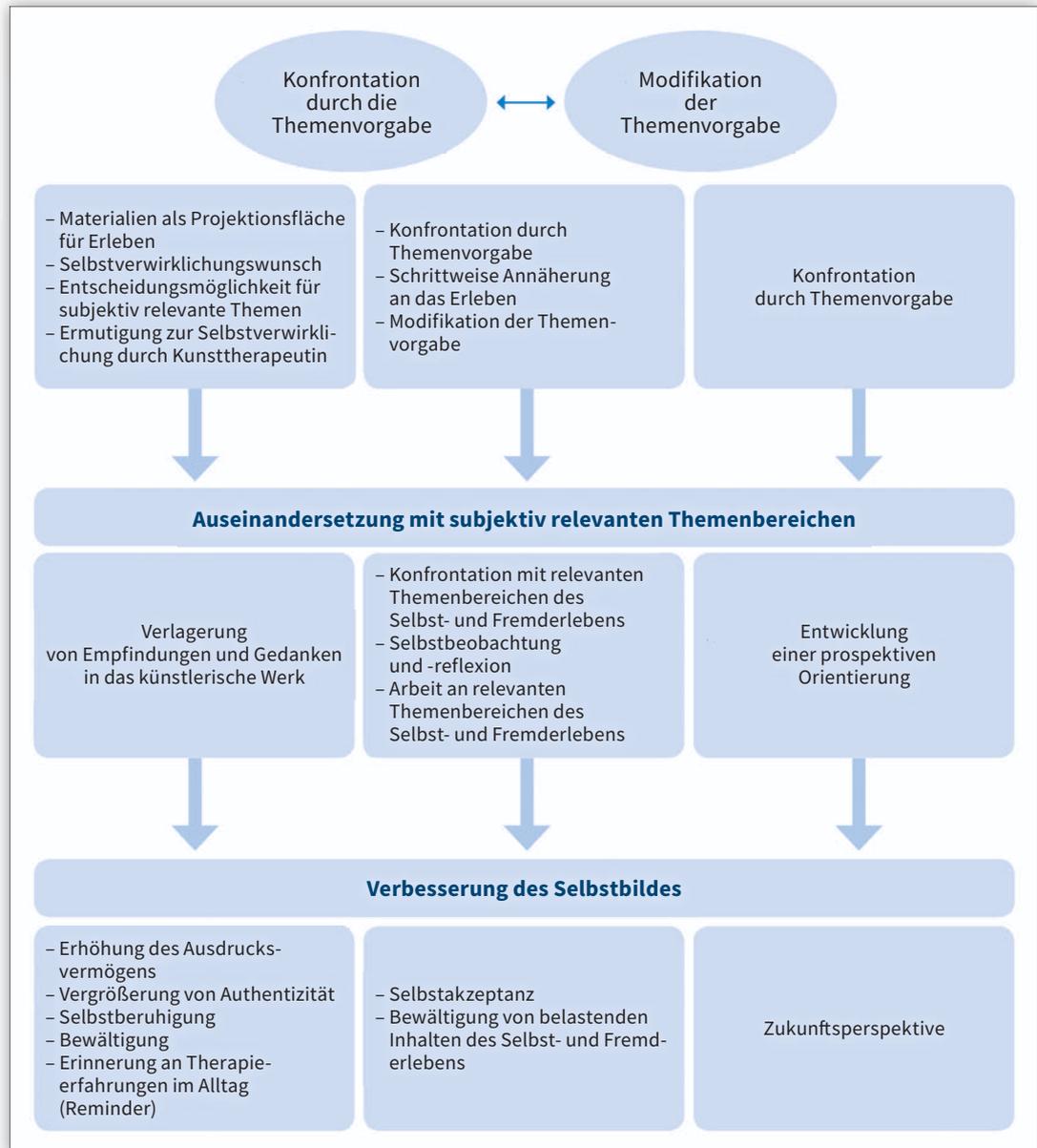
Zur Darstellung der in dieser Studie gefundenen subjektiv als hilfreich wahrgenommenen kunsttherapeutischen Interventionen und ihren Wirksamkeiten werden die drei gefundenen zentralen Strategien der Auseinandersetzung (A, B, C) im Kommenden vorgestellt und mit den jeweils stimulierenden Interventionen und ihren spezifischen Wirksamkeiten ergänzt.

A) Mit ihrer Handlungsstrategie der „Übertragung von Erlebnisinhalten in das künst-

Passung – Ursächliche Bedingung für die Entwicklung von Strategien der Auseinandersetzung	
(A) Therapeutische Beziehungsgestaltung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gelenkte Freiheit</li> <li>- Wertschätzung</li> <li>- Unterstützung</li> <li>- Kontaktaufnahme</li> </ul>
(B) Kunsttherapeutische Methode	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entscheidungsfreiheit in Bezug auf Materialien und Techniken</li> <li>- Einschätzung der eigenen Kreativität</li> <li>- Befindlichkeits- und Abschlussrunde</li> </ul>
(C) Beurteilung des künstlerischen Zugangs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abgrenzung zum oft angst- und schambesetzten verbalen Ausdruck</li> <li>- Schöpferisches Handeln</li> </ul>
(D) Interaktion in der Therapiegruppe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Angst vor Invalidierung                             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Aufbau von Vertrauen</li> <li>→ Nicht-bewertende Haltung</li> <li>→ Positive Rückmeldungen</li> </ul> </li> <li>- Ablenkung</li> </ul>

**Tabelle 2**  
Passung – die ursächliche Bedingung für Auseinandersetzung (Quelle: Eigene Darstellung)

**Abbildung 4**  
Intervenierende Bedingungen, ihre Auswirkungen auf die Strategien der Auseinandersetzung und deren Konsequenzen (Quelle: Eigene Darstellung)



lerische Werk“ gelingt es Patientinnen, Empfindungen und Gedanken im künstlerischen Werk zu externalisieren und ihre Erlebnisinhalte in ihrem Werk entsprechend aufzufangen. Künstlerische Mittel setzten den Patientinnen Impulse, ihr Empfinden in die Bearbeitung der jeweiligen Materialien zu projizieren. Während Patientinnen durch die Materialqualität angeregt werden, ihre Empfindungen in den unterschiedlichen Herangehensweisen aufzufangen, spielt ihre Absicht, sich selbst im künstlerischen Werk zu verwirklichen und im Zuge dessen die bewusste Entscheidung für die subjektiv relevanten Themen zu treffen, eine zentrale Rolle auf personaler Ebene. Schließlich hat aber auch der intervenierende Einfluss von KunsttherapeutInnen durch ihre kontinuierliche Ermutigung der Patientinnen zur Selbstverwirklichung im künstlerischen Werk eine

entscheidende Wirkung auf ihr Verhalten und Erleben. Dies geht aus dem nachfolgenden Interviewausschnitt exemplarisch hervor:

„sie ist mir da auch in dem Sinne entgegengekommen und hat halt gesagt, ich soll dann einfach drüber nachdenken so was man mit der Kugel, also was man da rein tun möchte und ich hab dann halt mein eigenes Ding draus gemacht sozusagen“ (Frau S., Z. 95-112).

Indem Patientinnen ihre Erlebnisinhalte in das künstlerische Werk verlagern, schaffen sie sich selbst eine alternative Ausdrucksmöglichkeit. Sie beschreiben, wie dies die Verarbeitung subjektiv bedeutsamer Erlebnisinhalte unterstützt und sie hierdurch mehr (Selbst-)Beruhigung erreichen. Darüber hinaus verzeichnen sie einen Anstieg von Authentizität. Anstelle Fassadärer Verhaltensweisen nutzen Patien-

tinnen unverfälschte, ehrliche Handlungen und Interaktionen. Frau S. etwa berichtet dazu:

*„also da hab ich, glaub ich, für mich relativ wenig geschauspielert. Muss ich wirklich sagen. Da war ich ziemlich ehrlich und authentisch [...] und [...] ich mich auch wirklich so gefühlt hab wie ich's ihr gezeigt hab. Ich weiß nicht, irgendwie konnt' ich da ehrlich sein“* (Frau S., Z. 580-584).

Indem es Patientinnen demnach gelingt, ihre Erlebnisinhalte im künstlerischen Werk zu aggregieren, verweben sie eigenes Erleben eng mit dem Herstellungsprozess des Werkes. Um in der Folge auch außerhalb der kunsttherapeutischen Behandlung auf Therapieerfahrungen zurückzublicken, schildern die Befragten vor allem eine wesentliche Handlung: den Transport der im Werk konservierten Erfahrungen in den lebenspraktischen Alltag, wie etwa Frau L.:

*„Ich kann jetzt schon sagen, dass ich in drei Jahren wahrscheinlich gar nicht mehr weiß, was ich alles erzählt habe, aber ich kann in drei Jahren sagen, was ich gefühlt habe, als ich meine Arbeit gemacht habe. Und ich glaube, da kann ich mich eher dran erinnern, was ich gedacht und gefühlt habe, als an irgendwelche Gespräche.“*

I: Was hilft Ihnen dabei, sich an diese Gedanken und Gefühle zu erinnern?

*Jede Einzelheit, die in dieser Arbeit drinsteckt. Sei es die Farben oder die Formen, welche Arbeit man gewählt hat [...] das hat man ja alles mit Bedacht gemacht und ich glaube, das kommt eher wieder ins Gedächtnis als irgendwelche Sätze, die ich mal gesagt hab“* (Frau L., Z. 541-550).

- B) Wenn Patientinnen von der Strategie der „Erarbeitung, der Bearbeitung und der Verarbeitung von Inhalten des Selbst- und des Fremderlebens“ berichten, beschreiben sie mit Blick auf ihr interaktionales Verhalten mit den künstlerischen Themenvorgaben in der Kunsttherapie zum einen die Konfrontation mit den subjektiv relevanten Inhalten des Selbst- und des Fremderlebens und die Bearbeitung dieser. Zum anderen beschreiben Patientinnen Strategien der Selbstbeobachtung und Selbstreflexion, um die Er-, Be- und Verarbeitung von Inhalten des Selbst- und Fremderlebens zu erreichen. Durch welche Interventionen aber werden die oben aufgeführten Strategien der Arbeit an den Inhalten des Selbst- und Fremderlebens in der Kunsttherapie stimuliert? Die Konfrontation durch die dialektisch behavioral inspirierte und vielfach als unangenehm empfundene Themenvorgabe wirkt direktiv auf Patientinnen ein, indem sie ihnen bedeutsame Themenbereiche vor Augen führt, mit denen es sich

auseinanderzusetzen gilt. Neben den unangenehmen Empfindungen wird die Themenvorgabe von Patientinnen andererseits als Entlastung in Bezug auf die Übernahme von Verantwortung für die zu bearbeitenden Themen erfahren, sie reduziert ferner die Hemmschwelle zur Bearbeitung als belastend empfundener Themenbereiche und sie bietet Patientinnen darüber hinaus eine Orientierung in der Kunsttherapie. Durch die schrittweise, tastende Annäherung an ihre Erlebnisinhalte schützen Patientinnen sich dabei vor emotionaler Überflutung. Bereits Vertrautes wird mit unangenehmen Inhalten verknüpft, wodurch Belastung reduziert wird. Ebenso leistet die selbstständige Modifikation dieser Themenvorgaben entsprechend der subjektiven Bedürfnisse einen entlastenden Beitrag zur Verarbeitung von Erlebnisinhalten:

*„Allein wär das echt schwierig gewesen, auf diese Themen zu kommen, wir haben aber sehr viele persönliche Themen gefunden, die ich dann bearbeitet hab. Ja man hat schon gemerkt, dass es teilweise heftig war, sich damit auseinanderzusetzen. Ja man spricht da nicht drüber und es ist auf einmal ein ganzer Batzen, sondern man erarbeitet sich das langsam. Deswegen ist das irgendwie ähm leichter gewesen als das in Worte zu packen, weil, dann wär's vielleicht innerhalb von zehn Minuten ausgesprochen. Aber so hat man sich langsam irgendwie da rangetastet. Stück für Stück“* (Frau L., Z. 150-158).

Was aber bedeutet die Er-, Be- und Verarbeitung von Inhalten des Selbst- und des Fremderlebens für die Patientinnen in der Konsequenz für ihren Therapieerfolg? Mit dieser gehen erstens die Verarbeitung von persönlichen Problem- und Themenbereichen und zweitens die Entwicklung von Akzeptanz, sowohl für die eigene Vergangenheit als auch für die eigene Person einher. Hierzu die folgende beispielhaft gewählte Gesprächssequenz:

*„Akzeptieren. Ja bei meiner ersten Arbeit zum Beispiel Themen, die ich nicht ändern kann, die halt passiert sind, aber die ich nicht ändern kann und akzeptieren muss, so wie sie sind. Und dass ich gelernt hab, mich zu akzeptieren, dass ich so bin wie ich bin. Also ich bin rausgegangen und ich akzeptiere mehr wie ich bin. Zeig mich auch mehr“* (Frau L., Z. 341-350).

- C) Sich „Klarheit darüber zu verschaffen, was Patientinnen möchten“, wurde von ihnen als weitere Strategie zur Auseinandersetzung mit persönlichen Themen angeführt. Im Mittelpunkt steht dabei die Entwicklung einer prospektiven Orientierung. Die Entwicklung solcher zukunftsbezogenen

Vorstellungen wird, mit Blick auf die befördernden Interventionen, ebenfalls durch die Konfrontation mit den kunsttherapeutischen Themenvorgaben stimuliert. Durch sie werden Patientinnen angeregt, Zukunft in Abgrenzung zu ihrer biografischen Vergangenheit auszumalen. Frau M. berichtet dazu stellvertretend für die befragten Patientinnen:

*„Ziele vor Augen halten, das vergess' ich immer ganz gerne in den Gesprächstherapien, weil das manchmal dann zum Beispiel ziemlich schwierig ist, was Positives oder Hoffnung in die Zukunft zu legen, weil man da auch immer so festgefahren ist in dem Hier und Jetzt, weil es gerade irgendwie schwierig ist, an was Schönes und an die Zukunft zu denken, wenn man das alles durch hat. Und das macht man in der Kunsttherapie find ich. Da holt man das noch mal hervor. Also das Positive oder den Wunsch wie es mal wird. Werden soll“ (Frau M., Z. 100-107).*

## 6 Diskussion

Welche Bedeutung entfaltet Kunsttherapie in Verbindung mit der DBT bei Patientinnen mit BPS? Auf diese Frage hat die Forschung bisher keine Antwort gefunden, denn es wurden bisher keine mit dieser Studie vergleichbaren Forschungen durchgeführt. Um etwas Licht in dieses Dunkel zu bringen, wurde in dieser explorativen empirischen Studie ein bereichsbezogenes theoretisches Modell zur Bedeutung der DB-KT in der Behandlung der BPS entwickelt, welches einen Beitrag zum besseren Verständnis der Wirkungsweise und der Wirksamkeit von Kunsttherapie in der stationären DBT der BPS leistet, hierzu die Bedingungen des therapeutischen Vorgehens ausleuchtet und bisher unberücksichtigte therapeutische Mechanismen in der Behandlung identifiziert. So ließ sich aus den Ergebnissen extrahieren, dass Kunsttherapie in dem untersuchten Setting zu einer erheblichen Verbesserung des Selbstbildes beiträgt. Dies machte die Frage relevant, wie sich eine solche Veränderung erklären ließ. Insbesondere der Auseinandersetzung mit persönlichen Themen wurde von den Patientinnen eine zentrale Bedeutung zugeschrieben, die eng mit der Verbesserung des Selbstbildes verknüpft ist. Damit es aber hierzu kommen kann, müssen ein günstig eingeschätztes Passungsgefüge und ästhetische Erfahrungen als treibende Kraft auf die spezifischen Strategien der Auseinandersetzung wirken, die von Patientinnen eingesetzt und durch die kunsttherapeutischen Interventionen stimuliert werden.

Diese Studie muss sich trotz ihrer Ergebnisse der Kritik stellen, dass der Umgang mit

den Patientinnenerzählungen aufgrund der fallüberschreitenden Darstellung einen tendenziell verallgemeinernden Charakter hat. Der Zusammenhang zwischen Empirie und Theorie durch die Selektion einzelner Interviewsequenzen als Repräsentanz für die entstandene Theorie mag daher im Rahmen dieser Darstellung reduziert wirken. Die selektive und fallüberschreitende Ausführung umgeht stellenweise die Individualität der einzelnen Patientinnenerzählungen, wenngleich jede umfassende Schilderungen für eine eigene Falldarstellung böte. Da aber das Ziel dieser Studie die Erforschung der Bedeutsamkeit von Kunsttherapie für eine ganze Patientinnengruppe und die Entwicklung einer empirisch fundierten Theorie zur DB-KT war, konnte die individuelle Tiefe ihrer Erzählungen in den Grenzen dieses Artikels nicht dezidiert wiedergegeben werden. Vielmehr ist es dennoch durch das methodische Vorgehen gelungen, einen bereichsbezogenen Ansatz einer Theorie zum Einsatz von Kunsttherapie in der Behandlung der BPS zu gewinnen und durch die lebendige Interaktion zwischen Empirie und Theorie eine praxisgebundene Leitidee hierzu aufzuzeigen.

Dazu wurden insgesamt fünf problemzentrierte Interviews (Witzel, 1989) mit Patientinnen einer BPS geführt, die sich in stationärer dialektisch behavioraler Behandlung in einer nordrheinwestfälischen Akutpsychiatrie befanden. Auf Basis der sehr reichhaltigen Erzählungen ist es gelungen die bisher ausstehende Theorieentwicklung in der dialektisch behavioralen Kunsttherapie anzustoßen. Um entsprechend des Theoretical Samplings (Glaser & Strauss, 2010) über die sukzessive Verifikation der Erkenntnisse zu einer Sättigung der sich herauschälenden Theorie in Gänge zu kommen, wären weitere Informationen aus weiteren Interviews zuträglich gewesen, denen in einer Folgestudie nachgegangen werden sollte. Zudem wurde in dieser Studie der Frage nach den förderlichen, nicht aber nach den möglicherweise schädlichen kunsttherapeutischen Prozessen nachgegangen, wobei die Schilderungen der Patientinnen auch dazu Ansätze geboten hätten. Da das Ziel dieser Arbeit aber die Darstellung hilfreicher kunsttherapeutischer Mechanismen war, um praxisgebundene Impulse für die Kunsttherapie daraus abzuleiten, wurden möglicherweise nachteilige Prozesse nicht weiter ausgeleuchtet, was kontrastierend aber in einer Folgestudie anschließen könnte.

Die Patientinnenerzählungen zur Bedeutung der Kunsttherapie wurden „im Querschnitt“ erhoben und geben daher eine Momentaufnahme ihrer Einschätzungen wider. Um einen Eindruck zu gewinnen, ob ihre Bedeutungszuschreibung zu den Bedingungen der Kunsttherapie, ihren Wirkmechanismen

und ihren Wirksamkeiten auch über die Zeit stabil bleibt und inwiefern Therapieerfolge nachhaltige Wirksamkeit erzielen, sollten in einer Follow-Up-Erhebung katamnestische Interviews durchgeführt werden, die darauf eine Antwort geben können. Da in dieser Studie zudem kein Kontrollgruppendesign eingesetzt wurde, können die Untersuchungsergebnisse nicht vollständig isoliert von weiteren therapeutischen Angeboten betrachtet werden, an denen die befragten Patientinnen teilgenommen haben. Wechselwirkungen mit anderen Therapieformen sind daher nicht gänzlich auszuschließen. Zudem war das Ziel dieser Studie gewählten qualitativen Forschungsansatzes die durch die Patientinnen subjektiv konstruierten Theorien über die Bedeutsamkeit von Kunsttherapie zu rekonstruieren, um auf deren Basis eine praxisgebundene Theorie zur DB-KT zu elaborieren. Inwiefern diese theoretische Leitidee zur Bedeutsamkeit und somit zur Wirksamkeit und zur Wirkungsweise der DB-KT aber generalisierbar ist, sollte in einer quantitativen Studie überprüft werden.

Trotz dieser aufgezeigten methodischen Einschränkungen konnte diese Studie für Patientinnen einer BPS, die regelmäßig an der DB-KT teilgenommen haben festhalten, dass sie eine basale Verbesserung ihres Selbstbildes durch die Auseinandersetzung mit den subjektiv als relevant erachteten Themen erfahren. Das Passungsgefüge als Vehikel für Auseinandersetzung und somit für Veränderungen im Erleben und Verhalten kann in vielerlei Hinsicht unter der Perspektive von Hautzinger und Eckert (2007) als Determinante für eine ausreichende Ansprechbarkeit mittels therapeutischen Angebots und somit als prognostisch günstige Bedingung für erfolgreich angewandte Therapie betrachtet werden. Entsprechend der psychotherapeutischen Behandlung ist also auch in der Kunsttherapie das Passungsproblem von hoher Relevanz, damit diese mit positiver Wirkung angewandt werden kann. Dabei scheint es für Patientinnen zunächst weniger bedeutsam, welche Interventionen zur Anwendung kommen, prädiktiver scheint vielmehr das Passungsproblem an sich, also wie gut TherapeutIn, Therapiegruppe, Behandlungsmethode, künstlerische Mittel sowie die Patientin zusammenpassen. Das Phänomen der Passung zeigt aber auch, dass ohne die Bereitschaft der Patientinnen ein günstiges Passungsgefüge und damit die Auseinandersetzung mit persönlichen Themenbereichen nicht möglich ist: Erst wenn die Patientinnen bereit sind, korrigierende Neuerfahrungen zu machen und die damit assoziierten unangenehmen Empfindungen auszuhalten, kann Auseinandersetzung stattfinden. In der DB-KT ist den Patientinnen aber zweierlei wichtig: einerseits die mit dem Commitment assoziierte

und an die Selbstwirksamkeit der Patientinnen appellierende Haltung von TherapeutInnen, die ihnen den Raum eröffnet, korrektive Erfahrungen zu machen, und andererseits eine Umgebung, die Vertrauen und Sicherheit bietet und dem Gegenüber vermittelt, dass dessen individuelle Sichtweise nachvollziehbar ist. Eine solche zwischen Validation und an das Commitment appellierende pendelnde therapeutische Beziehungsgestaltung kann, im Sinne der DBT, als prädiktiv für ein günstig eingeschätztes Passungsgefüge interpretiert werden. Die im Gruppensetting zunächst bei allen Befragten reaktivierte Angst vor Invalidierung stimuliert bei ihnen die Entwicklung hilfreicher Mechanismen zur Korrektur des Angsterlebens. So erscheint es erstaunlich, dass nicht TherapeutInnen, sondern die Patientinnen selbst sich als Expertinnen für die Mechanismen des Selbstwertschutzes positionieren, indem sie implizite Verhaltensarrangements miteinander festlegen und einen Rahmen schaffen, in welchem soziale Anerkennung geübt und positive Selbstwahrnehmung möglich wird. Das Gruppensetting leistet demnach einen wesentlichen Beitrag, um zwischenmenschliche Effektivität (Bohus & Wolf-Arehult, 2013) informell zu trainieren. Hautzinger und Eckerts (2007) Ansatz zur Passung bietet einen Anhaltspunkt, entsprechende kunsttherapeutische Passungskriterien in einer anknüpfenden Untersuchung auf ihre möglichen Qualitäten im kunsttherapeutischen Indikationsprozess zu überprüfen, da PatientInnen oft ohne begründete Hinweise kunsttherapeutisch behandelt werden. Kriterien zur Indikation könnten aber gewährleisten, dass Kunsttherapie nicht angewandt wird, wenn von dem kunsttherapeutischen Angebot mögliche iatrogene Therapieeffekte ausgehen. Mit der Ermittlung der Passungskriterien setzt diese Studie einen Impuls zur Erarbeitung kunsttherapeutischer Indikationskriterien für weiterführende Forschungsarbeiten.

Der angestrebten Auseinandersetzung in der Kunsttherapie scheinen Patientinnen eine so hohe Bedeutung beizumessen, dass sie das beschriebene therapeutische Vorgehen nicht unbeteiligt hinnehmen, sondern entsprechend der subjektiven Relevanzsetzungen eine entschlossene Modifikation des Angebots vollziehen. Die Ergebnisse spiegeln wider, dass gerade diese personale Aktivität der Aneignung einen wichtigen Einfluss auf die subjektiv eingeschätzte Wirksamkeit des kunsttherapeutischen Prozesses nimmt. Dieses Phänomen zeigt sich auch in den Ansätzen zur Person-Kontext-Passung (Asendorpf, 2004). Die kunsttherapeutische Behandlung der BPS ist also ein Prozess, der von komplexen und dynamischen Wechselwirkungen zwischen dem Passungsgefüge, den kontextschaffenden ästhetischen Erfahrungen, der kunsttherapeutischen Interventi-

onsmethodik und der personalen Aneignung auf Seiten der Patientin geprägt wird. Einerseits verläuft die kunsttherapeutische Behandlung nomothetisch, indem die Bedingungsvariablen des kunsttherapeutischen Vorgehens bei allen Patientinnen relevant werden, damit die Auseinandersetzung mit den subjektiv bedeutsamen Themen wirksam werden kann. So muss die kunsttherapeutische Themenvorgabe gerade die in der Krankheitsbewältigung relevanten und zumeist belastenden Inhalte des Selbst- und Fremderlebens berühren, um die Verarbeitung von Erlebnisinhalten anzuregen. Wenngleich Patientinnen eine solche Konfrontation mit den Inhalten ihres Erlebens vielfach als belastend empfinden, nutzen sie darin aber auch Potenziale zur Verarbeitung. Andererseits sind die kunsttherapeutischen Prozesse idiografisch: abhängig von den subjektiven Relevanzsetzungen reagieren die Patientinnen auf ihre individuelle Weise auf das methodische Vorgehen, um eine Veränderung in ihrem Erleben und Verhalten zu erreichen. Für die Kunsttherapie ist also zweierlei wichtig: Einerseits die vergleichbaren, allgemein festgelegten Therapiestandards, um einen förderlichen Rahmen für die positive Entwicklung des Selbstbildes zu gewährleisten und andererseits die individuellen Entfaltungsmöglichkeiten der Patientinnen. Die Freiräume zur Selbstentfaltung sind insbesondere mit Blick auf die Vielschichtigkeit des Störungsbildes von Bedeutung, um den subjektiv unterschiedlich gelagerten Anforderungen in der Krankheitsbewältigung gerecht zu werden. Wenngleich ein dialektisch behavioraler Rahmen bereitgestellt wird, so sind es die Patientinnen selbst, die ihre komplexe Symptomatik darin in ihren subjektiven Sinnzusammenhang einbetten. Gerade die Entwicklung von Sinn- und Bedeutungsstrukturen erlaubt es den Patientinnen demnach, ihr krankheitsbezogenes Selbstbild positiv zu verändern. Durch die Rekonstruktion von Erlebens- und Verhaltensweisen der Patientinnen konnte ermittelt werden, dass die Auseinandersetzung mit den persönlich relevanten Themenbereichen bei den Befragten höchste Bedeutsamkeit in der Kunsttherapie gewinnt. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Plecity, Danner-Weinberger, Szkura und von Wietersheim (2009) für die Kunsttherapie im Rahmen der psychosomatischen Behandlung, die in einer Interviewstudie ermittelten, dass die Kunsttherapie überwiegend dem Ausdruck individueller (problematischer) Themen diene. Für dieselbe Zielgruppe konnten Oster, Poetsch, Danner-Weinberger und von Wietersheim (2014) zudem feststellen, dass PatientInnen die Kunsttherapie nutzen, um sich mit individuellen Konflikten auseinanderzusetzen. Somit drängt sich auch für weiterführende Untersuchungen die Frage auf, inwiefern die Auseinandersetzung mit persönlichen Themen- und

Problembereichen als störungsübergreifend und kunsttherapiespezifisch zu betrachten ist.

Vor dem Hintergrund vielfach beeinträchtigter, angst- und schambesetzter zwischenmenschlicher Beziehungen (Linehan, 2007), erscheint die Interaktion mit dem künstlerischen Werk zu einem sicherheitsbietenden Bereich zu werden, in dem Schutz vor der Wiederholung invalidierender Erfahrungen realer Beziehungen gewährleistet und eine angstfreie Kommunikation der eigenen Erlebnisinhalte möglich wird. Angesichts des internalisierten Diktats der negativen Selbstbewertung (Linehan, 2007) ist gerade die Externalisierung und Exploration der persönlichen Erlebnisinhalte als wertvolle Veränderung der Patientinnen zu bewerten. Externalisierung und Exploration der Inhalte des Selbst- und Fremderlebens tragen dazu bei, sich in erhöhtem Maße der eigenen Person zuwenden, das Gefühl von Insuffizienz und innerer Leere aufzulösen und einen Beitrag zur Korrektur des gestörten Selbsterlebens zu leisten. So sind die einzeln betrachteten Therapieeffekte von hoher Relevanz für das Selbstbild. Kunsttherapie unterstützt Betroffene somit zukünftig positive Erlebnisse mit der eigenen Person wahrscheinlicher zu machen. Mit der gefundenen Verbesserung des Selbstbewusstseins, konnte ein in der Literatur zur Kunsttherapie (Bateman & Fonagy, 1999; Daszkowski, 2011; Haeyen, 2011; Neumann, 2001) diskutiertes Phänomen empirisch untermauert werden. Da eine Störung der Selbstwahrnehmung eine zentrale Rolle in der Pathologie der BPS spielt, die sich mitunter in einer eingeschränkten Handlungskompetenz widerspiegelt (Bohus & Wolf-Arehult, 2013), kann die positive Veränderung des Selbsterlebens als stabilisierender Faktor für die langfristige Modifikation auftretender Verhaltensschwierigkeiten gedacht werden. Die Kunsttherapie unterstützt solche Entwicklungen, indem das künstlerische Werk durch den Transport in den lebenspraktischen Alltag zu einem „Reminder“ der Betroffenen wird, welcher sie im Alltag und somit außerhalb des Schonraums der Psychiatrie auf mögliche (dys)funktionale Weisen im Erleben und Verhalten aufmerksam macht.

Die in der kunsttherapeutischen Literatur diskutierte These zu Veränderung im Verhalten (Haeyen, 2011; Johns & Katerud, 2004; Katerud & Petersen, 2004) konnte mithilfe der Patientinnenerzählungen jedoch ebenso wenig gefüllt werden wie die zur Selbstbeobachtung und Mentalisierung (Fonagy & Bateman, 2006; Haeyen, 2011; Katerud & Petersen, 2004) sowie zur Emotionsregulation (Haeyen, 2011). Um solche sich zwischen Theorie und Empirie bewegenden Widersprüche zu überprüfen, sei – auch vor dem Hintergrund berechtigter Forderungen nach wissenschaftlicher Absicherung der kunsttherapeutischen Praxis –

darauf hingewiesen, dass es weiterer Studien zur Effektmessung von Kunsttherapie bedarf. Eine Klärung der Möglichkeiten und Grenzen der Emotionsregulation mithilfe der Kunsttherapie erscheint vor dem Hintergrund Linehan (2007) ätiologischer Herleitung der BPS als Störung der Emotionsregulation von höchster Bedeutung. Auch die Erforschung möglicher direkter kunsttherapeutischer Einflüsse auf dysfunktionales Verhalten erscheint angesichts der dialektisch behavioralen Ausrichtung an der Frage, welche Funktionen bestimmte Bedingungen für das Auftreten und die Aufrechterhaltung eines Problemverhaltens haben, relevant. Der in dieser Studie gefundene Schlüsselmechanismus der Kunsttherapie liegt hingegen auf der Vergrößerung von Einsicht und von Erkenntnissen. Beide Zugänge eröffnen Patientinnen aber eine teils entpathologisierte Sicht auf die krankheitsbestimmenden Verhaltens- und Erlebensweisen, da mithilfe der Untersuchung von Mustern im Erleben und Verhalten Einsichten erreicht werden, die Patienten und Patientinnen potenziell für zukünftig auftretende Probleme generalisierend anwenden können (vgl. Wassmann & Batra, S. 50). Demzufolge können solche am Erleben orientierten Erfahrungen zu einer produktiven Unterstützung in der DBT werden, in welcher angenommen wird, dass dysfunktionale Verhaltensweisen durch mangelnde Bewältigungsstrategien für das instabile Erleben ausgelöst werden (Bohus, 2002).

Abschließend sei besonders hervorgehoben, dass offensichtlich ein deutliches Synergiepotenzial zwischen DB-KT und DBT besteht, kurzum: dass Kunsttherapie bei BPS-Betroffenen fruchtbar eingesetzt werden kann und in ihrer Behandlung eine zentrale Bedeutung für die Auseinandersetzung mit den persönlich relevanten Themenbereichen gewinnt. An dieser Stelle soll auf die meines Erachtens interessante Perspektive hingewiesen werden, wie die Kunsttherapie durch die positive Veränderung des Selbstbildes gezielter in das dialektisch behaviorale Behandlungskonzept integriert werden kann, indem die verhaltensorientierten Behandlungsprinzipien um den erlebensorientierten Ansatz der Kunsttherapie ergänzt und intensiviert werden. Damit aber das im Vorausgegangenen vorgestellte Erklärungsmodell zur Bedeutung von Kunsttherapie nicht tautologisch bleibt, verstehe ich meinen Beitrag als Anstoß für weitere Forschungen zu dieser Thematik und wenn ihr weitere Studien folgen würden, wäre das Ziel mehr als erreicht.

## Literatur

- Asendorpf, J. B. (2004). *Psychologie der Persönlichkeit*. (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American journal of Psychotherapy*, 156, 1563-1569.
- Bohus, M. (2002). *Borderline-Störung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bohus, M. & Wolf-Arehult, M. (2013). *Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten. Das Therapeutenmanual* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Daszkowski, A. (2004). Alles unter einem Dach: Die integrative Funktion der Kunsttherapie in der stationären Borderline Behandlung. *Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie*, 8 (3), 143-153.
- Daszkowski, A. (2011). Kunsttherapie. In O. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Elmendorf, A. (2013). Kunsttherapie auf der DBT-Station. In W. Rössler & B. Matter (Hrsg.), *Kunst- und Ausdruckstherapien. Ein Handbuch für die psychiatrische und psychosoziale Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Falkai, P. & Wittchen, H. U. (Hrsg.) (2014). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 188, 1-3.
- Glaser, B. & Strauss, A. (2008). *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.
- Haeyen, S. (2004). Verbindend werk, beeldende therapie met borderline-lienten op basis van de dialectische gedragstherapie van Linehan. *Tijdschrift voor creatieve therapie*, 1, 5-11.
- Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven, beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Van Loghum.
- Haeyen, S. (2011). *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie, Effecten van beeldende therapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Introductie van een beeldende therapie vragenlijst*. Appeldoorn: Garant.
- Hautzinger, M. & Eckert, J. (2007). Wirkfaktoren und allgemeine Merkmale der Psychotherapie. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Johns, S. & Karterud, S. (2004). Guidelines for Art Group Therapy as Part of Day Treatment Program for Patients with Personality Disorders. *Group Analysis*, 37 (3), 419-432.
- Johnson, D. M., Shea, M. T., Yen, S., Battle, C. et al. (2003). Gender differences in borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Comprehensive Psychiatry*, 44 (4), 284-292.

- Karterud, S. & Petersen, G. (2004). Short-term day hospital treatment for personality disorders: Benefits of the therapeutic components. *Therapeutic Communities: International Journal for Therapeutic & Supportive Organisations*, 25 (1), 43-54.
- Lamont, S., Brunero, S. & Sutton, D. (2009). Art psychotherapy in a consumer diagnosed with borderline personality disorder: A case study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 164-172.
- Linehan, M. M. (2007). *Dialektisch behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. (2. Aufl.). München: CIP Medien.
- Maaswinkel, E. (2003). Zur Emergenz der Kunsttherapie im deutschen Sprachraum. *Kunst & Therapie – Zeitschrift für bildnerische Therapien*, 2, 7-17.
- Neumann, E. (2001). Forschungsperspektiven integrativer klinischer Kunsttherapie am Beispiel einer Borderline Problematik. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, 12 (4), 171-187.
- Oster, J., Poetsch, S., Danner-Weinberger, A. & von Wietersheim, J. (2014). Patientenerfahrungen und Bildverläufe in der Kunsttherapie einer psychosomatischen Tagesklinik. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 64 (2), 70-75.
- Plecity, D. M., Danner-Weinberger, A., Szkura, L. & von Wietersheim, J. (2009). Die Auswirkungen der Kunsttherapie auf das körperliche und emotionale Befinden der Patienten – Eine quantitative und qualitative Analyse. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 59 (9-10), 364-369.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2010). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. (3. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Sendera, A. & Sendera, M. (2010). *Borderline – Die andere Art zu fühlen. Beziehungen verstehen und leben*. Wien: Springer.
- Slayton, S. C., d'Archer, J. & Kaplan, F. (2010). Outcome studies on the efficacy of art therapy: a review of findings. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 27 (3), 108-118.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie*. (2. Aufl.). Bussum: Coutinho.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. (3. Aufl.). Weinheim: PVU.
- Vernooij, P. (1996). Grensverkenningen: Creatieve therapie met borderline-client. *Tijdschrift voor creatieve therapie*, 1, 3-8.
- Wassmann, R. & Batra, A. (2013). Grundlagen der Problem- und Verhaltensanalyse. In A. Batra, R. Wassmann & G. Buchkremer (Hrsg.), *Verhaltenstherapie: Grundlagen, Methoden, Anwendungsgebiete* (4. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Watermann, K., Antwi, J., Coti, M. & Sindermann, M. (2012). *Kunsttherapie bei Borderline-Störung*. Münster: Monsenstein und Vannerdat.
- Witzel, A. (1989). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweise, Anwendungsfelder*. Heidelberg: Asanger.



**Michaela Sindermann, M.A.**

Westfälische Wilhelms-Universität Münster  
 Fachbereich Erziehungswissenschaft  
 und Sozialwissenschaften  
[michaela.sindermann@uni-muenster.de](mailto:michaela.sindermann@uni-muenster.de)

**Anhang: Interviewleitfaden**

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Memo für Nachfragen (bei Anpassung der Formulierung)
<b>Einstieg (Allgemeine Einschätzung)</b>	
Sie haben nun während Ihrer Behandlung zweimal wöchentlich mit jeweils 1,5 Std an der Kunsttherapie teilgenommen. Wenn Sie jetzt an die Kunsttherapie zurückdenken, wie haben Sie die Kunsttherapie allgemein wahrgenommen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie kam das?</li> <li>• Was fällt Ihnen darüber hinaus zur Kunsttherapie ein?</li> </ul>
<b>Kunsttherapeutische Effekte</b>	
Was waren für Sie die wichtigsten Erfahrungen in der Kunsttherapie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was nehmen Sie nun, am Ende der Kunsttherapie, für sich mit?</li> <li>• Inwiefern ist es Ihnen gelungen, Ihre Ziele für die Therapie mit Hilfe der Kunsttherapie zu erreichen?</li> <li>• Ich möchte Sie bitten, eine Einheit zu beschreiben, die bei Ihnen eine besondere Rolle gespielt hat</li> <li>• Wie kam das?</li> </ul>
Welches Ihrer Werkstücke ist Ihnen bisher am wichtigsten gewesen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was hat dazu geführt, diese Arbeit für Sie wichtig geworden ist?</li> <li>• Welche Themen haben dabei eine Rolle gespielt?</li> <li>• Ich möchte Sie bitten, Ihren Gestaltungsprozess an dieser Arbeit kurz zu beschreiben.</li> </ul>
Inwiefern hat Ihnen die Kunsttherapie Gelegenheit geboten, sich mit Ihren persönlichen Themen auseinander zu setzen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Themen waren das?</li> <li>• Inwiefern haben Sie das Gefühl, dass Ihre Themen behandelt wurden?</li> <li>• Welches Thema hätten Sie sich u.U. weiterhin gern in der Kunsttherapie gewünscht?</li> </ul>
Was haben die Erfahrungen, die Sie in der Kunsttherapie gemacht haben mit Ihrem persönlichen Alltag zu tun?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inwiefern ist es möglich, Dinge, die Sie in der Kunsttherapie behandelt haben, auf Ihren Alltag anzuwenden?</li> <li>• Welche Erfahrungen in der Kunsttherapie sind u.U. mit konkreten Situationen in Ihrem Alltag verknüpft?</li> <li>• Ich möchte Sie bitten, eine Alltagssituation zu beschreiben, an der Sie das merken.</li> </ul>
<b>Kunsttherapeutische Interventionen</b>	
Wie ist es Ihnen im Umgang mit der Kunsttherapeutin ergangen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie schätzen Sie das Angebot der Kunsttherapeutin ein (d.h. wie beurteilen Sie die angebotenen Techniken und Themen)?</li> <li>• Was ist Ihnen im Kontakt mit der Kunsttherapeutin wichtig gewesen?</li> <li>• Können Sie sich an eine Situation erinnern, in der Ihnen das besonders aufgefallen ist?</li> <li>• Was hätten Sie sich eventuell anders gewünscht im Kontakt mit der Therapeutin?</li> </ul>
Wie war der Umgang mit den künstlerischen Materialien für Sie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie haben Sie es erlebt, künstlerisch aktiv zu sein?</li> <li>• Wie kam das?</li> <li>• Welche Materialien schätzen Sie als besonders hilfreich ein?</li> <li>• Was genau hat dazu geführt, dass gerade dieses Material für Sie so förderlich war?</li> <li>• Welche Materialien oder Techniken haben Ihnen u.U. gefehlt?</li> </ul>
Wie würden Sie den Unterschied beschreiben zwischen der künstlerischen Auseinandersetzung mit Ihren Themen und der sprachlichen Auseinandersetzung in Ihrer Gesprächstherapie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Warum?</li> </ul>
Wie haben Sie das Arbeiten innerhalb der Gruppe erlebt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie haben Sie sich innerhalb der Gruppe gefühlt?</li> <li>• Wie ist es Ihnen damit ergangen, Ihre Werke vor der Therapeutin und anderen Patientinnen zu präsentieren?</li> <li>• Was hätten Sie sich in Bezug auf die Gruppe anders gewünscht?</li> </ul>
<b>Abschluss</b>	
Gibt es nun zum Abschluss unseres Gesprächs noch eine Anmerkung Ihrerseits?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was wäre Ihnen abschließend noch wichtig?</li> <li>• Was hätten Sie sich in der Kunsttherapie u.U. anders gewünscht?</li> </ul>

# Relevanz der Kunsttherapie im psychiatrischen Kontext unter besonderer Betrachtung von veränderter Wahrnehmung und Ausdruck bei Depressiven Störungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen

Ergebnisse einer Patientenbefragung an zwei Universitätskliniken

Panja Küpper\*

## Zusammenfassung

Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen wie depressiven Störungen und posttraumatischen Belastungsstörungen leiden häufig unter veränderter emotionaler Wahrnehmung und Ausdrucksfähigkeit. Diese Studie untersucht, inwieweit Kunsttherapie das Bewusstwerden dieser Seelentätigkeiten verbessern kann. In einer anonymen Fragebogenstudie an zwei unterschiedlichen psychiatrischen Universitätskliniken wurden 103 Patienten nach Abschluss ihres Aufenthaltes zu ihrem Erleben und ihrem Erfahrungszugewinn durch Kunsttherapie befragt. Vor allem im Zusammenhang der beiden am häufigsten angegebenen Diagnosen Depressive Störungen und Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) konnten eindeutig positive Ergebnisse ermittelt werden. Diese haben bedeutsame Implikationen für die Stellung der Kunsttherapie bei Patienten mit psychiatrischen Störungen.

**Schlüsselwörter:** Kunsttherapie, klinische Studie, psychiatrische Störung, Wahrnehmung, Ausdruck

The relevance of art therapy in the context of psychiatry. Improvement of emotional perception and expression from the patient's view. Results of a prospective empiric questionnaire study

## Abstract

Patients with psychiatric illnesses like depressiv and post-traumatic disturbances suffer often from altered emotional perception and capability of expression. This study examines to what extent art therapy can improve the consciousness of these activities of the soul. In an anonymus questionnaire study in two different university psychiatric hospitals 103 patients were questioned after the end of their time in hospital about their experience and increase in perception from art therapy. Above all in connection with the two most frequent diagnoses. In the case of affective disturbances and post-traumatic disturbances unambiguously positive results could be determined. These have important implications for the significance of art therapy for patients with psychiatric disturbances.

**Keywords:** art therapy, clinical study, psychiatric disturbance, perception, expression

---

\* Zentrum für Psychosoziale Medizin der Universität Heidelberg

## Einleitung

Psychiatrische Erkrankungen bedeuten für den betroffenen Patienten und dessen Angehörigen einen hohen Leidensdruck und leider immer noch die Gefahr der Stigmatisierung. Möller (2009) schreibt, dass mehr als 40 Prozent aller Krankmeldungen im Zusammenhang mit psychischen Störungen zu sehen sind (S. 7). Zukünftig werden weiter ansteigende Zahlen prognostiziert. Die Behandlungsfälle vollstationärer Aufnahmen in der ICD-10-Klassifizierung „Psychische und Verhaltensstörungen“ sind laut Statistischem Bundesamt im Zeitraum von 1994 bis 2008 um 46,4 Prozent gestiegen (Schneider et al., 2012, S. 3). Dies bedeutet neben den Behandlungskosten auch ein relevantes volkswirtschaftliches Thema durch Arbeitsausfälle und Frühberentungen. Effiziente und nachhaltige Therapieverläufe werden daher angestrebt. Kunsttherapie kann hier einen wichtigen Stellenwert einnehmen. „Erstmals wurden Anfang des 19. Jahrhunderts Zusammenhänge bildnerischen Ausdrucks eines Menschen in Verbindung seiner psychiatrischen Erkrankung gesehen“ (Gruber, 2011, S. 179). Seither haben sich künstlerische Therapien in Psychiatrischen Kliniken etabliert und sind ein hilfreiches Instrument geworden, Patienten nonverbal Ausdrucksmöglichkeiten zu bieten. Seit Einführung des DRG-Fallpauschalensystems (*Diagnosis Related Groups*) wurden zur Aufnahme in den Operationsschlüssel OPS 301 „wissenschaftliche Belege“ für die Wirksamkeit für künstlerische Therapien eingefordert (Kunzmann et al., 2005, S. 77). Zahlreiche Studien belegen bereits die Wirksamkeit von Kunsttherapie bei z.B. depressiver Symptomatik (Hamre et al., 2004b, Egberg Thyme et al., 2007, Plecity et al., 2009, Gussak, 2009), jedoch ist Kunsttherapie nach wie vor keine reguläre Kassenleistung. Sofern sie nicht im stationären Kontext eingebettet ist, werden die Kosten nur in wenigen Ausnahmefällen als Kassenleistung übernommen. Die S3-Leitlinienempfehlung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde vergibt lediglich eine B-Empfehlung von Kunsttherapie bei schweren psychischen Erkrankungen (Gühne et al., 2012, S. 859). Hierbei liegen häufig Fehlregulationen im Erkennen, Ausdrücken und der geführten Steuerung der eigenen Gefühlswelt zugrunde. „Dysfunktionale emotionale Prozesse“ spielen laut Lammers (2006) eine zentrale Rolle bei psychischen Störungen (S. 292). Schwierigkeiten in der Wahrnehmung und Kommunikation von Emotionen sind nach Simson (2006) für therapeutische Behandlung jedoch ein „prognostisch ungünstiger“ Faktor (S. 376). Kunsttherapie bietet Möglichkeiten, diesen Faktoren entgegenzuwirken. Die vorliegende Studie soll die Verbesserung von emotionaler

Wahrnehmung und Ausdrucksmöglichkeit durch Kunsttherapie belegen. Hierzu wurden mittels eines standardisierten Fragebogens Patientendaten nach Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken und Teilnahme am Kunsttherapieprogramm evaluiert. Die Datenerhebung erfolgte wenige Tage vor Entlassung. In wissenschaftlichen Erhebungen wird laut Kächele (2012) die Stellungnahme des Patienten zunehmend als „eigenständiges und methodisch vollgültiges Bewertungskriterium“ geschätzt (S. 28). Sie wurde bewusst gewählt, um aus Patientensicht Informationen zum eigenen Erleben zu erfahren. Ziel dieser Studie ist, durch Ergebnisse die Bedeutung der Kunsttherapie im psychiatrischen Kontext aufzuzeigen und deren Ansätze im Gesamtkonzept anerkannter psychotherapeutischer Verfahren zu verankern. Die aufgestellte These, dass Kunsttherapie förderlich auf Prozesse der emotionaler Wahrnehmung und Ausdrucksfähigkeit wirkt, soll hierbei verifiziert werden.

## Methoden

In der Studie wurden Daten mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens erhoben. Hierbei wurden elf Items mit offenen und geschlossenen Fragen evaluiert. Bei geschlossenen Fragen gab es Ja-Nein-Antworten und Fragen mit möglichen Mehrfachantworten. Eine numerische Differenzierung wurde zur Förderung der Teilnahmemotivation und Simplifizierung nicht erfragt. Es wurden persönliche Angaben (Alter, Geschlecht, Diagnose), Daten zur Motivation (freiwillige oder verpflichtende Teilnahme), Vorerfahrung (ja, nein) und die Anzahl an kunsttherapeutischen Sitzungen evaluiert. Des Weiteren Angaben zum Erleben in der Kunsttherapie (Zeitvertreib, Freude, Entlastung, nonverbaler Ausdruck, Gestaltung, wichtige Bilder, Persönlichkeit zeigen, Unterstützung), zum Gruppenkontext (Austausch, andere persönliche Seite zeigen), zu gewonnenen Erfahrungen (Selbstakzeptanz, Verbalisierung, Selbstsicherheit) und zum Wunsch nach weiterer künstlerischen Tätigkeit (ja, nein, vielleicht). Freitexte (Erleben, Gruppenkontext, Störfaktoren, allgemeine Stellungnahme) wurden gemäß qualitativer Forschung mittels Qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2010) klassifiziert, in Kategorien eingeordnet (Wahrnehmung, Ausdruck, Sonstiges) und quantitativ erfasst. 220 Fragebögen wurden an fünf Kunsttherapeuten aus zwei Institutionen ausgehändigt. Es handelte sich hierbei um das Zentrum für Psychosoziale Medizin der Universitätsklinik Heidelberg und das Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim. Die Evaluationen wurden vom Kunsttherapeuten kurz vor Entlassung an die Patienten ausgegeben, von diesen ausgefüllt und anonym

zurückgegeben. Es konnte keinerlei Zuordnung zur Identität des Studienteilnehmers hergestellt werden. Erhebungszeitraum war September 2014 bis Mai 2015. Die Teilnahme der Patienten war freiwillig. 113 Bogen kamen als Rücklauf zur Auswertung. Davon waren zehn Datensätze nicht verwertbar.

Die 103 Datensätze ( $n = 103$ ) wurden mittels des Excel-Kalkulationsprogrammes ausgewertet, Durchschnittswerte berechnet und in Bezug zueinander gesetzt. Die prozentuale Umrechnung der ermittelten Werte wurde ohne Dezimalstellen dargestellt und nach den üblichen Regeln auf- oder abgerundet. Ausschlusskriterien: Die Teilnehmer mussten ein Mindestalter von 16 Jahren erfüllen und an mindestens drei kunsttherapeutischen Settings teilgenommen haben.

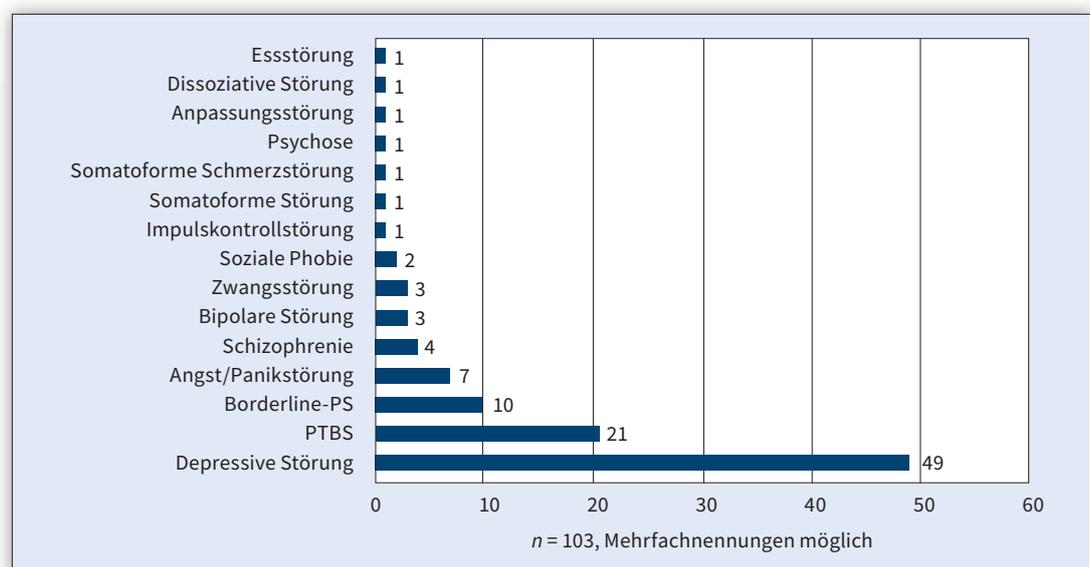
## Ergebnisse

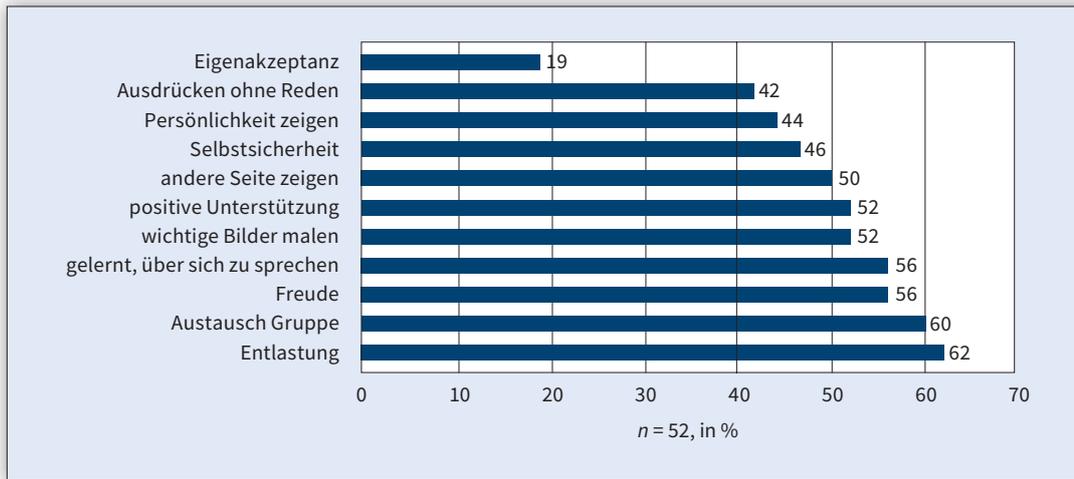
Es wurden insgesamt 15 unterschiedliche Diagnosen evaluiert, ersichtlich in Abbildung 1. Mehrfachnennungen waren möglich. Bei Angabe Depressive Störung wurde von den Teilnehmern nicht genauer differenziert, ob es sich gegenwärtig um eine leichte, mittlere oder schwere depressive Störung handelt. Ebenso wurde von den Befragten bei bipolaren Störungen nicht differenziert, ob sie sich derzeit in einer manischen oder depressiven Phase befinden. 26 Teilnehmer (25%) trafen keinerlei Angaben zu ihrer Diagnose. Von 49 Patienten (48%) wurde „Depressive Störung“ angegeben. 21-mal (20%) wurde PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung), zehnmal (10%) Borderline-Persönlichkeitsstörung, siebenmal (7%) Angst-Panikstörung genannt. Vier Probanden (4%) gaben die Diagnose Schizophrenie, jeweils drei Teilnehmer Bipolare Störung (3%) und Zwangsstörung (3%)

an. Zwei Patienten (2%) litten unter sozialer Phobie. Jeweils einmal (je 1%) wurden die Diagnosen Essstörung, dissoziative Störung, Anpassungsstörung, Psychose, Somatoforme Schmerzstörung, Somatoforme Störung und Impulskontrollstörung genannt. Um die Werte genauer vergleichen zu können, wurden die beiden am häufigsten genannten Diagnosegruppen Affektive Störungen (Depressive und Bipolare Störung) und Posttraumatische Belastungsstörung einzeln betrachtet und die angegebenen Aussagen prozentual ermittelt. 29 Probanden mit depressiven Störungen und alle drei Studienteilnehmer mit bipolaren Störungen gaben „Entlastung durch Malen“ in der Kunsttherapie an. Die Werte wurden prozentual zu den Affektiven Störungen Depression und bipolare Störung (Gesamtwert  $n = 52$ ) in Bezug gesetzt. Daraus ergibt sich, dass 62 Prozent der Patienten mit Affektiven Störungen Entlastung durch Malen in der Kunsttherapie verspürt haben. 31 Teilnehmer (60%) empfanden den Austausch in der Gruppe hilfreich, 26 Probanden (50%) gaben an, dass sie innerhalb der Gruppe durch die entstandenen Werke eine andere Seite von sich zeigen konnten. 29 Studienteilnehmer (56%) empfanden Freude durch Kunsttherapie. 29 Patienten (56%) gaben an, sie haben gelernt, über sich zu sprechen. 27 Teilnehmer (52%) konnten Bilder malen, die für sie wichtig waren, 27 Probanden (52%) erhielten positive Unterstützung durch Kunsttherapie und 24 Studienteilnehmer (46%) hatten an Selbstsicherheit gewonnen. 23 Patienten (44%) konnten durch die kunsttherapeutischen Interventionen ihre Persönlichkeit offen zeigen, 22 Probanden (42%) konnten sich ausdrücken ohne zu reden. 10 Studienteilnehmer (19%) gaben an, durch Kunsttherapie gelernt zu haben, sich so zu akzeptieren, wie sie sind. Die Ergebnisse sind in Abbildung 2 „Auswertung Affektive Störungen“ ersichtlich.

**Abbildung 1**

Diagnosenübersicht



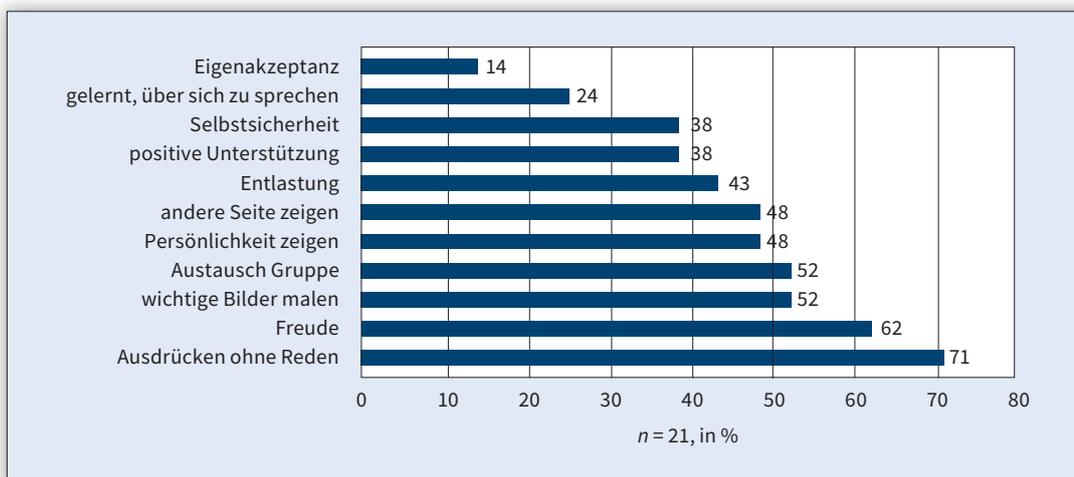


**Abbildung 2**  
Auswertung  
Affektive Störungen

Die Auswertung der Daten bei Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen zeigte folgende Ergebnisse: 15 der Studienteilnehmer (71%), ausgehend von einem Gesamtwert von 21 (n = 21), konnten sich ausdrücken, ohne darüber reden zu müssen, 13 Probanden (62%) empfanden Freude durch Kunsttherapie. Elf Teilnehmer (52%) gaben an, dass sie wichtige Bilder für sich malen konnten, ebenfalls elf Patienten (52%) bestätigten, dass der Austausch in der Gruppe über die entstandenen Werke hilfreich für sie war. Jeweils zehn Teilnehmer (48%) gaben an, dass sie in der Kunsttherapie ihre Persönlichkeit und eine andere Seite von sich zeigen konnten. Neun Probanden verspürten Entlastung (43%). Acht Patienten (38%) fühlten sich durch die kunsttherapeutischen Interventionen unterstützt. Zum Erfahrungszugewinn in der Kunsttherapie wurde mit acht Angaben (38%) bestätigt, dass die Studienteilnehmer sicherer im Umgang mit sich selbst und mit anderen geworden sind. Fünf Teilnehmer (24%) gaben an, sie haben gelernt, über sich zu sprechen, und drei Probanden (14%) haben gelernt, sich so zu akzeptieren, wie sie sind. Die Ergebnisse sind in Abbildung 3 „Auswertung PTBS“ dargestellt.

**Diskussion**

Exemplarisch wurden die beiden am häufigsten genannten Störungen (Affektive Störungen und PTBS) genauer untersucht. 62 Prozent der Patienten mit Affektiven Störungen konnten in der Kunsttherapie Entlastung wahrnehmen. Dieser Aspekt ist in Betrachtung der biochemischen Pathologie bei Affektiven Störungen von Bedeutung. Es zeigt sich u.a. ein persistent erhöhter Spiegel des Langzeit-Stresshormons Cortisol. Die Patienten fühlen sich dadurch permanent in einer inneren Anspannung, leiden an Gedankenkreisen und Schlafproblemen, sie sind laut Treichler (2007) einem hohen inneren „Leidensdruck“ unterworfen, empfinden tiefen „seelischen Schmerz“ und unerträgliches „Leiden“ (S. 285). In der Studie konnte die Erfahrung von Entlastung bei 62 Prozent der Befragten mit Affektiven Störungen nachgewiesen werden. Als Hauptsymptome zeigen sich Verlust des Selbstvertrauens oder Selbstwertgefühls und der Verlust von Freude (Dilling & Freyberger, 2013, S. 135). Es konnte bei Patienten mit Affektiven Störungen eine Steigerung der Selbstsicherheit (46%), Erleben von Freude (56%) und positive Erfah-



**Abbildung 3**  
Auswertung PTBS

rungen im Austausch mit der Gruppe (60%) evaluiert werden. Man kann infolgedessen von einer Stimmungsaufhellung durch die verbesserte Wahrnehmung und Ausdrucksmöglichkeit ausgehen. Dies bestätigt die Ergebnisse von Gussak (2008), Egberg Thyme et al. (2007) und Plecity et al. (2009), der eine tendenzielle Besserung der Stimmung bei depressiven Patienten in über 50 Prozent nach der kunsttherapeutischen Intervention nachweisen konnte. Auch Born (2006) machte Entdeckungen, die das Empfinden von Freude durch Kunsttherapie begründet. Sie beschreibt in ihrer Studie „verbesserte handwerkliche Fähigkeiten“ als „Anlass zur Freude“ (S. 249). Diese Erfolgserlebnisse geben dem Patienten verlorene Handlungsfähigkeiten zurück, stärken das Selbstwertgefühl und wirken stimmungshebend.

Eine Erweiterung der Ausdrucksmöglichkeit stellte sich besonders in der Betrachtung der Ergebnisse von Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen dar. Sie gaben mit 71 Prozent die Möglichkeit zum „Ausdruck ohne zu reden“ in der Kunsttherapie an. Sie leiden an den Folgen eines traumatischen Ereignisses und unter wiederkehrenden Nachhallerinnerungen (Flashbacks), in denen sich die traumatische Situation filmartig wiederholt. PTBS ist laut ICD-10 gekennzeichnet durch „emotionale Stumpfheit“, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen und depressiver Symptomatik mit Freudlosigkeit und nicht selten mit suizidalen Gedanken (Dilling & Freyberger, 2013, S. 173/174). In der Studie konnte bei dieser Patientengruppe bei 62 Prozent eine Wahrnehmung von Freude festgestellt werden. 52 Prozent der Patienten empfanden den Austausch in der Gruppe über ihre entstandenen Werke positiv. Der Symptomatik von PTBS wirkt Kunsttherapie durch verbesserte Ausdrucksmöglichkeit innerhalb der Gruppe entgegen. Diese Aussage bestätigen auch die langjährigen Forschungsergebnisse von Yalom (1995), der das Miterleben positiver Entwicklungen anderer innerhalb einer Gruppe als Möglichkeit des eigenen Wachstums sieht (S. 22). Allerdings gaben in der Befragung Patienten aller Diagnosen ( $n = 103$ ) sieben (7%) Patienten an, dass der Austausch in der Gruppe für sie nicht hilfreich oder gar störend empfunden wurde. 52 Prozent der Patienten mit PTBS konnten durch Kunsttherapie wichtige Bilder für sich malen, was einer bedeutsamen Ausdrucksmöglichkeit für dieses Störungsbild entspricht. Die positive Wirkung von Kunsttherapie auf Symptome der PTBS konnte bereits von Brillantes-Evangelista (2013) nachgewiesen werden. Laut Kämmerer (2002) neigen Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen zu Vermeidungsverhalten und „reflexhaften emotionalen Reaktionen“, welche durch „neurobiologische Strukturen“ der emotionalen Verarbeitung bedingt sind (S.

113). Dadurch kann der Zustand von wortlosem Entsetzen (speechless terror) entstehen. Die nonverbale Möglichkeit zum Ausdruck in der Kunsttherapie wurde laut vorliegender Studie von Patienten mit PTBS in 52 Prozent als hilfreich empfunden. Diese Beobachtung bestätigen auch Reichelt (2008) und Schuster (2014). Durch kunsttherapeutische Interventionen können nonverbal „fragmentierte Erinnerungen“ zu einer „integrierten Geschichte“ des traumatischen Erlebnisses zusammengeführt werden (S. 75). Dies ist der entscheidende Therapieschritt in der Behandlung von traumatischen Störungen. Kunsttherapie als wichtiges Kommunikationsmedium wurde bereits in der Studie von Ganter hervorgehoben (Ganter et al., 2009). Die erweiterte Ausdrucksmöglichkeit durch Kunsttherapie konnte ebenfalls durch Gäue et al. (2011) bestätigt werden.

## Abschlussbetrachtung

Kunsttherapie hat sich in Kliniken, rehabilitativen und präventiven Einrichtungen etabliert. Essentiell war die Aufnahme in den Operations- und Prozedurenschlüssel des DRG-Fallpauschalensystems. Durch aktuelle Diskussionen über das Abrechnungssystem (PEPP) in Psychiatrie und Psychosomatik steht Kunsttherapie erneut in der Herausforderung, sich auf der therapeutischen Plattform zu behaupten und ihre Berechtigung unter Beweis zu stellen.

Kunsttherapie hat durch zahlreiche Forschungsergebnisse, wie oben gezeigt, dass sie ausgleichend, stabilisierend und heilsam wirken kann. Fundierte diagnostische Instrumente und Methoden wurden entwickelt und in klinischen Studien belegt. Künstlerische Prozesse scheinen schwieriger bewertbar, jedoch sollte gerade diese Tatsache als positiver Aspekt gewertet werden. Der Patient als Konsument kann die Auswirkungen auf den Gesundheitsverlauf reflektieren und sollte deshalb in der Forschung als wichtiges „Instrument“ gesehen werden. Die nonverbale Ausdrucksmöglichkeit hat sich in verschiedenen klinischen Bereichen und Störungsbildern als wertvoll und hilfreich erwiesen. Ein Aspekt, der neben der Musik- und Tanztherapie je nach Erkrankung der einzige Zugangsweg zum Patienten sein kann.

Aussagen von Patienten mit PTBS belegen dies in überzeugendem Umfang. Bei der Betrachtung der Ergebnisse der Affektiven Störungen wird die entlastende Wirkung von Kunsttherapie als hilfreich erlebt. Die große Patientenzahl, die das Empfinden von Freude angibt, liefert wichtige Erkenntnisse: Eines der Leitsymptome vor allem depressiver Störungen ist die Anhedonie, d.h. das Unvermögen, Freude zu empfinden. Hier zeigt die vorliegen-

de Forschungsarbeit positive Ergebnisse in Bezug zur Verbesserung von emotionaler Wahrnehmung.

Im Gesamtergebnis gesehen wird das Erleben von Freude und Entlastung neben der nonverbalen Ausdrucksmöglichkeit am häufigsten von Patienten aller Diagnosen ( $n = 103$ ) angegeben. Betrachtet man den großen Leidensdruck psychiatrisch erkrankter Menschen, so sind auch diese Ergebnisse wichtige Indikatoren bei der Diskussion um die Berechtigung der Kunsttherapie als anerkanntes Therapieverfahren.

Die in den Freitexten verfassten Stellungnahmen sind in Bezug zur aufgestellten These beachtenswert: Hier wurde von den Studienteilnehmern mehrheitlich eine Verbesserung der Wahrnehmung und eine Verbesserung der Ausdrucksfähigkeit durch Kunsttherapie dokumentiert. Die vorgestellten Ergebnisse zeigen somit deutliche Tendenzen der Verifizierung der eingangs aufgestellten These.

Kunsttherapie wird im klinischen Kontext in ein mehrdimensionales Setting eingebunden. Um Re-Traumatisierungen zu vermeiden sind enge Absprachen innerhalb des Behandlungsteams notwendig. Gerade bei PTBS steht zu Beginn der Behandlung der stabilisierende Aspekt im Vordergrund. Das multimodale Behandlungsprogramm bietet Patienten durch Psychotherapeutische Einzel- und Gruppensprache, Kunsttherapie, Musik-, Bewegungs-, Tanz- und Ergotherapie unterschiedliche Zugangswege. Der Behandlungsauftrag für therapeutische Interventionen ist zunächst die Stabilisierung, gefolgt von Konfrontation und Integration.

Offen bleibt weiterhin die Implementierung der Kunsttherapie als anerkanntes Therapieverfahren. Nachbarländer wie England oder die Niederlande akzeptieren Kunsttherapie als dieses und erstatten die Kosten in vollem Umfang. Die Ursachen scheinen also nicht nur in der Forderung von Wirksamkeitsnachweisen zu liegen, sondern sollten auch auf politischer Ebene zu finden sein.

Aus der Patientenbefragung ist die Erkenntnis unbeantwortet geblieben, inwiefern Kunsttherapie im weiteren Schritt eine Neuausrichtung in Form des erwünschten gerichteten Steuerungsprozesses unterstützen kann. Dies sollte in einer folgenden Studie ermittelt werden.

Sowohl wissenschaftlich als auch in der Studienanalyse sind im kunsttherapeutischen Zusammenhang mehrere Entwicklungen bemerkenswert: Ausdrucksfähigkeit und Wahrnehmung sowie intensiver Gruppenaustausch sind Merkmale, die sowohl in der Empfindung des Patienten als auch im wissenschaftlichen Kontext eine übergeordnete Rolle spielen. Unter Berücksichtigung der Störungsbilder (Affektive Störung, PTBS) liegt das Defizit im

Persönlichkeitsbild. Im Sinne des Kohärenzgefühls laut Salutogenese ist ein zentrales unbewusstes Bestreben, das Defizit wieder auf ein „Normalniveau“ zu regulieren. Über den nonverbalen Ausdruck durch kunsttherapeutische Interventionen können Blockaden überwunden werden, um sich dem ursprünglich gesunden Zustand wieder anzugleichen. Wahrnehmungen wie Freude und Entlastung bestätigen eine solche Herangehensweise. Wird dieser Ansatz noch kombiniert mit dem Gruppenkontext, ist bei den meisten psychiatrischen Störungsbildern von einer noch größeren Therapieeffizienz auszugehen. Weitere Forschungen sollten die Ergebnisse vertiefen und spezifizieren. Hierzu geeignet erscheinen nach aktuellem Stand qualitative Forschungsdesigns, um weitere Erkenntnisse zur Wahrnehmungs- und Ausdrucksverbesserung und vor allem zur folgenden gerichteten Steuerung durch Kunsttherapie aus Patienten- und Expertensicht zu gewinnen. Daraufhin wäre eine Anerkennung und Implementierung in die S3-Leitlinien der AWMF von Stufe B auf Stufe A wünschenswert.

## Literatur

- Born, R. (2006). *Der kompetente Patient. Die subjektive Wahrnehmung und Verarbeitung künstlerischer Therapien durch Patienten an einer Klinik. Eine Patientenbefragung zur Kunsttherapie*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Brillantes-Evangelista, G. (2013). An evaluation of visual arts and poetry as therapeutic intervention with abused adolescents. *The Art in Psychotherapy*, 40, 71-84.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (Hrsg.) (2013). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen nach dem Pocket Guide von J. E. Cooper* (6. überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Egberg Thyme, K., Sundin, E. C., Stahlberg, G., Lindstrom, B. et al. (2007). The outcome of short-term psychodynamic art therapy compared to short-term psychodynamic verbal therapy for depressed women. Onlineprint. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 21, 3, 250-264.
- Ganter, C., Enck, P., Zipfel, S. & Sammet, I. (2009). Kunsttherapie in Gruppen bei Essstörungen. Eine Literaturanalyse. *Gruppenpsychotherapie, Gruppendynamik*, 45, 20-31.
- Gäue, C., Butterstädt, M., Singer, S., Kleinert, E. et al. (2011). Die Bedeutung einer kunsttherapeutischen Intervention für onkologische Patienten aus Sicht der Teilnehmer, der Kursleitung und der Supervisorin. *Forschende Komplementärmedizin*, 18, 127-133.
- Gruber, H. (2011). Ausgewählte Aspekte zu Forschungsansätzen in der Kunsttherapie unter besonderer Berücksichtigung der systematischen Bildanalyse. In P. Petersen, H. Gruber,

- & R. Tüpker (Hrsg.), *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien* (S. 179-194.). Wiesbaden: Reichert.
- Gühne, U., Weinmann, S., Arnold, K., Ay, E.-S. et al. (2012). Künstlerische Therapien bei schweren psychischen Störungen. Sind sie wirksam? *Nervenarzt*, 7, 855-860.
- Gussak, D. (2008). The effects of art therapy on male and female inmates: Advancing the research base. *The Arts in Psychotherapy*, 36, 4, 5-12.
- Hamre, H. J., Glockmann, A. & Kiene, H. (2004b). Wirksamkeitsbeurteilung der Anthroposophischen Kunsttherapie: Einzelfallstudien eingebettet in eine prospektive Kohortenstudie. *Der Merkurstab*, 3, 194-203.
- Kächele, H. (2012): Kunsttherapie und Forschung. In F. von Sprei (Hrsg.), *Kunsttherapie bei psychischen Störungen* (2. Aufl., S. 25-30). München: Urban und Fischer.
- Kämmerer, A. (2002). Gefühle mit Gefühlen behandeln. *Psychotherapie im Dialog*, 2, 3, 112-119.
- Kunzmann, B., Aldrige, D., Gruber, H. & Wichelhaus, B. (2005). Künstlerische Therapien: Zusammenstellungen von Studien zu Künstlerischen Therapien in der Onkologie und Geriatrie. Hintergrund – Umsetzung – Perspektiven – Aufforderung. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, 16, 2, 77-85.
- Lammers, C.-H. (2006). Achtsamkeit und Akzeptanz bei der therapeutischen Arbeit an Emotionen. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 7, 3, 292-296.
- Mayring, Ph. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. In T. Mruck & G. Mey (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Möller H.-J., Laux, G. & Deister, A. (2009). *Psychiatrie und Psychotherapie* (4. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Plecity, D., Danner-Weinberger, A., Szkura, L. & von Wietersheim, J. (2009). Die Auswirkungen der Kunsttherapie auf das körperliche und emotionale Befinden der Patienten – Eine quantitative und qualitative Analyse. *PPmP – Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 59, 9/10, 364-369.
- Reichelt, S. (2008). *Prozessorientiertes Malen als traumatherapeutische Intervention: Ein Beitrag zur ressourcenfundierten Bewältigung von Extremerfahrungen in Kindheit und Adoleszenz*. Regensburg: Roderer.
- Schneider, F., Farkai, P. & Maier, W. (2012). *Psychiatrie 2020. Perspektiven, Chancen, Herausforderungen* (2. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schuster, M. (2014). *Kunsttherapie in der Psychologischen Praxis. Mit therapeutischem Praktikum und Selbsterfahrungsanleitungen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Simson, U. (2006). Veränderung der Wahrnehmung von Emotionen im Verlauf stationärer psychotherapeutischer Behandlung. *Psychother Psych Med*, 56, 376-382.
- Treichler, M. (2007). *Sprechstunde Psychotherapie. Krisen – Krankheiten an Leib und Seele, Wege zur Bewältigung* (3. komplett überarb. Aufl.). Stuttgart: Verlag Urachhaus.
- Yalom, I. D. (1995). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch* (3. Aufl.). München: Pfeiffer.



**Panja Küpper**

Zentrum für Psychosoziale Medizin  
der Universität Heidelberg  
Voßstraße 4  
D-69115 Heidelberg  
panjakuepper@t-online.de

# Poesie und Erkenntnis – eine poesietherapeutische Perspektive

Marc Neufeld\*

## Zusammenfassung

Im Aufsatz „Poesie und Erkenntnis“ wird ausgehend von einem Diktum Joh. Georg Hamanns (1730-1788) der Charakter poetischer Sprache erörtert. Poesie wird als Weg der Selbst-, Welt- und Gotteserkenntnis diskutiert. Zur Analyse von Lyrik werden u.a. Kategorien vorgeschlagen, die sich an den Aspekten eines psychopathologischen Befundes orientieren wie er für die Psychotherapie erstellt wird (AMDP). Umgekehrt wird eine Methode vorgestellt, wie Therapeuten das Schreiben von Lyrik nutzen können, um Resonanzphänomene (Übertragung und Gegenübertragung) aus der Therapie für sich zu klären.

**Schlüsselwörter:** Poetische Sprache, J. G. Hamann, Erkenntnis, Selbst, Welt, Gott, Poesie-Therapie, Lyrik, Resonanz-Phänomen (Übertragung, Gegenübertragung), AMDP, Analyse

## Poetry and knowledge – a poetry-therapeutic perspective

### Abstract

In the essay 'Poesie und Erkenntnis' (poetry and knowledge) the character of poetic language is being debated based on a dictum by Joh. Georg Hamann (1730-1733). Poetry is being discussed as a way into knowledge of the self, the world and of God. For the analysis of lyric, among others, categories are suggested that follow the aspects of a psychopathologic evidence as used in psychotherapy (AMDP system). Conversely, a method is presented showing how therapists can use writing lyric poetry in order to clarify phenomena of resonance (transmission and counter-transmission) originating from the therapy.

**Keywords:** poetry language, J. G. Hamann, knowledge, self, world, God, poetry therapy, lyric, resonance phenomena (transmission, counter-transmission), AMDP, analysis

„Ohne Wort, keine Vernunft – keine Welt“ dieses Diktum Johann Georg Hamanns wurde der ersten Magus-Preisfrage 2011 vorangestellt und in Bezug auf die Poesie nach dem Zusammenhang von Sprache, Denken und Wahrnehmung gefragt – und von dieser Frage will ich hier ausgehen: „Wenn verschiedenen Sprachformen je besondere Formen des Denkens und Wahrnehmens zugehören, wie bestimmt sich ... das Denken und Wahrnehmen der Poesie? Inwiefern kann eine poetische Sprache Instrument ... oder Medium eines Denkens und Fühlens, einer Erkenntnis- und Erfahrungsform sein, die ohne sie weder möglich noch kommu-

nizierbar wäre“? Dieser Frage soll im Folgenden nachgegangen werden. Dazu nehme ich eine poesietherapeutische Perspektive ein und stelle eine poesietherapeutische Methode für Therapeuten vor. Im Verlauf gehe ich dabei auf Formulierungen Joh. Georg Hamanns ein, der als Philosoph, Schriftsteller und Zeitgenosse Immanuel Kants 1730-1788 unter anderem in Königsberg und London lebte.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Der Artikel „Logos – Magus – Poesie“ von Susanne Schulte auf der Homepage der Magustage 2013 in Münster gibt über das Denken Hamanns einen Überblick (download 22.05.2017).

## Die poetische Sprachgestalt

Etymologisch leitet sich der Begriff „Poesie“ von griechisch „*poiein*“ ab: tun, machen. Und Poesie ist folglich etwas, das im besten Sinne gemacht ist und Gestalt angenommen hat. Wir meinen damit eine bestimmte Art der komponierten Sprache; in der Regel eine Sprachgestalt, die geprägt ist von geregeltem Rhythmus, klangvoller Melodie und vollendeter Kurzform, Dynamik, Bilderreichtum und metaphorischer Redeweise oder auch spielerischem Humor. Ihre Grammatik folgt nicht unbedingt der Alltagssprache. Es bleibt etwas offen, ein Rest, ein Geheimnis, Verweigerung von Erkenntnis<sup>2</sup>. Ein Erfahrungsraum wird eröffnet, der – wenn er beschrieben werden soll, bereits wieder verlassen worden ist. Insofern hat Poesie eine Nähe zur Musik und zum Gesang, dem oft solche Texte zugrunde liegen.

Als poetisch bezeichnen wir aber auch allgemeine Situationen und Wahrnehmungsgelände, die auf uns sinnlich, lyrisch, pittoresk, ästhetisch oder irgendwie schön, ... wirken, als wären sie gemacht, gestaltet, komponiert, z.B. eine poetisches Stimmungsbild in der Natur.

„Poesie“, „poetisch“ wird also zum einen weitgefasst und metaphorisch verwendet, zum anderen aber in einem engeren Sinne auf Sprache bezogen. Um diese Art der Sprache soll es weiter gehen – in ihrem Verhältnis zur Erkenntnis.

## Erkenntnis

Wir hören oder lesen ein Wort: Wir bemerken es, nehmen es wahr, sehen oder hören es und merken, dass wir diese Art von Muster bereits kennen, schon einmal wahrgenommen haben. Vielleicht haben wir sogar eine Erinnerung an eine Situation, einen Kontext dafür, einen Begriff, wir haben es früher schon begriffen. Der Erkenntnis geht die Kenntnis voraus. Erkennen ist so verstanden ein Wiedererkennungsprozess.

Was aber, wenn wir etwas erkennen, das wir noch nicht kennen, z.B. ein Wort, das wir zum ersten Mal lesen? Beginnt dann nicht ein Suchprozess in uns? Der Versuch, das Neue einzuordnen, mit Altbekanntem abzugleichen,

es zu erklären, von seiner Herkunft her, wir assoziieren frei oder überlegen gezielt, fragen nach unserem intuitiv-emotionalen Eindruck, nach Imaginationen und Bildern, wir versuchen es aus dem Kontext zu entschlüsseln, wir suchen, um ein Aha-Erlebnis zu bekommen, wo uns etwas auf- und einleuchtet, offenbar wird, wir Einsicht bekommen. Es ist die Abenteuerfreude der Neugier, die uns dabei befriedigt, und wenn wir es geschafft haben, die Genugtuung über den Erfolg.

Doch wenn uns dies nicht gelingt? Können wir dann das Wort in seiner Rätselhaftigkeit stehen lassen? Das Geheimnis und das Verborgene an-erkennen und als solches genießen? Oder ärgern wir uns daran?

In der Sprache der Lutherbibel transportiert das Wort Erkennen außerdem noch einen Aspekt aus dem hebräischen Denken in unsere Zeit, wenn es heißt, dass Adam Eva erkannte. Dann ist damit nicht nur ein kognitives und emotionales Moment, sondern sogar ein körperlich-geschlechtliches Erleben von Zusammengehörigkeit und Passung zu verstehen.

Der Begriff der „Erkenntnis“ kann sich folglich auf so vielfältige Prozesse beziehen wie: Bemerkten, Aufmerken, Wahrnehmen, Kennen, Wiedererkennen, Erinnern, Suchen, Nachdenken, Assoziieren, ... aber auch auf Ergebnisse und Erlebnisse wie: Entschlüsselung, Einleuchten, Verstehen, Offenbar-Werden, Wissen, Passung, Zusammengehörigkeit, ... oder aber ergebnisoffen sein und verweisen auf: Wirkung, Anerkennen, Genuss, ... oder er kann Grundemotionen enthalten und auslösen: Freude, Traurigkeit, Angst und Wut, ... – Erkennen jedenfalls ist ein kognitiv-emotional-körperliches Konglomerat von vermitteltem oder unvermitteltem Erleben, das um den Gewinnungsprozess und das Ergebnis von Kenntnis oder Unkenntnis kreist – und es kann nicht anders als kreisend bleiben. Erkenntnis ist einer der wichtigsten Begriffe in der Philosophie, und die Erkenntnistheorie beschäftigt sich damit.

Doch was ist die Besonderheit des Zusammenhangs von poetischer Sprache und Erkenntnis?

Können nicht je nach Gestalt der konkreten poetischen Sprache alle genannten Ebenen und Aspekte berührt werden? – Zum Beispiel je nach grammatischer Form oder Bilderreichtum der Lyrik (die poetische Sprache eines Paul Gerhardt Liedes ist und wirkt anders als ein dadaistischer Text und beides nochmals anders, wenn es gesprochen wird).

Im Folgenden soll diese Sicht vertieft werden, indem Poesie auf den Personbegriff bezogen wird mit seinen Aspekten des Selbst-, Welt- und Gottesverhältnisses (vgl. Stock, 1996, S. 226). Diese drei Verhältnisse sind wie drei Kreise, die ineinander und zueinander sowie zu sich selbst in Beziehung stehen und sich

<sup>2</sup> Vgl. Lex, 2011, S. 120: „Wir Menschen brauchen einen Rahmen, mit dessen Hilfe wir uns das Leben in spiritueller Hinsicht verständlich machen. Verfügt man über keinen Rahmen, stürzt man ab in ein Leben, das spirituell sinnlos ist. Wir fristen ein Leben ausschließlich auf der sinnlich-vitalen Ebene... Die Suche nach Spiritualität ist daher stets eine Suche nach dem Sinn des Lebens. Auf dieser Suche sind Musik und Dichtung ideale Wegbegleiter, Wegweiser und auch schon ein Teil dieses zu findenden Sinns im Leben. In diesem Sinne dienen Musik und Dichtung auch der Erkenntnis neben allen anderen Genüssen, die diese beiden Arten des Seins außerdem bereiten, und wie oben bereits gesagt, verweigern sie uns auch Erkenntnis.“

zirkulär verhalten. Sie bestehen, aber während sie bestehen entwickeln sie sich, und indem sie sich entwickeln werden sie. So verstanden sind Selbst-, Welt- und Gottesverhältnis der Weg relationalen Erkennens, der zugleich ist und wird. Poesie kann in diesem Zusammenhang als Methode dienen oder kann auch als Weg selbst der Selbsterkenntnis, Welterkenntnis und Gotteserkenntnis betrachtet werden. Auf welche Art und Weise dies geschehen könnte, wird nun beschrieben.

### Martin Buber: Ich und Du.

Dazu möchte ich zunächst Martin Bubers Unterscheidung von Ich-Du und Ich-Es darstellen und später darauf zurückkommen:

Martin Buber beschreibt in seinem Buch „Ich und Du“, dass der Mensch fähig sei, sich in einem Zustand des Einsseins zu erleben, in dem die Grenzen zwischen Außenwelt und Innenwelt verschwimmen – Buber nennt das „Ich-Du“. Der Mensch erlebe das, was außen ist, nicht mehr klar vom Innen abgegrenzt und stattdessen trete die Beziehung in den Vordergrund. Buber stellt dies an einem Baum-Beispiel dar:

„Es kann aber auch geschehen, ... daß ich, den Baum betrachtend, in die Beziehung zu ihm eingefasst werde, und nun ist er kein Es mehr... Alles, was dem Baum zugehört ist mit darin, seine Form, ... seine Farben und seine Chemie, seine Unterredung mit den Elementen, ... und alles in einer Ganzheit. Kein Eindruck ist der Baum, kein Spiel meiner Vorstellung, kein Stimmungswert, sondern er leibt mir gegenüber und hat mit mir zu schaffen, wie ich mit ihm – nur anders. Man suche den Sinn der Beziehung nicht zu entkräften: Beziehung ist Gegenseitigkeit“ (Buber, 1995, S. 7 f.).

Diese Fähigkeit, den Zustand des Einsseins zu erleben, hat jeder Mensch. Menschen mit psychotischen Störungen können sich aus diesem Zustand nicht lösen, erleben (pauschalisierend gesagt) das, was außen ist, als Innen und umgekehrt und sind deshalb dünnhäutig, sensibel, fragmentiert und zerfahren. Andere sind fähig, in diesen Zustand einzutauchen, ihn als Beziehungsgeschehen, als „Gegenseitigkeit“ wahrzunehmen, ihn bestenfalls zu genießen und wieder aufzutauchen – aufzutauchen in den distanzierteren Zustand des Betrachters, den Buber als „Ich-Es“ beschreibt (ebd.):

In diesem Zustand kann ich den Baum betrachten, ihn als farbiges Bild aufnehmen, oder als Bewegung der Äste und Blätter, ich kann die Gattung oder seine Form ergründen, aber „in all dem bleibt der Baum mein Gegenstand und hat seinen Platz und seine Frist, seine Art und Beschaffenheit“ (ebd.).

Beide Zustände zu erleben, ist notwendig. Denn, so Buber weiter: „In bloßer Gegenwart lässt sich nicht leben, sie würde einen aufzehren, wenn da nicht vorgesorgt wäre, daß sie rasch und gründlich überwunden wird. ... Und ... ohne Es kann der Mensch nicht leben. Aber wer mit ihm allein lebt, ist nicht der Mensch“ (ebd., S. 34). Das heißt: Zu pendeln zwischen beiden Erlebnisweisen ist gesund. Das Leben ist ein „Schwingen zwischen Du und Es“ (ebd., S. 50). Dieses Schwingen zwischen Ich-Du und Ich-Es ist das, was im Kern auch den Prozess ausmacht, durch den Poesie entsteht: Der Zustand des Einsseins ist der Zustand der Betroffenheit, der „bloßen Gegenwart“ (M. Buber). Der Zustand im Gegen-Über ist der Zustand des Reflektierens. Was bedeutet dies nun für Selbst-, Welt- und Gotteserkenntnis?

### Poesie als Weg der Selbsterkenntnis

Wenn man sich auf den Begriff der Selbsterkenntnis einlässt, begibt man sich auf schlüpfriges Terrain. Denn es ist beim Selbst nicht anders als beim Begriff Gott (und auch Welt), dass große (Definitions-)Leistungen vonnöten sind, um zu verstehen, was damit eigentlich gemeint sein kann. Entscheidend dabei ist, ob man den Begriff auf ein Objekt Selbst, eine Idee von Selbst, einen Prozess von Selbst, ... bezieht, d.h. welches begriffliche Konstrukt die Begriffsbildung selber beeinflusst. Es ist daher wesentlich und auch lediglich möglich, dass Dimensionen des Begriffs verdeutlicht werden:

Ausgehend von der Buberschen Unterscheidung von Ich-Du und Ich-Es, zeigt sich, dass das Selbst entweder als ein hinter dem Ich, Du und Es sich verbergendes und gleichbleibendes Viertes verstanden werden kann oder als ein Aspekt des Ichs, der dann im Zustand des Ich-Du oder Ich-Es je verschieden erscheint oder aber das Unwandelbare im Ich ist. Eine weitere Grundunterscheidung ist die, ob das Selbst Subjekt oder Objekt ist – sei es ein gleichbleibendes Objekt als Wesenskern oder ein sich entwickelndes Objekt, das von einem Subjekt erkannt werden kann. Mit William James gesprochen, es geht um ein „erkennendes Selbst“ und ein „erkanntes Selbst“. K. Jaspers sprach von der „Subjekt-Objekt-Spaltung“. Auf die Bubersche Unterscheidung rückgeführt, wäre die Subjekt-Objekt-Spaltung aber nur Ich-Es und nicht Ich-Du, denn das Ich-Du ist laut Buber eben nicht von Spaltung, sondern von Beziehung und dem Empfinden von Einssein geprägt.

Doch gibt es ontologisch dieses Selbst als Objekt oder als Subjekt überhaupt? Nun, wir machen Begriffskombinationen und beziehen das Selbst auf Fühlen, Denken und Handeln (Beck'sche Trias), was wir wiederum uns

selbst und anderen als Subjekt zuschreiben: Selbstwertgefühl, Selbstreflexion, Selbstverwirklichung... Und selbst bis in die Rechtsprechung hinein wird eine Person für ihr Fühlen, Denken und Handeln verantwortlich gemacht – Ausnahmen gibt es lediglich in der psychiatrischen Begutachtung bei der Beurteilung der Urteilsfähigkeit und Schuldfähigkeit. Doch kann nun die Tatsache, dass wir diese Begriffe verwenden, Grund dafür sein, dass es Selbst im ontologischen Sinne gibt? Wir sprechen doch in der Entwicklungspsychologie vom sich entwickelnden Selbst!? Frank M. Staemmler schreibt: „Kontakt ... [ist unsere] erste Wirklichkeit ... ‚Videor, ergo sum‘ (Altmeyer, 2003, S. 261) – ich werde gesehen, also bin ich. Das Selbst entsteht in den Augen des Anderen; es ist sowohl entwicklungspsychologisch als auch prinzipiell sekundär; der Andere ist primär“ (Staemmler, 2010, S. 3-5). Martin Buber brachte dies in dem bereits zitierten Buch auf die berühmt gewordene Formel: „Der Mensch wird am Du zum Ich“ (Buber, 1995, S. 28). „Ein Selbst zu sein, d.h. Subjektivität, beruht auf der Bezogenheit auf andere und entwickelt sich im Kontakt mit ihnen“ (Staemmler, 2010, S. 5). Und selbst bei der Abwesenheit anderer Menschen und damit „unmittelbare[r] Kontakt[e]“ sind wir in unserer Vorstellung mit „virtuellen Kontakten“ (ebd., S. 8), mit Anderen und Anderem, beschäftigt. Unser Selbst scheint wohl nicht anders als ein Intersubjektives zu bestehen; Bewusstsein, Identität und Individualität (vgl. ebd., S. 5, 6) wären damit „eher relative als absolute Gegebenheiten“ (Midgley, zit. nach Staemmler, 2010, S. 6) und müssten damit nicht als Subjekt oder Objekt, auch nicht nur als Vorstellung, Konstrukt, Konzept, Hypothese, Idee, sondern auch als Prozess ... und damit zuerst als Phänomen und Begriff aufgefasst werden.<sup>3</sup>

Ich möchte das Selbst als Schwellenbegriff betrachten – als einer, der nur im Hin-und-Her<sup>4</sup>, je partiell definierbar ist und doch ganz

<sup>3</sup> Albrecht Boeckh gibt einen guten Überblick über das Verständnis von Selbst in verschiedenen psychologischen und philosophischen Traditionen und unterscheidet im Bereich der Psychologie fünf „Dimensionen des Selbst“: „das Selbst als Teil des Seelischen“; „das Selbst als Ganzes des Seelischen“; „das Selbst als Funktion des Selbsterhaltes/der Selbstentfaltung“; „das Selbst als Kontaktfunktion und Grenzfunktion zur Mit- und Umwelt“; „das Selbst als Beziehung zu sich selbst, als Selbstbewusstsein, bzw. Selbstgefühl“ (Boeckh, 2011, S. 79 f.). Boeckh selber kommt auf dieser Basis zu einem dialogischen Verständnis von Selbst: „Das Selbst ist keine Entität[,] sondern primär Beziehung zu sich und anderen... Das Selbst ist lebensgeschichtlicher Dialog, der sich im Kontakt aktualisiert“ (ebd., S. 74). J. L. Rosenberg, der Gründer der Integrative Body Psychotherapy (IBP) definierte das Selbst interessanterweise über den Begriff „Wohlbefinden“/„wellbeing“, womit von der WHO aber der Begriff „Gesundheit“ definiert wird!? „Objektbeziehungen und die Psychologie des Selbst beschreiben das Selbst als Struktur der Seele. Die Integrative Körperpsychotherapie dagegen definiert das Selbst als eine nonverbale Erfahrung des Wohlbefindens im Körper sowie als kognitiven Prozeß“ (Rosenberg et al., 2008, S. 172). Vgl. auch unten Fußnote 8.

<sup>4</sup> Vgl. das Pendeln zwischen Ich-Du und Ich-Es bei Buber;

definiert werden muss, ein bleibendes Dilemma. Zweitens scheint mir, ist auch das Selbst an sich als Schwelle aufzufassen, als quasi-ontologisches Moment, das mit unserem Leib zwar verbunden wird, aber zugleich nur als „Nicht-Ort“ (Marc Augé) in unserem neuronalen Netzwerk besteht. Und drittens ist das Selbst leibhaft eben nur als Vorstellung an der Schwelle zur Nicht-Vorstellbarkeit angesiedelt und damit nicht anders als metaphorisch fassbar. Dass sich hier Begriff, Vorstellung, Entität (Wirklichkeit, Möglichkeit) und auch Erleben zirkulär oder gar helikal verhalten, ist deutlich und wurde bereits erwähnt.

In der Alltagssprache reden wir auf diesem schwankenden Fundament von „selbst“ im Sinne von: ich selber, ich allein, ich ohne fremde Hilfe, ich persönlich. Und „Selbst“ ist dann eine Substantivbildung von „selbst“, um das Adjektivische objekthafter fassen zu können – ein sprachliches Konstrukt, bei dem es um den reflexiven Bezug von sich zu sich, aber auch um die Darstellung der eigenen Abgegrenztheit von Anderem geht. So verstanden enthält Selbst ein reflexives Moment der Beziehung, aber auch eines der Entität, zugleich aber eines von Richtung (bzw. Richtungen) und letztlich auch eines von Bezugslosigkeit, Nicht-Entität, Richtungslosigkeit, bzw. Ambivalenz und damit Unvorstellbarkeit, Konstruiertheit und Konflikthaftigkeit. Damit ist aber deutlich, dass die Frage „Wer bin ich?“ (Bonnhoeffler, 1998, S. 513 ff.) – Ich selber!? – eine bleibende Offenheit und damit Suche enthält, auch wenn wir uns als Gefundene betrachten: Bin ich ...

„Der oder jener? Bin ich denn heute dieser und morgen ein anderer?  
Bin ich beides zugleich? Vor Menschen ein Heuchler  
und vor mir selbst ein verächtlich wehleidiger Schwächling?  
Oder gleicht, was in mir noch ist, dem geschlagenen Heer,  
das in Unordnung weicht vor schon gewonnenem Sieg?  
Wer bin ich? Einsames Fragen treibt mit mir Spott.  
Wer ich auch bin, Du kennst mich, Dein bin ich, o Gott!“ (ebd.)

Das lyrische Ich in diesem Gedicht Dietrich Bonnhoefflers macht sich im Hin-und-Her an einem Dritten fest: „Dein bin ich, o Gott“. Zugehörigkeit, so verstehe ich dieses „Dein“, nicht als besitzanzeigendes Fürwort, ist Bonnhoefflers Antwort. Könnte man sagen, dass er die Schwelle, zu der wir gehören, der wir nicht entfliehen können, die ist wie sie ist, der wir

vgl. auch Morton Feldmans Oper „Neither“ und den dazugehörigen Text von Samuel Beckett: „to and fro in shadow from inner to outer shadow / from impenetrable self to impenetrable unself / by way of neither ...“.

auch nicht anders als ausgeliefert sein können, und der wir uns auch nicht anders als in die Arme oder Fänge werfen können, als Gott benennt? Traditionell gesprochen mit dem Symbolbegriff der Gotteskindschaft? So wären wir Kinder der Schwelle? Die Schwelle selbst als unser Woher und Wo!? Bonhoeffer beantwortet die Frage nach dem Selbst mit der Frage nach Gott; und wir werden sehen, dass er damit in der theologischen Traditionslinie Joh. G. Hamanns steht. Doch ist das „spiritual bypassing“ (John Welwood)? Oder in äußerster schmerzvoller Erfahrung ein Durchdringen zur Geborgenheit im Letzten und damit Trost, um nicht in letzte Resignation zu verfallen? – Ist die Frage „Wer bin ich?“ also, die Frage nach der Identität im Wandel – trotz ihrer bleibenden Momente – nicht immer selbst der Entwicklung unterworfen? Die Frage kann nicht anders als je verschieden und doch gleich beantwortet werden; und sie ist damit nicht anders als dialogisch, „polylog“ (H. Petzold) und diskursiv, lediglich offen und nicht geschlossen und damit eigentlich nur als Frage und nicht als Antwort – die Frage ist bereits eine Antwort – je neu und darum insgesamt nur symbolhaft-metaphorisch erfassbar. In den Mythen wurden darum Ätiologien, Geschichten zur Herkunft oder auch Namensgebung erzählt, therapeutisch wird Biografiearbeit gemacht, um narrativ Integration zu entwickeln, Philosophie und Psychologie mühen sich um eine Konzeption von Selbst; und es ist die Aufgabe religiöser Spiritualität Ritualhandlungen bereitzustellen, um mit dem Nichthabbaren sein zu können. Symbolsysteme müssen dazu entwickelt und in Vorstellungen, Begriffe und Rituale, Imaginationen und Emotionen transformiert werden. Das Bild und Symbol der Schwelle könnte nun vielleicht eine Hilfe sein, wenigstens etwas Klarheit im Dschungel um das Selbst – um sich selbst? – zu erhalten.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Buber erinnert an die Schwelle des Heiligtums: „Den Menschen, dem die Freiheit verbürgt ist, bedrückt die Ursächlichkeit nicht. Er weiß, daß sein sterbliches Leben seinem Wesen nach ein Schwingen zwischen Du und Es ist, und spürt den Sinn. Es genügt ihm, die Schwelle des Heiligtums, darin er nicht verharren könnte, immer wieder betreten zu dürfen; da, daß er es immer wieder verlassen muß, gehört ihm innig zum Sinn und zur Bestimmung dieses Lebens. Dort, an der Schwelle, entzündet sich in ihm immer neu die Antwort, der Geist; hier, im unheiligen und bedürftigen Land, hat sich der Funke zu bewahren“ (Buber, 1995, 50 f.). Und Buber später: „In der nächsten Frage geht es nicht mehr um Schwelle, Vorschwelle und Überschwelle der Mutualität, sondern um sie selber als um die Eingangstür unseres Daseins“ (ebd., S. 124). In der christlichen Ikonografie ist das Bild des an der Schwelle zum Herzen stehenden und an der Tür anklopfenden Christus der symbolhafte Ausdruck dessen, dass ein Anderes diese Schwelle immer prägt, bzw. wie bei Buber ein Anderes die Schwelle ist – angefangen mit den ersten Bezugspersonen – und nur die Frage ist, welches andere. Christus wird dabei typologisch als symbolhaft eintretendes personales Konzept verstanden, das internalisiert wird, bzw. entwickelnd sich ereignet (vgl. Offenbarung 3,20); dies wird als im Gegensatz zum Typus Mose verstanden, der die Tafeln der 10 Gebote als äußeren Anspruch an die Menschen heranträgt (vgl. Exodus 20,1 ff.; Deuteronomium 5,6 ff.); doch auch Mose

Wichtig scheint mir, dass im Nachdenken über sich, der Bezug von sich zu sich in allen drei Teilen – des „Von-Sich“, des „Zu-Sich“ und des Bezugs – im Laufe des Lebens sich wandelt, damit aber auch das Verständnis von Begriff, Vorstellung und Entität. Und es kommt folglich darauf an, in irgendeiner Weise nicht ein stabiles, aber ein je neu sich stabilisierendes Selbst zu finden<sup>6</sup> – und man müsste von Selbst eigentlich in Verben reden: sich selbst, selbsten. Und bei dieser Suche und Arbeit, in diesem Prozess, kann Poesie behilflich sein.

Man kann nun Poesie als einen Weg der Selbsterkenntnis betrachten, als einen Weg, um sich selbst auf die Schliche zu kommen – und dies kann einerseits die Person betreffen, die Lyrik schreibt, andererseits die Person, die Poesie rezipiert.

Beim Rezipienten, denke ich, wird es vor allem um die Art der Entschlüsselung des Textes und die Erlebnisfähigkeit der Person gehen: welchen Zugang wählt jemand, einen eindimensionalen oder mehrdimensionalen Weg, eine kreative oder folgsame Weise, wie empfindet jemand den Text und interpretiert er ihn; neuere Ansätze betrachten den Rezipienten auch als Mit-Autor, in dessen Bewusstsein erst der Text entsteht.

Beim Autor selbst, auf den ich hier fokussieren möchte, spielen auch andere Aspekte eine Rolle: Martin Buber stellt das Schwingen zwischen den Zuständen Ich-Du und Ich-Es als lebensförderlich dar. Und es ist nun bezogen auf Poesie sowohl eine Begabung als auch eine Übung, wenn jemand das Schwingen zwischen diesen beiden Zuständen nicht nur kognitiv-emotional erlebt, sondern eintauchend in die Betroffenheit innere Bilder und Worte aufschreibt und sie dann weiter wahrnehmend reflektiert und bearbeitet – Bilder und Worte,

entwickelt sich als Typ. Vgl. auch das theologische Begriffspaar „Zuspruch und Anspruch“, wobei diese Reihenfolge wichtig ist; in unserer Gesellschaft leider oft in umgekehrter Reihenfolge thematisiert als „Leistung“ und „Leben“; deshalb gibt es m.E. viel Burnout. Bezogen auf Bubers Begriffe könnte womöglich Mose für das Ich-Es stehen, Christus für das Ich-Du, bezogen auf das Ich-Zustandsmodell aus der Transaktionsanalyse könnte überlegt werden, inwiefern Kind-Ich- und Eltern-Ich-Transaktionen mit den beiden theologischen Typen in Verbindung stehen (theologisch wird die Typologie Mose-Jesus auch mithilfe der Begriffe „Gesetz“ und „Evangelium“ erläutert, wobei beide Begriffe je ein Modell sind, das sich in beiden „Testamenten“ findet). Zwischen diesen beiden Polen, die als coincidentia oppositorum auch eins werden können, entwickelt sich der Mensch (wenn man das eintretende und heraustretende Moment, beides gemeinsam als daseiendes Moment betrachtet) – wäre die Coincidentia dann mit Erwachsenen-Ich-Transaktionen verbunden? Sehr schön und in neogotischer Gestalt ausgedrückt zeigen das die beiden geosteten Kirchenfenster in der reformierten Kirche in Feuerthalen (Kanton Zürich) von Friedrich Berbig (1845-1923): Jesus steht in einem Fenster seitlich anklopfend an der Schwelle zu einer Tür, im anderen Fenster steht Mose die Gebotstafel haltend und mit Stab in einer durch Quellwasser grünenden Steinlandschaft zum Betrachter hin. Dabei kann m.E. die Betrachtung und Ostung als Koinzidenz interpretiert werden.

<sup>6</sup> Vgl. das Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky.

die an der Grenze zwischen Außenwelt und Innenwelt entstehen.<sup>7</sup> Den Texten, die resultieren, ist daher das Merkmal eigen, dass sie Auskunft sowohl über das Innen als auch das Außen geben. Sie sind „Begegnung mit sich selbst“ und dem Außen, sie sind „Modell“, wie Hilde Domin in ihrem bahnbrechenden Artikel „Wozu Lyrik heute?“ schreibt (1998, S. 79) – ein Modell, das im Einzelfall das Allgemeine sichtbar werden lässt.

Ein Dichter ist idealiter also fähig, sich in den Zustand des Betroffenseins fallen zu lassen. Er kann die darin entstehenden Worte und Bilder wahrnehmen, aufschreiben und aus diesem Betroffensein wieder herauskommen und hernach das Geschriebene reflektieren und bearbeiten. Dabei entsteht Selbsterkenntnis, die womöglich anders nicht möglich wäre. Er bekommt Kontakt zu seinem Innersten, seinem Vorbewussten, seinem Urgrund vielleicht. Hilde Domin schreibt: „Lyrik ... verbindet uns wieder mit dem Teil unseres Seins, der nicht angetastet ist“ (ebd., S. 79).

Auf dieser Basis wird seit den 60er-Jahren des 20. Jahrhunderts – und dies zunehmend – Poesietherapie durchgeführt.<sup>8</sup> Und es geht dabei nicht um die Formulierung vollendeter Lyrik, sondern um das Erlernen, sich fallen zu lassen in einen Zustand von sich selbst, von persönlichem Betroffensein, um das Unangetastete, sei es das Schreckliche, sei es das Schöne, in sich zu erkunden in der Gewissheit, in der Gegenwart wieder aufzutauchen und es im Hier und Jetzt bearbeiten zu können. Das Bearbeiten, das Tun, die Poesis betrifft dann zu allererst die schriftliche Arbeit, die in eins kommt mit der Integration des Unangetasteten in die eigene, in der Gegenwart erzählbaren Geschichte von sich selbst. Wo es jedoch weniger um diesen therapeutischen Prozess, sondern um das poetische Produkt geht, steht die formale und inhaltliche Struktur und Arbeit daran im Vordergrund. Poesie-Schreiben im Sinne einer Autorschaft oder als Poesietherapie sind somit Strategien, einen Weg zu sich oder zum Objekt zu gehen. Schlussendlich und für den Aufmerksamen ist beides nicht voneinander zu trennen. Auch das Selbst ist uns ein Objekt und als Objekt ein Teil von uns selbst. Auf diese Weise ist Poesie, der Umgang mit ihr, auch Poesietherapie, ein Weg der Selbsterkenntnis.

(Noch ein Wort zur praktischen Durchführung von Poesietherapie: Die Erlebnistiefe, die Tiefe

der Betroffenheit kann in der Therapie durch die Strukturiertheit der Vorgaben und des Settings gesteuert werden. Bei psychosenahen Menschen ist Vorsicht geboten und ein strukturstärkendes Vorgehen vorzuziehen, da diese Menschen sich in gewisser Weise schon in dem Zustand des Betroffenseins befinden und angeleitet werden müssen, herauszufinden aus diesem Zustand. Andere, z.B. zwanghafte Patienten, müssen dagegen das Gegenteilige erlernen: sich fallen zu lassen.)

Johann Georg Hamann beschreibt und begründet nun den Weg der Selbsterkenntnis auf interessante Weise: Er geht davon aus, dass „alle unsere Erkenntniskräfte die Selbsterkenntnis zum Geg[en]stand haben, ... [ebenso wie] unsere Neigung[en] u[nd] Begierden die Selbstliebe“ (Hamann, 1993, S. 408) Gleichzeitig betont er aber die „Unmöglichkeit uns selbst zu kennen“ (ebd.). Und er begründet dies, indem er sagt: „... unser eigen Selbst ... [ist] so zweifelhaft, daß wir selbiges nicht erkennen, unterscheiden, noch selbst bestimmen können“ (ebd.). Er meint, unser Inneres („uns. [ere] Seele“) sei dem „Einfluß höherer Geister ausgesetzt“ oder „von dem Willen eines höheren Wesens“ abhängig, genauso wie unser „Leib den Gesetzen der äußeren Gegenstände unterworfen“ sei. Es sei daher selbstverständlich, dass man den „Begriff“ dieses Höheren zu Hilfe nehme, um „unsere Natur“ zu erklären. Die Relationalität des Menschen, das Sein in Beziehung, ist folglich für Hamann zum einen Grund der Umöglichkeit der Selbsterkenntnis; zum anderen ist es aber gerade diese Relationalität als Welt- und Gottesverhältnis, die er als Erkenntnishilfe und -weg beschreibt: „Hieraus sieht man, wie nothwendig unser Selbst in dem Schöpfer desselben gegründet ist, daß wir die Erkenntnis unserer Selbst nicht in uns.[erer] Macht haben, daß um den Umfang desselben auszumäßen, wir biß in den Schooß der Gottheit dring[en] müssen, die allein d[as] ganze Geheimnis un.[seres] Wesens bestimmen und auflösen kann“ (edd., S. 409). Und: „Um die Erkenntnis unserer Selbst zu erleichtern, ist in jedem Nächsten mein eigen Selbst als in einem Spiegel sichtbar. ... Gott und mein Nächster gehören also zu meiner Selbsterkenntnis; zu meiner Selbstliebe“ (edd., S. 410).

Hamann nimmt mit dieser zirkulären Sicht wichtige Positionen der (Selbst-)Psychologie des 20. Jahrhunderts vorweg: das Selbst als relationales, aber auch als Wesen eines Menschen; die Notwendigkeit des Menschen gespiegelt zu werden; die kognitive Orientierung an Begriffen, die uns vorgegeben sind.<sup>9</sup>

<sup>7</sup> „... die in der Gestalttherapie angewandte phänomenologische Theorie vermeide[t] die rigide Trennungslinie zwischen Selbst und Umwelt/Feld oder zwischen ‚innen‘ und ‚außen‘“ (Jacobs, 2010, S. 28).

<sup>8</sup> Vgl. H. Petzold & I. Orth, Poesie und Therapie; S. Heimes, Warum Schreiben hilft; kritisch: M. Merten, Poesie- und Bibliothherapie; vgl. auch die Homepages der Deutschen Gesellschaft für Poesie- und Bibliothherapie und der National Association for Poetry Therapy

<sup>9</sup> Hamann fußt dabei selbst in der mystischen Tradition z.B. eines Meister Eckharts oder auch des Paracelsus – man vergleiche den Begriff des „lumen naturae“ bei Paracelsus, des Seelenfunkens („scintilla vitae“) in der Gnosis und bei Eckhart (aufgegriffen auch bei C. G. Jung). Offensichtlich wird hier nebenbei, dass heutige psychologische Positionen ihre Wurzeln in der Theo-

Es ist von daher verständlich, dass Hamann weiter das „Wort“ als entscheidendes Moment auf dem Weg der Selbsterkenntnis betrachtet. Nur, dass er damit nicht allein die Worte der Bibel meint, in denen Gott und damit auch das Selbst erkannt werde („Jede biblische Geschichte ist eine Weissagung – die durch alle Jahrhunderte – und in jeder Seele des Menschen erfüllt wird. Um die Allgegenwart und Allwissenheit des Geistes Gottes zu glauben und zu fühlen, darf man nur die Bibel aufschlagen. Jede Geschichte trägt das Ebenbild des Menschen, einen Leib, der Erde ... ist, ... aber auch eine Seele, die den Hauch Gottes und ... das Licht und das Leben [sic!] ...“ [Hamann, 1993, S. 421]), sondern Hamann schreibt auch: „Jede Erscheinung der Natur [ist] ein Wort“; und er versteht dies als „Zeichen, Sinnbild und Unterpfand einer ... Vereinigung, Mittheilung und Gemeinschaft göttlicher Energien und Ideen“ (Hamann, 1951, S. 32). Für Hamann ist auf diese Weise Gott kreativ – er ist Schöpfer, Schriftsteller, Autor, Ausleger, das Wort selbst (Hamann bezieht sich darin auf den Prolog des Johannesevangeliums), der sich im Buch der Natur, der Geschichte und der Schrift zeigt. In Natur, Geschichte und Schrift, lässt sich so verstanden Gott, die Welt und das Selbst erkennen. „Die Meynungen der Weltweisen sind Lesarten der Natur und die Satzungen der Gottesgelehrten, Lesarten der Schrift. Der Autor ist der beste Ausleger seiner Worte; Er mag durch Geschöpfe – durch Begebenheiten – oder

durch Blut und Feuer und Rauchdampf reden, worinn die Sprache des Heiligthums besteht“ (Hamann, 1950, S. 203 f.). Poesie als Gottes kreatives Tun und Wort ist so verstanden auch der Ursprung menschlicher Sprache: „Alles, was der Mensch am Anfange hörte, mit Augen sah, beschaute und seine Hände betasteten, war ein lebendiges Wort; denn Gott war das Wort. Mit diesem Worte im Mund und im Herzen war der Ursprung der Sprache so natürlich“ (Hamann, 1951, S. 32). Doch nicht nur das: „Poesie ist die Muttersprache des menschlichen Geschlechts; wie der Gartenbau, älter als der Acker: Malerey, – als Schrift: Gesang, – als Deklamation; Gleichnisse, – als Schlüsse: Tausch, – als Handel“ (Hamann, 1950, S. 197).

Wir können nun Hamanns Sicht insofern aufgreifen, dass wir mit ihm Poesie als kreatives Tun und Produkt verstehen, als besondere Sprachgestalt – als Wort, dem sowohl Körper-, Ort- und Raum-Aspekt als auch Transzendenz, Virtualität und Zeitlichkeit eigen ist – wir können sie als Sprachgestalt begreifen, die an der Grenze von Prozess und Ergebnis oder Subjekt- und Objektivität schwebt, sie ist deshalb von Offenheit und Polyvalenz geprägt und muss aus diesem Grund metaphorisch und symbolorientiert interpretiert werden; damit verweist Poesie auf die Zusammengehörigkeit von Selbsterkenntnis, mitmenschlichen Beziehungen und spiritueller Tiefe. Inwiefern nun auf dieser Basis Poesie auch als Weg der Welt- und Gotteserkenntnis verstanden werden kann, soll in den folgenden beiden Abschnitten ausgeführt werden.

## Poesie als Weg der Gotteserkenntnis

Was ist Gott? Kann es jemand wissen??? „Ich kreise um Gott, diesen uralten Turm“<sup>10</sup> (R. M. Rilke). – Es ist zunächst ein Begriff, nicht anders wie Tisch oder Gerechtigkeit, der uns als solcher vorgegeben ist und den wir definieren. Und unsere Vorstellung von dem Objekt oder der Idee, die zum Begriff gehörig ist, ändert sich im Laufe unseres Lebens. Sie ist abhängig von unserem Symbolverständnis. Als Kind stellen wir uns Gott z.B. als auf einer Wolke sitzenden Mann mit Bart vor<sup>11</sup>, später als ein jenseitiges Wesen – Ursprung und Ziel – wieder später als Nicht-Existenz oder vielleicht als der – die, das – geheimnisvolle „Ganz-Andere“ (P. Tillich), das Sein-Selbst, das Wesentliche,

logiegeschichte haben, diese begriffliche Basis jedoch in der Fachliteratur häufig unthematziert bleibt – man vergleiche den Begriff des Selbst als idealem Wesenskern mit dem Heinz Kohuts (Selbst als „Struktur“) und Jack L. Rosenbergs (Selbst als „körperliche Erfahrung“ von „Kontinuität der inneren Identität“, zit. nach: Fischer, 2003, S. 24 f.) und mit den oben genannten Begriffen. – Ist es nicht interessant, wie aus göttlichem Seelenfunken über die Interpretation als idealem Wesenskern eine körperliche Erfahrung wird? Vgl. auch Winnicotts Begriffe „Wahres Selbst“ und „Falsches Selbst“ und die auf D. Stern zurückgehende Sicht, dass das „Empfinden des Kernselbst ein präverbales, auf der somatischen (sensomotorischen) und emotionalen Organisationsebene stattfindendes Phänomen ist“ (Fischer, 2003, S. 25; aktueller und ausführlicher dargelegt in Kaul & Fischer, 2016, S. 112-142). Wegweisend scheint mir die Bezeichnung von Selbst als Phänomen zu sein. Spannend ist an dieser Stelle der Begriff, die Bedeutung und Metaphorik des „Blutes“ in der Medizin (Kenntnis/Gnosis des „Labors“) sowie in esoterisch-neopaganen Heilslehren: „Nicht länger steht der geistige Wiederaufstieg des in die Welt bzw. ‚ins Blut gefallenen‘ Seelenfunken im Mittelpunkt religiösen Strebens [wie in der Gnosis, M. N.], sondern seine innerweltliche Emanzipation vom (als kalte Ratio zu denkenden) Verstand durch ein bewusstes Einlassen auf leibliches Erleben, durch das offensive Bekenntnis zum Körper, zur Libido und insofern – zum eigenen Blute. In diesem Sinne bildet die Blut-Gnosis der Moderne [als Labor, oder auch Körperorientiertheit oder Körperkult, M. N.] eine invertierte Form der antiken Seelenfunken-Lehre“ (Gründer, 2010, S. 250). Und vielleicht bildete das Symbol des Blutes, das früher als Lebenssaft, als Sitz des Lebens verstanden wurde, dann völkisch interpretiert in der geistesgeschichtlichen Entwicklung des 20. Jahrhunderts die Brücke zwischen Seelenfunke und Körperorientiertheit – und es könnte aufgrund der gesellschaftspolitischen Brüche auch die Gebrochenheit der Rezeption, Ablehnung von geistesgeschichtlicher Tradition oder Orientierung an geographisch und geschichtlich Fernem erklären.

<sup>10</sup> R. M. Rilke (2016, S. 11): „Ich lebe mein Leben in wachsenden Ringen, / die sich über die Dinge ziehn. / Ich werde den letzten vielleicht nicht vollbringen, / aber versuchen will ich ihn. // Ich kreise um Gott, um den uralten Turm, / und ich kreise jahrtausendlang; / und ich weiß noch nicht: bin ich ein Falke, ein Sturm / oder ein großer Gesang.“

<sup>11</sup> Ähnliche Abbildungen von Kindern bei: Schweitzer, F., 1991, S. 210 f.

das Umfassende, Umfangende, „Umgreifende“ (K. Jaspers) oder All-Eine.

Wenn es nun um die Erkenntnis dessen geht, entsteht die dialektische Frage: ist mit Gotteserkenntnis unser Erkennen von Gott gemeint oder dass Gott uns erkennt (Genitivus subjectivus oder objectivus)? – Bemerkten, erfahren, wissen, ... wir das Umfassende oder dieses uns? Schwer zu sagen, wir kennen das umfassende Eine nicht anders als in uns. Und doch sind wir Teil davon; von Anbeginn unseres Lebens an. Es ist schon früh, dass wir merken, dass es Anderes gibt außer uns, Größeres als wir selbst, etwas, das uns übersteigt – wir erleben Vater, Mutter („Vater ist der Größte“), Familie, eine Gemeinschaft, deren Teil wir auch sind. Und es ist uns nicht möglich, mit dem Ganzen umzugehen, außer teilweise und symbolhaft, denn wir sind begrenzt. Uns wurden Geschichten und Symbole davon erzählt, doch welche Geschichte gilt? Die Geschichte des „Jeder-gegen-Jeden“ oder die Geschichte „Am-Ende-siegt-die-Liebe“, um nur zwei Beispiele zu nennen? Der Umgang mit dem Ganzen, einem Kollektiv, einem System, mit dem Leben, ... ist eigen-artig und es ist anders, als wenn man sich zu sich selbst oder zur Mitwelt verhält. Das Gottesverhältnis ist ein Fühlen, Denken und Handeln sui generis und zugleich nicht, eine Kategorie oder Dimension, ein Beziehungserleben, das zum einen den Grund, das Fundament, die Basis bildet für Selbst- und Weiterleben, zum anderen aber gerade dessen Konsequenz oder Folge ist. Paradigmatisch ausgedrückt in den zwei Metaphern: Gott als Schöpfer, Gott als Projektion. Und vielleicht liegt ja die Wahrheit dazwischen oder jenseits davon. Und beides sind Metaphern! Leben ist Kern, Teil, Ganzes und Umfassung zugleich.

Drei Weisen des Symbolverständnisses scheinen mir in Bezug auf das Gottesverhältnis von Erwachsenen aktuell vor allem relevant zu sein: Je nach Symbolverständnis wird unter Gottesverhältnis die Beziehung zu einem jenseitig-imaginativen Objekt verstanden, das Gottesverhältnis wird als nichtig erklärt, oder es wird darunter das selbstrelativierende, paradoxe Verhältnis zu einem irgendgearteten Ganzen verstanden. Ernst Tugendhat definierte mit der ersten und dritten Vorstellung die Begriffe Religion und Mystik zwar nicht als kategorial verschieden, aber als „zwei verschiedene Bedeutungskreise“<sup>12</sup> – James Fowler

stellte in seinen „stages of faith“ eine dimensionale und entwicklungsorientierte Sicht auf der Basis des Symbolverständnisses dar: für Fowler sind alle drei genannten Gottesvorstellungen unterschiedliche Entwicklungsstufen der einen vertrauensvollen Beziehung zum Leben (auch die Ablehnung eines Gottesverhältnisses setzt sich zum Begriff „Gott“ und damit zu einer impliziten Gottesvorstellung ins Verhältnis), und er spricht von „faith“ (Vertrauen), nicht „belief“ (Für-wahr-Halten) – Fowler (2000, S. 34 ff.) unterscheidet:

1. Glaube als Urvertrauen,
2. wörtlich-mythischer Glaube,
3. synthetisch-konventioneller Glaube,
4. persönlich-reflektierter Glaube,
5. verbindend-mystischer Glaube,
6. universalisierender Glaube.

Die oben genannten Gottesvorstellungen entsprechen Fowlers Stufen 3, 4 und 5. Diese „stages“, mit denen Fowler keine Höherentwicklung meint, können m.E. als solche unterschiedlichen „Bedeutungskreise“ verstanden werden, die in jeder Entwicklung abgrenzend oder evolvierend aufeinander bezogen sind. – Ich vertrete hier in meinen Formulierungen einen verbindend-mystischen Glauben und möchte mich Fowler anschließen, weil ich Leben dimensional, systemisch und entwicklungsorientiert betrachte.<sup>13</sup> „Ich bin Leben inmitten von Leben, das leben will“ (Schweitzer, A., 1954, S. 283). Dieser Urwunsch, diese Urzusammengehörigkeit, diese Perspektive geht uns verloren, weil wir dem Überlebenskampf, der Vergänglichkeit ausgesetzt sind, die Kontingenz (Offen- und Unsicherheit des Lebens) bewältigen müssen. Wir haben mit einem existentiellen Gefühl von Abgetrenntheit („Verlassenheit“ und „Überflutung“<sup>14</sup>) zu tun, wir finden uns als alleine vor und suchen den Kontakt („Ich denke an Dich“ ist ein vorhergehendes Vergessen). Wir fühlen die Einsamkeit in der Kontingenz ohne die Begegnung, die Kleinheit unterm Sternenhimmel. Aber diese, unsere Relativität birgt eine Relation. Es geschieht wie ein „Anhauch“ (Buber, 1995, S. 105), wie ein „Wunder“ (Domin, 1998, S. 36) zuzeiten, dass der Mensch betroffen wird – von Natur, Geschichtlichem oder Schrift (Hamann, 1950), es kann geschehen, dass ein Mehr aufleuchtet, eine Verbindung – und sei es der

rung, nicht nur an ein göttliches Prinzip; z.B. unsere (Rück-)Versicherungen sind in diesem Sinne Religion. Für weiterführende Literatur bietet der Wikipedia-Artikel „Religion“ eine rasch greifbare Literaturzusammenstellung, z.B. zu funktionsorientierten Religionsdefinitionen (N. Luhmann), Religionstheorie (V. Dreshen), klassischerweise gibt die Enzyklopädie „Religion in Geschichte und Gegenwart“ oder die „Theologische Realenzyklopädie“ einen Überblick.

<sup>13</sup> Kritisch zu Fowlers Sicht: Die Theorie entstammt der entwicklungspsychologischen Tradition Piagets und Eriksons und fußt damit auf kulturellen Konventionen westlicher Gesellschaften.

<sup>14</sup> Begriffe aus dem Persönlichkeitsmodell der Integrativen Körperpsychotherapie.

<sup>12</sup> Vgl. E. Tugendhat, 2012, S. 6; „Religion projiziert das Bedürfnis nach Sinn und Einfluss auf ein transzendentes göttliches Wesen. Die Mystik hingegen geht von einer Selbstrelativierung des Menschen in der Verbundenheit mit dem All-Einen aus“ (ebd., S. 2). „Bei der Religion war die spirituelle Deutung – die Umdeutung des Selbstverständnisses im Sinn einer Selbstrelativierung – nur eine Möglichkeit, wie sich die Unterwerfung unter den göttlichen Willen interpretieren lässt. Hingegen scheint sich aus der Vorstellung einer All-Einheit die Selbstrelativierung unmittelbar zu ergeben“ (ebd., S. 8). Vgl. kritisch zu dieser Religionsdefinition die Etymologie des Begriffs re-ligio als Rückbindung und -versiche-

Sternenhimmel selber – ein Wort, Etwas-nie-Dagewesenes, wie wenn ein Anderes auf den Menschen zukommt, ein Ganzes, ein Neues entsteht, ein Anderer dem Menschen begegnet – und sei es ein Bruder, eine Schwester – und dabei der Mensch seinen Grund erkennt – und dieses Ereignis mit der Chiffre Gott benennt („Grund“ nicht nur kausal verstanden, sondern auch final im Sinne von Aufgabe, Sinn und Berufung oder Fundament). Auf diese Weise wird das Helikale des oben erläuterten Gottesverhältnisses zum Ereignis, performativ, das wir insofern mitgestalten können, als dass wir den Rahmen dafür schaffen. Poesie kann ein solcher Raum und Rahmen sein.<sup>15</sup> Die Sprache der Poesie lässt durch ihre Gestalt und Symbolik eine Offenheit, sie lässt Lücken zwischen den Worten, in denen das Wort einfallen kann, der Anhauch entstehen kann. Das ist nicht machbar, jedoch, die Worte mit ihrem Zwischen sind ein Netz, den Wind einzufangen. Er weht hindurch. Und wir selbst sind die Saiten, die zum Schwingen gebracht werden. So ist Begegnung ein Ereignis, in der der Mensch – sich selbst, seine Mitwelt und möglicherweise Gott findet – gefunden wird. –

Wie geschieht Begegnung? Emotional, körperlich, gedanklich? Im Wort, im Klang? Ein estnisches Sprichwort lautet: „Gott ist Klang, sein Wesen ist Gesang.“ Hamann betont im Rückgriff auf das Johannesevangelium: „Und Gott war das Wort“ (Joh. 1). Auch Klang und Wort sind Metaphern hier. Und im Symbol der Stimme kommen beide zusammen. In der Stimme Gottes, die ergeht, indem sie in der Welt lebendig wird. Protestantische Theologen, zu denen im Grunde auch Hamann zu rechnen ist, betonten daher die „viva vox evangelii“, die lebendige, Körper- und menschlich-gewordene Stimme der guten Nachricht, die Lesung, Erzählung, Auslegung der guten Botschaft – und eine Botschaft ist immer wie die eines Staates auch eine Repräsentanz. Die Botschaft von der Menschenfreundlichkeit Gottes als Wort ist Repräsentanz Gottes. Und dadurch wird laut

<sup>15</sup> Wo Kunst in diesem Sinne performativ sein will, nimmt sie implizit in Anspruch religiös-spirituell zu sein, ohne jedoch Symbolsysteme entwickeln zu wollen. Bleibt sie damit ihrer Verantwortung schuldig oder ist es gerade Kennzeichen von Kunst und auch Therapie jenseits bestimmter Symbolsysteme zu bleiben und lediglich auf sie Bezug zu nehmen? Wer aber entwickelt dann Symbolsysteme in unserer Gesellschaft so, dass sie vollziehbar und lebensdienlich sind? Die Medien? Die Religionsgemeinschaften, an denen man sich nicht mehr beteiligt? Dieses fragende Offenbleiben mag vielleicht unserer Welt der ausgefransten Städte, die nicht mehr wie mittelalterliche abgegrenzt sind, entsprechen, aber es weckt zugleich die Sehnsucht oder Wut nach Klarheit, Gruppe und Veränderung/Bewegung: Fundamentalismen. Terror. Mittelaltermärkte, putzig-sentimentale Ware Weihnacht und X-mas-Parties sind Beispiele, wie diese Sehnsuchtsstrukturen von sozusagen ordentlichen Bürgern projektiv in Szene gesetzt werden, oder? – und könnte es nicht sein, dass diese ausgefrantheit sich auch in den Diagnosen der Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten zeigt?

Hamann Natur, Geschichte und Schrift als Poesie Gottes erschlossen; Gott ist Poet.

Der Mensch findet daher Gott im Wort, aber auch umgekehrt: Gott findet den Menschen im Wort. Gott und Mensch finden im Wort zusammen. Das Wort wird so zum raumhabenden Ort und ort-tragenden Raum. In der christlichen Theologie wird aus diesem Grund Christus metaphorisch als Wort, und auch Weg und Leben bezeichnet.<sup>16</sup> Das personhafte, persongewordene und je personwerdende Wort in seiner bestimmten Ausrichtung und Orientierung auf Vertrauen, Hoffnung und Zuwendung ist das lebenspendende. Darum ist das eingangs erwähnte Diktum „Ohne Wort ... keine Welt“ wahr, weil ohne so verstandenes Wort kein Leben existiert. Zugleich ist dieser Spruch aber auch umzukehren: Ohne Welt – kein Wort. Lebendiges Wort ist immer und je neu auf Welt angewiesen, die es spricht. Auf diese Weise wird das Wort zum Ort der Begegnung und deshalb zum Ort dialektischer Gottes- und auch Welterkenntnis. Da jedoch das Wort nicht anders lebt als als Ausgesprochenes und Lebendiges (und das Geschriebene ist ein Ausgesprochenes minus seiner leiblichen Anwesenheit) ist es nicht allein ein Ort, sondern im Grunde ein Weg, ein Weg der Begegnung, ein Weg der Gottes-, Selbst- und Welterkenntnis. Wahre Erkenntnis findet so verstanden in der Begegnung statt.

Das Wort – um das obige Bild aufzugreifen – ist so verstanden Schwelle. Die Schwelle aber bin doch ich selbst!? Schwelle wird zum Raum, in dem ich mich bewege und sich Begegnung und damit Leben ereignet, indem jemand eintritt. Erinnert dies nicht auch an Sexualität?

### Poesie als Weg der Welterkenntnis

Welt ist eine Gesamtheit. Wir sagen: „die Welt der Hunde“, „PC-Welt“, und bestimmen die Welt damit näher. Welt ist so verstanden eine Gesamtheit, bezogen auf ein Thema, ein Ding, eine Sache, ... Könnte man sagen: die Welt des Universums oder die Welt der Planeten? Letzteres wohl Ja, ersteres eher nicht, denn es würde wohl so verstanden werden, dass die Gesamtheit an sich bereits Thema wäre, und es wäre daher eine Doppelung. Der Begriff Welt umreißt also eine zusammengehörige Gesamtheit und thematisiert diese sowohl als Ganze, als auch in ihren Teilen; doch dies in irgendeiner Weise in Bezug zum Menschen, also insofern es von Interesse ist für den Menschen: die Welt um uns herum als Erkenntnisobjekt, Umwelt. Welt ist folglich ein abstrakter und je neu zu

<sup>16</sup> Johannes 1,1-14; 14,6. Vgl. auch: „... zu erkennen das Geheimnis Gottes, das Christus ist, in welchem verborgen liegen alle Schätze der Weisheit und der Erkenntnis“ (Kolosser 2,2 f.).

füllender Begriff (und damit völlig verschieden von z.B. „Erde“). Das heißt, wenn wir von Welt reden, meinen wir die menschliche Welt, die Mitwelt des Menschen; das, was mit dem Menschen und um ihn herum lebt, existiert und wie das Verhältnis dieser Dinge, Sachen, Teile, Themen zueinander und zum Menschen ist. Insbesondere sind damit die Lebewesen gemeint, Mitmenschen, Tiere, Pflanzen, unbelebte Natur, aber auch der Mensch selbst; Subjekte und Objekte, die mehr oder weniger weit weg sind vom Menschen; z.B. die Welt der Bakterien, die mit dem Menschen leben, sind sehr nahe und doch weit weg und unbekannt, die Mitwelt im Sinne von Mitmenschen, das Selbst, ... ebenfalls.

Wenn es nun um die Erkenntnis von Welt geht, also um die Erkenntnis dessen, was um uns herum ist, zu was wir gehören, „was die Welt im Innersten zusammenhält“, muss es um ein Zweifaches gehen: um das Erfassen des Gesamten und um ein Unterscheiden, was dazu gehört, bzw. in welchem Verhältnis die Teile zueinander und zum Ganzen stehen. Das Erste scheint mir nicht anders möglich als im Modus des Ich-Du, der hintendiert zur Gottesbeziehung, wie es Buber beschreibt: „Die verlängerten Linien der Beziehungen schneiden sich im ewigen Du. Jedes geeinzelte Du ist ein Durchblick zu ihm. Durch jedes geeinzelte Du spricht das Grundwort das ewige an. ... Das eingeborene Du verwirklicht sich an jeder [Beziehung; M. N.] und vollendet sich an keiner. Es vollendet sich einzig in der unmittelbaren Beziehung zu dem Du, das seinem Wesen nach nicht Es werden kann“ (Buber, 1995, S. 71).

Das Zweite betrifft den Modus Ich-Es: Hier ist Welterkenntnis objekthaft und der Erkenntnisprozess einer der Unterscheidung, der „Scheidung der Geister“ sozusagen. Es ist der sezierende Blick, der in der Distanz bleibt und doch sich hinüberbewegt.

Darin werden aber nun mindestens drei Voraussetzungen deutlich, die für Ich-Es wie für Ich-Du gelten: Uns allen ist gemeinsam, dass wir als Geborene leben müssen, abgeschnitten von der Nabelschnur und letztlich selbständig. Zweitens ist damit die Notwendigkeit und Möglichkeit gegeben, diese Abgetrenntheit zu überwinden, die Kontingenz zu bewältigen, eine Brücke zu schlagen – Menschen haben verschiedenste Arten und Methoden entwickelt, Brücken im übertragenen Sinne zu bilden (von archaischer Religiosität über sprachliche Kommunikation bis zu heutiger, medialer Kommunikation im Netz, die zumindest funktional beide vorhergehenden Beispiele integriert). Diese Brückenbildung – Brücken-Bildung – Brücke Bildung? – erfordert aber drittens aufgrund der genannten menschlichen Grundsituation – die Voraussetzung für jede Welterkenntnis ist – eine Ausrichtung. Die Frage „Auf was richte ich mich aus?“ wird

virulent; damit aber auch die Frage: „Von woher richte ich mich aus?“ – die Ausgespanntheit der Brücke und wo die Brückenköpfe sind.

Es ist die Frage nach der Orientierung und die Frage nach dem Fundament: An was orientiere ich mich – zu mir selbst hin und von mir selbst weg? Was gibt mir Boden unter den Füßen? Um von da aus eine Brücke zu bauen? Wo ist Boden, um dorthin eine zu bauen? – Diese Böden, sie sind uns weitgehend vorgegeben und als relationale schankend: Es sind Böden der Sozialisation, Böden des Bezugs, die wir als Erwachsene auch selbst gestalten, Beziehung und Verhältnis. Und insofern – wenn es stimmt, dass dies die Voraussetzung von Erkenntnis ist, ist jegliche Erkenntnis auch eine Frage des Verhältnisses. Und da ich für Verhältnis und Übergang im Moment das Symbol der Brücke verwende, könnte man soweit gehen, dass die Brücke, der Bau der Brücke Erkenntnis selbst ist oder zumindest beim Bau, beim Übergang sich Erkenntnis ereignet.

Auch der Umschwung vom Ich-Es zum Ich-Du und umgekehrt ist so ein Übergang, der sich ereignen muss, von der distanzierten, gegenstandsorientierten Beziehung zu einer Beziehung, in der die Unterscheidung zwischen hier und da, Brückenkopf und Brückenkopf, kaum mehr möglich ist, sondern Brücke einfach ist – und umgekehrt. Unsere Wahrnehmung macht dabei absichtlich oder unbewusst eine Kehre, von der gerichteten Wahrnehmung: vom zielgerichteten Sehen und strukturorientierten Hören nach aussen, hin zum erfahrungsorientierten Sehen und Hören nach innen: Sehen wird zur Schau, und auch Hören zur „Manifestation Gottes für das Ohr“.<sup>17</sup>

Die Brücke als Symbol für diese Art von Übergang, von Verhältnis oder Umschwung ist schliesslich Symbol für die Begegnung selbst. Und Welterkenntnis umfasst – als aus der Begegnung kommende – daher ein Zweifaches: das Gewährwerden eines Anderen, in Nähe und Distanz, wie die Baubeispiele Bubers zeigten. Die Zusammengehörigkeit und Getrenntheit; die Verbundenheit in der tiefen Dimension des All-Einen, aber auch die Einzigartigkeit und daher Vielgestaltigkeit der Welt, deren Voraussetzung eben die Getrenntheit ist.

Und wo die Einzigartigkeit und Vielgestaltigkeit der Welt – oder auch das Erlebnis des Einen – in poetische Sprache gegossen wird, dann ist Poesie so eine Brücke, dann kann es unter der Bedingung der Betroffenheit zu Begegnung und deshalb Welterkenntnis kommen. Solche Welterkenntnis aus der Begegnung kommt wiederum aus dem Teilen: Von

<sup>17</sup> Wenzel, 1995, S. 105; Interessant ist, dass diese Formulierung auf die mittelalterliche Kirche gemünzt ist; sie zeigt jedoch, wie mittelalterliche Strukturen in heutigem Gewand modern sind, erinnert sei nur an die häufig diskutierte Bildorientiertheit unserer Gesellschaft.

der einen und der anderen Seite der Brücke wurde gebaut. Von der einen und anderen Seite kommt etwas, kommt jemand. Wo man Poesie von jemand liest, teilt sich dessen Erfahrung mit. Und wo Poesie selber geschrieben wird, ist das eigene Innere wie ein Anderswo, von woher eine Brücke zu mir und meinem reflektierenden Ich hin gebaut wird – früher nannte man das Inspiration – und auch das Ich hat ja gebaut, orientiert auf ein Irgendwo hin – und wenn dies ein Nirgendwo war, dann entstand Sehnsuchts poesie. Poesie ist geteilte Erfahrung. Teilen kann in, mit und durch Poesie geschehen. Worte, Poesie, können Wort werden, im tiefen Sinn.<sup>18</sup> Und Worte können eine Brücke sein, nicht nur das Wort. Wir brauchen Brücken, die über die Gräben – und seien es Schützengräben – die zwischen Menschen, Dingen und Sachverhalten liegen, führen. Poesie kann so ein Brückenschlag sein; eine Brücke, um hinüberzugehen. Und hinübergehen heißt auf Lateinisch „transcendere“. So verstanden hat Poesie einen transzendenten Charakter; so interpretiert ist Poesie eine Sprachgestalt, die durch ihren Symbolgehalt und Verweischarakter, ihre Kreativität und Offenheit Raum lässt für die Erfahrung von der anderen Seite, sei dies nun bezogen auf Gott als den Ganz-Anderen oder den anderen Menschen oder das eigene Innere, alles drei ist in diesem Sinne transzendent – Poesie hält die Möglichkeit zur Transzendenz je in sich. Und ein In-sich-Halten können wir mit Donald Winnicott „Containing“ nennen, ein Bewahren.<sup>19</sup> Aber In-sich-Halten ist doch auch ein Inne-Halten, oder? Poesie als Innehalten. Wir erinnern uns an den Anfang: Poesie ist „poiein“, ein Tun. Ist Tun ein Inne-Halten? – Unweigerlich muss ich an das benediktinische „Ora et labora“ denken: „Bete und arbeite“, das sind zwei und doch eins. – Das ist wie die Zwei-Naturen-Lehre... Könnte man nicht auf solche Zwei-in-Eins-Strukturen (fast wie bei einem Zwei-Komponenten-Kleber) die altkirchliche Zwei-Naturen-Lehre beziehen? Könnte es nicht sein, dass diese Lehre – bei der es darum geht, dass Gott und Mensch in Christus zwei und doch eins sind, „unvermischt und unverwandelt, ungetrennt und ungesondert“ (Konzil von Chalcedon) – im Kern und symbolhaft gesprochen solche grundsätzlichen Zwei-in-Eins-Strukturen gemeint sind? – Und damit auch ora et labora?! Labora: „Labour“ auf Englisch, heißt übersetzt auch: „unter Wehen sein“, „gebären“. Und bei der Geburt kommt das kraftzehrende Arbeiten und Innehalten sehr intensiv zusammen. Das Eine geht nicht ohne das Andere, und was was ist, ist nicht klar: Inne-

halten als Wehenpause, Atmen oder Geburtsposition. Und die Geburt des Menschlichen in unseren Herzen feiern wir an Weihnachten, wo viele Menschen noch eine Art Poesie empfinden; häufig verzerrt zwar als Kaufrausch und Gefühlsduselei; aber eigentlich ist es die Poesie von Tun und Innehalten, die im Symbol der Geburt uns nahekommen will, denn das ist menschlich. Jedes Tun ist eine Geburt, aber zugleich auch ein Innehalten, eben Poesie. Ist das Weiterkenntnis? Poesie als Geburt? Als Tun und Innehalten? Poesie ist mir nun schreibend zu einem Symbol geworden, einem weihnachtlichen.

### Poesie als Klang – Gehalt und Gestalt poetischer Sprache

Nochmals zurück zum Klang: Poesie sind Worte. Und wo wir die Worte eines Menschen hören, wo wir die Geräusche der Natur hören und sie uns ansprechen und betreffen, merken wir auf. Wir beginnen zu lauschen und sind plötzlich einbegriffen in ein Beziehungs-geschehen, in dem wir das Andere/den Anderen/die Andere am Klang erkennen. Und der Klang hat eine Gestalt; eine Gestalt, die andere musikalische Parameter wie Melodie, Rhythmus, Dynamik und Form einschließt. Der Klang der Worte ist komplex. Ihre Dimensionen durchdringen sich. Selbst die optische Gestalt der Worte, der Menschen, der Gegenstände prägen aufgrund ihrer Resonanzeigenschaften den Klang; und selbst ohne akustisches Ereignis können wir auf synästhetische Weise eine Klanggestalt erahnend wahrnehmen: so sehen wir z.B. ein A und hören innerlich A.

Und so umfassen Worte beides: Klang und semantischen Gehalt. Wir reagieren auf einen Klang, und das Verständnis der Worte kommt hinterher. Wir zucken zusammen bei einem Knall und merken im Anschluss, von was und woher er kam. Wir hören das Zetern der Amsel, und denken hinterher an Nachbars Kater im Garten. Unser kortikales Erkennen, die Reflexion der Bedeutung dessen, was da auf uns zukam, hinkt dem subkortikalen Erleben eines Klangereignisses hinterher.

Deshalb ist auch Poesie zuerst Klang; eine Gestalt aus musikalischen Parametern und sekundär semantischem Gehalt; zunächst emotionale und dann begriffliche Bedeutung. Gestalt und Gehalt bedingen sich zwar gegenseitig, sind verwoben, jedoch in der Poesie steht die Gestalt an erster Stelle. Wissenschaftliche Sprache und andere am Gehalt orientierte Sprach- und Sprechweisen liegen dagegen am anderen Pol. Und auf dem Kontinuum zwischen diesen beiden Polen: der Gestaltorientiertheit der Sprache und der Gehaltorientiertheit der Sprache, liegt Poesie auf Seite des Ersteren, wissenschaftliche Sprache

<sup>18</sup> Hamann beschäftigt sich mit diesem Zusammenhang z.B., indem er in seinen Londoner Schriften Kirchenlieder bespricht; vgl. Hamann, 1993, S. 353-395.

<sup>19</sup> Vgl. Lukas 2,19: „Maria aber behielt alle diese Worte und bewegte sie in ihrem Herzen.“

auf der des Zweiteren, die Prosa irgendwo dazwischen.<sup>20</sup>

### Das AMDP-System als sprachliches Analyse-Instrument

Zur Beschreibung nun des Verhältnisses von Gehalt und Gestalt der poetischen Sprache braucht es Methoden. Und vielleicht können uns Anleihen aus Musik und Medizin dabei helfen:

Zur Beschreibung der Gestalt können die fünf grundlegenden Parameter der Musik dienen, in denen sich bereits ein Übergang zum Gehalt zeigt: Klang, Rhythmus, Melodie, Dynamik, Form (vgl. Hegi & Rüdüsüli, 2011, S. 163 ff.) in Ergänzung mit Aspekten, die beim musikalischen Vortrag relevant sind: Artikulation, Phrasierung, Präzision, Balance, Intonation. Aus der Entwicklungspsychologie lassen sich die Kategorien der Entwicklung basaler psychischer Funktionen und des kindlichen Weltbildes (vgl. Resch, 1999, S. 118 ff.) zur Analyse und Beschreibung von Poesie und ihrem Vortrag verwenden: Bewegung, Sprache, Kognition, Emotion, Raum, Zeit, Kausalität. Wo diese Kategorien beschrieben werden in Bezug auf ein poetisches Werk, bekommt man bereits ein sehr differenziertes Bild davon. Deutlich wird an dieser Stelle, dass ein Erkenntnisgewinn über ein Werk – und ist nicht ein Mensch auch ein Werk?<sup>21</sup> – nur im Hin-und-Her zwischen träumender Anwesenheit (W. R. Bion nannte dies „rêverie“) und kritischer Analyse zu bekommen ist<sup>22</sup> – nur an der Schwelle, um das obige Bild aufzugreifen, am Übergang, der Brücke auch, zwischen Ich und Du, von Gestalt und Gehalt.

Nun, die „Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie“, AMDP, hat ein System zur Erfassung eines psychopathologischen Befundes entwickelt, das AMDP-System.<sup>23</sup> Und es ist im Grunde eine Auflistung mit ähnlichen Kategorien wie den oben genannten, jedoch jeweils mit Vorschlägen zu Unterkategorien und Adjektiven, mit denen die Beschreibung ausgeführt werden kann. Dies ist hilfreich, vor allem für Ungeübte. – Da aber ein psychopathologischer Befund hauptsächlich sprachlich erfasst wird, besteht

in der Psychiatrie die Schwierigkeit, dass von einer sprachlich-körperlichen Äußerung auf ein inneres Befinden, eine innere Struktur geschlossen wird. Dies ist dort problematisch, – erlaubt uns jedoch hier, das AMDP-System auf Sprache, Poesie anzuwenden.

Im psychopathologischen Befund werden je nach Gruppierung ca. 12 Aspekte des Zustandes eines Menschen unterschieden (in Klammern beschreibende Beispiele für eine demente Person):

- äußere Erscheinung (leicht verwaahlte Kleidung),
- Bewusstsein (bewusstseinsklar),
- Orientierung (zeitlich, örtlich und situativ desorientiert),
- Affekt (niedergeschlagen, ängstlich, dysphorisch),
- Antrieb (gesteigert),
- Kognition (Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit gestört),
- formales Denken (Denken eingeengt, inkohärent, Gedankenabreißen),
- inhaltliches Denken (Wahneinfälle),
- Sprache (schnelle Geschwindigkeit, Neologismen),
- Wahrnehmung (Verkennungen, Illusionen),
- Ich-Abgegrenztheit (Derealisation),
- vegetative Aspekte (Tag-Nacht-Umkehr, Appetitminderung),
- Selbst- und Fremdgefährdung (unabsichtliches selbst- und fremdgefährdendes Verhalten).

Ein Großteil dieser Kategorien lässt sich auch auf menschliche Äußerungsformen wie Musik und Literatur anwenden – wobei allerdings die spannende Frage entsteht, ob das, was medizinisch als pathologisch betrachtet wird, z.B. Zerfahrenheit im Denken, auch künstlerisch als pathologisch zu betrachten ist, was einer nazistischen Ideologie der entarteten Kunst nahe käme, oder aber ob die psychiatrische Medizin von der Kunst ein beschreibendes, nicht wertendes Denken lernen könnte, was einem systemischen Denken nahe käme, das z.B. ein Symptom als kompromisshafte Ausbildung und Ausdruck eines Systems betrachtet – doch das widerspräche grundlegend unserem patientenorientierten Gesundheitssystem. (Poesie als Teilen, das ist nicht abhängig vom Urteil über die Gestalt und den Gehalt).

Ich möchte nun aus dem psychopathologischen Befund die Kategorie Affekt herausgreifen und an ihr beispielhaft zeigen, mit welchen Fragen diese Beschreibungsmodi auf unseren Zusammenhang der Poesie angewendet werden könnten:

Es ist wichtig, herauszufinden, in welcher Weise Poesie von Emotion spricht: Werden die Grundemotionen, Freude, Traurigkeit, Angst, Wut, Ekel direkt angesprochen? Oder werden durch Bilder und Metaphern Assoziationen

<sup>20</sup> Sprache muss an dieser Stelle vom Sprechen unterschieden werden. Sprache meint den Aufbau und das Vermögen der Sprache, während Sprechen die motorische Erzeugung der Sprachlaute meint. Wenn unten vom emotionalen Gehalt des Vortrags von Poesie die Rede ist, betrifft dies beides, Sprache und Sprechen.

<sup>21</sup> Zur Kritik am Werk-Begriff sei angemerkt, dass auch dieser Begriff, sein Gehalt und sein Bezugspunkt nicht anders als als Ereignis und daher im Vollzug, damit aber zugleich im Wandel und nur momentweise abgeschlossen habbar ist – helikal.

<sup>22</sup> Vgl. auch Kühn, 2011, ein Buch, das aus der musikalischen Analyse kommend, Anregungen geben kann.

<sup>23</sup> Vgl. AMDP, 2007; einen knappen Überblick gibt auch der entsprechende Wikipedia-Artikel.

und Imaginationen geweckt? Ist der Zusammenhang zwischen Bild und Emotion eindeutig, kongruent oder ambivalent? Wirkt der Text eher gefühlslern, klagsam, jammrig, hoffnungslos, deprimiert, verarmt, labil, starr oder unruhig, emotional gesteigert, euphorisch oder gereizt und dysphorisch, ... Wie genau und wo wird der Affekt ausgedrückt? Mit Substantiven, mit Adjektiven, mit Verben? In ganzen Sätzen oder einzeln stehenden Worten? Gibt es Wortneubildungen (Neologismen)? ...

Diesbezüglich ist auerdem zu berücksichtigen, ob man sich auf den Text der Poesie oder deren Vortrag bezieht. Denn der ausgedrckte Klang ist nicht allein im Text enthalten, sondern vor allem abhängig von der Sprechweise des Vortragenden, z.B. *synthym* und *parathym*: Worte können mit einer *synthymen* Stimmung oder – wie es bei *sarkastisch-zynischer* oder auch *humoristischer* Redeweise der Fall ist, mit *parathymen* Stimmung unterlegt werden. *Synthym* meint, dass der Ausdruck des Vortragenden dem Inhalt entspricht (z.B. dass *Freudiges* *freudig* ausgedrückt wird); *parathym* dagegen beschreibt das *Gegenteilige*; (wenn z.B. etwas *Trauriges* *lachend* vorgetragen wird). Das heißt: der emotionale Subtext, ist zwar gekoppelt an den Text, jedoch unabhängig von diesem, und er ist veränderbar durch den Vortragenden. Solche Fragen könnten ausgehend von der Kategorie des Affektes gebildet und an einen Text gestellt werden.

Kurz seien noch andere Beispiele genannt, wie Elemente des psychopathologischen Befundes zur Beschreibung von Gehalt und Gestalt poetischer Sprache verwendet werden könnten: Äußerer Aufbau, Klarheit im Satzbau oder chaotische Struktur (äußere Erscheinung), Geschwindigkeit des Rhythmus (Sprache), Kongruenz – Inkongruenz, Langsamkeit oder Flüchtigkeit des Gedankenganges (formales Denken), Bizarrität oder Alltäglichkeit der Bilder (inhaltliches Denken), usw.

Worte sind Ausdruck von Sprache. Und Sprache umfasst Klang werdende Gestalt (*Significans*) und semantischen Gehalt (*Significatum*). Und durch die Sprache kann sich unter der Bedingung der Betroffenheit Erkennen vollziehen. So ist Sprache, für unseren Zusammenhang die poetische Sprache, die Gestalt und der Gehalt poetischer Sprache, Weg zu Erkenntnis.

Das Verhältnis von Gehalt und Gestalt ist vielfältig und wird es bleiben. Es lässt sich jedoch sicher sagen: Im Klang der Worte des Menschen teilt sich nicht allein die Gestalt der Worte, sondern auch die Gestalt des Menschen mit, und in die Gestalt der Worte ist ihr Gehalt und der des Menschen hinein verwoben.

Dieser Sachverhalt wird in der Poesietherapie genutzt: Menschen gehen dem eigenen Leben mithilfe poetischer Sprache auf die Spur. Verschiedene Ansätze, z.B. ein assoziativ frei-

es, kreatives Schreiben und Gestalten mit bildhaften Worten, dient dazu, sich selber näher zu kommen oder in einem Gruppen-Setting auch den anderen dabei zu helfen, sich und ihre Welt besser zu verstehen und kennenzulernen, zu erkennen.

### Poesie und Gegenübertragung – eine poesitherapeutische Perspektive

Ein anderer Weg als über Worte und Sprache – verbal oder nonverbal, den Menschen, sich oder den anderen, kennenzulernen, ist die Emotion: als Körpergefühl, Stimmung, Gemütsbewegung oder Gemütsdisposition (vgl. Müller, 2013, S. 16 f.). In der analytisch-tiefenpsychologischen Tradition werden mit den Begriffen „Übertragung“/„Gegenübertragung“ diejenigen Resonanzphänomene bezeichnet, die ein Gegenüber in einem selbst zum Klingen bringt. Der andere löst bestimmte, individuelle Emotionen aus und umgekehrt man selbst beim anderen ebenso. In der therapeutischen Beziehung wird dieses alltägliche Phänomen vom Therapeuten bewusst genutzt, um auch einen nicht bewussten Teil des Zusammenseins in die Therapie mit einzubeziehen. Dazu muss der Therapeut fähig sein, diese Gefühle, Zustände und Phänomene bei sich selbst wahrzunehmen; er muss ihre Gestalt, ihre Intensität und Art, auch ihren Gehalt und ihre Zugehörigkeit hypothetisch erkennen und beschreiben können. Um dies zu erlernen, ist es möglich, das Schreiben von Poesie zu nutzen. Wenn sich ein Therapeut sozusagen als Dichter auf einen solchen Resonanzzustand einlässt, erlebt er den Zustand der Betroffenheit, der die Voraussetzung zur Verfassung von Poesie ist. In diesem Zustand fallen ihm assoziativ Worte und Bilder ein, die, auf das Papier fließend ein Gegenstand gewordenes Äquivalent der Emotion darstellen. Da es nicht darum geht, formvollendete Lyrik zu produzieren, muss der anschließende Reflexionsprozess weniger von der Bearbeitung des Textes gekennzeichnet sein, als von dem Nachdenken über die Bedeutung der vorbewusst entstandenen Worte und Bilder für die therapeutische Beziehung. Kurz gesagt: aus einem Übertragungs-/Gegenübertragungsgefühl lässt sich der Therapeut in einen Zustand alltäglicher Trance fallen, woraus ein poetischer Text entsteht, dessen Gestalt und Gehalt nach dem Auftauchen ins Alltagsbewusstsein ihm über die Beziehung, den inneren Zustand des Gegenübers und von sich selbst Auskunft geben kann. Dieses Vorgehen ist ein adäquates Mittel, um schwierige und uneindeutige Resonanzphänomene aus der therapeutischen Beziehung näher kennenzulernen, sie wahrnehmen, beschreiben, reflektieren und sich von ihnen distanzieren zu lernen.

## Zwei poetische Beispiele

Als praktisches Beispiel sollen nun zwei Texte vorgestellt werden, welche durch den eben beschriebenen Prozess entstanden sind. Beide wurden vom Autor bei einer Kiefer sitzend und angelehnt an eine Häusercke im Anschluss an ein Patientengespräch nacheinander geschrieben.

Das erste Gedicht spiegelt den Jammer eines an einer manischen Episode erkrankten Mannes wider, der sich in einer depressiven Nachschwankung befand. Die Trennung von seiner Frau erlebte er als Verlust seiner Familie, und seine Mutter hatte Angst um ihn.

Der zweite Text zeigt eine emotionale Ruhe, Geborgenheit und Hoffnung in der Arzt-Patienten-Beziehung sowie den Selbstanteil, das Gefühl des Therapeuten: fröhlich, eine Pause sich zu gönnen.

Diese Gefühlsfelder, welche nach dem Gespräch und vor dem Schreiben verworren spürbar waren, konnten durch den beschriebenen poesietherapeutischen Prozess in Bildworte gegossen und zu Papier gebracht werden. Der „gemeinsame zwischenmenschliche Bedeutungsraum“ (Bauer, 2005, S. 166, zit. nach: Staemmler, 2010, S. 8) konnte auf diese Weise aufgeschlüsselt werden, so dass die Gefühlsaspekte getrennt und deutlich zu Tage traten: Angst, Mutterbeziehung, Jammer, Verzweiflung, Gefangensein, Niedergeschlagenheit, Getriebensein, Vergänglichkeit, Schmerz – Pause, Geborgenheit, Hoffen, ... Die Texte stellen somit Äquivalente von Emotionen aus der therapeutischen Beziehung dar, welche nach dem Schreibprozess objekthaft reflektiert und abgelegt werden konnten.

### Jammer

*Voll Jammer  
im Kreis der Gefangenen  
im Jammerkreis  
nicht weiter wissend  
zerstochen  
vom Hin und Her  
Geworfen-Sein  
in den Dornenbüschen  
als trüge Maria  
etwas unter ihrem Herzen  
weinend rennend  
durch den  
Wald voll Dornen  
Dornenwald  
im Kreis  
Waldkreis  
Kreisswald  
Dornenkreis  
greis ...*

### Geborgen

*Als würde Musik  
um die Ecke der Stille wehn  
macht der Gedanke  
heut einfach mal frei  
Und Lärm  
ist fern*

*Im leisen Winden der Kiefer  
sind Wunder noch  
verborgen im Jetzt*

### Zusammenfassung: Poesie – ein Weg der Erkenntnis

Poesie wurde als Schwelle beschrieben, als Netz, als Brücke; als aus der Begegnung und Betroffenheit kommende, reflektierte und komponierte Sprachgestalt. Poesie zu schreiben erwies sich dabei als geburtliches Tun und Innehalten, als Teilen von Erfahrung, worin, womit und wodurch sich weghaft Selbst-, Welt- und Gotteserkenntnis ereignen kann. Schreibend, handelnd, tun und lassend kommt es performativ zur Gestaltung von Selbst-, Welt- und Gottes-Beziehung.

Die eben vorgestellten Texte zeigen dies: Sie können auf dem Hintergrund der therapeutischen Beziehungs- und Gesprächserfahrung als Selbstoffenbarung und Offenbarwerden eines Anderen gedeutet werden. Die individuelle Erfahrung von Mensch zu Mensch wurde durch den poetischen Prozess sichtbar, aber auch die allgemeine, existentielle Empfindung von Vergänglichkeit und Geborgenheit wird in den Texten modellhaft deutlich. In den letzten Zeilen wird außerdem eine tiefere Ebene angesprochen: im Bild des Windes, des Windes in der Gegenwart, dem Atem im „Jetzt“ – diesem „Wunder“, dem Pneuma, dem Geist, ist eine spirituelle Ebene „verborgen“, die ein umfassendes „Geborgen“-Sein erahnen lässt – das Offenbarwerden des Ganz-Anderen, des Anderen an sich, was wir als Gotteserfahrung bezeichnen. Das „Fascinans“ des Heiligen, im Gegensatz zum „Tremendum“ (Rudolf Otto), welches eher im ersten Gedicht aufscheint.<sup>24</sup>

<sup>24</sup> Hingewiesen sei noch auf die Diskussion um artistic research, in der es um die Frage geht, in welcher Weise Forschung mit künstlerischen Mitteln betrieben und Erkenntnisgewinn dadurch wissenschaftlich erreicht werden kann. Jens Badura schreibt, dass es wichtig sei, die Verhältnisbestimmung von intuitiv-unmittelbarer Erkenntnis und diskursiv-begründungsbasierter Erkenntnis „als ein Verhältnis wechselseitiger Spannung, Irritation und Ergänzung“ zu kultivieren (Badura, 2015, S. 47). Ein solch „erweitertes Erkenntnisverständnis ... würde Erkenntnis ... nicht nur ... als die in rational begriffener Repräsentation von (objektiv) Erkanntem fassen, sondern zugleich (und in zur rational-begrifflichen Perspektive komplementärer Weise) die Einsicht in die Eigentümlichkeit von Phänomenen als relevante Erkenntnisweise anerkennen“ (ebd., S. 46). Für ersteres sei „Nachvollziehbarkeit“, für zweiteres „Mitvollzug“ relevant: „Im Mitvollzug wird ein Erkenntnisanspruch dadurch bewiesen, dass die Qualität eines spezifischen

Abschließend sei noch ein schönes Beispiel erwähnt, wie die oben beschriebenen Erkenntnisebenen in der Poesie verbunden sind, aber differenziert werden können. Dies zeigt die Rezeptions- und Interpretationsgeschichte des Hoheliedes – dieser wunderbaren alttestamentlichen Liebeslyrik:

Das Hohelied beschreibt in vielfältiger Weise Gefühle des Verliebtseins, der Sehnsucht, Zuneigung und Liebe. Sie sind Ausdruck eines Einzelnen, aber sie sind bezogen auf die Erfahrung oder den Mangel eines Gegenübers. Und dieses Gegenüber ist zunächst der Mensch. Der Anwesende oder Abwesende wird textlich präsent.

Doch alleine deshalb stünden diese Texte nicht im Alten Testament. In ihnen leuchtet etwas Grundsätzliches auf, etwas Grundmenschliches: die Sehnsucht des Menschen nach einem Gegenüber, das ihn liebt und das da ist, nach Du. Da in der alttestamentlichen Tradition Gott als dieses Gegenüber und große „DU“ (M. Buber) angesehen wird, der in der Welt präsent wird und sich auch mit diesem Namen offenbart (in der Geschichte des Mose am Dornbusch, Exodus 3, gibt sich Gott als der Ich-bin-Da zu erkennen), wurde und wird in den Liebestexten des Hoheliedes Gott erkannt.

In der neutestamentlichen Tradition wird Christus symbolhaft als der Mensch schlechthin betrachtet, aber auch als der wie Gott Liebende, weshalb dann in der Poesie des Hoheliedes Christus gesehen wird, sozusagen Christuserkenntnis sich ereignet.<sup>25</sup>

Erfahrungsangebots Erkenntnisimpulse im Sinne der ‚Fülle der Merkmale‘ stiftet, die sich in der Erfahrung mitteilen“ (ebd., S. 47). Ihm geht es hier wohl um eine Erkenntniserfahrung, deren Relation, Gemeinsamkeit und Differenz zu therapeutischer Erfahrung, ästhetischer Erfahrung, erotischer Erfahrung, Beziehungserfahrung, religiöser Erfahrung, spiritueller Erfahrung, ... m.E. aber diskutiert werden müsste (in der praktischen Theologie wird z.B. ebenfalls von „gottesdienstlichem Mitvollzug“ und „Teilhabe“ geredet). Mir scheint, dass das Setting, in der eine Erfahrung gemacht wird, die dabei ausgelösten Emotionen, der dabei hergestellte Bezug und die Gewichtung der Erfahrungskomponenten entscheidend für die Einordnung einer Erfahrung sind (vgl. auch Neufeld, 2011, S. 204 f.). Doch was ist Erfahrung? Es bleibt die Frage, wie die Unverfügbarkeit von Erfahrung und das je geheimnisvoll Bleibende konzeptionalisiert werden könnte... (vgl. Buber, 1995, S. 5 f.).

<sup>25</sup> Paulus schreibt im 1. Korintherbrief: „Denn wir sehen jetzt mittels eines Spiegels, undeutlich (der antike Spiegel bestand aus einer blanken Metallscheibe und gab nur ein undeutliches, rätselhaftes Bild), dann aber von Angesicht zu Angesicht. Jetzt erkenne ich stückweise, dann aber werde ich erkennen, gleich wie auch ich erkannt worden bin“ (1. Kor. 13,12; Elberfelder Übersetzung). Die Zusammengehörigkeit von Erkennen und Erkenntnis werden, das Eingebundensein von Erkenntnis in Beziehung, die Notwendigkeit und Sehnsucht des Menschen vom Gegenüber erkannt zu werden und in diesem sich selber zu erkennen, ist bereits ein antikes, zumindest neutestamentliches Wissen, das in emotionsgeladenen Worten von Paulus beschrieben wird. Deutlich wird, dass diese Prozesse letztlich und vollständig nur eschatologisch vorstellbar sind. Und ich denke, Paulus hat recht, wenn er im nächsten Vers folgert, dass uns auf diesem Hintergrund (nur) Vertrauen, Liebe und Hoffnung bleiben. Doch was gibt es mehr – präsentisch im eschatologischen Jetzt oder zukünftig?

Erkenntnis ist hier ein an der Hermeneutik orientiertes, kritisches Hineinlegen-und-Herausholen in und aus dem Text, ein spiralförmiges Auslegen der dreifachen Trias von Begriffen, Vorstellungen und Bezügen von Sich, Welt und Gott – eine „Auslegeordnung machen“ wird doch heute oft gesagt, wobei sich in diesem Prozess das Entscheidende nur ereignen und nicht gemacht werden kann.

Auf diese Weise kommen im Sehnen nach einem Gegenüber im Wort, im Erfahren eines Gegenübers im Wort, im Erzählen von einem Gegenüber im Wort Selbstoffenbarung, Gottesoffenbarung und Weltoffenbarung zusammen.

In der poetischen Sprache bleiben Selbst-, Welt- und Gotteserkenntnis getrennt und werden doch eins. Das ist die Besonderheit dieser Sprachgestalt, die ohne sie weder möglich noch kommunizierbar wäre.

## Literatur

- Altmeyer, M. (2003). *Im Spiegel des Anderen – Anwendungen einer relationalen Psychoanalyse*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- AMDP – Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hrsg.) (2007). *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde*. Schlussredaktion durch: H.-J. Haug, R.-D. Stieglitz, R.-D. & W. Trabert (8. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Badura, J. (2015). Erkenntnis (sinnlich). In J. Badura et al. (Hrsg.), *Künstlerische Forschung. Ein Handbuch* (1. Aufl., S. 43-48). Zürich, Berlin: Diaphanes.
- Bauer, J. (2005). *Warum ich fühle, was Du fühlst – Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Boeckh, A. (2011). Die dialogische Struktur des Selbst. Psychologische und philosophische Gedanken in psychotherapeutischer Absicht, Gestalttherapie. *Forum für Gestaltperspektiven*, 25, 1, 74-92.
- Bonhoeffer, D. (1998). *Widerstand und Ergebung. Briefe und Aufzeichnungen aus der Haft*. Hrsg. v. E. Bethge et al. (Bd. 8 der Werkausgabe, S. 513 f.). Gütersloh: Chr. Kaiser.
- Buber, M. (1995). *Ich und Du* (11. Aufl.). Stuttgart: Reclam.
- Domin, H. (1998). *Abel steh auf. Gedichte, Prosa, Theorie*. Hrsg. v. G. Mahr. Stuttgart: Reclam.
- Fischer, M. (2003). *Das Modell der Integrativen Körperpsychotherapie IBP und seine wissenschaftlichen Grundlagen, FSP-Eingabe des Instituts für Integrative Körperpsychotherapie IBP*. Unter Mitarbeit von J. Anderegg et al. Winterthur: IBP-Institut.
- Fowler, J. W. (2000). *Stufen des Glaubens. Die Psychologie der menschlichen Entwicklung und*

- die Suche nach Sinn*. Aus dem Amerikanischen übertragen von A. Roellenbleck et al., Lizenzausgabe. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Gründer, R. (2010). Blutnostische Heilslehren. In C. Knust & D. Groß (Hrsg.), *Blut. Die Kraft des ganz besonderen Saftes in Medizin, Literatur, Geschichte und Kultur* (S. 229-252). Reihe: Studien des Aachener Kompetenzzentrums für Wissenschaftsgeschichte Bd. 7. Kassel: University Press.
- Hamann, J. G. (1950). Aesthetica. In: Nuce. Eine Rhapsodie in Kabbalistischer Prose. In *Sämtliche Werke II. Bd. Schriften über Philosophie/Philologie/Kritik 1758-1763* (S. 195-217). Wien: Herder.
- Hamann, J. G. (1951). Des Ritters von Rosencreuz letzte Willensmeinung über den göttlichen und menschlichen Ursprung der Sprache. In *Sämtliche Werke, III. Bd., Schriften über Sprache/Mysterien/Vernunft 1772-1788* (S. 25-33). Wien: Herder.
- Hamann, J. G. (1993). Gedanken über Kirchenlieder. In *Londoner Schriften*. Historisch-kritische Neuedition von O. Bayer & B. Weißenborn (S. 353-395). München.
- Hamann, J. G. (1993). Brocken. Joh. VI.12. Sammelt die übrig bleibende Brocken, daß nichts umkomme. d[en] 16 May 1758. London. In *Londoner Schriften*. Historisch-kritische Neuedition von O. Bayer & B. Weißenborn (S. 405-425). München: C.H. Beck.
- Hamann, J. G. (1993). Betrachtungen über Newtons Abhandlung von den Weissagungen. In *Londoner Schriften*. Historisch-kritische Neuedition von O. Bayer & B. Weißenborn (S. 421-425). München: C.H. Beck.
- Hegi, F. & Rüdüsüli, M. (2011). *Der Wirkung von Musik auf der Spur. Theorie und Erforschung der Komponenten*. Mit Bildern von L. Hegi. Wiesbaden: Reichert.
- Heimes, S. (2012). *Warum Schreiben hilft. Die Wirksamkeitsnachweise zur Poesietherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jacobs, L. (2010). Kritische Auseinandersetzung mit Projektion. Ein Plädoyer für Dialog in einer post-cartesianischen Welt. *Gestalttherapie. Forum für Gestaltperspektiven*, 42, 1, 23-33.
- Kaul, E. & Fischer, M. (Hrsg.) (2016). *Einführung in die Integrative Körperpsychotherapie IBP (Integrative Body Psychotherapy)*. Unter Mitarbeit von J. Biberstein et al. Bern: Hogrefe.
- Kühn, C. (2011). Analyse lernen. In S. Leopold & J. Schmoll-Barthel (Hrsg.), *Bärenreiter Studienbücher Musik, Bd. 4*. (7. Aufl.). Kassel: Bärenreiter.
- Lex, H. (2000). Musik und Dichtung als kreativer Prozess. *Gestalttherapie. Forum für Gestaltperspektiven*, 14, 1, 89-121.
- Merten, M. (2002). Poesie- und Bibliothherapie: Nicht darauf vertrauen – nur hoffen. *Deutsches Ärzteblatt*, 558.
- Midgley, D. Art. Intersubjectivity and collective consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 13, 5, 99-109.
- Müller, A. W. (2013). Die Vernunft der Gefühle. Zur Philosophie der Emotionen. In Ch. Hubig & G. Jüttemann (Hrsg.), *Emotionen – Natur und Funktion*. Reihe: Philosophie und Psychologie im Dialog, Bd. 12 (S. 7-71). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Neufeld, M. (2011). *Die Bedeutung von Liedern in der Lebensgeschichte*. Wiesbaden: Reichert.
- Otto, R. (1991). *Das Heilige. Über das Irrationale in der Idee des Göttlichen und sein Verhältnis zum Rationalen*. Nachdruck der ungekürzten Sonderausgabe, München 1979. München: C.H. Beck.
- Petzold, H. & Orth, I. (Hrsg.) (2005). *Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliothherapie, Literarische Werkstätten*. Reihe Kunsttherapie Bd. 1, unveränderter Reprint der 2. Aufl. von 1995. Bielefeld: Editions Sirius.
- Resch, F. (1999). *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch*. (2. Aufl.), unter Mitarbeit v. P. Parzer, R. M. Brunner, J. Haffner, E. Koch et al. Weinheim: Beltz.
- Rilke, R. M. (2016). *Gedichte*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Rosenberg, J. L., Rand, M. J. & Asay, D. (2008). *Körper, Selbst & Seele. Ein Weg zur Integration*. Aus dem Amerikanischen von M. Krampe [Originaltitel: „Body, Self & Soul-Sustaining Integration“] (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Schulte, S. Art. Logos – Magus – Poesie. <http://www.magus-tage.de/logos.html> – download 15.12.2015.
- Schweitzer, A. (1954). *Denken und Tat*. Zusammengetragen und zusammengestellt v. R. Grabs. Hamburg: Meiner.
- Schweitzer, F. (1991). *Lebensgeschichte und Religion. Religiöse Entwicklung und Erziehung im Kindes- und Jugendalter* (2. Aufl.). München: Chr. Kaiser.
- Staemmler, F. M. (2010). Kontakt als erste Wirklichkeit. Intersubjektivität in der Gestalttherapie. *Gestalttherapie. Forum für Gestaltperspektiven*, 24, 1, 3-13.
- Stock, K. (1996). Art. Person II. Theologisch. In G. Müller, in Gemeinschaft mit H. Balz et al. (Hrsg.), *Theologische Realenzyklopädie* (Bd. 26, S. 225-231). Berlin: de Gruyter.
- Tugendhat, E. (2012). Spiritualität, Religion und Mystik. *Gestalttherapie. Forum für Gestaltperspektiven*, 26, 2, 2-12.
- Wenzel, H. (1995). *Hören und Sehen, Schrift und Bild. Kultur und Gedächtnis im Mittelalter*. München: C.H. Beck.



**Dr. Marc Neufeld**  
 IBP-Institut (Integrative  
 Body Psychotherapy)  
 Mühlestrasse 10  
 CH-8400 Winterthur  
 marc.neufeld@web.de

## Rezensionen

**K.-H. Menzen**

**Heil-Kunst**

**Entwicklungsgeschichte der Kunsttherapie**

**344 Seiten, gebunden**

**Preis: € 25,-**

**ISBN 978-3-495-48800-3**

**Freiburg i. Br., München: Verlag Karl Alber**

*Heilen – mit und als Kunst: Seit einigen Jahren werden Verfahren mit bildnerisch visuellen, tonalen, skulpturalen und performativen Mitteln immer stärker in die therapeutische Praxis einbezogen. Dieses Buch betrachtet den Weg dahin und führt ein in die Geschichte der Arbeit mit Bildern und ihre kulturhistorisch-bedingten Ansätze. Es beginnt da, wo sich das Fach im Rahmen der psychiatrisch verorteten Beschäftigungstherapie um 1800 zum ersten Mal in den Ateliers für psychiatrisch auffällig gewordene Menschen zeigt. Im zweiten Schritt skizziert das Buch verschiedene heilpädagogische und psychiatrische Ansätze im 19. und 20. Jahrhundert – bis zu den Eingliederungsversuchen unserer Tage in den Arbeitsmarkt nach dem Modell Künstlerischer Ateliers und Theaterwerkstätten. Im dritten Schritt wird berichtet, wie in der Kunst- und Gestaltungstherapie Erzählungen (Worte), Träume (Bilder), Zeichnungen oder Bild-Assoziationen zunehmend zur Grundlage der psychotherapeutischen Bild- und Beziehungsarbeit werden.*

*Das Buch nutzt in vielen Schwerpunktsetzungen und Exkursen die Möglichkeit, speziell in die psychiatrische, inklusionsorientierte, psychosomatische und neurologische Arbeit einzuführen und diese mit vielen Bildern zu illustrieren. Das Buch stellt eine umfassende Zusammenschau der bisherigen Arbeit mit Bildern in erzieherischen, behindertenpädagogischen und klinischen Bereichen dar.*

*Karl-Heinz Menzen, Prof. Dr. phil. habil., hat u.a. an der TU Berlin, an der Hochschule der Künste Dresden und an der Kath. Hochschule Freiburg gelehrt. Seit 2013 ist er Gastprofessor an der Sigmund-Freud-Universität Wien und hier beauftragt mit der Leitung des universitären Masterstudiengangs Kunsttherapie. Er ist Mitherausgeber der Zeitschrift „Kunst & Therapie“ und Autor des Stan-*

*dardwerkes „Grundlagen der Kunsttherapie“ (2009).*

### Inhalt

Karl-Heinz Menzen, der zu den herausragenden Initiatoren der deutschen Kunsttherapie gehört, beschäftigt sich in seinem neuesten Buch mit der Entwicklungsgeschichte der Kunsttherapie. „Die Kunsttherapie ist dabei, sich ihrer grundlegenden Kompetenzen in deren ganzem Umfang zu erinnern und mithilfe des ästhetisch und künstlerisch angeleiteten, bildnerischen Tuns Heil-Kunst zu sein“ (S. 18). Die Entwicklung der Heil-Kunst kann nur im Rahmen der sozialgeschichtlichen, ikonologischen und psychohistorischen Kontexte verstanden werden. „Es bedarf eines inneren Bildes, um eine Vorstellung zu entwickeln. Erst durch seine notwendig passive Verinnerlichung wird ein Gegenstand für den Verstand begreifbar und bewusst“ (S. 22). In der öffentlichen Zurschaustellung des Bildes, wie z.B. beim Altarbild Grünewalds, ist diese Absicht angelegt. Der Autor stellt fundiert fächerübergreifend die Entwicklung der „Heil-Kunst“ dar. Detailliert beschreibt er die Entstehungsgeschichte der Kunsttherapie als Gesundheitsberuf.

Unter der Überschrift „Erziehung – als experimentalpsychologische Versuche mit Gefühls- und Verhaltenseinstellung“ beschreibt Karl-Heinz Menzen, „wie die sog. Ästhetische Anschauung zum genauen Wahrnehmen, gezielten Beobachten“ genutzt und wie im Verlauf ästhetischer Erziehung die Hingabe des Kindes an ästhetisch wirkende Dinge für die eigene Werthaltung, für die Durchsetzung der eigenen moralischen, sozialen und politischen Hinsichten instrumentalisiert wird (S. 78). Dargestellt werden ebenso die ersten psychiatrischen und heilpädagogischen Ansätze der Kunsttherapie. „Intelligibel werden mithilfe der Zeichnungen, Kupfer- und Stahlstiche sogenannter Irrer die Anordnungen der Krankheiten selbst studiert; werden Krankheitsetiketten gesucht, gebildet“ (S. 94). Seit dem frühen 19. Jahrhundert werden dann künstlerisch-

bildnerische Therapieformen in Spiel gebracht (S. 107). Zur gleichen Zeit entstehen die ersten Förderkonzepte ästhetischer Erziehung geistig behinderter und mental erkrankter Menschen. Menzen beschreibt diese Entwicklung bis zur Fundierung aktueller moderner Ansätze der Kunsttherapie z.B. in der Arbeit mit teilleistungsgestörten und behinderten Menschen, die sich gleichermaßen an den beziehungsanalytischen, wahrnehmungsstörungstheoretischen, an den basal-ästhetischen wie an neurologisch fundierten Stimulationstheorien orientiert (S. 133).

Von den ersten ästhetisch-theoretischen und -psychologischen Ansätzen einer entstehenden Therapie mit Bildern über kunstpädagogische Ansätze bis zur Einbindung der Kunsttherapie in Psychiatrie, Neurologie und Traumatherapie, stellt Karl-Heinz Menzen immer wieder einen Zusammenhang zur Wirksamkeit der Kunsttherapie her. „In der Kunsttherapie, so wollen wir formulieren, geht es um einen innerpsychischen und mentalen Formbildungs- und Gestaltungsvorgang, der sich in der bildnerischen Formdynamik eines ästhetischen Mediums spiegelt“ (S. 26).

Der Autor spannt einen weiten Bogen über die „Selbstbilder in der Zeit um 1800“ über die „Ästhetische Gefühlserziehung im 19. Jahrhundert“ bis hin zu „Neuen Paradigmen des psychoanalytischen Denkens“. Besonders die aktuelle neurowissenschaftlichen Forschung, „... dass ästhetische Gegebenheiten neuronal angeeignet werden und sich neuronal repräsentieren“ (S. 136), wird auf die Praxisfelder der Kunsttherapie bezogen. Menzen hebt in diesem Zusammenhang auch die Notwendigkeit einer Behandlung im Kontext der Beziehung hervor: „Die immer deutlich werdende Korrespondenz von Bindungs- und neuro-biologischer Störung hat klären können, dass wir gestörte mentale Perspektiven immer in dieser Verbindung zu sehen haben“ (S. 163).

Neben grundlegenden Ausführungen zur Gestalt- und Ganzheitstheorie, werden in den abschließenden Kapiteln Ansätze der Psychoanalyse und phänomenologischen Psychotherapie beschrieben und ihre Einbindung in das kunsttherapeutische Setting herausgearbeitet.

Aus dem Rückblick auf die unterschiedlichen künstlerischen, pädagogischen und psychologischen Theorien und Verfahren, auf die sich kunsttherapeutische Ansätze berufen, erhellt sich die Notwendigkeit für ein „Verstehen“ der historischen Bezüge. Kunst und Therapie haben sich aus der jeweiligen Zeitströmung immer weiter entwickelt. Erst in diesem Zusammenhang kann auch das praktische kunsttherapeutische Handeln bewusster werden.

Karl-Heinz Menzen ist ohne Zweifel mit seinem Buch ein großer Wurf gelungen. Der Autor schließt hier eine Forschungslücke. Ein

neuer Blick auf die Entwicklungsgeschichte der Kunsttherapie und den Symbolbegriff der Kunsttherapie wird lebendig und anschaulich vom Autor dargestellt. Dazu tragen auch die vielen Illustrationen und Abbildungen bei, die den Leser auf einer Art Zeitreise begleiten. Ein ausgesprochen empfehlenswertes Buch!

**Univ.-Doz. Dr. Georg Franzen**

**F. Wienand**  
**Projektive Diagnostik bei Kindern,**  
**Jugendlichen und Familien.**  
**Grundlagen und Praxis – ein Handbuch**  
**416 Seiten mit 52 Abbildungen und**  
**acht Tabellen**  
**Preis: € 69,-**  
**ISBN 978-3-17-021007-3**  
**Kohlhammer-Verlag**

*Projektive Verfahren verwenden Spiel, Zeichnungen, Geschichten und Assoziationen als Medium, durch das ein junger Mensch seine zumeist unbewussten Motive, Konflikte und Ängste symbolisch ausdrücken und mitteilen kann. Sie ermöglichen es, Kinder, Jugendliche und Familien in ihrer Subjektivität, Individualität und Psychodynamik zu verstehen. Damit bilden sie eine praktisch wichtige Ergänzung zu den psychometrischen diagnostischen Methoden. Neben Zeichen-, Spiel-, verbalthematischen und imaginativen Methoden werden auch Verfahren der Bindungs- und Familien-diagnostik sowie projektive Tests in der Begutachtung vorgestellt. Jedes Verfahren wird in Bezug auf seine theoretischen Grundlagen, die Durchführung, Auswertung, Interpretation und die Gütekriterien ausführlich beschrieben. Dieses Werk bietet die erste vollständige Übersicht zur Theorie und Praxis der projektiven Testverfahren.*

*Dr. med. Dipl.-Psych. Franz Wienand ist Psychoanalytiker und als Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Böblingen niedergelassen.*

*Im Kaufpreis dieses Buches ist eine Spende für die Stiftung „Achtung Kinderseele“ enthalten.*

## **Inhalt**

Das Buch, welches von dem renommierten Psychiater, Psychologen und Psychoanalytiker Franz Wienand unter Mitarbeit von Michael Günter, Gabriele Meyer-Enders und Monika Wienand herausgegeben wurde, widmet sich der Projektiven Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Dase Handbuch

stellt Grundlagen und Praxis projektiver Verfahren vor und bietet damit einen fundierten Überblick.

Gerd Lehmkuhl verweist in seinem Geleitwort darauf, dass Projektive Verfahren aktuell im diagnostischen Prozess nur wenig Beachtung finden. „Zu sehr liegt der Schwerpunkt auf gut standardisierten und validierten Verfahren, so dass dem scheinbar ‚Subjektiven und Qualitativen‘ kein großer Stellenwert mehr eingeräumt wird. Das war jedoch nicht immer so. Denn projektive Verfahren blicken auf eine lange Tradition in der tiefenpsychologisch orientierten Kinderpsychotherapie zurück. „Und auch heute finden sie immer dann ihre Anwendung, wenn es um Fragen der intrapsychischen Dynamik, der Beziehungsgestaltung und um biographisches Material geht, das sich mit standardisierten Methoden nicht oder nur schwer erschließen lässt“ (S. 7). Das primäre Ziel besteht darin, auf diesem Weg einen Zugang zum inneren Erleben, zu verborgenen Ängsten und lebensstiltypischen Verarbeitungsstrategien zu finden. Insofern kommt projektiven Verfahren vor allem ein „explorativer“ Wert zu. Sie ermöglichen, über die Verhaltensbeobachtung das Interaktionsverhalten, die Affektivität, die Motivation und die Kreativität eines Kindes einzuschätzen (Lehmkuhl & Petermann, 2014).

Das Hauptanliegen dieses Handbuches, so der Herausgeber, ist ein Plädoyer für eine ganzheitliche Psychodiagnostik, die über eine reine Beschreibung von Symptomatik und Verhalten und über den Vergleich mit statistischen Normen hinaus das subjektive Erleben, vorbewusste bzw. unbewusste Motivationen und Konflikte und die Bindungswelten junger Menschen zu verstehen versucht (S. 17).

Das Buch ist in zehn Kapitel gegliedert, die sich den verschiedenen Verfahren und Falldarstellungen widmen. Der Begriff der Projektion wird klar definiert und eingegrenzt. So besteht das gemeinsame Merkmal aller projektiven Verfahren darin, „dass mehrdeutiges Testmaterial Reaktionen hervorruft, die in erster Linie von der Persönlichkeit des Probanden (und weniger vom Test selbst) bestimmt werden und daher Rückschlüsse auf seine Haltungen, Motive, Konflikte und Verarbeitungsmuster erlauben. Wenig strukturiertes Reizmaterial (wie die Tintenkleckstafeln des Rorschach-Tests) oder offene Aufgabenstellungen (wie die Aufforderung im Scenotest, irgendeine Szene aufzubauen) bieten einen Freiraum und einen Anreiz zur Entfaltung eigener Vorstellungen“ (S. 23). Franz Wienand verweist besonders darauf, dass in den bisherigen Debatten über Sinn und Wert projektiver Verfahren die Bedeutung von Kreativität, Vorstellungskraft und Symbolisierung so gut wie nicht erwähnt wurden, obwohl sie eine entscheidende Rolle spielen (S. 27). „Projektive Verfahren fordern

zu einer Gestaltung heraus, sei es in Form einer Zeichnung, einer Geschichte oder der Gestaltung einer Szene im Sandspiel oder Scenotest“ (S. 27). Auch die Bedeutung der Imagination wird im Zusammenhang mit den beschriebenen Verfahren hervorgehoben, da der Zugang zu unbewussten Inhalten und primärprozesshaften Vorgängen erleichtert wird (S. 28). Die Bedeutung der Symbolisierung vor allem bei den zeichnerischen und Gestaltungsverfahren erfährt in diesem Zusammenhang ebenso eine entsprechende Würdigung. Projektive Verfahren stellen aber auch eine neurologisch begründete Methodik zur Verfügung, über Vorstellungen und Imaginationen kreative Gestaltungen anzuregen, in denen im impliziten Gedächtnis gespeicherte emotional bedeutsame Erfahrungen mit aktuellen körperlichen, affektiven und motivationalen Zuständen verbunden sind und symbolisch zum Ausdruck kommen (S. 31).

Die grundlegenden Verfahren werden in den Folgekapiteln anschaulich dargestellt. Für jeden Bereich werden Theorieansatz und Praxiseinsatz dargestellt:

Zeichnerische Gestaltungsverfahren, wie z.B. Baumzeichnungen, Menschenzeichnungen bis hin zum Squigglespiel von Winnicott; Verbalthematische Verfahren; Spielerische Gestaltungsverfahren, u.a. das Sandspiel und der Scenotest; Formdeutungsverfahren, wie u.a. der Rorschach-Test, Bindungsdiagnostik und Projektive Verfahren in der Begutachtung. Das letzte Kapitel stellt einen Fall detailliert dar. Das abschließende Literaturverzeichnis bietet einen guten Überblick über die wichtigsten Publikationen zum Thema.

Durch eine hohe fachliche Kompetenz und umfangreiche klinische Erfahrungen aller Autoren wird der Leser umfassend über den Hintergrund und die Anwendung projektiver Diagnostik informiert. Das Buch ist didaktisch ausgesprochen gut aufgebaut. Es weist eine klare Systematik und gute Gliederung auf. Es ist gut verständlich geschrieben. Alle Begriffe werden gut nachvollziehbar erläutert. Grafiken, Fotos, Zeichnungen und hervorgehobene Abschnitte tragen zur Auflockerung bei. Gleichzeitig erhellt das Buch den bedeutsamen Zusammenhang von tiefenpsychologischen Wirkfaktoren, Imagination, Kreativität und Gestaltung. Alle Berufsgruppen die im Rahmen ihrer ärztlichen, psychologischen, psychotherapeutischen oder kunsttherapeutischen Tätigkeit mit projektiven Verfahren arbeiten oder sich darüber informieren möchten, werden umfassend über die Grundlagen der Projektiven Diagnostik informiert. Auch für Studenten und kunsttherapeutische, psychotherapeutische Ausbildungskandidatinnen bietet dieses Buch eine gute Orientierung. Der Herausgeber Franz Wienand hat hier unter Mitarbeit von Michael Günter, Gabriele

Meyer-Enders und Monika Wienand ein beeindruckendes Werk zur projektiven Diagnostik vorgelegt.

**Univ.-Doz. Dr. Georg Franzen**

**F. Mitterlehner & C. Christ**  
**Psychotherapie-Leichtfaden. Schwierige**  
**Situationen professionell meistern**  
**VIII/339 Seiten**  
**Preis: € 34,99**  
**ISBN 978-3-7945-3070-0**  
**Stuttgart: Schattauer**

Das Buch beginnt mit den Meistersingern. Ja richtig, denen von der Oper. Da kommen Walther von Stolzing und Hans Sachs zur Sprache. Sind wir im richtigen Film? Durchaus, denn die Autoren machen gleich auf den ersten Seiten deutlich (S. 6), dass nur durch einen „handgefeilten Schlüssel“ der Patient in seinem Sinne erfasst und so Heilung möglich wird; und verzahnen die psychotherapeutische „Meisterausbildung“ (Zitat!) mit der individuellen Patientenbehandlung, welche da und dort eine Abweichung von der „Zunft-Norm“ erfordert. So unkonventionell frisch wie das Buch beginnt, so geht es auch weiter, wobei immer wieder das künstlerische Moment aufflammt. Und wenn die Meistersinger mit der therapeutischen Haltung in enge Beziehung gesetzt werden, so wird der psychotherapeutische Weg mit der Metapher des Wanderwegs belegt (wobei dem Pianisten Schuberts Wandererfantasie in den Sinn kommen mag und dem Sänger der Beginn seiner schönen Müllerin).

Gleich darauf stellen die Autoren, die durch das gesamte Buch bemüht sind, eine sinnreiche Balance zwischen Theorie und Kasuistik zu halten, etwas heraus, das man therapeutisch nicht genug unterstreichen kann (S. 12): „Da ich ja als Psychotherapeut nicht mit einer Diagnose nach ICD-10 unterwegs bin, sondern es mit einem Menschen zu tun habe, der in eine Notlage zwischen den gestellten (Lebens-)Anforderungen und seinen Bewältigungsmöglichkeiten geraten ist ... muss ich einen auf diesen Menschen zugeschnittenen Therapie-Leitfaden erarbeiten.“

Dass dieses gelingt und ein Leitfaden zum „Leichtfaden“ (wie der Titel spielerisch lautet) wird, werden drei Perspektiven ins Treffen geführt, in deren Zentrum sich dann Therapie ereignet (Kapitel 3): der Blickwinkel Patient, der Blickwinkel Therapeut und der Blickwinkel Verfahren und Methoden. Damit wird auch klar, dass das Buch patientenorientiert ist und die Interaktion eine essentielle Rolle spielt –

das, was auch die künstlerischen Therapien so sehr kennzeichnet.

Nach dem Teil I (Kapitel 1-4) geht es in Teil II ans „Eingemachte“ – wobei dieser Ausdruck durchaus nicht überzeichnet. Denn wenn im Vorfeld der ICD-10 zur Sprache kam, dann geht es hier keineswegs um klassisch kategorisierte Diagnosen, sondern um Kernthemen, die zwar in der psychotherapeutischen Praxis mehr als bekannt sind, in der formalen Diskussion aber so nicht leicht zur Sprache kommen. Der Leitfaden arbeitet sich an einer Reihe persönlicher Lebensthemen entlang, die jeweils durch ein Stichwort fokussiert werden.

Der Reihe nach (also entlang der Reihenfolge der Kapitel): Alter, soziale Einbindung, Kultur, mangelnde Anerkennung, Erschöpfung, körperliche Gesundheit, Verlust und Tod, Rechtsstreit, Strukturniveau nach OPD-2 (hier hätte durchaus darauf hingewiesen werden können, dass es sich dabei um die operationalisierte psychodynamische Diagnostik handelt), ohne Rüstzeug, Lebenskrise und Sinnkrise, Trauma. Diese Brennpunkte werden dabei jeweils an Fallvignetten, wie dies die Autoren so nennen, festgemacht.

Das sind Kasuistiken, die griffig an den Kern der pathologischen und psychotherapeutischen Sache gehen und die eine konzise Falldarstellung aufschlussreich mit einer theoriegeleiteten Analyse in Beziehung setzen, gefolgt von einem Blick auf das therapeutische Vorgehen, was allerdings nicht als Rezept verstanden werden darf, sondern vielmehr an psychotherapeutische Erfahrungen gekoppelt mit Supervision erinnert.

Wenn wir die Kernthemen querlesen, dann kommen Unmengen von Assoziationen mit der Lied- und Opernliteratur in den Sinn. Wenn wir hier den Ausführungen aus der Sicht der künstlerischen Therapien nachgehen, dann gibt es jede Menge sinnvoller Ansatzpunkte, die zur Inspirationsquelle werden können. Das künstlerische Moment wird zudem gelungen durch literarische und philosophische (und auch wissenschaftsaffine) Zitate zu Beginn der Kapitel unterstrichen: von Mark Twain bis Leo Tolstoi.

Dieser „Leichtfaden“ (nochmals: das ist kein Tippfehler) ist zunächst leicht zu lesen und er soll die Arbeit als Psychotherapeut erleichtern (was er auch tut). Aber er ist keineswegs eine leichte Literatur. Durch das weite Spektrum, das hier eröffnet wird und das sich keineswegs nur auf die klassische Psychotherapie bezieht, gibt sie zu denken, verbindet therapeutische Wissenschaften, Lebensweisheiten, Künste und Philosophie. Spannend und gewinnbringend.

**Univ.-Prof. Dr. Dr. Wolfgang Mastnak**