

Guided Imagery and Music: Gestern – Heute - Morgen

Isabelle Frohne-Hagemann

Vortrag bei der
 1. Deutsche Tagung für
 Guided Imagery and Music
*Das Potenzial klassischer Musik (GIM) in rezeptiver Musiktherapie und imaginativer
 Psychotherapie*
 Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
 Hückeswagen, 27.-29.4.2012

Mein Thema ist **GIM „Gestern-Heute-Morgen“**, wobei gestern natürlich lange her ist, d.h. ab 1960. Ich möchte aufzeigen welcher Zeitgeist die Entstehung von GIM möglich machte und wie sich dieser auf die Entwicklung von GIM als Psychotherapiemethode auswirkte und was diesbezüglich über die Zeit bis heute an inhaltlicher Arbeit notwendig wurde. Wenn GIM als eine sich integrativ verstehende psychotherapeutische Methode anerkannt sein möchte, müssen bestimmte Teile des *Tree of Science* (Petzold 1975h, 1998n, 2003a, 1991) erarbeitet werden. Der *Tree of Science* gilt für alle Psychotherapieverfahren und *Methoden* wie GIM müssen sich darin irgendwo wiederfinden können.

Ein *Tree of Science* (Petzold 2009) wurzelt in *Metatheorien* (Erkenntnistheorie, Wissenschaftstheorie, Kosmologie, Anthropologie, Gesellschaftstheorie, Ethik), aus denen als *allgemeine Theorie der Therapie* die Persönlichkeitstheorie, die Theorie des schöpferischen Menschen, eine Entwicklungstheorie und eine Gesundheits- und Krankheitslehre begründet werden, woraus sich wiederum als *spezielle Theorie der Therapie* Konzepte zur Diagnostik, Indikation, zu Therapiezielen, Therapieinhalten, zur Theorie des therapeutischen Prozesses und der therapeutischen Beziehung ableiten lassen, um schließlich die *Praxeologie* begründen zu können, d.h. welche Therapieformen, Therapiemethoden, Techniken, Medien, Interventionen, Modalitäten, Praxisfelder und Evaluation auf welche Weise in Frage kommen.

Helen Bonny hat uns kein Verfahren, aber eine Methode geschenkt, die eine funktionierende Interventionspraxis hat, aber viele Äste ihres Erkenntnisbaumes sind noch kahl. Wir haben beispielsweise keine eigene ausgearbeitete Gesundheits- und Krankheitslehre (*allgemeine Theorie der Therapie*) und keine eigene Diagnostik und Indikationslehre entwickelt (*spezielle Theorie der Therapie*). Da GIM Therapeuten aus unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen stammen, gibt es oft Unklarheiten, was unter Therapie zu verstehen ist. Es reicht ja nicht, zu sagen, dass unsere Metatheorien humanistisch-existenzielle und analytisch jungianische und transpersonale Wurzeln haben, man muss diese Arbeit mit Musik auch in Bezug auf Diagnostik, Indikation und Interventionen begründen können. Dazu sollten Erkenntnisse aus den Neurowissenschaften,

der Entwicklungspsychologie und der transpersonalen Psychotherapieforschung rezipiert werden. Ich komme darauf später zurück. Eine Methode befindet sich jedoch in ständiger Entwicklung. Und warum sie sich wie entwickelt, versteht man erst, wenn man ihre Geschichte kennt.

Wie war es also **gestern**? GIM ist in den USA Ende der 1960er Jahre von Helen Bonny entwickelt worden. Die 1960er und 1970er Jahre waren durch die Hippiebewegung geprägt, durch Suche nach Selbstverwirklichung und Sinnfindung. Ja, *Selbstverwirklichung*, Finden des „*wahren Selbst*“ durch *freie Liebe* und *spirituelle Bewusstseinsweiterung* war das Motto, oft mit Hilfe von Drogen wie LSD oder Meskalin. Das humanistisch-existenzialistische Gedankengut führte dazu, die Pathologie der Klienten auch als Suche nach Wachstum und Persönlichkeitsentfaltung zu verstehen. Der Einfluss eines Teitaro Suzuki mit seinem Buch *Zen Buddhismus und Psychoanalyse* war groß. Auch Karin Horney, Erich Fromm und Abraham Maslow trugen maßgeblich dazu bei, die Dimension der spirituellen Bewusstseinsforschung in die Psychotherapie einzuführen. Das war etwas Neues. Und nur vor diesem Hintergrund konnte sich GIM entwickeln.

Musiktherapie wurde in den USA schon seit den 1940er Jahren an Universitäten gelehrt, sie war aber weit gehend übend und verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Mit GIM setzte Helen Bonny, einen Gegenpol dazu. Obwohl Musik schon seit der Antike als Therapeutikum galt, war das wirklich Innovative Bonnys, das therapeutische Potenzial der Musik als -wie Harnoncourt es sagt-, „Nabelschnur zum Göttlichen“ neu entdeckt zu haben. Die spirituelle Dimension der Musik kann unser tiefes Bedürfnis nach Beziehung und eine Verbundenheit mit etwas Größerem stillen. „Religere“ heißt „wieder verbinden“ und Helen zeigte uns über die Musik eine ganz besondere Art, auf einer komplexen Bewusstseinsstufe eine überpersönliche Daseinsgewissheit zu erleben.

Helen Bonnys Hauptanliegen war zuerst, gesunden Menschen zu helfen, durch klassische Musik innerlich zu wachsen und sich auch spirituell zu entwickeln. Die psychodynamische Arbeit im engeren Sinn war damals nicht Bonnys Hauptanliegen. GIM heißt eben auch *Guided Imagery and Music* und nicht *Therapie*. Erst ihre Schülerinnen begannen, in Kliniken mit GIM zu arbeiten.

Man kann vom damaligen Zeitgeist her nachvollziehen, warum GIM sich überhaupt gerade in jener Zeit auf diese Weise entfalten konnte. Ich denke, dass in den USA der Fokus sehr stark auf der spirituellen Entwicklung liegt.

Im Gegensatz zu den USA steckte die Musiktherapie vor allem in Westdeutschland in den 1960er und 70er Jahren noch in den Kinderschuhen. Sie waren zwar auch davon geprägt, dass etwas Neues entstehen sollte, aber der 68er Generation ging es weniger um eine spirituelle Selbstwerdung, sondern um politische Freiheit, sexuelle Befreiung, überhaupt Befreiung von alten Strukturen und Brechen des Schweigens der Nazigeneration. ‚Hinter den Talaren steckt der Muff von 1000 Jahren‘, dieser Satz klingelt mir noch immer in

den Ohren, denn ich gehöre zur 68er Generation. In der westdeutschen Musiktherapie ging es daher um die freie Improvisation, um emotionale Auseinandersetzung, emotionalen Ausdruck und konfrontierende Beziehungsgestaltung.

Rezeptive Musiktherapie war ohnehin verpönt. Der Grund liegt m.E. auch in unserer Nazi-Geschichte. Man war fast militant antiautoritär und erzog auch die Kinder so. (Die antiautoritär erzogenen Kinder sagten allerdings nach einiger Zeit: müssen wir heute wieder tun, wozu wir Lust haben?, weshalb man die Methode dann doch verabschiedete). Man war trotzdem allergisch gegen jede Art von Manipulation durch Musik. Man empörte sich, die Stimmung von Patienten mittels komponierter Musik im Sinne einer *musikalischen Hausapotheke* beeinflussen zu wollen. Ich hatte das Buch von Helen Bonny: „Music and your Mind“ gelesen und deshalb wieder weggelegt, aber ich hatte den Sinn von GIM wohl noch nicht verstanden. GIM war aber deshalb auch noch gar nicht denkbar. Nur in der DDR wurde von Christoph Schwabe Rezeptive Musiktherapie mit klassischer Musik angeboten (Regulative Musiktherapie). Bei dieser Form von Musiktherapie wird aber erst nachdem Hören gesprochen. Der Unterschied zu GIM ist der, dass man nur **über** das Erlebte sprechen kann, weil es dann ja schon Vergangenheit ist, während man in GIM **beim Hören** spricht und das, was man beim Hören erlebt und tut, in der Gegenwart berichtet. Dieser Aspekt ist entscheidend wichtig und hat für heutige Psychotherapie eine große Bedeutung. Aber darüber später.

Die Aufbruchsstimmung in diesen beiden Dekaden ermöglichte natürlich die Umsetzung des Neuen in den 80er Jahren. Das ging auch ganz problemlos, denn in den 1980er Jahren lebte es sich –wie der Focus es formulierte– „sehr behaglich in der alten Bundesrepublik, im Schatten der Mauer, die einem die zudringliche Armutswelt vom Leibe hielt, in der überschaubaren Lagerwelt des Kalten Krieges, wo Gut und Böse halbwegs definiert waren. Es gab keine Probleme mit Zuwanderung, keinen Solidaritätszuschlag und keine Totalvernetzung, und vor allem waren die Weltbilder noch so wunderbar übersichtlich.“ (FOCUS Magazin, Nr. 17 ,2002).

Auf diesem Boden, der für alles offen war, ob für Öko-Punk, Mod, New Waver, Grufti, Popper, Rocker, Skin oder Yuppies, etablierten sich auch bei uns die humanistischen, systemischen und integrativen Psychotherapieansätze. Auch das FPI wurde richtig groß in dieser Zeit. Ich bin dort seit 1979. Alles war möglich. Hier am FPI startete die erste Musiktherapiegruppe 1985. Musiktherapieausbildungen an Hochschulen und im privatrechtlichen Feld schossen wie Pilze aus dem Boden als Alternative zu den traditionellen Psychotherapien. Es wurde jedoch in der Bundesrepublik immer noch meist nur die aktive Musiktherapie gelehrt.

Erst Ende der 1990er Jahre -und das ist noch nicht lange her- begannen in der BRD einige wenige Psychotherapeutinnen und Musiktherapeutinnen, das therapeutische Potenzial klassischer Musik wieder zu entdecken, darunter die hier anwesenden Christine Achter, Gina Kästele, und ich. Ich habe von den amerikanischen Trainern sehr viel über

Archetypen, Mythen, Spiritualität usw. gelernt, aber so gut wie nichts über psychodynamische Arbeitskonzepte. Das war die Situation wie ich sie erlebte.

Und wie ist es **Heute?**

Lassen Sie mich ein paar Worte zur gesellschaftlichen Situation sagen, denn diese prägt die Weiterentwicklung einer Therapietheorie und Praxis einer Methode.

Während die 80er Jahre also viel Raum für Neues und oft ziemlich Schrilles auf gesichertem Boden bereit stellten und es Mode war, sich in Ruhe der Selbsterfahrung und inneren Wachstumsprozessen zu widmen, erleben wir seit 2000 eine ganz andere Situation. Einerseits leben wir sehr selbstbestimmt. Man kann denken, fühlen und machen, was man will, man kann sich kleiden wie man will, seinen narzisstischen Bedürfnissen ungehemmt nachgehen, Normen und Sitten sind nicht zwingend. Wie Dornes in seinem neuen Buch „Die Modernisierung der Seele“ (Dornes 2012) beschreibt, sind wir lockerer und liberaler geworden. Leider vielfach auch unverbindlicher. Das hat Vorteile, schafft aber auch Probleme. Wenn alles so oder auch so geht, müssen wir leider den Halt in uns selber finden und das schaffen einige Menschen nicht. Man dürfte zwar, aber wagt nicht mehr unbedingt alles zu machen, was man möchte, denn wir haben wir es auch mit den Negativseiten einer globalisierten Welt und ihren Auswirkungen zu tun: Angst um den Arbeitsplatz, nur noch befristete Arbeitsverträge, „gefühlter“ Druck, ständig erreichbar sein zu müssen auf Grund der Totalvernetzung, ferner eine tsunamihafte Informationsflut, die niemand mehr angemessen verarbeiten kann, die sich aber auch niemand mehr schwer erarbeiten muss, weil man alles im Internet blitzschnell downloaden kann, Hilflosigkeit über was wichtig und richtig ist. Im beruflichen ist man einem ungeheuren Leistungsdruck ausgeliefert. Staaten müssen sparen: Musiktherapiestudiengänge werden geschlossen. Auch in Kliniken es gibt Einstellungsstopps, gleichzeitig richten die Kliniken sich zu Grunde durch den Verschleiß des übrig gebliebenen "Humankapitals" bzw. überfordertem Personals.

Viele Menschen können in einer Konsumgesellschaft, in der alles vorhanden ist, in der aber gerade deswegen alles unübersichtlich wird, den neuen Herausforderungen nicht gewachsen und werden krank. Mir scheint auch, dass uns die sicheren Jahre auch verwöhnt haben. Denn wir leben ja auch in einer Gesellschaft, wo staatliche Alimentation garantiert ist und niemand verhungern muss und vielleicht sind wir manchmal nicht einfach auch zu verhätschelt, um den Mut aufzubringen, uns selbst aus dem Jammertal herauszuziehen. Das starre Festhalten an alten Strukturen nützt dann nichts, zeigt aber die Angst, in der Ungewissheit, die das Neue bringt, womöglich verloren zu gehen.

Wir haben also eine ganz andere Situation als in den 1960er bis 1990er Jahren. Auch GIM Therapeuten müssen sich mit neuen Krankheitsbildern und dem heutigen Zeitgeist auseinandersetzen. Klinische Symptome wie Burnout, Depression, Angsterkrankungen, etc. können mit einer ganz anderen Qualität von den heutigen gesellschaftlichen Bedingungen

geprägt sein oder durch entsprechende Vorschädigungen aktivieren werden als früher, was ein wichtiges Thema in der *speziellen Theorie der Therapie* ist.

Die Schwierigkeit ist die, dass heute in der Gesundheitspolitik der Fokus immer mehr auf Kurzzeit- und lösungsorientierten Therapien liegt, die kostengünstig sein sollen, dass aber gerade andererseits die Neurowissenschaften nachgewiesen haben, dass das Überschreiben neurologisch gebahnter pathologischer Strukturen viel Zeit braucht.

Insofern könnte GIM hier einen guten Beitrag leisten, denn über das durch Musik stimulierte Imaginieren und durch die verbalen Interventionen des Therapeuten während des Hörens, die das Erleben im Hier und Jetzt unterstützen und vertiefen, greifen wir tief in solche Prozesse ein. Die Überschreibung traumatischer Erfahrungen kann in gewisser Hinsicht effektiver geschehen als durch eine rein verbale Therapie.

Was wird für das Morgen notwendig?

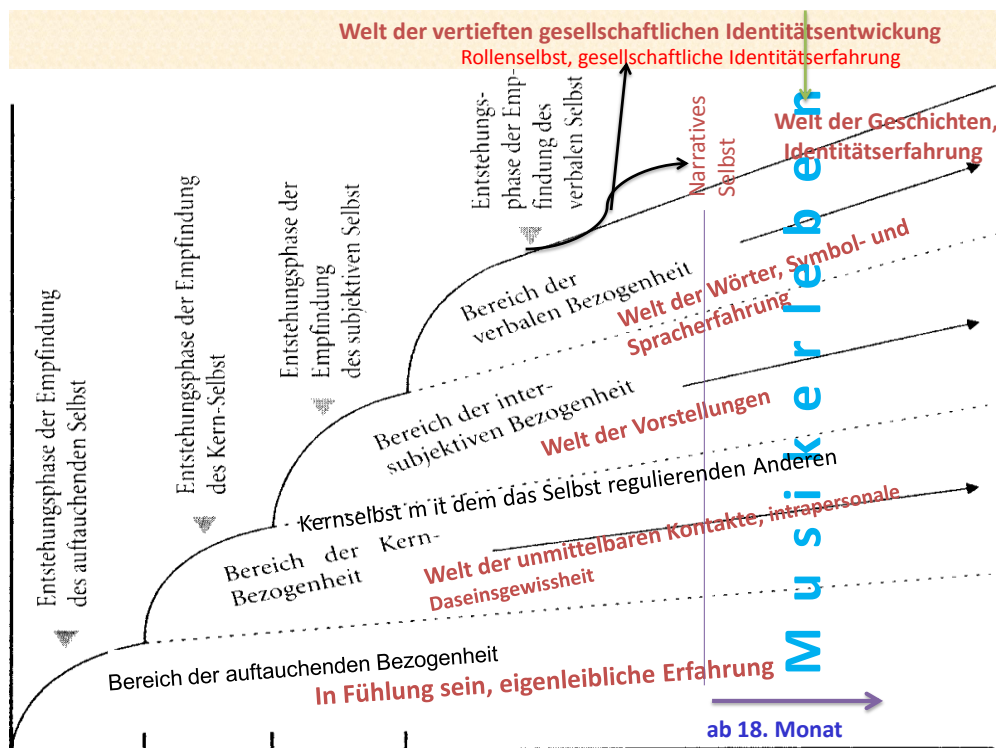
Ich denke, dass die Bedeutung einer spirituellen Orientierung in GIM viel bewusster geworden ist. Es ist aber nicht notwendig, in GIM den Fokus hierauf besonders zu legen. GIM ist keine esoterische Heilslehre und eine spirituelle Entwicklung sollte nicht abgehoben von seelischen Entwicklungsprozessen stattfinden. Was heute auch gerade hinsichtlich der Etablierung der Methode GIM im Gesundheitswesen Not tut, ist die Auseinandersetzung mit den Fortschritten moderner Psychotherapie und effektiver Techniken, z. B. mit mentalisierungsbasierten Interventionen oder schematherapeutischen Techniken für die Arbeit mit inneren Anteilen. Integrative Therapie wie sie ja auch hier im Haus gelehrt wird, ist diesbezüglich für mich ein Vorbild, da Konzepte aus dem Bereich der Psychoanalyse/Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie, Sozialpsychologie und Neurobiologie im Interesse des Patienten auf Kompatibilität geprüft und angewendet werden.

Um das Potenzial der Arbeit mit der Musik wirklich nutzen zu können sind nicht nur die sog. transpersonalen Dimensionen des Bewusstseins von Bedeutung. Ein GIM Therapeut fähig sein, psychodynamisches Material unter Berücksichtigung der Lebenserfahrungen und der Lebenssituation des Patienten so bearbeiten zu können, dass –vorsichtig ausgedrückt– der Mensch seine Spiritualität leben lernt, ohne sein Dasein im Hier und Jetzt auszuklammern.

Ich verstehe GIM deshalb als **Zusatzqualifikationen für approbierte Psychotherapeuten und Musiktherapeuten bzw. Heilpraktiker für Psychotherapie**, die ihr Handwerk bereits gelernt haben und klinische Erfahrung haben. Es kann niemand GIM Therapeut werden, der im Vorberuf z. B. Taubenzüchter, Ingenieur bzw. jemand ist, noch nie einen Patienten gesehen hat. Denn das Handwerk kann eine GIM Weiterbildung nicht auch noch vermitteln, sondern nur vertiefen.

Ich möchte jetzt einmal etwas ins Detail gehen. Jeder Mensch hat ja von Geburt bis ins Senium Entwicklungen in verschiedenen Bereichen zu verschiedenen Themen zu durchlaufen. Man denke an die Entwicklung der psychischen Struktur und Identität, der Beziehungsfähigkeit, man denke an die Stufen der Moralentwicklung/Gewissen oder der Entwicklung von Werten. Diese können unterschiedliche Niveaus erreichen. Man kann z. B. ein sehr „erfolgreicher Manager, aber emotional ein Analphabet“ geblieben sein (mündliche Mitteilung eines beruflich sehr erfolgreichen Patienten).

Imaginationen in GIM, die durch die Musik stimuliert werden, erzählen uns Geschichten über unsere verschiedene Persönlichkeitsschichten und –anteile und über verschiedene Entwicklungsniveaus. Ich habe einmal die entwicklungspsychologischen Konzepte Daniel Sterns und Hilarion Petzolds bezüglich der Entwicklung von Selbstempfindung und Bezogenheit bzw. der Entwicklung des Bewusstseins und der Identität herangezogen, um sie auf das Musikerleben zu beziehen.



Musikerleben in GIM						
Prä-natales Selbst	Auftau-chendes Selbst (world of feelings) in Fühlung sein (Stern)	Core-Selbst (Welt der unmittelbaren Kontakte) (Stern)	subjektives und intersubjektives Selbst (Welt der Vorstellungen) (Stern)	verbales Selbst (Welt der Wörter) (Stern)	narratives Selbst (Welt der Geschichten) Narrative (Stern)	Soziokulturelle Reifung der Identität Mit reifem Leibselbst, und reifem Ich
Organismisches Leibselbst	(affektive Erfahrung, Eigenleibliche Selbstempfindung)	(Welt interpersonaler Erfahrungen und intrapersonaler Daseinsgewissheit)	(Welt intrapersonaler Erfahrung mit dem Entstehen von Selbstgefühl Daseinsgewissheit)	(Welt der Symbol- und Sprach- erfahrung und symbolisches Selbst)	(Welt der Identitäts- erfahrung, Entstehen reflexiver Selbsterkenntnis und Rollenhandeln)	(Welt der vertieften gesellschaftlichen Identitätsentwicklung)
Petzold	Petzold	Petzold	Petzold	Petzold	Petzold	Petzold

In der 2. Folie habe ich die Monatsangaben weggelassen, wann welche Phase stattfindet, weil wir uns als Erwachsener beim Musikerleben in allen Bereichen wiederfinden. Ein GIM Traveller erlebt Musik unterschiedlich, je nachdem in welcher Schicht er oder sie sich gerade aufhält. Z. B. ob man gerade ganz in Fühlung mit der Musik ist und gerade darüber (noch) nichts sagen kann oder ob man ganz im Narrativen ist und quasi die Musik in Geschichten umsetzt. Manchmal fühlt man nur und schwingt mit, ja, wird zur Musik, erlebt Erhabenes, manchmal sieht man Szenen vor dem inneren Auge, manchmal handelt man in diesen Szenen, manchmal erinnert man sich an konkrete Erlebnisse und erlebte Geschichten, manchmal macht man eine Heldenreise.

Dabei spielt es natürlich eine Rolle, wie der Traveller sein Erleben bewertet, das heißt, wie er seine Gefühle, seine Imaginationen und seine Assoziationen versteht und was das über seine Mentalisierungsfähigkeit aussagt.

In der englischen Ausgabe des von mir herausgegebenen Buches *Rezeptive Musiktherapie* von 2007 hat Edith Geiger die Konzepte Daniel Sterns zur frühen Mutter-Kind-Beziehung auf die therapeutische Beziehung zwischen Guide und Traveller bezogen und in dem Lehrbuch *Guided Imagery and Music* hat sie sich auch über die Bedeutung des Strukturniveaus bei GIM Patienten Gedanken gemacht. GIM so unter bindungs- und strukturtheoretischen Aspekten zu beleuchten, ist sehr hilfreich für die Praxeologie von GIM. Aber auch hier müssten die Strukturniveaus differenziert werden in Bezug auf den Stand der verschiedenen Entwicklungslinien, denn ein gering strukturierter Mensch könnte in bestimmten Bereichen seiner Persönlichkeit geschädigt sein, in anderen aber nicht.

Schädigungen entstehen durch inadäquate Stimulierungen, und zwar nicht nur der Caregivers, sondern auch der Umstände (bildungsfernes Milieu, Scheidungen, Gewalterfahrungen, Natur- und menschengemachte Katastrophen wie Tsunamis oder Fokushima, und nicht zu vergessen: durch TherapeutInnen). Inadäquate Stimulierungen können in jeder Entwicklungsphase zu Schädigungen führen. Wenn sie nicht kompensiert werden können, wirken sie sich auf alle folgenden Phasen aus. Ein Defizit in der frühesten Zeit -z.B. der eigenleiblichen Selbstempfindung- ist aber nicht dasselbe wie ein Defizit in der Phase, wo das narrative Selbst entsteht und muss in GIM daher auch anders begleitet werden. Eine 40jährige Patientin, die als 4jähriges Kind traumatisiert wurde (Trennung, Tod eines Elternteils) wird anders zu behandeln sein als wenn sie ein Trauma als 18 jährige, die sich in der Welt der gesellschaftlichen Identitätsentwicklung befindet, erlitten hat. Was bedeutet das für die Auswahl der GIM Musik durch den Guide?

Lassen Sie mich zur Wahl der Musik auf (in Form von Defiziten, Traumata, Störungen, Konflikte) geschädigte Entwicklungsphasen und Erlebenschichten kommen. Aus Zeitgründen kann ich hier leider nur einige der Phasen und auch nicht jeweils alle 4 Schädigungsarten aufgreifen. Aber vielleicht bekommen Sie trotzdem eine Anregung. Ich verwende die Sternschen und Petzoldschen Begrifflichkeiten wie in dem Indikationsbuch Musiktherapie bei psychischen Problemen in Kindes- und Jugendalter (Frohne-Hagemann, Pleß-Adamczyk 2005).

D. Stern spricht von Empfindungen der „kosmischen Einsamkeit“ (Stern 1992, S. 21), die möglicherweise auf sehr frühe Schädigungen hinweisen. Das sind ggf. Symptome von **Defiziten** durch mangelnde Stimulierungen auf der Strukturebene des *organismischen Leibselbst* im *Entwicklungsbereich des pränatalen bzw. des auftauchenden Selbst*. Da hier ein Ich noch nicht vorhanden ist, das sich abgrenzen könnte, darf Musik nicht herausfordernd sein. Es könnte eine haltgebende Musik gewählt werden, über welche mit den Interventionen des Guide die Erfahrung des *mütterlichen Nachgenährtwerdens* vermittelt werden könnte.

Musikbeispiel: Gieg: Wiegenlied

Der Guide wird hier verbale Interventionen mit einer verlässlich warmen und zugewandten Stimmqualität geben. Seine leiblich-stimmliche Präsenz ist wichtiger als der Inhalt der Interventionen. Allerdings kann eine solche nachnährende Musik auch Ärger, Trauer oder Angst und Abwehr auslösen, weil ggf. die fehlenden oder negativen Bindungserfahrungen aktiviert werden, die noch nicht mentalisiert werden können, weil sie auf Grund fehlender Erfahrungen von Trost auch noch nicht be-trauert werden können, sondern die Psyche des Travellers überschwemmen. In solchen Fällen wird der Guide ggf. beruhigen und trösten: „ja, das tut weh, das *ist* traurig, wenn man nichts bekommen hat“ oder er ermutigt, sich zu wehren, z.B.: „Sagen Sie der Musik, dass sie still sein soll, wenn sie Sie Ihnen nur etwas vorgaukelt, sagen Sie ihr, dass Sie wütend auf ... sind“ . Ggf. stellt der Guide die Musik ab.

Auch lauert eine andere Gefahr. Werden Gefühle der Geborgenheit mit Gefühlen der „spirituellen Alleinheit“ verwechselt, läuft der Guide Gefahr, Musik mit transpersonalem Potenzial anzubieten und damit eine Pseudospiritualität zu unterstützen. Wie Ken Wilber schon sagte, müssen manche Menschen aber erst einmal geboren werden bevor sie den spirituellen Weg gehen können.

Fehlende Stimulierungen in der Phase der eigenleiblichen Selbstempfindung können als Defizite auch zu mangelnder Wahrnehmungs-, -Mentalisierungs- und Ausdrucksfähigkeit führen. Normalerweise ist das *auftauchenden Selbst* mit etwas „in Fühlung“. Beim Musikerleben geht jeder von uns musikalisch mit den Klängen in Fühlung, deshalb ist es bei Klienten mit Defiziten in diesem Bereich besonders wichtig den Fokus des Guidens auf das *sinnliche Erleben*, das leibliche *Hinspüren* beim Musikhören zu legen, um sie zu erden. „Lassen Sie sich die Musik mit dem Atem erleben.... Wo im Körper erleben Sie die Bewegung/Stimmung dieser Musik?“ und falls Bilder kommen: „Können Sie den Duft der Luft/der Blume riechen, die Temperatur der Luft spüren, die Sonne auf der Haut, den Boden unter Ihren Füßen spüren.....?“

Musikbeispiel: Schumann: Ausschnitt aus Faschingsschwank

Wenn Patienten in der Entwicklungsphase eines *narrativen Selbst* und dem Entstehen reflexiver Selbsterkenntnis und Rollenhandelns (Welt der Geschichten) z.B. *Störungen* erlebt haben, z.B. weil immer *uneindeutig stimuliert* wurde, so dass man keinen roten Faden erkennt (heute ist dies wahr und morgen etwas anderes) zeigt sich das in GIM ggf. so, dass der Traveller in seinen Bildern häufig von hier nach da springt und keine zusammenhängende Geschichte hinbekommt. Hier kann man erwägen, ob Musik, die eine klare Geschichte mit nachvollziehbarer Entwicklung (vielleicht über ein Soloinstrument, mit dem man sich identifizieren kann) erlebbar macht, hilfreich ist in Zusammenhang mit verbalen Interventionen, die helfen, Teile der Imaginationen zu verbinden.

Musikbeispiel: Tschaikowski: Andante cantabile

Wenn jemand in der Zeit der *soziokulturellen Reifung und Identitätsentwicklung* (Petzold) z. B. *Konflikte* auf Grund *widersprüchlicher Stimulierungen* erlebt (z.B. Eltern wollen stolz auf den Sohn sein, gleichzeitig darf der aber nicht klüger/erfolgreicher als der Vater sein) und diesen Konflikt verinnerlicht hat, so dass er auch als Erwachsener noch darunter leidet, dann darf die in GIM gewählte Musik durchaus herausfordernd sein und widersprüchliche Gefühle unterstützen, damit die Spannung ausgedrückt werden kann. Musik kann mit dem unterstützenden Guide dann sehr hilfreich sein.

Musikbeispiel: Beethoven: Coriolan-Ouvertüre

Verbale schematherapeutische Interventionen des Guides können helfen, mit inneren Anteilen in Kontakt zu kommen. Der Guide und der Traveller besprechen z. B. vorher, woran genau gearbeitet werden soll. Es können in der Imagination zur Musik

bestimmte Anteile konkret aufgefordert werden, in Kontakt zu treten (z.B. der innere Zensor, der innere Beschützer, der innere Schweinehund, der innere Tunichtgut, usw.). Der Guide kann sogar zur Not mit in die Szene gehen und beispielsweise den inneren Zensor bezüglich seiner Motivationen hin befragen oder gar zu konfrontieren.

Die Bedeutung des Mentalisierens in GIM

Die Art und Weise wie verbal interveniert wird, muss prinzipiell eine mentalisierende sein. *Mentalisierung* ist: „die *informationale Transformierung* von erfahrenen Welt-, Lebens- und Leibverhältnissen in mentale *Information*“ (Petzold 2008) und diese zeigt sich in verschlüsselten symbolischen Repräsentationen in Form von Imaginationen, Gefühlsqualitäten, kinästhetischen Empfindungen und Assoziationen. Was mental verinnerlicht ist, sind soziokulturelle Einflüsse, z.B. Normen, Glaubensbotschaften, moralische und ethische Gesetze, Traditionen, usw. „Soziale Welten (entstehen) als *intermentale* Wirklichkeiten aus so *geteilten Sichtweisen* auf die Welt und sie bilden „mentale Filme“, „serielle Hologramme“ über „mich-selbst“, über die „Anderen“, über „Ich-selbst-mit-Anderen-in-der-Welt“, und machen seine „*intramentale* Welt“ aus, sagt Petzold (ibd.).

Mentalisierungshilfe durch den Guide gelingt, wenn die erfahrenen Welt-, Lebens- und Leibverhältnisse durch *emotionale Bewertung* bzw. *Anteilnahme* transformiert und wenn Emotionen im Sinne einer adäquaten Affektregulierung gespiegelt werden, ohne dass der Guide den Traveller einen mit eigenen Emotionen überschwemmt. Anfänger wollen ihren Traveller häufig „retten“, weil sie Fürsorge missverstehen und selber nicht aushalten, dass der Traveller gerade etwas erkunden muss, was ihm durchaus Angst macht, womit er aber umgehen lernen kann. Aber gerade deswegen hemmen sie die beim gesunden Kind noch vorhandene Lust am Explorieren und stören die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit bzw. eines mentales Selbst und metakognitiver Fähigkeiten.

Ist die Identität eines Patienten noch wenig entwickelt **oder** durch spätere traumatische Erlebnisse und negative Beziehungserfahrungen brüchig geworden, kann das dazu führen, dass der Betreffende sein Erleben bei bedrohlich erlebter Musik nicht mitteilen kann. Denn in GIM ist die Musik bereits ein starkes Beziehungsangebot und kann traumatisieren oder eben auch retraumatisieren. In diesem Falle muss der GIM Guide dem Klienten Bindungssicherheit und die Möglichkeit vermitteln, seine Wahrnehmungen und das durch Musik Erlebte einzuordnen. Er muss durch seine verbalen Interventionen helfen, die erlebten Affekte als Repräsentationen 2. Ordnung in der linken Hemisphäre zu mentalisieren und symbolisch in Form von Imaginationen (Metaphern, Bildern oder auch konkreten Erinnerungen) zu verbalisieren. Dies geschieht durch ein *markiertes Spiegeln* der Gefühle, Wahrnehmungen und Erlebnisse in der Imagination und der Musik. Allerdings: wer Musik noch nicht in Bildern oder Geschichten erlebt, weil er gerade in der Schicht des

auftauchenden Selbst ist, wo man eher kinästhetisch mit der Musik und sich selbst in Föhlung ist, sollte dann kinästhetische Unterstützung bekommen und nicht Imaginationen haben müssen.

Bateman und Fonagy (2011) haben allgemeine Charakteristika guter Interventionen für eine mentalisierungsbasierte Therapie beschrieben. Mit einigem Stolz können wir GIM Therapeuten behaupten, dass unsere Interventionstechniken diesen Charakteristika entsprechen. D.h. wir sind auf einem guten Weg, auch mit Menschen, die zumindest temporär im Mentalisieren blockiert sind, gut zu arbeiten.

Ich habe MBT Interventionen einmal mit den verbalen Interventionen eines GIM Guides verglichen und zusammengestellt.

Allgemeine Charakteristika der MBT-Interventionen	Allgemeine Charakteristika von Interventionen während GIM-Reisen
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Sich einfach und kurz äußern ✚ auf affektive Vorgänge fokussieren (Liebe, Wünsche, Schmerz, Katastrophen, Aufregungen)! ✚ den Fokus stets auf das mentale Geschehen des Patienten setzen, nicht auf sein Verhalten! ✚ sich auf aktuelle Ereignisse oder Aktivitäten und auf deren mentale Realität beziehen! ✚ nicht auf unbewusste, sondern auf ‚fast-bewusste‘ und bewusste Inhalte eingehen! 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Kurze Sätze ✚ Affektives Erleben und Erforschen dazugehöriger mentaler Zustände unterstützen, z.B. was du jetzt erlebst, fühlt sich das eher dunkel oder hell an? ✚ Bestätigen von Geföhlen: „ja das ist traurig!“ ✚ Im Hier und Jetzt bleiben. Bei Erinnerungen an Vergangenheit fragen: wie ist es, das jetzt zu erleben? ✚ Sich für das Imaginationserleben des Patienten und das Musikerleben im Hier und Jetzt interessieren ✚ Nicht retten wollen, keine Ratschläge geben ✚ Keine Deutungen während des Musikhörens
<p>Supportiv und empathisch (MBT)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Respekt gegenüber Erzählung und Ausdruck zeigen ✚ positiv / hoffnungsvoll, aber hinterfragend sein ✚ die „Nicht-Wissen-Haltung“ praktizieren ✚ den Wunsch verdeutlichen, das mentale Geschehen verstehen zu wollen 	<p>Supportiv und empathisch (GIM)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Respektvolle Haltung gegenüber dem Erleben des P. ✚ Nachfragen, um die Erlebenswelt des P. besser mitfühlen zu können ✚ Neugierig sein. Wie sich die Imaginationen des P. weiterentwickeln ✚ P. ermutigen, seine innere Welt weiter zu erforschen

<ul style="list-style-type: none"> ✚ Rückversichern „Hab ich es richtig verstanden: Sie ...“ ✚ die emotionalen Auswirkungen des Erzählten auf der Basis der Alltagspsychologie und der eigenen Erfahrungen explizieren. ✚ nicht für den Patienten handeln ✚ Zirkuläres Fragen <p>MBT</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Versuchen, das Benennen der ursächlichen Gefühle anzuregen ✚ Wenn gemischte Gefühle zu erkennen sind: nach weiteren als den genannten Gefühlen forschen ✚ Reflektieren, wie es sich anfühlen muss, in so einer Situation zu sein ✚ Versuchen herauszufinden, was anders hätte laufen müssen, damit der Patient andere Gefühle hätte haben können 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Nicht alles gleich verstehen wollen oder müssen ✚ die emotionalen Auswirkungen des Erlebten und Erzählten teilen und bezeugen ✚ Mäeutik ✚ Zirkuläres Fragen <p>GIM</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Wie fühlt sich das an? ✚ Wie ist das für Sie? ✚ Können Sie noch mehr darüber sagen? ✚ Wo fühlen Sie diese Gefühle im Körper? ✚ Wie ist es, dort zu sein? ✚ Wie ist es für Sie, dass XY Sie sieht? ✚ Will XY Ihnen etwas sagen? ✚ Was muss passieren, damit sich die Situation verändert? ✚ Was würde passieren, wenn Sie? ✚ Gibt es etwas, was Ihnen helfen kann? ✚ Kann die Musik helfen?
<p>MTB</p> <p><i>Aussagen auf Verallgemeinerungen beziehen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ „Das scheint mir doch das Gleiche wie früher zu sein. Kann es sein, dass ...?“ ✚ „Wenn so was passiert, fühlen Sie sich immer wieder verzweifelt und ausgeschlossen.“ <p><i>Muster identifizieren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ „Mir scheint, dass Sie immer, wenn Sie sich verletzt fühlen, los schreien, um sich schlagen, etc. 	<p>GIM im Nachgespräch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Erleben der Imaginationen und der Musik nochmal benennen (zuerst mit Hilfe der Betrachtung der Mandalas) ✚ Fokus auf das erlebte Guiding legen „Offenbar habe ich Sie zu oft etwas gefragt, hätten Sie es gebraucht, dass ich mehr Zeit lasse, um im Erleben bleiben können?“ ✚ Übertragungssituationen auf die Imaginationen und die Musik beschränken (die Gesangsstimme schien Sie sehr bedroht zu haben, was genau hat Sie so gestört?)

<p>und dadurch Probleme kriegen.</p> <p>✚ Lassen Sie uns überlegen, wie das anders laufen könnte.“</p> <p><i>auf Übertragungssituation hinweisen</i></p> <p>✚ „Ich habe das Gefühl, dass Ihnen das auch bei mir passieren könnte, wenn Sie sich durch meine Äußerungen verletzt fühlen.“</p>	<p>✚ geht Ihnen das manchmal so mit weiblichen Stimmen?</p>
--	---

GIM ist eine wunderbare Methode, einen Menschen mit Hilfe der klassischen Musik zu begleiten, der sich selbst im Lebensganzen verstehen lernen will, der bestimmte Schädigungen nicht nur als lästige Symptome, sondern vielleicht sogar als notwendige Herausforderungen für das Erforschen eines komplexeren Bewusstseins (leiblich-seelisch-spirituell) verstehen lernen möchte. Genau dazu kann Musik etwas beitragen, was andere psychotherapeutischen Verfahren nicht können.

Ich möchte nun zum Schluss kommen und hoffe, Ihnen einen kleinen Überblick über die Entwicklung von GIM seit dem Gestern vermittelt zu haben im vollen Bewusstsein dessen, dass für das Morgen von GIM noch vieles zu erarbeiten und auszuformulieren ist.

Literatur

Allen, J., Fonagy, P. Bateman, A. (2011) : Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis: Konzept und Umsetzung aus einer Hand. Klett-Cotta: Stuttgart

Bonny, H. L., Savary, Louis. M. (1973) Music and your Mind. Listening with a new consciousness. Harper & Row: New York,

Dornes, M. (2012) Die Modernisierung der Seele. Kind – Familie - Gesellschaft. S. Fischer Verlag: Berlin

Frohne-Hagemann, I (ed.) (2007): Receptive Music Therapy –Theory and Practice. Reichert: Wiesbaden

Frohne-Hagemann, Pleß-Adamczyk (2005): Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD 10. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen

FOCUS Magazin, Nr. 17 ,2002

Geiger, E. (2007): The Guide-Traveller Relationship as a developmental relationship for the Self. In: Frohne-Hagemann, I (ed.) (2007): Receptive Music Therapy –Theory and Practice. Reichert: Wiesbaden, 75-90

Petzold, H. (2008) „Mentalisierung“ an den Schnittflächen von Leiblichkeit, Gehirn, Sozialität: „Biopsychosoziale Kulturprozesse“. Geschichtsbewusste Reflexionsarbeit zu „dunklen Zeiten“ und zu „proaktivem Friedensstreben“ – ein Essay. Polyloge, Ausgabe 28/2008

Petzold, H. (2009): Zur Wissensstruktur der Integrativen Therapie – für PsychotherapeutenInnen. Polyloge Ausgabe 03/2009 (mit Überblick über den Tree of Science (1975h, 1998n, 2003a, 1991))

Schwabe, C. (3/1996): Regulative Musiktherapie. G. Fischer, Jena, Stuttgart

Stern, D. (2000): Mutter und Kind - Die erste Beziehung. Klett-Cotta, Stuttgart

Stern, D. (2007): Die Mutterschaftskonstellation: Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie