

Tagungsband

KreativtherapieTage 2013

Die Bindungstheorie und ihre
Bedeutung für die Kreativtherapien



Kooperationspartner:

Deutsche Musiktherapeutische
Gesellschaft e.V.
www.musiktherapie.de

Berufsverband der
TanztherapeutInnen
Deutschlands e.V.
www.btd-tanztherapie.de

Impressum:

Landschaftsverband Rheinland
Hermann-Pünder-Str. 1, 50679 Köln
LVR-Dezernat Klinikverbund und
Verbund Heilpädagogischer Hilfen
Fachbereich Planung, Qualitäts- und
Innovationsmanagement

Redaktion: Uwe Blücher
LVR-Fachforum Kreativtherapie

Layout: Stefanie Hochum
Druck: LVR-Druckerei, Ottoplatz 2, 50679 Köln

Auflage 1 – 330

Köln, März 2015

In Memoriam Herr Franz Mecklenbeck

Für Franz ...

Ohne Franz gäbe es wahrscheinlich keine KreativtherapieTage beim Landschaftsverband Rheinland. Im Rückblick ist es besonders schön, dass er die letzten KreativtherapieTage 2013 moderiert hat.

Vieles von dem, was wir tun und wie wir es im Landschaftsverband Rheinland (LVR) tun, baut auf seiner Arbeit auf.

Als Zeichen unserer Dankbarkeit widmen wir diesen Tagungsband dem Musiktherapeuten und Leiter der Kreativtherapie am LVR-Klinikum Düsseldorf a.D. Herrn Franz Mecklenbeck *25.07.1953 †06.12.2014.



In Erinnerung und Dankbarkeit.

LVR-Fachforum Kreativtherapie

Uwe Blücher, Patric Driessen, Beatrix Evers-Grewe, Gudrun Gorski, Aylien Kersten, Ute Pirkl, Daniel Schwartz, Florian Urbas, Mechtild Witte

Inhaltsverzeichnis



Vorwort.....	5
Grußwort.....	7
Rolf Mertens, in Vertretung von LVR-Dezernentin Martina Wenzel-Jankowski	
Bindung, Mentalisierung und Entwicklungsaufgaben in der Tanztherapie.....	10
Dr. rer. medic. Marianne Eberhard-Kaechele	
Kreativtherapien und Mentalisierungsmodell – eine heimliche Beziehung?.....	44
Prof. Dr. med. Ulrich Schultz-Venrath	
Bindungstheoretische Aspekte in der musiktherapeutischen Praxis mit frühtraumatisierten Kindern.....	47
Dr. Ingrid Erhardt	
Bindung erleben im musikalischen Raum.....	50
Renate Kemp	
Musiktherapie für Mutter und Kind: Interaktion und Bindung.....	55
Barbara Krantz	
Musik – Bindung – Familie: Musiktherapie als bindungsförderndes Element in der Arbeit mit depressiv erkrankten Eltern und ihren Kindern.....	71
Gertrud Hopster	
TagTraumTherapie Wie kann Fantasie dazu beitragen Bindung wiederherzustellen.....	76
Emilia de Gruijter	
Bildthemen, die Bindungsstile verdeutlichen können.....	82
Brigitte Biebrach-Schmitt	
Bindungsfähigkeit und kunsttherapeutische Gruppenarbeiten.....	90
Rosa Wolf-Poschkamp	
Die Arbeit am Tonfeld – Bindungsstile und Gestaltbildung im haptischen Erleben.....	91
Manfred Poetsch	

Interaktionelles Handeln – Bindungsrelevantes Verhalten	94
Antje Scherholz	
Bindung und Bewegung.....	112
Angelika Feld	
DAS NETZ WERKT.....	115
Impressionen	117
Zusammenfassung der Stichpunkte der Abschlussveranstaltung.....	120
Transferbindung	
Presseinformation	122

Vorwort



Sehr geehrte Leserin und Leser,

Das LVR-Fachforum Kreativtherapie freut sich, Ihnen den Tagungsband der LVR-KreativtherapieTage 2013 zum Thema „Die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Kreativtherapien“, die am 14. und 15. November 2013 in der LVR-Klinik Bedburg Hau stattfanden, vorlegen zu können.

Veranstaltet wurde die Kooperationsfachtagung vom LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen und dem LVR-Fachforum Kreativtherapie mit freundlicher Unterstützung des Berufsverbandes der TanztherapeutInnen Deutschlands e.V. und der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft e.V., bei denen wir uns auf diesem Wege nochmals herzlich für die Unterstützung bedanken.

Als Veranstaltungsort stand das Gesellschaftshaus der Klinik, sowie die Räume des Hauses 21 der Kreativtherapie für die Workshops, zur Verfügung. Die Fachtagung bildete zum einen den krönenden Abschluss des 25-jährigen Jubiläums der Abteilung Kreativtherapie Bedburg Hau und zum anderen einen Begegnungsraum für alle Kreativtherapeutinnen und Kreativtherapeuten im LVR.

Fachtagungen der Kreativtherapien haben in den Kliniken des LVR eine lange Tradition. Hier eine kleine Übersicht:

- 1995 „Kunst und Therapie im Rheinland“
- 1997 „Haste Töne? Musik und Therapie“
- 1999 „Vorhang auf! Tanz- und Dramatherapie“
- 2001 „Kreativtherapien – wissenschaftliche Akzente und Tendenzen“
- 2003 „Kreativtherapiewoche „Praxis erlebbar“
- 2005 „Entwicklungsfeld Familie“
- 2007 „Kreative Herausforderungen- Prozesse erklärbar machen“
- 2009 „Standort und Perspektiven der Kreativtherapien im Landschaftsverband Rheinland“
- 2013 „Die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Kreativtherapien“

Dem LVR-Fachforum Kreativtherapie ist es wichtig, den vier „Gewerken“ der Kreativtherapie (Drama-, Kunst-, Musik- und Tanztherapie) mit Hilfe fachspezifischer Tagungen Impulse für die Weiterentwicklung zu geben. Geplant ist es, dies im Zweijahreszyklus in den verschiedenen Kliniken des LVR zu realisieren.

Der multimediale Ausgangspunkt wird dabei ausdrücklich genutzt, um neue Einsichten und Inspiration zu erlangen, die nur im Austausch der verschiedenen Medien zustande kommen kann. Austausch, Verbindung und Bindung, die auch in der Behandlung unserer Patienten von großer Bedeutung ist, formte dabei die Basis zu dem diesjährigen Thema „Bindung“ bzw. „Die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Kreativtherapien“. Zweifelsohne ein nicht unbekannter Ansatz innerhalb der Kreativtherapie.



Dennoch stellt sich immer wieder die Frage, wie man den bindungsorientierten Ansatz in die kreativtherapeutische Behandlung einfließen lassen kann und umgekehrt, wie man die kreativtherapeutische Behandlung unter bindungstheoretischen Gesichtspunkten erklären und damit praktisch nutzen kann. Die KreativtherapieTage 2013 suchten hierfür Antworten.

Die Kooperations-Fachtagung wurde von ca. 110 Teilnehmenden besucht und konnte eine Brücke zwischen der Theorie und der Praxis schlagen, wobei versucht wurde, ein gut ausgewogenes Verhältnis zwischen Fach-Vorträgen und Praxis-Workshops zu gewährleisten. Ein Novum wurde im Jahr 2013 mit den plenären Besprechungen, „Transferbindung“ und „Das Netz werkt“ in den Mediumgruppen eingeführt, womit ein Transfer der auf der Fachtagung gezeigten Themen in das tägliche Arbeitsfeld bezweckt wurde.

Auf den nun folgenden Seiten finden Sie die Dokumentationen der Präsentationen und Workshops der Tagung. An dieser Stelle bedanken wir uns auch herzlich bei den Referentinnen und Referenten, die ihre Texte zur Verfügung gestellt haben.

Das LVR-Fachforum Kreativtherapie wünscht Ihnen viel Spaß beim Lesen und Wiedererkennen und wir hoffen, Sie bei der nächsten Fachtagung (am 12. und 13. November 2015 im LVR-Klinikum Essen) wieder begrüßen zu dürfen.

Mit freundlichen Grüßen,
LVR-Fachforum Kreativtherapie

Grußwort

Rolf Mertens

in Vertretung von LVR-Dezernentin Frau Wenzel-Jankowski, Leiterin des LVR-Dezernates Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen

KreativtherapieTage 2013

LVR-Klinik Bedburg-Hau vom 14. bis 15. November 2013

**Sehr geehrte Herr Lahr,
sehr geehrte Damen und Herren,**

ich freue mich, Sie hier und heute für den Landschaftsverband Rheinland zu den Kreativtherapietagen 2013 in Vertretung von Frau Wenzel Jankowski, LVR-Dezernentin und Leiterin des Dezernates Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen, begrüßen zu können.

Mein Name ist Rolf Mertens – ich bin Mitarbeiter dieses Dezernates in der Abtlg. Psychiatrische Versorgung des Fachbereiches Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagements.

Die Kreativtherapietage 2013 sind eine Kooperationsveranstaltung, deshalb begrüße ich Sie auch im Namen unserer Kooperationspartner

- der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft e.V. und dem
- Berufsverband der Tanztherapeutinnen Deutschlands e.V.

und bedanke mich bei diesen Organisationen für die finanzielle, organisatorische und inhaltliche Mitarbeit – die diese Tagung in dieser Form erst ermöglicht hat.

Mein Dank gilt auch den Kolleginnen und Kollegen aus den LVR-Kliniken, die sich im LVR-Fachforum Kreativtherapie um die stetige Weiterentwicklung der Kreativtherapien im LVR-Klinikverbund kümmern und diese Fachtagung mit vorbereitet haben.

Nicht zuletzt bedanke ich mich bei meinem Kollegen Herrn Blücher, ebenfalls Mitarbeiter des LVR-Dezernates Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen für sein Engagement für die Kreativtherapien und große Teile der organisatorischen Vorbereitung.

Sehr geehrte Damen und Herren,

sein kreativtherapeutisches Engagement hat der Landschaftsverband Rheinland als Klinikverbund erstmals 1995 mit der Ausstellung und Tagung „Kunst und Therapie im Rheinland“ öffentlich „gezeigt“ und reflektiert.

Darauf folgten im Zweijahresrhythmus kreativtherapeutische Veranstaltungen mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen und unterschiedlicher formaler Gestalt: Fachtagungen, Workshops und 2003 eine ganze Kreativtherapie Woche an den drei LVR-Klinik-Standorten Bedburg-Hau, Düsseldorf und Düren.

Die Veranstaltungen fanden – wie auch in diesem Jahr – regelmäßig in enger Zusammenarbeit mit den Berufs- und Fachverbänden aus dem kreativtherapeutischen Bereich statt.





Zusammenarbeit – und diese über die Grenzen des eigenen Landes hinweg – ist in diesem Zusammenhang ein Stichwort, welches hier in der LVR-Klinik Bedburg-Hau nicht fehlen darf.

Auf der Homepage der hiesigen Klinik heißt es dazu: „Kreative Therapie hat sich im Laufe der 90iger Jahre ... vor allem durch eine enge partnerschaftliche Zusammenarbeit mit der `Hogeschool van Arnhem en Nijmegen´ etabliert.

Neben den 12 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (auf 12 Vollstellen) arbeiten 10 Studentinnen und Studenten der Kreativen Therapie aus den Niederlanden. Aber nicht nur das. Habe ich soeben auf die Tradition der Kreativtherapietagungen im Landschaftsverband Rheinland seit 1995 hingewiesen – stellen wir fest, dass die LVR-Klinik Bedburg-Hau bereits auf eine längere Vergangenheit in Sachen Kreativtherapie zurückblickt. Der Tagungsort wurde auch deshalb gewählt, um das 25-jährige Bestehen der Kreativtherapie an der LVR-Klinik Bedburg-Hau angemessen zu würdigen.

Sehr geehrte Herr Lahr,
sehr geehrte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LVR-Klinik Bedburg-Hau, dazu meinen herzlichen Glückwunsch. Und gleichzeitig meinen Dank, dass Sie die Ausrichtung dieser Tagung hier in Ihrer Klinik ermöglichen.

Sehr geehrte Damen und Herren,
mit Ihren Tagungen haben Sie in der Vergangenheit Kreativtherapien im Kontext von bestimmten Störungen, Sozialen Bezügen, z.B. im Entwicklungsfeld Familie, Migration, Behinderungen oder im Zusammenhang mit psychisch kranken Straftätern betrachtet. Es ist wahrscheinlich, dass meine Aufzählung nicht vollständig ist. Heute und morgen wollen Sie sich nun mit Kreativtherapien und der Bindungstheorie, konkreter auch mit Bindungsverhalten und Bindungserfahrungen beschäftigen. Im Kontext von Behandlung ist sicherlich die wichtigste Annahme, dass Zusammenhänge zwischen Bindungsstörungen und psychiatrischen Erkrankungen angenommen werden. In die Therapie und damit auch in Kreativtherapien dieser Störungen fließen Bindungserfahrungen bzw. das angeeignete Bindungsverhalten ein und können so zum Gegenstand der therapeutischen Bearbeitung werden.

In den nächsten Tagen werden Sie sich in Vorträgen aber vor allem auch in Workshops mit verschiedenen Aspekten der Bindungstheorie und den jeweiligen spezifischen Aspekten einer der vier kreativtherapeutischen Disziplinen beschäftigen. Ich gehe davon aus, – meine persönlichen Erfahrungen beschränken sich da auf kunsttherapeutisches Erleben – dass mit den Techniken aller vier Verfahren, Handeln und Erleben verbunden sind, die Wege „zum Selbst“ eröffnen und damit auch zu Veränderungen im Verhalten und Erleben und eben auch Bindungsverhalten führen können.

In den letzten Jahren habe ich mich als Projektleiter von KipE^{Rheinland} intensiv um Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern in den ausgewählten Modellregionen gekümmert. Deshalb ist mir bekannt, dass kreativtherapeutische Verfahren in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen von psychisch erkrankten Eltern mit dem Ziel ihre Resilienz zu fördern, eine wichtige Rolle spielen. Bindung zählt nach Auffassung verschiedener Autoren, die sich auch zum Thema Kinder psychisch erkrankter Eltern geäußert haben zu den psychischen Grundbedürfnissen, deren Befriedigung für eine gesunde Entwicklung eines Menschen notwendig ist.

„Grawe (2004) unterscheidet vier psychische Grundbedürfnisse, die nach Borg-Laufs & Spancken (2010) auch für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen von hoher Relevanz sind. Es handelt sich dabei um die Bedürfnisse nach Bindung (tiefgehende emotionale Beziehungen zu nicht ohne Weiteres auswechselbaren Bezugspersonen, Orientierung und Kontrolle (...), Selbstwertschutz/Selbstwerterhöhung (...) sowie Lustgewinn/Unlustvermeidung (...). Bei psychisch erkrankten Eltern (einschließlich suchterkrankter Eltern) ist davon auszugehen, dass psychische Grundbedürfnisse der Kinder häufig nicht befriedigt werden.“¹

Sie sehen, Bindung steht nicht alleine, sondern neben anderen psychischen Grundbedürfnissen. Daraus ließen sich viele wissenschaftliche Fragestellungen von Wechselbeziehungen ableiten, die schon alleine die Komplexität extrem erhöhen würden. Ganz abgesehen davon, dass m.E. Bindungsstörungen alleine keine kausale Erklärung für die Herausbildung einer psychischen Erkrankung liefern können, hier bedarf es m.E. ergänzender und ggfls. umfassenderer Erklärungsmodelle.

Sie wagen sich also an eine komplexe Thematik und verbinden diese mit der Anwendung von Kreativtherapien – das finde ich mutig und richtig. (Weil) Kreativtherapien sind möglicherweise geeignet diese Komplexität zu integrieren – aber das werden Sie in den verschiedenen Vorträgen und Workshops und im persönlichen Austausch während dieser Tagung vertiefen und näher untersuchen.

Sehr geehrte Damen und Herren,
mehr als 60 Kreativtherapeutinnen und Kreativtherapeuten werden in den LVR-Kliniken im Rheinland beschäftigt. Wenn wir hier und heute über 80 Teilnehmerinnen und Teilnehmer begrüßen dürfen so ist dies ein sehr gutes Verhältnis zu den in den LVR-Kliniken beschäftigten Kreativtherapeutinnen und -therapeuten.
Neben einer Vielzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus allen Regionen des Rheinlandes und auch darüber hinaus – aus unterschiedlichen Bereichen, nimmt auch eine stattliche Anzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus unseren LVR-Kliniken an dieser Tagung teil. Bei diesem Engagement brauchen wir uns deshalb keine Sorgen um eine angemessene Weiterentwicklung und Qualitätssicherung in ihrem Bereich in unseren Kliniken und darüber hinaus zu machen. Dafür danke ich Ihnen und wünsche Ihrer Tagung einen fachlich erkenntnisreichen und ansprechenden Verlauf und was den feierlichen Teil angeht viel Spaß und großes Vergnügen.

¹ nachzulesen bei: Michale Borg-Laufs, Arbeit mit Kindern psychisch kranker und substanzabhängiger Eltern – zwei unterschiedliche Problemfelder?, S. 43 – 44; in: Landschaftsverband Rheinland, KipE Rheinland – Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern in neun Modellregionen - Tagungsband der Fachtagung am 17.11.2011 in Köln 2011, Seite 41 - 47)



Bindung, Mentalisierung und Entwicklungsaufgaben in der Tanztherapie

Dr. rer. medic. Marianne Eberhard-Kaechele



Geboren 1958 in Etobicoke, Kanada. Studium des Bühnentanzes und der Tanztherapie an der York Universität in Toronto, Kanada, Weiterbildung in Intermodalen Ausdruckstherapie an der European Graduate School in Leuk, Schweiz. Promotion zum Thema Konstanz und Wandel in der Theorie der Tanztherapie in der medizinischen Praxis an der medizinischen Fakultät der Universität Witten-Herdecke.

Tanz- und Ausdruckstherapeutin, Ausbilderin, Supervisorin, Lehrtherapeutin BTd, Halter des European Certificate of Psychotherapy, Heilpraktikerin für Psychotherapie, KMP Notator.

Tätig als Dozentin an der Deutschen Sporthochschule Köln, als wissenschaftliche Leiterin des Langen-Instituts für Tanz- und Ausdruckstherapie, als Tanztherapeutin an der Klinik Wersbach, Fachklinik für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin, und in privater Praxis.

Rege Publikations- und Kongresstätigkeit und jahrzehntelanges Engagement für die Implementierung der Tanztherapie im Gesundheitswesen in Deutschland, z.B. in der Klassifikation therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation und die AWMF Behandlungsleitlinien.

Aktuelle Forschungsschwerpunkte: Methoden der Tanztherapie z.B. in der Traumabehandlung und der Psychosomatik, Interpersönliche Koordination (auch in Bezug auf Bindungsverhalten), Embodiment in der klinischen Anwendung.

Bindung, Mentalisierung und Entwicklungsaufgaben in der Tanztherapie

Dr. Marianne Eberhard-Kaechele
Kreativtherapie Tage 2013
14.11.2013 Bedburg-Hau

Leitfragen

- Wie kann Bindungstheorie in die tanztherapeutische Behandlung einfließen?
- Wie spiegelt sich Bindungsverhalten und –Erfahrung in der tänzerischen Gestaltung wider?
- Wie ist gestörtes Bindungsverhalten mit tanztherapeutischen Mitteln behandelbar?



Tanztherapie ist



Tanztherapie

- ... ist die theoriegeleitete, heilkundliche Verwendung von Mitteln der Tanzkunst oder ihrer Grundlagen, des Körper- und Bewegungserlebens
- in einem interaktionellen Prozess
- zur Wiedererlangung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten.
- ... beruht auf dem Prinzip der Einheit und Interdependenz körperlicher, emotionaler, kognitiver und sozialer Prozesse.
- Ziel ist, die Integration dieser Prozesse erfahr- und nutzbar zu machen und somit der Fragmentierung von Erlebniszusammenhängen entgegenzuwirken.

Definition II

- Tanztherapeuten gehen zielgerecht auf spontane Ereignisse innerhalb von Bewegungs-, Beziehungs- und Gestaltungsprozessen ein.
- Somit ist der Patient unmittelbar beteiligt an der Bestimmung des therapeutischen Prozessverlaufes, im Sinne der Selbstaktualisierung, Selbstwirksamkeit und Selbstverantwortung.
- Körperbewegung besitzt regulative, symbolisch-kommunikative und funktional-adaptive Qualitäten, die zur Diagnostik und der Gestaltung von Interventionen in der Tanztherapie genutzt werden.

Spezifische Methoden

- **Künstlerische Prozesse**
 - Improvisation
 - Gestaltung
- **Körperbasierte Metapher und symbolische Bewegung**
 - Aktivieren Körpergedächtnis, Affektzustände
 - Externalisierung, Distanzierung und Versprachlichung
 - Konzeptualisierung und Verarbeitung von Erfahrung
- **Kinästhetische Empathie (u.a. spiegeln der Bewegung)**
 - Propriozeptiv, visuell, kreuzmodal
 - Dynamik, Form, Rhythmus
 - Dyaden, Klein- und Großgruppen
- **Bewegungsanalyse**
 - Dekonstruktion und Rekonstruktion der Bewegung/Affekte
 - Dekodieren und Enkodieren von Bedeutung
- **Rhythmische Gruppeninteraktion**
 - Strukturiert den Affektausdruck und moduliert ihn belebend oder beruhigend
 - Strukturiert Interaktionen und gibt dadurch Sicherheit sowie Nähe-Distanzregulation



Wie kann Bindungstheorie in die tanztherapeutische Behandlung einfließen?



Vertraute Modelle

- „Feinfühligkeit“ Ainsworth (1977)
- „good enough mother“ Winnicott (1956)
- „Attunement“ (Einstimmung) Kestenberg (1975), Stern (1985)
- „Sicherheitsbasis“, Mahler (1980)
- generalisierte „Arbeitsmodelle“ von Beziehungen Bowlby (1969), Stern (1985),

Bindungsbedürfnisse

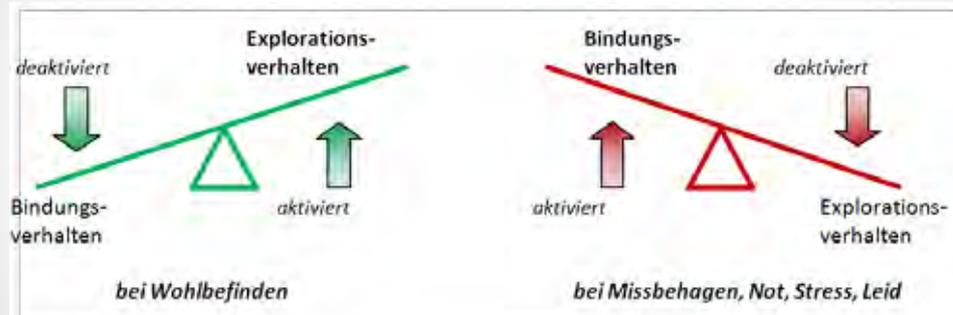
- Schutz bei Angst und Gefahr
- Körperkontakt und Beruhigung
- Empathie und Mentalisierung

Explorationsbedürfnisse

- Neugier
- In Begleitung die Welt erkunden
- Allein die Welt erkunden
 - und zurück kommen dürfen
- Die innere Welt der eigenen Gefühle erkunden
- Die innere Welt der Gefühle anderer erkunden



Bindungs-Explorations-Balance



nach Großmann & Großmann (2005, S. 133)

Bindungs-Explorations-Balance

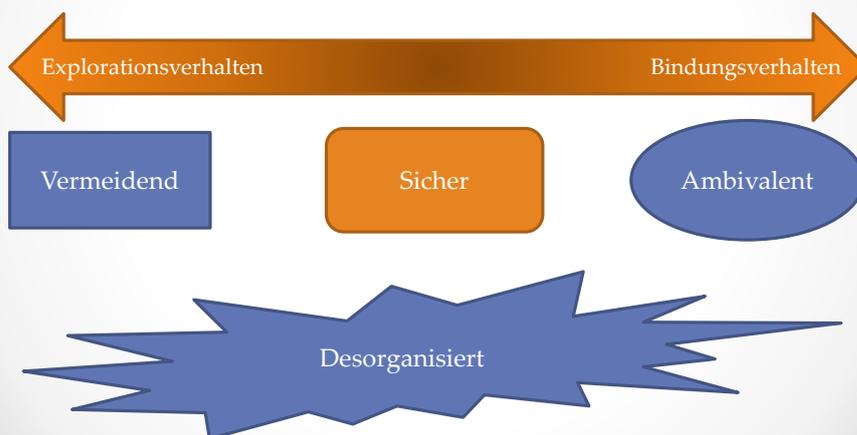
- Konsequenz des Konzeptes:
- therapeutische Beziehungen so gestalten, dass sie Sicherheit bieten und weniger Bindungsverhalten erfordern,
- Der Patient wird in die Lage versetzt, Explorationsverhalten zu entwickeln.

Bindungsstörungen als Bewältigungsversuch

- „Die Bindungsforschung konnte zeigen, dass die Qualität der Bindung nicht vom Kind, sondern von der Persönlichkeit bzw. den Bindungsrepräsentanzen der Pflegeperson im ersten Lebensjahr des Kindes bestimmt wird. Die Mutter-Großeltern-Beziehung wiederholt sich in der Mutter-Kind-Beziehung mit einer Wahrscheinlichkeit von 75 %.“ (Klöpper, 2006, S. 50)
- Aus dieser Perspektive wird der Patient in seiner Kompetenz statt in seinem Unvermögen gesehen. Scheinbar krankes oder unsinniges Beziehungsverhalten eines Menschen wird nicht als eine intrapersonliche Schwäche seines Temperaments oder Charakters verstanden, sondern als seine aktive, kompetente Lösungsstrategie in der Auseinandersetzung mit einer spezifischen Umwelt. In diesem Kontext ist dessen symptomatisches Verhalten sinnvoll und logisch. Da die einmal gefundene Strategie eventuell zu Einschränkungen der Kompetenz in anderen Situationen führt, richtet sich der Fokus therapeutischer Interventionen auf die Erweiterung der Handlungsoptionen des Individuums in neuen Kontexten (Marvin et al., 2003).

Bindungsstile

Als Bewältigung würdigen, aber Vorsicht vor Vereinfachung!



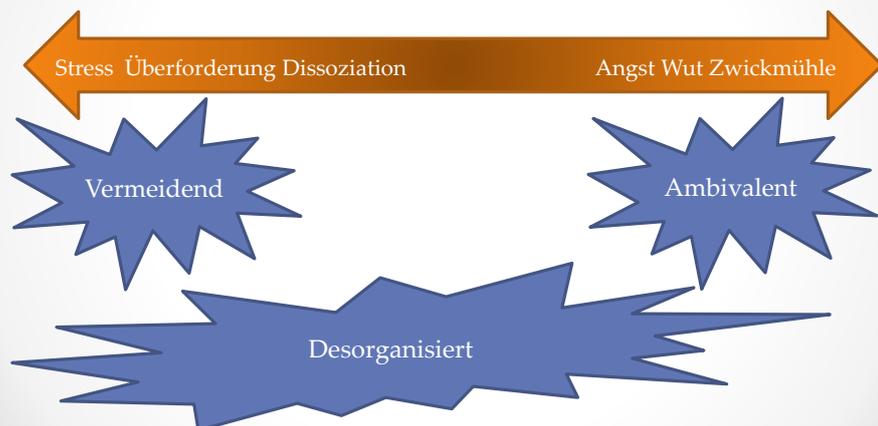


Vorsicht vor einer oberflächlichen Sicht

- Die zuvor genannte positive Perspektive kann dazu führen, dass Therapeuten den Bindungsstil als ein selbstbestimmtes Merkmal der Persönlichkeit betrachten das abgeschlossen und akzeptabel ist
- Auf dem ersten Blick könnte es erscheinen, dass der Vermeidende einfach mehr exploriert und der Ambivalent-verstrickte einfach sich mehr bindet und somit ihre Ängste bewältigt haben
- Tatsächlich kommen durch die unsicheren Bindungsstile jedoch neue Belastungen hinzu, die nicht sofort ersichtlich sind.

Bindungsstile

Hinter der Fassade schauen!



Schultz-Venrath 2013

Wie ist gestörtes Bindungsverhalten mit tanztherapeutischen Mitteln behandelbar?



Bindungsförderung

...



Feinfühligkeit

Signale

- Wahrnehmen
- richtig interpretieren
- prompt reagieren
- angemessen reagieren

Mittels:

- Blickkontakt
- Bewegung
- Sprache
- Rhythmus
- Berührung

(Brisch 2009, Großmann & Großmann 2005)



•

•

Sensorische Stimulation

- Im Vergleich zur verbalen Therapie kann Bindung bewusst durch sinnliche Medien vermittelt werden
- Wann haben Sie zuletzt sich nur auf das Hören, Sehen, Riechen, Schmecken, Tasten, Propriozeption einer Beziehung konzentriert?

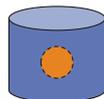
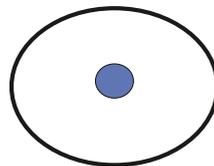
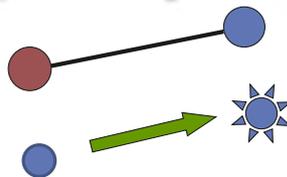


Körperbasierte Vorstellungsschemata

- Wiederkehrende stabile Muster sensomotorischer Erfahrung
- Ausgestattet mit einer internen Struktur, bestehend aus einer minimalen Zahl von Bestandteilen und Relationen zwischen diesen
- Werden gebildet durch
 - Ausübung eigener Kräfte
 - Einwirkung äußerer Kräfte
 - Manipulation oder Beobachtung von Objekten und Substanzen
 - neuronale Ko-Aktivierung von motorischen, affektiven und kognitiven Bereichen des Gehirns
- (Johnson 2007, Gibbs 2005)

Beispiel Schemata für Bindungsmetapher

- Verbindung
- Quelle – Weg – Ziel
- Zentrum - Peripherie
- Behältnis





Konzeptuelle Metapher

- Beruhen auf Ähnlichkeiten, Koinzidenzen und Korrespondenzen von Schemata
- Unmittelbar erlebte
 - Z.B. wenn ich traurig bin kullern Tränen über meine Wange = Traurig ist unten
 - In der Tanztherapie gestalten wir sinkende Bewegungen oder lassen Medien zu Boden fallen, um Trauer zu verkörpern
- Als geistiger Akt hergestellt
 - Z.B. „Ein Gedanke ist ein Weg“
 - In der Tanztherapie gestalten wir Wege im Raum, um unsere Gedanken darzustellen – gerade, verwinkelt, in eine Sackgasse geratend)
- Durch verinnerlichte Konventionen bestimmt
 - z.B. Oben, vorwärts, offen, ist gut/Unten, rückwärts, geschlossen ist schlecht
 - In der Tanztherapie experimentieren wir mit Vorwärts- und Rückwärtsbewegungen als Metapher für Fortschritt und Rückschritt in der Therapie
 - (Lakoff & Johnson 2008)

Abstrakt und Konkret zugleich

- Für die Bearbeitung von psychischen Problemen bieten die Schemata und Metapher den Vorteil dass es um prototypische statt episodische Erfahrungen geht
- Trotzdem ist es eine konkrete sinnlich spürbare Erfahrung

Beispiel Schema „Verbindung“

Metapher: „Bindung ist eine Verbindung“

- Ein gespannt gehaltenes Band steht für die aktive Verbindlichkeit zweier Beziehungspartner. Wird das Band hängen- oder gar fallen gelassen, ist die Bindung geschwächt bzw. verloren.
- Der Patient erhält eine unmittelbare sinnliche Rückkoppelung über den Beziehungsstatus, visuell, taktil, vestibularisch (Gewichtsverlagerung beim ziehen/nachlassen) und propriozeptiv (Position der Gelenke, Spannungsgrad der Muskeln)
- Es wird sichtbar, dass auch der Patient zur Herstellung und Erhalt der Beziehung aktiv werden kann



Beispiel Schema „Behältnis“

Metapher: „Bindung ist ein Behältnis“



- Eine tiefere Ebene der Bindung ist der Halt, wenn das eigene Gleichgewicht in den Händen eines anderen gegeben wird.
- Emotionaler Halt wird durch körperlicher Halt vermittelt
 - Sich halten lassen
 - Sich selbst halten
 - Andere halten



Embodied Mentalizing

- Dana Shai (2010) erforschte das Verhalten von Eltern
- "Embodied Mentalizing ist
- Die Fähigkeit einem Säugling mentale Zustände zuzuschreiben
- Die Fähigkeit implizit die mentalen Zustände des Säuglings aus dessen ganzkörperliches Ausdrucksverhalten abzuleiten und zu verstehen
- Die Fähigkeit sein eigenes Verhalten an die angenommenen mentalen Zustände anzupassen.
- Der Therapeut sollte die gleiche Haltung gegenüber dem Patienten einnehmen



Mentalisierte Ereignisse

- Körperlicher „Eigentumsrecht“
 - Körper Stimulation (Intensität, Dauer, Körperpartien)
 - Körper Manipulation (Körperteile positionieren/bewegen)
 - Räumliche Grenzen (Nähe zu andere Personen, Respekt vor Territorium)
- Ko-regulation von Affekten
 - Zeit
 - Raum
 - Spannungsfluss
 - Gewicht
- Verkörperte Unterstützung
 - Halten
 - Formanpassung
- Übergänge
- Explorationsförderung
- (Shai 2010)



Explorationsförderung

...

.

.

Die Exploration nicht vergessen!

Das Phänomen Bindung wird irreführend nur mit der einen Hälfte des Konzepts bezeichnet. Das Explorationsverhalten ist jedoch genau so wichtig und entwicklungsfördernd wie das Bindungsverhalten

Abgrenzende, aggressive
Bewegungsmodalitäten fördern



Materialerfahrung,
Beschäftigung mit sich selbst
fördern

.



Selbstwirksamkeit

- Ist die Erfahrung, durch eigenes Handeln Einfluss auf sich, andere und die Umgebung nehmen zu können (Schwarzer & Jerusalem 2002)
- Beispielsweise, die bewusste Erfahrung von
 - Veränderung körperlicher Zustände durch Bewegung wie Belebung, Beruhigung, positive/negative Stimmung durch Haltungsänderung usw.
 - Einfluss auf andere nehmen durch ziehen, schieben, zuwerfen, annähern, entfernen, führen, halten, starke/leichte Bewegung usw.
 - Einfluss auf die Umgebung nehmen durch Fenster öffnen/schließen, Möbel umstellen, Licht an/aus Medien bewegen/gestalten, sich anders im Raum positionieren usw.



Selbstwirksamkeit vermittelt

- Positives Selbstkonzept
- Erhöhung des Selbstwertgefühls
- Funktionslust
- Glücksgefühle durch Urheberschaft
- Motivationssteigerung
- Selbstvertrauen/Fremdvertrauen
- Sicherheit in Interaktionen da ich glaube, diese steuern zu können



Wie müssen Interventionen gestaltet sein?

• • •

damit Veränderungen stattfinden und nachhaltig bleiben

Wiederholungen

- Tanztherapie und Bindungstheorie stimmen überein:
- Erkenntnisse bzgl. Ursachen und Funktionen von symptomatischen Verhaltensweisen allein reichen nicht aus, um Veränderungen zu erzielen.
- Erst die Choreografie und das **mehrfache Durchleben** spezifischer, günstiger Interaktionen, Routinen und Rituale auf der Handlungsebene führen zur nachhaltigen Veränderung des Bindungsstils (Marvin et al., 2003; Bowlby, 1988)



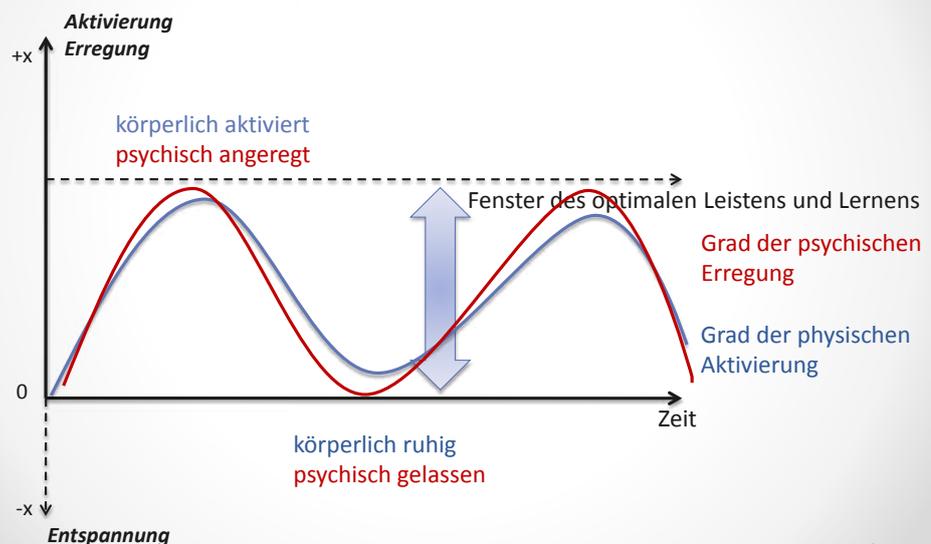
Mäßig statt Massiv

- Bis in die 1990er Jahre glaubte man, dass Entwicklung und dementsprechend therapeutische Effekte nur unter einem deutlichen Stress stattfinden
- Therapie sollte daher Stress, Angst und Erregung erzeugen um effektiv zu sein.
- Die Säuglingsforschung brachte zu Tage, dass Entwicklung und Lernen eher unter mäßigen Erregungsniveaus optimal verlaufen.
- Insofern gilt, dass Therapeuten einen optimalen, mäßigen Erregungsniveau herzustellen versuchen
- Die folgende Diagramme sind modifiziert nach Better 2008, Brisch 2013, Lichtenberg, 1987, Ogden 2009, Siegel, 1999.

•

•

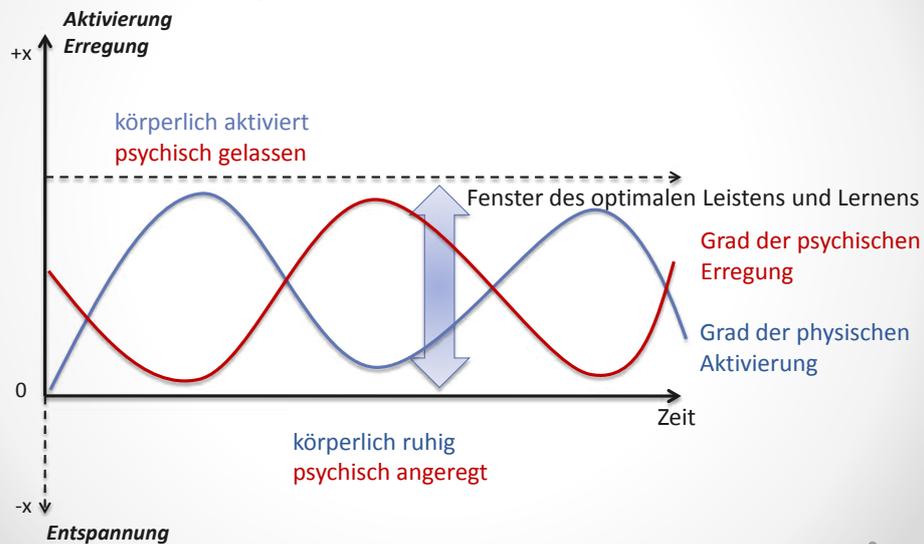
Psychophysische Regulation Phasengleiche Koordination



•

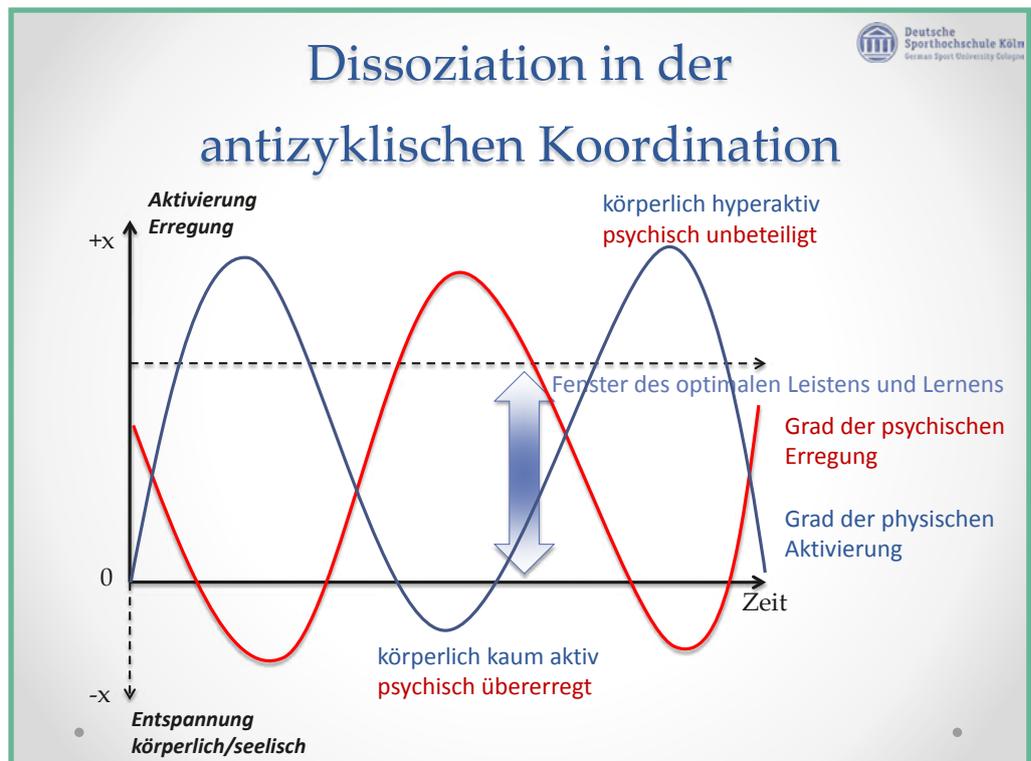
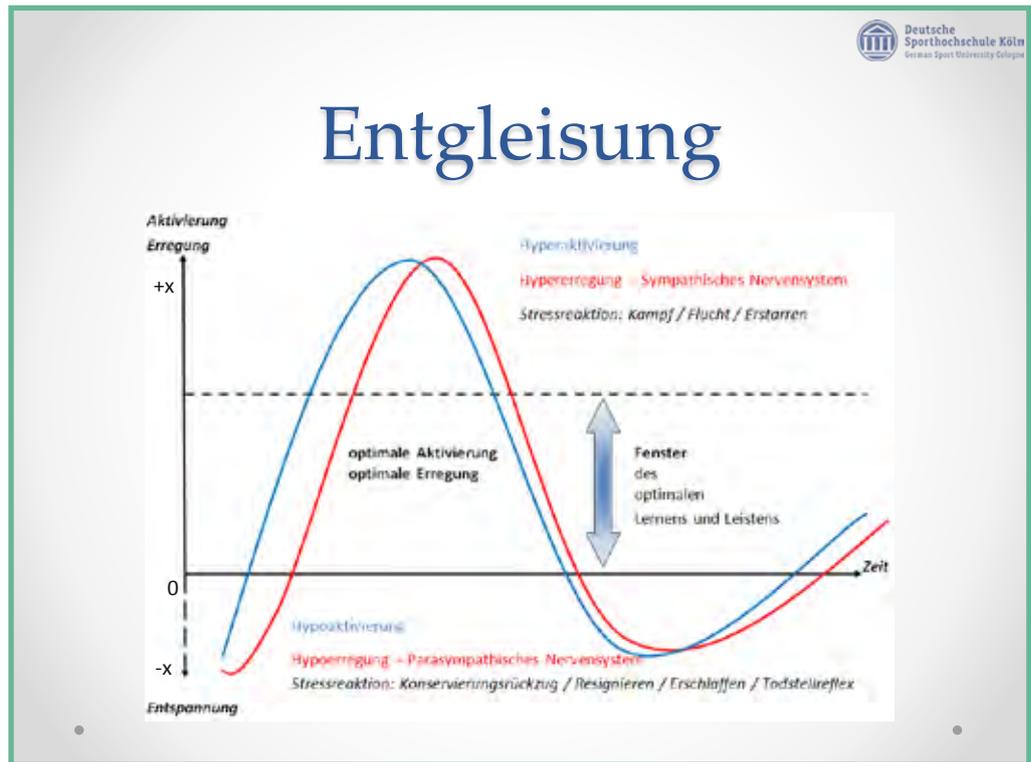
•

PpR Reife Entwicklung: Antizyklische Koordination



Dysregulation

- Bei psychischen Störungen ist das Fenster der optimalen, mäßigen Erregung sehr klein, da die Person in ihre Vulnerabilität durch eine Vielzahl von Reizen gestresst werden kann.
- Es entgleisen die körperliche und die psychische Erregung, traumabedingte Bewältigungsschemata werden gefestigt statt diese zu überwinden.



Ziel: Erweiterung des Fensters

- Zur Erweiterung des Fensters der Toleranz für Erregung kann auf verschiedener Weise in der Tanztherapie eingegangen werden
- Es empfiehlt sich, die drei Ansätze in der vorgestellten Reihenfolge anzuwenden

Drei methodische Ansätze

Zudeckend

(ressourcenorientiert,
meidet Konfliktbereiche)

Verdeckt

(Konfliktorientierter
Ansatz auf der abstrakten-
oder Symbolebene)

Aufdeckend

(konflikt-orientierter
Ansatz)



Erläuterung der Ansätze

Zudeckendes Vorgehen

(ressourcenstärkender Ansatz):

Die Aktivierung von positiven Aspekten soll von Defiziten und Konflikten ablenken bzw. sie durch positive Erfahrungen ausgleichen.

Es wird zudeckend, was schadet oder was zu Verletzungen führen kann, wenn es schutzlos offen liegt (vgl. Krause, 2007)

Verdecktes Vorgehen:

(konfliktorientierter Ansatz auf der Symbolebene):

Es wird indirekt, auf einer nonverbalen Ebene (funktional, abstrakt oder symbolisch) auf Defizite und Konflikte so eingegangen, dass potenzielle Stärken erschlossen werden können, ohne Ängste des Patienten zu mobilisieren.

Aufdeckendes Vorgehen:

(Konfliktorientierter Ansatz):

Es wird direkt auf Defizite und Konflikte eingegangen, mit der Absicht, potenzielle Stärken und Ressourcen bei der Lösung, Regulation oder der Förderung der Frustrationstoleranz zu erschließen.

Wie spiegelt sich Bindungsverhalten und -Erfahrung in der tänzerischen Gestaltung wider?



Innere Arbeitsmodelle

- Fallbeispiel einer Patientin, die materiell gut versorgt wurde als Kind, jedoch keinerlei emotionale Zuwendung erhalten hatte, bzw. bei Alltagshandlungen der Mutter verletzt wurde.
- Patientin gestaltet für ein Ball, dass als Symbol für sie selbst als Kleinkind steht, einen Nest aus Tüchern. Sie ist so sehr mit dem Nest beschäftigt, dass ihr nicht auffällt, dass der Ball, der auf ein Stuhl lag heruntergefallen ist, und sie ihn mehrmals „unabsichtlich“ getreten und gestoßen hat
- Bei einer Fallübung mit Partner fällt die Patientin bevor ihre Partnerin vorbereitet war sie aufzufangen und verletzt sich

Interaktionsmodalitäten

Mentalisierungsentwicklung



Nr.	Modality
1	Initiation
2	Mediales/Oceanisches Spiegeln
3	Konkordantes Spiegeln
3a	modales Spiegeln
3b	Transmodales Spiegeln
3c	Phasengleiches, paralleles S.
3d	Anti-phasisches Spiegeln
4	Nachahmen
5	Kontrastieren
6	Variieren
6a	Markiertes Variieren
7	Komplementäre Interaction



Spiegelungsmodalitäten (Eberhard-Kaechele 2010)

Nr.	Modalität	Eigenschaften/Beschreibungen	Mentalisierungsentwicklung
1	Initiieren	Primäre Selbstwirksamkeit. Regulationsvoraussetzungen: Bewegung beginnen, fortführen, terminieren (z. B. Blick zuwenden, halten, abwenden)	Kontingenz-Entdeckung = Selbstentdeckung Kausales Denken: ursachenorientiert, 0-3 Monate
2	Medial/ozeanisches Spiegeln	Fusionserleben: Unterscheidung von Sender und Empfänger löst sich in Synchronizität auf. Impliziert Transzendenz oder mangelnde Selbst-Andere-Differenzierung oder nichtpersonale Wahrnehmung.	„Perfekte“ Kontingenz bei unscharfem Sehen und im Umgang mit Gegenständen Selbstexploration, 0-3 Monate
3	Konkordantes Spiegeln		
3a	Modales Spiegeln	Spiegeln im wörtlichen Sinne: vis-à-vis mit gemeinsamer Achse, gleicher Dynamik-, Form- und Körperteileinsatz, egozentrische Perspektive. Affekt Abstimmung, implizites Lernen, soziale Selbstwirksamkeit.	Hohe, aber nicht perfekte (soziale) Kontingenz, Exploration der sozialen Umwelt, möglich ab 0 Monate, Höhepunkt zwischen 3 und 6 Monate
3b	Transmodales Spiegeln	Dynamik/Form wird mit Stimme, einem anderen Ausdrucksmedium oder einem anderen Körperteil gespiegelt; Affekt Abstimmung, Explorationsförderung.	Mittlere Kontingenz, Exploration der dinglichen Umwelt, 6 bis 9 Monate
3c	Paralleles (in-phase) Spiegeln	Modales Spiegeln, in verschiedene Orientierungen (neben-/vor-/hintereinander). Gemeinsam auf etwas Drittes bezogen sein, Interessen teilen. Äquivalenzmodus: „Was ich sehe, ist die Realität.“	Gemeinsame Aufmerksamkeit (<i>joint attention</i>), Lesen emotionaler Bewertungen (<i>social referencing</i>) Teleologisches Denken: wirkungsorientiert, ab 9 Monaten
3d	Gegen-gleiches (anti-phase) Spiegeln	Angleichen zyklischer Bewegungsmuster in anti-phasischer Koordination, z. B. vor-rück vs. rück-vor, auf-zu vs. zu-auf, rechts-links vs. links-rechts. Vis-à-vis hat jeder eine eigene Bewegungsachse: alterzentrisch (aus der Perspektive des anderen) vs. egozentrisch (aus der eigenen Perspektive)	Perspektivenübernahme Stufe I: teleologisch, bzgl. Handlungen (was wird jemand gleich tun?) 14 Monate Perspektivenübernahme Stufe II: epistemisch, bzgl. visuelle Perspektiven 24 Monate

Nr.	Modalität	Eigenschaften/Beschreibungen	Mentalisierungsentwicklung
4	Nachahmen	Zeitlich verzögertes Spiegeln, Speicherung der Bewegung im Gedächtnis, Identifikationsprozesse. Ersetzen von einem Objekt durch ein anderes im Nachspiel = Beginn der Symbolisierung und dem Als-ob-Modus: „Ich kann eine Parallelrealität schaffen.“ Vorstellung der unsichtbaren (mental) Gründe für das Verhalten von Menschen (Wünsche, Absichten, Emotionen), Differenzierung eigene/fremde Gründe.	Kurzfristige Merkfähigkeit ab 9 Monaten Merkfähigkeit, intentionales Denken I: mentales Ursachenprinzip (Wünsche, Absichten); sich im Spiegel erkennen, ab 14 Monaten Symbolisierung , ab 18 Monaten
5	Kontrastieren	Ein für die Intention der initiierten Bewegung wesentlicher Aspekt wird ins Gegenteil gekehrt, z. B. schnell vs. langsam, rück vs. vor, laut vs. leise. Ambivalent: das Gegenteil zu tun differenziert, die Reibung im Widerstand verbindet.	Konzeptuelles Denken , z. B. Gegensätze, Positionen, Formen. Intentionales Denken II: Differenzierung eigen/Fremd- Überzeugungen , ab 2. Lebensjahr
6	Variieren	Die gleiche Grundbewegung wird individualisiert und erweitert (z. B. gleiche Bewegung variiert in der Größe, der Geschwindigkeit). Anpassung an diverse Situationen. Eigenregulierung von Affekten.	Vorläufer: Verhaltensanpassung ab 9 Monaten Repräsentationales Denken , ab 3. bis 4. Lebensjahr
6a	Markieren (Engl. <i>marked</i> = deutlich, merklich bzw. gekennzeichnet)	Leichte Übertreibung oder Variierung des Ausdrucks signalisiert den „Als-ob“-Modus, abgekoppelt von den Folgen in der physikalischen Realität. Externalisierung von Affekten im Spiel oder im künstlerischem Gestalten. Abgrenzung von Affekten anderer Personen.	Repräsentationales Denken, „Als-ob“-Spiel mit mentalen Inhalten (Gefühle, Absichten, Überzeugungen) ab 3. Lebensjahr
7	Komplementieren	Interdependente Beziehung: Rollen konstituieren einander, z. B. Träger-Getragener, Jäger-Gejagter, Beschützer-Schützling, etc. Reflektierender Modus: Integration und Interdependenz von real/imaginär, eigen/fremd. Fähigkeit, Affekte anderer zu regulieren.	Vollständige Repräsentanzen und theory of mind , Perspektivenübernahme Stufe III: Täuschung verstehen, 4. bis 6. Lebensjahr

Exkurs zu einem aktuellen Forschungsprojekt

• • •

Ziel der Forschung

- Prüfung der Bedeutung des Gegengleichen Spiegels als äußerlich sichtbare Form der Abgrenzung, Mentalisierung, Differenzierung zwischen sich und andere
- Erweitertes Ziel: Nutzung der Ergebnisse für Diagnostik und Intervention
- Als Theoriegrundlage wurden die folgenden Theorien und die dazugehörigen Erhebungsinstrumente verwendet.




 Deutsche Sporthochschule Köln
 German Sport University Cologne

Boundaries in the Mind

(Hartmann, 2011)

Differentiation of Self

(Skowron & Friedlander 1998)



Menschen können sich mehr oder weniger gut physisch, emotional und kognitiv auf andere einlassen oder sich von ihnen abgrenzen

Menschen erleben mehr oder weniger durchlässige oder rigide Grenzen zwischen auf einander bezogene Phänomene wie Phantasie/Realität, Umwelt/Person, Denken/Fühlen, Vergangenheit/Gegenwart etc.




 Deutsche Sporthochschule Köln
 German Sport University Cologne

Gemeinsame Vorstellung von Gesundheit: die goldene Mitte



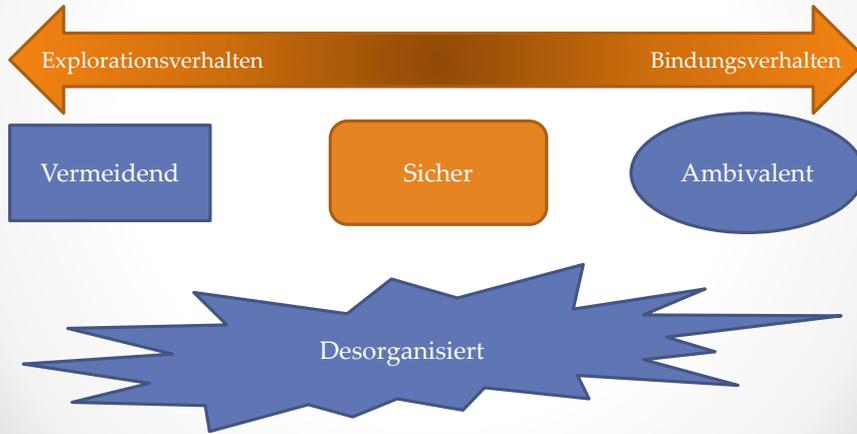
Extreme rigide
abgrenzend

Gesunde
Mischung

Extreme durchlässig
verbindend

Vergleiche Bindungsstile

ebenfalls goldene Mitte



Beispielvideo

Gegengleiche Koordination





Deutsche Sporthochschule Köln
German Sport University Cologne

Beispielvideo Spiegelnde Koordination

A photograph showing two men in a room. The man on the left is wearing a black t-shirt and light blue jeans. The man on the right is wearing a grey and black striped sweater and dark pants. They are standing in a room with a white door, a whiteboard, and a table. The man on the right is mirroring the movements of the man on the left.

• •

Deutsche Sporthochschule Köln
German Sport University Cologne

Nachnähen vs. Entwicklungsaufgaben lösen ...

• •

Nachnähren vs. Entwicklungsaufgaben

- es handelt sich bei Entwicklungsstörungen nicht um ein quantitatives Defizit, sondern um eine strukturelle Beziehungsstörung, die daher nicht mit einer bestimmten Quantität des Ausgleichens und Nachholens geheilt werden können. „Die Heilung [...] geschieht auf dem Weg der Trauerarbeit und der Veränderung von Beziehungsstrukturen.“ (Geißler, 2006, S. 98)
- nicht die Rekapitulation der Ontogenese, sondern die **Fortsetzung der Ontogenese** in relevanten Bereichen, gemäß den aktuellen Möglichkeiten und Bedingungen des Patienten bringt Heilung. Diese Fortsetzung geschieht anhand von passend gestalteten physischen, kognitiven, emotionalen und interpersönlichen Entwicklungsaufgaben. (Eberhard-Kaechele, 2011)

Entwicklungsaufgaben Progression vs. Regression

- Die Folgen einer gestörten Entwicklung sind im Hier und Jetzt wirksam und treten auf, sobald sich der Patient mit einer Herausforderung konfrontiert sieht die ihn vor eine Entwicklungsaufgabe stellt. Die „Herausforderung“ kann eine ganz alltägliche Bewegung sein, wie nähern, distanzieren, führen oder folgen usw. (Heisterkamp 2002)
- Eine gesonderte Induktion von regressiven Zuständen oder Problemen ist überflüssig und möglicherweise schädlich





Partielle Regression

- die Notwendigkeit einer induzierten Regression zur Erschließung entwicklungsrelevanter Affekte wurde in Frage gestellt.
- Es gilt, spontane Regression zu erkennen und die Integration fehlender Entwicklungsmöglichkeiten dann zu fördern.
- Dabei wird das gleichzeitige oder alternierende (pendelnde) Erleben von erlebenden und reflektierenden Facetten der Persönlichkeit als hilfreich zur Integration der therapeutischen Erfahrung eingeschätzt (Levine 2011)

Danke fürs lauschen!

• • •

mail@marianne-eberhard.de

Literatur



- Ainsworth, M. (1972). Attachment and dependency: A comparison. In J. Gerwitz (Ed.), *Attachment and dependency* (pp. 97-137). Washington: Winston.
- Bowlby, (1969/1975). *Attachment and Loss, Vol.1: Attachment*. London: Hogarth Press (deutsch 1975: Bindung. München: Kindler).
- Brisch, K. H. (2009). *Bindungsstörungen - Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Eberhard-Kaechele, M. (2010). Spiegelungsvorgänge in der Tanztherapie/Körperpsychotherapie. In S. Bender (Ed.), *Bewegungsanalyse von Interaktion - Movement Analysis of Interaction* (pp. 193-212). Berlin: Logos.
- Eberhard-Kaechele, M. (2011). Konstanz und Wandel in der Theoretischen Fundierung der Tanz- und Ausdruckstherapie. Dissertationsschrift an der Universität Witten-Herdecke.
- Geißler, P. (2006). Körperpsychotherapie im Überblick: Historische Wurzeln und gegenwärtige Entwicklungen. *Psychotherapie im Dialog*, 7(2), pp. 119-126.
- Gibbs, R. (2005). *Embodiment and Cognitive Science*. New York: Cambridge University Press.
- Grossmann, K., & Grossmann, K. (2005). *Bindungen - das Gefüge psychischer Sicherheit* (2. Auflage ed.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hartmann, E. (2011). *Boundaries. A new way to look at the world*. Summerland: CIRCC EverPress.
- Johnson, M. (2007). *The Meaning of the Body. Aesthetics of Human Understanding*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Kestenberg Amighi, J., Loman, S., Lewis, P., & Sossin, K. (1999). *The Meaning of Movement: Development and Clinical Perspectives of the Kestenberg Movement Profile*. New York: Brunner-Routledge.
- Kestenberg, J. S. (1975). *Children and Parents*. New York: Aronson.
- Klöppel, M. (2006). *Reifung und Konflikt*. Stuttgart: Klett Cotta.

Literatur



- Krause, R. (2007). *Psychodynamische Interventionen*. Retrieved März 03, 2008, from PsyDoc Open Access Volltextserver der Virtuellen Fachbibliothek Psychologie: http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2007/976/pdf/Psychodynamische_Interventionen.pdf
- Lakoff, G., & Johnson, M. (2008). *Leben in Metaphern. Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Levine, P. (2011). *Sprache ohne Worte: Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt*. München: Kösel.
- Lichtenberg, J. D. (1990). Klinische Relevanz der Säuglingsbeobachtung für die Behandlung von narzisstischen und Borderline-Störungen. *Psyche*, 44(10), pp. 871-901.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1980). *Die psychische Geburt des Menschen*. Frankfurt/Main: Fischer.
- Marvin, R. S. (2003). Das Projekt "Kreis der Sicherheit" Bindungsgeleitete Intervention bei Eltern-Kind-Dyaden im Vorschulalter. In H. S.-K. Scheuerer-Englisch, *Wege zur Sicherheit* (pp. 25-49). Gießen: Psychosozial.
- Ogden, P., & Minton, K. (2000, Oktober). *Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory*. Retrieved September 9, 2007, from *Traumatology*, Volume VI, Issue 3, Article 3: <http://www.fsu.edu/~trauma/v6i3/v6i3a3.html>
- Schultz-Venrath, U. (2013). *Lehrbuch Mentalisieren*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Schwarzer, R. J. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In M. H. Jerusalem, *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozess in Bildungsinstitutionen* (pp. 28-53). Weinheim: Beltz.
- Shai, D. (2010). Introducing Parental Embodied Mentalizing. In S. Bender, *Bewegungsanalyse von Interaktionen/Movement Analysis of Interaction* (pp. 107-124). Berlin: Logos.
- Siegel, D. (1999). *The Developing Mind. How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. New York: Guilford Press.
- Skowron, E. A. (1999). The Differentiation of Self Inventory. Development and Initial Validation. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 45(3), pp. 235-246.
- Stern, D. (1985/1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta. Originalausgabe: The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books.
- Winnicott, D. (1956). *Through paediatrics to psycho-analysis: collected papers*. London: Tavistock/Routledge.



Bildquellen

- Folie X „Baby's Hand“ (2008-06-22)PD Photo.org (Royalty Free, Public Domain, Stock Photos)
<http://pdphoto.org/PictureDetail.php?mat=&pg=8769>
- Alle weiteren Bilder: frei verfügbare Bilder aus dem Archiv für Präsentationsgestaltungen für Mitglieder des Berufsverbandes der Tanztherapeutinnen Deutschlands

Kreativtherapien und Mentalisierungsmodell – eine heimliche Beziehung?

Prof. Dr. med. Ulrich Schultz-Venrath



Schultz-Venrath, Ulrich, Prof. Dr. med., ist Arzt für Psychotherapeutische Medizin und Nervenheilkunde, Psychoanalytiker (DPV/DGPT/IPA) und Gruppenlehranalytiker (D3G). Er ist Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im EVK Bergisch Gladbach und Professor für Psychosomatik und Psychotherapie an der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke. Veröffentlichungen zur Geschichte der Psychoanalyse (Diagnostik und Ausbildungsfragen) und Psychosomatik, zur Psychotherapie und Körpertherapie somatoformer Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen, zur Neuropsychoanalyse, zu Gruppenpsychotherapien einschließlich Gruppenanalyse sowie zum Mentalisierungsmodell und mentalisierungsbasierter Einzel- und Gruppenpsychotherapie.



Kreativtherapien haben seit Beginn des letzten Jahrhunderts eine vielfältige Geschichte. Sie setzen sich zusammen aus den Kunst-, Musik- und Körpertherapien und haben ihre interdisziplinären Wurzeln u.a. in der Atem- und Leibpädagogik (einschließlich Yoga), in der Körperkulturbewegung, in den humanistischen Psychotherapien, in transzendenten religiösen Ritualen (z.B. im Zen-Buddhismus) und nicht zuletzt in den verschiedenen Tanztherapien.

In der stationären wie in der tagesklinischen psychosomatisch-psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung werden Kreativtherapien umfassend eingesetzt.

Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen, die dort behandelt werden, haben auf Grund ihrer seelischen Erkrankung, die in über 75% der Fälle bereits in der vorsprachlichen Lebensphase ihren Ausgang genommen hat, nicht selten das Vertrauen zu ihrem Körper und ihrer Seele verloren. Insofern gibt es keine psychische Störung ohne körperliche Beteiligung. Die Geschichte ihrer Beziehungen ist durch Vernachlässigung und/oder Überstimulierung, verschiedene Formen des Missbrauchs und einen Mangel an Reizschutz oder fehlenden Raum für die Entwicklung des eigenen Selbst gekennzeichnet. Oft wird der Körper nur noch über den Schmerz oder über ein unerträgliches Gefühl der Abwesenheit wahrgenommen, weshalb die Patientinnen und Patienten häufig in ihrer Ausdrucksfähigkeit erheblich eingeschränkt sind oder aber sich nicht verstanden fühlen, weil die Gegenübertragungsgefühle der Leere, des Missbrauchs und des Mangels von Therapeuten abgewehrt werden.

Mangelndes Selbstbewusstsein versperrt darüber hinaus den Zugang zu ihren eigenen Ressourcen und persönlichen Energiequellen. Patientinnen und Patienten mit einem Trauma in ihrer Lebensgeschichte suchen Hilfe, nicht nur, um mit den schrecklichen Erlebnissen fertig zu werden, sondern auch, weil der von einem Bindungstrauma verursachte Zusammenbruch der psychischen Funktionen die Bewältigung aller „normalen“ psychischen Labilitäten beeinträchtigt: unbewusste Aggressionskonflikte, ödipale Wünsche und deren Abwehr, narzisstische Vulnerabilität, Konflikte aufgrund von ambivalenten Objektbeziehungen usw. Jeder unausweichliche Schmerz wird so unmittelbar erlebt wie eine – nicht durch die Haut der Mentalisierung geschützte – offene Wunde.

Die Begriffe „Mentalisieren“, „Mentalisierung“ und „Mentalisation“ sind neuere Begriffe, die erst in jüngerer Zeit durch Bateman, Fonagy und Target Eingang in den psychotherapeutischen Sprachgebrauch, insbesondere der relationalen-intersubjektiven Psychoanalyse, gefunden haben und mit dem Begriff der reflexiven Kompetenz fast gleich zu setzen sind. Mentalisieren ist ohne Intentionalität nicht denkbar und kann als ein Puffer zwischen Affekt, Gefühl und Handlung angesehen werden, der nötig ist, um Impulse, bevor sie überwältigend werden, aufzufangen und Motivationen des Selbst und der Anderen zu beobachten und zu verstehen.

Eine kreativtherapeutische Verbesserung des Mentalisierens überbrückt die Kluft zwischen Affekten und deren Repräsentanzen. Dies geschieht aber nicht notwendigerweise durch die Arbeit mit dem Trauma selbst. Kreativtherapien unterstützen nicht nur die Mentalisierungsfähigkeit in Bezug auf das Trauma, sondern auch das Selbst der Patientinnen bzw. Patienten. Die Mentalisierungsfähigkeit wird entdeckt bzw. wiederentdeckt durch einen entsprechenden Entwicklungsprozess – das Finden des

eigenen Selbst mithilfe einer wohlgesonnenen, verlässlichen, nicht missbrauchenden Bindungsfigur. Dies setzt aber die Entwicklung eines impliziten Beziehungswissens voraus, das über die Affektregulation die Entwicklung von sekundären Repräsentanzen benötigt. Ohne stabile Repräsentanzen von Selbst und Objekt kann keine sichere Bindung entstehen.

Der Vortrag wird die Bedeutung der Kreativtherapien für die primäre Entwicklung und Wahrnehmung von Repräsentanzen herausstellen, die für Intention, Interaktion und Intersubjektivität von Patientinnen und Patienten und Therapeuten basal sind.





Bindungstheoretische Aspekte in der musiktherapeutischen Praxis mit frühtraumatisierten Kindern

Dr. Ingrid Erhardt



Dr. phil. Dip.-Psych. Ingrid Erhardt (Musiktherapeutin & Dipl.-Psychologin) studierte Kreative Therapie/ Musiktherapie (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen) sowie Psychologie (Universität München und Padua). Klinische Tätigkeit in Psychiatrie und Psychosomatik mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, Promotion zur Therapieprozessforschung und therapeutischen Beziehung, Forschungsaufenthalt an der Harvard Medical School, seit 2009 freie Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Klinikum der Universität München mit dem Schwerpunkt bindungsbasierte Prävention und Intervention sowie in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin.
Bindungstheoretische Aspekte in der musiktherapeutischen Praxis mit frühtraumatisierten Kindern

Die Bedeutung der Bindungstheorie für die Psychotherapie wurde bereits von dem Begründer der Bindungstheorie John Bowlby (1988) beschrieben und wird bis heute immer wieder aufgezeigt (z.B. Brisch 1999/2006, S. 276; Schauenburg & Strauß 2002).

Diese besagt, dass sichere primäre Bindungsbeziehungen die Grundlage für eine gesunde psychische Entwicklung und Beziehungsfähigkeit darstellen. Kinder brauchen von Anfang an verlässliche Beziehungserfahrungen, um emotionale Sicherheit entwickeln zu können (z.B. Buchheim 2012). Das Bindungssystem wird als biologisch angelegtes Verhaltenssystem verstanden, das bei Angst auslösenden Situationen (z.B. Trennung) aktiviert wird und Bindungsverhalten auslöst (z.B. Nähe suchen) um Schutz und Sicherheit wiederherzustellen. Erst wenn das Bindungssystem nicht mehr aktiviert ist, kann das dazu im antagonistischen Verhältnis stehende Explorationssystem wirksam sein (vgl. z.B. Grossmann & Grossmann 2004, S.132f.). Kinder lassen sich bei Angst und Stress von einer Bindungsperson beruhigen, vor allem wenn es sich um eine sichere Bindung handelt.

Die wesentlichen Elemente der therapeutischen Beziehung weisen Gemeinsamkeiten mit einer Bindungsbeziehung auf (vgl. Strauß 2006). Viele Psychotherapie- Patientinnen bzw. Patienten sind, ob Kinder oder Erwachsene, unsicher gebunden oder leiden gar unter einer Bindungsstörung, sodass sie in einer (subjektiv erlebten) Notsituation mit den Anforderungen der Umwelt überfordert sind und deren psychischen Ressourcen nicht ausreichen, um diese Spannung innerpsychisch zu regulieren. Die Patientin/der Patient wendet sich hilfesuchend an eine Therapeutin bzw. einen Therapeuten und erwartet bewusst oder unbewusst unterstützt zu werden und eine Linderung seiner Beschwerden oder Schwierigkeiten zu erreichen. Zugleich macht es auch Angst, sich auf eine neue Situation einzulassen und sich einer unbekannt Person anzuvertrauen. Ist eine verlässliche und vertrauensvolle therapeutische Beziehung einmal etabliert wird die Therapeutin/der Therapeut als „sichere Basis“ oder als „sicherer Hafen“ (Bowlby 1988) erlebt, der sowohl bei der Stressregulation hilfreich ist als auch bei der Erkundung (z.B. beim Spiel). Die Notwendigkeit und Bedeutung eine sichere und vertrauensvolle Beziehung aufzubauen ist Therapeutinnen/Therapeuten eine Selbstverständlichkeit. Dennoch ist die Therapiebeziehung wie jede andere Beziehung Veränderungen unterworfen. So können auch nach Etablierung einer therapeutischen Bindungsbeziehung immer wieder Angst auslösende Situationen auftreten, die das Bindungssystem aktivieren und eine andere feinfühlig Response erforderlich machen. Kinder, die nicht die Erfahrung mit ihren Primärbeziehungen gemacht haben, dass andere emotional verfügbar und verlässlich sind und deren Verhalten vorhersagbar ist, haben z.B. verinnerlicht, dass es sicherer ist, sich auf sich selbst zu verlassen und Bindungsbedürfnisse nicht zu zeigen oder ganz zu verleugnen. Andere zeigen beispielsweise ein Bindungsverhalten, das zwischen ängstlicher Anklammerung und wütender Ablehnung schwankt (vgl. Ainsworth et al. 1978).

Die bindungstheoretischen Erkenntnisse sind auch für die Musiktherapie von großer Bedeutung, da ein Sich-Abstimmen und Sich-Einschwingen seitens der Therapeutin/des Therapeuten in der musikalischen Improvisation erlebnisnahe und unmittelbare therapeutische Erfahrungen ermöglichen, die über die sprachliche Kommunikation und das symbolische Spiel hinausgehen. Anhand eines Fallbeispiels eines achtjährigen



Jungen, der in der frühen Kindheit sequentielle Traumatisierungen durch eine Bindungspersonen erfuhr, wurde im Vortrag beispielhaft gezeigt, wie während der musiktherapeutischen Sitzungen Bindungsbedürfnisse sowie impulsives und desorganisiertes Verhalten als Ausdruck von Angst und fehlender Emotionsregulation therapeutisch aufgegriffen und begleitet werden können. Dabei ist sowohl die Arbeit mit Musikinstrumenten als auch der Einsatz der Stimme geeignet, Kindern mit ihren vorsprachlichen und nicht verarbeiteten Beziehungserfahrungen einen sicheren Halt zu geben. Diese können im therapeutischen Prozess durch neue Beziehungserfahrungen insbesondere während der gemeinsamen Improvisation allmählich innerpsychisch integriert werden, indem die Erfahrung eigener Selbstwirksamkeit gefördert wird. Dabei gilt es, feinfühlig auf die Bindungssignale und Beziehungsangebote des Kindes im Moment einzugehen und mit musikalischen Mitteln zu spiegeln, um einen sicheren Explorationsrahmen zu schaffen, der die Grundlage des therapeutischen Veränderungsprozesses darstellt.

Literatur

- Ainsworth, M.D.; Blehar, M.C.; Waters, E. & Wall, S. (1978). Patterns of attachment : Assessed in the strange situation and at home. Hillsdale, N.J. (Lawrence Erlbaum).
- Bowlby, J. (1988): A Secure Base. Parent-child attachment and healthy human development. London (Routledge).
- Buchheim, A. (2012). Die Bindungen in der Kindheit stellen die Wichen für Beziehungen im späteren Leben. In: K. Gaschler & A. Buchheim (Hg.): Kinder brauchen Nähe: Sichere Bindungen aufbauen und erhalten. Stuttgart (Schattauer) & Spektrum (Heidelberg).
- Brisch, K. H. (1999/2006): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Grossmann, K. & Grossmann, K. (2004). Bindungen – Das Gefüge psychischer Sicherheit. Klett-Cotta (Stuttgart)
- Schauenburg, H. & Strauß, B. (2002): Bindung und Psychotherapie. In: Strauß, B.; Buchheim, A. & Kächele, H. (Hg.): Klinische Bindungsforschung Theorien – Methoden – Ergebnisse. Stuttgart (Schattauer), S. 281–291.
- Strauß, B. (2006). Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. Psychotherapeut, 51 (5), 5–14

Bindung erleben im musikalischen Raum

Renate Kemp



Renate Kemp

Bildungsreferentin an der LVR-Akademie für seelische Gesundheit, Dipl. Musiktherapeutin, Supervisorin und Coach M.A. (DGSv), Gesundheits- und Krankenpflegerin



Workshopbericht

Beziehung und Gruppen erleben zeigte sich ganz praktisch in der großen Gruppe von erfahrenen und startenden Kolleginnen und Kollegen überwiegend aus dem Bereich der Musiktherapie. Wechselnd zwischen den Medien Gespräch und Musik fokussierte der Workshop auf die Gruppenimprovisation als zentrale Methode der Musiktherapie und den Bezug zur Bindungstheorie. Besonders wertvoll und lebendig konnten einfache, zentrale Spielformen, wie beispielsweise das wandernde Duo, im Kontext der Gruppe reflektiert werden. Dabei spielte das eigene Erleben in der konkreten Spielsituation sowie die Bearbeitung von Fallgeschichten eine zentrale Rolle. Nicht zu kurz kam auch die Freude am gemeinsamen Spiel und an der eigenen Arbeit mit sehr viel Respekt und gegenseitiger Wertschätzung.

Fazit

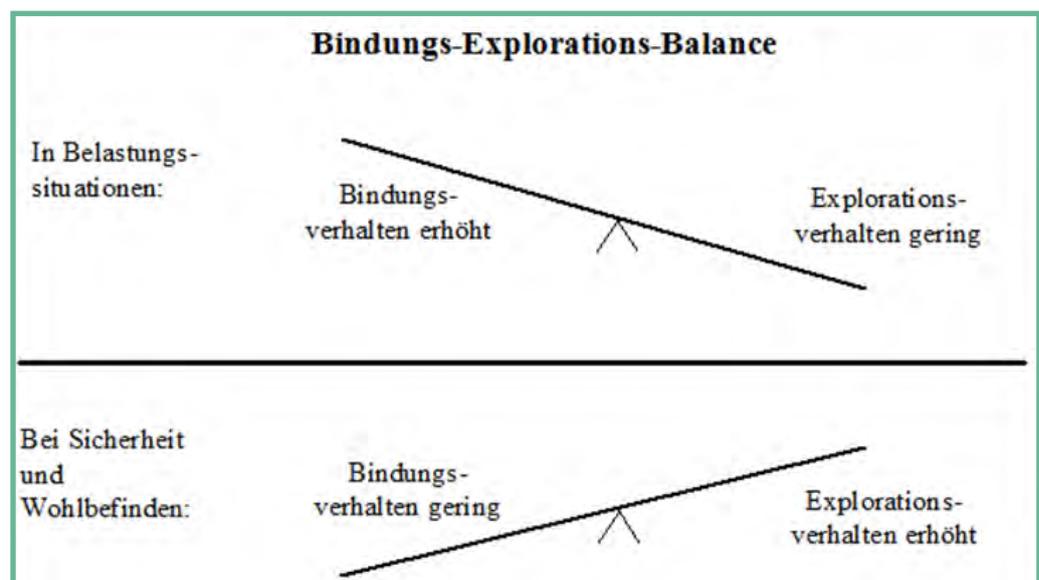
Die Bindungstheorie wird von vielen Kolleginnen und Kollegen eher als Bestätigung für die eigene, manchmal schon lange durchgeführte, therapeutische Arbeit gesehen und geschätzt. Sie verbindet sich gut mit den in den Studiengängen vermittelten theoretischen Hintergründen von Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten. Ich danke allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern für Ihre Offenheit, für die vielen Fragen und Praxisbeispiele, die den Workshop zu einem Erlebensraum gestaltet haben.

Skript

Zu den bindungstheoretischen Grundannahmen gehört die Existenz zweier komplementärer Verhaltenssysteme, die sich als Überlebensstrategien evolutionär entwickelt und phylogenetisch verankert haben:

1. Das Bindungs- und Explorationsverhalten des Menschen, das sich als Entwicklungsdynamik vom Kleinkindalter über die gesamte Lebensspanne erstreckt.
2. Die intuitive Verhaltensbereitschaft von Personen, die bei Gefahr, Angst oder Unsicherheit Rückhalt und Unterstützung anbieten.

Das Grundmotiv dieses Verhaltenssystems ist, die Herausforderungen und Anforderungen des Lebens auf einer möglichst sicheren Basis bewältigen zu können.



Bindungsverhalten und Explorationsverhalten beeinflussen sich wechselseitig, wie auf einer Wippe: Die Konfrontation mit Neuem aktiviert zunächst das Bindungssystem. Es entsteht ein erhöhtes Sicherheitsbedürfnis. Wird dieses erfüllt, kann das Explorationssystem aktiviert werden. Dies ist die Basis für die Erkundung der (Um-)welt, die Entwicklung von Repräsentanzen und eines stabilen Selbst.

Bindungstypen entstehen durch unterschiedliche Eltern- Kind-Interaktionen und prägen auch das Interaktionsverhalten im Erwachsenenalter:

1. **Sichere Bindung**

Kind hat gelernt, dass es sich auf seine Bezugspersonen verlassen kann, diese ihm ggf. Trost, Rückhalt und auch angemessene Freiräume bieten.

2. **Unsicher-vermeidende Bindung**

Kind hat wiederholt die Erfahrung gemacht, dass seine (Bindungs-) Bedürfnisse nicht verstanden oder akzeptiert werden und häufig Zurückweisung erlebt. Es reagiert mit Vermeidung von Bindungssituationen.

3. **Unsicher-ambivalente Bindung**

Kind erlebt seine Bezugsperson als unberechenbar. Sein Bindungsverhalten ist daher ständig aktiviert: es klammert, muss sich vergewissern, hat starke Trennungsängste.

4. **Unsicher-Desorganisierte Bindung**

Kind ist hin- und her gerissen zwischen der Suche nach Zuwendung und gleichzeitiger Angst vor der Bezugsperson, z.B. infolge von Gewalterfahrungen.

- Sichere Bindung erhöht die Fähigkeit zur Mentalisierung.
- Unsichere und desorganisierte Bindung deaktiviert Mentalisierung.
- Mentalisierung ist wichtig zur Ausbildung eines stabilen, kohärentes Selbst

Übergeordnetes Ziel der musiktherapeutischen Behandlung kann als die Entwicklung/ Erweiterung von (neuen) Spielräumen gesehen werden. Bezogen auf die Bindungstheorie würde das bedeuten Anreize zur Mentalisierung in der Therapie zu setzen.

Was ist Mentalisierung?

„Mentalisierung ist die ... meist vorbewusste imaginative Fähigkeit, „terms of mental states“ (Gedanken, Gefühle, Überzeugungen und Wünsche) intentional auszutauschen, wodurch ein Individuum implizit und explizit die Handlungen von sich selbst und anderen als sinnhaft versteht.“

Bateman & Fonagy, 2004, 2006, 2008

„Mentalisierung ist sich selbst von außen und die anderen von innen zu sehen.“

Schulz-Venrath, U., 2010

Musiktherapie betrachtet den Menschen als hörendes und gehört werden wollendes Wesen mit Vergangenheit und Zukunft, das nach Ausdruck und Ästhetik strebt und sich im Dialog erkennen lernt.

Fitzthum, E.; Oberegelsbacher, D.; Storz, D.; 2009



Dem Mentalisierungsprozess gehen Modi der Affektverarbeitung voraus, die benannt werden als:

Äquivalenzmodus

- Innere Welt und äußere Realität werden als identisch wahrgenommen
- Subjektive psychische Erfahrungen werden als schrecklich erlebt: z.B. Panikanfälle, Flashbacks, Alpträume

Als-Ob-Modus

- Entkopplung von innerer Welt und äußerer Realität
- Gedanken bilden keine Brücke zwischen Innen und Außen
- Gefühl von Leere und Bedeutungslosigkeit
- Affekt und Gedanken sind nicht kongruent

Teleologischer Modus

- Die Umwelt muss funktionieren, um eigene innere Spannungen zu mildern
- Andere werden dazu bewegt, etwas zu tun, zu dem das Kind selbst nicht in der Lage ist
- Innere Zustände können nur durch Handlungen oder körperliche Eingriffe beeinflusst werden
- Nur real Beobachtbares ist von Bedeutung – Gedanken, Gefühle, Mentalisierung treten in den Hintergrund

Zur kindlichen Entwicklung gehörend sind die Modi der Affektverarbeitung auf die Dauer als dysfunktional zu sehen.

Bei unzureichender Mentalisierung in der Kindheit kommt es zur Überaktivierung des Bindungssystems unter Stressbedingungen. Das Explorationsverhalten und das Integrationsvermögen leiden darunter.

Mentalisierung in der Musiktherapie

1. In homogenen Patientengruppen mit Konzept DBT oder MBT o.a.
2. In inhomogenen Patientengruppen

Es wurden 10 Interaktionsmuster in der Musiktherapie mit komplex traumatisierten PatientInnen gefunden (G. Strehlow):

1. Musik als magische Hoffnung
2. Musik geht über Grenzen
3. Musik macht alles schlimmer
4. Musik ist Rückzugsort
5. Musik zum Nicht-Allein-Sein
6. Musik erlaubt Triangulierung
7. Musik erlaubt Disharmonie
8. Musik bietet Gegenstimme
9. Musik gibt Struktur
10. Musik erlaubt Integration des Ausgeschlossenen.

Die Interaktionsmuster wurden im Rahmen einer qualitativen Studie zu Einzelmusiktherapie mit traumatisierten Patientinnen identifiziert.

Fazit: Musik eröffnet Spielräume und ermöglicht Mentalisierung (s.o.)

Welche Konsequenzen erfolgen aus diesen Überlegungen für das musiktherapeutische Setting in der Gruppe?

1. Bindungskompetenz der Therapeutin
 - Kenntnis der eigenen Bindungsgeschichte und Mentalisierungsfähigkeit
 - Adäquates Reagieren auf den emotionalen Ausdruck und markierte Spiegelung
 - Nichtwissende Haltung
 - Hier und Jetzt
 - Reflektierte Haltung, Spielen und Sprechen
 - Spielräume anbieten
2. Setting
 - Vorgespräche und Gruppenzusammenstellung
 - Beziehungsorientiertes Arbeiten
 - Aushandeln und Kommunizieren von klaren Grenzen und Regeln
 - Sorge für Sicherheit im Setting
 - Offenheit für den Prozess
3. Haltung
 - Nichtwissen – konstruktivistisch
 - Beziehungsorientiert, zugewandt und kontingent (auf den inneren Zustand des Patienten eingestellt) sein
 - Markierte Spiegelung

Was ist das Problem und gleichzeitig die Chance in der Musiktherapie?

- Es kommt zur Aktivierung des Angst Subsystems im Bindungssystem mit der Folge, dass das musiktherapeutische Setting als Bedrohung erlebt wird.
- Eine sichere Basis ist unerlässlich
- Eine sichere Basis muss in jeder Stunde immer wieder neu hergestellt werden
- Auftauchende Schwierigkeiten in der Mentalisierung werden im Hier und Jetzt möglichst konkret bearbeitet, evtl. notwendige Interventionen zum Stoppen vereinbart (z.B. Stopp Instrument)
- In der Gruppenmusiktherapie übernehmen die Mitglieder verschiedene Rollen mit – und füreinander
- Musiktherapie regt durch das Spiel und die reflektierte Nachbereitung immer wieder dazu an, das eigene Erleben weiter zu hinterfragen und sich auf verschiedene Sichtweisen ein zu lassen

Und noch? Was fällt Ihnen/Euch noch ein?



Musiktherapie für Mutter und Kind Interaktion und Bindung

Barbara Krantz



Barbara Krantz, zertifizierte Musiktherapeutin (DmtG), Dozentin Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Musiktherapie für Mutter und Kind: Interaktion und Bindung

LVR Kreativtherapietage 14.-15.11.2013
Bedburg-Hau

Barbara Krantz

Programm

- Vorstellungsrunde
- Internationale Entwicklungen
- Evidenz
- Best Practice: Beispiele und Übungen Teil I
- Kaffeepause
- Theorie
- Best Practice: Beispiele und Übungen Teil II

Barbara.Krantz@han.nl

2



Ziele

- Sie gehen inspiriert nach Hause.
- Sie haben das Gefühl, etwas gelernt zu haben.
- Sie wissen, wie Sie Mutter*-Kind Musiktherapie anbieten können.
- Sie wollen noch mehr lernen.
- Meine Frage ist beantwortet.

Barbara.Krantz@han.nl

3

Meine Frage

Was kommt erst – die Interaktion oder die Bindung? Und wie ist das zu erklären?

Barbara.Krantz@han.nl

4

Vorstellungsrunde

- **Name**
- **Arbeitsstätte und Patientengruppe**
- **Was ist Ihre Antwort auf meine Frage?**
- **Welche Frage(n) haben Sie?**

Barbara.Krantz@han.nl

5

Internationale Entwicklungen

- **Publikationen: Praxisbeschreibungen**
- **Publikationen: Early Intervention**
- **European Music Therapy Conference, Oslo, August 7 - 10, 2013**
- **Linkedin Gruppe: Music Therapy with Families Network**

Barbara.Krantz@han.nl

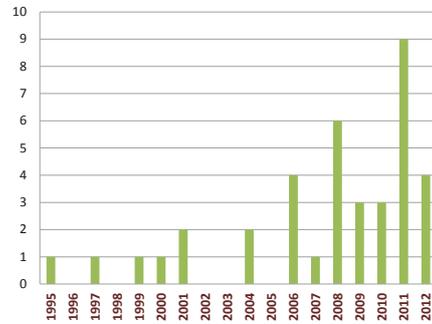
6



Publikationen: Praxisbeschreibungen

38 Publications:

- **Inclusion: music therapy for children aged 0-5 and their caregiver(s)**
- **Exclusion: NICU and palliative care**



Oldfield, A. Flower, C. (Eds.) (2008) *Music Therapy with Children and their Families*. Philadelphia: Jessica Kingsley.
 Edwards, J. (Ed.) (2011) *Music Therapy and Parent-Infant Bonding*. Oxford: Oxford University Press.

Barbara.Krantz@han.nl

7

Publikationen: Early Intervention

Home imagine magazine featured article podcasts contact us photo stories resources teaching resources archive guidelines for authors reviews gallery collections contact us imagine.in.comcast

imagine.magazine
early childhood music therapy

imagine is the primary online magazine dedicated to announcing the best of young children and their families by sharing knowledge, strategies, ideas, and public interest in music therapy with colleagues and parents worldwide.

de la vista publisher

advertise
sponsor

YouTube Facebook Twitter

Barbara.Krantz@han.nl

8

European Music Therapy Conference Oslo, August 7 - 10, 2013

Paper:
**THE CONCEPTS OF ATTACHMENT/
INTERSUBJECTIVITY IN MUSIC THERAPY:
LINKING CLINICAL PRACTICE TO THEORY**
Arjaana-Louise, Dr in Clinical Psychology, Psychotherapist and Finnish licensed
Music Therapist (non-Professional Secretary EMTC, Secretary EMTC division
Division of Music Therapy)

**CHILDREN, MUSIC, HEALTH
- A ROUND TABLE DISCUSSION**
Karen Stekly (USA)

Paper:
**FAMILY-CENTRED MUSIC THERAPY:
SUPPORTING CONNECTEDNESS BETWEEN
MOTHERS AND CHILDREN WITH SEVERE
AUTISM SPECTRUM DISORDER**
Grace Thompson, Dr (MusicTherapist), PhD

Paper:
**ARE YOU READY TO SERVE YOUNG CHILDREN
WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS?**
Petri Kervi, Dr. MT-DMG, MT-BC, MTA

Symposium:
**MUSIC THERAPY WITH CHILDREN AND THEIR
FAMILIES – WORLDWIDE EXPERIENCES AND
RESEARCH RESULTS**

Chair: Kirsi Tuomi
kirvat.tuomi@gmail.com
Pohjoisranta Linnat, Tuulet / Kirsi Tuomi
Åkängens 3A, 13210 Hämeenlinna, Finland
www.kirvat.tuulet.com

Participants
Jane Edwards, Ireland
Mark Eitensberger, Colombia (Austria)
Tali Gottfried, Israel
Friederike Heuback, Switzerland (Germany)
Valgerður Jónsdóttir, Iceland
Panyuan Kiatampornpan, Thailand
Grace Thompson, Australia
Stine Lindum Jacobsen, Denmark
Colette Salkeld, UK
Pasi Soukko, Finland
Kirsi Tuomi, Finland (chair)

Barbara.Krantz@han.nl

9

LinkedIn: Music Therapy with Families Network

Barbara.Krantz@han.nl

10



Evidenz

Systematic Review

- **Keywords:** "music therapy" AND parent OR caregiver OR mother OR infant OR toddler.
- **Domain:** Human and Social Sciences, Health, and Education and Training.
- **Search Machine:** HAN Quest (for instance Cochrane Library, JStor, PubMed, Science Direct, Web of Science and WorldCat)
- **Hand search:** online and printed databases (for instance Nordoff-Robbins Evidence Bank "Account 4 – Children and Families")

Barbara.Krantz@han.nl

11

Systematic Review (1)

A total of 49 international studies has been identified providing evidence for the effectiveness of parent-infant music therapy. Forty-five of these studies origin from the last 10 years.

	Studies	Level of evidence				
		A	B	C	D	E
		Reviews and Meta analysis	Randomized controlled trial	Clinical controlled trial	Clinical uncontrolled trial	Expert opinion, descriptive study
Total	49	6	3	6	8	26

Barbara.Krantz@han.nl

12

Systematic Review (2)

- Neonatal Intensive Care Units (NICU): 11 references.
- Early Intervention: 19 references.
- Families at risk: 7 references.
- Child and Family Psychiatry: 11 references.
- Palliative Care: 2 references.
- Other fields: 2 references.

Barbara.Krantz@han.nl

13

Systematic Review (3)

- PIM is **indicated** for young children with physical, mental and behavioural issues, and for families at-risk with young children. Music therapy reaches families with high risk status and shows good outcome with low parental education level.
- PIM has **significant beneficial effects** on child development and behaviour, parenting skills, parental wellbeing, and parent-child interaction and relationship.

Barbara.Krantz@han.nl

14



Best Practice

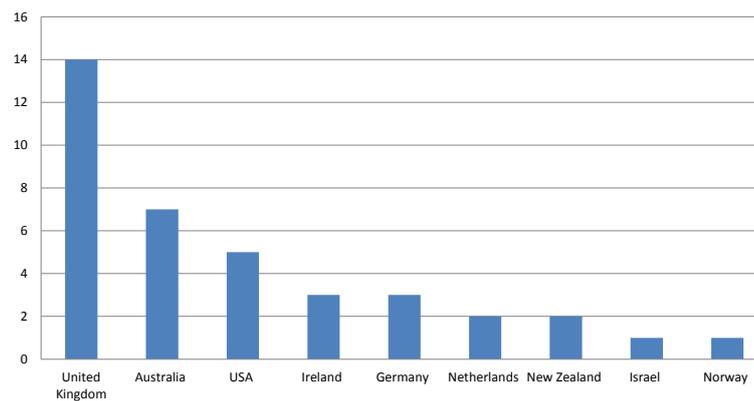
- **Wo?**
- **Für wen?**
- **Welche Ziele?**
- **Setting**

Barbara.Krantz@han.nl

15

Best Practice: wo?

Publications sorted by country



Barbara.Krantz@han.nl

16

Best Practice: für wen?

Individual (dyadic) setting:

- **Families at-risk** (Pasiali, 2012)
- **Children with disabilities or developmental delay** (Rickson, 1995; Voigt, 2001; Gilboa & Roginsky, 2010; Stumptner & Thomsen, 2006; Horvat & O'Neill, 2008)
- **Children with Autism Spectrum Disorder** (Walworth, 2012; Jones & Oldfield, 1999; Oldfield, 2006a; Oldfield, 2011; Thompson, 2012)
- **Families after adoption** (Drake, 2011; Salkeld, 2008)
- **Irritable babies** (Lenz, 2000)
- **Children with a psychiatric disorder** (Snijders, 2012)
- **Depressive mothers** (Levinge, 2011)

Barbara.Krantz@han.nl

17

Best Practice: für wen?

Multi-family setting:

- **Families at-risk: Sing & Grow or similar programs** (Abad & Williams, 2006; Abad & Williams, 2007; Nicholson, Berthelsen, Williams, Abad, Bradley, 2008; Nicholson, Berthelsen, Williams, Abad, 2010; Williams, 2010; Abad, 2011; Ledger, 2011; Cunningham, 2011; Drake, 2008; Kelly, 2011)
- **Children with challenging behaviour or psychiatric background** (Oldfield & Bunce, 2001; Oldfield, 2006b)
- **Parents with parenting problems due to their own biography** (Oldfield & Bunce, 2001; Oldfield, 2006b)
- **Mothers in difficult life situations** (Trolldalen, 1997)
- **Inclusive groups for children with and without disabilities** (Standley, Walworth, Nguyen, 2009; Schwartz, 2009; Florida State University, 2009; Burrell, 2011)

Barbara.Krantz@han.nl

18



Best Practice: für wen?

Mixed setting:

- **Marginalized families** (Drake, 2008)
- **Pre-school children with disabilities** (Davies & Rosscornes, 2011; Archer, 2004)
- **Children with Autism Spectrum Disorder** (Woodward, 2004)

Barbara.Krantz@han.nl

19

Best Practice: welche Ziele?

Goals:

- **Child development, child behaviour**
- **Parental skills, parental well-being**
- **Parent-child relationship**

- **Parent-child bonding?**

Barbara.Krantz@han.nl

20

Best Practice (6)

Methods (Bruscia, 1998):

- Re-creating (songs)
- Improvising (on small instruments)
- Listening (to quiet music)

Others:

- Dance- and movement activities, physical touch
- Props like balls, toys, cushions, cloths
- Story-telling
- Booklet and CD for home use

Barbara.Krantz@han.nl

21

Best Practice (7)

Techniques (Bruscia, 1998; Wigram, 2004):

- Modelling, Enabling
- Mirroring, Musical and Verbal Reflecting (in individual settings only)
- Holding (in individual settings only)
- Structuring, Rhythmic Grounding, Tonal Grounding, Harmonic Grounding, Frameworking
- Engaging parent and child: Sharing Instruments, Giving, Making Spaces
- Verbal: positive feedback, praise, encouragement

Barbara.Krantz@han.nl

22



Best Practice (8)

Musical material:

- Small (percussion) instruments for children
- Guitar or piano accompaniment by therapist
- Mostly simple melodic and harmonic structures
- Rhythm and tempo varies and is paced to the participants' needs
- Timbre and voice expression according to infant-directed singing

Barbara.Krantz@han.nl

23

Best Practice (9)

Repertoire:

- Greeting and goodbye songs, integrating the participants' names
- Traditional songs
- Original songs
- Improvised songs
- Songs for skill exercising
- Improvisational play

Barbara.Krantz@han.nl

24

Best Practice (10)

Assumptions:

- Greeting and goodbye songs mark the limits of the session.
- Traditional songs offer a secure base and promote participation and vocal expression.
- Lullabies and quiet music foster bonding.
- Action songs support concentration, motor skills and concept comprehension.
- Skills and knowledge can be trained by songs.
- Instrumental play supports motor development and concept comprehension.
- Improvisational play and musical games support development of social behaviour.

Barbara.Krantz@han.nl

25

Best Practice (11)

Attitude:

- Supportive: music therapist is a facilitator, promoter, collaborator, consulter.
- Positive and strengths-oriented: empathic, accepting, respectful, non-judgemental, encouraging.
- Playful.
- Non-directive in individual settings (sometimes directive), more directive in group settings.
- In individual settings: music therapist is the helpful third person / third generation: nurturing, holding, containing.

Barbara.Krantz@han.nl

26



Best Practice (12)

Recommendation:

- Musical material should be offered within a predictable framework (session structure or musical structure).
- Music should include simple structures and clear contrasts.
- Transitions should be marked by songs.
- Rhythm should be used to support interaction.
- Quiet music and variation in rhythm and tempo should be used to support bonding.

Barbara.Krantz@han.nl

27

Theory (1)

Efficacy of the intervention is underpinned by:

- **Developmental psychology: Stern (development of the Self), Bowlby, Ainsworth (attachment), mother-infant interaction (Trevarthen)**
- **Behavioural theory**
- **Family therapy**

Barbara.Krantz@han.nl

28

Theory (2)

Efficacy of different elements is underpinned by:

- Musical development of children
- Musical features of parent-infant communication
- Neurological music therapy

Barbara.Krantz@han.nl

29

Diskussion

Discussion:

- Attachment?
- “One size fits all”?

Barbara.Krantz@han.nl

30



Musik – Bindung – Familie

Musiktherapie als bindungsförderndes Element in der Arbeit mit depressiv erkrankten Eltern und ihren Kindern

Gertrud Hopster

Dipl.-Musiktherapeutin, Familientherapeutin, Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutin TP i.A.; derzeit tätig im LVR-Klinikum Düsseldorf in der Kinder und Jugend-, sowie der Erwachsenenpsychiatrie

Bindungstheorie

- Von Bowlby begründet und von Ainsworth und anderen weiterentwickelt
- Empirische Studien zeigen, wie sich innerhalb der Mutter-Kind-Beziehung unterschiedliche Bindungstypen beim Säugling herausbilden
- Eigenständiges, biologisch vorgegebenes, autonomes Bindungssystem
- Bindungsstil hat langfristige Auswirkungen auf die emotionale, kognitive und gesamte psychosoziale Entwicklung des Kindes
- Das Bindungsverhalten ist charakterisiert durch unterschiedliche „innere Arbeitsmodelle“

Mentalisierung

bedeutet in der Psychologie die Fähigkeit, das eigene Verhalten oder das Verhalten anderer Menschen durch Zuschreibung mentaler Zustände zu interpretieren, wobei nicht nur auf das Verhalten des Gegenübers eingegangen wird, sondern auch auf die eigenen Vorstellungen über dessen Überzeugungen, Gefühle, Einstellungen, Wünsche, die dem Verhalten zugrunde liegen. Mentalisierung versucht, am Verhalten des Gegenübers abzulesen, was in deren Gedanken und Emotionen abläuft, sodass es auch möglich ist, das eigene Erleben und Handeln reflexiv zu erfassen. Kurz gesagt:

Sich selbst von außen und den anderen von innen zu sehen.

In der Mentalisierungstheorie von Fonagy und Target wird die Entwicklung des Fühlens und Denkens vor dem Hintergrund der zwischenmenschlichen Interaktionen betrachtet. Zum Erwerb der Mentalisierung wird in diesem Konzept die Bindungsforschung mit der entwicklungspsychologischen Theory-Of-Mind verbunden. Die Mentalisierungstheorie beschreibt ein Modell, wonach sich die Fähigkeit zu mentalisieren stufenweise entwickelt und dabei von den Bindungs- und Beziehungserfahrungen abhängig ist.

Um zu erklären, wie Kinder diese Fähigkeit entwickeln, greifen Fonagy und Target auf das entwicklungspsychologische Modell der **Affektspiegelung** zurück.

Die Mentalisierung entwickelt sich in mehreren Schritten über die **Markierung**. Mütter zeigen intuitiv eine übertriebene Version des Gefühlsausdrucks, den sie an ihrem Kind wahrnehmen. Durch diese Markierung sorgen sie dafür, dass der Säugling ihre affektspiegelnden Emotionsausdrücke von ihren realistischen Emotionsausdrücken unterscheiden kann. Sie werden somit vom Sender der Emotion entkoppelt, gleichzeitig verankert der Säugling den wahrgenommenen Affekt als seinen Eigenen, als Ausdruck seines eigenen Selbstzustandes. Die **Urheberschaft** ist zentral für das Selbsterleben. In entwicklungspsychologischen Studien kristallisierten sich fünf Phasen:

1. Die physische Phase (ab Geburt)
2. Die soziale Phase (insbesondere ab 3. Monat)
3. Die teleologische Phase (ab 8 Monaten)
4. Die intentionale Phase (ab ca. 2 Jahren)
5. Die repräsentationale Phase (ab ca. 4 Jahren)



Psychische Äquivalenz (1,5 bis 4 Jahre)

Gedanke und äußere Wirklichkeit werden nicht unterschieden (Wort = Gedanke = Realität). Innere Zustände, wie Gedanken, Wünsche, Ängste werden als real erfahren.

Als-Ob-Modus (1,5 bis 4 Jahre)

Die Gedanken, Motive und Ängste sind (wie im Spiel) von der Realität getrennt.

Reflexiver Modus (ca. ab 4. bis 5. Lebensjahr)

Der reflexive Modus integriert die vorher nebeneinander existierenden Modi. Er ermöglicht ein Nachdenken über das eigene Selbst und über das vermutete Innenleben anderer Menschen. Unterschiedliche Perspektiven werden anerkannt, und falsche Überzeugungen werden bei sich und anderen mit einbezogen.

Bindungstypen

Fremde Situation

Kind wird kurzzeitig von der Mutter getrennt und mit einer fremden Person im Raum gelassen. Beobachtet wird das Verhalten des Kindes, wenn die Mutter wieder den Raum betritt. Anhand dieser Untersuchung wurden zunächst drei, später vier Bindungstypen festgelegt.

Bindungstypen	Beschreibung	Verhalten in der Testsituation	Zugehörige Gruppen elterlicher Bindungsrepräsentanz
Sichere Bindung B-Typ	Kinder können Nähe und Distanz der Bezugsperson angemessen regulieren.	Sie sind kurzfristig irritiert und weinen ggf., wenn die Bezugsperson den Raum verlässt, lassen sich jedoch von der Testerin trösten und beruhigen sich schnell wieder; sie spielen im Raum auch mit der Testerin; laufen der Bezugsperson bei deren Wiederkehr entgegen und begrüßen diese freudig.	Autonom – sicher Die Erwachsenen erzählen auf offene, kohärente und konsequente Weise von ihren Kindheitserinnerungen und zeigen Reflexionsfähigkeit. Positive wie negative Beispiele werden in ein insgesamt wertschätzendes Gesamtbild integriert.
Unsicher-vermeidend A-Typ	Die Kinder zeigen eine Pseudounabhängigkeit von der Bezugsperson. Sie zeigen auffälliges Kontakt-Vermeidungsverhalten und beschäftigen sich primär mit Spielzeug im Sinne einer Stress-Kompensationsstrategie.	Sie wirken bei der Trennung von der Bezugsperson unbeeindruckt; sie spielen auffallend oft für sich allein; bei der Wiederkehr der Bezugsperson bemerken sie diese kaum oder lehnen sie mittels ignoranten Verhaltens ab.	Bindungsdistanziert Erwachsene geben unvollständige und inkohärente Angaben über ihre Erfahrungen mit häufigen Lücken, wenn es um konkrete Ereignisse geht. Bindungspersonen werden idealisiert oder entwertet, um schmerzliche Erinnerungen abzuwehren.

Bindungs- typen	Beschreibung	Verhalten in der Test- situation	Zugehörige Gruppen elter- licher Bindungsrepräsentanz
Unsicher- ambivalent C-Typ	Diese Kinder verhalten sich widersprüchlich-anhänglich an die Bezugsperson.	Sie wirken bei der Trennung massiv verunsichert, weinen, laufen zur Tür, schlagen gegen diese und sind durch die Testerin kaum zu beruhigen. Bei Wiederkehr der Bezugsperson zeigen sie abwechselnd anklammerndes und aggressiv-abweisendes Verhalten und sind nur schwer zu beruhigen.	Bindungsverstrickt Die Erwachsenen erzählen ausufernd und in oft ärgerlicher Art über erlebte Konflikte mit ihren Bezugspersonen, als wenn es erst gerade passiert wäre. Sie wirken verstrickt und schwanken zwischen positiven und negativen Bewertungen hin und her, ohne es zu merken.
Desorga- nisierte Bindung D-Typ	Die Kinder zeigen deutlich desorientiertes, nicht auf eine Bezugsperson bezogenes Verhalten.	Hauptmerkmal solcher Kinder sind bizarre Verhaltensweisen wie Erstarren, Im-Kreis-Drehen, Schaukeln und andere stereotype Bewegungen; daneben treten (seltener) Mischformen der anderen Bindungsmuster, wie beispielsweise gleichzeitiges intensives Suchen nach Nähe und deren Ablehnung auf.	Ungelöste Trauer In separaten Auswertungen dieser Gruppe berichten die Erwachsenen teilweise irrational über traumatische Ereignisse (Verlust- oder Missbrauchs Erfahrung), die bisher emotional nicht verarbeitet wurden. Sie wirken dabei inkohärent und desorganisiert (Verwechslung von Zeit und Raum, extrem lange Schweigepausen, ungewöhnliche Details).

Depression

Ca. jede 4. Frau und jeder 8. Mann erkranken im Laufe des Lebens an einer Depression. Die Depression stellt kein homogenes Krankheitsbild dar. Aufgrund der Heterogenität der Symptome geht man von einer multifaktoriellen Erklärungsgenese aus, bei der sowohl physiologische bzw. neurobiologische, psychologische als auch soziale Faktoren eine Rolle spielen.

Auf **psychosozialer Ebene** ist die Entstehung einer depressiven Störung häufig mit einschneidenden Belastungen (z.B. Verlusterlebnissen), Persönlichkeitsfaktoren (z.B. Introvertiertheit, negative Selbstsicht) und Verhaltensmustern (wie z.B. Vermeidung sozialer Interaktionen) eng verknüpft.

Einzelne belastende lebensgeschichtliche Ereignisse oder Persönlichkeitsfaktoren können aber noch keine depressive Störung auslösen. Es bedarf zusätzlich einer individuellen Vulnerabilität für Depressionen, die auf **prädisponierenden biologischen Faktoren** beruht. Studien weisen auch auf eine genetische Disposition für depressive Störungen hin, da depressive Störungen familiär gehäuft auftreten.



- Hauptsymptome:** Depressive Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Antriebsmangel
- Zusatzsymptome:** Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Gefühle von Schuld und/oder Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken oder -Handlungen, Schlafstörungen, verminderter Appetit.

Psychodynamik nach Rudolf

Zentrales Persönlichkeitsmerkmal von zu Depressionen neigenden Menschen ist eine ungenügende Verarbeitung des depressiven Grundkonfliktes von Bindungswunsch und Autonomiestreben bzw. -angst.

Dieser Grundkonflikt kann regressiv (phobisch, gehemmt, anklammernd) oder (pseudo-)progressiv (narzisstisch, schizoid, zwanghaft-autonom) verarbeitet werden. Hier finden sich Parallelen zum ängstlich-ambivalenten bzw. vermeidenden Bindungsstil bei Kindern.

Konzept musiktherapeutische Angehörigenarbeit mit Kindern von depressiv Erkrankten

- Indikation:** Depressiv Erkrankte im stationären oder teilstationären Setting mit ihren Kindern.
- Kontraindikation:** schwere depressive Episode (auf Wunsch können die Kinder ohne Elternteil kommen).
- Ziel:** Psychoedukation, positive Beziehungserfahrung, Mentalisierung fördern
- Vorbereitung:** Patientinnen/Patienten ist das musiktherapeutische Verfahren bekannt. Patientinnen/Patienten werden auf die Therapie vorbereitet, mögliche Wünsche und Anliegen werden besprochen, Patientinnen/Patienten laden ihre Kinder ein
- Arbeitsweise:** Aktiv; strukturierte musiktherapeutische Interventionen, reduziertes Instrumentarium, vorwiegend Trommeln, ressourcenfördernd, Therapeut in aktiver interaktionaler Rolle in Modellfunktion.
- Dauer:** 1-3 Termine bis zu 60 Min., bei auffälliger Interaktion oder bei auffälligen Kindern Empfehlung weiterer Hilfsmöglichkeiten.

Literatur

- Ahnert, Lieselotte (Hrsg.): Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. Verlag Ernst Reinhardt, München 2004
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2002): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta
- Fonagy, Peter: Bindungstheorie und Psychoanalyse. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 2006
- Frohne-Hagemann, Isabelle, Pleß-Adamczyk, Heino (2005): Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter, Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD-10. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht
- Leichsenring, Falk (Hrsg.): Das große Lehrbuch der Psychotherapie. Bd 2. Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie CIP-Medien-Verlag 2004
- www.wikipedia-bindungstheorie.de
- www.wikipedia-mentalisierung.de

TagTraumTherapie

Wie kann Fantasie dazu beitragen

Bindung wiederherzustellen

Emilia de Gruijter



Dipl. Dramatherapeutin und systemische Therapeutin (reg. NL), und Dipl. Supervisorin (reg. NL); Ausbildung Katathym Imaginaire Psychotherapie (KIP) und Voice Dialogue (VD); Derzeit tätig in eigener Praxis, als Dozentin und Supervisorin an der Hochschule Arnheim/Nimwegen. Arbeitsschwerpunkt: Traumatisierung und Bindungsprobleme.



Vorgeschichte

Angela hat im Alter von zweieinhalb Jahren miterlebt, wie ihr Vater versucht hat ihre Mutter mit Messerstichen um zu bringen.

Angela lag während der Tat neben ihrer Mutter im Bett und musste von der Polizei geweckt werden. Sie hat ihre Mutter blutüberströmt im Bett liegen sehen.

Drei Jahre später wird Angela zur Spieltherapie angemeldet. Angela wohnt mittlerweile in einer Pflegefamilie und sieht ihre leiblichen Eltern unter Aufsicht.

Sie wird bei der Spieltherapie angemeldet weil sie sehr verschlossen ist und sich nicht an die Pflegeeltern binden kann. Sie benötigt viel Bestätigung und kann manchmal Tagelang böse sein.

Im Kontakt mit anderen Kindern ist sie sehr auf sich selbst gerichtet und hat Schwierigkeiten Kontakt aufzubauen und diesen zu halten.

Therapieverlauf

Angela ist 8 Jahre, als sie zum ersten Mal zu mir kommt. Der erste Tagtraum ist ein Baum der von mir zu Indikationszwecken genutzt wird.



Angela sieht einen Lakritzbaum mit einem schwarzen Stamm und braunen Blättern, der instabil im Boden verankert ist. Sie legt Steine dazu; weiße, graue und schwarze. Und auch Blumen. Sie sieht eine Lakritzblume die in braunem Schlammwasser steht. Hier legt sie auch ein paar Blumen außen herum.

Angela kommt ursprünglich aus Suriname und beschäftigt sich mit ihrer dunklen Hautfarbe. Sich nicht verbinden können bzw. labil sein, kommt somit schnell an die Oberfläche. In der Literatur spricht man von „bodenlosen Kindern“ wobei Bemühungen oft ins Leere fallen und bei den Kindern selbst zu nichts führen. Eine gute Basis muß entwickelt werden bevor man bei diesen Kindern ein Resultat sehen kann. Angela bringt diesen Prozess aus eigener Initiative in Bewegung.

Die Tatsache, dass sie aktiv ist und in ihrem ersten Traum schon positive Aktivitäten mit einbezieht ist ein gutes Zeichen. Wachstum scheint möglich zu sein. Sie bedeckt den Boden mit Steinen und Blumen. (Phase 1)

Angela malt ausgiebig und sorgfältig und möchte die Zeichnungen ihrer Mutter und der Lehrerin zeigen. Hierbei wird sichtbar, dass kein oder nur wenig Unterschied zwischen den zwei Bezugspersonen gemacht wird. Eigentlich möchte sie die Zeichnung jedem zeigen, den es interessiert.

Die Mutter erzählt, dass sie zum ersten Mal Farben in ihren Zeichnungen verwendet, was als positiv gewertet werden kann. Eine Indikation für TagTraumTherapie ist damit gegeben und die Therapie wird wöchentlich eingeplant.

Die Weide – Sie sieht einen Baum, einen normalen Baum.

„Normal“ ist ein Wort was oft bei Kindern vorkommt, die eine schlechte Bindung erfahren haben. In Folge dessen kann sich das Differenzierungsvermögen schlecht bzw. nicht entwickeln.



Hinter dem Baum ist ein Strand mit Muscheln. Mama, Papa und ihre Pflegeschwester sind auch dort. Mama sonnt sich. Die Patientin geht mit ihrem Papa und der Pflegeschwester spazieren. Das Wetter wird immer besser.

Themen die hier akut sind: Sicherheit innerhalb der Pflegefamilie suchen. Sie zeichnet sich selbst ganz schwarz und ihre Eltern weiß. Dann sollen die Menschen ausgeschnitten werden. Ihre Loyalität mit ihren leiblichen Eltern und die Konfrontation mit ihrem „anders-sein“ ist noch zu groß. In der Therapie wird dies sehr wichtig, da es ein Zeichen dafür ist, dass sie jetzt differenziert. Darum wird das Ausschneiden und dafür etwas Anderes darauf kleben weiter stimuliert.



Der Berg

Ein Hügel mit einem Baum in Blüte auf der rechten Seite links ein Gemüsegarten. Der Baum wird dann ein Apfelbaum mit vielen Äpfeln. Ein Pferd kommt und sie essen zusammen Äpfel, machen Saft und Mus. Das Pferd trinkt aus einem Fluß.



Das Pferd fungiert als Hilfestellung. Für alle Kinder und vermehrt für Kinder mit schlechter Bindung, sind Hilfestellungen sehr wichtig. Winnicot spricht über das „transitionelle Objekt“, ein Objekt, meist ein Kuscheltier ohne das ein Kind nicht schlafen kann. Zum Trost ersetzt das Kuscheltier die Mutter oder den Vater.

Das Thema „ernähren/nähren“ spielt in diesem Tagtraum eine bedeutende Rolle. Das ist ebenfalls sehr wichtig: Sie wird tatsächlich kräftiger (Phase 1). In der Therapie liegt das Hauptaugenmerk darauf ob etwas hängen bleibt, die Basis stark genug ist und ob die „Nahrung“ die sie bekommt auch auf fruchtbaren Boden fällt. Bei Angela ist dies deutlich der Fall.

Während des Malens wird das Pferd ein Tiger und die Patientin knurrt und hat Spaß. Sie tritt in Kontakt mit ihrer eigenen Kraft und ihrem Gefühl.

Der Fluss-Tümpel

Die Entenmutter brütet. Angela füttert eine Ente. Sie bewahrt den Abstand, da die Entenmutter sonst beißen würde. Vater darf der Mutter etwas Brot geben. Die Enten haben verschiedene Farben. Der Entenmutter ist nicht zu vertrauen und muß auf Abstand gehalten werden. Der Vater ist nicht im Bild und nur im Zusammenhang mit der Entenmutter mit einbezogen.



Sie spielt nun mit ihrer Vorgeschichte und scheint diese (be)greifen zu können. Die Tatsache, dass die Enten verschiedene Farben haben lässt darauf schließen, dass die Patientin differenziert. Thema ist nähren und differenzieren.

Während des Zeichnens entsteht Raum für Gefühle und das Erleben. Die Enten strecken sich gegenseitig die Zungen heraus, spielen und kämpfen. Strenger Vater und verständnisvolle Mutter. (Phase 2)

Sie erzählt in der Therapie auch über Konflikte mit ihrer Pflegeschwester und sie möchte ein Gutenachtküsschen. Sowohl in der Therapie als auch außerhalb wird sie ruhiger.

Höhle

Zwei Familien, Hunde und Kaninchen, Abgrenzung mit hölzernen Pfählen. Sie verstehen sich gut.



Während der Tagträume ist jetzt viel Widerstand spürbar. Sie nimmt den Streit mit mir auf. Beim Malen möchte sie Blut auf die Kaninchen zeichnen. Eine Woche später müssen noch mehr Wunden und Blut gezeichnet werden. Angela versorgt die Wunden mit Salbe.

Das Trauma ist nun deutlich anwesend in ihren Tagträumen. Wenn ich sie auf das Blut anspreche, ist es fast wieder verschwunden. Dadurch wird für mich deutlich, dass Angela es wichtig findet es symbolisch zu belassen.

Haus

Oft ist zu beobachten, dass beim Dissoziieren bestimmte Wahrnehmungen intakt bleiben. Bei Angela scheint das der Geruchssinn zu sein.

Sie tagtraumt ein Haus. Plötzlich ist sie dann im Schlafzimmer. (Eigentlich passiert



das beim Tagträumen nie, dass sich jemand plötzlich irgendwo befindet.) Dort ist ein schneeweißes Bett. Orange, nein, grauer Teppich. Hieraus ist ihr innerlicher Kampf zu sehen.

Es ist ihr Haus und sie hat Tiere und ein dreijähriges Kind. Sie malt Blumen vor dem Fenster und eine große, rote Tulpe. Sie trinkt Wein, dann Tee und das Baby trinkt Milch. Jetzt geht es um Geborgenheit, Kind sein. Aussen ein dreckiger Kanal am Rand der nach Rost riecht. (Und Rost riecht nach Blut).



Lieblingstier

Erst ein Pferd das dann ein Löwe wird (innere Hilfestellung). Viele Menschen, zwei Familien, wohnen in einem Haus. Ein Mädchen versteckt sich und schläft. Hat einen Schleier vor dem Mund. Der Löwe knurrt und sagt: „wauw“. Das Kind erschreckt sich und sagt „ooh“. Die anderen Kinder sagen „ssst“. Sie genießt. Alles ist erlaubt. Farbenfroh und offen. (Phase 3, Das Abenteuer)



Auch außerhalb der Therapie geht es Angela gut. Zu Hause ist sie offener und hat Freundinnen in der Schule. Regelmäßig wählt sie in der Therapie das Telefon aus und spielt, dass wir uns in der Zukunft unterhalten. Sie sagt dann, dass es ihr gut geht und sie nicht mehr die Schuldige ist.

Das Schuldgefühl ist oft auffällig bei Bindungsstörungen und Traumabehandlung und verdient daher viel Aufmerksamkeit. Aber auch der Abschied ist von großer Bedeutung. Bei Bindungsproblemen ist die therapeutische Haltung oft durch ein gutes Verhältnis zwischen Abstand und Nähe gekennzeichnet. Mehr als bei anderen Problematiken. Man muss sich gut auf das Kind einstellen und es dort abholen wo es sich gerade befindet.

Bei Angela habe ich viel Abstand gehalten und war nur eine „Figur“ in ihrem Leben, die sich für kurze Zeit eingeschaltet hat. Es sollte ihr nicht unnötig erschwert werden mich wieder los zu lassen. Darum ist Psychoedukation auch so wichtig, sodass Kinder und Versorger wissen wer du bist, was du machst und mit welchem Ziel. Klar und deutlich.

Ihren letzten Traum darf sie sich selber aussuchen. Sie träumt vom „zwarte Piet“ auf dem Dach. Es ist Ende November. Er bringt 4 Geschenke. Für jeden eins.

Ein guter Abschluß für einen „warmes Nest“ Traum.

Bildthemen, die Bindungsstile verdeutlichen können

Brigitte Biebrach-Schmitt



Brigitte Biebrach-Schmitt, Jg. 1953

Kunstpädagogin, Kunsttherapeutin (grad., DFKGT), EMDR Therapeutin

NLP Coach, Seit 1994 LVR Klinik Mönchengladbach, Tätig in freier Praxis, Dozentin berufliche Weiterbildung Kunsttherapie

Bindungsstile offenbaren sich ganz nebenbei in kunsttherapeutischen Prozessen. Sollen individuelle Bindungsstile gezielt beschrieben werden, z. B. bei der Entwicklung von Behandlungsstrategien, können spezielle Themenstellungen angeboten werden. Im Workshop werden diese Themen vorgestellt, bearbeitet und ihr Einsatz reflektiert.



Kunsttherapie (Workshop)

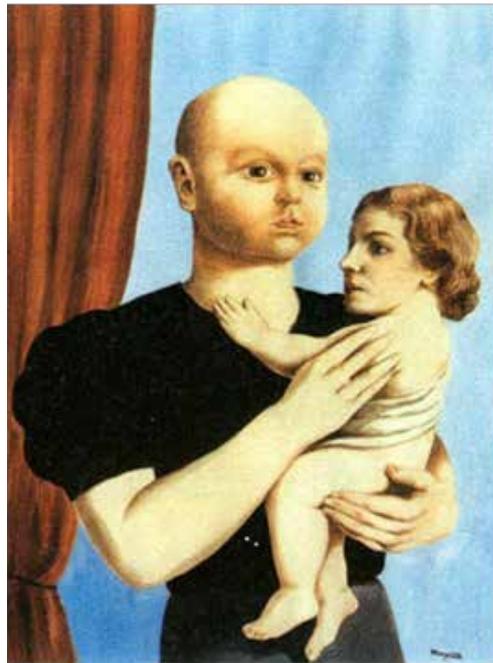


Abb.1: René Magritte: „Der Geist der Geometrie“, 1937 © VG Bild-Kunst, Bonn 2015

Bindungsstile offenbaren sich ganz nebenbei in kunsttherapeutischen Prozessen. Sollen individuelle Bindungsstile gezielt beschrieben werden, z.B. bei der Entwicklung von Behandlungsstrategien, können spezielle Themenstellungen angeboten werden und in die prozessuale Diagnostik einfließen. Im Workshop wurden diese Themen vorgestellt und von den Teilnehmenden ausprobiert und gemeinsam reflektiert. Sehr viele^{1, 2} Patientinnen/Patienten werden im psychiatrischen Krankenhaus aufgenommen, die in ihren frühen Bindungserfahrungen und/oder durch spätere Traumatisierungen verletzt worden sind. Dieser Schmerz und die Folgen für die Selbststeuerungsprozesse wiederholen sich in der aktuellen Krise.

Vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung der Bindungstheorie für die Entwicklung von Behandlungsstrategien könnte ein frühzeitiger Hinweis auf den Bindungsstil der Patientin aus der Kunsttherapie hilfreich sein. Sich wiederholende einfache Themen zu Beginn der Therapie könnten den therapeutischen Blick schärfen für eine vergleichbare bildliche Art und Weise der individuellen Regulierung von Nähe und Distanz, der Bedürftigkeit nach Nähe und Flucht davor. Dafür entwickelte ich einige Monate vor der Tagung 2 Themen auf der Basis von Schablonen, die den Patientinnen und Patienten zu Therapiebeginn seither in einem fortlaufenden Versuch angeboten werden.

Krisen aktivieren Bindungsverhalten

Ängste, Verzweiflung, Grundeinsamkeit, tief niedergeschlagene Reaktion, das Erleben inneren Chaos und häufig äußere existentielle Not lösen zu Beginn der Behandlung vor allem das Bedürfnis nach Sicherheit und Schutz aus. Das sichernde Bindungsverhalten unserer Patientinnen und Patienten ist bei Aufnahme aktiviert. Die unterschiedlichen Ausprägungen in der Beziehungsgestaltung – unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent oder desorganisiert/desorientiert bei Kindern und auf Erwachsene bezogen abweisend/distanziert, anklammernd/abhängig, aufgelöst/desorganisiert³ – zeigen sich dann im Behandlungsverlauf.

- 1 Abilgaard, Peer: „Stabilisierende Psychotherapie in akuten Krisen“, 2013, Klett-Cotta, S. 110: ‚Weit mehr als die Hälfte derjenigen, die in psychiatrischen Kliniken und Kriseninterventionszentren Hilfe suchen, haben eine traumatisch belastete Biographie. Nach einer Stichprobe in unserer Klinik berichten sogar bis zu 80% der Patienten über körperliche Gewalt und/oder sexualisierte körperliche Gewalt und/oder emotionale Vernachlässigung.‘
- 2 Grawe, Klaus: „Neuropsychotherapie“, 2004, Hogrefe, S.361: ‚Von 528 von Schauenburg und Strauss (2002) untersuchten stationären Psychotherapiepatienten hatten über 90% einen unsicheren Bindungsstil.‘
- 3 Siegel, J. Daniel: „Wie wir werden die wir sind“, 2010, Jungfermann, S. 91: ‚Klassifizierungen des Erwachsenen-Bindungs-Interviews (Adult Attachment Interview – AAI) und entsprechende Muster in der Fremden Situation (Infant Strange Situation)‘

Nehmen wir Bilder der Patientinnen/Patienten, die u.a. auch ihren Bindungsstil spiegeln aus der Perspektive der Folgen von Bindungsstörungen wahr, ergeben sich für die Behandlungsplanung unterschiedliche Aspekte: beim abweisend/distanzierten Bindungsstil würde besonders auf den Vertrauensaufbau geachtet und die ausgeprägte Vermeidungstendenz berücksichtigt. Beim anklammernd/abhängigen Bindungsstil läge der Fokus auf der Förderung von Autonomie bei gleichzeitiger Würdigung starker Bindungswünsche und dem zugehörigen Ambivalenzerleben – ohne die Patientin dabei zu überfordern. Beim unaufgelöst/desorganisierten Bindungsstil könnte die Einübung emotionaler Regulationsfähigkeit und Ansätze von Traumabewältigungsstrategien frühzeitiger in Angriff genommen werden. Die gleichzeitige Erarbeitung von Ressourcen sollte die Selbstheilungskräfte der Patientinnen/Patienten von Anfang an stärken⁴.

Kontext und Basis

Ich arbeite hauptsächlich mit Gruppen, an denen ca. 8 erwachsene Patientinnen und Patienten teilnehmen. Die diagnostizierten Störungen bewegen sich vorwiegend im affektiven Bereich. Persönlichkeitsstörungen und/oder schwere Traumafolgestörungen sind häufig. Es sind keine individuellen Erstgespräche in der Kunsttherapie vorgesehen. Themen, ob inhaltlich gebunden oder auf ein bestimmtes Material bezogen und frei, werden mit den Patientinnen/Patienten in einem gemeinsamen Vorgespräch individuell besprochen. Die Einzelarbeit in der Gruppe überwiegt vor gruppenbezogenen gemeinsamen Aufgaben. Behandlungsziele wie z.B. Selbstwertsteigerung oder Selbstberuhigung aus den ärztlich-psychologischen und pflegerischen Dokumentationen verbinden sich mit den Entwicklungsaufgaben, die sich den Patientinnen/Patienten aus ihren Bildern heraus stellen. Sie spüren und erkennen aus ihrem Bild, dem Gestaltungsprozess und der gemeinsamen Nachbesprechung nicht nur ihre Bedürfnisse, sie nähern sich über das Bildhafte auch leichter ihrer intrinsischen Motivation. Mit der Beachtung und Würdigung des Ambivalenzerlebens und der motivationalen Folgen ist eine echte Zielentwicklung erst möglich.

Das Bild spiegelt neben der Bindungserfahrung auch das aktuelle Erleben und Wünschen in der Krise. Insbesondere aus diesen Wünschen der Patientinnen und Patienten können Ressourcen erarbeitet werden. Über die metaphorische Brücke der klinischen Alltagserfahrung wird meist schon eine Winzigkeit dieses Wunsches real erfüllt erlebt. Nach diesen Winzigkeiten frage ich in der Nachbesprechung. Meine Einfühlung, mein Mitfühlen und der innere Suchlauf nach der passenden Intervention/Reaktion ist in der direkten Begegnung mit der Patientin und vor allem in der Resonanz auf das Patientenbild sofort aktiviert.

Der Versuch eines behutsamen Beginns

Um neuen Patientinnen/Patienten in der kunsttherapeutischen Gruppe möglichst viel Sicherheit zu geben, frage ich nach Fremdheit oder Vertrautheit mit dem Malen und nach dem Wunsch sich von belastenden Gefühlen zu distanzieren. Ich betone ausdrücklich, wie unterschiedlich jede Herangehensweise ist und dass jede Form- und Farbgebung richtig ist, es kein „falsch“ gibt. Zudem stelle ich in Aussicht, dass in der Kunsttherapie von Anfang an nach individuellen Kraftquellen geforscht wird. Patientinnen/Patienten

⁴ Von Wachter, M.: „Ressourcenaktivierung bei stationärer Psychotherapie“, in Zeitschr.: „Psychotherapie im Dialog“, 1, 2013, S. 36: „Ein ressourcenaktivierendes Team blendet dabei nicht die störungsspezifische Pathologie aus, vielmehr wird den Ressourcen und Selbstheilungskräften der Patienten systematisch mehr Aufmerksamkeit geschenkt. <Es> ... ließe sich sagen, Therapeuten leben mit der Notwendigkeit, 2 Hüte zu tragen.“



mit Angst vor der Herausforderung „Kreativität“ brauchen viel Unterstützung, um sich auf das Malen einzulassen. Selbst, wenn sie es gewohnt sind und gerne tun, verursacht ein häufig gnadenloser Perfektionismus schon während der Gestaltungsphase negative selbstentwertende Kognitionen und entsprechende Emotionen. Oder Patientinnen sind trotz aller Vorsichtsmaßnahmen emotional so schnell belastet durch ihr eigenes Bild, dass ein frühzeitiges Eingreifen in den Gestaltungsprozess notwendig wird. Mit Feinfühligkeit wird der Leistungsdruck thematisiert oder ein Distanz fördernder Materialwechsel oder eine Veränderung der Gestaltung oder z.B. das Abdecken von Schwierigem mit der Patientin besprochen. Durch das responsive Eingehen auf Signale von Angst und Frustration wird der Bindungsaufbau in der Beziehungsaufnahme gefördert⁵. Vertrauen wächst z.B. auch durch einen kurzen Einzelkontakt von wenigen Minuten, während die Gruppe schon arbeitet. Hier wird auch festgestellt, ob z.B. das reine Ausmalen von Vorlagen aus dem Naturkundebuch oder das Beruhigungsmalen⁶ doch ein besserer Einstieg sein könnte, wenn Patientinnen unter starker innerer Unruhe leiden oder eine Halt gebende äußere Struktur (z.B. Patientinnen mit dissoziativen traumabedingten Störungen) durch eine Vorlage brauchen.

Die Arbeit mit Schablonen schließt hier an. Sie stellt einen Zwischenschritt dar zwischen strukturierter Vorlage und der Möglichkeit durch Anordnung, Farbgebung und Kontextgestaltung selbstständige erste Schritte zu tun. Der Einsatz von Schablonen z.B. Tiere des Waldes, Zootiere, geometrische Formen etc. aus hellem Karton hat sich bereits bei anfänglich ratlosen ängstlichen Patienten bewährt.

Für den Beginn in der Kunsttherapie stehen nun Schablonen in Form von 3 Halbkreise, ca. 8 cm breit, 2 große und ein kleiner Halbkreis und ein weißes DIN A4 Format zur Verfügung. In der gleichen Konstellation 3 Bäume, ca. 8 cm hoch. Der Vorschlag an die Patientinnen lautet: Sie können einfach diese 3 Halbkreise auf dem Papier anordnen, ausmalen und die Umgebung nach Wunsch gestalten. Das Gleiche gilt für die Bäume. Im Workshop konnten die Teilnehmerinnen zusätzlich ein alternatives erzählerisches Thema, „die Rettung“, probieren. Patienten haben dieses Thema aber seither zu Beginn so selten gewählt, dass ich es hier vernachlässigen kann. Auch dies wieder ein Hinweis, dass der erste Zugang in der Kunsttherapie weniger Narration als formale Strukturierung braucht, damit der anfänglich wichtige Selbstschutz der Patientinnen vor zu viel belastender Emotionalität möglichst aufrechterhalten werden kann. Die geometrischen Formen der Halbkreise fördern Distanzierung vom Problemerkleben. Diese einfachen Formen sorgen dafür, dass das Bild gegenstandsfrei bleibt. Sehr selten entwickeln sich Aspekte einer räumlichen oder figurativen Darstellung. Hier entsteht dann der Eindruck von Starrheit in einem flachen Bildraum.

René Magritte (Abb.1) führte 1937 mit seinem Bildtitel „der Geist der Geometrie“ geradezu exemplarisch vor, wie ein Sprach-Bild die emotionale Distanzierung beim Betrachten einer dramatischen Darstellung bewirken kann. Das Bild zeigt die emotionale Unreife einer Mutter. Das Kind auf ihrem Arm erzeugt pseudo erwachsene Reaktionen, um mit der Überforderung durch die Mutter umzugehen. Der Bildtitel leitet uns

5 Lengning, A.: „Bindung“, 2012, Ernst Reinhardt Verlag, S. 13: ‚Responsivität bezeichnet das Ausmaß, in dem Bezugspersonen in der Lage sind, die Signale des Kindes wahrzunehmen und inwieweit sie bereit sind, darauf einzugehen.‘

6 Beruhigungsmalen: langsames Malen von horizontalen Streifen ohne Absetzen, falls nötig im Wechsel mit Krickel Zeichnungen – gegenstandsfreies Vorgehen wird bevorzugt.

vom eigentlichen dramatischen Bildinhalt weg in die Sphäre mathematischer Sicherheit. Der realistische Malstil suggeriert Normalität. Die „Surrealität“ wird durch das formal fast Unpersönliche normalisiert, beweisbar gemacht. Kinder, die ihre Eltern emotional und faktisch beeltern müssen, erkranken nicht automatisch, entwickeln jedoch weniger resiliente Strukturen als Kinder ausreichend liebevoller Eltern. Behandlungsbedürftige Belastung entsteht vor dem Hintergrund von Parentifizierung mit unsicherer Bindung und zusätzlichen multiplen traumatisierenden Faktoren.

Die Unterteilung der Schablonen in zwei große und eine kleine Form soll die diagnostische Verbindung mit familiären Bindungserfahrungen ermöglichen. Auch die Wahl des Halbkreises als Form ist eine optische Anregung Bindung und Zusammengehörigkeit herzustellen. Dieser Bedeutungszusammenhang wird den Patientinnen in den meisten Fällen nicht bewusst. Eher wird das Leiden unter aktuellen zwischenmenschlichen Konflikten und depressives Erleben in der Krise mit der Darstellung verbunden. Oder es wird eine Bedeutungszuschreibung zum Selbstschutz ganz vermieden. Beim Einsatz der 3 Bäume, auch hier legt die Ähnlichkeit der Formen Zusammengehörigkeit nahe, wird gelegentlich eine Verbindung zur Familienkonstellation hergestellt. Ungefähr 2/3 der Patienten, die neu in die Gruppen kommen, entscheiden sich für die Arbeit mit den Schablonen, davon wählen etwas mehr als die Hälfte die Halbkreis-Schablonen und der Rest greift zu den Baum-Schablonen.

Die Workshop Teilnehmerinnen reagierten als „Therapie Profis“ beim praktischen Versuch mit den Schablonen auf die Ebene des Bindungserlebens natürlich emotional viel direkter und fragten besorgt, ob das Ziel emotionaler Distanz denn so zu erreichen sei. Das Gestaltungsangebot mit Halbkreis- und Baumschablonen schont mit Angst belastete Patienten mit Hilfe von Geometrisierung und Schematisierung und nimmt ihre bestehenden Distanzierungswünsche auf.

Förderung von Explorationsverhalten

Ziel in der Kunsttherapie ist es Patientinnen und Patienten darin zu unterstützen, aus einer ausreichend emotionalen Sicherheit heraus Neues zu wagen und so Veränderungspotential zu entwickeln. Patientinnen bzw. Patienten werden dabei gefördert einmal eingeschlagene Wege mit einem Material wie z.B. Buntstifte zu verlassen und experimentell anderes zu versuchen. Die Möglichkeit Linien (Aquarellstifte) mit Wasser zur Fläche zu vermahlen kann z.B. ein erster Schritt sein.

Eine Patientin, die die Halbkreise auf ihrem ersten Bild so anordnet und wiederholt, dass großes Gedränge entsteht, entwickelt ein angstvolles Gefühl der Beengung. Ich biete ihr einen Radiergummi in praktischer Stiftform an. Damit kann sie mit der Radierbewegung an ihre Stiftführung nahtlos anschließen. Mit dem Radieren verschafft sie sich Distanz und Freiraum und atmet deutlich auf. So entsteht durch Intervenieren zu einem frühen Zeitpunkt, Vertrauen in die Möglichkeiten von Therapie und ein unmittelbares Erleben von Selbstwirksamkeit über formale tätige Veränderung. Menschen, die unsicher gebunden sind, behalten Ängste vor dem freien Experiment⁷. Sie profitieren davon formale „wohltuende“ Veränderungen vorzunehmen und von der vorsichtigen Anleitung zur achtsamen Wahrnehmung ihrer körperlichen Entlastungssignale.

⁷ Lengning, A.: „Bindung“, 2012, Ernst Reinhardt Verlag, S. 12: „Bindung und Explorationsverhalten stehen in einer wechselseitigen Beziehung zueinander. Fühlt sich ein Kind sicher und wohl, kann es seine Umwelt frei explorieren. Erfährt es jedoch Unsicherheit, wird das Explorationsverhalten eingestellt und das Kind zeigt vermehrtes Bindungsverhalten.“

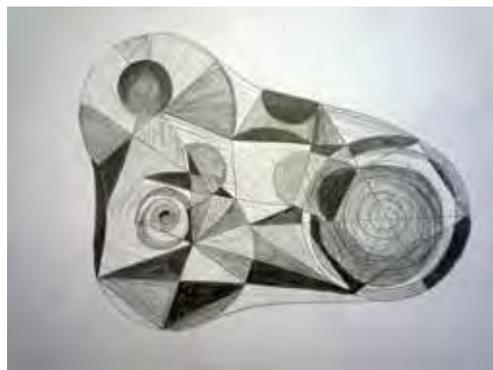


Hinweise auf Desorganisation, Vermeidung und Ambivalenz im Bild

Kunsttherapeutische Diagnostik ist ein Bild- und Phänomen beschreibender Vorgang. Es ist eine auf mehreren Ebenen vergleichende prozessorientierte Beschreibung, in die Erfahrungswissen und leitende Theorien einfließen. Wenn Einschätzungen an die Teamkollegen weitergegeben werden, muss die Fülle des Materials aus dem Patientenbild und aus der Begegnung reduziert werden.

Formale Hinweise auf Unverbundenheit, Leere, Isolation, unklare oder starre Grenzen, Enge, Chaos und Stereotypen werden ins Verhältnis gesetzt mit dem erlebten Verhalten der Patienten. Genauso werden auch Größenverhältnisse, Richtungstendenzen und Farbeindrücke in ihrem Einfluss aufeinander beschrieben und mit der dadurch ausgelösten emotionalen Anmutung der Mitpatientinnen/Mitpatienten (Nachbesprechung) und der Therapeutin verbunden.

Bei ersten Bildern in der Kunsttherapie frage ich mich nach der Sitzung: wirkt das behütet, beschirmt, kuschelig (sichere Bindung) auf mich? Diese sinnesspezifischen Verben erleichtern auf metaphorischer Ebene meine wahrnehmende Resonanz auf die individuelle bildhafte Ausprägung unsicherer Bindung⁸.



Unaufgelöst/desorganisierter Bindungsstil

Abb. 2: Patientin, 40 Jahre



Abb. 3: Patientin, 39 Jahre

Die Formen im Bild (Abb. 2) wirken bizarr und trotz einer Berührung miteinander unverbunden, fremd, fast auseinanderstrebend. Die Wiederholung des Halbkreises wirkt wie ein lautloses Echo. Die Patientin kann in der ersten Gruppensitzung kaum Kontakt aufnehmen, wirkt verlassen und abwesend. In einem langen Behandlungsverlauf werden emotionale Zustände, die sich schnell und plötzlich verändern können (auch Dissoziation), bewusster wahrgenommen und etwas besser von der Patientin steuerbar⁹. Eine andere Patientin (Abb. 3) wählt die Halbkreis-Schablonen für eine nach außen verschlossene Form. Sie nutzt Kanten und Rundungen der Schablonen, um im Inneren harte Brüche darzustellen. Linien und Flächen sind so ineinander verspannt, dass ein chaotischer schmerzhafter Eindruck entsteht, der die Not dieser Patientin

⁸ Sinapius, Peter: „Wie ist es eine Farbe zu sein – Die ästhetische Wahrnehmung als Erkenntniszugang“, in Zeitschr. Kunst & Therapie, Bd.1, 2012, Claus Richter Verlag, S. 59: „Das ästhetische Sehen unterscheidet sich so erheblich von einem alltäglichen Gegenstandssehen. An die Stelle eines begrifflich eindeutig identifizierbaren Objektes tritt ein zunächst diffuser Wahrnehmungseindruck. Statt unseren Blick auf etwas zu richten, müssen wir uns von dem Ding und der Fülle der Eindrücke, die es ausmachen, ergreifen lassen.“

⁹ Siegel, J. Daniel: „Wie wir werden die wir sind“, 2010, Jungfermann, S. 129: „Abrupte Veränderungen des mentalen Zustandes, intrusive dissoziierte Elemente des impliziten und expliziten Gedächtnisses, vorübergehende Blockierungen der Fähigkeit zur kollaborativen sozialen Kommunikation und Schwierigkeiten, während derartiger Prozesse einen gleichförmigen Bewusstseinsstrom aufrechtzuerhalten, können jene unaufgelösten mentalen Zustände verursachen, die durch das AAI festgestellt werden.“ (Siehe FN 3)

spiegelt. Trotz harter Linien bleiben Grenzen im Inneren unklar. Es wirkt eng bis gefährlich. Der Unterschied zwischen Klein und Groß ist nicht mehr wahrnehmbar. Beide Patientinnen haben schwere Traumafolgestörungen bei diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen mit Somatisierungsstörungen und chronischer Schmerzstörung. Desorganisation und die Wirkung unaufgelöster Traumata dominieren das Beziehungsgeschehen.



Abweisend/distanzierter Bindungsstil

Abb. 4: Patient, 54 Jahre



Abb. 5: Patientin, 40 Jahre

Bei diesen beiden Bildbeispielen fallen Abwendung, Leere, Isolation und Stereotypien besonders auf. Auch wenn im Bild (Abb. 4) der Kontext um die Schablonen herum gestaltet ist, wirkt die blaue Schraffierung nicht als natürliches Halt gebendes Umfeld, sondern eher wie ein Strom, der die Halbkreise jederzeit auseinander schwemmen kann. Am liebsten würde er sich in diesem Blau auflösen, beschrieb der Patient seine latent suicidalen Gedanken. Im Bild (Abb. 5) will die Patientin ihre Erfahrung von der Tiefe der Depression durch den sich ändernden Farbverlauf darstellen. Die 2 Halbkreise, die zusammen mit dem kleinen Kreis ein kippeliges Gleichgewicht halten, sollen einen inneren Wunschzustand von Leistungskraft und verbesserter Stimmung zeigen. Die Formen rechts unten sind einander nahe, können aber in der Tendenz jederzeit auseinander kippen. Der frühe Verlust der Eltern und der 2 Jahre zurückliegende Tod des Partners haben eine schwere Depression zur Folge, ausgelöst durch eine berufliche Erschöpfungssituation. Beide Patienten vermieden im Behandlungsverlauf den Kontakt zum therapeutischen Personal. Sie konnten nur sehr schwer positives Erleben aus dem Alltag geschweige denn aus der Vergangenheit herausfiltern. Im Gruppensetting waren sie schwerer erreichbar als im Einzelkontakt¹⁰. In der Gegenübertragung finden sich Gefühle von Verlassenheit und Einfallslosigkeit wieder. Patienten mit diesem Bindungsstil scheinen eher auf eine Einzelfall-Behandlung und die direkte häufige Förderung des emotionalen Ausdrucks anzusprechen.

¹⁰ Siegel, J. Daniel: „Wie wir werden die wir sind“, 2010, Jungfermann, S. 117: „Vermeidende und abweisend-distanzierte Bindung kann mit Einschränkungen des Flusses der Energie und Information im Geiste in Verbindung gebracht werden. Dieses Bindungsmuster, das durch emotional distanzierte Kommunikationsmuster erworben wird, organisiert den Geist so, dass der Zugang zum emotionalen Erleben und zur Information im Gedächtnis eingeschränkt wird. Diese Restriktionen beeinträchtigen die Fähigkeit des Geistes, ein integriertes Selbstempfinden im Zeitkontinuum in Beziehung mit anderen Menschen zu entwickeln.“



Anklammernd/abhängiger Bindungsstil

Abb. 6: Patientin, 38 Jahre

Abb. 7: Patientin, 31 Jahre

Die Baum-Schablonen im Bild (Abb. 6) sind für die sehr unsicher wirkende Patientin zu Anfang ein willkommener Einstieg in die Kunsttherapie. Auf eine gute Naturerfahrung angesprochen, nimmt sie die Schablonen um einen Spaziergang mit ihrem Ehemann darzustellen. In späteren Sitzungen bezieht sich die Patientin mit einer schweren Selbstwertproblematik häufig auf die prägende Sündenbock Rolle in der Herkunftsfamilie. Früh erfahrenes Ohnmachtserleben spiegelt sich schon im ersten Bild in den mächtig aufragenden schematisierten Bäumen. Eine andere Patientin zeigt direkt (Abb.7) die belastete familiäre Konstellation. Noch am Anfang des Klinikaufenthalts stützt sie den Vater finanziell bis in die eigene Verschuldung hinein. Beide Eltern sind Alkohol abhängig. Die Mutter wird von der Patientin buchstäblich dauernd „blau“ erlebt. Auch in der Partnerschaftsproblematik der Patientin spiegelt sich die Verstricktheit mit der Herkunftsfamilie. Heftige Schuldgefühle den Eltern gegenüber, Überforderungserleben in der Ambivalenz und zermürbende Angestrengtheit begleiten die Versuche der Patientin erste Schritte in die Selbstfürsorge zu tun¹¹. Der kleine Baum wirkt übermäßig verbunden und überaktiv, dabei wie eingekeilt. Ein schonend distanzierter Beginn ist in diesem Fall nicht möglich gewesen. Vielmehr leitet das Bild frühzeitig einen notwendigen Schub von Bewusstheit über die existentielle Selbstgefährdung der Patientin ein.

Bindungsstile werden an die nächste Generation weitergegeben. Veränderung ist trotzdem möglich¹². Wenn gute lang anhaltende Erfahrungen im privaten Umfeld und/oder in der Therapie gemacht werden, kann die Sicherheit in der Beziehungsgestaltung wachsen. Sicherheit und Vertrauen in Beziehung und Kommunikation hängen von der Fähigkeit ab, emotionale Signale bei sich selbst und anderen einschätzen und die eigenen Emotionen regulieren zu können. Beim Malen lernen Patientinnen und Patienten ihre emotionalen und motivationalen Impulse zu identifizieren und in gestalterisches Handeln umzusetzen. In der Gruppe üben sie Einfühlung und Austausch zu Annahmen, was andere fühlen, im hinspürenden Sprechen über Bilder. In der Kunsttherapie werden Bilder zu Dolmetschern zwischen dem Ich und den Anderen.

11 Siegel, J. Daniel: „Wie wir werden die wir sind“, 2010, Jungfermann, S. 121: „Für den verstrickten Bindungsstatus ist ein Zustand emotionaler Aufgewühltheit typisch, der mit bindungsbezogenen Problemen zusammenhängt. Wie wir gesehen haben, beeinflussen mentale Modelle von Beziehungen aktuelle Wahrnehmungen und Erwartungen so, dass die betreffenden Menschen ihren schlimmsten Albtraum an Unsicherheit in ihren Beziehungen zu anderen, einschließlich denjenigen zu ihren eigenen Kindern, selbst erzeugen. Man kann die nicht zuverlässige Erreichbarkeit und Zudringlichkeit dieser Erwachsenen als eine Folge ihrer Verstricktheit in frühere Bindungen verstehen.“

12 Lengning, A.: „Bindung“, 2012, Ernst Reinhardt Verlag, S. 33: „Bindungsmuster neigen zur Stabilität. Dennoch sind Veränderungen sowohl von einer sicheren zu einer unsicheren Bindung als auch umgekehrt möglich. Diese Änderungen müssen jedoch nicht zwingend stabil sein.“

Bindungsfähigkeit und kunsttherapeutische Gruppenarbeiten

Rosa Wolf-Poschkamp

Ergotherapeutin, Gestaltungstherapeutin/klinische Kunsttherapeutin DAGTP graduiert im DFKGT, Lehrtherapeutin DAGTP, Lehrbeauftragte der KHSB. Seit 1980 tätig an der Klinik für Psychotherapeutische Medizin des LVR-Klinikums Düsseldorf, Veröffentlichungen über Gestaltungstherapie

Kunsttherapeutische Gruppenarbeiten ermöglichen in anschaulicher Weise das Sichtbarwerden und die Förderung der Bindungsfähigkeit, was in diesem Workshop anhand von Fallvignetten mit entsprechendem Bildmaterial veranschaulicht werden soll.

Zu diesem Workshop liegt keine Dokumentation vor.



Die Arbeit am Tonfeld – Bindungsstile und Gestaltbildung im haptischen Erleben

Manfred Poetsch



LVR-Klinik Düren

Kunst- und Gestaltungstherapeut (DFKGT)

Ausbildung in der ARBEIT AM TONFELD® bei Prof. Heinz Deuser

Heilpraktiker (Psychotherapie)

Skript

Basistheorie: V.v. Weizsäcker, „Der Gestaltkreis“ Ein Verschränkungskonzept von Wahrnehmen und Bewegen, in dem Ich und Selbst immer intersubjektiv konstituiert werden, das heißt, das Bewusstsein von vornherein auf etwas bezogen ist und bedeutet, dass sich ohne diese Wechselwirkung kein mentalisierendes Selbst entwickeln kann.

Setting

Grundfrage: Wie kann ich mir in meinen Bedingungen und Möglichkeiten zukommen, eine erfüllte Gestalt finden? – Infragestellung des Subjekts –

Am Tonfeld finde ich mich in einer realen Beziehung vor. Ich begeben mich in ein anderes hinein, um wahrzunehmen, dass ich da bin. – Selbst-Beziehung –

Prozess der Gestaltbildung ist die eigene Objektivierung und Regenerierung:

1. Leiblich wahrnehmen, im Raum und in eigener Präsenz. Orientieren und dem Feld annähern.
2. Herausbewegen in ein unbekanntes anderes gegenüber. Kontaktaufnahme der Fläche. Berühren und berührt werden. Eine leibliche Bindung zu einem anderen eingehen.
3. Erste Spuren legen im Berühren und Erleben von intentionalem Wollen; einverleiben von Materie.
4. Im Feld eigene Position aufbauen. Gegenständliches Gegenüber von Subjekt und Objekt.
5. Bewegt sein vom eigenen Gestalten und dessen Wirkung. Leibliche Erfahrung des Aufrichtens.
6. Gewinn von Gleichgewicht, eigener Mitte, zu sich und zum Anderen. Das Andere ist Bedingung eigener Möglichkeit. – Objekt Konstanz –
7. Ich bin in meiner Mitte Bedingung meiner Möglichkeit. – Subjekt Konstanz –
8. Das Andere ist mein Anderes. Einsichtnahme meiner Bedingung als existentielle Notwendigkeit persönlicher Verwirklichung und Gründung. Annahme der eigenen Kreatürlichkeit.

Haptik

Die Haptik ist ein Feld der leiblichen Verwirklichung. Sie ist die wesentliche Basis der Arbeit. Sie meint immer auch die Gestaltentwicklung der Hände selbst im Prozess. Der haptische Sinn ist das Sinnenbewußtsein der Hände, ihre Präsenz als Organ, Beweglichkeit und Integration. Die Hände erleben sich in ihrem Berühren berührt, sie erfahren sich am Gegenstand selbstwirksam, sie erwerben greifend ihre Befähigung zu begreifen, indem sie sich ergreifen lassen. Die Sinnhaftigkeit des Tuns, den Bedeutungsgehalt der Gestalten bewusst wahrzunehmen und zu erkennen wird möglich.

Die Haptik als leibliche Sprache speichert, erinnert und bringt zum Ausdruck, was im menschlichen Dasein, in Beziehungen und Handlungsbedingungen erlebt wurde, sich als Erfahrungen niedergeschlagen hat und im Leibgedächtnis aufbewahrt wurde.

Die Haptik ist nicht ohne ihren ganzheitlichen Bezug zu verstehen. Komplexe soziale und emotionale Erfahrungen, Förderungen und Hemmungen, erfüllte Beziehungen und soziale Vernachlässigungen werden aufgewiesen.



Basissinne: In den Basissinnen geht es um die Erkundung und Entfaltung der eigenen leiblichen Verfassung im Verbundensein mit den Objekten. Qualität und Intensität der Bindung steht im Vordergrund des Erlebens.

Hautsinn: Grundlegendes Berührungserleben. Einlassen in den Kontakt. Hände beginnen zwischen Selbstempfinden und dinglichem Gegenüber zu unterscheiden. Empfinden der Haut als Hülle. Die Tastspur und das zirkuläre kreisende Streichen als Selbstempfinden. Öffnung der Hände in sich und ausbreiten mit der Bewegung in einen ersten Raum. Lösen aus der Berührung und Herstellen von Kontakt. Die Erkundung der Substanz als Bohren, Knautschen, Grabschen, Harken, Baggern oder Schaufeln. Belebung und Stärkung.

Gleichgewichtssinn: Die Erfahrung von Unterscheidung bedingt die Begegnung mit Instabilität. Dies fordert den Ausgleich zwischen ZWEI und die Balance der leiblichen Wahrnehmung als Notwendigkeit des stabilen Dritten. Erfahrung der Hände in unterschiedlichen Bewegungsweisen, Richtungen und Teil und Ganzes. Die ZWEI in der Gestaltung im Tonfeld, als Gegenüber und der Ausgleich der Seiten durch die ordnende Mitte des Feldes. Beidhändiger Umgang mit einem Anderen. Balance der leiblichen Achse als haltendes Drittes bei aktiven Händen.

Tiefensensibilität: Hände erwerben innere Festigkeit und gebündelten Tonus, Kraft in den Gelenken. Struktur und integrierte Selbstwahrnehmung als Grundlage für Objektivierung im Greifen. Druck, Abdruck und Nachdruck ist Selbstbestimmung und Gewissheit. Vitale Kompetenz und Wirkmächtigkeit wird erfahren. Schieben ist räumliche Ausdehnung und erzeugt Zwischenraum zwischen Subjekt und Objekt. Schieben ist hier eine Verfügungsgeste über das Objekt. Ziehen ist der Gegenlauf. Druck als gerichtete Intensität und Nachdruck für einen Greifakt; Abdruck als Einheit von intensivem Druck und Trennung.

Ist die Bindung aus den Basissinnen gesättigt und in ihrem Potential als Entfaltungsmöglichkeit grundgelegt, beginnt das Subjekt mit seiner eigenen Entfaltung und damit mit Trennung und Herstellung des Objektes. Entscheidendes und zugleich radikales haptisches Mittel ist das Greifen.

Greifen: Hinein-Greifen, absichtsvolle Aneignung, auch durch die bestimmende Rolle des Daumens. Dosieren und differenzieren wird möglich. Heraus-Greifen, die erste Trennung und Aneignung. Nach-Greifen als Vergewisserung und Formgebung. Weglegen des Objektes und dessen Ortsbestimmung, die zweite Trennung. Separation des Subjektes. Sich mental vom erworbenen Objekt trennen. In der Wiederholung dieses Aktes entsteht Empfinden für Konstanz.



Interaktionelles Handeln – Bindungsrelevantes Verhalten

Antje Scherholz



Zertifizierte Tanztherapeutin (BTD); tiefenpsychologisch orientiert; tätig im akutpsychiatrischen Bereich, sowie der ambulanten Weiterbehandlung in der Erwachsenenpsychiatrie des LVR-Klinikum Düsseldorf



Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf den Inhalt meines Workshops „Interaktionelle Handlung – Bindungsrelevantes Verhalten“ im Rahmen der Tagung „KreativtherapieTage 2013 – Die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Kreativtherapie“ an der LVR-Klinik Bedburg-Hau, die vom Landschaftsverband Rheinland ausgerichtet wurde. Im Workshop wurden die hier vorgestellten theoretischen Inhalte durch praktische Interventionen erfahrbar gemacht und ergänzt.

Die Relevanz bewegter Interaktion für relativierende Bindungserfahrungen in der Tanztherapie

Ein signifikanter Faktor der tanztherapeutischen Behandlung ist die bewegte Interaktion der beteiligten Personen. Steht im einzeltherapeutischen Setting das dyadische Geschehen zwischen Patientin bzw. Patient und Tanztherapeutin bzw. Tanztherapeut im Vordergrund, eröffnet das Gruppensetting weitere Konstellationen, wie die Triade oder die gemeinsame Interaktion mehrerer bzw. aller Gruppenmitglieder.

In all diesen Konstellationen findet Beziehungsgestaltung und Beziehungserleben statt, an welchen die Bindungsrepräsentanten und Selbstobjekte der Patientinnen bzw. Patienten beteiligt sind. Durch den interaktionellen Körperausdruck werden biographisch geprägte Bindungsmuster der Patientin bzw. des Patienten sichtbar. Dysfunktionale, einengende Bindungsmuster werden zwangsläufig Inhalt des tanztherapeutischen Prozesses, da sie im Beziehungsangebot der Patientin/des Patienten bzw. in dessen Reaktion auf das Beziehungsangebot seitens der Tanztherapeutin/des Tanztherapeuten enthalten sind.

Insbesondere der nonverbale Ansatz der Tanztherapie, der sich auf die Körperresonanz, den Bewegungsausdruck und den handelnden Anteil des Selbsterlebens bezieht, lässt die Patientinnen/Patienten – Therapeutin/Therapeuten – Dyade auf frühkindlich geprägte Bindungsmuster treffen. Das Bereitstellen einer sicheren Bindungssituation durch die/den Tanztherapeutin/Tanztherapeuten ermöglicht den Klientinnen bzw. den Klienten, Abwehr und Widerstände abzubauen und so affektiv aufgeladene Konflikte in der Beziehung zu bearbeiten. Dies unterstützt eine Veränderung der Bindungsrepräsentanten bei dysfunktionalen Bindungsmustern sowie eine Verbesserung der Affekt- und Handlungsregulation.

Die unmittelbare Wirkkraft von Körpersprache innerhalb menschlicher Kommunikation birgt zudem die Chance, dass die Patientin/der Patient in der Tanztherapie über die eigene körperliche Resonanz sein Entwicklungspotential spürt und Veränderungen gestalten kann. Die intellektuelle Erkenntnis der Klientin/des Klienten für mögliche Schritte in eine verbesserte Selbstregulation wird in der Tanztherapie durch die Erprobung in der Handlung eine unmittelbar spürbare Erfahrung, bei der sowohl die körperliche, als auch die intellektuelle und emotionale Ebene involviert sind. Durch die aktiv handelnde Umsetzung wird die verstandesmäßige Einsicht mit Vitalität gefüllt und spürbar. „Ich habe das Gefühl, das jetzt endlich „ganz“ zu verstehen.“ ist ein Satz, den ich oft von meinen Patientinnen/Patienten in der Tanztherapie höre. Diese Aussage wird meist mit einer Geste der Hände unterstrichen, die sich auf den Bauch oder Oberkörper legen, begleitet von einem Moment der Gelassenheit und tiefen Atmung. Im Therapieverlauf sind diese Situationen in der Regel Evidenzerlebnisse, die den Klientinnen/

Klienten hoffnungsvoller stimmen, ihn motivierter und eigenverantwortlicher in Veränderungsprozesse eintreten lassen.

Für ein besseres Verständnis dieser Wirkfaktoren in der Tanztherapie werden nachfolgend Erkenntnisse der Bindungstheorie und der neurobiologischen Wissenschaften vorgestellt und daraus Schlussfolgerung für das tanztherapeutische Setting sowie für tanztherapeutische Interventionen gezogen. Zur Veranschaulichung werden für die Leserin/den Leser die theoretischen Ausführungen durch die Darstellung einiger Ausschnitte eines ca. einjährigen ambulanten Therapieverlaufs einer Patientin mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ergänzt.

Ideale Bindung – Erleben von Sicherheit und Explorationsmöglichkeit

Die Bindungstheorie nach Bowlby (2010) beschreibt die überlebenswichtige Funktion des vordringlichen Bedürfnisses des Säuglings nach Nähe und emotionaler Beziehung zu einer Bindungsfigur (Strauss & Schwark, 2008, S. 10). Diesem bindungssuchenden Verhalten, welches evolutionär angelegt und hormonell gesteuert ist, liegt das emotionale Ziel der Sicherheit zugrunde. Gleichzeitig besteht, dem Sicherheitsbedürfnis bipolar entgegengesetzt, ein Explorationsbedürfnis. Explorierendes, neugieriges Handeln versetzt den Säugling in freudige Erregung und lässt ihn Selbstwirksamkeit und Selbsteffektivität erleben. Eine ideale primäre Bindungsbeziehung bietet demzufolge die sichere emotionale Basis zur Erkundung der Umwelt. Das Kind darf eigeninitiativ Distanz und Nähe steuern und sich in seiner Selbstwirksamkeit von der primären Bezugsperson akzeptiert erleben (Brisch, 2010, S. 39).

Im tanztherapeutischen Ansatz wird dieser Aspekt des Bindungsgeschehens grundsätzlich berücksichtigt. Zu Beginn einer tanztherapeutischen Behandlung steht die Entwicklung von Sicherheit und Vertrauen in die therapeutische Beziehung und das therapeutische Setting im Vordergrund. Erst nach Etablierung dieser Basis rückt der Tanztherapeut die kreative und eventuell herausfordernde Exploration in das Zentrum der therapeutischen Auseinandersetzung. Im Idealfall entsteht hiermit, wie in einer sicheren primären Bindung, ein Hin- und Herschwingen zwischen Erregung/Expansion versus Ruhe/Sicherheit. Diese Erregungskurven stimulieren das neuronale System und sind ein grundlegender Faktor für Entwicklung und Reifung affektregulierender Strukturen im Gehirn (vgl. Schore, 2007).

Eine komplex traumatisierte, etwa 35-jährige Patientin, Frau Q., mit Borderline-Struktur kam zur ambulanten Tanztherapiegruppe, die von einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie als Folgebehandlung angeboten wurde. In der ersten Stunde schilderte sie ihre Angst, sich zu überfordern bzw. vom emotionalen Geschehen in der Gruppe überflutet zu werden und dann aggressiv (fremd- oder autoaggressiv) zu reagieren. Ihre Unsicherheit wurde durch den Umstand bestärkt, dass sie zwar die Tanztherapie bei einer anderen Therapeutin im stationären Setting kennengelernt hatte, sie jedoch weder die Gruppenmitglieder noch die jetzige Tanztherapeutin kannte. Alleine die validierende Rückmeldung dieses Umstands durch die Tanztherapeutin ließ Frau Q. ruhiger werden und offener in Kontakt treten. Daraus konnte die Vereinbarung entstehen, dass die Therapeutin einen achtsamen Blick auf die Spannung der Patientin halten und sie diese im Verlauf der Stunde immer wieder für einen kurzen Austausch aufsuchen würde. Während der aktiven tänzerischen Exploration wurde die Unsicherheit der Klientin in



Bezug auf Selbstregulation bei Nähe-Distanzgestaltung und Abgrenzung sehr deutlich. In den kurzen dualen Kontakten mit der Tanztherapeutin zeigte sie ein hohes Maß an Kontrolle und Aushalten bzw. Übergehen der eigenen Bedürfnisse und Grenzen. Im Sinne einer Co-Regulation bot diese Frau Q. mehrmals in der Überlastungssituation, wie schon eingangs in der Ankommens-Runde als allgemeine Option vorgestellt, ein Pausieren oder Verlassen des Raumes an, verbunden mit dem Angebot jederzeit wieder einsteigen zu können. Gleichzeitig wurde von ihr wiederholt betont, dass diese Gestaltungsoption nicht als Versagen interpretiert oder einen Verlust an Wertschätzung bei der Therapeutin bewirken würde. Des Weiteren lenkte die Tanztherapeutin in regelmäßigen Intervallen allgemein, in Form einer Gruppenintervention, die Aufmerksamkeit auf die Atmung und lud zu tiefen Atemzügen ein. In der ersten Stunde war es Frau Q. nach einigem Zögern möglich, einen Moment der Ruhe und des Rückzugs auszuprobieren. Sie zog sich in den Stuhlkreis zurück und setzte sich hin, dabei beobachtete sie genau die Reaktion der Tanztherapeutin und entspannte sich ein wenig, als diese das Sitzen und Anlehnen an den Stuhl immer wieder beiläufig verbal als Gestaltungsmöglichkeit aufgriff sowie den kurzen zugewandten Blickkontakt anbot. Der Patientin war es in der abschließenden Reflexion möglich, die innere Ambivalenz zwischen dem „Gefühl, versagt zu haben“ versus dem „Gefühl, sich selber gerecht geworden zu sein“ zu benennen. Die annehmende und anerkennende Rückmeldung sowohl der anderen Gruppenmitglieder als auch der Therapeutin berührten die Patientin.

In der nächsten Stunde schaffte Frau Q. mit Unterstützung bzw. Ermutigung der Tanztherapeutin, in einem Moment starker Überlastung durch Überflutungsgefühle, den Raum zu verlassen. Die Therapeutin begleitete die Klientin in den Vorraum und besprach mit ihr, worauf sie ihre Aufmerksamkeit während des Rückzugs lenken könne. Zusätzlich ermöglichte sie ihr, einen Knetball aus dem Raum (als Übergangsobjekt) mitzunehmen und diesen zur Spannungsabfuhr zu nutzen. Die Therapeutin kündigte an, die Patientin in zeitlich kurzen Intervallen im Vorraum aufzusuchen. Gleichzeitig wurde von ihr nach der Rückkehr in den Tanztherapieraum auch in der Gruppe das Thema „Abgrenzung/eigener Raum“ aufgegriffen. Die Teilnehmer wurden dazu angeregt, einen Ort im Raum zu finden, indem ein gewisses Maß an Entspanntheit und Wohlbefinden möglich ist. Der Ort konnte auf seine Eigenschaften überprüft werden und ein Material als Unterstützung mit integriert werden. Während dieser Exploration suchte die Therapeutin einige Male Frau Q. im Vorraum auf und gab ihr die Interventionen für die Gruppe mit an die Hand. Zur abschließenden Reflexionsrunde kam die Klientin wieder in den Raum und nahm wahr, dass sie zwar eine räumliche Distanz zur Gruppe geschaffen hatte, dennoch am Gruppenthema und -geschehen beteiligt gewesen war. Dies erfuhr sie für sich als große Entlastung und Wertschätzung und sie fühlte sich als gleichberechtigtes Mitglied der Gruppe. Sie nahm über die Reflexionen der anderen Teilnehmerinnen die Variablen von Abgrenzung und Rückzug wahr ohne eine Wertigkeit darin zu erleben. Auch hier war sie emotional berührt und benannte Erleichterung und Entlastung.

Diese Erfahrungen der ersten Stunden ermöglichten Frau Q. bei den nächsten Terminen besser eigeninitiativ Distanz zu schaffen, wenn ihr Spannungsgrad dies forderte. Dabei wurde sie zunehmend unabhängiger von einer direkten Unterstützung oder Erlaubnis der Therapeutin. Sie variierte dabei zwischen einem „Verlassen und Wiedereintreten in den Tanztherapieraum“ und dem „sich räumlich im Raum zurückzuziehen“ oder „dem Rückzug in den ‚schützenden‘ Stuhlkreis“. Später reichte es ihr, bei Bedarf eine größere

Distanz zu den anderen Teilnehmerinnen einzunehmen ohne die aktive Teilnahme zu unterbrechen. Frau Q. benannte, dass diese Erfahrungen in ihr Vertrauen und Sicherheit entstehen ließen. Damit war eine zunehmend herausfordernde Exploration mit dem Thema „Abgrenzung innerhalb Beziehungsgestaltung“ in der Therapie möglich.

Der Einfluss der primären Bindung auf Selbstregulation für Stressbewältigung

In den ersten drei Jahren prägt das Bindungserleben zwischen Säugling bzw. Kleinkind und primären Bezugspersonen tiefgreifend die Bindungsrepräsentanten und Selbstobjekte des Menschen. Während dieses Zeitraums werden die inneren Selbstregulationsmodelle zum Umgang mit Anspannung und Belastung, vor allem im zwischenmenschlichen Kontext, ausgebildet. Es steht die nonverbale, rhythmisierte, psychomotorische und emotionale Kommunikation zwischen Bezugsperson und Kleinkind im Vordergrund (Schore, 2007, S. 289ff.). An der Entstehung und Manifestierung der individuellen Bindungsmuster sind sowohl psychobiologische Mechanismen als auch neuronale Systeme beteiligt (Brisch, 2010, S. 41ff.). Die primären sozioemotionalen Bindungserfahrungen beeinflussen maßgeblich die Reifung der erfahrungsabhängigen, affektregulierenden Strukturen des Gehirns, insbesondere der rechten Hemisphäre. Diese frühreifende, dominante Hirnstruktur stellt fundamentale Verknüpfungen zum emotionsverarbeitenden limbischen System her. Gleichzeitig ist sie bedeutsam für die Prüfung und Einordnung von Körperempfindungen (Schore, 2007, S. 164f.). Frühe Bindungserfahrungen der Säuglingszeit werden demnach, ebenso wie frühes kinästhetisches Erleben, im impliziten, regulatorischen Gedächtnis der rechten Hemisphäre gespeichert. „(...) Somit kodieren die unbewussten Arbeitsmodelle der Bindungsbeziehung die Strategien der Affektregulation zur Stressbewältigung, insbesondere bei zwischenmenschlichem Stress (...)“ (Schore, 2007, S. 290). Spätere Interaktionen, auch im Erwachsenenleben, orientieren sich in einem unbewussten Prozess an diesen internalisierten Beziehungserfahrungen und begegnen uns dementsprechend auch im (tanz-)therapeutischen Prozess. Dies weist darauf hin, dass durch die Beteiligung von Körperempfindungen, rhythmisierter, nonverbaler und emotionaler Kommunikation im tanztherapeutischen Geschehen diese rechtshemisphärischen Gehirnstrukturen involviert sind.

Direkte, auf sie gerichtete, kraftvolle, durchaus spielerische Kontaktangebote durch Mitpatienten erlebte Fr. Q. als Angriff und ließen sie vehement und aggressiv reagieren. In der Abschlussintervention einer Therapiestunde, bei der aus einer Kreisformation heraus jeweils ein Gruppenmitglied einem anderen einen Ball individuell überbrachte, wurde dies besonders sichtbar. Die Patienten hatten begleitend die Aufgabe, bei der Ballübergabe eine Qualität aufzugreifen, die sie positiv in der Stunde bei sich oder anderen erlebt hatten und nochmals spüren oder zeigen wollten. Eine Mitpatientin griff eine vorher von ihr als anregend empfundene schalkhafte und kraftvolle Interaktion Frau Q.'s auf. Sie warf ihr kräftig und zielgerichtet den Ball zu, nachdem sie zuvor spielerisch den Wurf mehrmals zu Frau Q. und zu anderen Personen angetäuscht hatte. Fr. Q. reagierte kurz erschrocken und dann aggressiv, sie fühlte sich angegriffen und benannte ungehalten ihr Unverständnis. Wütend verbat sie sich einen solchen Umgang im Miteinander. Die Erklärung der Mitpatientin, dass dieses Zuspiel aus der Lust heraus entstanden war, Frau Q.'s Necken und kraftvolle Lebendigkeit aufzugreifen, die sie bei ihr so ansteckend erlebt hatte, wurde von Frau Q. vehement abgelehnt. Auch das Bedauern über den ausgelösten Schrecken seitens der Mitpatientin wurde von Frau Q. negiert. Die Frage der Therapeutin, ob sie diese kraftvolle, gerichtete und nicht vorher-



sehbarer plötzlicher Art der Kontaktgestaltung aus anderen Zusammenhängen herkenne, ließ sie innehalten. Sie reflektierte, dass ihr Vater, aus liebevollen zugewandten Momenten heraus oft plötzlich und unberechenbar, „wie aus dem Nichts heraus“, massiv gewalttätig ihr gegenüber geworden sei. Immer wieder habe sie erlebt, dass humorvolles verspieltes Miteinander sich unvorhersehbar in Bedrohung gewandelt habe. Sie erkannte, dass aus diesem bedrohlichen Bindungserleben heraus ein unbewusstes Muster entstanden war, bei verspielten, liebevollen, sich neckenden Beziehungsmomenten auf der Hut zu sein und aggressiv auf spontan kraftvolles Beziehungsangebot zu reagieren. Ihr wurde deutlich, dass dieses früh geprägte Muster als Schutz in der Kindheit entstanden war und im heutigen Alltag weiterhin bei bestimmten Auslösern (Plötzlichkeit, Unvorhersehbarkeit, gerichtete Kraft) Gefahr impliziert, auch wenn dies der aktuellen Situation nicht entspricht. Diese relativierende Sicht auf sie wütend machende Situationen im Alltagserleben war für Frau Q. neu. Die Tanztherapeutin erklärte, dass das bewusste Realisieren von neuen positiven Erfahrungen ermöglicht, vermehrt sich auch an diese neuen Beziehungssituationen zu erinnern und auf diese zurückzugreifen. Dieser Gedanke entlastete Fr. Q. Mit Unterstützung der Therapeutin überlegte sie, wie sie überprüfen konnte, ob die momentane Situation wirklich bedrohlich wird oder eher zugewandt bleibt. Als für sie am einfachsten und schnellsten greifbares Instrumentarium bildete sich das Überprüfen des Einhaltens von sicherer Distanz durch das Gegenüber heraus.

Fr. Q. zeigte sich im Anschluss nachdenklich und benannte, dass es sie einerseits entlastete zu erkennen, dass die Umwelt nicht immer unbedingt so feindselig sei, wie sie sie meist erlebe. Andererseits mache es sie traurig, zu erkennen, wie sehr die gewalttätigen Momente mit ihrem Vater ihr Leben und ihr Verhalten zu anderen Menschen prägte.

Diese therapeutische Situation ließ sie offener und differenzierter in der sozialen Wahrnehmung werden. Sie entwickelte Motivation, sich neu in der Tanztherapie mit Offenheit und Grenzsetzung zu erproben, Variationen zu erforschen und diese auf ihre Wirkung hin zu untersuchen. Sie nahm bewusster wahr, wenn sie reflexhaft Abwehrmuster aufgriff und begann sie in der therapeutischen Situation zu überprüfen. Unsicherheiten im Kontakt mit der Gruppe wurden von ihr vermehrt thematisiert, verbunden mit der Bitte um eine Rückmeldung. Während dieser Phase erkannte Frau Q., dass ein Druck- und Verengungsgefühl im Brustraum für sie ein weiteres Signal war, Distanz herzustellen um aus der Distanz heraus die Verlässlichkeit ihres Gegenübers zu überprüfen.

Das Entstehen von Modellen zur Affektregulation durch prägende Bindungserfahrung

Schore (2007) stellt dar, dass es in der frühen Mutter-Säugling-Interaktion zu Transaktionen der rechten Gehirnhemisphären beider Interaktionspartner kommt. Die Mutter reagiert sowohl auf das äußerlich sichtbare Verhalten des Säuglings als auch auf dessen innere Zustände, indem sie die zugrunde liegenden affektiven Rhythmen der Bewegung aufnimmt und widerspiegelt. Im Idealfall kommt es zu einem „[...] synchronisierten und gerichteten Energiefluss im Gehirn des Kindes und der Mutter [...]“ (Schore, 2007, S. 161f.). Das ermöglicht, dass beide Interaktionsbeteiligten die rhythmische Struktur des Anderen realisieren und so ihr Verhalten der zugrunde liegenden affektiven Stimmung anpassen können.

Dieser Aspekt des gegenseitigen Einstimmens auf den Spannungsfluss-Rhythmus des Interaktionspartners ist der Tanztherapie unter dem Begriff des „Attunement“ nach Kestenbergs (1975) geläufig. Die eingestimmte rhythmische Kommunikation der primären Bezugsperson unterstützt den Säugling, seine affektiven Zustände zu regulieren und zwischen Erregung und Ruhe zu pendeln. Schore (2007) schreibt dem eine zentrale Entwicklungsfunktion zu. Erfährt der Säugling keine adäquate Begleitung in der Affektregulation, so dass es auf Dauer zu Übererregung oder Untererregung kommt, zeichnet dies pathologische Folgen. Die Koordination von Erregung gelingt dem Säugling, aufgrund seiner noch nicht ausgereiften Hirnstrukturen, nur in Begleitung des reiferen Gehirns eines Erwachsenen. Fehlt diese äußere Unterstützung bei Übererregung, „[...] muss das Kind all seine regulatorischen Ressourcen verwenden, um sich zu reorganisieren.“ (Rass, 2012, S. 22) Dies birgt als Folge eine Verringerung der Kapazitäten für weitere Exploration und sozioemotionaler Erfahrung, was wiederum die strukturelle Reifung des Gehirns und damit die Steuerung der Hormone, des Immunsystems, des vegetativen Nervensystems und des kardiovaskulären Systems negativ beeinflusst (Rass, 2012, S. 20ff.).

Im Laufe der Tanztherapie entstand mit Frau Q. eine tragfähige therapeutische Beziehung, die auch die Möglichkeit direkter dualer Bewegungsinteraktion zwischen Klientin und Tanztherapeutin einschloss. Das ermöglichte der Therapeutin innerhalb des Interaktionsangebots Spannungskurven von Frau Q. co-regulierend zu begleiten. In einer Therapiestunde stapfte sie fest und gehalten, mit hoher Kontrolle durch den Raum, der Atem war flach. Der Impuls der Bewegung wurde in seiner Abwärtsdynamik gebremst und in einer kleinen Impulsbewegung im Körper Richtung aufwärts in seiner entladenden Dynamik revidiert. Ein Aufgreifen des Rhythmus durch die Therapeutin in Form eines Schnipsens und Klatschens ließ Frau Q. zunächst ein wenig die Körperspannung reduzieren und mit ihr in Blickkontakt treten. Ein nach unten gerichtetes Stampfen der Therapeutin war ihr nicht möglich aufzugreifen. Da durch die körperliche Gegenübertragung deutlich wurde, dass es eines Spannungsabflusses bedurfte, gleichsam dies unmittelbar im Körper umzusetzen offensichtlich in dem Moment zu bedrohlich war, brachte die Tanztherapeutin einen kleinen Ball als Medium in das Interaktionsangebot ein. Sie prellte den Ball Frau Q. zu, die diesen erfreut zurückprellte. Fr. Q.s Beinbewegungen verließen während dieses kraftvollen Hin- und Herspielens mehr und mehr den vehementen Modus und gingen in den vollen Antrieb¹ über, das Gewicht wurde nicht mehr ausschließlich gehalten sondern flexibler von ihr variiert. Aus diesem kraftvollen, mit Bewegungsimpuls nach unten gerichteten Spiel entstanden zunehmend kraftvolle Aktionen in unterschiedlichen Raumrichtungen (unten, vor, seitlich, rück), stellenweise auch direkt auf die Partnerin ausgerichtet. Der Umgang mit Kraft (Aggression) wurde zunehmend spielerisch, freud- und lustvoll, nachdem sich die übermäßige, gehaltene Spannung entladen hatte. Frau Q. erschien parallel dazu vitalisierter, variabler und weicher in der gesamten Haltung. Diese freudige Präsenz ließ die duale Interaktion in eine Gruppeninteraktion übergehen, da andere Patientinnen sich als „Gesprächs“-Partnerinnen anboten. Damit erfuhr Fr. Q. zum einen Selbstwirksamkeit innerhalb Spannungs- und Affektregulation als auch Anerkennung und Wertschätzung mit diesen, bislang für sie als nicht einschätzbar und eher negativ besetzten Gefühlen.

¹ Der Antrieb bezeichnet in der Laban Bewegungsanalyse und im Kestenbergs Movement Profile „[...] Bewegung, die mit einer inneren Beteiligung der Kontrolle des Bewegungsflusses, der Aufmerksamkeit auf den Raum, der Absicht des Krafteinsatzes und des Erspürens des richtigen Zeitpunkts geschieht.“ (Bender, 2007, S. 43) Die innere Einstellung kann dabei zwischen erspürender oder ankämpfender Qualität divergieren.



Die Entwicklungsfunktion des Spiegels innerhalb des Bindungsgeschehens

Markiertes Spiegeln des Kleinkindes durch die ersten Bindungspersonen wird in diesem Zusammenhang von Fonagy et al. (2008) als Grundvoraussetzung für die Entwicklung von Mentalisierungsfähigkeit, gesunder Affektregulation, Impulskontrolle und das Erleben von Getrenntheit zwischen Selbst und Objekt angesehen. Markiertes Spiegeln beinhaltet das Aufnehmen und Spiegeln der Regung des Säuglings durch die Bezugsperson. Eine leichte individuelle Veränderung innerhalb des gespiegelten Ausdrucks signalisiert dem Kind, dass der Emotionsausdruck der Bezugsperson nicht ihr eigenes Empfinden ist. Dieser Aspekt der frühen Bindungsperson-Kleinkind-Interaktion wird durch das Phänomen des intermodalen Einstimmens ergänzt, wie es von Forschern zur frühkindlichen psychischen Entwicklung, u.a. von Dornes (1993) und Stern (2000), beschrieben wurde. Intermodales Einstimmen meint das Aufgreifen und Übersetzen des wahrgenommenen Spannungsflusses des Säuglings in eine andere Sinnesmodalität. Beispielsweise wird eine Strampelbewegung des Säuglings von der Mutter vokal vertont, die motorische Bewegung somit in eine vokale Modalität übertragen. Dies wiederum lässt den Säugling auditiv erleben, dass er gesehen und empathisch wahrgenommen wird. Diese Formen des Spiegels ermöglichen dem Säugling sich wahrgenommen und verstanden zu fühlen und gleichzeitig die Differenziertheit zwischen sich und dem Gegenüber zu realisieren.

Die Tanztherapie integriert in ihren Behandlungsansatz diese Aspekte des Spiegels in der Beziehungsgestaltung unter dem oben erwähnten Begriff des „Attunements“, dem Einstimmen auf den Spannungsfluss-Rhythmus des Gegenübers. Sie bezieht sich dabei auf das bewegungsanalytische Instrumentarium des Kestenberg Movement Profiles (vgl. Loman, 2007) und die Forschungsergebnisse von Kestenberg et al. (1975). Hiermit eröffnet das tanztherapeutische Verfahren der Klientin/dem Klienten, sich neu affektregulierend zu erproben. In der kinästhetisch geprägten tanztherapeutischen Beziehungsgestaltung können neue Modelle der selbstfürsorglichen Spannungsregulation erfahren und überprüft werden. Im tanztherapeutischen Prozess verinnerlichtes relativierendes Beziehungserleben bildet sich rechtshemisphärisch ab und wird zunehmend als Alternativmuster für die Klientin/den Klienten greifbar.

Oftmals kam Frau Q. zur Tanztherapie mit hoher Anspannung, Unruhe und Unsicherheit, da soziale Begebenheiten im Alltag für sie nicht einschätzbar gewesen waren oder sie mit diesen nicht hatte selbstregulierend umgehen können. In diesen Therapiestunden stellte das intermodale Spiegeln während der ersten tänzerischen Improvisation, insbesondere das Übersetzen der Bewegungsqualität in einen stimmlichen Klang oder ein Geräusch, eine Möglichkeit dar, ihr ein „Gesehen-werden“ zu vermitteln und gleichzeitig die nötige Distanz zu bewahren. In einem vielfältigen Gruppengeschehen entstanden so kurze Momente von Kontakt oder Bezogenheit, die meist eine größere Präsenz und eine etwas verbesserte Schwingungsfähigkeit bei der Klientin entstehen sowie sie aus dem inneren Rückzug auftauchen ließen. Gleichzeitig begann sie dann die Bewegungsqualität bewusster zu gestalten, sodass meist aus dem Vorantrieb² die Bewegung in den vollen Antrieb überging. Das wiederum ließ Frau Q. ihre eigene Befindlichkeit differenzierter spüren und diese bestimmten Auslösemomenten

² Vorantrieb ist nach dem Kestenberg Movement Profile eine Bewegung, die „[...] mit einer inneren Anstrengung, Besorgnis oder Vermeidung hinsichtlich der Aufmerksamkeit gegenüber dem Raum, der Absicht des Krafteinsatzes und des Erspürens des richtigen Zeitpunkts geschieht.“ (Bender, 2007, S. 31) Vorantriebe sind sowohl als Lernform als auch bei Abwehr von unangenehmen Gefühlen zu sehen.

zuordnen. Das Gefühl diffuser Unruhe, Unsicherheit und Überforderung wurde durch Anteile von Erkenntnis und (Zu-)Ordnung ersetzt.

Neben dem Einstimmen, welches auch in der neurobiologischen Forschung hervorgehoben wird, beachtet die Tanztherapie einen weiteren wichtigen Aspekt der interaktiven Kommunikation, das „Adjustment“, das gegenseitige Anpassen der Körperform in der bewegten Interaktion. Kestenbergh und Buelte (1983) beschreiben das Erleben von angemessenen „Zueinander-hinwenden“ und „Voneinander-zurückweichen“ in den ersten Lebensjahren als Fundament für Vertrauen in Beziehung. Bei angemessenem „Adjustment“ der ersten Bindungspersonen wird das Kleinkind befähigt, sich aktiv und selbstregulierend sensomotorisch zu stimulieren. Indem der Säugling verinnerlicht, dass er sich von einem unangenehmen Reiz zurückziehen und einen angenehmen Reiz zuwenden kann, entwickelt er Urvertrauen und ein Selbstgefühl zu dem dazugehörigen Affekt. „Die Körperform gibt dem emotionalen Spannungsfluss Struktur und setzt ihn in Beziehung zur menschlichen und dinglichen Umwelt“ (Eberhard, 2007, S. 68). Ein gesundes Anpassen der Körperform seitens der Bezugsperson auf die Bedürfnisse des Säuglings schafft einerseits Raum für neugierige Exploration und Expansion. Andererseits bietet sie gleichzeitig den Raum für ausgleichenden Rückzug, Sicherheit, Halt und Geborgenheit.

Während angemessenes „Attunement“ im Bindungsgeschehen dem Kind bzw. der Klientin/dem Klienten ein selbstregulierendes Pendeln zwischen Erregung und Ruhe ermöglicht, bewirkt angemessenes „Adjustment“ folglich den selbstbestimmten Wechsel des Kindes zwischen Expansion und ausgleichendem Rückzug.

Diese Erweiterung in der Betrachtung von Bindungsgeschehen durch die Tanztherapie erscheint mir signifikant. Sie verdeutlicht die Relevanz der Körperhaltung in Interaktion und beschreibt, dass die Haltung des „aufnehmenden, zuhörenden“ Interaktionspartners Raum für die emotionale Spannung des aktiven, sich äußernden Kommunikationspartners schafft oder negiert. Selbstregulation benötigt demzufolge neben einer abgestimmten Resonanz in der Spannung eine angepasste Resonanz in der Körperform des sozialen Bezugspartners. So kann in der Therapie die Klientin/der Klient erkennen, dass Nähe und Distanz, den eigenen affektiven Bedürfnissen angemessen, gesteuert werden kann sowie eine Sicherheit und Freiraum anbietende Umwelt existiert. Ein alleiniges Betrachten und Eingehen auf die Affektregulation (Spannungsregulation) im therapeutischen Prozess birgt die Gefahr einer starken Überforderung der Klientin/des Klienten.

Nach dem erstmaligen Erleben konstruktiven Gestaltens von Spannungsabfuhr in Form von kraftvoller Interaktion, wie sie oben beschrieben wurde, begann Fr. Q. mit erhöhter Anspannung in der Tanztherapie bewusster eigeninitiativ und konstruktiv umzugehen. Sie ließ sich in solchen Stressmomenten eher auf eine Interaktion mit der Tanztherapeutin ein oder suchte sogar von sich aus den Kontakt. Nach der o.g. Stunde mit dem kraftvollen Ballspiel „erlaubte“ Fr. Q., dass die Tanztherapeutin in der nächsten Stunde zunächst einige Runden mit ihr gemeinsam durch den Raum stampfte (Attunement). Sich auf ihren Rhythmus einlassend, diesen teils mit Stimme, Atem oder dem Stampfgeräusch der Füße auf dem Boden betonend, signalisierte die Therapeutin ein Annehmen und Verständnis für den Zustand der Patientin. Fr. Q. wurde darüber lockerer, die Kraft

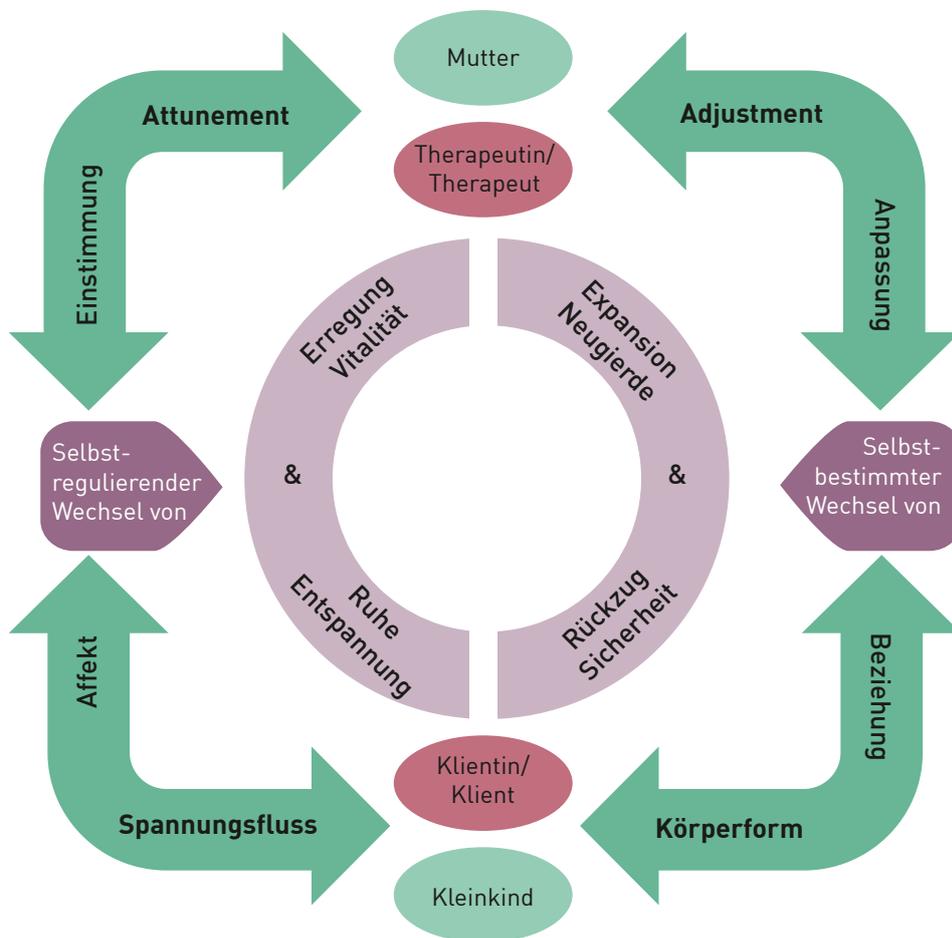


war weniger gehalten und sie begann die Ausgestaltung des kraftvollen, entladenden Impulses mit kleinen Varianten zu modulieren, im Sinne von eigener Spannungsregulation. Gleichzeitig wurde die Verbundenheit im Körper stärker und ihre Wirbelsäule richtete sich etwas auf. Sie zeigte sich schwingungsfähiger und spürbarer im Kontakt und es begann für eine kurze Zeit ein gegenseitiges Aufgreifen von kleinen Bewegungs-Varianten des Anderen. Auffallend war währenddessen, dass in ihrer Bewegung ein Vorwärtsdrall lag, der gleichsam in den leeren Raum lief, sodass sie mit eingefallenem Brustkorb und gerundeten Schultern ihren plötzlichen Bewegungen hinterher zu fallen schien. Nachdem Fr. Q. offener und erreichbarer im Kontakt war, bot aus diesem Grund die Tanztherapeutin im Sinne von Adjustment an, sich frontal zu positionieren. Sie schlug vor, sich dann gemeinsam vor und zurück zu bewegen, weiter im kräftigen Schritt-Rhythmus verbleibend. Neugierig ließ sich die Klientin darauf ein, mal führte sie mit der Vorwärtsbewegung und die Therapeutin reagierte mit einem Rückwärtsgehen und umgekehrt. Hierbei entwickelte Fr. Q. regelrecht Freude, währenddessen suchte und hielt sie den Augenkontakt zur Therapeutin. Das „Vordringen“ und „Zurückweichen“ (Formen) in zugewandter Beziehung zu erleben, ließen sie kreativer und selbstbewusster werden.

Der Umgang mit dem Antrieb der Schwerkraft wurde mit der passenden Form verknüpft. Nach einer Weile des Vor- und Zurückstompens kam es zu einem kurzen Moment des auf der Stelle Stampfens, beide im sehr kraftvollen, nach vorne drängenden Modus. Aus diesem kurzen Clash in der Beziehungsgestaltung entwickelte Fr. Q. eine neue Variante. Sie griff die Herausforderung auf und fragte die Therapeutin, ob man sich gegenseitig voreinander stehend an den Händen fassen und so im „Spaßkampf“ durch den Raum schieben könne. Hierbei erprobte die Patientin lustvoll ihre vorwärtstreibende Kraft sowie ihre Widerstandskraft und es entstand ein kindliches Spiel des Kämpfens, darin beinhaltend das lustvolle Erleben am Kräfteressen und Spielen mit Nachgeben/Zurückweichen oder Gegenhalten/Vordringen. Nach einiger Zeit des „Dampfabblassens“ und Lösens von Anspannung, beendete Fr. Q. die Interaktion und konnte sich infolge dessen anderen Themen zuwenden und sich der Gruppe öffnen. Mit dieser Erfahrung begann sich Fr. Q. zunehmend aus der ausschließlich negativen Wertung von Kraft zu lösen. Sie reflektierte am Ende der Stunde, wie angenehm es gewesen sei, die Kraft im Miteinander leben zu dürfen und wie vitalisierend sie dies erlebt habe. Sie benannte erstmals, sich in der Tanztherapie sicher und aufgehoben zu fühlen. Die Patientin schilderte, dass sie sich für den Moment besser selber spüre. Sie fühle sich mit sich selber sicherer, da sie bemerkt habe, dass sie sowohl die Kraft als auch den beschleunigenden Impuls regulieren und steuern könne. Dies wurde von ihr als sehr entlastend erlebt. Aus diesem miteinander „Rangeln“ wurde ein Ritual, was die Patientin immer wieder aufgriff, um sich der Erlaubnis ihrer Vitalität und Kraft und der vertrauensvollen, sicheren Beziehung zur Therapeutin zu versichern. Das Aufgreifen konnte dann zuweilen nur einige Sekunden dauern, im Sinne eines „Gesehen-werdens“.

Findet ein adäquates „Attunement“ und „Adjustment“ seitens der wichtigen Bezugspersonen statt, verinnerlicht das Kind, dass es selbstwirksam seine Gefühle/Bedürfnisse regulieren und selbstbestimmt soziale Verbundenheit bzw. Abgrenzung ausgestalten kann. Die nachfolgende Grafik veranschaulicht die geschilderten Wirkfaktoren im dyadischen Bindungs-Geschehen.

Wirkfaktoren im dyadischen Bindungsgeschehen



Mutter steht hier für primäre Beziehungsperson

Die Forschungsergebnisse der Neurobiologie und affektiven Neurowissenschaften stellen eindringlich dar, dass die ersten Bindungserfahrungen implizit und rechts-hemisphärisch niedergelegt sind und deshalb wenig logisch, willentlich und intellektuell-kontrollierend zugänglich sind.

Sie weisen darauf hin, dass in der nonverbalen Interaktion bzw. dem interaktivem Tanz in der Tanztherapie uns früh geprägte, rechtshemisphärisch niedergelegte Muster begegnen und innerhalb des therapeutischen Prozesses eine Auseinandersetzung mit internalisierten Bindungsmustern stattfindet. Gleichzeitig erklären sie, weshalb die körper- und bewegungszentrierte tanztherapeutische Interaktion der Klientin bzw. dem Klienten eröffnet, die eigene affektive Beteiligung über die Reflexion der Körperresonanz bewusster wahrzunehmen und neue affekt- bzw. spannungsregulierende Erfahrungen zu machen. Die oftmals evidente und unmittelbare Wirkweise von bewegter, affektiv beteiligter, tanztherapeutischer Interaktion im Erleben des Klienten wird verständlich und das Instrumentarium von „Attunement“ und „Adjustment“ in seiner Relevanz deutlich.



Bindungsgeschehen und das Phänomen der Mentalisierung

Ein weiteres wichtiges Phänomen, welches von Fonagy et al. (2008) durch die Betrachtung von Bindung, Affektregulation und Entwicklung des Selbst herausgearbeitet wurde und uns in der tanztherapeutischen Behandlung begegnet, ist der Prozess der „Mentalisierung“. Eine wichtige Entwicklungsaufgabe des Bindungsgeschehens und damit auch des therapeutischen Prozesses ist die Aneignung von Mentalisierungsfähigkeit. Fonagy, Gergely, Jurist & Target (2008) beschreiben dieses Phänomen wie folgt: „An der Mentalisierung sind eine selbstreflexive und eine interpersonale Komponente beteiligt. Gemeinsam vermitteln sie dem Kind die Fähigkeit, zwischen innerer und äußerer Realität, intrapersonalen mentalen und emotionalen Prozessen und interpersonalen Kommunikationen zu unterscheiden“ (S. 12). Der Grundstein für Mentalisierung wird in den ersten Lebensjahren gelegt und ist somit ebenso in früh reifenden Gehirnregionen strukturell niedergelegt. Eine grundlegende Voraussetzung für Mentalisierung ist die „(...) Grenzbildung zwischen innen und außen (...)“ (Schultz-Venrath, 2013, S. 99), die mithilfe früher Bindungserfahrung etabliert werden kann. Das beinhaltet einerseits das Erkennen der Unterschiede zwischen innerer und äußerer Welt als auch das Erkennen von Zusammenhängen innerer und äußerer Vorgänge. Mentalisierungsfähigkeit ermöglicht dem Menschen sowohl die empathische Reaktion auf eine andere Person als auch Einfühlungsvermögen in sich selber (Schultz-Venrath, 2013, S.82).

Die Tanztherapie ist eine Therapieform, die durch die Nutzung des künstlerischen Mediums für den therapeutischen Prozess, der kinästhetischen Beteiligung, ihrer interaktiven Form sowie der im kreativtherapeutischen Prozess enthaltenen Sinnesschulung den Aspekt der Mentalisierung seit jeher gefördert hat. Schultz-Venrath (2013, S. 83) benennt die Tanz- und Bewegungstherapie sowie die Körpertherapie als Therapieformen, die dieses „(...) (vorsprachliche) Spüren und Fühlen, (...)“ als erste Quelle des Mentalisierens genutzt haben, ohne dass diese in diesem Sinne konzeptualisiert wurden.“

Das Schulen achtsamer, beschreibender Körperwahrnehmung ist in der Tanz- und Bewegungstherapie ein wichtiges therapeutisches Instrumentarium. Der Klientin/dem Klienten wird mithilfe der Reflexion von Körperresonanz und zunehmender differenzierter Wahrnehmung unterschiedlicher körperlicher Phänomene ermöglicht, eigene affektive Beteiligung und Empfindungen besser einzuordnen und zu erkennen. Der Körper, der oftmals von psychisch erkrankten Patienten als fremd oder belastend mit seinen Signalen erlebt wird, kann zunehmend als Ratgeber verstanden und die eigene Körpersprache entschlüsselt werden. Hierbei unterstützen angemessenes „Attunement“ und „Adjustment“ in der Tanztherapie als übermittelnde Resonanz von Außen, die eigene affektive Beteiligung zu erkennen und mit der eigenen körperlichen Spannung und Körperhaltung in Zusammenhang zu bringen. Ebenso wirken Interventionen, mit denen der Tanztherapeut das Assoziieren anregt, mentalisierungsfördernd.

In diesem Zusammenhang ist die Arbeit mit Medien (Materialien, Objekte) hervorzuheben. Das Kreieren von Symbolen bietet der Patientin/dem Patienten einen Weg, ein bedrohliches, internalisiertes Erleben oder Gefühl für den Moment nach Außen zu verlagern und sich damit auseinanderzusetzen. Mithilfe dieser hergestellten räumlichen Distanz können unbewusst oder bewusst negierte Gefühle und Erlebensqualitäten, welche ansonsten über das unmittelbare Erleben im Körper als zerstörerisch empfunden werden, betrachtet und differenziert wahrgenommen werden. Es kann

eine neu erprobende, handelnde Umgangsform mit dieser Erlebensqualität gefunden werden. Diese Form der Annäherung ermöglicht die allmähliche Verknüpfung mit eigenen Anteilen und innerem Erleben bis hin zur abschließenden Verkörperung dieser Qualitäten.

Parallel dazu erfährt die Klientin/der Klient die Erlaubnis von Außen, der eigenen Bewältigungsfähigkeit gerecht zu werden und Herausforderung bzw. Stress selbstwirksam regulieren zu können und zu dürfen. Die bewegte, körperliche Interaktion in der Tanztherapie ist somit als unterstützendes Medium zur Förderung von Mentalisierung, im Sinne einer ordnenden und co-regulierenden „elterlichen“ Funktion, zu betonen.

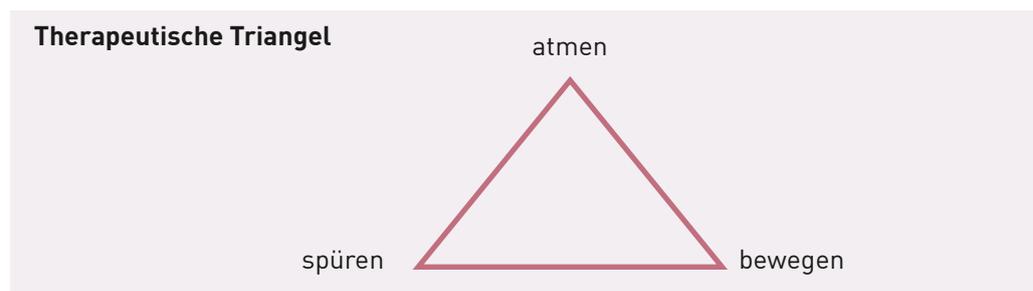
Fr. Q. wandte sich in der Therapie nach einiger Zeit der Nähe-Distanz-erprobung und des Umgangs mit Kraft und Spannung im Sinne von Affektregulation und Impulskontrolle zunehmend dem Phänomen von Halt und Geborgenheit zu. Sie erforschte, welche Qualitäten Sicherheit und Halt für sie entstehen ließen und woran sie dies bemerkte. Als sie in einer Tanztherapiestunde eher verloren im Raum war und sich ungeordnet fühlte, regte die Therapeutin an, wahrzunehmen, welche Materialien sich im Raum befanden. Falls sie ein Material anspreche oder reize, könne sie dies nehmen und sich damit auseinandersetzen. Nachdem ihr Blick einmal durch den Raum streifte, ging Frau Q. zielstrebig zu einem Eimer mit Holzstäben und zog einen etwas schwereren, längeren Gymnastikstab heraus. So bewegte sie sich, den Holzstab in den Händen haltend, tanzend durch den Raum. Sie nahm in der Bewegung seine Festigkeit und sein Gewicht war, zeitgleich erkundete sie die Möglichkeit, mit dem Stab ihren eigenen Bewegungs-Umraum zu vergrößern. Immer wieder suchte die Therapeutin die Klientin während der Improvisation auf und erfragte Frau Q.s Körperresonanz, Eindrücke und Assoziationen, sodass Symbole und Worte zu dem affektiv gefärbten Erleben entstehen konnten. Fr. Q. reflektierte, dass die Stabilität des Stabes ein sicheres Gefühl entstehen ließe, es fühle sich verlässlich und einschätzbar an, sie spüre gut den Boden unter den Füßen und Entspanntheit und Weite im Brust- und Bauchraum. Außerdem gebe die Festigkeit und das spürbare Gewicht Halt, was sich in Form von Ruhe und Halt im Körper widerspiegeln. Der vergrößerte Aktionsraum durch den Stab lasse sie entspannen und sich sicher fühlen, gleichsam sei ihr die Verantwortung bewusst geworden, niemanden zu verletzen, weswegen sie sich eine von den anderen nicht genutzte Fläche als Aktionsraum gesucht habe. Diese Erfahrung in der Tanztherapie ließ sie in der folgenden Zeit auch im Alltag aufmerksamer die Aspekte von Festigkeit, klarer Struktur und Abgrenzungsmöglichkeit als sicherheitsgebende Qualitäten wahrnehmen und nach Umsetzungsmöglichkeiten suchen.

Tanztherapeutische Vorgehensweise und Haltung für relativierende Bindungserfahrung

Die Art der therapeutischen Haltung und der Vorgehensweise sind einflussreiche Faktoren für das Entstehen von Mentalisierung und relativierender Bindungserfahrung im tanztherapeutischen Setting. Die wichtigsten Eigenschaften einer positiven Bindungsfigur werden von Rass (2012, S. 40) mit „[...] Feinfühligkeit, Empathiefähigkeit, Affektregulation, Respekt, Unterstützungsbereitschaft sowie das Zugestehen individueller Eigenschaften“ beschrieben. Diese Eigenschaften sollten dementsprechend das Auftreten der Tanztherapeutinnen/Tanztherapeuten gegenüber der Klientin/dem Klienten prägen.



Sich als Therapeutin/Therapeut aus Wertung und Interpretation zu lösen unterstützt diese Haltung und schafft nach Schultz-Venrath (2013) einen therapeutischen Raum, der das Entstehen von Mentalisierung fördert. Diesen wertungsfreien Rahmen, der durch Achtsamkeit geprägt ist, sollten die Tanztherapeutinnen/Tanztherapeuten sowohl für sich selber kreieren als auch der Patientin/dem Patienten eröffnen. Darin enthalten ist eine beschreibende Wahrnehmung, die sowohl den Referentinnen/Referenten als auch den Patientinnen/Patienten in die Lage versetzt, Assoziationen zu bilden sowie unerwartete Facetten an „Gewohntem“ zu entdecken. In der beschreibenden Haltung löst sich die Therapeutin/der Therapeut von vorgedachten Entwicklungen und öffnet sich dem momentanen Erleben und individuellen Geschehen in der Gestaltung der Patientin/des Patienten. Er beginnt „rechtshemisphärisch“ der Patientin/dem Patienten zu begegnen. Das therapeutische „Wollen“, welches die individuelle Entwicklung eher kontrollieren würde, tritt damit mehr in den Hintergrund. Statt des „Wollens“ und Zielgerichtetheit rückt ein entwicklungsorientierter Fokus in den Vordergrund, der durch zugewandte, empathische Neugierde geprägt ist. Dieses wohlwollende empathische Interesse der Tanztherapeutin/des Tanztherapeuten eröffnet der Patientin/dem Patienten sich selber neugieriger und wertschätzender zu begegnen sowie sich explorierend zu erproben. Überhöhte Kontrolle wird somit schrittweise verlassen und Mentalisierung gefördert. Die Klientin/der Klient kann sich zunehmend aus übernommenen, machtvollen, negierenden Leitsätzen, im Sinne eines „falschen Selbst“, herauslösen. Die Körpertherapeutin Christine Caldwell hat in ihrer Methode des „Moving Cycles“ (1997) den Aspekt von Aufmerksamkeit und Achtsamkeit als Grundvoraussetzung für eine selbstbestimmte und selbstregulierende Entwicklung bzw. eine Herauslösung aus dysfunktionalen Handlungs- und Interaktionsmustern herausgearbeitet. Aus dieser Haltung erwächst die Möglichkeit, negierten bzw. verdrängten Anteilen des Selbsterlebens neu zu begegnen und diese in das eigene Erleben, Wahrnehmen und Fühlen zu integrieren. Der von ihr entwickelte „therapeutische Triangel“ repräsentiert ein einfaches und gleichzeitig wirkungsvolles therapeutisches Instrumentarium, das sich auch hervorragend für die Anwendung im klinischen Setting eignet.



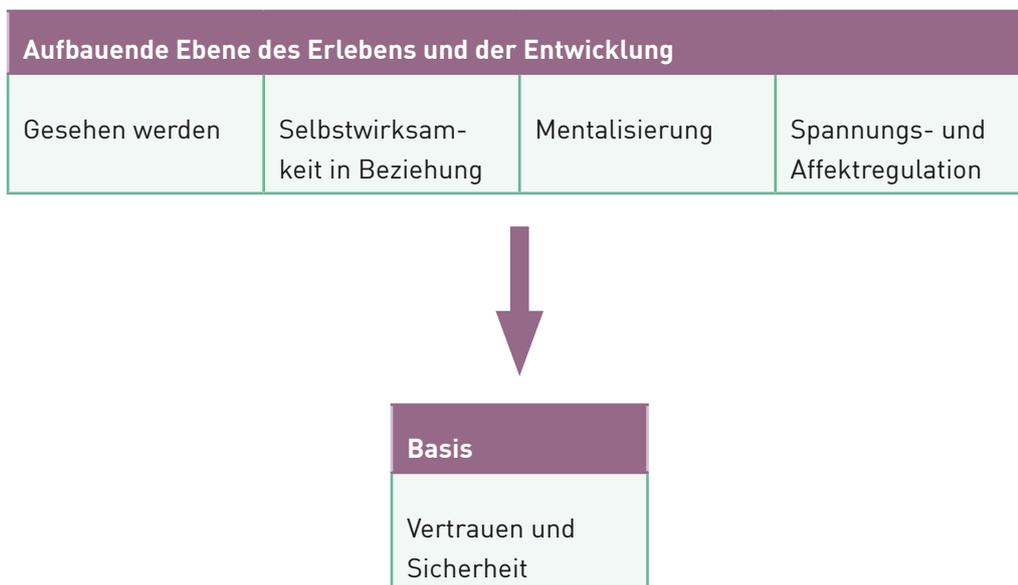
Mit therapeutischem Triangel meint Caldwell (2013) den gleichberechtigten und sich gegenseitig unterstützenden Wechsel in der Aufmerksamkeit auf Atmung, Bewegung und Spüren. Sind diese drei Anteile in einer tanztherapeutischen Exploration gleichberechtigt involviert, verbleiben die Teilnehmenden in ihrer Selbstwirksamkeit und selbstregulierenden Handlungsfähigkeit. Sie entwickeln Achtsamkeit für sich selber, ihre Empfindungen („Spüren, Fühlen“) und ihre Handlungen („Bewegung, Ausdruck“) bei ausreichender Vitalität („Atmung“). Übernimmt der Tanztherapeut Verantwortung für das Aufrechterhalten dieses therapeutischen Triangels, ermöglicht sie im hohen Maße selbstwirksam kreierte Selbstregulation sowie das Verlassen einer wertenden Grundhaltung zu Gunsten einer annehmenden Haltung. Sie schafft einen mentalisierungs-fördernden Rahmen, der von der Dissoziation weg, hin zur Assoziation führt.

Schlussfolgerungen für die tanztherapeutische Praxis

Die vorherigen Ausführungen verdeutlichen die Relevanz, Bindungsgeschehen im tanztherapeutischen Kontext wahrzunehmen und auf die Bindungsmodelle der Klientinnen/ Klienten innerhalb des tanztherapeutischen Prozesses einzugehen. Sie illustrieren die Entwicklungschancen, die die körperzentrierte, kreative und symbolische Vorgehensweise der Tanztherapie bietet, wenn innerhalb der tanztherapeutischen Beziehung relativierende Bindungserfahrungen bei dysfunktionalen Bindungsmustern ermöglicht werden.

Als Zusammenfassung und Illustration folgen die zuvor aufgeführten, im Bindungsgeschehen enthaltenen elementaren Themenkomplexe in einer graphischen Darstellung. Vier grundsätzliche Erlebensqualitäten werden beschrieben, die in die Vertrauen und Sicherheit bietende Haltung der Tanztherapeutin/des Tanztherapeuten eingebettet sein sollten, um relativierende Bindungserfahrungen und eine selbstregulierendere Beziehungsgestaltung zu ermöglichen. Es handelt sich hierbei um „Gesehen-werden“, „Selbstwirksamkeit in Beziehung“, „Mentalisierung“ und „Spannungs- und Affektregulation“.

Abschließend folgt eine Auflistung von Interventionsschwerpunkten zu den einzelnen Themenkomplexen. Diese möchten zu eigenen ergänzenden Interventions-Ideen einladen.





Basis: Vertrauen und Sicherheit

- Vertrauen und Sicherheit als Basis für Entwicklung von Mentalisierung
- Wechseln zwischen Expansion und Rückzug ermöglichen
- Vermeidung von erhöhtem Stress > Achtsamkeit seitens des Therapeuten/ Feinfühligkeit > „elterliche“ Co-Regulation von Stress
- konstruktiver und lösungsorientierter Umgang mit Stress und Angst/Entkoppelung der therapeutischen Beziehung von diesen Gefühlen
- Aktiver Teilnehmer statt Beobachter (Authentizität) als therapeutische Rolle
- Wertschätzung und Neugierde gegenüber dem Klienten
- Benennung und Auseinandersetzung mit Phänomenen, die diese Haltung stören
- Spiegelung der Krankheit als Schutzmechanismus
- Wahrnehmung und Herausstellen der Ressourcen des Patienten
- Stärkung der Selbstwirksamkeit, Bestärkung in Mitgestaltung der Therapie (Gleichberechtigte Beziehung, kein Machtverhältnis)

Aufbauende Ebene: Gesehen werden

- Ideen des Klienten erfragen, aufgreifen und gemeinsam ausgestalten
- Wahlmöglichkeiten/Gestaltungsspielräume bei Interventionen anbieten
- Chace-Circle
- Anerkennung und Benennung individueller tänzerischer Gestaltung innerhalb der Gruppe durch die verschiedenen Teilnehmer
- Rhythmen aufgreifen, intermodal spiegeln
- (Beiläufiges) Attunement und Adjustment
- Interaktive Exploration
- (Beiläufiges) Verbalisieren und/oder Aufgreifen von gesehenen Impulsen
- Aufnehmen und Anreichen von Schattenbewegungen oder unterschwelligen Impulsen des Patienten
- Kurze Begegnungen (Augenkontakt, verbale Ansprache) im Vorbeigehen
- Wertungsfreie Haltung/Vermeidung von Deutung und Interpretation

Aufbauende Ebene: Selbstwirksamkeitserleben in Beziehung

- Verantwortung für den therapeutischen Triangel (Caldwell) übernehmen
- Auf körperliche Gegenübertragung reagieren, für sich als Therapeut/als Intervention anbieten
- Selbstregulation ermöglichen > Achtsamkeit fördern für unterschwellige Impulse
- Unterschwellige Impulse, Schattenbewegungen anbieten u. für diese Gestaltungs-Raum anbieten
- Gestaltungsspielräume zum Erforschen anbieten
- Arbeit mit der Körperorganisation > Erkennen von Präferenzen und negierten Anteilen, Anregung von Körperverbindungen und neuronaler Bahnung
- Erprobung von Variationen bekannter und geläufiger Handlungs- und Bewegungsmuster

Aufbauende Ebene: Mentalisierung fördern

- „rechtshemisphärisches“ Reagieren auf den affektiven Zustand des Klienten (Geräusche/Klänge/Bewegung statt Worte etc.)
- Symbole als Brücke zum eigenen Gefühl bzw. affektiver Wahrnehmung/Arbeit mit Medien (Affektdifferenzierung)
- Wahrnehmung von Körperresonanz, diese mit Assoziationen verknüpfen lassen
- Förderung kinästhetischer Wahrnehmung
- Realisieren der Funktionalität des Körpers als Vorbereitung zur affektiv beteiligten Körperwahrnehmung
- Spielerisch, die Kreativität fördernde Interventionen
- Schlüpfen in Rollen und unterschiedlichen Körperausdruck
- Vitalisierende, Spontanität fördernde Interventionen
- Sinneserfahrung ermöglichen (taktil, kinästhetisch etc.)
- Oszillieren der Aufmerksamkeit fördern (Caldwell 1997)

Aufbauende Ebene: Spannungs- und Affektregulation fördern

- Bewusstmachung von Spannungsregulation
- Exploration verschiedener Spannungsgrade
- Auseinandersetzung mit Dynamik (Fluss versus Stopp)
- Anbieten der Spannungsfluss-Rhythmen nach Kestenberg
- Wahrnehmung von Spannung bei sich und Anderen
- Körperausdruck realisieren, erforschen bei sich und bei Anderen
- Spannungsgrade im Körper bewusst machen, erforschen
- Verschiedene Tempi in der Bewegung ausgestalten
- Bipolarität innerhalb der Bewegungsfaktoren nach Rudolf von Laban (Kraft, Zeit, Raum, Fluss) erproben/Bewegungsprioritäten entdecken
- Ausgestaltung von inneren Bewegungsimpulsen
- Auseinandersetzung mit passivem und aktivem Reagieren auf äußere Impulse

Literatur

- Bender, S. (2007). Die psychophysische Bedeutung der Bewegung. Ein Handbuch der Laban Bewegungsanalyse und des Kestenberg Movement Profiles. Berlin: Logos Verlag
- Bowlby, J. (2010). Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag
- Brisch, K.H. (2010). Bindungsstörung. Von der Bindungstheorie zur Therapie. (9. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl. 2009, 10. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta
- Caldwell, C. (1997). Hol dir deinen Körper zurück. Bielefeld: Kamphausen Verlag
- Caldwell, C. (2013). Moving Cycle Training. Phase One. March 2013. Berlin. Unveröffentlichte Unterrichtsmaterialien
- Dornes, M. (2009). Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. (12. Aufl.). Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch Verlag
- Eberhard-Kaechele, M. (2007). Tabellarische Arbeitshilfen zur Diagnostik und Interventionsplanung mit dem KMP. In S.C. Koch & S. Bender (Hrsg.), Movement Analysis – Bewegungsanalyse. The Legacy of Laban, Bartenieff, Lamb and Kestenberg (S. 65- 85). Berlin: Logos Verlag
- Eberhard-Kaechele, M. (2009a). Von der Ko-Regulation zur Selbstregulation: Spiegelungsphänomene in der Tanz- und Ausdruckstherapie. In M. Thielen (Hrsg.) Körper – Gefühl – Denken. Körperpsychotherapie und Selbstregulation (S. 251-264). Gießen: Psychosozial-Verlag
- Eberhard-Kaechele, M. (2009b). Heimkehr zu sich selbst: Affektregulation und Selbstvertrauen nach Traumatisierung. In C. Moore, U. Stammermann (Hrsg.) Bewegung aus dem Trauma. Traumazentrierte Tanz- und Bewegungspsychotherapie (S. 165-192). Stuttgart: Schattauer Verlag
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., Target, M. (2008). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag
- Gahleitner, S.B. (2005). Neue Bindung wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung. München: Ernst-Reinhardt-Verlag
- Kestenberg, J.S., Berlowe, J., Buelte, A., Marcus, H., Robbins, E. (1975). Children and Parents – Psychoanalytical Studies in Development. Serie: Classical Psychoanalysis and its Applications, 27. New York: Jason Aronson Verlag



- Kestenberg, J.S., Buelte, A. (1983). Prevention, Infant Therapy, and the Treatment of Adults, III: Periods of Vulnerability in Transition from Stability to Mobility and Vice Versa. In J. Call, E. Galenson, R. Tyson (Hrsg.), *Frontiers of Infant Psychiatry* (S. 200-215). New York: Basic Books
- Loman, S. (2007). Das KMP als Klassifizierungsinstrument für die Tanztherapie. In S.C. Koch & S. Bender (Hrsg.), *Movement Analysis – Bewegungsanalyse. The Legacy of Laban, Bartenieff, Lamb and Kestenberg* (S. 87 - 101). Berlin: Logos Verlag
- Mentzos, S. (2006). *Depression und Manie, Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen* (4. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Rass, E. (2012). *Bindung und Sicherheit im Lebenslauf. Psychodynamische Entwicklungspsychologie*. (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag
- Romer, G. (1993). Choreographie der haltenden Umwelt: Die frühe Mutter-Kind-Beziehung in Bewegungsmustern. In K. Hörmann (Hrsg.), *Tanztherapie* (S. 33-56). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie
- Schore, A.N. (2007). *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag
- Schultz-Venrath, U. (2013). *Lehrbuch Mentalisierung. Psychotherapien wirksam gestalten*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag
- Stern, D.N. (2000). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. (7. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag
- Strauß, B. (Hrsg.) (2008). *Bindung und Psychopathologie*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag
- Strauß, B., Schwark, B. (2008). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. In B. Strauß (Hrsg.), *Bindung und Psychopathologie* (S. 9-48). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag

Teilnehmerbericht:

In ihrem Workshop „Interaktionelles Handeln-Bindungsrelevantes Handeln“ gibt Antje Scherholz Einblicke in die Theorie der Mentalisierung und in ihre Patientenarbeit als Tanztherapeutin. Außerdem bietet sie den Teilnehmenden die Möglichkeit am eigenen Leibe zu erfahren wie sie Bindungs- sowie Mentalisierungsprozesse in der Tanztherapie erlebbar macht.

In der theoretischen Einleitung berichtet Frau Scherholz, dass sie ihren Patienten die Verbindung zwischen Bewegung und den Neuronenverbindungen erklärt, wodurch diese sich leichter auf die Tanztherapie einlassen können,

Zur Relevanz der Tanztherapie für die Mentalisierungsfähigkeit eines Menschen beschreibt sie wie sich beim Kleinkind zunächst die rechte Gehirnhälfte ausbildet, während sich zeitgleich eine große motorische Entwicklung vollzieht. Auch das Bindungsverhalten wird in diesen ersten Jahren grundlegend geprägt. Daher ist es in der Tanztherapie wichtig den Patienten einen Zugang zur rechten Gehirnhälfte zu vermitteln, ihnen zu ermöglichen durch neue Bewegungserfahrungen neue Neuronenverbindungen zu knüpfen. Dies wiederum hat Einfluss auf das Handeln des Menschen. Dadurch dass in der Tanztherapie Körper und Sinne angesprochen werden wird die rechte Gehirnhälfte aktiviert. Somit bekommt der Patient Zugang zu frühkindlichen Erfahrungen und kann diese durch neue Erfahrungen, die er in der Tanztherapie macht, relativieren.

Für mich war es besonders eindrücklich und schön mitzuerleben, wie innerhalb des praktischen Teils dieses Workshops erste Bindungen entstanden. Bindungen zwischen den Workshopteilnehmerinnen (übrigens nur Tanztherapeutinnen), die unter der Anleitung der Referentin zunächst über den Tanz mit Fokus auf die Körperorganisation und den therapeutischen Triangel von Caldwell, in Kontakt mit ihrem inneren Erleben und ihrer Körperresonanz geführt wurden, um dann auf spielerische Weise miteinander in Kontakt zu treten. Die Referentin war durch ihre Feinfühligkeit und wertungsfreie Haltung und die körperliche und akustische Begleitung der Bewegung eine sichere Bindungsperson. Man könnte sagen sie hatte eine „good-enough mother“ Funktion.

*Frau Marie Faber
LVR-Klinikum Düsseldorf*

Bindung und Bewegung

Angelika Feld



Tanz- & Ausdruckstherapeutin (Ausbilderin/Lehrtherapeutin BTD), Yogalehrerin, Heilpraktikerin (Psychotherapie)

Seit 1999 als Tanz- und Ausdruckstherapeutin tätig, zuerst im gerontopsychiatrischen Bereich, seit 2003 in der Psychosomatik, sowohl im klinischen als auch im ambulanten Rahmen sowie in der Weiterbildung für Mitarbeitenden in der Sozialen Arbeit

Tätig zur Zeit in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Märkischen Kliniken Lüdenscheid und in eigener Praxis in Wuppertal.

Schwerpunkte: Traumafolgestörungen, Somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Depression, Angst- und Panikstörungen



Möglichkeiten der Tanztherapie, Bindungserfahrungen zu verstehen und Bindungsfähigkeit zu fördern

Bindung geschieht immer und überall, in jedem Moment: Bindung zu sich selbst und Bindung an die Welt. Bindung ist ein Kernthema in der klinischen Praxis. Zahlreiche und vielfältige Symptome stehen in Zusammenhang mit persönlichen Bindungserfahrungen. Die Tanztherapie bietet Möglichkeiten der Diagnostik wie auch der Intervention.

Übungen:

- freies warm-up
- Achtsamkeitsübung:
gehen (normal – vorwärts und rückwärts: auf den Zehen – auf den Fersen – auf den Innenkanten – auf den Außenkanten – die ganze Fuß-sole abrollen)
- Chace-Kreis mit verschiedenen Bewegungsqualitäten:
schwingen – schütteln – dehnen – eigene Vorliebe

Die Bindungstheorie nach Bowlby besagt, dass schon Säuglingen über ein angeborenes Bindungsverhalten (attachment) verfügen, dieses beinhaltet, dass sie bestrebt sind, in sich homöostatische Bedingungen herzustellen.

Ein wesentliches und prägendes Element früher Bindungserfahrungen ist die Tatsache der Abhängigkeit von den Bezugspersonen. Mit ca. 6 Monaten kann das Kind nahe Bezugspersonen von Fremden unterscheiden und man vermutet, dass es damit ein emotionales Gefühl der Abhängigkeit entwickelt. Die gesamte Grundhaltung der Welt gegenüber wird dadurch geprägt, ob die Umwelt etwas ist, in das man Vertrauen haben kann oder ob man sie als versagend, bedrohlich und unzuverlässig erlebt. (s. Erikson: Urvertrauen versus Urmisstrauen)

Damit das Kind eine „sicherheitsvermittelnde Innenrepräsentanz“ zur Verfügung hat, muss es diese Sicherheit zuerst durch seine Umwelt erfahren. Das Kind übt in der Interaktion mit seiner Umwelt, wie es sich bemerkbar machen und Kontakt gestalten kann. Ob das Gegenüber emotional erreichbar und empathisch ist, darauf bauen sich Erwartungen und Handeln des Kindes auf, aus denen sein späteres Verhalten resultiert. Von daher ist eine „emotional zugewandte Präsenz“ wichtig (Hoffmann/Hochapfel: Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin), was auch körperliche Zuwendung, Wärme, Halt und Wertschätzung beinhaltet.

Grundlegend ist der Aspekt der Resonanz:

Übungen zu den „still face Experimenten“:

- Resonanz: nebeneinander im Kreis stehen – der 1. TN macht eine Bewegung, der nebenstehende erfasst diese Bewegung, greift sie auf – gemeinsame Bewegung – der erste steigt aus und lässt den Anderen mit der Bewegung alleine – dieser geht dann zu einer eigenen Bewegung über, die dann der Nächste aufgreift
- Resonanz: paarweise gegenüber
- Keine Resonanz

Keine Einstimmung (eine völlig andere Bewegung machen als das Gegenüber)

Außerdem nimmt man an, dass das Kind früh beginnt, ein Bild seiner nahen Bezugspersonen in sich aufzubauen, das gleichzeitig den Kern des ersten Bildes von sich selbst, der eigenen Identität bildet. Daraus entwickelt sich im Laufe der Zeit das Selbstbild,

auch das Körperbild eines Menschen.

Das bedeutet: sowohl das Verhältnis zur Welt auch das Verhältnis zu sich selbst wird maßgeblich durch (frühe) Bindungserfahrungen geprägt. Emotionale Autonomie kann nur dann wachsen und die Grundlage zur Exploration der Welt legen, wenn die vorausgehende Abhängigkeitsentwicklung befriedigend verläuft. Das bedeutet, ein stabiles Selbstbild ist Voraussetzung für eine gelungene Bindung an ein Gegenüber.

Einige grundlegende Interventionsmöglichkeiten der Tanztherapie beziehen sich auf:

- Verstehen und Benennen der individuellen Bindungserfahrungen
- Erleben haltgebender Bindungserlebnisse
- Schulung basaler Kompetenzen in der Beziehungsgestaltung:
 1. Schulung von Selbstwahrnehmung (z.B. durch Achtsamkeitsübungen)
 2. Nähe-Distanzregulation bzw. Stärkung der Abgrenzungsfähigkeit
z.B. Herz-Chakra-Meditation/4 Himmelsrichtungen mit verschiedenen Gesten
 3. Förderung von Empathiefähigkeit
z.B. Herz-Chakra-Meditation/4 Himmelsrichtungen mit verschiedenen Gesten
jetzt als Partnerübung gegenüberstehend
 4. Schulung regulativer Fähigkeiten z.B. der Affektregulation:
Partnerübung nebeneinander oder einander gegenüber – der erste beginnt mit einer schnellen Bewegung – das Gegenüber greift die Bewegung schnell auf, verlangsamt sie dann

Mehrere Kompetenzen betreffend (Selbstwahrnehmung, Empathie, stoppen, Grenzen setzen, Bewegungsrepertoireerweiterung):

Zu einer rhythmischen Musik beginnt eine/ein TN mit einer Bewegung, alle anderen greifen diese Bewegung auf und machen sie so genau wie möglich mit. Stellt jemand fest, ihm/ihr tut diese Bewegung nicht gut bzw. gefällt nicht, sagt er/sie stopp und macht eine eigene Bewegung, die wiederum von den Anderen aufgegriffen wird usw. Möchte jemand seine eigene Bewegung verändern ist dieses ebenfalls über ein stopp möglich. Wenn jemand zwar spürt, dass er eine angebotene Bewegung nicht mag, aber nicht weiß, was er stattdessen machen soll, sagt er: stopp, ich weiß nicht. Jeder der Anderen macht dann eine eigene Bewegung, von der dann eine ausgewählt wird.



DAS NETZ WERKT

Zeitschriften

Aus dem Verlag Schattauer: Psychodynamische Psychotherapie, Ausgabe 2007, No. 6

Psychodynamische Psychotherapie, Ausgabe 2010, No. 1

Körper, Tanz, Bewegung – Zeitschrift für Körperpsychotherapie und Kreativtherapie, Ernst Reichardt Verlag

Literatur

Virginia M. Axline: Dips – Ein autistisches Kind befreit sich aus seinem seelischen Gefängnis

Peter Fonagy, György Gergely, Elliot Jurist, Mary Target:

Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst

Klett-Cotta, Stuttgart, 4. Aufl. 2011

Peter Fonagy:

Bindungstheorie und Psychoanalyse

Klett-Cotta; Auflage: 3., Aufl. (Dezember 2009)

Ulrich Schultz-Venrath:

Lehrbuch Mentalisieren: Psychotherapien wirksam gestalten

Klett-Cotta, Stuttgart, 2013

Karl Heinz Briesch:

Bindungsstörungen: Von der Bindungstheorie zur Therapie

Klett-Cotta; Auflage: 9. vollständ. überarb. u. erw. Neuauf., Nachdruck. 2013

John Bowlby:

Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie

Reinhardt, München; Auflage: 2., Aufl. (Mai 2010)

Martin Dornes:

Der kompetente Säugling: Die präverbale Entwicklung des Menschen

Fischer Taschenbuch Verlag; Auflage: 13 (7. Oktober 2011)

Daniel Stern et al:

Veränderungsprozesse: Ein integratives Paradigma

Brandes & Apsel; Auflage: 1., Auflage (21. August 2012)

Daniel Stern:

Tagebuch eines Babys. Was ein Kind sieht, spürt, fühlt und denkt

Piper Taschenbuch; Auflage: 19. (2011)

Allan N. Schore:

Affektregulation und die Reorganisation des Selbst.

Klett-Cotta; Auflage: 2., Aufl. (Dezember 2009)

Bernhard Strauß (Hrsg):

Bindung und Psychopathologie

Klett-Cotta; Auflage: 1., Aufl. (September 2008)

Sabine Trautmann-Voigt, Bernd Voigt:

Grammatik der Körpersprache: Ein integratives Lehr- und Arbeitsbuch zum

Embodiment – Mit Geleitworten von Wolfgang Wöller und Ulrich Sachsse

Schattauer; Auflage: 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. (9. Mai 2012)

Sabine Trautmann-Voigt, Monika Moll:

Bindung in Bewegung: Konzept und Leitlinien für eine psychodynamisch fundierte Eltern-Säuglings-Kleinkind-Psychotherapie

Psychosozial-Verlag; Auflage: 1 (1. September 2010)

Susanne Bender:

Die Psychophysische Bedeutung der Bewegung. Ein Handbuch der Laban

Bewegungsanalyse und des Kestenberg Movement Profiles

Logos-Verlag, 2007

Judith Kestenbergh Amighi, Suzanne Loman, Penny Lewis, & K. Sossin:
The Meaning of Movement: Development and Clinical Perspectives of the Kestenbergh
Movement Profile.
New York: Brunner-Routledge, 1999

Sabine Koch & Susanne Bender:
Movement Analysis – Bewegungsanalyse. The Legacy of Laban, Barteneff, Lamb and
Kestenbergh.
Logos-Verlag, 2007

Claire Moore (Hrsg), Ulla Stammermann:
Bewegung aus dem Trauma: Traumazentrierte Tanz- und Bewegungspsychotherapie
Schattauer; Auflage: 1., Aufl. 2009 (Juni 2009)

Lieselotte Ahnert (Hrsg):
Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung
Reinhardt, München; Auflage: 2., aktualisierte Auflage. (17. September 2008)

Eva Rass:
Bindung und Sicherheit im Lebenslauf: Psychodynamische Entwicklungspsychologie
Klett-Cotta; Auflage: 2., Aufl. (August 2011)

Silke B. Gahleitner:
Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung
Reinhardt, München; Auflage: 1., Aufl. (Mai 2005)

Silke B. Gahleitner:
Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen: Trauma- und
Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen
Psychiatrie-Verlag; Auflage: 1 (Mai 2011)

Medien/Film

Bei Google findet man brauchbare Basisinformationen
BBC Kinder unserer Zeit

„Bindungstheorie und Bindungsforschung“ Film von R. Kißgen;
www.hf.uni-koeln.de

DVD „The connected Baby“ von S. Zeedyk
Film von Grossmann und Grossmann: „ Bindung – das Geflecht des Lebens“

Medizin

Oxytocin
Unsichere Bindungsstile erhöhen den Cortisolwert -> Stress

„Good to know“

„Das Fruchtwasser schmeckt, wie die Mutter riecht“

Zeichnung zum Thema „Ohne Bindung ist alles doof“

29. WAP-Tagung in Bad Wildungen 15.03.-19.03.2014 „In der Welt zuhause –
Über Bindung, Beziehung und Vernetzung“

Sonstiges

A. Scherholz: Auszug aus der Abschlussarbeit „Von der Hilflosigkeit zur
Handlungsfähigkeit – aus der Bewegungslosigkeit in Bewegung kommen“ der
Weiterbildung zur Tanz- und Bewegungstherapeutin (BTD) von 2011 „Attunement
(Einstimmen) und Adjustment“ (Anpassen) – Die Grundlagen für eine unterstützende
Qualität in der Mutter-Kind-Beziehung.

Gitta Strehlow: „Töne an der Grenze“. Dissertation

Aus den Workshops

M. Poetsch: Skript zum Workshop „Gestaltbildung und Bindungsstile im haptischen
Geschehen“

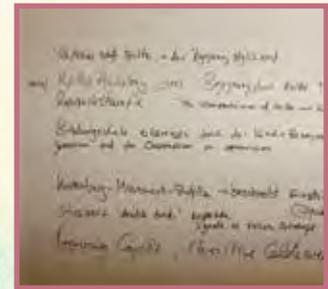
A. Scherholz: Skript zum WS „Interaktionelles Handeln – Bindungsrelevantes Handeln“

WorldWideWeb

Imagine.Magazine.biz



Impressionen



www.delnueschen.de

- Wie würde das Report aussehen für unsere Schenkende.
 Mehr Fallbeispiele

- mehr Programmen am Donnerstag!



LITERATUR - TIPPS

Hilge Knappe, *Lebendige Sprache*, 6. Aufl. 2010, 199 S., 12,90 €

Wolfgang Iser, *Der Akt des Lesens*, 1976, 198 S., 12,90 €

Ulrich Gellert, *Die Kunst des Schreibens*, 1976, 198 S., 12,90 €

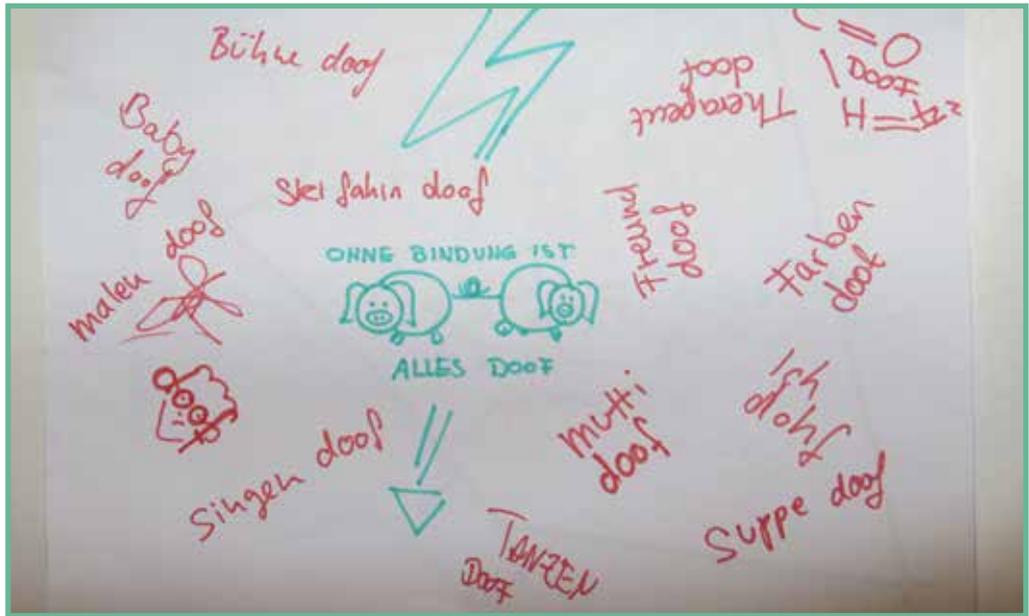
Ulrich Gellert, *Die Kunst des Schreibens*, 1976, 198 S., 12,90 €

Ulrich Gellert, *Die Kunst des Schreibens*, 1976, 198 S., 12,90 €

Ulrich Gellert, *Die Kunst des Schreibens*, 1976, 198 S., 12,90 €

Ulrich Gellert, *Die Kunst des Schreibens*, 1976, 198 S., 12,90 €





Zusammenfassung der Stichpunkte der Abschlussveranstaltung

Transferbindung

Musiktherapie

- Theoretisch verstehen, was man praktisch macht, z.B. Sichere Bindung als Grundlage für Exploration
- Exploration kann auch außerhalb unserer Sitzung stattfinden
- Selbstbewusst die eigene Therapieform vertreten
- Rivalität umwandeln – Ressourcen nutzen
- Bild: Mutter am Spielplatzrand
- Spielraum schaffen
- Vielfalt von Spielräumen entstehen lassen
- Gefühl von Selbstwirksamkeit beim Patienten entwickeln
- Berücksichtigen, dass Exploration auch verängstigen kann
- Geduld und Gelassenheit – wann nicht!?
- Markierung im Medium
- Standbein/Spielbein
- Bindung ist allgegenwärtig
- Mentalisierung – Hineinversetzen in die Patientin/den Patienten

Dramatherapie

Was mache ich am Montag anders?

- Eltern/Kind: Katatymes Bildererleben – im Bild bzw. im Spiel umsetzen. Am besten sofort einsetzen.
- Wie sieht eigentlich meine Bindung zu den Patientinnen/Patienten aus?
- Feinfühlig? Wie ist die Bindung? Was braucht die Patientin bzw. der Patient/das Kind. Durch Imagination Spielansätze finden.
- Spiele mit Fantasie
 - Bindung durch Fantasie aufbauen.
 - Sich einlassen/Kontrolle loslassen – nicht direkt spielen müssen/Loslassen kann weh tun!!! Die Erfahrung geben.
- Kunstworkshop:
 - bei nahen Stadien vorsichtig sein!
 - Wie stehe ich zu der Patientin/dem Patienten?
 - Aufpassen
- Ich weiß nicht was wir jetzt machen sollen? Weißt Du es?
- Mentalisieren ist das was wir eigentlich schon machen.
- Was braucht die Patientin/der Patient? Er muss es selbst herausfinden!
- Andere Art der Reflektion:
 - Was sagt die Patientin/der Patient?
 - Was mache ich dann?
 - Nachfragen was die Patientin/der Patient meint.
- Mit Programm in die Therapie gehen – Ich brauche Programm um etwas in der Hand zu haben.



- Was vorsprachlich ist muss/darf nicht verbalisiert werden
- Sich einlassen auf das was kommt – Sich einlassen auf das was die Situation her gibt.

Leider liegen uns keine Informationen zu den „Transferbindungen“ der **Kunst-** und der **Tanztherapie** vor.

Presseinformation

Zweitägige Tagung der Kreativtherapie in Bedburg-Hau verbindet Fachleute aus Deutschland und den Niederlanden

Welche Bedeutungen spielen heute Bindungstheorien in der Kreativtherapie?

Bedburg-Hau. Bereits mehr als 100 Anmeldungen aus der ganzen Bundesrepublik liegen dem Organisationsteam für die Fachtagung „Kreativtherapie Tage 2013“ in der LVR-Klinik Bedburg-Hau vor, die vom LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen und dem Fachforum Kreativtherapie veranstaltet wird. Das rege Interesse der Fachöffentlichkeit an der zweitägigen Veranstaltung am 14. und 15. November ist verständlich, denn die Kreativtherapie in der LVR-Klinik Bedburg-Hau kann auf eine lange Tradition zurückblicken.

Seit mehr als 25 Jahren arbeitet man hier bereits in vielen Bereichen der Klinik mit den kreativtherapeutischen Disziplinen Drama-, Kunst-, Musik- und Tanz. Der Landschaftsverband Rheinland beschäftigt in seinen 9 psychiatrischen Kliniken 66 Kreativtherapeutinnen und -therapeuten, davon sind allein in Bedburg-Hau 20 beschäftigt.

Durch die Kreativtherapie wird es psychisch kranken Menschen ermöglicht, einen individuellen Gestaltungs-, Erlebnis- und Ausdrucksrahmen zu finden, bei dem die Sprache nicht im Vordergrund steht. In diesem Jahr werden sich die deutschen und niederländischen Referentinnen und Referenten der Tagung mit „Bindungstheorien“, deren Weiterentwicklung und Bedeutung für die künstlerischen Therapien beschäftigen.

„Wir freuen uns sehr, dass die Fachtagung, die in Kooperation mit dem Verein Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft und dem Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands stattfindet, in diesem Jahr in der LVR-Klinik Bedburg-Hau durchgeführt wird. Damit wird auch unsere langjährige Arbeit und Erfahrung vor Ort gewürdigt, die längst über die Region hinaus von Bedeutung ist,“ bekräftigt der Leiter der Kreativtherapie in Bedburg-Hau. „Zunächst werden die Experten in ihren Hauptvorträgen einen Bogen von den verschiedenen Bindungstheorien über die therapeutische Praxis bis hin zu den einzelnen kreativtherapeutischen Disziplinen schlagen“, erklärt Driessen. „Anschließend werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den verschiedenen Workshops die Möglichkeit haben, eine Vertiefung für die einzelnen kreativtherapeutischen Disziplinen zu erfahren. Es geht uns aber nicht nur um die reine Wissensvermittlung und die Auseinandersetzung mit den neuesten Forschungsergebnissen, sondern auch um den Austausch miteinander und innerhalb der verschiedenen Disziplinen und Arbeitsfeldern“, so der Kreativtherapeut abschließend. Dazu dient auch die Feier mit Livemusik am ersten Veranstaltungstag der Fachtagung.



LVR-Dezernat
Klinikverbund und Verbund
Heilpädagogischer Hilfen

KreativtherapieTage 2013

Die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Kreativtherapien

Tagungsgebühr 140,- €
Ermäßig auf 120,- €

für: LVR-Beschäftigte, Mitglieder der kooperierenden Verbände, Studenten, Arbeitslose, mit Nachweis. Die Tagungsgebühr beinhaltet: Mittagstisch, Abendessen, Pausengetränke und Rahmenprogramm (Abendgetränke exklusiv). Sie werden eine Anmeldebefristung mit der Bitte um Überweisung der Tagungsgebühr erhalten.

Akkreditierung:

Akkreditierungspunkte sind bei der Deutschen musiktherapeutischen Gesellschaft (DMTG) und der Stichting Register Vaktherapeutische Beropen (SRVB) beantragt.

Übernachtung:

www.bedburg-hau.de und www.kreativtherapien.lvr.de

Moderation:

Franz Mecklenbeck, Leitung der Kreativtherapie,
LVR-Klinikum Düsseldorf

Organisationsteam:

Uwe Blücher - LVR-Fachbereich 84
Patric Driessen - Leitung der Kreativtherapie,
LVR-Klinik Bedburg-Hau
Beatrix Evers-Grewe - Leitung der Therapeutischen Dienste,
LVR-Klinikum Essen

Gudrun Gorski - Bildungsreferentin,
LVR-Akademie für seelische Gesundheit Solingen
Aylien Kersten - Dramatherapeutin,
LVR-Klinik Bedburg-Hau

Ute Pirkl - Tanztherapeutin, LVR-Klinikum Düsseldorf

Daniel Schwartz - Kunsttherapeut,
LVR-Klinik Essen

Florian Urbas - Musiktherapeut,
LVR-Klinikum Düsseldorf

Mechthild Witte - Musiktherapeutin,
LVR-Klinik Düren

Prof. Dr. Ulrich Schultz-Vemrath
Chefarzt der Psychiatrie I,

Evangelisches Krankenhaus Bergisch Gladbach
Martina Wenzel-Jankowski
Dezernentin LVR-Klinikverbund und
Verbund Heilpädagogischer Hilfen

Rosa Wolf-Poschkamp
Lehrbeauftragte an der KHSB Berlin

Information

Veranstalter:
Landschaftsverband Rheinland, LVR-Dezernat Klinik-
verbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen,
LVR-Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovations-
management, LVR-Fachforum Kreativtherapie, Deutsche
Musiktherapeutische Gesellschaft e.V.

Kontakt:

Patric.Driessen@lvr.de, **Gudrun.Gorski@lvr.de**,
Florian.Urbas@lvr.de

Anmeldung:

Schriftliche Anmeldung bis zum **14.10.2013** mit
anliegender Anmeldung / per Email an:
BTZ Berufliche Bildung Köln,
z.Hd. Frau Klüttsch, Vogelsanger Str. 193, 50825 Köln;
Per Fax: 0221/95 44 00 44; Per Email: v@s@btz-koeln.de

Teilnahmebedingungen:

Anmeldekarte und www.kreativtherapien.lvr.de

Sofern Sie ein Handicap  haben, teilen Sie bitte mind.
2 Wochen vor Tagungsbeginn mit, welche Unterstützung
Sie benötigen. Der Zugang zum Veranstaltungsraum
ist barrierefrei.

Anreise

Veranstaltungsort:

LVR-Klinik Bedburg-Hau,
Bahnstrasse 6, 47551 Bedburg-Hau

DB / Bus:

Mit der Deutschen Bahn bis Bahnhof Bedburg-Hau. Mit der
Deutschen Bahn bis Bahnhof Kleve und mit dem Bus der
Linie 56 bis Bedburg-Hau, Haltestelle Peter-Eich-Strasse.
Alternativ: Mit der Deutschen Bahn bis Bahnhof Emmerich
und mit dem Bus der Linie 56 bis Bedburg-Hau, Haltestelle
Peter-Eich-Strasse, fahren.

Mit dem PKW:

Aus Richtung Köln-Krefeld: Autobahn A57 in Richtung
Ninwegen (NL) bis zur Abfahrt Kleve, rechts auf die B9 in
Richtung Kleve fahren und der Beschilderung „Rheinische
Kliniken“ folgen.
Aus Richtung Köln-Oberhausen: Autobahn A3 in Richtung
Emmerich/Arnhem bis zur Abfahrt Emmerich, links auf
die B20 in Richtung Kleve fahren und der Beschilderung
„Rheinische Kliniken“ folgen.

Wegbeschreibung aus den Niederlanden:

Mit der Bahn: Von Nijmegen mit der Linie 58 nach Kleve
Bahnhof. Mit dem Bus der Linie 56 bis Bedburg-Hau, Halte-
stelle Peter-Eich-Strasse, fahren.

Mit dem PKW: Ab Autobahnkreuz Rijkewoort A77 Richtung
Grenzübergang, Danach A57 Ausfahrt Kleve auf die B9
Richtung Kleve und dann der Beschilderung „Rheinische
Kliniken“ folgen.

LVR-Druckerei, Ottingplatz 2, 50699 Köln, Tel.0221 809-2418

**LVR-Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement
des Klinikverbundes und Verbund Heilpädagogischer Hilfen**
50643 Köln, Tel.0221 809-4464
www.lvr.de



LVR
Qualität für Menschen

Einladung

Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) hat in den vergangenen Jahren im Bereich der Kreativtherapien bereits viele Fachveranstaltungen durchgeführt, die auf ein reges Interesse sowohl in den LVR-Einrichtungen wie auch in der Fachöffentlichkeit gestoßen sind. Anknüpfend an diese langjährige Tradition führt der LVR 2013 erneut eine Tagung durch.

Die vier kreativtherapeutischen Disziplinen – Drama-, Kunst-, Musik- und Tanztherapie – ermöglichen den psychisch kranken Menschen in der therapeutischen Situation einen kreativen Gestaltungs-, Erlebnis- und Ausdrucksrahmen zu erfahren, bei dem die Sprache zunächst nicht im Vordergrund steht.

Der Landschaftsverband Rheinland beschäftigt in seinen Einrichtungen rheinlandweit 64 Kreativtherapeuten bzw. Kreativtherapeuten. Viele der Kreativtherapeuten und -therapeuten erleben in ihrer täglichen Arbeit, dass im künstlerischen Agieren mit den Patienten Bindungsverhalten und Beziehungsgestaltung hörbar, sichtbar und auf anderen Ebenen erlebbar wird. So drängt sich die Frage auf, wie sich Bindung als elementares Grundbedürfnis und Bindungserfahrungen in den künstlerischen Gestaltungen widerspiegeln und von dort aus auch mit künstlerischen Mitteln behandelbar werden. Um der Frage nachzugehen, wie ein bindungsorientierter Ansatz in die kreativtherapeutische Behandlung einfließen kann, widmen sich die KreativtherapieTage 2013 dem Thema: Bindungstheorie (nach Bowlby und anderen), deren Weiterentwicklung und der Bedeutung für die künstlerischen Therapien.

Für die Hauptvorträge sehen Referentinnen und Referenten zur Verfügung, die den Bogen von der Theorie über die therapeutische Praxis bis hin zu den Kreativtherapien schlagen werden.

In den verschiedenen Workshops findet eine Vertiefung für die einzelnen kreativtherapeutischen Disziplinen statt.

Anlässlich des 25-jährigen Bestehens der dortigen Abteilung Kreativtherapie wird die LVR-Klinik Bedburg-Hau Tagungsort sein.

Wir laden Sie herzlich ein und freuen uns darauf, mit Ihnen eine interessante und bereichernde Veranstaltung zu erleben.

Martina Wenzel-Jankowski

LVR-Dezernatin, LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen

Programm

Donnerstag, den 14.11.2013

09:00 Uhr Tagungsbüro/Begrüßungskaffee

10:00 Uhr Begrüßung, **Dr. Marie Brill**

10:15 Uhr Grußwort, **Martina Wenzel-Jankowski**

10:30 Uhr Einführung, **Patric Driessen**

11:00 Uhr Pause

11:15 Uhr Vortrag mit Diskussion: Bindung, Mentalisierung und Entwicklungsaufgaben in der Tanztherapie, **Dr. Marianne Eberhard**

12:15 Uhr Mittagessen

13:30 Uhr Parallelworkshops

(inkl. 30 Minuten Kaffeepause)

17:00 Uhr Plenum: „Das Netz werkt“

18:30 Uhr Abendessen

20:00 Uhr Feier (mit Live-Musik)

Freitag, den 15.11.2013

09:30 Uhr Vortrag mit Diskussion: Kreativtherapien und

Mentalisierungsmodell – eine heimliche

Beziehung?, **Prof. Dr. Ulrich Schultz-Vennath**

10:30 Uhr Kaffeepause

11:00 Uhr

Vortrag mit Diskussion: Bindungstheoretische Aspekte in der musiktherapeutischen Praxis mit frühtraumatisierten Kindern,

Dr. Ingrid Erhardt

Pause

12:00 Uhr Medienspezifische Workshops:

„Transferbindung“

Mittagsimbiss

13:15 Uhr Ende der Tagung

Workshops

Musiktherapie-Workshops

1) Bindung erleben im musikalischen Raum, **Renate Kemp**
2) Musiktherapie für Mutter und Kind: Interaktion und

Bindung, **Barbara Krantz**

3) Musik – Bindung – Familie; Musiktherapie als bindungsförderndes Element in der Arbeit mit depressiv

erkrankten Eltern und ihren Kindern, **Gertrud Hopster**

Dramatherapie Workshops

4) Ich & Du – Bindung und Spiel als Basis für Entwicklung,

Daniela Debald und Sonja Narr

5) TagTraumTherapie: Wie kann Fantasie dazu beitragen

Bindung wiederherzustellen?, **Emilia de Grujter**

Kunsttherapie Workshops

6) Bildthemen, die Bindungsstile verdeutlichen können,

Brittige Biebrach-Schmitt

7) Bindungsfähigkeit und kunsttherapeutische Gruppenarbeiten, **Rosa Wolf-Poschkamp**

8) Die Arbeit am Tonfeld® – Bindungsstile und Gestalt-

bildung im haptischen Erleben, **Manfred Poetsch**

Tanztherapie Workshops

9) Interaktionelles Handeln – Bindungsrelevantes

Verhalten, **Antje Scherholz**

10) Bindung und Bewegung, **Angelika Feld**

Inhaltliche Beschreibungen der Workshops und Informationen über die Referentinnen und Referenten finden Sie auf unserer Internetseite: <http://www.kreativtherapien.lvr.de/>

Referentinnen und Referenten

Brittige Biebrach-Schmitt

Kunsttherapeutin, LVR-Klinik Mönchengladbach

Dr. Marie Brill

Ärztliche Direktorin, LVR-Klinik Bedburg-Hau

Daniela Debald

Dramatherapeutin, Sankt-Vinzenz-Hospital Dinslaken

Patric Driessen

Musiktherapeut, Leiter der Kreativtherapie, LVR-Klinik Bedburg-Hau

Dr. Marianne Eberhard

Tanz- und Ausdrucksstherapeutin, Klinik Wersbach,

Dozentin Deutsche Sporthochschule Köln

Dr. Ingrid Erhardt

Musiktherapeutin, Diplom Psychologin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Psychiatrische Klinik der Universität München

Angelika Feld

Tanz- und Ausdrucksstherapeutin, Märkische Kliniken

Lüdenscheid, Tätig in eigener Praxis in Wuppertal

Emilia de Grujter

Dramatherapeutin, Dozentin Hogeschool van Arnhem en

Nijmegen

Gertrud Hopster

Musiktherapeutin, LVR-Klinikum Düsseldorf

Renate Kemp

Musiktherapeutin, LVR-Akademie für seelische Gesundheit

Solingen

Barbara Krantz

Musiktherapeutin, Dozentin Hogeschool van Arnhem en

Nijmegen

Sonja Narr

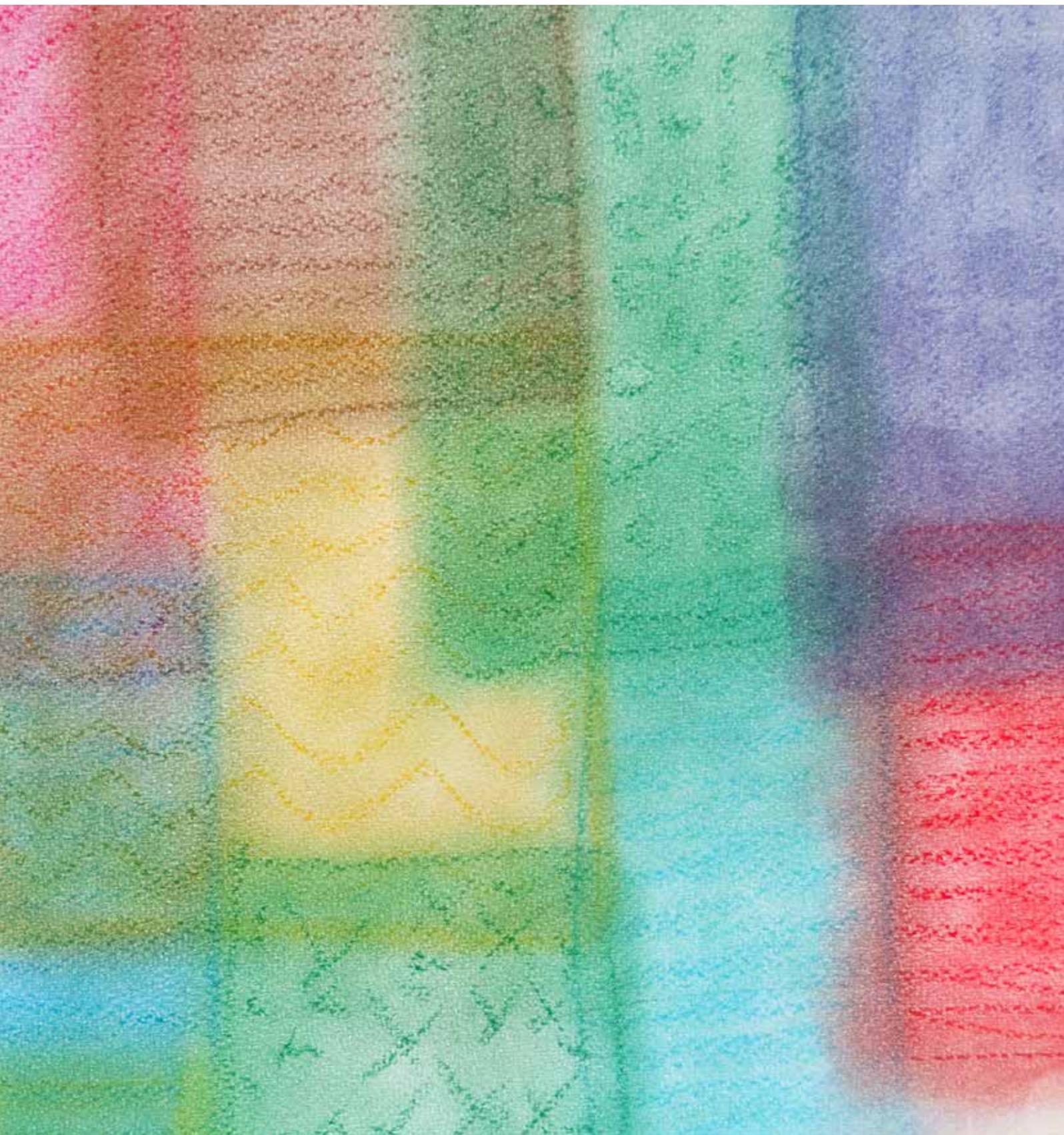
Dramatherapeutin, Sankt-Vinzenz-Hospital Dinslaken

Manfred Poetsch

Kunsttherapeut, LVR-Klinik Düren

Antje Scherholz

Tanztherapeutin, LVR-Klinikum Düsseldorf



Landschaftsverband Rheinland (LVR)

LVR-Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement

50663 Köln, Tel. 0221 809-6936.

www.lvr.de