

1 Einleitung

Um als Therapeut sowohl die objektive als auch die subjektive Datenebene bewerten zu können (vgl. EGGER, 2005, 9), ist es notwendig in den Sprachsystemen der physiologischen (medizinischen) Behandlung und in den allgemeinen psychologischen Therapien bewandert zu sein. Deshalb habe ich die vorliegende Arbeit in vier große Bereiche eingeteilt: eine medizinische Betrachtung, die Beschreibung der Lebenssituation der Betroffenen, einen Überblick über die allgemeine psychologische und musiktherapeutische Forschung zu dieser Krankheit in der Literatur und schließlich die theoretische Entwicklung des Referenzsystems mit einem anschließenden musiktherapeutischen, praxisbezogenen Teil. Jedes Kapitel steht für sich und kann bei Bedarf übersprungen werden.

Der medizinische Teil (→ Kap. 4) umfasst das allgemeine medizinische Krankheitsbild und die medizinische Ursachenforschung, soweit es für eine psychotherapeutische Arbeit von Relevanz ist.

Alle therapeutischen Bemühungen zielen darauf ab, die Lebensqualität (das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden) zu verbessern. Deshalb ist die Beschreibung der Lebenssituation der Betroffenen mit ihren spezifischen Problemen eine wichtige Ausgangslage für die psychosoziale Ursachenforschung (→ Kap. 5).

Es folgt ein Überblick über die Entwicklungen und Maßnahmen der allgemeinen Psychotherapie und der Psychosomatik sowie über die psychosozialen Bewältigungs- und Unterstützungsformen, wie sie sich in der Literatur und in der Forschung darstellen (→ Kap. 6).

Im Kapitel 7 steht die Musiktherapie mit einer Literaturrecherche über Aussagen der Musiktherapie (und Musiktherapeuten) in Bezug zur CED im Vordergrund. Die (wenigen) schriftlichen Untersuchungen, Forschungsarbeiten, Berichte und Einzelfallanalysen werden zusammengefasst und im Hinblick auf mein Konzept überprüft. Doch es kann schon an dieser Stelle gesagt werden, dass nur wenig übernommen werden kann, da durch Paradigmenwechsel und neueste Untersuchungen (sowohl vom medizinischen als auch vom psychosozialen Standpunkt aus) die Ergebnisse als überholt gelten. Der Verdienst dieser Arbeiten liegt im Wesentlichen darin, dass sie die Krankheit CED mit der Musiktherapie in Verbindung bringen. Dieses ist bis dato nicht geschehen.

Schließlich sollen aus dem bis dahin Beschriebenen und aus der bisherigen Forschung Kriterien für ein musiktherapeutisches Referenz- und Bezugssystem entwickelt werden. Die Übersicht auf der nächsten Seite gibt die Vorgehensweise vor, wie ein anwendungsbezogenes musiktherapeutisches Konzept konkret bei CED-Erkrankten auszusehen hat. Dazu stelle ich als Erstes die allgemeinen und theoretischen Grundlagen der psychosozialen Unterstützungsformen (→ Kap. 8.1–8.3) dar. Die Gestalttherapie mit ihrem Kontaktzyklus (auch Wachstumskreis) beschreibt

den Rahmen meines psychotherapeutischen Ansatzes (→ Kap. 8.4)², in dem das durch die Musik Erfahrene verbal auf- bzw. durchgearbeitet und die Vorgehensweise transparent gemacht wird. Dennoch sehe ich dieses Konzept durchaus als schulen- und methodenübergreifend an. Es sollte dazu geeignet sein, nutzbringend und erfolgreich für die tägliche Praxisarbeit zu sein.

Im Zentrum und Mittelpunkt dieser Arbeit stehen die psychosozialen Unterstützungsformen wie das Auffangen von überschwemmenden Emotionen (Containment), die Stressbewältigung, die Stärkung von Resilienz durch Aktivierung von Ressourcen, das Entwickeln von Copingstrategien und die Förderung von Compliance/Adhärenz (→ Kap. 8.5). Entsprechende musiktherapeutische Verfahren bei diesen psychosozialen Unterstützungsformen sollen den musiktherapeutischen Kontext konkretisieren (→ Kap. 9).

In der folgenden Abb. 1 gebe ich einen schematischen Überblick über die Vorgehensweise.

Unter der Rubrik „Psychosoziale Unterstützungsformen“ befindet sich (ergänzend) der Punkt „Schmerztherapie“, welcher noch mehr den Körper bzw. Körperschmerzen einbezieht. In dieser Arbeit wird er nur ansatzweise berücksichtigt (z.B. Bauchschmerzen, Blähungen, Stuhldrang, Durchfälle), ist aber im Sinne des „Bio-Psycho-Sozialen (BPS)“ durchaus eine Unterstützungsform. In einem nächsten Schritt sollte daher die Schmerztherapie einbezogen werden, um das Konzept zu erweitern, was im Sinne eines umfassenderen und ganzheitlichen bio-psychosozialen Krankheitsmodells (s. → Kap. 6.2 über das BPS-Modell) auch sinnvoll wäre. Auf einige Aspekte und einen Ausblick über eine nichtmedikamentöse Schmerztherapie durch Musik werde ich in → Kap. 2 und → 10.2 eingehen.

Auf folgende Punkte möchte ich besonders hinweisen, da sie mir für die inhaltliche und formale Vorgehensweise wichtig erscheinen:

- Obwohl eine CED z. Zt. nicht heilbar ist, werden im Folgenden die Begriffe Heilung und Gesundung (bzw. Heil- oder Gesundwerden) vorkommen. Gemeint sind bei einer CED-Erkrankung immer die Förderung und die Erhaltung einer Remission (Ruhephase).
- Bei einer Diagnosestellung sollte abgeklärt werden, ob psychische Störungen wie „Depressionen“, „Angststörungen“ oder „Traumata“ in Verbindung mit einer CED als Folge- oder als Begleitkrankheit zu sehen sind. In einem Vor- oder Erstgespräch³ sollte man versuchen herauszubekommen, ob es sich um depressive Verstimmungen (Depressionssymptome) oder eine schwere De-

2 Man braucht kein Gestalttherapeut sein, um den gestalttherapeutischen Prozessverlauf zu verstehen, zumal ureigene gestalttherapeutische Verfahren, Sichtweisen oder Elemente vermehrt in anderen psychotherapeutischen Systemen Eingang gefunden haben wie die Betonung des Hier-und-jetzt, die Beziehung von Klient und Therapeut, die Achtsamkeitsübungen zur Stress-Reduktion z.B. nach KABAT-ZINN (2011).

3 Manchmal stellt sich dieser Sachverhalt erst im Laufe des Prozesses heraus.

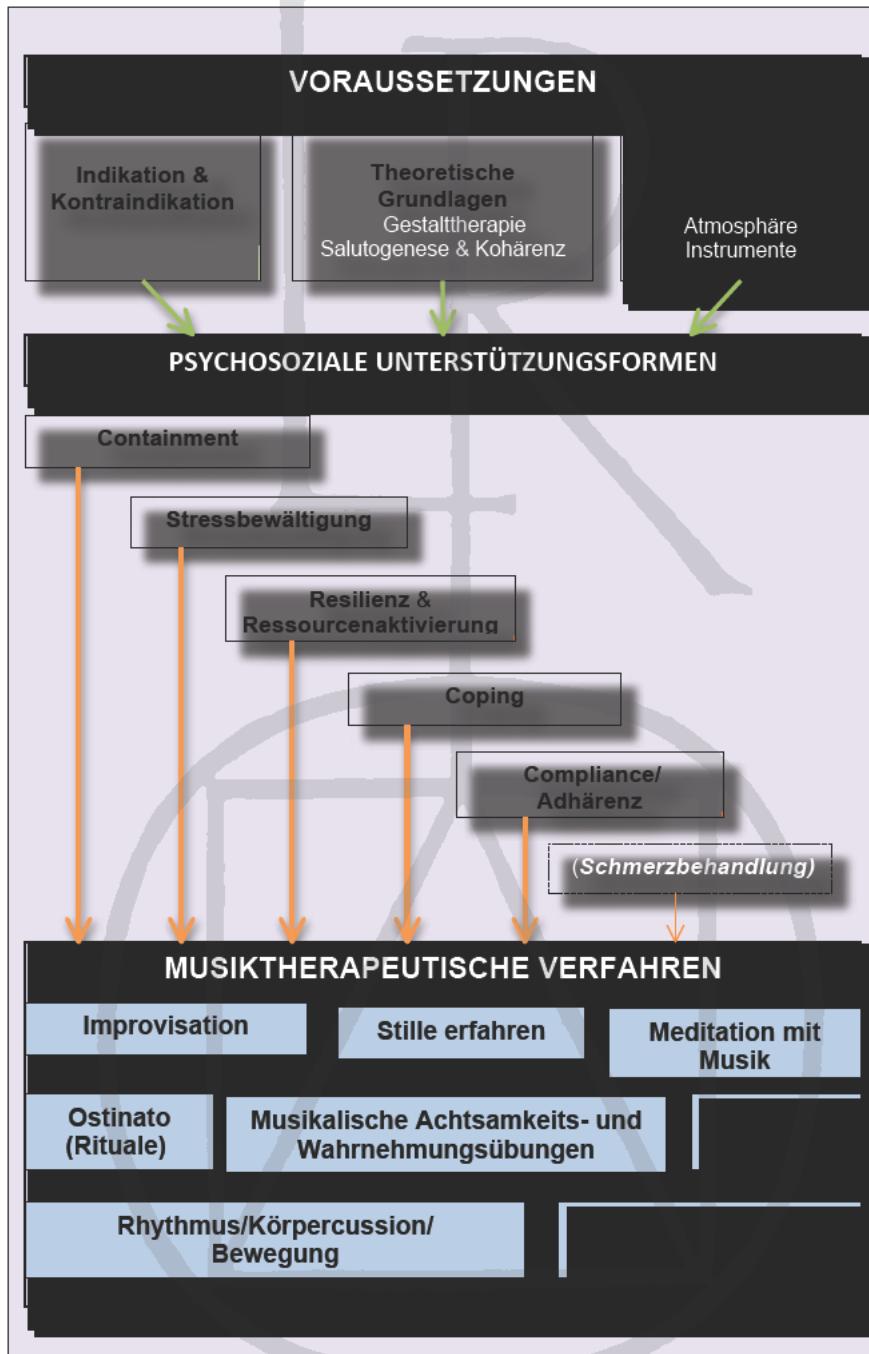


Abb. 1: Überblick über das Konzept „Musiktherapeutische Verfahren zur psycho-sozialen Unterstützung der Krankheitsbewältigung bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED)“

pression bzw. um Ängste oder um Angststörungen handelt. Sollte eine Diagnose auf komorbide Störungen nach ICD 10 (ICD-10-GM, Version DIMDI, 2013, F43.0) festgestellt werden, dann müssen diese vorrangig behandelt werden. Das folgende Konzept geht von einer Folgekrankheit aus.

- In dieser Arbeit werden die Begriffe „Widerstand“ und „Abwehr“ vorkommen. Allgemein ist Widerstand eine Reaktion oder ein Signal auf nicht passende Reize. Zum besseren Verständnis unterscheide ich den Widerstand, der vom Überlebensbedürfnis ausgeht, von dem Widerstand in einer therapeutischen Situation, in dem sich Patienten auf die Angebote des Therapeuten hin hartnäckig verweigern oder ausweichen. Widerstand als Überlebensbedürfnis dagegen stellt sich als eine Schutzmaßnahme gegen eine Bedrohung von außen dar (in diesem Fall die Krankheit CED). Widerstand in einer therapeutischen Situation zeigt sich als emotionaler Widerstand, ausgelöst durch Angst oder Scham (s. → Kap. 8.5.3 „Resilienz und Ressourcenaktivierung“). Deutlich wird dieses durch die Blockierung des Prozesses oder das hartnäckige Ausweichen vor dem Offensichtlichen (vgl. SCHNEIDER, 2002, 6).
- Die verwendeten Texte und Zitate von Autoren sind wie üblich in einer Literaturliste zu finden. Zitate und Hinweise auf Schriften, die von anderen Autoren angeführt werden, aber aus anderen Quellen stammen, erscheinen in den Fußnoten. Ebenso erscheinen dort die Literaturangaben, die ursächlich nichts mit dem Thema meiner Arbeit zu tun haben, aber den jeweiligen Sachverhalt vertiefen können.
- Das Problem der weiblichen/männlichen Schreibweise wird durch einen möglichst paritätischen Wechsel zwischen beiden Formen gelöst.
- In der folgenden Arbeit werden die Begriffe „Patient“ und „Klient“ gleichermaßen und gleichberechtigt angewendet. Mit dem aus medizinisch-ärztlicher Tradition kommenden Wort „Patient“ wird das passive Erdulden und Erleiden intendiert. Bei dieser Krankheit scheint er mir sehr angemessen zu sein. Der alternative Begriff „Klient“ ist in Bezug auf die Psychotherapie eigentlich ein Anglicismus des englischen „Client“, was man am ehesten mit „Kunde“ übersetzen kann⁴. Der Klient ist also ein Kunde, der den Therapeuten aufsucht, weil er Unterstützung bei der Klärung und Bewältigung seiner Probleme benötigt. In Deutschland ist dies in den Psychotherapie-Richtlinien so geregelt, dass bei Richtlinienpsychotherapie immer von Patienten die Rede ist, hauptsächlich gegenüber den Krankenkassen und den Gutachtern.
- Die angeführten Berichte sind aus meinen zahlreichen gesammelten Aufzeichnungen und Erfahrungsbeiträgen entnommen. Es hat sich in meinen Seminaren als sehr sinnvoll erwiesen (und ich ermuntere die Teilnehmer dazu), am Ende eines jeden Tages das Erlebte unter der Frage: „Was war für mich heute wichtig?“ aufzuschreiben. Dankenswerterweise stellten mir einige der Teilneh-

4 Gleichzeitig kann er eine soziale Unterordnung gegenüber dem Therapeuten implizieren, wenn man den Lateinischen Ursprung des Wortes heranzieht: Klient = der Hörige, von clinare (lat.) = biegen, beugen, neigen

merinnen ihre Aufzeichnungen zur Verfügung. Die Namen und persönliche Daten sind selbstverständlich geändert. Im vorliegenden Text sind diese Erfahrungen unter dem Stichwort „Erlebnisbericht“ besonders gekennzeichnet. Meine eigenen Aufzeichnungen bekommen die Überschrift „Praxisbericht“ oder „Fallbeispiel“.

- Diese Schrift soll einen theoretischen Rahmen für ein musiktherapeutisches Konzept bilden. Deswegen werde ich keine musiktherapeutischen Handlungsanweisungen im Sinne von „wenn – dann“ geben, sondern nur Möglichkeiten aufzeigen. Ich gehe davon aus, dass Musiktherapeuten durch Ausbildung, Studium und Erfahrung ein Repertoire von Methoden zur Verfügung haben. Die hier aufgeführten musiktherapeutischen Interventionen dienen nur zur Verdeutlichung ohne den Anspruch eines „So-Und-Nicht-Anders“. Auch werde ich keine „neuen“ musiktherapeutischen Methoden und Ideen anbieten, sondern Bekanntes aus anderen Diagnosegruppen auf mein Konzept übertragen. Die angeführten Übungen, Beispiele und Berichte aus der Praxis sollen dieses verdeutlichen. Sie sind als „Praxisbeispiel“ bzw. „Praxisübung“ gesondert gekennzeichnet.
- In dieser Schrift geht es ausschließlich um die Arbeit mit erwachsenen Patienten. Kinder und Jugendliche, die an CED erkrankt sind, mit ihren spezifischen Problemen wie Wachstumsstörungen und Entwicklungsverzögerungen in der Pubertät finden keine Berücksichtigung. Ich verweise hier auf die Arbeiten von BEHRENS (2001) und KELLER (2006) sowie auf die musiktherapeutische Forschungsarbeit von Miriam RADICK (2007).