

Einleitung

Während meiner klinischen Tätigkeit als Musiktherapeutin in der Psychosomatik eines städtischen Krankenhauses entstand allmählich eine Modifikation der Methode *Guided Imagery and Music (GIM)*, die ich mit *GIM für stationäre Psychosomatik* bzw. *GIM for in-patient psychosomatics* bezeichne.

Analog zu Helen Bonnys ursprünglicher Methode GIM entwickelte ich die modifizierte Variante aufgrund der Notwendigkeit, diese musiktherapeutische Methode den besonderen Rahmenbedingungen einer Klinik und ihren Patienten anzupassen. Die Methode wäre in ihrem ursprünglichem Ablauf für die intrapsychischen Strukturen der PatientInnen zu überfordernd und ließe sich auch nicht in dem zeitlichen Rahmen der Behandlungstunden durchführen, der von Klinikseite dafür vorgesehen ist. Beide Faktoren sind in der Modifikation berücksichtigt. Da die Patienten unter psychischen Belastungen leiden, die mit schmerzlichen Affekten verbunden sind, wollte ich in der Musiktherapie und GIM einen Raum anbieten, in dem sowohl positive wie negative Affekte identifiziert, moduliert und geäußert werden können und die Patienten Containment im Sinne Bions erfahren (vgl. Bion 2002). Darin unterscheidet sich diese Modifikation von anderen Modifikationen und Formen der Musikimagination (MI), in denen Patienten mit Ich-strukturellen Einschränkungen eine hauptsächlich positive Erfahrung angeboten wird und in welcher der Therapeut eine eher stützende Funktion hat (vgl. Geiger und Maack 2010, 173–184). Wie im ursprünglichen GIM behält der Therapeut in der Modifikation *GIM für stationäre Psychosomatik* seine begleitende Rolle bei.

Die Musiktherapie ist dabei in die vielfältigen Behandlungsangebote der stationären Psychosomatik eingebettet. Wenn die Musiktherapieprozesse für die Patienten herausfordernd sind, bietet das stationäre Setting ihnen Halt und Sicherheit. In der Vernetzung mit den KollegInnen des interdisziplinären Behandlungsteams erfährt die Musiktherapeutin fachliche Unterstützung.

Obwohl die Modifikation in den letzten Jahren ihrer Anwendung mit überwiegend guten Behandlungsergebnissen überzeugen konnte, stellte ich mir dennoch Fragen zur Effektivität und Wirkungsweise der Methode, wie zum Beispiel: Wie sind die einzelnen musiktherapeutischen Verläufe mit *GIM für stationäre Psychosomatik* zu bewerten? Stimmt mein Eindruck, dass die Methode besonders für die therapeutische Arbeit mit Gefühlen hilfreich ist? Habe ich dem Patienten zu viel zugemutet, als er die Musik gehört hat? Diese Fragen mündeten nach und nach in Forschungsfragen, die in der vorliegenden Arbeit beantwortet werden.

Die Arbeit hat zwei Schwerpunkte, auf die in zwei der drei Teilen der Arbeit eingegangen wird. Der erste, theoretische Teil besteht aus einer kritischen Durchsicht der GIM-Literatur und beinhaltet die Geschichte der Methode, die Darstellung der Methode selbst und die Erörterung einzelner Gegenstände, die für die Methode elementar sind, wie zum Beispiel die Funktionen der Musik.

Im Mittelteil, der die Brücke zwischen Theorie und Empirie bildet, wird die Einbindung der Musiktherapie in die Strukturen der psychosomatischen Abteilung des Krankenhauses erklärt, in dem die Studie durchgeführt wurde. Gleichzeitig wird hier die Entwicklung der Modifikation *GIM für stationäre Psychosomatik* veranschaulicht.

Außerdem wird in das Konzept der mentalisierten Affektivität als Teilaspekt des Mentalisierens nach Fonagy und Kollegen eingeführt (vgl. Fonagy et al. 2006; Allen et al. 2011). Obwohl das Konzept des Mentalisierens zunächst für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt wurde (vgl. Bateman und Fonagy 2008), gewinnt es zunehmend auch für Patienten mit Erkrankungen, die in der Psychosomatik behandelt werden, an Bedeutung (vgl. Luyten et al. 2015; Skårderud und Fonagy 2015). Unabhängig von der jeweiligen Diagnose trifft auf alle psychischen Erkrankungen zu, dass Defizite der Mentalisierungsfähigkeit bei den Patienten sowohl deren Ursache wie auch deren Folge sind. Die Fähigkeit der mentalisierten Affektivität wird in die drei Ebenen der Affektidentifizierung, -modulierung und -äußerung unterteilt. Die Fähigkeit, im Affekt zu verbleiben und gleichzeitig über ihn reflektieren zu können, wird als reife mentalisierte Af-

fektivität bezeichnet (Fonagy et al. 2006, 440; Allen et al. 2011, 97). Dieser theoretische Bezug eignet sich für das Verständnis der stationären musiktherapeutischen Arbeit, in der bewusste, abgewehrte und unbewusste, ungespiegelte und unintegrierte, angenehme, schmerzhaft, beschämende, gefürchtete und ersehnte Affekte im Fokus stehen.

An die kurze Einführung ins Konzept der mentalisierten Affektivität schließt sich die Studie im qualitativen Design an, die den zweiten Schwerpunkt der Forschungsarbeit bildet. In ihr wird das Potenzial von *GIM für stationäre Psychosomatik* für die Verbesserung der mentalisierten Affektivität während der musiktherapeutischen Behandlung untersucht. Hierfür wurden die musiktherapeutischen Prozesse anhand von vier Fallbeispielen analysiert. Die Fallbeispiele und deren Analyse werden umfangreich mit einer Fülle an Material dargestellt, um einerseits die Nachvollziehbarkeit zu garantieren. Andererseits wurde der Weg der Analyse *während* des Schreibprozesses entwickelt, weshalb er nicht verkürzt wiedergegeben werden kann, weil er Teil der Untersuchung ist und diese begründet. Für den Leser ist es jedoch auch mit Überspringen von einigen Abschnitten möglich, den roten Faden des Analyseprozesses zu verstehen.

Wie jede Psychotherapie impliziert auch die Behandlung mit GIM neurobiologische Prozesse. Da eine Fokussierung auf GIM und die mentalisierte Affektivität als psychodynamische Psychotherapie angestrebt wurde, werden diese sowohl im ersten Schwerpunkt über GIM wie auch im zweiten Schwerpunkt, in dem die empirische Studie niedergelegt ist, nicht berücksichtigt.

Bedanken möchte ich mich ausdrücklich bei folgenden Personen, die mir während der Zeit der Vorbereitung und Durchführung des Promotionsprojektes auf vielfältige Weise zur Seite standen:

- Professorin Dr. phil. Rosemarie Tüpker, die mich mit Freiheit und Vertrauen den eigenen Weg finden ließ und immer zum richtigen Zeitpunkt unterstützend begleitete,
- Professorin Dr. biol. hum. Susanne Bauer für ihre Tätigkeit als Zweitgutachterin,

- den Patientinnen und Patienten, die sich zur Teilnahme an der Studie bereit erklärten,
- den Kolleginnen und Kollegen des Doktorandenkolloquiums, die alle dazu beitragen, dass das Kolloquium ein kreativer und wohlwollender Raum für wissenschaftliches Denken ist,
- Professor Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe, Chefarzt der Universitären Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, der die Studie von der Vorbereitung bis zur Auswertung interessiert und hilfreich förderte,
- Priv. Doz. Dr. med. Christoph Muhtz, der mir bei den Formalien zu Beginn half,
- Dr. med. Torsten Fink, der in der stationären Arbeit als Oberarzt den vielfältigen Methoden in der Musiktherapie eine große Offenheit entgegenbringt und damit für jede einzelne und deren Verbesserung förderlich ist,
- meinen Kolleginnen und Kollegen, deren unterschiedliche Sichtweisen meinen Horizont erweiterten; unter ihnen möchte ich besonders die Ärztin Laila Katharina Geiger und M. Sc. Helen Hautzdorf erwähnen,
- Priv. Doz. Dr. med. Dipl.-Psych. Ulrich Lamparter für seine effektive und hilfreiche Supervision,
- der Andreas-Tobias-Kind-Stiftung, die mich bei den ersten Schritten in Richtung Promotion mit einem Stipendium unterstützte,
- meinen Freundinnen und Freunden und bei meiner Familie, die viel Geduld mit mir und meiner Abwesenheit hatten
- und ganz besonders bei Joachim Liesert, der nicht nur das gesamte Skript gelesen hat, sondern mich auch durch alle Höhen und Tiefen begleitet hat.

Hamburg, im Mai 2017