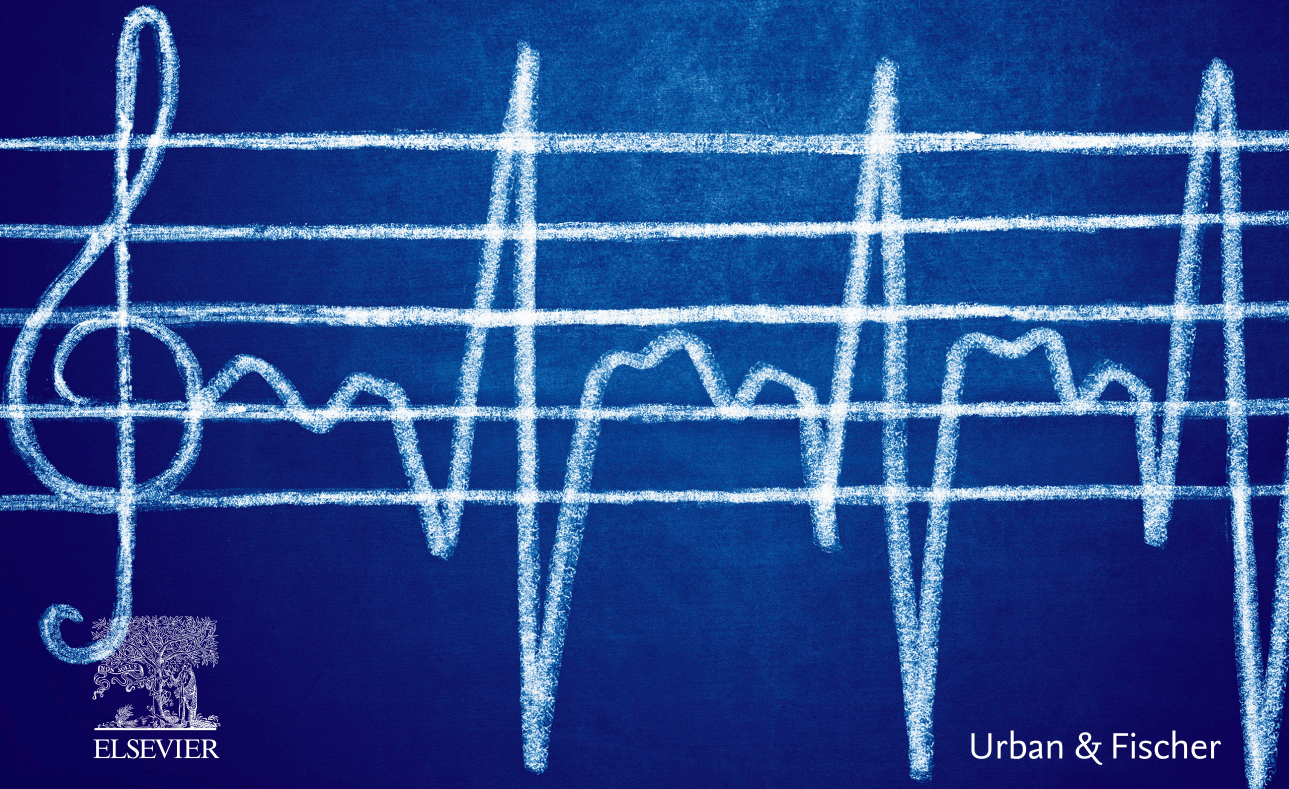


H. U. Schmidt Th. Stegemann C. Spitzer (Hrsg.)

Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen

Leseprobe



Inhaltsverzeichnis

| | | | | | |
|----------|--|-----------|-------|---|----|
| I | Allgemeiner Teil | 1 | | | |
| 1 | Einführung – Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen | 3 | | | |
| | Hans Ulrich Schmidt, Thomas Stegemann, Carsten Spitzer | | | | |
| 1.1 | Einleitung | 3 | | | |
| 1.2 | Zur Relevanz von psychischer Gesundheit und Krankheit | 3 | | | |
| 1.3 | Zum Aufbau des Buches | 4 | | | |
| 1.4 | Musiktherapie und Medizin im Dialog | 5 | | | |
| 1.5 | Coda | 8 | | | |
| 2 | Die psychische Struktur des Menschen und die Rolle der Musik | 9 | | | |
| | Franz Resch | | | | |
| 2.1 | Einleitung: Person – Selbst – Rolle | 9 | | | |
| 2.2 | Identität und Kreativität | 10 | | | |
| 2.3 | Entwicklungspsychologische Aspekte | 11 | | | |
| 2.4 | Künstlerische Therapieverfahren | 13 | | | |
| 2.5 | Emanzipation versus Enhancement | 14 | | | |
| 2.6 | Resümee | 15 | | | |
| 3 | Zur Geschichte der Musiktherapie in Psychiatrie und Psychosomatik | 17 | | | |
| 3.1 | Musik bei psychiatrischen und „psycho-somatischen“ Erkrankungen im Wiener Kontext des 19. Jahrhunderts | 17 | | | |
| | Andrea Korenjak | | | | |
| 3.1.1 | Einführung | 17 | | | |
| 3.1.2 | Definition von Gemütskrankheit | 17 | | | |
| 3.1.3 | Beziehung zwischen Seele, Gemüt und Körper | 18 | | | |
| | | | 3.1.4 | Musik als diätetischer Ansatz | 18 |
| | | | 3.1.5 | Aktives Musizieren als Behandlungsform | 19 |
| | | | 3.1.6 | Musikbezogene Ansätze im Wiener Kontext | 19 |
| | | | 3.1.7 | Zusammenfassung | 20 |
| | | | 3.2 | Zur Institutionalisierung der Musiktherapie im deutschsprachigen Raum im 20. Jahrhundert am Beispiel Wiens | 21 |
| | | | | Elena Fitzthum, Dorothee Storz | |
| | | | 3.2.1 | Einführung | 21 |
| | | | 3.2.2 | Kontext Reformbewegungen | 21 |
| | | | 3.2.3 | Kontext Wien ab 1959 | 22 |
| | | | 3.2.4 | Kontext Medizin – Musik – Therapie | 22 |
| | | | 3.2.5 | Kontext Psychiatriereform ab 1970 | 23 |
| | | | 3.2.6 | Kontext Österreichisches Psychotherapiegesetz 1991 | 24 |
| | | | 3.2.7 | Kontext Österreichisches Musiktherapiegesetz 2009 | 24 |
| | | | 3.2.8 | Zusammenfassung | 24 |
| 4 | Das Medium Musik | 27 | | | |
| | Eckhard Weymann | | | | |
| 4.1 | Einleitung | 27 | | | |
| 4.2 | Das Medium Musik aus Sicht der Patienten und Patientinnen | 28 | | | |
| 4.3 | Musikbegriff | 28 | | | |
| 4.4 | Musik in der musiktherapeutischen Forschung | 29 | | | |
| 5 | Methoden der Musiktherapie | 33 | | | |
| 5.1 | Einleitung | 33 | | | |
| | Thomas Stegemann | | | | |
| 5.2 | Methoden I: Improvisation | 34 | | | |
| | Tonius Timmermann | | | | |
| 5.2.1 | Einleitung | 34 | | | |
| 5.2.2 | Klinische Aspekte | 35 | | | |
| 5.2.3 | Vorgehensweisen | 35 | | | |

| | | | | | |
|----------|---|----|----------|---|----|
| 5.3 | Methoden II: Reproduktion | 37 | 7 | Diagnostische Instrumente in der Musiktherapie | 59 |
| 5.3.1 | Einleitung | 37 | | Dorothee von Moreau | |
| | Thomas Stegemann | | | | |
| 5.3.2 | Reproduktion in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen | 38 | 7.1 | Musiktherapiespezifische Befragungen | 59 |
| | Manuel Goditsch | | 7.1.1 | Musiktherapeutisches Erstinterview | 59 |
| 5.3.3 | Singen in der Musiktherapie mit alten Menschen | 40 | 7.1.2 | Musikalische Anamnese | 59 |
| | Ev-Marie Grünenwald | | 7.1.3 | Healthy-Unhealthy Uses of Music Scale (HUMS) | 59 |
| 5.4 | Methoden III: Therapeutisches Songwriting | 43 | 7.2 | Musiktherapeutische Assessments | 60 |
| | Felicity Anne Baker | | 7.2.1 | Assessment of Parent-Child Interaction (APCI) | 60 |
| 5.4.1 | Einleitung | 43 | 7.2.2 | Einschätzungsskala zur Beziehungsqualität (EBQ) | 60 |
| 5.4.2 | Outcome-orientierte Modelle | 44 | 7.2.3 | Musiktherapeutische Ausdrucks- und Kommunikationskala (MAKS) | 61 |
| 5.4.3 | Erlebnisorientierte Modelle | 45 | 7.2.4 | Musikbasierte Skala zur Autismusdiagnostik (MUSAD) | 61 |
| 5.4.4 | Fazit | 47 | 7.2.5 | Weitere Assessments | 62 |
| 5.5 | Methoden IV: Rezeptive Musiktherapie | 48 | 7.3 | Qualitative/hermeneutische Verfahren zur musiktherapeutischen Diagnostik | 62 |
| | Isabelle Frohne-Hagemann | | 7.3.1 | Beschreibung und Rekonstruktion | 62 |
| 5.5.1 | Einleitung und Definition | 48 | 7.3.2 | Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) in der Musiktherapie | 63 |
| 5.5.2 | Indikation, Kontraindikation | 49 | 7.4 | Fazit | 63 |
| 5.5.3 | Musikauswahl | 49 | 8 | Therapiemanuale in der Musiktherapie | 65 |
| 5.5.4 | Behandlungsziele und -ansätze rezeptiver Musiktherapie | 50 | | Alexander F. Wormit, Thomas K. Hillecke, Friedrich-Wilhelm Wilker | |
| 5.5.5 | Guided Imagery and Music und musikimaginative Methoden | 50 | 8.1 | Praktische Anwendung von Manualen | 65 |
| 6 | Psychotherapeutische Techniken der Musiktherapie | 53 | 8.2 | Manuale in der Therapieausbildung | 66 |
| | Monika Smetana, Dorothee Storz | | 8.3 | Manuale zur Nachvollziehbarkeit und Transparenz | 66 |
| 6.1 | Psychotherapeutische Paradigmen der Musiktherapie | 53 | 8.4 | Manuale in der Musiktherapie | 66 |
| 6.2 | Psychotherapeutische Techniken | 53 | 9 | Ausbildungswege der Musiktherapie | 69 |
| 6.2.1 | Zum Begriff der „Technik“ | 53 | | Hans Ulrich Schmidt, Thomas Stegemann | |
| 6.2.2 | Integratives Verständnis | 54 | 9.1 | Wie werde ich Musiktherapeutin/ Musiktherapeut? | 69 |
| 6.2.3 | Differenzieller Einsatz von Techniken: Zur Bedeutung von Techniken im Kontext von therapeutischer Beziehung und Haltung | 54 | | | |
| 6.3 | Musiktherapeutische Techniken | 54 | | | |
| 6.3.1 | Techniken im Kontext musiktherapeutischer Behandlungsebenen | 54 | | | |
| 6.3.2 | Musiktherapeutische Techniken im Überblick | 55 | | | |

| | | | | | |
|-----------|---|-----------|-----------|---|------------|
| 9.2 | Überblick über Ausbildungsinstitutionen im deutschsprachigen Raum | 69 | 11.2.4 | Musiktherapeutische Video-, Stimm- und Musikanalysen. | 92 |
| 9.3 | Ausbildungsinhalte | 72 | 11.2.5 | Quellen | 93 |
| 9.4 | Berufsrechtliche Situation | 73 | | | |
| 10 | Ethische Fragen und Aspekte | 75 | II | Spezielle Störungsbilder und Patientengruppen: Psychiatrie und Psychosomatik | 95 |
| | Thomas Stegemann, Eckhard Weymann | | | | |
| 10.1 | Einleitung | 75 | 12 | Schizophrene und andere psychotische Störungen | 97 |
| 10.2 | Ethik in der Musiktherapie | 75 | 12.1 | Medizinische Grundlagen | 97 |
| 10.2.1 | Warum bedarf es einer Beschäftigung mit ethischen Fragen in der Musiktherapie? | 75 | | Michael Dümpelmann | |
| 10.2.2 | Ethische Kompetenzen | 76 | 12.1.1 | Definition und Klassifikation | 97 |
| 10.3 | Allgemeine ethische Aspekte in der Psychiatrie/Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie | 77 | 12.1.2 | Epidemiologie | 98 |
| 10.4 | Spezifische ethische Fragen der Musiktherapie in der Psychiatrie/ Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie | 78 | 12.1.3 | Ätiologie und Pathogenese. | 98 |
| | | | 12.1.4 | Diagnostik | 99 |
| 11 | Forschung in der Musiktherapie | 81 | 12.1.5 | Therapie | 99 |
| 11.1 | Überblick zur Forschungslage in der Musiktherapie | 81 | 12.1.6 | Grundprinzipien der Psychotherapie bei Psychosen | 99 |
| | Hannah Riedl, Hans Ulrich Schmidt, Monika Smetana, Thomas Stegemann | | 12.2 | Musiktherapie | 100 |
| 11.1.1 | Einleitung | 81 | | Susanne Metzner | |
| 11.1.2 | Methodenüberblick | 82 | 12.2.1 | Fallvignette | 100 |
| 11.1.3 | Musiktherapeutische Forschungslandschaft im deutschsprachigen Raum | 83 | 12.2.2 | Allgemeine Einleitung | 101 |
| 11.1.4 | Überblick zur Forschungs- und Evidenzlage in der Musiktherapie | 85 | 12.2.3 | Musiktherapeutische Behandlungsansätze | 101 |
| 11.1.5 | Fazit und Ausblick: „More and better research is needed“ | 86 | 12.2.4 | Musiktherapeutische Ziele | 102 |
| 11.2 | Musiktherapeutische Forschungsinstrumente | 91 | 12.2.5 | Musiktherapeutische Praxis/ musiktherapeutische Vorgehensweisen (Fallbeispiel). | 103 |
| | Thomas Wosch | | 12.2.6 | Indikationen und Kontraindikationen. | 104 |
| 11.2.1 | Überblick über musiktherapeutische Forschungsinstrumente | 91 | 12.2.7 | Stand der Forschung | 104 |
| 11.2.2 | Fragebogen, Diagnostik und Symptomatik | 91 | 12.3 | Musiktherapie und Medizin im Dialog | 107 |
| 11.2.3 | Neurowissenschaftliche und physiologische Forschungsinstrumente | 92 | | Michael Dümpelmann, Susanne Metzner | |
| | | | 12.3.1 | Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin | 107 |
| | | | 12.3.2 | Erwartungen an die Medizin vonseiten der Musiktherapie | 107 |
| | | | 12.3.3 | Kritisches, Ungelöstes | 107 |
| | | | 13 | Dissoziative Störungen | 109 |
| | | | 13.1 | Medizinische Grundlagen | 109 |
| | | | | Carsten Spitzer | |
| | | | 13.1.1 | Definition und Klassifikation | 109 |
| | | | 13.1.2 | Epidemiologie | 110 |

| | | | | | |
|-------------|---|------------|-------------|--|------------|
| 13.1.3 | Ätiologie und Pathogenese. | 111 | 14.2.7 | Musiktherapeutische Praxis/ musiktherapeutische Vorgehensweisen (Fallbeispiele). | 126 |
| 13.1.4 | Diagnostik | 111 | 14.2.8 | Stand der Forschung | 127 |
| 13.1.5 | Therapie | 111 | 14.3 | Musiktherapie und Medizin im Dialog | 128 |
| 13.2 | Musiktherapie. | 112 | | Jens Wiltfang, Dorothea Muthesius | |
| | Gitta Strehlow | | 14.3.1 | Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin | 128 |
| 13.2.1 | Fallvignette | 112 | 14.3.2 | Erwartungen an die Medizin vonseiten der Musiktherapie. | 129 |
| 13.2.2 | Allgemeine Einleitung | 112 | 14.3.3 | Kritisches, Ungelöstes | 129 |
| 13.2.3 | Musiktherapeutische Behandlungsansätze | 113 | 15 | Borderline- Persönlichkeitsstörung | 131 |
| 13.2.4 | Indikationen und Kontraindikationen. | 115 | 15.1 | Medizinische Grundlagen | 131 |
| 13.2.5 | Musiktherapeutische Ziele | 115 | | Carsten Spitzer | |
| 13.2.6 | Musiktherapeutische Praxis/ musiktherapeutische Vorgehensweisen (Fallbeispiel). | 115 | 15.1.1 | Definition und Klassifikation. | 131 |
| 13.2.7 | Stand der Forschung | 116 | 15.1.2 | Epidemiologie | 132 |
| 13.3 | Musiktherapie und Medizin im Dialog | 117 | 15.1.3 | Ätiologie und Pathogenese. | 132 |
| | Carsten Spitzer, Gitta Strehlow | | 15.1.4 | Diagnostik | 133 |
| 13.3.1 | Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin | 117 | 15.1.5 | Therapie | 134 |
| 13.3.2 | Erwartungen an die Medizin vonseiten der Musiktherapie. | 117 | 15.2 | Musiktherapie. | 135 |
| 13.3.3 | Kritisches, Ungelöstes | 117 | | Gitta Strehlow, Hans Ulrich Schmidt | |
| 14 | Demenz. | 119 | 15.2.1 | Fallvignette | 135 |
| 14.1 | Medizinische Grundlagen | 119 | 15.2.2 | Allgemeine Einleitung | 135 |
| | Jens Wiltfang | | 15.2.3 | Musiktherapeutische Behandlungsansätze | 135 |
| 14.1.1 | Definition und klinische Symptomatik | 119 | 15.2.4 | Indikationen und Kontraindikationen. | 136 |
| 14.1.2 | Demenzformen und Häufigkeiten | 119 | 15.2.5 | Musiktherapeutische Ziele | 136 |
| 14.1.3 | Diagnostik | 121 | 15.2.6 | Musiktherapeutische Praxis/ musiktherapeutische Vorgehensweisen (Fallbeispiel). | 137 |
| 14.1.4 | Therapie | 122 | 15.2.7 | Stand der Forschung | 137 |
| 14.2 | Musiktherapie. | 124 | 15.3 | Musiktherapie und Medizin im Dialog | 139 |
| | Dorothea Muthesius | | | Carsten Spitzer, Gitta Strehlow, Hans Ulrich Schmidt | |
| 14.2.1 | Fallvignette | 124 | 15.3.1 | Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin | 139 |
| 14.2.2 | Allgemeine Einleitung | 124 | 15.3.2 | Erwartungen an die Medizin vonseiten der Musiktherapie. | 139 |
| 14.2.3 | Musiktherapeutische Behandlungsansätze | 124 | 15.3.3 | Kritisches, Ungelöstes | 140 |
| 14.2.4 | Diagnostik und Veränderungen im Verlauf der Erkrankung | 124 | | | |
| 14.2.5 | Indikationen und Kontraindikationen. | 125 | | | |
| 14.2.6 | Musiktherapeutische Ziele | 125 | | | |

| | | | | | |
|-------------|---|-----|-------------|---|-----|
| 16 | Affektive Störungen | 141 | 17.2.5 | Musiktherapeutische Ziele | 158 |
| 16.1 | Medizinische Grundlagen | 141 | 17.2.6 | Musiktherapeutische Praxis/ musiktherapeutische Vorgehensweisen (Fallbeispiel). | 158 |
| | Isgard Ohls | | 17.2.7 | Stand der Forschung | 159 |
| 16.1.1 | Definition und Klassifikation | 141 | 17.3 | Musiktherapie und Medizin | |
| 16.1.2 | Epidemiologie | 141 | | im Dialog | 160 |
| 16.1.3 | Ätiologie und Pathogenese | 142 | | Ulrich Cuntz, Gudrun Schmalhofer- Gerhalter | |
| 16.1.4 | Diagnostik | 143 | 17.3.1 | Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin | 160 |
| 16.1.5 | Therapie | 144 | 17.3.2 | Erwartungen an die Medizin vonseiten der Musiktherapie. | 160 |
| 16.2 | Musiktherapie | 145 | 18 | Suchtstörungen | 163 |
| | Anja Schäfer | | 18.1 | Medizinische Grundlagen | 163 |
| 16.2.1 | Fallvignette | 145 | | Tomas Müller-Thomsen | |
| 16.2.2 | Allgemeine Einleitung | 147 | 18.1.1 | Definition und Klassifikation | 163 |
| 16.2.3 | Musiktherapeutische Behandlungsansätze | 147 | 18.1.2 | Epidemiologie | 164 |
| 16.2.4 | Indikationen und Kontraindikationen. . | 148 | 18.1.3 | Ätiologie und Pathogenese. | 164 |
| 16.2.5 | Musiktherapeutische Ziele | 148 | 18.1.4 | Diagnostik | 165 |
| 16.2.6 | Musiktherapeutische Praxis/musiktherapeutische Vorgehensweisen (Fallbeispiel). | 148 | 18.1.5 | Therapie | 165 |
| 16.2.7 | Stand der Forschung | 149 | 18.2 | Musiktherapie | 166 |
| 16.3 | Musiktherapie und Medizin | | | Louisa Hohmann, Andreas Blase | |
| | im Dialog | 150 | 18.2.1 | Fallvignette | 166 |
| 16.3.1 | Isgard Ohls, Anja Schäfer | | 18.2.2 | Allgemeine Einleitung | 166 |
| 16.3.2 | Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin | 150 | 18.2.3 | Musiktherapeutische Behandlungsansätze | 167 |
| 16.3.3 | Erwartungen an die Medizin vonseiten der Musiktherapie. | 150 | 18.2.4 | Indikationen und Kontraindikationen. | 168 |
| | Kritisches, Ungelöstes | 150 | 18.2.5 | Musiktherapeutische Ziele | 168 |
| 17 | Essstörungen | 151 | 18.2.6 | Musiktherapeutische Praxis/ musiktherapeutische Vorgehensweisen (Fallbeispiel). | 168 |
| 17.1 | Medizinische Grundlagen | 151 | 18.2.7 | Stand der Forschung | 169 |
| | Ulrich Cuntz | | 18.3 | Musiktherapie und Medizin | |
| 17.1.1 | Definition und Klassifikation | 151 | | im Dialog | 171 |
| 17.1.2 | Epidemiologie | 153 | | Tomas Müller-Thomsen, Louisa Hohmann, Andreas Blase | |
| 17.1.3 | Ätiologie und Pathogenese | 154 | 18.3.1 | Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin | 171 |
| 17.1.4 | Diagnostik | 154 | 18.3.2 | Erwartungen an die Medizin vonseiten der Musiktherapie | 171 |
| 17.1.5 | Therapie | 155 | 18.3.3 | Kritisches, Ungelöstes | 171 |
| 17.2 | Musiktherapie | 156 | | | |
| | Gudrun Schmalhofer-Gerhalter | | | | |
| 17.2.1 | Fallvignette | 156 | | | |
| 17.2.2 | Allgemeine Einleitung | 156 | | | |
| 17.2.3 | Musiktherapeutische Behandlungsansätze | 156 | | | |
| 17.2.4 | Indikationen und Kontraindikationen | 158 | | | |

| | | | | | |
|-----------|---|-----|-----------|--|-----|
| 19 | Angst- und Zwangsstörungen .. | 173 | 20.1.4 | Diagnostik | 191 |
| 19.1 | Medizinische Grundlagen der Angststörungen | 173 | 20.1.5 | Therapie | 191 |
| | Carsten Spitzer | | 20.2 | Musiktherapie | 193 |
| 19.1.1 | Definition und Klassifikation | 173 | | Edith Wiesmüller | |
| 19.1.2 | Epidemiologie | 173 | 20.2.1 | Fallvignette | 193 |
| 19.1.3 | Ätiologie und Pathogenese | 173 | 20.2.2 | Allgemeine Einleitung | 194 |
| 19.1.4 | Diagnostik | 174 | 20.2.3 | Musiktherapeutische Behandlungsansätze | 194 |
| 19.1.5 | Therapie | 175 | 20.2.4 | Indikationen und Kontraindikationen .. | 194 |
| 19.2 | Medizinische Grundlagen der Zwangsstörungen | 176 | 20.2.5 | Musiktherapeutische Ziele | 195 |
| | Hans J. Grabe | | 20.2.6 | Musiktherapeutische Praxis/ musiktherapeutische Vorgehensweisen (Fallbeispiel) | 195 |
| 19.2.1 | Definition und Klassifikation | 176 | 20.2.7 | Stand der Forschung | 196 |
| 19.2.2 | Epidemiologie | 177 | 20.3 | Musiktherapie und Medizin im Dialog | 197 |
| 19.2.3 | Ätiologie und Pathogenese | 177 | | Sylvia Wintersperger, Edith Wiesmüller | |
| 19.2.4 | Diagnostik | 178 | 20.3.1 | Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin | 197 |
| 19.2.5 | Therapie | 179 | 20.3.2 | Erwartungen an die Medizin vonseiten der Musiktherapie | 198 |
| 19.3 | Musiktherapie | 180 | 20.3.3 | Kritisches, Ungelöstes | 198 |
| | Thomas Schrauth | | | | |
| 19.3.1 | Fallvignette | 180 | 21 | Somatoforme Störungen/ Schmerz | 199 |
| 19.3.2 | Allgemeine Einleitung | 180 | 21.1 | Medizinische Grundlagen | 199 |
| 19.3.3 | Musiktherapeutische Behandlungsansätze | 181 | | Claas Lahmann | |
| 19.3.4 | Indikationen und Kontraindikationen .. | 181 | 21.1.1 | Definition und Klassifikation | 199 |
| 19.3.5 | Musiktherapeutische Ziele | 181 | 21.1.2 | Epidemiologie | 199 |
| 19.3.6 | Musiktherapeutische Praxis | 182 | 21.1.3 | Ätiologie und Pathogenese | 200 |
| 19.3.7 | Stand der Forschung | 183 | 21.1.4 | Diagnostik | 201 |
| 19.4 | Musiktherapie und Medizin im Dialog | 184 | 21.1.5 | Therapie | 202 |
| | Carsten Spitzer, Hans J. Grabe, Thomas Schrauth | | 21.2 | Musiktherapie | 205 |
| 19.4.1 | Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin | 184 | | Dorothea Oberegelsbacher | |
| 19.4.2 | Erwartungen an die Medizin vonseiten der Musiktherapie | 185 | 21.2.1 | Fallvignette | 205 |
| 19.4.3 | Kritisches, Ungelöstes | 185 | 21.2.2 | Allgemeine Einleitung | 205 |
| | | | 21.2.3 | Musiktherapeutische Behandlungsansätze | 206 |
| 20 | Posttraumatische Belastungsstörung | 187 | 21.2.4 | Indikationen und Kontraindikationen | 206 |
| 20.1 | Medizinische Grundlagen | 187 | 21.2.5 | Musiktherapeutische Ziele | 207 |
| | Sylvia Wintersperger | | 21.2.6 | Musiktherapeutische Praxis/ musiktherapeutische Vorgehensweisen (Fallbeispiel) | 207 |
| 20.1.1 | Definition und Klassifikation | 187 | | | |
| 20.1.2 | Epidemiologie | 188 | | | |
| 20.1.3 | Ätiologie und Pathogenese | 188 | | | |

| | | | | | |
|--------|---|-----|--------|---|-----|
| 21.2.7 | Musiktherapie bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung | 208 | 23.1.1 | Definition und Klassifikation | 223 |
| | Susanne Metzner | | 23.1.2 | Epidemiologie | 223 |
| 21.2.8 | Stand der Forschung | 210 | 23.1.3 | Ätiologie und Pathogenese | 223 |
| 21.3 | Musiktherapie und Medizin im Dialog | 210 | 23.1.4 | Diagnostik | 225 |
| | Claas Lahmann, Dorothea Oberegelsbacher, Susanne Metzner | | 23.1.5 | Therapie | 226 |
| 21.3.1 | Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin | 210 | 23.2 | Musiktherapie | 227 |
| 21.3.2 | Erwartungen an die Medizin vonseiten der Musiktherapie | 210 | 23.2.1 | Fallvignette | 227 |
| 21.3.3 | Kritisches, Ungelöstes | 211 | 23.2.2 | Allgemeine Einleitung | 227 |
| 22 | Schlafstörungen | 213 | 23.2.3 | Musiktherapeutische Behandlungsansätze | 228 |
| 22.1 | Medizinische Grundlagen | 213 | 23.2.4 | Indikationen und Kontraindikationen | 228 |
| | Tomas Müller-Thomsen | | 23.2.5 | Musiktherapeutische Ziele | 228 |
| 22.1.1 | Definition und Klassifikation | 213 | 23.2.6 | Musiktherapeutische Praxis/ musiktherapeutische Vorgehensweisen | 229 |
| 22.1.2 | Epidemiologie | 214 | 23.2.7 | Stand der Forschung | 230 |
| 22.1.3 | Ätiologie und Pathogenese | 214 | 23.3 | Musiktherapie und Medizin im Dialog | 231 |
| 22.1.4 | Diagnostik | 214 | | | |
| 22.1.5 | Therapie | 215 | 23.3.1 | Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin | 231 |
| 22.2 | Musiktherapie | 217 | 23.3.2 | Erwartungen an die Medizin vonseiten der Musiktherapie | 231 |
| | Urs Z. Rüegg | | 23.3.3 | Kritisches, Ungelöstes | 232 |
| 22.2.1 | Fallvignette | 217 | 24 | Tinnitus | 233 |
| 22.2.2 | Allgemeine Einleitung | 217 | 24.1 | Medizinische Grundlagen | 233 |
| 22.2.3 | Musiktherapeutische Behandlungsansätze | 218 | | Helmut Schaaf | |
| 22.2.4 | Indikationen und Kontraindikationen | 219 | 24.1.1 | Definition und Klassifikation | 233 |
| 22.2.5 | Musiktherapeutische Ziele | 219 | 24.1.2 | Epidemiologie | 233 |
| 22.2.6 | Musiktherapeutische Vorgehensweisen | 220 | 24.1.3 | Ätiologie und Pathogenese | 233 |
| 22.2.7 | Stand der Forschung | 220 | 24.1.4 | Diagnostik | 234 |
| 22.3 | Musiktherapie und Medizin im Dialog | 221 | 24.1.5 | Therapie | 235 |
| | Tomas Müller-Thomsen, Urs Z. Rüegg | | 24.2 | Musiktherapie | 236 |
| 22.3.1 | Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin | 221 | | Heike Argstatter | |
| 22.3.2 | Erwartungen an die Medizin vonseiten der Musiktherapie | 221 | 24.2.1 | Fallvignette | 236 |
| 22.3.3 | Kritisches und Ungelöstes | 222 | 24.2.2 | Allgemeine Einleitung | 237 |
| 23 | Burnout | 223 | 24.2.3 | Musiktherapeutische Behandlungsansätze | 237 |
| | Felicitas Sigrist | | 24.2.4 | Indikationen und Kontraindikationen | 238 |
| 23.1 | Medizinische Grundlagen | 223 | 24.2.5 | Musiktherapeutische Ziele | 238 |

| | | | | | |
|-----------|--|------------|------------|--|------------|
| 24.2.6 | Musiktherapeutische Praxis/ musiktherapeutische Vorgehensweisen (Fallbeispiel) | 239 | III | Spezielle Störungsbilder und Patientengruppen: Kinder- und Jugendpsychiatrie | 259 |
| 24.2.7 | Stand der Forschung | 241 | 26 | Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung | 259 |
| 24.3 | Musiktherapie und Medizin im Dialog | 242 | 26.1 | Medizinische Grundlagen | 259 |
| | Helmut Schaaf, Heike Argstatter | | | Gerd Lehmkuhl, Ulrike Lehmkuhl | |
| 24.3.1 | Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin | 242 | 26.1.1 | Definition und Klassifikation | 259 |
| 24.3.2 | Erwartungen an die Medizin vonseiten der Musiktherapie. | 242 | 26.1.2 | Epidemiologie | 259 |
| 24.3.3 | Kritisches, Ungelöstes | 243 | 26.1.3 | Ätiologie und Pathogenese. | 260 |
| 25 | Forensische Psychiatrie | 245 | 26.1.4 | Diagnostik | 261 |
| 25.1 | Medizinische Grundlagen | 245 | 26.1.5 | Therapie | 262 |
| | Beate Eusterschulte, Sabine Eucker, Birgit von Hecker | | 26.2 | Musiktherapie | 263 |
| 25.1.1 | Definition und Klassifikation – Rechtlicher Rahmen | 245 | | Waltraut Barnowski-Geiser | |
| 25.1.2 | Epidemiologie | 245 | 26.2.1 | Fallvignette | 263 |
| 25.1.3 | Ätiologie und Pathogenese. | 246 | 26.2.2 | Allgemeine Einleitung | 263 |
| 25.1.4 | Diagnostik | 246 | 26.2.3 | Musiktherapeutische Behandlungsansätze | 264 |
| 25.1.5 | Therapie | 247 | 26.2.4 | Indikationen und Kontraindikationen. | 264 |
| 25.2 | Musiktherapie | 249 | 26.2.5 | Musiktherapeutische Ziele | 265 |
| | Évi Forgó Baer | | 26.2.6 | Musiktherapeutische Praxis/ musiktherapeutische Vorgehensweisen (Fallbeispiele). | 265 |
| 25.2.1 | Fallvignette | 249 | 26.2.7 | Stand der Forschung | 266 |
| 25.2.2 | Allgemeine Einleitung | 250 | 26.3 | Musiktherapie und Medizin im Dialog | 267 |
| 25.2.3 | Musiktherapeutische Behandlungsansätze | 250 | | 26.3.1 Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin Gerd Lehmkuhl, Ulrike Lehmkuhl | 267 |
| 25.2.4 | Indikationen und Kontraindikationen. | 251 | | 26.3.2 Erwartungen an die Medizin vonseiten der Musiktherapie. | 267 |
| 25.2.5 | Musiktherapeutische Ziele | 252 | | Waltraut Barnowski-Geiser | |
| 25.2.6 | Musiktherapeutische Praxis/ musiktherapeutische Vorgehensweisen (Fallbeispiel). | 252 | | 26.3.3 Kritisches, Ungelöstes | 268 |
| 25.2.7 | Stand der Forschung | 253 | | Gerd Lehmkuhl, Ulrike Lehmkuhl | |
| 25.3 | Musiktherapie und Medizin im Dialog | 254 | 27 | Angststörungen im Kindes- und Jugendalter | 271 |
| | Beate Eusterschulte, Sabine Eucker, Birgit von Hecker, Évi Forgó Baer | | 27.1 | Medizinische Grundlagen | 271 |
| 25.3.1 | Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin | 254 | | Angela Bieda, Michael W. Lippert, Silvia Schneider | |
| 25.3.2 | Erwartungen an die Medizin vonseiten der Musiktherapie. | 254 | 27.1.1 | Definition und Klassifikation | 271 |
| 25.3.3 | Kritisches, Ungelöstes | 255 | 27.1.2 | Epidemiologie | 271 |
| | | | 27.1.3 | Ätiologie und Pathogenese. | 272 |
| | | | 27.1.4 | Diagnostik | 272 |
| | | | 27.1.5 | Therapie | 273 |

| | | | | | |
|-----------|--|-----|-----------|---|-----|
| 27.2 | Musiktherapie | 275 | 28.2.7 | Exkurs: Gemeinsam spielen – Musik und Musiktherapie für Erwachsene mit Asperger-Syndrom | 288 |
| | Josephine Geipel | | | Susanne Bauer | |
| 27.2.1 | Fallvignette | 275 | 28.2.8 | Stand der Forschung | 290 |
| 27.2.2 | Allgemeine Einleitung | 275 | 28.3 | Musiktherapie und Medizin im Dialog | 291 |
| 27.2.3 | Musiktherapeutische Behandlungsansätze | 275 | | Luise Poustka, Thomas Bergmann, Monika Geretsegger | |
| 27.2.4 | Indikationen und Kontraindikationen | 276 | 28.3.1 | Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin | 291 |
| 27.2.5 | Musiktherapeutische Ziele | 277 | 28.3.2 | Erwartungen an die Medizin vonseiten der Musiktherapie | 291 |
| 27.2.6 | Musiktherapeutische Praxis/ musiktherapeutische Vorgehensweisen (Fallbeispiel). | 277 | 28.3.3 | Kritisches, Ungelöstes | 291 |
| 27.2.7 | Stand der Forschung | 278 | | | |
| 27.3 | Musiktherapie und Medizin im Dialog | 279 | 29 | Emotionale Störungen | 293 |
| | Angela Bieda, Michael W. Lippert, Silvia Schneider, Josephine Geipel | | 29.1 | Medizinische Grundlagen | 293 |
| 27.3.1 | Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin/ Psychotherapie. | 279 | | Kerstin Stellermann-Strehlow | |
| 27.3.2 | Erwartungen an die Medizin/ Psychotherapie vonseiten der Musiktherapie | 279 | 29.1.1 | Definition und Klassifikation | 293 |
| 27.3.3 | Kritisches, Ungelöstes | 279 | 29.1.2 | Epidemiologie | 293 |
| | | | 29.1.3 | Ätiologie und Pathogenese. | 293 |
| 28 | Autismus-Spektrum-Störungen | 281 | 29.1.4 | Diagnostik | 293 |
| 28.1 | Medizinische Grundlagen | 281 | 29.1.5 | Therapie | 294 |
| | Luise Poustka | | 29.2 | Musiktherapie | 294 |
| 28.1.1 | Definition und Klassifikation | 281 | | Sandra Lutz Hochreutener | |
| 28.1.2 | Epidemiologie | 282 | 29.2.1 | Fallvignette | 294 |
| 28.1.3 | Ätiologie und Pathogenese. | 282 | 29.2.2 | Allgemeine Einleitung | 295 |
| 28.1.4 | Diagnostik | 283 | 29.2.3 | Musiktherapeutische Behandlungsansätze | 295 |
| 28.1.5 | Therapie | 283 | 29.2.4 | Indikationen und Kontraindikationen | 298 |
| 28.2 | Musiktherapie | 286 | 29.2.5 | Musiktherapeutische Ziele | 298 |
| | Thomas Bergmann, Monika Geretsegger | | 29.2.6 | Musiktherapeutische Praxis/ musiktherapeutische Vorgehensweisen (Fallbeispiele). | 299 |
| 28.2.1 | Fallvignette | 286 | 29.2.7 | Stand der Forschung | 300 |
| 28.2.2 | Allgemeine Einleitung | 286 | 29.3 | Musiktherapie und Medizin im Dialog | 301 |
| 28.2.3 | Musiktherapeutische Behandlungsansätze | 287 | | Kerstin Stellermann-Strehlow, Sandra Lutz Hochreutener | |
| 28.2.4 | Indikationen und Kontraindikationen. | 287 | 29.3.1 | Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin | 301 |
| 28.2.5 | Musiktherapeutische Ziele | 288 | 29.3.2 | Erwartungen an die Medizin vonseiten der Musiktherapie. | 302 |
| 28.2.6 | Musiktherapeutische Praxis/ musiktherapeutische Vorgehensweisen (Fallbeispiele). | 288 | 29.3.3 | Kritisches, Ungelöstes | 302 |

| | | | | | |
|-----------|---|-----|-----------|---|-----|
| 30 | Selbstverletzendes Verhalten . . . | 303 | | | |
| | Paul Lukas Plener, Thorsten Sukale | | | | |
| 30.1 | Medizinische Grundlagen | 303 | 31.2.6 | Musiktherapeutische Praxis/ musiktherapeutische Vorgehensweisen (Fallbeispiele) | 322 |
| 30.1.1 | Definition und Klassifikation | 303 | 31.2.7 | Stand der Forschung | 323 |
| 30.1.2 | Epidemiologie | 303 | 31.3 | Musiktherapie und Medizin im Dialog | 323 |
| 30.1.3 | Ätiologie und Pathogenese | 304 | | Thorsten Sukale, Andreas Wölfl | |
| 30.1.4 | Diagnostik | 305 | 31.3.1 | Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin | 323 |
| 30.1.5 | Therapie | 306 | 31.3.2 | Erwartungen an die Medizin vonseiten der Musiktherapie | 324 |
| 30.2 | Musiktherapie | 307 | 31.3.3 | Kritisches, Ungelöstes | 324 |
| 30.2.1 | Fallvignette | 307 | 32 | Musiktherapie mit Familien | 325 |
| 30.2.2 | Allgemeine Einleitung | 308 | 32.1 | Medizinische Grundlagen | 325 |
| 30.2.3 | Musiktherapeutische Behandlungsansätze | 309 | | Georg Romer | |
| 30.2.4 | Indikationen und Kontraindikationen | 309 | 32.1.1 | Definitionen | 325 |
| 30.2.5 | Musiktherapeutische Ziele | 310 | 32.1.2 | Klinische Anwendungsbereiche | 325 |
| 30.2.6 | Musiktherapeutische Praxis/ musiktherapeutische Vorgehensweisen | 310 | 32.1.3 | Therapeutische Haltung und Rahmen | 326 |
| 30.2.7 | Stand der Forschung | 311 | 32.1.4 | Familientherapeutische Schulen | 327 |
| 30.3 | Musiktherapie und Medizin im Dialog | 312 | 32.1.5 | Grundzüge der Familiendiagnostik | 328 |
| 30.3.1 | Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin | 312 | 32.2 | Musiktherapie | 329 |
| 30.3.2 | Erwartungen an die Medizin vonseiten der Musiktherapie | 312 | | Eva Phan Quoc | |
| 30.3.3 | Kritisches, Ungelöstes | 313 | 32.2.1 | Fallvignette | 329 |
| 31 | Gewaltprävention | 315 | 32.2.2 | Allgemeine Einleitung | 329 |
| 31.1 | Medizinische Grundlagen | 315 | 32.2.3 | Musiktherapeutische Behandlungsansätze | 330 |
| | Jörg M. Fegert, Miriam Rassenhofer, Thorsten Sukale | | 32.2.4 | Indikationen und Kontraindikationen | 331 |
| 31.1.1 | Definition und Klassifikation | 315 | 32.2.5 | Musiktherapeutische Ziele | 331 |
| 31.1.2 | Epidemiologie | 317 | 32.2.6 | Musiktherapeutische Praxis/musiktherapeutische Vorgehensweisen (Fallbeispiel) | 331 |
| 31.1.3 | Folgen von Gewalt | 318 | 32.2.7 | Stand der Forschung | 332 |
| 31.1.4 | Prävention und Therapie | 318 | 32.3 | Musiktherapie und Medizin im Dialog | 333 |
| 31.2 | Musiktherapie | 319 | | Georg Romer, Eva Phan Quoc | |
| | Andreas Wölfl | | 32.3.1 | Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin | 333 |
| 31.2.1 | Fallvignette | 319 | 32.3.2 | Erwartungen an die Medizin vonseiten der Musiktherapie | 334 |
| 31.2.2 | Allgemeine Einleitung | 320 | 32.3.3 | Kritisches, Ungelöstes | 334 |
| 31.2.3 | Musiktherapeutische Behandlungsansätze | 320 | | | |
| 31.2.4 | Indikationen und Kontraindikationen | 320 | | | |
| 31.2.5 | Musiktherapeutische Ziele | 321 | | | |
| | | | | Register | 335 |

5

Methoden der Musiktherapie

5.1 Einleitung

Thomas Stegemann

In der Musiktherapie lassen sich grundsätzlich rezeptive und aktive Formen unterscheiden. **Rezeptive Musiktherapie** ist dadurch gekennzeichnet, dass das Hören von Musik (ohne aktive musikalische Betätigung der Patientinnen und Patienten) im Mittelpunkt steht (> Kap. 5.5). Dabei kann es sich um Musik vom Tonträger handeln, die von Patienten und Musiktherapeuten angehört wird, oder um live für die Patienten gespielte Musik des Therapeuten. In der **aktiven Musiktherapie** liegt der Fokus auf dem gemeinsamen musikalischen Tun, das heißt, auch die Patientinnen und Patienten werden in das Musikmachen involviert – sei es mit der Stimme, mit einfachen Instrumenten oder anderen Möglichkeiten, Geräusche/Klänge zu erzeugen (z. B. Body Percussion). Die strikte Trennung zwischen aktiver und rezeptiver Musiktherapie ist jedoch eher aus didaktischen Gründen üblich und sinnvoll. In der musiktherapeutischen Praxis überwiegen Mischformen, wie auch Smetana betont:

[Wir] befinden [uns] in einem ständigen Wechsel von Aktivität und Ruhe, Hinwendung und Rückzug, Tun und Geschehenlassen, Spielen und Hören (...). Es ist nicht denkbar, dass aktive musiktherapeutische Prozesse ohne Phasen des Rezipierens, des Aufnehmens, des Zuhörens, ohne Pause und Stille ablaufen – genauso wenig lässt sich die Aktivität aus rezeptiven musiktherapeutischen Prozessen wegdenken, denn auch das Hören bedarf einer hohen Aktivität, einer aktiven Hinwendung zum Gehörten, auch das Rezipieren fordert in hohem Maße zu aktiven Prozessen heraus (...).
(Smetana 2018, S. 40)

Auch Ergebnisse aus der Wirksamkeitsforschung sprechen für ein „Methoden-Kontinuum“ aktiver

und rezeptiver Musiktherapieformen: „Rezeptive Musiktherapie braucht aktives Musikerleben, aktive Musiktherapie kommt nicht ohne Hören aus.“ (Pešek 2007, S. 129). Musiktherapiestudien, in denen aktive und rezeptive Formen kombiniert wurden, wiesen eine höhere Effektstärke auf als Studien, in denen nur aktiv oder rezeptiv gearbeitet wurde. Besonders ausgeprägt war dieser Effekt bei Untersuchungen zur Kindermusiktherapie mit einer Effektstärke von 0,95 (+/-0,35), was nach der Einteilung von Cohen einem großen Effekt entspricht (Pešek 2007).

Kenneth Bruscia (1998), ein US-amerikanischer Musiktherapeut, beschreibt in seinem zum Standardwerk gewordenen Buch „Defining Music Therapy“ verschiedene „Types of Music Experiences“, aus denen sich die **vier Hauptmethoden der Musiktherapie** ableiten:

1. Improvising
2. Re-creating (or performing)
3. Composing
4. Listening

Bruscia definiert „**Methoden**“ dabei folgendermaßen:

*A **method** is here defined as a particular type of music experience used for assessment, treatment, and/or evaluation. Since there are four main types of music experiences (improvising, re-creating, composing, and listening), these are considered the four main methods of music therapy; and since there are many different ways of designing these four experiences, each of the methods has many **variations**.*

(Bruscia 1998, S. 114)

Dieses Kapitel orientiert sich an der Einteilung Bruscias und soll einen Überblick über die vier musiktherapeutischen Hauptmethoden und ihre „Variationen“ bieten. Im Hinblick auf die musiktherapeutische Praxis ist dabei jedoch zu bedenken, worauf Sandra Lutz Hochreutener in ihrem Buch „Spiel – Musik – Therapie“ hinweist:

Sie [die hier aufgeführten Methoden] lassen sich nicht programmartig aus dem Lehrbuch in die Praxis übertragen, sondern verlangen von der Therapeutin in der Umsetzung Intuition, Flexibilität und Hingabe an den Moment. Ihre Wirksamkeit hängt davon ab, ob sie aus einer resonanzbereiten Haltung wachsen und auf die jeweilige therapeutische Notwendigkeit abgestimmt sind.

(Lutz Hochreutener 2009, S. 138)

LITERATURVERZEICHNIS

- Bruscia KE. Defining Music Therapy: Second Edition. Gilsum: Barcelona Publishers; 1998.
- Lutz Hochreutener S. Spiel – Musik – Therapie: Methoden der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe; 2009.
- Pešek U. Musiktherapiewirkung – eine Meta-Analyse. Musiktherapeutische Umschau 2007; 28: 110–135.
- Smetana M. Aktive Musiktherapie. In: Stegemann T, Fitzthum E (Hrsg.): Kurzlehrbuch Musiktherapie Teil I. Wiener Ringvorlesung Musiktherapie – Grundlagen und Anwendungsfelder. Wien: Praesens 2018; 39–55.

5.2 Methoden I: Improvisation

Tonius Timmermann

5.2.1 Einleitung

Improvisierte Musik wird „innerhalb einer oder mehrerer ihrer Parameter im Zeitraum des Erklingens erfunden“ (Hamel 2017, S. 1) und ist „die spontane Formulierung des momentanen Einfalls“ (Hamel 2017, S. 2). Sie bezieht sich auf das Unerwartete, Unvorhersehbare bzw. „Unvorherhörbare“. Sie ist phylogenetisch und ontogenetisch die Urform des Musizierens, Ausgangspunkt allen musikalischen Erkundens und Formfindens (Timmermann 2004, S. 37 ff.; Timmermann 2012a, S. 67 ff.). In den vielen Kulturen und Musikstilen bleibt sie, neben den überlieferten musikalischen Formen, ein Freiraum für den Musizierenden.

Loos (1994, S. 159) beklagt, dass der „Verfall des freien Spiels bis hin zur astreinen Medien-Perfektion“ in der abendländischen Musikentwicklung zur „Entfremdung des Musikmachens“ geführt habe. Dabei beginnt der Mensch genau so authentisch ausdrucksvoll übend: das frühe Lautieren vor dem Spracherwerb, der vorsprachliche Dialog zwischen

dem Kind und seinen ersten Bezugspersonen, erste Experimente mit allem, was man zum Klingen bringen kann. Dies sind letztlich frühe Formen musikalischen Improvisierens und daher eine im therapeutischen Rahmen bedeutsame regressive Zugangsmöglichkeit zu frühen Persönlichkeitsschichten.

Leider wurde und wird diese entwicklungspsychologisch organische musikalische Entwicklung in der Pädagogik häufig nicht mit einbezogen, sondern sie wird von Anfang an in die schöpferische Entdeckungsphase der Klangwelten hinein als eine weitere Stimme des „Über-Ich“ konstruiert, die „richtig“ oder „falsch“ ruft, wenn bestimmte vorgegebene Töne getroffen oder nicht getroffen werden. Für die musiktherapeutische Arbeit bedeutet das oft, dass zunächst ein Gewöhnungsprozess der Patientinnen und Patienten geduldig begleitet werden muss, „bis sie fühlen können: ‚richtig‘ beim Improvisieren ist das, was der Spieler für richtig hält“ (Loos 1994, S. 159). Wenn der Spieler oder die Spielerin sich von dem Stress befreien können, die vorgegebenen Töne als die richtigen zu treffen, kann leichter ein Zustand des „Flow“ entstehen, ein selbstvergessenes Vertieft-Sein in das, was entsteht.

Wie Sprache sowohl künstlerisches Medium (Poesie, Literatur) als auch alltägliche Ausdrucks- und Kommunikationsmöglichkeit sein kann, ist auch Musik nicht nur Kunstform, die in der vorgegebenen Notation interpretiert wird, sondern sie bietet eigenen Gestaltungsspielraum, lässt die formbildenden Kräfte im Spieler zur Wirkung kommen – und zwar „jenseits von begabt und unbegabt“ und „jenseits von musikalisch und unmusikalisch“, wie es der inzwischen neu aufgelegte Reformmusikpädagoge Heinrich Jacoby bereits in den 1920er-Jahren formulierte (Jacoby 1980, Jacoby 1984). Eingang in die Musikentwicklung des 20. Jahrhunderts fand Improvisation v. a. in die experimentelle, teilweise neue Musik, in Jazz, Blues und Rock sowie in gewissem Umfang und meist strukturiertem Rahmen auch in die Musikpädagogik.

Der Philosoph und Jazzmusiker Christopher Dell beschreibt das improvisierte Musizieren beim Jazz durchaus therapierelevant: „Spielerisch werden in der Improvisation neue Zusammenhänge erzeugt, Elemente in neue Konstellationen gebracht [...] Im Mittelpunkt steht nicht mehr das Produkt, sondern

die Beziehung zweier oder mehrerer Produktionen.“ (Dell 2002, S. 169). „Wenn wir improvisieren, wollen wir immer die Möglichkeit haben, durch unsere gewählte Improvisationssprache mit anderen in Kommunikation zu treten. Dabei ist die improvisatorische Sprache keine Inszenierung des Logos, sondern eine Einladung zur Teilhabe.“ (Dell 2002, S. 224).

5.2.2 Klinische Aspekte

Neben den künstlerischen und pädagogischen Aspekten der Improvisation sind für unser Thema v. a. die klinischen Aspekte interessant. Weymann (2009, S. 190 ff.) bietet einen guten Überblick darüber, wie sie sich als wesentliches Element der Musiktherapie entwickelt hat (vgl. auch > Kap. 4).

Eine wichtige Rolle bei dieser Entwicklung spielte Alfred Schmözl, prägender Leiter der ersten deutschsprachigen Musiktherapieausbildung auf Hochschulniveau in Wien. Er definierte musiktherapeutische Improvisation als ein „kreatives, emotionales und sozial-kommunikatives Übungs- und Erfahrungsfeld“ (Schmözl o. J., S. 129; Gathmann und Schmözl 1991, S. 263 f.). Er empfahl, bei Improvisationen die Aufmerksamkeit nicht auf das musikalische Produkt, sondern auf die seelischen Befindlichkeiten im tiefenpsychologischen Sinn zu legen. Der Patient solle „Gelegenheit erhalten, das therapeutisch notwendige Risiko einer neu zu gestaltenden Partnerschaft einzugehen“ (Schmözl 1985, S. 55 f.). Musikalisch hilfreich seien hier das spontane Element, die spielerische Provokation und Überraschung, „Zuhören-können, Aufnehmen, Einfühlbarkeit, Zurücknehmen, Abwehren, Entgegenen, und schließlich – das oft ängstlich gemiedene und daher ungeübte, aber lebensnotwendige, bewusste Sich-auseinandersetzen-Wollen“ (Schmözl 1988, S. 10).

Im englischsprachigen Raum war es v. a. die englische Musiktherapeutin Mary Priestley, eine große Pionierin einer tiefenpsychologisch orientierten Musiktherapie (Priestley 1982, Priestley 1983), die Improvisation tiefenpsychologisch zur Exploration des Unbewussten ihrer Patientinnen und Patienten verwendete.

Eine tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie (Timmermann 2004) betrachtet die Vorgehensweisen mit dem Medium Musik als Brücken zwischen Bewusstem und Unbewusstem.

Die improvisierte Musik ist dabei ein Produkt aus bewusster und unbewusster Gestaltung. Die Linguistin Elisabeth Wehling (2016, S. 9) sagt über unser Denken, es sei nur zu 2 % bewusst; 98 % wären demnach unbewusst. Dies zeigt, nicht nur für das Denken, von welchen Relationen im Hinblick auf bewusstes und unbewusstes Handeln auch bei der Improvisation auszugehen ist.

Dies fließt zudem in die Musikdefinition der „Kasseler Thesen zur Musiktherapie“ ein: „Musik ist vom Menschen gestalteter Schall. Schall ist die Bezeichnung für alle hörbaren Schwingungsvorgänge und schließt die Begriffe Ton und Klang als Phänomene universaler harmonikaler Gesetzmäßigkeiten und den Begriff Geräusch mit ein. Gestaltung schließt auch unbeabsichtigte Schallereignisse ein, insofern diese vom Rezipienten als bedeutsam wahrgenommen werden.“ (Bernius 2018). Es fließen also auch unbeabsichtigte, unbewusste Gestaltungen in die entstehende improvisierte Musik ein und werden beachtet. Und das ist auch sinnvoll, weil der Mensch ein Ganzes aus bewussten und unbewussten Anteilen, Impulsen, Erleben, Kommunikation auf allen Ebenen ist.

Auf diese musikalischen Äußerungen der Patientin bzw. des Patienten gibt die Musiktherapeutin oder der Musiktherapeut Resonanz. Dies geschieht in einer Mischung aus gelernter musikalischer Interventionspraxis und spontaner, wenngleich geschulter Intuition. Psychotherapeutische Techniken können in der Musiktherapie auch mit dem Medium Musik angewendet werden (Timmermann 2012b, S. 60 ff.; vgl. auch > Kap. 6), indem z. B. ängstlich-zögerliches Spiel des Patienten bzw. der Patientin mit Basslinien und repetitiv fundierenden Rhythmen und Melodiemustern gehalten und gestützt oder ein Sich-im-Belanglosen-Verlieren durch provokatives Spiel in einen Prozess des Sich-Auseinandersetzens geholt wird. Die Beziehungsdynamik wird also musikalisch symbolisiert und mit diesem Medium kann ihr diagnostisches und therapeutisches Potenzial genutzt werden.

5.2.3 Vorgehensweisen

Hier folgt ein Überblick über Vorgehensweisen, die im Rahmen von Improvisation angeboten werden können:

- Freie musikalische Improvisation
- Themenorientierte Improvisation

- Experimentelles Handeln
- Regelspiele
- Rollenspiele
- Systemische Aufstellungen (Instrumente/Stellvertreter)

Die **freie Improvisation** ist in der Musiktherapie die „Via Regia“ zum Unbewussten der Patienten und Patientinnen. In einer tiefenpsychologisch orientierten Musiktherapie kann sie bei der diagnostischen Abklärung, beim Eruiieren problematischer Erfahrungen und entsprechender Verhaltens- und Erlebensweisen – häufig in Kombination mit Sprache, z. B. zur anschließenden gemeinsamen Interpretation – hilfreich sein. Gleichzeitig bietet sie die Möglichkeit zum experimentellen Erproben von bisher Ungelebtem und somit zu kompensatorischen, heilsamen Neuerfahrungen. Alte, leiderzeugende Beziehungsmuster können als solche erkannt und durch das Ausprobieren neuer Verhaltensweisen korrigiert werden. Oberegelsbacher (1997) definiert drei Formen von Improvisation als darstellend, probierend und kommunikativ. Zwischen diesen gibt es Übergänge und Mischformen. Ihnen gemeinsam ist das assoziative Prinzip im freien Spielen. Eine weitere Form gründet in musikalischen Parametern.

Die **musiktherapeutische Anamnese** ergibt sich zunächst aus Beobachten und Fragen zur freien Improvisation: Welches Instrument wird gewählt? Wie wird damit gespielt? Was wird gespielt? Was löst das Spiel in mir aus? Was wird verbalisiert und was nicht?

Aus diesen Eindrücken heraus werden dann patienten- und situationsadäquat weitere Angebote gemacht, die den Prozess voranbringen können (themenorientierte Improvisation). Taucht z. B. das Thema „Mutter“ auf, könnte man einladen, diese musikalisch zu porträtieren, bei auftauchenden Ängsten könnten diese thematisiert und musikalisch gestaltet werden.

Jenseits von vorgegebenen „Trainingsprogrammen“ können auf einer spielerischen Ebene durch experimentelles Handeln neue Verhaltensmöglichkeiten im geschützten Rahmen ausprobiert werden. Beispielsweise kann der Therapeut den Patienten musikalisch aggressiv angehen und so ein Sich-Wehren-Lernen provozieren. Durch Verbalisieren dieser Erfahrungen können

dann wiederum Möglichkeiten deutlich werden, wie sich dies in den Alltag des Patienten transferieren lässt.

V. a. bei wenig strukturierten Patienten, wenn sie sich im Offenen verlieren und Anhaltspunkte brauchen, sind oft **Spielregeln** als stabilisierende Erfahrungen hilfreich. Dies kann begrenztes Tonmaterial sein (z. B. Pentatonik: Spielen nur der schwarzen Tasten am Klavier) oder ein abwechselndes „mal in den Mittelpunkt gehen und mal in den Kreis der Gruppe zurücktreten“ (z. B. Solo-Tutti-Improvisationen). Hegi (1986) beschreibt eine Fülle derartig strukturierter Angebote für verschiedene Situationen in therapeutischen Prozessen.

Musikalische Rollenspiele können helfen, die Beziehung zu bestimmten Personen aus der Biografie zu klären. In der Einzelmusiktherapie stellt sich der Therapeut dann für bestimmte Rollen zur Verfügung, in der Gruppe z. B. als ein Mitglied.

Auch **systemische Aufstellungen** mit Instrumenten (in der Einzelarbeit) und spielenden Stellvertretern (in der Gruppe) sind sehr wirkungsvoll. Das speziell musiktherapeutische dabei ist die freie Improvisation mit dem Phänomen der sinnvollen Gleichzeitigkeit von Ausdruck und Interaktion, sodass das Zusammenspiel der Kräfte innerhalb eines Systems sinnlich erlebbar wird (Timmermann 2003).

Die Rolle des Therapeuten in der Musiktherapie ist es, auf die musikalischen Äußerungen des Patienten zu reagieren. Der Satz von John Cage, „I welcome whatever happens next“, wird hier zur therapeutischen Haltung. Was immer auch ertönen mag, es ist mir als klangsymbolische Äußerung des Patienten willkommen. Das ästhetische Produkt ist dabei nicht das Entscheidende, sondern ein authentischer Ausdruck aus dem „Flow“ des Spiels heraus. Das kann ein sensibel zuhörendes und berührendes Spiel sein, aber auch ein wütendes oder ein sich dahinquälendes – aus musiktherapeutischer Perspektive ist es ein Spiegel von Befindlichkeiten, eine Offenbarung seelischer Wirklichkeiten.

Im musiktherapeutischen Dialog in der Einzeltherapie sind die spontanen Äußerungen ein Zusammenwirken von bewussten und unbewussten Ausdrucks- und Symbolisierungsimpulsen. Im Spiel mit verschiedensten musikalischen Mitteln ergeben

sich daraus situationsabhängig die mannigfachen Themen: Resonanz geben, Nähe anbieten, bei sich bleiben, Hingabefähigkeit üben, Raum nehmen – Raum geben, sich gegen Vereinnahmung sperren, neue Themen anbieten usw.

Improvisation in der Gruppentherapie bringt schnell die psychosoziale Ebene ins Spiel: die frühe Erfahrung mütterlichen Getragenseins im Gruppenklang sowie deren Störungen, soziale Konflikte mit den Mitspielern, das Setting dominieren und kontrollieren müssen, resignativ untergehen, nicht ins Spiel kommen usw. Auch der Ärger über ein anderes Gruppenmitglied im Spiel kann zu wichtigen Hinweisen auf grundlegende Interaktionsmuster führen, die sich auf der nichtverbalen Ebene unbewusst reinszenieren.

Improvisation als zentrale Vorgehensweise einer modernen, tiefenpsychologisch orientierten Musiktherapie dient sowohl der Explorations- als auch der Interventionspraxis. Sie knüpft an früheste Erfahrungen an den Wurzeln der Persönlichkeit an und kann gleichzeitig experimentelles Handeln als Perspektive für Reifung und befriedigendere Lebens- und Verhaltensweisen anbieten.

LITERATUR

- Bernius V. Kasseler Thesen zur Musiktherapie. Historie ist vielfältig – 20 Jahre Kasseler Thesen. In: Musiktherapeutische Umschau 2018; 39(2): 161–166.
- Dell C. Prinzip Improvisation. Köln: Verlag der Buchhandlungen; 2002.
- Gathmann P, Schmölz A. Musiktherapie. In: Stumm G, Wirth B (Hrsg.): Psychotherapie. Schulen und Methoden. Wien: Falter 1991; 262–266.
- Hamel P M. Improvisation als Quelle für Inspiration. Phänomenologische Betrachtung musikalischen Improvisierens. Unveröffentlichtes Manuskript 2017.
- Hegi F. Improvisation und Musiktherapie. Paderborn: Junfermann; 1986.
- Jacoby H. Jenseits von >Begabt< und >Unbegabt<. Hamburg: Christians; 1980.
- Jacoby H. Jenseits von >Musikalisch< und >Unmusikalisch<. Hamburg: Christians; 1984.
- Loos G. Spiel-Räume der Magersucht. Musiktherapie und Körperwahrnehmung mit frühgestörten Patienten. Stuttgart: Gustav Fischer; 1994.
- Oberegelsbacher D. Musiktherapeutisches Improvisieren als Mittel der Verdeutlichung in der Psychotherapie. In: Fitzhum E, Oberegelsbacher D, Storz D (Hrsg.): Wiener Beiträge zur Musiktherapie. Weltkongresse Wien/Hamburg 1996. Wien: Edition Praesens 1997; 42–66.
- Priestley M. Musiktherapeutische Erfahrungen. Stuttgart: Gustav Fischer; 1982.

- Priestley M. Analytische Musiktherapie. Vorlesungen am Gemeinschafts Krankenhaus Herdecke. Stuttgart: Klett-Cotta; 1983.
- Schmölz A. Selbsterfahrung im Rahmen der Musiktherapie. In: Psychotherapie im Wandel. Festschrift zum XX. Internationalen Seminar für Psychotherapie Bad Gleichenberg. Wien: Universitätsverlag (o.J.).
- Schmölz A. Musiktherapie bei psychosomatischen Erkrankungen. In: Psychotherapie im Wandel. Wien: Universitätsverlag; 1985.
- Schmölz A. Entfremdung – Auseinandersetzung – Dialog. Zur Komplexität des musiktherapeutischen Musikgeschehens. In: Musik und Kommunikation. Hamburger Jahrbuch zur Musiktherapie und intermodalen Medientherapie, Bd. 2. Sonderdruck. Lilienthal/Bremen: Eres; 1988.
- Timmermann T. Klingende Systeme. Aufstellungsarbeit und Musiktherapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme; 2003.
- Timmermann T. Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie. Wiesbaden: Reichert; 2004.
- Timmermann T. Improvisation. In: Decker-Voigt HH, Oberegelsbacher D, Timmermann T. Lehrbuch Musiktherapie. München: Reinhardt/UTB 2012a; 66–69.
- Timmermann T. Praxeologie. In: Decker-Voigt HH, Oberegelsbacher D, Timmermann T. Lehrbuch Musiktherapie. München: Reinhardt/UTB 2012b; 55–65.
- Wehling E. „Das moralische Bauchgefühl. Die Linguistin Elisabeth Wehling aus Berkeley über die Macht des Unbewussten und Wörter, die in den USA und in Deutschland Politik und Wahlen prägen.“ In: Süddeutsche Zeitung Nr. 303, 31.12.2016/1.1.2017, S. 9.
- Weymann E. Improvisation und Musiktherapie. In: Decker-Voigt HH, Weymann E (Hrsg.): Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe 2009; 209–213.

5.3 Methoden II: Reproduktion

5.3.1 Einleitung

Thomas Stegemann

Eine weitere Form der **Music Experiences**, die von Bruscia als eine der vier Hauptmethoden der Musiktherapie angesehen wird, ist die Reproduktion („re-creation“). Diese wird von Bruscia folgendermaßen definiert:

In re-creative experiences, the client learns or performs precomposed vocal or instrumental music or reproduces any kind of musical form presented as a model. Also included are structured music activities and games in which the client performs roles or behaviors that have been specifically defined.

(Bruscia 1998, S. 117 f.)

Bruscia bevorzugt den Begriff „re-creational“ (im Sinne von „wieder erschaffen“) gegenüber „performing“, weil Letzteres das „Vorspielen“ vor einem Publikum impliziert, was aber nicht (oder selten) der Fokus in der Musiktherapie ist. Mit Reproduktion ist hier also – im Gegensatz zur Improvisation (> Kap. 5.2) oder zum Komponieren/Songwriting (> Kap. 5.4) – eine musikalische Praxis gemeint, in der bestehende musikalische Werke (meist Lieder) von den Patientinnen und Patienten gespielt/gesungen werden – in der Regel mit Unterstützung oder unter Anleitung von der Musiktherapeutin bzw. dem Musiktherapeuten.

Die **musiktherapeutischen Ziele**, die mit diesem methodischen Vorgehen verfolgt werden, sind größtenteils andere als z.B. in einem musikpädagogischen Setting (z.B. in einer Musikschule): Während es im musikpädagogischen Kontext primär darum geht, dass ein Repertoirestück künstlerisch erarbeitet wird (mit dem Ziel einer möglichst „fehlerfreien“ Interpretation), liegt der Fokus in der Musiktherapie meist auf anderen Aspekten, wobei die künstlerische Qualität des „Ergebnisses“ eher sekundär ist. Zu solchen Zielen sind nach Bruscia (1998, S. 118) die folgenden zu zählen:

- Entwicklung sensomotorischer Fähigkeiten
- Förderung von adaptiven, zeitlich geordneten Verhaltensweisen
- Förderung der Aufmerksamkeit und des Realitätsbezugs
- Training von Gedächtnisfunktionen
- Förderung von Identifizierung und Empathie mit anderen
- Entwicklung von Kompetenzen im Interpretieren und Kommunizieren von Ideen und Gefühlen
- Erlernen von spezifischen Verhaltensweisen in verschiedenen interpersonalen Situationen
- Verbesserung von interaktionalen/sozialen Kompetenzen (z. B. in Gruppensituationen)

Mögliche Anwendungen reproduktiver Methoden sollen im Folgenden exemplarisch anhand von zwei Klientelgruppen gezeigt werden: in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen (> Kap. 5.3.2) und mit alten Menschen (> Kap. 5.3.3).

5.3.2 Reproduktion in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen

Manuel Goditsch

FALLVIGNETTE

Nach einigen Einheiten Einzelmusiktherapie thematisiert der 14-jährige, mittelgradig intelligenzgeminderte Lukas zum ersten Mal explizit seine Familiengeschichte. In diesem Zusammenhang fällt ihm das Lied „Du hast mich blockiert“ der Musikgruppe „Die Lochis“ ein. Der Text des Liedes handelt von einem jungen Mann, dessen Versuche der Kontaktaufnahme zu einer Frau scheitern. Damit wird ein Thema aufgegriffen, das Lukas aus seiner Biografie kennt. Als er drei Jahre alt war, wurde seiner substanzabhängigen Mutter das Sorgerecht entzogen, woraufhin er in eine betreute WG kam. Seither versucht er immer wieder, mit ihr in Kontakt zu treten. Eine Antwort blieb bisher aus. Nachdem sich Lukas das Lied mit dem Musiktherapeuten angehört hat, möchte er es in der Therapie „aufführen“. Der Therapeut eröffnet die Performance mit einer Ansage durch ein an einen Verstärker angeschlossenes Mikrofon – „Meine Damen und Herren, begrüßen Sie gemeinsam mit mir den großartigen Sänger und Musiker: Lukas!“ – und überreicht ihm das Mikro. Dieser singt daraufhin ausdrucksstark zur laut abgespielten Aufnahme des Liedes. Zum ersten Mal kommen die Trauer und der Schmerz an die Oberfläche, die mit dem fehlenden Kontakt zu seiner Mutter zusammenhängen.

Dieses Fallbeispiel zeigt, wie das Singen eines emotional besetzten Liedes den Weg zu schmerzhaften Gefühlen öffnet, die im Anschluss aufgefangen und bearbeitet werden können. Die Auseinandersetzung mit biografischen und aktuellen Themen ist neben den zuvor genannten Zielen (> Kap. 5.3.1) eines der **therapeutischen Ziele**, die mithilfe von reproduktiven Methoden in der Musiktherapie angestrebt werden können.

Bruscia (1998) beschreibt verschiedene Varianten von „re-creative experiences“, die in der Musiktherapie vorkommen können. Die wichtigsten werden im Folgenden aus dem Blickwinkel der musiktherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen betrachtet und mit Fallvignetten und Verweisen zu weiterführender Literatur ergänzt.

Stimmliche Reproduktion

Die Singstimme als persönlichstes Instrument des Menschen kann in verschiedenen Formen zum

Einsatz kommen. Das Beispiel von Lukas, bei dem zu einem laufenden Tonträger – als eine Art Playback oder Karaoke – gesungen wird, stellt eine dieser Möglichkeiten dar. Oft führt der Weg zum Singen auch über das Singen der Therapeutinnen und Therapeuten. McFerran (2010) beschreibt in einem Fallbeispiel dazu ein junges Mädchen, das zunächst der Therapeutin beim Singen ihrer Lieblingslieder zuhört, bald vorsichtig mitsingt und im Laufe der Zeit mit großer Leidenschaft gemeinsam mit der Musiktherapeutin singt. Kinder haben häufig eine geringere Hemmschwelle als Jugendliche, ihre Stimme singend einzusetzen. Liedermappen als Grundlage für das Singen von Liedern, das Einüben einzelner Melodien, Singen in einem Chor oder die Inanspruchnahme von Gesangsstunden sind weitere Möglichkeiten, wie stimmliche Reproduktion in der Musiktherapie eingesetzt werden kann.

Instrumentale Reproduktion

FALLVIGNETTE

Der 13-jährige Albert hat eine Diagnose im Autismus-Spektrum und ist seit einiger Zeit in Musiktherapie. Wie nebenbei summt Albert in einer Einheit die Melodie von Deep Purple's „Smoke on the Water“. Der Musiktherapeut greift die Töne auf und spielt sie am Klavier. Als Albert das soeben von ihm Gesungene am Klavier hört, möchte er die Melodie lernen. Bald kann er sie spielen und es entstehen Sequenzen mit Albert am Klavier, die Melodie spielend, und dem Therapeuten am Schlagzeug, ihn begleitend. In den darauffolgenden Einheiten singt er dem Therapeuten immer wieder Melodien aus Rock-Klassikern vor, die er am Klavier lernen und im Anschluss, vom Therapeuten begleitet, spielen möchte.

Instrumentale Reproduktion kann demnach das Einüben und Spielen einzelner Melodien oder Lieder beinhalten. Genauso wird manches Mal zu einem laufenden Tonträger oder auf Instrumenten nach Noten gespielt. Beim Einsatz von Notenmaterial kann rasch das Thema des Leistungsdrucks auftauchen, das im Methodenkomplex der Reproduktion häufig präsent ist. Introjekte wie „Ich kann nicht singen“ oder „Ich bin nicht musikalisch“ stehen dann dem Versuch im Weg, ein bekanntes Lied zu spielen oder zu singen, was zu Verweigerung oder Frustrationserlebnissen führen kann. Eine einfühlsame Vor- und Nachbereitung ist demnach besonders wichtig.

Musikproduktion oder musikalisches Projekt

Diese Form der Reproduktion findet meist im Gruppenkontext statt. Dabei kann es sich um ein Bandprojekt und/oder um die Aufnahme eines Tonträgers handeln. Für eine verantwortungsvolle Umsetzung von Projekten dieser Art ist die Frage zu beantworten, ob die im Rahmen des Projekts erarbeitete Musik vor einem Publikum aufgeführt werden soll. Dies führt zum Spannungsfeld zwischen dem Erhalt des sicheren therapeutischen Rahmens und dessen Öffnung hin zu einer gesellschaftsnäheren Therapie. Zentrales Argument für das Integrieren von Aufführungen in musiktherapeutische Prozesse ist die Herstellung einer größeren Verbundenheit der Gruppenteilnehmenden mit Menschen außerhalb der Therapie. Gegen das Auftreten vor Publikum spricht, dass nicht zur Gänze auf aktuelle Bedürfnisse eingegangen werden kann, da der Fokus der Therapie in der Vorbereitungsphase auf einem zukünftigen Ereignis liegt. Diese Aspekte wurden in den letzten Jahren in Zusammenhang mit der „Community Music Therapy“ breit diskutiert (Pavlicevic und Ansdell 2004). Auf einer Metaebene geht es dabei auch um den Grenzbereich zwischen Musiktherapie und Musikpädagogik, der in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen fließend ist (Heye 2018).

Bei der Durchführung eines musikalischen Projekts ist es jedenfalls wichtig, dass die Projektplanenden ihre eigenen bewussten wie unbewussten Beweggründe kennen, ein solches Projekt – mit oder ohne Aufführung – zu initiieren.¹

Unterschied zwischen musiktherapeutischen und musikpädagogischen Projekten

Musiktherapie

- Interventionen orientieren sich an situativen und klientelzentrierten Gegebenheiten.
- Der therapeutische Rahmen bietet einen leistungs-freien Raum.
- Das gemeinsame Erleben bestimmt den Prozess.
- Ziele: Prävention, Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung der körperlichen und seelischen Gesundheit sowie des Wohlbefindens.

Musikpädagogik

- Einheiten werden vorbereitet und geplant.
- Der Prozess orientiert sich an definierten Zielen sowie an vorgegebenen und externen Inhalten.
- Ziele sind musikbezogene Kompetenzentwicklung und Ermöglichung musikalischer Bildungsprozesse.

Aus den Schilderungen dieser drei Varianten der Reproduktion geht die besondere **Bedeutung von Liedern** hervor. So wird der Einsatz von Liedern als „grundlegendes Handwerkszeug“ (Plahl und Koch-Temming 2005) bezeichnet. Die wertschätzende Integration der Lieder, die Kinder und v. a. Jugendliche hören, ist **das** zentrale Mittel, um in Kontakt zu kommen und eine therapeutische Beziehung aufzubauen (Lutz Hochreutener 2009).

Bei der **Arbeit mit Kindern** werden traditionelle Kinderlieder oder Bewegungs- und Mitmachlieder herangezogen, die als Rahmen für musikalische Spiele oder als Medium zur Förderung der verschiedenen Entwicklungsdomänen dienen (Stegemann 2007). Die klaren Strukturen und die Wiederholbarkeit von Liedern bieten dabei Anhalts- und Orientierungspunkte, die Sicherheit vermitteln. Für Kinder steht Musik meist in Zusammenhang mit dem Teilen positiver Erfahrungen, die z. B. beim gemeinsamen Singen gesammelt werden. Zusätzlich wird beim Singen das Bindungssystem aktiviert, was sich u. a. in der Ausschüttung von Oxytocin und der Stärkung des Immunsystems zeigt (Stegemann 2012).

In der deutschlandweiten JIM-Studie zum **Medienumgang von Jugendlichen** (Feierabend et al. 2017) rangiert das Musikhören hinter der Internet- und Smartphone-Nutzung an dritter Stelle. Musik repräsentiert demzufolge einen wichtigen Bestandteil im Leben vieler Jugendlicher. Sie spielt bei deren Identitätsentwicklung sowie bei der Zugehörigkeit zu Peer-Groups eine wichtige Rolle und wird häufig zur Emotionsregulation eingesetzt (Haffa-Schmidt et al. 1999).

Neben dem Liedtext, der beim Fallbeispiel von Lukas im Vordergrund steht, können die Melodie, der Klang oder die Stimmung eines Liedes sowie die mit dem Lied verbundenen Erinnerungen oder Gefühlsqualitäten Träger von Bedeutungen werden.

Oft fungieren Lieder, die in der Kindheit oder Jugend gehört, gesungen oder gespielt wurden, in der letzten Phase des Lebens als Erinnerungsbrücken zu vergangenen Zeiten (> Kap. 5.3.3). Die Berücksichtigung dieser möglichen individuellen, biografisch determinierten Bedeutungen stellt einen wichtigen Aspekt beim Einsatz reproduktiver Methoden dar.

5.3.3 Singen in der Musiktherapie mit alten Menschen

Ev-Marie Grünenwald

*Zum Blauhimmel hin, wo ein Wölkchen zieht,
wie ein Wollgrasflöckchen so leicht,
und mein Herz, es singt sein leises Lied, das auf zum
Himmel steigt.*

*Ein leises Lied, ein stilles Lied, ein Lied so fein und lind,
wie ein Wölkchen, das über die Bläue zieht,
wie ein Wollgrasflöckchen im Wind.*

(Text: Hermann Löns, Melodie: Ernst Licht)

FALLVIGNETTE

Frau K. lebt schon lange in einem Altenheim. Sie blickt auf ein reiches, aber auch ein für sie sehr anstrengendes und hartes Leben zurück. Drei ihrer vier Kinder starben vor ihr, teils an Drogenmissbrauch, die Ehe mit ihrem Mann sei nicht einfach gewesen. Schon einige Jahre leidet sie an Morbus Parkinson, einer Krankheit, die sie nun schon länger an den Rollstuhl bindet und die ihr immer wieder Schmerzen bereitet.

An der Musiktherapiegruppe, die im Pflegeheim stattfindet, nimmt sie rege und sehr gern teil. Sie erzählt sehr oft aus ihrem Leben, genießt ganz besonders das gemeinsame Singen ihr noch von früher bekannter Lieder und mag keine der Musiktherapiestunden missen.

Als es ihr jedoch gesundheitlich schlechter geht und sie nicht mehr mit zur Gruppentherapie kommen kann, besucht die Musiktherapeutin Frau K. auf ihrem Zimmer. Themen, die ihr das Leben schwer gemacht haben, ihre Krankheit und auch ihr Wunsch, sterben zu wollen, werden präsenter. Bei diesen Gesprächen taucht in ihr ein Lied auf, das von Leichtigkeit erzählt, die sie sich eigentlich wünsche, jedoch fallen ihr nur noch Textteile davon ein. Die Musiktherapeutin geht auf die Suche und wird in einem alten Liederbuch fündig. Sie bringt Frau K. das Lied mit. Gemeinsam singen sie es von nun an immer wieder. Es erzählt von Wollgrasflöckchen im Wind, eine leichte, zarte Melodie begleitet die Worte. „... ein Lied so fein und lind, wie ein Wölkchen, das über die Bläue zieht, wie ein Wollgrasflöckchen im Wind.“

¹ Konkrete Beispiele für musiktherapeutische Bandprojekte finden sich bei McFerran (2010), Nissen (1999) oder Plener et al. (2014).

Dieses Lied symbolisiert ihr Thema. Es ist nun das Loslassen, das Loslassen ihres Lebens. Dieses Lied begleitet sie dabei, gibt über die Leichtigkeit der feinen Melodie, die für sie tröstlichen Worte im Gedicht und im Bild des Wollgrasflöckchens einen Raum und Rahmen, der sie dabei hält und trägt. Im Folgenden soll erläutert werden, warum gerade das Singen meist alten Liedguts in der musiktherapeutischen Arbeit mit Menschen ein zentrales therapeutisches Arbeitsmittel darstellt (vgl. auch ➤ Kap. 14.2).

Biografischer Bezug

Zu singen, sei es für sich oder miteinander, war für viele der nun alten Menschen in ihrer Kindheit und Jugend ein bedeutender Teil ihres Lebens. In Zeiten ohne permanenten Zugang zu Musik über Radio, Fernsehen oder Internet wurde oft gesungen, sei es bei der Arbeit, beim Wandern oder am Abend. Alte Menschen von heute haben viele solche Geschichten zu erzählen. So bietet das Singen von Liedern allein aus ihrem Lebenslauf heraus einen wichtigen methodischen Ansatz in der musiktherapeutischen Arbeit mit alten Menschen.

Im musiktherapeutischen Setting wird besonders ein Phänomen von Musik und v. a. von Liedern deutlich. In Liedern, sei es in Text oder Melodie, sind oftmals Gefühle „gespeichert“. Welches Lied lief bei ihrem ersten Kuss? Sie werden beim Anhören oder Mitsingen gedanklich und emotional rasch in die damalige Stimmung kommen, es werden Bilder und Erinnerungen von damals wach.

Dies sind sogenannte **Schlüssellieder** – wichtige Lieder oder Musikstücke aus dem Lebenslauf eines Menschen, in denen besondere Lebensereignisse emotional gespeichert sind. Sie können wie ein Code zur persönlichen Biografie fungieren (Grünenwald 2018).

Neurobiologische Mechanismen und psychosoziale Aufgaben im Alter

Warum sind Lieder oft fest im Gedächtnis abgespeichert und können noch lange abgerufen werden, z. B. auch bei Menschen mit demenziellen Veränderungen?

Beeindruckend ist immer wieder, dass alte Menschen, die oftmals nicht einmal mehr die Namen ihrer engsten Angehörigen wissen, ganze Lieder und Liedtexte wiedergeben könnten. Die neueste Hirnforschung bietet Antworten an: Es scheint, dass die Hirnregionen für das musikalische Langzeitgedächtnis (ACC und prä-SMA) von charakteristischen neurodegenerativen Hirnveränderungen ausgespart bleiben (Stegemann 2018).

Des Weiteren wird dem gemeinsamen Singen auch hirnhysiologisch immer mehr Beachtung geschenkt. *„Die Verknüpfung zwischen Singen und Geborgenheit scheint sich fest in unserer neuroendokrinen Matrix einzuspeichern: Durch gemeinschaftliches Chorsingen wird das Bindungshormon Oxytocin ausgeschüttet ...“*, so Kreutz (2014) in *„Warum Singen glücklich macht“*. Gefühle von Geborgenheit und Zugehörigkeit werden auch dadurch evoziert. Diese Mechanismen sind durchaus musiktherapeutisch nutzbar.

Nach dem Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung des deutsch-US-amerikanischen Psychoanalytikers Erik H. Erikson gehört es zur Lebensaufgabe alter Menschen, Verluste anzunehmen und zu akzeptieren. Gelingen es dem alten Menschen, sein Leben positiv zu resümieren und dem Alter sowie gelungenen und auch misslungenen Lebensereignissen darin einen gebührenden Platz einzuräumen, so könne der alternde Mensch zu seiner persönlichen Integrität finden (Erikson 1973). Damit ist nach Oberegelsbacher *„... ein Bewusstsein der eigenen Ganzheit ...“* gemeint, *„... in der alles Vergangene Platz hat, in der das Gute im eigenen Leben rückblickend erkannt wird und das, was nicht gelungen ist, auch akzeptiert wird in einem großen Ganzen, das als sinnvoll und einzigartig angesehen wird“*. (Oberegelsbacher 2008, S. 263).

Unterschiede zwischen einer Singgruppe und einer musiktherapeutischen Gruppe

Musiktherapeutinnen und -therapeuten sind ausgebildet, genau diese Prozesse feinfühlig, empathisch, mit großem fachlichen Wissen und bewusst zu begleiten. Dies geschieht in einem breiten Kanon von Lehrfächern zum Erwerb fundierten Wissens, in großem Maße über Selbsterfahrung und fachliche

Supervision sowie einer differenzierten musikalischen Ausbildung (> Kap. 9). Eine gegebenenfalls psychotherapeutisch orientierte Ausbildung setzt dies zusätzlich in einen entsprechenden Rahmen.

Ganz konkret bedeutet dies, dass musiktherapeutische Arbeit einzeltherapeutisch oder in Gruppen, die nicht zu groß sind (maximal sechs bis acht Teilnehmende), stattfinden muss. Nur in kleinen Gruppengrößen ist die Abstimmung der unterschiedlichen Bedürfnisse aller Teilnehmenden möglich. Idealerweise geschieht das in einem Therapieraum, der diese Arbeit geschützt – ohne Störungen von außen – ermöglicht. Der Musiktherapeut/die Musiktherapeutin verfügt über ein großes, breites Repertoire an Liedern, damit ein gutes Verweben von Singen, Interaktion, musikalischem Tun, Gespräch und Reflexion in der Gruppe möglich wird (> Kap. 14.2).

Sinnvoll ist die Begleitung der Musik durch ein Harmonieinstrument wie dem Klavier oder der Gitarre – diese ermöglicht, noch direkter als das Klavier, den unmittelbaren Kontakt mit den Teilnehmenden, um einen guten Boden für das gemeinsame Singen und den musikalischen Ausdruck zu bereiten. So ist auch jeweils abzuwägen, ob kleine Liederbücher oder Liedermappen überhaupt der Interaktion und dem Austausch dienlich sind, damit nicht jeder in den Liedtexten „verschwindet“ und der Kontakt untereinander dadurch erschwert wird.

Das Singen von Liedern im musiktherapeutischen Setting bedeutet somit nicht, ein Lied an das andere zu reihen, sondern Raum und Zeit zu eröffnen, um über Gedanken, Empfindungen und Gefühle, die auch durch das Liedgut evoziert wurden, zu sprechen und diese zu bearbeiten. Dabei geht es um achtsames Wahrnehmen, wer gerade besonders berührt wurde, wo Ärger auftaucht, wo Gemeinsamkeiten entdeckt werden ... und dass ein Austausch darüber angeregt werden kann.

FALLVIGNETTE

Frau H., eine ältere Frau, schon länger an Demenz erkrankt, kommt regelmäßig mit in die Musiktherapiegruppe. Auch wenn sie den Gesprächen, die in der Gruppe stattfinden, inhaltlich aufgrund ihrer demenziellen Symptomatik nicht immer ganz folgen kann, kommt sie gern und scheint das Zusammengehörigkeitsgefühl durch das gemeinsame Singen sichtlich zu genießen. Die Musiktherapeutin weiß von

früheren Stunden, in denen Frau H. davon erzählte, welch wichtige biografische Bedeutung das Lied „Es war einmal ein treuer Husar“ für sie hat.

An manchen Tagen ist sie gedrückter Stimmung, kann diese jedoch schwer in Worte fassen. Ihr Gefühl von Verlorenheit in der Welt und den inneren Wunsch, für jemand wichtig zu sein und zu jemandem dazugehören, greift die Musiktherapeutin auf. Sie schlägt vor, „ihr“ Lied gemeinsam zu singen.

Frau H. nimmt dies gern an, gemeinsam in der Gruppe singend angenommen zu sein mit ihrem Thema und dem, was sie beschäftigt.

Manchmal können Gefühle nur schwer in Worte gefasst werden. Hier kann die Musik – und ganz besonders Lieder – eine gute Containerfunktion wahrnehmen und schwer aushaltbare Gefühle in einen Halt gebenden Ausdruck bringen.

Für Musiktherapeuten ist – besonders bei dieser Klientel, wenn musiktherapeutisches Arbeiten immer wieder auch im Krankenzimmer oder am Bett stattfindet – der Einsatz der Stimme von großem Vorteil: Die Stimme ist immer und überall dabei – oftmals im Gegensatz zu einer Gitarre oder anderen Musikinstrumenten. Sei es nun die Sing- oder Sprechstimme, sie bewegt, sie ist rasch modifizierbar, anpassbar an den jeweiligen emotionalen Ausdruck und die unterschiedlichsten musiktherapeutischen Situationen.

FALLVIGNETTE

In einer gerontopsychiatrischen Musiktherapiegruppe von fünf Frauen geht es heute sehr lebendig zu. Es wird viel erzählt, von früher, Erinnerungen werden ausgetauscht und die Stimmung ist heute insgesamt gelöst und offen. Eine Gruppenteilnehmerin schlägt vor: „Da passt doch gut unser Lied: Rote Lippen soll man küssen!“ Lachend werden die Noten herausgesucht, damit die Musiktherapeutin das Lied mit der Gitarre begleiten kann. Kräftig, mit viel Lebensfreude wird nun das ausgesuchte Lied miteinander gesungen – weitere Liedwünsche schließen sich an.

Freude und Selbstwirksamkeit

Die Erfahrung von Strukturierung und Affektregulation über gemeinsames Singen von Liedern sowie von Gemeinschaftsgefühl („wir haben das

gut hingekriegt“) bilden somit therapeutische Wirkfaktoren. Singen und somit das Verwenden der eigenen Stimme ist ureigenster menschlicher Ausdruck. Dieser Ausdruck entsteht ganz früh in der Kindheit und bleibt lange erhalten bzw. kann wieder wachgerufen werden. Singende Menschen können sich als ganz, integer und kompetent („ich kann“) erfahren. Sie erleben sich in ihrer Emotionalität und ihrer Vitalität.

In einer musiktherapeutischen Gruppe mit dementen Menschen ist nicht zuletzt die geteilte Freude und die Lust am gemeinsamen Schluss eines Liedes, besonders in ihrer Lebenssituation, in der wenig intersubjektive Synchronisation stattfindet, ein ebenso einfaches wie wirksames Mittel, um Gemeinschaft zu erleben (Muthesius et al. 2010, S. 124).

LITERATURVERZEICHNIS

- Bruscia KE. *Defining Music Therapy: Second Edition*. Gilsum: Barcelona Publishers; 1998.
- Erikson E. *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp; 1973.
- Feierabend S, Plankenhorn T, Rathgeb T. *JIM-Studie 2017: Jugend, Information, (Multi-)Media. Basisuntersuchungen zur Mediennutzung von Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Medienpädagogischer Forschungsverband Südwest; 2017.
- Grünenwald EM. *Musiktherapie mit alten Menschen*. In: Stegemann T, Fitzthum E (Hrsg.): *Kurzlehrbuch Musiktherapie Teil I. Wiener Ringvorlesung Musiktherapie – Grundlagen und Anwendungsfelder*. Wien: Praesens 2018; 321–335.
- Haffa-Schmidt U, von Moreau D, Wölfl A (Hrsg.): *Musiktherapie mit psychisch kranken Jugendlichen: Grundlagen und Praxisfelder*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1999.
- Heye A. *Möglichkeiten und Grenzen der Musiktherapie in (musik-)pädagogischen Institutionen*. In: Jordan AK, Pfeifer E, Stegemann T, Lutz Hochreutener S (Hrsg.): *Musiktherapie in pädagogischen Settings: Impuls aus Praxis, Theorie und Forschung*. Münster: Waxmann 2018; 31–46.
- Kreutz G. *Warum Singen glücklich macht*. Gießen: Psychozial-Verlag; 2014.
- Lutz Hochreutener S. *Spiel – Musik – Therapie: Methoden der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe; 2009.
- McFerran KS. *Adolescents, Music and Music Therapy: Methods and Techniques for Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2010.
- Muthesius D, Sonntag J, Warne B, Falk M. *Musik – Demenz – Begegnung. Musiktherapie für Menschen mit Demenz*. Frankfurt a. M.: Mabuse; 2010.
- Nissen F. *Rockband – Projektarbeit in der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung*. In: Haffa-Schmidt U, Moreau D v, Wölfl A (Hrsg.): *Musiktherapie mit psychisch kranken Jugendlichen: Grundlagen und Praxisfelder*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1999; 164–174.
- Oberegelsbacher D. *Senium. Normalverlauf und Störungsmöglichkeiten*. In: Decker-Voigt HH, Oberegelsbacher D, Timmermann T: *Lehrbuch Musiktherapie*. München: Ernst Reinhardt 2008; 261–268.
- Pavlicevic M, Ansdell G (Hrsg.): *Community Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2004.
- Plahl C, Koch-Temming H. *Musiktherapie mit Kindern*. Bern: Huber; 2005.
- Plener PL, Sukale T, Groschwitz RC, Pavlic E, Fegert JM. „*Rocken statt Ritzen*“: *Musiktherapeutisches Programm für Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten*. *Psychotherapeut* 2014; 59: 24–30.
- Stegemann T. *Lieder in der Musiktherapie mit Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2007; 56: 42–61.
- Stegemann T. *Was MusiktherapeutInnen über das Gehirn wissen sollten – Neurobiologie für die Praxis*. München: Ernst Reinhardt; 2018.
- Stegemann T, Hitzler M, Blotevogel M. *Künstlerische Therapien mit Kindern und Jugendlichen*. München: Ernst Reinhardt; 2012.

5.4 Methoden III: Therapeutisches Songwriting

Felicity Anne Baker

(Übersetzung aus dem Englischen: Thomas Stegemann)

5.4.1 Einleitung

Therapeutisches Songwriting ist eine musiktherapeutische Methode, die eingesetzt wird, um psychische Gesundheit und Wohlbefinden in allen Lebensabschnitten zu fördern. Diese Methode umfasst das Schreiben von Texten und Musik durch eine Klientin bzw. einen Klienten oder eine Gruppe von Klienten im Rahmen einer therapeutischen Beziehung – unterstützt durch eine Musiktherapeutin bzw. einen Musiktherapeuten (Baker und Wigram 2005, Baker 2015).

In einer Fragebogenstudie unter klinisch tätigen Musiktherapeuten zeigte sich, dass therapeutisches Songwriting bei einer Reihe von Störungsbildern zur Anwendung kommt: Essstörungen, Depression und Suizidalität, Substanzstörungen, Schizophrenie,

Trauma, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen (Baker et al. 2008). In jüngerer Zeit wurde Songwriting auch eingesetzt, um Themen wie Identität, Depression und Krankheitsverarbeitung (Coping) bei Menschen mit erworbenen Hirn- und Rückenmarksverletzungen zu bearbeiten (Baker et al. 2015), bei von Demenz Betroffenen (Baker und Stretton-Smith 2018) sowie bei Familienangehörigen von Menschen mit demenziellen Erkrankungen (Baker et al. 2018).

Im Kontext von Psychiatrie/Psychosomatik zeigt sich, dass therapeutisches Songwriting unterschiedliche Bedürfnisse von Klienten und Klientinnen aufgreifen kann. Durch das Schreiben von Texten und das sorgsame Vertonen dieser Texte kann ihnen dabei geholfen werden, ihre Gedanken, Fantasien und Emotionen auszudrücken. Es ermöglicht ihnen, ihre eigene Geschichte zu erzählen, sich als kompetent zu erleben sowie Selbstvertrauen und Selbstwert zu stärken. Darüber hinaus können Klienten durch das Songwriting dabei unterstützt werden, neue Einsichten zu gewinnen oder ihre Gedanken und Gefühle zu ordnen. Erwähnenswert ist außerdem der Einsatz von Songwriting als zentrales Element in der Identitätsarbeit (Baker und MacDonald 2017).

Die Tiefe und Nachhaltigkeit des therapeutischen Prozesses, die von der Arbeit mit Songwriting erwartet werden kann, ist nach Baker (2015) abhängig von Folgendem:

- Therapeutische Orientierung der Therapeutin/des Therapeuten.
- Modell des therapeutischen Songwriting, das zur Anwendung kommt.
- Angewandte Methode des therapeutischen Songwriting.
- Kontextuelle Faktoren, zu denen der klinische Kontext der jeweiligen Patienten gehört, sowie soziokulturelle und Umweltfaktoren.

Auf der Basis ihrer Forschungsarbeit, in der sie Interviews und Beobachtungen mit 45 international renommierten Songwriting-Experten durchführte, konstruierte Baker 24 Songwriting-Modelle. Diese lassen sich wiederum grob den drei Musiktherapiemodellen („outcome-oriented models“, „experience-oriented models“ und „context-oriented models“) von Bruscia (2014) zuordnen (> Abb. 5.1).

5.4.2 Outcome-orientierte Modelle

Innerhalb der outcome-orientierten Modelle sind die vielleicht am besten dokumentierten Modelle des therapeutischen Songwriting das kognitiv-umstrukturierende und das psychoedukative Songwriting-Modell. Songwriting, das sich auf kognitiv-umstrukturierende Prinzipien bezieht, wird im Rahmen von kognitiv-behavioraler Therapie (CBT) eingesetzt. Das Ziel des Songwriting-Prozesses besteht darin, falsche Überzeugungen und negative automatische Gedanken zu identifizieren und zu korrigieren sowie positive und gesunde Ansätze zu verstärken. Nachdem ein Thema ausgesucht wurde, zu dem die Klientin bzw. der Klient einen Song schreiben soll, initiiert der Therapeut – orientiert an den Wünschen der Patienten und/oder eigenen Ideen – einen kreativen Prozess (**Brainstorming**) bezogen auf eine relevante Thematik. Während der Klient über seine eigenen Erfahrungen berichtet, lenkt der Therapeut die Aufmerksamkeit der Klientinnen auf verzerrte Wahrnehmungen und Denkmuster sowie negative Gedanken und ermutigt sie, diese in positive, gesundheitsfördernde Aussagen umzuformulieren und Textstücke zu verfassen, die in das Lied integriert werden können. Das Kreieren/Komponieren der Musik erfolgt entweder parallel zum Texten oder wird am Ende, wenn der Text steht, angeschlossen. Ein Beispiel für das **kognitiv-umstrukturierende Songwriting** ist die Arbeit von Reitman (2011), der mit suchtkranken Menschen arbeitet. Er unterstützt das Schreiben von Songs, die sich mit den Folgen der Sucht, mit Verhaltensweisen, welche die Abhängigkeit aufrechterhalten, und mit Ansätzen zur Abstinenz auseinandersetzen.

Psychoedukatives Songwriting bezeichnet das Schreiben/Produzieren eines Songs, der durch den Inhalt einer psychoedukativen Sitzung inspiriert ist. Dieser Ansatz wurde wiederholt von Silverman (2011) eingesetzt, der mit erwachsenen Patienten in der Akutpsychiatrie arbeitet. Während der Einzel- oder Gruppensitzungen werden mit den Teilnehmenden – unter Einbeziehung psychoedukativer Elemente – Themen wie Stigmatisierung, Beziehungen oder Coping diskutiert. Gemeinsam wird in der Gruppe ausgelotet, welche der behandelten Probleme die stärkste Resonanz auslösen, und diese werden dann in Liedtexte übersetzt.

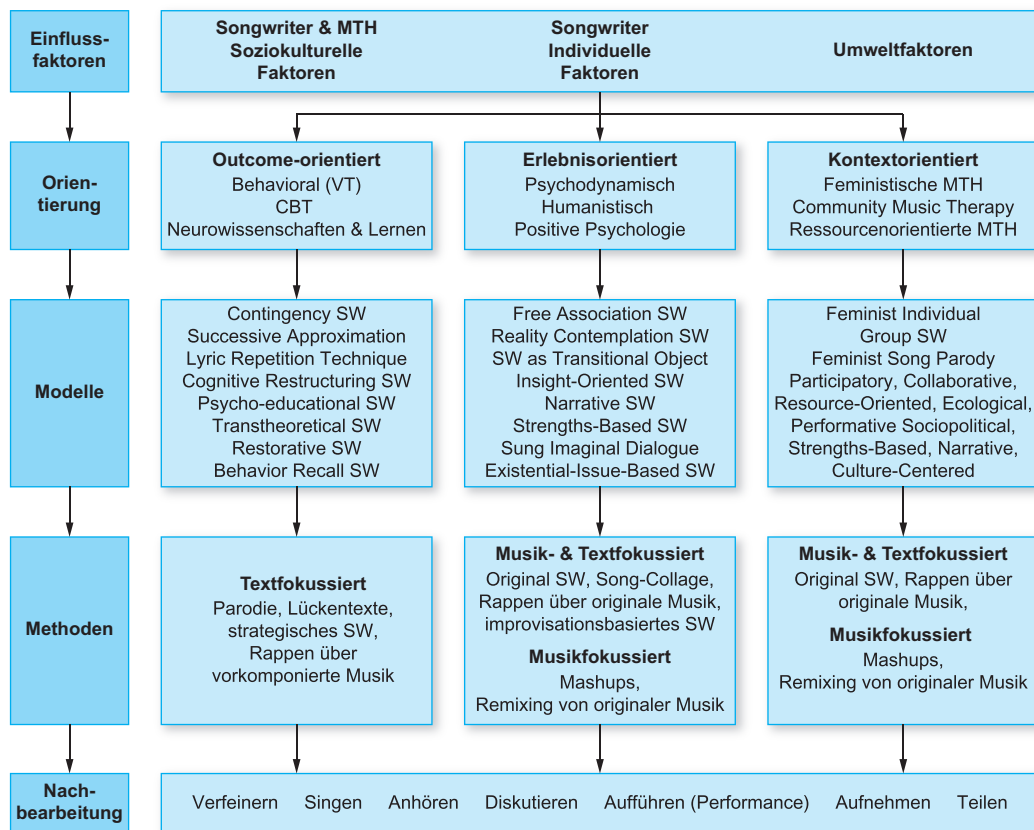


Abb. 5.1 Therapeutisches Songwriting: Modelle und Methoden

SW = Songwriting, MTH = Musiktherapie, VT = Verhaltenstherapie, CBT = Cognitive Behavioral Therapy (kognitive VT) [P594/L231]

Silverman empfiehlt die Verwendung des Blues-Schemas im Songwriting-Prozess, da es im Blues Wiederholungen gibt (wodurch die anvisierte „Message“ verstärkt werden kann), es Möglichkeiten eröffnet, sich zu „beklagen“ oder Unglück/Leid auszudrücken. Außerdem bietet die Struktur des Blues auch die Gelegenheit, mögliche Lösungen zu einem bestimmten Problem zu formulieren. Die auf Grundlage des psychoedukativen Modells entstandenen Songs können eine Art Verhaltensplan darstellen, an dem sich die Teilnehmenden auch nach Ende der Therapie noch orientieren können. Auf diese Weise bekommt der Song eine nachhaltige Funktion als ein supportives Instrument: Er fungiert als Erinnerungsstütze für das, was in der Session diskutiert wurde, welches Coping-Verhalten hilfreich sein kann und welche Handlungs-

schritte außerhalb des psychiatrischen Settings zielführend sind.

5.4.3 Erlebnisorientierte Modelle

Zur zweiten Kategorie der Songwriting-Modelle gehören die erlebnisorientierten Modelle, die sich an psychodynamischen, humanistischen Ansätzen oder an Konzepten der positiven Psychologie orientieren (Baker 2015). Für die Musiktherapeuten, die mit psychodynamischen Konzepten arbeiten, sind das frei assoziative Songwriting und ein Vorgehen, bei dem der Song die Funktion eines Übergangsobjekts erhält, naheliegend. Beim **frei assoziativen Songwriting** liegt der Fokus darauf, den Zugang zum Unbewussten zu erleichtern. Der

Song entsteht, indem die Patienten den Inhalten ihres Bewusstseinsstroms in Worten und Melodien Ausdruck verleihen. Die Musiktherapeutin bzw. der Musiktherapeut stellt eine musikalische Hintergrundbegleitung zur Verfügung, die es dem „Songwriter“ erlaubt, darüber frei assoziativ Texte zu erfinden, wodurch eine direkte Verbindung zum Unbewussten entsteht. Dieser Ansatz wird u. a. von Autoren wie Lightstone (2012), Austin (2008) oder Viega (2013) verwendet, die mit Patienten arbeiten, die unter Depressionen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder Traumafolgestörungen leiden.

Für Menschen, die Sicherheit und Geborgenheit brauchen, können die Songs, die sie in der Therapie geschrieben haben, als **Übergangsobjekt** fungieren. Dies kann für Jugendliche und Erwachsene ein adäquateres und relevanteres Objekt darstellen als Spielzeuge oder Decken (wie im Kindesalter). Während des Prozesses des Song-Schreibens, in dem man sich intensiv mit dem Lied beschäftigt und dieses immer und immer wieder spielt, wird der Song zunehmend vertrauter und kann dadurch zu einem (Selbst-)Objekt werden, das Sicherheit und Geborgenheit vermittelt. So berichtet Frisch (1990) z. B. von Jugendlichen in stationärer Behandlung, die Songwriting zur Vorbereitung ihrer Entlassung nutzten. In einem Fall schrieben Jugendliche gemeinsam an einem Song, in dem es um die Beziehungen ging, die sie untereinander während des stationären Aufenthalts in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgebaut hatten. Als bei einem der Mädchen die Entlassung unmittelbar bevorstand, wurde der gemeinsame Song zu einem Übergangsobjekt, das den Jugendlichen dabei half, den Abschied besser zu verarbeiten und als weniger belastend zu erleben.

Musiktherapeuten mit humanistischer Ausrichtung verwenden am ehesten einsichtsorientierte („insight-oriented“), narrative oder stärkenbasierte („strengths-based“) Songwriting-Ansätze (Baker 2015). **Einsichtsorientiertes Songwriting** kann ein nützliches therapeutisches Instrument sein, wenn das Hauptaugenmerk der Therapie darauf liegt, die Einsichtsfähigkeit der Klientel im Hinblick auf die aktuelle persönliche Situation, Gefühle und Verhaltensweisen mit zu verbessern. Das damit verbundene Ziel ist es, ein Verständnis des „wahren Selbst“ zu entwickeln, Akzeptanz zu fördern oder Veränderung zu initiieren. Während

die Musiktherapeutin bzw. der Musiktherapeut den Songwriting-Prozess begleitet, liegt der Fokus auf der Reflexion dessen, was aktuell im Leben der Klienten im Vordergrund steht.

Nachdem diese ihre Gedanken und Gefühle verbal ausgedrückt haben, unterstützt der Musiktherapeut die Klienten dabei, diese Ideen in Liedtexte umzusetzen. Die Verwendung von Metaphern dient dazu, den kreativen Prozess zu katalysieren. Da das Texten in der Regel Zeit braucht, werden die Teilnehmenden ermutigt, die Punkte, auf die sie sich konzentrieren wollen, immer wieder zu überdenken, und sich auf den Prozess des wiederholten Rekapitulierens, Nachspürens und Nacherlebens einzulassen. Dieses Vorgehen kann zu einem vertieften Verständnis des Selbst und der aktuellen Situation führen sowie zu einer klareren Einsicht, welche Änderungen notwendig sind, um die eigene Lebenssituation zu verbessern.

Die Rolle der Musiktherapeutin bzw. des Musiktherapeuten ist als die eines Begleiters auf dieser Reise zu verstehen, der im „Hier und Jetzt“ präsent ist und gleichzeitig als Vermittler im kreativen Prozess agiert. In der musiktherapeutischen Arbeit mit Angehörigen von Menschen mit demenziellen Erkrankungen (Baker 2017) wird einsichtsorientiertes Songwriting im Gruppen-Setting eingesetzt, um die Teilnehmenden in emotionsfokussierte Prozesse zu involvieren. In den Songs geht es darum, den pflegenden Angehörigen eine Möglichkeit der Reflexion darüber zu geben, welche Gefühle mit ihrer Rolle verbunden sind, was sie frustriert, aber auch darüber, was die Aufgabe sinnstiftend und erfüllend macht (s. auch folgenden Songtext).

Songtext (einsichtsorientiertes Songwriting)

Verse 1

Our lives are intertwined
We know not for how long
So much sorrow, so much joy
Does it break us or keep us strong

Bridge

Moments of absence, I wonder what you see
Is it this wavelength that's unknown to me

Chorus

I see a beam of light shining through the haze
Sensing your true spirit in different ways
Sharing paths of love gives us reason for the now
Memories of our past give us strength to smile again

Verse 2

What day is it? What is the time?
This is our daily grind
Living in your changing world
With such a confused mind

Bridge**Chorus****Verse 3**

Roles are changing, it's frustrating
For both you and I
It's so draining, there's no training
To this we're resigned

Bridge 2

Moments of absence, I wonder where you are
I feel so sad that you've drifted this far

Chorus

Narratives Songwriting kommt zum Einsatz, wenn die Exploration der Lebensgeschichte einer Klientin bzw. eines Klienten durch Songs die größten Erfolgsaussichten hat (Baker und MacDonald 2017). „Storytelling“ ist ein Ansatz, der es den Beteiligten erlaubt herauszufinden, wie sich ihre Vergangenheit, ihre Gegenwart und die antizipierte Zukunft gegenseitig beeinflussen. Darüber hinaus hilft es bei der Exploration von Gedanken und Gefühlen, die mit diesem Narrativ verbunden sind. Narratives Songwriting gibt den Klienten die Gelegenheit, ihre Lebensgeschichte umzuschreiben und zu rekonstruieren – trotz aller unerwarteter, traumatisierender Lebensereignisse.

In einem publizierten Protokoll über das narrative Songwriting mit Menschen mit erworbenen Hirnschäden (Tamplin et al. 2015) beschreiben die Autoren ein Vorgehen, bei dem die Teilnehmenden drei Songs über ihr Selbstempfinden/Selbsterleben schreiben. Im ersten Song geht es um das Vergangenheits-Ich, im zweiten Song um das Gegenwarts-Ich und im dritten um das imaginierte Zukunfts-Ich. Die Patienten werden ermutigt, alle Aspekte ihrer Persönlichkeit zu beleuchten, nicht nur das „defizitäre Ich“, das bei Menschen mit erworbenen Hirnschäden häufig zum dominierenden Narrativ wird. Durch die Ermutigung der Patienten, sich mit anderen Seiten ihrer Persönlichkeit zu verbinden – wie familienbezogene, soziale und lebensgestalterische Aspekte –, gelingt es den Betroffenen, Songs zu schreiben, die positivere, ausgewogenere und weniger defizit-orientierte Narrative repräsentieren.

Es geht bei dieser Vorgehensweise nicht darum, die Thematisierung negativer Aspekte im Selbsterleben oder den Ausdruck von Unglücklichsein zu vermeiden oder auszuklammern. Vielmehr dient es dazu sicherzustellen, dass ein ausgewogenes Selbstbild in der Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte (und im Song) entstehen kann.

Stärkenbasiertes Songwriting ist ein anderes Modell, das der humanistischen Tradition entspringt. Im Einklang mit stärkenbasierten Prinzipien fokussiert dieser Ansatz auf die Stärken, Potenziale und Ressourcen der Teilnehmenden und erhöht dadurch deren Selbstbewusstsein, die Kompetenzen, das Selbstwertgefühl, die Resilienz sowie ihre Fähigkeit zur Selbstermächtigung (Baker 2015). Da es um persönliche Songs geht, ermutigt der Musiktherapeut die Teilnehmenden, ihre Stärken zu benennen und den Text, der diese Eigenschaften beschreibt, in Liedtexte zu übertragen. Bei diesem Ansatz ist es wichtig, dass sich der Prozess des Liederschreibens organisch entwickeln kann, sodass die „eigene Stimme“ in dem Song authentisch zum Ausdruck kommt.

Ein stärkenbasierter Songwriting-Ansatz wird in der Arbeit von Toni Day sehr eindrucksvoll illustriert, die eine Reihe von Songwriting-Sessions für Frauen angeboten hat, die in ihrer Kindheit missbraucht wurden (Day et al. 2009). In den Songwriting-Sessions wurde der Fokus darauf gelegt, die Frauen zu ermutigen, Gruppensongs zu schreiben, die ihnen nicht nur ermöglichten, die Geschichte ihres Missbrauchs zu erzählen, sondern gleichzeitig ihre Stärken zu identifizieren und diese weiter auszubauen. Dadurch dass diese Frauen ermächtigt wurden, ihrer Wut gegenüber den Tätern Ausdruck zu verleihen, und durch die Gruppenerfahrung, diese Geschichten in gemeinsamen Songs zu verarbeiten, entwickelten die Frauen eine innere Stärke, die sie zur Bewältigung ihres täglichen Lebens brauchten.

5.4.4 Fazit

Es existieren viele Songwriting-Modelle und -Methoden, die bei einer Reihe von Themen der psychischen Gesundheit und im Bereich des „Wellbeing“ eingesetzt werden können. Aufgrund der aktuellen

Forschung und der klinischen Praxis lässt sich sagen, dass sich durch die Anwendung neuer technischer Möglichkeiten beim Songwriting (z. B. einfache mobile Apps wie Garage Band) Menschen aller Altersgruppen zunehmend einfacher ansprechen lassen. Mithilfe der nötigen Struktur und der Unterstützung eines Musiktherapeuten kann somit jede Person zum Songwriter/Liedermacher werden und in der Auseinandersetzung mit psychischen Problemen vom Songwriting-Prozess profitieren.

LITERATURVERZEICHNIS

- Austin D. The theory and practice of vocal psychotherapy: Songs of the self. London: Jessica Kingsley Publishers; 2008.
- Baker FA. Therapeutic songwriting: Developments in theory, methods, and practice. London: Palgrave Macmillan; 2015.
- Baker FA. A theoretical framework and group therapeutic songwriting protocol designed to address burden of care, coping, identity, and wellbeing in caregivers of people living with dementia. *Australian J of Music Therapy* 2017; 28: 16–33.
- Baker FA, MacDonald RAR. Shaping identities through therapeutic songwriting. In: MacDonald R, Hargreaves D, Miell D (Hrsg.): *The Oxford Handbook of Musical Identities*. Oxford: Oxford University Press 2017; 436–452.
- Baker FA, Rickard N, Tamplin J, Roddy C. Flow and meaningfulness as mechanisms of change in self-concept and wellbeing following a songwriting intervention for people in the early phase of neurorehabilitation. *Front Hum Neurosci* 2015; 9: 299. DOI: 10.3389/fnhum.2015.00299.
- Baker FA, Stretton-Smith P. Group therapeutic songwriting and dementia: Exploring the perspectives of participants through interpretative Phenomenological Analysis. *Music Therapy Perspectives* 2018; 36: 50–66.
- Baker FA, Stretton-Smith P, Clark IN, Tamplin J, Lee Y-EC. A Group Therapeutic Songwriting Intervention for Family Caregivers of People Living With Dementia: A Feasibility Study With Thematic Analysis. *Front Med* 2018; 5: 151. DOI: 10.3389/fmed.2018.00151.
- Baker FA, Wigram T (Hrsg.). *Song Writing Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley; 2005.
- Baker FA, Wigram T, Stott D, McFerran K. Therapeutic songwriting in music therapy: Part 1. Who are the therapists, who are the clients, and why is songwriting used? *Nordic Journal of Music Therapy* 2008; 17(2): 105–123. DOI: 10.1080/08098130809478203.
- Bruscia KE. *Defining music therapy*. 3. Aufl. Gilsum: Barcelona Publishers; 2014.
- Day T, Baker F, Darlington Y. Experiences of the songwriting in a group program for mothers who had experienced childhood abuse. *Nordic Journal of Music Therapy* 2009; 18(2): 133–149.

- Frisch A. Symbol and structure: Music therapy for the adolescent psychiatric patient. *Music Therapy* 1990; 9(1): 16–34.
- Lightstone A. Yo, can ya flow! Research findings on hip-hop aesthetics and rap therapy in an urban youth shelter. In: Hadley S, Yancy G (Hrsg.): *Therapeutic uses of rap and hip-hop*. New York: Brunner-Routledge 2012; 211–251.
- Reitman AD. *Songs in group psychotherapy for chemical dependence*. Gilsum: Barcelona Publishers; 2011.
- Silverman MJ. The effect of songwriting on knowledge of coping skills and working alliance in psychiatric patients: A randomized clinical effectiveness study. *Journal of Music Therapy* 2011; 48(1): 103–122.
- Viega M. *Loving me and my butterfly wings: A study of hip-hop songs created by adolescents in music therapy*. Doctoral Dissertation. Philadelphia: Temple University; 2013.

5.5 Methoden IV: Rezeptive Musiktherapie

Isabelle Frohne-Hagemann

5.5.1 Einleitung und Definition

Wie in > Kap. 5.1 erläutert, werden im deutschsprachigen Raum üblicherweise zwei Formen der Musiktherapie unterschieden: die **aktive** und die **rezeptive** (veraltet „passive“) Musiktherapie. Während in den englischsprachigen Ländern Improvisation, Liedkomposition/Liedsingen und Hören von Musik gleichberechtigt nebeneinanderstehen (Grocke und Wigram 2007, S. 15), wird bzw. wurde im deutschsprachigen Raum in Kliniken meist die aktive Musiktherapie als **psychotherapeutische** Methode bevorzugt. Das Hören von Musik wird (v. a. im medizinischen Rahmen) als eher **funktionale** Maßnahme zur Entspannung und Stressreduzierung verstanden. Rezeptive Musiktherapie (RMt) ist jedoch auch und ganz besonders eine psychotherapeutische Methode, die Persönlichkeitsentfaltung, Förderung der Inspektionsfähigkeit, emotionale Differenzierung sowie Konflikt- und Trauerverarbeitung ermöglicht.

Kenneth Bruscia definiert **rezeptive Musiktherapie** folgendermaßen:

In receptive experiences, the client listens to music and responds to the experience silently, verbally or in another modality. The music may be recorded impro-

visations, performances or compositions by the client or the therapist, or commercial recordings of music literature in various styles (e.g. classical, rock, jazz, country, spiritual, new age). The listening experience may be focused on physical, emotional, intellectual, aesthetic aspects of the music and the client's responses are designed according to the therapeutic purpose of the experience.

(Bruscia 1988, S. 120–121).

Der Einsatz rezeptiver Methoden, Techniken und Interventionen in der Musiktherapie bedarf einer grundlegenden Ausbildung (Frohne-Hagemann 2004), denn gehörte (komponierte) Musik kann aufgrund ihrer ästhetischen und emotionalen Qualitäten tiefe seelische Prozesse anstoßen, gegebenenfalls traumatische Erlebnisse reaktivieren und Flashbacks auslösen, mit denen therapeutisch behutsam umgegangen werden muss.

Jedes rezeptive Hörerlebnis muss durch adäquate Induktion und Techniken (z. B. „Talk-overs“, die gegebenenfalls Hörerlebnisse vorstrukturieren) vorbereitet, begleitet und verbal und/oder mit kreativen Medien mehrperspektivisch aufgearbeitet werden.

Es genügt nicht, eine Sammlung von CDs mit beliebten Musikstücken zu besitzen, die Patienten und Patientinnen gerne hören und sich gelegentlich wünschen. Musikhören sollte nicht als Unterhaltung oder Ablenkung/Erholung (z. B. vom Improvisieren) verstanden werden. Eine ausführliche Musikanamnese, eine genaue Analyse der angebotenen Musikstücke und eine sorgfältige Indikationsstellung für die therapeutische Situation und den therapeutischen Prozess sind absolut notwendig, obwohl es auch bei sorgfältigster Vorbereitung passieren kann, dass jemand von einem musikalisch erlebten Tsunami psychisch überflutet wird.

5.5.2 Indikation, Kontraindikation

Welche Musik ist für wen in welchem Setting, wann, wie, mit welcher Intention indiziert? Im Prinzip ist rezeptive Musiktherapie für Patienten und Patientinnen aller Entwicklungs- und aller Altersstufen indiziert, also auch für Säuglinge und Menschen im Wachkoma, da man ja selbst kein In-

strument spielen muss. Allerdings: Bei rezeptiven Methoden, die mit musikindizierten **mental**en **Vorstellungen** und deren sensorischen, kognitiven und affektiven Komponenten arbeiten (Bonny 2002, Decker-Voigt 2004, Frohne-Hagemann 2014, Geiger und Maack 2010, Schwabe und Röhrborn 1996, Strobel 1992, Zeitler 2016) ist RMT dann kontraindiziert, wenn die Symbolisierungsfähigkeit nicht genügend entwickelt ist. Dies gilt z. B. für kleine Kinder, akut psychotisch erkrankte Menschen und ferner für Menschen mit Bewusstseinsstörungen oder fortgeschrittener Demenz.

5.5.3 Musikauswahl

Musikanamnese

Da mit Musik so viele verschiedene Lebensepochen, Erinnerungen, Szenen und damit internalisierte emotionale positive und schmerzliche Erlebnissen assoziiert werden können, sollte immer eine Musikanamnese vorangestellt werden. Der Fragebogen zum **musikalischen Lebenspanorama (MLP)** bietet dazu Anregungen (ausführlich hierzu Frohne-Hagemann 2000).

Fragebogen zum MLP

- Hörgewohnheiten im Elternhaus.
- Gute und schlechte Erfahrungen mit Stimmen (Elternhaus; Vokalmusik).
- Lieblingsmusikstile, -komponisten, -musikstücke, -interpretieren.
- Musik, die abgelehnt wird.
- Beziehung zu Instrumenten (Lieblinginstrumente; negativ besetzte Hörerfahrungen).
- Musik, die in bestimmten Lebensphasen lebenswichtig war (Ressourcen).
- Musik, die die Qualität vergangener Lebensphasen spiegelt (z. B. rhythmische Musik; atmosphärisch-klangliche Musik; in epischer Breite angelegte Musik; Musik mit vielen Überraschungen; herausfordernde oder erholsame Musik u. a.).
- Musik, die die heutige Befindlichkeit und Lebens-thematik spiegelt.

Die Wahl adäquater Musik ist grundsätzlich von mehreren Faktoren abhängig: Nicht nur die Musikanamnese, auch das Alter, die aktuellen Be-

dürfnisse, der soziokulturelle oder ethnische Hintergrund, die Erwartungen, Motivationen und nicht zuletzt die Einschätzung des jeweiligen psychischen Strukturniveaus eines Patienten oder einer Patientin spielen eine entscheidende Rolle.

Ferner ist zu begründen, welche Art Musik (klassisch [u. a. Barock, Wiener Klassik, Romantik, Impressionismus], ethnisch, New Age, Pop, Schlager, Heavy Metal oder Rap) für wen, warum und wann indiziert ist. Die musikalischen Parameter, Intensitäts- und Spannungsverläufe, die Länge von Musikstücken sowie die jeweilige Aufnahmeinterpretation und -qualität bestimmen das Musikerleben mit: So wirken langsame und schnellere Versionen eines Stücks sehr unterschiedlich! Wann ist reine Orchestermusik oder ein Solo-Orchesterwerk oder Vokalmusik indiziert? Soll die Musik supportiv oder herausfordernd sein? Es gibt supportive Musikstücke, die den Hörer durchaus überwältigen und negative Erfahrungen aktivieren können. Das muss man wissen und darauf vorbereitet sein.

FALLVIGNETTE

In einer Gruppentherapiesitzung hat sich die Gruppe z. B. das „Air“ von J.S. Bach gewünscht, weil diese Musik so beruhigend sei. Frau M. (66) bricht beim Hören jedoch in Tränen aus und verlässt aufgewühlt vorübergehend den Raum. Anschließend teilt sie mit, dass diese Musik bei der Beerdigung ihres kürzlich verstorbenen Mannes gespielt wurde und dass sie seitdem von Bildern verfolgt werde, ins offene Grab zu stürzen.

Hier fehlten dem Musiktherapeuten Informationen über die Brisanz dieses Musikstücks (es wird oft auf Beerdigungen gespielt) sowie Informationen über die Musikanamnese der Patientin.

5.5.4 Behandlungsziele und -ansätze rezeptiver Musiktherapie

In den Übersichtswerken zu rezeptiver Musiktherapie (Frohne-Hagemann 2004, Grocke und Wigram 2007, Grocke und Moe 2014) werden viele unterschiedliche **Methoden und Techniken** beschrieben. Es ist aber noch nicht gelungen, ein übergreifendes und zusammenhängendes Theoriesystem zu formulieren. Einige Ziele und Begründer von Ansätzen seien als Beispiele für die Vielfalt rezeptiver Musiktherapiemethoden genannt:

- Wahrnehmungstraining und Erweiterung des Wahrnehmungshorizontes (Schwabe und Röhrborn 1996)
- Förderung der Mentalisierungsfähigkeit (Frohne-Hagemann 2015)
- Entwicklung der sensorischen Systeme frühgeborener Babys mit der Mutterstimme (Nöcker-Ribaupierre 2004)
- Herstellung emotionalen Kontakts zu bewusstseins- und wahrnehmungsgestörten Patienten (Jochheim 2004, Zeitler 2016)
- Erinnerungsarbeit (Muthesius 1990)
- Tiefenentspannung (MTE) (Decker-Voigt 2004)
- Schmerzbehandlung (Spintge und Droh 1992)
- Trauerverarbeitung (Süselbeck 2004)
- Begleitung Sterbender (Munro 1986)
- Klanggeleitete Trance (Strobel 1992)
- Erforschung von Bewusstseinszuständen (Bonny 2002)
- Kreativitätsförderung Malen zur Musik (Kapteina und Hörtreiter 1993)
- Hören aufgenommener eigener Improvisationen

5.5.5 Guided Imagery and Music und musikimaginative Methoden

Die nach Bonde (2015) am umfassendsten ausgearbeitete und weltweit gelehrt rezeptive Methode ist **Guided Imagery and Music (GIM)** nach Helen Bonny (Bonny 2002, Bruscia and Grocke 2002, Bonde 2015, Frohne-Hagemann 2014, Geiger und Maack 2010, Grocke und Wigram 2007, Grocke und Moe 2015, Liesert 2018). GIM ist eine dyadische Therapieform und gehört zu den imaginativen psychotherapeutischen Verfahren mit transpersonalen Anteilen. Sie wird je nach Indikation stützend und stabilisierend, aber auch psychodynamisch eingesetzt – konfliktorientiert bei psychosomatischen Erkrankungen, bei Krebs, Aids, Depressionen, Ängsten, Verlust- und Trennungssituationen, Beziehungs- und Sinnkrisen sowie in der Arbeit mit Traumata.

Es wird mit vier bis fünf meist klassischen Musikstücken gearbeitet. Die durch Musik stimulierten Imaginationen und damit verknüpften Emotionen werden im Hier und Jetzt handelnd erkundet und durchlebt, indem zwischen den Beteiligten („Guide“ und „Traveller“ genannt) während der Musikhör-

phase ein Dialog stattfindet. Der „Guide“ unterstützt den „Traveller“ in seinem Erleben mithilfe einer GIM-spezifischen nondirektiven Frage- und Interventionstechnik.

FALLVIGNETTE

Herr P. (45-jährig, ICD-10 F 33.1 rezidivierende Depression auf der Grundlage eines Abhängigkeit-Autonomiekonflikts, mittelgradige Episode)

Ausschnitt aus einer GIM-Reise: 1. Stück (von 5): Brahms – Sinfonie Nr. 3, Allegro con brio

Guide: Was nehmen Sie wahr? **Traveller:** Ein Pulsieren in den Händen, leichtes Kribbeln. **Guide:** Können Sie mehr dazu sagen? **Traveller:** Da bahnt sich was an, auch in der Musik. Was passiert in der Musik? Große Spannung und Entspannung hin und her, es bäumt sich auf. **Guide:** Wie ist das für Sie? **Traveller:** Sehr dramatisch, als ob da einer herumirrt und eine Lösung sucht, der ist verzweifelt, verspürt Druck. **Guide:** Der ist verzweifelt und spürt Druck? **Traveller:** Ja. Jetzt sehe ich einen Mann, er trägt einen langen schwarzen Mantel, er steht allein auf einem Berg und guckt in die Ferne. **Guide:** Wie ist es dort für ihn? **Traveller:** Einsam, das erinnert mich an ein Bild von Caspar David Friedrich. **Guide:** Aha, wie fühlt sich der Mann? **Traveller:** Wie als ob er sich durchringen muss, es brodeln in ihm, aber er hat noch kein Ziel. **Guide:** Er hat noch kein Ziel? Was sagt die Musik dazu? **Traveller:** Hm, sie ist unklar, richtungslos, ja zerrissen, die brodeln so vor sich hin. Es fühlt sich an wie Fesseln sprengen wollen, verzweifelt und sehnsüchtig, immer im Kampf. **Guide:** Kann er die Fesseln sprengen? **Traveller:** Es ist schwerfällig, als ob man etwas festtritt [Musik wird ruhiger]. **Guide:** Und jetzt? **Traveller:** Es wird ruhiger, erst mal kann ich mich ausruhen, es drängt doch noch nicht zur Handlung.

In den weiteren Musikstücken setzt sich der Patient mit seinem Konflikt weiter auseinander. Das letzte Stück führt zu einem ruhigen Abschluss. Anschließend wird ein Resonanzbild gemalt und erst danach folgt das Nachgespräch.

Musikimaginative Methoden (spezielle Adaptionen von GIM)

Während die längeren GIM-Musikreisen wegen des notwendigen Dialogs nur im dyadischen Setting stattfinden können, ist es möglich, mit musikimaginativen Methoden auch im Gruppensetting zu arbeiten, wo mit meist nur einem Musikstück ohne Dialog gearbeitet wird (Grocke und Moe

2015, Frohne-Hagemann 2014). Der Einsatz von GIM-modifizierten musikimaginativen Methoden (MiMe) ist in Kliniken bei sehr kranken Menschen, die keinen Zugang zum Empfinden der eigenen leiblichen Wahrnehmungen und Entdecken der inneren Bilder finden, besonders hilfreich und zudem eine gute Vorbereitung auf GIM.

LITERATUR

- Bonde LO. The Bonny Method of Guided Imagery and Music (GIM) in Europe. In: *Approaches – An Interdisciplinary Journal of Music Therapy* 2015; Special Issue, Vol 7(1).
- Bruscia KE. *Defining Music Therapy: Second Edition*. Gilsum: Barcelona Publishers; 1998.
- Bruscia KE, Grocke DE (Hrsg.). *Guided Imagery and Beyond*. Vol 1. Gilsum: Barcelona Publishers; 2002.
- Decker-Voigt H-H. Zur Methodik der Musiktherapeutischen Tiefenentspannung (MTE). In: Frohne-Hagemann I (Hrsg.): *Rezeptive Musiktherapie – Theorie und Praxis*. Wiesbaden: Reichert 2004; 289–306.
- Frohne-Hagemann I. *Fenster zur Musiktherapie*. Wiesbaden: Reichert Verlag; 2001.
- Frohne-Hagemann I (Hrsg.). *Rezeptive Musiktherapie – Theorie und Praxis*. Wiesbaden: Reichert Verlag; 2004 (in English 2007).
- Frohne-Hagemann I (Hrsg.). *Guided Imagery and Music – Konzepte und klinische Anwendungen*. Wiesbaden: Reichert Verlag; 2014.
- Frohne-Hagemann I. A Mentalization-Based Approach to Guided Imagery and Music. In: Grocke D, Moe T (Hrsg.): *Guided Imagery and Music (GIM) and Music Imagery Methods for Individual and Group Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers 2015; 169–178.
- Geiger E, Maack C. *Lehrbuch Guided Imagery and Music*. Wiesbaden: Reichert Verlag; 2010.
- Grocke D, Wigram T. *Receptive Methods in Music Therapy. Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2007.
- Grocke D, Moe T (Hrsg.). *Guided Imagery and Music (GIM) and Music Imagery Methods for Individual and Group Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2017.
- Jochheim M. *Einfach da sein dürfen – Musiktherapie mit bewusstseins- und wahrnehmungsgestörten Patienten*. In: Baumann M, Gessner C (Hrsg.): *Zwischenwelten. Musiktherapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung*. Wiesbaden: Reichert Verlag 2004; 19–40.
- Kapteina H, Hörtreiter H. *Musik und Malen in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken*. Stuttgart: Bärenreiter; 1993.
- Liesert R. *Vom Symbol zum Gefühl. Guided Imagery and Music für stationäre Psychosomatik*. Wissenschaftl. Schriften der WWU Münster 2018; Reihe XVIII, Bd. 6.
- Nöcker-Ribaupierre M. Zur therapeutischen Verwendung von Klängen in der frühesten Lebenszeit. In: Frohne-Hagemann I (Hrsg.): *Rezeptive Musiktherapie – Theorie und Praxis*. Wiesbaden: Reichert Verlag 2004; 51–64.

Schwabe C, Röhrborn H (Hrsg.). Regulative Musiktherapie.

Entwicklung, Stand und Perspektiven in der psychotherapeutischen Medizin. Stuttgart/Jena: Fischer Verlag; 3/1996.

Spintge R, Droh R. Musik-Medizin. Physiologische Grundlagen und praktische Anwendungen. Stuttgart: Fischer Verlag; 1992.

Strobel W. Die Klanggeleitete Trance. Eine analytisch orientierte Form nonverbaler Hypnotherapie. *Hypnose und Kognition* 1992; 9: 98–117.

Süselbeck B. Guided Imagery and Music (GIM) und Trauerarbeit – ein Fallbeispiel. In: Frohne-Hagemann I (Hrsg.): *Rezeptive Musiktherapie – Theorie und Praxis*. Wiesbaden: Reichert Verlag 2004; 98–117.

Zeitler W. *Auditive Musiktherapie. Heilsames Musikhören mit Erfahrungsberichten und Musikbeispielen*. Hamburg: Ars Audiendi im Verlag tredition; 2016.

6

Psychotherapeutische Techniken der Musiktherapie

6.1 Psychotherapeutische Paradigmen der Musiktherapie

Ein Blick auf die jüngere Geschichte der Musiktherapie (> Kap. 3) macht den Einfluss der Psychotherapie auf die Musiktherapie und ihre daraus hervorgehende Prägung durch psychotherapeutische Konzepte und Schulen deutlich. Insbesondere im deutschsprachigen Raum kommt dem psychotherapeutischen Paradigma (v. a. psychodynamischer und humanistischer Grundorientierung) im Unterschied zu funktionalen oder pädagogischen Ansätzen große Bedeutung zu und wird bis heute als ein zentrales Charakteristikum zahlreicher musiktherapeutischer Ausbildungen erachtet. Somit ist die Entwicklung der Musiktherapie vielerorts eng mit psychotherapeutischen Denkmodellen und Handlungskonzepten verbunden. Nicht zuletzt durch aktuelle Entwicklungen und die Erschließung neuer Berufsfelder und Kontexte, wie etwa die Arbeit im Kind-Eltern-Setting oder mit Familien, erweitern sich auch die theoretischen, methodischen und technischen Bezugnahmen und Konzepte einer psychotherapeutisch orientierten Musiktherapie, etwa um bindungsorientierte, systemische oder verhaltenstherapeutische Ansätze. Unter der Prämisse eines übergreifenden gemeinsamen Berufsverständnisses, einer allgemeinen und zugleich integrativen Definition von Musiktherapie sowie der einheitlich als zentral aufgefassten Bedeutung therapeutischer Beziehung für die Qualität musiktherapeutischer Prozesse lässt sich eine Offenheit gegenüber methodischer Vielfalt, verschiedenen Arbeitsweisen und Konzepten mit dem Anspruch differenziell und indikationsspezifisch eingesetzter Musiktherapie in Einklang bringen.

6.2 Psychotherapeutische Techniken

6.2.1 Zum Begriff der „Technik“

Galt in den Anfangszeiten der Psychoanalyse „Technik“ noch als Sammelbegriff für Empfehlungen oder Regeln bezüglich des Umgangs mit dem analytischen Material und den auftretenden psychodynamischen Phänomenen (Hinterhofer 2000), so wurden diese im Lauf der Zeit wesentlich differenzierter im Sinne konkreter Beschreibungen oder gar Anleitungen für das Vorgehen des Analytikers. So beschreibt Greenson (2007) den Aufbau der Übertragungsanalyse in vier technischen Schritten (Demonstration, Klärung, Deutung und das Durcharbeiten von Übertragungsdeutungen), die er wiederum in weitere Einzelkomponenten unterteilt (z. B. Konfrontation, Untersuchung der Übertragungsphantasien, Rekonstruktion u. a.). Diese sogenannten „einsichtsorientierten Techniken“ (Senf und Broda 2012) gelten bis heute als zentrale Techniken der Psychoanalyse. Mit dem zunehmenden Blick auf das intersubjektive Geschehen der therapeutischen Beziehung erweiterten sich die technischen Konzepte insofern, als auch eigene Beziehungsfunktionen des Therapeuten bzw. der Therapeutin (z. B. empathisches Spiegeln, Holding) in die Gestaltung des therapeutischen Beziehungsraums eingebracht werden sollten, um das emotionale Wachstum des Patienten zu unterstützen (Lesmeister 2005).

Auch in anderen Psychotherapiekonzeptionen werden schulenspezifisch determinierte Techniken formuliert und ausgeübt, wie z. B.

- Integrative Gestalttherapie: Schweifetechnik, Frustrieren von unpersönlichen Äußerungen, Vergegenwärtigen vergangener Situationen, der leere Stuhl u. a.

- Verhaltenstherapie: Techniken der Stimuluskontrolle, der Angstbewältigung, der Kontrolle von Verhalten, des Modelllernens, Strategien der Selbstkontrolle u. a.
- Systemische Psychotherapie: zirkuläres Fragen, paradoxe Intervention u. a.

6.2.2 Integratives Verständnis

Schulenübergreifende Ansätze stellen – mit dem Anliegen eines integrativen psychotherapeutischen Grundverständnisses – den gemeinsamen Nenner bzw. das übergeordnete Ziel von Psychotherapie überhaupt an den Beginn ihrer Überlegungen. So kann man für jede Form von Psychotherapie davon ausgehen, dass Wirkmechanismen in erster Linie von der Aktivierung des realen Erlebens innerhalb eines therapeutischen Prozesses abhängen (Grawe et al. 1994). Psychotherapeutische Techniken werden folglich nicht mehr nach ihrem jeweiligen zugrunde liegenden Ansatz oder ihrer Schule, sondern folgendermaßen unterschieden (Senf et al. 2013):

- **Ressourcenorientierte Techniken:** z. B. Techniken zur Vermittlung von Selbstsicherheit oder Achtsamkeit, zur Stärkung des Selbstwerts, der Genussfähigkeit
- **Problemorientierte Techniken:** z. B. Verhaltensanalyse, zirkuläres Fragen, Deuten, Traumdeutung, kognitive Umstrukturierung, Psychoedukation
- **Emotionsorientierte Techniken:** z. B. Systemaufstellungen, Expositions-/Konfrontations-training, EMDR
- **Spezielle Therapietechniken:** z. B. die Arbeit mit Familien, körperorientierte Techniken wie tiefe Atmung, Grounding, Nähe-Distanz-Übungen, autogenes Training, hypnotherapeutische Techniken wie auch musiktherapeutische, kunsttherapeutische oder ergotherapeutische Techniken

6.2.3 Differenzieller Einsatz von Techniken: Zur Bedeutung von Techniken im Kontext von therapeutischer Beziehung und Haltung

Neben methodenspezifischen Techniken wie z. B. übertragungsfokussierten Techniken in der Psychoanalyse,

zirkulären Fragetechniken in der systemischen Therapie, Verstärkungs- oder Identifikationstechniken in der Gestalttherapie u.v.m. wird also vielfach für einen differenziellen Ansatz in der Psychotherapie plädiert, der davon ausgeht, dass weder jede Methode noch jede Technik für jeden Menschen geeignet sei, sondern dass Interventionen oftmals einer individuellen Abstimmung bedürfen. In Anlehnung an Lesmeister (2005) kann man von der Prämisse ausgehen, dass therapeutische Technik immer so gestaltet und gebraucht werden soll, dass sie den Raum für Beziehungsmomente öffnet und offen hält. Hinsichtlich therapeutischer Veränderungsprinzipien geht man von einem Zusammenwirken allgemeiner Wirkfaktoren und Techniken der Psychotherapie aus: „Allgemeine Wirkfaktoren stellen in diesen Modellen übergeordnete Veränderungsziele, klinische Strategien dar, die dann über verschiedene technische ‚Taktiken‘ umgesetzt werden können; allgemeine Wirkfaktoren werden also durch Techniken realisiert“ (Pfammatter und Tschacher 2016, S. 2).

Ein weiterer wichtiger Aspekt hinsichtlich des differenziellen Einsatzes psychotherapeutischer Techniken ergibt sich aus dem **strukturbezogenen Ansatz** Rudolfs (2006), der eine Verbindung zwischen der strukturbedingt erforderlichen Haltung und dem jeweiligen technischen Handeln des Therapeuten herstellt. So werden aus einer Haltung, in der sich der Therapeut „hinter“ den Patienten stellt, vorwiegend unterstützende, haltende, Orientierung gebende Techniken eingesetzt, wohingegen die Position „neben“ dem Patienten Techniken erfordert, die einen Blick von außen, eine Objektivierung ermöglichen. Die Position „gegenüber“ kann wiederum ein Indikator für den Einsatz spiegelnder, Alterität vermittelnder oder auch konfrontierender Techniken sein, wenn bereits ausreichend Sicherheit in der therapeutischen Beziehung etabliert wurde.

6.3 Musiktherapeutische Techniken

6.3.1 Techniken im Kontext musiktherapeutischer Behandlungsebenen

Musiktherapeutische Techniken werden als das professionelle „Handwerkszeug“ des Musiktherapeuten

bzw. der Musiktherapeutin aufgefasst, das sich mit einer psychotherapeutischen Haltung verbinden lässt (Hobmair 2019) und sich als konkrete, definierbare Einheit des musiktherapeutischen Handelns wiederfindet. Man kann also davon ausgehen, dass anhand musikalischer Qualitäten bzw. Parameter (Metrum, Rhythmus, Klang, Tonalität, Melodik, Dynamik) realisiert wird, was einer therapeutisch förderlichen Beziehungsgestaltung dienen soll, einschließlich möglicher Konflikte, vorhandener Abwehrstrukturen, Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse wie weiterer psychodynamisch wirksamer Phänomene (Storz 2011).

Mit Blick auf die in der Musiktherapie am häufigsten vorkommenden Techniken lassen sich nun sowohl Techniken identifizieren, bei denen sich der Einsatz von Musik als ein Pendant bzw. eine Analogie zu verbalsprachlichen Prozessen verstehen lässt, als auch solche, die erst durch die Nutzung von spezifischen Möglichkeiten der Nonverbalität bzw. des Mediums Musik zum Tragen kommen.

6.3.2 Musiktherapeutische Techniken im Überblick

Die musiktherapeutische Literatur hält mittlerweile einige Modelle zur strukturierten Einteilung musiktherapeutischer Techniken im Rahmen aktiver Interventionen bereit (Bruscia 1987, Wigram 2004, Lutz Hochreutener 2009, von Moreau et al. 2013). Orientiert an diesen Systematiken und ergänzt durch die Ausführungen bei Decker-Voigt et al. (2008) werden im folgenden Überblick drei große Gruppen von Techniken beschrieben:

1. Halt gebende, stützende und emotionszentrierte Techniken
2. Dialog-/kommunikationszentrierte Techniken
3. Konfrontationszentrierte Techniken

Trotz der hier vorgenommenen Zuordnung von Techniken anhand der jeweiligen übergeordneten Gruppierung sollte jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass einzelne Techniken situationsabhängig auch im Kontext der jeweils anderen übergeordneten Einheiten stehen können. Ausschlaggebend ist die jeweilige – implizite oder explizite – Haltung, Arbeitshypothese und Intention, die dem jeweiligen therapeutischen Handeln

im Moment des Geschehens zugrunde liegt. Das bedeutet, dass sich ein sinnvoller Einsatz musiktherapeutischer Techniken immer am therapeutischen Prozess orientiert.

Halt gebende, stützende und emotionszentrierte Techniken

Innerhalb aktiv-improvisatorischer musiktherapeutischer Methoden und Spielformen (> Kap. 5) finden sich Halt gebende, stützende und emotionszentrierte Techniken vorwiegend im Rahmen strukturierter und musikzentrierter Improvisationen. Hinsichtlich kompositorisch oder reproduzierend ausgerichteter Methoden finden sich hier z. B. Spielformen der Klangbildentwicklung (z. B. die musikalische Umsetzung von Bildern), die Arbeit mit Liedern sowie mit Riffs oder Blueschemata; im Zusammenhang mit rezeptiven Methoden kommen sie vorwiegend im Bereich des Musikhörens oder des Fürspiels der Therapeutin bzw. des Therapeuten zum Tragen. Auf verbalsprachlich-reflektierender Ebene finden sich vorwiegend beschreibende, bestätigende und weiterfragende Formulierungen. Dementsprechend stehen übungszentrierte, erlebniszentrierte oder ressourcenzentrierte Modalitäten im Vordergrund.

Halt gebende Techniken, die in erster Linie auf die Herstellung von Vertrauen gerichtet sind, dienen einem entwicklungspsychologisch früh anzusiedelnden Gefühl des basalen, sicheren Gehaltenseins und dem Aufbau einer bedingungslosen, offenen und doch geborgenen Atmosphäre, in der Vertrauen entwickelt und Nähe zugelassen werden kann. Sie können der Angst vor dem Fallen, dem Zerfallen oder innerer Haltlosigkeit und Verlorenheit entgegenwirken und zugleich Nachreifungsprozesse und eine Ausweitung von Aktivitäten anregen:

- **Einhüllen:** Begleiten des Spiels mit schwebenden, noch formlosen Klängen.
- **Halten:** Verlässliches klanglich-rhythmisches Spiel mit sehr einfachen musikalischen Mitteln, das von einer inneren Sicherheit des Therapeuten bzw. der Therapeutin zeugt: ein fließendes Klangkontinuum, eine ruhige Pulsation, ein musikalisches Fundament, z. B. ein Ostinato.

Insbesondere bei chaotisch oder haltlos spielenden Patienten oder Patientinnen, die keinen Bezug zu

ihrer Musik erfahren oder in deren Musik Stabilität, Orientierung oder Absicht fehlen, eignen sich strukturierende Techniken dazu, Gefühle zu ordnen, die Impulskontrolle und Affektregulation zu unterstützen sowie Schutz vor Überschwemmung zu bieten:

- **Grounding:** Der Therapeut bzw. die Therapeutin schafft durch die Komponente Rhythmus (Pulsation, rhythmisches Ostinato) und die Stabilisierung des Tempos ein Fundament und eine Atmosphäre des ruhigen Fließens, wodurch der Ausdruck des Patienten bzw. der Patientin strukturiert und organisiert wird und ein Gefühl von Beständigkeit und Sicherheit erzeugt werden kann.
- **Zentrieren:** Herstellung eines stabilen tonalen Zentrums, das der Patient mit seinen Klängen und Melodien umspielen kann, z. B. durch ein wiederkehrendes Motiv (gleichbleibender Grundton mit z. B. Oktaven oder Quinten im Bass am Klavier), eine sich wiederholende Melodie oder eine Harmoniefolge. Besonders wenn die Atonalität eine Überforderung bedeutet und die Erfahrung von Konsonanz ermöglicht werden soll, kann eine Einschränkung des Tonmaterials sinnvoll sein (gleiche Tonart, Pentatonik).

Stützende Techniken eignen sich insbesondere zur Ressourcenaktivierung, zum Aufbau sowie zur Stärkung der therapeutischen Beziehung. Sie sollen einen Zugang zu freiem musikalischen Gestalten ermöglichen und einen Raum schaffen für das Erleben von Urheberschaft und Selbstwirksamkeit. Durch die Erfahrung, dass musikalische Impulse aufgegriffen werden, sollen Spiellust und Ausdruck fernab der Kategorien von richtig oder falsch und ohne Erwartungen in Bezug auf Interaktionen geweckt werden.

- **Synchronisieren:** Rhythmisches, klangliches oder melodisches „Einschwingen“ und Herstellung von Gleichzeitigkeit, auf gleicher „Wellenlänge“ spielen.
- **Imitieren:** Echoartiges Aufgreifen und zeitverschobenes Wiederholen von Motiven im Sinne einer Verstärkung der Botschaft des Patienten.
- **Anpassen/Matching:** Abstimmen der musikalischen Begleitung im Sinne einer Übernahme von Dynamik und Form des Ausdrucks.

Über die klangliche Abstimmung hinaus stehen im Fokus folgender Techniken die im Spiel implizit oder explizit zum Vorschein kommenden affektiven und emotionalen Bewegungen oder Zustände:

- **Aufnehmen und Integrieren:** Der Therapeut bzw. die Therapeutin greift ein Rhythmus- oder Melodiemotiv des Patienten bzw. der Patientin auf – unverändert, vereinfacht oder verstärkt – und entwickelt es weiter.
- **Spiegeln/Mirroring:** Das musikalische Spiel, der Ausdruck, sowie die Körpersprache des Patienten bzw. der Patientin, das heißt insbesondere die direkt ausgedrückten oder die indirekt, unterschwellig spürbaren Stimmungen und Gefühle, werden gleichzeitig oder zeitverschoben aufgegriffen und wiedergegeben. Das Wiederfinden der eigenen Stimmung durch die Wiederholung musikalischer Äußerung soll es ermöglichen, das eigene Verhalten und Erleben in dem des Gegenübers zu erkennen und die eigenen Befindlichkeiten zu akzeptieren.
- **Teilen/Sharing:** Musikalisches und erlebendes Nachvollziehen durch Aufgreifen der Färbung und Intensität des musikalischen Ausdrucks.
- **Resonanz geben/Resonating:** Ausdruck eigener Gefühle in innerer Resonanz auf das Spiel des Patienten bzw. der Patientin.
- **Zusammenhalten/Containing:** Auffangen und mentales „Verdaulichmachen“ aller Äußerungen, haltendes Begleiten des Gefühlsausdrucks des Patienten, Aufgreifen von dessen Dynamik, ohne sie zu verstärken oder abzuschwächen.

Dialog-/Kommunikationszentrierte Techniken

Innerhalb aktiv-improvisatorischer musiktherapeutischer Methoden und Spielformen finden sich dialog- bzw. kommunikationszentrierte Techniken vorwiegend im Rahmen thematisch zentrierter oder kommunikationszentrierter Improvisationen, wie z. B. Führen – Geführtwerden, ein Frage-Antwort-Spiel, musikalisches Rollenspiel, Echspiel, musikalischer Dialog oder Partnerspiel. Hinsichtlich kompositorisch oder reproduzierend ausgerichteter Methoden finden sich hier z. B. Spielformen der Klangbildentwicklung (wie die musikalische Umsetzung von Beziehungserfahrungen), die Arbeit mit Liedern, Songwriting, Rap-Kompositionen sowie mit Riffs oder Blueschemata; im Zusammenhang mit rezeptiven Methoden kommen sie z. B. als

Angebot eines „Wunschkonzerts“ zur Anwendung. Auf verbalsprachlich-reflektierender Ebene finden sich beschreibende, weiterfragende, hinterfragende, Verbindung suchende und eventuell deutende Formulierungen. Auch hier stehen übungszentrierte, erlebniszentrierte oder ressourcenzentrierte, darüber hinaus jedoch auch konfliktzentrierte Modalitäten im Vordergrund.

Je nach störungsspezifischem Hintergrund kann es manchen Menschen sehr schwerfallen bzw. unmöglich sein, sich auf spontane nonverbale Spielangebote einzulassen, in denen die Interaktion im Vordergrund steht. Insbesondere folgende Dialog- bzw. kommunikationszentrierte Techniken können das Interesse an Wechselseitigkeit im Kontakt fördern und unterstützen den intersubjektiven und affektiven Austausch:

- **Vervollständigen:** Hinzufügen einer bestätigenden musikalischen Bemerkung oder Abschließen von offen gebliebenen oder abgebrochenen Phrasen
- Bewusstes **Pausenmachen**
- Musikalisches **Antworten**
- **Differenzieren:** Setzen eigener, eventuell kontrastierender Impulse bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung des Spiels
- **Dialogisieren:** Gezieltes Anregen zum Fragen und Antworten

Konfrontationszentrierte Techniken

Auch konfrontationszentrierte Techniken finden sich innerhalb aktiv-improvisatorischer musiktherapeutischer Methoden und Spielformen vorwiegend im Rahmen thematisch zentrierter oder kommunikationszentrierter Improvisationen, hier jedoch vielfach in Form eines problemzentrierten oder übungszentrierten Rollenspiels, eines musikalischen Dialogs oder eines instrumentalen Partnerspiels. Letzteres lässt sich definieren als ein freies gemeinsames Spiel, bei dem abwechselnd oder gleichzeitig gespielt wird und bei dem insbesondere Themen wie Nähe – Distanz, Grenzen, Initiativen, Konflikt austragen oder Konfrontieren zentral sind. Das Partnerspiel ist geprägt von der Auseinandersetzung mit dem Gegenüber und dem Selbst, wobei sich der Musiktherapeut bzw. die

Musiktherapeutin in die gemeinsame Spielgestaltung einlässt.

Auch hier kann mit ähnlichen kompositorischen oder reproduzierenden Methoden wie vorhin beschrieben (Arbeit mit Liedern, Songwriting, Rap-Kompositionen, Riffs oder Bluesschemata) oder mit rezeptiven Methoden gearbeitet werden. Ebenso finden sich auf verbalsprachlich-reflektierender Ebene beschreibende, weiterfragende, hinterfragende, Verbindung suchende und eventuell deutende Formulierungen und es stehen übungszentrierte, erlebniszentrierte, ressourcenzentrierte oder konfliktzentrierte Modalitäten im Vordergrund.

Mithilfe konfrontationszentrierter Techniken soll ein Zugang zu problematischem Erleben oder Verhalten ermöglicht und eine vertiefte Auseinandersetzung im Sinne einer Problemaktualisierung und Problembewältigung angestrebt werden. Gegenübertragungsgefühle werden ernst genommen, verleugnete Anteile aufgespürt und ausgedrückt. Konfrontierendes Vorgehen setzt allerdings eine gewisse Stabilität und Belastbarkeit, die prinzipielle Bereitschaft und Motivation zur Bearbeitung, Neubewertung und Bewältigung von Konflikten sowie gewisse selbstreflexive Kompetenzen voraus. Zugleich ermöglicht die nonverbale Ebene der Musik einen besonders spielerisch-provokativen Zugang.

- **Übertreiben/Exaggerating:** Aufgreifen und Übertreiben eines charakteristischen Elements einer Spielweise, wodurch speziell hervortretende Merkmale des Ausdrucks bewusst gemacht und weiterentwickelt werden.
- **Intensivieren:** Verstärkung von Dynamik, Tempo und/oder Spielintensität durch melodische bzw. harmonische Verdichtung.
- **Doppeln:** Musikalisches Anklingenlassen von Gefühlsqualitäten, die der Patient bzw. die Patientin noch nicht wahrnehmen und ausdrücken kann, um unbewusste und verdrängte Gefühle bewusst zu machen, sodass sie leichter zugelassen werden können.
- **Veränderung einführen:** Einführen eines neuen Themas, Motivs oder neuer musikalischer Parameter und Fortführung des Spiels in veränderter Weise.
- **Splitting:** Aufteilen und gleichzeitiges Ausdrücken von gegensätzlichen, widersprüchlichen, unvereinbar scheinenden Gefühlen.

Abschließend sei noch einmal darauf hingewiesen, dass der Einsatz musiktherapeutischer Techniken grundsätzlich kontextabhängig und auf der Basis einer empathischen und wertschätzenden Grundhaltung zu verstehen ist. Mit der hier vorgenommenen Einteilung und Gruppierung von Techniken soll eine grundsätzliche praxeologische Differenzierung musiktherapeutischen Handelns vermittelt werden, in dessen Zentrum aber immer die therapeutische Beziehung steht.

LITERATUR

- Bruscia K. *Improvisational Models of Music Therapy*. Springfield: Charles C. Thomas; 1987.
- Decker-Voigt HH, Oberegelsbacher D, Timmermann T. *Lehrbuch Musiktherapie*. München: Reinhardt; 2008.
- Grawe K, Donati R, Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe; 1994.
- Greenson RR. *Technik und Praxis der Psychoanalyse*. 9. Auflage. Stuttgart: Klett Cotta; 2007.
- Hinterhofer H. Technik der klassischen Psychoanalyse. In: Stumm G, Pritz A. (Hrsg.): *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien: Springer 2000; 695–696.
- Hobmair E. *Explorative Untersuchung eines Modells musiktherapeutischer Meta- und Behandlungsebenen sowie Erarbeitung einer systematischen und einheitlichen Nomenklatur der einzelnen Meta- und Behandlungsebenen innerhalb der Musiktherapie*. Unveröffentlichte Dissertation: Universität für Musik und darstellende Kunst Wien; 2019.
- Lesmeister R. Technik und Beziehung: Erkundung eines Widerstreits. In: Otscheret L, Braun K (Hrsg.): *Im Dialog mit dem Anderen. Intersubjektivität in Psychoanalyse und Psychotherapie*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel 2005; 29–56.
- Lutz Hochreutener S. *Spiel – Musik – Therapie: Methoden der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe; 2009.
- Moreau D v, Wormit A, Hillecke T. Musiktherapeutische Techniken. In: Senf W, Broda M, Wilms B (Hrsg.): *Techniken der Psychotherapie: Ein methodenübergreifendes Kompendium*. Stuttgart: Thieme 2013; 236–242.
- Pfammatter M, Tschacher W. Klassen allgemeiner Wirkfaktoren der Psychotherapie und ihr Zusammenhang mit Therapietechniken. *Z Klin Psychol Psychoth* 2016; 45: 1–13. DOI: 10.1026/1616-3443/a000331.
- Rudolf G. *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer; 2006.
- Senf W, Broda M (Hrsg.). *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch*. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2012.
- Senf W, Broda M, Wilms B (Hrsg.). *Techniken der Psychotherapie: Ein methodenübergreifendes Kompendium*. Stuttgart: Thieme; 2013.
- Storz D. *Musiktherapeutische Techniken: Überlegungen zur Entwicklung eines Grundlagenverständnisses*. In: Illner J, Smetana M (Hrsg.): *Wiener Schule der differenziellen klinischen Musiktherapie – ein Update*. Wien: Präsenz 2011; 47–64.
- Wigram T. *Improvisation. Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London/New York: Jessica Kingsley Publishers; 2004.

10.1 Einleitung

Bedingt durch gesellschaftliche Entwicklungen (Stichwort: Wertpluralismus), technische Fortschritte in Gesundheits- und Kommunikationswesen (Stichworte: Genetik, Digitalisierung) sowie eine generelle Sensibilisierung gegenüber dem Umgang mit persönlichen Daten (Stichwort: DSGVO) sind ethische Aspekte in Psychotherapie und Medizin in den vergangenen Jahren stärker in den Fokus gerückt. Insbesondere in der Behandlung psychisch erkrankter Menschen sind ethische Fragen von jeher von besonderer Bedeutung, wie Wagner und Pöldinger (1991) herausstellen:

Nirgendwo sind die diagnostischen Kriterien subjektiver, die Ermessensspielräume weiter, die Grenzen zwischen gesund und krank fließender, nirgendwo ist für den behandelnden Arzt die Spannung zwischen individueller und sozialer Verantwortung stärker, nirgendwo ist der Kranke in der ganzen Tiefe seines Menschseins verletzlicher als in der Psychiatrie (S. V).

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Verbrechen, die im Rahmen von „Euthanasie“-Programmen während der Zeit des Nationalsozialismus u. a. an psychisch Erkrankten begangen wurden, gehört ein kritisches und wachsame Hinterfragen von gesellschaftlichen Praktiken im Umgang mit Menschen, die an psychischen Erkrankungen leiden, zu den ethischen Imperativen in der Psychiatrie/Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie.

In diesem Kapitel wird zunächst auf das Thema Ethik in der Musiktherapie eingegangen, um anschließend allgemeine ethische Aspekte in der Psychiatrie/Psychosomatik sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erörtern. Abschließend werden spezifische Fragen der Musiktherapie in diesen Praxisfeldern aufgegriffen.

10.2 Ethik in der Musiktherapie

Ethische Fragen zu bedenken und ethisch reflektiert zu handeln, gehört für Angehörige von Sozial- und Gesundheitsberufen zu den Basiskompetenzen. Der Umgang mit Personen, denen sie beruflich begegnen, die sich ihnen zumeist in krisenhaften Lebenssituationen anvertrauen, ist verantwortungsvoll zu gestalten. Auch in widersprüchlichen und komplexen Situationen ist die Handlungsfähigkeit zu sichern, sind nach Abwägung ethischer Aspekte und Dilemmata Entscheidungen zu treffen.

Vor dem Hintergrund allgemeiner ethischer Prinzipien und kulturell bestimmter Werte geht eine Berufsethik von konkreten ethischen Fragestellungen aus – etwa zum Umgang mit Verantwortung, Vertrauen und Autonomie – und sucht Kriterien, Normen sowie Verfahren zu entwickeln, die eine Entscheidungsfindung im Einzelfall ermöglichen.

10.2.1 Warum bedarf es einer Beschäftigung mit ethischen Fragen in der Musiktherapie?

Ethisches Denken besitzt für das berufliche Selbstverständnis von Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten eine zentrale Bedeutung – ein verbindlicher Ethikkodex gehört zu den Eckpfeilern im Zuge der Professionalisierung einer Berufsgruppe. Ethisches Denken und Handeln beruht auf vertieften Kenntnissen und erworbenen ethisch-moralischen Fähigkeiten. Zur Sicherung ethischer Standards verpflichteten Berufsorganisationen ihre Mitglieder auf ethische Leitlinien, die in Berufsordnungen niedergelegt sind. Ethikunterricht findet zunehmend Eingang in die Curricula der musiktherapeutischen Ausbildungen.

Doch ethisches Denken bedarf v. a. der Einübung. Die erlernten Gesichtspunkte und methodischen wie moralisch-intuitiven Fähigkeiten zur Problemlösung müssen sich in der Praxis bewähren. „Über den Menschen in seiner Ganzheit im jeweiligen Kontext nachzudenken bedeutet, sich im konkreten Einzelfall in Widersprüche verwickeln zu lassen, in Konflikte von Werten und Interessen.“ (Stegemann und Weymann 2019). Mit den Worten von Weiss Roberts (2016, S. 3):

Ethics refers to ways of understanding and examining moral life to create a coherent sense of what is good and right in human experience. Ethics is an endeavor that requires sensitivity, knowledge, and skill. It is informed by scholarship and evidence and shaped by values and context. It is a branch of philosophy insofar as philosophy is the discipline involving rational thinking, but ethics is not just about thinking. It is also about feeling, observing, experiencing, and right action, and these involve all of life.

Eine eigene Berufsethik für die Musiktherapie wurde erstmals von Cheryl Dileo (2000) vorgelegt. Diese umfasst nicht nur Fragen zur musiktherapeutischen Praxis selbst, sondern reflektiert ebenso ethische Fragen zur Ausbildung und zur Forschung (Bates 2015, Murphy 2016; vgl. auch Stegemann und Weymann 2019). Was „ethisches Denken“ in der Musiktherapie bedeutet, umreißt Dileo wie folgt:

MusiktherapeutInnen, die die Fähigkeit des „ethischen Denkens“ erworben haben, können sich ethischen Dilemmata objektiv annähern, sie können ihre persönlichen Werte und Gefühle einschätzen, können die Rechte und Verantwortlichkeiten aller beteiligten Parteien bewerten und priorisieren, können die Folgen unterschiedlicher Entscheidungen einschätzen, die bestmögliche Entscheidung treffen, und die Folgen dieser Entscheidung annehmen. Ethisches Denken ist ein Entscheidungs-Stil, dem wirklich ethisches Verhalten zugrunde liegt, darüber hinaus ist es ein Kennzeichen von Professionalität.

(Dileo 2000, S. 2; Übersetzung der Autoren)

Neben den relevanten Wissensbeständen sind es also insbesondere fachliche Fähigkeiten, die ethisch-reflektiert handelnde Therapeutenpersönlichkeiten

bestimmen. Ein Leitfaden zur Entscheidungsfindung kann dies methodisch unterstützen (Weymann und Stegemann 2016).

10.2.2 Ethische Kompetenzen

Was sind ethische Kompetenzen? Corey et al. (2015) verstehen unter professionellen Kompetenzen spezifische erworbene berufliche Fähigkeiten, denen ein lebenslanger Lern- und Aneignungsprozess zugrunde liegt. Sie weisen darauf hin, dass – aus ethischer Sicht – professionelle Kompetenz benötigt wird, um die Klienten zu schützen und in ihrem Sinne zu handeln. Insofern gehört auch die Verpflichtung zur Fort- und Weiterbildung, die in verschiedenen Berufsordnungen niedergelegt ist, in diesen Zusammenhang. So heißt es etwa in der österreichischen Ethik- und Berufsrichtlinie (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2016): „*Musiktherapeutinnen/Musiktherapeuten behandeln nur jene Personen, deren spezielle Therapiebedürfnisse ihren fachlichen und persönlichen Kompetenzen entsprechen.*“ (S. 6).

Die Entwicklung der personalen und professionellen ethischen Kompetenzen gleicht einer Reise, einem nicht abschließbaren Prozess und erfordert von Musiktherapeuten immer wieder erneute Aufmerksamkeit (Dileo 2000, S. 57). Die wichtigsten ethischen Kompetenzen werden von Dileo (2000, S. 255, Übersetzung der Autoren) folgendermaßen beschrieben:

1. Ethisch handelnde TherapeutInnen („ethical therapists“) sind sensibel bezüglich der ethischen Aspekte ihrer Arbeit und sind sich bewusst, dass ihr Verhalten ethische Implikationen hat, die sowohl hilfreich als auch schädigend für andere sein können.
2. Ethisch handelnde TherapeutInnen verfügen über ein aktuelles und ausreichendes Wissen über ethische und professionelle Standards sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen ihres Arbeitsbereichs.
3. Ethisch handelnde TherapeutInnen verhalten sich proaktiv – im Gegensatz zu reagierend – im Hinblick auf ethisches Denken und Handeln. Sie nutzen ihr Wissen über ethische und professio-

nelle Standards sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen in Verbindung mit Entscheidungshilfen („ethical decision-making skills“), um potenzielle Probleme vorherzusehen und wenn möglich zu verhindern.

4. Ethisch handelnde TherapeutInnen können die ethischen Aspekte einer Situation erkennen und verfügen über Kompetenzen, ethisch zu argumentieren und zu urteilen. Sie können Problemlösungs-Modelle effektiv auf ethische Fragen anwenden.
5. Ethisch handelnde TherapeutInnen verfügen über Achtsamkeit und Bewusstheit gegenüber ihren eigenen Gefühlen und Werten und können den Einfluss dieser auf ethische Entscheidungsprozesse adäquat einschätzen.
6. Ethisch handelnde TherapeutInnen können die Komplexität ethischer Fragen („dilemmas“) und Entscheidungen anerkennen und sind in der Lage, Unsicherheiten und Ambiguität auszuhalten. Ihnen ist bewusst, dass es mehr als eine angemessene Lösung für eine ethische Fragestellung geben kann.
7. Ethisch handelnde TherapeutInnen haben den Mut und die innere Stärke, Entscheidungen zu treffen und die Verantwortung für ihre Handlungen zu tragen.

10.3 Allgemeine ethische Aspekte in der Psychiatrie/ Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie

Wie Weiss Roberts (2016) betont, gestalten sich ethische Fragen in der Psychiatrie äußerst komplex. Dies hängt u. a. mit dem Wesen psychischer Erkrankungen zusammen, die definitionsgemäß das Denken, Fühlen und Handeln von Menschen berühren, das heißt, sie betreffen den Kern dessen, was den einzelnen Menschen als individuelle und unverwechselbare Person ausmacht. Darüber hinaus verlangen Behandlungsmethoden in der Psychiatrie/Psychosomatik die Auseinandersetzung mit persönlichen, teils sehr intimen Fragestellungen. Unter gewissen Umständen – wie akute Selbst- oder Eigengefährdung – ist sogar eine In-

tervention gegen den Willen einer Patientin bzw. eines Patienten erforderlich.

Weiss Roberts resümiert:

People with mental illness may have exceptional strengths, but also may have exceptional vulnerabilities. Ensuring the ethical use of the power entrusted to clinicians in these situations is very challenging. For these reasons, ethics lies at the very heart of psychiatry (2016, S. 4).

Es ist nicht allzu lange her, dass psychische Störungsbilder eher als eine Charakterschwäche oder – schlimmer noch – als eine Strafe für unmoralisches Verhalten angesehen wurden (Korenjak 2018) denn als Erkrankungen, die – wie somatische Krankheiten auch – einer adäquaten Therapie bedürfen. Nicht zuletzt solche Zuschreibungen, die häufig auf Unwissenheit, Vorurteilen, Ideologien und/oder Ängsten beruhen, haben eine Isolation und Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen befördert.

Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (2018) ergreift Partei für die Anliegen von psychisch erkrankten Menschen und ihren Angehörigen. Dabei geht es u. a. um die Gleichberechtigung sowie um die soziale und berufliche Integration von Betroffenen mit dem Ziel, zu einer Gesellschaft beizutragen, die offen und tolerant mit psychischen Erkrankungen umgeht. Das Thema Gerechtigkeit gehört zu den zentralen Prinzipien, die für die ethische Diskussion im Gesundheitssektor leitend sind und von Beauchamp und Childress (2013) in ihrem Standardwerk „Principles of Biomedical Ethics“ beschrieben werden.

Bei den vier Prinzipien ethischen Handelns nach Beauchamp und Childress – Autonomie, Nicht-Schaden, Fürsorge, Gerechtigkeit – handelt es sich um Prinzipien **mittlerer Reichweite**, also um ethische Grundsätze, die leichter in der klinischen Praxis anwendbar sind als etwa der sehr allgemein formulierte kategorische Imperativ nach Kant („Handle so, dass die Maxime deines Handelns ein allgemeines Gesetz sein könnte.“).

Wie eingangs thematisiert, kann es im Rahmen psychiatrischer Interventionen bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung auch zu Zwangshospitalisierung und Zwangsbehandlung von Patienten kommen, was uns die Unvereinbarkeit der Prinzipien Auto-

nomie und Fürsorge vor Augen führt: Wird ein suizidaler Patient – gegen seinen Willen, aber zu seinem eigenen Schutz – „untergebracht“, so erfolgt diese Handlung zwar im Sinne des Fürsorgeprinzips, jedoch unter (bewusster) Vernachlässigung des Selbstbestimmungsrechts. Würde umgekehrt das Prinzip des Respekts vor der Autonomie in einem solchen Fall als handlungsleitend angesehen werden (man würde z.B. eine Selbsttötung des Patienten nicht verhindern), wäre dies unter Umständen nicht nur moralisch/ethisch, sondern auch rechtlich zu rechtfertigen. Maio (2012) betont in diesem Zusammenhang, dass weder das Vorliegen einer psychischen Krankheit noch die fehlende Krankheitseinsicht allein ausreichende Gründe für eine Behandlung gegen den Willen einer Patientin oder eines Patienten darstellen: „... die zentrale Rechtfertigung des Zwangs [kann] allein in der Ausrichtung am **Fürsorgeprinzip** liegen ..., das erfordert, einen Schaden für den Patienten abzuwenden und sein Wohl zu fördern.“ (Maio 2012, S. 187; Hervorhebung im Original). Maio führt weiter aus, dass es in diesem Kontext wichtig sei, zwischen Autonomie und Patientenwunsch zu differenzieren: „Ein Patientenwunsch kann autonom oder heteronom sein. Die Autonomie ist jedoch eine Grundverfasstheit des Menschen, die jeder Mensch besitzt und die er nie verlieren kann.“ (Maio 2012, S. 185). Letztlich lasse sich die vorübergehende Einschränkung der Autonomie eines Menschen aus psychiatrischer Indikation nur dann legitimieren, wenn eine solche Maßnahme zum Ziel hat, schlussendlich wieder zu einem höheren Grad an Freiheit zu gelangen bzw. die „Wahrnehmungsfähigkeit der eigenen Autonomie wiederherzustellen“ (Maio 2012, S. 187).

In > Tab. 10.1 werden (weitere) ausgewählte Themenbereiche mit ethischer Relevanz in der Psychiatrie/Psychosomatik überblicksartig dargestellt.

Zu den Besonderheiten bei therapeutischen Maßnahmen im Kindes- und Jugendalter gehört u.a., dass die Inanspruchnahme einer Behandlung meist nicht von den Minderjährigen selbst, sondern von deren Eltern oder gesetzlichen Vertretern initiiert wird. Der Kinder- und Jugendpsychiater Jörg Fegert hält diesbezüglich fest:

Allein schon in der Problembeschreibung, der Auftragsannahme und der Fixierung von Handlungs-

zielen liegt eine Fülle von möglichen Konflikten verborgen. Eklatant wird dieses Dilemma, wenn es um Vernachlässigung, emotionale und körperliche Miss-handlung oder sexuellen Missbrauch geht. Fragen des Kinderschutzes, der Umgang mit traumatisierten Kindern sind stets ethische Gratwanderungen in dem von Anna Freud beschriebenen Dilemma zwischen „zu viel zu früh und zu wenig zu spät“ tun.

(Fegert 2004, S. 226)

Letztendlich geht es auch hier häufig um das Abwägen zwischen den Prinzipien Autonomie und Fürsorge bzw. Nicht-Schaden. Sowohl in der Behandlung als auch in der Forschung gilt es, die Forderungen zur Berücksichtigung des Kinderwillens ernst zu nehmen, wie es in der UN-Kinderrechtskonvention in Artikel 12 formuliert wird: „Die Vertragsstaaten sichern dem Kind, das fähig ist, sich eine eigene Meinung zu bilden, das Recht zu, diese Meinung in allen das Kind berührenden Angelegenheiten frei zu äußern, und berücksichtigen die Meinung des Kindes angemessen und entsprechend seinem Alter und seiner Reife.“ (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend 2014, S. 15).

10.4 Spezifische ethische Fragen der Musiktherapie in der Psychiatrie/Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie

Wenn wir uns im Folgenden mit spezifischen ethischen Fragen der Musiktherapie in der Psychiatrie/Psychosomatik sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie befassen, so ist es notwendig, sich mit der Rolle und den Funktionen von Musik zu beschäftigen (vgl. auch > Kap. 4).

Diesbezüglich ist insbesondere zu berücksichtigen, dass die Anwendung von Musik nicht immer nur dem intendierten Zweck dient (z.B. Entspannung, Aktivierung), sondern dass durchaus auch unerwünschte Effekte („Nebenwirkungen“) auftreten können (z.B. Dissoziation, Retraumatisierung, „Überschwemmung“ mit Affekten). Beispiele für relative Kontraindikationen für Musiktherapie sind

Tab. 10.1 Ausgewählte Themenbereiche mit ethischer Relevanz in der Psychiatrie/Psychosomatik

| | |
|---|--|
| Normalität (Gesundheit) | Stärker als in anderen medizinischen Bereichen stellt sich in der Psychiatrie die Frage nach der Legitimierung von Kriterien zur Unterscheidung von „krank“ und „gesund“ bzw. von „normal“ und „krankheitswertig“, woraus sich die Behandlungsbedürftigkeit/-indikation ableitet. Dies erfordert auch eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Menschenbild. |
| Zwangsmaßnahmen (Unterbringung, „Fixierung“, Zwangsmedikation) | Situationen, in denen eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt (oder eine solche nicht sicher ausgeschlossen werden kann), erfordern u.U. die Durchsetzung medizinischer oder anderer Maßnahmen zum Schutze der Betroffenen – auch gegen den Willen des Patienten/der Patientin. Diese Zwangsmaßnahmen müssen aus rechtlicher Sicht ausreichend begründet, lückenlos dokumentiert und zeitlich begrenzt sein. Aus ethischer Sicht sind sie dann gerechtfertigt, wenn die Beschränkung der Selbstbestimmung zum Zweck hat, die Entscheidungs- und Handlungsfreiheit der betroffenen Person mittelfristig zu vergrößern. Häufig geht es dabei um ein Abwägen zwischen dem Fürsorgeprinzip und dem Respekt vor dem Prinzip der Autonomie. |
| Würde/Respekt/ Toleranz | Psychische Erkrankungen berühren das Wesen des Menschseins und bringen eine große Verletzlichkeit der betroffenen Personen mit sich. Die Konfrontation mit Extremsituationen und existenziellen Themen in der Psychiatrie/Psychosomatik – für Patienten, Angehörige und Behandler – verlangt von den dort tätigen (Musik-)Therapeuten ein Höchstmaß an Selbstreflexion, Authentizität und Belastbarkeit, um professionell handlungsfähig zu bleiben. Die Wahrung der Würde, der Respekt vor dem einzelnen Individuum mit seiner Geschichte und die Toleranz gegenüber anderen Lebensentwürfen gehören zu den Grundvoraussetzungen einer therapeutischen Haltung. |
| Suizidalität | Der Umgang mit suizidalen Patientinnen und Patienten gehört für alle in der Psychiatrie/Kinder- und Jugendpsychiatrie tätigen Personen zu den größten Herausforderungen – verbunden mit einer enormen Verantwortung. Hier geht es – neben der persönlichen Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen – wiederum um die Frage der Abwägung zwischen Autonomie und Fürsorge. <i>„Professionell Helfende unterliegen als Garanten aufgrund ihrer besonderen Fürsorgepflicht auch rechtlich einer strafbewehrten Verhinderungs- und Rettungspflicht bei suizidalen Handlungen (...)“</i> (Haltenhof 2017, S. 74). |
| Forschung | In der Helsinki-Deklaration des Weltärztebundes sind die gültigen Standards der Forschung am Menschen festgeschrieben. Neben der informierten Einwilligung („informed consent“) der Probanden wird die Pflicht der Forschenden betont, <i>„das Leben, die Gesundheit, die Würde, die Integrität, das Selbstbestimmungsrecht, die Privatsphäre und die Vertraulichkeit persönlicher Informationen der Versuchsteilnehmer zu schützen“</i> (Helsinki-Deklaration, Punkt 9, S. 2). Dies gilt insbesondere für die Forschung mit sogenannten vulnerablen Gruppen, zu denen u.a. psychisch erkrankte Menschen sowie Kinder und Jugendliche zählen. |

akute Zustände/Krisen bei psychischen Erkrankungen wie Psychose oder Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) (Stegemann und Schmidt 2010; vgl. auch Hinweise zu Kontraindikationen ab > Kap. 12). Relative Kontraindikation bedeutet, dass Musiktherapie – unter sorgfältiger Kosten-Nutzen-Abwägung – sehr wohl mit gutem Erfolg in der Behandlung psychotischer oder traumatisierter Patientinnen und Patienten eingesetzt werden kann; es bedarf aber einer wohl dosierten Auswahl der zur Anwendung kommenden Methoden, Techniken und Instrumente – z. B. wäre eine Gong-Trance bei einem floride psychotischen Patienten in der Regel kontraindiziert, da sie eher eine „Entgrenzung“ fördert,

als dass sie zur Strukturierung und Stabilisierung beiträgt. Es gehört daher auch in die Ausbildung von Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten (vgl. > Kap. 9), dass sie sich mit den potenziellen Nebenwirkungen von Musik(therapie) auseinandersetzen und dass sie Methoden und Techniken erwerben, mithilfe derer sie entsprechende Zustände (z. B. Dissoziation) erstens erkennen und zweitens adäquat behandeln können.

Musiktherapeuten sollten sich also der Verantwortung im Umgang mit Musik bewusst sein – nicht nur, aber insbesondere in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen. Dies verlangt eine Auseinandersetzung mit methodischen Fragen, aber

im Sinne der Schadensvermeidung eben auch mit ethischen Fragestellungen.

LITERATUR

- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7. Aufl. New York: OUP; 2013.
- Corey G, Schneider Corey M, Corey C, Callanan P. Issues and ethics in the helping professions. 9. Aufl. Stamford: Cengage Learning; 2015.
- Dileo C. Ethical thinking in music therapy. Cherry Hill: Jeffrey Books; 2000.
- Fegert JM. Qualitätssicherung und ethische Fragen. In: Eggers C, Fegert JM, Resch F (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Berlin: Springer 2013; 226–241.
- Haltenhof H. Suizidalität. In: Vollmann J (Hrsg.): Ethik in der Psychiatrie. Ein Praxisbuch. Köln: Psychiatrie Verlag 2017; 73–82.
- Korenjak A. From moral treatment to modern music therapy: On the history of music therapy in Vienna (ca. 1820–1960). Nord J Music Ther 2018; 27: 341–359.
- Maio G. Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Stuttgart: Schattauer; 2012.
- Stegemann T, Schmidt HU. Zur Indikation und Kontraindikation von Musiktherapie in der Kinder- und Jugendpsychia-

trie—eine Fragebogenuntersuchung. Musiktherapeutische Umschau 2010; 31: 87–101.

- Stegemann T, Weymann E. Ethik in der Musiktherapie. Grundlagen und Praxis. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2019.
- Wagner W, Pöldinger W. Vorwort. Psychiatrische Ethik: Quo vadis? In: Pöldinger W, Wagner W (Hrsg.): Ethik in der Psychiatrie. Wertebegründung—Wertedurchsetzung. Berlin: Springer 1991; V–VI.
- Weiss Roberts L. A clinical guide to psychiatric ethics. Arlington: American Psychiatric Association Publishing; 2016.
- Weymann E, Stegemann T. Ethics in music therapy: how to address ethical questions, and how to find ways to handle ethical dilemmas. Nord J Music Ther 2016; 25(S1): 83–84.

INTERNETQUELLE

- Aktionsbündnis Seelische Gesundheit. 2019. www.seelischegesundheits.net/ (letzter Zugriff 12.01.2019).

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Juckel G, Hofmann K (Hrsg.): Ethische Entscheidungssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie. Lengerich: Pabst; 2016.

11

Forschung in der Musiktherapie

11.1 Überblick zur Forschungslage in der Musiktherapie

Hannah Riedl, Hans Ulrich Schmidt, Monika Smetana, Thomas Stegemann

11.1.1 Einleitung

In der Definition der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft (DMtG 2019) wird Musiktherapie als „praxisorientierte Wissenschaftsdisziplin“ bezeichnet. Auch in der Formulierung des österreichischen Musiktherapiegesetzes, das Musiktherapie als „eigenständige, wissenschaftlich-künstlerisch-kreative und ausdrucksfördernde Therapieform“ (MuthG § 6 Absatz 1) definiert (Bundesministerium für Gesundheit 2009), wird die wissenschaftliche Fundierung der Musiktherapie hervorgehoben.

Wissenschaftstheoretisch steht Musiktherapie in enger Verbindung mit Naturwissenschaften (z. B. Biologie und Akustik), Geisteswissenschaften (z. B. Musikwissenschaft, Ethik), Sozialwissenschaften (z. B. Psychologie, Psychotherapie), Gesundheitswissenschaften (z. B. Neurowissenschaften) sowie Humanmedizin. Auf allen diesen Ebenen bzw. an ihren Berührungspunkten und Überschneidungsbereichen finden sich musiktherapeutische Forschungsfelder (> Abb. 11.1):

Diese multi- und interdisziplinäre Einbettung geht nun mit einer breiten Fächerung unterschiedlicher Forschungszugänge einher, die von qualitativen Zugängen (vorwiegend aus der Tradition der Soziologie/Sozialforschung) bis zu quantitativen Ansätzen (aus der Tradition der Psychologie/Medizin) reicht. Das weite Spektrum von Grundlagenforschung (z. B. mit neurowissenschaftlichen Methoden) bis zur Anwendungsforschung macht einerseits den Reiz und die Vielfalt musiktherapeutischer Forschung

aus. Andererseits ergibt sich daraus aber auch die Herausforderung, sowohl das Forschungsinstrumentarium jeweils auf die entsprechenden Felder anzupassen als auch den Besonderheiten des Forschungsgegenstandes Musiktherapie gerecht zu werden.

Seit der Neukartierung der „kleinen Fächer“¹ in Deutschland im Jahr 2017/18 wird die Musiktherapie – auf Initiative der Hochschulrektorenkonferenz (HRK) und mit Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung – als „kleines Fach“ anerkannt (Hoffmann et al. 2018). Damit verbunden ist eine Mittelbewilligung im Zuge eines Verbund-Forschungsantrags von sechs staatlichen und privaten Ausbildungen². Das Thema des Verbundprojekts lautet: „Musiktherapie im Spannungsfeld gesellschaftlicher Herausforderungen – ein Verbundprojekt zu Lehre, Forschung und Praxis“. Die sogenannten „kleinen Fächer“ sollen den interdisziplinären Austausch bereichern, haben aber auch eine wichtige kulturelle Funktion im Sinne des historischen Gedächtnisses einer Disziplin. Die HRK möchte diese Fächer insgesamt stärken und ihre Vernetzung auf nationaler und europäischer Ebene fördern. Sie sollen auch in

¹ Unter den „kleinen Fächern“ werden in der deutschen Hochschulpolitik Lehrfächer verstanden, die lediglich über wenige Professuren und Standorte verfügen. Auf der „Liste der kleinen Fächer“ finden sich neben der Musiktherapie z. B. auch Digital Humanities, Ethik der Medizin, Public Health, Tanzwissenschaft und Tibetologie (www.kleinefaecher.de/kartierung/kleine-faecher-von-a-z.html).

² Antragstellende Hochschule war die SRH Hochschule Heidelberg, Verbundhochschulen waren die Universität Augsburg, die Universität der Künste Berlin, die Theologische Hochschule Friedensau, die Hochschule für Musik und Theater Hamburg sowie die Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt. Die Laufzeit des Projekts beträgt 9,5 Monate (1.6.2019–15.3.2020).

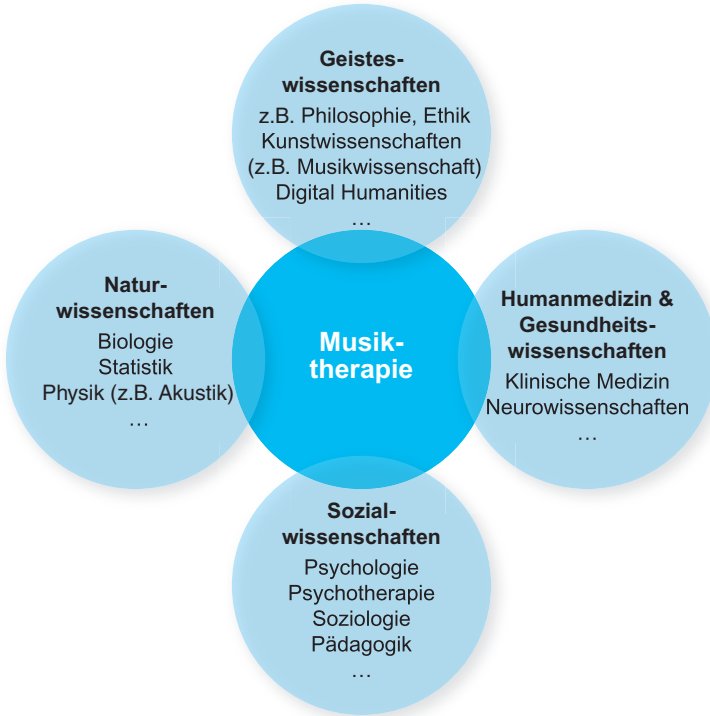


Abb. 11.1 Musiktherapie im Kontext der Wissenschaftsdisziplinen (anhand des Schlagwortverzeichnis zur Österreichischen Systematik der Wissenschaftszweige 2012, Fassung: Juli 2015) [W1080/L231]

der allgemeinen Öffentlichkeit sichtbar gemacht werden. Im aktuellen Fokus der Förderung stehen:

- Lehre und Lernen
- Wissenschaftliche Exzellenz
- Gesellschaftlicher Transfer

11.1.2 Methodenüberblick

Standen frühere Forschungsaktivitäten in der Musiktherapie u. a. aufgrund der Fokussierung auf improvisatorische Prozesse vorwiegend im Zeichen qualitativer Zugänge, so wurden quantitative Forschungsmethoden zunehmend stärker in musiktherapeutische Forschungsdesigns einbezogen (s. auch > Abb. 11.3). Diese Entwicklung ist im deutschsprachigen Raum auch im Kontext eines Wendepunktes zu verstehen, der wesentlich durch die Publikation der Metaanalyse „Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession“ (Grawe et al. 1994) markiert wird. Letztere stellt eine

wichtige „Wegmarke“ zur Installation des Psychotherapeutengesetzes in Deutschland dar. Zum einen erforderte die seitens der Musiktherapie gewünschte Positionierung innerhalb der psychotherapeutischen Forschungslandschaft eine Vergleichsmöglichkeit mit Behandlungseffekten benachbarter Methoden und Verfahren, zum anderen wurde zunehmend deutlich, dass für wichtige Indikationsbereiche musiktherapeutischer Behandlung insbesondere quantifizierende Methoden vorteilhaft sind (Schmidt 2011).

Dies führte in den vergangenen Jahrzehnten auch zu einem erhöhten Interesse an der Entwicklung speziell musiktherapeutischer Diagnostikinstrumente, wie sie z. B. mit dem EBQ-Instrument (Einschätzung der Beziehungsqualität; Schumacher et al. 2013) oder MAKS (Musiktherapeutische Ausdrucks- und Kommunikationsskala; Moreau und Koenig 2013) vorliegen (> Kap. 7.2). Ebenso deutlich zeigt sich ein Trend, etablierte Testverfahren und Untersuchungsinstrumente der Nachbardis-

ziplinen in musiktherapeutische Studiendesigns zu integrieren (Lechner et al. in Vorbereitung).

Mit Gold und Stegemann (2018) kann man davon ausgehen, dass in einer vielfältigen Forschungslandschaft, wie sie sich in der Musiktherapie darstellt, quantitative und qualitative Forschung komplementäre Rollen spielen: So hat quantitative Forschung insbesondere dort Bedeutung, wo hypothesentestende Vorgehensweisen und Ergebnissforschung im Vordergrund stehen; der Stellenwert qualitativer Forschung hingegen setzt bei hypothesengenerierenden Fragestellungen und Notwendigkeiten der Prozessforschung an. Zudem gewinnt die Mixed-Methods-Forschung, bei der qualitative und quantitative Forschungsmethoden in unterschiedlicher Gewichtung in ein gemeinsames Studiendesign integriert werden, für die Musiktherapie zunehmend an Bedeutung (vgl. Mössler 2011).

Wie später noch gezeigt wird, findet Musiktherapieforschung zunehmend Eingang in die evidenzbasierte Medizin, sei es durch kontrollierte bzw. randomisierte kontrollierte Studien, Metaanalysen oder systematische Übersichtsarbeiten wie Cochrane Reviews (z. B. Autismus, Depression, erworbene Hirnschädigung, Palliativmedizin, Schizophrenie).

Unmittelbar mit dem Ruf nach evidenzbasierter Forschung ist auch der Anspruch verbunden, dass Musiktherapie in medizinischen Leitlinien vertreten ist. So finden sich z. B. folgende Empfehlungen zum Einsatz von Musiktherapie in den S3-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde: Musiktherapie bei demenziellen Erkrankungen („Kann-Empfehlung“, Evidenzlevel IIa und III) und bei schweren psychischen Erkrankungen („Sollte-Empfehlung“, Evidenzlevel Ib)³. Der höchste Empfehlungsgrad für Musiktherapie („Soll-Empfehlung“, Evidenzlevel Ia) liegt in der S3-Leitlinie der Deutschen

Schmerzgesellschaft e. V. für das Fibromyalgiesyndrom vor (Stegemann et al. in Vorbereitung).

Beachtenswert ist auch die wachsende Anzahl musiktherapeutischer Dissertationen im deutschsprachigen Raum, die sich mit psychiatrischen und/oder psychosomatischen Themen beschäftigen (www.philso.uni-augsburg.de/lmz/institute/mmm/Musiktherapie/downloads/1706-Dissertationen.pdf).

Neben in der Regel interventionsbezogener Prozess- und Ergebnissforschung entstehen wissenschaftliche Fragestellungen sehr oft aus der Suche nach übergeordneten Wirkungsweisen von Musik bzw. Musiktherapie. Forschungsarbeiten aus diesem Themenkomplex reichen z. B. von der Kategorisierung musikalischer Wirkkomponenten (Hegi 1998) über die Beschreibung eines heuristischen Modells zentraler Faktoren wie Aufmerksamkeit, Emotion, Kognition etc. (Hillecke und Wilker 2007) bis hin zur Beforschung spezifisch musiktherapeutischer Wirkfaktoren (Danner und Oberegelsbacher 2001).

11.1.3 Musiktherapeutische Forschungslandschaft im deutschsprachigen Raum

Die deutschsprachige Musiktherapie weist ein kleines, aber beständiges Netz an wissenschaftlichen Institutionen und Forschungsstätten auf. Diese konzentrieren sich im Wesentlichen um die zentralen Standorte akademischer Musiktherapieausbildungen und Promotionsstudiengänge (> Kap. 9). Manche verfügen über eigene Forschungszentren oder stehen in enger Kooperation mit Institutionen, die z. B. erweiterte Möglichkeiten in der Verbindung von Forschung, Lehre und therapeutischer Behandlung bieten und die geeignete Infrastruktur für die Durchführung von wissenschaftlichen Projekten bereitstellen (> Tab. 11.1).

Seit mittlerweile 40 Jahren stellt die **Musiktherapeutische Umschau** als Zeitschrift für Forschung und Praxis der Musiktherapie einen wichtigen Pfeiler in der deutschsprachigen Publikationslandschaft dar. Einblicke in wissenschaftliche Themen gibt auch die stärker praxisorientierte Zeitschrift **Musik und Gesundsein**. Zahlreiche Buchreihen, zumeist angebunden an Ausbildungsstätten und Studien-

³ Ia = Evidenz aus einer Metaanalyse von mindestens 3 randomisierten kontrollierten Studien (Randomized Controlled Trials, RCTs); Ib = Evidenz aus mindestens 1 randomisierten kontrollierten Studie oder 1 Metaanalyse von weniger als 3 RCTs; IIa = Evidenz aus zumindest 1 methodisch guten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung; III = Evidenz aus methodisch guten, nichtexperimentellen Beobachtungsstudien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallstudien.

Tab. 11.1 Wissenschaftliche Institutionen und Forschungsstätten der deutschsprachigen Musiktherapie

| | | |
|--------------------------------------|---|--|
| Universitäten und Hochschulen | Diplom- und Masterstudiengänge: Augsburg, Berlin, Friedensau, Krems, Hamburg, Heidelberg, Wien, Würzburg-Schweinfurt, Zürich | PhD- und Promotionsstudiengänge: Augsburg, Berlin, Hamburg, Wien |
| Forschungszentren | <ul style="list-style-type: none"> • Forschungsstelle Musik und Gesundheit Augsburg • Josef Ressel Zentrum für personalisierte Musiktherapie Krems • Deutsches Zentrum für Musiktherapieforschung (Viktor Dulger Institut) DZM e.V., Heidelberg • Wiener Zentrum für Musiktherapie-Forschung (WZMF) | |

gänge, bieten u.a. Möglichkeiten zur Veröffentlichung von Monografien (z. B. Dissertationen im Volltext). Darüber hinaus gibt > Tab. 11.2 einen Überblick zu ausgewählten Fachzeitschriften und anderen Publikationen, in denen Beiträge zu musiktherapeutischer Forschung zu finden sind.

In Kooperation mit dem Wissenschaftlichen Beirat der DMTG und mit Unterstützung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf ist eine musiktherapeutische Datenbank aufgebaut worden, die Mitgliedern der DMTG zur Verfügung steht und aktuell knapp 16.000 Einträge umfasst. Ein besonderes Augenmerk wird auf die Erfassung der sogenannten „grauen Literatur“ ge-

legt, die – auch unter historischen Aspekten – in der musiktherapeutischen Forschungskultur eine wichtige Rolle spielt.

Eine Reihe regelmäßiger Veranstaltungen stellt der wissenschaftlich interessierten bzw. aktiv forschenden Community verschiedene Formate zur Auseinandersetzung an der Schnittstelle von Forschung und Praxis sowie im interdisziplinären Austausch bereit. Als wichtiges traditionelles Beispiel deutschsprachiger Forschungskultur sei die „werkstatt für musiktherapeutische forschung augsburg“ genannt: Gegründet von Nicola Scheytt-Hölzer, Horst Kächele und Tonius Timmermann an der Psychosomatischen Klinik des Universitäts-

Tab. 11.2 Ausgewählte Zeitschriften und Publikationen zum Thema „Forschung in der Musiktherapie“

| Aktuelle Zeitschriften, in denen Musiktherapieforschung erscheint (Auswahl) | Deutschsprachige Buchreihen (Auswahl) | Ausgewählte Bücher mit Forschungsschwerpunkt |
|---|--|---|
| <p>Deutschsprachig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Musiktherapeutische Umschau • Musik und Gesundheit • Musik-, Tanz- und Kunsttherapie <p>Englischsprachig (international):</p> <ul style="list-style-type: none"> • GMS Journal of Arts Therapies • The Arts in Psychotherapy • British Journal of Music Therapy • Journal of Music Therapy • Music and Medicine • Music & Science • Music Therapy Perspectives • Musicae Scientiae • Nordic Journal of Music Therapy • Psychology of Music • Voices: A World Forum for Music Therapy | <p>Fischer Verlag</p> <ul style="list-style-type: none"> • Praxis der Musiktherapie (1982–1997) • Heidelberger Schriften zur Musiktherapie (1985–1997) <p>Praesens Verlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wiener Beiträge zur Musiktherapie <p>Reichert Verlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hamburger Schriften zur Musiktherapie • Jahrbuch Musiktherapie (2005–2017) • Musiktherapie Universität Augsburg • Zürcher Schriften zur Musiktherapie <p>Eine vollständige Sammlung findet sich im Kapitel von Volker Bernius in Decker-Voigt HH, Weymann E (Hrsg.): Lexikon Musiktherapie, 3. vollst. überarb. Aufl. Göttingen: Hogrefe (in Vorbereitung).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Wheeler B, Murphy K (Hrsg.). Music Therapy Research, 3rd edition. Gilsum NH: Barcelona Publishers; 2016. • Petersen P, Gruber H, Tüpker R (Hrsg.). Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Wiesbaden: Reichert; 2011. • Hegi-Portmann F, Lutz Hochreutener S, Rüdüsüli-Voerke M. Musiktherapie als Wissenschaft. Zürich: bam; 2006. • Decker-Voigt HH, Weymann E (Hrsg.). Lexikon Musiktherapie, 3. vollst. überarb. Aufl. Göttingen: Hogrefe (in Vorbereitung). |

Tab. 11.3 Ausgewählte musiktherapeutische Kongresse und Tagungen im deutschsprachigen Raum und international

| | |
|---|---|
| Regelmäßige Kongresse und Tagungen | Im deutschsprachigen Raum: |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Fachtagung Musiktherapie am FMZ München (jährlich) • Fachtagung Musiktherapie an der UdK Berlin (jährlich) • Forschungswerkstatt Hamburg (4-mal jährlich) • Praxiswerkstatt Hamburg (2-mal jährlich) • Grazer Musiktherapietag (jährlich) • Mozart & Science/Best Practice Day Krems (ca. jährlich abwechselnd) • Musiktherapie-Sommerakademie Wien (musawien) (alle 2 Jahre) • Symposium Musiktherapie an der ZHdK Zürich (alle 2 Jahre) • Werkstatt für musiktherapeutische Forschung Augsburg (jährlich) |
| | International: |
| | <ul style="list-style-type: none"> • EMTC – European Music Therapy Conference (alle 3 Jahre) • International Conference of the International Association for Music & Medicine (alle 2 Jahre) • NMTC – Nordic Conference of Music Therapy (alle 3 Jahre) • WCMT – World Congress of Music Therapy (alle 3 Jahre) |

linikums Ulm, wanderte sie 2009 an das Leopold-Mozart-Zentrum der Universität Augsburg und wird heute von Susanne Metzner und Hans Ulrich Schmidt geleitet. Im Rahmen eines Schwerpunktthemas werden neben interdisziplinär besetzten Fachvorträgen auch laufende Forschungsprojekte (aus Diplomarbeiten, Masterthesen und Dissertationen) in einem „Laboratorium“ moderiert und zur Diskussion gestellt. Ein ähnliches Format zur Vorstellung und Diskussion laufender oder abgeschlossener Master- und Dissertationsprojekte bietet die am Institut für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Theater Hamburg beheimatete musiktherapeutische Forschungswerkstatt. Weitere regelmäßige Veranstaltungen sind in > Tab. 11.3 ersichtlich.

11.1.4 Überblick zur Forschungs- und Evidenzlage in der Musiktherapie

Während Grawe et al. (1994) in ihrer Übersichtsarbeit noch einen massiven Mangel an wissenschaftlichen Publikationen aus der Musiktherapie anführten, wuchs die Zahl der publizierten Musiktherapie-Originalartikel bis zum Jahr 2005 auf 3012 an (Argstatter et al. 2007). Die umfassende Recherche von Argstatter et al. in einschlägigen Literaturdatenbanken (Psyndex, PsychInfo, MedLine; Stichwort „music therapy“) wurde für diesen Beitrag weitergeführt und aktualisiert: In den vergangenen Jahren ist in der Musiktherapie – ähnlich wie in anderen Wissenschaftsbereichen – ein deutlicher Anstieg des Publikationsoutputs zu verzeichnen (> Abb. 11.2).

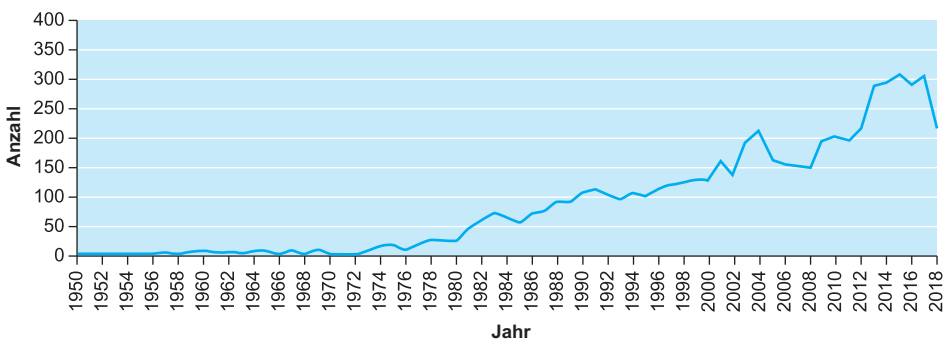


Abb. 11.2 Gesamtanzahl musiktherapeutischer Publikationen pro Jahr 1950–2018; adaptiert und aktualisiert basierend auf Argstatter et al. 2007 (Quellen: Psyndex, PsychInfo, MedLine) [T1042/L231]

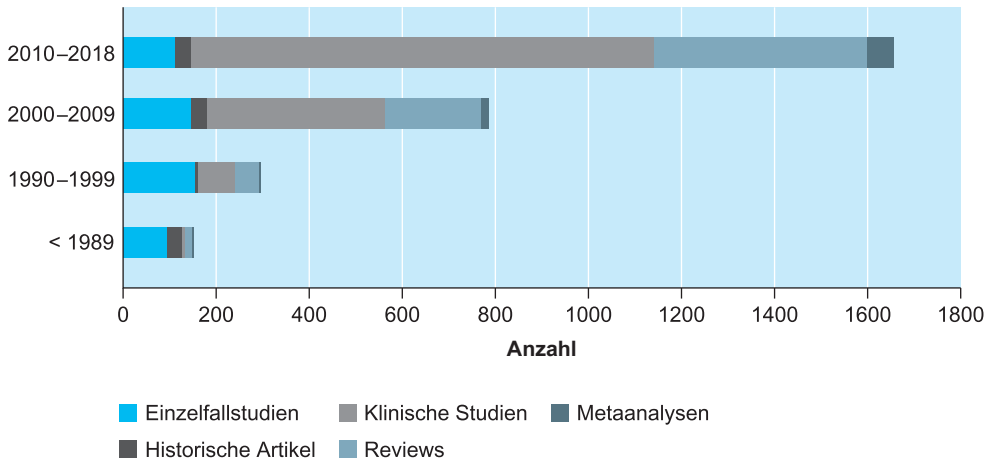


Abb. 11.3 Ausgewählte Publikationstypen im zeitlichen Überblick 1900–2018; adaptiert und aktualisiert basierend auf Argstatter et al. 2007 (Quellen: Psyn dex, PsychInfo, MedLine) [T1042/L231]

Betrachtet man die Entwicklung des wissenschaftlichen Outputs in Hinblick auf fünf unterschiedliche Publikationstypen (Einzelfallstudie, historische Artikel, klinische Studien inkl. RCTs, Reviews und Metaanalysen), so wird deutlich, dass der Anteil an Einzelfallstudien und historischen Artikeln deutlich zurückgeht, während insbesondere die Publikation von klinischen Studien angestiegen ist (auf 998 zwischen 2010 und 2018). Damit einhergehend hat auch die Zahl der (systematischen) Reviews und Metaanalysen substantiell zugenommen (➤ Abb. 11.3).

Aus den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychiatrie und Psychosomatik des Erwachsenenalters wurden ausgewählte Übersichtsarbeiten (Metaanalysen und systematische Reviews) für dieses Buchkapitel recherchiert und zusammengestellt (➤ Tab. 11.4 und ➤ Tab. 11.5).

Eine ausführlichere inhaltliche Beschreibung zum Stand der musiktherapeutischen Forschung für die einzelnen Störungsbilder findet sich in den entsprechenden Kapiteln (ab ➤ Kap. 12).

11.1.5 Fazit und Ausblick: „More and better research is needed“

Dass mehr und qualitativ bessere Forschung notwendig ist, ist fast schon zu einem Stehsatz am Ende

von Forschungsartikeln geworden – nicht nur in der Musiktherapie. So richtig diese Forderung auch ist, so bedarf es diesbezüglich einer Differenzierung, denn die Maxime „viel hilft viel“ ist auch in der Medizin meistens falsch!

Die Berufsgruppe der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten ist im „Konzert“ der Gesundheitsberufe verhältnismäßig klein: In einer aktuellen Berufsgruppenumfrage in Österreich waren zum Zeitpunkt der Erhebung (Oktober 2018) 405 Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten berufsberechtigt. Die 299 Personen, die an der Umfrage teilnahmen (Rücklaufquote: 73,8%), verteilen sich auf insgesamt 380 Arbeitsstellen, davon sind jedoch lediglich 8,7% (entspricht 33 Arbeitsstellen) im Bereich Lehre und Forschung angesiedelt (Phan Quoc et al., im Druck).

Demgegenüber gibt es in Österreich 46.337 Ärztinnen und Ärzte (ÖÄK 2019), davon allein 5.494 an Universitätskliniken beschäftigt.

Gerade im Hinblick auf die Begrenzung der Forschungsaktivitäten, die sich allein aus dieser verhältnismäßig kleinen Zahl von Forschenden in der Musiktherapie ergibt, bedarf es zum einen einer Konzentration der Kräfte auf klinisch und berufspolitisch relevante Themen. Zum anderen ist ein Zusammenschluss zu Forschungsnetzwerken zielführend, um nach Möglichkeit Synergien zu nutzen, z.B. um höhere Fallzahlen in klinischen Studien zu generieren.

Tab. 11.4 Musiktherapeutische Übersichtsarbeiten im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie

| Störungsbilder | Ausgewählte Studien | Metaanalyse (MA) oder Systematischer Review (SR) (Anzahl der inkludierten Studien) |
|---|---|--|
| Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) | Maloy und Peterson 2014 (Psychomusicology: Music, Mind, and Brain) | MA (n = 5) |
| Zentrale Befunde: Bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS zeigen sich durch musikalische Interventionen geringfügige Verbesserungen in der Bewältigung von Aufgaben (z. B. richtiges Lösen von Mathematikaufgaben, Genauigkeit). | | |
| Angststörungen/emotionale Störungen | Geipel et al. 2018 (Journal of Affective Disorders) | MA (n = 5) |
| Zentrale Befunde: Es ergeben sich Hinweise darauf, dass musikbasierte Interventionen den Schweregrad internalisierender Symptome vermindern können. | | |
| Autismus-Spektrum-Störungen (ASD) | Geretsegger et al. 2014 (Cochrane Database of Systematic Reviews) | MA (n = 10) |
| Zentrale Befunde: Musiktherapie kann bei Kindern mit ASD zur Verbesserung von sozialer Interaktion, verbaler Kommunikation, initiativem Verhalten sowie sozial-emotionaler Reziprozität führen. | | |
| Musiktherapie mit Familien | Bieleninik et al. 2016 (Pediatrics) | MA (n = 14) |
| Zentrale Befunde: Für den Bereich der Neonatologie gibt es hinreichend Evidenz, um einen großen begünstigenden Effekt von Musiktherapie auf die Respirationsrate des Kindes und mütterliche Angst zu belegen. | | |
| Sonstige | Argstatter et al. 2007 (Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin) | SR (10 MA + 4 Reviews) |
| | Zentrale Befunde: Argstatter et al. kommen zu folgendem Schluss: „Je spezifischer die untersuchten Krankheitsbilder waren, desto höher fielen die Effektstärken aus. Besonders bei umschriebenen Störungen des Kindes- und Jugendalters (Autismus, Neonatologie, Psychopathologien) [...] konnten gute Effekte nachgewiesen werden.“ (S. 56) | |
| | Pešek 2007 (Musiktherapeutische Umschau) | MA (n = 125*) |
| Zentrale Befunde: Obwohl nur relativ wenige Musiktherapiestudien aus dem Kinder- und Jugendbereich verfügbar waren (nur 22 von 125 Studien insgesamt), zeigten sich vielversprechende Ergebnisse mit einer Effektstärke von 0.82 über alle Studien (= großer Effekt), die damit auch höher sind als die vergleichbaren Zahlen von Musiktherapie im Erwachsenenalter. | | |
| * 22 Studien davon beziehen sich auf Kinder bis 18 Jahre. | | |

Tab. 11.5 Musiktherapeutische Übersichtsarbeiten im Bereich Erwachsenenpsychiatrie und -psychosomatik

| Störungsbilder | Ausgewählte Studien | Metaanalyse (MA) oder Systematischer Review (SR) (Anzahl der inkludierten Studien) |
|--|---|--|
| Psychosen (Schizophrenie) | Geretsegger et al. 2017 (Cochrane Database of Systematic Reviews) | MA (n = 18) |
| Zentrale Befunde: Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass Musiktherapie als Ergänzung zur Standardversorgung den Allgemeinzustand, den mentalen Status (inkl. negativer und allgemeiner Symptome), soziale Funktionen sowie die Lebensqualität von Menschen mit Schizophrenie oder schizophreniformen Störungen verbessert. Die methodologische Qualität der inkludierten Studien wurde als mittel bis niedrig eingestuft. | | |
| Demenz | Van der Steen et al. 2017 (Cochrane Database of Systematic Reviews) | MA (n = 17) |

Tab. 11.5 Musiktherapeutische Übersichtsarbeiten im Bereich Erwachsenenpsychiatrie und -psychosomatik (Forts.)

| Störungsbilder | Ausgewählte Studien | Metaanalyse (MA) oder Systematischer Review (SR) (Anzahl der inkludierten Studien) |
|---|--|--|
| Zentrale Befunde: Es ergeben sich Hinweise auf die Reduktion depressiver Symptome und die Verbesserung allgemeiner Verhaltensprobleme nach mindestens fünf Einheiten musikbasierter therapeutischer Intervention. Diese können auch das emotionale Wohlbefinden und die Lebensqualität erhöhen und Ängste reduzieren, jedoch zeigen sich keine Auswirkungen auf Agitation, Aggression oder Kognition. Unklar bleiben die Auswirkungen auf das Sozialverhalten und Langzeitwirkungen. | | |
| Affektive Störungen | Aalbers et al. 2017 (Cochrane Database of Systematic Reviews) | MA (n = 9) |
| Zentrale Befunde: Musiktherapie als zusätzliche Intervention bringt – im Vergleich zur Standardtherapie – kurzfristig vorteilhafte Auswirkungen für Menschen mit Depression: Verbesserung depressiver Symptome, Verringerung von Angstzuständen, Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus. | | |
| Suchtstörungen | Hohmann et al. 2017 (PLoS ONE) | SR (n = 39) |
| Zentrale Befunde: Es zeigen sich positive Effekte von Musiktherapie/musikbasierten Interventionen auf emotionale und motivationale Outcomes, Partizipation, Kontrollüberzeugung sowie das Annehmen von Hilfestellungen; die Ergebnisse waren jedoch uneinheitlich. | | |
| Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) | Baker et al. 2017 (Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy) | SR (n = 7) |
| Zentrale Befunde: Die Qualität der Studien aus Musiktherapie, Kunsttherapie und Dramatherapie wurde als niedrig bis sehr niedrig eingestuft, weswegen keine generalisierbaren Aussagen zur Effektivität getroffen werden können. Für Tanz-/Bewegungstherapie lagen keine Studien vor. | | |
| Schmerz | Lee 2016 (Journal of Music Therapy) | MA (n = 97) |
| | Zentrale Befunde: Musikbasierte Interventionen bewähren sich als effektiver komplementärer Ansatz zur Linderung von akuten und chronischen sowie durch medizinische Interventionen verursachten Schmerzen im medizinischen Setting. | |
| | Garza-Villarreal et al. 2017 (Pain Physician) | SR + MA (n = 14) |
| Zentrale Befunde: Es wurde eine Reduktion chronischer Schmerzen und depressiver Symptome durch Musik festgestellt, insbesondere dann, wenn die Patienten und Patientinnen die Musik selbst ausgewählt hatten. | | |
| Schlafstörungen | Jespersen et al. 2015 (Cochrane Database of Systematic Reviews) | MA (n = 6) |
| | Zentrale Befunde: Es ergeben sich Hinweise auf die Möglichkeit zur Verbesserung der subjektiven Schlafqualität bei Erwachsenen mit Schlaflosigkeitssymptomen durch Musik. Die Intervention ist sicher und einfach handhabbar. | |
| | Feng et al. 2018 (International Journal of Nursing Studies) | SR + MA (n = 20) |
| | Zentrale Befunde: Erwachsene mit primärer Insomnie scheinen von musikbasierten Interventionen, insbesondere von Musikhören und musikinduzierter Entspannung, deutlich zu profitieren. | |
| Stress/Burnout | Martin et al. 2018 (Behavioral Sciences) | SR (n = 37*) *davon 20 MT-Studien |
| Zentrale Befunde: Insgesamt weisen die Studien zur Wirksamkeit künstlerischer Therapien bei Stress eine hohe methodologische Qualität auf, die insbesondere auf die musiktherapeutischen Studien zurückzuführen ist. Musiktherapie oder musikbasierte Interventionen führten in 16 von 20 Studien zu einer Reduktion von Stress und Angst. | | |
| Forensik | Chen et al. 2016 (Journal of Experimental Criminology) | SR + MA (n = 5) |
| Zentrale Befunde: Musiktherapie erwies sich als wirksam hinsichtlich der Förderung von Selbstwertgefühl und sozialen Funktionen von Straftätern. Die Auswirkungen auf Angstzustände und Depressionen waren von der Anzahl der Sitzungen abhängig. Es wurden keine signifikanten Effekte hinsichtlich des Verhaltensmanagements oder zwischen verschiedenen musiktherapeutischen Ansätzen gefunden. | | |

Typische Kritikpunkte an musiktherapeutischen Studien im Rahmen von Peer-Review oder anderen Begutachtungsverfahren sind:

- Zu geringe Fallzahlen
- Keine standardisierten oder ausreichend detailliert beschriebenen Interventionen
- Klinisch nicht relevante bzw. unpräzise formulierte Endpunkte
- Keine (geeigneten) Kontrollbedingungen (z. B. Placebo-Bedingungen nicht möglich)
- Ergebnisse häufig nur für kurzzeitige Effekte (fehlende Longitudinalstudien)
- Fehlende Angaben zur Kosteneffizienz
- Heterogene Berufssituation (Deutschland)

Für zukünftige Studien ist es wesentlich, sich schon bei der Konzeption und Planung mit den oben genannten Kritikpunkten auseinanderzusetzen und Forschungsdesigns zu entwickeln, mit denen diesen Limitationen begegnet werden kann. Vor dem Hintergrund dieser Herausforderungen beschreiben Gold und Stegemann (2018) drei generelle Trends, die in der musiktherapeutischen Forschungslandschaft zu beobachten sind (S. 138 f.):

1. Kollaborative Forschung
2. Mixed-Methods-Forschung
3. Randomisierte Studien von nicht behavioraler Musiktherapie

Kollaborative Forschung ist – wie oben bereits beschrieben – nicht nur im Hinblick auf begrenzte Ressourcen ein Gebot der Stunde, sondern auch im Hinblick auf die Breite der Forschungsmethoden, die weder von einzelnen Personen noch von einzelnen Institutionen abgedeckt werden kann. Auch im Trend zur **Mixed-Methods-Forschung** (vgl. Mössler 2011) spiegelt sich die Notwendigkeit wider, verschiedene methodische Ansätze – dem Forschungsgegenstand angemessen – miteinander zu kombinieren. Vor dem Hintergrund der ökonomischen Entwicklungen im Gesundheitswesen kommt dem Wirksamkeitsnachweis von therapeutischen Maßnahmen eine zunehmende Bedeutung zu. Daher ist es auch für die Musiktherapie unverzichtbar, Wirksamkeitsstudien durchzuführen. Wie > Abb. 11.3 sowie > Tab. 11.4 und > Tab. 11.5 zu entnehmen ist, kann die Musiktherapie mittlerweile eine Reihe von Metaanalysen und systematischen Reviews vorweisen, deren Limitation aber immer wieder

die relativ niedrige Zahl von inkludierten Studien bzw. kleine Stichproben sind. Daher bedarf es insbesondere mehr **randomisierter kontrollierter Studien von nicht behavioraler Musiktherapie** (also z. B. psychodynamisch orientierter Musiktherapie), die die Musiktherapiepraxis z. B. im deutschsprachigen Raum besser abbilden.

Ein weiterer Schwerpunkt sollte auch auf der Erforschung spezifischer Wirkfaktoren der Musiktherapie liegen, da dies auch unter berufspolitischer Perspektive unbedingt wünschenswert ist. So ist nicht zuletzt die Frage kassenrechtlicher Zulassung eng mit der Frage möglicher spezifischer Wirkfaktoren verbunden.

Zusammenfassend lässt sich jedoch sagen, dass sich die musiktherapeutische Forschung v. a. in den letzten zwei Dekaden auf einen vielversprechenden Weg gemacht hat.

Acknowledgements: Dank geht an Heike Argstatter, die die Primärdaten zu > Abb. 11.2 und > Abb. 11.3 zur Verfügung gestellt hat. Wir danken zudem den Wiener Musiktherapie-Studierenden Miriam Adolf, Jonas Becker, Janine Gimpl, Georg Haider, Stefanie Hörmanseder, Friederike Kinne, Viola Thies für die Mithilfe bei der Aktualisierung der > Abb. 11.2 und > Abb. 11.3 zugrunde liegenden Daten. Monika Geretsegger danken wir für die kritischen Rückmeldungen zum Manuskript.

LITERATUR

- Aalbers S, Fusar-Poli L, Freeman RE et al. Music therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; Issue 11. Art. No.: CD004517. DOI: 10.1002/14651858.CD004517.pub3.
- Argstatter H, Hillecke T, Bradt J, Dileo C. Der Stand der Wirksamkeitsforschung – ein systematischer Review musiktherapeutischer Meta-Analysen. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 2007; 28: 39–61.
- Baker F, Metcalf O, Varker T, O'Donnell M. A Systematic review of the efficacy of creative arts therapies in the treatment of adults with PTSD. *Psychol Trauma* 2017; 10: 643–651.
- Bieleninik L, Ghetti C, Gold C. Music therapy for preterm infants and their parents: a meta-analysis. *Pediatrics* 2016; 138. DOI: 10.1542/peds.2016–097.
- Bundesministerium für Gesundheit. Bundesgesetz über die berufsmäßige Ausübung der Musiktherapie (Musiktherapiegesetz – MuthG). 2009. www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20005868 (letzter Zugriff 21.05.2019).

- Chen XJ, Leith H, Aaro LE, Manger T, Gold C. Music therapy for improving mental health problems of offenders in correctional settings: systematic review and meta-analysis. *J Exp Criminol* 2016; 12: 209–228. DOI: 10.1007/s11292-015-9250-y.
- Danner B, Oberegelsbacher D. Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren der Musiktherapie. *Katamnestiche Erhebungen an psychosomatischen Patienten einer psychiatrischen Klinik. Nervenheilkunde* 2001; 8: 434–441.
- Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft, DMtG. Definition. 2019. www.musiktherapie.de/musiktherapie/definition.html (letzter Zugriff 21.05.2019).
- Feng F, Zhang Y, Hou J et al. Can music improve sleep quality in adults with primary insomnia? A systematic review and network meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2018; 77: 189–196.
- Garza-Villarreal EA, Pando V, Vuust P, Parsons C. Music-induced analgesia in chronic pain conditions: a systematic review and meta-analysis. *Pain Physician* 2017; 20: 597–610.
- Geipel J, Koenig J, Hillecke T K, Resch F, Kaess M. Music-based interventions to reduce internalizing symptoms in children and adolescents: a meta-analysis. *J Affect Disord* 2018; 225: 647–656.
- Geretsegger M, Elefant C, Mössler KA, Gold C. Music therapy for people with autism spectrum disorder (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2014; Issue 6. Art. No.: CD004381. DOI: 10.1002/14651858.CD004381.pub3.
- Geretsegger M, Mössler KA, Bieleninik, Chen XJ, Heldal TO, Gold C. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2017; Issue 5. Art. No.: CD004025. DOI: 10.1002/14651858.CD004025.pub4.
- Gold C, Stegemann T. Musiktherapeutische Forschung – Methoden und aktuelle Entwicklungen. In: Stegemann T, Fitzthum E (Hrsg.): *Kurzlehrbuch Musiktherapie Teil I: Wiener Ringvorlesung Musiktherapie – Grundlagen und Anwendungsfelder*. 2. Aufl. Wien: Praesens 2018; 121–144.
- Grawe K, Donati R, Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe; 1994.
- Hegi F. *Übergänge zwischen Sprache und Musik. Die Wirkungskomponenten der Musiktherapie*. Paderborn: Junfermann; 1998.
- Hillecke TK, Wilker FW. Ein heuristisches Wirkfaktorenmodell der Musiktherapie. In *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 2007; 28: 62–85.
- Hoffmann S, Zimmer L, Bahlmann K, Haas K, Schmidt U. Bericht zum Stand der Neukartierung kleiner Fächer im Projekt. Erfahrungsaustausch, Vernetzung und Förderung der Sichtbarkeit kleiner Fächer. 2018. www.fvwg.de/Bericht_Neukartierung_2018.pdf (letzter Zugriff 21.5.2019).
- Hohmann L, Bradt J, Stegemann T, Koelsch S. Effects of music therapy and music-based interventions in the treatment of substance use disorders: a systematic review. *PLoS ONE* 2017; 12. e0187363. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187363> (letzter Zugriff 21.05.2019).
- Jespersen KV, Koenig J, Jennum P, Vuust P. Music for insomnia in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; Issue 8. Art. No.: CD010459. DOI: 10.1002/14651858.CD010459.pub2.
- Lechner D, Benker R, Diesing R. *Untersuchungsinstrumente und Testverfahren in musiktherapeutischen Studien mit Kindern und Jugendlichen (in Vorbereitung)*.
- Lee JH. The effects of music on pain: a meta-analysis. *J Music Ther* 2016; 53: 430–477.
- Martin L, Oepen R, Bauer K et al. Creative arts interventions for stress management and prevention-a systematic review. *Behav Sci* 2018; 8: 28. DOI: [org/10.3390/bs8020028](https://doi.org/10.3390/bs8020028).
- Maloy M, Peterson R. A meta-analysis of the effectiveness of music interventions for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychomusic Music Mind Brain* 2015; 24: 328–339.
- Moreau v D, Koenig J. Musiktherapie messbar machen. *Entwicklung und Evaluation der Musiktherapeutischen Ausdrucks- und Kommunikationsskala (MAKS)*. *Musiktherapeutische Umschau* 2013; 34: 23–36.
- Mössler K. *Mixed Methods Forschung am Beispiel musiktherapeutischer Forschungsarbeiten*. In: Illner J, Smetana M (Hrsg.): *Wiener Beiträge zur Musiktherapie*, Bd. 9. Wien: Praesens 2011; 153–160.
- Österreichische Ärztekammer. *Ärzttestatistik* 2018. 2019. www.aerztekammer.at/documents/20152/124736/OeAeK+Aerztestatistik_2018.pdf/a7504601-fae6-938d-368d-1dc224bb8118 (letzter Zugriff 21.05.2019).
- Pešek U. Musiktherapie-wirkung – eine Meta-Analyse. *Musiktherapeutische Umschau* 2007; 28: 110–135.
- Phan Quoc E, Riedl H, Smetana M, Stegemann T. *Zur beruflichen Situation von MusiktherapeutInnen in Österreich: Ergebnisse einer Online-Umfrage (im Druck)*.
- Schlagwortverzeichnis zur österreichischen Systematik der Wissenschaftszweige. 2015. www.fwf.ac.at/fileadmin/files/Dokumente/Antragstellung/wiss-disz-201507.pdf (letzter Zugriff 21.05.2019).
- Schmidt HU. Musiktherapieforschung – Ausgewählte Aspekte in einem Überblick. In: Illner J, Smetana M (Hrsg.): *Wiener Schule der differenziellen klinischen Musiktherapie – ein Update*. *Wiener Beiträge zur Musiktherapie*, Bd. 9. Wien: Praesens 2011; 131–138.
- Schumacher K, Calvet C, Reimer S. *Das EBQ-Instrument und seine entwicklungspsychologischen Grundlagen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2013.
- Stegemann T, Riedl H, Körber A, Evers-Grewe B. *Musiktherapie in Medizinischen Leitlinien – Eine systematische Literaturrecherche der AWMF-Leitlinien (in Vorbereitung)*.
- van der Steen JT, van Soest-Poortvliet MC, van der Wouden JC, Bruinsma MS, Scholten RJPM, Vink AC. Music-based therapeutic interventions for people with dementia (Review). *Cochrane Database of Syst Rev* 2017; Issue 5. Art. No.: CD003477. DOI: 10.1002/14651858.CD003477.pub3.

11.2 Musiktherapeutische Forschungsinstrumente

Thomas Wosch

11.2.1 Überblick über musiktherapeutische Forschungsinstrumente

Einen Gesamtüberblick musiktherapeutischer Forschungsinstrumente gibt die dritte Auflage von **Music Therapy Research**, herausgegeben von Barbara Wheeler und Kathleen Murphy (Wheeler und Murphy 2016). Dort sind Forschungsinstrumente in insgesamt 41 Forschungsdesigns in den Kapiteln sechs bis acht zu finden. Teilweise beinhalten diese Forschungsdesigns jeweils eine Vielzahl einzelner Forschungsinstrumente, was allein bei den Mikroanalysen 31 verschiedene Methoden mit jeweils mindestens einem Forschungsinstrument umfasst (Wosch und Erkkilä 2016, Trondalen und Wosch 2016). Das verdeutlicht die mittlerweile existierende relativ große Anzahl musiktherapeutischer Forschungsinstrumente. Für die Musiktherapie bei psychiatrischen und psychosomatischen Störungen wird im Folgenden ein kleiner Ausschnitt verschiedener Forschungsinstrumenten-Typen anhand von Beispielen kurz dargestellt, abschließend werden Quellen für die Suche von Forschungsinstrumenten genannt.

11.2.2 Fragebogen, Diagnostik und Symptomatik

Der Einsatz von psychologischen Fragebogen in der Psychiatrie und Psychosomatik ist weit verbreitet und üblich, sowohl in der Wirkungsforschung als auch in der klinischen Diagnostik. Mit großen Forschergruppen und über mehrere Jahre wird jeder Fragebogen entwickelt und validiert, damit er eindeutig und zuverlässig die mit ihm gemessenen psychischen Störungen und Symptome bestimmt. Ein Beispiel für die musiktherapeutische Wirkungsforschung ist in der finnischen Studie zu Musiktherapie in der ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit Major Depression von Erkkilä et al. (2011) der Fragebogen Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) (Montgomery

und Asberg 1979). Die MADRS besteht aus zehn Fragen zu depressiven Symptomen wie z. B. sichtbare Traurigkeit, innere Anspannung und Suizidgedanken (Montgomery und Asberg 1979), die auf einer Skala von 0 bis 6 in Fremdbeurteilung bewertet werden. Das bedeutet, dass eine Fachkraft den Klienten in den zehn Fragen beurteilt. Mit dem Ergebnis kann sogar unterschieden werden, ob es sich um keine, eine leichte, eine mittlere oder eine schwere depressive Episode handelt (Montgomery und Asberg 1979). Mit der MADRS kann somit die psychische Störung einer depressiven Episode gemessen werden. In der finnischen Studie zeigte die MADRS signifikante Unterschiede zwischen der dort eingesetzten Einzelmusiktherapie mit Standardbehandlung als bessere Behandlung im Vergleich zur Standardbehandlung ohne Einzelmusiktherapie sowie eine Reduktion der Depression von einer mittleren depressiven Episode auf eine leichte depressive Episode, wobei die Standardabweichung der Klienten mit Einzelmusiktherapie sogar den Bereich von keiner depressiven Episode erreichte (Erkkilä et al. 2011). Bei anderen psychischen Störungen wie der Demenz, bei der keine deutliche Verbesserung erwartet wird (also keine komplette Remission der Störung), werden die Messung einzelner Symptome und deren Reduktion wichtig. Ein Beispiel dafür ist die Skala Behavioral Symptomatology in Alzheimers Disease (BEHAVE-AD), die auch ein Fragebogen zur Fremdbeurteilung ist, der 25 Verhaltenssymptome zu Agitation, Aggression, affektiven und psychotischen Symptomen sowie Tagesrhythmus bei Alzheimer-Demenz misst (Reisberg u. a. 1987). In ihrer Metaanalyse zu Musiktherapie für Menschen mit Demenz ermitteln Zhang und Kollegen (Zhang et al. 2017), dass mit der BEHAVE-AD-Skala in ihren eingeschlossenen Untersuchungen eine signifikante Reduktion von Agitation und Aggression (bzw. herausforderndes Verhalten) durch Musiktherapie bei Demenz gemessen wurde (Zhang et al. 2017). In diesem Fall wurde die erfolgreiche Bearbeitung eines Verhaltenssymptoms der Alzheimer-Demenz gemessen. Im Fragebogen werden Forschungsinstrumente der klinischen Psychologie verwendet, um die psychiatrisch klar definierte Störung oder einzelne ihrer klar definierten Symptome des Klienten zu messen und die Veränderung dieser Störung oder Symptome in der Wirkungs-

forschung musiktherapeutischer Interventionen zu untersuchen.

11.2.3 Neurowissenschaftliche und physiologische Forschungsinstrumente

Die Messung mit bildgebenden Verfahren des Nervensystems, wie z. B. Elektroenzephalografie (EEG) und Kernspintomografie (MRT), sowie physiologische Messungen, wie z. B. kardiologische Messungen, werden in der Medizin und Neuropsychologie sowohl zur Diagnostik als auch zur Wirkungs-, aber auch Grundlagenforschung eingesetzt. Im Rahmen der Musiktherapie in der Psychiatrie und Psychosomatik werden hier das EEG in der musiktherapeutischen Grundlagenforschung zur Musiktherapie bei Major Depression und die Puls-messung in der Wirkungs- und Prozessforschung der Einzelmusiktherapie für Menschen mit Demenz ausgewählt:

„Das Ruhe-EEG ist ein Indikator für funktionale Veränderungen des Gehirns und wird in der Psychiatrie für Monitoring und Taxierung von Medikamenten eingesetzt ...“ (Fachner und Wosch 2016, S. 13). Somit kann das EEG mit seiner Bildgebung der Gehirnaktivitäten auch als „Biomarker für klinische Veränderungen genutzt“ (Fachner und Wosch 2016, S. 13) werden. Hier wurde die Bearbeitung frontaler Asymmetrie als Biomarker erfolgreicher Depressionsbehandlung bei der Untersuchung von Einzelmusiktherapie für Erwachsene mit Major Depression erwartet (Fachner et al. 2013), was aber durch das Forschungsinstrument nicht bestätigt wurde. „Jedoch fand sich keine Verschiebung nach links, sondern an den homologen F7-F8-Asymmetrien mehr relative rechts-frontotemporale Aktivitäten, welche auf Änderungen im Inferioren Frontalen und Orbito-Frontalen Gyrus und der motorischen Broca-Region hinweisen“ (Fachner und Wosch 2016, S. 15). In dieser Grundlagenforschung wurde keine Bearbeitung der Asymmetrie zwischen Unterfunktion in den links-frontotemporalen Aktivitäten gegenüber den höheren rechts-frontotemporalen Aktivitäten bei Depression gemessen, sondern eine Steigerung der rechts-frontotemporalen Aktivitäten. Dies führt zu Konsequenzen für

Musiktherapieprozesse in der Behandlung von Depression (Fachner und Wosch 2016, Metzner und Busch 2015).

Die physiologische Messung von Beruhigung in der Bearbeitung des Symptoms Agitation in der Einzelmusiktherapie für Menschen mit Demenz wurde mit Pulsfrequenzmessung von Ridder untersucht (Ridder 2011). In ihrer Studie konnte Ridder eine signifikante Reduktion der Pulsfrequenz der von ihr untersuchten Klienten nach 20 Sitzungen Einzelmusiktherapie messen sowie auch fortlaufend in den Sitzungen die Steigerung und Reduktion der Frequenz innerhalb jeder einzelnen Intervention (Ridder 2007). Am Beispiel des Symptoms Agitation kann sowohl mit einer Fragebogenerhebung als auch mit der Pulsfrequenzmessung die Symptombearbeitung untersucht werden. Neben den oben genannten Fragebogenerhebungen zur Musiktherapie bei Demenz zur erfolgreichen Bearbeitung von Agitation kann auch das physiologische Forschungsinstrument der Pulsmessung dies bestätigen. Die bildgebenden Verfahren und physiologischen Forschungsinstrumente können hoch differenziert komplexe oder einzelne psychophysiologische Funktionen des Klienten in der Wirkungs-, Grundlagen- und Prozessforschung musiktherapeutischer Interventionen messen.

11.2.4 Musiktherapeutische Video-, Stimm- und Musikanalysen

In der musiktherapeutischen Forschung wurden von Anfang an neben den oben genannten wichtigen Forschungsinstrumenten auch Instrumente entwickelt, die die möglichen spezifischen Wirkfaktoren der Musiktherapie untersuchen. Insbesondere in den letzten fünf Jahren nimmt dabei die Entwicklung von Forschungsinstrumenten zu, die auch diagnostisch eingesetzt werden können. Zwei Beispiele dafür sind das **Assessment of Parent-Child Interaction (APCI)** von Jacobsen (Jacobsen 2012) und das **Voice Assessment Profile (VOIAS)** von Storm (Storm 2013). Das APCI wird insbesondere bei emotionalen Störungen von Kindern eingesetzt. Es ist eine Videoanalyse, in der nach einem Protokoll zur musiktherapeutischen Improvisation zwischen Eltern und Kind die Eltern-Kind-Interaktion sowie

Elternkompetenzen gegenseitiger Abstimmung, nonverbaler Kommunikation, Bindung und emotionaler Reaktion bewertet werden. Die Validität wurde mit Forschungsinstrumenten der klinischen Psychologie geprüft.

In VOIAS werden nach einem Protokoll Stimmübungen vom Klienten durchgeführt und diese mit Software (MIR, PRAAT) z. B. in Spektrum und Tonhöhenkontur in Graphen dargestellt und hinsichtlich der dort gefundenen Muster bei Depression (Erwachsene) bewertet. Dies sind nur zwei Beispiele für Forschungsinstrumente, die auf der einen Seite musikalische Parameter bei psychiatrischen und psychosomatischen Störungen operationalisieren und systematisieren, deren Ergebnisse auf der anderen Seite als Diagnostikinstrumente sowohl für die klinische Praxis als auch für Wirkungs- und die Prozessforschung musiktherapeutischer Interventionen eingesetzt werden können.

Die längste Tradition in der europäischen Musiktherapie in Psychiatrie und Psychosomatik haben qualitative Einzelfallstudien bzw. **Interpretivist Research** mit ihren Forschungsinstrumenten. Ein aktuelles Beispiel dafür ist die **Phenomenological Microanalysis of Improvisation** von Trondalen (Trondalen und Wosch 2016, S. 591–595). Sehr komplex wird hier in neun Schritten die Improvisation des Klienten im Kontext seiner Biografie inkl. musikalischer Biografie und mehreren Ebenen des Hörens der Improvisation durch den Forscher hinsichtlich der Musikgestalt der Improvisation, des Körperhörens (physisch-emotionales Berührtsein), des strukturellen Hörens der gestalteten Zeit der Improvisation, der verbalen Reflexion des Klienten zur Improvisation, des symbolischen Hörens und des Identifizierens von Momenten der Veränderung in der Improvisation zu einer Gesamtmatrix geführt; aus deren Diskussion werden die erreichbaren Veränderungen für den einzelnen Klienten geschlussfolgert und erkannt. Sehr umfassend werden hier Grundprozesse musiktherapeutischer Interventionen mit diesem komplexen Forschungsinstrument untersucht und erkannt. Forschungsinstrumente wie musiktherapeutische Video-, Stimm- und Musikanalyse können die spezifischen Kategorien musiktherapeutischer Interventionen, die andere therapeutische Interventionen in Psychiatrie und Psychosomatik nicht einsetzen, in

Grundlagen-, Wirkungs- und Prozessforschung musiktherapeutischer Interventionen erforschen.

11.2.5 Quellen

Die hier kurz dargestellten Beispiele musiktherapeutischer Forschungsinstrumente geben einen ersten kurzen Überblick zu deren verschiedenen Typen. Zu den Fragebogen ist ein Komplettüberblick bei der Testzentrale Göttingen zu finden, auch mit möglicher Stichwortsuche (www.testzentrale.de). Deren Einsatz ist nur mit einem Psychologen oder einem Psychiater, in medizinischen oder Hochschulinstitutionen möglich. Der Einsatz von bildgebenden Verfahren des Nervensystems und von physiologischen Messungen ist interdisziplinär mit Medizinern und Neuropsychologen oder entsprechenden Forschungszentren zu entwickeln und durchzuführen. In der Musiktherapie gibt es dazu im **Cambridge Institute for Music Therapy Research** den eigenen Bereich **Music and the brain**. Weitere Forschungszentren zu Musik und Gehirn sind z. B. das **Swiss Center for Affective Sciences** in Genf, die **Brain and Music Group** der Universität Bergen und das **International Laboratory for Brain, Music, and Sound Research** in Montreal. Ideal ist in diesem Bereich die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Medizinern, Neuropsychologen und Musiktherapeuten. Für einen Gesamtüberblick über die zuletzt genannten musiktherapeutischen Forschungsinstrumente werden das oben genannte **Music-Therapy-Research-Buch** (Wheeler und Murphy 2016) empfohlen, in dem aber auch beide zuvor genannten Forschungsinstrumenten-Typen mit zu finden sind, des Weiteren die wachsende Datenbank des **International Music Therapy Assessment Consortium** (www.musictherapy.aau.dk/imtac) und das **Microanalysis-Buch**, in dessen Schlusskapitel in Tabellen und Entscheidungsbäumen Forschungsinstrumente Forschungsfragen zugeordnet werden (Wigram und Wosch 2007).

LITERATUR

- Erkkilä J et al. Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. *The Br J Psychiatry* 2011; 199(2): 132–139. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.085431.
- Fachner J, Gold C, Erkkilä J. Music therapy modulates fronto-temporal activity in the rest-EEG in depressed clients. *Brain Topogr* 2013; 26(2): 338–354.

- Fachner J, Wosch T. Neurowissenschaftliche Aspekte der Musiktherapie bei affektiven Störungen und Demenz. In: Auhagen W, Bullerjahn C, Georgi R (Hrsg.): *Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Musikpsychologie – Musik und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe 2016; 7–33.
- Jacobsen SL. Music Therapy Assessment and Development of Parental Competences in Families Where Children Have Experienced Emotional Neglect. An Investigation of the Reliability and Validity of the Tool, Assessment of Parenting Competencies (APC). Aalborg University, Aalborg 2012. https://vbn.aau.dk/ws/portalfiles/portal/68298796/42798_jacobsen2012.pdf (letzter Zugriff 25.06.2019).
- Metzner S, Busch V. Musik in der Depressionsbehandlung aus musiktherapeutischer und musikpsychologischer Sicht. In: Bernatzky G, Kreutz G (Hrsg.): *Musik und Medizin. Chancen für Therapie, Prävention und Bildung*. Wien: Springer 2015; 189–218.
- Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979; 134(4): 382–389. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>.
- Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH, Franssen E, Georgotas A. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry* 1987; 48: 9–15.
- Ridder HM. Microanalysis on Selected Video Clips with Focus on Communicative Response in Music Therapy. In: Wosch T, Wigram T (Hrsg.): *Microanalysis in Music Therapy: Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students*. London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers 2007; 54–66.
- Ridder HM. Einzelmusiktherapie bei Demenz: Cueing, Regulierung und Validation. In: Wosch T (Hrsg.): *Musik und Alter in Therapie und Pflege. Grundlagen, Institutionen und Praxis der Musiktherapie im Alter und bei Demenz*. Stuttgart: Kohlhammer 2011; 178–188.
- Storm S. Research into the Development of Voice Assessment in Music Therapy. Aalborg University, Aalborg 2013. <https://vbn.aau.dk/da/publications/research-into-the-development-of-voice-assessment-in-music-therap> (letzter Zugriff 11.07.2019).
- Trondalen G, Wosch T. Microanalysis in Interpretivist Research. In: Wheeler BL, Murphy K (Hrsg.): *Music Therapy Research. Third Edition*. Dallas: Barcelona Publishers 2016; 589–598.
- Wheeler BL, Murphy K (Hrsg.). *Music Therapy Research. Third Edition*. Dallas: Barcelona Publishers; 2016.
- Wigram T, Wosch T. (2007). *Microanalysis in Music Therapy: A Comparison of Different Models and Methods and their Application in Clinical Practice, Research and Teaching Music Therapy*. In: Wosch T, Wigram T (Hrsg.): *Microanalysis in Music Therapy: Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students*. London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers 2007; 298–315.
- Wosch T, Erkkilä J. Microanalysis in Objectivist Research. In: Wheeler BL, Murphy K (Hrsg.). *Music Therapy Research. Third Edition*. Dallas: Barcelona Publishers 2016; 578–588.
- Zhang Y, Cai J, An L, Hui F, Ren T, Ma H, Zhao Q. Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews* 2017; 35: 1–11. DOI: 10.1016/j.arr.2016.12.003.

18 Suchtstörungen

18.1 Medizinische Grundlagen

Tomas Müller-Thomsen

18.1.1 Definition und Klassifikation

In der aktuellen Diskussion wird häufig zwischen stoffgebundenen Süchten wie Alkohol- oder Drogensucht und sogenannten nicht stoffgebundenen Verhaltenssuchten wie Spiel-, Internet- oder gar Sexsucht unterschieden. In älteren Klassifikationssystemen wurde noch zwischen dem Missbrauch oder später in der ICD-10 dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von einer Substanz unterschieden. Nach der aktuellen Klassifikation nach DSM-5 wird allgemein von Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen gesprochen. Die Abstufung erfolgt dann nach leicht, mittel und schwer. Es wird zwischen folgenden Substanzklassen unterschieden:

- Alkohol
- Koffein
- Cannabis
- Halluzinogene
- Inhalantien
- Opioide
- Sedativa, Hypnotika und Anxiolytika
- Stimulanzien
- Tabak
- Andere oder unbekannte Substanzen.

Mit Ausnahme des Glücksspiels sind die Verhaltenssuchte nicht klassifiziert, da bisher die wissenschaftlichen Nachweise fehlen, diese als psychische Störung anzuerkennen.

Bei den Störungen durch psychotrope Substanzen wird hinsichtlich Symptomen und Diagnosen unterschieden, die entweder durch eine Intoxikation, das heißt den Rausch, oder aber durch den Entzug hervorgerufen werden können. Das Störungsspektrum ist von Substanz zu Substanz verschieden, bei

einigen Substanzen wie Alkohol, Inhalantien oder Sedativa bestehen insbesondere neurokognitive Störungen bei längerem Konsum auch nach einer Intoxikations- oder Entzugssymptomatik fort.

Da Alkohol die in westlichen Industrieländern am häufigsten konsumierte Droge ist, wird im Folgenden auf die Alkoholkonsumstörung exemplarisch ausführlich eingegangen.

Diagnostische Kriterien der Alkoholkonsumstörung nach DSM-5 (F10) nach Falkai und Wittchen (2015)

Ein problematisches Muster von Alkoholkonsum führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei mindestens zwei der folgenden Kriterien innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten vorliegen:

1. Alkohol wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt konsumiert.
2. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Alkoholkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.
3. Hoher Zeitaufwand, um Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von seiner Wirkung zu erholen.
4. Starkes Verlangen, Alkohol zu konsumieren.
5. Wiederholter Alkoholkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung gewichtiger Verpflichtung bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt.
6. Fortgesetzter Alkoholkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkung von Alkohol verursacht oder verstärkt werden.
7. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Alkoholkonsums aufgegeben oder eingeschränkt.
8. Wiederholter Alkoholkonsum in Situationen, in denen der Konsum zu einer körperlichen Gefährdung führt.
9. Fortgesetzter Alkoholkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch Alkohol verursacht wurde oder verstärkt wird.
10. Toleranzentwicklung definiert durch eines der folgenden Kriterien:

- a. Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder einen erwünschten Effekt herbeizuführen.
- b. Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetztem Konsum derselben Menge an Alkohol.

11. Entzugssymptome, die durch ein charakteristisches Entzugssyndrom oder einen fortgesetzten Alkoholkonsum, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden, charakterisiert sind.

Bei dem Vorliegen von 2–3 Kriterien liegt eine leichte, bei 4–5 eine mittlere und bei 6 und mehr eine schwere Alkoholkonsumstörung vor.

Einerseits können je nach konsumierter Substanz im Rahmen einer akuten Intoxikation oder auch nach mehr oder weniger langfristigem Konsum psychische Symptome auftreten, die dem Bild einer psychischen Störung entsprechen. Dies wiederum kann durch die Substanz hervorgerufen werden – oder aber durch die Substanz wird eine zugrunde liegende psychische Störung demaskiert.

Andererseits bestehen häufig schon vor einem riskanten oder abhängigen Substanzkonsum psychische Erkrankungen und begünstigen diesen.

18.1.2 Epidemiologie

Weder für die Häufigkeit von Störungen im Zusammenhang mit legalen Substanzen wie Alkohol und Medikamenten noch für Störungen im Zusammenhang mit illegalen Substanzen (Drogen) liegen genaue Zahlen vor. Nach Schätzungen der Bundesregierung (2019) betreiben jedoch rund 7,8 Millionen Menschen zwischen 18 und 64 Jahren einen riskanten Alkoholkonsum, 2,65 Millionen Menschen haben einen problematischen Medikamentenkonsum, das heißt, Medikamente werden über der verschriebenen Menge und Dauer eingenommen. Einen klinisch relevanten Cannabiskonsum betreiben 612.000 Menschen. Das Konsumverhalten ändert sich im Laufe des Lebens, so betreiben Menschen unter 18 Jahren häufig einen riskanten Alkoholkonsum, entwickeln dann aber in späteren Lebensjahren nicht zwangsläufig eine Abhängigkeit. Im Gegensatz zur landläufigen Meinung ist die Prognose hinsichtlich des Alkoholkonsums relativ gut. Viele Menschen schaffen es offenbar, ohne das medizinische oder suchtspezifische Hilfesystem in Anspruch zu nehmen, ihren riskanten oder auch ab-

hängigen Konsum zu beenden. Die Menschen, denen es nicht gelingt, ihren Konsum zu begrenzen oder zu beenden, gelangen häufig erst nach vielen Jahren des abhängigen Konsums in den Kontakt mit dem Hilfesystem. Oft ist das Suchtverhalten selbst auch nicht der Grund hierfür, sondern häufig sind es körperliche oder auch soziale Faktoren. Je nach Untersuchung liegt neben der Suchtkonsumstörung in 40–70% der Fälle zusätzlich eine psychische Erkrankung vor (Kendler 2015). Diese sind in erster Linie Depressionen und Angststörungen, aber auch ausgeprägte Persönlichkeitsstörungen. In der Regel haben diese Erkrankungen bereits vor der Entwicklung einer Sucht bestanden und begünstigen in vielen Fällen deren Entwicklung bzw. Aufrechterhaltung.

18.1.3 Ätiologie und Pathogenese

Der Wunsch nach Rausch und das Herbeiführen von bewusstseinsveränderten Zuständen ist vermutlich so alt wie der Mensch selbst (Spode 1993). In frühen und älteren Kulturen war das Sich-Berauschen an rituelle und oft religiöse Zeremonien gekoppelt. Die Entwicklung einer Abhängigkeit hängt einerseits von der konsumierten Substanz, andererseits auch von genetischen und psychosozialen Faktoren ab. Durch Adoptivstudien ist bekannt, dass die Entstehung einer Alkoholkonsumstörung begünstigt wird einerseits durch eine Alkoholkonsumstörung, Drogengebrauch, psychiatrische Erkrankung und Kriminalität der biologischen, nicht zusammenlebenden Eltern und andererseits durch eine Alkoholkonsumstörung, Drogengebrauch, Kriminalität und vorzeitigen Tod der Adoptiveltern. Genetische und Umweltfaktoren verstärken sich gegenseitig.

Wenig erforscht ist bisher, weshalb einige Menschen, die jahrelang einen regelmäßigen und hohen Alkoholkonsum betreiben, beim Absetzen kaum oder keine Entzugssymptome entwickeln, und andere schon beim Absetzen relativ geringer Mengen eine ausgeprägte Entzugssymptomatik entwickeln oder warum bei dem einen das Blutbildungssystem, dem anderen die Nerven und bei dem Dritten die Leber geschädigt wird.

Als Suchtentstehungs- und -aufrechterhaltungsfaktor auf psychischer Ebene wird eine mangelnde Selbstbelohnungsfähigkeit diskutiert, die wiederum

aus einer fehlenden positiven, frühen Beziehungserfahrung resultiert.

18.1.4 Diagnostik

Weil eine Suchtkonsumstörung einen besseren Verlauf hat, je früher sie erkannt wird, ist ein frühzeitiges Erkennen wichtig. Da ein kritischer oder abhängiger Konsum von den Betroffenen und auch dem Umfeld jedoch häufig aus unterschiedlichen Gründen, in der Regel aber aus Scham, geleugnet oder verharmlost wird, kommt es oft erst zu einer Behandlung, wenn bereits psychische, körperliche oder soziale Schäden aufgetreten sind.

Zum wichtigsten diagnostischen Werkzeug gehört eine behutsame, aber stringente **Anamneseerhebung**. Dies kann nicht deutlich genug betont werden, da immer wieder festzustellen ist, dass eine solche in psychiatrischen und psychotherapeutischen Zusammenhängen nicht unbedingt erhoben wird.

Die meisten Substanzen lassen sich nach akutem Konsum im Blut und/oder Urin nachweisen. Am bekanntesten ist die Bestimmung des Blutalkohols im Rahmen von Verkehrskontrollen. Zur Abstinenzüberprüfung, die häufig in juristischen Zusammenhängen eine Rolle spielt, lassen sich für die meisten Substanzen Langzeitkontrollen durchführen. Dies geschieht in vielen Fällen durch eine Haaranalyse, beim Alkohol mittels Bestimmung des relativ neuen Langzeitparameters CDT (Carbohydrate-Deficient Transferrin) im Blut. Nicht selten wird ein erhöhter anhaltender Alkoholkonsum aber auch anhand von veränderten Laborparametern (Leberwerte, insbesondere Gamma-GT, vergrößerte rote Blutkörperchen feststellbar durch Messung des MCV [mittleres korpuskuläres Volumen]) im Rahmen von einer Routineuntersuchung erstmalig auffällig. Auch in diesem Fall ist ein behutsames und klares Ansprechen der vermuteten Problematik notwendig.

18.1.5 Therapie

Die Therapie bei einer Suchtkonsumstörung gliedert sich in zwei Abschnitte: **Entgiftung und Langzeittherapie**.

Eine **Entgiftung** findet in der Regel unter medizinischer Kontrolle im stationären Bereich statt. Die

konsumierte Substanz wird dabei häufig durch ein Medikament ersetzt, das dann ausgeschlichen wird. Die reine Entgiftung dauert je nach Substanz einige Tage (z. B. bei Alkohol) bis hin zu mehreren Wochen (z. B. bei Benzodiazepinen). In somatischen Kliniken wird oft eine reine Entgiftung durchgeführt. In psychiatrischen Kliniken ist die körperliche Entgiftung in der Regel mit einem sogenannten qualifizierten Entzug gekoppelt, bei dem ein psychoedukatives und gruppentherapeutisches Angebot im Vordergrund steht.

Ein sogenannter **kalter Entzug**, bei der die konsumierte Substanz abrupt und ohne Substitution abgesetzt wird, sollte vermieden werden, da es zu schwerwiegenden Herz-Kreislauf-Problemen und Krampfanfällen kommen kann, die im Extremfall zum Tode führen können.

Eine körperliche Entgiftung sollte im Rahmen einer Gesamtplanung stehen, die im Bereich des Suchthilfesystems angesiedelt ist und dort auch organisiert wird. Als Therapieziel gilt immer noch die Abstinenz, auch wenn sich in den letzten Jahren zunehmend Konzepte entwickelt haben, die sich auch an Menschen mit schwerer Substanzkonsumstörung orientieren. Für diese ist es oft nicht möglich, eine dauerhafte Abstinenz zu erreichen, in diesen Fällen steht die sogenannte „harm reduction“, das heißt die Verminderung von medizinischen und sozialen Schäden, im Vordergrund.

Psychotherapeutische Angebote für Menschen mit Konsumstörung sind im ambulanten Bereich an Beratungsstellen angegliedert und in der Regel verhaltenstherapeutisch- und gruppenorientiert. Menschen mit zusätzlichen psychischen Problemen oder psychischer Erkrankung fällt es jedoch häufig schwer, sich in Gruppen zurechtzufinden. Auch sind häufig frequentierte Selbsthilfegruppen schwerpunktmäßig auf die Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik eingestellt, für darüber hinausgehende Probleme (z. B. Psychodynamik) bleibt wenig Raum bzw. sind fachlich unangeleitete Gruppen hiermit nicht selten überfordert.

Im psychotherapeutischen Zusammenhang bleibt eine leichte bis mittelschwere Substanzkonsumstörung zunächst oft unerkannt. Gleichzeitig gibt es für diese Patientengruppe wenig spezifische Angebote und für viele Psychotherapeuten ist eine Suchterkrankung immer noch ein Ablehnungsgrund bei der Beantragung einer Richtlinienpsychotherapie.

Allgemeine Grundprinzipien in der Psychotherapie mit Menschen mit Suchtproblemen

- Ausführliche und gezielte Suchtanamnese, auch bei tiefenpsychologisch fundierten Verfahren.
- Aufklärung darüber, dass ein fortgesetzter Suchtmittelkonsum Veränderungen im Rahmen der Psychotherapie erschwert – wenn nicht gar unmöglich macht. Dies gilt auch für einen niedrig dosierten, aber regelmäßigen Konsum (das „Feierabendbierchen“).
- Schaffung eines Rahmens, in dem die Betroffenen ihre Scham, über ihre Problematik zu sprechen, überwinden können.
- Erarbeitung eines Verständnisses dafür, dass süchtiges Verhalten Teil eines oft vielschichtigen und komplexen Problems ist. Hierbei sollte jedoch darauf geachtet werden, dass die erarbeiteten biografischen Anteile nicht als Entschuldigung für die Aufrechterhaltung des fortgesetzten Konsums geltend gemacht werden.

LITERATUR

- Falkai P, Wittchen H-U (Hrsg.). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM, Deutsche Ausgabe. Göttingen u. a.: Hogrefe 2015.
- Kendler KS, Ji J, Edwards AC, Ohlsson H, Sundquist J, Sundquist K. An Extended Swedish National Adoption Study of Alcohol Use Disorder. *JAMA Psychiatry* 2015; 72(3): 211–218. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2138.
- Spode H. Die Macht der Trunkenheit: Kultur- und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland. Opladen: Leske-Budrich; 1993.
- www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/resortforschung/krankheitsvermeidung-und-bekaempfung/drogen-und-sucht/epidemiologie-des-suchtmittelkonsums.html (Juni 2019).

18.2 Musiktherapie

Louisa Hohmann, Andreas Blase

18.2.1 Fallvignette

„Seine Wut trommeln“

Zu Beginn ist Herr G., ein großer, starker Mann, zurückhaltend, skeptisch gegenüber Musiktherapie, kurz angebunden. Auf authentisches Interesse meinerseits beginnt er, meinen Blick und meine Stimme wahrzunehmen. Angst ist bei vielen Teilnehmern und auch ihm spürbar. Als ich diese beschreibe, erwidert er scharf „Ich habe keine Angst!“ im Angesicht von nur Männern im Raum. Diesen Moment

nutze ich, um die Gruppe einzuladen, ihr aktuelles Gefühl mit Rhythmusinstrumenten auszudrücken.

Herr G. wählt eine fassgroße solide Trommel mit dickem Rinderfell. Die Gruppe beginnt, aus der Stille heraus zu improvisieren. Viele Teilnehmer probieren für sich allein ein neues, fremdes Instrument aus. Wenige beobachten, wo sie sich anpassen können, ein chaotisches Zusammenspiel. Herr G. spielt zurückhaltend leise und an einfachem Rhythmus festhaltend. Mein kräftiger „Mutterbeat“ entwickelt einen gemeinsamen Rhythmus. Teilweise ergeben sich sequenzielle Dialoge, Schlagabtausche mit einzelnen Spielern, die die Dynamik verstärken. Herr G. hält sich noch immer zurück.

Als ich in der Nachbesprechung beschreibe, wie ich sein Spiel wahrgenommen habe, kommt es zu einem Missverständnis – Deutsch ist nicht seine Muttersprache. Herr G. wird laut, wütend und verlässt gegen Widerstand von mir und der Gruppe den Raum. Im Flur treffe ich ihn, kann ihn beruhigen und mit Zuwendung und Aufmerksamkeit zum neuen Experiment „Seine Wut zu trommeln“ einladen.

Er fasst Mut, kehrt zurück in den Raum, wo die Gruppe gespannt wartet. Nach anfänglichem Zögern nimmt er die Einladung an, im Stehen mit den ganzen Unterarmen zu trommeln (Schutz vor Selbstverletzung bei nicht vorhandener Schlagtechnik). Er öffnet ein kathartisches Spiel mit so viel Kraft, dass der Boden bebt und die Macht die Teilnehmer einschüchtert. Erschöpft lässt er nach wenigen Minuten los. „Ich hätte jemanden totschlagen können“, sagt er. Ich bestätige es und betone, dass ich froh sei, dass er die Trommel genommen habe und seine Wut nun sichtbar „verraucht“ sei. Sein Gesicht ist jetzt weich, seine Atmung wird langsamer und tiefer. Er setzt sich. Ich frage die Gruppe, ob Bereitschaft bestehe, etwas Traumatisches anzuhören. Sie stimmt zu und auf meine Nachfragen beginnt Herr G., ohne Zögern von einer bewegenden Erfahrung im ersten Irakkrieg zu berichten. Es kommen ihm die Tränen, als er von den „Todeslandschaften“ seiner Seele berichtet. Der Trost und die Zuwendung der ganzen Männergruppe sind spürbar.

18.2.2 Allgemeine Einleitung

Die solide Trommel ist hier ein ihn aushaltendes Gegenüber, das nicht stirbt, keine Vorwürfe macht und

außerhalb der Schuldfrage bleibt. In einer kurzen Resonanzrunde wurden anschließend Prozess und Handlung beschrieben und der Mut des Patienten zum Gefühl gewürdigt. Herr G. bedankte sich und ein tiefes Vertrauen bildete von da an die Grundlage unserer therapeutischen Beziehung für weitere Zusammenarbeit.

Ähnlich wie Sport brachte das Trommeln ihm unter Support und zielgerichteter, persönlicher Begleitung Entlastung von Aggressionen, Wandlung und tiefere Entspannung. Die Hintergründe seiner Depression traten mehr als deutlich zutage. Wie dieses Beispiel zeigt, können schon innerhalb einer einzigen Sitzung musikalisch unterstützt Emotionen wie Angst, Wut, Trauer und Verzweiflung ausgedrückt werden. In anderen Fällen laufen aber viele Prozesse schleppender und mühsamer, über viele Wochen und Monate. Musiktherapie bei Suchterkrankungen ist durch einen hohen Grad an Individualität geprägt. Der Wiederholung kommt hier im gestalttherapeutischen Behandlungsansatz, der im Folgenden vorgestellt werden soll, eine hohe Bedeutung zu.

Greenberg und Pascual-Leone (2006) schlussfolgern, dass weder reine Katharsis noch reine Reflexion ausreichend für eine wirksame emotionale Verarbeitung sind. Emotionale Verarbeitung ist – z. B. direkt über musikalischen Ausdruck (Trommeln) – die Verbindung emotionaler Aktivierung und kognitiver Auseinandersetzung. Effektive emotionale Verarbeitung bedeutet also, sich den Sinn emotionalen Erlebens zu erschließen und zu neuen emotionalen basierten Bedeutungen zu gelangen. Die Emotionsfokussierte Therapie ist ein vielversprechendes Verfahren der Depressionsbehandlung, das klassische Ansätze sinnvoll ergänzt und eigenständig wirksam ist (Behandlungsmanuale in deutscher Sprache siehe z. B. Elliott et al. 2007).

18.2.3 Musiktherapeutische Behandlungsansätze

Die erfahrungsorientierte Didaktik der **Gestaltmusiktherapie** beinhaltet einen ganzheitlichen humanistischen Ansatz (Matzko 2000) und ist dabei kompatibel mit psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Ansätzen. Der Gestalttherapeut beachtet mit modellhafter Achtsamkeit, wie der individuelle Patient Erleben, Erfahrung und Interaktion wahrnimmt, auswählt, bearbeitet, zensiert und als

Bedürfnis identifiziert. Dies geschieht vor dem Hintergrund der Gesamtheit vergangener Erfahrungen, gegenwärtigen Erlebens und unerledigter Situationen. So wird eine lebendige Figur (Gestalt) vor einem beweglichen Hintergrund geformt (Polster und Polster 1997). Anders als nicht suchtkranke Menschen sind die Patienten oft nicht in der Lage herauszufinden, was sie von der Umwelt benötigen, um Bedürfnisse auf eine wachstumsorientierte Weise zu befriedigen. Mithilfe der Achtsamkeit lernenden Gruppe, Support, nonverbalem Ausdruck und anschließendem offenem reflektiertem Gespräch, lernt der Suchterkrankte, authentischer in Interaktion zu treten und kann dies auch auf Alltagsbeziehungen übertragen.

Der Therapie-/Beziehungsprozess des Einzelnen in der Gruppe gliedert sich idealerweise in vier Abschnitte (Hegi 1998):

Annehmen. Figuren (Synonym: Thema/Motive) tauchen aus dem Hintergrund des Patienten auf. Der Therapeut nimmt sie wertneutral und akzeptierend an. Er stellt explorative und prozessdiagnostische Fragen (z. B. „Was hast du?“, „Was ist mit dir los?“) auf verbaler, nonverbaler, gestischer oder musikalischer Ebene. Über dieses genauere Nachforschen weckt er das Interesse des Patienten. Aus dem Vorkontakt entsteht langsam ein Vollkontakt. Vertrauen entwickelt sich, wenn der Patient realisiert, dass ihm ehrlich und wirklich zugehört wird. Auf sprachlicher, körperlicher und musikalischer Ebene hört der Therapeut bedeutsame Figuren heraus. Es entsteht eine Hypothese zum Hintergrund, zu der Verknüpfung zu vergangenen Erfahrungen und gegenwärtigem Erleben. Diese ist Voraussetzung für eine wirkungsvolle musiktherapeutische Intervention.

Aushalten. Der Therapeut hält inne, der Kontakt fließt weiter. Auf Hypothesen und Kontaktverhalten aufbauend, gestaltet der Therapeut ein musikalisches Experiment, eine Intervention, z. B. eine Improvisation in der Gruppe, im Dialog oder auch von einem Patienten allein.

Ausspielen. Im Experiment werden Figuren ausgespielt. Es wird gestaltet, was das Thema hergibt, sodass langsam, schrittweise eine Gestalt erzeugt wird. Die Musik ist hierbei als ganzheitliches Medium zu verstehen.

Oft ist eine Behandlung nicht durch eine einmalige Intervention abgeschlossen. Themen sind meist tief eingepägt, sodass Auswertungen und wiederholende

Varianten des Experiments notwendig sind. So kommt es zur schrittweisen Ergänzung der unvollständigen Gestalt. Die eigene Entwicklung wird bewusst gemacht, sodass es zur Förderung von Selbstregulation, Selbstbewusstsein und Autonomie kommen kann.

Abgrenzen und Nachkontakt. Eine wirkungsvolle Intervention wirkt weit über die Therapiestunde hinaus. Ist die Geschichte erledigt und die Figur integriert, taucht sie wieder in den Hintergrund, die Erfahrungen, ab. Ist sie nicht erledigt, tauchen neue bewusste und unbewusste Themen im Alltag, auch nicht selten im Traum, wieder auf. Diese Nachklänge von Experimenten sind vergleichbar mit dem Nachschwingen von Musik, auch wenn sie bereits ausgeklungen ist.

18.2.4 Indikationen und Kontraindikationen

Indikationen: Musiktherapie kann in verschiedenen Phasen eingesetzt werden: Als (1) einzelne Sitzung während der Entgiftung, (2) als regelmäßige Therapie während der Rehabilitation und (3) zur therapeutischen Begleitung bei der Rückfallprävention/Nachsorge (Murphy 2015). Üblicherweise wird die Teilnahme allen Patienten angeboten.

Kontraindikationen können in Einzelfällen bestehen, wenn Musik(-Genres) besonders mit Substanzgebrauch verknüpft sind (Flashback-Gefahr). Es kann dann das Risiko bestehen, Suchtdruck zu wecken oder Entzugserscheinungen hervorzurufen. Zudem können euphorische Gefühle mit Bagatellisieren der Konsequenzen des Substanzgebrauchs („So schlimm war der Konsum gar nicht“) auftreten (Horesh 2010). Im Einzelfall werden das Setting individuell abgestimmt und gegebenenfalls auch einzeltherapeutische Interventionen angeboten.

18.2.5 Musiktherapeutische Ziele

Ziele der Musiktherapie können je nach Setting und Individuum unterschiedlich sein. Allgemein lassen sich drei Ebenen spezifizieren (Borling 2011, Murphy 2015):

Auf der **biophysikalischen Ebene** geht es um den Umgang mit körperlichen und emotionalen Entzugserscheinungen. Neben akuten Symptomen, die

in der Regel nach zwei Wochen abgeklungen sind, treten oft langwierige Probleme („Suchtdruck“) auf. Ziele der Musiktherapie können hier sein:

- Entwicklung von Strategien zum Umgang mit körperlichen und emotionalen Symptomen (u. a. Schlaf- und Schmerzstörungen)
- Förderung von Entspannung
- Stressbewältigung

Auf der **psychoemotionalen Ebene** setzt Musiktherapie u. a. bei emotionalen und kognitiven Barrieren (z. B. Verweigerung, Rationalisierung, Bagatellisierung) an, die den Therapieprozess behindern. Mögliche Ziele sind:

- Ausdruck und Exploration von Gefühlen
- Bewusstwerden und Verändern von behindernden kognitiven Mustern
- Förderung von Selbstvertrauen
- Reduktion sozialer Isolation
- Beziehungsaufbau zu anderen Gruppenteilnehmern (inkl. Übertragung-Gegenübertragungsphänomene)
- Entwicklung von Kommunikations- und Handlungskompetenzen

Im langfristigen Prozess der Abstinenz kann Musiktherapie auch zu Veränderungen auf der **psychosozialen Ebene** beitragen. Sie kann dabei helfen,

- einen Sinn im Leben ohne Drogenkonsum zu finden,
- zu lernen, sich selbst zu akzeptieren und zu vergeben und
- Gefühle von Freiheit zu entwickeln.

Als weiteres wichtiges Ziel, über alle Ebenen und Settings hinweg, fördern positive Erfahrungen im Rahmen der Musiktherapie die Therapiemotivation.

18.2.6 Musiktherapeutische Praxis/musiktherapeutische Vorgehensweisen (Fallbeispiel)

Im Fallbeispiel wurde eine Situation aus der Gestaltmusiktherapie mit wöchentlichen Sitzungen von 90–100 Minuten in der stationären Rehabilitation von Suchterkrankten dargestellt. Die Gesamtdauer beträgt in der Regel 6–9 Monate (meist ausschließlich Männer, halb offenes Setting, bis zu 8 Teilnehmer). Die Übungen und „Experimente“ in der Gruppe sind

themen-, musik-, übungs- und prozessorientiert. Es geht v. a. um den Umgang mit Grenzsituationen und das Wachstum mit emotionsfokussiertem Arbeiten. Themen aus dem Alltag, insbesondere Rückfälle oder Gewalt, werden vorgestellt, nonverbal, musikalisch oder im psychodramatischen Spiel dargestellt und verbal reflektiert.

Die **Improvisation** (> Kap. 18.2.3) ist gekennzeichnet durch Spontanität, Impulsivität und Direktheit. Als pure Selbsterfahrung eröffnet sie den Weg in zwei Richtungen: unmittelbares Hier und Jetzt, gegenwärtiger Ausdruck, aber auch Hintergrund, unbewusste innere Wünsche, Bewegungen, Inspirationen und Intuitionen.

Auch durch **rezeptive** Musiktherapie kann ein tieferer Kontakt hergestellt und etwas verändert werden: Passt die gehörte Musik zum Thema, schwingt beim Hören die persönliche innere Bewegung mit. Eine Gestaltverwandlung kann stillschweigend stattfinden. Spielt der **Therapeut aktiv** mit, kann er gezielt Musik nutzen, die den Behandlungsprozess vorantreibt. Einfühlsam kann er auf Grundlage einer tragfähigen therapeutischen Beziehung die Gestaltbildung des Patienten beeinflussen, durch „Für“ statt „Vor-Spielen“ (Timmermann 1998) Fürsorge, Vertrauen und Geborgenheit vermitteln.

18.2.7 Stand der Forschung

Die klinische Effektivität von Musiktherapie (MT) bei Suchterkrankungen wurde in den letzten Jahren in zwei systematischen Übersichtsartikeln diskutiert (Hohmann et al. 2017, Megranaan und Lynskey 2018). Da die Studienlage bezüglich Outcomes, Methoden und Designs sehr heterogen ist und viele Studien von demselben Autor durchgeführt wurden, wurden keine Metaanalysen durchgeführt. Megranaan und Lynskey (2018) berücksichtigten nur randomisierte kontrollierte Studien (RCTs). Hohmann et al. (2017) schlossen auch Studien von geringerer Qualität (z. B. nonrandomisierte Studien oder Prä-Post-Vergleiche, qualitative Studien) und „musikbasierte Interventionen“ (MBI) ein, wenn die Intervention (wahrscheinlich) nicht von zertifizierten Musiktherapeuten geleitet wurde. In RCTs ergaben sich positive Effekte gegenüber Kontrollgruppen (KG) für **internale Kontrollüberzeugungen**: Das

Gefühl, selbst Kontrolle über sein Leben zu haben, war in zwei Drittel der Studien stärker nach MT/MBI. Die **wahrgenommene Nützlichkeit** war in einer von zwei RCTs für MT/MBI höher. In Bezug auf Craving/Entzugserscheinungen und motivationale Variablen ergaben sich in 40% bzw. 38% der RCTs positive Effekte, während das Vergnügen in einem Drittel der RCTs nach MT höher bewertet wurde. Für Depression und Teilnahmebereitschaft konnte in keiner RCT die Überlegenheit von MT eruiert werden. Insgesamt untersuchten viele Studien mehr als ein Outcome. Mehrere Endpunkte wurden in obiger Übersicht nur einmal gezählt, um Verzerrungen zu vermeiden. Differenziertere Effekte von MT/MBI lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Kurzfristige Effekte einzelner Sitzungen. Schon einzelne Sitzungen in Entgiftungszentren mit einer Aufenthaltsdauer von 3–5 Tagen erwiesen sich als effektiver als verbale Gruppentherapie für **motivationale Konstrukte, Annehmlichkeit und Verbundenheit mit dem Therapeuten (vom Therapeuten bewertet)**. Vorteile gegenüber Prätest-KG zeigten sich für **Behandlungsbereitschaft und Motivation**. Höhere **Abstinenzmotivation** berichteten auch Teilnehmer von MT mit psychoedukativen Anteilen im Vergleich zu Psychoedukation allein. Insgesamt fanden sich inkonsistente Effekte für motivationale Konstrukte, Vergnügen und wahrgenommene Nützlichkeit. Im 1-Monats-Follow-up ergaben sich keine Unterschiede zu verbaler Gruppentherapie für wahrgenommene Nützlichkeit, Vergnügen, Depression und Abstinenz. Die Evaluation anderer kurzer MT-Interventionen ohne KG ergab positive Effekte auf die **Stimmung** (z. B. reduzierte Angst, Ärger und Traurigkeit, erhöhtes Vergnügen und Spaß).

Effekte nach mehr als einer Sitzung. Positive Stimmungsveränderungen zeigten sich auch nach mehreren Sitzungen, z. B. bezüglich Ärger, Depression, Stress und Angst. Im Therapeutenrating ergab sich in einer RCT langfristig eine reduzierte Depressivität, wohingegen diese im Klientenrating und kurzfristig (noch) nicht eruiert war. Stärkere **internale Kontrollüberzeugungen** zeigten Jugendliche mit Abhängigkeit von synthetischen Drogen nach MT im Vergleich zur Warteliste. Motivation und Copingfähigkeiten waren für Gruppen mit Standardbehandlung und ergänzender MT ähnlich, während sich in einer Einzelfallstudie positive

Effekte von MT zeigten. Verbesserungen des **psychiatrischen und medizinischen Status** konnten langfristig nach einer kulturellen Trommeltherapie mit Indianern gefunden werden. Hier ergaben sich auch positive Zusammenhänge zu **Abstinenz** und verringertem **Substanzkonsum**. Eine kleine Pilotstudie fand einen positiven Zusammenhang zwischen Anzahl der Sitzungen und der **Wahrnehmung von Nachsorgeangeboten** eine Woche nach Therapieende (Ross et al. 2008).

Mögliche Mechanismen. Mögliche zugrunde liegende Mechanismen sind kaum untersucht. Beim Musikhören werden Hirnstrukturen, die wichtig für die kognitive, emotionale und sensomotorische Verarbeitung sind, aktiviert. Demnach könnte Musik schon auf neurobiologischer Ebene positive Effekte auf die mentale Gesundheit haben. Bereits kurze musikalische Stimuli wurden von Suchterkrankten anders bewertet als von Gesunden (Chen et al. 2018) und Musikhören zeigte direkte und längerfristige Effekte (z. B. auf Craving, Schlafqualität, Drop-out-Rate; Abdollahnejad 2006, Mathis und Han 2017, Short und Dingle 2015). Auch die Nutzung von Musik zur Unterstützung verhaltenstherapeutischer Methoden war effektiv zur Reduktion von Craving (Stamou et al. 2016, 2017). Zudem ergaben sich Hinweise, dass die Beziehung zum Therapeuten oder das Flowleben während der Sitzung mit Therapieeffekten zusammenhängt (Ross et al. 2008, Silverman et al. 2016).

Subjektive Sicht der Patienten. Oft zeigen MT-Teilnehmer eine große Beteiligung und hohes Engagement. In strukturierten qualitativen Untersuchungen (z. B. Interviews, Verhaltensbeobachtungen) ergeben sich bedeutsame Themen/Funktionen von Musik für Patienten mit Suchterkrankungen:

1. Ausdrücken von Gedanken und Gefühlen
2. Herstellung und Zusammenhalt von Beziehung (u. a. zum Therapeuten), Gruppen und Kohäsion
3. Lernen von Fähigkeiten (sozial, musikalisch, kognitiv/Problemlösen)
4. Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität (u. a. Freude)

LITERATUR

Abdollahnejad MR. Music therapy in the Teheran Therapeutic Community. *Ther Communities Int J Ther Communities* 2006; 27: 147–158.

Borling J. Music therapy and addiction: Addressing essential components in the recovery process. In: Meadows A (Hrsg.): *Developments in Music Therapy Practice: Case Study Perspectives*. Gilsum: Barcelona 2011; 234–249.

Chen X-J, Wang C-G, Liu W, Gorowska M, Wang D-M, Li Y-H. Identification of the features of emotional dysfunction in female individuals with methamphetamine use disorder measured by musical stimuli modulated startle reflex. *Front Hum Neurosci* 2018; 12: 230.

Elliott R, Watson JC, Goldman RN, Greenberg LS. *Praxis-Handbuch der Emotions-Fokussierten Therapie: Einführung in die prozess- und erlebensorientierte Psychotherapie mit genauer Beschreibung der Vorgehensweise*. München: CIP-MEDIEN Verlag; 2007.

Greenberg LS, Pascual-Leone A. Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *J Clin Psychol* 2006; 62: 611–630.

Hegi F. *Übergänge zwischen Sprache und Musik: Die Wirkungskomponenten der Musiktherapie*. Paderborn: Junfermann; 1998.

Hohmann L, Bradt J, Stegemann T, Koelsch S. Effects of music therapy and music-based interventions in the treatment of substance use disorders: A systematic review. *PLOS ONE* 2017; 12: e0187363.

Horesh T. Drug addicts and their music: A story of a complex relationship. In: Fachner J, Alridge D (Hrsg.): *Music therapy and addictions*. London: Jessica Kingsley 2010; 57–74.

Mathis WS, Han X. The acute effect of pleasurable music on craving for alcohol: A pilot crossover study. *J Psychiatr Res* 2017; 90: 143–147.

Matzko HG. Ein gestalttherapeutischer Behandlungsentwurf für Suchterkrankungen. *Gestaltkritik. Die Zeitschrift mit Programm aus den GIK Gestalt-Instituten Köln und Kassel* 2000.

Megranahan K, Lynskey MT. Do creative arts therapies reduce substance misuse? A systematic review. *Arts Psychother* 2018; 57: 50–58.

Murphy KM. Music therapy in addictions treatment. In: Wheeler BL (Hrsg.): *Music Therapy Handbook*. New York: The Guildford Press 2015; 354–366.

Polster E, Polster M. *Gestalt-Therapie: Neue Erkenntnisse aus Theorie und Praxis*. Frankfurt a. M.: Fischer; 1997.

Ross S, Cidambi I, Dermatis H et al. Music therapy: A novel motivational approach for dually diagnosed patients. *J Addict Dis* 2008; 27: 41–53.

Silverman MJ, Baker FA, MacDonald RAR. Flow and meaningfulness as predictors of therapeutic outcome within songwriting interventions. *Psychol Music* 2016; 44: 1331–1345.

Stamou V, Chatzoudi T, Stamou L, Romo L, Graziani P. Music-assisted systematic desensitization for the reduction of craving in response to drug-conditioned cues: A pilot study. *Arts Psychother* 2016; 51: 36–45.

Stamou V, Clerveaux R, Stamou L et al. The therapeutic contribution of music in music-assisted systematic desen-

sitization for substance addiction treatment: A pilot study. *Arts Psychother* 2017; 56: 30–44.

Timmermann T. Rezeptive und aktive Musiktherapie in der Praxis. In: Kraus W (Hrsg.): *Heilkraft der Musik*. München: Beck 1998; 50–66.

18.3 Musiktherapie und Medizin im Dialog

Tomas Müller-Thomsen, Louisa Hohmann, Andreas Blase

18.3.1 Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin

- Unterstützung in der Diagnostik: Erkennen von Suchtmustern (sich wegspielen, wenig bezogen) im Musizieren von Patienten, mit dem Team kommunizieren, evtl. gezielte „Rollenzuweisung“ der Musiktherapie innerhalb eines multimodalen Behandlungssettings.
- Innerhalb des psychotherapeutischen Prozesses gegebenenfalls Musik als neue „Beziehungsmöglichkeit“ alternativ zum Suchtmittel. In der Langzeittherapie durch Musik zur Sprache und zu Gefühlen finden, bessere Grenzwahrnehmung (selbst und im Kontakt mit anderen).
- Therapeutische Unterstützung im Rahmen der qualifizierten Entgiftung durch „Abreagieren“ der körperlichen Unruhe.

18.3.2 Erwartungen an die Medizin vonseiten der Musiktherapie

- Besserung von Beschwerden auf psychosozialer und körperlicher Ebene durch Besserung oder Beseitigung von Primärerkrankung, Suchtfolgekrankheiten, Begleiterkrankungen.
- Patienten Hinweise auf bewährte ergänzende Therapieverfahren aus dem künstlerischen Bereich, wie z. B. Musiktherapie, Gestaltmusiktherapie, geben.
- Mehr Empfehlung von Gruppenpsychotherapie, auch längerfristig nach Entwöhnung und Rehabilitationsbehandlung.

- Mehr Einflussnahme gesellschaftlich, indem z. B. öffentlich kritisch mit dem Thema Alkohol umgegangen wird.
- Offenheit und Förderung von Themen der emotionalen Verarbeitung (z. B. von Verlust, Angst).
- Förderung von Präventionsmaßnahmen schon in Kindertagesstätten/Kindergärten/Schulen mit gesunder Ernährung, qualitativ hochwertigen Nahrungsmitteln, mehr Breitensport und möglichst frühem emotionalen Lernen über Kreativitätsschulung in Gruppen.
- Bewusstsein und Berücksichtigung, dass in einer zunehmend ökonomisch ausgerichteten Gesellschaft v. a. die Konsumindustrie mit schneller Verfügbarkeit von Waren in analoger wie auch digitaler Welt sowohl Selbstwahrnehmung (Bedürfnisse) als auch Selbststeuerung (Befriedigung) gefährdet/behindert. Das wiederum begünstigt depressive und narzisstische Verarbeitungsmuster von bereits suchtfährdeten Menschen bzw. fördert Suchtverhalten sui generis.

18.3.3 Kritisches, Ungelöstes

Insgesamt hat sich die Forschungslage in den letzten 10 Jahren (Mays et al. 2008, Hohmann et al. 2017) verbessert. Mehr Studien von höherer Qualität wurden durchgeführt. Insgesamt wurden aber v. a. kurzfristige Therapieeffekte und fast ausschließlich Gruppentherapien evaluiert. So sind die Effekte von Musiktherapie bei Suchterkrankungen noch immer unklar, besonders für das Einzelsetting. Zukünftige Studien sollten langfristige Therapieeffekte und Therapieerfolg im Sinne von Abstinenz untersuchen und auch stärker Gruppenprozesse evaluieren. Nicht zuletzt die Untersuchung neurobiologischer Korrelate könnte dazu beitragen, mögliche Wirkmechanismen aufzudecken.

LITERATUR

Hohmann L, Bradt J, Stegemann T, Koelsch S. Effects of music therapy and music-based interventions in the treatment of substance use disorders: A systematic review. *PLOS ONE* 2017; 12: e0187363.

Mays KL, Clark DL, Gordon AJ. Treating Addiction with Tunes: A Systematic Review of Music Therapy for the Treatment of Patients with Addictions. *Substance Abuse* 2008; 29: 51–59. DOI: 10.1080/08897070802418485.

26 Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung

26.1 Medizinische Grundlagen

Gerd Lehmkuhl, Ulrike Lehmkuhl

26.1.1 Definition und Klassifikation

Die klinischen Kardinalsymptome der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) umfassen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität. Begleitend können Störungen des Sozialverhaltens hinzukommen, die durch ein wiederholtes oder andauerndes Muster von dissozialem, aggressivem und aufsässigem Verhalten gekennzeichnet sind. In der ICD-10 wird neben einer umfangreichen operationalen Definition der drei Kardinalsymptome durch 18 Items (> Tab. 26.1) festgelegt, dass die Symptomatik situationsübergreifend auftreten muss, das heißt sowohl zu Hause, in der Schule als auch in der Freizeit. Darüber hinaus hat sie die Funktionsfähigkeit der Betroffenen deutlich einzuschränken. Weiterhin wird gefordert, dass die charakteristischen Verhaltensmerkmale vor dem 6. Lebensjahr auftreten, mindestens über einen Zeitraum von sechs Monaten anhalten und stärker ausgeprägt sind als bei Kindern gleichen Alters und gleicher Intelligenz.

Besonders zu beachten ist die alterstypische Ausprägung der Symptomatik im Entwicklungsverlauf bei hoher Persistenz vom Vorschul- bis in das Erwachsenenalter hinein. Während im Vorschulalter ein hohes Aktivitätsniveau, eine geringe Spielintensität, Interaktionsstörungen und Entwicklungsdefizite im Vordergrund stehen, fallen Grundschulkin- der durch eine erhöhte Ablenkbarkeit, motorische Unruhe, Leistungsprobleme sowie ein aggressives und impulsives Interaktionsmuster auf. Bei Jugendlichen vermindert sich die körperliche Hyperaktivität, während Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörungen weiterhin vorliegen. Erwachsene berichten vermehrt über sprunghaftes Denken, ausgeprägte Stimmungsschwankungen, ein niedriges Selbstwert-

gefühl, berufliche Probleme, eine mangelnde Selbstorganisation und eine erhöhte Reizbarkeit, verbunden mit sozialen Konflikten.

Mit der Einführung des DSM-5 wurden einige diagnostische Kriterien der ADHS zwar modifiziert, insgesamt ergeben sich gegenüber der ICD-10 weiterhin wenige Abweichungen. Bei gleichbleibender Symptomanzahl wurden die notwendig zu erfüllenden diagnostischen Kriterien ab dem Alter von 17 Jahren gesenkt und das Alter bei Beginn der Symptomatik von 7 auf 12 Jahre erhöht, sodass ein Anstieg der Prävalenz zu erwarten ist (Banaschewski und Döpfner 2014). Statt der bisher definierten, jedoch wenig validen Subtypen wird die klinische Heterogenität durch das im Querschnitt erkennbare Erscheinungsbild („Presentation“) abgebildet.

Eine besondere Bedeutung kommt neben dem Fortdauern der Verhaltensauffälligkeiten den häufig auftretenden komorbiden Störungen zu, die ein breites Spektrum umfassen: Störungen des Sozialverhaltens, affektive, v. a. depressive Störungen, Angststörungen, Lern- und Teilleistungsstörungen sowie Somatisierungsstörungen (Lehmkuhl et al. 2009, Banaschewski et al. 2017).

26.1.2 Epidemiologie

Die Ergebnisse der nationalen und internationalen Prävalenzstudien unterscheiden sich in Abhängigkeit von den angewandten Diagnosekriterien bzw. den eingesetzten Messinstrumenten und variieren zwischen 7 % und 17 % aller Jungen im Alter von 6 bis 12 Jahren bzw. von 3,3 % bis 6 % aller Mädchen. Im Schulalter wird allgemein mit einer Häufigkeit von 4 % bis 7 % gerechnet. Die von Polanczyk et al. (2007, 2014) durchgeführten umfassenden Metaanalysen gehen von einer mittleren weltweiten Prävalenz von 5,29 % aus. Steinhausen und Kollegen (2016) fanden bei stabilen Prävalenzen eine steigende Inzidenz für

Tab. 26.1 Kardinalsymptome der ADHS und ihre operationale Definition (aus Lehmkuhl und Holtmann 2015, S. 151)

| Kardinalsymptome | Operationale Definition (Beispiele) |
|-------------------------------|---|
| Aufmerksamkeitsstörung | |
| Ablenkbareit | Wird häufig durch äußere Reize leicht abgelenkt |
| Dauerkonzentration | Kann die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spiel häufig nicht aufrechterhalten |
| Impulsivität | |
| Kognitiv | Platzt häufig mit Antworten heraus, bevor Fragen zu Ende gestellt sind. |
| Motivational | Kann häufig nicht bei Spielen oder Gruppensituationen warten |
| Emotional | Unterbricht oder stört andere häufig |
| Hyperaktivität | |
| Motorische Unruhe | Zappelt mit Händen und Füßen |
| Erhöhte Aktivität | Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist |

ADHS auf der Basis von Registerdaten und interpretieren diesen Befund dahingehend, dass es zunehmend gelingt, „die Kluft zwischen den Behandlungsbedürftigen und den tatsächlich behandelten Personen mit ADHS zu schließen“ (S. 282).

Die Kontinuität vom Vorschul- bis in das Erwachsenenalter wird mit 30–60% angegeben, wobei in ca. 30% eine ausgeprägte Symptomatik fortbesteht. Die Ergebnisse einer über Krankenkassendaten gewonnenen Stichprobe junger Erwachsener mit ADHS belegen den weiterhin hohen Behandlungsbedarf dieser Patientengruppe (Schubert et al. 2013, Lehmkuhl und Philippen 2015): Ein gutes Drittel der Befragten, die als Kinder oder Jugendliche eine ADHS-Diagnose erhielten, zeigten auch nach dem 18. Geburtstag weiterhin deutliche psychische Auffälligkeiten und Belastungen, sowohl in der Kernsymptomatik als auch in den sozialen Beziehungen, der Freizeitgestaltung, der schulischen bzw. beruflichen Leistungsfähigkeit, verbunden mit weiteren psychischen Symptomen.

26.1.3 Ätiologie und Pathogenese

Bei ADHS handelt es sich um eine Spektrumerkrankung, sodass von einer komplexen Ätiopathogenese und einer breiten klinischen Symptomatik ausgegangen werden muss. Biologische und psychosoziale Faktoren bedingen eine multifaktorielle Genese unter Beteiligung zahlreicher genetischer und umweltbedingter Einflüsse. Der wechselseitigen Beziehung zwischen molekularen Mechanismen

und strukturell-funktionellen Substraten kommt für die Pathogenese der ADHS und den Langzeitverlauf eine große Bedeutung zu. Metaanalysen neuropsychologischer Studien belegen, dass Kinder mit ADHS in ihrer Reaktionshemmung, der Vigilanz, dem Arbeitsgedächtnis und bei Planungsprozessen beeinträchtigt sind. Weitere Ergebnisse betonen die Bedeutung motivationaler Faktoren und einer Verzögerungsaversion, die von Sonuga-Barke (2005) in ein Modell inhibitorischer und motivationaler Dysfunktionen integriert wurde.

Entstehungsfaktoren für ADHS

Genetik

- Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien zeigen eine hohe Heritabilität.
- Verwandte 1. Grades haben ein 5- bis 10-fach erhöhtes Erkrankungsrisiko.
- Genexpression durch spezifische Umweltfaktoren.
- Gene der Rezeptoren und Transporter des katecholaminergen und serotonergen Transmittersystems involviert

Umweltrisiken

- Prä- und perinatale Risiken (mütterlicher Stress, Alkohol-, Nikotinkonsum)
- Niedriges Geburtsgewicht, Frühgeburtlichkeit
- Umwelttoxine, z. B. Blei
- Ungünstige psychosoziale Bedingungen (frühkindliche Deprivation, mütterliche Feindseligkeit)

Negative Mutter-Kind-Interaktion

Trotz einer Vielzahl von Befunden, die mit ganz unterschiedlichen Untersuchungsmethoden gewonnen

wurden, bleibt das biopsychosoziale Verständnis immer noch unvollständig. Für Banaschewski et al. (2017) sind die pathophysiologischen Mechanismen der ADHS bislang immer noch unzureichend geklärt. Die Vielzahl von Einflussfaktoren bedingt eine hohe Heterogenität und die bekannten Risikofaktoren sind nicht unbedingt spezifisch für ADHS, sondern erhöhen auch das Risiko für andere psychische Störungen.

Pathophysiologische Befunde und Korrelate bei ADHS

Neurophysiologische Befunde

- Verminderte Aufmerksamkeit
- Beeinträchtigung in der Reaktionshemmung, der Vigilanz, dem Arbeitsgedächtnis und bei Planungsprozessen
- Mangelnde Handlungssteuerung und Inhibition

Hirnstrukturelle Befunde

- Volumenverminderung im Bereich des präfrontalen Kortex, der Basalganglien und des Kleinhirns
- Reifungsverzögerung, insbesondere im Bereich der präfrontalen Areale

Funktionelle und neurophysiologische Befunde

- Im fMRT verringerte Aktivität im präfrontalen Kortex
- Verringerte Aktivierung im linken Temporallappen mit Normalisierung durch Methylphenidat
- Ereigniskorrelierte Potenziale belegen Probleme bei Signalerkennung und -verarbeitung sowie Dysfunktionen im präfrontalen Kortex

Molekularbiologische Befunde

- Vorliegen genetischer Ursachen mit kleiner Anzahl von „core genes“ sowie einer größeren Anzahl von „peripheral genes“, die für die Heterogenität der Symptomatik verantwortlich sind (Faraone und Larsson 2018)

Hinweise, dass es sich bei der Katecholamin-Dysregulation möglicherweise um ein sekundäres Phänomen handelt

26.1.4 Diagnostik

Die Diagnostik der ADHS ist aufwendig, zeitintensiv und sollte verschiedene Informationsquellen integrieren. Ausgehend von den diagnostischen Kriterien liegen entsprechende Checklisten, Fragebogen und Explorationsschemata für Eltern, Erzieherinnen und Erzieher bzw. Lehrkräfte vor (s. Döpfner et al. 2013). Wenn sich ein Eingangsverdacht bestätigt, ist aufgrund der immer komplexen Symptomatik

eine multiple Verhaltens- und Psychodiagnostik notwendig (Lehmkuhl und Holtmann 2015).

Nach den S3-Leitlinien zur Diagnostik von ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter (AWMF 2017, www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-045.html) sollten folgende Maßnahmen routinemäßig eingesetzt werden:

- Eine umfassende strukturierte Exploration des Patienten und der Bezugsperson hinsichtlich der aktuellen ADHS-Symptomatik und den dadurch hervorgerufenen Einschränkungen, Erhebung von möglichen weiteren begleitenden psychischen Symptomen, aktueller und früherer Rahmenbedingungen, Ressourcen und Belastungen in der Familie, der störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte, Ressourcen, Wünsche und Bedürfnisse des Patienten und seiner Bezugsperson sowie der Familienanamnese
- Eine Verhaltensbeobachtung des Patienten sowie der Eltern-Patient-Interaktion
- Einschätzung des psychopathologischen Befundes des Patienten
- Eine körperliche, insbesondere neurologische Untersuchung und Beurteilung des Entwicklungsstandes des Patienten

Die Diagnose darf nicht ausschließlich auf der Grundlage von Fragebogenverfahren oder Verhaltensbeobachtungen gestellt werden, diese stellen jedoch wichtige ergänzende Informationen dar.

Testpsychologische Untersuchungen sind hilfreich, um spezifische Fragestellungen beantworten zu können, z. B. den Verdacht auf eine schulische Überforderung, Intelligenzminderung, Entwicklungsstörungen, oder um spezifisch-neuropsychologische Defizite auszuschließen. An somatischen Erkrankungen sollten insbesondere Schilddrüsenfunktionsstörungen, Seh- und Hörstörungen, organische Schlafstörungen, medikamenteninduzierte Störungen abgeklärt werden. Für eine differenzierte Verhaltensbeurteilung stehen eine ganze Reihe von standardisierten Fragebogen für Eltern, pädagogische Fachkräfte und für Kinder sowie Jugendliche selbst zur Verfügung, die ein breites Spektrum psychischer Auffälligkeiten, aber auch die spezifischen Symptome der Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und Hyperaktivität abbilden. Ihnen kommt eine Screening-Funktion zu, und sie sind auch für eine individuelle Verlaufskontrolle geeignet, um

therapeutische Ansätze auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen (s. Döpfner et al. 2013).

Bei bis zu 80% der Kinder und Jugendlichen mit ADHS werden weitere komorbide Störungen festgestellt, z. B. Tic-Störungen, Lernstörungen, Teilleistungsschwächen, Angststörungen, affektive, v. a. depressive Störungen, Störungen des Sozialverhaltens sowie oppositionelle Störungen, bei älteren Patienten kommen Substanzabhängigkeiten, Persönlichkeits- und Essstörungen hinzu (Philipsen et al. 2008). Es bleibt jedoch festzuhalten, dass trotz standardisierter Untersuchungsverfahren die Diagnose von ADHS in der Praxis nicht immer leicht gelingt. Es gilt, die diagnostischen Kriterien zu überprüfen und sie gegenüber Normvarianten und anderen Erkrankungen abzugrenzen. Bei dieser komplexen Symptomatik ist immer eine multiple Verhaltens- und Psychodiagnostik notwendig. Hierbei kommen zunächst Beurteilungsverfahren zum Einsatz, die ein breites Spektrum von Verhaltensauffälligkeiten in der Selbst- und Fremdeinschätzung umfassen, um dann in einer zweiten Phase störungsspezifische Bereiche besser definieren zu können (Döpfner et al. 2013, Lehmkuhl et al. 2009).

26.1.5 Therapie

Therapeutische Interventionen bei ADHS können generell das Kind oder den Jugendlichen, die Eltern oder den Kindergarten bzw. die Schule in den Fokus rücken. Häufig ist es notwendig, in all diesen Bereichen Maßnahmen durchzuführen, da sonst eine Generalisierung der Effekte kaum möglich ist. In den aktuellen S3-Leitlinien für ADHS (AWMF 2017) wird in Abhängigkeit vom Alter und vom Schweregrad ein differenziertes Vorgehen empfohlen. Bei jüngeren Kindern kommt der Edukation der Eltern sowie der Vermittlung von Techniken im Sinne einer angeleiteten Selbsthilfe eine zentrale Bedeutung zu, ergänzt durch kindbezogene Maßnahmen, die jedoch allein nicht ausreichend sind. Darüber hinaus sollte versucht werden, die betreuenden Personen im Kindergarten mit einzubeziehen. Im Schul- und Jugendalter haben sich neben der Psychoedukation, die kognitiv-behaviorale Einzel- und Gruppentherapie, Selbstinstruktionstraining und Selbstmanagement sowie das Neurofeedback als wirkungsvoll erwiesen.

Eine Medikation, insbesondere mit Stimulanzien (Methylphenidat, Amphetamin, Lisdexamphetamin), sowie Atomoxetin und Guanfacin, ist dann indiziert, wenn sich die psychotherapeutischen Schritte als nicht ausreichend erfolgreich herausstellen und der Schweregrad der Symptomatik und die Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen eine deutliche Belastung darstellen. Dabei sollte insbesondere die Indikation für eine Medikation im Vorschulalter sehr kritisch überprüft werden. Die Leitlinien weisen außerdem darauf hin, dass die Patienten und Patientinnen aller Altersgruppen und ihre Angehörigen auf die Wichtigkeit einer ausgewogenen und vollwertigen Ernährung sowie über die Bedeutung regelmäßiger Bewegung bzw. sportlicher Betätigung zu informieren sind (Leithäuser und Beneke 2013). Musikalisches Konzentrationstraining führt ebenfalls zu signifikanten Verbesserungen der Aufmerksamkeitsleistungen sowie der Lebensqualität (Rothmann et al. 2014).

Untersuchungen zur Praxisanwendung der Leitlinie zu ADHS belegen, dass die Empfehlungen nur mäßig umgesetzt werden (Isensee et al. 2015), sodass es darauf ankommt, evidenzbasierte Therapiebausteine individuell in ein Behandlungskonzept zu integrieren.

LITERATUR

- Banaschewski T, Döpfner M. DSM-5–Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. *Z Kinder-Jugendpsychiatr Psychother* 2014; 42: 271–277.
- Banaschewski T, Becker K, Döpfner M, Holtmann M, Rösler M, Romanos M. Attention-deficit/Hyperactivity Disorder—A current overview. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 149–159.
- Döpfner M, Frölich J, Lehmkuhl G. *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe; 2013.
- Faraone SV, Larsson H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry* 2019; 24: 562–575. doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0.
- Isensee C, Hagmayer Y, Rothenberger A, Rothenberger LG, Becker A. AWMF-Leitlinie zu hyperkinetischen Störungen in der Praxis. *Z Kinder-Jugendpsychiatr Psychother* 2015; 43: 91–100.
- Lehmkuhl G, Frölich J, Sevecke K, Döpfner M. *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter*. 3. Aufl. Bremen: UNI-MED; 2009.
- Lehmkuhl G, Philipsen A. *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen*. In: Lehmkuhl G, Resch F, Herpertz SC (Hrsg.): *Psychotherapie des jungen Erwachsenenalters*. Stuttgart: Kohlhammer 2015; 221–236.

- Lehmkuhl G, Holtmann M. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. In: Lehmkuhl G, Poustka F, Holtmann M, Steiner H (Hrsg.): Praxishandbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie. Göttingen: Hogrefe 2015; 149–167.
- Leithäuser R, Beneke R. Sport bei ADHS – Plan für Desaster oder versenkte Ressource? Dtsch Z Sportmed 2013; 64: 287–292.
- Philipsen A, Limberger MF, Lieb K, Feige B, Kleindienst N, Ebner-Priemer U, Barth J, Schmahl C, Bohus M. Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. Br J Psychiatry 2008; 182(2): 118–123.
- Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry 2007; 164(6): 942–948.
- Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. Int J Epidemiol 2014; 43(2): 434–442.
- Rothmann K, Hillmer J-M, Hosser D. Evaluation des Musikalischen Konzentrationstrainings mit Pepe (Musiko mit Pepe) bei Kindern mit Aufmerksamkeitsproblemen. Z Kinder-Jugendpsychiatr Psychother 2014; 42: 325–335.
- Schubert I, Buitkamp N, Lehmkuhl G. Versorgung bei ADHS im Übergang zum Erwachsenenalter aus Sicht der Betroffenen. Gütersloh: Verlag Bertelsmann-Stiftung; 2013.
- Sonuga-Barke EJ. Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: from common simple deficits to multiple developmental pathways. Biol Psychiatry 2005; 57: 1231–1238.
- Steinhausen H-C, Döpfner M, Schubert I. Zeitliche Trends bei den Häufigkeiten für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und Stimulanzienbehandlung. Z Kinder-Jugendpsychiatr Psychother 2016; 44: 275–284.

26.2 Musiktherapie

Waltraut Barnowski-Geiser

26.2.1 Fallvignette

„Musikalisches Erdbeben“

Die Ratsche knallt, Cymbeln scheppern, eine Djembe droht unter harten Dauerschlägen umzufallen; ein Gongschlag dröhnt, kaum zu steigendes Crescendo: Eine wilde Kakophonie aus Spannung und Hoherregung umgibt mich. Meine Resonanzen gleichen einem Erdbeben, ich weiß nicht mehr, wo mir der Kopf steht. Während alles in mir nach Ruhe und Pause verlangt, werfe ich einen Blick auf die Uhr. Sascha, 11 Jahre alt und mit ADHS diagnostiziert, ist gerade erst zwei Minuten im Raum: Es

kommt mir mindestens wie 15 Minuten vor. Meine Resonanz diagnostisch nutzend, wird deutlich: All das, was Sascha auf den Instrumenten erklingen lässt, empfindet er gerade. Ich suche nach der großen Rahmentrommel und finde in ihr das, was hier zu fehlen scheint: Ruhe, Halt, Gleichmäßigkeit, Boden. Sascha hört zunächst nicht auf mich und mein Spiel ... aber nun ... sein Spiel wird gleichmäßiger, er ist auf seinem Lieblingsinstrument, der Steel-Drum, angekommen.

26.2.2 Allgemeine Einleitung

An einer Ampel stehend, sehe ich hinter einer Hecke einen Jungen, der wild um sich schlägt, er wirkt „wie von Sinnen“. Die Diagnostikerin in mir ist angesprochen: Handelt es sich um ein ADHS-Kind, eine massive Tic-Störung, einen psychotischen Schub? So und ähnlich lauten meine gedachten Zuschreibungen. Als die Ampel auf Grün wechselt, fahre ich weiter und der Blick wird freigegeben: Wespen haben diesen Jungen offenbar verfolgt und nun, da sie von ihm ablassen, geht er „ganz normal“ seines Weges.

Diese kleine Alltagsszene lässt die Arbeit mit ADHS-Kindern aus der musiktherapeutischen Praxis anklingen: Herauszufinden, welche „Wespen“, welches individuelle Puzzle der Beunruhigung, sie treibt, ist die herausfordernde Aufgabe in der musiktherapeutischen Praxis.

Kinder und Jugendliche, die wie Sascha (s. Fallvignette) unter ADHS leiden, haben meist mit vielen Schwierigkeiten zu kämpfen. Die mit der Krankheit einhergehenden Symptome wie mangelnde Impulskontrolle, Filterschwäche, geminderte Konzentrationsfähigkeit, oft einhergehend mit massiven Bindungs- und Interaktionsproblemen (Bernatzky und Kreutz 2015), schlagen sich auch in ihrer Art und Weise, musiktherapeutisch zu arbeiten, etwa in einen musikalischen Dialog zu gehen, nieder. Zudem zeigen sich höhere Prävalenzen für Komorbiditäten, wie z.B. Angststörungen, Lernstörungen, Tic-Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens (26.1.1), die insbesondere Gruppenmusiktherapie zu einer besonderen Herausforderung werden lassen (Barnowski-Geiser 2005).

Im Kontext des ADHS findet sich oft großes Leiden: bei den Betroffenen selbst, aber auch in

ihrem sozialen Umfeld. „Was ist los mit diesen Kindern?“, lautet die oft in großer Verzweiflung gestellte Frage von Pädagogen, Eltern und Therapeuten. Die Wissenschaft liefert Antworten zwischen Stoffwechselstörung und Psychodynamik: Diskussionen werden kontrovers und teils in großer Schärfe geführt. Ist ADHS v. a. genetisch bedingt, eine dopaminerge Fehlleistung (Aust-Claus und Hammer 2001) und somit v. a. pharmakologisch behandelbar, oder vielmehr auf bestimmte familiäre Belastungen und interaktive Fehlregulationen zurückzuführen (Hüther und Bonney 2011), somit nicht Krankheit, sondern Symptom ... Medikamentengabe gar ein folgenschweres Unglück für betroffene Kinder (Armstrong 2002)? Die diesen Fragen zugrunde liegenden Antworten fußen auf spezifischen Menschenbildern und münden in Theorien, die maßgeblich musiktherapeutisches Arbeiten bestimmen: Mehrperspektivität scheint dringend angezeigt. Die individuellen Quellen, die Wespen der Beunruhigung, um im beschriebenen Bild zu bleiben, wollen gefunden werden: Intrapersonale und sozioökologische Aspekte müssen aus biopsychosozialer Perspektive auf das jeweilige Kind hin untersucht werden, ebenso wie protektive Faktoren, Resilienzen und Ressourcen (Petzold und Müller 2004). „Der Vorteil der Musiktherapie liegt in der Möglichkeit, sowohl konkret auf der Verhaltensebene zu arbeiten und so die primären Symptome zu verändern, als auch die seelischen Aspekte des Störungsbildes auf kindgerechte Weise zu berücksichtigen“ (Bosse et al. 2013, S. 19).

26.2.3 Musiktherapeutische Behandlungsansätze

Im Feld der Arbeit mit Kindern Tätige beschreiben oft, wie uneinsichtig, wie schwer erreichbar ADHS-Kinder seien, Gespräche „nutzten nichts“. An dieser Stelle kann im günstigen Falle Musiktherapie ins Spiel kommen: Denn hier kann Bewegendes und Fehlendes ins „Spiel gebracht“ werden. In der Arbeit mit älteren Kindern und Jugendlichen kann insbesondere rezeptive Musiktherapie Brücken und Zugänge bauen (Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk 2005), die im Gespräch allein oft kaum möglich scheinen. Musiktherapie kann in multimodalen

Ansätzen einen Platz finden, denn Musik ist für viele Kinder und Jugendliche ein positiv besetztes Medium, „das ihnen einen angstfreieren Zugang zu sich selbst ermöglicht“ (Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk, 2005, S. 34).

Musiktherapeutische Behandlungsansätze in der Arbeit mit ADHS-Kindern stellen noch eine Minderheit dar, spärlich ist die Veröffentlichungslage (Barnowski-Geiser 2005, Bosse et al 2013, Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk 2005, Salje 2005). Dies mag erstaunen, da gerade mit Musiktherapie einübende, ressourcen- und resilienzstärkende Aspekte für Betroffene genutzt werden könnten (Salje 2005, Baer und Barnowski-Geiser 2005). Im Semnos-Konzept (Baer und Barnowski-Geiser 2005) wird die Würdigung des Erlebens der ADHS-Kinder in den Mittelpunkt gestellt. Musiktherapie wird hier als Option gesehen, einen Erlebensraum für neuartige Erfahrungen zur Verfügung zu stellen. Es wird angenommen, dass diese Erfahrungen neuartige neuronale Bahnungen ermöglichen und so eine unter Umständen notwendige medikamentöse Therapie positiv unterstützen. Als günstig erwies sich hier eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie sowie Arbeit mit den Eltern.

Ressourcen der Kinder drohen neben den pathogenen Faktoren übersehen zu werden. Hier sind v. a. ihre Kreativität und ihr Fantasie-reichtum sowie ihre Spontaneität zu nennen: Aspekte, die begründen mögen, warum sich ADHS-Kinder in künstlerischen Medien oft gut beheimatet fühlen. In der Musiktherapie kann ermöglicht werden, „... die individuelle Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen zu erfassen und zu verstehen, damit im Rahmen von Behandlungsprozessen ‚Soziotope‘ geschaffen, ‚safe places‘ zur Verfügung gestellt werden können, die das Kind in seiner ‚Identitätsentwicklung‘ ... angemessen unterstützen können“ (Petzold und Müller 2004, S. 1).

26.2.4 Indikationen und Kontraindikationen

Wenn ein Kind in die Musiktherapie kommt, geht es für die Anmeldenden (etwa Eltern oder Lehrkräfte), meist darum, besser mit dem Kind zurechtzukommen. Indikation und Auftragsklärung hängen hier eng zusammen. Der Wunsch auf elterlicher oder schulischer Seite lautet oftmals, das Kind

möge „ruhiger“ oder „angepasster“ werden. Dies mag einer der Gründe sein, warum ADS-Kinder ohne Hyperaktivität deutlich weniger in den Fokus therapeutischer Bemühung rücken. „Der Maßstab der Störung liegt demnach im Kind und seinem Selbsterleben im sozialen Feld begründet. Dieser Zusammenhang von affektivem Klima und individueller Entwicklung bzw. Entwicklungshemmung findet leider nicht die ihm gebührende Beachtung. Sollte man hier nicht fairerweise auch von einer Aufmerksamkeitsstörung sprechen?“ (Gerspach 2004, S. 48). Aufträge, die den beruhigten Klienten fordern, aber familiäre Dynamiken aussparen wollen, sind, so zeigt die Praxis, ungünstig – und gar nicht selten (Baer und Barnowski-Geiser 2009). Familiäre Belastungen auf elterlicher Seite, wie etwa Sucht (Barnowski-Geiser 2009), Depression (Lenz 2017) oder andere Erkrankungen, sind häufiger Player im familiären ADHS-Konzert als gemeinhin angenommen. Indikation und Auftrag müssen in der Zusammenarbeit mit Eltern und Kindern geklärt und jeweils prozessual modifiziert werden. Teils müssen elterliche Aufträge abgelehnt, reduziert und/oder in ihrem systemischen Zusammenhang aufgearbeitet werden: Denn es ist davon auszugehen, dass eine erfolgreiche Musiktherapie beim Vorliegen vorgeburtlicher und frühkindlicher Schädigungen nicht in einer Heilung, also der völligen Wiederherstellung früherer gesunder Zustände besteht, sondern in deutlichen Lindern der Befindlichkeit, mehr in Richtung einer inneren Balance, sodass das Kind ein weniger eingeschränktes und leidvolles Leben führen kann (Roth und Strüber 2014).

Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk (2005, S. 217 ff.) beschreiben folgende störungsspezifische **Indikationen** für Musiktherapie bei ADHS:

- Irritier- und Erregbarkeit
- Vorzeitiges Abbrechen und häufiges Wechseln von Aktivitäten
- Mangelnde Selbstwahrnehmung/Selbstwertkonflikte
- Fehlende Intersubjektivität
- Autonomie und Grenzprobleme
- Mangelnde Impulskontrolle
- Schulleistungsstörungen
- Störungen des Sozialverhaltens

Kontraindikationen können komorbid auftretende traumatische Belastungen und ein belastetes oder ungünstiges Verhältnis zu Musik im Allgemeinen

sein. Hyperaktivität kann Coping für tief Bewegendes sein, das als Symptom allein nur unzureichend identifiziert wäre: Beseitigung der Beunruhigung allein ist in diesen Fällen kontraindiziert.

26.2.5 Musiktherapeutische Ziele

Ziele in der musiktherapeutischen Arbeit sind wesentlich vom jeweiligen Menschenbild und der therapeutischen Grundausrichtung bestimmt. Grundlegende Ziele betreffen das Einüben von neuen Verhaltensqualitäten im Sinne einer erhöhten Wahlmöglichkeit (z. B. Zuhören, Stille erleben etc.) ebenso wie die Chance auf neuartige Bindungs- und Resonanz-erfahrungen und das Ins-Klingen-Kommen der Seelenlandschaft (Baer und Barnowski-Geiser 2005).

Bosse et al. (2013) beschreiben auf der intentionalen Ebene:

- Geborgenheit erleben
- Selbstwirksamkeit erfahren
- Spannungsregulation
- Selbstaustdruck
- Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Strukturierung
- Motivation
- Positive Gruppenerfahrungen
- Begegnungsräume schaffen
- Erfahrung von Stille
- Hören lernen

Es ist unerlässlich, Kinder, entsprechend ihrem Entwicklungsstand, in die Zielvereinbarung mit einzubeziehen. Dies ist kind- und altersangemessen auf musikalische Weise möglich (etwa: Wie klingst du jetzt, wie möchtest du nach der Therapie klingen?). „Die subjektive Wahrnehmung und Bewertung des Stresses wird vom Kind oft anders gesehen als von den Eltern. Deshalb muss das Kind selbst befragt werden“ (Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk 2005, S. 31).

26.2.6 Musiktherapeutische Praxis/musiktherapeutische Vorgehensweisen (Fallbeispiele)

Wie ging die Stunde mit Sascha, der zu Beginn dieses Kapitels beschrieben wurde, weiter? Seine

anfängliche Begeisterung für die Instrumente im Raum scheint plötzlich erloschen: „Ich kann das nicht!“, mault er. „Mir ist langweilig, ich will Computer spielen!“ Er rollt sich über die im Raum liegenden Matten, wirkt abweisend, wie in seiner eigenen Welt gefangen. Ich greife seinen sichtbaren Bewegungsdrang auf und lade ihn ein, mit mir durch den Therapieraum zu gehen. Er rennt, wird langsamer. Allmählich findet er Worte für sein Spiel, für seine Befindlichkeit: „So wie ich eben gespielt hab, fühl ich mich in der Klasse ... ich will gut sein und aufpassen, aber es ist so viel los, dass ich nicht weiß, wo mir der Kopf steht, und dann kann ich nicht aufpassen und krieg Ärger von meinem Lehrer. Immer ich, dabei machen die anderen, dass ich nicht aufpassen kann, alle ärgern mich ... und das macht mich wütend!“ Wie er denn wohl klingen möchte, frage ich ihn nun, und er wählt, ungewöhnlich zögerlich, eine kleine Kantele und zupft versunken an ihr. Ich lasse leise die Rahmentrommel einfließen. Sascha atmet ruhiger ... nach einigen Minuten: „Eigentlich bin ich traurig ... ich habe nämlich keine Freunde!“

Mithilfe von Musik und Bewegung konnten Saschas Hoherregung und zentrale Affekte Ausdruck finden, in der befragten Intentionalität wird seine tiefe Sehnsucht deutlich und kann schließlich zur Sprache kommen.

Aus leibphänomenologischer Perspektive (Barnowski-Geiser 2005) wird in der musiktherapeutischen Arbeit fokussiert:

- Vom Ungerichtet-Sein (ohne „Standpunkt“, fehlende Links-rechts-Unterscheidung etc.) zur klaren Orientierung (Rhythmus- und Orientierungsvorgaben, Hördifferenzierung)
- Von der Diffusität („wie im Nebel“) zur Prägnanz (entwicklungsorientierte musikalische Klangschichten)
- Von der Durchlässigkeit/Überflutung zum Gefühl des Geschützt-Seins (Arbeit mit „sicheren“ Klängen in selbst gestalteten Höhlen und Oasen)
- Von der Filterschwäche (Schwierigkeit, Reize zu gewichten und differenzieren) zum differenzierten Wahrnehmen (Arbeit mit klingenden Körperbildern und Hör-/Rhythmusspielen)
- Von der Hochsensibilität (besondere Empfindsamkeit für Stimmungen und Spannungszustände)

zur differenzierten Feinfühligkeit (Arbeit mit klingenden Gefühlssternen, Haus der Stimmungen/ Stimmungsräumen und musikalischen Fantasiereisen zu Gefühlssternen/Raumschiff Galactika)

- Von der Hoherregung, oftmals mit Verlust der Impulskontrolle, zu „Ent-Spannung“ und Verhaltenssteuerung (Arbeit mit Bewegung zu entsprechender Musik, Achtsamkeitsübungen mit Musik)
- Von einer sich und anderen gegenüber abwertenden Haltung zu mehr Selbstbewusstsein (etwa Stärkeninstallation mit Instrumenten)
- Von Isolation zu Bindung, Kontakt und Begegnung (v. a. in freien Klangimprovisationen)

26.2.7 Stand der Forschung

Während die Erforschung der AD(H)S allgemein einen wahren Boom erlebte, kann dies für das Forschungsfeld der Musiktherapie nicht behauptet werden (Kowal-Summek 2011). Die empirische Nachweislage basiert bislang v. a. auf qualitativer Einzelfallerhebung. In einer Überblicksarbeit konnte Musiktherapie als unterstützend in der Bewältigung und Lösung von Aufgaben, etwa mathematischer Art (Maloy und Petersen 2014), identifiziert werden. Evidenzbasierte Forschung im Überschneidungsbereich von ADHS und Musiktherapie, insbesondere als Disziplin einer lebensspannungsspezifischen Kindermusiktherapie (Barnowski-Geiser und Petzold 2015), fehlt weitgehend.

LITERATUR

- Armstrong T. Das Märchen vom ADHS-Kind. 50 sanfte Möglichkeiten, das Verhalten Ihres Kindes zu verbessern – ohne Zwang und ohne Pharmaka. Paderborn: Junfermann; 2002.
- Aust-Claus E, Hammer PM. Das ADS-Buch. Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Neue Konzentrationshilfen für Zappelphilippe und Träumer. 6. Aufl. Ratingen: Oberstebrink; 2001.
- Baer U, Barnowski-Geiser W. Hyperaktive Kinder kreativ: Das Semnos-Konzept in Therapie und Pädagogik. Neukirchen-Vluyn: Semnos; 2005.
- Baer U, Barnowski-Geiser W. Jetzt reden wir! Diagnose AD(H)S und was die Kinder wirklich fühlen. Weinheim: Beltz; 2009.

- Barnowski-Geiser W. Musik in der Therapie mit hyperaktiven Jugendlichen. Klangbotschaften-Innenansichten-Resonanzen. In: Baer U, Barnowski-Geiser W. Hyperaktive Kinder kreativ: Das Semnos-Konzept in Therapie und Pädagogik. Neukirchen-Vluyn: Semnos 2005; 83–123.
- Barnowski-Geiser W. Hören, was niemand sieht. Kreativ zur Sprache bringen, was Kinder und Erwachsene aus alkoholbelasteten Familien bewegt. Neukirchen-Vluyn: Semnos; 2009.
- Barnowski-Geiser W, Petzold H. Curriculum Weiterbildung in „Integrativer Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen“ (IMuKid) 2015. www.eag-fpi.com/wp-content/uploads/2014/10/Curriculum-Integrative-Musiktherapie-mit-Kindern-und-Jugendlichen1.pdf (letzter Zugriff 24.05.2018).
- Bernatzky G, Kreutz G. Musik und Medizin. Chancen für Therapie, Prävention und Bildung. Wien: Springer; 2015.
- Bosse J, Stegemann T, Schmidt H U, Timmermann T. Dem Aufmerksamkeitsdefizit mit Aufmerksamkeit begegnen – was die Musiktherapie Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose bieten kann. Musiktherapeutische Umschau 2013; 34(1): 7–22.
- Frohne-Hagemann I, Pleß-Adamczyk H. Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2005.
- Gerspach M. Hyperaktivität aus der Sicht der Psychoanalytischen Pädagogik. In: Passolt M (Hrsg.): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München: Reinhardt 2004; 45–71.
- Hüther G, Bonney H. Neues vom Zappelphilipp. ADS verstehen, vorbeugen und behandeln. Düsseldorf: Patmos; 2011.
- Kowal-Summek L. AD(H)S. Grundlagen und Interventionsmaßnahmen. Wahrnehmungsförderung durch Musik bei Menschen mit Teilleistungsschwächen/ADHS. Erweiterter Bericht zum Arbeitskreis auf der Bundesfachtagung seHT 2011. www.seht.de/vortraege/79-ad-h-s-grundlagen-und-interventionsmassnahmen (letzter Zugriff 25.08.2018).
- Lenz A. Kinder psychisch kranker Eltern. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen: Hogrefe; 2017.
- Maloy M, Peterson R. A Meta-Analysis of the Effectiveness of Music Interventions for Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Psychomusic: Music Mind Brain 2014; 24(4): 328–339.
- Petzold H, Müller L. Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis. Psychother Forum 2004; 12(4): 185–196.
- Roth G, Strüber N. Wie das Gehirn die Seele macht. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 2014.
- Salje C. „Ich habe kein Problem – nur alle anderen“ – Musiktherapie für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung im Rahmen einer ambulanten Behandlung. In: Plahl C, Koch-Temming H (Hrsg.): Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen – Methoden – Praxisfelder. Bern: Huber 2005; 307–317.

26.3 Musiktherapie und Medizin im Dialog

26.3.1 Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin

Gerd Lehmkühl, Ulrike Lehmkühl

Die Therapie der ADHS verlangt ein Behandlungskonzept, das die vielfältigen, komplexen Symptome in oft mehreren Lebensbereichen verbessert. Um dies zu erreichen, sind unterschiedliche Komponenten und Ansätze notwendig und sinnvoll zu kombinieren. Hier kann die Musiktherapie einen wichtigen, ergänzenden Beitrag leisten: Sie motiviert durch ihr spielerisches Vorgehen ohne Leistungsorientierung und -druck, kommt weitgehend ohne Sprache aus und aktiviert Ressourcen wie Kreativität, Selbstregulation, Ausdauer und Selbstvertrauen, erhöht die Compliance und erreicht auch jüngere Kinder. Es konnte bereits gezeigt werden, dass ein musikalisches Konzentrationstraining bei Kindern mit Aufmerksamkeitsproblemen zu signifikanten Verbesserungen führt, unabhängig von Alter, Geschlecht, Intelligenz und Migrationshintergrund (Rothmann et al. 2014). Die vorliegenden positiven Erfahrungen sollten Ausgangspunkt für die Entwicklung und Überprüfung von strukturierten und individualisierten Therapiekonzepten sein, in denen der Musiktherapie eine wichtige Rolle bei der Verbesserung von Konzentration, Motivation und Selbstwahrnehmung zukommt.

26.3.2 Erwartungen an die Medizin vonseiten der Musiktherapie

Waltraut Barnowski-Geiser

Pointiert gesprochen: Es wäre wünschenswert, Musiktherapie nicht auf ein pharmakologisches Sahnehäubchen (Petersen 2002) zu reduzieren, eröffnet doch die Kooperation von Musiktherapie und Medizin wertvolle Brückenschläge. Damit diese Kooperation von Erfolg gekrönt wird, scheint es v. a. vonnöten, unterschiedliche Menschenbilder und auf diesen fußende Forschungsperspektiven einem fortwährenden Diskurs zu unterziehen. Dieser

Diskurs ist idealerweise vom Mit- statt Gegeneinander, von Augenhöhe statt Hierarchie geprägt. Die für die Medizin typische Arbeitsweise der kausalen Kette „Symptom – Diagnose – Therapie“ (Petersen 2002) erfordert in der Zusammenarbeit mit Musiktherapeutinnen und -therapeuten Tiefung und Weitung: So kann sie ergänzt werden um die Dimension der prozessualen Diagnostik, um die Fokussierung von systemischem Kontext sowie der therapeutischen Beziehungs- und Bindungsarbeit (hier v. a. von Resonanzverfahren in der leiblichen Dimension von Körper, Seele und Geist) und um die Wirksamkeit von therapeutischem Spiel (hier v. a. der musikalischen Improvisation).

Ein runder Tisch mit Pädagogen, Eltern, Familienhelfern, Medizinern und Therapeuten, wie in anderen Bereichen der Jugendarbeit und -hilfe üblich, würde es ermöglichen, Interventionen und Absprachen im kollegialen Austausch zu spezifizieren. Kinder und Jugendliche in ihrer Selbstkompetenz stärker miteinzubeziehen, bereits in der medizinischen Untersuchung unter biopsychosozialen Aspekten zu befragen, könnte die Zusammenarbeit, Indikation und letztlich den Heilungsweg begünstigen.

26.3.3 Kritisches, Ungelöstes

Gerd Lehmkuhl, Ulrike Lehmkuhl

Die Debatte um die diagnostischen Kriterien und ein angemessenes evidenzbasiertes therapeutisches Vorgehen bei der ADHS wirft für Sandel (2008) dieselben „moralischen Dilemmata auf wie andere Optimierungstechnologien“ (S. 81). Die Thematik wird dabei häufig plakativ verknüpft mit Kritik an der Leistungsgesellschaft (Han 2010), einer „Aufmerksamkeitsdefizitkultur“ (Türcke 2012) und einer zunehmenden Quantifizierung der Gesundheit (Mau 2017).

So wichtig es einerseits ist, den gesellschaftlichen Bezug der Symptomatik herzustellen und sich gegen die „diagnostische Inflation“ zu wenden (Frances 2013), darf diese Einstellung nicht dazu führen, den betroffenen Kindern und Jugendlichen eine notwendige Behandlung vorzuenthalten. Wir sollten den Fokus darauf legen, welche Therapieziele und -ansätze im Einzelfall angemessen und hilfreich erscheinen, um subjektives Leid, Funktionseinbußen

und eingeschränkte soziale Teilhabe zu verbessern. Dabei gilt es auch, übergroßen Hoffnungen von Eltern und Schule entgegenzutreten und Enttäuschungen in Kauf zu nehmen.

Übertriebene „Normierungen des Gesunden“ so Mau (2017) und Optimierungsvorstellungen verlangen eine therapeutische Haltung, die diese Wünsche aufgreift und relativiert, denn unsere Ziele sind – wie Frances (2013) ausführt – häufig „zu hoch gesteckt und unsere Erwartungen unrealistisch – v. a. in Bezug auf unsere Kinder“ (S. 132).

Waltraut Barnowski-Geiser

Eine v. a. störungsorientierte Sichtweise der ADHS-Symptomatik scheint anfällig für einseitige Orientierung an von Institutionen und Kulturen ausgeprägten Normen und Sichtweisen, anfällig, die „innere Logik“ und Potenziale des Kindes zu übersehen, anfällig, Identität und die Weise, in der Welt zu sein, scheinbaren Geboten der Neuzeit, etwa die der globalisierten Kapitalmärkte (Habermas 2013), zu unterwerfen, sprich: Menschen „passend“ zu machen. Neben einseitigen Forderungen nach „Funktionalisierung“ gehört unabdingbar die Orientierung an der Unantastbarkeit der Würde des Einzelnen: Dies erfordert gerade in den beinahe militant geführten Diskussionen um die ADHS ethische Metareflexionen.

Ein prozessuales Aushandeln von Grundwerten, einhergehend mit der Reflexion von Sinnfragen, wird hier bislang meines Erachtens vernachlässigt. Eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung hin zum kollektiven pausenlosen Presto, hin zu einer Neuzeit der Rastlosigkeit und Beunruhigung (mit großen Umwelt- und Überlebensfragen), wird kaum ohne Resonanz in Kinderherzen und -köpfen bleiben (Rosa 2016): Ihre Nach- und Zusammenklänge erfordern achtsames Hin-Hören (drohen doch gerade die „Leisen“ und „still Erkrankten“ ohne sichtbare Hyperaktivität übersehen zu werden), erfordern fortlaufend kritische Analyse, erfordern wiederholtes Hinterfragen von Zielvorgaben, erfordern nicht zuletzt für dieses Spannungsfeld ausgebildete Spezialisten. Bislang mangelt es an für die Alterskohorte der Kinder und Jugendlichen spezifisch ausgebildeten Musiktherapeutinnen und -therapeuten (Barnowski-Geiser und Petzold 2015), ebenso an fachspezifisch ausgerichteter ADHS-Musiktherapie auf der Grundlage evidenzbasierter Forschung.

LITERATUR

- Barnowski-Geiser W, Petzold H. Curriculum Weiterbildung in „Integrativer Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen“ (IMuKid) 2015. www.eag-fpi.com/wp-content/uploads/2014/10/Curriculum-Integrative-Musiktherapie-mit-Kindern-und-Jugendlichen1.pdf (letzter Zugriff 24.05.2018).
- Frances A. Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. Köln: DuMont; 2013.
- Habermas J. Im Sog der Technokratie: Kleine politische Schriften XII. Berlin: Suhrkamp; 2013.
- Han B-C. Müdigkeitsgesellschaft. Berlin: Matthes & Seitz; 2010.
- Mau S. Das metrische Wir. Über die Quantifizierung des Sozialen. Berlin: Suhrkamp; 2017.
- Petersen P. Künstlerische Therapien–Vorreiter einer künftigen Heilkunde. In: Petersen P: Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Grundlagen–Projekte–Vorschläge. Stuttgart/Berlin: Mayer; 2002.
- Rosa H. Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung. Berlin: Suhrkamp; 2016.
- Rothmann K, Hillmer J-M, Hosser D. Evaluation des Musikalischen Konzentrationstrainings mit Pepe (MusiKo mit Pepe) bei Kindern mit Aufmerksamkeitsproblemen. Z Kinder-Jugendpsychiatr Psychother 2014; 42: 325–335.
- Sandel MJ. Plädoyer gegen die Perfektion. Berlin: University Press; 2008.
- Türcke Ch. Hyperaktiv! Kritik der Aufmerksamkeitsdefizitkultur. München: Beck; 2012.

32 Musiktherapie mit Familien

32.1 Medizinische Grundlagen

Georg Romer

32.1.1 Definitionen

Was ist Familie?

Angesichts zunehmender gesellschaftlicher Vielfalt familiärer Lebensformen ist die Frage, wie der Begriff Familie in Unterscheidung von nicht familiären Lebensformen definiert werden kann, keineswegs trivial. Aus **soziologischer** Sicht steht die erzieherische und modellbildende Sozialisationsinstanz, die Eltern für Kinder verkörpern, im Vordergrund. Aus juristischer Sicht wird ein Lebenszusammenhang dann als Familie bezeichnet, wenn zwei Generationen durch Elternschaft miteinander verbunden sind und hierbei für minderjährige Kinder das Sorgerecht geklärt ist. Für die **klinische Familiendiagnostik** (Cierpka 2003, S. 21 f.) hat sich folgende erweiterte Definition bewährt:

DEFINITION

Mit Familie wird das aktuelle **Zusammenleben von mindestens zwei Generationen**, bezeichnet, die durch (leibliche, Stief-, Adoptiv- oder Pflege-) **Elternschaft** miteinander verbunden sind. Dabei ist das Zusammenleben durch **gemeinsame Aufgabenstellungen**, die **Suche nach Privatheit und Intimität** sowie einen **gemeinsamen Zukunftsentwurf** geprägt.

Was ist Familientherapie?

Mit Familientherapie werden in der Regel alle psychologischen Verfahren bezeichnet, bei denen die Familie als soziales Bezugssystem im Fokus einer psychologischen Intervention steht. Familientherapie im engeren Sinne bedingt hierbei einen heilkundlichen Auftrag, was meist in der behandlungsbedürftigen

Erkrankung mindestens eines Familienmitglieds begründet ist. Dieses wird dann auch als **der identifizierte Patient bzw. die identifizierte Patientin** bezeichnet. Ist ein Familienproblem ohne Krankheitswert im Fokus der Intervention, wird die Familientherapie auch **Familienberatung** genannt, wobei die gleichen Behandlungstechniken zur Anwendung kommen. Vorrangiges Ziel familientherapeutischer Interventionen sind positive Veränderungen der Beziehungen und Interaktionen zwischen den Familienmitgliedern. Insofern wird das **System Familie** als Ganzes als Patient (oder Klient) verstanden. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass die Qualität der Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern und das wechselseitige empathische Verständnis füreinander wichtige Voraussetzungen für das gesundheitliche Wohlergehen aller sind.

32.1.2 Klinische Anwendungsbereiche

Familientherapeutische Methoden werden in der Behandlung psychischer Störungen v. a. eingesetzt, wenn interpersonelle Probleme in einer Familie nach diagnostischer Einschätzung eine bedeutsame Rolle bei der Entstehung oder Aufrechterhaltung einer psychischen Störung zu spielen scheinen. Häufig wird die Familientherapie dabei als Ergänzungsverfahren eingesetzt, um im Therapieprozess die Wirksamkeit einer multimodalen Behandlung zu steigern.

Indikationen und Kontraindikationen

Besondere **Indikationen** für Familientherapie sind in Anlehnung an Schweitzer et al. (2007):

- Der Einbezug der Familie wird von dieser selbst gewünscht.

- Wechselwirkungen zwischen dysfunktionaler familiärer Interaktion und zu behandelnder Störung sind offenkundig.
- Es bestehen dysfunktional ausgeprägte Loyalitätsbindungen oder Abhängigkeiten unter Familienmitgliedern.
- Mehrere Familienmitglieder sind von psychischen Problemen betroffen.
- Familiäre Ressourcen sollen gezielt aktiviert werden.

Bei Kindern und Jugendlichen kommt es zudem häufig vor, dass sie mit ihren Symptomen als sogenannte **Symptomträger** auf unaufgelöste Dissonanzen zwischen ihren Eltern bzw. unverarbeitete seelische Traumatisierungen in der Lebensgeschichte eines Elternteils reagieren, was den Einbezug der Familie in die Behandlung sinnvoll erscheinen lässt. Als besonders wirksam sind familientherapeutische Interventionen belegt v. a. bei Essstörungen und bei Substanzkonsum sowie speziell im Kindes- und Jugendalter bei Störungen des Sozialverhaltens, Hyperaktivitätsstörungen und schweren psychischen Krisen. Ein weiteres wichtiges Anwendungsfeld ist die Unterstützung der Krankheitsbewältigung aufseiten der ganzen Familie bei chronischer Erkrankung eines Familienmitglieds (z. B. Schizophrenie oder Krebs).

Kontraindikationen ergeben sich in der Regel aus der emotionalen Überforderung der einzelnen Familienmitglieder, die bei einer gemeinsamen Bearbeitung von Konflikten oder Traumata entstehen würde. Insbesondere bei seelischen Traumatisierungen durch innerfamiliäre Missbrauchs- oder Gewalterfahrung kann eine konsequente Trennung von anderen Familienmitgliedern im therapeutischen Setting eine wichtige schützende Funktion haben. Auch wenn andere psychisch kranke Familienmitglieder bereits intensive therapeutische Zuwendung erhalten haben, kann es für ein sogenanntes „Schattenkind“ angezeigt sein, einen geschützten therapeutischen Raum zunächst hinreichend sicher für sich allein zu haben.

32.1.3 Therapeutische Haltung und Rahmen

Auch erfahrene (Einzel-)Psychotherapeuten geraten rasch in eine gefühlte Überstrapazierung ihrer

Empathie sowie ihrer inneren Resonanzräume, wenn sie in einer Sitzung mehreren Familienmitgliedern gleichzeitig gegenüber sitzen. Insbesondere wenn dabei innerfamiliäre Konflikte in Szene gesetzt werden, kann die Gesprächsführung schwierig werden. Um in Familiensitzungen nicht in innere Bedrängnis zu kommen, sondern eine zurückgelehnte Haltung zu bewahren, mit der sich die zu leistende psychische Arbeit der Familienmitglieder hilfreich moderieren lässt, haben sich einige Grundsätze für Haltung und Rahmen bewährt:

- **Rahmen und Sprechzeiten strukturieren:** Die Moderation von Familiensitzungen erfordert ein höheres Maß an direktiven strukturierenden Interventionen, als dies in Einzeltherapien der Fall ist – analog zur Notwendigkeit der dirigierenden Funktion eines Ensemble- oder Chorleiters. Bewährt hat sich neben klaren Eröffnungs- und Abschlussritualen, den Zeitrahmen und Ablauf einer Sitzung klar vorzugeben ebenso wie kommunikative Spielregeln, auf deren Einhalten direktiv zu achten ist (z. B. „jeder hört den anderen zu“, „jeder ist in seinen Äußerungen gleich wichtig“). Das rezeptive Aufnehmen sich weitgehend frei entfaltender **Familienszenen** kann insbesondere in der Anfangsphase von Familiensitzungen gleichwohl diagnostisch genutzt werden, um die Binnendynamik einer Familie herauszuarbeiten und der Familie zu spiegeln.
- **Allparteilichkeit:** In Familiensitzungen sollte den Äußerungen der einzelnen Personen mit einer möglichst gleich verteilten Aufmerksamkeit und Validierung begegnet werden. Dies reduziert automatisch die Möglichkeit einer vertieften Empathie für jeden Einzelnen. Stattdessen sollte die Empathie der Familienmitglieder füreinander durch Erbitten gezielter Rückmeldungen untereinander gefördert werden. Bewährt haben sich insbesondere in der Eröffnung und vor Beendigung einer Sitzung gezieltes Reihum-Fragen, um stets alle in gleichem Maße einzubeziehen.
- **Ressourcenorientierung:** Therapiebedürftige Familien profitieren meist wenig davon, wenn vorwiegend ihre Probleme gemeinsam von allen Seiten beleuchtet werden. Dies führt eher zu einer wechselseitigen Verstärkung eines defizitorientierten Selbstverständnisses der Familie. Stattdessen hat sich eine gezielte Orientierung

an allem bewährt, was die Familie immer wieder auch stark macht, was in der Vergangenheit geholfen hat, Probleme zu lösen, oder was einzelne problemfreie Tage in der jüngeren Vergangenheit begünstigt hat. In der gegenseitigen Erinnerung und Vergewisserung eigener Stärken entfalten sich mitunter ungeahnte Problemlösekompetenzen der Familie.

32.1.4 Familientherapeutische Schulen

Es gibt mehrere familientherapeutische Schulen, die eine weitgehende konzeptuelle Überlappung haben. Sie unterscheiden sich vorwiegend in ihren Akzent- und Schwerpunktsetzungen. Die wichtigsten Richtungen seien wie folgt skizziert:

- **Systemische Familientherapie** legt den Schwerpunkt auf den sozialen Kontext psychischer Störungen, insbesondere auf Interaktionen zwischen den Familienmitgliedern unter Einbeziehung von deren sozialer Umwelt. Die gegenwartsbezogene Lösungsorientierung unter Nutzung der vorhandenen Ressourcen der Familie sowie die unmittelbare Veränderung dysfunktionaler Interaktionsmuster stehen dabei im Fokus der Interventionen (vgl. von Schlippe und Schweitzer 2012, von Sydow und Borst 2018).
- **Strukturelle Familientherapie** nach Minuchin (1997) legt besonderes Gewicht auf die Klarheit und Verbindlichkeit von Strukturen, die sich insbesondere durch die Wahrung von Grenzen innerhalb einer Familie, z. B. zwischen den Generationen oder unter den Individuen, abbildet (> Abb. 32.1). Innerfamiliäre Beziehungsstörungen werden vorrangig als Ausdruck von aus den Fugen geratenen Grenzen verstanden, deren Wiederherstellung zu einer funktionaleren Beziehungsgestaltung führen soll.
- **Psychoanalytische Familientherapie** (Boszmerenyi-Nagy und Spark 2001, Richter 1970, Reich et al. 2007) integriert die Ansätze der systemischen und strukturellen Familientherapie und erweitert diese um die Anwendung psychoanalytischer Konstrukte auf das System Familie. So wird ein **familiäres Unbewusstes angenommen**, in dem z. B. unverarbeitete Traumata oder ungelöste Familienkonflikte in der familiären Vergangenheit als seelisches Vermächtnis in der Gegenwart dynamisch weiterwirken, z. B. wenn ein

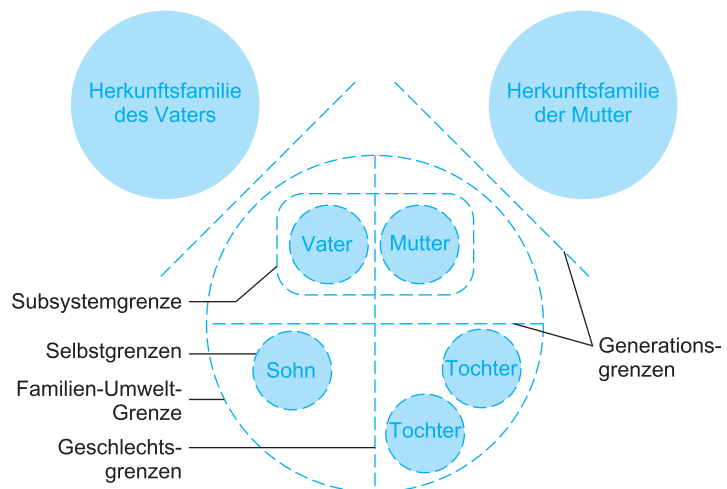


Abb. 32.1 Anatomie der Grenzen in einer Familie (nach Joraschky 2003, S. 381) [G828-001/L231]

Familienmitglied einen **unbewussten Auftrag** zur Wiedergutmachung vergangener Schuld oder zur Wiederherstellung eines verletzten Familienstolzes in sich trägt (Massing et al. 2006). Ebenso werden Projektion und Übertragung als unbewusste Mechanismen interpersoneller Abwehr in der Beziehungsgestaltung zwischen Familienmitgliedern verstanden, mit denen negativ besetzte Eigenschaften oder Anteile der eigenen Person oder relevanter eigener Bindungspersonen in andere Personen „hineingelesen“ (bzw. auf sie übertragen oder projiziert) werden, was zu **unbewussten Rollenzuschreibungen** an einzelne Familienmitglieder führen kann (Richter 1972). So entstehende dysfunktionale Beziehungsgestaltungen sollen bewusst gemacht und aufgelöst werden.

- **Humanistische Familientherapie** in der Tradition von Virginia Satir (2004) integriert die Konzepte der humanistischen Psychologie in ansonsten weitgehender Anlehnung an die o. g. Therapieansätze. Das Erleben im Hier und Jetzt steht dabei im Vordergrund. Angewandt werden szenisch lebendige Interventionstechniken aus der Gestalttherapie und dem Psychodrama wie die Arbeit mit Metaphern, Familienrekonstruktion in Rollenspielen oder die Arbeit mit Familienskulpturen, ebenso wie gemeinsame Meditations-techniken. Hier finden sich besonders geeignete Ansatzpunkte für die Verbindung mit musiktherapeutischen Interventionstechniken.

32.1.5 Grundzüge der Familien-diagnostik

Am Anfang jeder Familientherapie steht ein diagnostischer Prozess, der aus einer bis mehreren Sitzungen mit den Familienmitgliedern bestehen kann, wobei teilweise getrennte Sitzungen (z. B. Eltern ohne Kinder) möglich sind. So wie in der Psychotherapie allgemein wird diese Diagnostik bereits als wirksame Intervention verstanden, die gegebenenfalls fließend in einen weiterführenden therapeutischen Prozess übergeht. Vorrangiges Ziel ist zunächst, aus dem Zusammentragen der einzelnen Sichtweisen aller beteiligter Familienmitglieder eine **familiäre Problemdefinition** aus der Binnenperspektive der Familie zu

erarbeiten (Woran leidet die Familie? Was sollte sich verändern?) sowie diese mit einer **therapeutischen Problemsicht** aus professioneller Außenperspektive in einen dialogischen Abgleich zu bringen. Erst aus der wechselseitigen Rückmeldung zwischen dem System Familie und dem therapeutischen System entsteht ein Arbeitsbündnis und ein Auftrag für eine weiterführende Behandlung. Die therapeutische Haltung impliziert hierbei eine **dialogische Augenhöhe** anstelle eines Expertengefälles. Die Familienmitglieder werden als Expertinnen und Experten für ihre Beziehungen untereinander gesehen und angesprochen, wohingegen Therapeutinnen und Therapeuten einen veränderten oder erweiterten Blick auf die dargebotenen Probleme vermitteln. Wirksam wird dies nur, wenn die Familie dem folgen kann. Diese durch Moderation von außen entstehende Perspektivenerweiterung bringt häufig bereits neue Qualitäten der Begegnung oder Kommunikation unter den Familienmitgliedern in Gang. Für eine solchermaßen erweiterte therapeutische Problemsicht kann der gemeinsame Blick durch verschiedene **diagnostische Fenster** (Cierpka 2003) hilfreich sein, die Familienprobleme jeweils in anderem Licht erscheinen lassen. Spezifische diagnostische Fenster sind u. a.:

- **Familiärer Lebenszyklus:** Hier geht es um einen entwicklungspsychologischen Blick auf das System Familie, bei dem Anpassungsprozesse an besondere biografische Entwicklungsaufgaben und daraus entstehende Herausforderungen, die eine Familie aktuell zu bewältigen hat, besonders gewürdigt werden, wie z. B. die Ablösung jugendlicher Kinder oder die Fürsorge für die Großeltern im Alter.
- **Mehrgenerationenperspektive:** Aus diesem Blickwinkel werden transgenerationale Themen betont, die für die Gegenwart bedeutsam erscheinen, z. B. ungelöste Familienkonflikte, unverarbeitete Traumata oder das Familien-selbstbild prägende normative Traditionen aus den Herkunftsfamilien.
- **Familiäre Wirklichkeit:** Aus diesem Blickwinkel wird die reale Alltagsrealität der Familienmitglieder besonders unter die Lupe genommen, die bestimmte Probleme per se begünstigt oder naheliegende Lösungen verhindert (z. B. Wohnsituation, gemeinsame Zeiten, Alltagsbelastung und deren Negieren etc.).

Ist eine solchermaßen dialogische Verständigung zwischen therapeutischem und Familiensystem in Geng gekommen, leiten sich weiterführende Interventionen im Therapieprozess aus den gemeinsam verhandelten erweiterten Problemdefinitionen ab.

LITERATUR

- Boszormenyi-Nagy I, Spark GM. Unsichtbare Bindungen: die Dynamik familiärer Systeme [amerik. Originalausgabe 1973]. Stuttgart: Klett-Cotta; 2001.
- Cierpka M (Hrsg.). Handbuch der Familiendiagnostik. 2. Aufl. Berlin: Springer; 2003.
- Joraschky P. Die System- und Strukturdiagnose. In: Cierpka M (Hrsg.): Handbuch der Familiendiagnostik. 2. Aufl. Berlin: Springer 2003; 373–392.
- Massing A, Reich G, Sperling E. Die Mehrgenerationen-Familientherapie: Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2006.
- Minuchin S. Familie und Familientherapie: Theorie und Praxis struktureller Familientherapie. Freiburg: Lambertus; 1997.
- Reich G, Massing A, Cierpka M. Praxis der psychoanalytischen Familien- und Paartherapie. Stuttgart: Kohlhammer; 2007.
- Richter HE. Patient Familie. Reinbek: Rowohlt; 1970.
- Richter HE. Eltern, Kind und Neurose [1962]. Stuttgart: Klett; 1972.
- Satir V. Kommunikation. Selbstwert. Kongruenz. Konzepte und Perspektiven familientherapeutischer Praxis [1988]. Paderborn: Junfermann; 2004.
- Schlippe A v, Schweitzer J. Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2012.
- Schweitzer J, Beher S, von Sydow K, Retzlaff R. Systemische Therapie/Familientherapie. PTJ 2007; 6(1): 4–19.
- Sydow K v, Borst G (Hrsg.). Systemische Therapie in der Praxis. Weinheim: Beltz; 2018.

32.2 Musiktherapie

Eva Phan Quoc

32.2.1 Fallvignette

Leo und sein Vater kommen zur Musiktherapie. Heute werden sie im Rahmen einer musiktherapeutischen Eltern-Kind-Beobachtung (APCI, > Kap. 32.2.3) zu einer bestimmten Abfolge an musiktherapeutischen Spielangeboten eingeladen. Das Geschehen wird von einer Videokamera aufgezeichnet. Die Stimmung ist gelöster, als Vater und Sohn es aus dem Alltag miteinander kennen, wo der achtjährige Leo oft angespannt und aggressiv agiert.

Die Therapeutin stellt nun Aufgaben, in denen Leo und sein Vater im musikalischen Spiel aufeinander reagieren sollen – so möge etwa einer von beiden auf seinem Instrument das improvisatorische Spiel „anführen“ und der andere ihm möglichst ähnlich spielend auf einem anderen Musikinstrument „folgen“, danach werden diese Rollen getauscht.

Später wird die Musiktherapeutin bei der Videoauswertung dieser Szene feststellen, dass Leos Dynamik im musikalischen Spiel deutlich größer als die seines Vaters ist. Dieser kann Leos Impulsen zwar gut folgen, bleibt dabei aber immer in einem verhältnismäßig begrenzten mittleren Bereich, während Leo sehr rasch zwischen extremer Lautstärke und Geschwindigkeit und sehr leisem Spiel wechselt. Als der Vater das musikalische Spiel anführt, ist es für Leo schwierig, ihm zu folgen. All das gibt der Musiktherapeutin wertvolle Hinweise darauf, wie sich das Interaktionsgeschehen möglicherweise im Alltag gestaltet. Im darauffolgenden Gespräch mit dem Vater wird klar, dass es diesem auch im Alltag häufig schwerfällt, Signale so deutlich zu setzen, dass sie von seinem Sohn wahrgenommen werden. Zeigt Leo starke Emotionen, fühlt sich sein Vater oft hilflos und ausgeliefert.

32.2.2 Allgemeine Einleitung

Kinder leben in ständiger Interaktion mit ihren Bezugspersonen. Gerät ein Familiensystem aus dem Lot, sind Kinder oft die Ersten, die darauf reagieren – sei es in Form von auffälligem Verhalten oder durch körperliche Beschwerden. Stehen Kinder vor besonderen Herausforderungen in ihrer Entwicklung oder sind sie von körperlichen Beeinträchtigungen oder Erkrankungen bedroht, sind immer auch die Bezugspersonen betroffen. Daher erscheint es naheliegend, die Eltern eines Kindes möglichst gut in den Therapieprozess miteinzubeziehen. Oft geschieht dies im Rahmen von begleitenden Elterngesprächen. Immer häufiger wird jedoch auch versucht, das musiktherapeutische Setting so zu gestalten, dass es Kindern **und** ihren Bezugspersonen Raum bietet. Musiktherapie eignet sich als vorwiegend nonverbales therapeutisches Angebot gut dazu, Kinder und Erwachsene auf einer gemeinsamen Handlungsebene in Kontakt zu bringen.

32.2.3 Musiktherapeutische Behandlungsansätze

Musiktherapeutische Arbeit mit Familien kann einerseits in einem triadischen Setting mit Bezugsperson und Kind, andererseits mit der gesamten Familie oder auch mit mehreren Familien in einer Gruppe stattfinden. Ressourcen- und erlebniszentrierte musiktherapeutische Ansätze unterstützen Eltern dabei, die Signale ihres Kindes (besser) zu erkennen und darauf angemessen zu reagieren. Gleichzeitig kann aber auch Eltern und Geschwisterkindern ein Raum zur Verfügung gestellt werden, um Beeinträchtigungen oder die Erkrankung eines Kindes zu verarbeiten und Bewältigungsstrategien dafür zu entwickeln.

Musiktherapeutische Arbeit mit Familien findet ambulant, in freier Praxis oder manchmal auch bei den Familien zu Hause statt. Im klinischen Kontext wird in der Neonatologie, verschiedenen pädiatrischen Abteilungen bis hin zur Kinderonkologie oder palliativen Einrichtungen ebenfalls zunehmend versucht, Familien in die Musiktherapie miteinzubeziehen. Einen guten Überblick bietet das Buch „Music Therapy with Families“ (Jacobsen und Thompson 2016), das verschiedene theoretische Perspektiven und praktische Herangehensweisen an dieses komplexe Thema zugänglich macht. Ergänzend finden sich auch bei Oldfield und Flower (2008) sowie Edwards (2011) weitere Möglichkeiten, musiktherapeutisch mit Familien zu arbeiten.

Im Folgenden werden nun einige Ansätze für unterschiedliche Altersstufen exemplarisch dargestellt:

Säuglinge und Kleinkinder möchten in ihren Bedürfnissen verstanden werden und brauchen Unterstützung in der Regulation ihrer Empfindungen und Affekte. Sind Bezugspersonen dazu nicht ausreichend gut in der Lage, gerät die Interaktion aus dem Lot. Hier können musiktherapeutische Ansätze hilfreich sein, in denen mit einem Elternteil und dem Kind gemeinsam gearbeitet und dabei der Fokus auf Bindung und Interaktion zwischen diesen beiden gelegt wird (Lenz und von Moreau 2003). Das Interaktionsgeschehen zwischen Kind und seiner Bezugsperson wird beispielsweise musikalisch aufgegriffen, auf diese Weise „hörbar“ gemacht und kann dadurch in weiterer Folge gestaltet und reguliert werden. Oft geschieht dies auch in Form von spontan erfunde-

nen Situationsliedern, in denen das Verhalten des Kindes oder soeben Erlebtes in Worte gefasst und somit zugänglich gemacht wird.

MST – MusikSpielTherapie® (Stumptner und Thomssen 2006):

In triadischem Setting werden Elternteil und Kind (0–4 Jahre) dabei begleitet, sich in einem musikalischen Spielraum zu begegnen. Durch die Wirkungskomponenten von Musik (Rhythmus, Klang, Melodie, Dynamik und Form) können präverbale Ausdrucks-, Spiel- und Kommunikationsmöglichkeiten von Säuglingen und Kleinkindern aufgegriffen werden. Auf diese Weise sollen auch die Bezugspersonen wieder mit der Ebene des vorsprachlichen Spielens vertraut werden und dadurch leichter Zugang zu einem emotionalen Erfahrungsaustausch mit ihrem Kind finden. In begleitenden Elterngesprächen werden Wahrnehmungen und Erlebnisse der Bezugspersonen reflektierend aufgearbeitet (Mentalisierung) und Zusammenhänge mit eigenen biografischen Anteilen der Eltern hergestellt.

Sing & Grow (Abad und Williams 2007):

Unter diesem Titel wurden in Australien landesweit musiktherapeutische Eltern-Kind-Gruppen etabliert und auch evaluiert (Nicholson et al. 2008). Zur Zielgruppe gehören besonders gefährdete und belastete Eltern, die über gemeinsames Singen von Liedern und durch verschiedene musiktherapeutische oder elementarpädagogische Spielangebote in der Gruppe angeleitet werden, die Signale ihres Säuglings oder Kleinkindes (besser) wahrzunehmen und entsprechend feinfühlig abgestimmt zu beantworten. Begleitend zu der Arbeit in der Gruppe werden die Erfahrungen der Bezugspersonen ebenfalls in Reflexionsgesprächen aufgearbeitet (Teggelove 2016).

APCI – Assessment of Parent-Child-Interaction (Jacobsen und Stegemann 2016):

Das APCI ist ein Beobachtungsverfahren zur Einschätzung der Eltern-Kind-Interaktion und wurde von Stine Lindahl Jacobsen (2012) im Kontext ihrer Arbeit mit Risikofamilien für Kinder im Alter von 5–12 Jahren entwickelt und evaluiert. Durch musiktherapeutische Aufgabenstellungen und anschließende Videoanalyse können innerfamiliäre Beziehungs- und Kommunikationsmuster hör- und erkennbar werden. Dies kann in weiterer Folge auch therapeutisch genutzt werden, um auf musikalischer Ebene alternative Möglichkeiten der Interaktion zu erproben und somit später im Alltag neue und zusätzliche Handlungsstrategien zur Verfügung zu haben (Fallvignette, > Kap. 32.2.1).

Auch bei älteren Kindern kann die Förderung und Stärkung der Bindung zwischen Kind und Bezugsperson ein wichtiger Schwerpunkt musiktherapeutischer Arbeit sein (Tuomi 2016). Amelia Oldfield (2006) versucht im Rahmen ihrer musiktherapeutischen Arbeit auf einer psychiatrischen Station, Kindern und ihren Eltern ganzheitliche und positive Erlebnismomente zu ermöglichen. Eingebettet in eine intensive Zusammenarbeit mit dem therapeutischen Team der Station, bietet der vorwiegend nonverbale Ansatz der Musiktherapie einen bereichernden zusätzlichen Blickwinkel auf das Interaktionsgeschehen und somit wichtige Impulse für die Gesamtbehandlung einer Familie.

32.2.4 Indikationen und Kontraindikationen

Eine wichtige Voraussetzung für musiktherapeutische Arbeit mit Familien ist die Bereitschaft aller Familienmitglieder, sich auf ein gemeinsames therapeutisches Setting einzulassen. Wenn angenommen werden kann, dass problematische familiäre Interaktionen einen Anteil an der aktuellen Belastung oder Erkrankung eines oder mehrerer Familienangehörigen haben, dann kann eine musiktherapeutische Arbeit im Familiensetting indiziert sein. Hilfreich (aber keine Voraussetzung!) ist dabei eine positive Einstellung der Kinder und ihrer Elternteile zu Musik. Notwendig ist aber eine grundsätzliche Bereitschaft der Bezugspersonen, sich in begleitenden Elterngesprächen mit dem Erlebten auseinanderzusetzen.

Manchmal stellt sich im Laufe der Arbeit heraus, dass Eltern selbst einen hohen Therapiebedarf aufweisen (etwa durch eigene noch unverarbeitete Traumatisierungen, die durch die Interaktion mit ihrem Kind reaktiviert werden). Hier ist es wichtig, den Eltern Möglichkeiten zu eigenen Therapieangeboten zu vermitteln. Musiktherapeutische Arbeit im Familiensetting ist nicht indiziert, wenn Bezugspersonen selbst den ganzen therapeutischen und musikalischen Spielraum einnehmen oder wenn aktuelle Übergriffe oder Misshandlungen durch die beteiligten Familienangehörigen vermutet werden müssen; hier steht der Schutz einzelner Familienangehöriger an erster Stelle.

32.2.5 Musiktherapeutische Ziele

Musiktherapie im familiären Kontext versucht immer, vorhandene Kompetenzen und Ressourcen der einzelnen Familienmitglieder aufzuspüren und zu stärken. Therapeutische Ziele werden nach Möglichkeit in Zusammenarbeit mit der ganzen Familie formuliert. Sowohl auf der Handlungs- als auch auf der Reflexionsebene werden die Eltern dabei begleitet, ihrem Kind in diesem geschützten therapeutischen Rahmen zu begegnen. Sie sollen dadurch ermutigt werden, die Bedürfnisse und Emotionen ihres Kindes wahrzunehmen, diesen angemessen zu begegnen und sie dem situativen Kontext entsprechend ausreichend feinfühlig regulieren zu lernen. Diese Fähigkeit ist für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer sicheren Bindung zwischen Bezugsperson und Kind von großer Bedeutung.

Die Bezugspersonen des Kindes sollen in ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt werden. Der Umgang mit herausfordernden oder schwierigen Situationen kann im therapeutischen Kontext ausprobiert und geübt werden. Durch die gemeinsame Erarbeitung von Bewältigungsstrategien soll die Resilienz der Familie gestärkt und so eine positive Entwicklung aller Familienmitglieder ermöglicht werden.

32.2.6 Musiktherapeutische Praxis/musiktherapeutische Vorgehensweisen (Fallbeispiel)

Emilija ist 18 Monate alt. Zusammen mit ihrer Mutter kommt sie seit drei Wochen zur Eltern-Kind-Musiktherapie. Heute ist Emilija sehr weinerlich, sie klammert sich an ihre Mutter und kann sich auf mein Kontaktangebot in Form des schon vertrauten Begrüßungsliedes nicht einlassen. Ihre Mutter wirkt gestresst, sie hat einen langen Anfahrtsweg im heißen Auto hinter sich und möchte, dass ihre Tochter nun bei unseren gemeinsamen Spielen auch mitmacht. Sie hält Emilija eine Rassel vor das Gesicht. Das laute Geräusch erschreckt das Mädchen, sie versteift sich und dreht ihren Kopf weg. Die Mutter scheint irritiert: „Was ist? Komm, da ...! Spiel doch mit!“ Sie drückt ihrer Tochter die Rassel in die Hand – diese wirft sie in hohem Bogen weg.

Ich beginne, mein Lied zu verändern, und besinge, was ich sehe: „*Hui–das war heut lange ... Hui, und auch so heiß! Das macht mich richtig ärgerlich! Hui–es war so heiß! Mama–sieh mich an ... auf meiner Stirne steht der Schweiß ... Mama und Emilija–ja die sind weit gereist!*“ Der ärgerliche Gesichtsausdruck der Mutter verändert sich ein wenig. Sie seufzt, blickt auf ihre Tochter und streicht ihr mit der Hand kurz über das nasse Haar. Emilijas Blick streift kurz ihre Mutter, dann vergräbt sie ihr Gesicht in ihren Oberkörper. Ich singe weiter in einem ruhigen, wiegenden Rhythmus und bleibe bei den Worten „*Hui-jah, hui-jah–es war ja so heiß. Hui-jah, hui-jah, wir sind weit gereist.*“ Dazu schaukle ich beim Singen sanft hin und her. Langsam entspannen sich die Körper von Mutter und Tochter, sie atmen beide ruhiger und die Mutter beginnt, sich langsam auf den Schaukelrhythmus einzulassen. Ich singe nun: „*Mama, schaukelt mich – ach, wie ist das fein.*“ Emilija lässt sich nun in die Arme ihrer Mutter sinken. Mutter und Tochter blicken sich an und lächeln. Plötzlich rutscht Emilija vom Schoß ihrer Mutter, holt die Rassel und klettert wieder hoch. Wir müssen lachen.

32.2.7 Stand der Forschung

Musiktherapeutisches Arbeiten mit Familien hat international v. a. in den vergangenen 20 Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Verschiedene Therapieansätze sind entstanden und werden beforscht. Catrina Cassidy untersuchte 2015 im Rahmen eines systematischen Literaturüberblicks den Einbezug von Eltern in der Musiktherapie. Dabei fand sie qualitativ hochwertige Studien v. a. im Bereich der Neonatologie, wie auch eine aktuelle Metaanalyse von Bieleninik et al. (2016) bekräftigt. Mehrere Studien beschäftigten sich mit Familien mit einem Kind mit Behinderung (Williams et al. 2012) oder Autismus-Spektrum-Störungen (Thompson et al. 2014). Darüber hinaus gibt es Forschung zur musiktherapeutischen Arbeit mit Risikofamilien (Jacobsen et al. 2014), aber auch zu präventiven musiktherapeutischen Ansätzen (Mackenzie et al. 2005). Bedarf an weiterer Forschungsarbeit ist besonders im Bereich der musiktherapeutischen Arbeit mit Familien im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiat-

rie gegeben (Cassidy 2015). Insgesamt zeigt sich eine immer intensivere internationale Vernetzung und ein deutlicher Anstieg in der Anzahl und Qualität von Forschungsprojekten in diesem Arbeitsbereich.

LITERATUR

- Abad V, Williams KE. Early Intervention Music Therapy: Reporting on a 3-Year Project To Address Needs with At-Risk Families. *Music Therapy Perspectives* 2007; 25(1): 52–58.
- Bieleninik Ł, Ghetti C, Gold C. Music Therapy for Preterm Infants and Their Parents: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2016; 138(3). DOI: 10.1542/peds.2016–0971.
- Cassidy C. Parental Involvement in Music Therapy: Systematic Review of the Literature and Insights into International Training Programmes. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität für Musik und darstellende Kunst Wien; 2015.
- Edwards J. *Music therapy and parent-infant bonding*: Oxford: Oxford University Press; 2011.
- Jacobsen SL. *Music Therapy Assessment and Development of Parental Competences in Families where Children Have Experienced Emotional Neglect: An Investigation of the Reliability and Validity of the Tool, Assessment of Parenting Competencies (APC)*. Unveröffentlichte Dissertation, Aalborg Universitet; 2012.
- Jacobsen SL, McKinney CH, Holck U. Effects of a Dyadic Music Therapy Intervention on Parent-Child Interaction, Parent Stress, and Parent-Child Relationship in Families with Emotionally Neglected Children: A Randomized Controlled Trial. *J Music Ther* 2014; 51(4): 310–332.
- Jacobsen SL, Stegemann T. Assessment of Parent-Child Interaction – ein musiktherapeutisches Beobachtungsverfahren zur Eltern-Kind-Interaktion. *Musiktherapeutische Umschau* 2016; 37(2): 138–151.
- Jacobsen SL, Thompson G (Hrsg.). *Music Therapy with Families: Therapeutic Approaches and Theoretical Perspectives*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2016.
- Lenz GM, von Moreau D. Resonanz und Synchronisation als regulative Faktoren von Beziehung – das spezifische Potential der Musiktherapie. In: Nöcker-Ribaupierre M (Hrsg.): *Hören – Brücke ins Leben: Musiktherapie mit früh- und neugeborenen Kindern, Forschung und klinische Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2003; 109–134.
- Mackenzie J, Hamlett K. The Music Together Program: Addressing the Needs of “Well” Families with Young Children. *Aust J Music Ther* 2005; 16: 43–59.
- Nicholson JM, Berthelsen D, Abad V, Williams K, Bradley J. Impact of Music Therapy to Promote Positive Parenting and Child Development. *J Health Psychol* 2008; 13(2): 226–238.
- Oldfield A. *Interactive music therapy in child and family psychiatry: Clinical practice, research, and teaching*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2006.
- Oldfield A, Flower C (Hrsg.). *Music Therapy with Children and their Families*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2008.

- Stumpfner K, Thomsen C. Neue Wege in der musiktherapeutischen Behandlung in der frühen Kindheit: Musik-SpielTherapie (MST) – eine Eltern-Kind-Psychotherapie. *Musiktherapeutische Umschau* 2006; 27(2): 144–156.
- Teggelove K. Building Stronger Families through Music: Sing & Grow Group Programs for Families at Risk. In: Jacobsen SL, Thompson G (Hrsg.): *Music Therapy with Families: Therapeutic Approaches and Theoretical Perspectives*. London: Jessica Kingsley Publishers 2016; 152–172.
- Thompson G, McFerran K, Gold C. Family — centred music therapy to promote social engagement in young children with severe autism spectrum disorder: a randomized controlled study. *Child Care Health Dev* 2014; 40(6): 840–852.
- Tuomi K. Music Therapy and Theraplay: Creating, Repairing, and Strengthening the Attachment Bond in Foster and Adoptive Families. In: Jacobsen SL, Thompson G (Hrsg.): *Music Therapy with Families: Therapeutic Approaches and Theoretical Perspectives*. London: Jessica Kingsley Publishers 2016; 173–198.
- Williams KE, Berthelsen D, Nicholson JM, Walker S, Abad V. The Effectiveness of a Short-Term Group Music Therapy Intervention for Parents Who Have a Child with a Disability. *J Music Ther* 2012; 49(1): 23–44.

32.3 Musiktherapie und Medizin im Dialog

Georg Romer, Eva Phan Quoc

32.3.1 Erwartungen an die Musiktherapie vonseiten der Medizin

Im medizinischen Kontext sind musiktherapeutische Angebote, die Familienmitglieder einbeziehen, vorwiegend Teil eines stationären oder teilstationären Behandlungsangebots kinder- und jugendpsychiatrischer oder -psychosomatischer Institutionen. Ärztinnen und Ärzten bzw. Psychologinnen und Psychologen obliegen dabei in aller Regel die fallführende Verantwortung für den einzelnen Behandlungsprozess sowie die konzeptuelle Führung der Behandlungseinheit. Auch der Behandlungsauftrag und das therapeutische Arbeitsbündnis mit den Eltern minderjähriger Patientinnen und Patienten, an das Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten als Mitwirkende in einem multi-

professionellen Behandlungsteam anknüpfen, müssen zunächst von den fallführenden oder leitenden Personen erarbeitet werden. Demgegenüber steht die durch Musiktherapeuten vertretene professionelle Expertise betreffend der von ihnen angewandten therapeutischen Methode und ihrem Medium – der Musik. In anderen Worten: Mit Fallführung und konzeptueller Leitungsverantwortung ist ein Hierarchiegefälle verbunden, dem ein gegenläufiges Kompetenzgefälle bezogen auf das musiktherapeutische Vorgehen gegenübersteht. Die fallführende Verantwortlichen verfügen in der Regel weder über eine professionelle musikalische, noch über eine musiktherapeutische Ausbildung. Damit das Arbeiten im multiprofessionellen Team zu einem gemeinsam gestalteten „multimodalen Gesamtkunstwerk“ werden kann, bedarf es von beiden Seiten eines bewussten, achtsamen und stetig miteinander reflektierten Umgangs mit den genannten durch die definierten professionellen Rollen bedingten Gegebenheiten.

Wichtige Erwartungen an Musiktherapeuten im multiprofessionellen Kontext betreffen u. a. die Konzeption multimodaler Therapeutik, die damit verbundene Haltung sowie die Kommunikation im professionellen Miteinander.

Es ist daher sehr wünschenswert, dass sie sich mit verlässlicher Präsenz in Teamreflexionen zu laufenden Behandlungsprozessen einbringen und sich aktiv am gemeinsamen Ringen um ein miteinander entwickeltes Fall- und Prozessverständnis beteiligen. Ihre besondere Verantwortung liegt hierbei u. a. darin, ihren im Vergleich zum ärztlichen und psychologischen Personal schwächeren Status in der institutionellen Verantwortungshierarchie einer medizinischen Institution durch sicht- und hörbares Ausfüllen ihrer ureigenen Kompetenz im spezifisch musiktherapeutischen Metier ausgleichen. Hierbei dürfen sie sich vergegenwärtigen, dass jede Rückmeldung aus dem musiktherapeutischen Setting ins multiprofessionelle Team einer kleinen Mini-Fortbildung für das gesamte Team gleichkommt. Je mehr sie durch anschaulich geschilderte musiktherapeutische Interaktionen und ihre professionellen Einschätzungen hierzu ihre therapeutische Arbeit in der Wahrnehmung des Gesamtteams transparent und nacherlebbar machen, desto mehr Neugier und Wertschätzung

werden sie dadurch wiederkehrend wecken können. Je mehr Fallführende in der Zusammenarbeit lernen, musiktherapeutische Begegnungen und Prozesse zu verstehen, desto mehr werden sie auch musikalisch mitschwingen und musiktherapeutisch mitdenken. Eine stetige Herausforderung für Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten ist hierbei die bei der interprofessionellen Kommunikation zu leistende Übersetzungsarbeit aller Aspekte, die für ihr Medium der Musik in der Therapie spezifisch sind, in den medizinisch-psychologischen Jargon.

32.3.2 Erwartungen an die Medizin vonseiten der Musiktherapie

Im Rahmen einer Zusammenarbeit im multi-professionellen Team den Aufbau und die Struktur einer Familie aus mehreren verschiedenen Perspektiven betrachten zu können, ist grundsätzlich bereichernd. Dies ist jedoch besonders dann hilfreich, wenn Entscheidungen bezüglich des weiteren Therapieverlaufs oder etwa über den Verbleib eines Kindes in der Familie getroffen werden müssen. Der musiktherapeutische Zugang bietet hier einen zusätzlichen diagnostischen Blickwinkel, der sich durch das meist spielerische und oft für eine Familie noch unbekanntes Setting gut dazu eignet, um vorhandene Ressourcen und Potenziale einer Familie herauszuarbeiten (vgl. APCI, > Kap. 32.2.3). Daher wäre eine verstärkte Einbindung der Musiktherapie auch in diagnostische Prozesse von Vorteil.

Musiktherapeutische Arbeit im Familiensetting ist hochkomplex. Eine möglichst umfassende Diagnostik und klare Arbeitsaufträge in Form von Zuweisungen sind daher besonders im institutionellen Kontext notwendig und wünschenswert. Eine gute Aufteilung der Zuständigkeiten kann durch enge Zusammenarbeit und regelmäßigen Austausch

zwischen den Fallführenden und dem gesamten interdisziplinären Team gewährleistet werden.

32.3.3 Kritisches, Ungelöstes

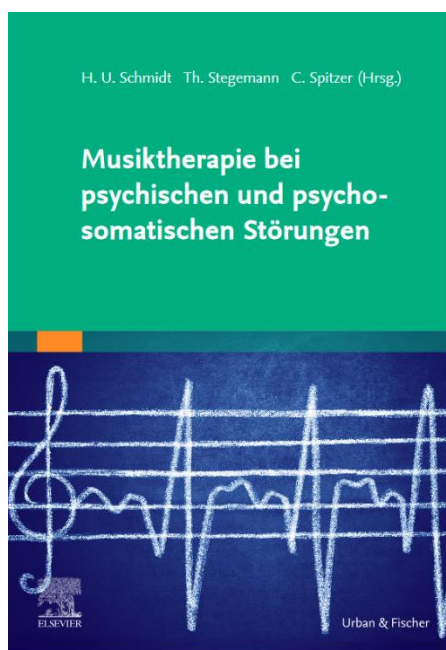
Zur musiktherapeutischen Arbeit mit Familien liegt v.a. im deutschen Sprachraum noch wenig Forschung vor. Hier wäre eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Musiktherapie und Medizin im Rahmen innovativer Forschungsprojekte sicherlich ergiebig. Eine 2018 vom Wiener Zentrum für Musiktherapie-Forschung (WZMF) durchgeführte österreichweite Berufsgruppenumfrage stellte fest, dass an 14,6 % aller musiktherapeutischen Arbeitsstellen in Österreich – am häufigsten in Ambulatorien, Krankenhäusern oder in freier Praxis angesiedelt – in irgendeiner Form auch in einem Familiensetting gearbeitet wird (Phan Quoc et al., im Druck). Dieses wachsende Interesse an der musiktherapeutischen Arbeit mit Familien zeigt, dass es sinnvoll und notwendig wäre, die besonderen Möglichkeiten und Herausforderungen dieses speziellen Settings vermehrt auch noch im Rahmen musiktherapeutischer Ausbildungen in den Fokus der Aufmerksamkeit zu rücken.

Therapeutische Arbeit mit Familien erfordert eine spezielle Haltung und stellt mitunter große Anforderungen an eigene therapeutische Ressourcen oder auch an die Struktur eines therapeutischen Teams. In diesem Kontext scheint daher auch ein stetiger sorgsamer und offener Dialog über Arbeitshaltungen und Menschenbilder innerhalb eines Teams wichtig zu sein, um eine optimale therapeutische Begleitung der betroffenen Familien zu gewährleisten.

LITERATUR

Phan Quoc E, Riedl H, Smetana M, Stegemann T. Zur beruflichen Situation von Musiktherapeutinnen in Österreich: Ergebnisse einer Online-Umfrage. Musiktherapeutische Umschau (im Druck).

Erhältlich in Ihrer Buchhandlung oder im Elsevier-Webshop



Nach einer kurzen Vorstellung der psychischen und psychosomatischen Störungsbilder im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter werden die musiktherapeutischen Optionen diskutiert. Anhand zahlreicher Fallbeispiele und aktueller Forschungsergebnisse zeigen erfahrene medizinische, psychotherapeutische und musiktherapeutische Praktikerinnen und Praktiker, wie mithilfe der Musiktherapie der Heilungsprozess unterstützt werden kann. Der Clou dabei: Die Autorinnen und Autoren beschränken sich nicht auf ihre eigene Profession. Ärztinnen und Ärzte treten mit Musiktherapeutinnen und -therapeuten in einen Dialog: Was wünscht man sich jeweils vom anderen Fachgebiet, um die optimale Versorgung der Klientinnen und Klienten sicherzustellen.

Aus dem Inhalt: Methoden, Techniken und diagnostische Instrumente / Störungsbilder und die musiktherapeutischen Möglichkeiten bei Erwachsenen: Schizophrenie, affektive Störungen, Demenz, Suchtstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, somatoforme Störungen u.a. / Störungsbilder und die musiktherapeutischen Möglichkeiten bei Kindern und Jugendlichen: ADHS, Angststörungen, Autismus-Spektrum-Störungen u.a. / Gewaltprävention / Musiktherapie mit Familien / Ausbildungswege / Ethische Fragen und Forschung

Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen

2019. 368 S., 17 farb. Abb., geb.

ISBN: 978-3-437-21113-3 | € [D] 59,- / € [A] 60,70



ELSEVIER

elsevier.de

Empowering Knowledge