

**Zwischen symptomzentriertem Arbeiten
und dem Anspruch tiefenpsychologisch orientierter
psychotherapeutischer Behandlung –
zu den Möglichkeiten und Grenzen der Musiktherapie
in der Psychiatrie**

**Between Symptom-Centered Work and the Demands of Depth
Psychology Based Psychotherapeutic Treatment:
Possibilities and Limitations of Music Therapy in Psychiatry**

Dorothee von Moreau, Heidelberg

Musiktherapie gehört seit vielen Jahren zum Therapieangebot psychiatrischer Einrichtungen und ist dennoch in der Fachliteratur wenig systematisch behandelt. Der Artikel beschreibt die Situation der Musiktherapie in der Psychiatrie, benennt Indikation, trägt Forschungsergebnisse zur Wirkung von Musiktherapie zusammen und referiert theoretische Überlegungen zu den Wirkweisen der Musik in diesem Anwendungsfeld. Auf dieser Grundlage wird reflektiert, inwieweit Musiktherapie symptomspezifisch oder tiefenpsychologisch orientiert psychotherapeutisch einsetzbar ist. Den referierten Wirkmodellen wird ein eigenes Kreismodell psychotherapeutischer Wirksamkeit gegenübergestellt.

Music therapy has belonged, for many years, to the therapeutic treatment options in psychiatric facilities and yet, has been systematically addressed very little in specialized literature. This article describes the situation of music therapy in psychiatry, designates indication, contributes results of research into the effect of music therapy and discusses theoretical considerations concerning the operating methods of music in this area. On this basis, the extent to which music therapy – symptom-specific or depth psychology oriented – is psychotherapeutically utilizable will be reflected. The reported working models will be compared to an own circular model in their psychotherapeutic effectiveness.

Zwischen Anspruch und Wirklichkeit, zwischen Vision und Realität – auch so hätte dieser Beitrag etwas plakativer überschrieben werden können. In der Tat beschreibt die Spannung, die sich zwischen diesen Polen abbildet, das Dilemma aller psychotherapeutisch Tätigen – gerade auch im Setting einer psychiatrischen Institution und gerade auch heute in einem Gesundheitssystem, welches zwischen Leit-

linien und Kosteneinsparung dem Ethos einer optimalen, individuellen Behandlung verpflichtet bleiben will.

Beginnen möchte ich diesen Beitrag deshalb bei der Realität, um dann über die spezifischen Möglichkeiten der Musiktherapie zu dem zu kommen, was das Psychotherapeutische an unserer täglichen Arbeit möglicherweise ist.

Die Settingbedingungen

Seit ihren Anfängen ist die Musiktherapie in Deutschland aus psychiatrischen Kliniken kaum noch wegzudenken: in zwei Drittel der psychiatrischen Kliniken (Engelmann 1995) und in einem Drittel der psychiatrischen Tageskliniken (Kallert et al. 2003, Andritzky 1996) gehört Musiktherapie zum Therapiespektrum.

Sind die Institutionen groß genug, so bilden Musiktherapeuten ein Team aus Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigten, sie fristen kein Einzelkämpferdasein mehr. Dabei arbeiten Musiktherapeuten meist stationsübergreifend. Die Palette musktherapeutischer Arbeitsfelder reicht dabei von offenen zu geschlossenen, von tagesklinisch-rehabilitativen, über akut-psychiatrischen hin zu forensischen Stationen, Musiktherapeuten arbeiten in Kriseninterventions- und Sucht-, in psychosomatisch/psychotherapeutischen und geriatrischen Abteilungen.

Die Anforderungen sind vielfältig: Musiktherapeuten sind eingebunden in unterschiedliche Teams, müssen sich mit unterschiedlichen „Stationskulturen“ auseinandersetzen und in unterschiedlichen therapeutischen Konzepten ihr therapeutisches Angebot einpassen. Je nach Klientel und Ausbildungshintergrund des Abteilungsleiters oder Oberarztes gibt es soziotherapeutische, systemische, sozialpsychiatrisch geprägte Stationen und rein verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch ausgerichtete Vorstellungen von Therapie.

Die Akzeptanz der Musiktherapie ist immer noch häufig geprägt von nicht-fachlichen Bedingungen, beispielsweise vom musikalischen Bildungshintergrund der Oberärztin, des Stationspflegers oder auch von der „Chemie“ zwischen diesen Personen und der Person des Musiktherapeuten. Ein oft nur vages Verständnis gegenüber der Musiktherapie, die ja meist auch noch außerhalb des stationären Rahmens irgendwo auf dem Gelände oder im Keller einer Institution stattfindet, bringen häufig auch die Patienten mit in die Therapie. Aussagen wie „Ich bin nicht musikalisch“ oder „was soll ich hier?“ deuten nicht nur auf die bekannten Berührungängste gegenüber der Musiktherapie, sondern sind oft Ausdruck dieser Unsicherheit bei der Indikationsstellung zur Musiktherapie.

Musiktherapie wird meist als ein niederschwelliges therapeutisches Angebot in Gruppensettings verstanden. Man erhofft sich, dass die Patienten hier etwas Entspannung und im gemeinsamen Musikhören oder Musikmachen Gemeinschaftser-

leben erfahren, sich in der neuen, oft anonymen Atmosphäre einer (Akut-)Station besser eingebunden fühlen dürfen und emotional angesprochen werden. Im Gruppensetting arbeitende Kollegen sehen nicht selten bei täglich ca. 5 Gruppentherapie-Einheiten (in unterschiedlichen Stationen und Settings) bis zu 45 Patienten am Tag, die sie emotional ansprechen, auffangen und psychotherapeutisch begleiten wollen. Im Blick auf den Titel dieses Beitrags drängt sich tatsächlich die Frage auf: geht das überhaupt?

Gerade auch in akutpsychiatrischen Settings sind die Zuweisungen zu den Therapien oft unklar, uneindeutig oder auch dem Zufall überlassen. Nicht nur auf Stationen mit hoher Fluktuation, bei den generell verkürzten Aufenthaltszeiten und dem oft auch stark schwankenden Befinden der Patienten sind die Gruppenzusammensetzungen meist wechselnd. Wer heute wohl zur Gruppentherapie kommt, wird erst zu Gruppenbeginn klar. Wer dann tatsächlich kommt, hat nicht immer wirklich „Lust“ auf ein therapeutisches Angebot. Er kommt, weil gerade nichts anderes geboten ist, weil er/sie geschickt wird, eher selten aus eigenem Antrieb, aus wirklichem Interesse, aus einer Krankheitseinsicht oder gar aus einer Änderungsbereitschaft heraus. Denn auch von Seiten der Patienten sind die Erwartungen unterschiedlich: die einen möchten sich über die Musik entspannen, andere erwarten, dass sie in ihrer dysphorischen Stimmung aufgehellt werden, einige möchten es gerne mal „krachen lassen“, während andere erhoffen, hier etwas Ordnung, Ruhe und Harmonie zu finden.

Die Patienten

Aus der musiktherapeutischen Begegnung mit psychiatrischen Patienten kennen wir das, was Jos De Backer (2006) als „*sensorielles Spiel*“ beschreibt: Es ist ein Spiel ohne mentale Vorbereitung (die Patienten beginnen ohne Einstimmung, fallen gleichsam ins Spiel). Darin scheinen sie Töne wahllos aneinander zu reihen, oft in endlosen unveränderlichen Wiederholungsschleifen immer gleicher Tonfolgen wirkt das Spiel starr, ohne Entwicklung, ohne Phrasierung, Dynamik, Variation oder Pausen. Ebenso fehlen körperliche Bewegtheit in Blick, Körperausdruck oder Mimik. Bei aller Wiederholung wirkt das Spiel fragmentarisch, immer wieder zerfallend, unbeständig, haltlos. Dieses Spiel schafft keinen psychischen Raum, es ist isoliert, ohne Bezogenheit zu sich, zum eigenen Tun oder zu anderen. In seiner Wahrnehmung fühlt sich der mitspielende Therapeut gleichzeitig gefangen und nicht wahrgenommen, einer seltsamen Leere und Endlosigkeit ausgesetzt, er erlebt keinen Kontakt, keine Abstimmung.

Wie lässt sich diese Spielweise verstehen? Und vor allem, wie lässt sich hier sinnvoll therapeutisch ansetzen? Welche Menschen, welche Nöte und Bedürfnisse, Ängste und Wünsche verbergen sich hinter diesen Ausdrucksformen?

Es sind Patienten mit wenig *Antrieb*, lethargisch, apathisch, krankheits- und medikationsbedingt stark reduziert in ihrer *Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit*. Bei manchen Patienten ist die Wahrnehmungsorganisation stark eingeschränkt. Sie erleben sich verunsichert, ihren Sinnen zu trauen oder sind kaum in der Lage, ihre Wahrnehmung klar zu ordnen. Es fällt ihnen schwer, die unterschiedlichen Klänge in ihrer Richtung zu bestimmen, einzuordnen, eine Struktur darin zu erkennen und darauf auch noch musikalisch zu reagieren.

Ähnlich mag es Patienten gehen, deren *Denkzerfahrenheit* ein geordnetes Miteinander erschwert. Einem Gespräch können sie nur unter großer Anstrengung folgen und eine musikalische Improvisation erleben sie allenfalls bruchstückhaft. In einer so zersplitterten Welt fühlen sie sich ohne Orientierung und Boden. Diesen suchen sie verzweifelt in einem oftmals unsinnig erscheinenden Verhaftet-Sein an Nebensächlichem. Derart aus der Bahn geworfen, brauchen Sie Struktur und Halt gebende Erfahrungen, ohne das Gefühl eingengt oder manipuliert zu sein.

Viele Patienten sind krankheitsbedingt oder auch unter dem Einfluss von Medikamenten affektiv verflacht, sie sind in ihrer *emotionalen Ansprechbarkeit*, ihrer Schwingungsfähigkeit und Reagibilität stark eingeschränkt oder erstarrt. Manche erleben eine eigenartige innere Taubheit, fühlen sich wie unter einer Käseglocke, die zwar einerseits Schutz bietet, andererseits aber isoliert hält, kontakt- und bezugslos macht. Andere wiederum erscheinen einfach entgleist in ihrer *affektiven Gestimmtheit*. Sie sind in dysphorischen Zuständen und negativen Gedankenkreisen wie in einer Zelle gefangen, ängstlich getrieben oder seltsam euphorisiert. Manche Patienten verhalten sich stark angetrieben, sind schwer einzugrenzen und in ihrem überbordenden, oftmals ängstlich getriebenen Auftreten schwer zu regulieren. Diese Patienten haben das Gefühl, ihre starken Affekte nicht mehr kontrollieren zu können, von ihnen überschwemmt zu werden, nicht mehr Herr ihrer Selbst zu sein. Sie stehen unter großer innerer Anspannung und Not.

Viele Patienten zeigen eine äußerst geringe *emotionale Belastbarkeit*, eine extreme Irritierbarkeit und die Unfähigkeit, Gefühle angemessen zu regulieren. Wechselnden Gemütslagen ausgeliefert, zeigen sie eine stark verringerte bis keine Stresstoleranz. Derart verunsichert ziehen sich viele Patienten extrem in sich zurück. In dieser *Zurückgezogenheit* erleben sie sich isoliert und oftmals unverstanden. Der Versuch, in Bezug zu anderen zu kommen, verstärkt die Ambivalenzen und die Ängste vor Vereinnahmung oder Beeinflussung von außen. Ihr Misstrauen gegenüber der Außenwelt kann sich bis hin zu wahnhaften Vorstellungen verschärfen.

Nicht unwesentlich ist zudem bei sehr vielen Patienten die Auseinandersetzung mit einer *chronischen Erkrankung*. Typisch für psychiatrisches Klientel ist es, dass die Erkrankung von den Betroffenen nicht als solche wahrgenommen, geschweige denn angenommen wird. Bei anderen, chronischen Verläufen wächst die Krankheitseinsicht allmählich, doch findet man die psychiatrischen Patienten gerade in den psychischen Funktionen beeinträchtigt, welche sie so dringend für eine Krankheitsverarbeitung benötigten. Dies zu erkennen und angemessene Be-

gleitung und Krankheitsverarbeitung zu ermöglichen, wird oftmals vernachlässigt, Hoffnungslosigkeit und Resignation werden dann vorschnell einer Depression statt der wichtigen Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation zugeschrieben. Wer lange in psychiatrischen Institutionen gearbeitet hat, weiß, auf welchem Auge man betriebsblind werden kann.

Was hat Musiktherapie diesen Menschen zu bieten? Welche Behandlungskonzepte greifen hier? Gibt es ein auf die jeweilige Störung zugeschnittenes, erfolgversprechendes oder gar evaluiertes musiktherapeutisches Behandlungsangebot? Wie sollte dies aussehen, welche Bausteine, Interventionen und Techniken beinhalten? Und wäre ein solches passgenau zugeschnittenes Therapieangebot angesichts der zuvor geschilderten Settingbedingungen überhaupt realisierbar?

Indikation zur Musiktherapie

Musiktherapeuten kennen eine Reihe von sinnvollen Interventionen, um dem ein oder anderen Symptom zu begegnen. Sie wissen, welche musiktherapeutischen Interventionen sich eignen, um beispielsweise

- *Aufmerksamkeit zu binden* und die *Konzentrationsfähigkeit zu fördern* (z.B. Imitationsspiele: genau nachspielen, was der andere vorgemacht hat: dies lässt sich variieren von Übungen, welche kurzzeitig Aufmerksamkeit fordern, also von einfachen zu immer komplexeren musikalischen Strukturen)
- die *Wahrnehmung zu ordnen* (z.B. indem wir Patienten auffordern, genau hinzuhören, wie lange der Ton klingt, wie er sich anfühlt, vielleicht sogar was der Klang im eigenen Erleben anspricht, was den Unterschied macht zwischen einem Metallophon und einem Xylophon – und indem wir ihm helfen, die eigene Wahrnehmung zu versprachlichen („klingt der Ton eher weich oder hart, laut oder leise?“), Worte zu finden für das eigene Empfinden („ist das angenehm, tut das vielleicht sogar gut oder fühlt sich das eher unangenehm, verunsichernd an?“).

Wir wissen, welche musikalischen Komponenten sich eignen, um

- *Struktur und Halt zu vermitteln* (dass z.B. rhythmisches Trommeln in der Gruppe Sicherheit vermittelt, Orientierung schafft, dem eigenen Ausdruck eine Struktur gibt. Wir wissen, dass die formale Vorgabe „freies – rhythmisch geordnetes Spiel“ sowohl die Fähigkeit schult, aus festgefahrenen Bahnen auszubrechen, als auch die Fähigkeit, sich selbst wieder zu ordnen, eine Struktur zu geben.)

Mit dem Medium Musik haben wir es relativ leicht,

- *Erlebnismöglichkeiten direkt anzubahnen* (z.B. indem wir weich klingende Instrumente – eher harten, knappen, klaren Instrumenten entgegensetzen; wir können zu einem lauten Spiel auffordern und dann ein leises Spiel entgegensetzen; schnelle, hektische – langsamen Spielen... usf.). All diese Erlebnismög-

lichkeiten lassen sich fein dosieren – je nach emotionaler Reagibilität und psychischer Belastbarkeit der Patienten.

- Ebenso schaffen dynamische Spielbewegungen zwischen den genannten Polen (laut-leise, schnell-langsam) eine allmähliche *Lösung aus der inneren Erstarrtheit*. Zunächst vorsichtig bahnen sie eine emotionale Flexibilisierung an – ganz abgestimmt auf die momentanen Möglichkeiten des Patienten.
- Wir wissen, welche musikalischen Angebote wir machen können, um in einer Gruppe die *Stimmungen etwas aufzuhellen* oder zu beruhigen, um zu aktivieren oder Spannungen zu regulieren. Und auch hier kennen wir die genauen „Dosierungsmöglichkeiten“ und stimmen diese auf die aktuellen Bedingungen der einzelnen Patienten oder der Gruppe als Ganzes ab.
- Nicht zuletzt lässt sich über Musik und geeignete Interventionen eine *Beziehung* zum Patienten oder zwischen den Patienten untereinander *anbahnen* (z.B. über das Spiel „wandernder Ton“, welcher stark in sich zurückgezogene Patienten dazu bringen kann, wieder Blickkontakt aufzunehmen, ein Lächeln zu wagen und so über die Musik Kontakt zu anderen aufzunehmen).

Man könnte hier viele weitere Beispiele auflisten, um zu zeigen, wie Musiktherapie auf Symptomebene ansetzt und möglicherweise wirkt und hilft. Dabei wird das beschrieben, was im Titel unter symptomzentriertem Arbeiten zu verstehen ist und was täglich in psychiatrischen Kliniken zur Anwendung kommt. Für im Feld erfahrene Musiktherapeuten wäre keine große Herausforderung, unter stabilen Settingbedingungen für die ein oder andere Patientengruppe ein geeignetes Therapiemanual zu entwickeln.

Was sagt dazu ergänzend die Evidenzforschung?

Zur Wirksamkeit von Musiktherapie: Forschungsergebnisse

In dem ersten Cochrane-Review, einer Metaanalyse von Gold et al. (2005) wurde gezeigt, dass Musiktherapie bei schizophrenen Erkrankungen signifikant helfen kann, negative Symptome zu verringern. Als Zusatz zur Standardbehandlung zeigen sich die Effekte v.a. hinsichtlich des Gesamtzustands, des psychischen Zustands (allgemeine und negative Symptome der Schizophrenie) und des sozialen Funktionsniveaus. Gegenüber dem Review von Silverman (2003) mit 19 Studien wurden hier gemäß den strengen Auflagen der Cochrane-Standards nur 4 von 34 Studien mit randomisiertem Kontrollgruppen-Design in der Metaanalyse zugelassen; bei der jüngsten Replizierung dieser Metaanalyse (Mössler et al., 2012) waren es bereits 8 Studien. Auch hier wurden Langzeiteffekte mit hohen Effektstärken v.a. hinsichtlich der Negativsymptomatik (delta = 0.74, erfasst mit klinischen Instrumenten wie PANSS (=Positive and Negative Syndrome Scale) und SANS (=Scale for the Assessment of Negative Symptoms)) und des social functioning (delta = 0.78, erfasst mit SDSI) bestätigt. Inkonsistente Effekte konnten zurückgeführt werden auf unterschiedliche Therapiedauer und unterschiedliche Therapieansätze.

ze. Gold et al. (2009) führen dazu aus, dass hohe Effekte hinsichtlich des global functioning erst ab einer Therapiedauer von 16 Therapieeinheiten und mehr zu erwarten sind; Therapiezeiträume von weniger als 10 Therapiestunden dagegen eher kurzzeitig stimmungsverbessernd wirken. Bei seiner Metaanalyse von insges. 15 Studien erklärte die Therapiedauer 70 % der Varianz seiner ermittelten Effekte.

Auch die Metaanalyse von Pesek (2007) mit insgesamt 9 Studien zur Musiktherapie bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und anderen psychotischen Störungen unterstreicht dies und weist eine hohe Effektstärke von $\delta = 0.8$ aus. Bei insgesamt 16 Studien zu Musiktherapie bei affektiven Störungen errechnete sie eine Effektstärke von $\delta = 0.91$. Hauptmethode ist auch hier, wie bei Gold die aktive Gruppenmusiktherapie. Und sie ist nach einer Studie von Katrin Knothe (2008) am Leipziger Park-Krankenhaus die effektivste Form der MT im Vergleich zu anderen Formen von Musiktherapie.

Diese Forschungsergebnisse scheinen die tägliche Erfahrung zu bestätigen und können insofern als bedeutsam bewertet werden, als da bislang kaum erfolgversprechende Therapiebausteine identifiziert werden konnten, welche gerade die Negativsymptomatik psychotischer Erkrankungen entscheidend beeinflussen kann. Musiktherapie ergänzend zur sog. Standardbehandlung, in der Regel bestehend aus medikamentöser, sozio-/milieutherapeutischen Angeboten und begleitenden psychotherapeutischen Gesprächen führen also zu ca. 30% Verbesserung gegenüber der Standardbehandlung. Auch bei den geringen Studienzahlen mit insges. knapp 500 Patienten, aber hoher Homogenität der Studien (95%) sind die Ergebnisse doch vielversprechend. Leider werden sie viel zu wenig von klinisch tätigen Musiktherapeutinnen ins Feld geführt, um ihre eigene Tätigkeit zu vertreten.

Diese Effektivitätsstudien können um eine weitere Studie der Ulmer Forschergruppe (Oerter, Scheytt und Kächele) aus dem Jahre 2001 ergänzt werden, in welcher die Erhebung der Patientenzufriedenheit als mögliches Maß für die Effizienz von Therapie überwiegend positive Ergebnisse erzielte.

Dies bestätigte eine systematische Patientenbefragung von Cathrin Carr (2012), in welcher die psychiatrische Patienten Musiktherapie nicht nur als sinnvolle Beschäftigung im Klinikalltag erleben, sie berichten, dass Musiktherapie ihre Stimmungen aufhelle, sie entspanne, motiviere, Spaß («enjoyment») bringe und Symptome reduziere. Auf dem Hintergrund der Ausführungen von Clarkin & Levy (2004), dass Psychotherapieeffekte stark vorhersagbar sind durch Erwartungen und persönliche Erfahrungen der Patienten, sind auch diese Ergebnisse bedeutsam. Der Musiktherapie kommt auch im Kontext einer psychiatrischen Klinik zugute, dass sie meist auf positive Erwartungen seitens der Patienten bauen kann, mit angenehmen Erfahrungen verknüpft wird und die gesunden Ressourcen der Patienten anzusprechen vermag.

Freilich offen bleiben angesichts der Forschungslage weiterhin viele drängende Fragen: So wissen wir noch immer nicht, ob ein Gruppen- oder Einzelsetting für

die Patienten hilfreicher ist, denn die meisten Ergebnisse beruhen auf Studien zur Gruppentherapie. Wir wissen nicht, ob diagnosehomogene Gruppen heterogenen Gruppenzusammensetzungen gegenüber im Vorteil sind; auch sagen die Forschungsergebnisse bislang lediglich über die empfohlene Therapiedauer von mind. 16 Therapiestunden, jedoch nichts über eine geeignete Gruppenstärke oder eine zu empfehlende Therapiefrequenz. Auch wenn die Studienlage die aktive Gruppenmusiktherapie in ihrer Wirksamkeit hervorzuheben scheint – Fakt ist, dass es bislang zu wenig Studien zu ausschließlich rezeptiven Verfahren gibt, um einen systematischen Vergleich zu wagen. Und weiter mag man zurecht bezweifeln, ob die in den Studien erwähnten aktiven Gruppen-Musiktherapien denn alle tatsächlich ähnlich durchgeführt wurden. Die therapeutische Orientierung in Asien mag eine andere sein als in Amerika oder Europa; und selbst innerhalb eines Kontinents, eines Landes unterscheidet sich diese, wie wir alle wissen. Selten finden sich in den Studien genauer Angaben zu den verwendeten Techniken, dem Ausmaß an Strukturiertheit und Reflexion innerhalb der aktiven Gruppenmusiktherapie, und wir alle wissen, dass sich hinter Begriffen wie «freie Improvisation» selbst innerhalb eines Landes höchst unterschiedliche Herangehensweisen verbergen können.

Musiktherapeuten werden in Zukunft noch stärker gefordert sein, hier systematisch und diszipliniert zu arbeiten, zu erklären und ihre Arbeit einer systematischen Forschung zu unterziehen, doch vielversprechende Anfänge sind längst gelegt.

Das Spezifische an der Musiktherapie

So kommen wir zur Frage, was das spezifisch Musiktherapeutische an der Wirksamkeit dieses Therapieverfahrens ist. Auch da sind die Argumente hinreichend bekannt und sollen hier nochmal zusammengetragen werden:

Das sog. *Heidelberger Wirkfaktorenmodell* (Hillecke et al. 2007) bezieht sich auf neuropsychologische Erkenntnisse zur Wahrnehmung und Verarbeitung von Musik (vgl. Koelsch 2005) und beschreibt übersichtlich, wie Musik

- wie ein Signalgeber die *Aufmerksamkeit anzieht*,
- *auf die Motorik, und damit stimulierend, aktivierend wirkt*,
- *die Emotionen beeinflusst*,
- *Gedächtnisinhalte aktiviert* – und nicht zuletzt
- *Beziehungen knüpft*, Gemeinschaftserleben fördert.

Um das spezifisch Musiktherapeutische zu charakterisieren gehen Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk (2005) von verschiedenen „*Funktionen*“ der Musik aus, welche im Folgenden umrissen werden sollen:

- Die *Funktion der Musik als basaler Stimulus* beschreibt, dass Musik ohne Umwege über Kognition und Bewusstheit direkt auf subkortikaler Ebene greift, dort als sensorischer Stimulus nicht nur sensorische und motorische, sondern

auch emotionale Zentren erreicht und damit „neue neurobiologische Verknüpfungen“ (S. 97) bahne. Hierzu ist von Seiten der Hirnforschung einiges an Grundlagenerkenntnis beigetragen worden.

- Auf gestaltpsychologischer Ebene beschreibbar wird die Funktion der *Musik als Integrator*. Gemeint ist damit, dass Musik „... unzusammenhängende Gefühls – und Gedankenfragmente... musikalisch als zusammengehörig erfahrbar“ werden lässt (S. 98) und zwischen Atmosphäre, Vordergrund und Hintergrund, Gefühl und Handlung einer Situation vermittelt. So wird es möglich, dass im Erleben des Patienten bruchstückhaft Erlebtes über die Musik als irgendwie zusammengehörig und sinnvoll geordnet erfahrbar wird.
- Ähnlich ist die sog. *Vehikelfunktion der Musik* zu verstehen, welche wechselnde Gefühls- und Erlebnisinhalte in einen zeitlichen Verlauf „einbindet und in der Zeit weiter trägt“ (S. 98). Sie nimmt den Patienten in ein gemeinsames Spiel hinein. Undeutliche Impulse erfahren durch die musikalische Begleitung des Therapeuten Unterstützung, sodass der Patient „spielerisch ins Erleben kommen“ (S. 98) kann. Emotionale Blockaden können so z.B. durch Rhythmus und Dynamik auf sanfte Weise in Bewegung gebracht werden, Gefühle in der Musik in Fluss kommen, durchlebt, evtl. auch verstanden und verarbeitet werden.
- In der *Katalysatorfunktion der Musik* wird dieser Prozess noch verstärkt. Hier hilft die Musik, Affekte musikalisch so auszudrücken, dass ihnen mit Unterstützung des Therapeuten eine Form gegeben und Affekte dadurch reguliert werden können. Dabei geht es nicht nur um bloßes Ausagieren (und schon gar nicht zum Selbstzweck), vielmehr hilft die Musik, Affekte in eine Gestaltung zu bringen, sinnvoll zu phrasieren, sich ihrer gewahr zu werden und die eigene Kraft / sich selbst darin zu spüren.
- Als weitere Funktion wird die *Musik „als Ressource*, (als) Schutzfaktor und Nährsubstanz“ (S. 102) verstanden: Musik legt brachliegende Potenziale frei, weckt und fördert Kreativität und Ausdrucksfreude („enjoyment“ vgl. Carr 2012), nährt, aktiviert, harmonisiert und beruhigt. Sie hilft aber auch, neue Copingstrategien im Umgang mit schwierigen Situationen oder in der Verarbeitung schlimmer Erlebnisse zu entwerfen, auszuprobieren und zu festigen: Seit Menschengedenken gestalten wir Erlebtes in Gedichten und Liedern, um im Gesungenen und Erdichteten Ausdruck für Sehnsucht und Trauer, und gleichzeitig Trost, Halt, Hoffnung und neue Kraft zu finden.

Bei der Nennung weiterer Funktionen der Musik streifen die Autoren genuin tiefenpsychologisches Terrain. Musiktherapeuten dieser Schule beziehen sich heute explizit auf frühe Formen des Erlebens, der Bindungs- und Beziehungserfahrung auf der Basis neuerer entwicklungspsychologischer Erkenntnisse:

Musik wird hier verstanden und eingesetzt als universeller vorsprachlicher Zugang zum Menschen. Sie knüpft an phylogenetisch wie ontogenetisch sehr frühe Erfahrungen an. Denn in den Urformen menschlichen Dialogs sind es die musi-

kalischen Elemente der Sprache, die Beziehung herstellen, Vertrauen schaffen und ein Gefühl von Zugehörigkeit und Gemeint-Sein vermitteln. Diesen Zugang über die Musik machen wir uns zunutze bei allen Patienten, welche über das Wort evtl. nur eingeschränkt emotional erreichbar oder berührbar sind. Ich gehe fest davon aus, dass dieser Zugang aber auch bei anderen Patienten greift, gerade auch bei den oben beschriebenen, extrem zurückgezogenen oder emotional und kognitiv „aus der Bahn“ geworfenen, stark verunsicherten psychiatrischen Patienten.

- Ist dieser Zugang geschaffen, so kann Musik in ihrer universell verständlichen Sprache, in ihrer überschaubaren, harmonisch oder rhythmisch geordneten, auf Wiederholung basierenden Struktur Sicherheit, Orientierung, Stabilität, Boden und Halt vermitteln. Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk (2005) sprechen hier von der Halte- oder Rahmen- oder *Containingfunktion der Musik*.
- Darüber hinaus ermöglicht die Musik Erfahrungen, welche Daniel Stern als essentiell für die Entwicklung des sog. „Kernselbstempfindens“ beschrieben hat. In der Analyse unzähliger Videobänder mit Kleinstkindern und ihren Bezugspersonen konnte er zeigen, wie wichtig es in dieser frühen Phase für den Menschen ist, in seinen Äußerungen unmittelbar gespiegelt zu werden. Diese Erfahrung des Gehört- und Erwidert-Werdens formt ein Gefühl für das eigene Sein: indem der Mensch Resonanz erfährt, erlebt er, dass er IST. Er wird in seinem So-Sein, in seiner Identität bestätigt und gefestigt. Auch hier bin ich überzeugt, dass diese Art der Erfahrung, das Gefühl Resonanz zu bekommen, nicht nur in der frühesten Kindheit von Bedeutung ist, sondern dass wir diese Erfahrungen unser ganzes Leben immer wieder suchen und benötigen. Und in besonderer Weise benötigen solche Resonanz gebenden Erfahrungen auch psychiatrische Patienten. Derartige Erfahrungen sind Voraussetzung, einen verloren gegangenen Kontakt zu sich selbst wieder aufnehmen und herstellen zu können.

Darauf aufbauend vermittelt Musik „Gemeinsamkeit im Sinne eines geteilten Interesses, worüber Intersubjektivität im Sinne Sterns erfahren wird und schließlich auch direkte zwischenmenschliche Begegnung möglich wird“ (Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk, 2005, S. 101). In dieser Funktion ist Musik gleichzeitig Halt und Brücke, ein verbindendes Drittes, welches Kontakt zwischen Patienten untereinander oder zwischen Patient und Therapeut herstellt. So sind es Erfahrungen von Intersubjektivität, Interattentionalität, Interaktivität und Interaffektivität (Stern 1993, 2000), welche helfen, sich selbst als abgegrenztes Subjekt zu erleben und sich selbst im Austausch mit anderen als lebendig zu erfahren. Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk (2005) sprechen hier von der Funktion der *Musik als Intermediärobjekt*, welches erlaubt, affektive Nähe über ein Drittes (die Musik) herzustellen und zu regulieren.

All diese Erfahrungen sind präsymbolische Erfahrungen, die auch Menschen auf niedrigem Funktions- und Strukturniveau erreichen.

Im Weiteren, nämlich auf symbolischer Ebene kann Musik *Projektionsfläche* werden und in dieser Funktion zwischen Unbewusstem oder Vorbewusstem und Bewusstem vermitteln. Ammon spricht hier vom tertiärprozesshaften Charakter der Musik (Ammon 1974). Anknüpfend an Lorenzer und an Winnicott's Übergangsraum sprach Eschen (2002) von der Musik im Dienste der freien Assoziation, welches ein Oszillieren zwischen den Strukturebenen ermöglichen. Wie und in welcher Weise Musik hier seelische Transformationsprozesse ermöglicht, soll hier nicht näher ausgeführt werden. Denn in den seltensten Fällen arbeiten wir auf dieser psychotherapeutischen Ebene mit psychiatrischen Patienten.

Wie sich diese Funktionen im psychotherapeutischen Sinne nutzen lassen sei nun im letzten Abschnitt ausgeführt. Dabei erlauben Sie mir einen knappen geschichtlichen Ausflug.

Psychotherapeutische Ansätze in der Psychiatrie – Grundüberlegungen

Seit den 90er Jahren des zu Ende gegangenen Jahrtausends hat sich das Schulendenken in der Psychotherapie schleichend aufgelöst und ist einem *schulenübergreifenden Denken* gewichen. Diesem Prozess vorausgegangen war die Erkenntnis, dass psychische Störungen nicht zurückzuführen sind auf eine klar definierbare Ursache. Monocausale Ätiologiekonzepte wurden abgelöst von *multicausalen*. Während sich dabei auch die theoretischen Erklärungsansätze für die Behandlung psychischer Störungen wandelten, machte sich gleichzeitig in den psychotherapeutischen Schulen die Erkenntnis breit, dass die eigenen Methoden alleine nicht ausreichen, um den komplexen Herausforderungen zu begegnen, vor die uns die Therapie psychisch erkrankter Menschen stellt (vgl. Strobel 1985). Die Verhaltenstherapeuten begannen sich mit der Beziehung zum Patienten auseinanderzusetzen und sich für Phänomene wie Übertragung und Gegenübertragung zu öffnen, selbst wenn sie dafür andere Begriffe prägten; auf der anderen Seite hatten Analytiker bereits begonnen, das Paradigma der reinen Übertragungsbeziehung mit dem Postulat der strengen Abstinenz gerade für ich-strukturelle Störungen aufzuweichen und das Konzept der hilfreichen therapeutischen Beziehung (siehe u.a. Heigl-Evers 1983) an dessen Stelle zu setzen. In beiden Schulen hielten nun auch systemische Ansätze Einzug, um den Menschen in der Geschichte vielfältiger (und nicht nur früher) Rollenerfahrungen und -muster zu begreifen.

So sind nicht nur schulenspezifische Denk- und Behandlungsansätze schulenübergreifend gewichen. Gleichzeitig wurden die in den 1980er Jahren noch idealistisch geprägte Therapiebemühungen für psychiatrische Störungen von einem pragmatischen, leider oft aber auch eindimensionalen und einseitigen Vorgehen abgelöst. Denn mit dieser Entwicklung wurde nicht selten auch die Tiefendimension in der Betrachtung psychischer Störungen aufgegeben oder vernachlässigt.

So finden sich in der psychotherapeutischen Behandlung psychischer Störungen heute

- ressourcenorientierte (trotz der massiven Einschränkungen durch Erkrankung sollen noch bestehende psychische Fähigkeiten gestärkt werden, um so Hospitalisierungstendenzen entgegenzuwirken)
- psychoedukative (intensive Aufklärung über die Erkrankung, ihre Behandlungsansätze sowie pathogene Einflussfaktoren sind von großer Wichtigkeit für die Behandlungsmotivation und die Vermeidung bzw. den Aufschub von Rezidiven, sie helfen den Betroffenen sowie deren Angehörigen, mit der Erkrankung besser umgehen und leben zu lernen)
- kognitive (hierbei geht es nicht nur um den Erhalt von bleibenden kognitiven Fähigkeiten, um Aufmerksamkeits- und Konzentrationstraining, es sollen auch relevante Selbstinstruktionen zur Bewältigung belastender Ereignisse gelernt und vertieft werden, um so die psychogenen Einflussfaktoren gering zu halten)
- sozio- und milieuthérapeutische Behandlungsansätze (hier geht es um die Aufrechterhaltung eines strukturierten, sinnvollen und die Fähigkeiten erhaltenden Tagesablaufs, es geht um rehabilitative Maßnahmen zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit nach dem Prinzip der kleinen Schritte).

Übungszentrierte, Ich-bildende, stabilisierende, supportive Techniken kommen dabei überwiegend zum Einsatz.

Tiefenpsychologisch orientierte psychotherapeutische Ansätze in der Arbeit mit psychiatrischen Patienten

Wie aber werden wir bei allem Pragmatismus einem tiefergehenden, tiefenpsychologisch orientierten psychotherapeutischen Anspruch in der Arbeit mit psychiatrischen Patienten gerecht? Lässt sich diesem Anspruch überhaupt gerecht werden?

Ich denke ja, auch und gerade unter den erwähnten Settingbedingungen in der täglichen Arbeit und ich denke, es geht dabei vor allem um die Entwicklung einer therapeutischen Haltung.

Diese speist sich für Psychotherapeuten aus einer Haltung des *Präsent-Seins* für den anderen: Im therapeutischen Kontext stellen wir uns dem Patienten als Gegenüber zur Verfügung, wir versuchen, ihm „ein Ohr zu leihen“. In diesem „Leihgeschäft“ stellen wir dem Anderen nicht nur unser Ohr, sondern damit unsere ganze Aufmerksamkeit, Achtsamkeit, Wahrnehmung zur Verfügung. Gerade Musiktherapeuten sind geschult in der Haltung des *Zuhörens*: Es geht darum, nicht nur „das Symptom“ des Patienten wahrzunehmen, sondern gleichsam *dahinter* zu horchen, hinter einer verworrenen Aussage das vielleicht noch Gemeinte erahnen zu wollen.

Mit der Analyse der bekannten Inhalts-, Gefühls- und Beziehungsebenen kommen wir oft nicht weit bei Patienten, die Worte manchmal widersprüchlich

gebrauchen, deren Sprachbilder nicht einfach zu deuten sind. Dazu eine Patientin (zit. in Sechehaye 1973, S. 94): „sie (die Worte) kamen von ganz allein und sollten überhaupt nichts bedeuten... Es war nur der Klang, der Rhythmus, der einen Sinn ergab.“ Beim Zuhören geht es also mehr um eine Suchbewegung, oft unsystematisch und intuitiv, welche das Ausgedrückte in ein Verhältnis zum momentanen therapeutischen Prozess zu setzen sucht und so dem Patienten hilft beim Entschlüsseln seiner Worte oder beim Symbolisieren seiner Wahrnehmungen.

Aus der Haltung des Zuhörens lassen wir weiter zu, dass wir *berührt werden*, dass der andere einen Eindruck auf uns, oder besser in uns hinterlässt, wir stellen unser Erleben zur Verfügung. Wir verbinden uns innerlich mit diesem Eindruck, *synchronisieren* uns mit dem Anderen, gehen *in Resonanz* mit dem von Anderen Ausgedrückten, und bieten, indem wir Resonanz geben oder eine *Antwort* suchen, Hilfe an beim Entschlüsseln des Erlebens und Empfindens des Patienten. In der Musik tun wir dies gleichermaßen auf eine ernste und spielerische Art und Weise.

Dieses Zuhören ist einerseits gestützt von „*Verstehen*“ – auf der anderen Seite ermöglicht es Verstehen: Tragendes Fundament für Verstehen ist zunächst das *Wissen* um das innere Erleben des psychiatrisch Kranken, die Kenntnis über Symptomatik, Krankheitsverlauf, Denk-, Verhaltens- und Erlebensmuster im Krankheitsverlauf. Vertieftes Verstehen wird jedoch erst möglich, wenn wir uns in unserem eigenen Erleben *einlassen auf das Erleben des Patienten*, uns dem Fremden/Befremdenden annähern. Engelmann (2006) betont, dass es dabei nicht um übergriffiges Sich-Angleichen gehen darf, um eine fiktive Überwindung der Fremdheit. Vielmehr geht es darum, das Anders-Sein anzuerkennen und einen Umgang damit zu finden, welcher die Erfahrung ermöglicht, abgegrenzt, aber nicht alleine zu sein. In dieser Anerkennung der Fremdheit kann, so Ursula Plog (1997, S. 47) „der Andere sich auf den Weg machen, sich verstehen zu wollen“.

Dabei zwingend notwendig ist auch das *Verstehen von Ambivalenz, Abwehr und Widerstand*, welches uns als therapeutisch Tätige ermöglicht, Ruhe und Verständnis und Gelassenheit aufzubringen für die innere Welt des Patienten. Oftmals fürchtet dieser, sich in der Annäherung, im Zulassen von Nähe zu entdifferenzieren und aufzulösen, während ihn auf der anderen Seite das Grundgefühl der Isolation und Einsamkeit, ein Gefühl der Fremdheit und des Unverstanden-Seins auch sich selbst gegenüber bedroht. So schreibt eine Patientin (zit. nach Benedetti 1994, S. 187): „Es ist eine Art Ansteckung; ich vermische mich mit jedem. Es werden mir ganz fremde Teile angeklebt... Irgendwie habe ich auch Angst, aus dem Anderen mich selbst zu machen.“

Dem furchtlos begegnen zu können, setzt ein *Verständnis und einen guten Umgang mit Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühlen* voraus. In der Annäherung an das Erleben des Patienten werden wir allzu leicht erschreckt von den Gefühlen des sich Auflörens und des Zerfallens, der Ohnmacht oder Angst, der

Fremdheit oder Nichtigkeit, wenn alles gleichermaßen „deprimierend sinnlos und erdrückend bedeutungsvoll“ zu sein scheint, wie Sylvia Kunkel (2009, S. 103) dies beschreibt. Und immer drohen wir verwickelt zu werden in Inszenierungen und uneindeutige Beziehungsmuster des Patienten.

Die eigene Abwehr versteckt sich auch leicht in Ungeduld, Aktionismus, Überlegenheit, Abwertung, Etikettierung..., manchmal aber auch in „seelischen Gegenbewegungen“. Dann verausgaben wir uns darin, den Depressiven aufzumuntern zu wollen, dem Uneinsichtigen gut zuzureden oder den Unruhigen mit strenger Strukturiertheit glauben eingrenzen zu müssen.

Vor dieser Art sich selbst verausgabendem Handeln schützt uns nicht zuletzt auch das *Wissen um die Entwicklung seelischer Strukturen*. Wir müssen verstanden haben, auf welche Weise der Mensch Identität und Selbstkongruenz entwickelt, oder in welchen Schritten sich Beziehungsfähigkeit entwickelt und manifestiert. Erst so können wir den psychiatrisch Kranken auf eine angemessene Weise unterstützen, diese in der Erkrankung verloren gegangenen Strukturen und Möglichkeiten wieder neu zu gewinnen und zu festigen. Dabei helfen uns die Grundlagenkenntnisse aus der Säuglingsforschung, die uns aufzeigen, wie der Mensch in Beziehung zum Anderen tritt, aus dem Umsorgt- und Umhüllt-Werden heraus schrittweise Kontur als Gegenüber gewinnt und seine Identität über den Austausch, das Bespiegelt-Werden vom anderen ertastet und formt.

Ich hoffe, es ist deutlich geworden, in welcher Weise Zuhören und Verstehen die psychotherapeutische Haltung charakterisieren. Diese kann nun *handlungsleitend* werden in Qualitäten, welche grundsätzlich eine günstige Wirkung auf die psychische Entwicklung haben. Es sind dies Eigenschaften, die zu den „unspezifischen Wirkfaktoren“ von Psychotherapie zählen. Unter Verweis auf Luc Ciompi (1982) nennt Dorothee Storz (2006) hier *Empathie, Geduld und Verständnis, Ruhe und Gelassenheit, Einfachheit und Eindeutigkeit, Verlässlichkeit und Kontinuität, Vertrauen und Toleranz, Authentizität und das Erkennen der eigenen Grenzen*.

Im musiktherapeutischen Handeln zeigen sich diese Qualitäten in musikalischen Spielqualitäten, die sich *„auf ein mitschwingendes Präsentsein, auf eine nachvollziehbare Begleitung und Verstärkung, auf ein aktives und gleichzeitig empathisches Mitspiel beziehen und die sich am Grad der Ausdrucksfähigkeit des Patienten orientieren“* (Storz, 2006, S. 35).

Nun, wie genau vollzieht sich das in der musiktherapeutischen Arbeit?

Betrachten wir die musikalische Improvisation zunächst des Patienten für sich alleine genommen (ohne die Begleitung des Therapeuten): Aufgefordert zum musikalischen Handeln spielt er ein paar Töne auf dem Vibraphon, einem Xylophon oder dem Klavier. Diese Instrumente werden gerne gewählt, denn die abgestuften Klangstäbe bzw. die bekannte Anordnung der Tastatur am Klavier verspricht Überschaubarkeit und Struktur. In ihrer Dissertation über „Grundverhältnisse,

Beziehungsformen und Interaktionsmuster im musiktherapeutischen Erstkontakt mit schizophrenen Patienten“ beschreibt Silvia Kunkel (2009), wie Patienten in diesen ersten Spielversuchen zumeist auf Bekanntes, Vertrautes und (mehr oder weniger) Beherrschtes zurückgreifen. Trotz der stereotyp wirkenden, von Endloswiederholungen geprägten, monoton wirkenden Spielweise mit ihrem unlebendigen, maskenhaften Charakter ist eine solche erste musikalische Aktion „in hohem Maße willentlich intendiert und kontrolliert“ (Kunkel, 2009, S. 105). Über dieses *Handeln* werden „Absicherungen geschaffen, Vorhersagbarkeit und Kontrollierbarkeit“ (Kunkel, 2009, S. 106).

Über die so sich entwickelnde Musik wird Handeln zum *sinnlichen Erleben* – hier möglicherweise im monoton sich wiederholenden Tongefüge ein Gefühl der Vertrautheit und Orientierung. Stören wir den Patienten in diesem Prozess nicht, sondern begleiten ihn darin aufmerksam und geduldig und lassen ihm Zeit, so kann dieses Erleben langsam übergeführt werden in ein *wahrnehmbares Gefühl*, welches im Nachgespräch zum Spiel *reflektiert* und mit anderen Mustern verknüpft werden kann. Aus diesen Verknüpfungen ergeben sich möglicherweise *neue Spielideen und Handlungsmöglichkeiten*, z.B. in der Aufforderung, das eben gespielte leicht abzuwandeln oder zu ergänzen oder der eigenen Wahrnehmung die Wahrnehmung des Mitspielers hinzuzufügen. In diesem kreativen Kreisprozess werden so *Emotion und Kognition, Handeln und Wahrnehmen miteinander verknüpft* und so ein heilsam kreativer Prozess in Gang gesetzt.

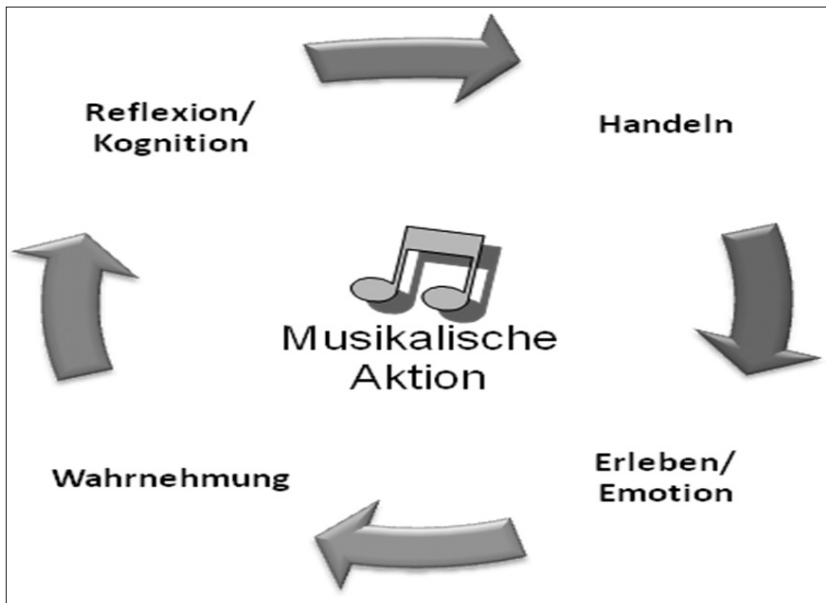


Abb. 1: kreativer Kreisprozess

Zu dieser Erfahrung kommt durch das empathische Mitspielen des Therapeuten noch eine weitere Dimension dazu: Denn der Patient spielt nicht alleine, sondern wird empathisch mitschwingend (Storz, 2006) begleitet vom Therapeuten. Musikalische Aktion wird zur *Musikalischen Inter-aktion*. Mit den Techniken des stützenden Mitspielens passt der Therapeut sein Spiel den Ausdrucksmöglichkeiten des Patienten an, und in der Haltung des Containment macht er die darin zum Ausdruck kommenden seelischen Bewegungen des Patienten mitvollziehend aushaltbar. Der Patient erlebt dabei, dass er *gehört wird*, dass jemand bereit und geschult ist, sein Erleben innerlich *mitzuvollziehen und zu teilen*, ohne dabei „verschlungen“ zu werden oder „Selbstauflösung“ zu riskieren, wie es vielen therapeutisch ungeschulten Helfern zu ergehen droht. Der Patient erfährt dabei *Resonanz* und kann sich dadurch deutlicher seiner selbst gewahr werden. Wenn es nötig ist, so erfährt er im begleitenden Spiel des Therapeuten auch Regulation: Beruhigung oder aber Anregung. Im Spiel oder auch im Nachgespräch erhält er *Antwort* und Bestätigung oder Differenzierung seines Erlebens, und er erfährt im spielerischen Handeln über etwas Drittes (die Musik) *Beziehung*.

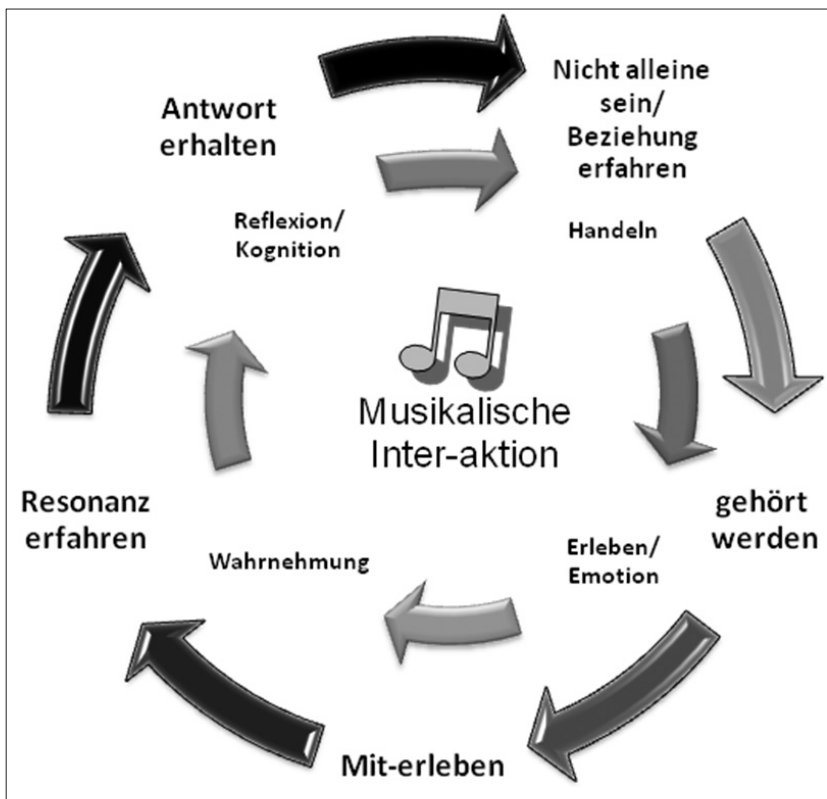


Abb. 2: Kreisprozess der Beziehung und kreativer Kreisprozess

Damit wird der *creative Kreisprozess (Innenkreis)* mit dem *Kreisprozess der Beziehung (Außenkreis)* verknüpft. Der Patient erfährt darin Selbstwirksamkeit und wird bespiegelt – beides bedeutsame Aspekte in der Stabilisierung von Identitätserleben – und beides wichtige Wirkfaktoren in der Psychotherapie psychiatrisch kranker Menschen.

Damit sie im Sinne der Identitätsbildung wirksam werden können, ist es erforderlich, dass diese Kreisprozesse dicht an den seelischen Möglichkeiten des Patienten orientiert sind, an seinen Möglichkeiten, sich aus sich heraus auszudrücken, eigenes Erleben zu formen und Beziehung zuzulassen. Andernfalls verkommt die musikalische Interaktion zu einer sinnentleerten Übung, der Patient fühlt sich fremdbestimmt von irgendwie gearteten Ansprüchen des Therapeuten an seine Entwicklung und Genesung und kann sich nicht mit der neuen Erfahrung verknüpfen. Im passenden therapeutischen Sinne kann der Patient erleben: Ich fühle, also bin ich. Ich werde verstanden, also ist mein Empfinden „richtig“. Ich bin.

Handeln und Wahrnehmen, Erleben und Reflektieren, gehört werden und Antwort erfahren – das passiert in jeder Musiktherapiestunde in jedem Setting in vielen unterschiedlichen Interventionen. Hier liegt in der Tat der Unterschied zwischen rein symptomzentriertem und tiefgehendem psychotherapeutischen Arbeiten in der Psychiatrie. Im besten Falle verknüpfen wir diese beiden Herangehensweisen in unserem therapeutischen Angebot.

Literatur

- Ammon, G. (1974): From psychoanalytic standard method to analytic group therapy: Common points and differences. *Samiksa* 28(4), 139–157.
- Andritzky, W. (1996): Unkonventionelle Heilweisen in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken Deutschlands. *Gesundheitswesen* 58(1), 21–30.
- Benedetti, G. (1994): Psychodynamic reflections on the delusion of persecution. *Nordic Journal of Psychiatry* 48, 391–196.
- Burghardt, M. (2006): „Musik ist verwandeltes Leid“. Über sprachliche und nicht-sprachliche Symbolisierung in der Musiktherapie. In: Rentmeister, U. (Hrsg.): *Lärmenden Stille im Kopf. Musiktherapie in der Psychiatrie*. Wiesbaden.
- Carr, C. (2012): Group music therapy for patients with persistent post-traumatic stress disorder – an exploratory randomized controlled trial with mixed methods evaluation. *Psychol Psychotherapy* 85(2), 179–202.
- Ciampi, L. (1982) *Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung*. Stuttgart.

- Clarkin, J. F. & Levy, M. (2004): The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: Rationale and methods. *Journal of Personality Disorders* 18(1), 52–72.
- Cohan, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale.
- De Backer, J. (2006): *Musikalische Form und Psychose. Eine klinische Forschung*. In: Rentmeister, U. (Hrsg.): *Lärmenden Stille im Kopf. Musiktherapie in der Psychiatrie*. Wiesbaden.
- Dörner, K. & Plog, U. (1984): *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Bonn.
- Engelmann, I. (1995): *Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken*. *Nervenarzt* 66, 217–224.
- Engelmann, I., (2006): *Von fremden Ländern und Menschen. Rezeptive Musiktherapie „Musikalische Reise“ in der psychodynamischen Psychiatrie*. In: *Jahrbuch Musiktherapie 2006*, Wiesbaden.
- Eschen, J. Th. (Hrsg.) (2002): *Analytical Music Therapy*. London.
- Frohne-Hagemann, I.; Pleß-Adamczyk, H. (2005): *Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen.
- Gold Chr., Haldal T. O., Dahle T., Wigram T. (2005): *Music Therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses*. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2*. Art. No: CD004025.
- Gold, Chr. (2006): *Wirksamkeit von Musiktherapie bei Schizophrenie. Eine Übersichtsarbeit von randomisierten Studien*. In: Rentmeister, U. (Hrsg.): *Lärmende Stille im Kopf. Musiktherapie in der Psychiatrie*. Wiesbaden.
- Gold, Chr.; Solli H. P.; Krüger V.; Lie S. A. (2009): *Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders. Systematic review and meta-analysis*. *Clinical psychology review* 29(3), 193–207.
- Grawe, K. (1994): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen.
- Heigl-Evers, A, Heigl, F. (1983): *The interactional principle in individual and group psychotherapy*. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 29(1), 1–14.
- Hillecke, Th., Wilker, F. W. (2007): *Ein heuristisches Wirkfaktorenmodell der Musiktherapie*. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 28, 62–85.
- Isermann, H. (2006): *Musiktherapie in der Behandlung schizophrener Patienten. Eine Falldarstellung im Blick auf Analogien zwischen musikalischen und therapeutischen Prozessen*. In: Rentmeister, U. (Hrsg.): *Lärmende Stille im Kopf. Musiktherapie in der Psychiatrie*. Wiesbaden.
- Kallert, T. W.; Schützwohl M.; Matthes C. (2003): *Aktuelle Struktur- und Leistungsmerkmale allgemeinpsychiatrischer Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland*. *Psychiatrische Praxis* 30, 72–82.
- Knothe, K., Reinhardt, A., Winiecki, P., Kallert T. W. (2008): *Musiktherapie in einer psychiatrischen Tagesklinik*. *Musiktherapeutische Umschau* 29(2), 128–143.

- Kölsch, S. (2005): Investigating emotion with music – neuroscientific approaches. *Annals of New York Academy Sciences* 1060, 1–7.
- Kunkel, S. (2009): Möglichkeiten und Formen emotionaler Differenzierung im musiktherapeutischen Erstkontakt mit schizophrenen Patienten. In: *Jahrbuch Musiktherapie* Bd. 5, Wiesbaden.
- Kupski, G.: (2007): Borderlinestörung und Musiktherapie im Kontext der Dialektisch-Behavioralen Therapie. *Musiktherapeutische Umschau* 28(1), 17–27.
- Möller, H. J., Laux, G., Deister A. (2005): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart.
- Mössler, K., Assmus, J., Heldal, T. O., Gold Chr. (2012): Music therapy techniques as predictors of change in mental health. *The Arts in Psychotherapy* 39(4), 333–341.
- Oerter, U., Scheytt-Hölzer, M., Kächele, H. (2001): Musiktherapie in der Psychiatrie. *Nervenheilkunde* 20, 428–433.
- Pesek, U. (2007): Musiktherapiewirkung – eine Metaanalyse. *Musiktherapeutische Umschau* 28(2), 110–135.
- Plog, U. (1997): Die Begegnung mit dem Anderen. *Die Psychotherapeutin* 7, 45–50.
- Sechehaye, M. A. (1973): *Tagebuch einer Schizophrenen*. Berlin.
- Silverman, M. J. (2003): The influence of music on the symptoms of psychosis. A meta-analysis. *Nordic Journal of Music Therapy* 40(1), 27–40.
- Stern, D. (1993): Managed care, brief therapy, and therapeutic integrity. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 30(1), 162–175.
- Stern, D. (2000): Therapy with the elderly: introducing psychodynamic psychotherapy to the multi-disciplinary team. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15(6), 500–505.
- Storz, D. (2006): „In mir fällt alles auseinander“. Fokale Musiktherapie als Unterstützung zur Integration der Psychose. In: Rentmeister, U. (Hrsg.): *Lärmende Stille im Kopf. Musiktherapie in der Psychiatrie*. Wiesbaden.
- Strobel, W. (1985): Musiktherapie mit schizophrenen Patienten. Erfahrungen und Überlegungen. *Musiktherapeutische Umschau* 6, 177–208.

Prof. Dr. Dorothee von Moreau
Fakultät für Therapiewissenschaften der SRH
Hochschule Heidelberg
Maria-Probst-Str. 3
69123 Heidelberg
dorothee.moreau@hochschule-heidelberg.de