

# 40 Kreativtherapien

## 40.2 Musiktherapie

Hans Ulrich Schmidt und Horst Kächele

### 40.2.1 Einleitung

Musiktherapie hat sich in den letzten drei Dezennien von einer großen Vielfalt unterschiedlichster, nebeneinander stehender Ansätze und Konzepte zunehmend zu einer eigenständigen Therapierichtung entwickelt. Der Begriff „Musiktherapie“ ist zunächst eine summarische Bezeichnung für unterschiedliche musiktherapeutische Konzeptionen, die sich vorwiegend als psychotherapeutische Tätigkeit verstehen.

Das große Angebot musiktherapeutischer Aus- und Weiterbildungen im Rahmen staatlicher und privater Ausbildungsgänge spiegelt jedoch nach wie vor nicht den Forschungsstand wider, der nötig wäre, um Musiktherapie insbesondere innerhalb der Disziplinen Medizin und Klinische Psychologie substanziell zu verankern; dies geht aus einem Übersichtsreferat hervor (Pesek 2005).

Allerdings ist in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme interessanter, sowohl qualitativ als auch quantitativ ausgerichteter deutschsprachiger sowie angloamerikanischer bzw. skandinavischer Studien zu verzeichnen.

Die berufsrechtliche Positionierung der Musiktherapie ist nach wie vor nicht verbindlich geregelt. Dies spiegelt sich einerseits in der relativ schlechten Bezahlung im stationären psychiatrisch-psychosomatischen Sektor, andererseits in der unzureichenden Verankerung im ambulanten Bereich wider (z. B. Kächele et al. 2003).

Außer mit aktiver und rezeptiver Musiktherapie und der Kombination von Musiktherapie mit Entspannungsverfahren arbeiten Musiktherapeuten gelegentlich körpertherapeutisch. Der aktiven Musiktherapie mit freier Improvisation, angelehnt an die Arbeit mit freier Assoziation innerhalb analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Verfahren, kam in der Entwicklung der deutschen Musiktherapie eine besondere Rolle zu (Decker-Voigt 1996; Jahn-Langenberg 2001; Timmermann 2004).

### 40.2.2 Historische Aspekte zur Musiktherapie in der deutschen Psychosomatik

Wegbereiter der Musiktherapie im deutschsprachigen Raum waren musikliebende Ärzte, die Musik in die Krankenversorgung einzubeziehen suchten (z. B. Strobel und Huppmann 1978).

Professionell bedeutsame Entwicklungen der heutigen psychodynamisch-orientierten Musik-Psychotherapie kristallisierten sich in Wien und Leipzig heraus. Der Wiener Lehrgang – 1959 von Alfred Schmölz gegründet<sup>1</sup> – war von Anfang an durch die Zusammenarbeit mit der universitären psychiatrisch-psychosomatischen 16-Betten-Station unter Erwin Ringel gekennzeichnet<sup>2</sup>.

---

11 heute als universitäres Hochschulstudium verankert

22 Von Beginn an gab es obligatorische Praktika auf der psychosomatischen Station. Bis 2001 entstanden in Wien 74 Abschluss- bzw. Diplomarbeiten, die das

Wichtiger Wegbereiter von ärztlicher Seite war hier später der Arzt und Psychotherapeut Peter Gathmann (2001).

In Leipzig wurde die von Christoph Schwabe entwickelte „Regulative Musiktherapie“ (1987; Schwabe und Röhrborn 1996) gefördert, die eingebettet in ein psychosomatisches Gesamtkonzept (hauptsächlich in den neuen Bundesländern, z. B. in Erlabrunn) angeboten wurde.

Gertrud Katja Loos, eine ‚Urmutter‘ der westdeutschen Musiktherapie, beschreibt ihre Anfänge 1972 in Berlin-Spandau unter Harm Willms<sup>33</sup> (Loos 2000). Loos entwickelte neue Wege, einerseits durch Improvisation das Körpererleben zu fördern, andererseits auch das verbale Reflektieren in die musiktherapeutische Arbeit einzubeziehen. Der Arzt und Psychotherapeut Willms, der sich früh mit der Indikations- und insbesondere Kontraindikationsfrage musiktherapeutischer Behandlung beschäftigte (1975), darf sicherlich als einer der wichtigen ärztlichen Wegbereiter der Musiktherapie innerhalb Deutschlands gelten.

Parallel dazu entwickelte sich in Berlin unter der Musikerin Maria Schüppel in Zusammenarbeit mit Ärzten vorwiegend aus den Bereichen Innere Medizin und Onkologie eine Musiktherapiemethodik auf anthroposophischem Hintergrund. Wichtige Pionierarbeit leisteten Decker-Voigt und Escher (1994) im Nachbarland Schweiz mit der Etablierung und dauerhaften Integration musiktherapeutischer Behandlung in einer Klinik für Innere Medizin.

Eine Erhebung zur Etablierung der Musiktherapie in der Psychosomatik zeigt folgendes: Musiktherapie ist in der Psychosomatik in Deutschland in relativ vielen Kliniken im allgemeinen Behandlungskontext und dort vorwiegend als tiefenpsychologisch-psychotherapeutische Methode integriert. Musiktherapeuten sind meist in multiprofessionelle Teams eingebunden, oft jedoch in ihrer jeweiligen Institution als einzige dieser Profession tätig. Kritisch muss festgehalten werden, dass die berufsrechtliche Positionierung noch nicht verbindlich geregelt ist. Die Einbindung in das Klinikkonzept und die Ausstattung sind sehr unterschiedlich, dabei in der Regel von der leitenden Person abhängig (Kächele et al. 2003).

### 40.2.3 Überblick über musiktherapeutische Behandlungsmethoden

Der Musikbegriff wird in der Musiktherapie sehr weit gefasst: Er reicht von Musik als purer akustischer Schwingung, als Erleben musikalischer Phänomene über experimentierendes und gestaltendes Spiel mit Musik bis hin zu durch Musik ausgelöste Effekte und Veränderungen.

Im therapeutischen Prozess sind laut Hegi-Portmann et al. (2006) folgende Qualitäten der Musik bedeutungsvoll:

- Musik als präsentatives Symbol
- Musik als Bedeutungsträger
- Musik als Bewegung
- Musik als Verbindung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft

---

Feld, ‚Musiktherapie in der Psychosomatik‘ unter den verschiedensten Gesichtspunkten unter die Lupe nahmen (Gathmann 2001).

33 Zunächst gab es dieses Angebot nur in der Psychiatrie; Willms richtete ab 1975/76 dann auch in der Psychosomatik Musiktherapie ein (briefl. Mitteilung 12/02).

- Musik als Kommunikation

Die Konstruktion eines Gegensatzes von „verbaler“ und „nonverbaler“ Therapie ist ein unglückliches Konstrukt (Kächele und Scheytt 1990). Es verkennt, dass explizit nonverbales Geschehen, wie es z. B. in der Musik- oder Kunsttherapie implementiert wird, immer in jene dialogischen Prozesse eingebettet ist, die für die Herstellung einer therapeutischen Beziehung unerlässlich sind. Sprache in der Musiktherapie dient insbesondere der Verbalisierung und Reflexion des musikalischen Geschehens.

Musikalisches Erleben und Körpererleben sind eng miteinander verknüpft. Hegi-Portmann et al. (2006) erwähnen folgende Zusammenhänge:

- Körper und Musik als früheste Prägungen
- Körperreaktionen durch Musik
- Wechselwirkung von Körper und Klangkörper
- Körper als Musikinstrument
- Analogien von Körper- und Musikausdruck

Neben den spezifischen musiktherapeutischen Wirkfaktoren gilt die Qualität der therapeutischen Beziehung auch in der Musiktherapie als wichtigster therapeutischer Wirkfaktor.

Musiktherapeutische Methodologie unterscheidet zwischen aktivem und rezeptivem Vorgehen im Einzel- oder Gruppensetting. In der aktiven Musiktherapie ist der Patient selbst musikalisch tätig, spielt oder singt. Der Therapeut hört zu, spielt mit, gibt zunächst musikalisch, dann verbal Resonanz. In der rezeptiven Musiktherapie spielt der Therapeut **live** oder vom Tonträger Musik für den Patienten. Wenn möglich, wird das Erlebte anschließend gemeinsam verbal reflektiert. Der rezeptive Einsatz von Musik wird oft mit imaginativen oder entspannenden Verfahren verbunden. Aktive und rezeptive Anwendung gehen in der Praxis häufig ineinander über.

Musiktherapeutische Behandlungsmethoden im Einzelnen sind z. B.:

- Improvisation
- Gestaltung von Liedern
- Übungen zu Körperwahrnehmung und Bewegung
- Rollenspiele
- Imaginatives Klangerleben
- Hantieren mit Instrumenten

Folgende musiktherapeutische Orientierungen werden gegenwärtig überblickend zusammengefasst:

- Tiefenpsychologische Musiktherapie
- Integrative Musiktherapie
- Verhaltenszentrierte Musiktherapie
- Schöpferische Musiktherapie
- Orff-Musiktherapie
- **Guided Imagery and Music**
- Regulative Musiktherapie
- Musiktherapeutisches Entspannungstraining
- Neurologische Musiktherapie
- Musikmedizinische Therapie

## 40.2.4 Forschung zur Musiktherapie in der Psychosomatik

Nach wie vor besteht eine Diskrepanz zwischen einer immer stärkeren Etablierung von musiktherapeutischen Verfahren in der (stationären oder ambulanten) Versorgung und Ausbildung und dem notwendigen Vorliegen systematischer Studien zu Grundlagen- und Anwendungsforschung in der Musiktherapie. Wosch und Frommer (2002) weisen ermutigend darauf hin, dass die Musiktherapie als ein in seiner akademischen Etablierung inzwischen vorangeschrittenes Fach mittlerweile durchaus eigene Forschungspotenz aufweise. Dabei spiele die Entwicklung von musiktherapeutischen Einzelfallprozessforschungsdesigns sowohl mit qualitativer als auch quantitativer Ausrichtung eine zentrale Rolle. Der Versuch der Erfassung von Spielmustern bis hin zu kleinsten emotionalen Bewegungen (z. B. Wosch 2002; Inselmann 2000, 2007) könnte hilfreich sein, um gerade für die Psychosomatik den Stellenwert musiktherapeutischer Behandlung im Kanon verschiedener Behandlungsansätze genauer zu fassen. Ein perspektivisch wichtiges psychosomatisches musiktherapeutisches Forschungsfeld stellt zunehmend die Onkologie dar (Rose et al. 2004). Hier werden z. B. Fragen zu Lebensqualität, Angst, Depression oder Schmerzbewältigung berührt.

In einer neueren Metaanalyse musiktherapeutischer Interventionsstudien von 1990 bis 2004, in die 69 kontrollierte (n = 3146) und 56 Prä-Post-Studien (n = 1260) eingingen, gibt Pesek (2005) für alle Studien eine Effektstärke von 0,82 für aktive und 0,74 für rezeptive Musiktherapie an. Sie weist darauf hin, dass von 25 Studien aus dem deutschsprachigen Raum 15 aus den Jahren 2000 bis 2004 stammen. Diese aktuelle Metaanalyse schlüsselt auf, wie viele der untersuchten Studien sich im Hinblick auf die vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie 2002 definierten Anwendungsbereiche im engeren Sinne auf Psychosomatik beziehen: 14 Studien fallen unter „*Psychosomatische Medizin*“ (kardiovaskuläre Erkrankungen, funktionelle gastrointestinale Erkrankungen, Asthma, Tinnitus, COPD), 13 unter „*chronischen Schmerz*“ (Rheuma, Kopfschmerz, Migräne, Rückenschmerzen). Überwiegend wurde rezeptive Musiktherapie angewendet. Bei der Untersuchung einzelner für die Effektstärkenberechnung zugrunde gelegter „*besonders therapiespezifischer Variablen*“ (2005: 12) stellt Pesek mit einer Effektstärke von 0,78 die Variable „*musikalisches und kommunikatives Verhalten*“ heraus und verweist hier auf eine Studie von Danner und Oberegelsbacher (2001), welche die Frage nach unspezifischen und spezifischen musiktherapeutischen Wirkfaktoren bei psychosomatischen Patienten katamnestisch untersuchten. Dabei fanden sie bei einer Gruppe von 71 ehemals stationär behandelten psychosomatischen Patienten, die zu fast 50% auch an Körperbeschwerden litten, drei mögliche spezifische Faktoren:

1. Ausdruck, Darstellung und Kommunikation mittels Musik
2. Aktives musikalisches Beziehungsangebot des Musiktherapeuten
3. Musiktherapeutisches Durcharbeiten und Möglichkeit zur musiktherapeutischen Transformation

Dabei erklärt der erste Faktor bereits 42% der Varianz. Die höchsten Effektstärken beschreibt Pesek für die Variable „*chronischer Schmerz*“ (0,98), die niedrigste für akuten Schmerz (0,46). Müller-Busch und Hoffmann (1997) fanden für 12 Schmerzpatienten mit Fibromyalgie, chronischer Polyarthrit und muskuloskelettalen Beschwerden sowohl eine Verminderung der Schmerzintensität als auch eine Verbesserung der schmerzbedingten Funktionseinschränkungen nach Behandlung mit Musiktherapie nach Nordoff/Robbins. Hillecke et al. (2005) stellen aus 25 musiktherapeutischen Studien zum Thema Schmerz zwischen 1986 und 2002 vor allem drei mögliche Auswirkungen musiktherapeutischer Behandlung

heraus: Verringerung der Schmerzstärke; Verbesserung des Schmerzerlebens und der Schmerzbewältigung; Verbesserung in den Komorbiditäten (z. B. Angst, Depression). Zu einigen musiktherapeutischen Behandlungsfeldern (chronischer, nichtmaligner Schmerz; Migräne bei Kindern; Tumor-, Schmerz- und Nierenerkrankungen) liegen bereits Buchveröffentlichungen zur „evidenzbasierten Musiktherapie“ vor (Hillecke 2005; Leins 2006; Wormit 2008). In einem Verzeichnis aller deutschsprachigen musiktherapeutischen Promotionen ([www.leopold-mozart-zentrum.de](http://www.leopold-mozart-zentrum.de)) finden sich Psychosomatik und Psychotherapie in drei größeren Bereichen wieder:


- *Musiktherapie bei psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne*
- *Einordnung der Musiktherapie innerhalb des psychotherapeutischen „Kanons“*
- *Physiologische und psychologische Einflüsse von Musik.*

Von ca. 250 z. T. noch laufenden Promotionen lässt sich ca. ein Fünftel der Psychosomatik und Psychotherapie zuordnen. (s. a. Schmidt 2014).

#### 40.2.5 Klinische Einsatzbereiche der Musiktherapie in der Psychosomatik

Bei psychosomatischen Patienten fördert Musik offensichtlich u. a. sozial kommunikative Fähigkeiten und emotionalen Ausdruck. In der Psychosomatik wird Musiktherapie z. B. bei Essstörungen, somatoformen Störungen (etwa funktionelle Schmerzstörungen), Psychosomatosen (Tinnitus, Migräne, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen), Angststörungen und Depressionen eingesetzt (Tab. 40.1). Ein wichtiger Behandlungsfokus liegt auf der Angstreduktion (z. B. Argstatter et al. 2006). In somatopsychischer Hinsicht spielt der Einsatz bei Krebs- und chronischen Erkrankungen (z. B. Dialyse) eine immer wichtigere Rolle, hier z. B. mit den Zielpunkten Schmerzreduktion und Verbesserung der Lebensqualität (Schulz-Kindermann 2006; Wormit et al. 2007). Einen umfassenden Überblick gibt beispielsweise Aldridge (1999). Ein wichtiger neuer Behandlungsfokus liegt auf der Prävention mit z. T. auch niedrigschwelligen psychotherapeutischen Behandlungsangeboten (z. B. Primär- und Sekundärprävention bei koronaren Herzerkrankungen).

Eine zunehmende Rolle spielen für musiktherapeutische Behandlungsangebote in Prävention und Rehabilitation neben onkologischen (Rose 2004) auch neurologische Erkrankungen (Jochims et al. 2003; Thaut et al. 2004; Leins 2007). In der neurologischen Rehabilitation liegt der Fokus auf der Verbesserung der sensorischen, motorischen und kognitiven Funktionen, dem Aufbau von interpersoneller Interaktion sowie emotionaler Stabilisierung. Der „Indikationskatalog Musiktherapie in der Neurologischen Rehabilitation“ (Baumann et al. 2006) verdichtet musiktherapeutische Erfahrungen zu vorläufigen Behandlungsleitlinien. Als spezifische Behandlungsfelder in der neurologischen Rehabilitation werden Wachkoma, Frührehabilitation, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson und Schlaganfall angeführt.

Tab. 40.1  Indikation und musiktherapeutisches Vorgehen

Indikationsgebiet	Therapieziel	Musiktherap. Ansatz
Psychovegetative und	Beziehungsaufnahme zu	Körperwahrnehmung,



psychosomatische Funktionsstörungen	den somatisierten Impulsen	Entspannen zu Musik, Bewegen zu Musik
Neurosen, konfliktbedingte intrapsychische Beziehungsstörungen	Beziehungsaufnahme zu den konflikthaft abgespaltenen Erlebnisanteilen	Spielerisch-improvisierende Exploration dieser Erlebnisanteile und Durcharbeitung
Interaktionsstörungen, interpersonale Beziehungsstörungen, Verhaltensstörungen	Wahrnehmung und Verbesserung sozialkommunikativer Fähigkeiten	Beziehungsklärende und kommunikationsanregende Spielangebote, gruppendedynamische Improvisationen
Krisen im Wert- und Sinnbereich, Krisen in der 2. Lebenshälfte	Entwicklung und Ordnung kognitiver und ästhetischer Strukturen	Wahrnehmen eigener musikalischer oder anderer kreativer Potenziale

## 40.2.6 Indikationen zur Musiktherapie in der Psychosomatik

Die Regulative Musiktherapie gibt als wesentlichste Indikation „eine Wahrnehmungseinengung für körperliche und seelische Vorgänge an, sofern sie in der Pathogenese der Krankheit nachweisbar von Bedeutung ist. Oft handelt es sich um Personen mit sog. frühen Störungen, die Defizite in der Verbalisierungsfähigkeit, gestörte Ich-Funktion sowie die Unfähigkeit zur Herstellung stabiler Objektbeziehungen aufweisen“ (Schwabe und Röhrborn, 1996: 241).

Geyer und Hessel (1996: 228) empfehlen die Anwendung von Musik zu Heilzwecken; sie schlagen vor, a) rezeptive Musiktherapie anzuwenden, um Entspannungsprozesse zu fördern und Phantasien anzuregen, und b) aktiv-produzierende Musiktherapie einzusetzen, um den Patienten zum Spielen zu animieren und interaktionelle Prozesse in Gang zu bringen.

Theoretisch weiter und psychoanalytisch subtiler begründet und von Winnicotts Konzept des Übergangsraums inspiriert, diskutiert Janssen (1982) kreative Angebote im Rahmen einer Selbst- und Objektpsychologie, bei der neben der Förderung der Expressivität auch die Förderung der kommunikativen Fähigkeit eine bedeutsame Rolle spielt. Nach Tarr-Krüger (1990: 34) erweist sich der musiktherapeutische Ansatz „als besonders geeignet für Personen mit stark rationalisierender Abwehr, für Personen, die ihre Probleme nicht sprachlich fassen können, für Personen, deren kognitive emotionale und somatomotorische Ausdrucksfähigkeit reduziert ist“. Sie führt auch Gründe an, die gegen eine Musiktherapie sprechen, wobei sie sich auf ihre spezielle Erfahrung mit bulimischen Frauen bezieht. Loos (1986) beschreibt ausführlich die musiktherapeutische Behandlung essgestörter Patienten.

Eine differenzielle Bewertung des Verfahrens bezüglich seiner Indikation unter Berücksichtigung der Störungsspezifität dürfte erst zu leisten sein, wenn wir Therapiestudien mit ambulanter Einzelmusiktherapie zur Bewertung heranziehen können.

Musiktherapie findet sich mittlerweile in verschiedenen medizinischen Leitlinien, die z. T. auch die Psychosomatik betreffen. Aus den AWMF-Leitlinien (Stand März

2013) seien die Empfehlungen angeführt, die unmittelbar oder mittelbar die Psychosomatik betreffen:

*Ausdrückliche Empfehlung:*

- *Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie (Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten)*

*Empfehlung im Rahmen eines multimodalen Behandlungsansatzes:*

- *Psychosoziale Versorgung in der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin)*
  - *Fibromyalgiesyndrom (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie)*
  - *Chronischer Unterbauchschmerz der Frau (Deutsche Gesellschaft für Frauenheilkunde und Geburtshilfe)*
- Umgang mit Patienten mit nichtspezifischen, funktionalen und somatoformen Körperbeschwerden (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie(s. a. Schmidt 2014)*

#### **Kapitel 40.2: Musiktherapie (Schmidt/Kächele)**

Aldridge D (1999) Musiktherapie in der Medizin. Forschungsstrategien und praktische Erfahrungen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber

Argstatter H, Haberbosch W, Bolay HV (2006) Untersuchung der Wirksamkeit von musikalischer Stimulation bei Herzkatheteruntersuchungen. Musik-, Tanz und Kunsttherapie. Göttingen: Hogrefe

Baumann M, Hinkelman A, Jochheim M, et al. (2006) Indikationskatalog Musiktherapie in der Neurologischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie (Hrsg.)

Danner B, Oberegelsbacher D (2001) Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren der Musiktherapie. Katamnestiche Erhebung an psychosomatischen Patienten einer psychiatrischen Klinik. Nervenheilkunde 8: 434– 441

Decker-Voigt H-H (1994) Brückenschläge oder Auf der Nadelspitze Sigmund Freuds. In: Decker-Voigt H-H, Escher J (Hrsg.) Neue Klänge in der Medizin. Musiktherapie in der Inneren Medizin. Bremen: Trialog, 15– 21

Decker-Voigt H-H (1996) Entwicklungspsychologische Einflüsse in der Musiktherapie. In: Decker-Voigt H-H, Knill PJ, Weymann E (Hrsg.) Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe

Gathmann P (2001) „ Learning by doing“ : Eine psychosomatische Station als musiktherapeutisches Lernfeld. In: Storz D, Oberegelsbacher D (Hrsg.) Wiener Beiträge zur Musiktherapie. Band 3: Theorie und Klinische Praxis. Wien: Praesens, 167– 190

Geyer M, Hessel A (1996) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Heidelberg, Leipzig: UTB

Hegi-Portmann F, Lutz Hochreutener S, Rüdisüli-Voerke M (2006) Musiktherapie als Wissenschaft. Zürich: Autorenverlag

Hillecke TK (2005) Heidelberger Musiktherapiemanual: Chronischer, nicht maligner Schmerz. In: Bolay HV, Dulger A, Bardenheuer HJ (Hrsg.) Evidenzbasierte Musiktherapie. Berlin: uni-edition

Inselmann U, Mann S (2000) Emotionales Erleben, Ausdruck und Kommunikation in Musiktherapieimprovisationen. Psychother Psych Med 50: 193– 198

Inselmann U (2007) Musikimprovisation und Selbsterleben: Eine Mehrebenenenerhebung des emotionalen therapeutischen Prozesses. *Psychotherapie Forum* 15: 53– 57

Jahn-Langenberg M, Schmidt HU (2001) Erstbegegnungen im Vergleich – diagnostischer Eindruck einer musiktherapeutischen Sitzung und eines analytischen Erstinterviews. *Musikther Umsch* 22: 173– 184

Janssen P (1982) Psychoanalytisch orientierte Mal- und Musiktherapie im Rahmen stationärer Psychotherapie. *Psyche* 36: 541– 570

Jochims S, Pöpel A, von Kampen N, Grehl H (2003) Musiktherapie in der Neurorehabilitation. Eine Evaluationsstudie – erste Ergebnisse. *Neurologie & Rehabilitation* 9: 18– 22

Kächele H, Scheytt N (1990) Sprechen und Spielen – Verbale und nonverbale Aspekte des musiktherapeutischen Prozesses. *Musikther Umsch* 11: 286– 295

Kächele H, Oerter U, Scheytt-Hölzer N, Schmidt HU (2003) Musiktherapie in der deutschen Psychosomatik. *Psychotherapeut* 48: 155– 165

Leins AK (2006) Heidelberger Musiktherapiemanual: Migräne bei Kindern. In: Bolay HV, Dulger A, Resch F (Hrsg.) *Evidenzbasierte Musiktherapie*. Berlin: uni-edition

Leins AK, Thaut M (2007) Musiktherapie in der neurologischen Rehabilitation (Schwerpunkt sensomotorische Therapie). In: Themenheft „ Musiktherapie“ . *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 28(1): 86– 99

Loos GK (1986) Spiel-Räume. Musiktherapie mit einer Magersüchtigen und anderen frühgestörten Patienten. Stuttgart: Fischer

Loos GK (2000) Ein Streifzug durch die Musiktherapie. Oederquart: CD, Vertrieb A. Loos

Müller-Busch HC, Hoffmann P (1997) Aktive Musiktherapie bei chronischen Schmerzen. Eine prospektive Untersuchung. *Schmerz* 11: 91– 100

Pesek U (2005) Musiktherapie – Versuch einer Metaanalyse. Bericht über die Ergebnisse einer Diplomarbeit im Studiengang Psychologie. Eberhard-Karls-Universität Tübingen. Unveröffent. Manuskript

Rose JP, Brandt K, Weis J (2004) Musiktherapie in der Onkologie. *Psychother Psych Med* 54: 457– 470

Schmidt HU (2014): Musiktherapeutische Forschung in der Psychosomatik. *Psychodynamische Psychotherapie* 13; 213-223

Schulz-Kindermann F, Schmidt HU, Hennings U (2006) Künstlerische Therapien in der Onkologie: Konzepte und Forschungsergebnisse. 27. Deutscher Krebskongress. Berlin

Schwabe C (1987) *Regulative Musiktherapie*. Leipzig: Thieme

Schwabe C, Röhrborn H (1996) *Regulative Musiktherapie. Entwicklung, Stand und Perspektiven in der psychotherapeutischen Medizin*. Jena, Stuttgart: Fischer

Strobel W, Huppmann G (1978) *Musiktherapie: Grundlagen, Formen, Möglichkeiten*. Göttingen: Hogrefe

Tarr-Krüger I (1990) *Bulimie und Widerstand: ein musiktherapeutisch orientierter Ansatz*. Heidelberg: Asanger

Thaut M, Nickel AK, Hömberg V (2004) *Neurologische Musiktherapie. Übersicht zum wissenschaftlichen Hintergrund und zur klinischen Methodik*. *Musikther Umsch* 25: 35– 44

Timmermann T (2004) *Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie. Bausteine für eine Lehre*. Wiesbaden: Reichert

Willms H (1975) *Musiktherapie bei psychotischen Erkrankungen*. Stuttgart: G. Fischer



Wormit A, Schneider P, Müller A, Bardenheuer H (2007) Musiktherapie in der Versorgung von Tumor- und Dialysepatienten. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 28 (1): 126– 139

Wormit AF (2008) Heidelberger Musiktherapiemanual: Tumor-, Schmerz- und Nierenerkrankungen. In: Bolay HV, Dulger A, Bardenheuer HJ (Hrsg.) Evidenzbasierte Musiktherapie. Berlin: uni-edition

Wosch T (2002) Emotionale Mikroprozesse musikalischer Interaktionen – Eine Einzelfallanalyse zur Untersuchung musiktherapeutischer Improvisationen. Musik als Medium, Bd. 4. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann

Wosch T, Frommer J (2002) Eine Methode zur Erfassung von emotionalen Mikroprozessen. Musiktherapeutische Einzelfallforschung. Psychother Psych Med 52: 433– 435