

# **Die Wahl des Instruments in der Musiktherapie - als Ausdruck der Persönlichkeit?**

Eine explorative Beobachtungsstudie  
in einer psychosomatischen Klinik

## **Bachelorarbeit**

zum Erreichen des Bachelor of Arts  
des Studiengangs Psychologie  
an der International Psychoanalytic University Berlin

## **Verfasser**

Johann Schneider,  
geb. am 20.09.1992 in Berlin  
- Matrikelnummer: 1508 -

Berlin, 10.09.2014

## **Gutachter**

Prof. Dr. Dr. Horst Kächele (IPU Berlin)  
Prof. Dr. Susanne Bauer (UdK Berlin)

## Zusammenfassung

Musiktherapie hat sich als ein Verfahren bewährt, welches Patienten ermöglicht inneren Zuständen über das Medium Musik, also auf einer nonverbalen Ebene, einen Ausdruck zu verleihen. Im aktiven musiktherapeutischen Verfahren spielen die Musikinstrumente, etwa für Kommunikationsangebote, eine zentrale Rolle. Die vorliegende Arbeit setzt sich mit der Auswahl eines Musikinstruments in der Therapie auseinander. Nach einem theoretischen Exkurs zu Definitionen, Verfahren und Indikation werden Positionen zum Instrumentenspiel angeführt. Anhand dreier Fallvignetten werden eigene Beobachtungen aus einer musiktherapeutischen Gruppe veranschaulicht und gleichzeitig Überlegungen zur Wahl des Instruments in der Musiktherapie – als möglicher Ausdruck der Persönlichkeit – angestellt.

*Schlüsselbegriffe:* Aktive Musiktherapie – Persönlichkeit – Musikinstrument – Beobachtungsstudie

## Abstract

Music therapy represents a treatment which uses music to reveal the internal state of patients on a nonverbal level. The active mode of music therapy is contingent on special musical instruments, especially for communication offers. This paper discusses patients' choice of the instruments in a therapy session. After a theoretical discourse on the corresponding definitions, methods and indication, different opinions about playing an instruments are illustrated. Three cases from a music therapy session in a psychosomatic hospital are particularised in elucidating own observations and deliberations about the patients' choices of instruments as a possible expression of personality.

*Keywords:* active music therapy – personality – musical instrument – observational study

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	4
2	Historischer Abriss.....	5
3	Theoretischer Hintergrund.....	9
3.1	Die Psychosomatik – eine kurze Einführung.....	9
3.2	Die Musiktherapie in der Psychosomatik.....	11
3.2.1	Theoretischer Ansatz.....	11
3.2.2	Musiktherapeutische Verfahren.....	19
3.2.3	Indikation.....	26
3.3	Die Rolle des Musikinstruments - Überlegungen zur Instrumentenwahl.....	30
3.4	Der Begriff der Persönlichkeit.....	35
4	Explorative Studie in der Musiktherapiegruppe.....	36
4.1	Die Methode - teilnehmende Beobachtung.....	36
4.2	Das Setting.....	38
4.3	Die Wahl des Musikinstruments – ausgewählte Beobachtungen und Ergebnisse.....	38
4.3.1	Frau E. ....	38
4.3.2	Frau A. ....	41
4.3.3	Herr W. ....	43
4.4	Diskussion.....	46
5	Literaturverzeichnis.....	48

## 1 Einleitung

*„Die Musik drückt das aus, was nicht gesagt werden kann und worüber zu schweigen unmöglich ist.“ (Victor Hugo)*

Bis heute ist es ein unentschlüsseltes Geheimnis, warum Musik eine so eindringliche und bewegende Wirkung auf den Menschen haben kann. Gerade weil es zu einem Großteil die unbewusste Psyche ist, die über Musik in Schwingungen versetzt wird, ist die Erforschung des Musikerlebens eine genuin psychoanalytische Aufgabe (Oberhoff, 2002).

Aus diesen Überlegungen gründete sich zum Teil meine Motivation diese Arbeit zu verfassen. Darüber hinaus habe ich über die langjährige Mitgliedschaft im Orchester und Chor häufig den Einfluss aktiven Musizierens auf das Erleben wahrnehmen können. Seitdem ich im Grundschulalter meinen ersten Geigenunterricht erhielt, kamen immer wieder Gedanken zur Instrumentenpräferenz und dessen Beziehung zum Musizierenden auf. Über das Studium der Psychologie mit analytischem Schwerpunkt erweiterte sich schließlich mein Blick auf das Musikerleben derart, dass ich diesen Erkenntnisgewinn als Anlass sah, das Thema meiner Bachelor-Arbeit auf das Instrument in der Musiktherapie festzulegen.

Bestehende empirische Forschungsarbeiten zu Musikinstrumenten im therapeutischen Prozess sind rar. Neben Nohrs Ausführungen zur Beziehung zwischen Musiker und Instrument (2010), möchte ich vor allem die Studien von Kapteina (1997) anführen. Dieser zeigte in einem musiktherapeutischen Setting, dass es in Patientenaussagen Tendenzen in Richtung Bedeutungsbesetzung von Instrumenten gibt, sodass diese eine gewisse Symbolfunktion einnehmen.

Wohingegen Kapteinas Ergebnisse die Assoziation der Patienten zu den einzelnen Instrumenten explizit erfragt, soll diese Arbeit aufzeigen, welche persönlichen Motive die Instrumentenwahl in der Musiktherapie bestimmen könnten. Es ist mir ergo ein Anliegen, den Schwerpunkt meiner Ausführungen auf den psychodynamischen Hintergrund zu legen. Dabei formuliere ich bewusst die offene Frage, ob die Entscheidung als Ausdruck der Persönlichkeit angesehen werden kann. Ich möchte damit den Versuch unternehmen, eigene Beobachtungen sowie Patientenaussagen mit dem psychischen Hintergrund abzugleichen.

Für dieses Vorhaben beobachtete ich während eines Praktikums in der Gruppen-Musiktherapie an einer Berliner Psychosomatischen Klinik die Patienten hinsichtlich ihrer Musikinstrumentenwahl. Für eine differenziertere Erhebung ermittelte ich über eine kurze Frage die persönlichen Aussagen der Patienten.

In Anlehnung an den bisherigen Forschungsstand wurde die offene Hypothese aufgestellt, dass die Wahl des Instruments möglicherweise eine Entscheidung ist, die als Ausdruck der jeweiligen Persönlichkeit gesehen werden könnte. Eine deutliche a priori Hypothese kann nicht zuletzt wegen des Studiendesigns formuliert werden. Bei dieser explorativ ausgerichteten Studie eignet sich das Generieren von Hypothesen im Anschluss an die Ergebnisse.

Ich möchte in dieser Arbeit zunächst im ersten Teil theoretische Grundlagen vorstellen. Dieser baut nach einem anfänglichen geschichtlichen Abriss auf einem kurzen Kapitel zur Psychosomatik auf. Im Anschluss wird die Musiktherapie in ihrem theoretischen Verständnis, in ihren verschiedenen Verfahren und eigenen Indikation betrachtet. Damit soll ein Verständnis der Musiktherapie als ein psychotherapeutisches Verfahren gebahnt werden. Vor dem empirischen Teil der Arbeit werde ich zwei theoretische Kapitel zur Rolle des Musikinstruments sowie dem Begriff der Persönlichkeit anführen, die als Orientierung für die Studie dienen sollen. Jener realisiert sich in ausführlicher Darstellung der Beobachtung dreier Patienten. Im Schlussteil werden die Resultate erläuternd zusammengefasst.

Im Folgenden habe ich für Therapeut und Patient der Einfachheit halber die männliche Form gewählt. Ich bitte daher vor allem die Leserinnen um Nachsicht.

## **2 Historischer Abriss**

Das folgende Kapitel soll zunächst knapp eine allgemeineschichtliche Entwicklung der Musiktherapie aufzeigen. Anschließend wird der Fokus auf die spezifische Entwicklung der Musiktherapie in der Psychosomatik in den deutschsprachigen Ländern Europas ab 1945 gelegt.

Die Musiktherapie kann auf eine jahrtausendealte Tradition zurückblicken. In diesem Kontext erscheint es jedoch plausibler, von einer „Heilwirkung“ der Musik zu sprechen. Im Alten Testament (1. Samuel, 16, 16) zeigt sich ein erster schriftlicher Beleg: Mittels Harfenspiel behandelt David um 1000 v. Chr. die Depressionen König Sauls - Musik wird hier als magisch-mythisches Werkzeug gesehen (vgl. Bruhn, 2000). Diese Perspektive zieht sich auch durch die

Zeit des alten Ägyptens, Persiens, Israel und der frühen griechischen Antike.

Doch bereits in letzterer Epoche tritt eine andere Einstellung zur Heilwirkung von Musik hinzu. Pythagoras und Aristoteles vertraten die Auffassung, dass Körper und Seele gleichfalls wie Musik als geordnetes Ganzes funktionieren. Aufgrund dieser Analogien schien eine wechselseitige Beeinflussung möglich.

Über die Spätantike, die in ihrer Musikauffassung wieder mehr Gewicht auf das Mystische legt, bildete sich die Musikauffassung des christlichen Mittelalters heraus. Unter dem Einfluss der Kirche wurde die Heilung der Musik untrennbar mit geordneten religiösen Beziehungen gekoppelt. Der Kirchenlehrer und Philosoph von Aquin schreibt dazu: „Die Musik ist es, die in der triumphierenden und streitenden Kirche Gott wohlgefällig ertönt, jene Musik, welche die heiligen in ihre Andachtsübungen aufnehmen, durch die die Sünder Verzeihung erflehen, durch die die Traurigen gestärkt werden, durch die die Geistesgestörten (!) Erleichterung finden (...)“ (v. Aquin, 1934). Deutlich zeigt sich hier, dass Musik nur dann eine Berechtigung erfährt, sofern sie nicht sinnlich wahrgenommen wird.

Eben diese theologische Perspektive wird in der Renaissance reformiert - die Kunst setzt sich entschieden von der Theologie ab. Erste Anzeichen für aktive Selbstheilung mittels Musik finden sich in Ficinus' „De vita triplici“. Wie Bandmann (1960) anführt, versucht jener seine eigene Melancholie durch Gitarrenspiel zu heilen, und fordert den gezielten Einsatz des Leierspiels für den melancholischen Patienten. Musik wird sogar als Therapeutikum gegen die Pest und andere epidemische Krankheiten empfohlen.

Einhergehend mit der Entdeckung der Wirkungsweise chemischer Substanzen im menschlichem Körper sowie des Blutkreislaufs durch Harvey, entstand im 17. und 18. Jahrhundert (Aufklärung) eine dritte Auffassung zur heilenden Wirkung von Musik. Maßgeblich von Descartes mechanistischem Erklärungsmodell der Medizin geprägt, entwickelte sich die sog. Iatromusik. Musikeinsatz wurde als Äquivalent zum Medikament oder Aderlass gesehen. Wenn man so will, finden sich hier im Sinne einer somatoformen Störung, bereits erste Hinweise zur Behandlung von Schmerz, der als „nicht normales Zittern“ der Nervenhäärchen verstanden wurde. „Harmonische Luftbewegungen, durch die Musik verursacht, überwinden dieses Zittern und bringen es im günstigsten Fall zum Stillstand.“ (Kümmel, 1977, zit. n. Bruhn, 2000). Zwar lebte diese iatromusikalische Auffassung bis in die 50er Jahre des 20. Jahrhunderts in der rezeptiven Musiktherapie weiter, konnte sich jedoch aufgrund mangelnder Evidenz nicht etablieren (vgl. Bruhn 2000).

Bekannte Pioniere der deutschen Psychiatrie des 19. Jahrhunderts, wie Jacobi (1822) oder Griesinger (1861) erkannten die Heilwirkung der Musik an. Wie Schumacher et al. (2004) berichten, wurde der Musik eine Rolle innerhalb der Beschäftigungstherapie zugewiesen, um psychiatrische Patienten angenehm zu unterhalten.

Ausführlich beschreibt Fitzthum (2003) die Reformbewegungen, die gegen Ende des 19. Jahrhunderts einsetzen und starke Gegenimpulse zur technologischen Entfremdung darstellen. Ein neues Körperbewusstsein von Körperausdruck, Rhythmus und Improvisation tritt in den Vordergrund. Zur gleichen Zeit entwickelt Freud sein psychoanalytisches Therapiekonzept. Seine skeptische Haltung zur Musik als Heilwirkung wird in folgendem Zitat deutlich: „Wenn Patienten von Musik zu sprechen beginnen, so habe ich beobachtet, wie der Widerstand bei ihnen wächst.“ (!) (Freud, 1991). Einhergehend mit der weiteren Entfaltung des Psychotherapeutischen, kam es aber z. B. über Alfred Adlers Freundschaft zu Heinrich Jacoby, einem Musikpädagogen, zum Kontakt mit der Musik. Jener setzte sich für eine Kooperation von Künstlern, Psychotherapeuten und Ärzten ein (vgl. Timmermann, 2012).

Konkret konnten diese Ideen in einem ersten Lehrgang - 1959 von Alfred Schmölz in Wien gegründet - realisiert werden. Die Ausbildung stand in enger Zusammenarbeit mit der universitären psychiatrisch-psychosomatischen Station, auf der Praktika für angehende Musiktherapeuten verpflichtend waren (vgl. Gathmann, 2001). Auf diese Schule wirkte zu Beginn der schwedische Musiktherapeut Aleks Pontvik, der vor allem im Experimentieren mit Harmonien von Bachs Werken, einen Impuls im pythagoreischen Sinne setzte.

In der DDR entwickelte Christoph Schwabe in den 1960er Jahren ein eigenständiges Konzept der „regulativen Musiktherapie“. Vornehmlich in den neuen Bundesländern wuchs das Angebot der im hohen Maße methodologisch ausgerichteten regulativen Musiktherapie.

Großen Einfluss auf eine tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientierte Musiktherapie in Deutschland übte die Britin Mary Priestley mit ihrem Entwurf der „Analytischen Musiktherapie“ (Priestley, 1983) aus. Es ist der Verdienst von Gertrud Katja Loos, diese Methode um die Einbeziehung des Körpererleben durch Improvisation erweitert zu haben (Timmermann, 2012). Gemeinsam mit dem Arzt Harm Willms etablierte Loos ab 1975 in Berlin das musiktherapeutischen Arbeiten in der Psychosomatik (Loos, 2000). Ausführlich schildert sie in ihrem Werk „Spiel-Räume“ von 1986 den Einsatz musiktherapeutischer Behandlung bei einer magersüchtigen Patienten (Loos, 1986).

Im ehemaligen Westdeutschland gelang es dem Psychoanalytiker Paul Janssen ab 1977 mit dem ersten Einsatz von Mal- und Musiktherapie an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie einen Grundstein für eine zunehmende Etablierung in der Psychosomatik zu legen (Janssen, 1982). Gleichzeitig setzte sich Johannes Th. Eschen am Gemeinschafts-krankenhaus in Herdecke im eigens initiierten Mentorenkurs für die Ausbildung zum Musiktherapeuten ein. Er war es auch der gemeinsam mit Hans-Helmut Decker-Voigt an der Hamburger Musikhochschule den ersten deutschen Diplomstudiengang mitentwickelte und damit einen wesentlichen Beitrag zur Ausbildungslandschaft in Deutschland leistete (vgl. Timmermann, 2012).

Auch in der ärztlichen Ausbildung zum Psychotherapeuten erhielt die Musiktherapie einen neuen Stellenwert: Der Arzt Wolfgang Schroeder richtete die Musiktherapie als Wahlfach in Hessen ab 1981 ein. Diese Idee übernahmen bis 1999 unter anderem Niedersachsen und Baden-Württemberg (vgl. Schroeder, 1999).

In den 80er Jahren entstand aus einer humanistischen Perspektive der Psychologie die Integrative Musiktherapie. Die aus der Gestalttherapie entspringende „Schule“ geht vor allem auf Isabelle Frohne-Hagemann (Berlin) sowie den Schweizer Fritz Hegi zurück. Sie sehen in ihr ein tiefenpsychologisch und psychodynamisch ausgerichtetes Verfahren, welches mit einem phänomenologischen und tiefenhermeneutischen Ansatz erklärt wird. Die erste Schweizer Musiktherapie-Ausbildung beruht ebenfalls auf den Verdiensten Hegis (vgl. Timmermann, 2012).

Dem Schulenpluralismus wurde in den 80ern mit der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Musiktherapie (DGMT) und dem Berufsverband für Kunst-, Musik- und Tanztherapie Rechnung getragen. Mittels Publikationen deutschsprachiger und wissenschaftlicher Journale gelingt es auch für die breite Masse aktuelle (Forschungs-)Beiträge transparent zu machen. Wormit et al. (2007) sprechen von einer Musiktherapie, die als „praxisorientierte Wissenschaftsdiziplin in rasender Entwicklung“ zu begreifen ist. Mittlerweile haben sich Aufbaustudiengänge in Augsburg, Heidelberg, Hamburg, Münster und Berlin etabliert. Zudem gibt es ein großes Angebot an privaten Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Diese zunehmende Professionalisierung ging mit dem Versuch einher, die Musiktherapie zu einer bei den Sozialversicherungsträgern anerkannten Psychotherapieform zu machen. So hätten Musiktherapeuten direkt mit Krankenkassen abrechnen können. Leider scheiterte dieses Ziel mit der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes 1998 (vgl. Timmermann, 2012).



Um den aktuellen Stand der Implementierung von Musiktherapie in der Psychosomatik erfassen zu können, extrahierten Kächele et al. (2003) aus einer eigenen Fragebogenerhebung folgende Ergebnisse: Vorwiegend als tiefenpsychologisch-psychotherapeutische Methode hat sich die Musiktherapie mittlerweile in „relativ vielen Kliniken“ etabliert. In der Regel sind Musiktherapeuten in multi-professionellen Teams bestehend aus Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften als einzige in ihrer Profession tätig. Dabei stehen die unterschiedlichen Arbeitsbedingungen unter denen sie arbeiten in Abhängigkeit der Klinikleitung. Als Kritikpunkt führen Kächele und Kollegen die nicht verbindlich geregelte berufsrechtliche Positionierung an.

### **3 Theoretischer Hintergrund**

Die folgenden Kapitel sollen als Basis für den Hauptteil – der Beobachtungsstudie – dienen. Ich weise hier nochmals ausdrücklich darauf hin, dass mein Bemühen eine empirische Arbeit zu verfassen nicht ohne einen umfassenden Theorieteil auskommt. Dieser soll vor allem ein Verständnis bahnen und hinreichende Forschungserkenntnisse liefern.

#### **3.1 Die Psychosomatik – eine kurze Einführung**

Die Psychosomatik (lt. *Psyche* = Seele, *Soma* = Körper) kennzeichnet die Lehre von der Wechselwirkung zwischen seelischen, psychosozialen und körperlichen Prozessen in Gesundheit und Krankheit (Ermann, 2007). Eng verknüpft und überwiegend kongruent verwendet, findet sich der Begriff der *Psychosomatischen Medizin* in den Lehrbüchern. Als medizinisches Fachgebiet (- > Facharzt) widmet sie sich der psychotherapeutischen Behandlung von psychogenen Störungen. Dabei handelt es sich um Störungen, die im Durchschnitt bei jedem vierten BRD-Bürger vorkommt (z. B. Mannheimer Kohortenstudie, Lieberz et al., 2010), die in wesentlicher Weise in der eigengesetzlichen Dynamik der Psyche begründet sind oder an deren Entstehung psychische Krankheitsfaktoren maßgeblich beteiligt sind. Nichtsdestotrotz finden sich bei psychogenen Störungen möglicherweise auch erbliche oder körperliche Ursachen (vgl. Geyer und Hessel, 1996). Sie umfassen folgende Störungen:

- Das weite Spektrum der *neurotischen Störungen* fußt in der Annahme, dass alle diese Störungen auf einer neurotischen Persönlichkeitsentwicklung beruhen, die unter aktuellen Belastungen dekompenziert. Der Begriff der neurotischen Störungen deckt im heutigen Verständnis psychische, körperliche und Verhaltensstörungen, Persönlichkeitsstörungen und die sekundäre Verarbeitung von körperlichen Erkrankungen ab (vgl. Ermann, 2007).

- *Psychosomatosen* sind organische Erkrankungen, deren komplexe multifaktorielle Ätiopathogenese von neurotischer Entwicklung geprägt ist. Alexander stellte 1950 mit seinem Konzept der Holy Seven (Krankheiten) sieben heute traditionell besonders beachtete Organkrankheiten vor, deren Kreis jedoch mittlerweile erweitert werden konnte. Zu den bekanntesten Psychosomatosen zählen Colitis ulcerosa und Asthma bronchiale. Aus einer psychoanalytischen Perspektive, entstehen Psychosomatosen unter dem Einfluss von unbewussten emotionalen Zuständen, die auf einer somatischen Ebene bewältigt werden.
- *Reaktive Störungen* zeigen sich in Belastungsreaktionen (z. B. bei Trennungserlebnissen, Unfällen, schweren Enttäuschungen) sowie in psychosozialen und somatopsychischen Anpassungsstörungen.
- Als seelische Folgen von Traumaerfahrungen, die schwer oder gar nicht bewältigt werden können, werden auch die *posttraumatischen Störungen* zu den psychogenen Störungen gezählt.

Der Begriff der *somatoformen Störungen*, die früher als „Organneurosen“ und in der inneren und Allgemeinmedizin lange und unspezifisch als „funktionelle Störungen“ bezeichnet wurden, erhält nicht selten fälschlicherweise die gleiche Bedeutung wie die *Psychosomatosen*. Laut Ermann (2007) dienen zwei Gegebenheiten als Unterscheidungsmerkmal: Zum einen findet man nur bei Psychosomatosen Organläsionen, während sich somatoforme Störungen auf Funktionsstörungen beschränken. Zum anderen handelt es sich bei der somatoformen Störung um eine rein psychogene Störung. Bei Psychosomatosen jedoch zeigt sich in der Ätiopathogenese ein komplexes Zusammenspiel zwischen somatischen und psychischen Krankheitsfaktoren.

Die moderne Psychosomatik findet ihren Ursprung in einer Gegenreformation gegen die naturwissenschaftliche Wende der Medizin in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, die vor allem durch die Zellulärpathologie Virchows und die Bakteriologie Kochs radikale Impulse erfuhr, und die Psyche aus der Medizin verbannte. Erst um die folgenden Jahrhundertwende entwickelten sich einleitend mit Freud und Breuers „Studien zur Hysterie“ Impulse, welche die somatische Orientierung zunehmend in Frage stellten und den Beginn einer Gegenströmung kennzeichneten. Am bekanntesten traten zunächst psychoanalytische Ansätze, wie das Konversionsmodell Freuds (1993) in den Vordergrund. Die neu entstandene Perspektive der psychosomatischen Anthropologie verlagerte den Schwerpunkt auf eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Menschen (vgl. v. Weizsäcker, 1940). Besonders in Deutschland nahm

die Psychotherapeutische Medizin nach dem 2. Weltkrieg eine intensive Entwicklung. Um 1950 entstanden in Heidelberg unter der Leitung Alexander Mitscherlichs sowie in München – initiiert von Johannes Cremerius - die ersten psychosomatischen Einrichtungen an Universitäten (vgl. Rudolf, 2000). Etwa zeitgleich setzte Franz Alexander mit seinem Konzept der „heiligen sieben“ Krankheiten einen wegweisenden Impuls, den Dualismus zwischen Soma und Psyche endgültig zu überwinden. Er gilt bis heute als der bedeutendste Vertreter der psychoanalytischen Psychosomatik. Den Versuch die universitäre Medizin hinsichtlich einer Integration von internistischen und psychosomatischen Ansätzen zu reformieren, verfolgte ab den 60er Jahren Th. v. Uexküll. Sein systemisches Modell des Situationskreises prägt auch heute die Sichtweise von Krankheiten (vgl. Ermann, 2007).

Die Psychosomatische Medizin etablierte sich 1970 als Pflichtfach im Medizinstudium. Nach langer Diskussion konnte 1992 in Deutschland ein Facharzt eingeführt werden, der seit 2003 mit FA für „Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie“ betitelt wird (Ermann, 2007; Rudolf, 2000). In Psychosomatischen Kliniken arbeiten je nach Schwerpunkt und in Abhängigkeit der Leitung Ärzte mit Psychotherapeuten und Therapeuten

## **3.2 Die Musiktherapie in der Psychosomatik**

### **3.2.1 Theoretischer Ansatz**

„Musiktherapie“ kennzeichnet zunächst einen Sammelbegriff für unterschiedliche musiktherapeutische Konzeptionen, die sich im Rahmen einer praxisorientiert und interdisziplinär angelegten Wissenschaft bewegen und sich überwiegend als psychotherapeutische Maßnahmen verstehen. Sie ist die gezielte Verwendung des Mediums Musik oder seiner Elemente (Rhythmus, Melodie etc.), die im Rahmen einer bewusst gestalteten therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit dient (vgl. Kasseler Thesen).

Um das Konzept der Musiktherapie umfassend zu erklären, bedarf es uns einer näheren Definition von Musik und deren Wirkung, die sich jedoch auf den therapeutischen Rahmen beschränken wird. Dabei soll gleichzeitig gewährleistet werden, dass die Ausführungen nicht ausschließlich an einem psychosomatischen Behandlungskonzept orientiert sind und eine angemessene Einführung zu garantieren.

Lutz-Hochreutener (2009) weist auf die weite Auslegung des Musikbegriffs in der

Musiktherapie hin. Er reicht von Musik als reiner akustischer Schwingung, vom Erleben musikalischer Phänomene über experimentierendes Musikspiel bis hin zu durch Musik ausgelösten Veränderungen. Musik wird als Mittel des Erkennens (Diagnose), des Bewirkens (Intervention) und des Verstehens (Integration) eingesetzt. In diesem Sinne stellt sie eine besondere Form der psychodynamischen Kommunikation dar. In den Vordergrund rückt dabei die nonverbale bzw. die coenästhetische Verständigung und Ausdrucksgestaltung (vgl. Hegi-Portmann et al., 2006)

Das Medium Musik ist stets Dreh- und Angelpunkt der drei Ebenen Musik, Körper und Sprache: Einerseits kann Unsagbares musikalisch mitgeteilt werden, andererseits werden angesprochene Themen im musikalischen Prozess ausgelotet und verwandelt. Folgende Qualitäten der Musik sind im therapeutischen Prozess bedeutungsvoll:

- Musik ist präsentatives Symbol bestehend aus den Komponenten Klang, Rhythmus, Melodie, Dynamik und Form, die sich zu einem sinnlich unmittelbaren Ganzen zusammenfügen.
- Sie ist Bedeutungsträger für Unsagbares, insbesondere für Erlebnisqualitäten, welche frühen Entwicklungsstadien eigen sind.
- Musik als Bewegung bindet das Fühlen und Erleben des Menschen in die Zeit ein und ermöglicht prozesshaft Veränderung (vgl. Schumacher, 1999).
- Im Musikspiel der Gegenwart wird ein Zugang zu verschütteten Gefühlen der Vergangenheit geebnet. Außerdem werden diese Gefühle so gewandelt, dass „wieder Perspektiven für die Zukunft erlebt und in das tägliche Leben transferiert werden können“ (Timmermann, 2004). Musik kann ergo als Verbindung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft angesehen werden.
- Zwischenmenschliche Begegnung wird besonders im musikalischen Zusammenspiel in all ihren Facetten realisiert. Als Kommunikation ermöglicht Musik den Austausch zwischen Mutisten und knüpft darüber hinaus an sehr frühe präverbale Kommunikationsformen und ihre besonderen Beziehungsqualitäten an (vgl. Schumacher, 1999). Therapeutisch wertvoll erweist sich die Beziehungs- und Kommunikationsqualität, die aus einem gemeinsam produzierten Klang erfahrbar wird.

Hinsichtlich der Funktionen, die Musik im therapeutischen Prozess übernimmt, lassen sich bei Hegi-Portmann et al. (2006) folgende anfinden:

- Sie ist ein Stimulus, der sich auf physiologischer, psychologischer, kognitiver und sozialer

Ebene bewegt und von außen nach innen wirkt. Assoziation, Beruhigung, und Tiefenentspannung stellen bspw. konkrete Reize dar.

- Musik ist zum einen ein Medium für individuellen schöpferischen Ausdruck, der von innen nach außen verläuft. Sie wirkt aber auf den Spieler – gewissermaßen innerhalb einer Autokommunikation – zurück. Dabei findet eine Wechselwirkung, wie z. B. Selbstverstärkung oder Symbolisierung statt.
- Zum anderen stellt sie ein Medium für Kommunikation und Beziehungsgestaltung dar (s. o.). Das musikalische Beziehungsgeschehen bietet einen erlebniszentrierten Spielraum, in dem sowohl Realbeziehung als auch Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse stattfinden, aber auch soziale Kompetenzen geübt und erweitert werden können.

Die Wirksamkeit einer jeden therapeutischen Intervention steht in Abhängigkeit der Wirkfaktoren. So tragen auch in der Musiktherapie spezifische und unspezifische Mechanismen dazu bei, dass therapeutische Effekte erzielt werden. Entgegen der Annahme, dass die der Musiktherapie zugrunde liegenden theoretischen Modellannahmen oder die spezifischen Techniken den größten Beitrag zur Therapieeffektivität leisten, kommt den unspezifischen Faktoren oder sog. „common factors“ eine wesentliche größere Bedeutung zu. Die Diskussion um die Arten der Wirkfaktoren der Psychotherapie hat eine lange Tradition (Argstatter et al., 2008; Lang, 2003) und reicht von Jerome Frank über Orlinsky und Howard (s.o.) bis hin zu Klaus Grawe. Ihnen gemein ist der Faktor der „therapeutischen Beziehung“ (Grawe, 2005; Orlinsky und Howard, 1987; Pritz, 2008) den Kächele (2007) für die Musiktherapie als den wichtigsten therapeutischen (unspezifischen) Wirkfaktor sieht.

Zur Frage nach einem schulen übergreifenden Wirkfaktorenmodell der Musiktherapie, das zur Begründung der spezifischen musiktherapeutischen Ingredienzen geeignet ist, stellten Hillecke und Wilker (2007) ein auf fünf Faktoren aufbauendes heuristisches Modell der Musiktherapiewirkungen auf:

- I. *Aufmerksamkeitsfaktor*: Musik ermöglicht eine effektive Steuerung der Aufmerksamkeit. Aufmerksamkeitsmodulation repräsentiert möglicherweise eine basale, aber häufig eher kurzfristig eingesetzte Wirkung von therapeutischer Musik, die es dem Therapeuten erlaubt, Patienten von ihrer Fixierung auf aktuelle Probleme und/oder Symptome abzulenken und sich dem gehörten oder der Handlung „Musizieren“ zuzuwenden.
- II. *Emotionsfaktor*: Der Einfluss, den Musik als Auslöser von Emotionen ausübt, wird von vielen Forschern, Therapeuten und Theoretikern als eines der wichtigsten Wirkprinzipien

der Musiktherapie verstanden (z. B. Langenberg, 1996; Müller-Busch & Hoffmann, 1997). Dabei ist die Aktivierung von Wohlbefinden, aber auch von negativen oder unterdrückten Emotionen niemals Selbstzweck, sondern dient speziellen Therapiezielen, die weiter unten angeführt werden. Besonders im Kontext von psychischen Störungen wie Angst und Depression, aber auch konkret bei emotionspsychologischen Annahmen, z. B. der „gehemmten Expressivität“ (Traue, 1998) spielt Emotionsmodulation eine zentrale Rolle.

- III. *Kognitionsfaktor*: Ein weiteres Charakteristikum der Musik zeigt sich in ihrer Möglichkeit, episodische und prozedurale Erinnerungen zu aktivieren, sowie Imaginationen anzuregen. Vor allem Verfahren der Imagination sind nicht nur in der analytischen Psychologie nach Jung oder in der kognitiven Verhaltenstherapie, sondern auch in musiktherapeutischen Verfahren, wie der Guided Imagery Music nach Bonny angebracht. Mit Hilfe musikalischer Stimuli können bestimmte imaginative Vorstellungen unterstützt, transformiert und verbal bearbeitet werden.
- IV. *Behavioraler/motorischer Faktor*: Im behavioristischen Sinn kann Musik zur Konditionierung von Verhalten genutzt werden. Gegenwärtig bekommt der Faktor Motorikmodulation in der neurologischen Rehabilitation die umfassendste Bedeutung zugeschrieben. Funktionsbeeinträchtigte Bewegungsprozesse, z. B. nach einem Schlaganfall können mit Hilfe musikalischer Stimulation trainiert werden (vgl. Thaut et al., 2004).
- V. *Kommunikationsfaktor*: Gemeinsames Musizieren birgt das Potenzial in Kommunikation zu treten, ohne zu sprechen. Die Musiktherapie macht davon Gebrauch, indem sie besonders bei manifesten interpersonalen Problemen Beziehungsgestaltung in ihren Facetten erlebbar macht und damit Raum für alternative Formen des zwischenmenschlichen In-Kontakt-Tretens mit den Mitmenschen eröffnet.

Die Autoren verstehen ihr Modell als Grundlage einzelner musiktherapeutischer Techniken. Es orientiert sich an Veränderungen, die via Musik beim Patienten auftreten können. Eine Vielzahl an Manualen zur Musiktherapie, bspw. bei chronischem Tinnitus (Argstatter et al., 2008) in der neurologischen Rehabilitation (Thaut et al., 2004) und bei kindlicher Migräne (Nickel, 2004) ziehen bereits Nutzen aus dem heuristischen Modell.

Spezifische Wirkfaktoren der Musiktherapie in der Psychosomatik herauszuarbeiten, wurde als Ziel einer katamnestisch durchgeführten Studie von Danner und Oberegelsbacher (2001)

formuliert. Bei einer Gruppe von 71 ehemals stationär behandelten psychosomatischen Patienten konnten aus den Fragebögen drei mögliche spezifische Faktoren extrahiert werden:

- I. *Ausdruck, Darstellung und Kommunikation mittels der Musik*: Dieser Faktor beschreibt das spezifisch Musiktherapeutische. Musik als Trägermedium ermöglicht Ausdruck und Darstellung von Gefühlen, die sprachlich nicht erfasst werden können.
- II. *Aktives musikalisches Beziehungsangebot des Musiktherapeuten*: Der Therapeut als Akteur tritt zum einen solistisch, zum anderen als begleitender Mitspieler auf. Aufgrund von Items die eher unspezifische Aspekte, wie „aufrichtiges Interesse des Therapeuten“, oder die „Art des Umgangs“ aufzeigen, deutet dieser Faktor auf eine Ähnlichkeit zum unspezifischen Faktor – die therapeutische Beziehung – hin.
- III. *Musiktherapeutisches Durcharbeiten und Möglichkeit zur musiktherapeutischen Transformation*: Bei diesem Faktor zeigt sich uns eine inhaltliche Fortsetzung von Faktor I, allerdings auf einem höheren Funktionsniveau. Im Zentrum steht hier die Wichtigkeit differenzierter und durch Musik ausgelöster körperlicher und seelischer Empfindungen.

Darüber hinaus gelang es, neben den spezifischen auch zwei unspezifische Wirkfaktoren herauszuarbeiten: 1,2

Ebenso wie die Wirkfaktoren sind musiktherapeutische Ziele essentielle Komponenten des globalen Konstrukts Musiktherapie. Es werden in Abhängigkeit von Verfahren, Setting, Patienten usw. spezifische übergeordnete **Ziele** verfolgt. Wenn immer möglich sollte in der Zielformulierung das Unterstützungsbegehren des Patienten selber und/oder seiner Bezugsperson mit einbezogen werden (Hegi-Portmann, 2006).

- Im aktiven Verfahren versucht der Therapeut vor allem bei schizoiden Patienten Kommunikation zu fördern. In Gruppentherapien geht es dabei verstärkt um Offenlegung und Veränderung sozial-kommunikativer Prozesse mit dem Ziel der Vermittlung korrektiver Erfahrung hinsichtlich des pathogen gestörten interpersonellen Verhaltens.
- Soziale Interdependenz und Autonomie zu fördern kann ein musiktherapeutisches Ziel darstellen. Im Gruppensetting wird (spielerisch) Verantwortung für sich selber und die Mitwelt zu übernehmen, gelernt (Hegi-Portmann, 2006).
- Ein der Musiktherapie immanentes Ziel ist die nonverbale Konfliktbearbeitung, in Zuge derer pathogen konflikthafte Erlebnisfaktoren in den Bereich einer therapeutisch gewünschten intrapsychischen Auseinandersetzung gebracht werden (Oberegelsbacher, 2012).

- Für Patienten, bei denen Funktionen des Ichs eingeschränkt sind, wird darauf abgezielt, eine Ich-Stärke, z. B. die Wahrnehmung von und den Umgang mit Affekten zu fördern (Willms, 1975, zitiert nach Schmidt und Kächele, 2009).
- Manchmal leistet die Musiktherapie einen Beitrag zur klinischen Diagnostik, z. B. können in einer Gruppe Beziehungsstörungen deutlicher herausgearbeitet werden. Wenn der Patient dazu der Lage ist, kann ein Ziel lauten, über eine Symbolisierung einen Realitätsbezug herzustellen (Oberegelsbacher, 2012).
- Nach Willms ist das Wiederherstellen und Produzieren von Objekten ein mögliches Ziel (Willms, 1975, zitiert nach Schmidt und Kächele, 2009)
- Der von Freud geprägte Begriff des Probehandelns stellt im Dienst von Problemlösen laut Oberegelsbacher (2012) ein weiteres Ziel dar (vgl. hierzu Freud, 1911).
- Strukturgebung, die vor allem bei Borderline-Patienten zielführend ist.
- Kathartisches Freilegen verschütteter Emotionen und Traumata
- In der neurologischen Rehabilitation setzt Musiktherapie in einem funktionellen Sinn an, d. h. sie zielt auf eine Rehabilitation einer Körperfunktion, wie Sprechen oder Feinmotorik ab (z. B. Schneider, 2007)

Sie setzt am Spüren, Fühlen, Wahrnehmen, Hören sowie der Körperbewegung an und leitet mit reflektierenden Gesprächen in den kognitiv sprachlichen Bereich über.

Der musiktherapeutische Prozess zielt u. a. darauf ab, eigene Körperempfindungen wahrnehmen, identifizieren und verbalisieren zu können. Hegi-Portmann et al. (2006) verdeutlichen den Zusammenhang zwischen musikalischem Erleben und Körpererleben in folgenden Verbindungen:

- Körper und Musik als früheste Prägungen: Herzpuls, Stimmklang und Körpergeräusche der Mutter zählen zu den Urfahrungen, die der Fetus sowohl als ganzkörperliche Empfindung wie auch als Höreindrücke im pränatalen Raum wahrnimmt. Ebenso in den ersten Lebensmonaten nach der Geburt wird das Kleinkind beim Stillen, Tragen aber auch im gemeinsamen Spiel von Stimmklängen der Mutter begleitet (vgl. Stern, 2010). Über- oder Unterstimulierung des Kindes, die bereits durch schwerwiegende körperliche, soziale und emotionale Probleme der Mutter während der Schwangerschaft ausgelöst werden können, beeinträchtigen die Qualität des Kontinuums im Uterus sowie in der Kleinkindzeit. Diese Erfahrungen finden sich in Erinnerungsspuren im Körper wieder, die wiederum Ansatz für therapeutische Arbeit mit dem Körper und den dazu gehörigen



musikalischen Qualitäten bilden (vgl. Loos, 1986).

- Körperreaktionen (vegetative als auch fein- und grobmotorische Reaktionen) durch gespielte oder gehörte Musik können nicht nur leibhaftig gespürt, sondern mithilfe physiologischer Messungen, wie EKG oder EEG erfasst werden.
- Der menschliche Körper kann auch als musikalischer Resonanz- und Klangraum dienen und damit als ein Musikinstrument verwendet werden. Zum Erklingen der Stimme aber auch der Musikinstrumente erfordert es allerdings die Bewegung des Körpers (Loos, 1986). Die Spielbewegung führt zu einer Verbindung mit dem Klangkörper des Instruments und damit zu einer Inkorporierung.
- Musikalischer und körperlicher Ausdruck weisen bestimmte Analogien auf: Exemplarisch zeigt sich diese Verwandtschaft im Klang (z. B. Resonanz und Raum), der Dynamik (z. B. Spannung, Kraft, Intensität), der Form (z. B. Proportionen, Haltung, Grenze) und insbesondere in der Bewegung.

Ein besondere Rolle in der Musiktherapie wird dem Sprechen zugeschrieben. Wie Kächele und Scheytt-Hölzer (1990) in einer Studie zum Sprechen und Spielen im musiktherapeutischen Prozess deutlich herausgearbeitet haben, handelt es sich bei der Unterscheidung zwischen „verbaler“ und „non-verbaler“ Therapie um ein unglückliches Konstrukt. Zu Unrecht wird die Musiktherapie zuweilen mit dem Merkmal „nonverbales Verfahren“ in Beziehung gesetzt. In Vergessenheit gerät, wie essentiell verbale Reflexion zum einen für das musikalische Erleben, sowie zur Herstellung einer therapeutischen Beziehung zum anderen ist.

Schließen möchte ich mit einem Blick auf die musiktherapeutischen Praxis- und Arbeitsfelder, welche sich in den letzten Jahrzehnten stark erweitert haben. In folgenden Bereichen hat sie sich mittlerweile etabliert:

- *Neonatologie*: Musiktherapie mit Frühgeborenen arbeitet sowohl rezeptiv als auch aktiv – mit der Mutterstimme, mit Gesang dem Therapeut (singen, summen, lautieren), aufgenommener Musik und/oder speziellen Instrumenten.
- *Kinder- und Jugendpsychiatrie*: In der Therapie mit Jugendlichen ermöglicht Musik viele Anknüpfungspunkte, da sie häufig ein wesentlicher Bestandteil ihres Alltags ist. In ihren unterschiedlichen Stilrichtungen ist Musik für Jugendliche Ausdruck von Lebensgefühl, von Identität und Abgrenzung. Aber auch die freie Improvisation bietet einen unterstützenden Spielraum für die Aufgaben der Pubertät, wie z.B. Selbstfindung und Ablösung. Ein Schwerpunkt liegt auf Nachreifung, z. B. bei autistischen Kindern (vgl.

Musholt, 2014; Schumacher, 1994)

- *Psychosomatik*: Psychosomatisch erkrankte Patienten leiden zumeist unter Kontakt- und Beziehungsschwierigkeiten zu sich selbst und zu Anderen. In der Regel werden sprachfähige erwachsene Menschen behandelt, bei denen die Entstehung einiger psychosomatischer Krankheitsbilder (z. B. Essstörungen) in präverbalen und präödiipalen Entwicklungsstadien angenommen wird. Die Musiktherapie als ein primär nonverbales Verfahren ist eine geeignete Behandlungsmethode, um den Boden für Beziehungsfähigkeit zu bereiten. Wenngleich Rüegg (2003) von einer Neuordnung der Reichweite des Seelischen ins Körperliche spricht, und somit eine Teileingliederung von Aspekten der Neurologie und Onkologie in die Psychosomatik vorgenommen werden könnten, führe ich jene beiden Disziplinen im folgenden gesondert auf:
- *Neurologische Rehabilitation*: Musiktherapie findet hier ihren Einsatz seit ugf. 30 Jahren vornehmlich auf funktioneller Ebene wieder. Ziel ist die Verbesserung von Körperfunktionen wie Feinmotorik oder Sprechen, welche aufgrund einer Schädigung des zentralen Nervensystems oder peripheren Nervensystems entstanden sind. Gerade Patienten mit einer Störung im Sprachzentrum kommen die nonverbalen Qualitäten der Musiktherapie entgegen (vgl. Gustorff & Hannich, 2000).
- *Onkologie*: Viele stationäre Patienten entwickeln aufgrund einer Krebsdiagnose Ängste und leiden an behandlungsbedürftigen Depressionen. Musiktherapeuten setzten unterstützend an und vermitteln Copingstrategien.
- *Innere Medizin*: Mittlerweile konnten sich musiktherapeutische Behandlungskonzepte auch in der inneren Medizin etablieren. Die emotionale Verarbeitung körperlicher Erkrankungen steht im Vordergrund. Wie Aldridge (1999) ausführt, soll der Patient Kontakt zu seinen Ressourcen finden und Blockaden lösen, die im Weg stehen.
- *Psychiatrie*: In den psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland gehört die Musiktherapie zu den am häufigsten angewandten Verfahren neben den anerkannten Verfahren der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie (vgl. Timmermann, 2012).
- *Geriatric*: In der Arbeit mit alten Menschen kann Musiktherapie zum einen helfen, Lebendigkeit und Heiterkeit zu vermitteln. Zum anderen zielt sie darauf ab, Erinnerungen an Musik und Lieder aus wichtigen Lebensphasen zu aktivieren, z. B. werden demente Patienten ausdrücklich dazu angeleitet bekannte Volkslieder zu singen. Die Erfahrung, dies noch zu können, trägt zum Identitätserhalt, zum Angstabbau und

somit zur einem erheblichen Stück Lebensqualität bei.

- *Palliativmedizin, Hospiz*: Wie von Hodenberg (1999) in ihren Fallvignetten zur Sterbebegleitung beschreibt, ist Musiktherapie mit dem Gebrauch künstlerischer Medien auch hier mittlerweile integraler Bestandteil, da viele Patienten häufig nicht mehr verbal zugänglich sind. Als seelische Begleitung im Sinne des Copings wird sie auch aufgrund des Rechts auf einen würdigen Tod zunehmend mehr angeboten.

### 3.2.2 Musiktherapeutische Verfahren

In der Entwicklung der Musiktherapie kristallisierten sich vor allem in den letzten Jahrzehnten die verschiedenen Schulen der Musiktherapie heraus. Aufgrund der Komplexität und Bedeutung der einzelnen Verfahren, sehe ich die Notwendigkeit die für diese Arbeit relevante Methode der *integrativen Musiktherapie* besonders hervorzuheben, während ich die übrigen Schulen oberflächlich betrachten möchte.

Grundlegend wird in der Musiktherapie zwischen Einzel- und Gruppensetting unterschieden, wobei in der Psychosomatik beide gleichrangig von Bedeutung sind und von den Kliniken unterschiedlich bevorzugt werden (Kächele et al., 2003). Darüber hinaus differenziert die musiktherapeutische Methodologie zwischen aktivem und rezeptivem Verfahren: Die **aktive** Musiktherapie zeichnet sich durch den selbst musikalisch aktiv werdenden Patienten aus. Konkret bedeutet dies auf leicht zu spielenden Instrumenten oder mit der eigenen Stimme zu improvisieren (vgl. Schroeder, 1999). Doch auch der Therapeut ist nicht bloß Empfänger, sondern gestaltet/ergänzt die Therapie durch musikalische und verbale Teilnahme.

Dem gegenüber steht die **rezeptive** Musiktherapie, deren Charakteristik das Zuhören des Patienten darstellt. Dabei dienen Tonträger und vom Therapeuten produzierte Musik als Tonmaterial. In der Praxis gehen beide Verfahren nicht selten ineinander über (vgl. Schmidt & Kächele, 2009).

Eine umfassende Übersicht über aktuell praktizierten Formen der Musiktherapie stellten Alexander Wormit und Kollegen (Wormit et al., 2007) auf:

In der *tiefenpsychologischen Musiktherapie* bietet der Therapeut dem Patienten einen Raum, in dem dieser Unbewusstes musikalisches zum Ausdruck bringen und über das therapeutische Gespräch erkennen und verstehen lernen kann.

Konzepte der Verhaltenstherapie werden in der *verhaltenszentrierten Musiktherapie* umgesetzt, deren Bedeutsamkeit in Deutschland eher gering ist. Häufig erfolgt ihr Einsatz in der Pränatologie, um bei Frühgeborenen den Saugreflex zu konditionieren - sie wirkt also als Verstärker.

Eine in der klinischen Medizin verankerte rezeptive Methode stellt die *musik-medizinische Therapie* dar. Durch das Hören eines bestimmten Musikgenres wird die Reduktion einer unerwünschten psychophysischen Stresssituation in medizinischen Behandlungssituationen, wie in der Chirurgie oder in der Gynäkologie angestrebt (vgl. Spintge, 2001).

Die in einem hohen Maße funktionell ausgerichtete *neurologische Musiktherapie* findet in der Rehabilitation nach Schlaganfällen, Schädel-Hirn-Trauma oder Morbus Alzheimer ihre Anwendung. Die Patienten werden im Sprechen und Gehen mittels spezifischer Methoden, z. B. der „Rhythmisch-Akustische Stimulation“ unterstützt (vgl. Thaut et al., 1996; Thaut et al., 2004).

Das von Christoph Schwabe entworfene Konzept der *regulativen Musiktherapie* ist ein rezeptives, tiefenpsychologisch orientiertes Verfahren. Es basiert auf einem wahrnehmungspsychologischen Handlungsansatz und realisiert sich in einem sechsstufigen Wahrnehmungstraining, in welchem die Musikauswahl eine bedeutende Rolle spielt (vgl. Röhrborn, 2004; Schwabe, 1996).

Ein in der Tradition der humanistischen Therapien stehendes Verfahren stellt die *Orff-Musiktherapie* dar. Gertrud Orff erweiterte das Orff-Schulwerks ihres Ehemanns zu einer musiktherapeutischen Form, welches die Ausdrucks- und Kommunikationsfähigkeiten der Musik nutzt, um das Entwicklungspotential autistischer und geistig/körperlich behinderter Kinder zu fördern. Das Prinzip der empathischen Vorgehensweise, die an die Rogerssche Gesprächspsychotherapie erinnert, wird um das musikalische Aufgreifen der Stimmungslage des Kindes ergänzt (vgl. Voigt, 2001).

Auf eine musiktherapeutische Behandlung von mehrfach Behinderten sowie autistischen Kindern konzentrierten sich auch Nordoff und Robbins. In ihrem Konzept der *schöpferischen Musiktherapie* ist das Kernstück die gemeinsame musikalische Improvisation, deren Mittelpunkt der Mensch mit seinem natürlichen künstlerischen Potential darstellt. Ein Spezifikum der schöpferischen Musiktherapie findet sich in der ausnahmslos musikalischen und nonverbalen therapeutischen Intervention (vgl. Gustorff, 2009).

Die in den 1970er Jahren von Helen Bonny in den USA entwickelte *Guided Imagery and Music (GIM)* reiht sich in die Riege der rezeptiven Verfahren ein. Während der Patient im

entspannten Zustand klassische Musik anhört, entstehen möglicherweise innere Bilder, Körperempfindungen, sowie Emotionen und Gedanken. Der Therapeut begleitet den Prozess mittels Fragen und versucht so gemeinsam mit dem Patienten Unbewusstes zu bearbeiten (vgl. Geiger, 2004).

Das sich an der regulativen Musiktherapie und den Heilfaktoren der Yalom'schen Gruppenpsychotherapie orientierende Modell des *musiktherapeutischen Entspannungstrainings* wurde in den 1970er Jahren von Bolay & Selle entwickelt. Zur Anwendung kommt das Verfahren in der beruflichen Rehabilitation zur Verringerung von Arbeits-, Konzentrations-, und Schlafstörungen sowie bei Nervosität und Prüfungsängsten. Der Weg zur „autogenen Selbstentspannung“ wird als Ziel des musiktherapeutischen Entspannungstrainings aufgestellt (vgl. Selle, 2004).

Auf der Basis des Integrationsverständnisses der „integrativen Therapien“ entwarf Frohne-Hagemann (2001) seit den 80er Jahren die *integrative Musiktherapie*. Ihr Bemühen wurde von Hilarion Petzold inspiriert, welcher von Tilman Moser (1994) als „Papst integrativen Denkens“ betitelt wurde und als Mitbegründer der integrativen Therapie sowie des Fritz-Perls Institut gilt.

Im Folgenden möchte ich auf Kennzeichen, Entwicklung und Hintergründe der integrativen Therapie eingehen. Dieser Schritt soll ein logisches Heranführen an die integrative Musiktherapie gewährleisten.

Integrationsbemühungen im Feld der Psychotherapie haben eine 70 Jahre alte Tradition. Sie finden ihren Ursprung bereits bei Rank, Erikson, Alexander und French, deren Anliegen eine Verbindung zwischen verschiedenen theoretischen Positionen und Konzepten war. In Bezug auf Versuche zur Methodenintegration können Ferenczi, Adler und Moreno genannt werden. Die erhoffte Breitenwirkung ihrer Bemühungen blieb allerdings aus. Bis heute haben sich viele Ansätze herausgebildet und etabliert (Methoden-Eklektizismus, Theorie-Integration, der auf common factors gründende Eklektizismus) (vgl. Frohne-Hagemann, 2001).

Petzold (1992) fasst den historischen Werdegang mit der Vielzahl an Versuchen in vier verschiedenen Orientierungen zusammen. Von den pluralistischen, kombinatorischen oder eklektischen Integrationsformen, die häufig entweder ausschließlich in der Theorie kongruent sind oder die Methoden starr aneinander reihen ohne sie wirklich zu integrieren, ist die *integrative Orientierung* die für uns relevante, da sie sich um die Verbindung tatsächlicher Kompatibilitäten bemüht (vgl. Frohne-Hagemann, 2004). Plausibel erscheint bspw. die Kombination Gestalttherapie und Musiktherapie, weil beide auf das Erleben (Awareness) und

den Kontakt im Hier und Jetzt fokussieren.

Der *integrativen Orientierung* wohnt die Leitidee eines ganzheitlichen Menschenbildes inne. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, über umfassende Referenztheorien aus verschiedenen Forschungsbereichen einen Integrationsrahmen für Psychotherapie bereitzustellen.

Als entscheidend für die integrative Therapie und damit auch die integrative Musiktherapie hat sich Petzolds Konzept „Common Concept approaches“ (Petzold, 1992) etabliert. Es sieht vor, psychotherapeutische Ansätze einerseits nach ihren theoretischen und methodologischen Grundstrukturen zu vergleichen. Darüber hinaus sind Kernkonzepte und handlungsleitende Heuristik Gegenstand des Vergleichs. Er versteht die integrative Therapie als einen modernen Ansatz ganzheitlicher und differentieller Psychotherapie. Sie ist ein therapeutisches Verfahren, das den Menschen ganzheitlich behandelt und Somatotherapie, Psychotherapie und Nootherapie zu verbinden sucht. Von zentraler Bedeutung ist die als persönlichkeits-theoretisches Kernkonzept festgelegte *Leiblichkeit* des Menschen, die ihn als „Körper-Seele-Geist-Subjekt in Interaktion mit seinen Umwelten in seinem Entwicklungsprozess kennzeichnet (vgl. Petzold, 2002). Nach diesem Ansatz entwickelten Petzold und Mitarbeiter ein Integrationsmodell, welches in der Psychoanalyse nach Ferenczi, der Gestalttherapie nach Perls und dem Psychodrama nach Moreno wurzelt. Zudem tritt ein Anteil körperbezogener Methoden wie Feldenkrais, aber auch verhaltenstherapeutische Aspekte hinzu.

Als Thema dieses Kapitels interessiert jedoch vor allem, welche Motivationen Integrationsbemühungen in der (Musik)Therapie rechtfertigen. Frohne-Hagemann (2001) erwähnt in diesem Kontext folgende:

- Der im Fokus stehende Patient hat nicht die Aufgabe, sich einer bestimmten Methodik anzupassen – vielmehr sollten Theorie und Methodik der Musiktherapie Schulen übergreifend an der Indikation (s. Kap. 3.1.3) und an den Bedürfnissen des Patienten orientiert sein.
- Auf der anderen Seite erfährt der Therapeut in eigener Praxis die Unzulänglichkeiten mono-methodischer Ansätze. Das Bewusstwerden eigener Vorlieben und Grenzen führt zu einem Verlangen über den Tellerrand hinaus zu schauen. Eine neue Perspektive einnehmend, erkennt der Therapeut eine vertiefte Fokussierung auf das spezifisch Musiktherapeutische in allen Methoden als einen Gewinn in seiner persönlichen und professionellen Kompetenz an.
- Im kollegialen Austausch begegnen sich unterschiedliche, teils gegensätzliche Sichtweisen.

Theoriemodelle, die nicht in jeder Hinsicht kompatibel sind, müssen häufig von Musiktherapeuten verknüpft werden. Dies gilt ebenso für verschiedene Interpretationen hinsichtlich der Pathogenese, sowie die Behandlung spezifischer Krankheitsbilder. Folglich entsteht die Forderung eines mehrperspektivischen Vorgehens in Theorie und Praxis. Darüber hinaus zwingen Einflussnahmen von Kostenträgern sowie Erwartungen und Ansprüche der Öffentlichkeit zur größerer Vernetzung.

Die integrative Musiktherapie stellt eine Methode der Integrativen Therapie dar. Ihr ist keine eigene Meta-Theorie übergeordnet – sie beruft sich auf die der integrativen Therapie. Damit wird ihr der Status eines eigenständigen Verfahrens abgeschrieben. Für den Erfolg der Integrationsbewegung ist die Qualität des offenen und integrativen Prozesses und nicht die Anzahl neuer integrativer Behandlungssysteme entscheidend. (vgl. Frohne-Hagemann, 2001).

Auf der Basis des Integrationsverständnisses versucht sie kompatible musiktherapeutische Konzepte aktiver und rezeptiver Musiktherapie anderer musiktherapeutischer Schulen zu integrieren. Musik und Musikhören ist hier keinesfalls nur eine individuelle oder therapeutisch wirkende Angelegenheit. Sie steht darüber hinaus in einem kulturellen Kontext. Zwangsläufig ergibt sich daraus, dass jede Interpretation eines Musikerlebens im Zusammenhang mit dem jeweiligen situativen Kontext und den kulturell verleblichten Fühl- und Denkweisen gesehen werden muss.

Bei der Frage nach den konkreten Vorgehensweisen im musiktherapeutischen Prozess, gewissermaßen der „Technik“ habe ich sowohl in Theorie als auch in Praxis folgende Aspekte wahrgenommen:

In jedem Fall scheint zunächst eine Einstimmung wesentlich, die der Musikdarbietung vorausgeht und den Patienten durch einen Moment von Ruhe, durch die Fokussierung der Wahrnehmung auf seine seelische Befindlichkeit, auf Körper, Atem und Klang des Augenblicks auf das Hören vorbereitet (vgl. Timmermann, 2012). Persönlich ist mir in der integrativen Therapie aufgefallen, dass zuerst bewusst auf Körperzustand und –bewegung fokussiert wurde, um die Wahrnehmung während der Musiktherapie nicht außer Acht zu lassen.

Der Königsweg in der Musiktherapie ist zweifelsohne das Improvisieren mit Instrument und Stimme. Sie ist ein vielschichtiger, spontaner und impulsiver Prozess der Erfindung und gleichzeitig formenden Realisierung von Musik. Als Handlung birgt das Improvisieren stets Unvorhersehbares bzw. Unerwartetes und damit plötzliche Richtungswechsel im Geschehen, die

im psychosozialen Geschehen Anlass für anschließende Bearbeitung gibt (vgl. Weymann, 2004). Dem Patienten wird aktiv ein Freiraum mit instrumentalem, stimmlichem und körperlichem Ausdruck angeboten, ohne dass dabei Voraussetzungen musikalischer oder sonstiger Art erwartet werden. In einer Haltung offener, sich einfühlender Antwortbereitschaft begleitet der Musiktherapeut den Patienten um ihm Resonanz zu geben und damit jenseits von Worten Kontakt anzubieten und Entwicklungsprozesse anzuregen (Hegi-Portmann, 2006). Unterschieden werden freies Improvisieren ohne Vorgaben oder spielregelgeleitetes Improvisieren. Bei Patienten mit schwacher Ich-Struktur ist die Fähigkeit des Therapeuten gefragt, Anhaltspunkte und klare Orientierungen zu setzen. Thematische Vorgaben, wie z. B. „Streitgespräch mit dem Partner“ oder aber „Tag und Nacht“ dienen zum einen als Übungsangebote auf der Beziehungs- und Kommunikationsebene. Zum anderen können sie zur Exploration eingesetzt werden und ermöglichen experimentales Handeln in persönlichen Krisenbereichen. Als Bestandteil einer Vielzahl an „Spielen“ wird Improvisieren im Solo-, Partner-, Gruppenspiel, aber auch im Für-Spiel (Th. spielt für Pat.) angeboten.

Die in der integrativen musiktherapeutischen Praxis inhärenten Vorgehensweisen finden ihr Pendant zu einem hohen Maß in den tiefenpsychologisch-psychotherapeutischen Techniken (vgl. Storz, 2000):

- *Holding*: Der Patient soll in einer klanglich-rhythmischen Gestalt ein (ursprünglich frühes) Gefühl des sicheren Gehaltensein erfahren, welche ihn vor der Angst bewahrt, sich in seinem Ich-Kern aufzulösen. Als verlässlicher Spielpartner nutzt der Therapeut die tragende Wirkung der Musik im Dialog oder in Gruppe und signalisiert mit seinem von innerer Sicherheit zeugenden Spiel, spürbare Präsenz und aufmerksame Zuwendung (vgl. Timmermann, 2012). Persönlich habe ich diese Weise, in Form von repetitiven melodischen Mustern seitens der Therapeutin erlebt, die dem Patienten einen sicheren Rahmen für die Findung seines eigenen Spiels gewährleistet hat.
- *Stützen*: Sofern sich der Patient sicher gehalten fühlt, ist es seitens des Therapeuten sinnvoll eine stützende Begleitung anzubieten. Dies realisiert sich zum Beispiel in bestätigenden Antworten auf musikalische Äußerungen, die sich ähnlich wie beim Holding als fundierende Rhythmen zeigen. Im Gruppensetting bietet sich der Einbezug von anderen Patienten ins Spiel an, damit eine wechselseitige musikalische Stütze z. B. für den Ausdruck eines schwierigen Gefühls gewährleistet wird.
- *Spiegeln*: Ein Musiktherapeut der spiegelt, drückt sich musikalisch so aus, dass der Patient



seine eigene Stimmung wiederfindet. Diese Technik zielt darauf ab, den Patienten dahingehend zu stärken, dass dieser sich emotional wahrgenommen und in dieser Beachtung wert fühlt. Besondere Beachtung findet die Technik folglich im musiktherapeutischen Arbeiten mit narzisstischen Störungen/Patienten. In der Gruppe bieten Solo-Tutti-Improvisationen, in denen solistischer Ausdruck und darauffolgende Tutti-Antwort im Zentrum stehen, therapeutisch zielführende Maßnahmen.

- *Konfrontieren*: Neben einfühlsamem, unterstützendem Begleiten ist auch konfrontatives bis provokatives Vorgehen des Therapeuten angemessen. Im adäquaten Umgang mit Gegenübertragungsgefühlen kann im gemeinsamen musikalischen Spiel der eigentliche emotionale Zustand des Patienten aufgedeckt werden. Gerade das Konfrontieren auf der Spielebene stellt ein musiktherapeutisches Spezifikum dar, wenn man das Vorgehen als spielerisch gestalteten Grenzgang versteht. Nach meiner Wahrnehmung stellte das Konfrontieren in der Gruppe eine große Herausforderung an die Musiktherapeutin dar, die gleichzeitig nicht die erforderliche therapeutische Abstinenz sowie den Überblick in der Gruppe aufgeben durfte.
- *Durcharbeiten*: Im Gegensatz zur Psychoanalyse, in welcher das Durcharbeiten ein intaktes Ich sowie Einsichtsfähigkeit voraussetzt, greift die modifizierte musiktherapeutische Form auch bei intellektuell retardierten Patienten mit sprachlichen Beeinträchtigungen sowie Patienten mit strukturellen Ich-Störungen (vgl. Oberegelsbacher, 1996). Im improvisierten Musikspiel werden Angebote im geschützten Rahmen auf den individuellen Wandlungsprozess des Patienten probierend vollzogen. Timmermann (2012) spricht vom „tiefenpsychologischen Üben“ und zeigt 1994 vier Phasen des musiktherapeutischen Prozesses auf: Erleben – Erkennen – Üben – Wandeln. Als zeitlich nicht voneinander trennbar bilden diese Phasen die Basis für Veränderung in Richtung mehr seelische Gesundheit.

Die Schwierigkeit der integrativen Musiktherapie zeigt sich uns, wenn wir bedenken, dass Integration stets auf Differenzierungsmöglichkeiten im musiktherapeutischen Feld angewiesen ist. Die Auseinandersetzung und Suche nach Verbindungen führt zu neuen Erkenntnissen. Dieser Prozess führt zwar eine Bereicherung mit sich, stellt aber auch eine Beunruhigung dar, weil es in der Neuordnung keine endgültige Wahrheit gibt. Jede theoretische oder methodische Integration befindet sich ergo im Fluss und bleibt vorläufig. Das integrative Denken kann vielmehr wie von Norcross und Goldfried (2005) als ein offenes System auf der Basis eines informierten

Pluralismus und einer tiefen Annäherung gesehen werden.

Darüberhinaus besteht im Prozess der Integration das Risiko Positionen nivellierend einander anzugleichen. Deswegen macht es eine ständige Auseinandersetzung mit verschiedenen Konzepten wichtig, auch die eigene Grundposition in ihren Chancen und Schwächen zu kennen.

### **3.2.3 Indikation**

Dieses Kapitel kann nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Eine allumfassende Darstellung wäre auch nicht zielführend, weil sie zum einen den Rahmen sprengen und zum anderen keine angemessene Hinführung auf den praktischen Teil gewährleisten würde. Vielmehr geht es mir darum, wesentliche Positionen herauszuarbeiten, die einen fachlich adäquaten Bezug für diese Arbeit einnehmen. Zunächst möchte ich einen Blick auf die Indikation werfen. Da diese jedoch sehr grob gehalten wird, soll anschließend versucht werden, Aspekte der differenziellen Indikation und Kontraindikation herauszuarbeiten und damit dem musiktherapeutischen Verfahren (in der Psychosomatik) Gerecht zu werden.

Da die Musiktherapie eine im Vergleich zu anderen Therapieformen eher jüngere Disziplin darstellt und sich damit im Prozess einer Etablierung wiederfindet, werden weitere Forschungsergebnisse ihren Beitrag zu einer angemessenen Indikationsstellung zu leisten haben. Ein Modell, welches an den verfügbaren Forschungsergebnissen ansetzt und diese systematisiert, ist das „Modell einer differenziellen Behandlungswahl“ von Beutler und Clarkin (1990). Es versucht Wege zu ermitteln, wie behandlungstechnisch bei spezifischen Arten von Patienten vorgegangen werden kann.

Einen zwar lang zurückliegenden, aber grundlegend essentiellen Beitrag zur Indikation skizzierte Eckhard Weymann, der von einem „Ergebnis komplizierter Interaktionsprozesse“ spricht und sich gegen eine „schematisierte Angelegenheit“ wendet (vgl. Weymann, 1991). Diese komplizierten Prozesse werden von der Beziehungsaufnahme zwischen Patient und Therapeut bzw. zwischen Patient und Musik gestaltet. Dabei stehen Erfahrungen, Bedürfnisse und Motive im Vordergrund.

Nach Schroeder (1999) erweist sich die Musiktherapie besonders bei Patienten mit *frühen Störungen*, die sich in unter anderem defizitärer Verbalisierungsfähigkeit, gestörter Ich-Funktion sowie der Unfähigkeit zur Herstellung stabiler Objektbeziehungen zeigen, als geeignet. Diese sind verbal nur außerordentlich schwierig zugänglich, da sie in einer Zeit wurzeln, in der die

Kommunikation mit der Mutter in hohem Maße non-verbal abläuft. Mittels Klängen und Rhythmen, also nonverbalen Angeboten versucht der Therapeut sich an die Basis einer frühen Mutter-Kind-Beziehung heranzutasten, weil der Patient gesprochenen Worten aufgrund der frühen Erfahrung nicht trauen kann. Damit wird die Dialogphase zwischen Therapeut und Patient musikalisch reinszeniert und dadurch verarbeitbar gemacht.

Auf die Kommunikation bezieht sich auch Strobel (1990), der Musiktherapie besonders bei Mutisten und Autisten als angebracht sieht, ergo Patienten, deren Verbalisierungs- und Kommunikationsfähigkeit erschwert oder unmöglich ist (vgl. auch Grawe et al. 1994). Explizit autistische, sowie geistig und körperlich behinderte Kinder sind die Zielgruppe Orffscher und schöpferischer Musiktherapie (vgl. Gustorff & Hannich, 2000; Voigt, 2001)

In ihrem Lehrbuch zur Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie führen die beiden Ärzte Geyer und Hessel (1996) die Anwendung von Musik zu Heilzwecken an. Rezeptive Musiktherapie ist anzuwenden, um Entspannungsprozesse zu fördern und Phantasien anzuregen. Zum Spielen verführen und interaktionelle Prozesse in Gang bringen soll vor allem die aktiv-produzierende Musiktherapie.

Bolay et al. (2005) sehen die tiefenpsychologische Musiktherapie bei biographisch sehr früh festgelegten Störungen, wie bei Borderline-, narzisstischen oder neurotischen Persönlichkeitsstörungen indiziert.

Rezeptive Verfahren, vornehmlich die GIM finden bei Störungsbildern wie Suchterkrankungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Depressionen ihre Anwendung (vgl. Geiger, 2004).

Der Psychoanalytiker Janssen setzt sich 1982 mit der von Winnicotts Konzept des Übergangsraums inspirierten Idee auseinander, Expressivität und kommunikative Fähigkeiten der Patienten zu fördern. Seine Position

Eine vergleichsweise zurückhaltende Perspektive nimmt Sondermann (2002) ein. Sie ergänzt den Diagnosekreis um frühkindliche auf aktuelle Beziehungsstörungen, kritisiert aber auch das Vorhaben eine am ICD-Diagnosekatalog orientierte Indikationsstellung zu formulieren.

Nach dieser Darstellung einzelner Beiträge soll darauf hingewiesen werden, dass die etablierten Therapieverfahren sich von einer ausschließlich störungsbezogenen Indikationsstellung distanziert haben (Schmidt & Kächele, 2009). Die zentrale Frage der *differentiellen Indikation* hat bereits Paul (1967) formuliert und damit eine der wichtigsten

Fragen der Psychotherapieforschung überhaupt touchiert: Welches ist für dieses Individuum mit diesem spezifischen Problem die effektivste Behandlung durch wen und unter welchen Umständen? Zu berücksichtigende Variablen lauten bei Paul:

1. Patient,
2. Störung,
3. Therapeut,
4. Therapieverfahren,
5. Setting.

Hier kann, im Sinne eines Brückenschlags, das „allgemeinen Modell von Psychotherapie“ nach Orlinsky und Howard (1987) angeführt werden. Hinsichtlich des Therapieerfolgs, nach dem die Indikation unter anderem gebahnt wird, kann eine Abhängigkeit von mindestens den folgenden schulenübergreifenden Prozessvariablen geltend gemacht werden:

1. Behandlungsmodell des Therapeuten,
2. Störung des Patienten,
3. Therapiebezogene und persönliche Merkmale des Therapeuten und
4. Therapiebezogene und persönliche Merkmale des Patienten.

Sie stehen im wechselseitigen Bezug zueinander. Eckert und Biermann-Rathjen (2004) zeigt vier Passungen auf, die sich aus dem Bezug ergeben und eine gute Basis für eine differenzielle Indikationsstellung bilden.

Gegenstand dieses Kapitels sind jedoch nicht die Wirkfaktoren von Psychotherapie, im Speziellen von Musiktherapie diese wurden bereits in Kapitel 3.2.1 beleuchtet. Es geht hier vielmehr darum, ein Bewusstsein hervorzurufen, eine Indikationsstellung nicht ausschließlich aufgrund der Störung eines Patienten festzulegen.

Wenn wir uns der *differentiellen Indikation* zuwenden, begegnen wir einer Diversität an Auffassungen:

Die spezielle kommunikative Ebene in der aktiven Musiktherapie, die unter den Schulen der Psychotherapien einzigartig ist, stellt gerade für schizoide Patienten eine große Hilfe dar. Darüber hinaus ist Musiktherapie zielführend zur Förderung vorsprachlicher Expressivität bei schweren Persönlichkeitsstörungen sowie (unreifen?) Abwehrformen wie Spaltung und Rationalisieren, da die kommunikative Ebene sich direkter in der musikalischen Beziehung beeinflussen lässt als in anderen Therapien.

Schmidt und Kächele (2009) führen an, dass Musik als flüchtiger Prozess ohne Ergebnis

sich als angenehmer für Ich-schwache Menschen erweist.

Gerade in einem Gruppensetting kann das Zusammenspiel ermutigend und unterstützend wirken, als wenn sich ein Patient dem Therapeut alleine „ausgeliefert“ sieht. Das zeigt auch, wie deutlich Beziehungsthemen in den Vordergrund treten und bearbeitet werden können.

Wie oben angerissen, bietet die Musiktherapie bei Borderline-Patienten, die vornehmlich Defizite in zwischenmenschlichen Beziehungen zeigen, ein sehr weites Angebot in Nähe und Distanz-Arbeit an. Ein erfahrener Therapeut kann in einem Gruppensetting mal sich mit stark integrieren und musikalisch öffnend anbieten oder aber sich zurückziehen und den Patienten fügen (vgl. Schmidt u. Kächele, 2009).

In der aktiven Musiktherapie wird auch immer handwerkliche Leistung vollbracht. Schmerzpatienten oder Patienten mit einer Körperwahrnehmungsstörung erfahren die Möglichkeit, sich körperlich besser wahrzunehmen.

Auch die Frage der *Kontraindikation* von Musiktherapie stellt sich mit zunehmender Spezifität des Verfahrens. Häufig werden explizit Personengruppen wie von Schroeder (1999) angeführt, etwa akute Psychotiker, suizidgefährdete Patienten, gelegentlich sogar Berufsmusiker, oder Suchtpatienten, die Musik wie eine Droge verwenden. Timmermann und Oberegelsbacher (2012) sehen als weitere Kontraindikationen fehlende Motivation des Patienten oder wenn Musiktherapie institutionell dauerhaft als Ersatz für mögliche reale Beziehungen dient. In ihrem Bericht zur Lage der Musiktherapie in der Psychosomatik geben Schmidt und Kächele (2009) einen umfassenden Überblick: Bei Missbrauch kann das Zusammenspiel in einer musiktherapeutischen Gruppe als Übergriff erlebt werden. Der Therapeut sollte in diesem Fall das Geschehen auf eine verbale Ebene lenken. Strebt der Therapeut zunächst Strukturgebung (z. B. bei BL-Pat?) an, so ist die Technik der freien Improvisation kontraindiziert.

Laut Metzner (2009) können schwer ich-strukturell gestörte Patienten durch Musikrezeption in Verbindung mit Tiefenentspannung in maligne Regressionen verfallen.

In der stationären Psychotherapie ist für eine angespannte Borderline-Patientin bspw. eine abendliche letzte Therapiestunde, in der sie kathartisch frei trommelt, zu spät. Sie kann anschließend die Kontrolle über ihren Triebdurchbruch vielleicht nicht mehr wiedergewinnen und riskiert einen Zusammenbruch, selbstdestruktive Handlungen bis hin zum Suizidversuch (vgl. Oberegelsbacher, 2003).

Spitzer führt 2004 an, dass Patienten, die aufgrund eines Hirntraumas an Amusie leiden, über Musik nicht ansprechbar sind.

Ein interessantes Beispiel stellen Tinnitus-Patienten dar. Hier sollte zwischen den einzelnen musiktherapeutischen Verfahren und Methoden differenziert werden. Argstatter et al. (2012) zeigten in ihrer Studie zum „Heidelberger Therapiemodell“ einen langfristigen Erfolg bei der Tinnitus Behandlung. Dazu dienen u. a. spezielle musiktherapeutische Entspannungstrainings. Andererseits kann das freie Improvisieren in einem gruppenmusikalischen Setting aus der integrativen Musiktherapie bereits zu einer Belastung für die Patienten werden (s. Kap. 4.3).

Nach diesen drei einleitenden theoretischen Kapiteln, in denen die Musiktherapie in ihren essentiellen Bestandteilen illustriert wurde, folgen zwei konkret auf den empirischen Teil bezogene Abschnitte.

### **3.3 Die Rolle des Musikinstruments - Überlegungen zur Instrumentenwahl**

Das Spektrum der in der Musiktherapie zum Einsatz kommenden Musikinstrumente reicht von musikethnologisch eng gebundenen Instrumenten, wie das Didgeridoo oder die Djembe bis hin zu modernen elektronischen Instrumenten, wie das Keyboard oder die E-Gitarre. Mit dieser Vielfalt wurde ich konfrontiert als ich zum ersten Mal den Musiktherapie-Raum betrat. Während ich hospitierte, wurde mir ein Eindruck der meisten Instrumente vermittelt, deren Klang und Spielweise mir zu einem großen Teil unbekannt waren.

Der Interessensschwerpunkt hinsichtlich bereitgestellter Musikinstrumente verlagerte sich innerhalb der letzten 40 Jahre weg vom klassischen Orff-Instrumentarium (traditionelle Konzertinstrumente der europäischen Kultur) und hin zu archaischen Musikinstrumenten, wie das Monochord und zu Neuerfindungen, z. B. der „Rainmaker“ sowie elektronischen Instrumenten. (vgl. Bruhn, 1993 zit. nach Oerter & Birbaumer, 2005).

Wenngleich alle der vorhandenen Instrumente eine spezifische Betrachtung verdienen, soll sich dieses Kapitels vielmehr mit Symbolik und Wirkungsfunktionen der einzelnen Instrumente beschäftigen.

Priestley empfiehlt von jeder Instrumentengattung, die da sind: Stabspielinstrumente, Fellinstrumente, Perkussion, Saiten-, Blas- und Tasteninstrumente mindestens zwei (Einzelsetting), für eine Gruppentherapie entsprechend mehr Instrumente zu stellen (Priestley, 1983). Aus meiner Erfahrung, zählen das Xylophon, die Djembe (afrik. Trommel), Klangplatten, das Monochord aber auch das Klavier zu den am häufigsten gespielten Instrumenten. Fallspezifische Hypothesen zu den in dieser Arbeit relevanten werde ich weiter unten anführen.

Nimmt ein Patient zum ersten Mal an einer Musiktherapiesitzung teil, so wird er vom Musiktherapeuten dazu eingeladen, zu explorieren, sich umzuschauen, das dem *Umhören* voraus geht. Sich für ein oder kein Instrument zu entscheiden ist dabei ein gänzlich unzufälliger Prozess (Decker-Voigt, 2012).

Die Assoziation innerer Bilder, Erinnerungen und Bedürfnisse, die beim Annähern oder Betrachten eines Musikinstruments bestimmen maßgeblich die Anziehung sowie den Widerstand hin zu oder gegen ein Instrument. Triebpsychologische Perspektiven, die von älteren Autoren, aber auch Priestley (1983) vertreten werden, erklären die Musikinstrumente als Auslöser für Bedürfnisse, welche sich an der Freud'schen psychosexuellen Entwicklung orientieren. So werden bspw. Blasinstrumente mit der oralen Phase in Beziehung gesetzt. Damit eröffnet sich eine Perspektive, welche die symbolische Bedeutung (z. B. Phallus-Symbolik) der Musikinstrumente in den Vordergrund stellt.

Rechnung getragen wurden den vereinfachten Kausalitäten (Schlägelspiel – Phallusspiel / Streichinstrumentenspiel – Streichelspiel) mit der sog. „Appellspektrumsanalyse“. Diese weitet jene Logik dahingehend aus, dass sie von einer in jedem Menschen ausgelegten „Bedürfnishierarchie“ ausgeht. Dem Menschen umgebende Materialien, hier: Instrumente appellieren, in anziehender oder abstoßender Form, stets an diese Hierarchie. Dabei wird zwischen sensopathisch-libidinösen, dimensional und thematisch-inhaltlichen Bedürfnissen differenziert (Kliphuis, 1973, zit. nach Höhmann, 2009).

Im Zuge der Weiterentwicklung des psychoanalytischen Diskurses, traten neue Impulse, wie Winnicotts Konzept des „Übergangsraum“ hinzu (Winnicott und Daneberg, 1953). Er versteht das Musikinstrument als „Spielzeug“ in der besonderen Bedeutung von Übergangsobjekten, die Kleinkinder bei gesunder Entwicklung für sich zu nutzen lernen. Ihre starke Wirksamkeit als Übergangsobjekt erhalten die Instrumente in der Musiktherapie aus den Impulsen an nonverbale Ausdruckskräfte des Menschen, die Prozesse der Regression auf Modelle früher Kindheitserfahrung und der Progression zurück in die Gegenwart mit den Ansprüchen an die Ich-Funktionen ermöglichen (vgl. Kapteina, 2000).

Ebenfalls auf die Bedeutsamkeit früher Erfahrungen, bezieht sich Münsterberger (1967), der für den Hauptantrieb schöpferischer Kraft den frühen Verlust der „guten Mutter“ ausmacht. Der Zustand der narzisstischen Unversehrtheit könne mittels künstlerischer Produktion zumindest zeitweilig wiederhergestellt werden.

Nach Strobel (1988) aktualisieren bestimmte Instrumente archaische Erlebnismuster. Aus

den Reaktionen seiner Patienten auf die Klänge eines 13-saitigen Monochords, die sich als paradiesische Gefühle von Getragen- und Aufgehoben-Sein artikulierten, schloss er bspw. auf das Thema Mutterleib. Das Monochord bietet folglich einen Raum um sehr frühe traumatische Erfahrungen aufzuarbeiten.

Ferner assoziiert Strobel mit dem Gong und der Klangschale „aggressive Themen“. Vor allem der Gong lädt Patienten immer wieder zur Entladung angestauter Wut ein. Häufig wird dieser exzessiv „gespielt“, wenn dem Patienten Mut gemacht wird, seinen Aggressionen Ausdruck zu verleihen. Klangschale und Gong können auch Themen sexueller Gewalt aktualisieren. So brachten Patienten in Strobels Musiktherapiegruppe ihre traumatischen Erfahrungen zum Ausdruck, indem sie mit viel zu großen Schlegeln in Klangschlagen herumfuhren.

Sachs (1928) und später Racker (1965) vermuteten, dass Musikinstrumente vom Kind ursprünglich als Projektion menschlicher Organe angesehen werden können. Als ein Musterbeispiel, berichtet Kapteina (2000) von einer Patienten, die unter reaktiven Depressionen und ständigen Rückenschmerzen litt und während einer freien Improvisation auf dem Xylophon spielte. Ihr Spiel steigerte sich und schließlich schlug sie dermaßen auf das Instrument ein, dass sich verschiedene Klangstäbe aus den Halterungen lösten und zu Boden fielen. Nach dem Spiel schaute sie sich das vor ihr liegende „Trümmerfeld“ an und sagte: „Komisch, es fehlen jetzt in der Reihe genau die Stellen, an denen ich meine Rückenschmerzen hatte.“

Nicht nur das Instrument an sich, sondern auch die Art und Weise, wie der Patient es zum Einsatz bringt, vergegenwärtigen soziale Kompetenz. Somit verdeutlicht die Wahl des Instruments die Ausdrucksbedürfnisse und die Ausdrucksmöglichkeiten des Patienten. Gleichzeitig zeigt die Art und Weise wie er das Instrument einsetzt die Ausdrucksgrenzen, die er sich selbst auferlegt (vgl. Kapteina, 2000).

Es erscheint naheliegend und wünschenswert, die Assoziationen, welche Patientinnen und Patienten in musiktherapeutischen Prozessen durch die Erfahrung mit bestimmten Instrumenten beschreiben, systematisch zu erfassen, um so eine Art Wirkungstypologie der Musikinstrumente zu erhalten. Allerdings bergen solche Untersuchungen die Gefahr vorschneller Deutung und Eingrenzung der Wahrnehmung auf Seiten des Therapeuten. Verallgemeinerte Erfahrungswerte treffen nur grob und bedingt und manchmal überhaupt nicht das tatsächliche Erleben des Individuums in der aktuellen therapeutischen Situation (vgl. Kapteina, 2000).

Nach Nohr (2010) stellen Aussagen über Musikinstrumente eher ein „Nebenprodukt“



psychoanalytischer kunsttheoretischer Überlegungen dar. Dennoch halte ich es für sinnvoll den Fokus auf das Musizieren unabhängig des Instruments zu richten, um einen großen Verständnisrahmen zu bieten.

Wie bereits oben erwähnt, erklären triebpsychologisch orientierte Autoren Musizieren als Triebsublimierung, Onanieäquivalent (z. B. Ferenczi, 1921), oder als autoerotisch-narzisstische Libidoabfuhr (z. B. Haisch, 1953). Letzterer führt z. B. das Klavierspielen als eine „sexuelle Befriedigung ohne Beteiligung eines gegengeschlechtlichen Partners“ an.

Aus der Reihe der Ich- und Objektpsychologen, ist es Heinrich Racker, der sich mit der Abwehrfunktion des Musizierens auseinandersetzt, und diese hinsichtlich oral-sadistischer Impulse und depressive Einbrüche spezifiziert (vgl. Racker, 1965, Nohr, 2010). Als Äquivalent in der Funktion führt er ein neurotisches Symptom an, da jenes ebenso befriedige wie abschirme. Racker ist es auch, der Musizieren als ein regressiven Geschehen versteht (Racker, 1951). Musik erinnere an das „gute mütterliche Objekt“. Musizieren entwickelt sich zu einer identifikatorischen Teilhabe hieran und bietet die Möglichkeit die tatsächliche Mutter weiterhin zu idealisieren (Racker, 1965).

Der mir, mit am bedeutsamsten erscheinende Psychoanalytiker, welcher sich mit dem Phänomen des Musizierens auseinander setzte, ist Heinz Kohut. Es ist angebracht, hier auf das Kohutsche Selbstobjekt-Konzept (1981) zu verweisen. Konkret scheint mir seine Annahme einer „Kreativitätsübertragung“ hinsichtlich der Beziehungsfähigkeit Musizierender relevant zu sein. Darunter versteht Kohut eine narzisstische, aber nicht-pathologische Übertragungsform, vergleichbar mit empathischer Bezogenheit, die viele schöpferische Menschen während des kreativen Prozesses zu einem Menschen ihres sozialen Umfelds eingehen. Im kreativ tätigen Musizierenden lebt die Hoffnung, z.B. mithilfe des Musizierens, „die billigende Spiegelantwort des narzisstischen Objekts“ zu erlangen (vgl. Kohut & Hiegel, 1975). Wie bereits oben erwähnt, versteht Kohut diese Übertragungsform als nicht pathologisch, sondern vielmehr als Wiederholungen normaler früher Entwicklungsphasen aus einer Zeit, in der das Kind durch adäquat spiegelnde, empathische Antworten der ersten Bezugsperson (Selbstobjekte) sein Größenselbst aufbaut. Daraus ergibt sich für unseren Kontext die Denkmöglichkeit, auch das Instrument als eine Art Selbstobjekt zu verstehen. Offen bleibt, inwiefern die Kreativitätsübertragung bei musikalischen Laien im Vergleich zu Profimusikern zu differenzieren ist.

Kapteina ging 1997 in einem Forschungsprojekt der Frage nach, ob in der Art und Weise, wie die Musikinstrumente von einzelnen mit Bedeutungen besetzt werden, überindividuelle Tendenzen auszumachen sind, die es rechtfertigten, von einer Symbolfunktion der Instrumente zu sprechen. Die Ergebnisse beruhen darauf, dass die Patienten aufgefordert wurden, spontane Einfälle zu von ihnen gewählten Instrumenten mitzuteilen. Der Vergleich verschiedener Instrumentengruppen und der ihnen zugewiesenen Einfälle verdeutlicht, dass es Tendenzen bei der Symbolbildung gibt, die sich bei vielen unterschiedlichen Personen in ähnlicher Weise einstellen. Etwa zeigt der Vergleich Stabspiele (Xylophone, Metallophone, Glockenspiele) und Trommeln deutliche Unterschiede in den von den Patienten angeführten Assoziationen.

Bei den Trommeln zeigten sich auffällig viele Nennungen zu Sozialerfahrungen - wer die Trommel wählt, möchte den anderen begegnen, Kontakterfahrung machen, möglicherweise sogar aggressiv agieren, berühren und sich berühren lassen. Sehr reichhaltig ist bei den Stabspielen das Arsenal der Assoziationen im Bereich psychophysischen Erlebens. Auffällig wenig und wenn überhaupt angesprochen, wurden Sozialkontakte als eher schwierig gekennzeichnet.

D.h., wenn jemand eine Trommel wählt, um mit anderen zusammen zu improvisieren, so kann erwartet werden, dass er ein größeres Interesse an sozialem Kontakt hat, als wenn er ein Xylophon oder ein Metallophon wählt; in letzterem Falle ist zu erwarten, dass er sich eher mit sich selbst und mit seinem eigenen psycho-physischen Erleben auseinandersetzen möchte.

Interessant ist auch der Vergleich der Assoziationen, welche die Spieler zu Xylophon und zum Metallophon nennen: Während die Vorstellungen zum Xylophon eher einen depressiven Charakter annehmen, sind die zum Metallophon eher als halluzinativ und rauschhaft gekennzeichnet. Das Spektrum der Assoziation weiteten Herzog und Meyer (1999) aus. So träten bei Blasinstrumenten erotische und sexuelle Phantasien hervor, bei Saiteninstrumenten seien es Leistungsaspekte und Versagensangst.

Nach Henn (1999) tragen Tonlage (hohe / tiefe Stimme), Größe (klein – eher kindlich und weiblich / groß eher erwachsen oder männlich) und Form (rund eher weiblich, kantig eher männlich) des Instruments dazu bei, mit welchen Familienrollen Instrumente bevorzugt besetzt werden. Im therapeutischen Prozess ist damit eine mögliche Basis für die Bearbeitung von Beziehungsthemen ermöglicht.

Es muss zusammenfassend kritisch festgehalten werden, dass viele Konzepte eine sehr pathologisierende Tendenz aufweisen. Zu einem Teil dürfte sie dem psychoanalytischen

Vokabular geschuldet sein. Demgegenüber zeigen z. B. die Schilderungen Strobels Richtungen auf, die dem Instrument eine haltende Funktion einräumen. Forschungsergebnisse weisen auf eine differenzierte Darstellung zu therapeutisch bezogenen Assoziationen hin, sind aber mit Vorsicht zu genießen.

### **3.4 Der Begriff der Persönlichkeit**

Vorgesehen ist es, im empirischen Abschnitt dieser Arbeit, die Persönlichkeit der Patienten dahingehend zu betrachten, ob und in welchem Maße sie zur Wahl des Musikinstruments beiträgt. Ich halte eine Fragebogen- oder Testbasierte Erhebung zwar für den „klassischen“ Weg, dennoch als hier nicht für angebracht. Ich habe bewusst und nicht zuletzt aus ökonomischen Beweggründen von Persönlichkeitsinventaren Abstand genommen. Diese Haltung sehe ich vor allem darin begründet, nur fragliche kausale Zusammenhänge zwischen Testergebnis und Instrumentenwahl herzuleiten. Basis für die Erhebung stellen zum einen meine eigenen Beobachtungen über zehn Stunden, sowie die Auswertung persönlicher Antworten auf eine kurze Befragung dar. Es ist naheliegend, dass binnen einem Zeitraum von zehn Stunden eigene Beobachtungen lediglich einzelne Aspekte der Persönlichkeit zu erfassen vermögen.

Der Begriff der Persönlichkeit bezeichnet die überdauernden Eigenschaften eines Menschen, seine Grundhaltung gegenüber dem Leben, sowie zu sich selbst und seinen Beziehungen. Theorien über die Persönlichkeit sind in der Geschichte der Psychologie aus den verschiedensten Teildisziplinen umfassend beschrieben und diskutiert worden. Ihr Spektrum reicht von psychodynamischen Ansätzen, über Lerntheorien bis hin zu interaktionistischen und Eigenschaftstheorien.

Im Rahmen der persönlichkeitspsychologischen Diagnostik wurden Bemühungen angestellt über psychometrische Tests die Persönlichkeit messbar zu machen. Gegenüber dem psychoanalytisch eingefärbten Gießen-Test, findet sich eine Gruppe von Tests, die auf dem in den letzten Jahren zunehmend mehr an Bedeutung und Anerkennung gewonnenen Fünf-Faktoren-Modell (Big Five) basiert. Persönliche Erfahrung habe ich als Testleiter mit dem FPI-R (Freiburger Persönlichkeitsinventar Revision) gemacht, der mir als Selbstbeurteilungsbogen allerdings die Gefahr einer sozial erwünschten Antworttendenz aufzeigte.

Ich halte es für sinnvoll, hier eine knappe Darstellung typischer Grundmuster von Persönlichkeiten anzuführen. Aus analytisch orientierter Sicht sind innerhalb der neurotischen

Pathologie zwischen verschiedenen *Persönlichkeitsstrukturen* zu unterscheiden. Ausgehend vom Konzept des Strukturniveaus (Kohut, 1981) und von Kernberg (1988) maßgeblich beeinflusst, zeigen sich je zwei Muster auf höherem, mittlerem und niederem Strukturniveau:

Die auf der Abwehr von sexuellen Phantasien sowie beziehungs-Konflikten beruhende *hysterische Persönlichkeit*, welche vor allem durch Unbeständigkeit, Dramatisierung, und naiver Unbefangenheit charakterisiert wird, reiht sich neben der, im Dienste der Abwehr aggressiver und sexueller Trieb-Konflikte stehenden, *zwanghaften Persönlichkeit*, zu den Persönlichkeiten auf höherem Strukturniveau.

Neben der *narzisstischen Persönlichkeit*, charakterisiert durch Größenphantasien und Minderwertigkeitskomplexen sowie labiler Selbstwert-Regulation, zählt auch die *depressive Persönlichkeit*, welche auf der Abwehr von Konflikten zwischen autonomen Triebbedürfnissen und Angst vor Liebesverlust beruht, zu den Persönlichkeiten auf mittlerem Strukturniveau.

Auf dem niederem Strukturniveau ist neben der *Borderline-Persönlichkeit*, welche durch Ich-Schwäche gekennzeichnet ist und auf einer basalen Grundstörung der frühen Individuationsentwicklung gründet, die auf neurotischer Kontakthemmung, Verleugnung von Gefühlen und Misstrauen beruhende *schizoide Persönlichkeit* anzusiedeln (vgl. Ermann, 2007).

Für den empirischen Teil ist folglich der Fokus innerhalb der weiträumigen Begriffsauslegung der Persönlichkeit verschärft. Die folgenden Ausführungen stellen den Versuch dar, aus Beobachtungen Schlussfolgerungen auf die Persönlichkeitsstrukturen zu ziehen.

## **4 Explorative Studie in der Musiktherapiegruppe**

Der empirische Teil dieser Arbeit zeigt eigene Erfahrungen aus einer Praktikantenperspektive. Mir ist bewusst, dass ich mit folgenden Ausführungen nicht gegen die Schweigepflicht verstoßen werde und daher keine Namen nenne.

### **4.1 Die Methode - teilnehmende Beobachtung**

Die herausragende Bedeutung der Verhaltensbeobachtung in der Musiktherapie zeigte sich mir bereits ab meiner ersten Stunde. So verspürte ich im ersten Kontakt mit den Patienten Gefühle der Überforderung aber auch der musikalischen Überlegenheit.

Der Begriff Beobachtungsstudie ist ein Oberbegriff für nichtexperimentelle Studiendesigns,

bei dem die Probanden nicht einer Intervention bzw. einer Kontrollgruppe durch die Forscher zugewiesen werden. Stattdessen werden sie über einen bestimmten Zeitraum hinweg unter natürlichen Bedingungen, hinsichtlich eines interessierenden Merkmals, beobachtet.

In meiner Rolle befand ich mich in einer freien, direkten sowie teilnehmenden Fremdbeobachtung der Patienten. In meiner eigenen Teilnahme an der Musiktherapie, war ich zwar hinsichtlich der Beobachtungen geringfügig eingeschränkt. Dennoch fühlte ich mich als kein passiver Beobachter, der schnell als unpassend oder störend wahrgenommen wird und im Sinne einer Reaktivität einen Risikofaktor darstellt (vgl. Schmidt-Atzert u. Amelang, 2012). Maßgeblich dazu beigetragen hat der Umstand, dass ich den Patienten bis zu meiner vorletzten Stunde meine Forschungsfrage bewusst vorenthalten habe. So vermied ich es, als ein fremder Eindringling wahrgenommen zu werden.

Ich versuchte meinen Blick auf die Situationen zu fokussieren, in denen die Patienten ihr Instrument wählten. Gleichzeitig bemühte ich mich ebenso auf mich selbst zu achten: Welche Instrumente wählte ich? Wie gestaltete sich das Zusammenspiel zwischen mir und den Patienten? Wie empfand ich das gemeinsame Musizieren? Ich denke, dass die Selbstbeobachtung – indem sie eigene Hintergründe präsent gemacht hatte – einen wesentlichen Anteil zur Gesamtbeurteilung beigetragen hat.

Diese höchst subjektive Betrachtung birgt natürlich Schwächen. Eine wissenschaftlich fundierte Erhebung einschließlich Gütekriterien ist mit vorliegendem Verfahren nur sehr spärlich gegeben. Da die Störvariablen hierbei schwieriger kontrolliert werden können, ist die interne Validität ein besonderes Problem, aber auch die mangelnde Objektivität ist häufig Kritikpunkt.

Als Vorteil kann die bessere Übertragbarkeit auf Nicht-Studien-, also Alltagssituationen betrachtet werden. Durch die Natürlichkeit der Situation kann die externe Validität, im Sinne der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse, wesentlich höher als unter Laborbedingungen sein.

Beobachtungen zu jedem Patienten hielt ich systematisch in einer Tabelle fest. Dabei konzentrierte ich mich auf eine Auswahl von drei Patienten, die ich in der Mehrzahl an Sitzungen in Kommunikation untereinander und mit mir erlebte. In der vorletzten Stunde wandte ich mich mit der Frage, *welche Gründe Sie bei sich selbst für die Instrumentenwahl sehen*, an die Gruppe. Damit wollte ich Bedenkzeit bis hin zur letzten Stunde gewährleisten. Nach Abschluss der zehnten Stunde hielt ich die Antworten der drei gewählten Patienten gemeinsam mit der Musiktherapeutin fest.

## **4.2 Das Setting**

In der stationären psychosomatischen Klinik Berlins, in der ich hospitierte, wurde die Musiktherapie neben Einzel- und Gruppenpsychotherapie, sowie anderen Kunst- und Körperorientierten Verfahren im Behandlungskonzept zu zwei Terminen à 90 Minuten je Woche angeboten. Für neue Patienten galt eine Aufnahmedauer von sechs Wochen, im Einzelfall nach therapeutischer Absprache, auch ein langfristiger Aufenthalt. Meine Auswahl an Beobachtungen bezog sich deshalb auf Patienten, die ich mindestens diese sechs Wochen begleitet und an die ich mich in meiner abschließenden Sitzung mit meiner Forschungsfrage wandte. Die Auseinandersetzung mit anamnestischen Hintergründen zu den einzelnen Patienten als ein Diskussionsgegenstand des sog. Kleinteam zeigte für diese Arbeit relevante Erkenntnisse auf.

Eine Gruppensitzung gestaltete sich derart, dass zunächst Zeit für Entspannung und Fokussierung auf eigenes Empfinden, aber auch für leichte Körperübungen in Anspruch genommen wurde. Als einleitendes rezeptive Gestaltungsmöglichkeit, bot die Therapeutin im Anschluss Raum an, in welchem die Patienten mitgebrachte Musik abspielen, und anschließend gemeinsam darüber reflektierten. Als Kernstück einer jeden Sitzung galt das aktive Improvisieren, das in den verschiedensten Formen, etwa im freien oder „Motto-gebundenem“ Spiel, aber auch Solo-Tutti-Spiel usw. verwirklicht wurde. Daran anknüpfend initiierte die Musiktherapeutin eine Gesprächsrunde, in der die Patienten ihr Erleben schildern konnten. Ihren Abschluss fand die Musiktherapie häufig in der Verabschiedung des jeweiligen Patienten.

Während der Sitzungen bot sich mir die Gelegenheit die ausgewählten drei Patienten hinsichtlich ihrer Instrumentenwahl zu beobachten und meine Gedankengänge festzuhalten. Dies soll im folgenden ausführlich dargelegt werden.

## **4.3 Die Wahl des Musikinstruments – ausgewählte Beobachtungen und Ergebnisse**

### **4.3.1 Frau E.**

Aufgrund eines Tinnitus aurium und eine damit in Verbindung stehenden mittelgradigen depressiven Episoden suchte Frau E. nach langer erfolgloser Behandlung die Psychosomatische Klinik auf.

In ihrer frühen Entwicklung schienen eigene Bedürfnisse stets unerfüllt zu bleiben. Mittels

enormer Tüchtigkeit, die sich in zu einem Großteil in altruistischen Tendenzen niederschlug, versuchte sie dieses Defizit zu kompensieren. Mit dem Schritt zur Selbstständigkeit und der damit verbundenen finanziellen Unsicherheit zeichneten sich seit 4 Jahren starke Existenzängste ab. Seitdem leidet Frau E. besonders in stressigen Situationen unter einem Tinnitus, dessen Behandlung bisher wenig Erfolg mit sich brachte. Die Trennung von ihrem ausziehenden Sohn zeigt eine Abgrenzungsproblematik auf, die dazu führte, dass sie sich permanent Vorwürfe machte. In ihrem Arbeitsleben empfindet sie gegenüber ihren Mitarbeitern eine hohe Verantwortung, die sich in altruistischen Handlungen, wie Übernahme von Überstunden abzeichnet.

Frau E. erschien zum gleichen Zeitpunkt wie ich in der Musiktherapie. Schon sehr früh zeigte sich, dass sie in der Lage war, kritisch über Musik und ihr situatives Erleben zu sprechen. Frau E. fiel durch ihre sehr gefasste, fast besonnene Art auf, doch glaubte ich darin mehr eine Hemmung gegenüber eigenen oralen Bedürfnissen zu erkennen. Ich nahm sie als eine Patientin wahr, die mir gegenüber mit Scham besetzt auftrat - möglicherweise erinnerte ich sie an ihren eigenen Sohn. Im Verlauf der Behandlung zeigte sie sich bspw. nach einem aktiven Angebot der Therapeutin, gemeinsam ein Lied zu singen, dass an den Selbstwert appellierte, sehr berührt. In ihrer fünften Sitzung berichtete sie über Angst und Herzklopfen, die eine von einer anderen Patienten mitgebrachten Musik in ihr bewirkt hatte. Im Kontakt mit den anderen Gruppenmitgliedern erlebte ich sie als eine zugewandte und reflektierte Person, die auf Kommunikationsangebote einging.

Frau E. zeigte sich mir bei der Entscheidung ein Instrument zu wählen, als sehr neugierig und offen gegenüber neuen Erfahrungen. Als Musikaie, wie sie sich selbst bezeichnete, hatte sie großen Gefallen, so häufig wie möglich die Instrumente zu wechseln. Ihr Vorgehen erinnerte mich an kindliche Neugier, die vermutlich in Frau E.s Kindheit nicht gelebt werden konnte. Dieses Verhalten, ein sich nicht Festlegen, ein nicht zur Ruhe kommendes „Irren“, kann als Ausdruck ihrer inneren Unruhe gesehen werden.

Auffällig an ihrer Instrumentenwahl war, dass sie vornehmlich Instrumente in hohen Lagen mit klarem Klang, sowie gedämpfter Dynamik präferierte. Ich habe diese Präferenz als Zeichen für ihr altruistisches „Beigeben“ aufgefasst, weil ich den Eindruck hatte, dass sie sich hinsichtlich ihrer Instrumentenwahl der Gruppe nicht aufdrängen/zumuten wollte. Im Gegensatz zu den übrigen Patienten vermied Frau E. Perkussionsinstrumente, die durch einen kräftigen Klang, wie Djemben, Steel-Drum, oder Schlagzeug gekennzeichnet sind. Ich erklärte mir diese Abneigung

zunächst mit dem Tinnitus, der möglicherweise eine Angst vor allem Lauten darstellte. Nach ihrer Erklärung, dass Akustik nur einen Teil der sie beeinträchtigenden Faktoren ausmache, schloss ich daraus, dass Frau E. Angst habe, sich mit einer Trommel in den Vordergrund zu drängen.

Frau E.s zurückhaltendes sowie leistungsfreies Spiel auf Xylophon, Klangröhren und Hapi-Drum transportierte in der Regel freudiges Engagement, andererseits auch Unsicherheit. Es fand zunehmend mehr Entfaltung, orientierte sich aber stark an den anderen. Dabei war ich mir häufig unsicher, wie lautes Improvisieren auf ihr Gehör wirkte.

In ihrer letzten Stunde improvisierten alle anderen Patienten einzeln für Frau E., um ihr somit einen Wunsch in einem virtuellen Klangkoffer mit auf den Weg zu geben. Zusammenfassend habe ich vernommen, dass Frau E. sich „nicht abgrenzen, sondern selbst schätzen solle“. Daraus schließe ich, dass auch andere Patienten Frau E.s Instrumentenwahl und –spiel beobachtet, für sich gewertet und schließlich musikalisch dargelegt haben, was der Patienten ihrer Meinung nach fehlt.

Ihre Antwort auf meine Frage, welche Gründe sie bei sich für die Wahl des Instruments sehe, bestätigte zu einem Teil meine Beobachtungen. Frau E. führte aus, dass „es ihr läge, viele Instrumente ohne „große Gedanken“ auszuprobieren. Während sie eines der gewählten Instrumente spiele, fühle sie, ob es zu ihrer Stimmung passe oder nicht.“. Im Sinne einer Identifikation mit den gewählten Instrumenten, etwa dem Xylophon zeigt sich in dieser Aussage zum einen ihre Fragilität. Zum anderen verdeutlicht sie, dass Frau E. möglicherweise innere Bedürfnisse nicht ausreichend wahrnehmen kann oder aufgrund früher Erfahrungen abwehren muss. Bewusst spricht die Patientin hier von „Stimmung“. Interessant an ihrer Antwort ist, dass diese offenbar erst nach der Instrumentenwahl zum Abgleich wahrgenommen wird. Möglicherweise gelingt es Frau E. über die Instrumente einen besseren Zugang zu ihrer „Stimmung“ (Bedürfnisse) zu finden, die für sie zuvor nicht bewusst waren. Das Instrument würde so eine Art Mediatorenrolle zwischen Wunsch und deren Abwehr einnehmen.

Frau E. legte darüber hinaus dar, dass sie „keinen Druck und Ärger“ empfinde, weswegen sie die Trommeln nicht benötige. Es liegt nahe, dass in dieser Aussage aggressive Impulse abgewehrt und verleugnet werden. Frau E. ist es in ihrem Alltag gewohnt, diese gegenüber anderen zu unterdrücken und teilweise gegen sich zu richten. Dies äußert sich im strengen Ehrgeiz, der sie in Familie und Beruf „vorantreibt“. Möglicherweise vermeidet Frau E. auch deshalb die Trommeln, da das Spiel zu einem direkteren Kontakt zu (sich) und den anderen



bahnt.

*Ergebnis:* Summa summarum zeigt Frau E. mir mit ihrer Instrumentenwahl deutlich ihren inneren Zustand auf. Ich bin der Meinung, dass ihre Wahl nicht zufällig, sondern nach bereits unbewussten Vorstellungen vom Klang und der Spielweise bestimmt ist. In ihrer freudigen Exploration werden mir früh bedingte Defizite deutlich, die bis heute rigoros abgewehrt wurden mussten und sie mithilfe ihrer „Tüchtigkeit“ kompensiert wurden. Frau E.s Neigung, sich den anderen nicht zuzumuten, spiegelt sich sowohl in ihrer Wahl von leisen, hohen Instrumenten, als auch in ihrem defensiven Spiel wider. Ausgehend von ihrem Verhalten und geschildertem Erleben, in welchen die Reaktionsbildung gegen orale Bedürfnisse im Vordergrund steht, schließe ich auf eine Patientin mit einer vermeidenden (aktiv-altruistischen) depressiven Persönlichkeit.

#### **4.3.2 Frau A.**

Die Patientin wurde in die psychosomatische Klinik aufgrund von Psoriasis Arthritis sowie mittelgradig rezidivierenden depressiven Episoden eingewiesen.

Aufgewachsen bei einem depressiven Vater, orientierte sich die Patientin stark an ihrer Mutter, mit der sie bis heute in einer ungelösten Mutter-Kind Bindung in Beziehung steht. Nachdem zunächst die Tochter und daraufhin der Ehemann der Patientin in Drogenabhängigkeit gerieten und eine Familientherapie scheiterte, stellte sich eine massive Verunsicherung und Leere ein, die von suizidalen Gedanken, Perspektivlosigkeit und Schuldgefühlen, v. a. gegenüber der Tochter geprägt waren. Gerade die ungewisse Beziehung zur eigenen Tochter, gibt ihr ständig das Gefühl, dass alles aus den Fugen gerät, sie „sich nicht mehr halten kann“. Sie berichtet von Momenten, in denen Essattacken kurzfristig Befriedigung darstellen, die aber langfristig zu einem übergewichtigen Zustand geführt haben. Dieser trägt vermutlich dazu bei, dass sie an starken Rückenschmerzen leidet. Zudem treten seit einem halben Jahr Konflikte am Arbeitsplatz auf, die Existenzängste und damit verbundene Schlafstörungen auslösen.

Gemeinsam mit Frau A. habe ich vier Wochen, also acht Sitzungen in der musiktherapeutischen Gruppe verbracht. Ich habe sie in dieser Zeit als eine Person erlebt, die sich sehr transparent präsentiert. Frau A. konnte ihren Zustand und ihre Wünsche differenziert mitteilen, was ihr die Kommunikation zu den anderen Gruppenteilnehmern erleichterte. Mir offenbarte sie, dass Musik eine zentrale Rolle hinsichtlich ihres Harmoniebedürfnisses spiele.

Ihre angesehene Position in der Gruppe trug dazu bei, mit einem weiteren Patienten in einer gemeinsam gestalteten musikalischen Improvisation sehr „abgestimmt“ ein Streitgespräch mit ihrem Vorgesetzten an ihrer Arbeitsstelle zu verdeutlichen. Im Kontakt mit der Musiktherapeutin und mir wirkte sie auf mich reflektiert und sozial kompetent. Ich vermute, dass sich in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie Fortschritte in Richtung mehr Selbstsicherheit aufzeigen.

Seit ihrer ersten Musiktherapiestunde zeigte Frau A. Interesse an diversen Instrumenten, wie das Xylophon, die Klangplatten, aber auch das Wind Chimes (Windspiel). Diesen gemeinsam ist ein deutlicher Klang, der sich vor allem in den höheren Lagen bewegt. Der Klang der Instrumente ist (mit Ausnahme des Windspiels) ein sehr kontrollierter, einer der nicht besonders nachhallt und in einer Gruppenimprovisation in der Regel nur bedingt zu hören ist. In diesem Spiel habe ich Frau A. sehr mit sich selbst und ihrem eigenen psycho-physischen Erleben auseinandersetzend wahrgenommen. Sie orientierte sich zunächst nur bedingt an anderen, und zog es vor eine untergeordnete Rolle einzunehmen. Sofern sich ein weiterer Patient mit dem gleichen Instrument beschäftigte, war ihr Spiel von einer selbstlosen Zurückhaltung geprägt.

Mit der Zeit entdeckte sie aber auch die Djemben (afrikanische Trommeln) und Congas (südamerikanische Trommeln) für sich. Allmählich gelang es ihr in gemeinsamen Improvisationen den eindrucklichen, kräftig dominierenden Klang zu ihrem neuen Ausdrucksmedium zu machen. In meiner letzten Stunde „trommelte“ sie exzessiv mit Herrn W. in einer freien Improvisation – sich förmlich kathartisch freilegend. In solchen Momenten zeigte sie sich in ihrer Entwicklung auffällig progressiv. Wenngleich ich über ihr Trommelspiel ein Interesse an Kommunikation mit den anderen Patienten wahrnahm, so hatte ich den Eindruck, dass sie sich trotzdem in ihrem Rhythmus und ihrer Dynamik vor allem zu Beginn sehr zurückhielt und stets an ihren Mitspielern orientierte. Sofern die Musiktherapeutin oder ich ebenfalls die Trommel wählten und einen regelmäßigen Rhythmus vorgaben, erlebte ich eine von Frau A. ausgehende Sicherheit.

Als Musizierende wirkte sie auf mich anfangs hilflos, später jedoch zunehmend sicherer undbezogener. Im Zusammenspiel mit ihr erlebte ich bei mir ein Gefühl der Überlegenheit hinsichtlich der musikalischen Fähigkeit. Innerhalb dieses Übertragungsgeschehens könnte mein Gefühl einen Hinweis darauf geben, dass ich für sie eine Person aus ihrer Genese darstelle, der sie bereits früh vertraut hat (komplementäre Übertragung).

Auf meine Frage nach den Motiven hinsichtlich ihrer Instrumentenwahl, betonte Frau A. die Wichtigkeit ihrer Stimmung vor Beginn der einzelnen Musikstunden. Bei Wut (z. Zt. häufig

aufgrund ihrer Arbeitssituation) bevorzuge sie gerne die Trommeln oder das Schlagzeug, um ihrem Ärger „freien Lauf“ zu lassen. Daran anknüpfend führt sie das musikalisch improvisierte Streitgespräch an, welches ihr „sehr gut getan“ hätte.

In ihren „melancholischen“ Phasen, die vornehmlich von bedrückenden Gedanken an die Tochter bestimmt werden, wähle sie bewusst leise und sanfte Instrumente, wie das Xylophon. Außerdem sprach sie von einer „weichen Harfe“, die ihr in diesen Situationen als geeignetes Medium erscheine. Es lässt sich vermuten, dass sie damit das Monochord oder die Kantele meint.

Für Frau A. stellen Instrumente also ein Ausdrucksmedium dar. Sie ist in der Lage ihre Gefühlslage vor der Wahl der Instrumente wahrzunehmen, um dann jene dann für diese als Kriterium heranzuziehen.

Die Patientin betont schließlich, dass Körperfühlen eine große Bedeutung in ihrem Wahrnehmungsfeld einnehme. Über das Trommeln auf den Djemben gelänge ihr ein direkter Zugang zu ihren körperlichen Empfindungen, was sie als eine Qualität der Musiktherapie schätze. Diese Empfindungen können als eine Instrumenteninkorporierung verstanden werden und zeigen gleichzeitig aus dieser Perspektive ein übergroßes nach ihren symbiotischen Wünschen.

*Ergebnis:* In der Gesamtheit zeigt sich, dass Frau A. ein sehr harmoniebedürftiger Mensch ist, der sich Instrumente wählt, die an seine augenblickliche Verfassung appellieren. Diese Wahl könnte sich über die Zuordnung der gewählten Instrumente und die damit einhergehenden musiktherapeutischen Erfahrungen bedingen. Für mich deutete das Verhalten der Patientin auf eine Persönlichkeit mit depressiven Anteilen hin. Aufgrund der dargestellten Entwicklung ist davon auszugehen, dass Frau A. weiterhin Fortschritte in Richtung eines gesunden Selbst entwickeln wird.

#### **4.3.3 Herr W.**

Herr W., ein junger Mann, befand sich bei meiner Ankunft bereits zwei Monate in der Psychosomatischen Klinik, in die er wegen einer mittelgradig depressiven Episode und massiven Schlafstörungen verwiesen wurde.

Nach der Scheidung seiner Eltern war der Patient früh auf sich allein gestellt, konnte kaum sichere Objekte verinnerlichen und geriet frühzeitig in einen schizoid-narzisstischen Rückzug mit Libidoabzug von der Objektwelt, Intellektualisierung und Affektisolierung. Im sozialen Umfeld

erlebte er immer wieder Ausgrenzung und entwickelte somit ein Misstrauen gegenüber anderen. In Idealisierung des Vaters stellte er große Ansprüche an sich. Die Suche nach einer eigenen Identität erschwerte sich, nachdem der Vater vor einem Jahr plötzlich verstorben war. Es fällt Herrn W. schwer, emotionalen Kontakt herzustellen – die Kommunikation bleibt auf einer sehr oberflächlichen Ebene. Vermutlich richtet der Patient die große Enttäuschung über den Verlust des Vaters, sowie die Mangelerfahrung gegen sich selbst, wobei er zeitgleich versucht, seine Größenselbstvorstellungen aufrechtzuerhalten.

Herr W. nahm während meiner Hospitation regelmäßig an der Musiktherapie Gruppe teil. Von Anfang fiel er mir durch seine sehr zurückhaltende, distanzierte Art auf. In den ersten Stunden kam er häufig zu spät, setzte sich immer an die gleiche Stelle, um sich dann mit seinen Händen katatonisch an Zigaretten und Wasserflasche festzuklammern. Es gestaltete sich sehr schwer, mit ihm zu kommunizieren, da er den Blickkontakt vermied und sich umständlich auf einer sehr sachlichen Ebene auszudrücken versuchte. In mir löste das ein Gefühl des Widerstandes gegen ihn aus im Sinne eines Gegenübertragungs-Widerstandes, sodass ich mich gänzlich, ich vermute auch durch Angst und Unsicherheit bedingt, ihm gegenüber zurückzog. Die Gruppe zeigte ihm gegenüber distanzierte Beachtung - im Verlauf der Therapie entstanden aber über die musikalische Improvisation zunehmend mehr Kommunikationsangebote, die Herr W. annehmen konnte.

Eine weitere Auffälligkeit bestand darin, dass er in den ersten Stunden immer kommentarlos den Raum verließ. Ich hatte den Eindruck, er wollte sich durch sein permanentes Kommen und Gehen quasi „präsentieren“. Im Kontakt mit der Musiktherapeutin fiel er mir dadurch auf, dass er immer das letzte Wort haben wollte und sie durch bewusst sehr abstrakte Äußerungen am „langen Arm verhungern“ ließ. In diesen Beobachtungen wurden mir einerseits sein Bedürfnis nach Zuwendung und andererseits seine schizoide Struktur bewusst.

Die ersten Stunden beschäftigte sich Herr W. ausschließlich mit der Pauke, die er augenscheinlich unmotiviert, in immer gleicher Dynamik sowie monotonem Rhythmus mechanisch spielte. Mir fiel das als ein sehr strenges kontrolliertes Spiel auf, das Macht aber auch Aggression verdeutlichte. Das auf Dauer penetrante Spiel wirkte wie ein ständiger Störfaktor, der sich bewusst gegen das Spiel der anderen widersetzte. Ich erlebte es als teilnahmslos und dennoch nach konkreten Vorstellungen ausgeführt. Herr W. weitete das gleiche Spiel zunehmend mehr auf anderen Instrumenten, wie den Congas oder dem Schlagzeug in einer steigenden Dynamik aus. Dabei behielt es den Charakter eines sich präsentierenden, dominanten und

kontaktlosen Agierens bei.

In seiner vierten Stunde löste sich Herr W. zur Überraschung der gesamten Gruppe in einer freien Improvisation von der Trommel los, um auf dem Klavier zu improvisieren. Dort entwickelte sich sein Spiel zu einem sehr Zurückhaltenden und Filigranen. Davon schien er selbst überrascht zu sein und wechselte noch währenddessen an die E-Gitarre. Während ich am Schlagzeug spielte, begann er wieder mit seinem sehr monotonen Spiel, das diesmal am Schlagzeug orientiert war und ihm Freude bereitete. Ich glaube, dass in diesem Moment Erinnerungen zu seinem Vater aufkamen, der als Rockmusiker sicherlich eine große Bewunderung bei seinem Sohn ausgelöst hatte. Dieser Moment berührte mich sehr, weil ich merkte, dass ich im gemeinsamen Spiel mit zu einer Veränderung beigetragen hatte.

Im weiteren Verlauf fiel mir Herr W. zunehmend mehr durch seine aktiven Kommunikationsangebote auf. Er beteiligte sich, wenn auch zunächst verhalten, mit empathischen Ratschlägen in der Gruppe. Darüber hinaus improvisierte er aus eigener Entscheidung zum Abschied einer Patientin auf dem Klavier. Aus seiner anfänglich randständigen Position tastete er sich langsam an die Gruppe heran. In seiner letzten Stunde wählte er die Congas, um solistisch Frau E. einen Wunsch mit auf den Weg zu geben. Anschließend erklärte er ihr, was er sich mit den verschiedenen Facetten seines Spiels gedacht hatte.

Seine Antwort auf meine Frage fiel sehr bemüht, aber dennoch umständlich aus. Herr W. präferiere es, „alles was interessiere auszuprobieren, um anschließend zu gucken was eben zu einem passe.“ Entscheidend an dieser Aussage ist, dass Herr W. nach wie vor auf einer unpersönlichen, affektisolierten Ebene antwortet, deren Sprache sehr allgemein und nüchtern gehalten wird. Hiermit zeigte sich mir seine Abwehrstrategie gegenüber gegen seine eigenen Gefühlswelt. die, wie ich beim E-Gitarren-Spiel vermute, wenigstens kurz zu spüren waren. Ich denke, Herr W. hat vornehmlich Trommeln gewählt, um seine narzisstischen Bedürfnisse musikalisch zu demonstrieren.

*Ergebnis:* Zusammenfassend sehe ich in Herrn W. eine Person, die sich im Alltag im hohen Maße mit Musik auseinandersetzt und daher über ordentliche Grundkenntnisse über die Instrumente und deren Klang verfügt. Herr W.s Wahl beschränkt sich auf eine kleine Anzahl an Instrumenten, die er gezielt aufsucht. Ich bin der Auffassung, dass er Instrumente wählt, mit denen er sich vor anderen behaupten kann. Seine Entscheidung fällt anfänglich auf laute Instrumente, die das Geschehen im Klang dominieren. Dabei dürfen eigene Schwächen um

keinen Preis musikalisch wahrnehmbar werden. Im späteren Verlauf der Therapie versucht Herr W. auf musikalischer Ebene Kontaktangebote zu vermitteln und zu schenken. Herr W. kann als ein Patient mit einer schizoiden Persönlichkeit mit pseudounabhängigen narzisstischen Anteilen gesehen werden, die in ihrem Ausdruck auch die Wahl des Musikinstruments bedingen.

## **5 Diskussion**

Diese Arbeit hat das Ziel verfolgt, auf der Basis einer theoretischen Einführung, konkrete Beobachtungen hinsichtlich der Wahl des Musikinstruments zu skizzieren. In einer teilnehmenden Beobachtungsstudie, deren Gegenstand drei Patienten einer musiktherapeutischen Gruppe darstellten, ging ich der Frage nach, ob die Wahl als ein Ausdruck der Persönlichkeit angesehen werden kann. Meine oben dargelegten Ergebnisse bedingten sich dabei zum einen aus eigenen Beobachtungen sowie einer abschließenden Befragung.

Die zu Beginn aufgestellte Vermutung, ob die Auswahl eines Musikinstruments als Ausdruck der Persönlichkeit angesehen werden kann, zeigt sich mithilfe der Ergebnisse und in Abhängigkeit meiner Auslegung von Persönlichkeit als bestätigt. Ich möchte daher die Hypothese generieren, dass die Wahl des Instruments in der Musiktherapie als ein Ausdruck der Persönlichkeit angesehen werden kann. Diese Aussage ist jedoch mit großer Vorsicht zu genießen, da die Ergebnisse auf einer sehr subjektiven nicht-standardisierten Beobachtung von lediglich drei Patienten, also einer statistisch nicht aussagekräftigen Anzahl zurückzuführen sind.

Mithilfe der Beobachtungen können die Ergebnisse aus Kapteinas Studie insofern erweitert werden, als sie die Persönlichkeitsstruktur der einzelnen Patienten mit einbeziehen. Es finden sich viele Parallelen hinsichtlich der Instrumentenbedeutung, auf denen sich meine Beobachtungen stützen. Der Fokus liegt in meiner Studie mehr auf der einzelnen Psychodynamik, als auf einzelnen Charakterisierungen von Instrumenten.

Da es sich um eine sehr spezielle Fragestellung sowie ein nicht-standardisiertes Design handelt, tragen die Erkenntnisse nur bedingt zum musiktherapeutischen Forschungsfeld bei. Die Schlussfolgerungen sind stark persönlich eingefärbt und damit nicht frei von Fehlern hinsichtlich Vollständigkeit.

Alternative Erklärungen, die zur Wahl der Instrumente motivieren würden, kommen je nach Auslegung des Persönlichkeitsbegriffs in Betracht. Zum Beispiel ist der lerntheoretischen Theorie der Persönlichkeit keine Instanz des Unbewussten immanent. Der von mir in meinen

Überlegungen häufig in Betracht gezogene Begriff der *Stimmung*, die als weiterer Grund für die Instrumentenwahl angesehen werden könnte, findet seine Systematisierung als momentaner Zustand (state), gegenüber den zeitstabilen Eigenschaften (trait) ebenfalls als ein Niederschlag der Persönlichkeit.

Interessant wäre auch eine Erhebung zur selben Fragestellung im Einzelsetting oder aus einer verdeckten Beobachtung heraus. Das hier verwendete Design zielte jedoch auch darauf ab, mich selbst im Übertragungsgeschehen wahrnehmen zu lernen und mit dieser Erkenntnis die Befangenheit der Beobachtung zu berücksichtigen.

Offen, aber dennoch hier nicht unbeachtet, bleibt die Frage, wie sich das Spiel auf den gewählten Instrumenten realisiert. Welche Faktoren spielen eine Rolle wenn musikalisch improvisiert wird?

Die vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen wie wichtig es auch für die Ausbildung zum Musiktherapeuten ist, auf Bedeutung und Symbolfähigkeit der Instrumente einen Schwerpunkt zu legen. Gerade im tiefenpsychologischen Verfahren halte ich dieses Wissen für unerlässlich.

Ich würde es begrüßen, wenn in der hier eröffneten Nische der musiktherapeutischen Forschung in Zukunft Ambitionen zu größer angelegten Studien gefördert würden.

## Literaturverzeichnis

- Aldridge, D. (1999). *Musiktherapie in der Medizin: Forschungsstrategien und praktische Erfahrungen*. Bern: Huber.
- Alexander, F. (1950). Psychosomatic medicine. Dtsch: Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete. Berlin: De Gruyter.
- Argstatter, H., Boley, H. V., Grapp, M. & Hutter, E. (2012). Heidelberger Musiktherapie bei Tinnitus: Kurzzeittherapie mit Langzeitwirkung. *Musiktherapeutische Umschau*, 33(1), 23-35.
- Argstatter, H., Krick, C. & Bolay, H. (2008). Musiktherapie bei chronisch-tonalem Tinnitus. *Hno*, 56(7), 678-685.
- Bandmann, G. (1960). Melancholie als Leiden—Musik als Hilfe. In *Melancholie und Musik* (S. 11-46). Heidelberg: Springer.
- Beutler, L. E. & Clarkin, J. F. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- Bruhn, H. (2000). *Musiktherapie. Geschichte, Theorien, Methoden*. Göttingen: Hogrefe.
- Danner, B. & Oberegelsbacher, D. (2001). Specific and nonspecific factors of music therapy. *Nervenheilkunde*, 20(8), 434-441.
- Decker-Voigt, H.-H., Oberegelsbacher, D. & Timmermann, T. (2012). *Lehrbuch Musiktherapie*.
- Eckert, J. & Biermann-Rathjen, E. (2004). Zur Notwendigkeit einer differentiellen Indikation für Psychotherapie. *Personzentrierung und Systemtheorie. Perspektiven für psychotherapeutisches Handeln*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 192-211.
- Ermann, M. (2007). *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Ferenczi, S. (1921). Weiterer Ausbau der aktiven Technik in der Psychoanalyse. *Int. Z. Psychoanal* (7), 253.
- Fitzthum, E. (2003). *Von den Reformbewegungen zur Musiktherapie: die Brückenfunktion der Vally Weigl*. Wien: Ed. Praesens.



- Freud, S. (1911). Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens. In *Werke, Bd. VIII* London.
- Freud, S. (1991). Der Moses des Michelangelo. In *Gesammelte Werke: X: Chronologisch geordnet* (S. 172-201).
- Freud, S. (1993). Hysterische Phantasien und ihre Beziehung zur Bisexualität. In *Gesammelte Werke: VII: Chronologisch geordnet* (S. 191-199).
- Frohne-Hagemann, I. (2001). *Fenster zur Musiktherapie: Musik-therapie-theorie 1976-2001*. Wiesbaden: Reichert.
- Frohne-Hagemann, I. (2004). Rezeptive Musiktherapie aus der Sicht integrativer Musiktherapie IMT. *Rezeptive Musiktherapie. Theorie und Praxis* (S. 307-339). Wiesbaden: Reichert.
- Gathmann, P. (2001). Station als musiktherapeutisches Lernfeld. *Wiener Beiträge zur Musiktherapie*, 167.
- Geiger, E. (2004). GIM-The Bonny Method of Guided Imagery and Music. Imaginative Psychotherapie mit Musik nach Helen Bonny. Eine Übersicht. In *Frohne-Hagemann, I. (Hg.) Rezeptive Musiktherapie. Theorie und Praxis. Zeitpunkt Musik*. Wiesbaden: Reichert Verlag.
- Geyer, M. & Hessel, A. (1996). *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Leipzig: Barth.
- Grawe, K. (2005). Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden. *Report Psychologie*, 7(8), 311.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Griesinger, W. (1861). *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten: für Aerzte und Studierende*. Stuttgart: A. Krabbe.
- Gustorff, D. (2009). Nordoff/Robbins-Musiktherapie (Schöpferische Musiktherapie). *Lexikon Musiktherapie*, 353.
- Gustorff, D. & Hannich, H.-J. (2000). *Jenseits des Wortes. Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation*. Bern.
- Haisch, E. (1953). Über die psychoanalytische Deutung der Musik. *Psyche*, 7(8), 81-88.

- Hegi-Portmann, F., Lutz Hochreutener, S. & Rüdisüli-Voerkel, M. (2006). *Musiktherapie als Wissenschaft*. Zürich: Autorenverlag.
- Henn, Frank (1999). Familienrollen und Instrumentenassoziationen, Dipl. Arbeit, Siegen
- Herzog, B., Meyer, F. (1999): Musikinstrumente als Auslöser von Assoziationen im Prozeß musikalischer Improvisation, Dipl. Arbeit, Siegen
- Hillecke, T. K. & Wilker, F.-W. (2007). Ein heuristisches Wirkfaktorenmodell der Musiktherapie. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 28(1).
- Hodenberg, F. v. (1999). Die Stimme in der Sterbebegleitung. *Musiktherapeutische Umschau*, 20, 358-363.
- Höhmnn, U. (2009). Musikinstrumente in der Therapie. *HH Decker-Voigt, E. Weymann (Hg.): Lexikon Musiktherapie*. S, 299-302.
- Jacobi, M. (1822). *Sammlungen für die Heilkunde der Gemüthskrankheiten*, 3 Bände, Elberfeld 1822-1830
- Janssen, P., L. (1982). Psychoanalytisch orientierte Mal-und Musiktherapie im Rahmen stationärer Psychotherapie. *Psyche*, 36(6), 541-570.
- Kächele, H. (2007). Psychodynamische Psychotherapie: Behandlungskonzepte und Techniken, Kurz-oder Langzeittherapie. *Lehrbuch der Psychotherapie*, 2, 1265-1295.
- Kächele, H., Oerter, U., Scheytt-Hölzer, N. & Schmidt, H. U. (2003). Musiktherapie in der deutschen Psychosomatik. *Psychotherapeut*, 48(3), 155-165.
- Kächele, H. & Scheytt-Hölzer, N. (1990). Sprechen und Spielen–Verbale und nonverbale Aspekte des musiktherapeutischen Prozesses. *Musiktherapeutische Umschau*, 11(4), 286-295.
- Kapteina, H. (1997). Zur Funktion der Musikinstrumente im therapeutischen Prozess. *Musiktherapeutische Umschau. Praxis und Forschung der Musiktherapie*, 18(4), 284 - 296.
- Kapteina, H. (2000). Kommunikation ohne Worte. Die Instrumente der Musiktherapie. *Gotthilf Vöhringer Schule (Hg.): Komplexe Welt der Sinne, Wilhelmsdorf: Gotthilf Vöhringer Schule*, 15-36.

- Kernberg, O. F. (1988). *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kohut, H. (1981). *Die Heilung des Selbst*. Berlin: Suhrkamp.
- Kohut, H. & Hiegel, K. (1975). Kreativität, Charisma, Gruppenpsychologie: Gedanken zu Freuds Selbstanalyse. *Psyche*, 29(8), 681-720.
- Lang, H. (2003). *Wirkfaktoren der Psychotherapie: mit 32 Tabellen*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Langenberg, M. (1996). Psychoanalyse und Musiktherapie. *Lexikon Musiktherapie*, 306-310.
- Lieberz, K., Franz, M. & Schepank, H. (2010). Seelische Gesundheit im Langzeitverlauf–Die Mannheimer Kohortenstudie. Berlin: Springer-Verlag.
- Loos, G. (1986). *Spiel-Räume*. Stuttgart: Fischer
- Loos GK (2000) Ein Streifzug durch die Musiktherapie, CD. Loos, Oederquart
- Lutz Hochreutener, S. (2009). Methoden der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen. *Spiel-Musik-Therapie*.
- Metzner, S. (1996). Psychodynamic Movement. In: Decker-Voigt, H.-H. (Hrsg.) *Lexikon der Musiktherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Moser, T. (1994). Zu viele Therapien, zu wenig Integration. *Integrative Therapie*, 20/5-22
- Müller-Busch, H. & Hoffmann, P. (1997). Aktive Musiktherapie bei chronischen Schmerzen. *Der Schmerz*, 11(2), 91-100.
- Münsterberger, W. (1967). Der schöpferische Vorgang. Seine Beziehung zu Objektverlust und Fetischismus. *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 4, 11-42.
- Nickel, A. (2004). *Effectivity of music therapy in children with migraine [Effektivität von Musiktherapie bei Kindern mit Migräne]*. Ruprecht-Karls-Universität, Heidelberg.
- Nohr, K. (2010). *Der Musiker und sein Instrument: Studien zu einer besonderen Form der Bezogenheit*. Gießen: Psychosozial Verlag.

- Norcross, J. C. & Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press.
- Oberegelsbacher, D. (1996). *Musiktherapeutisches Improvisieren als Mittel der Verdeutlichung in der Psychotherapie*.
- Oberegelsbacher, D. (1997). Musiktherapeutisches Improvisieren als Mittel der Verdeutlichung in der Psychotherapie. In: E. Fitzthum, D. Oberegelsbacher, D. Storz (1997). Weltkongresse Wien Hamburg 1996. Wiener Beiträge zur Musiktherapie, Bd. 5. Wien: Edition Präsens.
- Oberegelsbacher, D., Rezzadore, G. (2003). *Il potere die Euterpe. Musicoterapia a scuola e con l'handicap*. Milano: FrancoAgeli.
- Oberegelsbacher, D. (2004). Musiktherapie. In: R. Flotzinger, der Wissenschaften, Ö. A. & Klasse, P.-H. (2006). Oesterreichisches Musiklexikon (Bd. 5): Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften.
- Oberegelsbacher, D. & Timmerman, T. (2012). Forschungsstand Musiktherapie. *Lehrbuch Musiktherapie. München: Reinhardt*, 27-36.
- Oberhoff, B. (2002). *Psychoanalyse und Musik*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Oerter, R., Birbaumer, N. & Psychologie, D. G. f. (2005). *Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich D, Praxisgebiete: Serie 7, Musikpsychologie: Bd. 2. Spezielle Musikpsychologie*: Hogrefe.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118.
- Petzold, H. (1992). *Das „neue“ Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die „Schulen des Integrierens“ in einer „pluralen therapeutischen Kultur“*. Paderborn: Junfermann.

- Petzold, H. G. (2002). *Zentrale Modelle und Kernkonzepte der "Integrativen Therapie"*: FPI-Publikationen, Verlag Petzold+Sieper.
- Priestley, M. (1983). *Analytische Musiktherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pritz, A. (2008). Irvin D. Yalom: Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. In *Einhundert Meisterwerke der Psychotherapie* (S. 202-203). Heidelberg: Springer.
- Racker, H. (1951). Ein Beitrag zur Psychoanalyse der Musik. *American Imago*, 8, 130 - 163.
- Racker, H. (1965). Psychoanalytische Betrachtungen über die Musik und den Musiker. *Oberhoff, B.(Hg.)(2002): Psychoanalyse und Musik. Eine Bestandaufnahme. Psychosozial-Verlag, Gießen*, 211-232.
- Röhrborn, H. (2004). Regulative Musiktherapie in der Dyade–Erfahrungen aus einer Psychotherapieklinik im Versorgungskrankenhaus. *Rezeptive Musiktherapie. Theorie und Praxis. Wiesbaden: Dr. Ludwig Reichert Verlag*, 217-232.
- Rudolf, G. (2000). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Rüegg, J. C. (2003). *Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn: neuronale Plastizität als Grundlage einer biopsychosozialen Medizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Sachs, C. (1928). *Geist und Werden der Musikinstrumente*. Berlin.
- Schmidt, H. U. & Kächele, H. (2009). Musiktherapie in der Psychosomatik. *Psychotherapeut*, 54(1), 6-16.
- Schmidt-Atzert, L. & Amelang, M. (2012). *Psychologische Diagnostik* Berlin: Springer.
- Schneider, S. (2007). *Objektivierung eines musikunterstützten Trainings motorischer Funktionen nach Schlaganfall*. Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg.
- Schroeder, W. C. (1999). *Musik, Spiegel der Seele: eine Einführung in die Musiktherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Schumacher, K. (1994). *Musiktherapie mit autistischen Kindern: Musik-, Bewegungs- und Sprachspiele zur Integration gestörter Sinneswahrnehmung*. Jena: G. Fischer.
- Schumacher, K., Muthesius, D. & Frohne-Hagemann, I. (2004). Die Geschichte der Psychotherapeutisch orientierten Musiktherapie in Berlin-ein historischer und systematischer Überblick. *Th. Müller. Psychotherapie und Körperarbeit in Berlin*.

*Geschichte und Praktiken der Etablierung. Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften*(86), 261-289.

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

Selle, E.-W. (2004). „... ein breites, sicheres Floß...“. Entwicklung und Wirkungsgeschichte eines ‚Entspannungstrainings nach musiktherapeutischen Gesichtspunkten‘. In *Rezeptive Musiktherapie. Theorie und Praxis*. (S. 271-288). Wiesbaden: Reichert.

Sondermann, D. (2002). Musiktherapie. In: S. Ahrens & W. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin*. (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Spintge, R. (2001). Aspekte zum Fach MusikMedizin. In *Schulen der Musiktherapie*. (Bd. 12, S. 387-407). München: Reinhardt.

Spitzer, M. (2004). *Musik im Kopf: hören, musizieren, verstehen und erleben im neuronalen Netzwerk*. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Stern, D. N. (2010). *Die Lebenserfahrung des Säuglings: mit einer neuen Einleitung des Autors*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Storz, D. (2000). Musiktherapeutische Techniken. In: G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien: Springer. S. 444-445

Strobel, W. (1988). Klang–Trance–Heilung. Die archetypische Welt der Klänge in der Psychotherapie. *Musiktherapeutische Umschau*, 9(2), 119-139.

Strobel, W. (1990). Von der Musiktherapie zur Musikpsychotherapie. *Musiktherapeutische Umschau*, 11, 313-338.

Thaut, M., Miltner, R. & Hömberg, V. (1996). Rhythmisch-akustische Stimulation (RAS) in der Gangrehabilitation. *Zusammenfassung bisheriger Befunde und Hinweise zur praktischen Durchführung. Neurol Rehabil*, 2, 81-86.

Thaut, M., Nickel, A. K. & Hömberg, V. (2004). Neurologische Musiktherapie–Übersicht zum wissenschaftlichen Hintergrund und zur klinischen Methodik. *Musiktherapeutische Umschau*, 25(1), 35-44.

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

- Timmermann, T. (2012). Improvisation. *Decker-Voigt HH, Oberegelsbacher D, Timmermann T. Lehrbuch Musiktherapie. München: Ernst Reinhardt, 64-67.*
- Traue, H. C. (1998). *Emotion und Gesundheit: die psychobiologische Regulation durch Hemmungen.* Heidelberg: Spektrum, Akad. Verlag.
- Voigt, M. (2001). Musiktherapie nach Gertrud Orff–eine entwicklungsorientierte Musiktherapie. In *Schulen der Musiktherapie.* München: Ernst Reinhardt.
- Von Aquin, T. (1934). *Summa theologica:* Albertus-Magnus-Akademie Walberberg bei Köln. Heidelberg: Kerle und Graz/Wien/Köln: Styria.
- Weizsäcker, V. v. (1940). *Der Gestaltkreis - Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen* (Bd. 4).
- Weymann, E. (1991). „... das ist ein weites Feld “–Einige unordentliche Anmerkungen zur Praxis der Indikationsstellung für Musiktherapie in der psychotherapeutischen Klinik. *Musikther Umsch, 12,* 170-180.
- Weymann, E. (2004). *Zwischentöne. Psychologische Untersuchungen zur musikalischen Improvisation.* Gießen: Psychosozial Verlag.
- Winnicott, D., W & Danneberg, E. (1969). ÜBERGANGSOBJEKTE UND ÜBERGANGSPHÄNOMENE: Eine Studie über den ersten, nicht zum Selbst gehörenden Besitz. *Psyche, 23(9),* 666-682.
- Wormit, A. F., Bardenheuer, H. J. & Bolay, H. V. (2007). Aktueller Stand der Musiktherapie in Deutschland. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 28(1).*

### Internetquellen

- Musholt, J. (2014). Musiktherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Website der Deutschen musiktherapeutischen Gesellschaft  
URL: <http://www.musiktherapie.de/index.php?id=69> Abrufdatum: 01.09.2014
- „Thesen zur Musiktherapie“ Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Musiktherapie in Deutschland, 1998.  
URL: [http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user\\_upload/medien/pdf/Kasseler\\_Thesen\\_zur\\_Musiktherapie.pdf](http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user_upload/medien/pdf/Kasseler_Thesen_zur_Musiktherapie.pdf)  
Abrufdatum: 01.09.2014

## **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich die Hausarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung war.

Berlin, 10. September 2014

Johann Schneider