

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

## **Musiktherapie in der deutschen Psychosomatik - zu Krankenversorgung, Weiterbildung und Forschung**

Kächele, Horst (1), Oerter, Ulrike (1), Scheytt-Hölzer, Nicola (1), Schmidt, Hans Ulrich (2)

(1) Universitätsklinikum Ulm, Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Leiter: Prof. Dr. med. Horst Kächele)

(2) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie (Leiter: Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Deneke)

Studiengruppe Musiktherapie Ulm in Verbindung mit Hamburg, Am Hochsträß 8, 89081 Ulm,  
e-mail: kaechele (resp. oerter resp. scheytt)@sip.medizin.uni-ulm.de,  
uschmidt@uke.uni-hamburg.de

**Zusammenfassung:**

Nach einem kurzen historischen Abriss berichten wir über eine bundesweite Umfrage, mit der das aktuelle Angebot und die Versorgungslage mit Musiktherapie in psychosomatischen Einrichtungen in Deutschland ermittelt wurde. Dabei wurden Qualifikationen und Verantwortlichkeiten von Musiktherapeutinnen sowie die institutionelle Integration der Musiktherapie in die Klinikstrukturen erhoben. Darüber hinaus werden Aspekte zur Indikation dieses psychotherapeutischen Spezialverfahrens dargestellt. Psychosomatische Lehrbücher werden hinsichtlich der Darstellung der Musiktherapie befragt und abschließend wird der Stand der Forschung zur Musiktherapie in der Psychosomatik in Deutschland zusammengefasst.

**Schlüsselwörter:**

Musiktherapie, Psychosomatik, Arbeitssituation, Indikation, Forschung

## Music therapy in psychosomatic medicine: state of implementation, training and research in Germany

### summary:

The authors report about the clinical implementation of music therapy in psychosomatic hospitals in FRG based on a survey among practising music therapists: attending especially to the qualification of music therapists, their integration and the problem of indication. The coverage of music therapy in the standard textbooks on psychosomatic medicine is discussed. Finally the state of research on music therapy in psychosomatic hospitals is reviewed.

### keywords:

music therapy, psychosomatic, working-situation, indication, research

## 0 Eine Vision aus dem Jahr 2058

In Deutschland gibt es eine Reihe von musiktherapeutischen Kliniken für Psychosomatik. Leiterin<sup>1</sup> und Angestellte sind qualifizierte Fach-Musiktherapeutinnen, die ein vielfältiges Methodenspektrum gezielter musiktherapeutischer Interventionen anwenden. Sie verfügen über detaillierte diagnostisch - musiktherapeutische Möglichkeiten, erheben musiktherapeutische Erstinterviews und entwickeln stringente, „maßgeschneiderte“ musiktherapeutische Behandlungsstrategien. Für spezielle, rein verbale Interventionen im Rahmen der Gesamtbehandlung ziehen sie aus dem Umfeld stundenweise Psychoanalytikerinnen heran, die auch dauerhaft in die Teams integriert sind. Das jeweilige Klinikteam kann so umfassend differentielle Musiktherapie-Angebote im Einzel- und Gruppensetting machen.

In der ärztlichen Approbationsordnung ist die Musiktherapie in der Vorklinik als Teil des psychophysiologischen Unterrichts gut verankert; im klinischen Abschnitt nimmt Musiktherapie neben den anderen psychotherapeutischen Verfahren eine akzeptierte Position ein und wird besonders zur Behandlung somatopsychischer und psychosomatischer Störungen empfohlen.

Die Forschung verfügt über drei sehr gut vernetzte Zentren mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten. Es werden hochkarätige, drittmittelgeförderte multizentrische Longitudinal-Studien zu spezifischen Störungsbildern durchgeführt.

Im Eingangsbereich eines dieser Zentren findet sich eine Tafel, die an Teirichs Feststellung von vor hundert Jahren erinnert:

„Es ist erwiesen, dass Musik ein sehr differentieller Faktor ist - man könnte sich veranlasst fühlen, von einem ‚psychosomatischen Medikament‘ zu sprechen.“ (1958, S. V).

## 1 Zur Geschichte der Musiktherapie in der Psychosomatik in Deutschland

Wegbereiter der Musiktherapie im deutschsprachigen Raum waren oft musikliebende Ärzte, die erste Versuche ermöglichten, Musik in die Krankenversorgung mit einzubeziehen (s. d. Strobel u. Huppmann 1978). Ein Ziel war es, Patienten aus einer ‚Medizin-Konsumentenhaltung‘ herauszulocken. Gemeinsames Singen konnte - ungerichtet angeboten - gute Ergebnisse erzielen (Jaedicke 1954, 1969, 1971, zit. nach Strobel u. Huppmann a. a. O.). Verfahren wie das musikalisch-kathymische Bilderleben nach Leuner und Nerenz (1969, a. a. O.) gehören zu den Vorläufern, in denen Musik dem Erschüttern, Anrühren und Lockern von Gefühlen dient - um diese dann in verbaler

---

<sup>1</sup> Wir verwenden hier durchgängig das generische Femininum, da mehr als zwei Drittel in diesem Beruf Frauen sind.

Psychotherapie weiter aufzuarbeiten. Geller (1972, a. a. O.) führte in Tiefenbrunn erste ‚Gehversuche‘ mit Singen, Musizieren, Musikhören und Musikmalen durch. Canacakis-Canas (1975, a. a. O.) setzte sowohl am Hören, Austausch, aktiven Musikmachen als auch am Atem und Leibspüren an und scheint so bereits in der Frühzeit deutscher Musiktherapie mögliche spezifische Bausteine im Sinne psychosomatischer Behandlung umgesetzt zu haben - in einer internistischen Praxis.

In Wien und Leipzig kristallisierten sich professionell bedeutsame Entwicklungen der heutigen psychodynamisch-orientierten Musik-Psychotherapie heraus. Der Wiener Lehrgang - 1959 von Alfred Schmözl gegründet<sup>2</sup> - war von Anfang an durch die Zusammenarbeit mit der universitären psychiatrisch-psychosomatischen 16-Betten-Station unter Erwin Ringel gekennzeichnet<sup>3</sup>.

In Leipzig förderte Christa Kohler als Abteilungsleiterin für Psychotherapie die von Christoph Schwabe entwickelte „Regulative Musiktherapie“ (1987; Schwabe u. Röhrborn 1996), die eingebettet in ein psychosomatisches Gesamtkonzept (hauptsächlich in den neuen Bundesländern, z. B. in Erlabrunn) angeboten wurde. Schwabe, ein bereits vollberuflicher Musiktherapeut der ersten Nachkriegsjahre in der damaligen DDR, prägte mit seiner konsequenten methodologischen Ausrichtung damals wie heute die Ausbildungsangebote in Regulativer Musiktherapie, Aktiver Gruppenmusiktherapie und weiteren Methoden.

Gertrud Katja Loos, gewiss eine ‚Urmutter‘ der (west-)deutschen Musiktherapiewelt, beschreibt ihre Anfänge 1972 in Berlin-Spandau unter Harm Willms<sup>4</sup> (Loos 2000). Als ausgebildete Musikerin mit Lehranalyse - und einer bis dato vorhandenen Methodik der Regel- und Singspiele - betreute sie eine Neurotiker- und eine Psychotikergruppe mit der Erwartung durch die behandelnden Ärzte, dass Musik ‚immer gut‘ sei und die Patienten und Patientinnen wenigstens beschäftigt würden. Loos entwickelte neue Wege, mit den Patientinnen zu improvisieren, das Körpererleben einerseits, aber auch das verbale Reflektieren in die musiktherapeutische Arbeit mit einzubeziehen.

Später berichtet sie über die klinische Notwendigkeit, mit einer Anorexie-Patientin zusätzlich im Einzelsetting musiktherapeutisch zu arbeiten. In dieser Arbeit entstehen wichtige Bausteine einer tiefenpsy-

<sup>2</sup> heute als universitäres Hochschulstudium verankert

<sup>3</sup> Von Beginn an gab es obligatorische Praktika auf der psychosomatischen Station. Bis 2001 entstanden in Wien 74 Abschluss- bzw. Diplomarbeiten, die das Feld ‚Musiktherapie in der Psychosomatik‘ unter den verschiedensten Gesichtspunkten ‚unter die Lupe‘ nahmen (Gathmann 2001).

<sup>4</sup> Zunächst gab es dieses Angebot nur in der Psychiatrie; Willms richtete ab 1975/76 dann auch in der Psychosomatik Musiktherapie ein (briefl. Mitteilung 12 / 02).

chologisch-psychodynamischen Musiktherapie-Methodik (s. dazu Loos 1986).

Parallel dazu entwickelte sich in Berlin unter der Musikerin Maria Schüppel in Zusammenarbeit mit Ärzten vorwiegend aus den Bereichen Innere Medizin und Onkologie eine Musiktherapiemethodik auf anthroposophischem Hintergrund. In der ersten Hälfte der 70er Jahre wurden in drei anthroposophischen Kliniken in der damaligen BRD feste Musiktherapiestellen eingerichtet.

1975 begann der Arzt und Kirchenmusiker Wolfgang Schroeder musiktherapeutisch zu arbeiten. Seit 1980 etablierte er in Zwesten reguläre Angebote für Musiktherapie<sup>5</sup>. Innerhalb der ärztlichen psychotherapeutischen Weiterbildung in Hessen etablierte er Musiktherapie als Wahlfach.

Paul L. Janssen bezog 1977 an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der GHS Essen (Leiter: Prof. Dr. Dr. H. Quint) als erster universitärer Abteilung in der damaligen BRD in den Gesamtbehandlungsplan von Beginn an konzeptionell Mal- und Musiktherapie mit ein.

1980 nahmen Musiktherapeutinnen in Zwesten, in Bad Honnef und 1984 in der Henriettenstiftung in Hannover ihre Tätigkeit auf.

Diese Aufbruchstimmung erinnernd werfen wir die Frage nach dem heutigen Stand der Implementierung von Musiktherapie in den psychosomatischen Einrichtungen auf.

## **2 Musiktherapie in psychosomatischen Kliniken: erste Ergebnisse einer Fragebogenerhebung unter Musiktherapeutinnen in Deutschland**

Im Gegensatz zur Musiktherapie in der Psychiatrie (Engelmann 1995; Oerter et al. 2001) gibt es noch keine Darstellung zur Lage der Etablierung der Musiktherapie in der Psychosomatik. Wir beschlossen, hierzu im Frühjahr 2002 eine eigene Erhebung durchzuführen.

Die **Adressenrecherche** nach in der Psychosomatik tätigen Musiktherapeutinnen fand in folgender Weise statt:

- Die *musiktherapeutischen Verbände* Deutsche Gesellschaft für Musik-Therapie DGMT, Berufsverband der Musiktherapeuten BVM, Deutsche Musiktherapie Vereinigung Ost

---

<sup>5</sup> Sein Buch ‚Musik - Spiegel der Seele. Eine Einführung in die Musiktherapie‘ (1995) dient auch Patientinnen als gute Informationsquelle.

DMVO, Nordoff-Robbins, Anthroposophischer Verband wurden angeschrieben und um Mithilfe gebeten<sup>6</sup>;

- aus dem *Krankenhausadressbuch* (dka 2000, CD-ROM) wurden systematisch alle postalisch ersten 30 Krankenhäuser (Gebiet Nord-Ost / Berlin) und weitere aufeinanderfolgende 30 im PLZ-Bereich Süddeutschland mit dem Rubrikstichwort ‚Psychosomatik‘ antelefoniert und bei Bedarf angeschrieben.

- alle *universitären psychosomatischen Einrichtungen* wurden kontaktiert;

- die vorhandene *eigene Adressdatei* wurde überprüft und ermittelte Kolleginnen angeschrieben.

- *Multiplikatorinnen* in Aus- und Weiterbildungen und Supervision wurden um Mithilfe bei der Adressensuche gebeten.

Insgesamt wurde der Erhebungsbogen an 200 Adressen versandt. Ein zweiter Versand an die Non-Responders begann im Juli 2002. Nachfragen bei den dann noch fehlenden Antworten wurde im September 2002 durchgeführt.

### **Rücklauf:**

90 Angeschriebene sandten leere oder ausgefüllte Fragebögen zurück, die wir wegen unserer Auswertungskriterien herausnehmen mussten. Gründe, nicht in die Auswertung hereingenommen zu werden, waren z. B.: Die Musiktherapeutin arbeitet schwerpunktmäßig in einem nicht-psychosomatischen Feld, in der Regel meint dies mit psychiatrischer Klientel. Oder in der jeweiligen Klinik ist doch keine Musiktherapeutin beschäftigt, sondern z. B. eine Musikerin, die sich in ihrem Selbstverständnis auch als solche definiert. Von 30 Angeschriebenen bekamen wir keine Rückmeldungen. 80 Fragebögen passen auf das Kriterium ‚Musiktherapeutin in einer psychosomatischen Institution in Deutschland‘.

### **Ergebnisse der Fragebogenerhebung<sup>7</sup>:**

Es antworteten erwartungsgemäß der Geschlechterverteilung in diesem Beruf *mehr Frauen* (54) als Männer (26), die auf die untersuchten Postleitzahlbereiche relativ gleichmäßig verteilt sind, sodass wir glauben, von einer Gesamtzahl Musiktherapeutinnen an psychosomatischen Einrichtungen von etwa 120 bis 130 ausgehen zu können.

Die Hälfte der Antwortenden arbeiten als ‚*Einzelkämpferin*‘ in ihrer Institution, ein Drittel zu zweit, nur wenige genießen den ‚Luxus‘, sich zu dritt als kleines musiktherapeutisches Team fühlen zu können. Diese Kleinst-Fachgruppen bestehen vorwiegend an den universitären Einrichtungen, in den außeruniversitären Kliniken dominiert der Typus Einzelkämpferin (80%).

<sup>6</sup> Unser Dank gilt allen Verbänden für die Mithilfe und insbesondere der DGMT, die völlig problemlos und sehr zügig uns ihren zutreffenden Datensatz zur Verfügung stellen konnte.

<sup>7</sup> An dieser Stelle fassen wir die für die zu vermutende Leserschaft dieser Zeitschrift wichtigsten Ergebnisse zusammen. Weitere Veröffentlichungen mit spezifisch musiktherapeutischen Inhalten werden an anderer Stelle folgen.

*Teilzeitarbeit* ist die Regel; nur etwa ein Viertel sind Inhaberinnen von Vollzeitstellen, ein weiteres Viertel arbeitet mit einer dreiviertel Stelle, ein drittes Viertel mit einer halben Stelle. Das restliche Viertel hat sehr variable Engagements von 25% einer vollen Stelle und weniger. Über die Honorierung schweigt des ‚Sängers Höflichkeit‘ - zu einem späteren Zeitpunkt werden wir nachfragen.

Ausgebildet sind die 80 Teilnehmerinnen fast alle an staatlich anerkannten oder staatlichen Musiktherapie-Ausbildungsstätten bzw. Studiengängen, davon haben drei Viertel diese in Deutschland, die anderen in England, den Niederlanden, Österreich und der Schweiz absolviert.

Darüber hinaus haben etliche Musiktherapeutinnen vor oder nach ihrer Musiktherapieausbildung andere berufliche Qualifikationen erworben (29 geben noch eine und 31 mindestens zwei weitere an).

Zweitberufe waren z. B. Pädagoginnen, Sozialpädagoginnen, Instrumentalmusikerinnen oder Musikschullehrerinnen an Gymnasien, Psychologinnen, Krankenschwestern, Ärztin oder Soziologin.

Neben dem Beruf Musiktherapeutin werden viele *Aus- und Weiterbildungen* angegeben<sup>8</sup>. Es ist nicht auszumachen, ob hier ein Defizit der grundständigen Musiktherapieausbildungen erkennbar wird, ob dies eine Tendenz zur Polypragmasie oder eine erstrebenswerte Orientierung am Konzept „learning from many masters“ (Orlinsky 1994) ist.

In welchem *Rahmen* sind Musiktherapeutinnen tätig? Die meisten der Befragten arbeiten in einem *stationären oder teilstationären Kontext* (55 ausschließlich, weitere 20 in Kombination mit anderen Bereichen). 30 Kolleginnen arbeiten nur gruppentherapeutisch, 23 nur einzeltherapeutisch; (nur) 27 arbeiten mit beiden Settings. Es scheint von Klinik zu Klinik sehr variabel bezüglich der bevorzugten Behandlungstechnik zuzugehen: Gruppenbehandlung und Einzeltherapie haben beide einen Stellenwert.

*Einzelsitzungen* finden mit einer durchschnittlichen Dauer von 45 – 60 Minuten in der Regel ein- bis zweimal in der Woche statt, selten werden Frequenzen von 3 und 4 Stunden/Woche angeboten. Für den Gesamtklinikaufenthalt werden 3 bis 25 Einzelsitzungen genannt.

Wie sieht die Situation bei der *Gruppenmusiktherapie* aus? Auch hier ist die häufigst genannte Frequenz ein bis zwei Sitzungen pro Woche, die im Schnitt 90 Minuten dauern (die Spanne reicht von 45 bis 120 Minuten). Während der gesamten Klinikbehandlung erhalten Patientinnen zwischen 3 und 65 Sitzungen.

---

<sup>8</sup> Von den antwortenden 53 Musiktherapeutinnen geben 23 eine, 22 zwei oder mehr therapeutische Fort- und Weiterbildungen an, die nicht im musiktherapeutischen Bereich liegen. 8 geben Fortbildungen ausschließlich im facheigenen Bereich an.

Außer mit aktiver und rezeptiver Musiktherapie und dem Leiten von Entspannungsgruppen, z.T. auf dem Boden musiktherapeutischer Methodik, z. T. mit bekannten anderen Verfahren (PMR, AT) arbeiten Musiktherapeutinnen auch mit Körpertherapie (10 Nennungen) oder führen Paar- und Familiengespräche (20 Nennungen). Ein Drittel leiten Praktikantinnen und Medizinstudentinnen zusammen mit dem Team an. Darüber hinaus gibt es noch so manches, was Klinikchefs ihren Musiktherapeutinnen zutrauen, so z. B. follow-up-Gespräche, Forschungsprojekte, Wochenendangebote, singtherapeutische Großgruppen, Lehraufträge, offene Angebote zur Gesundheitspflege.

Die Art der *Verantwortlichkeit* gliedert sich wie folgt:

Für Musiktherapie als Baustein eines Gesamtbehandlungsplans sehen sich 47 Musiktherapeutinnen zuständig, bei Patientinnenzahlen von 1 - 80, mit Median bei 15 Patientinnen in der Woche. Fallführende Psychotherapeutinnen sind immerhin 16 der 80 Kolleginnen; bei 1 bis 10 Patientinnen in der Woche und einem Median von 4 Patientinnen.

Diese Verantwortlichkeiten sind vermischt; es scheint der Fall zu sein, dass eine Musiktherapeutin 1 bis 4 Patientinnen in der Woche hauptverantwortlich (psychotherapeutisch) betreut und Patientinnen anderer Bezugstherapeutinnen in Einzel- oder Gruppenarbeit (auch ggf. als Co-Therapeutin) ergänzend behandelt.

*Erweiterte Kompetenzbereiche*, die in die eigentliche ärztliche Tätigkeit hineinreichen kann, geben insgesamt 24 Musiktherapeutinnen an. Manche sind zuständig für das Verfassen von Epikrisen (10mal) oder schreiben explizite Textabschnitte im Entlassbrief (3mal) (was u. E. wünschenswert wäre), drei geben sogar auch ‚Medikation‘ an.

Der *Zuweisungsmodus* in Musiktherapie geschieht überwiegend durch das Team als Ganzem (35), durch die Ärztin (33), durch die Musiktherapeutin (20), durch die strukturelle Vorgabe eines ‚Gesamtbehandlungspaket‘ (13), durch eine generelle Indikation bei einer bestimmten Symptomatik (6) oder durch die Psychologin (4) (Mehrfachantworten waren möglich).

*Störungsspezifische Gruppen* werden nur von 13 der 80 Responder explizit benannt. Benannt werden spezifische Gruppen für: Essgestörte, Patientinnen mit organbezogenem Krankheitserleben ohne Psychogeneseverständnis, Trauernde, Angststörungen, funktionelle oder psychogene Dysphonien und chronische Stimmstörungen, Somatisierungsstörungen, Alexithymie, Borderline und Depressionen.

Mehr als die Hälfte der befragten Musiktherapeutinnen nehmen in der Regel ein- bis zweimal in der Woche an *Teamsitzungen* teil, 15 sind dreimal in der Woche und ein Viertel täglich in Besprechungen eingebunden. Fallbesprechungen im Detail machen 65 Kolleginnen, Intervi-

sion wird von 22 angegeben, 57 Teams nehmen sich Zeit für Organisation.

*Supervision* ist wenig explizit geregelt: schwerpunktmäßig wird sowohl externe Supervision als auch Gruppensupervision genannt, 10 Kolleginnen nutzen keine Supervision. Nur ca. einDrittel der Befragten kann die Supervision in die Arbeitszeit legen. Da die meisten Musiktherapeutinnen wie beschrieben als einzige ihrer Profession in der jeweiligen Institution arbeiten, ist es nicht verwunderlich, dass sich lediglich 15 von 80 von einer qualifizierten Fachkollegin beraten lassen können, manche zusätzlich zur klinikeigenen Supervision. Aus dem Freitext erschließt sich, dass ein Viertel der Befragten keine Finanzierung der Supervision seitens des Arbeitgebers erhält.

**Zusammenfassend** lässt sich aufgrund unserer Umfrage sagen, dass das Verfahren der Musiktherapie in der Psychosomatik in Deutschland in relativ vielen Kliniken im allgemeinen Behandlungskontext und dort vorwiegend als tiefenpsychologisch-psychotherapeutische Methode integriert ist. Musiktherapeutinnen sind in den multi-professionellen Teams eingebunden, meist in ihrer jeweiligen Institution jedoch als Einzige dieser Profession tätig. Kritisch kann festgehalten werden, dass die berufsrechtliche Positionierung noch nicht sehr verbindlich geregelt worden ist. Die Einbindung in das Klinikkonzept und die Ausstattung ist sehr unterschiedlich - und in der Regel von der leitenden Person abhängig.

### 3 Indikation zur Musiktherapie

Indikation in einer psychotherapeutischen Klinik, so Weymann (1991), sei keine schematische Angelegenheit, sondern „das Ergebnis komplizierter Interaktionsprozesse“. Indikationsentscheidungen entstehen in komplexen mehrstufigen sozialen Prozessen: verschiedene Personen mit unterschiedlichen Motiven und Bedürfnissen, Kompetenzen und Ressourcen sind in verschiedenen Rollen - z. B. als Patient, als Therapeut, aber auch als Partner, als Angehöriger oder als Arbeitgeber - beteiligt.

Beutler und Clarkin (1990) haben für dieses Schlüsselproblem jeder Therapie ein ‚Modell differentieller Behandlungswahl‘ vorgeschlagen. Dieser Ansatz ist ein Versuch, „anzuwenden was wir wissen über ‚wann was für wen wirken kann‘ und behandlungstechnische Prozeduren für spezifische Arten von Patienten und Problemkonstellationen zu fördern“. Dieses Modell systematisiert die große Menge verfügbarer Forschungsergebnisse und lässt gleichzeitig die gegenwärtigen Wissenslücken deutlich werden. Für die Musiktherapie gilt die Feststellung von Wissenslücken in besonderem Maße, da sich das Feld der Musiktherapie (als einer im Vergleich zu

anderen Therapieformen eher jüngeren „Disziplin“) noch immer in erheblichem Maße im Prozess der Etablierung befindet und weitgehend von der Verfügbarkeit von entsprechend geschulten Musiktherapeutinnen abhängig ist.

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

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

Theoretisch weiter und psychoanalytisch subtiler begründet und von Winnicott's Konzept des Übergangsraums inspiriert, diskutiert Janssen (1982) das Anbieten kreativer Angebote im Rahmen einer Selbst- und Objektpsychologie, bei der neben der Förderung der Expressivität auch die Förderung der kommunikativen Fähigkeit eine bedeutsame Rolle spielt. In diesem Sinne erörtern Scheytt und Janssen (1987) die besondere Rolle von musiktherapeutischen Angeboten im Kontext eines integrativen (stationären) Angebotes und plädieren dafür, dem Patienten neben den sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten auch ein Medium zur Verfügung zu stellen, in dem er kreative Ich-Aktivitäten einsetzen kann. Die „subjektive Objektivierung in Tongestalten“ sei besonders für die psychosomatisch erkrankten und strukturell Ich-gestörten Patienten mit emotionalen Sprachunfähigkeiten eine Möglichkeit, sich in größerer Angstfreiheit ihrem Selbsterleben zuzuwenden und ihren Phantasiebereich auf der Ebene der Grundstörung wiederzuentdecken.

Nach Tarr-Krüger (1990) erweist sich der musiktherapeutische Ansatz „als besonders geeignet für Personen mit stark rationalisierender Abwehr, für Personen, die ihre Probleme nicht sprachlich fassen können, für Personen, deren kognitive emotionale und somatomotorische Ausdrucksfähigkeit reduziert ist“ (S 34). Sie führt auch Gründe an, die gegen eine Musiktherapie sprechen, wobei sie sich auf ihre spezielle Erfahrung mit bulimischen Frauen bezieht (s. d. a. Loos u. Czogalik 1996).

Eine Zusammenschau möglicher Indikationsbereiche aus seinem Erfahrungsbereich gibt Schroeder (1995):

Hier Tab. 1 einfügen

Sondermann hingegen ist skeptisch bezüglich einer generalisierenden Indikations-Aussage zur Musiktherapie überhaupt: es sei nicht sinnvoll, die Indikation anhand eines ICD-Diagnosekatalogs zu erstellen. „Vielmehr bewegt sich der hier in Frage kommende Diagnosekreis im Spektrum sowohl frühkindlicher als auch aktueller Beziehungsstörungen“ (Sondermann 2002, S 608).

Damit ist mit Sicherheit noch nicht das letzte Wort gesprochen; lassen wir deshalb aus unserer Erhebung noch die Praktikerinnen zu Wort kommen, um die Bandbreite der gegenwärtigen Auffassungen zu illustrieren:

Auf die für das Selbstverständnis einer Berufsgruppe wichtige Frage nach expliziten Kontraindikationen (KI) bekamen wir u.a. folgendes zu lesen:

- # in der Kurzzeittherapie (stationär) bei zuviel Widerstand / Ablehnung des Verfahrens
- # wenn eine gewisse Krankheitseinsicht fehlt z.B. bei somatischen Beschwerden keine Bezugnahme möglich wird auf seelische Probleme und Erfahrungen
- # fehlende Motivation / Therapieauftrag.
- # Schwere Widerstände bin ich geneigt zu respektieren und halte dann die MT für kontraindiziert.
- # Akute Suizidalität (bezogen auf Regulative MT)
- # akut suizidgefährdete P, die nicht in der Lage sind, Kontakt herzustellen
- # KI sind abhängig von vielen situativen Faktoren, z.B. bei akuter Suizidalität eines P
- # in unserem Setting akute Trauerreaktionen
- # Frische psychische Traumata
- # Manchmal bei Missbrauch - wenn das Zusammenspiel als Übergriff erlebt wird: Reduzierung auf Gespräch
- # P mit traumatischen Erfahrungen mit Musik
- # bei Suchtproblemen und Entzugserscheinungen
- # Sucht (Alkohol),
- # frühe Störungen - Abgrenzungsproblematik
- # Migränepatienten und Tinnituspatienten
- # Manchmal: Hyperakusis und Tinnitus: KI oft für Gruppe, nicht für Einzeltherapie.
- # keine GruppenMT bei leicht triggerbaren traumatisierten P
- # KI manchmal für freie Improvisation: wenn es um Strukturgebung als primäres Behandlungsziel geht

Zur Gretchenfrage nach einer *differentiellen Indikation*, die ja für die meisten psychotherapeutischen Verfahren nicht einfach zu beantworten ist, finden wir folgende Auffassungen im Felde:

- # Indikation bei Affekt- und Beziehungsstörungen
- # der kommunikative Aspekt besonders der aktiven MT ist für viele P (Ängste / Depression) sehr hilfreich
- # Bei einem Borderline-Pat. z.B. kann es in der KBT zu einer massiven Reizüberflutung kommen; hier bietet die MT ein breiteres Angebot für Gefühlsschwankungen, Nähe und Distanz-Arbeit an.
- # ja teilweise: manche Patienten müssen mehr in die Bewegung gehen und kommen und sich körperlich mehr wahrnehmen. Malen erlaubt teilweise mehr Distanz und überschwemmt nicht gleich emotional
- # Musik eher als flüchtiger Prozess: Gegensatz zum Malen (mit „Ergebnis“) wohl angenehmer für Ichschwache Menschen; Körpertherapie erst im fortgeschrittenem Stadium, wenn zusätzlich zur Musik Ausdruck für Nähe / Emotionalität gebraucht wird.
- # Erfahrungsgemäß scheint es für P einfacher zu sein, sich im flüchtigen musikalischen Kommunikationsprozess zu öffnen, als in einem künstlerisch-bildnerischen Verfahren, um eigenes, anschließend auch für Außenstehende Werk zu produzieren.
- # wenn es um eine spezifische Körperproblematik geht, kann die Gewichtung auf körperbezogene Verfahren Sinn machen
- # bei zu großer Abwehr gegen MT. Manchmal (nicht zwangsläufig) bei Musikern, Musikpädagogen, Musikwissenschaftlern oder P, die vorrangig „Musik machen“ wollen.
- # MT wenn es um Beziehungsthemen oder emotionalen Ausdruck, Belebung und Integration verschütteter Gefühle geht

- # Diese Frage ist von vielen Faktoren im speziellen Fall abhängig, sodass eine pauschale Beantwortung schwer fällt
- # Die kommunikative Ebene lässt sich in der MT direkter in der musikalischen Beziehung beeinflussen als in anderen Therapien.
- # als Förderung vorsprachlicher Expressivität bei schweren Persönlichkeitsstörungen und Abwehrformen wie Rationalisieren, Verleugnen, Spaltung etc.
- # ja: Malen nach Musik anstelle einer verbalen Reflexion nach Improvisation
- # ja und nein: MT: Hören, horchen, lauschen, Stille - laut sein, Kommunikation, Sein, Entzug jeglicher Leistung ; Malen: Sehen, handfest, eigenes Tun und Machen, erst einmal für sich herstellend, Struktur, Ordnung, Produkt

Wir sehen, hier liegen viele offene Fragen und Anregungen für gezielte Forschungsprogramme vor. Eine differenzielle Bewertung des Verfahrens bezüglich seiner Indikation unter Berücksichtigung der Störungsspezifität dürfte erst zu leisten sein, wenn wir Therapiestudien mit ambulanter Einzelmusiktherapie zur Bewertung heranziehen können. Die Abschätzung eines differentiellen Beitrages einer Therapiekomponente unter anderen zur globalen Wirksamkeit gehört zu den schwierigen, weitgehend ungelösten Fragen der gesamten Psychotherapieforschung (Kächele et al. 2001).

#### **4 Musiktherapie in der psychosomatischen Weiterbildung**

Die Akzeptanz im Alltag einer therapeutischen Methodik schlägt sich erfahrungsgemäß über kurz oder lang auch in den Lehrbüchern eines Faches nieder. Zu erwarten, dass bereits in der Lehre für Medizinstudenten Musiktherapie in nennenswertem Umfang gelehrt würde, dürfte utopisch bleiben. Aber im Bereich der ärztlich-psychologischen Weiterbildung darf, ja muss die Frage gestellt werden, wie steht es mit der Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren in den Lehrbüchern des Faches. In 9 der 15 von uns evaluierten Lehrbüchern wird Musiktherapie zumindest als Stichwort erwähnt. Das sind etwas mehr Nennungen, als wir bei der Durchsicht der psychiatrischen Lehrbücher hatten (dort waren es nur 4 von 10, siehe Oerter et al. 2001)<sup>9</sup>.

Im bekannten Lehr- und Handbuch von Uexküll fand sich ab der 3. Auflage (1986) nach Autorenwechsel die Beschreibung von Musiktherapie in der Behandlung Essgestörter mit Hinweis auf Forschungsergebnisse, eine weitere Erwähnung fand sich im Kapitel Neurologie. In der neuesten, der 6. Auflage (2002) mit jüngeren Autoren finden sich zu unserer Verwunderung nicht einmal mehr das Stichwort ‚Musiktherapie‘ im Register.

Weiterhin fanden wir folgende Ausführungen:

---

<sup>9</sup> dabei ist zu berücksichtigen, dass viel mehr Musiktherapeutinnen in psychiatrischen Einrichtungen arbeiten.

Hier Tab. 2 einfügen

Reimer et al. (2002) überlassen in der 2. Auflage ihres Lehrbuches „Psychotherapie“ den mit der stationären Therapie vertrauten Autoren Schmeling-Kludas und Wilke die Aufgabe, die verschiedenen Elemente der stationären Behandlung darzustellen; diese beiden lösen das Problem, indem sie ausführlich über die tiefenpsychologische Gruppenpsychotherapie sprechen, um dann die sog. Kreativtherapien summarisch zu erwähnen: „Kunst- und Gestaltungstherapie, Musiktherapie, Bewegungs- und Körpertherapie, Tanztherapie und andere kreativtherapeutische Angebote werden ... mit unterschiedlicher Intensität angeboten“ (S 391). Diese Art der knappen Skizze fanden wir in mehreren Lehrbüchern. Dies trifft auch für Rudolfs (1996) Darstellung zu: mehr als ein ergänzendes Verfahren ist die Musiktherapie nicht. Dagegen stellt Streeck in dem integrativen Lehrbuch von Senf & Broda (1996) die Musiktherapie eindeutig unter das Dach der auf psychoanalytischer Grundlage arbeitenden Verfahren (S 124). Typisch ist die notorische Klassifikation von Musiktherapie als „non-verbale Therapie“, gleichwohl doch sehr viel gesprochen wird; ob jedoch der Ausdruck „kreative Therapien“ ein Gewinn für den Anerkennungs- und Verständnisprozess darstellt, wird sich noch zeigen müssen (s. a. Kächele et al. 2002).

In der von Jores initiierten „Praktischen Psychosomatik“ aus der Hamburger Gruppe (Meyer et al. 1996) werden zum M. Crohn Feiereis` Empfehlungen zitiert, die „neben Kontaktgesprächen frühzeitig Autogenes Training und im Verlauf der Mobilisation weitere Körpertherapiemethoden sowie den Einsatz kreativer Medien (Musiktherapie, Maltherapie) als weiteren Zugang zum seelischen Erleben der Patienten“ vorsehen (S 274). Im Kapitel zu speziellen Verfahren wird die Musiktherapie zu den Gestaltungstherapien gezählt und es wird Janssens (1987) Argumentation, „in bestimmten Behandlungssituationen Musiktherapie zur Herstellung von frühkindlichen Beziehungserlebnissen“ zu nutzen, herangezogen (S 118).

Hoffnungsträger für die Lehrbuch-Rezeption der Musiktherapie war die 1. Auflage des Lehrbuches der Psychotherapeutischen Medizin von Ahrens (1997), in dem ein eigenständiges Kapitel zur Musiktherapie erschien, das von einer Musiktherapeutin (Sondermann 1997) verfasst wurde. Auch in der 2. Auflage (Ahrens & Schneider 2002) ist dieses Kapitel –ohne wesentliche Veränderungen - erhalten geblieben. Dieser Beitrag skizziert relativ kurz und übersichtlich die historische Entwicklung von Musiktherapie in Deutschland, deren aktuelle Konzeption und therapeutische Wirkprinzipien.

In den Entstehungskontext der Wiener Musiktherapieschule von Schmölz von Anfang an eingebunden detailliert der Wiener Psychoso-

matiker Gathmann (1990) konkrete musiktherapeutische Arbeitsweisen auf drei Buchseiten nach und beschreibt deren Rolle im Gesamtbehandlungsplan. ‚Umweglose Berührung der bewußten und unbewußten Emotionalität‘ nennt er den Weg, den dieses Verfahren bei den Patienten bewirkt. Er fordert klinische Erfahrung und mahnt zu größter Behutsamkeit und Umsicht seitens des Musiktherapeuten. Für diesen Arbeitsbereich sei tiefenpsychologische Supervision zwingend.

Fazit der Untersuchung dieser Texte ist, dass Musiktherapie im Kontext psychosomatischer Weiterbildung für die allgemeine Rezeption am Rande bleibt. Wenn überhaupt, dann findet sie meist als ein Element der stationären Behandlung Erwähnung. Die *Fachzeitschriften*, wie die von der Deutschen Gesellschaft für Musiktherapie herausgegebene ‚Musiktherapeutische Umschau‘ sowie die Zeitschrift ‚Musik-, Tanz- und Kunsttherapie‘ werden von den Psychosomatik-Lehrbuchautoren nicht berücksichtigt. Da beide Zeitschriften vor allem auf die musik- (und kunst-)therapeutische Fachleserschaft ‚zugeschnitten‘ sind, erreichen sie kaum angehende Ärzte oder Psychologen.

## **5 Forschung zur Musiktherapie in der Psychosomatik**

Da die Reichweite des Seelischen ins Körperliche derzeit auf großartige Weise neu bestimmt wird (Rüegg 2001), finden hier unter der Bezeichnung ‚Psychosomatik‘ auch psychosomatisch-musiktherapeutische Aspekte in z. B. Neurologie und Onkologie Berücksichtigung.

Zunächst bestand eine deutliche Diskrepanz zwischen Etablierung musiktherapeutischer Verfahren in (stationärer oder sogar ambulanter) Versorgung und Ausbildung und der nur langsam zunehmenden Einsicht in die Notwendigkeit von systematischer Forschung in der Musiktherapie. Noch vor gut 10 Jahren war in den Reihen der Musiktherapeutinnen oftmals deutlicher Vorbehalt gegenüber solchen Vorhaben zu finden. Diese Widerstände gegenüber empirischer und insbesondere quantitativ ausgerichteter Forschung wurden nicht zuletzt durch das Forschungsgutachten zum Psychotherapeutengesetz zunehmend von manchen problematisiert. Meyer et al. (1991) hatten bemängelt, dass zum damaligen Zeitpunkt für die gesamte Musiktherapie nur drei Untersuchungen aus Psychiatrie und Gerontopsychiatrie vorlagen, in denen die Wirksamkeit von Musiktherapie in einem kontrollierten Design geprüft wurde. Auch dort jedoch machten es methodische Anlage und Forschungsaufwand nicht möglich, auch nur annähernd gesicherte Aussagen zur Wirksamkeit von Musiktherapie zu machen. Insofern sei die Frage möglicher spezifischer musiktherapeutischer Behandlungseffekte völlig offen.

Später merkten Grawe et al. (1994) an, dass Musiktherapie insbesondere für Patientengruppen, zu denen der verbale Zugang erschwert sei, eine ergänzende Methode zu anderen therapeutischen Verfahren sein könne und im Hinblick auf diese mögliche Funktion weiter untersucht werden solle. Diesem Aspekt möglicher ergänzender/komplementärer Funktion von Musiktherapie wurde in der Forschung bislang wenig nachgegangen (siehe jedoch z. B. Jahn-Langenberg u. Schmidt 2001). Dies und die Frage möglicher musiktherapeutischer Behandlungsspezifität sind immer wieder diskutierte Aspekte in der musiktherapeutischen Forschung generell (Strobel 1990; Schmidt 1999) und müssen es auch bleiben, obwohl viele Ergebnisse der allgemeinen Therapieforschung daraufhinweisen, dass vorrangig unspezifische Wirkfaktoren wie z. B. die Passung von Patientin und Therapeutin für die Effekte von Psychotherapie verantwortlich sind.

Auch heute gilt, dass die systematische Psychotherapieforschung die gestaltungstherapeutischen Therapieverfahren wie z. B. die Musiktherapie noch nicht entdeckt habe. Mit Recht weisen aber Wosch und Frommer (2002a) ermutigend darauf hin, dass die Musiktherapie als ein in seiner akademischen Etablierung inzwischen vorangeschrittenes Fach mittlerweile durchaus eigene Forschungspotenz hervorgebracht habe. Dabei spiele die Entwicklung von musiktherapeutischen Einzelfallprozessforschungsdesigns sowohl mit qualitativer als auch quantitativer Ausrichtung eine zentrale Rolle.

Ein primär asymbolisches pathologisches psychosomatisches Reaktionsmuster mit einem ‚Ausdrucksvakuum‘, in dem sich die Musiktherapie als Kommunikationsmittel zur Verfügung stellt, beschrieben Gathmann et al. (1988). Sie forderten dabei eine Objektivierung musiktherapeutischer Kommunikation mit u. a. exakter Diagnostik, therapeutischer Zielsetzung, mehrstufiger Protokollierung sowie theoretisch fundierter beschreibender Darstellung. Den diagnostischen Wert musikalischer Dialoge beschrieben Timmermann et al. (1991). Auch wenn hier Weiterentwicklungen z. B. in der Frage geeigneter Dokumentationsmodelle stattfanden, wird der Forderung nach einer generellen (Bräutigam 1978, Janssen 1982) und differentiellen musiktherapeutischen Indikation für psychosomatische Patienten nach wie vor primär durch klinische Beobachtungen und nicht aufgrund systematischer Untersuchungen nachgekommen. (Ein gutes Beispiel für diese Diskrepanz liefern die eindrucksvollen musiktherapeutischen Behandlungsberichte von Loos (1986, 1989) oder die positive Einschätzung von Feiereis (1989) zur musiktherapeutischen Behandlung Essgestörter, die unseres Wissens bislang nicht im Rahmen von größeren Studien verifiziert werden konnten.)

Ein interessantes Einzelfalldesign beschreiben Vanger et al. (1995): Über 12 Sitzungen wurden die jeweils letzten 60 Sekunden der musiktherapeutischen Improvisation mit einer 22jährigen Patientin mit Morbus Crohn von 4 unabhängigen Ratern in der Vorstellung eingeschätzt, dass sich ein für diese Patientin gesprächsdiagnostisch ermittelter Trennungskonflikt auch in der Musik widerspiegeln würde. Mit Hilfe eines Musiktherapie-Kodiersystems wurden zwei Faktoren ermittelt: Nähe und Aktivität. Während der Faktor ‚Nähe‘ über alle Phasen gleich blieb, nahm der Faktor ‚Aktivität‘ in der Endphase der Behandlung ab und spiegelte eine regressive Bewegung zu Passivität und Entschlusslosigkeit wider.

Einen wichtigen – und wiederholt auf psychosomatische Patienten angewendeten - qualitativen Forschungsbeitrag leisten Langenberg et al. (1992) mittels ihrer Forschungsmethodik mit inhaltsanalytischer Auswertung von musiktherapeutischen Beschreibungsprotokollen.

In einer Einzelfallstudie mit einer 32jährigen bulimischen Patientin verknüpft Wosch (2002) qualitative und quantitative Ansätze, indem er die sog. ‚Resonanzkörperfunktion‘ von Langenberg (1988) erweitert.

In seiner Untersuchung werden mittels Clusteranalyse aus 41 Ratings unterschiedliche Emotionsabschnitte mit entsprechender Veränderungsdynamik auf zeitlich engstem Raum sowie ein emotionales Verlaufsprofil über einen Behandlungszeitraum von 3 Monaten ermittelt.

Hier erschiene es übrigens interessant, mit solch einer Methode neben den musiktherapeutischen Binnenprozessen auch eventuell parallel stattfindende Therapieverfahren etwa innerhalb des Settings in einer Psychosomatischen Klinik zu untersuchen, um z. B. wie Grawe es vorschlägt etwas über einen möglichen Stellenwert von Musiktherapie als ‚komplementäres Behandlungsverfahren‘ oder mögliche der Musiktherapie als solcher eigene Emotionsverläufe auszusagen.

Danner und Oberegelsbacher (2001) beschäftigten sich in einer kammnestischen Untersuchung an psychosomatischen Patienten mit der Frage nach unspezifischen und spezifischen musiktherapeutischen Wirkfaktoren. Dabei extrahierten sie aus einer Gruppe von 71 ehemaligen stationär behandelten psychosomatischen Patienten, die zu fast 50% auch an Körperbeschwerden litten, drei mögliche spezifische Faktoren: 1. Ausdruck, Darstellung und Kommunikation mittels Musik, 2. Aktives musikalisches Beziehungsangebot des Musiktherapeuten, 3. Musiktherapeutisches Durcharbeiten und Möglichkeit zur musiktherapeutischen Transformation.

Häufig liegen Forschungsdesigns mit Gruppenbehandlungen von Patienten in stationären Einrichtungen vor. Bei diesen muss z. B. berücksichtigt werden, dass es – unabhängig von einer jeweiligen Behandlungsmethode – Gruppeneffekte gibt. Auch sind oftmals parallele Behandlungen nicht mit erfasst. Diese Gegebenheiten erschweren na-

turgemäß die Aussagefähigkeit z. B. bei der Frage nach musiktherapeutischen Behandlungseffekten.

Maler et al. (1994) konnten bei der Untersuchung des musikalischen Ausdrucksverhaltens bei allerdings relativ kleinen Stichproben keine bedeutsamen Unterschiede innerhalb psychosomatischer Diagnosegruppen untereinander (Colitis Ulcerosa n = 27, Morbus Crohn n = 26, Anorexie n = 21, Bulimie n = 14) und im Vergleich zu Patienten mit neurotischer Depression (n = 26) und schizophrener Psychosen (n = 25) feststellen.

Möhlenkamp (1995) untersuchte bei 31 stationär behandelten psychosomatischen Patienten nach einer initialen Entspannungsübung – in diesem Fall in musiktherapeutischen Einzelsituationen - physiologische (z. B. Herzfrequenz) und psychologische (Berliner Stimmungsfragebogen) Parameter für aktive vs. rezeptive Musiktherapie. Rezeptive Musiktherapie wirkte dabei eher introspektionsfördernd, während die aktive Form als Herausforderung erlebt wurde und entsprechend Stimmungsaufhellung und Aktivierung nach sich zog.

In einer eigenen Untersuchung verglichen wir (Schmidt 1995, 2002) innerhalb eines Gesamtkollektives von 71 aktiv gruppenmusiktherapeutisch behandelten stationären Patienten 39 Borderline-Patienten mit 32 Patienten mit psychosomatischen und psychoneurotischen Störungen. Beide Gruppen gaben interessanterweise für das direkte Erleben innerhalb der Musiktherapie wenig starkes Gefühlserleben, dabei vor allem kaum aggressive Gefühle und insgesamt eine eher abnehmende stimmungsverändernde Wirkung der Musiktherapie an. Wir postulierten eine möglicherweise kompensatorische, affektneutralisierende Funktion von Musiktherapie z. B. im Sinne der Schaffung eines optimalen Widerstandsniveaus innerhalb eines mit anderen Verfahren kombinierten Settings.

Nagel (2000) ermittelte – ohne detaillierte Stichprobenbeschreibung - für rezeptiv musiktherapeutische Gruppenbehandlung quantitativ (BSF, BL) hoch signifikante körperliche, dagegen nur tendenzielle psychische Befindlichkeitsverbesserungen bei insgesamt 58 Patienten einer psychosomatischen Abteilung. Lazaroff und Shimshoni (2000) untersuchten in einer Pilotstudie über 14 Tage 68 stationäre Neurodermitis- und Psoriasis-Patienten, von denen ein Teil neben dem stationären Standard-Setting über 90 Minuten täglich eine harmonisierend angelegte „medizinische Resonanz-Therapie-Musik“ erhielten (vs. reiner Entspannung in einer Kontrollgruppe). Die Experimentalgruppe zeigte einen Abfall von Blutdruck und Herzfrequenz, verringerten Kratz-Stimulus und insgesamt eine Abnahme des Krankheitsschweregrades. Der Effekt war interessanterweise für die Psoriasis-Patienten stärker als für diejenigen mit Neurodermitis.

Wosch und Frommer verweisen (2002b) darauf, dass im internationalen Forschungsfeld aktuell der Schwerpunkt insbesondere auf qualitativer Erforschung der emotionalen sowie der Sinn-, Bedeutungs- und Wertedimension musiktherapeutischer Interaktion läge. Hier besteht nach wie vor ein Bedarf an größeren Studien für umschriebene Diagnosen, die – gegebenenfalls in Kombination mit qualitativen Elementen – auch quantitativ vorgehen.

In Übersichtsarbeiten zu musiktherapeutischen Forschungsergebnissen ist übrigens die Psychosomatik nur am Rande erwähnt. Smeijsters (1997a) bezieht sich in seiner Arbeit auf eine Studie von Röhrborn und

Hofmann (1992) zur Regulativen Musiktherapie: Patienten mit psychosomatischen Störungen erlebten zu 85% im Zuge musiktherapeutischer Behandlung insbesondere einen verbesserten Umgang mit ihren Symptomen (dagegen nur 65% der Patienten mit Psychoneurosen).

In einer Übersicht zum Stellenwert der Musiktherapie in der Medizin von Aldridge (1999) kommt der Psychosomatik im engeren Sinne vergleichsweise wenig Raum zu. Explizit setzt sich Aldridge hier nur mit musiktherapeutischer Behandlung und Forschungsperspektiven bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen auseinander.

Eine zur Zeit von Dileo für 12 Bereiche durchgeführte Metaanalyse zur Effektivität musiktherapeutischer Behandlung bezieht das Feld der Psychosomatik nicht explizit, wohl aber z. B. in den Bereichen ‚Rehabilitation‘ und ‚Schmerz‘ mit ein. Gute musiktherapeutische Behandlungseffekte beschrieb sie z. B. für die Schmerzbehandlung insbesondere bei Kindern. Wichtig sei dabei unter anderem, Schmerz in eine Art ‚musikalischen Sound‘ zu übersetzen (persönliche Mitteilung von Cheryl Dileo auf dem 10. Weltkongreß für Musiktherapie in Oxford). Müller-Busch und Hoffmann (1997) fanden für 12 Schmerzpatienten mit Fibromyalgie, chronischer Polyarthritits und muskuloskelettalen Beschwerden sowohl eine Verminderung der Schmerzintensität als auch eine Verbesserung der schmerzbedingten Funktionseinschränkungen nach der Behandlung mit Musiktherapie nach Nordoff/Robbins.

Auch gibt es interessante Untersuchungen auf unmittelbar körperlicher Ebene:

Müller (1994) berichtete für eine kleine Gruppe von 6 aktiv gruppenmusiktherapeutisch behandelten Patienten eine positive Beeinflussung der Immunkompetenz (Anstieg von Speichel IgA) auch dann, wenn eine negativ getönte Stimmung bzw. negatives Erleben beschrieben wurden.

In der Neurorehabilitation lassen sich Effekte z. B. im Zuge rhythmischer Stimulationsprogramme beobachten, bei denen sich objektive klinische Parameter wie eine verbesserte Beweglichkeit bei Parkinson-Patienten erfassen lassen (Thaut et al. 1996). Nachdrücklich weist z. B. Spitzer (2002) auf die Rehabilitation des Bewegungsapparates als ein wichtiges musiktherapeutisches Einsatzfeld hin. Er hebt dabei eine randomisierte Einfachblindstudie von Pacchetti et al. (2000) zur Musiktherapie bei Parkinson-Krankheit hervor. Auf die wichtige Rolle der Musiktherapie bei neurologischen Erkrankungen hebt auch Aldridge (1999) in einer aktuellen Übersicht ab. Er berichtet z. B. eine mit Kollegen durchgeführte Studie, in der durch das Anpassen des Gesanges der Musiktherapeutin an das Atemmuster eines Patienten Veränderungen im Bewusstseinszustand erzielt werden konnten, die sowohl auf einer Coma Rating Scale messbar als auch für Kliniker offensichtlich gewesen seien. Andere wichtige Forschungsfelder sind z. B. bei Thaut et al. (1993) die Behandlung von Schlaganfallpatienten und – im Übergang zur Neuropsychiatrie – von Patienten mit Alzhei-

mer-Demenz. Zum Stand der Musiktherapie-Forschung bei dieser Erkrankung geben ebenfalls Aldridge (1999) und Smeijsters (1997b), letzterer in einer Metaanalyse quantitativer Effektstudien, einen Überblick. Aldridge bezeichnet gerade für demente Patienten die Musiktherapie als solche als ein empfindliches Auswertungsinstrument bezüglich kognitiver Fähigkeiten in Ergänzung zu den gängigen Tests. Smeijsters stellt in seiner Auswertung 23 Kriterien auf (z. B. Forschungsart, Design, Vergleichbarkeit von Gruppen etc.), die er auf Studien mit unterschiedlichen Zielpunkten anlegte (z. B. Agitiertheit, soziales, kognitives, musikalisches Verhalten). So konnte z. B. für zwei Studien eine signifikante Abnahme des agitierten Verhaltens beschrieben werden. Für eine Studie testiert Smeijsters eine signifikante Zunahme sozialen Verhaltens, für eine andere eine signifikante Verbesserung im sprachlichen Teil des Mini-Mental Status Questionnaire. Insgesamt hätte das Design der meisten untersuchten Studien (insgesamt 9) wissenschaftlichen Anforderungen genügt. Nur in einer Untersuchung habe eine Kontrollgruppe gefehlt. Für weitere Studien gibt Smeijsters die Anregung, zum einen klar zwischen Musikanwendung und Musiktherapie zu unterscheiden, zum anderen insbesondere zu untersuchen, inwiefern nicht-musikalische Variablen der Person des Therapeuten wirksam sind.

Einige interessante Studien liegen auf dem Gebiet der Psychoonkologie vor. Hasenbring et al. (1999) kombinierten in einer Studie bei 63 Patienten mit Knochenmarktransplantation Entspannung/Imagination, Musiktherapie und verbale psychologische Unterstützung. Während Entspannung/Imagination und verbale Unterstützung eher mit einer Reduktion oraler Schmerzen einhergingen, zeigten die mit Musiktherapie behandelten Patienten ein höheres Optimismuslevel. In einem anderen Setting fanden Tilch et al. (1999) für 14 in der myeloablativen Phase musiktherapeutisch behandelte Patienten Verbesserungen für Stimmung (Depression), Müdigkeit und Krankheitsverhalten.

Hodenberg betreute im Rahmen eines Forschungsprojektes sterbende Patienten musiktherapeutisch (Hodenberg in Verres u. Klusmann, 1998). Aus ihrer Darstellung gewinnt man den Eindruck, dass Musiktherapie hier als eine Art psychosomatischer Grundversorgung diene und in dieser Funktion gerade im Palliativbereich hilfreich wahrgenommen wurde.

Recherchiert man in wichtigen medizinischen und psychologischen Datenbanken zur Musiktherapie, verringert sich die ‚Trefferquote‘ in der Verbindung mit ‚Psychosomatik‘ so deutlich, dass sich allein aus dieser Tatsache ein Forschungsbedarf mit entsprechender Notwendigkeit der Publikation auch in interdisziplinären Fachzeitschriften folgern lässt<sup>10</sup>.

Innerhalb der musiktherapeutischen Forschungsszene gibt die Web-Side des Institutes für Musiktherapie der Universität Witten/Herdecke

<sup>10</sup> Medline ab 1966: Musiktherapie-Zitate = 947, mit ‚Psychosomatik‘ = 46; Psyndex ab 1981: Musiktherapie-Zitate = 937, mit ‚Psychosomatik‘ = 59; PsycInfo ab 1987: Musiktherapie-Zitate = 1462, mit ‚Psychosomatik‘ = 21; ssci ab 1973: Musiktherapie-Zitate = 487, mit ‚Psychosomatik‘ = 10; Amed ab 1985: Musiktherapie-Zitate = 321, mit ‚Psychosomatik‘ = 12.

einen ständig aktualisierten Überblick über entsprechende Veröffentlichungen ([www.musictherapyworld.de](http://www.musictherapyworld.de)). Dort finden sich aktuell 342 Artikel zum Thema Musiktherapie und Psychosomatik.

Wichtige musiktherapeutische Forschungseinrichtungen sind das Institut für Musiktherapie an der Universität Witten/Herdecke (David Aldridge, Lutz Neugebauer, Dagmar Gustorff et al.) und das Deutsche Zentrum für Musiktherapieforschung (Viktor Dulger Institut) am Fachbereich Musiktherapie der Fachhochschule Heidelberg (Hans Volker Bolay et al.). Das Institut für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Theater Hamburg (Hans-Helmut Decker-Voigt in Verbindung mit Ralph Spintge et al.) beschäftigt sich unter anderem mit in Bereichen der sog. Musikmedizin angesiedelten Forschungsfragestellungen. Gut frequentierte Forschungszirkel sind weiterhin die nunmehr ins 15. Jahr gehende ‚Ulmer Werkstatt für musiktherapeutische Grundlagenforschung‘ mit regelmäßig diskutierten musiktherapeutischen Forschungsprojekten innerhalb der Psychosomatischen Medizin sowie die ‚Berliner Arbeitsgruppe Qualitative Musiktherapieforschung‘ (Mechtild Jahn-Langenberg).

## **6 Schlussbemerkung**

Der gezielte therapeutische Einsatz des Mediums Musik in der Psychosomatik ist - pointiert ausgedrückt - aus dem Stadium des Elends in das der Armut gekommen, was jedoch nach Meyer (1990) schon ein großer Fortschritt ist. Musiktherapie leistet – nicht mehr nur in ganz persönlicher Sicht einzelner, sondern teilweise auch wissenschaftlich belegt - in vielen psychosomatischen Einrichtungen einen wichtigen Beitrag zu einer guten ganzheitlichen Versorgung der Patienten.

Dennoch fällt nach wie vor eine Diskrepanz zwischen der von Musiktherapeutinnen sich selbst zugeschriebenen Bedeutsamkeit und der Außenwahrnehmung insbesondere durch verschiedene Instanzen wie Krankenhaus-Leistungen, Forschungsförderung oder Weiterbildungseinrichtungen auf. Es scheint außerdem, dass der Musiktherapie auch in der klinischen Realität noch nicht durchgehend die therapeutische Potenz zugeschrieben wird, wie sie in der Eigenbeobachtung existiert. Die klinisch reklamierte Effektivität der Musiktherapie sollte empirisch differenzierter belegt werden, um damit den Weg zu einem selbstverständlichen Behandlungsanteil im Sinne einer patientenorientierten Implementierung der Musiktherapie zu ebnen.

## 7 Literatur

- Ahrens S (Hrsg) (1997) Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Schattauer, Stuttgart
- Ahrens S, Schneider W, (Hrsg) (2002) Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin. Schattauer, Stuttgart
- Aldridge D (1999) Musiktherapie in der Medizin. Forschungsstrategien und praktische Erfahrungen. Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle
- Aldridge D, Gustorff D, Hannich H (1990) Where I am? Music therapy applied to coma patients Journal of the Royal Society of Medicine 83:345-346
- Beutler LE, Clarkin JE (1990) Systematic treatment and selection: Toward targeted therapeutic interventions. Brunner/Mazel, New York
- Bräutigam W (1978) Verbale und präverbale Methoden in der stationären Therapie. Z Psychosom Med Psychoanal 24:146-155
- Danner B, Oberegelsbacher D (2001) Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren der Musiktherapie. Katamnestic Erhebung an psychosomatischen Patienten einer psychiatrischen Klinik. Nervenheilkunde 8:434-441
- dka - Deutsches Krankenhaus Adressbuch (2000) (CD-ROM) Rombach, Freiburg
- Engelmann I (1995) Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken. Fragebogenuntersuchung zur Verbreitung und Durchführung. Nervenarzt 66:217-224
- Feiereis H (1989) Psychosomatische Therapie der Bulimie. Musikther Umsch 10:90-104
- Gathmann P, Brunekreeft A, Wiedemann F, Schmölz A (1988) Kann musiktherapeutische Kommunikation ‚gemessen, und nachvollziehbar gemacht werden? Zum Problem der Analyse, Codierung und Metaanalyse musiktherapeutischer Kommunikation bei psychosomatisch Erkrankten. Musikther Umsch 9:199-213
- Gathmann P (1990) Pathologie des psychosomatischen Reaktionsmusters. Diagnose, Klinik, Therapie. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Gathmann P (2001) „Learning by doing“: Eine psychosomatische Station als musiktherapeutisches Lernfeld. In: Storz D, Oberegelsbacher D (Hrsg) Wiener Beiträge zur Musiktherapie, Band 3: Theorie und Klinische Praxis. Praesens, Wien, S 167-190
- Geyer M, Hessel A (1996) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. UTB, Heidelberg Leipzig
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. 2. Aufl. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle
- Hasenbring M, Schulz-Kindermann F, Hennings U, Florian M, Linhart D, Ramm G, Zander AR (1999) The efficacy of relaxation/imagery, music therapy and psychological support for pain relief and quality of life: first results from a randomized controlled clinical trial. Bone Marrow Transplantation 23:166
- Jahn-Langenberg M, Schmidt HU (2001) Erstbegegnungen im Vergleich – diagnostischer Eindruck einer musiktherapeutischen Sitzung und eines analytischen Erstinterviews. Musikther Umsch 22:173-184
- Janssen P (1982) Psychoanalytisch orientierte Mal- und Musiktherapie im Rahmen stationärer Psychotherapie. Psyche 36:541-570
- Janssen P (1987) Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Klett, Stuttgart
- Kächele H, Kordy H, Richard M und TR-EAT (2001) Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of eating disorders in Germany: Data from a multicenter study. Psychotherapy Research 11:239-257
- Kächele H, Wietersheim J v und Creative Company (2002) Hoffnungsträger oder Aussenseiter – künstlerische Therapien. In: Mattke D, Hertel G, Büsing S, Schreiber-Willnow K (Hrsg) Störungsspezifische Konzepte und Behandlung in der Psychosomatik VAS, Frankfurt S 459-460
- Klußmann R (1996) Psychosomatische Medizin. Springer, Berlin Heidelberg
- Langenberg M (1988) Vom Handeln zum Behandeln. Fischer, Stuttgart
- Langenberg M, Frommer J, Tress W (1992) Qualitative Methodik zur Beschreibung und Interpretation musiktherapeutischer Behandlungswerke. Musikther Umsch 13:258-278
- Lazaroff I, Shimshoni R (2000) Effects of Medical Resonance Therapy Music on patients with psoriasis and neurodermitis – a pilot study. Integrative Physiological and Behavioral Science 35:189-198
- Loos GK (1986) Spiel-Räume. Musiktherapie mit einer Magersüchtigen und anderen frühgestörten Patienten. Fischer, Stuttgart
- Loos GK (1989) Anorexie – eine Frauenkrankheit – eine Zeiterscheinung. Musiktherapie als Behandlungsform bei Essstörungen. Musikther Umsch 10:105-131
- Loos GK (2000) Ein Streifzug durch die Musiktherapie. CD, Vertrieb A. Loos, Oederquart
- Loos GK, Czogalik D (1996) Musiktherapie. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg) Analytische Psychotherapie bei Essstörungen. Schattauer, Stuttgart New York S 141-150

- Maler T, Wietersheim J v, Schurbohm E, Nagel A, Feiereis H, Jantschek G (1994) Beschreibung des musikalischen Ausdrucks und erste Ergebnisse im Lübecker Musiktherapiemodell. *Psychother psychol Med* 44:122-127
- Meyer AE, Richter R, Grawe K, Graf v. d. Schulenburg JM, Schulte B, Schwedler HJ (1991) Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf
- Meyer AE, Freyberger H, von Kerekjarto M, Liedtke R, Speidel H (Hrsg) (1996) *Jores. Praktische Psychosomatik*. Huber, Bern Göttingen
- Möhlenkamp G (1995) Physiologische und psychologische Reaktionen auf unterschiedliche musiktherapeutische Interventionen im Vergleich zu einer Entspannungsübung. Peter Lang, Frankfurt a. M. Berlin Bern New York Paris Wien
- Müller A (1994) Aktive Musiktherapie: Stimmungen, Therapieerleben und immunologisch relevante Speichelparameter. Peter Lang, Frankfurt a. M. Berlin Bern New-York Paris Wien
- Müller-Busch HC, Hoffmann P (1997) Aktive Musiktherapie bei chronischen Schmerzen. Eine prospektive Untersuchung. *Schmerz* 11:91-100
- Nagel A (2000) Rezeptive Gruppenmusiktherapie in der Psychosomatik. Darstellung einer Methodik und der Ergebnisse einer Begleitforschung. *Musikther Umsch* 21:149-158
- Oerter U, Scheytt N, Kächele H (2001) Musiktherapie in der Psychiatrie: Versorgungslage und Stand der Forschung. *Nervenheilkunde* 20:428-433
- Orlinsky D (1994) Learning from many masters. *Psychotherapeut* 39:2-9
- Pacchetti C, Mancini F, Aglieri R, Fundaro C, Martignoni E, Nappi G (2000) Active music therapy in Parkinson`s disease: an integrative method for motor and emotional rehabilitation. *Psychosomatic Medicine* 62:386-393
- Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (2002) *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Röhrborn H, Hofmann R (1992) Verlaufsdiagnostik bei Musiktherapie am Beispiel des Erlabrunner Beurteilungsfragebogens (EBS) für die Regulative Musiktherapie nach Schwabe. In: Bacher B, Renz H (Hrsg) *Dokumentation der 1. Fachtagung Musik und Depression*. Fritz Perls Institut Hückeswagen/Beversee, S 75-83
- Rudolf G (1996) *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. Thieme, Stuttgart
- Rüegg J C (2001) *Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn. Neuronale Plastizität als Grundlage einer biopsychozialen Medizin*. Schattauer, Stuttgart
- Scheytt N, Janssen P (1987) Kommunikative Musiktherapie in der stationären analytischen Psychotherapie. In: Lamprecht F (Hrsg) *Spezialisierung und Integration in der Psychosomatik und Psychotherapie*. Springer, Berlin S 203-206
- Schmidt HU (1995) *Musiktherapie bei stationär behandelten Borderlinepatienten*. Dissertation im Fachbereich Medizin. Universität Hamburg
- Schmidt HU (1999) Anmerkungen zur aktuellen Forschungsdiskussion. *Musikther Umsch* 21:248-252
- Schmidt HU (2002) *Musiktherapie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Persönlichkeitsstörungen* 6:65-74
- Schroeder W (1995) *Musik - Spiegel der Seele. Eine Einführung in die Musiktherapie*. Junfermann, Paderborn
- Schwabe C (1987) *Regulative Musiktherapie*. Thieme, Leipzig
- Schwabe C, Röhrborn H (1996) *Regulative Musiktherapie. Entwicklung, Stand und Perspektiven in der psychotherapeutischen Medizin*. Fischer, Jena Stuttgart
- Senf W, Broda M (Hrsg) (1996) *Praxis der Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart
- Smeijsters H (1997a) Die therapeutische Wirkung der Musik. Ergebnisse der Forschung. In: L Müller HG Petzold (Hrsg) *Musiktherapie in der klinischen Arbeit*. Fischer, Stuttgart Jena Lübeck Ulm S 23-40
- Smeijsters H (1997) *Musiktherapie bei Alzheimerpatienten. Eine Meta-Analyse von Forschungsergebnissen*. *Musikther Umsch* 18:268-283
- Sondermann D (1997) *Musiktherapie*. In: Ahrens S (Hrsg) *Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin*. Schattauer, Stuttgart S 587-591
- Sondermann D (2002) *Musiktherapie*. In: Ahrens S, Schneider W (Hrsg) *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin*. Schattauer, Stuttgart S 606-608
- Spitzer M (2002) *Musik im Kopf. Hören, Musizieren, Verstehen und Erleben im neuronalen Netzwerk*. Schattauer, Stuttgart
- Streeck U (1996) *Psychoanalytische Therapieverfahren*. In: Senf W, Broda M *Praxis der Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart S 124-138
- Strobel W, Huppmann G (1978) *Musiktherapie: Grundlagen, Formen, Möglichkeiten*. Göttingen, Hogrefe

- Strobel W (1990) Von der Musiktherapie zur Musikpsychotherapie. *Musikther Umsch* 11:313-338
- Tarr-Krüger I (1990) Bulimie und Widerstand: ein musiktherapeutisch orientierter Ansatz. Asanger, Heidelberg
- Teirich HR (1958) Musik in der Medizin. Beiträge zur Musiktherapie. Fischer, Stuttgart
- Thaut MH, McIntosh GC, Spiros G, Rice RR (1993) Effect of Rhythmic Auditory Cuing on Temporal Stride Parameters and EMG Patterns in Hemiparetic Gait of Stroke Patients. *J Neuro Rehab* 7:9-16
- Thaut M, Miltner R, Hömberg V (1996) Rhythmisch-akustische Stimulation (RAS) in der Gangrehabilitation. Zusammenfassung bisheriger Befunde und Hinweise zur praktischen Durchführung. *Neurologische Rehabilitation* 2:81-86
- Tilch S, Haffa-Schmidt U, Wandt H, Kappauf H, Schäfer K, Birkmann J, Gallmeier WM (1999) Supportive music therapy improves mood state in patients undergoing myeloablative chemotherapy. *Bone Marrow Transplantation* 23:170
- Timmermann T, Scheytt-Hölzer, Bauer S, Kächele H (1991) Musiktherapeutische Einzelfall-Prozessforschung – Entwicklung eines Forschungsfeldes. *Psychother psych Med* 41:385-391
- Uexküll T v (1986) *Psychosomatische Medizin*. 3. Aufl. Urban und Schwarzenberg, München Wien
- Uexküll T v (1994, 2002) *Psychosomatische Medizin*. 5. und 6. Aufl. Urban und Fischer, München Jena
- Vanger P, Oerter U, Otto H, Schmidt S, Czogalik D (1995) The musical expression of the separation conflict during music therapy: A single case study of a Crohn's disease patient. *Arts in Psychotherapy* 22:147-154
- Verres R, Klusmann D *Strahlentherapie im Erleben der Patienten*. Barth, Heidelberg Leipzig
- 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
- Wosch T, Frommer J (2002a) Eine Methode zur Erfassung von emotionalen Mikroprozessen. Musiktherapeutische Einzelfallforschung. *Psychother Psych Med* 52:433-435
- Wosch T, Frommer J (2002b) Emotionsveränderungen in musiktherapeutischen Improvisationen. *Zeitschrift für Musik-, Tanz- u. Kunstther.* 13:107-114
- Wosch T (2002) Emotionale Mikroprozesse musikalischer Interaktionen – Eine Einzelfallanalyse zur Untersuchung musiktherapeutischer Improvisationen. *Musik als Medium*, Bd. 4. Waxmann, Münster New York München Berlin



Tab. 1: Indikation und musiktherapeutisches Vorgehen

<b>Indikationsgebiet</b>	<b>Therapieziel</b>	<b>Musiktherap. Ansatz</b>
Psychovegetative und psychosomatische Funktionsstörungen	Beziehungsaufnahme zu den somatisierten Impulsen	Körperwahrnehmung, Entspannen zu Musik, Bewegen zu Musik
Neurosen, konfliktbedingte intrapsychische Beziehungsstörungen	Beziehungsaufnahme zu den konflikthaft abgespaltenen Erlebnisanteilen	spielerisch-improvisierende Exploration dieser Erlebnisanteile und Durcharbeitung
Interaktionsstörungen, interpersonale Beziehungsstörungen, Verhaltensstörungen	Wahrnehmung und Verbesserung sozial-kommunikativer Fähigkeiten	Beziehungsklärende und kommunikationsanregende Spielangebote, gruppendynamische Improvisationen
Krisen im Wert- und Sinnbereich, Krisen in der 2. Lebenshälfte	Entwicklung und Ordnung kognitiver und ästhetischer Strukturen	Wahrnehmen eigener musikalischer oder anderer kreativer Potentiale

Tab. 2: Musiktherapie in den Lehrbüchern der Psychosomatik

Ahrens 1997	Eigenes Kapitel zur MT von Sondermann; Streeck & Ahrens erwähnen unter Stichwort Teamprobleme die geringere Einstufung der sog. Kreativtherapeuten	+ + +
Ahrens & Schneider 2002	Kapitel zur MT von Sondermann; unverändert übernommen	+ + +
Meyer, Freyberger, von Kerekjarto, Liedtke, Speidel 3. Auflage 1996	C. Böhme-Bloom fasst Musiktherapie unter dem Oberbegriff Gestaltungstherapie, bezieht sich auf Janssen 1987; Huse-Kleinstoll nennt MT bei M. Crohn	+ +
Reimer, Eckert, Hautzinger, Wilke 2. Auflage 2002	Im Kapitel über stationäre Psychotherapie; ambulante MT wird nicht benannt	+
Rudolf 1996	MT im Angebot als nonverbale Therapie bei stationärer Psychotherapie	+
Klußmann 1996	MT als Teil der kombinierten psychosomatischen Therapie	+
Senf & Broda 1996	MT als nicht-verbales psychoanalytisches Verfahren klassifiziert	+