

12. Dezember 2003

357. Oerter U, Scheytt N, Kächele H (2001) Musiktherapie in der Psychiatrie: Versorgungslage und Stand der Forschung. *Nervenheilkunde* 20: 428-433

Übersichtsarbeit

**Musiktherapie in der Psychiatrie:
Versorgungslage und Stand der Forschung**

Music therapy in psychiatry: state of implementation and of research

Oerter, Ulrike; Scheytt-Hölzer, Nicola; Kächele, Horst

Universitätsklinikum Ulm, Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatische
Medizin

Leiter: Prof. Dr. med. Horst Kächele

12. Dezember 2003

Zusammenfassung:

Die Autoren skizzieren das aktuelle Angebot und die Versorgungslage mit Musiktherapie in psychiatrischen Einrichtungen. Möglichkeiten, sich über Musiktherapie zu informieren, werden aufgezeigt. Der Stand der Musiktherapieforschung in Deutschland wird zusammengefaßt und Überlegungen zur speziellen Indikation des Mediums Musik dargestellt.

summary:

The authors discuss the situation of service delivery of music therapy in psychiatric hospitals in FRG. Furthermore they point out how little systematic information about music therapy for psychiatric is at hand. Sketching out the state of music therapy research leads to a challenge of intensifying systematic evaluations. Considerations for a specific indication at the medium music is being demonstrated.

Schlüsselwörter: Musiktherapie, Psychiatrie, Forschung, Indikation

keywords: music therapy, psychiatry, research, indication

0. Eine Utopie

In der zukünftigen Psychiatrie arbeiten Musiktherapeuten in therapeutischen Teams mit Patienten einzeln oder in Gruppen. Sie bieten aktive und rezeptive Musiktherapie an. Hierbei wird aus dem vielfältigen und immer weiter zu differenzierenden Fundus des Methodenspektrums bei tiefenpsychologischer Fundierung vorrangig mit freien, strukturierten oder teilstrukturierten Klangimprovisationen gearbeitet. Die Patienten können sich die Instrumente zumeist intuitiv wählen und so - ihre Ressourcen nutzend - ihr Konflikt-Potential kreativ gestalten; sie werden darin musikalisch vom Therapeuten oder der Gruppe unterstützt bzw. können zeitgleich oder dialogisch eine Antwort erfahren. Schweigen kann wesentlicher Bestandteil von Musiktherapie sein: im Nachhören ordnen sich erfahrene unsprachliche Berührungen. Im Sprechen wird benannt, was im Spiel erfahrbar wurde, und so im bewussten Erleben verankert.

Unterschiedliche theoretische Entwürfe begründen bzw. unterstützen die klinisch empirisch gewonnenen, musikalisch-intuitiven Handlungsweisen; so werden fast alle Spielarten der aktuellen Psychotherapie auch musiktherapeutisch nutzbar gemacht.

1. Stand der Implementierung der Musiktherapie in der Psychiatrie in Deutschland

Wieviele Kliniken bieten überhaupt Musiktherapie an? Wieviele der ca. 1850 in der Deutschen Gesellschaft für Musiktherapie (DGMT), dem Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in Deutschland (BVM) und der Deutschen Musiktherapeutischen Vereinigung Ost (DMVO) organisierten Musiktherapeuten in Deutschland arbeiten in psychiatrischen Einrichtungen? Noch gibt es keine Spur einer Versorgungsregelung in der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV); das heißt, es ist kein Versorgungsschlüssel festgelegt, der überhaupt von einem Angebot 'Musiktherapie' spricht, geschweige denn eine Anzahl von Therapeutenstellen pro Anzahl zu versorgender Patienten festlegt. Das heißt auch, daß jede Klinik, die sich einen Musiktherapeuten und dessen räumliche und instrumentelle Ausstattung leistet, diesen i.d.R. aus ihrem allgemeinen Topf der Tagessätze finanzieren muß, oder z.B. andere Therapeutenstellen umwidmet.

Engelmann (10) veröffentlichte 1995 eine Bestandsaufnahme: von den insgesamt 328 angeschriebenen Psychiatrischen Kliniken oder Abteilungen in Deutschland antworteten ihm 135 Institutionen (41%). In 84 davon (also etwa zwei Drittel der Stichprobe) gibt es tatsächlich ein musiktherapeutisches Angebot, je nach Klinik

12. Dezember 2003

mit einem haupt- oder nebenberuflich Tätigen besetzt. Vorrangig für Psychotiker, aber auch für Borderline- und geriatrische Patienten, in großen Kliniken ebenfalls für Suchtkranke wird Musiktherapie angeboten.

Zwar gibt es in vielen Großkliniken Musiktherapie; an deren Bettenzahl gemessen ist die Möglichkeit, musiktherapeutisch mitbehandelt zu werden, verschwindend gering: Etwa 2350 Großklinikpatienten teilen sich ein musiktherapeutisches Angebot, dagegen sind es in den kleineren Einrichtungen etwa 400 Patienten pro musiktherapeutischem Angebot.

Aus dieser Veröffentlichung ist jedoch nicht ersichtlich, wieviele Stunden Musiktherapie bereitgestellt werden; nicht repräsentativ, sondern beispielhaft seien daher hier einige Zahlen genannt:

Im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden in Wiesloch gibt es eine eigene Abteilung Musiktherapie; dort werden zur Zeit 12 Musiktherapeuten auf 6,5 Stellen beschäftigt. Von den 1200 Betten sind ca. 600 Betten in den Bereichen, in denen Musiktherapie angeboten wird, d.h. auf eine Vollzeitstelle kommen etwa 90 Patienten. Daß von diesen nur ein kleinerer Teil mit qualitativ wertvoller Musiktherapie versorgt werden kann, dürfte klar sein.

In den Rheinischen Kliniken Düsseldorf gibt es insgesamt 685 Betten auf 8 Abteilungen verteilt. In der dortigen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Gerontopsychiatrie gibt es kein musiktherapeutisches Angebot. Auf den 4 Abteilungen, die Musiktherapie anbieten (Allgemeinpsychiatrie, Psychosomatik, Sucht), sind 380 Betten bzw. Tagesklinikplätze. Drei Musiktherapeuten mit Vollzeitstellen sind jeweils speziellen Stationen bzw. Abteilungen zugeordnet. Ein Musiktherapeut versorgt 4 Stationen. Für jede Station bietet er eine Gruppe an, die mit max. 7 Patienten viermal in der Woche 60 Minuten stattfindet, dazu werden bei besonderen Indikationen Einzeltherapien angeboten. Im Durchschnitt betreut also dieser Musiktherapeut ca. 30 verschiedene Patienten pro Woche.

In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Heidenheim ist die dortige (Vollzeit-) Musiktherapeutin rein theoretisch für alle 76 Patienten verfügbar. Real findet für die zwei Akutstationen jeweils einmal pro Woche Gruppenmusiktherapie statt mit 6 bis 8 Teilnehmern (i.d.R. 60 Minuten). Für die Psychotherapiepatienten wird zweimal in der Woche eine konstante Gruppe mit 8 Teilnehmern (und Warteliste) angeboten, für Patienten der Tagesklinik zweimal in der Woche eine Gruppe mit 8 bis 10 Teilnehmern. Darüberhinaus gibt es eine Singgruppe und bei speziellen Indikationen Einzeltherapien.

Es scheint eine größere Versorgungsdichte in der Erwachsenenpsychiatrie als in der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie zu geben; eine genaue Erhebung unter ih-

12. Dezember 2003

ren Mitgliedern führt aktuell die Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie (DGMT) durch, deren Ergebnisse noch offen sind.

Behandlungsempfehlungen im Sinne von "Richtlinien" gibt es noch nicht; auch der Begriff "Leitlinien" ist für diese Behandlungsform nicht existent. Hingegen wurden z. B. Ziele und Arbeitsweisen zur Behandlung von Patienten, die an Schizophrenie (S. 113ff) oder an Depression (S. 144ff) erkrankt sind, von Smeijsters (41) zusammengestellt.

Gegenwärtig ist die Qualifikation von Musiktherapeuten unterschiedlich; in Deutschland ist die Ausbildung als Fachhochschul- oder Hochschulstudium etabliert, seitdem es die fünf staatlich anerkannten Studiengänge gibt. Hinzu kommen weitere grundständige Ausbildungen oder Aufbauausbildungen. Die Zugangsvoraussetzungen zu den Studien sind gute bis sehr gute musikalisch-künstlerische, instrumentale Kenntnisse, soziale Praktika oder Ausbildungen, bzw. bei den Aufbaustudiengängen vollständig abgeschlossene erste Studiengänge (vgl. dazu 46).

Unbefriedigend ist jedoch trotz staatlicher Ausbildung und Diplomierung der sozialrechtliche Stand der Musiktherapie im deutschen Gesundheitssystem; außerordentlich mühsam ist die Aushandlung der Finanzierbarkeit über Kassen oder Pflegesätze. Das hängt u.E. auch mit der uneinheitlichen, nicht überzeugenden Darstellung der Musiktherapie nach außen zusammen. Die Anwendung in psychiatrischen Kliniken ist deshalb noch sehr von der persönlichen Unterstützung der maßgebenden Leiter abhängig, welches dem Engagement eines Musiktherapeuten variable Grenzen stecken kann.

2. Musiktherapie im medizinischen Unterricht und in der Weiterbildung

Der Unterricht in psychotherapeutischen Verfahren, so auch in Musiktherapie könnte innerhalb des Medizinstudiums im Rahmen des Pflicht-Unterrichtes 'Psychosomatische Medizin und Psychotherapie' oder 'Psychiatrie' erfolgen. Im Gegenstandskatalog der Approbationsordnung findet sich jedoch Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren nicht. Es bleibt dem einzelnen akademischen Lehrer vorbehalten, in das Lehrangebot auch eine Einführung in die Musiktherapie aufzunehmen.¹

¹In Ulm gab es seit etwa 1981 verschiedenste Angebote, die von Prof. Baitsch (Emeritus der Abt. Anthropologie und Humangenetik) und Dr. med. Herrlen-Pelzer (damalige Leiterin der Psychiatrischen Ambulanz) initiiert wurden (15). Die Situation ist im medizinischen Unterricht also nicht

12. Dezember 2003

Wir sind der Frage nachgegangen, in welchen Lehrbüchern der Psychiatrie überhaupt etwas und wieviel über Musiktherapie zu lesen ist. Das Bild, das sich bietet, ist ernüchternd:

In 10 der von uns evaluierten 14 Lehrbüchern wird die Musiktherapie erst gar nicht erwähnt, in einem weiteren findet man eine Falschangabe. Drei Lehrbücher (3, 9, 11) beinhalten ausführliche Artikel mit sehr informativem Niveau, zweimal davon von Harrer, einmal von Eggers geschrieben. Freyberger (12) führt die Beschreibung nach Harrer in einem Absatz aus, Huber (17) packt seinen Kommentar in einen Satz.

Dieses Bild ist deshalb erstaunlich, da in allgemein zugänglichen Datenbanken (medline, psyndex) sowie in den info CD Rom I und II vom Institut für Musiktherapie, Universität Witten-Herdecke eine umfangreiche nationale und internationale Literatur zu klinischen und wissenschaftlichen Themen dokumentiert ist. Zudem finden sich diverse Internetseiten zum Thema, die u. a. vom Berufsverband und der DGMT regelmäßig aktualisiert werden.

Jedoch speziell für die wichtigsten deutschsprachigen psychiatrischen Fachzeitschriften ("Nervenarzt" (Springer), "Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie" (Thieme) und "Nervenheilkunde" (Schattauer) ergaben sich bei einer Durchsicht in "medline" (1966 bis 12/2000) und "psyndex" (1977 bis 12/2000) nach den Stichworten "music therapy" "no matches", keine Publikationen; immerhin wurden im "Nervenarzt" bis 12/2000 zwei Artikel zur Musiktherapie veröffentlicht: der eine ist der eingangs zitierte Artikel von Engelmann, der andere ist ein Artikel von 1974 : "Zur Historie der Behandlung Geisteskranker mit Musik" von Haisch (13).

In dem einzigen ausschließlich fachbezogenen Organ, der "Musiktherapeutischen Umschau" (Vandenhoeck & Ruprecht), eine nunmehr seit 20 Jahren bestehende Zeitschrift, finden sich regelmäßig Artikel zur Musiktherapie aus dem Bereich Psychiatrie. Die wichtigsten Artikel seien hier und unter Abschnitt 3 kurz vorgestellt:

Aldridge (1) gibt einen Literaturüberblick hinsichtlich des Einsatzes von Musiktherapie in der Psychiatrie als einem medizinischen Fachgebiet, speziell bezogen auf die Krankheitsbilder Schizophrenie und Demenz sowie in der Geriatrie. Metzner und Engelmann (26) diskutieren die Frage, wo und wie (tiefenpsychologisch orientierte) Musiktherapie ihren Platz finden kann in einer gemeindepsychiatrischen Klinik. Aspekte der Indikation von Musiktherapie in der Behandlung

anders als in den psychiatrischen Einrichtungen: Musiktherapie gibt es manchmal ja, meistens nein.

12. Dezember 2003

psychiatrischer Patienten sind bei Vogt-Schäfer (50) nachzulesen. Den gezielten Einsatz bestimmter Musikangebote oder Medien stellt Muthesius (30) dar, die den Einsatz von Walkmen und damit den individuellen Zugriff auf Musikrezeption in der Gerontopsychiatrie kritisch diskutiert. Rockprojekte, d.h. das eigene Arrangieren und Produzieren von Rockmusik durch (jugendliche) Patienten beschreiben Meyer (27) und Nissen (31).

Fallstudien finden sich leider nur wenige; erwähnenswert ist ein Beitrag von Schirmer (35), der der Frage nachgeht, was musikalische Struktur für psychiatrische Patienten bedeutet, wie wichtig diese ist, und dabei den Verlauf einer Gruppenmusiktherapie nachzeichnet.

Ein Themenheft der Musiktherapeutischen Umschau "Musiktherapie in der Altenarbeit" (29) dokumentiert die Spannweite - theoriebezogen, medizinisch, fallbezogen - der verschiedenen Ansätze musiktherapeutischen Arbeitens in der Gerontopsychiatrie. Darüberhinaus läßt sich ein Themenheft zur "Forschung in der Musiktherapie" (28) mit zwei Beiträgen aus der Psychiatrie finden.

Ein weiteres Publikationsorgan, die Zeitschrift "Musik-, Tanz- und Kunsttherapie" (Verlag für angewandte Psychologie) referiert in ähnlicher Weise einschlägige Artikel zum Thema. Nur wird weder diese noch die "Musiktherapeutische Umschau" als Lektüre für Psychiater und solche die es werden wollen, selbstverständlich verfügbar sein.

Hieraus folgern wir, dass die unmittelbare und mittelbare Rezeptionsmöglichkeit von Musiktherapie für Psychiater eher gering einzuschätzen ist. Angesichts der Vielzahl der in der klinischen Praxis längerfristig erprobten Zugänge mit verschiedenen kreativen Medien (Kunst, Tanz, Bewegung, Musik ...) ist diese strukturelle Nicht-Verankerung in Ausbildung, Weiterbildung und klinischer Tätigkeit diskussionswürdig. Ist das ein Ausdruck von Ratlosigkeit oder einfach Ausdruck eines Beharrungsvermögens alter Bewertungsgewohnheiten? Wiederholt sich gegenüber kreativen Therapieformen ein ähnlicher Prozess wie er in der jahrzehntelangen Ausgrenzung von Psychotherapie in der Psychiatrie bestanden hatte (14)?

Gegenüber z.B. der Pharmakotherapie sind künstlerische Therapien zunächst sehr verschieden in der Art der Denk- und Herangehensweise, aber diese Verfahren können durch sozialwissenschaftliche Studien, deren Procedere richtungsgebend für die Psychotherapieforschung ist, in ihrer lebendigen Eigenart wissenschaftlich untersucht werden. Die Musiktherapie macht hier keine Ausnahme. Systematische Fallberichte geben nachvollziehbare Einblicke (21), Videoaufnahmen und Tondokumente unterstützen die Mittelbarkeit in Teamsitzungen und bieten vielfältigen Fragestellungen Antwortmaterial (7).

12. Dezember 2003

Angesichts der noch relativ geringen strukturellen Implementierung der Musiktherapie in psychiatrischen Einrichtungen ist es nicht verwunderlich, daß für eine systematische Evaluations-Forschung mit größeren "Stichproben", z.B. multizentrische Studien, noch kaum Konzepte entwickelt, geschweige denn Ressourcen zur Verfügung gestellt wurden.

3. Musiktherapieforschung in der Psychiatrie

Noch vor 10 Jahren war in den Reihen der Musiktherapeuten ein deutlicher Vorbehalt gegenüber Forschungsvorhaben zu finden, womit dem Einsatz und der Konsolidierung der eigenen Therapieform nicht gedient war. Hintzes (16) originelle Untersuchung bezieht sich auf die Sichtweise und das Erfahrungswissen der in der Psychiatrie arbeitenden Musiktherapeuten. Hinsichtlich der Effektivitätsforschung zeichneten sich bei ihnen deutliche Zweifel ab, zu kompliziert wurden die Bedingungen in der Psychiatrie, z.B. das gemeinsame Behandeln, die unklare Indikationsstellung etc. und die Möglichkeit der Spontanremission eingeschätzt.

Ein langsamer Wandel hat eingesetzt. Gruppenmusiktherapie ist präferierter Forschungsgegenstand. Zieht man bei aller Schwierigkeit, die Effektivität einer Komponente eines komplexen klinischen Settings herauszufiltern, die Patientenzufriedenheit als Maß für die Effizienz heran, findet man überwiegend positive Ergebnisse (vgl. 48, 32, zit. nach 34).

Stoffler und Weis (43) werteten vorliegende Arbeiten aus dem Zeitraum 1980 bis 1992 nach deren wissenschaftlicher Qualität aus. Methodische Mindeststandards der Autoren erfüllten 25 Studien, die in zwei Gruppen eingeteilt wurden: 18 Kasuistiken und 7 Therapieeffektstudien. Kritisiert wurden oft mangelhafte Angaben zu "Informationen zu den Patienten", "Behandlungsdauer und Behandlungssetting", "Dokumentation der Therapie", "Transparenz der Hypothesen" und (Messung und) "Validierung der Effekte" (sowie Erhebungsinstrumente bei den Effektstudien). Positiv hervorgehoben wurden besonders die methodische Qualität der Studien von Pfeiffer et al. (32), Timmermann et al. (49) und Thaut (48).

Eine Metaanalyse von Effektstudien zum Einsatz von Musik und Musiktherapie in der Behandlung von Alzheimer-Patienten referiert der holländische, in Deutschland viel rezipierte Psychologe und Musiktherapeut Smeisters (39).

Aldridge (2), der in Deutschland einzige hauptberuflich als solcher tätige Musiktherapieforscher an der Universität Witten-Herdecke, faßt konzis die "Veröffentlichungen zur Musiktherapie in der Psychiatrie und Psychotherapie" in

12. Dezember 2003

einem Kapitel (S. 90 - 98) zusammen. So wurden z.B. die Reduktion von destruktivem Verhalten beim Essen (6), die Änderung der Kommunikations- und Verhaltensformen (38), Angstminderung, die Änderung musikalischer Parameter mit und ohne Medikamente (22), eine Verbesserung der Konversationsfähigkeit bei residualer Schizophrenie (47) etc. empirisch untersucht. Aldridge stellt fest, daß "...Musiktherapie in hohem Maße dazu bei(trägt), die Kommunikation zu verbessern und so Isolationen zu überwinden und Interesse an anderen zu verstärken." (S. 95).

Die Anzahl von Musiktherapeuten mit (Fach-)Hochschulabschlüssen steigt und damit steigt auch die Anzahl der Diplomarbeiten, die psychiatrisch relevante Themen bearbeiten. Mediziner und Psychologen promovieren auch über Musiktherapie, und in den letzten Jahren wurden qualifizierte, in der Lehre tätige Musiktherapeuten ebenfalls promoviert.

Einige dieser Arbeiten sollen exemplarisch genannt werden, da bei ihnen die methodische Entwicklungsarbeit im Mittelpunkt steht:

Bauers Arbeit "Schizophrene Patienten und musikalische Verständigung" (4) sucht nach Methoden, die die musikalische Verständigung von schizophrenen Patienten und gesunden Kontrollpersonen vergleichend beschreibbar machen. Können wir überhaupt davon ausgehen, dass schizophrene Patienten die musikalische Improvisation (affektiv-kognitiv) ähnlich "encodieren" wie Gesunde, d.h. auch, ob überhaupt ein gemeinsames Verständnis der Musik angenommen werden kann? Zur vergleichenden Messung benutzte Bauer die drei Qualitäten "fröhlich", "traurig" und "wütend" mit eigens dafür komponierten kleinen Musikstücken, die von den Patienten und Probanden angehört und beschrieben wurden. Diese externen Stimuli werden ähnlich identifiziert, sodaß davon ausgegangen werden kann, daß ein Patient musikalische Angebote des Therapeuten "verstehet".

Im Ausdrucksverhalten unterscheiden sich Patienten und Probanden. Es konnte gezeigt werden, daß Patienten die Tendenz haben, durchweg laut bzw. nicht sehr variabel in der Lautstärke, und auch in der Differenziertheit der Melodiebildung zu spielen. Die drei Gefühlsqualitäten werden ähnlicher gespielt als von Gesunden. Im Rhythmischen konnten Patienten besser differenziert die drei Gefühlsqualitäten ausdrücken. "Fröhlich" wurde von den Ratern signifikant besser bei den Gesunden erkannt, "wütend" bei den Patienten.

Diese Studie benennt also Probleme Schizophrener, sich musikalisch Wahrgenommenes anzueignen und im musikalischen Ausdruck wiederzugeben (siehe dazu auch die Arbeit von Messer(23)).

In einer weiteren Studie konnte gezeigt werden, dass sich die musikalische Wahrnehmung (in der hier angeordneten Testweise) nicht als differentiell Diagnosti-

12. Dezember 2003

kum zwischen Diagnosegruppen eignet, sehr wohl aber lieferte die Testung von Gesunden signifikant bessere Gesamtergebnisse (5). Im Testabschnitt "Tonfolgen" (ob in 30 Tonfolgenpaaren von 3-5 Tönen in der Wiederholung ein Ton anders war als in der ersten Tonfolge) schnitten die schizophrenen Patienten jedoch signifikant besser ab als die Patienten aus der Gruppe mit "anderen Diagnosen". Die klinische Relevanz dieses Resultates aus dem Bereich der Grundlagenforschung muß noch entwickelt werden.

Neben solchen experimentell orientierten Studien stehen methodisch differente qualitativ-hermeneutische Forschungszugänge zu musiktherapeutischen Gruppenimprovisationen mit psychiatrischen Patienten (24, 25). Hier werden spezifische methodische Zugangsweisen zum Erleben und zur Verarbeitung von musikalischer Erfahrung versucht, um die subjektive Fundierung des Erlebens von Musik zu erreichen (19).

Ebenfalls ein qualitativ orientiertes Forschungsprojekt stellt Risch (33) vor: er wertet Gruppenimprovisationen von psychiatrischen Patienten durch den Vergleich der Patientenäußerungen mit Beschreibungen der Musik durch externe Zuhörer aus.

Dass die praktische Substanz solcher detaillierter mikro-prozessualer Untersuchungen derzeit noch schwer auszumachen ist, stellt kein Gegenargument gegen die Notwendigkeit solcher Untersuchungen dar. Das Gegenteil dürfte zutreffen. Nur durch die Untersuchung therapeutischer Prozesse können die Grundlagen für eine rationale Begründung des Einsatzes von Musiktherapie geliefert werden. Dies bestätigt auch der umfassende Überblick über internationale Forschungsansätze von Wheeler (51).

Um die schon lange verfügbaren, aber meist disparat bestehenden Forschungswelten zu verknüpfen, haben wir seit 1989 einmal jährlich die "Ulmer Werkstatt für Musiktherapeutische Grundlagenforschung" etabliert, die sich verschiedensten Fragestellungen widmete. Zur Psychiatrie gab es in den vergangenen zehn Jahren einige Referate:

Steinberg (42) berichtete über die "Musikalische Grundfähigkeit und psychische Erkrankung". Schirmer (36) stellte ihren "Verlaufsbogen für die gruppenmusiktherapeutische Behandlung von psychiatrischen Patienten" in einer Themenwerkstatt zu Fragen der musiktherapeutischen Dokumentation vor. Schmidt (37) berichtete über Dokumentation und Analyse musikalischer Dialoge und deren Validierung in einer klinischen Gruppe von depressiven Patienten. Knothe und Reinhard (18) stellten erste Ergebnisse einer Verlaufsstudie über Musiktherapie innerhalb der komplexen Therapiekonzeption einer psychiatrischen Tagesklinik vor. Lodemann und Plum (20) beschrieben die Entwicklung des

12. Dezember 2003

Kommunikationsverhaltens des improvisierten Spielausdrucks und der Psychopathologie im Verlauf einer Gruppenmusiktherapie mit schizophrenen Patienten. Die 13. Werkstatt hatte nun explizit den Themenschwerpunkt "Psychiatrie", der zu der Gestaltung dieses Heftes der Zeitschrift führte.

4. Gedanken zur Indikation des Mediums Musik in der Psychiatrie

Behandlung und Begleitung eines psychisch erkrankten Menschen bedürfen unterschiedlichster und integrierter Ansätze. Mancher Praktiker setzt sich entschieden ein für die Bereitstellung auch musikalisch-künstlerischer Mittel. In der Musiktherapie geht es darum, den psychotischen Menschen, der durch Worte schwer erreichbar ist, aus seiner kommunikativen Isolierung herauszuholen. Hier scheint Musik als kommunikations- und erlebnisförderndes Medium geeignet zu sein.

In der aktiven Musiktherapie kommen Patient(en) und Therapeut musikalisch miteinander in Kontakt, durch die mögliche Gleichzeitigkeit der Töne kann dieser Kontakt sehr intensiv, von spürbarer Nähe sein. Das gemeinsame Spielen kann sogar Verschmelzungserlebnisse auslösen. Heilsam, nach De Backer (8) wird dieses lösende, oft zu beobachtende angstlösende Verschmelzen in der Musik jedoch nur dann, wenn der Abstand zwischen den Personen im anschließenden Gespräch auch wieder die Ebene der nicht fusionierten zwei (und mehr) Erwachsenen erfahrbar und reflektierbar macht. De Backer beschreibt wie auch Strobel (s. u.) und viele andere Musiktherapeuten weitere Ebenen, die in der Musik liegen, so z.B. deren Bedeutung als Übergangsobjekt, als intermediäres Objekt, die Analogie der erklingenden Musik zur Psychopathologie, die Synchronizität, die Bedeutung der partiellen Regression des Therapeuten, um sich der Erlebniswelt des Klienten anzunähern und sie in gewisser Weise mit ihm zu teilen, das Nicht-allein-Bleiben des Psychotikers mit seiner Kommunikationsmöglichkeit und Erfahrungswelt.

Zunächst aus der klinischen Erfahrung und Evidenz heraus wurden Überlegungen zur Indikation musiktherapeutischer Methoden in der Psychiatrie angestellt. Grundlegende Gedanken formulierte Strobel (44, zitiert aus 45). Er gibt Hinweise auf die spezielle Potenz des Mediums Musik: Symbiotische Nähe kann - symbolisch - zugelassen werden, ohne daß ein möglicher Identitätsverlust zu bedrohlich wird. Auf der Symbolebene kann der Patient das nach-vollziehen, was ihm bislang mangelte. Musiktherapeutische Improvisationen stellen in diesem Fall präverbal aufzufassende Kommunikationsbedingungen zur Verfügung, die in ihren Elementen ("Klang, Rhythmus, Tonlage, Melodie, Resonanz usw." S. 56) denen der Mutter-Kind-Dialoge ähnlich sind. "Klangliche Übergangsobjekte" ermöglichen die Trennung (S. 57).

12. Dezember 2003

Zur Erklärung der ja faszinierenden Ansprache und des Ausdrucks Schizophrener durch und mit Klangimprovisationen zieht Strobel unterschiedlichste Perspektiven heran. Erkrankte ziehen sich auf eine der beiden Ebenen - wortlos zurückgezogen klanglauschend oder gestelzt pseudointellektuell redend - zurück, sie brauchten diese Einseitigkeit, um double-bind-Botschaften zu entkommen, die für sie unlösbar wurden. Patienten aus erster Gruppe können im Klangraum sehr gut abgeholt werden, um sie dann immer weiter ins Wort zu führen; bei zweiter Gruppe wäre der Weg eher andersherum zu gehen. Für die erste Gruppe ist Strobel der Ansicht, daß sie das auditive Repräsentationssystem überwiegend nutzen und daher prädestiniert für einen Therapiebeginn mit Musik als Medium sind. Allein die Verwendung des präferierten Repräsentationssystem kann schon Vertrauen schaffen. Wenn andere Systeme (noch) blockiert sind, können Erfahrungen stellvertretend im auditiven System zuerst gemacht werden, so zum Beispiel die musikalische Berührung, ehe später vielleicht eine kinästhetische zugelassen werden kann. Falls Patienten nicht unter Blockaden, sondern unter Unterstimulation gelitten haben, können in jedem, also auch dem auditiven Kanal, Angebote für neue Eindrücke gegeben werden. In der Musik geht das besonders leicht durch Vor- und Mitmachspiele.

Im Grunde erlernen improvisierende Patienten eine Ausdrucksform, die qualitativ "weniger eindeutig" (und gerade durch die Redundanz für Menschen mit veränderter Wahrnehmungsfilterung von besonderem Erkennungswert), "plastischer, emotionaler und der Beziehungsebene näher" (S. 43) ist.

Um Aussagen über die Indikation von Musiktherapie machen zu können ist es notwendig, untersuchte Effekte zu betrachten und daraus abzuleiten, für welche Patienten oder für welche Symptomatik ein musiktherapeutisches Angebot indiziert ist. Klinisch besteht relativ große Übereinstimmung darin, daß Gruppenmusiktherapie bei Patienten mit ausgeprägter Minussymptomatik, mit Defiziten im Kontakt- und Sozialbereich indiziert ist. In ähnlicher Weise führt Smeijsters (40, S. 36ff) folgende durch Musiktherapie nachweisbar zu erreichende Therapieziele und damit die Indikation bei Depressiven auf: Steigerung der Befindlichkeit, der Stimmung, des Selbstwertgefühls, der Leistungsfähigkeit, Verringerung der Symptome. Bei schizophrenen Patienten nennt er Förderung des Empfindens und Ausdrückens von Gefühlen, der emotionalen Stabilität, des Selbstvertrauens, der Selbstwahrnehmung, des Sozialgefühls, der Kontaktfähigkeit, der Konzentration und der Aktivität. Deutlich wird in den von Smeijsters genannten Studien jedoch, dass eine einheitliche Semantik, was "Musiktherapie" genannt werden soll, nicht besteht; das Methodenspektrum reicht von freier Improvisation, strukturierter Improvisation, rezeptiver Musiktherapie, Gruppensingtherapie, bis zu Tranceübungen etc.

12. Dezember 2003

Eine Kontra-Indikation für Gruppenmusiktherapie besteht für Patienten mit akuter florider psychotischer Symptomatik.

5. Schlußbemerkung

Unsere leitende Utopie ist es, in der Psychiatrie Musik vielfältig und damit vielgestaltig einzusetzen, was sowohl patientengerecht als auch kostengünstig sein dürfte. Wir fordern, die behauptete spezifische Potenz der Musiktherapie, mit dem Medium Musik schnell innere Welten des Patienten zu berühren und Erfahrungsräume zu öffnen, klärend zu belegen. Effizienz- und Prozessforschung haben begonnen, müssen jedoch unbedingt weitergeführt und ausgebaut werden, da es noch allzu viele offene Fragen gibt. Nur so hat die Implementierung von Musik und deren therapeutische Nutzung in psychiatrischen Einrichtungen eine Zukunft.

6. Literatur

1. Aldridge D. Musiktherapie in der medizinischen Literatur (1983- 1990). Musikther Umsch 1994;15: 285-306.
2. Aldridge D. Musiktherapie in der Medizin. Forschungsstrategien und praktische Erfahrungen. Bern: Huber 1999.
3. Battegay R, Glatzel J, Pödlinger W, Rauchfleisch U. Handwörterbuch der Psychiatrie, Stuttgart: Enke 1984.
4. Bauer S. Schizophrene Patienten und musikalische Verständigung. Eine experimentelle Studie zum Vergleich musikalischer Repräsentation, Interaktion und Wahrnehmung von paranoid-schizophrenen Patienten und gesunden Kontrollpersonen. Ein Beitrag zur musiktherapeutischen Grundlagenforschung. Dissertation biol hum. Universität Ulm 1999.
5. Claußnitzer S. Musiktherapie in der Psychiatrie. Musikalische Wahrnehmung und musikalischer Ausdruck im Diagnosevergleich unter besonderer Berücksichtigung schizophrener Psychosen. Med Dissertation. Universität Düsseldorf 1999.
6. Courtright PS, Batimgartner M, Jordan J, Webster J. Dinner music: does it affect the behavior of psychiatric inpatients? J Psychosocial Nursing and Mental Health Services 1990; 28: 37-40.
7. Czogalik D, Bolay HV, Boller R, Otto H. Das Integrative Musiktherapie-Dokumentationssystem IMDoS: Zum Verbund von Forschung, Lehre und Behandlung im Berufsfeld Musiktherapie. Musikther Umsch 1995; 16: 108-25.
8. De Backer J. Der Übergang von der sensorischen Impression zur Proto-Symbolisierung (musikalische Form) in der Musiktherapie mit psychotischen Patienten. Vortragssammlung 13. Ulmer Werkstatt für Musiktherapeutische Grundlagenforschung 2001.
9. Eggers C, Lempp R, Nissen G, Strunk P. Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1989.
10. Engelmann I. Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken. Nervenarzt 1995; 66: 217-24.
11. Faust V. Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Stuttgart: Gustav Fischer 1995.
12. Freyberger HJ, Stieglitz RD, Hrsg. Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie. Basel: Karger 1996.
13. Haisch EO. Zur Historie der Behandlung Geisteskranker mit Musik. Nervenarzt 1974; 45: 50-3.
14. Helmchen H, Linden M, Rüger U, Hrsg. Psychotherapie in der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1982.

12. Dezember 2003

15. Herren-Pelzer S. Musiktherapie an der Psychiatrischen Ambulanz der Universität Ulm von 1983 bis 1988. In: Musik in Prävention und Therapie. Herren-Pelzer S, Sponholz G, Baitsch H, Hrsg. Langenau: Armin Vaas 1991.
16. Hintze T. Musiktherapie in der Psychiatrie aus der Sicht der Musiktherapeuten. Eine empirische Studie. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Technische Universität Berlin 1991.
17. Huber G. Psychiatrie: Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. Stuttgart, New York: Schattauer 1999.
18. Knothe K, Reinhard A. Musiktherapie innerhalb einer komplexen Therapiekonzeption einer Psychiatrischen Tagesklinik. Erste Ergebnisse einer Verlaufstudie. Vortragssammlung 11. Ulmer Workshop für Musiktherapeutische Grundlagenforschung 1999.
19. Langenberg M, Frommer J, Tress W. Qualitative Methodik zur Beschreibung und Interpretation musiktherapeutischer Behandlungswirkung. Musikther Umsch 1992; 13: 258-78.
20. Lodemann E, Plum FJ. Entwicklung des Kommunikationsverhaltens des improvisierten Spielausdrucks und der Psychopathologie im Verlauf einer Gruppenmusiktherapie mit schizophrenen Patienten. Vortragssammlung 11. Ulmer Workshop für Musiktherapeutische Grundlagenforschung 1999.
21. Loos GK. Spiel-Räume der Magersucht. Stuttgart: Gustav Fischer 1986.
22. Meschede H, Bender W, Pfeifer H. Musiktherapie mit psychiatrischen Problempatienten. Psychother Psychosom med Psychol 1983; 33: 101-06.
23. Messer C. Musiktherapie und Schizophrenie. Med Dissertation, Freie Universität Berlin 1998.
24. Metzner S. Tabu und Turbulenz: Musiktherapie mit psychiatrischen Patienten. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht 1999.
25. Metzner S. Ein Traum: Eine fremde Sprache kennen, ohne sie zu verstehen. Zur Evaluation von Gruppenimprovisationen. Musikther Umsch 2000; 21: 234-47.
26. Metzner S, Engelmann I. Musik, Therapie und Alltag in der gemeindepsychiatrischen Klinik. Musikther Umsch 1992; 13: 3-14.
27. Meyer W. We will rock you - Erfahrungen aus Rockprojekten mit verschiedenen Zielgruppen. Musikther Umsch 1998; 19: 72-84.
28. Musiktherapeutische Umschau, Themenheft "Forschung in der Musiktherapie". 1996; 17: 3-95.
29. Musiktherapeutische Umschau, Themenheft "Musiktherapie in der Altenarbeit". 1997; 18: 71-157.
30. Muthesius D. Gerontopsychiatrische Patienten mit Walkman? Musikther Umsch 1991; 12: 131-38.
31. Nissen F. Rockmusik mit jugendlichen psychiatrischen Patienten. Musikther Umsch; 19: 84-93.

12. Dezember 2003

32. Pfeiffer H, Wunderlich S, Bender W, Elz U, Horn B. Freie Musikimprovisation mit schizophrenen Patienten - Kontrollierte Studie zur Untersuchung der therapeutischen Wirkung. *Rehabilitation* 1987; 26: 184-92.
33. Risch M. Musiker, jeder für sich, alle auf der Suche... Eine qualitative Studie zum Problem der Beschreibung und Interpretation einer freien Gruppenimprovisation. *Musikther Umsch* 1994; 15: 87-96.
34. Risch M. Forschungsansätze zur Musiktherapie in der Erwachsenenpsychiatrie. *Musikther Umsch* 1996; 17: 88-95.
35. Schirmer H. Am Anfang war das Chaos - Strukturierungsprozesse einer Musiktherapiegruppe. *Musikther Umsch* 1991; 12: 308-25.
36. Schirmer H. Darstellung eines in Erprobung und Korrektur befindlichen Verlaufsbogens für die gruppenmusiktherapeutische Behandlung von psychiatrischen Patienten. *Vortragssammlung 5. Ulmer Workshop für Musiktherapeutische Grundlagenforschung* 1993.
37. Schmid S. Der musikalische Dialog mit depressiven Patienten. Die Implementierung einer Methode zur Dokumentation und Analyse musikalischer Dialoge und deren Validierung in einer klinischen Gruppe. *Dissertation biol hum, Universität Ulm* 1994.
38. Schmuttermayer R. Möglichkeit der Einbeziehung gruppenmusiktherapeutischer Methoden in die Behandlung von Psychotikern. *Psychiatrie, Neurologie, Medizin und Psychologie* 1983; 35: 49-53.
39. Smeijsters H. Musiktherapie bei Alzheimerpatienten. Eine Metaanalyse von Forschungsergebnissen. *Musikther Umsch* 1997; 18: 268-83.
40. Smeijsters H. Die therapeutische Wirkung der Musik - Ergebnisse der Forschung. In: *Musiktherapie in der klinischen Arbeit*. Müller L, Petzold HG, Hrsg. Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm: Gustav Fischer 1997.
41. Smeijsters H. *Grundlagen der Musiktherapie. Theorie und Praxis der Behandlung psychischer Störungen und Behinderungen*. Göttingen: Hogrefe 1999.
42. Steinberg R. *Musikalische Grundfähigkeit und psychische Erkrankung*. Vortragssammlung 3. *Ulmer Workshop für Musiktherapeutische Grundlagenforschung* 1991.
43. Stoffler C, Weis J. Musiktherapie bei psychiatrischen Patienten. Eine methodenkritische Übersicht der Forschungsliteratur (1980 - 1992). *Musikther Umsch* 1996; 17: 72-87.
44. Strobel W. Musiktherapie mit schizophrenen Patienten. Erfahrungen und Überlegungen. *Musikther Umsch* 1985; 6: 177-208.
45. Strobel W. *Reader Musiktherapie - Klanggeleitete Trance, musiktherapeutische Fallsupervision und andere Beiträge*. Wiesbaden: Reichert Verlag 1999.
46. *StudentInnenvertretung der Deutschen Gesellschaft für Musiktherapie eV, Hrsg. Studienlandschaft Musiktherapie: Inhalte - Qualifikationen*. Berlin 1995.

12. Dezember 2003

47. Tang W, Yao X, Zheng Z. Rehablitative effect of music therapy for residual schizophrenia. *Brit J Psychiatry* 1994; 165 (Supp 24): 38-44.
48. Thaut MH. The Influence of Music Therapy Intervention on Self-Related Changes in Relaxation, Affect and Thought in Psychiatric Prisoner Patients. *J Music Ther* 1989; 26: 155-66.
49. Timmermann T, Scheytt-Hölzer N, Bauer S, Kächele H. Musiktherapeutische Einzelfall-Prozeßforschung. Entwicklung und Aufbau eines Forschungsfeldes. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1991;41: 385-91.
50. Vogt-Schäfer K. Indikation in der Psychiatrie am Beispiel einer Berliner Klinik. *Musikther Umsch* 1991; 12: 185-91.
51. Wheeler B. Music therapy research. Quantitative and qualitative perspectives. Phoenixvill: Barcelona Publisher 1995.

12. Dezember 2003

7. Autorenanschrift

Studiengruppe Musiktherapie Ulm, Am Hochsträß 8, 89081 Ulm,
e-mail: oerter@-, scheytt@- oder kaechele@sip.medizin.uni-ulm.de