

DOI	10.1007/s00278-008-0644-4
Copyright	Springer Medizin Verlag – 2008

Übersichten

Musiktherapie in der Psychosomatik

Entwicklung und aktueller Stand

Hans Ulrich Schmidt^{1,2} · Horst Kächele²

¹ Zentrum für Musik und Musikpädagogik der Universität Augsburg, Leopold-Mozart-Zentrum, Augsburg

² Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg

³ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm

Korrespondenzadresse

Dr. Hans Ulrich Schmidt

Zentrum für Musik und Musikpädagogik der Universität Augsburg, Leopold-Mozart-Zentrum

Maximilianstr. 59

86150 Augsburg

ulrich.schmidt@phil.uni-augsburg.de

Zusammenfassung

Der Weg von einer sog. Heilhilfstherapie zu einem eigenständigen Verfahren oder einer Methode ist mühselig. Über eine Darstellung der historischen Aspekte wird die aktuelle Situation der Musiktherapie in der deutschen Psychosomatik diskutiert. Der Überblick über musiktherapeutische Behandlungsmethoden führt zu einer aktualisierten Darstellung des Standes der ergebnisrelevanten Forschung zur Musiktherapie in der Psychosomatik. Abschließend werden klinische Einsatzbereiche und die knifflige Frage einer speziellen Indikation in der Psychosomatik erörtert.

Schlüsselwörter

Musiktherapie · Geschichte · Psychosomatik · Forschung

Music therapy in psychosomatics

Development and current status

Abstract

It is a long way to the formal recognition of a so-called non-verbal mode of therapy that was long considered only as an additional intervention in complex forms of treatment. A historical overview of the development of music therapy in German psychosomatic medicine is followed by a detailed report of the diversities of present techniques in music therapy. Outcome research shows music therapy to be a richer and more diversified method than one would suppose. On this basis specific indications for the implementation of music therapy in medical settings are identifiable.

Keywords

Music therapy · History · Psychosomatics · Outcome research

Musiktherapie hat sich in den letzten zwei Dezennien von einer großen Vielfalt unterschiedlichster, nebeneinander stehender Ansätze und Konzepte zunehmend zu einer eigenständigen Therapierichtung entwickelt. Der Begriff „Musiktherapie“ ist zunächst eine summarische Bezeichnung für unterschiedliche musiktherapeutische Konzeptionen, die sich vorwiegend als psychotherapeutische Tätigkeit verstehen. Laut der Deutschen Gesellschaft für Musiktherapie ist Musiktherapie der „gezielte Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit“. Aktuell wäre im Einzelnen nachzuweisen, ob Musiktherapie laut Definition des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie auch nach dessen Kriterien ein psychotherapeutisches Behandlungsverfahren, eine psychotherapeutische Behandlungsmethode oder beides darstellt.

Das große Angebot musiktherapeutischer Aus- und Weiterbildungen im Rahmen staatlicher und privater Ausbildungsgänge spiegelt jedoch nach wie vor nicht den Forschungsstand wider, der nötig wäre, Musiktherapie insbesondere innerhalb der Disziplinen Medizin und klinische Psychologie substanziell zu verankern. Dies geht aus einem Übersichtsreferat

neueren Datums hervor: „Zur Darstellung der Wirksamkeit des therapeutischen Vorgehens wurden in der deutschsprachigen Musiktherapie zunächst qualitative Fallstudien bevorzugt, während im angloamerikanischen Bereich Forschung mit kontrollierten Studien von Anfang an Teil der musiktherapeutischen Tätigkeit war“ ([Pesek 2005](#), S. #).

Anfang der 90er Jahre führte die Metaanalyse von Grawe et al. ([1994](#)) nur drei randomisiert kontrollierte musiktherapeutische von insgesamt 897 untersuchten psychotherapeutischen Studien auf und konnte „nur zu einem negativen Urteil über die Wirksamkeit von Musiktherapie kommen“ ([Pesek 2005](#), S. 1). Seitdem ist allerdings eine deutliche Zunahme interessanter sowohl qualitativ als auch quantitativ ausgerichteter deutschsprachiger und angloamerikanischer bzw. skandinavischer Studien zu verzeichnen. Auf die zunehmende Wichtigkeit störungsspezifischer Behandlungskonzepte auch für die Musiktherapie weisen Kächele et al. ([2002](#)) hin.

Die berufsrechtliche Positionierung der Musiktherapie ist nach wie vor nicht verbindlich geregelt. Dies spiegelt sich einerseits in der relativ schlechten Bezahlung im stationären psychiatrisch-psychosomatischen Sektor, andererseits in der nach wie vor völlig unzureichenden Verankerung der Musiktherapie im ambulanten Bereich wider (z. B. [Kächele et al. 2003](#)). Um die Musiktherapie insbesondere „nach außen“ zu stärken, haben sich 2008 die beiden großen deutschen musiktherapeutischen Fach- und Berufsverbände Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie (DGMT) und Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in Deutschland e.V. (BVM) gemeinsam mit dem Nordoff-Robbins-Förderverein zur Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft (DMtG) zusammengeschlossen.

Musiktherapeutische Verfahren innerhalb der Psychosomatik sind in Deutschland in relativ vielen Akut- und Rehabilitationskliniken in den allgemeinen Behandlungskontext als vorwiegend tiefenpsychologisch-psychotherapeutische Methode integriert. Musiktherapeuten sind dort – häufig in Teilzeitverhältnissen – in multiprofessionelle Teams eingebunden. Sowohl Einzel- als auch Gruppentherapie haben einen Stellenwert. Außer mit aktiver und rezeptiver Musiktherapie und der Kombination von Musiktherapie mit Entspannungsverfahren arbeiten Musiktherapeuten gelegentlich auch körpertherapeutisch oder führen Paar- oder Familiengespräche. Der aktiven Musiktherapie mit dem Mittel der freien Improvisation, angelehnt an die Arbeit mit freier Assoziation innerhalb analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Verfahren, kam in der Entwicklung der deutschen

Musiktherapie eine besondere Rolle zu ([Decker-Voigt 1996](#); [Jahn-Langenberg u. Schmidt 2001](#); [Timmermann 2004](#)).

Historische Aspekte zur Musiktherapie in der deutschen Psychosomatik

Wegbereiter der Musiktherapie im deutschsprachigen Raum waren oft musikliebende Ärzte, die Musik in die Krankenversorgung einzubeziehen suchten (z. B. [Strobel u. Huppmann 1978](#)). Ein Ziel war dabei, Patienten aus einer „Medizinkonsumentenhaltung“ herauszulocken. Gemeinsames Singen konnte – ungerichtet angeboten – gute Ergebnisse erzielen. Verfahren wie das musikalisch-katathyme Bilderleben nach Leuner und Nerenz gehören zu den Vorläufern, in denen Musik dem Erschüttern, Anrühren und Lockern von Gefühlen dient, um diese dann in psychotherapeutischen Gesprächen weiter aufzuarbeiten. Erste „Gehversuche“ mit singen, musizieren, Musik hören und Musik malen wurden in Tiefenbrunn durchgeführt. Erste Behandlungen setzten sowohl am hören, Austausch, aktiven Musik machen sowie auch am Atem und Leib spüren an. So scheinen bereits in der Frühzeit deutscher Musiktherapie mögliche spezifische Bausteine im Sinne psychosomatischer Behandlung umgesetzt worden zu sein (übrigens in einer internistischen Praxis).

In Wien und Leipzig kristallisierten sich professionell bedeutsame Entwicklungen der heutigen psychodynamisch-orientierten Musikpsychotherapie heraus. Der Wiener Lehrgang – 1959 von Alfred Schmözl gegründet (heute als universitäres Hochschulstudium verankert) – war von Anfang an durch die Zusammenarbeit mit der universitären psychiatrisch-psychosomatischen 16-Betten-Station unter Erwin Ringel gekennzeichnet. 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](#)).

Wichtiger Wegbereiter von ärztlicher Seite war hier später der Arzt und Psychotherapeut Peter Gathmann ([Gathmann et al. 1988](#); [Gathmann 2001](#)).

In Leipzig förderte Christa Kohler als Abteilungsleiterin für Psychotherapie die von Christoph Schwabe entwickelte „regulative Musiktherapie“ ([Schwabe 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 DDR, prägte mit seiner konsequenten methodologischen Ausrichtung damals wie heute die Ausbildungsangebote in regulativer Musiktherapie, aktiver Gruppenmusiktherapie und weiteren Methoden.

Gertrud Katja Loos, eine „Urmutter“ der westdeutschen Musiktherapie, beschreibt ihre Anfänge 1972 in Berlin-Spandau unter Harm Willms. (Zunächst gab es dieses Angebot nur in der Psychiatrie. Willms richtete ab 1975/1976 dann auch in der Psychosomatik Musiktherapie ein; briefl. Mitteilung 12/2002; [Loos 2000](#)). Als ausgebildete Musikerin mit Lehranalyse betreute sie eine Neurotiker- und eine Psychotikergruppe mit der Erwartung der behandelnden Ärzte, dass Musik „immer gut“ sei und Patienten so wenigstens beschäftigt würden. Loos entwickelte neue Wege, einerseits das Körpererleben durch Improvisation zu fördern, andererseits auch das verbale Reflektieren in die musiktherapeutische Arbeit einzubeziehen. Mit der Beschreibung einer musiktherapeutischen Behandlung mit einer anorektischen Patientin im Einzelsetting legte sie wichtige Bausteine einer tiefenpsychologisch-psychodynamischen Musiktherapiemethodik (s. dazu [Loos 1986](#)). Willms, Arzt und Psychotherapeut, der sich früh mit der Indikations- und insbesondere Kontraindikationsfrage musiktherapeutischer Behandlung beschäftigte ([Willms 1975](#)), darf sicherlich als einer der wichtigen ärztlichen Wegbereiter der Musiktherapie innerhalb Deutschlands gelten.

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

Im Jahr 1975 begann der Arzt und Kirchenmusiker Wolfgang Schroeder musiktherapeutisch zu arbeiten ([Schroeder 1995](#)). Seit 1980 etablierte er in Zwesten reguläre Angebote für Musiktherapie. Sein Buch *Musik – Spiegel der Seele. Eine Einführung in die Musiktherapie* ([Schroeder 1995](#)) kann auch Patientinnen als gute Informationsquelle dienen. 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

von Beginn an konzeptionell Mal- und Musiktherapie in den Gesamtbehandlungsplan ein ([Janssen 1982](#)).

Im Jahr 1980 nahmen Musiktherapeuten in Zwesten, in Bad Honnef und 1984 in der Henriettenstiftung, Hannover, ihre Tätigkeit auf. Wichtige Pionierarbeit leisteten Decker-Voigt und Escher im Nachbarland Schweiz mit der Etablierung und der dauerhaften Integration musiktherapeutischer Behandlung in einer Klinik für innere Medizin ([Decker-Voigt 1994](#)).

Im Gegensatz zur Musiktherapie in der Psychiatrie ([Engelmann 1995](#); [Oerter et al. 2001](#)) gab es bis vor Kurzem noch keine Darstellung zur Lage der Etablierung der Musiktherapie in der Psychosomatik. Kächele et al. ([2003](#)) führten eine diesbezügliche Erhebung durch, aus der sich folgendes Fazit ergab: Musiktherapie ist in der Psychosomatik in Deutschland in relativ vielen Kliniken im allgemeinen Behandlungskontext und dort vorwiegend als tiefenpsychologisch-psychotherapeutische Methode integriert. Musiktherapeuten sind meist in multiprofessionelle Teams eingebunden, oft jedoch in ihrer jeweiligen Institution als Einzige dieser Profession tätig. Kritisch muss festgehalten werden, dass die berufsrechtliche Positionierung noch nicht sehr verbindlich geregelt worden ist. Sowohl Einbindung in das Klinikkonzept als auch Ausstattung (Instrumente, geeignete Räume etc.) sind sehr unterschiedlich und dabei in der Regel von der leitenden Person abhängig.

Musiktherapeutische Behandlungsmethoden

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

Im therapeutischen Prozess dient laut Hegi-Portmann et al. ([2006](#)) Musik als:

- präsentatives Symbol,
- Bedeutungsträger,
- Bewegung,
- Verbindung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft sowie
- Kommunikation.

Die oft verwendete Kennzeichnung von Musiktherapie als „nonverbales Verfahren“ ist mehr als unglücklich. Sprechendes Handeln ist für die Herstellung einer therapeutischen Beziehung auch in der Musiktherapie unerlässlich. Deshalb ist die Idee eines Gegensatzes von „verbaler“ und „nonverbaler“ Therapie ein unglückliches Konstrukt ([Kächele u. Scheytt 1990](#)). Sie verkennt, dass explizit nonverbales Geschehen, wie es in Musik- oder Kunsttherapie instrumentalisiert wird, immer in jene dialogischen Prozesse eingebettet ist, die für die Herstellung einer therapeutischen Beziehung unerlässlich sind. Sprache in der Musiktherapie dient insbesondere der Verbalisierung und der Reflexion des musikalischen Geschehens.

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

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

Neben den spezifischen musiktherapeutischen Wirkfaktoren gilt die Qualität der therapeutischen Beziehung auch in der Musiktherapie als wichtigster therapeutischer Wirkfaktor ([Kächele 2007](#)). Willms, einer der „Gründerväter“ der westdeutschen Musiktherapie, dem zwar der kreative Prozess insbesondere des aktiven Musizierens wichtig erschien, wies für die Gruppenmusiktherapie bereits früh auf die psychodynamische Bedeutung des Produzierens und der Interaktion innerhalb der Gruppe und/oder mit dem Therapeuten hin ([Willms 1975](#)).

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

Musiktherapeutische Behandlungsmethoden im Einzelnen sind z. B.:

- Improvisation,
- Gestaltung von Liedern,
- Übungen zu Körperwahrnehmung und Bewegung,
- Rollenspiele,
- imaginatives Klangerleben und
- Hantieren mit Instrumenten.

Willms (1975) formulierte als Psychoanalytiker für die Musiktherapie die in der **Infobox 1** zusammengefassten therapeutischen Ziele.

Folgende musiktherapeutische Orientierungen werden gegenwärtig überblickend zusammengefasst:

- tiefenpsychologische Musiktherapie,
- integrative Musiktherapie,
- verhaltensorientierte Musiktherapie,
- schöpferische Musiktherapie,
- Orff-Musik-Therapie,
- GIM,
- regulative Musiktherapie,
- musiktherapeutisches Entspannungstraining,
- neurologische Musiktherapie und
- musikmedizinische Therapie.

Forschungsprojekte und -ergebnisse

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

Nach wie vor besteht eine Diskrepanz zwischen immer stärkerer Etablierung musiktherapeutischer Verfahren in (stationärer oder ambulanter) Versorgung und Ausbildung und dem notwendigen Vorliegen systematischer Studien zu Grundlagen- und Anwendungsforschung in der Musiktherapie. Während allerdings noch vor gut zehn Jahren

in den Reihen der Musiktherapeuten oftmals deutliche Vorbehalte gegenüber empirischer und insbesondere quantitativ ausgerichteter Forschung bestanden, wurden diese nicht zuletzt durch das Forschungsgutachten zum Psychotherapeutengesetz zunehmend infrage gestellt. Meyer et al. (1991) hatten bemängelt, dass zum damaligen Zeitpunkt für die gesamte Musiktherapie nur drei Untersuchungen aus der Psychiatrie vorlagen, in denen die Wirksamkeit von Musiktherapie in einem kontrollierten Design geprüft worden war. Auch dort jedoch machten es methodische Anlage und Forschungsaufwand nicht möglich, auch nur annähernd gesicherte Aussagen zur Wirksamkeit von Musiktherapie zu machen. Insofern seien Antworten auf 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 (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 darauf hinweisen, dass vorrangig unspezifische Wirkfaktoren wie z. B. die Passung von Patient und Therapeut für die Effekte von Psychotherapie verantwortlich sind.

Wosch u. Frommer ([2002a](#)) weisen ermutigend darauf hin, dass die Musiktherapie als ein in seiner akademischen Etablierung inzwischen vorangeschrittenes Fach mittlerweile durchaus eigene Forschungspotenz aufweise. Dabei spiele die Entwicklung von musiktherapeutischen Einzelfallprozessforschungsdesigns sowohl mit qualitativer als auch quantitativer Ausrichtung eine zentrale Rolle. Der Versuch der Erfassung von Spielmustern bis hin zu kleinsten emotionalen Bewegungen (z. B. [Wosch u. Frommer 2002a](#); [Wosch u. Frommer 2002b](#); [Inselmann u. Mann 2000](#); [Inselmann 2007](#)) könnte hilfreich sein, den Stellenwert musiktherapeutischer Behandlung im Kanon verschiedener Behandlungsansätze gerade für die Psychosomatik genauer zu fassen. Wosch u. Frommer ([2002b](#)) verweisen in diesem Zusammenhang 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 – ggf. in Kombination mit qualitativen Elementen – auch quantitativ vorgehen.

Eine von Dileo u. Bradt ([2005](#)) für zwölf Bereiche durchgeführte Metaanalyse zur Effektivität musiktherapeutischer Behandlung bezieht das Feld der Psychosomatik nicht explizit, wohl aber z. B. in den Bereichen „Rehabilitation“ und „Schmerz“ ein. Gute musiktherapeutische Behandlungseffekte beschreibt sie z. B. für die Schmerzbehandlung insbesondere bei Kindern. Wichtig sei dabei unter anderem, Schmerz in eine Art „musikalischen Sound“ zu übersetzen (pers. Mitteilung von Cheryl Dileo auf dem 10. Weltkongress für Musiktherapie in Oxford).

Ein perspektivisch wichtiges psychosomatisches musiktherapeutisches Forschungsfeld stellt zunehmend die Onkologie dar: Neben einer Metaanalyse ([Bradt u. Dileo 2005](#)) existiert ein umfassendes systematisches Review ([Rose et al. 2004](#)). Hier werden z. B. Fragen zu Lebensqualität, Angst, Depression oder Schmerzbewältigung berührt.

In einer neueren Metaanalyse musiktherapeutischer Interventionsstudien von 1990 bis 2004, in die 69 kontrollierte (n=3146) und 56 Vortest-Nachtest-Studien (n=1260) eingingen, gibt Pesek ([2005](#)) für alle Studien eine Effektstärke von 0,82 für aktive und 0,74 für rezeptive Musiktherapie an. Sie weist darauf hin, dass von 25 Studien aus dem deutschsprachigen Raum 15 aus den Jahren 2000 bis 2004 stammen. Argstatter et al. ([2007a](#)) erwähnen, dass sich der Fokus musiktherapeutischer Forschung von Einzelfallstudien zu klinisch kontrollierten Studien hin verlagert habe und vermehrt Reviews sowie Metaanalysen erscheinen würden. In ihrem systematischen Review musiktherapeutischer Metaanalysen verzeichnet sie 14 Metaanalysen und systematische Reviews, die mit einer Ausnahme aus den letzten 10 Jahren stammen.

Neben der Metaanalyse von Bradt u. Dileo ([2005](#)) können zwei weitere mittelbar mit dem Begriff „Psychosomatik“ in Zusammenhang gebracht werden: Pelletier ([2004](#)) beschreibt unter dem Fokus Stressreduktion – allerdings inkonsistente – Effektstärken für rezeptive Musiktherapie und musikunterstützte Entspannung. Bradt u. Dileo ([2005](#)) beschreiben Angstreduktion und Veränderung physiologischer Parameter unter vornehmlich rezeptiver Musiktherapie für kardiologische und intensivmedizinische Patienten.

Pesek ([2005](#)) schlüsselt in ihrer Metaanalyse auf, wie viele der untersuchten Studien sich im Hinblick auf die vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie 2002 definierten Anwendungsbereiche im engeren Sinne auf Psychosomatik beziehen: Vierzehn Studien

fallen unter „psychosomatische Medizin“ (kardiovaskuläre Erkrankungen, funktionelle gastrointestinale Erkrankungen, Asthma, Tinnitus, „chronic obstructive pulmonary disease“), 13 unter „chronischen Schmerz“ (Rheuma, Kopfschmerz, Migräne, Rückenschmerzen). Überwiegend wurde rezeptive Musiktherapie angewendet. Bei der Untersuchung einzelner für die Effektstärkenberechnung zugrunde gelegter „besonders therapiespezifischer Variablen“ stellt Pesek (2005, S. 12) mit einer Effektstärke von 0,78 die Variable „musikalisches und kommunikatives Verhalten“ heraus und verweist hier auf eine Studie von Danner u. Oberegelsbacher (2001). Diese untersuchten katamnestisch die Frage nach unspezifischen und spezifischen musiktherapeutischen Wirkfaktoren an psychosomatischen Patienten. Dabei fanden sie bei 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 mithilfe der Musik,
2. aktives musikalisches Beziehungsangebot des Musiktherapeuten sowie
3. musiktherapeutisches Durcharbeiten und Möglichkeit zur musiktherapeutischen Transformation.

Dabei erklärt der erste Faktor bereits 42% der Varianz.

Die höchsten Effektstärken beschreibt Pesek (2005) für die Variable „chronischer Schmerz“ (0,98), die niedrigste für akuten Schmerz (0,46). Müller-Busch u. Hoffmann (1997) fanden für 12 Schmerzpatienten mit Fibromyalgie, chronischer Polyarthritits und muskuloskeletalen Beschwerden sowohl eine Verminderung der Schmerzintensität als auch eine Verbesserung der schmerzbedingten Funktionseinschränkungen nach Behandlung mit Musiktherapie nach Nordoff/Robbins. Hillecke et al. (2004) stellen aus 25 musiktherapeutischen Studien zum Thema Schmerz zwischen 1986 und 2002 vor allem drei mögliche Auswirkungen musiktherapeutischer Behandlung heraus:

- Verringerung der Schmerzstärke,
- Verbesserung des Schmerzerlebens und der Schmerzbewältigung sowie
- Verbesserung in den Komorbiditäten (z. B. Angst, Depression).

Optimistisch schlussfolgern sie: „Die vorhandenen Wirksamkeitsnachweise lassen auf eine zukünftige Etablierung in der Schmerzbehandlung hoffen“ (Hillecke et al. 2004, S. 92).

Zu einigen musiktherapeutischen Behandlungsfeldern (chronischer, nichtmaligner Schmerz; Migräne bei Kindern; Tumor-, Schmerz- und Nierenerkrankungen) liegen bereits Buchveröffentlichungen zu „evidenzbasierter Musiktherapie“ vor ([Hillecke 2005](#); [Leins 2006](#); [Wormit 2008](#)).

Die folgende Auswahl einzelner Forschungsbeiträge soll exemplarisch konkrete Ergebnisse wiedergeben; sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

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 unter anderem exakter Diagnostik, therapeutischer Zielsetzung, mehrstufiger Protokollierung sowie theoretisch fundierter beschreibender Darstellung. Den diagnostischen Wert musikalischer Dialoge beschrieben schon Timmermann et al. ([1991](#)), später z. B. Jahn-Langenberg u. Schmidt ([2001](#)). Auch wenn hier Weiterentwicklungen z. B. in der Frage geeigneter Dokumentationsmodelle stattfanden, wird der Forderung nach einer generellen ([Bräutigam 1978](#); [Janssen 1982](#)) und differenziellen musiktherapeutischen Indikation für psychosomatische Patienten nach wie vor primär durch klinische Beobachtungen und nicht aufgrund von Kriterien nachgekommen, die aus systematischen Untersuchungen gewonnen wurden. Ein gutes Beispiel für diese Diskrepanz liefern die eindrucksvollen musiktherapeutischen Behandlungsberichte von Loos ([1986](#); [Loos 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.

Mit diesem Forschungsstand befindet sich die Musiktherapie allerdings in guter Gesellschaft: Auch die Therapeuten der etablierten Psychotherapieverfahren, z. B. der sog. Richtlinienverfahren, treffen ihre Indikationsentscheidungen auf der Grundlage des klinischen Eindrucks in den probatorischen Sitzungen, und auch für eine differenzielle Indikationsentscheidung fehlen empirisch fundierte Indikationskriterien (z. B. [Eckert 2004](#)).

Ein interessantes Einzelfalldesign beschreiben Vanger et al. ([1995](#)): Über 12 Sitzungen wurden die jeweils letzten 60 s der musiktherapeutischen Improvisation mit einer 22-jährigen Patientin mit Morbus Crohn von vier unabhängigen Ratern in der Vorstellung eingeschätzt, dass sich ein für diese Patientin gesprächsdiagnostisch ermittelter Trennungskonflikt auch in der Musik widerspiegeln würde. Mithilfe eines Musiktherapiekodiersystems 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) mithilfe ihrer Forschungsmethodik mit inhaltsanalytischer Auswertung von musiktherapeutischen Beschreibungsprotokollen.

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

In seiner Untersuchung werden unterschiedliche Emotionsabschnitte mit entsprechender Veränderungsdynamik auf zeitlich engstem Raum sowie ein emotionales Verlaufsprofil über einen Behandlungszeitraum von drei Monaten mithilfe der Clusteranalyse aus 41 Ratings ermittelt. Mit einer solchen Methode könnten neben den musiktherapeutischen Binnenprozessen auch eventuell parallel stattfindende Therapieverfahren etwa innerhalb des Settings in einer psychosomatischen Klinik untersucht werden, um z. B. – wie Grawe et al. (1994) es vorschlagen – etwas über einen möglichen Stellenwert von Musiktherapie als „komplementäres Behandlungsverfahren“ oder mögliche der Musiktherapie als solcher eigene Emotionsverläufe auszusagen.

Interessant erscheint die zunehmende musiktherapeutische Behandlung von Patienten mit chronischem Tinnitus (Argstatter et al. 2007b). Die Autoren beschreiben eine Überlegenheit musiktherapeutischer Behandlung gegenüber etablierten Verfahren wie der Tinnitus-Retraining-Therapie.

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 miterfasst. Diese Gegebenheiten erschweren naturgemäß die Aussagefähigkeit, z. B. bei der Frage, wie weit die erzielten Effekte auf die musiktherapeutische Behandlung zurückzuführen sind.

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) sowie schizophrenen 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, BSF) Parameter für aktive vs. rezeptive Musiktherapie. Rezeptive Musiktherapie wirkte dabei eher introspektionsfördernd, während die aktive Form als Herausforderung erlebt wurde und entsprechend Stimmungsaufhellung sowie Aktivierung nach sich zog.

In einer eigenen Untersuchung verglich Schmidt ([1995](#); [Schmidt 2002](#)) innerhalb eines Gesamtkollektivs 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 geringes Gefühlserleben, dabei vor allem kaum aggressive Gefühle und insgesamt eine eher abnehmende stimmungsverändernde Wirkung der Musiktherapie an. Schmidt postulierte 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 u. Shimshoni ([2000](#)) untersuchten in einer Pilotstudie über 14 Tage 68 stationäre Neurodermitis- und Psoriasispatienten, von denen ein Teil neben dem stationären Standardsetting über 90 min 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 Kratzstimulus und insgesamt eine Abnahme des Krankheitsschweregrades. Der Effekt war interessanterweise für die Psoriasispatienten stärker als für diejenigen mit Neurodermitis.

Smeijsters ([1997a](#)) bezieht sich in einer interessanten Arbeit auf eine Studie von Röhrborn u. 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).

Aldridge ([1999](#)) setzt sich in einer Übersichtsarbeit zum Stellenwert der Musiktherapie in der Medizin, in der der Psychosomatik vergleichsweise wenig Raum zukommt, mit musiktherapeutischer Behandlung und Forschungsperspektiven bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen auseinander.

Weiterführend dürften Untersuchungen der Veränderungen biologischer Parameter sein: Müller ([1994](#)) berichtete für eine kleine Gruppe von sechs aktiv gruppenmusiktherapeutisch behandelten Patienten eine positive Beeinflussung der Immunkompetenz (Anstieg von Immunglobulinen der Klasse A im Speichel) auch dann, wenn eine negativ getönte Stimmung bzw. ein 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 weist auch Aldridge ([Aldridge et al. 1990](#); [Aldridge 1999](#)) hin. Er berichtet z. B. von einer mit Kollegen durchgeführten Studie, in der durch das Anpassen des Gesangs 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 Alzheimer-Demenz. Zum Stand der Musiktherapieforschung bei dieser Erkrankung geben ebenfalls Aldridge ([1999](#)) und Smeijsters ([1997b](#)), Letzterer in einer Metaanalyse quantitativer Effektstudien, einen Überblick. Aldridge ([1999](#)) bezeichnet die Musiktherapie gerade für demente Patienten als solche als ein empfindliches Auswertungsinstrument bezüglich kognitiver Fähigkeiten in Ergänzung zu den gängigen Tests. Smeijsters ([1997b](#)) stellt in seiner Auswertung 23 Kriterien auf (z. B. Forschungsart, Design, Vergleichbarkeit von Gruppen etc.), die er auf Studien mit unterschiedlichen Behandlungszielen anlegte (z. B. Agitiertheit, soziales, kognitives, musikalisches Verhalten).

So wurde z. B. in zwei Studien eine signifikante Abnahme des agitierten Verhaltens beschrieben. Für eine Studie testiert Smeijsters eine signifikante Zunahme sozialen Verhaltens, für eine andere eine signifikante Verbesserung im sprachlichen Teil des Mini-Mental Status Questionnaire. Das Design der meisten untersuchten Studien (insgesamt neun) hätte wissenschaftlichen Untersuchungsstandards genügt. Nur in einer Untersuchung habe eine Kontrollgruppe gefehlt. Für weitere Studien gibt Smeijsters ([1997b](#)) die Anregung, zum einen klar zwischen Musikanwendung und Musiktherapie zu unterscheiden, zum anderen insbesondere zu untersuchen, inwiefern nichtmusikalische Variablen der Person des Therapeuten wirksam sind.

Vielversprechende 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 einen höheren 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 im Krankheitsverhalten.

Hodenberg betreute im Rahmen eines Forschungsprojektes von Verres u. Klusmann ([1998](#)) sterbende Patienten musiktherapeutisch. Die Autoren stellen überzeugend dar, dass Musiktherapie als ein integraler Bestandteil der psychosomatischen Grundversorgung relevant ist und in dieser Funktion gerade im Palliativbereich hilfreich eingesetzt werden kann.

Klinische Einsatzbereiche

Einen guten Überblick über aktuelle musiktherapeutische Arbeitsfelder geben Wormit et al. ([2007a](#)). Dieser zeigt, dass Musiktherapie am häufigsten in der psychiatrischen und der psychosomatischen Versorgung angewendet wird.

Bei psychosomatischen Patienten fördert Musik offensichtlich unter anderem sozial kommunikative Fähigkeiten und emotionalen Ausdruck ([Kächele et al. 2003](#)). Sondermann ([1997](#), S. #) formuliert in einem Lehrbuch der Psychosomatik: „Die Musiktherapie geht (hier) davon aus, dass der Patient in der freien Gestaltung des Klangmaterials seiner unbewussten Lebensmethode folgt und so seelische beziehungsweise psychosomatische Wirkungsmechanismen deutlich werden. Es lässt sich mit den Äußerungen von Unbewusstem

in Träumen oder Fehlleistungen vergleichen.“ In der Psychosomatik wird Musiktherapie z. B. bei Essstörungen, somatoformen Störungen (etwa funktionelle Schmerzstörungen), Psychosomatosen (Tinnitus, Migräne, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen), Angststörungen und Depressionen eingesetzt. In somatopsychischer Hinsicht spielt der Einsatz bei Krebs und chronischen Erkrankungen (z. B. Dialyse) eine immer wichtigere Rolle, hier z. B. mit den Zielpunkten der Schmerzreduktion und der Verbesserung der Lebensqualität ([Schulz-Kindermann et al. 2006](#); [Wormit et al. 2007a](#); [Wormit et al. 2007b](#)). Aldridge (1999) erwähnt rheumatische Erkrankungen und multiple Sklerose.

Ein wichtiger neuer Behandlungsfokus liegt auf der Prävention mit z. T. auch niedrigschwellig psychotherapeutischen Behandlungsangeboten (z. B. Primär- und Sekundärprävention bei koronaren Herzerkrankungen).

Eine zunehmende Rolle spielen neben onkologischen ([Rose et al. 2004](#)) auch neurologische Erkrankungen ([Jochims et al. 2003](#); [Thaut et al. 2004](#); [Leins u. Thaut 2007](#)) für musiktherapeutische Behandlungsangebote in Prävention und Rehabilitation. In der neurologischen Rehabilitation liegt der Fokus auf der Verbesserung der sensorischen, motorischen und kognitiven Funktionen, dem Aufbau von interpersoneller Interaktion sowie emotionaler Stabilisierung. Musiktherapie wird hier auch bei klinischen Bildern eingesetzt, die prognostisch und psychotherapeutisch-behandlungstechnisch als problematisch gelten (Koma). Ein von der damaligen DGMT herausgegebener *Indikationskatalog Musiktherapie in der Neurologischen Rehabilitation* ([Baumann et al. 2006](#)), der zunehmend auch von Ärzten rezipiert wird, verdichtet die diesbezüglichen musiktherapeutischen Erfahrungen zu vorläufigen Behandlungsleitlinien. Als spezifische Behandlungsfelder in der neurologischen Rehabilitation führen Baumann et al. (2006) Wachkoma, Frührehabilitation, multiple Sklerose, Morbus Parkinson und Schlaganfall an.

In der Psychiatrie erfolgt der Einsatz vorwiegend bei psychotischen, Borderline- und geriatrischen Patienten sowie Suchtkranken. Bei psychiatrischen Patienten spielen z. B. Beziehungsgestaltung, Kommunikations- und Konzentrationsförderung eine Rolle ([Oerter et al. 2001](#)).

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen Behandlungsziele z. B. in der Erweiterung von Handlungsspielräumen und Ausdrucksmöglichkeiten ([Haffa-Schmidt 1999](#)). Auf die wichtige Abgrenzung zur Pädagogik weisen aktuell Timmermann u. Schmidt (2007) hin.

Indikationen

Indikation in einer psychotherapeutischen Klinik, so Weymann ([Weyman 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 u. Clarkin ([1990](#)) haben für dieses Schlüsselproblem jeder Therapie ein „Modell differenzieller 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 ganz besonders, da sich das Feld der Musiktherapie (als einer im Vergleich zu anderen Therapieformen eher jüngeren „Disziplin“) noch immer in erheblichem Maß im Prozess der Etablierung befindet und weitgehend von der Verfügbarkeit von entsprechend geschulten Musiktherapeuten 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 u. Hessel ([1996](#), S. 228) empfehlen die Anwendung von Musik zu Heilzwecken; sie schlagen vor:

- a) rezeptive Musiktherapie anzuwenden, um Entspannungsprozesse zu fördern und Fantasien anzuregen sowie
- b) aktiv-produzierende Musiktherapie anzuwenden, um den Patienten zum Spielen zu animieren und interaktionelle Prozesse in Gang zu bringen.

Theoretisch weiter und psychoanalytisch subtiler begründet und von Winnicotts Konzept des Übergangsraums inspiriert, diskutiert Janssen ([1982](#)) 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 u. Janssen ([1987](#)) die besondere Rolle von musiktherapeutischen Angeboten im Kontext eines integrativen (stationären) Angebots 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 ihrem Selbsterleben in größerer Angstfreiheit zuzuwenden und ihren Fantasiebereich auf der Ebene der Grundstörung wiederzuentdecken.

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

Allerdings sind auch skeptische Stimmen bezüglich einer generalisierenden Indikationsaussage zur Musiktherapie zu vernehmen: 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).

Von einer ausschließlich störungsbezogenen Indikationsstellung haben die etablierten Therapieverfahren seit Langem Abstand genommen. Folgt man dem empirisch fundierten „allgemeinen Modell von Psychotherapie“ ([Orlinsky u. Howard 1987](#)), dann ist der Erfolg einer Psychotherapie nicht allein von der Störung, sondern von mindestens vier Faktoren abhängig:

1. Behandlungsmodell des Therapeuten,
2. „Erkrankung“ des Patienten,
3. therapiebezogene und persönliche Merkmale des Therapeuten sowie
4. therapiebezogene und persönliche Merkmale des Patienten.

Der wechselseitige Bezug dieser vier Faktoren ergibt vier „Passungen“, die eine gute Basis für eine differenzielle Indikationsstellung abgeben ([Eckert 2007](#)).

Zur Indikationsfrage ist sicherlich noch nicht das letzte Wort gesprochen. Lassen wir deshalb aus unserer eigenen Erhebung zur Lage der Musiktherapie in der Psychosomatik noch die Praktiker 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 unter anderem Folgendes zu lesen:

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

Zur „Gretchenfrage“ nach einer *differenziellen 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 Musiktherapie ist für viele Patienten (Ängste/Depression) sehr hilfreich.
- Bei einem Borderline-Patienten z. B. kann es in der konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) zu einer massiven Reizüberflutung kommen; hier bietet die Musiktherapie 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 Ich-schwache Menschen; Körpertherapie erst im fortgeschrittenem Stadium, wenn zusätzlich zur Musik Ausdruck für Nähe/Emotionalität gebraucht wird.
- Erfahrungsgemäß scheint es für Patienten 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 Musiktherapie. Manchmal (nicht zwangsläufig) bei Musikern, Musikpädagogen, Musikwissenschaftlern oder Patienten, die vorrangig „Musik machen“ wollen.
- Musiktherapie, 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 Musiktherapie 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: Musiktherapie: 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.

Indikationsgebiete und entsprechendes musiktherapeutisches Vorgehen sind in [Tab. 1](#) zusammengefasst.

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 differenziellen Beitrags einer Therapiekomponente unter anderen zur globalen Wirksamkeit gehört zu den schwierigen, weitgehend ungelösten Fragen der gesamten Psychotherapieforschung ([Kächele et al. 2001](#)).

Fazit für die Praxis

Die Erfahrung im stationären Setting bestätigt immer wieder, dass Musiktherapie sich klinisch als ein systematischer Teil eines diversifizierten Angebots bewährt hat. Allerdings wird die wachsende systematische Evaluierung musiktherapeutischer Methoden selten von den Klinikern der Richtlinienverfahren zur Kenntnis genommen. Musiktherapeutische Angebote sollten nicht mehr länger nur als Heilhilfsmittel betrachtet werden, sondern ihnen kommt eine eigenständige, das therapeutische Arsenal bereichernde Qualität zu.

Infobox 1

Ziele von Musiktherapie

- Wiederherstellen und Produzieren von Objekten
- Identifikation
- Kommunikation
- Ich-Stärkung
- Wahrnehmungsförderung von Affekten
- Motivations- und Antriebsförderung

Literatur

- Aldridge D, Gustorff D, Hannich H (1990) Where I am? Music therapy applied to coma patients. *J R Soc Med* 83:345–346
- Aldridge D (1999) Musiktherapie in der Medizin. Forschungsstrategien und praktische Erfahrungen. Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle
- Argstatter H, Hillecke T, Bradt J, Dileo C (2007a) Der Stand der Wirksamkeitsforschung – Ein systematisches Review musiktherapeutischer Meta-Analysen. *Verhaltensther Verhaltensmed* 28:39–61
- Argstatter H, Wormit AF, Plinkert P, Bolay HV (2007b) Musiktherapie bei chronischem Tinnitus. *Verhaltensther Verhaltensmed* 28:115–125
- Baumann M, Hinkelmann A, Jochheim M et al (2006) Indikationskatalog Musiktherapie in der Neurologischen Rehabilitation. Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie (Hrsg). Berlin
- Beutler LE, Clarkin JE (1990) Systematic treatment and selection: toward targeted therapeutic interventions. Brunner/Mazel, New York
- Bradt J, Dileo C (2005) Meta-analysis cardio, cancer, and rehabilitation. Unveröffentlichtes Manuskript
- 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
- Decker-Voigt H-H (1994) Brückenschläge oder Auf der Nadelspitze Sigmund Freuds. In: Decker-Voigt H-H, Escher J (Hrsg) *Neue Klänge in der Medizin. Musiktherapie in der Inneren Medizin*. Trialog, Bremen
- Decker-Voigt H-H (1996) Entwicklungspsychologische Einflüsse in der Musiktherapie. In: Decker-Voigt H-H, Knill PJ, Weymann E (Hrsg) *Lexikon Musiktherapie*. Hogrefe, Göttingen
- Dileo C, Bradt J (2005) Medical music therapy: a meta-analysis and agenda for future research. Jeffrey, Cherry Hill New York

- Eckert J (2004) Differentielle Psychologie psychotherapeutischer Behandlungen. In: Pawlik K (Hrsg) Enzyklopädie der Psychologie – Differentielle Psychologie, Bd 5: Theorien und Anwendungen der Differentiellen Psychologie. Hogrefe, Göttingen, S 845–885
- Eckert J (2007) Die differentielle Indikationsstellung zur Gesprächspsychotherapie. Psychodyn Psychother 6:89–98
- 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 (2001) „Learning by doing“: Eine psychosomatische Station als musiktherapeutisches Lernfeld. In: Storz D, Oberegelsbacher D (Hrsg) Wiener Beiträge zur Musiktherapie, Bd 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
- Haffa-Schmidt U (1999) Musiktherapeutische Vielfalt – Methodische Überlegungen und Besonderheiten. In: Haffa-Schmidt U, Moreau D v, Wöfl A (Hrsg) Musiktherapie bei psychisch kranken Jugendlichen. Grundlagen und Praxisfelder. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 31–37
- Hasenbring M, Schulz-Kindermann F, Hennings U et al (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 Transplant 23:166
- Hegi-Portmann F, Lutz Hochreutener S, Rüdüsüli-Voerkerl M (2006) Musiktherapie als Wissenschaft. Autorenverlag, Zürich
- Hillecke TK, Wormit A, Bardenheuer HJ, Bolay HV (2004) Schmerz. Themenheft: Praxis und Forschung. Reviews zur Musiktherapie. Musik Tanz Kunstther 15:92–94

- Hillecke TK (2005) Heidelberger Musiktherapiemanual: Chronischer, nicht maligner Schmerz. In: Bolay HV, Dulger A, Bardenheuer HJ (Hrsg) Evidenzbasierte Musiktherapie. uni-edition, Berlin
- Inselmann U, Mann S (2000) Emotionales Erleben, Ausdruck und Kommunikation in Musiktherapieimprovisationen. Psychother Psychosom Med Psychol 50:193–198
- Inselmann UAA (2007) Musikimprovisation und Selbsterleben: Eine Mehrebenenerhebung des emotionalen therapeutischen Prozesses. Psychother Forum 15:53–57
- Jahn-Langenberg M, Schmidt HU (2001) Erstbegegnungen im Vergleich – Diagnostischer Eindruck einer musiktherapeutischen Sitzung und eines analytischen Erstinterviews. Musikther Umsch 22:173–184
- Janssen P (1982) Psychoanalytisch orientierte Mal- und Musiktherapie im Rahmen stationärer Psychotherapie. Psyche – Z Psychoanal 36:541–570
- Janssen P (1987) Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Klett, Stuttgart
- Jochims S, Pöpel A, Kampen N v, Grehl H (2003) Musiktherapie in der Neurorehabilitation. Eine Evaluationsstudie – Erste Ergebnisse. Neurol Rehabil 9:18–22
- Kächele H, Scheytt N (1990) Sprechen und Spielen – Verbale und nonverbale Aspekte des musiktherapeutischen Prozesses. Musikther Umsch 11:286–295
- Kächele H, Kordy H, Richard M, Research Group TR-EAT (2001) Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of eating disorders in Germany: Data from a multicenter study. Psychother Res 11:239–257
- Kächele H, Wietersheim J v, 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, Bad Homburg, S 459–460
- Kächele H, Oerter U, Scheytt-Hölzer N, Schmidt HU (2003) Musiktherapie in der deutschen Psychosomatik. Psychotherapeut 48:155–165
- Kächele H (2007) Psychodynamische Psychotherapie: Behandlungskonzepte und Techniken, Kurz- oder Langzeittherapie. In: Strauß B, Hohagen F, Caspar F (Hrsg) Lehrbuch der Psychotherapie, 2. Bd. Hogrefe, Göttingen, S 1265–1295
- 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. *Integr Physiol Behav Sci* 35:189–198
- Leins AK (2006) Heidelberger Musiktherapiemanual: Migräne bei Kindern. In: Bolay HV, Dulger A, Resch F (Hrsg) *Evidenzbasierte Musiktherapie*. uni-edition, Berlin
- Leins AK, Thaut M (2007) Musiktherapie in der neurologischen Rehabilitation (Schwerpunkt sensomotorische Therapie). Themenheft „Musiktherapie“. *Verhaltensther Verhaltensmed* 28:86–99
- 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. 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 von, Schurbohm E, et al (1994) Beschreibung des musikalischen Ausdrucks und erste Ergebnisse im Lübecker Musiktherapiemodell. *Psychother Psychosom Med Psychol* 44:122–127
- Meyer AE, Richter R, Grawe K et al (1991) *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes*. Universitätskrankenhaus, Hamburg-Eppendorf
- Möhlenkamp G (1995) *Physiologische und psychologische Reaktionen auf unterschiedliche musiktherapeutische Interventionen im Vergleich zu einer Entspannungsübung*. Lang, Frankfurt a.M.
- Müller A (1994) *Aktive Musiktherapie: Stimmungen, Therapieerleben und immunologisch relevante Speichelparameter*. Lang, Frankfurt a.M.
- 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 DE, Howard KI (1987) A generic model of psychotherapy. *J Integr Eelect Psychother* 6:6–27 (dt. 1988: Ein allgemeines Psychotherapiemodell. *Integr Ther* 4:281–308)
- Orlinsky DE (1994) Learning from many masters. *Psychotherapeut* 39:2–9
- Pacchetti C, Mancini F, Aglieri R et al (2000) Active music therapy in Parkinson's disease: an integrative method for motor and emotional rehabilitation. *Psychosom Med* 62:386–393
- Pelletier CL (2004) The effect of music on decreasing arousal due to stress. A metanalysis. *J Music Ther* 41:192–214
- Pesek U (2005) Musiktherapie – Versuch einer Metaanalyse. Bericht über die Ergebnisse einer Diplomarbeit im Studiengang Psychologie. Eberhard-Karls-Universität Tübingen. Unveröffentlichtes Manuskript
- 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
- Rose JP, Brandt K, Weis J (2004) Musiktherapie in der Onkologie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 54:457–470
- Rüegg JC (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 Heidelberg New York, 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. *Persönlichkeitsstoerungen* 6:65–74

- Schroeder W (1995) Musik – Spiegel der Seele. Eine Einführung in die Musiktherapie. Junfermann, Paderborn
- Schulz-Kindermann F, Schmidt HU, Hennings U (2006) Künstlerische Therapien in der Onkologie: Konzepte und Forschungsergebnisse. 27. Deutscher Krebskongress. Berlin
- Schwabe C (1987) Regulative Musiktherapie. Thieme, Leipzig
- Schwabe C, Röhrborn H (1996) Regulative Musiktherapie. Entwicklung, Stand und Perspektiven in der psychotherapeutischen Medizin. Fischer, Jena Stuttgart
- Smeijsters H (1997a) Die therapeutische Wirkung der Musik. Ergebnisse der Forschung. In: Müller L, Petzold HG (Hrsg) Musiktherapie in der klinischen Arbeit. Fischer, Stuttgart Jena S 23–40
- Smeijsters H (1997b) Musiktherapie bei Alzheimerpatienten. Eine Meta-Analyse von Forschungsergebnissen. Musikther Umsch 18:268–283
- Sondermann D (1997) Musiktherapie. In: Ahrens S, Schneider W (Hrsg) Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin. Schattauer, Stuttgart S 588–589
- Sondermann D (2002) Musiktherapie. In: Ahrens S, Schneider W (Hrsg) Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin, 2. Aufl. Schattauer, Stuttgart S 606–608
- Spitzer M (2002) Musik im Kopf. Hören, Musizieren, Verstehen und Erleben im neuronalen Netzwerk. Schattauer, Stuttgart
- Strobel W, Huppmann G (1978) Musiktherapie: Grundlagen, Formen, Möglichkeiten. Hogrefe, Göttingen
- 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
- 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 Neurol Rehabil 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. Neurol Rehabil 2:81–86

- Thaut M, Nickel AK, Hömberg V (2004) Neurologische Musiktherapie. Übersicht zum wissenschaftlichen Hintergrund und zur klinischen Methodik. *Musikther Umsch* 25:35–44
- Tilch S, Haffa-Schmidt U, Wandt H et al (1999) Supportive music therapy improves mood state in patients undergoing myeloablative chemotherapy. *Bone Marrow Transplant [Suppl 1]* 23:566
- Timmermann T, Scheytt-Hölzer, Bauer S, Kächele H (1991) Musiktherapeutische Einzelfall-Prozessforschung – Entwicklung eines Forschungsfeldes. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41:385–391
- Timmermann T (2004) Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie. Bausteine für eine Lehre. Reichert, Wiesbaden
- Timmermann T, Schmidt HU (2007) Unterstützung durch Musiktherapie. In: Menzel D, Wiater W (Hrsg) *Kinder und Jugendliche mit Förderbedarf in der Regelschule*. Auer, Donauwörth
- Uexküll T von (1986) *Psychosomatische Medizin*, 3. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München Wien
- Vanger P, Oerter U, Otto H et al (1995) The musical expression of the separation conflict during music therapy: a single case study of a Crohn's disease patient. *Arts Psychother* 22:147–154
- Verres R, Klusmann D (1998) *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
- Willms H (1975) *Musiktherapie bei psychotischen Erkrankungen*. G. Fischer, Stuttgart
- Wormit A, Bardenheuer H, Bolay HV (2007a) Aktueller Stand der Musiktherapie in Deutschland. Themenheft „Musiktherapie“. *Verhaltensther Verhaltensmed* 28:10–21
- Wormit A, Schneider P, Müller A, Bardenheuer H (2007b) Musiktherapie in der Versorgung von Tumor- und Dialysepatienten. *Verhaltensther Verhaltensmed* 28:126–139

- Wormit AF (2008) Heidelberger Musiktherapiemanual: Tumor-, Schmerz- und Nierenerkrankungen. In: Bolay HV, Dulger A, Bardenheuer HJ (Hrsg) Evidenzbasierte Musiktherapie. uni-edition, Berlin
- Wosch T, Frommer J (2002a) Eine Methode zur Erfassung von emotionalen Mikroprozessen. Musiktherapeutische Einzelfallforschung. Psychother Psychosom Med Psychol 52:433–435
- Wosch T, Frommer J (2002b) Emotionsveränderungen in musiktherapeutischen Improvisationen. Z Musik Tanz 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

Indikationsgebiet	Therapieziel	Musiktherapeutischer Ansatz
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 zweiten Lebenshälfte	Entwicklung und Ordnung kognitiver und ästhetischer Strukturen	Wahrnehmen eigener musikalischer oder anderer kreativer Potenziale