



# Praxisleitlinie Musiktherapie

## Impressum

### Herausgeber

ZfP Südwürttemberg | Pfarrer-Leube-Straße 29 | 88427 Bad Schussenried |  
[www.zfp-web.de](http://www.zfp-web.de)

### Redaktion

Prof. Dr. Gerhard Längle, Ramona Hornung, Friedemann Burgdörfer

### Gestaltung, Herstellung

Weissenauer Druckerei

### Fotos

Ernst Fessler, Rieke Mitrenga



## Inhaltsverzeichnis

<b>Geleitwort</b> .....	5
<b>1. Einleitung</b> .....	7
<b>2. Ziele der Musiktherapie der BW-Süd-Kliniken - Allgemeines</b> .....	8
2.1 Stabilisierung der Persönlichkeit .....	9
2.2 Förderung der Emotionalität .....	11
2.3 Förderung der sozialen Kompetenz .....	12
2.4 Förderung des Selbstaudrucks .....	13
2.5 Förderung der Körperwahrnehmung .....	14
<b>3. Indikation und Kontraindikation der Musiktherapie - Einleitung</b> .....	15
3.1 Indikation für Musiktherapie bei Depression .....	15
3.2 Indikation für Musiktherapie bei Demenz .....	16
3.3 Indikation für Musiktherapie in der Suchtbehandlung .....	16
3.4 Indikation für Musiktherapie bei Schizophrenie .....	17
3.5 Indikation für Musiktherapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) .....	18
3.6 Musiktherapeutische Kontraindikationen .....	19
<b>4. Praxisbeispiele aus der musiktherapeutischen Behandlungspraxis der BW-Süd-Kliniken</b> .....	21
4.1 Praxisbeispiel Depression .....	21
4.2 Praxisbeispiel Depression im Alter .....	22



## Inhaltsverzeichnis

4.3	Praxisbeispiel Demenz .....	24
4.4	Praxisbeispiel Abhängigkeitssyndrom .....	24
4.5	Praxisbeispiel Schizophrenie .....	26
4.6	Praxisbeispiel Persönlichkeitsstörung / Depression .....	27
4.7	Praxisbeispiel Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) .....	28
4.8	Praxisbeispiel Tourette-Syndrom im Kindesalter.....	29
4.9	Praxisbeispiel Impulsstörung .....	30
4.10	Praxisbeispiel Intelligenz- und Verhaltensstörung .....	31
5.	<b>Das musiktherapeutische Setting in den BW-Süd-Kliniken .....</b>	<b>33</b>
6.	<b>Organisatorische Einbettung der Musiktherapie in den Häusern der BW-Süd-Kliniken .....</b>	<b>38</b>
	<b>Anhang .....</b>	<b>39</b>
	Ausgewählte Forschungsergebnisse Musiktherapie im psychiatrischen Bereich .....	39
	Ausgewählte musiktherapeutische Literatur und Fortbildungsmöglichkeiten.....	40
	Mitglieder des Arbeitskreises Musiktherapie der BW-Süd-Kliniken.....	41



## Geleitwort

Nachdem die Musiktherapie mit ersten Anfängen im Psychiatrischen Landeskrankenhaus in Winnenden in den 60er Jahren in der stationären psychiatrischen Versorgung Fuß gefasst hat, konnte sich dieses spezielle therapeutische Angebot in den vergangenen Jahrzehnten zunehmend in der psychiatrischen Behandlung in Kliniken, Tageskliniken und zum Teil auch in den psychiatrischen Institutsambulanzen etablieren. Die Ausgestaltung ist recht unterschiedlich, die personelle Ausstattung ebenfalls, je nach den therapeutischen Gesamtkonzepten der betreffenden Kliniken.

In den Kliniken, die zu den Baden-Württemberg-Süd-Kliniken gezählt werden (die psychiatrischen Kliniken des ZfP Südwürttemberg mit den Hauptstandorten Zwiefalten, Bad Schussenried und Ravensburg/Weissenau, die Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik Reutlingen (PP.r) und das ZfP Reichenau sowie die beiden psychosomatischen Kliniken Sonnenberg Klinik Stuttgart und Schussental-Klinik Aulendorf) hat die Musiktherapie ebenfalls eine variantenreiche Geschichte und eine unterschiedliche Ausformung. Zum Selbstverständnis der BW-Süd-Kliniken gehört eine patientenorientierte, modular aufgebaute Gesamtbehandlung, die anhand von individueller Therapiezielplanung durch ein multiprofessionelles Team durchgeführt wird.

In dieser Multiprofessionalität spielt die Musiktherapie eine wichtige Rolle. Dem Erleben nach hat die Musiktherapie jedoch im Vergleich zu den anderen Disziplinen der „Kreativtherapien“ - wie Ergotherapie und Bewegungstherapie - noch keine so klare, für andere Therapiegruppen erkennbare Identität und vielleicht auch noch nicht das Gewicht, das ihr zustünde.



Vor diesem Hintergrund war es den Verantwortlichen in den benannten Kliniken wichtig, die Professionalisierung der Musiktherapie auch innerhalb der Häuser voranzutreiben und hierfür eine Plattform zum fachlichen Austausch und zur fachlichen Weiterentwicklung anzubieten. Aus diesem Grund wurde 2011, zunächst mit den Kliniken des ZfP Südwürttemberg und der PP.rt, ein Arbeitskreis Musiktherapie ins Leben gerufen, mit dem Ziel, den Austausch zu fördern, eine klinikübergreifende fachliche Diskussion aufzunehmen und eine gemeinsame Identität zu entwickeln. Die Hoffnung war darüber hinaus, eine Verschriftlichung der in den Häusern umgesetzten musiktherapeutischen Konzepte zu erhalten, die anderen Berufsgruppen, aber auch interessierten Patient\*innen und Angehörigen einen Einblick in diese spezielle Therapieform und ihre Möglichkeiten vermittelt.

Mit der vorliegenden, bewusst kurz gehaltenen Broschüre ist dies der Arbeitsgruppe unter redaktioneller Leitung von Ramona Hornung und Friedemann Burgdörfer sehr gut gelungen. Ich danke ihnen im Namen der BW.Süd.Konferenz und der dort vertretenden Geschäftsführungen für ihre Arbeit. Die Tätigkeit des Arbeitskreises ist damit nicht zu einem Endpunkt gekommen, sondern hat einen wichtigen Meilenstein erreicht. Für eine weitere Abstimmung und Entwicklung im Arbeitskreis Musiktherapie wünsche ich allen Beteiligten viel Freude und viel Erfolg.

Prof. Dr. Gerhard Längle  
Leitung Zentralbereich Pflege und Medizin ZfP Südwürttemberg;  
Geschäftsführung PP.rt

## 1. Einleitung

Die vorliegende Praxisleitlinie Musiktherapie bietet einen Überblick über die musiktherapeutischen Konzepte und Angebote der BW-Süd-Kliniken. Erarbeitet wurde sie im Rahmen der musiktherapeutischen Arbeitsgruppe der BW-Süd-Kliniken, die 2011 durch Prof. Dr. Gerhard Längle einberufen wurde (siehe Geleitwort). Seither finden die Sitzungen der Arbeitsgruppe zweimal jährlich statt (die Namen der aktuell beteiligten Musiktherapeut\*innen finden Sie im Anhang dieser Broschüre).

Innerhalb der Gesamtbehandlung an den BW-Süd-Kliniken verzahnen sich medikamentöse, pflegerische, psychosoziale und kreativtherapeutische Vorgehensweisen. Die Musiktherapie ist ein Teil des kreativ-therapeutischen Angebots. Individuell auf die behandelte Person angepasst werden Einzel- und Gruppentherapien angeboten, die in ihrer jeweiligen Zielführung unterschiedliche Qualitäten aufweisen.

Beleuchtet werden in der vorliegenden Praxisleitlinie vor allem die Ziele, Indikationsstellungen, methodischen Ansätze sowie das Setting der Musiktherapie. Diese werden mit Beispielen aus der Praxis veranschaulicht. Darüber hinaus bietet diese Praxisleitlinie exemplarische Hinweise auf maßgebliche wissenschaftliche Studien und Literatur zum Thema.

Die im Text auftauchenden Beispiele methodischen Vorgehens in der Musiktherapie stellen nur einen Ausschnitt aus dem Fundus der in den BW-Süd-Kliniken angewandten methodischen Möglichkeiten innerhalb der Musiktherapie dar.

Das Selbstverständnis der Musiktherapie an den BW-Süd-Kliniken orientiert sich an den durch die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Musiktherapie in Deutschland niedergelegten Richtlinien ([www.bag-musiktherapie.de](http://www.bag-musiktherapie.de)).

Zwiefalten, den 21.02.2020

„Die Musiktherapie hat bei mir sehr viel gemacht,  
mir geholfen, meine Gefühle zu spüren.“  
(Musiktherapie-Patientin)





## 2. Ziele der Musiktherapie an den BW-Süd-Kliniken - Allgemeines

Ehe in den folgenden Abschnitten (2.1 - 2.5) auf die unterschiedlichen Ziele der musiktherapeutischen Arbeit an den BW-Süd-Kliniken eingegangen wird, vorab einige allgemeine Hinweise:

In der Musiktherapie der BW-Süd-Kliniken werden Entscheidungen über Therapieziele und Vorgehensweisen im jeweiligen Einzelfall im Zusammenwirken mit den Patient\*innen und mit anderen an der Behandlung beteiligten Professionen gemeinsam getroffen („Shared Decision Making“).

Es werden einesteils aktive, andernteils rezeptive musiktherapeutische Behandlungsformen zur Anwendung gebracht. „Aktiv“ bedeutet hier ein eigenes Produktivwerden der Patient\*innen an leicht zugänglichen Instrumenten, vom selbstbestimmten Klanggestalten (Improvisation) bis hin zu festgelegten Spielmustern (Musikstück). Der Begriff beinhaltet auch die eigene Stimme als besonderes „Instrument“, die sowohl spielerisch als auch im traditionellen Sinne singend eingesetzt werden kann. „Rezeptiv“ dagegen meint all die Situationen und Momente, in denen es in der Musiktherapie um achtsames Hören von live gespielter oder technisch reproduzierter Musik geht.

In der Musiktherapie werden die Parameter der Musik (Rhythmus, Tempo, Lautstärke, Tonhöhe, Klangfarbe etc.) spezifisch eingesetzt, um Wirkungen im Sinne der jeweiligen Therapieziele zu erreichen. Darüber hinaus spielt die aktive wie auch die rezeptive Musiktherapie im Bereich der Psychodiagnostik eine wichtige Rolle. In der aktiven Musiktherapie bieten vor allem die Art und Weise, in der Patient\*innen sich dem musikalischen Instrumentarium nähern - damit interagieren, umgehen und sich ausdrücken - spezifische Aufschlüsse über Störungsbilder und pathologische Muster. In der rezeptiven Musiktherapie eröffnen die aktuellen Hörpräferenzen der Patient\*innen sowie die individuellen Reaktionen auf gehörte Musik wertvollen diagnostischen Einblick. Mindestens ebenso wichtig ist jedoch, dass sich in aktiven wie rezeptiven Bereichen auch die vorhandenen psychischen Ressourcen, Stärken und Persönlichkeitsqualitäten der Patient\*innen zeigen.

Darüber hinaus sei vor allem auch der Nachhaltigkeitscharakter der Musiktherapie benannt, d.h. die Übertragbarkeit von Erfahrungen aus der Musiktherapie in den Alltag. Da das musikalisch-interaktionelle Geschehen die Welt zwischenmenschlichen Miteinanders modellhaft repräsentiert, machen die Patient\*innen im „Mikrokosmos“ der therapeutischen Situation teils korrigierende, teils neue (Selbst-)Erfahrungen hinsichtlich ihres Verhaltens im Umgang mit sich und anderen. Auf diesem Wege gewonnene Einsichten können in die Interaktionen des Alltags übertragen und dort vertieft und eingeübt werden.

Auch kann die Musiktherapie wertvolle Impulse zur entweder erstmaligen Entwicklung oder auch Wiederaufnahme früherer musikalischer Hobbys geben (z.B. sich einer Trommelgruppe oder einem Chor anzuschließen oder selbst ein Instrument zu erlernen bzw. früher Erlerntes wieder zu nutzen). Ebenfalls kann verlorene Freude am Musikhören im Rahmen musiktherapeutischer Behandlung wieder erwachen. In folgenden klinischen Bereichen ist die Musiktherapie an den BW-Süd-Kliniken implementiert:

- Allgemeinpsychiatrie
- Alterspsychiatrie
- Psychosomatik und Psychotherapie
- Suchttherapie
- Forensische Psychiatrie
- Neuropsychiatrie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die im Folgenden auf- und ausgeführten musiktherapeutischen Ziele stehen in den klinischen Bereichen sowie in den individuellen Einzelfällen in spezifisch unterschiedlichen Gewichtungen im Fokus der musiktherapeutischen Arbeit.

„Gell Herr H., die Musiktherapie ist gut für mein Gemüt ...?“  
(ein autistischer Klient mit einem Lächeln im Gesicht)

### 2.1 Stabilisierung der Persönlichkeit

Selbstwirksamkeit, Selbstregulation und das Vermögen, Zeit und das eigene Handeln sinnvoll zu strukturieren, stellen grundlegende Stabilitätsfaktoren der Persönlichkeit dar. Weil das Medium „Klang, Rhythmus, Musik“ den Menschen unmittelbar auf der Ebene des Fühlens und der Emotion anspricht und buchstäblich „durch Wände zu gehen vermag“ (innerlich wie auch im Außen), können mit diesem Medium wertvolle Erfahrungen der Selbstwirksamkeit und der emotionalen Selbstregulation gemacht werden. Und da die Struktur dieses Mediums sich in der Zeit vollzieht (Rhythmus, melodische Form, unterschiedliche Tondauer etc.), stellt der Um-

gang mit Musik, vor allem im Bereich der aktiven Musiktherapie, ein strukturierendes Handeln dar. Der folgende Abschnitt beleuchtet also den persönlichkeitsstabilisierenden Aspekt der musiktherapeutischen Arbeit in den BW-Süd-Kliniken anhand der eben genannten drei Stabilitätsfaktoren:

### Selbstwirksamkeit

Zwei Beispiele methodischen Vorgehens mögen zur Illustration dienen: Wo könnte ein Mensch effektiver Erfahrungen mit den Möglichkeiten und Grenzen seiner Selbstwirksamkeit machen, als in der Position des Dirigierenden eines Klang-Ensembles? In der Gruppenmusiktherapie können Patient\*innen ihre Selbstwirksamkeit erproben, indem sie beispielsweise in der Rolle des Dirigierenden mittels einfacher Handzeichen Lautstärke oder Klangfarbe des Ensembles regulieren (das Ensemble wird durch die übrigen Gruppenmitglieder gebildet). Eine sehr beeindruckende Erfahrung, die im geschützten Rahmen der Therapiegruppe gewagt werden kann. Ähnlich beeindruckend kann es sein, innerhalb des Zusammenspiels der Instrumentalgruppe bewusst aus der Position des integrierten Mitspielenden in die des Solisten oder der Solistin überzugehen - und zurück.

## „Vertraue der Musik, sie wird Dich leiten...“

### Selbstregulation

Lebendige Klangprozesse führen emotional wenig belastbare Patient\*innen schnell an ihre Grenzen - eine wunderbare Gelegenheit, in der Musiktherapie zu lernen, selbstregulatorisch mit den eigenen Grenzen umzugehen. Schon die Entdeckung der Freiheit, am Instrument zu spielen oder auch nicht zu spielen, also sich - orientiert am eigenen Bedürfnis - für oder gegen etwas entscheiden zu können, stellt einen wichtigen selbstregulatorischen Moment dar. Ebenso kann es wertvoll sein, zu entdecken, wie in der Gruppenimprovisation eigenes „Lauter-Werden“ das Gefühl der Hilflosigkeit reduziert und mehr Kontakt zu den anderen herstellt. Genauso kann es eine neue Erfahrung sein, durch eigenes „Leiser-Werden“ eine Beruhigung des eigenen Fühlens zu erwirken, „die Wogen zu glätten“.

### Das Strukturieren von Zeit und Handlung

Musikalischer Rhythmus berührt das Grundprinzip gelingenden Miteinanders. Dieser Zusammenhang ist wichtig und wird daher kurz umrissen:

Wir gliedern das Zeitkontinuum des Alltags in gleichmäßige Einheiten: Sekunden, Minuten, Stunden. Denn zeitliches Gleichmaß, Takt, ermöglicht wechselseitige Abstimmung parallel laufender Prozesse und stellt daher ein wichtiges Grundprinzip sozialen Miteinanders dar: Wir „takten“ unser Leben, um unser Handeln aufeinander abzustimmen. Bekanntermaßen spielt solche Abstimmung von Handlung auch im musikalischen Miteinander eine fundamentale Rolle;

vor allem in Gestalt von Takt und Rhythmus und zwar aus denselben Gründen wie im Alltagsleben. Die Auseinandersetzung mit Takt und Rhythmus in der Musik ist daher immer zugleich eine Auseinandersetzung mit dem Prinzip sinnvoller Zeitstruktur und gelingenden Miteinanders.

Unseren Patient\*innen fällt es aus pathologischen Gründen oft nicht leicht, sich auf ein rhythmisches Miteinander einzulassen. In der Musiktherapie kann dies von der Basis her geübt werden. Ein einfaches Beispiel dazu:

Eine Therapiegruppe lässt sich auf das Spielen eines einfachen gemeinsamen Rhythmus ein. Sind nun bei Patient\*innen Einschränkungen der rhythmischen Schwingungs- und Abstimmungsfähigkeit vorhanden, so zeigen sich diese entweder in Widerständen, die sich gegen die Teilnahme an der Übung richten oder die sich in diffusem Unwohlsein während der Teilnahme zeigen. Auch können diese Einschränkungen der rhythmischen Schwingungs- und Abstimmungsfähigkeit sich in rhythmischen Unstimmigkeiten im Spiel des/der Patient\*in zeigen. Mit solchen „Störungen“ wird jedoch im musiktherapeutischen Setting stets spielerisch umgegangen und sie werden niemals wertend behandelt. Vielmehr hat die Auseinandersetzung mit Takt und Rhythmus an sich eine psychisch lockernde Wirkung, sodass sich „Takt-Probleme“ in der Musiktherapie im Verlauf oftmals wie nebenbei lösen. Andernfalls lassen sich rhythmische Unstimmigkeiten als willkommener Ausdruck therapeutischer Themen begrüßen, die durch ihr Hervortreten weiterer Bearbeitung zugänglich werden.

Des Weiteren gibt es eine Vielzahl an Formen der musikalischen Auseinandersetzung mit rhythmischen Grundstrukturen des Lebens, wie beispielsweise der gezielte Einsatz des Wechsels zwischen Spiel und Pause. Auch das „Dialog-Spiel“ mit einer/m Partner\*in stellt einen rhythmischen Prozess des Wechsels zwischen Aktivität und Rezeptivität dar.

Da das musikalisch-rhythmische Miteinander das Gefühl befriedigenden Verbundenseins mit anderen fördert, steigert es zugleich das Interesse, sich im Alltag wieder mehr mit anderen Menschen zu verbinden, also den eigenen Lebensrhythmus wieder mehr auf kollektive Lebensrhythmen abzustimmen.

## 2.2 Förderung der Emotionalität

Musik ist unmittelbar mit Emotion verbunden. Sie ist einerseits Auslöser von Emotion, andererseits Mittel zu deren Ausdruck. Das Erkennen und Klären von Entstehungszusammenhängen von Emotion spielt in der psychologischen Therapie allgemein eine wichtige Rolle. Dabei stellt die musiktherapeutische Arbeit einen besonders geeigneten Erlebnis- und Handlungsraum für das Erfahren, Benennen und Kennenlernen von Emotion zur Verfügung. Gefühle können hier aktiviert und intensiv wahrgenommen werden, zum Beispiel durch Musikhören oder Singen,

aber auch durch verschiedene Formen freien oder strukturierten Klanggestaltens mittels Instrumenten. Es ist beispielsweise möglich, eine aktuelle Stimmungslage über gemeinsames Improvisieren auszugestalten und zu entfalten.

Auch kann sich durch die musikalische Darstellung verschiedener Gefühle deren sprachliche Beschreibbarkeit besser ausdifferenzieren. So kann eine diffuse Wahrnehmung von „es geht mir schlecht“ präzisiert werden, zu „ich fühle mich angespannt“, „bedrückt“, „traurig“, „wütend“.

Derweil können das Erleben und der Ausdruck von Emotion gefördert werden durch musiktherapeutische Spielformen wie zum Beispiel „Wechsel von leise und laut“ (crescendo/decrecendo), dem „Ausbrechen“ aus der Gruppe, mit anschließendem Rückkehr in den Gruppenklang, etc. Auch können über gemeinsames Trommeln oder „Krach machen“ emotionale Spannungen abgebaut werden und affektive Impulse zum Ausdruck kommen, um dann zunehmend strukturiert zu werden.

Auch das so wichtige und grundlegende Erlebnis des Wohlbefindens kann gezielt gefördert werden. Etwa durch „nachnährende“ Angebote, wie zum Beispiel sich von der Gruppe mit den Wunschinstrumenten „bespielen“ zu lassen („Klangbadewanne“) oder im Rahmen einer angeleiteten Improvisation in eine Gruppenharmonie einzutauchen und so ein intensives Gemeinschaftsgefühl zu erleben.

### 2.3 Förderung der sozialen Kompetenz

Innerhalb der Musiktherapie gibt es besonders ausgeprägte Möglichkeiten, speziell diejenigen Sozialkompetenzen einzuüben, die mit Zuhören, Hinhören und Einfühlung zu tun haben.

Zuhören als soziale Kompetenz bezieht sich auf das Gegenüber - aber auch auf das eigene Selbst. Wer lernt, sich selbst zuzuhören, steigert das eigene Vermögen, anderen zuzuhören und umgekehrt. Im klanglich-musikalischen Miteinander ist das Zuhören alles. Musiktherapiepatient\*innen erfahren eindrucksvoll, um wie viel befriedigender sich das Miteinander gestaltet, wenn es auf der Grundlage achtsamen Zu- und Hinhörens stattfindet.

Des Weiteren ist Empathie eine wichtige soziale Kernkompetenz. Musik, die Sprache des Gefühls, kann dazu verwandt werden, zu lernen, sich auf die Gefühlsgestimmtheit des anderen einzustimmen. Ein Beispiel: In der Gruppe bringt eine teilnehmende Person die eigene Gestimmtheit zum Klingen, während die übrigen Teilnehmenden als Echo jenes Spiel beantworten.

Auch emotionale Schwingungsfähigkeit, ein wichtiger Aspekt der Empathie, kann durch den Umgang mit musikalischen Reizen optimal stimuliert und somit gefördert werden. Beispielsweise durch gemeinsames Singen, Trommeln oder klangliches Gestalten emotionaler Prozesse, bei denen dynamische Qualitäten wie „laut-leise“ oder „schnell-langsam“ eine zentrale Rolle spielen.

Weitere wichtige Komponenten sozialer Kompetenz, die in der Musiktherapie gezielt geübt werden können, sind:

- das Wahren eigener Grenzen (signalisieren, wenn mir etwas zu laut, zu heftig oder zu leise ist)
- die Ich-Du-Wir-Differenzierung (so klinge ich, so klingst du, so klingen wir gemeinsam)
- der Umgang mit Disharmonie (Konflikt)
- Handlungskompetenz (mit dem Instrument so umgehen, dass Erfolgserlebnisse entstehen)
- das Gefühl von Zugehörigkeit (mitschwingen, das Erlebnis eines verbundenen Miteinanders)

„Entschleunigung bringt Wahrnehmungsgewinn...“  
(Karl-Heinz Wortmann)

### 2.4 Förderung des Selbstaustausdrucks

Sowohl die aktive als auch die rezeptive Musiktherapie regt die Erweiterung des persönlichen Selbstaustausdrucks an.

In der aktiven Musiktherapie erfüllt der spielerisch-therapeutische Umgang mit musikalischem Klang die Doppelfunktion, Gefühl und Emotion einerseits zu wecken und andererseits deren Ausdruck zu fördern. Dabei liegt in der spezifisch-musiktherapeutischen Herangehensweise an Musikinstrumente eine besondere Chance: Die sonst mögliche Kontrolle darüber, was zum Ausdruck gebracht wird (zum Beispiel im Sprechen), entfällt. Daher können im therapeutischen Umgang mit Klang unentdeckte oder verschüttete Aspekte des emotionalen Selbst spontan zum Vorschein kommen, die eigene Emotionalität kann so tiefer erforscht und integriert werden.

Durch Reaktionen und Rückmeldungen vonseiten des Gegenübers in Gruppen- oder Einzeltherapie kann erfahren werden, wie eigene emotionale Selbstäußerungen auf andere wirken. Pathologisch bedingte, negative Selbsteinschätzung kann auf diesem Weg wertvolle Korrektur erfahren. Auch irrealer Befürchtungen, etwa durch den Ausdruck eigener Gefühle, nur zu stören oder nicht wahrgenommen zu werden, können dabei einer realistischeren Einschätzung weichen. So eröffnen sich dem Selbstaustausdruck neue Wege, die Patient\*innen lernen sich mit ihrer Emotionalität besser kennen und einzuschätzen.

Im Bereich der rezeptiven Musiktherapie besteht bezüglich der Thematik des Selbstaustausdrucks die Möglichkeit, in einem Musikstück eigene, zunächst schwer fassbare Gefühle wiederzuer-



kennen oder sie im Musikstück quasi stellvertretend zum Ausdruck gebracht zu finden. Dies erhöht in sehr hilfreicher Weise deren Beschreibbarkeit im Austausch mit anderen Gruppenmitgliedern beziehungsweise den Therapierenden.

## 2.5 Förderung der Körperwahrnehmung

Die Musiktherapie verfügt über wertvolle Ansätze, Patient\*innen zu einer heilungsförderlichen Wahrnehmung des eigenen Körpers anzuregen.

In der Improvisation am Musikinstrument kann erforscht werden, was sich wirklich gut anfühlt. Dabei ist der Fokus wie von selbst auf das Empfinden im Körper gerichtet und zugleich durch das konkrete Tun am Instrument im Außen verankert. Auch der tönende, summende, rhythmische (Beat-Box) oder singende Umgang mit der eigenen Stimme schafft hilfreichen Zugang zu bewusstem Körpererleben. Achtsamer Umgang mit Klang, Rhythmus und Musik hinterlässt fast immer eine erfüllte Stille. Solche „gesättigte“ Stille bietet den idealen Boden zur differenzierten Exploration dessen, was „da in mir (im eigenen Körper) eigentlich los ist“. Auch regt Musik die Lust an der körperlichen Bewegung an und fördert auf diese Weise ein bewusstes Körpererleben.

Aufgrund hoher Körperbeteiligung aktivieren auch speziell Bodypercussion (spielerisches Trommeln auf dem eigenen Körper) und das Spiel mit den Händen an der Trommel die Wahrnehmung des eigenen Körpers. Auch lassen sich bewusst die Rhythmen des Körpers, wie Atmung und Herzpuls, mit musikalischem Rhythmus verbinden, was den Bezug zum eigenen Körper stärkt.

Bei alledem können die Patient\*innen ihre Selbstwirksamkeit im Hinblick auf günstige Beeinflussung des eigenen Körperempfindens entdecken. „Nachher ist meist anders als vorher.“

„Mit einem Bild möchte ich etwas Tröstliches sagen,  
so wie Musik tröstlich ist.“  
(Vincent van Gogh)



## 3. Indikationen und Kontraindikationen der Musiktherapie

In den folgenden Kapiteln (3.1. - 3.6.) wird kurz umrissen, aufgrund welcher Eigenschaften des Mediums „Klang/Rhythmus/Musik“ die musiktherapeutische Behandlung bei den genannten Krankheitsbildern explizit indiziert erscheint. Methodische Vorgehensweisen werden dabei angedeutet. Zum Thema musiktherapeutische Kontraindikation nimmt das letzte dieser sechs Kapitel Stellung.

### 3.1 Indikation für Musiktherapie bei Depression

Musiktherapie erscheint bei depressiven Störungsbildern indiziert aufgrund der einzigartigen Direktheit und Unmittelbarkeit, mit der das Medium „Klang/Rhythmus/Musik“ die Ebene des Fühlens, der Emotion und der Affekte aktivierend anspricht beziehungsweise beruhigend auf sie einwirken kann. Von dieser Eigenschaft des Mediums „Klang/Rhythmus/Musik“ leiten sich spezifische Möglichkeiten ab, die in der musiktherapeutischen Praxis der BW-Süd-Kliniken zur Anwendung kommen.

Die Praxis zeigt, dass das Angebot, spielerisch mit Klängen umzugehen, bei depressiven Menschen häufig Neugier und Interesse weckt. Durch einfache und leichte Spielweisen an verschiedenen Instrumenten können angenehme Harmonien, gemeinsame Rhythmen und spürbares „Miteinander-Verbunden-Sein“ entstehen.

Wie nebenbei nähert der depressiv erkrankte Mensch sich dabei seinen Emotionen, die er sonst zu unterdrücken geneigt ist. Anschließend kann im Gespräch das typisch depressive Misstrauen gegenüber Gefühlen anhand der musikalischen Selbstäußerungen der Patient\*innen bearbeitet und gemindert werden.

Depressive Patient\*innen sind oft erstaunt über das Erlebnis, selbst aktiv mitgestaltend an einem interessanten musikalischen Gruppenprozess teilhaben zu können. Das stärkt ihr Selbst-



vertrauen und ihren Optimismus, auch in Alltagsbeziehungen wieder Gefühle einbringen zu können.

### 3.2 Indikation für Musiktherapie bei Demenz

Die Indikation für Musiktherapie in der Behandlung dementiell erkrankter Menschen beruht zum einen auf dem Aktivierungseffekt, den Musik im Bereich des Langzeitgedächtnisses zu zeitigen vermag und zum anderen auf ihrer atmosphärisch entspannenden und ausgleichenden Wirkung. Die Musiktherapie in der Behandlung von Demenz kann verstanden werden als Teil der psychosozialen Betreuung auf der Station. Im Zentrum steht hier das Ziel der Förderung emotionaler Sicherheit und Handlungssicherheit.

Es ist zu beobachten, wie demenzerkrankte Menschen „aufwachen“ beziehungsweise ruhiger werden, wenn Musik erklingt, die ihnen vertraut ist und ihnen in der Vergangenheit etwas bedeutet hat. Im Idealfall handelt es sich dabei um Liedgut, an dem die Patient\*innen in Form von Mitsingen aktiv teilnehmen können. Beim Einsatz von Musik in solchem Sinne kann erlebt werden, wie die Patient\*innen mit ihrer Wahrnehmung und Aufmerksamkeit im „Hier und Jetzt“ ankommen und in Kontakt treten. Auf beiden Seiten, sowohl beim Behandelten als auch bei der betreuenden Person, schwindet in solchen Momenten das belastende Gefühl der Fremdheit, während zugleich eine Atmosphäre der Vertrautheit wächst. Auch wird die Orientierung zu Person, Raum, Zeit und Situation durch die strukturgebende Wirkung der Musik gefördert. Der an Demenz erkrankte Mensch kann sich im Kontext der Musik als Teil einer sozialen Situation erleben, die für ihn Sinn ergibt und transparent ist.

Tatsächlich wird in zahlreichen Publikationen das gezielte musiktherapeutische Handeln als „Königsweg“ in der Begleitung dementiell erkrankter Menschen beschrieben.

### 3.3 Indikation für Musiktherapie in der Suchtbehandlung

Auch im Bereich der Suchterkrankungen vermag die Anwendung des Mediums „Klang/Rhythmus/Musik“ wegen seiner direkten Wirkung auf die Emotion das Spektrum der suchttherapeutischen Zugänge in der Klinik zu bereichern.

In der Musiktherapie können Patient\*innen, nach dem akuten Entzug buchstäblich ernüchtert, dazu angeregt und darin unterstützt werden, sich im bewussten Umgang mit der eigenen Emotionalität zu üben. Zu lernen, den eigenen Gefühlen zu trauen, anstatt sie zu „ertränken“, zu „beseitigen“ oder anderen zuzuschreiben, ist für den an einer Sucht erkrankten Menschen von

hoher Wichtigkeit. Dabei gilt es zu entdecken, dass Gefühle nicht lästig, sondern bereichernd sind und im sozialen Miteinander Orientierung geben.

Auch spiegelt sich in der Instrumentenwahl sowie in der Art, in der die Patient\*innen sich mit den eigenen Instrumenten in das Miteinander einbringen, die Art und Weise wider, in der sie auch in anderen Bereichen ans Leben heran- und mit anderen Menschen im Alltag umgehen. Daraus lassen sich gezielte Interventionen ableiten, die die Patient\*innen anregen, neue Herangehensweisen zu probieren und neue Erfahrungen zu machen.

Auf dem Feld des Umgangs mit musikalischen Ausdrucksformen wie Singen, Trommeln, freiem oder themenzentriertem Klanggestalten, stellen sich Suchtpatient\*innen der Aufgabe, sich fühlend und aufmerksam in ein soziales Miteinander einzugliedern, die Grenzen anderer und die eigenen respektieren zu lernen, korrigierende Rückmeldungen zu erhalten beziehungsweise sie anderen in einfühlsamer Weise zu geben.

Ein ebenso schöner wie wichtiger Aspekt dieser Arbeit ist es für die Patient\*innen, zu erleben, wie ein achtsam am eigenen Fühlen orientiertes Umgehen mit Klang, ganz entgegen der Erwartung des suchtkranken Menschen, etwas hervorbringt, das sich deutlich nach Musik anfühlt. Darin liegen wertvolle Erlebnisse von „Erfolg“, die das Vertrauen der behandelten Person in die Gefühlsfunktion der Psyche zu stärken vermögen.

### 3.4 Indikation für Musiktherapie bei Schizophrenie

Musiktherapeutische Behandlung bei schizophrener Erkrankung empfiehlt sich vor allem wegen des Potenzials der Musik, positive Gefühlsvorerfahrungen der Patient\*innen „hier und jetzt“ zu reaktivieren.

Wo immer es gelingt, positive Gefühlserfahrungen, die die schizophrenen Patient\*innen von ihren Vorgeschichten her mitbringen, im „Hier und Jetzt“ zu aktivieren, öffnet sich mindestens ein schmaler Pfad, auf dem eine authentische Begegnung zwischen dem schizophren erkrankten Menschen und der therapierenden Person möglich wird. Auf der Basis der gefühlsaktivierenden Wirkung von Musik, in Verbindung mit der Vertrautheit, die sie, individuell ausgewählt, für die Patient\*innen hat, wirkt Musik als wertvoller Katalysator des Vertrauensaufbaus in der therapeutischen Beziehung. Daher spielt die rezeptive Musiktherapie in der Schizophrenie-Behandlung eine wichtige Rolle. Auch die aktive Musiktherapie, mit ihrem Potenzial, die Aufmerksamkeit der Patient\*innen ins „Jetzt“ zu ziehen und frei flottierende Gedanken und Gefühle über rhythmische und melodische Aktivitäten (Singen, Trommeln etc.) an ein lebhaftes Tun im „Jetzt“ zu binden, leistet bei der musiktherapeutischen Schizophrenie-Behandlung gute Dienste.

Der aktive Zugang über Musikinstrumente, zu denen die Patient\*innen eine Affinität zeigen, ermöglicht es ihnen, durch eigenes Tun, eine für sie wohltuende Abstimmung mit dem eigenen Gefühlsleben vorzunehmen. So wird ihnen, trotz der für sie oft so beängstigenden Nähe eines beziehungsweise mehrerer Menschen, das Quantum an Wohlbefinden möglich, das sie benötigen, um aus der eigenen isolierten Innenwelt heraus und in Kontakt mit dem Gegenüber treten zu können. Auch trägt der einfache Umgang mit der musikalischen Grundstruktur „Takt und Rhythmus“ durch deren verlässliche Regel- und Gleichmäßigkeit sehr zum Aufbau einer Atmosphäre der Geborgenheit bei, die Öffnung ermöglicht.

### 3.5 Indikation für Musiktherapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS)

In der PTBS-Behandlung beruhen die spezifischen Wirkmöglichkeiten der Musiktherapie wesentlich auf dem Potenzial der Musik, Wohlbefinden „hier und jetzt“ zu fördern und damit die nötige innere Distanz zu den traumatischen Erinnerungen herzustellen.

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

(Victor Hugo)

Feinsinnig regulierter Klang kann vom traumatisierten Menschen wie eine Art schützender Kokon erlebt werden. PTBS-Patient\*innen lernen in der Musiktherapie mittels Klang, Rhythmus und Musik die eigenen Gefühle achtsam zu regulieren und entdecken ihre Selbstwirksamkeit wieder. Im gesicherten Setting der Therapie kann mittels selbsterzeugter Klänge aus den eigenen traumabedingten Starre-, Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühlen Schritt für Schritt herausgefunden werden. Behandelte lernen dabei auch, für die Signale des Körpers aufmerksam zu werden, die eigenen Grenzen zu respektieren und zu signalisieren. Gehört zu werden, nicht allein sprachlich, sondern nun auch klanglich, ermutigt, neue Erfahrungen und Begegnungsmuster zu wagen.

Auch in der PTBS-Behandlung geht es um ein behut- und achtsames Ansprechen der Empfindungen und Gefühle der Patient\*innen, wie dies mittels musikalischer Klänge besonders präzise möglich ist. Zum Aufbau von Vertrauen und Sicherheit erweist sich ein ritualisiertes, musiktherapeutisches Setting als hilfreich. Rhythmische Strukturen fördern Sicherheit, Klarheit und haltgebenden Rahmen. Auch lassen sich wohltuende imaginative Bilder (wie etwa die Traumabehandlung nach L. Reddemann sie vorschlägt), gut mit musikalischen Improvisationsprozessen verbinden und dadurch verstärkt zur Wirkung bringen.

Auf derartiger Basis kann sich ein improvisatorischer Spielraum entwickeln. Strukturbildende Faktoren sind dabei die musikalischen Parameter - Form, Rhythmus, Tempo, Dynamik -, die gezielt eingesetzt werden können. Jegliche Art von emphatisch angewandtem, rhythmischem Spiel mit Trommeln ist geeignet, Aufmerksamkeit und Präsenz zu fördern.

Da das Behandlungssetting arm sein muss an verunsichernden Reizen, wird eine solche Behandlung in schwereren Fällen nur als Einzeltherapie möglich sein. Im Falle eines Gruppenangebots können maximal sechs Patient\*innen teilnehmen.

### 3.6 Musiktherapeutische Kontraindikation

Das Stellen einer musiktherapeutischen Kontraindikation einzig aufgrund einer bestimmten psychiatrisch-diagnostischen Einordnung der behandelten Person erscheint nicht sinnvoll, da musiktherapeutische Kontraindikationen in Einzelfällen innerhalb jeder diagnostischen Patientengruppe vorkommen können.

#### Verlässliches Erstellen einer musiktherapeutischen Kontraindikation

Kontraindikationen, die ein Abstandnehmen von der musiktherapeutischen Behandlung zumindest zum gegebenen Zeitpunkt tatsächlich verlangen, zeigen sich am verlässlichsten innerhalb des musiktherapeutischen Settings. Daher ist im Hinblick auf die Einteilung von Patient\*innen in die Musiktherapie folgendes Vorgehen empfehlenswert:

Das fachärztliche Personal und das interdisziplinäre Team entscheiden gemeinsam mit der behandelten Person (shared decision making) darüber, ob die Musiktherapie im individuellen Fall Sinn macht. Hilfreich für die Entscheidungsfindung der Patient\*innen ist eine zumindest einmalige Teilnahme an der Musiktherapie. Auch ein musiktherapeutisches Vorgespräch mit den Musiktherapeut\*innen kann vorhandene Hemmschwellen abbauen und damit dem Stellen einer verfehlten Kontraindikation vorbeugen. Die Praxis zeigt, dass Patient\*innen oft unzutreffende Vorstellungen über die Musiktherapie haben, die im Vorgespräch durch die Therapierenden mittels korrigierender Informationen aufgelöst werden können.

Erkennbar werden echte Kontraindikationen an rigider Ablehnungshaltung bei Patient\*innen gegen die Teilnahme, die auch durch ein behutsames Heranführen an geeignetes musiktherapeutisches Vorgehen nicht aufzulösen ist. Im Hintergrund solcher Verweigerung stehen oft traumatische Erfahrungen, die eine Intoleranz gerade gegenüber Rhythmus oder/und Klang hinterlassen haben (zum Beispiel Gewalterfahrungen).

### Indikative Spezialfälle

Ein indikativer Spezialfall liegt vor, wenn Patient\*innen professionelle Musiker\*innen sind. Hier werden seitens der Patient\*innen in etlichen Fällen mit entschiedenen Widerständen dagegen zu rechnen sein, sich gemeinsam mit Laien auf ein musikalisches Setting einzulassen. Dennoch lohnt es sich, auch hier einfühlsam zu prüfen, ob nicht durch die Vermittlung geeigneter Information im Vorfeld die behandelte Person für den Versuch zu gewinnen ist, einen Zugang zur Musik einmal in entschieden nicht leistungsorientierter, spielerischer Weise zu erleben. Denn dies eröffnet gerade für psychisch erkrankte professionelle Musiker\*innen die wertvolle Chance, das eigene, so vertraute Medium in heilsamer Weise für sich nutzen zu lernen, oder auch den kreativ-spielerischen Zugang, der oft durch professionellen Leistungsdruck verloren ging, wiederzufinden. Ein Satz, der in diesem Zusammenhang immer wieder fällt, ist: „Das war eigentlich der Grund, warum ich Musiker\*in geworden bin.“

Im Übrigen ist zu bemerken, dass selbst bei beeindruckenden Symptombildern wie einem auffallend problematischen Verhalten in Gruppen, starker innerer Unruhe, Entwertungstendenzen oder aggressiven Neigungen in etlichen Fällen ein musiktherapeutischer Versuch lohnend ist. Denn es zeigt sich, dass das Medium der Musik in oft überraschender Weise ausgleichend und beruhigend zu wirken vermag.

### Partielle musiktherapeutische Kontraindikation

Darüber hinaus gibt es Patient\*innen, bei denen sich aufgrund symptomatischer Besonderheiten partielle musiktherapeutische Kontraindikationen zeigen, ohne dass damit ein generelles Abstand nehmen von der musiktherapeutischen Behandlung erforderlich würde. Es geht in solchen Fällen um Kontraindikationen mit Blick auf einzelne musiktherapeutische Interventionen (wie beispielsweise entgrenzendem Umgang mit großen Instrumenten, wie etwa dem Gong bei der Manie).

„Improvisation ist nicht nur ein musiktherapeutisches Arbeitsprinzip, nicht nur eine Haltung, nicht nur Abbild unseres Umgangs mit Personen, Sachen und uns selbst, und wie sonst noch kluge Sätze lauten mögen. Improvisation ist doch immer und zuerst Musik in Reinkultur, ohne regulative Begrenzung, ohne Nutzen für irgendwas und irgendwen. Sie ist zweckfrei und eine Zeit, in der unsere Würde als ästhetische Wesen Geltung gewinnt, frei von Zielen, Aufgaben, Pflichten und Plänen, aber beseelt mit jener ungeheuren Gewissheit, dass wir irgendwo im Ungewissen zwar, aber jedenfalls dort landen werden, wo es gut sein wird.“

(Prof. Hartmut Kapteina)



## 4. Praxisbeispiele aus der musiktherapeutischen Behandlung der BW-Süd-Kliniken

Im Folgenden finden Sie eine Reihe diagnosebezogener Fallbeispiele aus der vielfältigen musiktherapeutischen Praxis in den verschiedenen Standorten der BW-Süd-Kliniken.

Diese Beispiele sind der alltäglichen Arbeit entnommen. Dabei haftet jedem von ihnen ein exemplarischer Charakter an. Sie erscheinen daher geeignet, die in den vorausgegangenen Kapiteln abstrakt dargestellten Inhalte der musiktherapeutischen Behandlungsrealität der BW-Süd-Kliniken anschaulich zu machen.

### 4.1 Praxisbeispiel Depression

Herr H.<sup>1</sup>, 39 Jahre alt, ist von Beruf Elektroinstallateur. Seinen Beruf hat er sich nicht selbst ausgesucht, seine Eltern wollten, dass er ihn ergreift. Am Arbeitsplatz erlebt er sich im „Funktionsmodus“. Spaß bei der Arbeit kennt er kaum. Von vielen Kollegen fühlt er sich gemobbt. Die Freundin, mit der er über Jahre eine Wochenendbeziehung unterhalten hatte, hat sich vor drei Monaten von ihm getrennt. Daraufhin zog der Patient wieder zur Mutter. Diese lebt seit ihrer Scheidung vom alkoholkranken Ehemann alleine und ist froh, dass der Sohn jetzt im Haus ist.

Seit sechs Wochen ist der Patient wegen einer depressiven Episode krankgeschrieben. An seinen Arbeitsplatz zurückzukehren kann er sich kaum vorstellen.

In der Art, in der der Patient sich der Musiktherapeutin vorstellt, drückt sich etwas für depressive Menschen typisches aus: Von vornherein betont er seine „Defizite“, indem er hervorhebt, nie ein Instrument gespielt zu haben und über keinerlei musiktheoretische Kenntnisse zu verfügen. Damit bietet er der Therapeutin unterschwellig an, ihn als ungeeignet wegzuschicken. Von vornherein fürchtet er, zu versagen, als ungenügend erlebt zu werden. Die Therapeutin hingegen reagiert ermutigend und mit der überraschenden Einladung an ihn, sich an ein Inst-

<sup>1</sup> Mittelgradige depressive Episode ohne psychotische Symptome [F32.1]



strument zu setzen; nicht um es „zu spielen“, sondern um sich in aller Ruhe vertraut zu machen damit. Der Patient sucht sich das Klavier aus.

Dieses Instrument kann auf einfache Weise zum Klingen gebracht werden: Einzelne Tasten auf der weißen Tastatur anschlagen und lauschen. Dann können je nach „Lust und Laune“ weitere Töne ins Spiel gebracht werden. Und schon ist eine kleine Melodie entstanden, die, durchs Gitarrenspiel der Therapeutin einfühlbar untermalt, erstaunlich originell und in sich stimmig klingt. So entsteht die Atmosphäre eines ersten musikalischen Miteinanders.

Das Erlebnis spontanen Gelingens und das Gefühl harmonischen Zusammenspiels machen dem Patienten Mut, ermuntern ihn zu weiteren Experimenten. Einmal nicht im Funktionsmodus äußere Vorschriften erfüllen, sondern im Augenblick erspüren und fühlen: ob hier schon ein neuer Ton dran ist oder nicht, ob der Ton höher klingen möchte als der vorige oder tiefer, ob die Lautstärke abnehmen oder anschwellen möchte. Solchen Gefühlen unbefangen nachgehen, sich vertiefen, sich ganz am Empfinden orientieren, spielen. Als etwa 15 Minuten später die vorerst letzten Töne verklingen, stellt Herr H. erstaunt fest, wie ruhig und entspannt er sich nun fühlt.

In späteren Sitzungen, in denen das improvisatorische Zusammenspiel weitergeführt, vertieft und anstelle des Klaviers auch die Djembe (afrikanische Trommel) ausprobiert werden konnte, berichtet der Patient von interessanten Kontakterlebnissen mit Mitpatient\*innen auf der Station. Herr H. wirkt jetzt deutlich lebendiger und interessiert. In einem Angehörigengespräch, das der Patient im Beisein der Stationsärztin mit der Mutter führt, wagt er zum ersten Mal gegenüber dieser auszusprechen, dass es nie sein Wunsch gewesen war, Elektroinstallateur zu werden.

In der Therapiebesprechung sind Pflege, Sozialarbeiterin, Kreativtherapeuten und die Stationsärztin sich einig, dass ein wichtiges Ziel in der Therapie von Hr. H. darin besteht, ihn anzuregen, seine ureigenen Interessen (wieder) zu entdecken und ihnen, mindestens im Bereich seiner Freizeitgestaltung, nachgehen zu lernen. Derweil wird ein Wechsel von Herr H. aus der Einzelmusiktherapie in die Gruppenmusiktherapie besprochen, damit der Patient, der inzwischen einen guten Zugang zum Element Klang gefunden hat, sich nun im Rahmen der Therapiegruppe mit seinen sozialen Defiziten auseinandersetzt.

## 4.2 Praxisbeispiel Depression im Alter

Herr D.<sup>2</sup> ist 87 Jahre alt. Nachdem er über Jahre hinweg seine an Morbus Parkinson fortschreitend erkrankte, zunehmend dement werdende Ehefrau gepflegt hat, gerät er schleichend in eine depressive Krise. Altersbedingt hat er eine Schwerhörigkeit und Sehschwäche entwickelt.

<sup>2</sup> Mittelgradige depressive Episode ohne psychotische Symptome [F32.1]

Diese Gebrechen hindern ihn, seinen Interessen Lesen und Musikhören nachzugehen. Wegen dieser Defizite geraten ihm und seiner Umgebung seine Kompetenzen aus den Augen. Sein Lebensgefühl beschreibt er mit den Worten: „Meine Batterien sind leer“. Herr D. zieht sich sozial zurück. Es kommt zum Suizidversuch.

Dabei sind Kompetenzen vorhanden: Herr D. wuchs auf dem landwirtschaftlichen Hof seiner Eltern auf. Als Kind und Jugendlicher entwickelte er, trotz Unverständnis und Missbilligung seiner Eltern, eine lebenslange Liebe zum Lesen und zur Musik. Nach dem Krieg übernahm er den elterlichen Hof, heiratete, wurde mehrfach Vater. In der knappen Freizeit sang er im örtlichen Liederkränzchen, las vor dem Einschlafen. Den Hof übergab er seiner Tochter, die ihn heute erfolgreich betreibt.

„Musiktherapie hat mir Spaß gemacht und war sehr hilfreich für mich.“  
(ein Musiktherapie-Patient)

Auf der Station aufgenommen erholt sich Herr D. zunächst körperlich von seinem Suizidversuch und integriert sich in den Stationsalltag. Er wird medikamentös anti-depressiv behandelt.

Im Rahmen der musiktherapeutischen Behandlung gelingt es, die musikalisch-kulturellen Interessen von Herrn D. zu reaktivieren. Er nimmt gerne am gemeinsamen Singen auf der Station teil. Und im Rahmen musiktherapeutischer Einzelsitzungen zeigt sich, dass Herr D. trotz seiner Schwerhörigkeit Musik weiterhin anteilig wahrzunehmen vermag. Durch gemeinsames Hören der ihm vertrauten Musik kann Herr D. Schritt für Schritt wieder an das Erlebnis seiner musikalischen Kompetenzen herangeführt werden.

Bald ist es Herrn D. anzumerken, dass er nun wieder einen Stolz auf sein musikalisches Wissen empfinden kann. Im Verlauf von circa drei Wochen findet er auf der Basis der musiktherapeutischen Einzelbehandlung wieder den Zugang zum affektiven Gehalt der Musik, die ihn durch sein Leben begleitet hatte. Die musiktherapeutische Reaktivierung einer wichtigen Ressource des Patienten erscheint trotz aller altersbedingten Einschränkung gelungen. Für den Zeitpunkt nach Abschluss der stationären Behandlung wird mit Herrn D. die Rückkehr nach Hause geplant.



### 4.3 Praxisbeispiel Demenz

Herr F.<sup>3</sup> Vater zweier, vor langem verstorbener Kindern, bei seiner zehnten Aufnahme auf der Geronto-Station 77-jährig, zeigt deutliche Symptome einer Demenz: Verwahrlosung, misstrauische Abwehr von Hilfsangeboten, mitunter aggressive körperliche Übergriffe. Die Einstufung seiner Demenz entwickelt sich im Verlaufe der zehn Jahre, innerhalb derer der Patient immer wieder aufgenommen wird, von Stufe 1 bis Stufe 3, mit deutlichen, körperlichen Abbauerscheinungen. Auch Alkohol spielt eine Rolle. Der Patient zeigt starke körperliche Unruhe, die er ausagiert, indem er bis zur Erschöpfung läuft. In deutscher Sprache vermag er sich wegen seiner Herkunft nur eingeschränkt mitzuteilen.

Obwohl der Patient ein ausgeprägter Einzelgänger ist, der den Kontakt zu fremden Menschen meidet, gelingt durch musiktherapeutische Einzelbetreuung der Aufbau einer erstaunlich tragfähigen persönlichen Beziehung. Als entscheidend wichtig dabei erweist sich ein bestimmtes Lied, das für den Patienten aufgrund seiner böhmischen Abstammung eine große Bedeutung hat: Das „Böhmerwald-Lied“. Auf der Basis dieser entstandenen Beziehung lässt der Patient sich schließlich auch in die musiktherapeutische Gruppe integrieren.

Es fällt auf, dass im Rahmen der musiktherapeutischen Kontakte im Unterschied zu anderen Situationen keinerlei aggressive Übergriffe gegenüber Mitpatienten auftreten. Auch ist es dem Patienten im Zuge seines Austauschs mit dem Musiktherapeuten möglich, ausführlich über seine bewegte, von massiven Einschnitten und schmerzlichen Erfahrungen geprägte Lebensgeschichte zu sprechen. Immer wieder, auch in schwierigen Momenten, vermag das Böhmerwald-Lied in verlässlicher Weise als Schlüssel zu vertrauensvoller Kontaktaufnahme zu fungieren.

### 4.4 Praxisbeispiel Abhängigkeitssyndrom

Die einmal wöchentlich stattfindende musiktherapeutische Gruppensitzung dauert 60 Minuten. Sechs Patient\*innen nehmen maximal daran teil.

Frau P.<sup>4</sup>, die erstmals teilnimmt, wirkt interessiert aber unsicher. Sie zeigt eine eingeengte Körperhaltung und kognitive Defizite. Insbesondere ihre Merkfähigkeit ist eingeschränkt. Herr

V.<sup>5</sup> beklagt sich über Erschöpfung, Missempfinden im Körper und „Chaos im Kopf“. Herr N.<sup>6</sup> spricht wenig, wirkt hoch angespannt, geladen und zeigt kaum Kontakt zu den Mitpatient\*innen. Drei weitere Patient\*innen nehmen an dieser Gruppensitzung teil.

Die Musiktherapeutin hat mit Rücksicht auf die aktuelle Gruppensituation eine freie Gruppenimprovisation vorgeschlagen. Dafür hat Frau P. eine Trommel gewählt. Mit angespannten Fingerbewegungen spielt sie leise und unregelmäßig. Schließlich findet ihr Spiel eine rhythmische Verankerung im Klavierspiel der Therapeutin. Allmählich wirkt sie ruhiger. Sie scheint jetzt konzentriert auf ihren eigenen, regelmäßigen Rhythmus. Ihr musikalischer Kontakt bleibt während der Improvisation einzig auf die Therapeutin gerichtet. Herr V. versenkt sich währenddessen mit geschlossenen Augen in sein dynamisches Trommelspiel. Es wirkt, als genieße er allein seine eigene Klangwelt. Als sei das Drumherum ihm völlig gleichgültig, spielt er weiter, nachdem die Gruppe ihr Spiel längst beendet hat. Herr N. spielt auf dem Xylophon. Seine sich unendlich wiederholende, sehr laut gespielte Melodie klingt mechanisch und dominant. Auch er stellt keinen Kontakt zu den anderen her. Er wirkt allein während er spielt, abwesend und hoch angespannt.

„In meinem Kopf rattert’s dauernd. Aber in der Musiktherapie schalte ich völlig ab. Das tut so gut!“  
(junger Patient im Suchtbereich)

Nach der Improvisation findet ein Reflexionsgespräch statt. Dabei berichtet Frau P., es sei ihr darum gegangen, beim Spielen konzentriert zu sein, denn sie mache sich Sorgen wegen ihres mangelnden Konzentrationsvermögens. Sie habe sich am Rhythmus des Klaviers orientiert, dessen Klang sie möge. Sie sei froh, dass es ihr recht gut gelungen sei, sich zu konzentrieren. Daraufhin spricht sie von ihren musikalischen Interessen, von Flötenspiel und Chorbesuch, zu dem sie leider längst den Zugang verloren habe. Sie wird weinerlich. Im weiteren Verlauf fragt sie nach einem Singangebot in der Klinik. Herr V. spricht von Entspannung. Er habe das Spiel der anderen gar nicht wahrgenommen. Hr. N. berichtet, er habe das Xylophon einfach geschlagen, seine Gedanken aber seien woanders gewesen. Sein Interesse wird wacher, als ihm im Gespräch deutlich wird, dass das Grundmuster seines Verhaltens am Instrument dem entspricht, wie er sich in Familie und Arbeit verhält: Weil er sich überfordert fühlt, erfüllt er mechanisch seine Pflicht und ist innerlich kaum anwesend. Die Kinder seien seine eigentliche Behandlungsmotivation. Dabei sind Traurigkeit und Veränderungswünsche spürbar.

3 Delir bei Demenz (F05.1),  
Störung des Sozialverhaltens (F91),  
Alkohol Demenz (F10.6)

4 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (F10.2)  
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch] (F10.0)

5 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (F10.2), Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom (F11.2), Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom (F12.2), Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (F17.2), Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Entzugssyndrom (F17.3)

6 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (F10.2), Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom (F10.3), Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom (F11.2), Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (F17.2)

Bei der übrigen Reflexion der Gruppe rückt thematisch das Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Kontaktaufnahme in den Mittelpunkt. Entsprechend fasst die Therapeutin Interaktionsfähigkeit als Ziel der weiteren Arbeit ins Auge. Um bewusstes Kontaktaufnehmen während des Spielens zu fördern, schlägt die Therapeutin das sogenannte Pyramidenspiel vor: Einer beginnt, der Nächste kommt dazu usw.

Frau P. bleibt bei der Trommel. Sie spielt einen einförmig durchgehenden Rhythmus, wirkt dabei deutlich sicherer und spielt lauter. Mit einem Lächeln lässt sie sich auf musikalischen Kontakt mit Herrn V. ein. Herr V. bringt durch rhythmische Variationen weiterhin seine musikalische Überlegenheit zum Ausdruck. Doch zeigt er dabei weniger Willkür, nimmt jetzt Rücksicht auf die anderen. Herr N.s Beitrag wirkt zurückhaltender als in der vorherigen Improvisation. Seine Melodien klingen nicht mehr starr und mechanisch, sondern variierend. Zunehmend erscheinen seine Mimik und Körperhaltung entspannter.

In der anschließenden Reflexion spricht Frau P. erstmals davon, Spaß am Spielen gehabt zu haben. Herr V. berichtet, er sei stolz, dass er trotz Kopfschmerzen teilgenommen hat. Doch seien die Kopfschmerzen nun kein Thema mehr. Herr N. bezeichnet die Stunde als interessante Erfahrung.

#### 4.5 Praxisbeispiel Schizophrenie

Herr B.<sup>7</sup>, 28-jährig, zeigt bei Antritt seiner Therapie auf einer milieuthérapeutischen Spezial-Station eine typisch schizophrene Minussymptomatik. Er wirkt apathisch, freudlos, sprachverarmt und im Rückzug. Sein Studium hat er aufgegeben, finanziell ist er ungesichert. Über konflikthafte Probleme mit seiner Mutter und deren Lebensgefährtin möchte er nicht sprechen, ebenfalls nicht über ein anhängiges juristisches Verfahren. Auf Nachfrage beschreibt er innere, beängstigende Stimmen. Im Zuge wiederholter aggressiver Ausbrüche war es zur Zerstörung von Wohnungsmobiliar gekommen.

Es fällt ihm anfänglich sehr schwer, das therapeutische Angebot der Station wertzuschätzen. Er zeigt sich reizbar. Er hält sich nicht für krank, sondern meint, alle Probleme durch Wiederaufnahme seines Studiums lösen zu können. Zugleich berichtet er von verschlechterter Verfassung. Er spricht von Hoffnungslosigkeit, fehlendem Antrieb und körperlicher Schlappeheit.

Die Musiktherapie-Gruppe findet zwei Mal wöchentlich statt und dauert je 60 Minuten. Zunächst präsentiert sich Herr K. dort nur sehr unregelmäßig und verschanzt hinter Sonnenbrille und tief ins Gesicht gezogener Kapuze. Doch als er nach circa einem Monat Aufenthalt auf der

<sup>7</sup> Paranoide Schizophrenie (F20.0); Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom (F12.2); Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom (F17.2)

Station schließlich regelmäßig teilnimmt, zeigt er Interesse am musikalischen Einsatz seiner Stimme. Er kann beobachten, wie er mit der Zeit beim Singen weniger schnell ermüdet und seine Stimme weniger „verrostet“ klingt. Im Zuge solcher Stimmarbeit wirkt er zunehmend präsenter und kontaktbereiter. Kapuze und Sonnenbrille hat er nun abgelegt. Auch gelingt es, seinen starken Bewegungsdrang, der nach Vermutung des Behandlungsteams unter anderem Nebenwirkung seiner Medikation ist, durch Bodypercussion konstruktiv zu kanalisieren.

Im Übrigen fällt auf, dass der Patient im Rahmen der Musiktherapie deutlich wacher und aktiver wirkt als sonst. Der Umgang mit Rhythmus hilft ihm, sich zu strukturieren und zu orientieren. In den Reflexionsgesprächen am Ende der Sitzungen zeigt er sich entsprechend verbal geordneter. Im weiteren Verlauf kann der Patient für eine Rehabilitations-Maßnahme motiviert werden.

#### 4.6 Praxisbeispiel Persönlichkeitsstörung / Depression

Herr Z.<sup>8</sup> nimmt im Rahmen seiner stationären Behandlung an der Musiktherapiegruppe teil, die sich zwei Mal wöchentlich für je 90 Minuten trifft. Acht Teilnehmende sitzen in der Runde. Orientiert am laufenden Prozess der Gruppe schlägt die Musiktherapeutin eine freie Gruppenimprovisation vor. Die Teilnehmer\*innen zeigen sich einverstanden. Im Rahmen dieser Improvisation schlägt Herr Z. sehr laut auf eine Pauke. Eine andere Patientin, Frau F.<sup>9</sup> scheint durch Herrn Z.s Spiel verängstigt. Ihr eigenes Spiel am Metallophon wird immer leiser. Und sie hört schließlich ganz auf.

In der Nachbesprechung der Improvisation kann sie benennen, dass Herr Z. sie an ihren gewalttätigen Vater erinnert, unter dem sie in der Vergangenheit häufig zu leiden hatte. Es zeigt sich, dass Herr Z. auch von den übrigen Mitpatient\*innen der Gruppe dominant empfunden wird. Speziell in der Musiktherapie setzt er sich immer wieder gerne durch lautes Spielen „in Szene“. Ihm wird nun erkennbar, dass die anderen Gruppenmitglieder unter seinem dominanten Auftreten leiden und deshalb auf Abstand zu ihm gehen. Auf dem Hintergrund dieser Einsicht erscheint ihm die Einsamkeit, die ihn im Alltag belastet, nun in einem neuen Licht. Und es wird ihm bewusst, wie er selbst unter der cholerischen, impulsiven Art seines Vaters gelitten und sich offenbar mit diesem Mann unbewusst identifiziert hatte.

Die Therapeutin schlägt nun einen musikalischen Dialog zwischen Frau F. und Herrn Z. vor. Im Rahmen dieses Dialog-Spiels wird es Frau F. möglich, sich gegen Herrn Z. zu behaupten. Herr Z. dagegen kann während dieser musikalischen Aktion ausprobieren, auf seine Mitspielerin einzugehen und so mehr Nähe zuzulassen.

<sup>8</sup> Narzisstische Persönlichkeitsstörung [F60.8]

<sup>9</sup> Rezidivierende depressive Episode [F33.-]

## 4.7 Praxisbeispiel Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Frau T.<sup>10</sup>, 36-jährig, leidet bei Aufnahme sichtlich unter den Folgen seelischer und sexueller Gewalterfahrungen, denen sie von Kindheit an bis ins frühe Erwachsenenalter ausgeliefert war. Auf der psychosomatischen Psychotherapiestation wird Frau T. im Rahmen der multiprofessionellen Therapie auch die Teilnahme an der Musiktherapiegruppe angeboten.

In der ersten Musiktherapiesitzung zeigt sie auffallende Ängstlichkeit. Schon nach den ersten Klängen in der Gruppe wirkt sie erschrocken, angespannt, hilflos, zugleich von Affekten überflutet. Ein typisches Erscheinungsbild traumatisierter Menschen: In Bedrängnis geraten erstarren sie. Sie „schalten“ in Durchhaltemodus. Denn in traumatisierenden Situationen haben sie gelernt, dass es zwecklos ist, fliehen oder sich wehren zu wollen. Im Gespräch mit der Patientin werden hoher Selbstanspruch und große Angst vor Be- und Entwertung deutlich. Schlicht durchhalten zu wollen scheint die Strategie, die sie sich für solche Situationen angeeignet hat; auf dem Hintergrund ihrer Gewalterfahrungen nachvollziehbar und dennoch eine Form der Selbstüberforderung.

„Wie wichtig Musik für mich immer war, hatte ich ganz aus den Augen verloren. In der Musiktherapie spüre ich wieder, wie gut Musik mir tut. Ich werde wieder Musik machen!“  
(Patientin im Psychotherapiebereich)

Dies erkennend, entscheidet die Musiktherapeutin in Absprache mit dem Behandler-Team der Station, die Patientin aus dem musiktherapeutischen Gruppensetting herauszunehmen. Ihr wird stattdessen eine Einzel-Musiktherapie angeboten. Sicherheit aufbauende und informative Gespräche ermöglichen Frau T., sich auf dieses veränderte Setting einzulassen. Im Einzelsetting geht es zunächst um Vertrauen aufbauende Gespräche. Zugleich bekommt Frau T. das Angebot, Instrumente zu suchen, deren Klänge sie wohltuend empfindet, um sich diese als schützenden Klangraum zu eignen zu machen. Dabei entdeckt sie die pentatonisch gestimmte Kantele. In deren Klängen findet sie für längere Zeit eine passende Ausdrucksform für ihr Schutzbedürfnis. Das Spiel mit der Kantele wird zum Ritual, das der Patientin Sicherheit gibt.

Nach drei Einzelsitzungen ist sie so weit, nun auch parallel zur Einzel- an der Gruppenmusiktherapie teilzunehmen. Beides findet einmal pro Woche statt. Langsam erweitert sich ihr Handlungsspielraum. Sie wagt sich nun auch ans Klavier. Schmerzliche, traurige Gefühle kommen zum Ausdruck, die Selbstwahrnehmung nimmt zu. Wie zu erwarten, wird das Spiel mit den

<sup>10</sup> Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)  
Schwere Depression (F32.2)

Instrumentalklängen zum „Trigger“ auch für schwierige Gefühle. Hier ist die Unterstützung durch die Musiktherapeutin wichtig. Diese leitet Frau T. an, sich mittels der wohltuenden Kantele-Klänge immer wieder zu regulieren und zu beruhigen. Dabei erfährt die Patientin ihre Selbstwirksamkeit und Kontrollmöglichkeiten.

Mit einem Aufenthalt allein ist die Behandlung nicht abzuschließen. In zwei weiteren Aufenthalten bildet das nun schon vertraute musiktherapeutische Setting für Frau T. immer aufs Neue einen sicheren, haltgebenden Rahmen. Die Aufenthalte dauern je acht bis zwölf Wochen und erstrecken sich über etwa zwei Jahre. Dabei kann jeweils an das Vertrauen angeknüpft werden, das in der therapeutischen Beziehung beim Voraufenthalt aufgebaut wurde.

So werden weitere Erfahrungen der Selbstwertstärkung durch Klangausdruck möglich. Schließlich vermag Frau T. sich auch ihren wütenden Gefühlen zu widmen. Der Ausdruck an der Trommel wirkt zu Beginn noch angstausslösend. Zunehmend aber wird die Erfahrung möglich, wie haltgebend und stabilisierend rhythmisches Spiel auf der Trommel sein kann: Es vermag die wütenden Gefühle zu kanalisieren und zugleich Kontrolle zu ermöglichen. So wachsen Selbstvertrauen und Abgrenzungsfähigkeit gegenüber anderen Menschen. Auch nimmt die Fähigkeit der Patientin zu, zwischen dem realen Hier und Jetzt-Geschehen und dem zu unterscheiden, was traumabedingtes Erleben von der Vergangenheit her ist. Sie kann zum Beispiel allmählich unterscheiden zwischen kraftvoll-lauten Trommelklängen und den körperlichen Schlägen, die sie einst erleiden musste.

## 4.8 Praxisbeispiel Tourette-Syndrom im Kindesalter

A.<sup>11</sup> ist 10 Jahre alt und schon länger in Behandlung. Ihre Eltern sind psychisch erkrankt. Das Mädchen wohnt zusammen mit zwei Geschwistern beim Vater und dessen Lebenspartnerin. Im Verlauf ihres bisherigen Lebens zeigte sie zunehmend eine „oppositionelle Entwicklung“. Die Behandlung mit Medikamenten zeigte eine nur geringfügige Wirkung.

A. kommt zu sechs Terminen in die musiktherapeutische Kindergruppe, an der außer ihr fünf bis sechs andere Kinder teilnehmen. Anfangs verhält sie sich schüchtern. Sie wirkt starr und ohne erkennbare Emotion. Die Ziele, an denen die musiktherapeutische Gruppenbehandlung sich orientiert, sind die Förderung des Kommunikationsvermögens und eine Erweiterung des emotionalen Ausdrucksspektrums. Die junge Patientin kommt erkennbar gerne zur musiktherapeutischen Stunde. Dies zeigt sich an dem großen Eifer, mit dem sie auf unterschiedlichen Instrumenten musiziert.

<sup>11</sup> Tourette Syndrom (F95.2); Träumer ADHS (F90.-)

Im Laufe der Stunden wirkt sie zunehmend weicher und offener. A. spielt meist mit wenigen Tönen und einem festen Rhythmus. Dabei lacht sie mitunter und ihre Musik wird mit der Zeit variantenreicher. Auch stellt A. Kontakt und Zusammenspiel mit anderen Kindern her und wird innerhalb der Gruppe sogar in mancher Hinsicht ein haltgebender Spieler im klanglichen Miteinander.

#### 4.9 Praxisbeispiel Impulsstörung

Inhaftiert wurde der 31-jährige Herr D.<sup>12</sup> wegen gefährlicher Körperverletzung. Im Rahmen seiner forensisch-psychiatrischen Unterbringung fällt er wegen provozierendem Verhalten gegenüber Mitpatienten auf. Seine Biografie beeindruckt durch früh einsetzende, schwerwiegende Probleme, die schon vorgeburtlich beginnen: Seine Mutter ist Alkoholikerin, weshalb es schon während der Schwangerschaft zu Komplikationen kommt. Ab dem dritten Lebensjahr zeigten sich erste Verhaltensauffälligkeiten und zerebrale Anfälle. In seinem sechsten Lebensjahr wird eine Behandlung in einem Sprachheilzentrum durchgeführt. Ab dem neunten Lebensjahr verbringt Herr D. seine Kindheit und Jugend in unterschiedlichen Heimen. Es kommt schon damals zu psychiatrischen Einweisungen. Als er 10 Jahre alt ist, lassen die Eltern sich scheiden.

Seine Einweisung in den forensisch-psychiatrischen Maßregelvollzug findet in seinem 26. Lebensjahr statt. Dort wird der Patient sowohl pharmakologisch als auch milieuthérapeutisch behandelt. Die milieuthérapeutische Behandlung zielt darauf, die Weiterentwicklung der Persönlichkeit zu fördern sowie Nachreifungsprozesse zu ermöglichen. Sie umfasst auch die Musiktherapie. In diesem Rahmen kann der psychische Gesamtzustand von Herrn D. relativ stabil gehalten werden.

Seine Behandlung innerhalb der Musiktherapie konzentriert sich vor allem auf die Themen Entspannung, Wahrnehmung, Gefühlsdifferenzierung, Förderung der Kommunikation und des Sozialverhaltens. Die Förderung der sozialen Kompetenzen und der Gruppenfähigkeit von Hr. D. ist zunächst nur im Rahmen einer Einzel-Musiktherapie möglich. Dabei werden Lieder gesungen, einige Akkorde zur einfachen Liedbegleitung auf der Gitarre erlernt und Liedbegleitungen mit Rhythmusinstrumenten durchgeführt. So begleitet Herr D. den Therapeuten beim Reinhard-Mey-Klassiker „Über den Wolken“ rhythmisch in wiegender Bewegung mit dem Regenmacherstab, bis zum Ende des Liedes. Der Patient stellt auf diese Weise die Geräusche des Regens dar, die im Liedtext vorkommen, übernimmt dafür die Verantwortung und es gelingt ihm, in strukturierter Form bei sich zu bleiben. Sich auf musikalischer Ebene auf eine Aufgabe einzulassen, ohne sich von anderen Sinneseindrücken ablenken zu lassen, verlangt Herr D. aufgrund seiner ADHS eine außergewöhnliche Konzentrations- und Ausdauerleistung ab. Ne-

<sup>12</sup> Impulsstörung (F63.-); ADHS-Syndrom (F90.1); Leichte Intelligenzminderung (F70.-); Alkohol-Embryopathie (Q86.0)

benbei stellt sich heraus, dass Herr D. sehr gerne christliche Lieder und Gospelsongs singt und spielt. Sein religiöser Glaube bedeutete ihm sehr viel.

Nachdem Herr D. im Rahmen des musiktherapeutischen Einzelsettings Fortschritte macht, wird ihm zugetraut, auch das Gruppenangebot wahrnehmen zu können. In der musiktherapeutischen Gruppe geht es um ein musikalisch-spielerisches Üben angemessenen Umgangs mit Grenzen sowie der Einhaltung sozialer Grundregeln. So geht es beispielsweise innerhalb der musikalischen Befindlichkeitsrunde darum, sich so zu verhalten, dass alle Spielenden ungestört Zeit für ein musikalisches Solospiel und gegebenenfalls eine verbale Reflektion bekommen. Auch in der Musiktherapiegruppe werden gemeinsam Lieder gesungen. Ein Stationsliederordner wird angelegt, musikalische Gruppenimprovisationen in freier Form finden statt. Auch zu bestimmten Themen wird improvisiert und jeweils anschließend soweit möglich verbal reflektiert. All diese Vorgehensweisen dienen zugleich dazu, einfache soziale Grundregeln der Kommunikation zu vermitteln. Auch ist es wichtig, dass der Therapeut durch geeignete Interventionen für eine positive Arbeitsatmosphäre sorgt. Herr D. kann sich zunehmend gut darauf einlassen.

Nach Beendigung des forensischen Aufenthaltes wird Herr D. zunächst in eine Probebeurlaubung geschickt. Anschließend steht die Verlegung in eine geeignete Einrichtung und die Erfüllung der Bewährungsaufgaben während der gesetzlichen Bewährungsphase von drei bis sechs Monaten an. Herr D. kann mit Erfolg aus dem Maßregelvollzug entlassen werden.

#### 4.10 Praxisbeispiel Intelligenz- und Verhaltensstörung

Herr E.<sup>13</sup> (Fußnote 1), 51-jährig, wird aufgrund einer Entscheidung des Stationsteams für die musiktherapeutische Einzel-Behandlung angemeldet. Es finden daraufhin im Verlauf von neun Wochen stationärem Aufenthalt vier Einzel-Musiktherapie-Sitzungen statt. Parallel dazu nimmt der Patient an ebenfalls vier Terminen der offenen Singgruppe teil, die auf der Station stattfinden und vom selben Musiktherapeuten geleitet werden. Neben der Musiktherapie erfährt er regelmäßig Unterstützung durch pflegerische beziehungsweise ärztlich-psychiatrische Kontaktangebote sowie in Ergo-, Bewegungs-, pferdegestützter-Beschäftigungs- und Arbeitstherapie.

Zur Einzelmusiktherapie wird er durch den Musiktherapeuten von der Station abgeholt und dabei in lethargischer Verfassung angetroffen. Er wirkt sehr verlangsamt. Antworten auf Fragen kommen, wenn überhaupt, sehr verzögert und affektlos. Die Frage, ob er „zur Musik“ mitgehen wolle, beantwortet er mit Ja.

<sup>13</sup> Paranoide Schizophrenie (F20.0); Mittelgradige Intelligenz- und sonstige Verhaltensstörung (F71.8); Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung des Sprechens (F80.0)



Im Therapieraum wird zunächst mittels einfacher, beruhigender, repetitiver Lieder erster persönlicher, musikalischer Kontakt aufgebaut. Diese musikalische Kontaktmöglichkeit erweist sich als sehr hilfreich, da Herr E. auf verbaler Ebene wegen seiner Sprachentwicklungsstörung kaum erreichbar ist. Noch ist wenig zu erkennen, was durch die Lieder in dem Patienten ausgelöst wird. Denn auch im gestisch-mimischen Bereich zeigt er wenig Ausdruck und singt bis auf weiteres nicht mit. Im Weiteren werden Stehgreiflieder eingesetzt, die ihn direkt mit Namen ansprechen. Spürbar ist einzig, wie im Zusammenhang mit den Liedern sich die Atmosphäre des Kontakts zum Patienten günstig entwickelt.

Eine erste Überraschung geschieht als Herrn E. eine Trommel angeboten wird. Begleitet durch den Therapeuten spielt er darauf mit erstaunlicher Ausdauer und wachsender Energie. Auffallend ist auch, wie intensiv und nachhaltig er während des Trommelns Augenkontakt herstellt und hält. Auch andere angebotene Instrumente (Xylophon, Klavier), wecken das Interesse des Patienten und animieren ihn zu ausgiebigem Klangspiel. So entwickelt sich ein emotional lebendiges „Im-Kontakt-Sein“, bei dem Herr E. mit zunehmender Häufigkeit ein Lächeln zeigt.

Beim Abholen zum vierten und letzten Einzel-Kontakt wird er auf der Station vom Therapeuten erstmals nicht alleine sitzend in seiner Lethargie angetroffen. Stattdessen befindet er sich inmitten der ergotherapeutischen Gruppe und ist beschäftigt. In dieser letzten Sitzung zeigt Herr E. auch erstmals ein Mitgehen mit der Musik mit dem ganzen Körper, indem er sich während des Trommelns mit strahlendem Gesicht im Rhythmus bewegt. Am Tag darauf wird der Patient zurück in seine Wohngruppe entlassen. Im Verlauf des Aufenthalts konnten die Neuroleptika, mit denen Herr E. eingewiesen worden war, deutlich reduziert werden.



## 5. Das musiktherapeutische Setting in den BW-Süd-Kliniken

Qualifizierte therapeutische Arbeit verlangt Rahmenbedingungen, die eine reibungslose Durchführung der indizierten Maßnahmen ermöglichen und sicherstellen. Im Folgenden finden sich Eckpunkte der personellen, zeitlichen sowie räumlichen Anforderungen qualifizierter klinischer Musiktherapie, die vom musiktherapeutischen Arbeitskreis der BW-Süd-Kliniken erarbeitet wurden. Eine zeitnahe Verwirklichung dieser Eckpunkte, die in etlichen Häusern der BW-Süd-Kliniken derzeit noch nicht gegeben ist, wäre nach Meinung der Musiktherapeut\*innen der BW-Süd-Kliniken erstrebenswert.

### Personelle Mindestanforderungen:

Auf jeder Station der BW-Süd-Kliniken sollte musiktherapeutische Versorgung gewährleistet sein. Pro Station entsteht daher bei einem Durchschnitt von circa 20 Betten ein Mindestbedarf von 0,5 VK Musiktherapie.

### Musiktherapeutische Qualifikation:

Die Musiktherapie an den BW-Süd-Kliniken wird von qualifizierten Fachkräften durchgeführt, die hinsichtlich ihrer Ausbildung über eine staatliche Anerkennung verfügen. Regelmäßige Fortbildung stellt eine wichtige Voraussetzung für die Aufrechterhaltung musiktherapeutischer Behandlungsqualität dar.

### Wesentliche Merkmale eines musiktherapeutischen Arbeitsraumes

Ziel der BW-Süd-Kliniken ist, der Musiktherapie an jedem Standort geeignete Räume zur Verfügung zu stellen. Dieses Ziel ist zum Zeitpunkt der Entstehung dieser Schrift noch nicht an allen Standorten erreicht. Der musiktherapeutische Standard der BW-Süd-Kliniken sieht für einen qualifizierten Musiktherapieraum eine Flächengröße vor, die der Maximalgröße der Gruppe angemessen ist, die darin arbeiten soll (hinreichend Platz für jede Person, Platz für Instrumentarium, Musikanlage und gegebenenfalls Schreibtisch).

Beispiel: Mindestgröße für acht Teilnehmende: 44 qm.<sup>14</sup>. Gute Belüftungsmöglichkeiten und direktes Tageslicht sind für stabilisierende Patientenarbeit unerlässlich.

#### Das musiktherapeutische Instrumentarium für die aktive Musiktherapie:

Mit welchem musikalischen Instrumentarium ein qualifizierter Musiktherapieraum im Detail ausgestattet ist, entscheidet sich daran, für welche psychiatrischen Fachstationen und -Bereiche das betreffende musiktherapeutische Personal tätig ist. Die Musiktherapie für eine Soteria-Station beispielsweise verlangt ein anderes Instrumentarium als die für eine Demenz-Station; die Musiktherapie in der Psychosomatik erfordert eine andere Ausstattung mit Instrumenten als die im neuropsychiatrischen Bereich usw. Wird ein Musiktherapieraum für verschiedene Stationen oder Bereiche genutzt, so werden die Erfordernisse dieser verschiedenen Bereiche und Stationen bei der Ausstattung mit Instrumentarium berücksichtigt.

Generell lassen sich hinsichtlich der erforderlichen Ausstattung qualifizierter Musiktherapieräume mit musikalischem Instrumentarium folgende Eckpunkte benennen: Die Auswahl des geeigneten Instrumentariums für aktive Musiktherapie orientiert sich am Merkmal einfacher Klangerzeugung (Xylophon, Klangschale, Trommel, akkordisch-gestimmte Gitarre, Klavier, Djembe, Becken etc.). Instrumente, bei denen die Klangerzeugung an sich schon spieltechnisch anspruchsvoll ist (wie Geige, Klarinette, Trompete) sind für das musiktherapeutische Basis-Setting im Allgemeinen eher ungeeignet.

Zugleich ist darauf zu achten, dass das offen angebotene Tonspektrum im Musiktherapie-Raum auf eine Tonart begrenzt bleibt. Dadurch sind die Möglichkeiten der Dissonanzbildung innerhalb des einzelnen Instruments sowie auch zwischen den verschiedenen Instrumenten insoweit begrenzt, dass ein Übermaß an dissonantem Klangmoment ausgeschlossen ist. Andernfalls würden die Verarbeitungsmöglichkeiten sehr vieler Patient\*innen überfordert. Soll in bestimmten Situationen Dissonanz ganz ausgeschlossen sein, kann die Tonbegrenzung zur Pentatonik hin ausgebaut werden. Wo dagegen ein erweitertes Feld an dissonanten Klangmöglichkeiten angeboten werden soll, da können gezielt Instrumente mit 12-tönigem Klangspektrum eingeführt werden.

Da musikalisch-klanglicher Selbstausdruck, wie er in der musiktherapeutischen Arbeit den Patient\*innen ermöglicht werden soll, sich im Wesentlichen im Rahmen der musikalischen Grundparameter Rhythmus, Klang und Melodie vollzieht, sollten grundsätzlich Instrumente zur Verfügung stehen, mittels derer diese drei Qualitäten auf einfache Weise verwirklicht werden können.

<sup>14</sup> Sinnvolle Ausgangspunkte für die Berechnung der Mindestgröße eines qualifizierten musiktherapeutischen Arbeitsraumes:

- Mindestens 1,8 x 1,8 m Fläche pro Person, plus
- mindestens 3,5 x 3,5 m Fläche für bereitstehendes Instrumentarium, plus
- ca. 1,60 x 1,50 m Fläche für Schreibtisch (falls kein extra Büro-Raum vorhanden)
- = 44 qm bei max. Gruppengröße von 8 Teilnehmenden

Beispiele:

- Rhythmus: Djembe, Tamburin, Pauke, ...
- Klang: Gong, Klangschale, Monochord, ...
- Melodie: Xylophon, Leier, Klavier, ...

Da innerhalb der musiktherapeutischen Gruppenarbeit für die Patient\*innen das Spektrum zwischen den Polen „Gleichheit gegenüber anderen“ auf der einen und „Verschiedenheit gegenüber anderen“ auf der anderen Seite erlebbar sein sollte, ist es wünschenswert, dass bezüglich jedes Grundparameters (Rhythmus, Klang, Melodie) wenigstens ein Instrument in der Anzahl vorhanden ist, die der maximalen Teilnehmerzahl der betreffenden Gruppe entspricht. Beispiel: Sechs Djembes, sechs Klangschalen, sechs Xylophone bei maximaler Gruppengröße von sechs Teilnehmenden. Mindestens aber sollten so viele gleichartige Trommeln vorhanden sein, dass die Arbeit am musikalischen Basis-Parameter Rhythmus für alle Gruppenteilnehmenden gleichzeitig möglich ist („Trommel-Runde“).

Die wichtigen Begleitinstrumente (Gitarre, Klavier) sollten vorhanden sein. Das musiktherapeutische Instrumentarium sollte insgesamt einem hohen Qualitätsstandard entsprechen, damit die Schönheit des Instrumentalklangs einen Kontrast zum in der Regel eingegengten und daher verzerrten Gefühlsleben der Patient\*innen zu bilden vermag. Da auch die Stimme der

„Es ist immer faszinierend, was bei der freien Improvisation rauskommt, was wir da zusammen entwickeln können. Obwohl die meisten von uns kaum musikalische Erfahrung haben. Es ist sehr interessant.“  
(Patientin in der Allgemeinpsychiatrie)

Musiktherapeut\*innen ein wichtiges Instrument der musiktherapeutischen Arbeit darstellt, sollte bei der Einstellung von musiktherapeutischem Fachpersonal unter anderem darauf geachtet werden, dass entsprechende Qualitäten vorhanden sind. Darüber hinaus sollte dem musiktherapeutischen Fachpersonal die Möglichkeit zur Verfügung stehen, die eigene Stimme zu pflegen.

#### Für die rezeptive Musiktherapie:

Da rezeptive Musiktherapie eines der beiden Standbeine klinisch-musiktherapeutischer Arbeit darstellt, sollte jeder qualifizierte Musiktherapieraum in den BW-Süd-Kliniken mit einer hochwertigen Musikanlage ausgestattet sein, mit Zugang zu den erforderlichen Musikstücken. Auch ein digitales Aufnahmegerät ist Standard, zwecks Aufnahme von Musik, die von Patient\*innen gestaltet wurde.

## Räumliche Verortung der Musiktherapie

### Stationsexterner Musiktherapieraum:

Stationsexterne Musiktherapieräume sollten so verortet sein, dass die in ihnen funktionsmäßig stattfindende Schallentwicklung die Tätigkeit anderer Mitarbeitenden in umliegenden Klinikräumlichkeiten nicht beeinträchtigt. Ist dies nicht zu gewährleisten, kann die Einarbeitung einer spezifischen Schalldämmung in den Musiktherapieraum notwendig werden.

### Stationsinterner Musiktherapieraum:

Patient\*innen, die keinen entsprechenden Ausgangsstatus haben oder aus anderen Gründen nicht in der Lage sind am stationsexternen Musiktherapie-Angebot teilzunehmen, können auf der Station behandelt werden. Daher ist es wichtig, dass auf jeder Station, auf der musiktherapeutische Maßnahmen durchgeführt werden sollen, ein dafür geeigneter Raum zur Verfügung steht. Bei Patient\*innen, die ihr Krankenzimmer beziehungsweise Bett nicht verlassen können, können musiktherapeutische Behandlungseinheiten ausnahmsweise auch im Krankenzimmer durchgeführt werden.

### Klinikexterne musiktherapeutische Behandlung:

Im speziellen Konzept der Stationsäquivalenten Behandlung (StäB) findet die Musiktherapie außerhalb der Klinik in den heimischen, privaten Räumen der Patient\*innen statt.

### Zeitraumen, Sitzungsfrequenz, Teilnehmerzahl bei musiktherapeutischen Gruppen

Die BW-Süd-Kliniken halten musiktherapeutische Angebote sowohl als Einzel- wie auch als Gruppentherapie bereit.

Der zeitliche Rahmen für eine musiktherapeutische Behandlungseinheit bewegt sich je nach Störungsbild und Zielorientierung des betreffenden Angebots regulär zwischen 50 bis 90 Minuten (wobei in Einzelfällen wegen krankheitsbedingt gemindertem Durchhaltevermögen von Patient\*innen die 50 Minuten auch unterschritten werden können).

Sinnvoll erscheint folgende Größen-Staffelung für musiktherapeutische Behandlungseinheiten:

- **Kategorie A**, Einzeltherapie: Gezielte Arbeit an psychischen und psychosozialen Themen, 50 Minuten
- **Kategorie B**, Gruppentherapie: Gezielte Arbeit an individuellen psychischen und psychosozialen Themen, maximal fünf bis sechs Teilnehmende, 60 bis 90 Minuten
- **Kategorie C**, Gruppentherapie: Emotionale Aktivierung und Regulierung mit personenzentrierter Ausrichtung: maximal acht Teilnehmende, 60 Minuten
- **Kategorie D**, Angebot musikalischer Aktivität in Gruppen: Emotionale Aktivierung mittels kulturell verankerter Formen des Musizierens (wie Singen, Trommeln): mehr als acht Teilnehmende möglich (Obergrenze wird von den jeweils durchführenden Musiktherapeut\*innen definiert), 60 bis 90 Minuten

Die planmäßige Sitzungsfrequenz besteht in durchschnittlich ein- bis zweimal wöchentlichem Stattfinden der Musiktherapie. Dabei lassen sich Therapie-Intensität und -Effizienz durch Frequenzsteigerung auf drei bis viermal wöchentlich erhöhen.

### Verbalisierung als obligater Bestandteil des musiktherapeutischen Settings

Obgleich „Klang/Rhythmus/Musik“ an sich ein nonverbales Medium darstellt, verlangt musiktherapeutische Arbeit in der Regel in jeder Sitzung die Einbeziehung von Zeiträumen, in denen für die Patient\*innen die Möglichkeit besteht, ihr inneres Erleben im Zusammenhang mit der Musik zu verbalisieren. Erst Verbalisierung schafft Bewusstheit des – durch das musiktherapeutische Medium ausgelösten – inneren Erlebens. Zeitlicher Raum für verbalen Austausch stellt daher einen obligaten Bestandteil musiktherapeutischen Settings dar.





## 6. Organisatorische Einbettung der Musiktherapie in den Häusern der BW-Süd-Kliniken

Die organisatorische Einbettung der Musiktherapie gestaltet sich, historisch gewachsen, in den verschiedenen Häusern der BW-Süd-Kliniken zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Schrift sehr vielfältig. Im groben Überblick lässt sich sagen, dass die Musiktherapien in den verschiedenen Häusern der BW-Süd-Kliniken folgenden unterschiedlichen Instanzen direkt unterstellt sind: Ärztliche Stationsleitung, Ärztliche Bereichsleitung, Ärztliche Abteilungsleitung, Pflegerische Stationsleitung, ober- und chefärztliches Personal, Pflege-Direktion, Stabstelle „Therapie & Kultur“, Klinikleitung. Auch gibt es Fälle, in denen die Entscheidungen über unterschiedliche Kategorien von Anliegen der Musiktherapie innerhalb eines Hauses von mehr als einer Leitungsstelle getroffen werden (zum Beispiel Anschaffung von Instrumentarium: Pflegerische Leitung; organisatorische und inhaltliche Fragen: Oberarzt (in besonderen Fällen auch Chefarzt).

Hervorzuheben ist dabei eine Organisationsform, die gegenwärtig in drei Häusern der BW-Süd-Kliniken besteht. Dort ist die Musiktherapie explizit Teil eines größeren Teams, das sich aus den übrigen Fachtherapeut\*innen im jeweiligen Haus zusammensetzt und einer gemeinsamen Leitung unterstellt ist. In einem Fall finden auch regelmäßig Supervisionen sowie alle zwei Monate ein Treffen innerhalb dieses Großteams statt. (Die als „Fachtherapeut\*innen“ bezeichnete Berufsgruppe wird innerhalb der BW-Süd-Kliniken gegenwärtig teilweise auch als „Spezial-“, oder „Kreativtherapeuten\*innen“ bezeichnet. Gemeint sind damit neben der Musiktherapie die Bewegungs-, Ergo-, Kunsttherapie, Tiergestützte Therapie, Heilpädagogik usw.).

Aus Sicht der Musiktherapeut\*innen wäre für alle Häuser der BW-Süd-Kliniken einheitlich die letztgenannte organisatorische Struktur anzustreben; nämlich das Modell einer Zusammenfassung der unterschiedlichen Fachtherapien zu einem Bereich mit eigener, stabil definierter Leitung. Zugleich scheint es erforderlich, dass die Musiktherapie innerhalb dieser Organisationsform als Einzelbereich gilt, mit wiederum eigener Leitung (eine Form, die sich beispielsweise seit längerem im Falle der Bewegungstherapie im ZfP am Standort Zwiefalten bewährt hat).

## Anhang

### Ausgewählte Forschungsergebnisse Musiktherapie im psychiatrischen Bereich

#### Aus der Cochrane Library (Wissenschaftliche Datenbank):

- Musiktherapie für Depression  
[www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004517.pub3/full?highlightAbstract=withdrawn%7Cmusic%7Ctherapy%7Ctherapi](http://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004517.pub3/full?highlightAbstract=withdrawn%7Cmusic%7Ctherapy%7Ctherapi)
- Musiktherapie für Menschen mit Schizophrenie und schizophrenieähnlichen Störungen  
[www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004025.pub4/full?highlightAbstract=withdrawn%7Cmusic%7Ctherapy%7Ctherapi](http://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004025.pub4/full?highlightAbstract=withdrawn%7Cmusic%7Ctherapy%7Ctherapi)
- Musiktherapie für Menschen mit Demenz  
[www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003477.pub4/full?highlightAbstract=withdrawn%7Cmusic%7Ctherapy%7Ctherapi](http://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003477.pub4/full?highlightAbstract=withdrawn%7Cmusic%7Ctherapy%7Ctherapi)

#### Wissenschaftliche Artikel/Studien zur Wirksamkeit von Musiktherapie im psychiatrischen Bereich:

- Psychose, Depression  
[www.egms.de/static/de/journals/jat/2019-1/jat000004.shtml#block3](http://www.egms.de/static/de/journals/jat/2019-1/jat000004.shtml#block3)
- Studie über die Wirksamkeit von Musiktherapie bei Hauptdiagnosen
  - ◆ F 30-39: Affektive Störungen
  - ◆ F 60, 61: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen,
  - ◆ F 40-48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
  - ◆ ICD 10: International Classification of Diseases, Version 10F 50: Essstörungen im Rahmen einer Dissertation <https://oparu.uni-ulm.de/xmlui/bitstream/handle/123456789/4463/thesis.schroeder.pdf?sequence=1>
- Zum Forschungsstand Musik in der Depressionsbehandlung aus musiktherapeutischer und musikpsychologischer Sicht [www.researchgate.net/publication/282027565\\_Musik\\_in\\_der\\_Depressionsbehandlung\\_aus\\_musiktherapeutischer\\_und\\_musikpsychologischer\\_Sicht](http://www.researchgate.net/publication/282027565_Musik_in_der_Depressionsbehandlung_aus_musiktherapeutischer_und_musikpsychologischer_Sicht)

#### Weitere Forschungsergebnisse und wissenschaftliche Artikel finden sich unter:

- Nordic Journal of Music Therapy: <https://www.tandfonline.com/loi/rnjm20>
- Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft: <https://www.musiktherapie.de>
- Cochrane Deutschland: [www.cochrane.de](http://www.cochrane.de)

„Ohne Musik wäre das Leben ein Irrtum.“  
(Friedrich Nietzsche)



## Ausgewählte musiktherapeutische Literatur und Fortbildungsmöglichkeiten

### Literaturlisten und Datenbanken finden sich hier:

- Deutsches Zentrum für Musiktherapieforschung [www.dzm-heidelberg.de](http://www.dzm-heidelberg.de)
- [www.musiktherapie.de/musiktherapie/forschung/](http://www.musiktherapie.de/musiktherapie/forschung/)

### Empfohlene Bücher:

*Frohne-Hagemann, I., Pleß-Adamczyk, H. (2005) Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter: Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD-10. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht*

*Frohne-Hagemann, I. (2004) Rezeptive Musiktherapie: Theorie und Praxis. Reichert Verlag*

*Plahl, C., Becker, T. (Eds.) (2008) Musiktherapie. Musiktherapie mit Kindern: Grundlagen - Methoden - Praxisfelder (2., aktualisierte Aufl.). Bern: Huber*

*Decker-Voigt, H.-H., Weymann E. (Hrsg.) (2009) Lexikon Musiktherapie (2. Überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe*

*Decker-Voigt, H.-H. (1991) Aus der Seele gespielt. München: Goldmann*

*Hegi, F. (2010) Improvisation und Musiktherapie. Wiesbaden: Reichert Verlag*

*Kapteina, H., Hörtreiter, H. (1993) Musik und Malen in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken. Stuttgart [u.a.]: G. Fischer/Bärenreiter Verlag*

*Sonntag, J. Demenz und Atmosphäre - Musiktherapie als ästhetische Arbeit. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, ISBN 978-3-86321-153-0*

### Grundlagen der Musiktherapie:

*Smeijsters, H. (1999) Theorie und Praxis der Behandlung psychischer Störungen und Behinderungen (1. Auflage). Hogrefe Verlag, ISBN: 9783801711894*

*Timmermann, T. (2004) Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie. Wiesbaden: Reichert Verlag, ISBN 978-3-89500-399-8*

*Münzberg, C. (Hrsg.:) (2010) Musiktherapie in der Psychosomatik. Wiesbaden: Reichert Verlag, ISBN 978-3-89500-731-6*

*Schmidt, H.U., Stegemann, Th., Spitzer, C. (2019) Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen. München: Verlag Urban & Fischer.*

### Fortbildungen:

- [www.musik-bim.de](http://www.musik-bim.de)
- [www.nmtacademy.co](http://www.nmtacademy.co)
- [www.lichtenberger-institut.de](http://www.lichtenberger-institut.de)
- [www.freies-musikzentrum.de](http://www.freies-musikzentrum.de)

## Mitglieder des Arbeitskreises Musiktherapie der BW-Süd-Kliniken

Martin Kaiser	<a href="mailto:martin.kaiser@zfp-zentrum.de">martin.kaiser@zfp-zentrum.de</a>	Bad Schussenried
Antje Leydel-Lehmann	<a href="mailto:antje.leydel@zfp-zentrum.de">antje.leydel@zfp-zentrum.de</a> <a href="mailto:antje.leydel@googlemail.com">antje.leydel@googlemail.com</a>	Bad Schussenried
Albert Bücheler	<a href="mailto:albertbuecheler@gmx.de">albertbuecheler@gmx.de</a>	Biberach
Hanne Eisenhardt	<a href="mailto:hanne.eisenhardt@zfp-zentrum.de">hanne.eisenhardt@zfp-zentrum.de</a>	Friedrichshafen
Yuko Takahashi	<a href="mailto:yuko.takahashi@pprt.de">yuko.takahashi@pprt.de</a>	Reutlingen
Chung-Sun Kwon	<a href="mailto:chung-sun.kwon@pprt.de">chung-sun.kwon@pprt.de</a>	Reutlingen
Bruno Romer	<a href="mailto:bruno.romer@zfp-zentrum.de">bruno.romer@zfp-zentrum.de</a>	Weissenau Ravensburg
Günter Haas	<a href="mailto:guenter.haas@zfp-zentrum.de">guenter.haas@zfp-zentrum.de</a>	Weissenau
Friedemann Burgdörfer	<a href="mailto:friedemann.burgdoerfer@zfp-zentrum.de">friedemann.burgdoerfer@zfp-zentrum.de</a>	Zwiefalten
Ramona Hornung	<a href="mailto:ramona.hornung@zfp-zentrum.de">ramona.hornung@zfp-zentrum.de</a>	Zwiefalten
Cornelia Tonn	<a href="mailto:cornelia.tonn@sonnenbergklinik.de">cornelia.tonn@sonnenbergklinik.de</a>	Stuttgart
Regina Ruf	<a href="mailto:r.ruf@zfp-reichenau.de">r.ruf@zfp-reichenau.de</a>	Reichenau
Niklas Breuksch	<a href="mailto:n.breuksch@zfp-reichenau.de">n.breuksch@zfp-reichenau.de</a>	Reichenau
Irene Ribeiro	<a href="mailto:i.ribeiro@zfp-reichenau.de">i.ribeiro@zfp-reichenau.de</a>	Reichenau



