

**Musiktherapie als integraler Bestandteil eines  
Behandlungskonzepts für die psychiatrische  
Tagesklinik**

**Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades eines  
Diplom-Musiktherapeuten (FH)**

**An der Fachhochschule Heidelberg  
Fachbereich Musiktherapie**

vorgelegt von: Stefan Mainka, Zum Teich 14, 14480 Potsdam  
[mainka@reha-musik.de](mailto:mainka@reha-musik.de)

## Inhaltsverzeichnis

Einführung .....	3
<b>1 Theoretischer Hintergrund .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Das biopsychosoziale Krankheits- und Therapieverständnis.....</b>	<b>5</b>
<b>1.2 Die Tagesklinik – Baustein psychiatrischer Versorgung .....</b>	<b>9</b>
1.2.1 Behandlung zwischen Station und Alltag – Besonderheiten teilstationärer Behandlung.....	9
1.2.2 Zum therapeutischen Charakter des teilstationären Settings.....	11
1.2.3 Einschluss- und Ausschlusskriterien.....	15
<b>1.3 Zum Konzept der klinisch angewandten Musiktherapie nach   SCHWABE .....</b>	<b>17</b>
1.3.1 Zum Psychotherapiebegriff .....	17
1.3.2 Zur musiktherapeutischen Methodologie.....	21
1.3.3 Das Methodensystem .....	24
<b>2 Musiktherapie als integraler Bestandteil eines teilstationären Behandlungskonzepts – dargestellt am Beispiel der Tagesklinik des Uniklinikums Dresden.....</b>	<b>41</b>
<b>2.1 Der Organisationsrahmen.....</b>	<b>41</b>
<b>2.2 Die Klientel .....</b>	<b>42</b>
<b>2.3 Das Behandlungskonzept .....</b>	<b>42</b>
<b>2.4 Der Wochenplan .....</b>	<b>44</b>
<b>2.5 Der psychotherapeutische Behandlungsanteil .....</b>	<b>46</b>
<b>2.6 Die praktische Anwendung der Musiktherapieverfahren .....</b>	<b>48</b>
2.6.1 Zur Integration der Musiktherapie .....	48
2.6.2 Rahmenbedingungen.....	49
2.6.3 Die Anwendung der Gruppensingtherapie .....	49
2.6.4 Die Anwendung von Instrumentalimprovisation und Bewegungsimprovisation nach „klassischer“ Musik .....	51
2.6.5 Die Anwendung der Regulativen Musiktherapie .....	54
2.6.6 Die Anwendung der aktiven Einzelmusiktherapie .....	56
<b>2.7 Supervision .....</b>	<b>56</b>
<b>3 Empirische Untersuchung .....</b>	<b>57</b>
<b>3.1 Herleitung der Fragestellung.....</b>	<b>57</b>
<b>3.2 Fragestellung .....</b>	<b>57</b>
<b>3.3 Methoden .....</b>	<b>57</b>
3.3.1 Das Instrument .....	57
3.3.2 Die Vorgehensweise.....	58
3.3.3 Auswertungsstrategie .....	58
<b>3.4 Ergebnisse.....</b>	<b>59</b>
3.4.1 Stichprobe.....	59
3.4.2 Faktorenanalyse.....	59
3.4.3 Gruppenvergleich .....	59
<b>3.5 Diskussion .....</b>	<b>62</b>
<b>4 Ausblick und Beschluss.....</b>	<b>63</b>
<b>5 Glossar .....</b>	<b>67</b>
<b>6 Anhang .....</b>	<b>68</b>
<b>7 Quellenverzeichnis .....</b>	<b>69</b>

## **Einführung**

Musiktherapie kann nicht mehr als junge Therapieform gelten. Sie hat ihre Kinderschuhe aus den sechziger Jahren längst abgestreift. Dennoch existiert bislang noch keine allgemein anerkannte und praktizierte Auffassung des musiktherapeutischen Prozesses. Was genau wirkt? Was ist das spezifische der Musiktherapie, worin sie sich effektiv von anderen Verfahren unterscheidet? Welche Rolle hat die Musik?

Fragen, die zwar schon oft gestellt, aber längst noch nicht hinreichend beantwortet sind.

Das erschwert auch die Durchführung empirischer Wirksamkeitsstudien. Wie soll bewiesen werden, dass Musiktherapie bei der einen oder anderen Krankheit hilfreich ist, solange Musiktherapeuten noch nicht nach einheitlichen Wirk- und Prozessvorstellungen arbeiten?

Die vorliegende Arbeit beschreibt ein in über zwanzigjähriger praktischer und theoretischer Arbeit gewachsenes Musiktherapiekonzept, welches die psychotherapeutische Behandlung in der psychiatrischen Tagesklinik des Universitätsklinikums „Carl Gustav Carus“ der TU Dresden prägt.

Die Psychiatrie als medizinisches Fachgebiet müht sich nach wie vor um die Integration psychotherapeutischer Behandlungsverfahren. Das dafür dringend notwendige biopsychosoziale Krankheits- und Therapieverständnis scheint sich zwar nach mehr als zwanzigjähriger Anlaufzeit in der Praxis durchgesetzt zu haben, ist aber von einer wirklichen theoretischen Einbettung – vor allem auch in die medizinische Lehre – noch weit entfernt. Mit der Bedeutung des biopsychosozialen Modells für die psychiatrische Behandlung befasst sich das Kapitel 1.1.

Dass sich die Musiktherapie gerade in einer teilstationären Einrichtung etablieren konnte, hat sicher mit den Besonderheiten dieser Versorgungsform zu tun, in der neben der intensiven ärztlichen Behandlung vor allem psychotherapeutische und rehabilitative Maßnahmen im Mittelpunkt stehen. Im Kapitel 1.2 wird die Tagesklinik als Bestandteil der psychiatrischen Gesamtversorgung charakterisiert.

Es folgen Erläuterungen zu den theoretischen Grundlagen der Musiktherapie, die sich intensiv den oben formulierten Fragen zuwenden.

Es wird gezeigt, dass der Musiktherapie nach ihrem psychotherapeutischen Charakter eine integrative Funktion innerhalb einer biopsychosozialen Behandlungskonzeption zukommt. Damit wird die Rolle als sogenanntes adjuvantes Verfahren obsolet, da die tatsächliche Gewichtung innerhalb der psychotherapeutischen Behandlung indikationsabhängig und individuell zu handhaben ist.

Dementsprechend befasst sich das Kapitel 1.3 zunächst mit Ansätzen zu einem integrativen Psychotherapieverständnis. Darauf gründet sich eine musiktherapeutische Methodenlehre, mit einem ausdifferenzierten Methodensystem, die eine flexible Anwendung innerhalb unterschiedlich ausgerichteter Behandlungskonzepte ermöglicht.

Der zweite Teil der Arbeit zeigt die Anwendung der Musiktherapie innerhalb einer psychiatrischen Behandlung am Beispiel der Dresdner Tagesklinik. Es werden die konzeptionellen Voraussetzungen für eine effektive Integration der verschiedenen Therapieformen erläutert, auf deren Grundlage die Musiktherapie zum Stützpfiler eines komplexen Gesamtbehandlungsplanes wird.

Im dritten Teil schließlich wird eine empirische Untersuchung vorgestellt, welche den Einfluss der musiktherapeutischen Methoden auf die zwischenmenschlichen Beziehungen aus Sicht der Patienten erforscht.

# 1 Theoretischer Hintergrund

Psychiatrische Tagesklinik versteht sich als teilstationäre Institution zur Linderung seelischer Erkrankungen. Wichtig zu klären sind also zunächst folgende Fragen:

Worin besteht und wie zeigt sich psychologische Krankheit? Welche Möglichkeiten der Behandlung gibt es?

Antworten auf diese Fragen gibt das Modell, mit dessen Hilfe man heute psychiatrische Krankheiten zu verstehen und zu erklären versucht – das biopsychosoziale Modell. In der Behandlungspraxis der psychiatrischen Tageskliniken im allgemeinen wie auch im Behandlungskonzept der Tagesklinik des Universitätsklinikums Dresden im speziellen hat dieses Modell eine fundamentale Bedeutung gewonnen.

## 1.1 *Das biopsychosoziale Krankheits- und Therapieverständnis*

In dem Wort *psychiatrisch* sind zwei vormalige Gegensätze miteinander verbunden. *Psycho-* steht darin für die Seele – die Seele des Patienten, die erkrankt ist. *Iatrisch* aber für den Arzt und die Medizin. Nun ist die Medizin seit dem 19 Jh., welches auch für die Heilkunde ein revolutionäres war, auf das biomedizinische Paradigma ausgerichtet. Medizin war ausschließlich die Körperheilkunde. Der Arzt galt seit dem 17Jh. nur dann als Wissenschaftler, wenn er sich mit Körperprozessen befasste. (ENGEL in UEXKÜLL 1996) Neben dieses Dogma stellte Sigmund Freud zu Beginn des 20Jh. sein Modell der Psychoanalyse. Dadurch verlagerte sich die einseitig somatische Sichtweise der Medizin in Richtung einer psychologisch ergänzten Nosologie. Alle nicht körperlich erklärbaren Krankheiten hießen von nun an psychiatrische, die mit entsprechender psychologischer Therapie – Freud's Redekur- behandelt wurden. Allerdings hatte der Arzt nun die (Qual der) Wahl zwischen zwei verschiedenen Dogmen, die - theoretisch und praktisch unverbunden - nebeneinander existierten. (ebenda) UEXKÜLL schreibt überspitzt von einer Medizin für Körper ohne Seelen auf der einen und einer Medizin für Seelen ohne Körper auf der anderen Seite. (ebenda 1991) Daran änderten auch die

ersten Psychopharmaka nichts, mit denen seit Ende der fünfziger Jahre psychiatrische Krankheiten auf somatischer Ebene behandelt wurden.

Mit der Psychosomatik entstand ein neues medizinisches Fachgebiet, das sich all jenen Krankheiten widmete, die sich zwar vornehmlich körperlich zeigten, welche aber ohne psychologische Modelle weder hinreichend erklärt, noch behandelt werden konnten.

Dieses Fachgebiet schließlich gab die wichtigsten Impulse für ein neues umfassendes Krankheits- und Therapiemodell. Das biopsychosoziale Modell - als wissenschaftliche Theorie erstmals Mitte der siebziger Jahre vom amerikanischen Arzt George L. Engel publiziert - leitete einen Paradigmenwechsel ein, der sich seither auf alle medizinischen Fachgebiete ausgewirkt hat. Besonders in der Psychiatrie hat sich das biopsychosoziale Modell als Grundlage der Behandlungskonzeption flächendeckend durchgesetzt. (RICHTER und EIKELMANN 1999)

Die revolutionäre Grundidee dieses Modells besteht darin, dass die von Descartes postulierte Trennung von Leib und Seele verschwindet. (ENGEL in UEXKÜLL 1996) Wichtig für das Verständnis von (jeglicher) Krankheit werden die Beziehungen und Wechselwirkungen zwischen den psychischen, den sozialen und den biologischen Gegebenheiten eines Individuums. Diesem neuen komplexen Verständnis von Krankheit entspringt ein ebenso ganzheitliches Therapieverständnis.

UEXKÜLL erklärt biopsychosoziale Medizin als Beziehungsmedizin, welche die Qualität der Beziehungen zur Umgebung, Familie, Freundeskreis und Beruf als integrierende Teile einer Persönlichkeit, weiterhin die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung und schließlich die Qualität der Beziehung der Subsysteme des menschlichen Organismus einbezieht. (UEXKÜLL 1996)

Therapie bedeutet demnach, Antworten zu geben, die dem Patienten zeigen, dass die von ihm auf einer körperlichen, psychischen oder sozialen Ebene gesendeten Zeichen verstanden werden. (ebenda) Deshalb beginnt die Behandlung bereits mit dem Arzt-Patient-Gespräch, welches nachhaltig sowohl auf das Krankheitsverständnis des Patienten wie auch auf die diagnostische Einordnung von Seiten des Mediziners rückwirkt. (ENGEL in UEXKÜLL 1996) UEXKÜLL weist darauf hin, dass auch die Physiologie des Immunsystems nur anhand der individuellen Biographie verstehbar ist.

(ebenda 1996) Damit verliert das vorherrschende Reiz-Reaktionsschema, das einst der Newtonschen Physik entlehnt worden war, die Gültigkeit. An seine Stelle setzt UEXKÜLL das dreigliedrige Schema semiotischer Kausalität. Danach nimmt die menschliche Sensomotorik unentwegt materielle und immaterielle Zeichen wahr. Diese Wahrnehmung fasst die Semiotik bereits als Interpretation auf, weil wir nichts so wahrnehmen können, wie es wirklich ist. Bereits die Wahrnehmung ist abhängig von unseren Bedürfnissen. Die selektierte Wahrnehmung erhält vom Gehirn eine spezifische - den Bedürfnissen des Individuums - angepasste Bedeutung. Diese aber ist nie absolut, sondern situations- und subjektabhängig. (ebenda)

Diese Feststellung hat eine immense Bedeutung für die Betrachtung der Entstehungsbedingungen psychopathologischer Zustände. Außerdem wird die Wahrnehmungsförderung mittels Erweiterung und Vertiefung zu einem essentiellen psychotherapeutischen Wirkprinzip. (vgl. Kapitel 2.5)

Therapeutische Interventionen werden grundsätzlich nach „Wort“ (entspricht der Psychotherapie) und „Hand“ (entspricht physischer Therapie) unterschieden, wobei in jeder therapeutischen Handlung „Hand“ und „Wort“ unlösbar – aber mit wechselndem Gewicht – verbunden sind. (UEXKÜLL 1991,1996)

Das zu Untersuchende ist untrennbar mit dem Forscher verbunden. Diese Erkenntnis der Heisenbergschen Unschärferelation für den Bereich der Mikrophysik gilt nach ENGEL auch für die allgemeine Medizin. (ENGEL in UEXKÜLL 1996) Jeder Beobachtungsvorgang hat eine Bedeutung für den Beobachter, welche bereits in die Beobachtungsergebnisse mit eingeht und nicht erst in deren Bedeutungsgebung. Trotzdem ist und bleibt für ENGEL das Patienteninterview des Arztes wirksamstes Diagnoseinstrument. Dabei werden nicht nur die Symptome, sondern auch das damit einhergehende subjektive Erleben derselben und die äußeren Lebensumstände erfasst. (ebenda)

Auf dieser Grundlage ist es unmöglich, Symptome in psychische und somatische zu zerlegen. Vielmehr ergeben sich Problemsituationen mit einer speziellen Bedeutung für den Arzt und einer speziellen Bedeutung für den Patienten. (UEXKÜLL 1996) Der Arzt ist dabei Meta-interpret, der eine Symptomatik zuerst in ihrer klinischen und dann in ihrer patientenbezogenen

Bedeutung erkennen muss. (ebenda 1996) Beispiel: ein funktionelles Symptom wie Schlafstörungen kann als primäre Ursache eine posttraumatische Belastungsstörung (psychisch) haben und dann zu einem Partnerkonflikt führen, der sich auf die sozialen Lebensumstände auswirkt.

Neben der psychischen und biologisch-physischen ergänzt die soziale Ebene das Krankheits- und Therapieverständnis. Man kann dies nicht eigentlich als eine Erfindung ENGEL's ansehen, nachdem sich in der Psychotherapie bereits zu Beginn der sechziger Jahre der systemische Ansatz etabliert hatte. Auch wurden schon vor dem Modell - vor allem durch die psychiatrischen Tageskliniken – soziotherapeutisch orientierte Behandlungskonzepte entwickelt. RICHTER und EIKELMANN bemängeln jedoch, dass diese nicht in gleichem Maße zu neuen Ätiologien geführt hätten. (ebenda 1999) Hier zeigt sich, dass das biopsychosoziale Modell die Theorie noch nicht in gleicher Weise verändert hat wie die Praxis.

Dieselben Autoren stellen die immense Bedeutung psychosozialer Stressoren für den Verlauf psychischer Erkrankungen heraus. Die Auswirkungen einer psychiatrischen Behandlung auf das soziale Umfeld der Betroffenen sind nicht selten gravierend. Diese hätten oftmals keine Familie und nur wenige Kontakte, außerdem keine Arbeit und meist ein ungünstiges Wohnumfeld. (ebenda)

Neue Wissensgebiete wie Neurobiologie, Psychoneuroendokrinologie, Psychoimmunologie und Psychophysiologie decken immer mehr Beziehungen der körperlichen, seelischen und zwischenmenschlichen Ebenen auf, die sich sehr bald auch auf Diagnostik und Therapie auswirken werden.



## **1.2 Die Tagesklinik – Baustein psychiatrischer Versorgung**

### **1.2.1 Behandlung zwischen Station und Alltag – Besonderheiten teilstationärer Behandlung**

Psychiatrische Tageskliniken gibt es in Deutschland erst seit den sechziger Jahren. Seither haben sie sich flächendeckend verbreitet. Bereits 1986 werden sie im „Leitfaden zu tagesklinischen Behandlung“, der von einer Expertenkommission für das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit verfasst wurde, als Alternative zur vollstationären Krankenhausbehandlung bezeichnet. (VELTIN 1986) So sind heutzutage Tendenzen sichtbar, die in absehbarer Zeit dazu führen könnten, dass den Tageskliniken demnächst das Primat der psychiatrischen Versorgung zufällt. (vgl. EIKELMANN 1999a)

Unter psychiatrischer Versorgung versteht man die Gesamtheit aller diagnostischen und therapeutischen Angebote für psychisch Kranke. (REKER 1999a) Dazu gehören die psychiatrischen Krankenhäuser, der ambulante Bereich mit Institutsambulanzen, niedergelassenen Ärzten, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, die komplementären ambulanten Dienste und die Tageskliniken.

Das tagesklinische oder auch teilstationäre Setting hat darin oft eine Übergangs- bzw. Auffangfunktion. Das heißt, dass psychisch Kranke entweder aus der vollstationären Versorgung zur Tagesklinik kommen, indem sie quasi aus der wohlbehüteten Bettenunterbringung wieder einen Schritt in Richtung geregelten Alltag tun, oder die Überweisung erfolgt „von unten“ - beispielsweise durch eine Ambulanz oder einen niedergelassenen Arzt - , wodurch eine Intensivierung von Kontrolle und Therapie erreicht wird. Das kann zum Beispiel dazu dienen, einer vorübergehenden Krise zu begegnen.

Die Tagesklinik kennzeichnet ein therapeutisches Milieu zwischen Alltag und stationärer Behandlung, zwischen Normalität und Unterstützungsbedürftigkeit, zwischen Krankenhaus und Ambulanz. Das Milieu wird geprägt von einer therapeutischen Gemeinschaft. (FINZEN 1999) Dieser Gemeinschaft gehören sowohl Patienten wie auch alle Behandler - einschließlich das Pflegepersonal -

an. (vgl. PLOEGER 1972, EICHHORN 1983) Für dieses konzipierte und konstruierte Milieu ist es wichtig, dass ausgebildetes Personal so oft wie möglich – auch spontan – in wechselnden Gruppensituationen dabei ist. (FINZEN 1999) Prägend für das therapeutische Milieu sind regelmäßige Teamkonferenzen, in denen alle Behandler ihre Bemühungen aufeinander abstimmen. Dann entsteht *ein* therapeutischer Prozess, der sich über die ganze Woche erstreckt.

Die klinische Spezifität liegt darin, dass die psychopathologische und – dynamische Sicht durch Einblick in das soziale Lebensgefüge des Patienten um eine pragmatische Dimension bereichert wird. (EIKELMANN 1999c) Damit ergibt sich auch für die Behandlung die Möglichkeit, Therapieziele an den häuslichen Gegebenheiten und dem sozialen Umfeld zu orientieren. Dementsprechend schreibt EIKELMANN in Bezug auf die therapeutische Ausrichtung der (deutschen) Tageskliniken „Häufiger sind ... soziotherapeutisch orientierte Behandlungsansätze, die auf Prinzipien der Milieuthérapie und der therapeutischen Gemeinschaft setzen.“ (EIKELMANN 1991)

KALLERT et al. sehen es aufgrund des Versorgungsauftrags der Tagesklinik als Notwendigkeit an, ein Therapiekonzept zu etablieren, welches somatische, psycho- und soziotherapeutische Behandlungsverfahren integriert. Entgegen der Feststellung EIKELMANN's fordern diese Autoren aufgrund der Erfahrungen aus der Tagesklinik des Uniklinikums Dresden, dass „die Verankerung psychotherapeutischer Methoden besonderes Gewicht“ bekommt. (KALLERT et al. 1995) (s. dazu Kapitel 2.5)

Den Patienten kommt im Vergleich zur Vollstation eine wesentlich aktivere Rolle zu. Auf der Basis der relativen Sicherheit und festen Zeitstruktur wird eine Förderung von Verantwortlichkeit und Autonomie der Patienten im Hinblick auf den eigenen Therapiefortschritt angestrebt. (vgl. KALLET et al. 1995) Dabei weist SACHSE darauf hin, dass das Verstehen und Akzeptieren des Patienten als eigenverantwortliche Person, die genügend Kompetenzen besitzt, um den Heilungsprozess voranzutreiben, zwangsläufig zu einem anderen Herangehen an die Krankheit und den kranken Menschen von seiten

der Behandler führt. (SACHSE 1999 zit. nach KALLERT und SCHÜTZWOHL 2002 a)

Dies wird theoretisch von neueren Konzepten wie dem Stress-Vulnerabilitäts-Coping-Modell untermauert, die dem Patienten ebenfalls eine aktivere Rolle in der Therapie zuweisen.<sup>1</sup> (EIKELMANN 1999a) Empirisch wurde belegt, dass eine größere Eigenverantwortung der Patienten zu einer höheren Zufriedenheit mit der gesamten Therapie beiträgt. (HSU zit. nach EIKELMANN 1999c)

Es existieren unterschiedliche Einsatzmöglichkeiten des teilstationären Settings in Bezug auf die Klientel: Tageskliniken sind allgemeinpsychiatrisch, eher psychotherapeutisch orientiert, gerontopsychiatrisch, kinder- und jugendpsychiatrisch oder als Einrichtung für Suchtkranke konzipiert. In der Regel liegt die Größe zwischen 15 und 25 Behandlungsplätzen. (KALLERT und SCHÜTZWOHL 2002b)

Die Dauer der tagesklinischen Behandlung, die von zwei Wochen bis zu über einem Jahr variiert, steht in Abhängigkeit zum jeweiligen therapeutischen Konzept und anderen Rahmenbedingungen. (ebenda)

Die Kosten einer tagesklinischen Behandlung betragen Studien zufolge 1/3 oder höchstens 2/3 des Budgets einer vollstationären Therapie. Dennoch kommt die Übersichtsarbeit von KALLERT und SCHÜTZWOHL (2002b) zu dem Schluss, dass in allen randomisierten Studien die tagesklinische Behandlung in ihrer Effektivität der vollstationären Therapie in keinem Outcome-Aspekt nachsteht.

### **1.2.2 Zum therapeutischen Charakter des teilstationären Settings**

Bei einer tagesklinischen Therapie gilt das Interesse der Behandler der gesamten Außen- und Innenwelt des Patienten. Das ist auf dem Hintergrund

---

<sup>1</sup> In der Praxis lässt sich beobachten, dass diese entautorisierte Behandlungsform zu Verunsicherungen von Seiten der Ärzte führt, weil diese einiges von ihrer (vermeintlichen) Behandlungskompetenz an die Patienten abgeben müssen. Es geht in der tagesklinischen Behandlung viel mehr um die Selbstreflexion der Betroffenen in Bezug auf ihre aktuelle Situation und den Therapieverlauf. Bei den damit zusammenhängenden Fragen ist der Arzt nurmehr Begleiter. Bereitet diese veränderte und in der Praxis mit kaum einer anderen klinischen Arzt-Patient-Beziehung zu vergleichende Situation schon dem Arzt Probleme, so tut sich der Patient damit sicher nicht leichter.

des zuvor erläuterten biopsychosozialen Modells zu verstehen. Neben dem psychopathologischen und körperlichen Befund ist hierbei auch das soziale Umfeld des psychisch Kranken von Bedeutung. Dieses setzt sich aus den Bereichen Familie, Wohnen, Arbeiten und Freizeit zusammensetzt.

HOGE et al. fanden in einer Studie zur Evaluation teilstationärer Behandlung aus Sicht der Patienten „Struktur, interpersoneller Kontakt und Medikation“ als wichtigste Wirkfaktoren. (ebenda 1988, zit. nach KALLERT und SCHÜTZWOHL 2002a)

KALLERT und SCHÜTZWOHL (2002a) stellen diesen Wirkfaktoren die jeweiligen therapeutischen Angebote gegenüber. Demnach fließen in den Faktor Struktur der Wochenplan und ein klares Regelwerk ein, welches allen Patienten wie Behandlern in vollem Umfang bekannt sein sollte. Durch die vorgegebene Struktur wird ein „Gefühl der Sinnhaftigkeit vermittelt.“ Interpersoneller Kontakt beinhaltet das Dazugehören zur therapeutischen Gemeinschaft, das bewusst von den Behandlern gestaltete Milieu, wie auch die vorwiegend soziotherapeutischen Basisangebote wie Gruppensingtherapie, Gruppenschwimmen, Patientenkafee u.a.. Für den Faktor Medikation ist ein intensives Nebenwirkungsmonitoring wichtig. Dabei gilt es Funktionsbeeinträchtigungen für den außerklinischen Alltag zu vermeiden. Im ärztlichen Einzelgespräch wird bei pharmakologischer Behandlung die Compliance fokussiert. (KALLERT und SCHÜTZWOHL 2002a)

Soziotherapie ist innerhalb des biopsychosozialen Therapiekonzepts sicher der vielgestaltigste Behandlungsanteil. Das liegt daran, dass bislang dazu keine einheitliche Auffassung existiert. Im Folgenden sollen drei völlig verschiedene Konzepte dazu dienen, ein umfassendes Bild der klinischen Realität zu zeichnen.

WEISE und BACH benennen als Prinzip der Soziotherapie „die persönlichkeitsformende, verhaltensregulierende und damit auch psychische Störungen beeinflussende Wirkung der sozialen Gruppe, die sich mit einem bestimmten Ziel oder einer gemeinsamen Aufgabe beschäftigt.“ (ebenda 1995 zit. nach REINHARDT et al. 2000) Dieses gilt für alle Gruppen, bei denen es nicht um die Bearbeitung der Gruppendynamik geht. Darunter lassen sich die bereits erwähnten Basisangebote subsumieren. Dabei ist anzumerken, dass diese im einzelnen nicht nur soziotherapeutische Aufgaben erfüllen. Die

Gruppensingtherapie beispielweise verfolgt auch psychotherapeutische Ziele, während Aktivitäten wie Gruppenschwimmen oder Morgengymnastik auch der körperlichen Aktivierung als physiotherapeutischer Zielstellung dienen.

Nach REKER findet Soziotherapie als Behandlung mit Hilfe und mit Auswirkung auf das soziale Umfeld statt. (vgl. ebenda 1999a)

Dabei klammert er in seinen „soziotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten“ die Großgruppe, die eine gemeinsame Aufgabe verfolgt, im Prinzip vollständig aus. Im einzelnen schreibt REKER von:

1. Milieuthherapie, also die bewusste, planmäßige Gestaltung und Beeinflussung von Umgebungsbedingungen, sozialen Regeln und Umgangsformen;
2. Ergotherapie (*im Sinne von Beschäftigungstherapie; d. Verf.*), wobei sich Ergotherapie nicht auf kreatives Gestalten und Werken beschränkt, sondern auch das Training alltagspraktischer Fähigkeiten umfasst;
3. Arbeitstherapie;
4. Interventionen in einzelnen Lebensbereichen des Patienten, v.a. in der Familie aber auch am Arbeitsplatz, im persönlichen Wohnumfeld oder im Freizeitbereich

(s. REKER 1999a)

Im Punkt 1 fließen hier die bereits erläuterten Punkte Struktur und interpersoneller Kontakt mit ein. Die soziotherapeutische Wirkung der Ergotherapie (als Beschäftigungs- oder Arbeitstherapie) liegt in ihrer Relevanz für die soziale Wiedereingliederung und berufliche Rehabilitation begründet. (vgl. KALLERT und SCHÜTZWOHL 2002a) Das besondere am REKERSchen Verständnis von Soziotherapie ist die direkte Einbeziehung des sozialen Umfeldes – de facto einer der spezifischen Vorteile des teilstationären Settings (Punkte 4). Dies findet über Sozialdienst, rehabilitative Maßnahmen und Angehörigenarbeit Eingang in die Behandlung. Die Angehörigen sind in die teilstationäre Behandlung indirekt durch den täglichen oder wenigstens regelmäßigen Kontakt mit dem Erkrankten eingebunden oder direkt durch gemeinsame Gespräche mit den Behandlern. Dabei können Therapieziele gemeinsam gesteckt und verfolgt werden. (vgl. EIKEILMANN 1999b)

Für DÖRNER und PLOG (1996) hat Soziotherapie keinen Interventionscharakter, sondern stellt die Basis der Behandlung dar. Die Autoren meinen damit das Einbringen von „Regeln, Alltag und Normalem“ in den klinischen Rahmen. Davon werden die Patienten angeregt, sich mit dem auseinander zu setzen, was in ihnen und in Anderen gesund ist.

Wichtig ist, die soziale Gleichheit aller Mitglieder einer Station anzustreben. „Soziale Gleichheit ist die einzige, die auf dem Hintergrund der biologischen und psychischen Ungleichheit wirklich herstellbar ist.“ (ebenda) So lassen sich am besten Autonomie, Selbstbestimmung, die Fähigkeit zur Exploration und Veränderung der Lebensbedingungen fördern. (vgl. ebenda) Auf die damit zusammenhängenden Anforderungen an die Behandler sei nochmals am Rande hingewiesen.

DÖRNER und PLOG stellen heraus, dass Behandler sich nicht permanent psychotherapeutisch verhalten sollen. Daraus folgt die Notwendigkeit für eine Soziotherapie, die keine Therapie mehr ist, sondern der „normale“ zwischenmenschliche Umgang zwischen Patienten und Behandlern. (DÖRNER und PLOG 1996) Da die Autoren dies nicht als Therapie verstehen, schlägt der Verfasser hierfür den Terminus *sozialauthentischer Umgang* vor. Damit werden die REKERschen Bereiche von Soziotherapie in punkto Milieuthherapie berührt.

Nach Meinung des Autors ergeben die drei skizzierten Auffassungen zusammen ein vollständiges Bild soziotherapeutischer Maßnahmen.

Der Patient erfährt in der Tagesklinik soziale Unterstützung und Kontrolle sowohl von allen Mitarbeitern wie auch durch die Mitpatienten. Die Kontrolle gilt sowohl der Medikamenteneinnahme wie auch der Partizipation und der Präsenz. (vgl. EIKELMANN 1999a) Das heißt, wenn beispielsweise ein Patient morgens völlig verschlafen und vielleicht zudem in missmutiger Stimmung zur Gruppenvisite erscheint, wird er in der Regel vor allen Anwesenden vom Oberarzt darauf angesprochen. Dabei geht es nicht um Bloßstellen, sondern um Transparenz im Umgang mit Stimmungen und Tagesschwankungen. Nach REKER sind tägliche Morgen- und Abschlussrunden wichtige Schnittstellen der teilstationären Therapie mit dem außerklinischen Alltag der Patienten, welche maßgeblich die

soziotherapeutische Effizienz ausmachen. Dabei zeigt sich das aktuelle soziale Funktionsniveau, was sich in Erscheinungen wie Pünktlichkeit oder Vertreten einer eigenen Meinung offenbart. (REKER 1999b)

Der Mensch ist ein Gemeinschaftswesen. Die Integration in die Gesellschaft ist ein wichtiger gesundheitserhaltender Faktor. Deshalb stellt sie ein wichtiges Ziel tagesklinischer Behandlung dar, welches sowohl durch das Milieu der therapeutischen Gemeinschaft und die soziotherapeutischen Aktivitäten in der Großgruppe, als auch durch psychotherapeutische Gruppenverfahren und indirekt auch durch somatotherapeutische Maßnahmen verwirklicht wird. Durch die Vermeidung einer Fixierung in der Krankenrolle und die eventuell daraus resultierende soziale Behinderung sollen die sozialen Leiden für die Patienten und ihre Angehörigen gemindert werden. (FINZEN 1999)

Die Patienten werden bei dieser Behandlung nicht ausgehindert. Auf diese Weise haben die Tageskliniken dazu beigetragen, Ressentiments und Vorurteile gegenüber psychisch Kranken und der Psychiatrie abzubauen. (vgl. VELTIN 1986 zit. nach EIKELMANN 1991)

### **1.2.3 Einschluss- und Ausschlusskriterien**

Nach wie vor gibt es bei Patienten, Angehörigen und Behandlern Unsicherheiten über Indikation und Kontraindikation für die teilstationäre psychiatrische Behandlung. (REKER 1999b) Das liegt zum Teil auch an der - im Vergleich zur Bettenstation - scheinbar weniger verbindlichen Behandlungsform, bei welcher es, wie oben gezeigt wurde, mehr auf Eigenverantwortlichkeit und Unabhängigkeit des Patienten ankommt.

Das tagesklinische Setting verlangt von Seiten des Patienten ein Mindestmaß an Therapiemotivation. Auch deswegen ist es notwendig, die Patienten vorher umfassend über das Therapiekonzept aufzuklären (EIKELMANN 1999a).

EIKELMANN (ebenda) nennt drei persönlichkeitsbezogene Kriterien: Bündnisfähigkeit, Konfliktfähigkeit und die Fähigkeit zur Selbstorganisation.

Darüber hinaus beschreibt REKER folgende praktische Voraussetzungen für die tagesklinische Behandlung:

- das Einverständnis des Patienten
- ein Wohnsitz mit maximal 45 min Anfahrtsweg
- die Fähigkeit, Abend und Wochenende im sozialen Umfeld zu bewältigen

- die Fähigkeit, den Weg zu bewältigen
  - die Fähigkeit, in den zwei Welten Therapie und Alltag leben zu können
- (REKER 1999b)

Nach HEIGL-EVERS (1986, zit. nach KALLERT et al. 1995) ergeben sich folgende Indikationen:

- psychogene Störungen:  
Diese Erkrankungen, die oft mit Arbeitsunfähigkeit einhergehen, verlangen eine intensivere Therapie als die ambulante und ebenso eine weitere Auseinandersetzung mit dem sozialen Umfeld.
- Syndrome mit präödiptalem Störungsniveau: Borderline-Persönlichkeitsstörungen, narzisstische Persönlichkeitsstörungen, schwere psychosomatische Krankheiten, Sucht- und Perversionskrankheiten, Impuls-Neurosen mit Übergang zur Dissozialität: Für diese Krankheiten stellt die Vollstation oft ein Überschreiten der Nähetoleranz dar.

Für die Ausschlusskriterien berücksichtigt man zuerst körperliche Erkrankungen – weiterhin manische Zustände, psychotische Desorganisiertheit sowie akute Suizidalität. In letzterem sind sich REKER (1999b) und EIKELMANN (1999b) einig. Eine Studie von KALLERT (1997) kommt jedoch zu dem Schluss, dass lediglich eine *ausgeprägte* akute Suizidalität gegen eine teilstationäre Therapie spricht.

Insgesamt, so KALLERT und SCHÜTZWOHL (2002b), werden kaum noch Patientengruppen von einer tagesklinischen Behandlung ausgeschlossen. Damit nicht direkt im Widerspruch benennt REKER sogenannte relative Kontraindikationen auf Grund von:

- unkontrolliertem Alkohol-, Drogen- Medikamentenmissbrauch
- ausgeprägter Depressivität
- vom Umfeld nicht tolerierbaren Verhaltenstörungen
- hochgradig konflikthafter sozialer Umgebung

(REKER 1999b)

Bei den nicht tolerierbaren Verhaltensstörungen sind solche Zustände gemeint, die (zunächst) eine stärkere Isolation erfordern als sie das tagesklinische Setting vorsieht. Beim letzten Punkt hingegen geht es darum, einen unaushaltbaren Spagat zwischen intensiver Psychotherapie und gleichzeitiger



Nichtbearbeitung eines womöglich krankheitsfördernden häuslichen Konflikts zu vermeiden.

### **1.3 Zum Konzept der klinisch angewandten Musiktherapie nach SCHWABE**

Im folgenden wird das theoretische Konzept dargestellt werden, auf welchem die Anwendung der Musiktherapie in der Dresdner Tagesklinik fußt. Die zugrundeliegende Methodologie stammt weitestgehend von SCHWABE, dem wichtigsten Vertreter der ostdeutschen Musiktherapieentwicklung. Dieser hat durch zahlreiche Publikationen zur Ausarbeitung einer klinisch orientierten psychotherapeutischen Anwendung von Musiktherapie beigetragen. (SCHWABE 1972, 1978, 1980, 1987, 1991, 1997 u.a.) In neueren Veröffentlichungen von SCHWABE wurden auch andere Einsatzmöglichkeiten musiktherapeutischer Verfahren aufgezeigt. (SCHWABE und RUDLOFF 1997, SCHWABE und HAASE 1998)

Musiktherapie ist Psychotherapie unter Verwendung des Mediums Musik (RÖHRBORN und KUNZ 1997, vgl. Kasseler Konf. musikth. Vereinigg. in Dtl. 1998), die sich abgrenzt zum Beispiel von Musikmedizin oder der physiologisch ansetzenden funktionalen Musiktherapie. (vgl. THAUT 1998) Deshalb folgen nun Aussagen zum Psychotherapieverständnis, das die Grundlage für die musiktherapeutische Methodenlehre bildet.

#### **1.3.1 Zum Psychotherapiebegriff**

Psychotherapie ist „wissenschaftlich fundierte Behandlung mit psychologischen Mitteln.“ (Kasseler Konf. musikth. Vereinigg. 1998) Behandelt werden damit nicht nur Störungen, die psychisch bedingt sind, sondern auch solche, die - durch eine organische Grunderkrankung oder psychosoziale Belastung ausgelöst – sekundär zu psychischer und/oder psychosozialer Beeinträchtigung führen. (vgl. SENF und BRODA 1999, REINHARDT et al. 2000) Aufgrund eines biopsychosozialen Krankheits- und Therapieverständnisses wird Psychotherapie so zur medizinischen Querschnittsdisziplin. (Kasseler Konf. Musikth. Vereinigungen in Dtl. 1998) Das heißt, Psychotherapie ist nicht an ein spezielles medizinisches Fachgebiet gebunden. Sie wird bei psychogenen, psychoreaktiven und „neurotischen“

Störungen, bei funktionellen, psychosomatischen Störungen, bei organischen Störungen mit sekundären psychischen Veränderungen sowie bei Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen (einschl. Essstörungen) angewandt. (MÖLLER et al. 2000)

Wodurch ist nun der psychotherapeutische Prozess gekennzeichnet?

SENF und BRODA (1999) beschreiben Psychotherapie als „ein *komplexes therapeutisches Prinzip* mit handlungsorientierten Strategien zur Beeinflussung von Erleben und Verhalten, ...“. Der Wesenscharakter der handlungsorientierten Strategie findet sich auch in dem von RÖHRBORN, KUNZ und SCHWABE formulierten „Kausalitätsprinzip der Psychotherapie“: „Psychotherapie ereignet sich als Handlungsvorgang, der von spezifischen Handlungsansätzen ausgeht, sich auf Handlungsziele richtet, dabei bestimmte Handlungsprinzipien umsetzt unter Einsatz spezifischer Handlungsmittel.“ (RÖHRBORN 1988, vgl. KUNZ und RÖHRBORN 1991, SCHWABE und RÖHRBORN 1996, RÖHRBORN und KUNZ 1997, SCHWABE 1987)

Dieses Kausalitätsprinzip stellt den Versuch einer Integration im Sinne einer schulenübergreifenden Methodologie der Psychotherapie dar. Die Entwicklung einer integrativen Betrachtung ist aus der Sicht von SENF und BRODA notwendig, damit „ein Patient in jedem Fall die Therapie erhält, die für seine Krankheit notwendig ist“ und der „therapeutische Aufwand in angemessenem Verhältnis zu dem Behandlungsergebnis steht.“ (ebenda 1999)

Methodenunabhängig wird bei Psychotherapie immer die vertrauensvolle, mit positiven Gefühlen besetzte Beziehung zwischen Therapeut und Patient genutzt. (MÖLLER et al. 2000) Der therapeutische Vorgang entfaltet seine Wirksamkeit „im Wahrnehmen, Erleben, Erkennen, Verstehen und im Handeln des Patienten.“ (Kasseler Konf. Musikth. Vereinigg. 1998) Auf diese Weise wird eine Umorientierung und ein Finden neuer alternativer Handlungs- und Verhaltensweisen ermöglicht. (MÖLLER et al. 2000)

Dabei wird der Zusammenhang zwischen Wirkung und Aktivität des Patienten deutlich. Therapiemotivation („Leidensdruck“) und Beziehungsfähigkeit stellen daher wichtige Voraussetzungen auf Seiten des Patienten dar. (vgl. ebenda)

Nun gibt es verschiedene Ansätze, die jeweils, auf unterschiedlichen Wirkprinzipien beruhen. Im neuen Psychotherapeutengesetz werden nur zwei psychotherapeutische Ansätze anerkannt. Zum einen die tiefenpsychologisch fundierte bzw. psychoanalytische Therapie und zum anderen die Verhaltenstherapie. Diese beiden Verfahren heißen bei SENF und BRODA Grundverfahren, da sie über eine eigene theoretische Grundorientierung verfügen, die auf einer wissenschaftlich begründeten und (soweit möglich) empirisch gesicherten Krankheits-, Heilungs- und Behandlungstheorie beruht. (ebenda 1999)

Alle anderen Verfahren werden „innerhalb eines Grundverfahrens“ angewendet. Sie werden psychotherapeutische Behandlungstechniken genannt und stellen ebenfalls wissenschaftlich begründete Methoden dar, ohne dabei aber über eine derartige Grundorientierung zu verfügen. Dazu zählen neben gesprächspsychotherapeutischen, hypno- und gestaltungstherapeutischen u.a. auch musiktherapeutische Behandlungstechniken. (ebenda)

KUNZ und RÖHRBORN beschreiben in ihrem Integrationsmodell drei Grundkonzepte psychotherapeutischer Behandlung. Diese orientieren sich in ihrer Nomenklatur im Unterschied zu den Grundverfahren von SENF und BRODA am eigentlichen Zugang zum Patienten bzw. seiner Störung. Die Grundkonzepte stellen nach dem Kausalitätsprinzip die Handlungsansätze des psychotherapeutischen Prozesses dar. Sie heißen symptomzentriert, persönlichkeitszentriert und systemisch. (KUNZ und RÖHRBORN 1991, RÖHRBORN 1996) Die Bezeichnungen symptomzentriert und persönlichkeitszentriert mögen an die verhaltenstherapeutische bzw. die tiefenpsychologische Theorie erinnern. Die Ausführungen werden zeigen, dass sie mit diesen nur teilweise übereinstimmen.

Das symptomzentrierte Konzept nimmt das äußere Erscheinungsbild der Erkrankung, die dem Patienten bewusste Symptomatik bzw. deren subjektive Widerspiegelung im Erleben zum Ausgangs- und Ansatzpunkt. „Das schließt die Möglichkeit, über die Beschäftigung mit dem Erlebniszusammenhang der Symptomatik zur Bearbeitung der individuellen Problematik und intrapsychischer Konflikte zu gelangen ausdrücklich mit ein.“ (RÖHRBORN und KUNZ 1997) Daher ist der symptomzentrierte Ansatz nicht mit symptomatischer (Verhaltens-)therapie identisch. (vgl. RÖHRBORN 1988)

Symptomorientiertes Vorgehen entspricht den Erwartungen des Patienten, „für den die Symptome im Vordergrund stehen und der deshalb von der unmittelbaren Beschäftigung damit ausgeht.“ (RÖHRBORN 1996)

Beim persönlichkeitsorientierten Grundkonzept findet sich der zentrale Ausgangspunkt der Therapie in Aspekten der Persönlichkeit wie Einstellungen, Haltungen, Bewältigungsmechanismen oder in teil- bzw. unbewussten Erlebnisweisen. Die Beschäftigung mit der Symptomatik wird dabei zurückgestellt. „Obwohl vielfach ein solches Vorgehen als eigentliche Psychotherapie angesehen wird, kommt es doch nur für einen kleineren Teil der psychotherapiebedürftigen Kranken erfolgreich zur Anwendung.“ (RÖHRBORN 1988, vgl. SENF und BRODA 1999) Dieser Ansatz entspricht einer tiefenpsychologisch fundierten Therapie.

Wird ein pathologisch entgleistes Bezugssystem (z.B. Paarbeziehung, Familie, andere soziale Gruppen) zum Empfänger der therapeutischen Handlungen, so sprechen RÖHRBORN und KUNZ von einem systemzentrierten Psychotherapiekonzept. „Häufig sind die gestörte Kommunikation oder starre Rollenfestlegungen innerhalb dieser Gruppe der eigentliche Ansatzpunkt.“ (RÖHRBORN und KUNZ 1997) Das systemzentrierte Konzept ist dann indiziert, wenn das gestörte System „einerseits Hauptfaktor in der Krankheitsentwicklung eines Mitgliedes [ist] und andererseits der designierte Patient genügend Ressourcen zu gesunder Entwicklung unter anderen Bedingungen hat.“ (ebenda) „Die Grenzen liegen dort, wo die individuelle Störung überwiegt.“ (RÖHRBORN 1996)

Nach dieser Theorie verfügt die Psychotherapie über drei Grundkonzepte nach denen alle Verfahren charakterisiert werden können bzw. denen sie sich unterordnen. Dadurch wird es möglich, Methoden wirkverstärkend zu kombinieren und einer Gesamtbehandlungskonzeption anzupassen. Das jeweilige Grundkonzept als Handlungsansatz der psychotherapeutischen Behandlung bestimmt den Zugang zum Patienten und ist abhängig von der psychopathologischen Erscheinung, d.h. es ist indikationsspezifisch. (vgl. SENF und BRODA 1999, KUNZ und RÖHRBORN 1991) Die klinische Erfahrung lehrt, „dass das symptomzentrierte Konzept am häufigsten anwendbar ist.“ (RÖHRBORN 1996)

### 1.3.2 Zur musiktherapeutischen Methodologie

Musiktherapie kommt nicht ohne Sprache aus und ist daher keine nonverbale Therapieform. Die Verbalsprache ist sowohl für die Handlungsanweisung wie auch für die verbale Reflexion unabdingbar. (SCHWABE 1997, RÖHRBORN und KUNZ 1997)<sup>2</sup> Reflexion beinhaltet das Nachdenken, Nachspüren, und Nachsinnen als bewusste emotionale und gedankliche Tätigkeit. (RÖHRBORN 1988) Bezogen auf die psychotherapeutische Handlung meint Reflektieren die bewusste Auseinandersetzung mit sich selbst. (vgl. SCHWABE 1983) Zum wirksamen „Handlungsmittel“ wird diese reflektierende Tätigkeit erst voll durch Äußerung bzw. Mitteilung, welche weitgehend an die Sprache gebunden ist. (ebenda, RÖHRBORN 1988, vgl. KUNZ und RÖHRBORN 1991)

Dieses kann sowohl ein individueller intrapsychischer oder auch ein interpersoneller bzw. interaktioneller Vorgang sein. (SCHWABE 1983) Also zum Beispiel „Ich sage, wie es mit geht“ oder „Ich sage, wie es mir mit deiner Aktion ging.“

Der sprachliche Ausdruck verdeutlicht und veranschaulicht (eigentlich veranhörlicht!) bereits bewusste Gedanken, Gefühle und Stimmungen für den Patienten selber und für die Gruppe. Die Sprache ist aber auch das am meisten pathologisch vorbelastete Mitteilungsmedium.

Die Musik als nonverbales Medium dient dazu, Prozesse zu ermöglichen, die „allein über die Sprache schwieriger auszulösen sind.“ (SCHWABE 1983) Dabei kann Musik für den spielenden Patienten bei der Instrumentalimprovisation auch eine Sprachfunktion haben. (s. auch Kapitel 1.3.3.1) Jedoch wird dadurch die Verbalsprache nicht ersetzt, die zur Verdeutlichung und Bearbeitung von Wahrnehmungen, Erlebnissen und Erkenntnissen dient. „Die reflektierende Tätigkeit ist das wichtigste Handlungsmittel im psychotherapeutischen Prozess.“ (SCHWABE 1983)

Deshalb gehört die Musiktherapie - wie jede andere Psychotherapie - im Sinne UEXKÜLL's zu den Interventionen „des Wortes“. (vgl. Kapitel 1.1)

---

<sup>2</sup> Diese m.E. essentielle Eigenschaft von Musiktherapie ist leider nicht in den „Kasseler Thesen zur Musiktherapie“ (Kasseler Konferenz 1998) verankert, die als Konsens aller musiktherapeutischen Vereinigungen Deutschlands den wichtigsten Anhaltspunkt für eine einheitliche – auch berufsrechtlich maßgebende – Auffassung von Musiktherapie darstellen. Das liegt daran, dass bestimmte Schulen, wie z.B. Nordorff-Robins-Musiktherapie, ohne verbale Reflexion arbeiten.

Musiktherapeutische Methoden haben den Charakter spezifischer Interaktionsprozesse in einer Gruppe oder Dyade, die von Kommunikation und Beziehungsprozessen geprägt sind, welche v.a. über die Medien Musik und Sprache ablaufen. (vgl. REINHARDT et al. 2000) Die Nutzung der dynamischen Prozesse, wie auch der Umgang mit Widerstand und Abwehr oder Regression werden durch die zugrunde liegende Behandlungskonzeption determiniert. (ebenda)

Die Musik stellt somit das Handlungsmedium, nicht aber das Wirkobjekt dar. (REINHARDT 1997a)

Die Kasseler Konferenz musiktherapeutischer Vereinigungen (1998) definiert Musik als „vom Menschen gestalteter Schall“, sowie als „Artikulation menschlichen Erlebens mit Ausdrucks- und Kommunikationsfunktion.“ „Sie befindet sich im dialektischen Spannungsfeld individueller – körperlicher, psychischer, spiritueller, sozialer – und gesellschaftlich-kultureller Bedingungen und ist dort wirksam und bedeutsam.“ „Rezeption, Produktion und Reproduktion von Musik setzen intrapsychische und interpersonelle Prozesse in Gang und haben dabei sowohl diagnostische als auch therapeutische Funktion.“ (Kasseler Konf. Musikth. Vereinig. in Dtl. 1998)

Kurz gesagt: Musik kann mobilisieren, sensibilisieren, Beziehung stiften und zu Kreativität anregen. (vgl. REINHARDT 1997b)

Für Musiktherapie lassen sich daher allgemeine psychotherapeutische Potenzen benennen, welche in Abhängigkeit vom jeweils übergeordneten theoretischen Konzept und der speziellen musiktherapeutischen Methode sowohl graduell als auch zeitlich unterschiedliche Bedeutungen als Therapieziel erhalten:

- **Aktivierung und Auslösung emotional intendierter Introspektionsprozesse**, mit dem Ziel, pathogen konflikthafte Erlebnisreaktionen in den Bereich einer therapeutisch gewünschten intrapsychischen und interpersonellen Auseinandersetzung zu bringen
- **Aktivierung und Auslösung sozial-kommunikativer Prozesse** auf vorwiegend nichtverbaler Ebene mit dem Ziel der Vermittlung korrektiver Erfahrungen durch Verdeutlichung pathogen gestörten

interpersonellen Verhaltens sowie der Vermittlung stabilitätsfördernder Erfahrungen durch interpersonelle Aktivitäten

- **Aufbau objektbezogener Handlungs- und Erlebnisaktivitäten** mit dem Ziel, pathogen bedingte Zurückgezogenheit ins eigene „Ich“, verbunden mit Selbststabilisierung aufzulösen und den Handlungs- und Erlebnisraum zu erweitern
- **Aufbau stabilisierender Verhaltensmodelle** mit dem Ziel der Regulierung psychovegetativ und/oder sozial bedingter Fehlspannungen und –verhaltensweisen
- **Korrektur der pathologisch bedingten Erlebniseinschränkungen und Wiedergewinnung oder Neuentwicklung in Interessen, insbesondere der ästhetischen Erlebnis- und Genussfähigkeit** mit dem Ziel, die für eine harmonische Persönlichkeitsentfaltung notwendigen Bedürfnisse realisieren zu können

(SCHWABE 1997)

In SCHWABE's Methodenlehre wurde von Anfang an das Setting der Gruppe gegenüber dem der Dyade favorisiert. Einer größeren Zahl von Gruppenmethoden, die alle ausführlich methodisch-didaktisch beschrieben sind, steht eine vergleichsweise unterentwickelte Methodik der Einzelmusiktherapie gegenüber. Das hat nicht nur geschichtliche mit der Entwicklung der Psychotherapie in der DDR zusammenhängende Gründe. Nach SCHWABE finden sich im Gruppensetting essentielle psychotherapeutische Potenzen, derer die Dyade entbehrt.

Dazu zunächst ein Zitat von BATTEGAY (1973, zit. nach SCHWABE und RUDLOFF 1997): „Am Anfang der Vergesellschaftung des Menschen und am Beginn des Lebens jedes einzelnen steht die Gruppe. Der Mensch ist Zeit seiner historischen und individuellen Existenz darauf angewiesen, Mitglied einer ihn bergenden Gruppe zu sein. Auch kann er den Einflüssen seiner Gruppenzugehörigkeit niemals entrinnen.“

Wo Battegay die Abhängigkeit des Menschen von der Gruppe herausstellt, verweisen SCHWABE und HAASE auf ihr Potential: „In der Gruppe verwirklicht ein Individuum wesentliche Seiten seiner Existenz.“ (ebenda 1998) Eine Gruppe ermöglicht ihren Mitgliedern die Herausbildung von Individualität im Sinne von „ureigener Originalität“. Wünsche, Bedürfnisse,

Gefühle sind in der Gruppe immer unterschiedlich graduiert auf verschiedene Individuen gerichtet, womit ein Lösen aus Beziehungsbindungen durch soziale Kommunikation ermöglicht wird. Daher zeichnet sich eine gut funktionierende Gruppe durch eine flexible Rollenverteilung aus. (SCHWABE und HAASE 1998) Beide – Gruppe und Dyade – ermöglichen hohe emotionale Offenheit. In der Paarbeziehung führt dies zu einer hohen gegenseitigen Nähe, die bald durch das Wirken von „Übertragung“ und „Gegenübertragung“ schwer zu überschauen und zu steuern ist. In der Gruppe, wo andere Gruppenmitglieder teilhaben, wo Nähe und Distanz unterschiedlich verteilt sind und wirksam werden können, führt emotionale Offenheit zu einer sozialen Öffnung. (SCHWABE und RUDLOFF 1997) „Damit wird eine zu hohe Abhängigkeit des Einzelnen von Anderen meistens vermieden. So bietet der Gruppenprozess dem Einzelnen für seinen Selbstfindungsprozess einen höheren Schutz, als das die Paarbeziehung ermöglichen kann.“ (ebenda)

Die Gruppe als soziales Handlungsinstrumentarium stimuliert verschiedene Komponenten der Beziehungsgestaltung:

- das Erproben von Offenheit, bezüglich Nähe und Distanz der einzelnen Gruppenmitglieder untereinander
- das Erproben von Echtheit, des Sosein-Können wie ich bin
- das Erproben von unterschiedlichen Rollen
- das Erproben von weitgehender Akzeptanz hinsichtlich Kritik und Sympathie- und Antipathieäußerungen anderer Gruppenmitglieder

(vgl. SCHWABE und RUDLOFF 1997)

Hierbei wird deutlich, welche hohe und auch spezifische psychotherapeutische Potenz das Setting der Gruppe besitzt. Dadurch wird das Einzelsetting im allgemeinen und auch die Einzelmusiktherapie im speziellen nicht gänzlich überflüssig. Jedoch wird die Indikation für Musiktherapie in der Dyade stark eingeschränkt. (SCHWABE 1980, vgl. auch SCHWABE und RUDLOFF, s. auch Kapitel 1.3.3.3)

Auf der Grundlage dieser Methodenlehre ergibt sich für die klinisch angewandte Musiktherapie das folgende Methodensystem.

### **1.3.3 Das Methodensystem**

Für das Methodensystem sind zwei konzeptionelle Unterscheidungen wichtig. Einmal die Trennung von Einzel- und Gruppenmethoden. Nicht jede



Gruppenmethode ist auf das Einzelsetting übertragbar. Zum Zweiten ergibt sich eine Unterscheidung von aktiven und rezeptiven Verfahren. Im Gegensatz zum aktiven Musizieren geht es bei allen rezeptiven Methoden allein um das Hören von Musik mit psychotherapeutischer Intention. (vgl. RÖHRBORN und KUNZ 1997)

Zunächst werden nun die Methoden der Gruppenmusiktherapie, unterschieden in aktive und rezeptive Verfahren, gegenübergestellt:

<p>Verfahren der <b>aktiven</b> Musiktherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Instrumentalimprovisation</li> <li>○ Gruppensingtherapie</li> <li>○ Bewegungsimprovisation nach „klassischer“ Musik</li> <li>○ Tänzerische Musiktherapie</li> </ul>	<p>Verfahren der <b>rezeptiven</b> Musiktherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Regulative Musiktherapie</li> <li>○ Regulatives Musiktraining</li> <li>○ Gerichtete rezeptive Musiktherapie</li> <li>○ Ungerichtete rezeptive Musiktherapie</li> </ul>
---	---

(vgl. RÖHRBORN und KUNZ 1997)

Die Bewegungsimprovisation nach Musik und die Tänzerische Musiktherapie stehen eigentlich zwischen aktiver und rezeptiver Musiktherapie und Bewegungs- bzw. Tanztherapie. Wegen des stärkeren Handlungscharakters werden sie von RÖHRBORN und KUNZ der aktiven Musiktherapie zugeordnet. (vgl. ebenda)

Für die Einzelmusiktherapie ist das Bild weniger komplex, da die aktive Einzelmusiktherapie eine Methode für sich darstellt, die bisher nicht weiter ausdifferenziert wurde.

<p>Methoden der Einzelmusiktherapie:</p> <p><b>aktiv:</b> - Einzelmusiktherapie</p> <p><b>rezeptiv:</b> - kommunikative Einzelmusiktherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- reaktive Einzelmusiktherapie</li> <li>- ungerichtete Einzelmusiktherapie</li> <li>- Regulative Einzelmusiktherapie</li> </ul>
--

(vgl. ebenda)

Im Folgenden werden diejenigen Methoden beschrieben, die in der psychiatrischen Tagesklinik des Universitätsklinikums Dresden zur Anwendung kommen.

Dazu gehören aus dem Bereich der aktiven Gruppenmusiktherapie die Gruppensingtherapie, die Instrumentalimprovisation und die Bewegungsimprovisation nach „klassischer“ Musik, ferner die Regulative Musiktherapie als rezeptives Gruppen- und Einzelverfahren und die aktive Einzelmusiktherapie.

### **1.3.3.1 Die Methoden der aktiven Gruppenmusiktherapie**

Die Verfahren der aktiven Gruppenmusiktherapie – namentlich Gruppensingtherapie, Instrumentalimprovisation, Bewegungsimprovisation nach Musik und Tänzerischer Musiktherapie – sind nicht an ein konkretes Grundkonzept gebunden und können demnach sowohl einem symptom-, persönlichkeits- oder systemzentrierten Ansatz unterstellt sein. (SCHWABE und RÖHRBORN 1996) Die aktiven Verfahren orientieren sich an dem Grundkonzept der Gesamtbehandlung und fungieren darin als wirkungsverstärkende „Begleittherapien“. (ebenda) Damit ist noch nichts über den jeweiligen Stellenwert gesagt, der sich individuell im diagnose- und indikationsabhängigen Therapieplan bei jedem Patienten unterscheidet.

Dieser Umstand verunmöglicht konzeptunabhängige Aussagen über konkrete Handlungsstrategien. Allgemein lässt sich sagen, dass die sozialen Interaktionen und die dabei entstehenden emotionalen Beziehungen zwischen den einzelnen Individuen das entscheidende therapeutische Instrumentarium der aktiven Gruppenmusiktherapie ausmachen. (SCHWABE und RÖHRBORN 1996) Zudem haben die Verfahren der aktiven Gruppenmusiktherapie einen Tätigkeitscharakter. (SCHWABE 1997) Die Musik stellt das Handlungsmedium dar, welches für verschiedene psychotherapeutische Tätigkeiten genutzt wird.

Somit stellen soziale Interaktion und aktive Musikbetätigung ein Handlungsfeld dar, über dessen gezielte Einflussnahme durch den Therapeut der Therapieprozess entwickelt wird. (vgl. SCHWABE und RÖHRBORN 1996)

Bereits erläutert wurde die zentrale Bedeutung der verbalen Reflexion. Die verschiedenen Funktionen der reflektierenden Tätigkeit in der aktiven

Gruppenmusiktherapie werden nach der Darstellung der einzelnen Verfahren in Kapitel 1.3.3.1.4 erläutert.

Grundform der musikalischen Aktivität ist die sogenannte produktorientierte Tätigkeit. Dabei richtet sich die Handlung auf die Herstellung eines materiellen oder ideellen Produktes. (SCHWABE 1983) Bei einer produktorientierten Tätigkeit richtet sich das Erleben des Handelnden auf ein äußeres Objekt, und damit auf seine Umwelt, z.B. auf das Singen eines Volkslieds in der Gruppensingtherapie. (vgl. ebenda) Für den Musiktherapiepatienten findet damit eine Erweiterung des Selbsterlebens durch die Orientierung zur konkreten Umwelt über objektbezogenes Handeln statt. „Damit kann das pathologisch beeinflusste Selbsterleben relativiert und direkt oder indirekt konstruktiv zukunftsgerichtet verändert werden.“ (SCHWABE 1983)

Unter psychotherapeutischem Gesichtspunkt ist nicht das Produkt an sich Gegenstand der Handlung. Die gemeinsame produktive Tätigkeit in der Gruppe setzt Beziehungsprozesse in Gang, die in Abhängigkeit vom jeweiligen psychotherapeutischen Konzept zum Reflexionsobjekt werden können. (vgl. SCHWABE 1983)

Alle diejenigen Handlungen, welche dem Aufbau prospektiv gerichteter Einstellungs- und Verhaltenskategorien dienen, heißen nach SCHWABE trainierende Tätigkeiten. (ebenda 1997) Dabei werden anerkannte Einstellungen und Verhaltensweisen auf der emotional-gedanklichen und der sozio-kommunikativen Ebenen erprobt und angeeignet. (vgl. SCHWABE 1983) Das Ziel dieser Tätigkeiten besteht in der Stabilisierung und Interiorisierung „gesunder“, die Persönlichkeit fördernder bzw. symptomfreier Erlebnis- und Verhaltensweisen. (vgl. ebenda, SCHWABE 1997)

Ein weiteres wichtiges musikbezogenes „Handlungsmittel“ der aktiven Gruppenmusiktherapie ist die darstellende bzw. agierende Tätigkeit. Diese ist nicht auf ein Objekt, sondern auf die emotionale Befindlichkeit des Handelnden gerichtet. So ermöglicht sie dem Betreffenden Emotionen (nach innen) zuzulassen und der Gruppe (nach außen) nonverbal mitzuteilen. (SCHWABE 1983) Das erfolgt in der Regel spontan und weitgehend

unreflektiert. (ebenda 1997) „Agieren bedeutet Vorgang, hingegen Darstellen Situations- bzw. Zustandverdeutlichung.“<sup>3</sup> (ebenda)

Das gemeinsame Darstellen und Agieren in der Gruppe fördert Einsichten in das Erleben des Ich und des Anderen. Durch Darstellen und Agieren wird der Erlebnis- und Handlungsraum erweitert, vertieft und differenziert. (vgl. SCHWABE 1983, 1997) „Die durch die darstellende und agierende Tätigkeit an die Gruppe vermittelten Informationen können in Abhängigkeit von der ätiologisch-pathogenetischen Ausgangssituation ....die reflektierende Tätigkeit im therapeutischen Kollektiv wesentlich erweitern und stimulieren.“ (SCHWABE 1997)

Die vier beschriebenen Tätigkeiten – reflektierende, produktorientierte, trainierende und darstellende/agierende - entsprechen nach dem Kausalitätsprinzip den psychotherapeutischen Handlungsmitteln, welche zur Umsetzung eines Konzeptes und bestimmter Wirkprinzipien dienen. (vgl. SCHWABE 1983) Bei den im folgenden einzeln zu erläuternden Verfahren haben sie dementsprechend eine variable, ziel- und konzeptabhängige Bedeutung.

Es werden nun diejenigen Methoden der aktiven Gruppenmusiktherapie vorgestellt, die innerhalb der Dresdner Konzeption zur Anwendung kommen.

#### *1.3.3.1.1 Die Gruppensingtherapie*

##### **Charakteristik der Methode**

Singen ist die älteste und lebensgeschichtlich früheste Form des Musizierens. Trotzdem gibt es nach Kenntnisstand des Autors kein anderes, rein auf das Singen konzentriertes, psychotherapeutisches Verfahren wie das der Gruppensingtherapie (GST). In Ostdeutschland wurde sie bereits in den 50er Jahren praktiziert. (s. SCHWABE 1972)

Das Singen beginnt beim Menschen vor dem Sprechen und dient somit vor der Sprache als Ausdrucks- und Verständigungsmittel. (SCHWABE 1997) Dabei ist das Singen mit den Eltern, im Kindergarten etc. (zunächst) nicht durch künstlerische Maßstäbe, sondern durch umgangssprachliche Ausdrucks- und Verständigungsbedürfnisse geprägt. Obgleich es diese Funktion gemeinhin mit

---

<sup>3</sup> Zum Unterschied von darstellender und agierender Tätigkeit siehe auch Kapitel 1.3.3.1.2 Die Instrumentalimprovisation.

Beginn der Schulzeit verliert, haben doch die meisten Menschen bis dahin sängerische Fähigkeiten entwickelt, an die man in der Gruppensingtherapie anknüpfen kann, um sie wiederzubeleben. (ebenda)

Für den Musiktherapeut ist Singen das am stärksten emotional besetzte Ausdrucksmittel, was einerseits einen behutsamen Umgang damit und andererseits eine hohe therapeutische Potenz impliziert.

Für das Singen in der GST gibt es nach SCHWABE (1997) verschiedene Tätigkeitsformen:

- Stimmliche Wiedergabe (Reproduktion) von vorhandenem Liedgut
- Freie Improvisation (mit melodischen, klanglichen, rhythmischen Elementen)
- Summen oder Singen von Tönen
- Elementarer Ausdruck, z.B. Stöhnen, Seufzen, Gähnen usw.

Für die Wirkung der Gruppensingtherapie sind drei Ebenen bedeutsam: die emotional-gedankliche, die körperlich-funktionale und die kommunikativ-soziale. (SCHWABE 1997) Das Liedgut regt die emotional-gedankliche Auseinandersetzung mit den codierten Inhalten der Melodien und Texte an. Das Singen im Allgemeinen und Formen des elementaren Ausdrucks wie Stöhnen, Seufzen usw. im Besonderen stimulieren die körperlich-funktionale Ebene. Durch das gemeinsame Erleben und auch durch den direkten Austausch (z.B. beim „Wunschprogramm“ oder der Realisation eines Kanons) wird die kommunikativ-soziale Ebene angesprochen. Normalerweise sind alle drei Ebenen beteiligt, doch ist es auch möglich, dass in der konkreten Singsituation einer Ebene besondere Beachtung zukommt. Zusammen mit den oben genannten Formen musikalischer Tätigkeit verfügt die GST damit „über ein hochpotentes und sehr variables therapeutisches Instrumentarium.“ (SCHWABE 1997)

### **Die methodische Einordnung**

Vorzugsweise findet die Gruppensingtherapie in einer offenen Großgruppe statt. Die Gruppe wird dann v.a. zum sozialen Handlungsinstrumentarium. (SCHWABE 1997) Daraus ergeben sich vielfältige soziotherapeutische Potenzen dieser Methode:

- die Reaktivierung pathologisch verschütteter oder verdrängter Erlebnispotentiale

- Erfahren von Gemeinschaftserleben, Geselligkeit und Zugehörigkeit
- Sich als Teil eines ganzen ohne Verlust der Individualität erleben
- Training von Kooperation
- Erproben von Eigenaktivität und Verantwortungsübernahme, z.B. beim Texterarbeiten, als Mitglied einer Kanongruppe oder bei der Realisierung eines eigenen Liedvorschlags
- Training von Ausdauer und Durchhaltevermögen

(s. REINHARDT et al. 2000)

Gruppensingtherapie kann primär als Soziotherapie eingesetzt werden. Mit einer psychotherapeutischen Akzentuierung richtet sie sich nach dem persönlichkeitszentrierten (kleinere Gruppenstärke) oder dem symptomzentrierten Konzept<sup>4</sup>. Letzteres gilt für die Dresdner Tagesklinik. (s. Kapitel 2.6.3)

Unter dieser Voraussetzung dient die GST vor allem dazu, Gemeinschaftsbezogenheit zu trainieren. Ein Ziel liegt im Vermitteln der Erfahrung, dass gemeinschaftliche Erlebnisse in einer Gruppe lebensnotwendig sind. (SCHWABE 1997)

Das entspricht einer trainingsorientierten Tätigkeit, die neben der produktorientierten Tätigkeit das zweite Handlungsmittel der GST darstellt. „Da die Tätigkeit der Gruppe weitgehend sachorientiert ist, entfallen Reflexionen über interaktionelle Prozesse des Gruppengeschehens und werden nicht zum Gegenstand des gruppentherapeutischen Anliegens gemacht.“ (SCHWABE 1991)

Wie bereits erwähnt, ist nicht das musikalisch-gesangliche Material an sich, sondern vor allem der Bezug zum psychotherapeutischen System, in welchem es benutzt wird, bedeutsam für die therapeutische Wirkweise.

### **Das musikalische Material**

In der Gruppensingtherapie werden alle Arten von Liedern verwendet, wie z.B. Volkslieder, Kanons, Quodlibets, Chansons oder Evergreens. (vgl. SCHWABE 1972, 1980) Nach therapeutischen Gesichtspunkten lässt sich das Gesangsmaterial auf die folgende Art ordnen:

---

<sup>4</sup> Eine Anwendung nach systemischem Konzept ist ebenso gut denkbar, wurde aber bislang nirgendwo nach dem Modell von KUNZ, SCHWABE und RÖHRBORN dargestellt.

- Liedgut, das bevorzugt ein Gemeinschaftserleben bewirkt
- Liedgut mit Tatcharakter
- Liedgut mit lösendem Charakter
- Liedgut mit besonders gefühlsbetontem Charakter
- Musikelemente mit konzentrativ improvisatorischem Charakter
- Konzentrierte Erlebnisübungen des Spannens und Lösens

(SCHWABE 1972)

### ***1.3.3.1.2 Die Instrumentalimprovisation***

#### **Charakteristik der Methode**

Wie alle musiktherapeutischen Methoden appelliert auch die Instrumentalimprovisation (INIMP) in der Gruppe an die natürliche, bei jedem Menschen vorhandene Grundmusikalität, von PRIESTLEY „musical child“ genannt. (PRIESTLEY 1975) Deshalb verlangt die Instrumentalimprovisation von den Patienten keinerlei besondere musikalische Fähigkeiten, geht es doch im Sinne der produktorientierten Tätigkeit nicht um die Herstellung eines Kunstprodukts, sondern um einen Beziehungsaufbau zur Musik und um nonverbales Ausdrucks- und Kommunikationsverhalten.

Das Improvisieren „spielt“ sich dabei stets in der „Spannung zwischen der Objektivität des Gegebenen oder Modellhaften und der Subjektivität spontanen Produzierens“ ab. (RIEMANN 1959, zit. nach SCHWABE 1997)

Der ‚Objektivität des Gegebenen‘ entsprechen in der INIMP die Handlungsanweisungen durch den Therapeuten, welche die musikalische Aktivität bestimmen. Das Spiel mit den Instrumenten ist immer Regeln unterworfen, die vom therapeutischen Anliegen bestimmt werden. (vgl. SCHWABE 1997) Das Spielen selbst ist spontan und subjektabhängig.

SCHWABE beschreibt für die INIMP drei musikalische Tätigkeitsformen (ebenda):

- musikalisch gebundenes Spiel im Sinne musikorientierter Produktion und Reproduktion
- musikalisch gebundenes Spiel im Sinne eingekleideter, aber außermusikalisch orientierter Handlungsanweisungen
- außermusikalisch themengebundenes Spiel mit musikalischen Mitteln

Die erste Form entspricht einer produktorientierten Tätigkeit und dient damit v.a. der Erweiterung des Erlebens. Sie ist besonders für die Anfangsphase eines Gruppenprozesses geeignet. (vgl. SCHWABE 1997) Ein möglicher Spielvorschlag hierfür wäre die Erarbeitung eines gemeinsamen Rhythmus'.

Die zweite Form mit ihrer Orientierung auf außermusikalisches Verhalten zählt zu den trainingsorientierten Tätigkeiten solange es um die Aneignung vorgegebener Verhaltensmodelle geht. Darüber hinaus wird durch den musikalisch eingekleideten Spielvorschlag ein unbewusstes Agieren z.B. von Beziehungen oder Befindlichkeiten ermöglicht. Zum Beispiel könnte die Anweisung des Therapeuten lauten: Geben Sie einen Ton weiter. Dieses wäre nur äußerlich produktorientiert, weil dadurch vor allem die Beziehungen zwischen den Gruppenmitgliedern ausagiert werden. (Wie wird der Ton weitergegeben? Wer gibt wem einen bzw. keinen Ton?) (vgl. SCHWABE 1997) Der Tätigkeitscharakter ist dann als agierend zu bezeichnen.

Bei der dritten Form zielt bereits die Handlungsanweisung auf außermusikalische Themen ab. Sie ist charakteristisch für die Arbeitsphase eines Gruppenprozesses. Die Improvisation entspricht dann einer agierenden oder einer darstellenden Tätigkeit. Im Gegensatz zum Agieren bedeutet Darstellen das absichtsvolle Zeigen emotional-gedanklicher Befindlichkeit. (SCHWABE 1997)

Dazu gehören folgende Inhalte:

- Darstellung von objekt- oder sachbezogenen Situationen, z.B. assoziative Improvisation: Wie klingt Freude, Angst, Ruhe usw.?
- Darstellung von subjektiv befindensbezogenen Situationen, z.B. „Ich sage (spiele) dir, wie ich dich empfinde.“
- Agieren von außergruppal beziehungsbezogenen Situationen, z.B. „Ich sage meinem Chef die Meinung.“
- Agieren von gruppenspezifisch beziehungsbezogenen Situationen, z.B. „Meine Beziehung zur Gruppe.“

(vgl. ebenda)

Diese dritte Spielform bietet dem Gruppenleiter die Möglichkeit, das Geschehen auf das Befinden, das Erleben und die Beziehungen der Patienten bzw. auch auf spezielle Probleme einzelner Gruppenmitglieder zu fokussieren. (s. SCHWABE 1997)



Für die Instrumentalimprovisation ergibt sich somit ein polares Handlungsspektrum zwischen primär produktorientierter Tätigkeit auf der einen und beziehungsorientiertem Handeln auf der anderen Seite. (vgl. ebenda)

### **Die methodische Einordnung**

Die Instrumentalimprovisation lässt sich nach symptomzentriertem, persönlichkeitszentriertem oder systemischem Konzept durchführen. (vgl. RÖHRBORN und KUNZ 1997) Das bedeutet, dass sich die INIMP in alle denkbaren psychotherapeutischen Behandlungskonzeptionen integrieren lässt. Auch eine soziotherapeutische Anwendung als sachorientierte Musiziergruppe ist möglich, z.B. in Form einer Trommelgruppe.

Ein Instrumentalimprovisationsstunde nach dem symptomzentrierten Konzept hätte u.U. einen völlig anderen Ablauf als jene, die einen persönlichkeitszentrierten Handlungsansatz verfolgt. Wobei sich die beiden Ansätze nicht nur durch die musikalischen Tätigkeiten unterscheiden, die in beiden Formen ganz anders gewichtet sind, sondern auch durch den Fokus des Nachgesprächs.

Beispielsweise werden die interaktionellen Prozesse bei persönlichkeitszentriertem Vorgehen im Feedback nach ihrem dynamischen Aspekt thematisiert.

Bei der Instrumentalimprovisation werden die produkt- und trainingsorientierten wie auch die darstellenden und agierenden Tätigkeiten zum Gegenstand der verbalen Reflexion, vertiefen und stimulieren diese. (s. Kapitel 1.3.3.1.4)

#### ***1.3.3.1.3 Die Bewegungsimprovisation nach „klassischer“ Musik***

##### **Charakteristik der Methode**

Das Verfahren der Bewegungsimprovisation nach „klassischer“ Musik (BIMP) wurde in den siebziger Jahren von SCHWABE entwickelt. Dabei wird Musik - über technische Tonträger reproduziert - zur körperlich-improvisatorischen Ausdrucksgestaltung innerer Befindlichkeit genutzt. Verwendet wird v.a. „klassische“ Musik, wobei die Bezeichnung klassisch den umgangssprachlichen, nicht aber den musikgeschichtlichen Begriff meint. Der Unterschied zum Tanz besteht bei dem Verfahren hauptsächlich darin, dass

keine vorgegebenen Bewegungsmodelle verwendet werden. Vielmehr ist es Sinn und Zweck der Bewegungsimprovisation, sich auch ritualisierten Normen und Konventionen zu entziehen. (vgl. SCHWABE 1997) Bei der spezifischen musikalischen Tätigkeit der BIMP wird inneres Bewegtwerden (ausgelöst von der Musik) zu körperlichem Bewegtsein. (SCHWABE 1980) Dieser Vorgang des körperlichen Ausdrückens emotionaler Befindlichkeit entspricht einer agierenden Tätigkeit, die das vorherrschende Handlungsmittel der BIMP darstellt. (vgl. SCHWABE 1997)

Es stehen stets alle Möglichkeiten von Bewegungsformen offen, wobei der ganze Körper benutzt werden kann. Die relative Orientierungslosigkeit verlangt von bzw. ermöglicht den Patienten eine hohe Offenheit für eigene Entscheidungen hinsichtlich des agierenden Vollzugs durch die Bewegung. (vgl. SCHWABE 1997) Dabei gelten dieselben Charakteristika einer Improvisation wie sie für die INIMP dargestellt wurden, wobei die eingespielte Musik und die jeweilige Aufgabenstellung das objektiv Gegebene darstellen. (ebenda) Die Art und Weise des Bewegungsausdrucks ist wiederum spontan und subjektabhängig.

Durch die Bewegung werden – in Abhängigkeit von der konkreten Umsetzungsform - sowohl das individuelle Erleben wie auch die sozial-kommunikative Beziehungssituation erfahrbar. Zu den Formen der Umsetzung siehe Kapitel 2.6.4.2.

### **Die methodische Einordnung**

Wie die Instrumentalimprovisation ist auch die Bewegungsimprovisation nach Musik flexibel in einem symptomzentrierten, persönlichkeitszentrierten oder systemischen Psychotherapiekonzept einsetzbar.

Die Handlungsmittel umfassen hauptsächlich agierende und reflektierende Tätigkeiten. Das heißt, die verbale Reflexion ist auch für die BIMP ein äußerst wichtiger und therapeutisch wirksamer Faktor.

### **Funktion und Wesen der Musik**

Wie bereits erwähnt stammt die verwendete Musik aus dem Bereich der umgangssprachlich klassischen, also der traditionellen sinfonischen und konzertmäßigen Musik. Dabei gibt es spezielle Anforderungen, welche die

Musik erfüllen muss, um den agierenden Ausdrucksvollzug emotionaler Sachverhalte zu ermöglichen und optimal anzuregen. (vgl. SCHWABE 1997) Ihre Struktur sollte übersichtlich, vielgestaltig und wenig kompliziert sein. (ebenda) Das musikalische Material sollte in seinen einzelnen Parametern Melodik, Rhythmik, Instrumentierung vertraut sein. Die Musik sollte wenig bekannt sein, um vorgeprägten Bewegungstereotypen vorzubeugen. (ebenda) Die Auswahl der jeweiligen Musik ist abhängig von den therapeutischen Zielen und damit auch vom psychotherapeutischen Grundkonzept, sowie von der aktuellen Gruppensituation und der konkreten Umsetzungsform. (vgl. ebenda)

#### ***1.3.3.1.4 Die reflektierende Tätigkeit als übergreifender Methodenbestandteil***

Wie bereits in Kap.1.3.1 erwähnt ist die verbale Reflexion ein essentieller Bestandteil von Musiktherapie. In den Methoden der aktiven Gruppenimprovisation dient das Nachgespräch dazu, die durch die musikbezogenen Tätigkeiten (Darstellen, Agieren, Trainieren, Produzieren) angeregten Prozesse zu vertiefen und fortzuführen.

SCHWABE beschreibt drei didaktische Feedbackebenen:

- die Beschreibung einer entstandenen Gestalt, bsp. die Struktur einer musikalischen Improvisation
- die Beschreibung des Handlungsprozesses als interaktioneller Prozess
- die Beschreibung der emotionalen Befindlichkeit

(vgl. SCHWABE 1997, SCHWABE und HAASE 1998)

Die erste Ebene beabsichtigt die Orientierung auf eine genaue Wahrnehmung und Beschreibung von Sachaspekten und dies möglichst ohne Verzerrungen, Verfälschungen, Ideologisierungen oder Abschweifungen. „Dies ist nur scheinbar eine einfache Aufgabe, erweist sich aber als besonders schwierig und bedeutet im Sinne eines symptomzentrierten Handlungsansatzes eine Erweiterung und Differenzierung des Wahrnehmungsvermögens.“ (SCHWABE 1997)

Die zweite Gesprächsebene zielt auf eine Orientierung auf Interaktionsprozesse mit Blick auf die eigene Rolle und die Rollen der anderen Gruppenmitglieder. „Die dritte Aufgabenstellung beabsichtigt vor allem die Orientierung auf die innere Beteiligung der einzelnen Gruppenmitglieder, also die jeweiligen

emotionalen Reaktionsweisen und die daraus entstehende Gruppenatmosphäre.“ (ebenda)

Nach Meinung des Autors lässt sich hier von einer Unterteilung in zwei Grundaspekte sprechen: den objektiven und den subjektiven. Der objektive Aspekt des Feedbacks umfasst die tatsächlichen Sachverhalte Klangereignis und Interaktionsprozess. Der subjektive hingegen berücksichtigt die emotional-motivationale Komponente der Handlung.

### **1.3.3.2 Die Regulative Musiktherapie**

#### **Die Charakteristik der Methode**

Die Regulative Musiktherapie (RMT) wurde 1969 von SCHWABE entwickelt, und diente ursprünglich der Stressregulation von Neurotikern. Nach ihrer konzeptionellen Ausarbeitung (SCHWABE 1987, SCHWABE und RÖHRBORN 1996) versteht sie sich als eine eigenständige Methode der rezeptiven Musiktherapie.

Wiederum wird v.a. „klassische“ Musik mit Hilfe technischer Geräte rezipiert. In der RMT wird die Wahrnehmungsfähigkeit für den Körper und für Gefühle trainiert. (RÖHRBORN 1997) Die Übungen bedingen ein Sich-einlassen und die Offenheit frei darüber zu berichten. Das Trainieren der Wahrnehmungsfähigkeit zielt auf den „bewussten Umgang mit negativ erlebten Emotionen.“ (SCHWABE und RÖHRBORN 1996)

Für das Training sind drei Wahrnehmungsebenen bedeutsam (SCHWABE 1987):

- Gefühle, Gedanken, Stimmungen
- eigener Körper (Schmerzen, Temperatur, Muskeltonus etc.)
- Außengeräusche, einschließlich Musik.

Das Training der Selbstwahrnehmung bewirkt relativ direkt, rasch und ohne Umwege zu einer Bewusstwerdung konkret vorhandener Abwehrmechanismen und verdrängter Erlebniszusammenhänge. „Die therapeutische Bearbeitung dieses Prozesses ist das Thema der Regulativen Musiktherapie.“ (SCHWABE und RÖHRBORN 1996)

Das Trainingsziel besteht in der Aneignung einer akzeptierenden Beobachterhaltung gegenüber Wahrnehmungen mit intrapsychischer Problematik. (ebenda) „Dabei hört der Übende zugunsten einer betrachtenden

Haltung auf, zu agieren.“ (ebenda) Darüber wird eine Erweiterung der inneren Flexibilität und die Akzeptanz gegenüber Störungen der Lebensbalance abgestrebt. (vgl. ebenda)

Die RMT findet vorwiegend in der Gruppe statt, da dieses Setting eine intensivere Lernatmosphäre ermöglicht. Sie kann aber auch als Einzelverfahren angewandt werden.

Für die Anwendung als Gruppenverfahren gehen SCHWABE und RÖHRBORN von ca.50 Stunden bis zur Realisation des Trainingsziels aus. Für die Einzeltherapie sind es durchschnittlich 20 bis 30 Stunden. (ebenda 1996)

Das Training schreitet voran über sechs Stufen, die jeweils ein konkretes Teilziel verfolgen. Die Stufen werden vom Therapeuten durch spezifische Aufgabenstellungen bewusst eingeleitet und verfolgt. (RÖHRBORN in SCHWABE 1987) Das bedeutet, dass sowohl die Trainingsaufforderung vor der Musik, wie auch die Art der Fragestellung für das Nachgespräch stufenbezogen sind. (vgl. ebenda)

### **Die methodische Einordnung**

Das psychotherapeutische Konzept der RMT ist immer an einen symptomzentrierten Ansatz gebunden. Im Unterschied zu den Methoden der aktiven Gruppenmusiktherapie kann sie daher nicht als Begleittherapie in anders gearteten Konzeptionen eingesetzt werden. (SCHWABE und RÖHRBORN 1996)

Dem symptomzentrierten Konzept entsprechend wird das allgemeine Therapieziel Heilung bzw. Beseitigung oder Reduzierung von Symptomen über unmittelbare und mittelbare Symptombeeinflussung erreicht. (SCHWABE 1987, vgl. RÖHRBORN 1997)

Dafür werden folgende Teilziele verfolgt:

- Entängstigung
- Regulierung psychovegetativer Funktionen
- Wahrnehmen und Erleben der Psychogenese von Symptomen
- Abbau von spannungserzeugendem Umgang mit der Symptomatik
- Veränderung und Differenzierung der Erlebnisfähigkeit
- Aktivierung kreativer Prozesse

(RÖHRBORN 1997)

Die Beschäftigung mit dem Erlebniszusammenhang der Symptomatik wird in dem skizzierten Trainingsprozess über eine Förderung der Wahrnehmung erreicht. Dieses Vorgehen heißt nach dem Modell von KUNZ, RÖHRBORN und SCHWABE wahrnehmungsorientiertes Handlungsprinzip. Anders ausgedrückt: in der RMT wird der symptomzentrierte Ansatz mit der speziellen Handlungstaktik der Wahrnehmungsförderung verfolgt.

„Das wahrnehmungsorientierte Prinzip bezeichnet alle therapeutischen Aktionen, die den Patienten anregen und befähigen sollen, durch genaues Beobachten des eigenen Körpers, von Gefühlen und Gedanken, auch der Reaktionen auf Vorgänge der Umgebung ... zu genauerer Kenntnis der eigenen Person bis hin zu den bisher nicht bewussten psychischen Inhalten zu gelangen.“ (RÖHRBORN 1988) In Kapitel 1.3.1 wurde bereits darauf hingewiesen, dass ein symptomzentriertes Vorgehen auch zum Aufdecken von intrapsychischen Konflikten führen kann. Auf diese Weise führt die Förderung der Selbstwahrnehmung in der RMT letztlich zu einer Bearbeitung der individuellen Abwehrmechanismen. Dies macht die RMT zu einem tiefenpsychologischen Verfahren.

Der Verwirklichung der Wahrnehmungsförderung dienen trainierende und reflektierende Tätigkeiten.

### **Zur Funktion und zum Wesen der zu rezipierenden Musik**

Die Musik dient in der RMT als Wahrnehmungsobjekt. Die Wahrnehmung kann sich als bewusstes Mitverfolgen der musikalischen Struktur oder als Hintergrunderlebnis vollziehen. (SCHWABE 1980) Die Musik soll in ihrer symbolischen „Sprache“ (Semantik) vom Rezipienten verstanden werden. Deswegen sind Hörerfahrungen der Patienten zu berücksichtigen. (ebenda) Die Musik dient einer Erweiterung des Wahrnehmungs- und Beziehungsraumes. Hierin liegt ihre eigentliche (rezeptive) therapeutische Potenz. (vgl. SCHWABE 1987) Im Hinblick auf die therapeutische Zielsetzung einer Korrektur von Wahrnehmungseinschränkung bzw. von Wahrnehmungsverfälschung „kann die Musik ... als derjenige ‚Gegenstand‘ bezeichnet werden, an dem sich Realitätsannäherung im Sinne der Subjektveränderung vollzieht.“ (SCHWABE und RÖHRBORN 1996)

Bevorzugt wird instrumentale meist sinfonische Musik, die wegen des „breiten“ Klangbildes eher eine Beziehungsaufnahme ermöglicht. Wortgebundene Musik ist weniger gut geeignet, da sie den Hörer häufig auf den Text fixiert. (SCHWABE 1980)

Die Musik wird mit Blick auf die aktuelle Gruppensituation bzw. die momentane Trainingsstufe ausgewählt.

### **1.3.3.3 Die aktive Einzelmusiktherapie**

#### **Charakteristik der Methode**

Wie bereits erwähnt stellt die aktive Einzelmusiktherapie die am wenigsten entwickelte Methode im System von Schwabe dar.

Merkmale dieser musiktherapeutischen Behandlungsform sind das nonverbal-musikalische und das verbal-sprachliche Agieren in der Zweiersituation Therapeut-Patient. (SCHWABE 1980) Wie bei allen psychologischen Einzeltherapien geht es anfangs um die „Herstellung eines Kontakt- und Vertrauensverhältnisses des Patienten zum Therapeuten“. (ebenda) Danach steht die Entwicklung der Selbstfindung und Eigenständigkeit des Patienten im Mittelpunkt. Dabei führen die vorwiegend emotional geprägten Interaktionsangebote der aktiven Einzelmusiktherapie zu einem „relativ hohen Binnenkontakt“, d.h. zu großer gegenseitiger Nähe. (vgl. SCHWABE 1980, SCHWABE und RUDLOFF 1997) Dies setzt Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse in Gang, die zwar therapeutisch genutzt werden können, die aber auch das Steuern des Prozesses erschweren. (vgl. SCHWABE und RUDLOFF 1997)

Die aktive Einzelmusiktherapie ist methodologisch nicht weiter ausdifferenziert. Das bedeutet, dass die musikalische Tätigkeit sowohl instrumental, wie auch bewegungsmäßig, tänzerisch, stimmlich oder bildnerisch stattfinden kann. (vgl. SCHWABE 1980) Schließlich ist für die aktive Einzelmusiktherapie m.E. auch die Kombination mit bzw. Integration von rezeptiven Techniken möglich, wenn sie indikationsmäßig gerechtfertigt ist.

Für die Praxis lässt sich eine Dominanz der instrumentalen Improvisation feststellen. Damit findet man die gleichen Formen der musikalischen Tätigkeit wie sie für die Instrumentalimprovisation in der Gruppe beschrieben wurden.

Im wesentlichen sind dies musikalisch gebundenes Spiel – produktorientiert oder im Sinne außermusikalisch orientierter Handlungsanweisungen – und außermusikalisch themengebundenes Spiel mit musikalischen Mitteln. (nach SCHWABE 1997)

### **Die methodische Einordnung**

Genau wie die Gruppenverfahren der aktiven Musiktherapie ist auch die Einzelmusiktherapie innerhalb verschiedener Grundkonzepte anwendbar. Dabei kommt ein systemischer Ansatz nicht in Frage, da dieser nach dem Verständnis von KUNZ und RÖHRBORN (1991) immer Mehrpersonentherapie bedeutet. (Das pathologisch entgleiste System wird Empfänger der therapeutischen Intervention.) (ebenda)

Für die Einzelmusiktherapie nennt SCHWABE (1980) folgende therapeutische Teilziele:

- Entwicklung realitätsbezogener kommunikativer Ausdrucks- und Verhaltensweisen
- Verbesserung der Eigen- und Fremdwahrnehmung
- Vorbereitung auf sozial orientierte, gruppenrelevante Verhaltens- und Realisationsmuster

Die psychotherapeutischen Handlungsmittel sind produktorientierte, darstellende/agierende, trainingsorientierte und reflektierende Tätigkeiten.



## **2 Musiktherapie als integraler Bestandteil eines teilstationären Behandlungskonzepts – dargestellt am Beispiel der Tagesklinik des Uniklinikums Dresden**

### ***2.1 Der Organisationsrahmen***

Die Geschichte der Dresdner Tagesklinik beginnt im Jahr 1967, als an der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik der damaligen Medizinischen Akademie Dresden eine integrierte psychiatrische Tagesklinikbetreuung begonnen wurde. Bereits 1973 wurde ein eigenständiger teilstationärer Behandlungsrahmen für psychiatrisch Erkrankte etabliert. (vgl. REINHARDT et al. 1999)

Heute gehört die Tagesklinik zur Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der TU Dresden. Sie ist sowohl konzeptionell wie auch räumlich als eigenständige Station direkt in diese Fachklinik eingebunden und befindet sie sich wie diese auf dem Campus des Universitätsklinikums. Damit zählt die Einrichtung zu den sogenannten verbundenen bzw. assoziierten Tageskliniken. Dies entspricht freilich nicht der Forderung nach architektonischer Unabhängigkeit, wie sie z.B. von FINZEN (1986) vorgetragen wurde, der für die Nutzung von alten Wohnhäusern plädiert. (zit. nach ALBERS 1999) Jedoch scheinen die diesbezüglichen Vorteile (in erster Linie flexiblere Anbindung an eine Vollstation, sowie die mögliche konsiliarische Betreuung durch alle anderen medizinischen Fachrichtungen) die Nachteile (geringere Integration in die Gemeinde, stärkere Fixierung in der Krankenrolle etc.) aufzuwiegen, da diese Organisationsform mit 80% aller Tageskliniken die mit Abstand häufigste darstellt. (KALLERT und SCHÜTZWOHL 2002b)

Die Dresdner Tagesklinik hat 25 Behandlungsplätze. Im Jahr 2001 erst wurden neue Räumlichkeiten bezogen. Seither verfügt die Station über 2 Aufenthaltsräume (einschl. Essraum), 1 Gruppentherapieaum, 1 Musiktherapieraum mit angeschlossenen Arbeitszimmer, 2 Ruheräume, 2 Arztzimmer, 1 Psychologenzimmer, 2 Räume für das Pflegepersonal, 1 Küche und 1 Aufenthaltsraum für das Personal. Mitgenutzt werden eine Turnhalle und die Räume der Ergotherapie.

Der aktuelle Personalschlüssel für das Behandlererteam umfasst 1 Oberarztstelle, 2 Stellen für Assistenzärzte, 3 Stellen für Pflegepersonal, 1 Musiktherapeutenstelle, 0,7 Psychologenstelle, 0,25 Physiotherapeutenstelle, 0,5 Ergotherapiestelle, 0,5 Sozialarbeiterstelle.

## **2.2 Die Klientel**

In der fast dreißigjährigen Geschichte der psychiatrischen Tagesklinik ergab sich vor allem seit dem gesamtgesellschaftlichen Umbruch des Jahres 1989 eine Wandlung der zu betreuenden Klientel. Zu verzeichnen ist ein Rückgang von Patienten mit sogenannten endogenen Psychosen des manisch-depressiven und schizophrenen Formenkreises und eine deutliche Zunahme von Patienten mit chronifizierten neurotischen Störungen, schweren und vor allem „frühen“ Persönlichkeitsstörungen. Diese zweite Störungsgruppe macht ungefähr 50% aller behandelten Patienten aus. (vgl. REINHARDT et al.1999)

In einer empirischen Studie waren 62,7% der Patienten weiblich. Das durchschnittliche Alter bei Aufnahme lag bei 38,2 ( $\pm 12,5$ ) Jahren. (KALLERT 1997) Die Verweildauer beträgt im Schnitt 12-13 Wochen. (REINHARDT et al.1999)

## **2.3 Das Behandlungskonzept**

„Auf der Grundlage eines Menschenbildes, das diesen als tätiges, sich mit innerer und äußerer Realität auseinandersetzendes, biologisch, psychisch und sozial determiniertes individuelles Subjekt auffasst, gehen wir von einem eben solchen bio-psycho-sozialem Krankheits- und Therapieverständnis aus.“ Diese Aussage wurde einem Vortragsmanuskript des ehemaligen Oberarztes FICKER und des Musiktherapeuten REINHARDT (1993) entnommen. (vgl. auch FICKER 1992; KALLERT et al. 1995, SCHNEIDER et al. 1996; REINHARDT et al. 1999, KALLERT und SCHÜTZWOHL 2002a)

Für den einzelnen Patienten beginnt die Behandlung mit einem Vorgespräch beim Leiter der Abteilung. Nach der Aufnahme folgt eine vierzehntägige Diagnostikphase. Zuerst werden die notwendigen medizinisch-apparativen Befunde (z.B. CCT, MRT, EEG) erhoben. Anschließend erfolgen insbesondere bei abschätzbarer Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung eine Reihe testpsychologischer Untersuchungen. Dazu zählen projektive Tests (Wartegg-Zeichentest, Baum-Test), Persönlichkeitsfragebögen (FPI, MMPI,

Giessen-Test, FSKN) aber auch einen Lebenslauf, den der Patient anhand eines Leitfadens erstellt, der wesentliche Themenbereiche vorgibt und zur Darstellung des jeweiligen subjektiven Erlebens auffordert. (KALLERT et al. 1995) Schließlich wird auch der soziale Lebensraum des Patienten genau erfasst. Die Sozialarbeiterin führt einen Hausbesuch durch. (REINHARDT 1997b)

Mit Eintritt in die Tagesklinik sind dem Patienten verschiedene offene therapeutische Angebote zugänglich: Gruppenvisiten; verschiedene, den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft folgende soziotherapeutische Aktivitäten (z.B. Gruppenwanderung, Patientencafé), sowie Gruppenangebote mit gleichfalls vorwiegend soziotherapeutischer Funktion wie Gruppensingtherapie, Ergotherapie, Freizeitgruppe (von der Sozialarbeiterin geleitet, befasst sich mit Themen der Freizeitgestaltung), Morgengymnastik (von der Physiotherapeutin geleitet) und das Gruppenschwimmen. Dadurch ist der Patient von Anfang an Teil der therapeutischen Gemeinschaft. (vgl. KALLERT et al.1995)

Die testpsychologische Untersuchungsphase wird mit einer Befunddemonstration und –erläuterung mit dem Patienten abgeschlossen. Darauf hin erfolgt ein diagnoseorientierter, zeitlich aufeinander abgestimmter Einsatz von somatischen, psycho- und soziotherapeutischen Behandlungsverfahren. (vgl. ebenda) Zu den Verfahren der psychotherapeutischen Behandlung siehe Kapitel 2.5 .

Der fallführende Arzt koordiniert die verschiedenen Behandlungsverfahren und hat die Aufgabe, dem Patienten den Therapieplan zu vermitteln. (vgl. EIKELMANN 1999a)

Die Realisierung dieses Behandlungsplanes erfordert regelmäßige patientenzentrierte und verlaufsorientierte Teamkonferenzen. „Den Gesetzen der therapeutischen Gemeinschaft unterworfen, haben hier alle am Patienten tätigen Mitarbeiter gleichberechtigt Sitz und Stimme. Das betrifft das pflegerische Personal, die Physio- und Ergotherapeutin und die Sozialarbeiterin ebenso wie die Psychologin, die ärztlichen Kollegen und den Musiktherapeuten.“ (REINHARDT 1997b) Die Teamkonferenzen tragen dazu bei, dass die Patienten alle Behandler als Teil eines sich akzeptierenden, sich

ergänzenden und ständig im Gespräch befindlichen Teams erleben. (KALLERT et al. 1995) Letzen Endes hat somit das gesamte Team und nicht allein der behandelnde Arzt die Aufgabe, den Therapieplan zu vermitteln. Natürlich kommt dabei dem Fallführer (i.d.R. ein Arzt, in speziellen Fällen auch die Psychologin) durch das psychotherapeutische Einzelgespräch eine besondere Bedeutung zu.

## ***2.4 Der Wochenplan***

Der Wochenplan (siehe Abb.1 S.45) ist wie bereits erwähnt ein wichtiges strukturgebendes Element tagesklinischer Behandlung (vgl. Kapitel 1.2.1). Darauf finden sich feste und für alle Patienten verbindliche Aktivitäten: die regelmäßigen Mahlzeiten, die Gruppensitzungen, das Patientencafé sowie die genannten Großgruppenangebote. Als weitere teils wahlweise zu besuchende, teils ärztlich verordnete Aktivitäten gelten das Joggen, die Sauna und die Reittherapie. Die physiotherapeutischen Angebote werden durch eine Rückenschule komplettiert. Das nun folgende Kapitel beschreibt die psychotherapeutische Konzeption.

Beginn täglich Ende	7.30 Uhr 15.00 Uhr	Einzelpsychotherapie tägl. 15.00 – 17.00 Uhr	Teamkonferenzen	Mi Fr	9.00 – 12.00 Uhr 12.00 – 12.30 Uhr
<b>Montag</b>	7.45 OA-Visite 8.00 – 9.00 Frühstück 9.00 – 10.00 Bewegungsimprovisation nach Musik 10.30 – 11.45 psychotherapeutische Gesprächsgruppen 10.30 – 12.00 Ergotherapie	7.30 Morgengymnastik 8.00 – 9.00 Frühstück 9.00 – 10.00 Ergotherapie 9.30 – 10.30 Instrumental-improvisation 11.00 – 11.45 Gruppensingtherapie	7.30 Freizeitgruppe 8.00 – 9.00 Frühstück Gruppenwanderung	<b>Dienstag</b>	<b>Freitag</b>
	12.00 Mittagessen	12.00 Mittagessen	12.00 Mittagessen	12.00 Mittagessen	12.00 Mittagessen
	12.30 Konzentration Entspannung	12.30 Konzentration Entspannung	12.30 Konzentration Entspannung	12.30 Konzentration Entspannung	12.30 Konzentration Entspannung
	13.30 Rückenschule 13.30 – 14.45 Ergotherapie 13.15 Gruppenschwimmen 13.30 Gestalttherapie	13.30 Rückenschule 13.30 – 14.45 Ergotherapie 14.00 Jogging	13.00 – 15.00 Regulative Musiktherapie 13.30 – 14.45 Ergotherapie 14.00 Jogging	13.00 – 15.00 Regulative Musiktherapie 13.30 – 14.45 Ergotherapie 14.00 Jogging	13.30 – 14.30 Patientencafé
		Projektgruppe / Sauna Gestalttherapie	15.00 Rückenschule		

Abb. 1 Der Wochenplan der psychiatrischen Tagesklinik des Universitätsklinikums Dresden

## **2.5 Der psychotherapeutische Behandlungsanteil**

Innerhalb dieses komplexen Therapieplanes haben die psychotherapeutischen Methoden besonderes Gewicht. (KALLERT et al. 1995)

Bei der Charakterisierung des psychotherapeutischen Vorgehens greifen alle neueren Publikationen zur Dresdner Tagesklinik auf das Kausalitätsprinzip der Psychotherapie von KUNZ, RÖHRBORN und SCHWABE zurück (s. Kapitel 1.3.1). (vgl. FICKER 1992; REINHARDT und FICKER 1993; KALLERT et al. 1995; SCHNEIDER et al. 1996; REINHARDT et al. 1999, KALLERT und SCHÜTZWOHL 2002a)

Alle psychotherapeutischen Verfahren werden methodenübergreifend einem symptomzentrierten Handlungsansatz unterstellt. (s. Kapitel 1.3.3.2) „Dabei erfolgt im konkreten Behandlungsverlauf so früh wie möglich die Hinwendung des einzelnen Patienten zum Symptomerleben, dem Wahrnehmen der eigenen Gedanken, Gefühle, Stimmungen, körperlichen Veränderungen.“ (KALLERT und SCHÜTZWOHL 2002a) Es ist von einem erweiterten Symptombegriff auszugehen, in welchen neben psychischen und körperlichen Krankheitszeichen auch Beziehungsstörungen, Fehlerlebensweisen, Konflikte u.a. eingehen. (RÖHRBORN 1988)

Das symptomzentrierte Vorgehen wird vor allem durch das wahrnehmungsorientierte - später ergänzt durch das verhaltensorientierte Handlungsprinzip - umgesetzt. (REINHARDT et al. 1999, KALLERT und SCHÜTZWOHL 2002) Der Wahrnehmungsbegriff geht dabei über den der Sinnesphysiologie hinaus. Wahrnehmung meint hier das Bewusstwerden bzw. –machen von Widerspiegelungsprozessen der inneren und äußeren Realität im Erleben des Patienten. (RÖHRBORN 1998, KUNZ und RÖHRBORN 1991) (s. dazu auch Kapitel 1.3.3.2 Die Regulative Musiktherapie)

Verhaltensorientiertes Handeln umfasst Prozesse des Bewusstmachens, der Analyse oder der Veränderung von inneren oder äußeren Verhaltensweisen. (vgl. KUNZ und RÖHRBORN 1991)

Eine derartige Handlungsorientierung von Psychotherapie bedeutet für die Gruppenverfahren, auch das interpersonelle Prozessgeschehen dem Anliegen der Wahrnehmungsförderung zu unterstellen. (SCHNEIDER et al. 1996, REINHARDT et al.1999) Gruppendynamische Prozesse werden dabei zwar

nicht vom Therapeuten intendiert, können und sollen aber dennoch Gegenstand wahrnehmungsorientierter Reflexion werden. (ebenda)

Dieses psychotherapeutische Vorgehen wird umgesetzt durch folgende Verfahren: psychotherapeutisches Einzelgespräch, psychotherapeutische Gesprächsgruppe (vgl. SCHNEIDER et al. 1996), Konzentrative Entspannung, Gestalttherapie sowie durch alle musiktherapeutischen Methoden – namentlich Gruppensingtherapie, Instrumentalimprovisation, Bewegungsimprovisation nach „klassischer“ Musik, Regulative Musiktherapie (v.a. als Gruppen-, aber auch als Einzeltherapie) und die aktive Einzelmusiktherapie.

Im Behandlungsverlauf erweitert und zunehmend abgelöst wird dieses psychotherapeutische Konzept durch einen persönlichkeitsorientierten Handlungsansatz. (KALLERT und SCHÜTZWOHL 2002a). Dieser Ansatz kommt nicht von Anfang an und nicht für alle Patienten in Frage (vgl. Kapitel 1.3.1), denn er „... setzt wenigstens Teileinsichten des Patienten in seelische Zusammenhänge seiner Erkrankung und die Bereitschaft voraus, einen indirekten Weg der Behandlung bewusst mitzugehen ohne Hoffnung auf unmittelbare Symptomveränderung.“ (RÖHRBORN 1988)

Verwirklicht wird dieser Ansatz in erster Linie durch tiefenpsychologisch fundierte Einzelpsychotherapie. Dabei sind die persönlichkeitsrelevanten Anteile wie Einstellungen, Haltungen und Bewältigungsmechanismen vor allem im Hinblick auf eine ambulante Fortführung der Therapie bedeutsam. (KALLERT und SCHÜTZWOHL 2002a)

Noch gibt es keine empirischen Beweise, welche die Effizienz einer derartigen Integration psychotherapeutischer Verfahren stützen. (ebenda) Jedoch können LAZARUS et al. (1992) den Vorwurf des technischen Eklektizismus teilweise entkräften, indem sie auf einen realitätsnahen, pragmatischen und klinisch gangbaren Weg verweisen. (zit. nach KALLERT und SCHÜTZWOHL 2002a)

Dieses methodenübergreifende Vorgehen – abgesichert durch regelmäßige Teamkonferenzen – ermöglicht für alle psychotherapeutischen Verfahren einen analogen Umgang mit dynamischen Prozessen, Abwehr- und Widerstandphänomenen und führt zu einem Konsens über verherrschende bzw. zu meidende therapeutische Techniken. Dadurch können gegenläufige Effekte vermieden werden. (REINHARDT 1997 b) „Auch der Patient kann nur so

verstehen, was er tun soll und warum, wenn er in den unterschiedlichen Therapieformen demselben „Roten Faden“ begegnet.“ (REINHARDT 2002)  
 Das entspricht der Vorstellung von FINZEN, für den der Idealfall einer therapeutischen Gemeinschaft darin besteht, dass alle Beteiligten die gleiche therapeutische Richtung verfolgen. (ebenda 1999) Das ist nur durch ein integratives Vorgehen zu erreichen, bei dem das Behandlerteam sich nicht nur über die jeweiligen Therapieziele, sondern auch über den zu verfolgenden Weg einig ist.

## **2.6 Die praktische Anwendung der Musiktherapieverfahren**

### **2.6.1 Zur Integration der Musiktherapie**

Zur Umsetzung einer patientenzentrierten Behandlung sind nach REINHARDT et al. (1999) für die musiktherapeutischen Verfahren zwei Integrationsebenen von Bedeutung. Zum Einen die Einbettung in ein biopsychosoziales Therapiekonzept. Dabei orientieren sich alle Interventionen, ob psycho-, sozio- oder somatotherapeutisch, flexibel an den jeweils vorherrschenden pathogenetischen und pathoplastischen Krankheitsanteilen. Die Psychotherapie kann dann die primäre oder eine zugeordnete Rolle einnehmen. (vgl. ebenda)

In einem zweiten Integrationsschritt geht es um die Einordnung der Musiktherapie in die psychotherapeutische Behandlung, die von einer Methodenkombination gekennzeichnet ist. Diagnostisch werden dafür zuerst alle psychopathogenetischen Faktoren herausgearbeitet, um anschließend jene zu identifizieren, für die sich am ehesten eine erfolgreiche Einflussnahme mit musiktherapeutischen Verfahren erwarten lässt. (vgl. ebenda)

Dieses Vorgehen entspricht dem „Rational Scientific Mediating Model“ von THAUT (2000), der sich dafür ausspricht, Musiktherapie nur dann anzuwenden, wenn durch sie die therapeutischen Ziele nachgewiesenermaßen am besten erreicht werden. (vgl. auch ODELL-MILLER 1999) Allerdings liegen für die musiktherapeutische Behandlung innerhalb der Tagesklinik bislang keine empirisch gesicherten Erkenntnisse zum Einfluss einzelner Methoden auf konkrete Therapieziele vor. Dabei erschwert die interdependente Art der Methodenkombination eine auf die einzelnen Verfahren fokussierte Forschung.



Im dritten Kapitel dieser Arbeit ist eine empirische Untersuchung dargestellt, die ein klar umschriebenes Therapieziel auf seine Beeinflussbarkeit durch Musiktherapie hin untersucht.

In einer Verlaufsstudie an der Dresdner Tagesklinik konnte bereits nachgewiesen werden, dass die RMT Auswirkungen auf spezifische Veränderungen des Selbstkonzeptes hat. (REINHARDT et al. 1999)

GST, INIMP und BIMP können mit Recht als erlebnisorientierte Therapieformen gelten. (SCHWABE 1997) Ein Schwerpunkt liegt daher auf der Verzahnung von aktiver Gruppenmusiktherapie und psychotherapeutischem Gespräch (in Gruppe oder Dyade). Bei der Zusammenstellung der Gruppen – alle unterliegen dem Regime der halboffenen Gruppe – wird nach Möglichkeit angestrebt, dass alle Patienten, die der Instrumental- und Bewegungsimprovisation angehören, auch in der Gesprächsgruppe zusammen sind und sich zumindest als Gruppenkern auch in der Regulativen Musiktherapie begegnen. (REINHARDT et al. 1999) „Somit kann gewährleistet werden, dass die in den musiktherapeutischen Behandlungsanteilen bearbeiteten Prozesse in den anderen Therapien aufgegriffen und fortgeführt werden und im Sinne einer wechselseitigen Rückkopplung wieder in den musiktherapeutischen Gruppen ihren Niederschlag finden.“ (ebenda)

## **2.6.2 Rahmenbedingungen**

Der Musiktherapieraum ist mit seinen ca.80m<sup>2</sup> der größte Raum der ganzen Klinik. Er liegt außerhalb der Stationsräumlichkeiten und ist vollständig schallisoliert. Es gibt eine Hifi-Anlage und ein Raummikrofon für das Mitschneiden von Improvisationen.

## **2.6.3 Die Anwendung der Gruppensingtherapie**

Zur klinischen Anwendung heißt es bei SCHWABE (1997): „In komplexen Psychotherapieprogrammen hat die Gruppensingtherapie ... ihren unentbehrlichen Platz, dort wo nach dem Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft (PLOEGER 1972) gearbeitet wird.“

### **Die Umsetzung und Setting**

Das Verfahren gehört zu den Basistherapien des Wochenplanes, die im allgemeinen für alle Patienten verbindlich sind. Durch die Aktivität in der Gemeinschaft wird Rückzugs- und Isolationstendenzen entgegengewirkt. Die Struktur der Großgruppe ermöglicht dem Einzelnen die „notwendige Anonymität, in der Schutz, Geborgenheit und Gemeinschaftserleben erfahren und Aktivsein in den jeweils individuellen Grenzen geübt werden kann.“ (REINHARDT 1997b)

Die emotionalen Codes der Melodien und Texte aktivieren - zunächst unreflektiert - die Berührung mit wesentlichen Gefühlsinhalten. Die Auseinandersetzung bzw. Identifikation mit Traurigkeit und Freude, Sich-auf-den-Weg-machen und aus dem Tal hinauswandern, Sehnsucht und Hoffnung im Kreise der Lieben, Feiern, Tanzen und Todeswunsch, Bedürfnis nach Ruhe und Stille, Gestalten des eigenen Geschickes und Tätigsein kann Prozesse anstoßen, die für den ganzen Therapieverlauf Bedeutung erhalten. (s. REINHARDT 2002)

Die GST findet in einer offenen Großgruppe zweimal wöchentlich für 45min statt. Da die Großgruppe auch noch durch Patienten der Bettenstationen vergrößert wird, sitzen jeweils zwischen 30 und 40 Patienten zum Singen im Musiktherapieraum. Die GST ist auch offen für das gesamte Personal der Tagesklinik.

Der Musiktherapeut sitzt mit den Patienten im Stuhlkreis. Die GST findet i.d.R. als „offenes“ Singen statt, bei dem die Patienten Liedvorschläge unterbreiten können. Diese Vorschläge werden dann augenblicklich umgesetzt. Damit wird eine Diskussion vermieden, die zu einer Subgruppenbildung führen könnte. Einfluss auf das Programm kann so nur der nehmen, der selbst etwas vorschlägt.

In dieser Behandlungskonzeption kommen speziell die bereits benannten soziotherapeutischen Potenzen zum tragen.

### **Indikation und Kontraindikation**

Die Gruppensingtherapie hat als musiktherapeutische Methode das größte Indikationsspektrum.

Eine Kontraindikation liegt bei schwer depressiven oder manischen Zuständen und produktiv-psychotischer Symptomatik vor. (SCHWABE 1980, REINHARDT et al.1999, 2000)

## **2.6.4 Die Anwendung von Instrumentalimprovisation und Bewegungsimprovisation nach „klassischer“ Musik**

### **Indikation und Kontraindikation**

Für beide Verfahren gelten unter der beschriebenen Konzeption folgende Indikationsfaktoren:

- Einengung des Wahrnehmens, Erlebens und Handelns auf die Symptomatik, die Krankheit und das Kranksein
- Angst in allen Schattierungen in der Kontakt- und Beziehungsgestaltung
- Rückzugstendenzen vor sich selbst und Anderen
- gestörter Zugang zu eigener Emotionalität
- gestörte Körperwahrnehmung
- Defizite in der Nähe-Distanz-Regulation
- mangelnde emotionale Äußerungsfähigkeit
- Vermeidung von Auseinandersetzung mit sich selbst und Anderen

(s. REINHARDT et al. 1999)

Diese Symptome finden sich z.B. bei spezifischen Persönlichkeitsstörungen, Somatisierungsstörungen, Angststörungen und bei konversionsneurotischen oder depressiven Erkrankungen. (vgl. auch SCHWABE 1980)

Eine Kontraindikation liegt bei schweren depressiven oder manischen Zuständen, produktiv-psychotischer Symptomatik sowie massiven Angstzuständen vor. (SCHWABE 1980, REINHARDT et al.1999, 2000)

### **Therapeutische Teilziele**

In der INIMP und BIMP werden folgende therapeutische Teilziele verwirklicht:

- Verbesserung des emotional-affektiven Ausdrucksgeschehens
- Training und Differenzierung emotionaler Flexibilisierung
- Entwicklung und Erprobung von Rollenflexibilität im Sozialraum

- Entwicklung und Differenzierung der Wahrnehmungsfähigkeit in Bezug auf eigene Wünsche und Bedürfnisse in konkreten Gruppensituationen sowie deren Umsetzung (wie z.B. Kooperation, Durchsetzung, Scherzen, Kampf, Ablehnung, Abgrenzung, sich überlassen usw.)
- Entwicklung und Differenzierung der Fähigkeit, aggressive Impulse wahrzunehmen und zu äußern
- Entwicklung der Reflexionsfähigkeit in Bezug auf eigenes Verhalten und Erleben und das der Anderen

(REINHARDT 1997 a)

Im Idealfall besteht die für beide Verfahren gleichbleibende Gruppe aus 8 – 12 Patienten. Sonst kann die therapeutische Potenz gemindert werden. Bei größerer Zahl besteht die Gefahr für Subgruppenbildung, bei kleinerer für Paarbeziehungen. (SCHWABE und RUDLOFF 1997)

#### 2.6.4.1 Umsetzung und Setting der Instrumentalimprovisation

Bei der Instrumentalimprovisation wird vor allem das bekannte Orff-Instrumentarium benutzt. Dazu kommen afrikanische und lateinamerikanische Trommeln und Folkloreinstrumente, verschiedenste Flöten und Gongs und die körpereigenen Instrumente (wie Hände, Stimme etc.) Alle Instrumente sind einfach handhabbar und sind ohne Vorkenntnisse spielbar.

Die Handlungsanweisungen sind von Zielstellung and aktueller Gruppensituation geprägt. Zu Beginn des Gruppenprozesses stehen das Herstellen von Metren, Tönen, Klängen und ganzen Musikstücken oder die Darstellung musikalisch-dynamischer Entwicklungen und Witterungserscheinungen im Vordergrund. (REINHARDT 1997a, 1997b) Im Feedback geht es dabei im Sinne des beschriebenen wahrnehmungsorientierten Handlungsprinzips um die zunehmend genauere Wahrnehmung und Beschreibung der musikalischen Strukturen. Nicht die Bearbeitung der Beziehungsproblematik, sondern die Entwicklung der Wahrnehmungsfähigkeit wird zum therapeutisch wirksamen Agens. (vgl. ebenda) Dem Patienten ermöglicht dies eine allmähliche Lösung aus pathologisch intendierten Wahrnehmungs- und Wertungseinengungen und im Verlauf eine konstruktive Selbstzuwendung **verändert(?)**. (ebenda)

Auf dieser Grundlage richten sich im fortschreitenden Therapieprozess die Handlungsanweisungen zunehmend direkter auf die Auslösung und Bearbeitung von Interaktionsprozessen. (ebenda) In der verbalen Reflexion geht es mehr und mehr darum, die konkret erlebte Beziehung am musikalischen Vorgang zu beschreiben. Dadurch wird es möglich, individuell bedeutsame Behinderungen für die eigene aktive Beziehungsaufnahme- und Gestaltung erlebbar zu machen und gleichzeitig eine konstruktive Auseinandersetzung damit zu ermöglichen. (REINHARDT 1997b)

„In dieser Phase der therapeutischen Gesamtprozesses gewinnt die Bewegungsimprovisation nach „klassischer“ Musik zunehmend an Bedeutung. Hier wird Beziehung unmittelbar ausagiert und wahrnehmungsorientierter Reflexion zugänglich gemacht.“ (ebenda)

Die INIMP findet als halboffene Kleingruppe zweimal wöchentlich für 60min statt.

#### 2.6.4.2 Die Umsetzung und Setting der Bewegungsimprovisation nach „klassischer“ Musik

Die BIMP beginnt meist mit Bewegungsspielen ohne Musik, die als „Warm-up“ dienen. Für die sich anschließende Bewegungsimprovisation nach Musik bestehen zwei Möglichkeiten der Durchführung: Einmal gibt es die Form der freien Bewegung – jeder Patient wählt eine beliebige Ausgangsposition im Raum. Zum anderen die geschlossene Form – die Gruppenmitglieder halten einander an den Händen. Das kann im Kreis der ganzen Gruppe, in kleineren Gruppen oder in Paarkonstellationen geschehen. Im Gegensatz zur freien Form, die eine stärkere Introspektion ermöglicht, verlagert sich der Schwerpunkt der geschlossenen Bewegungsform im Kreis hin zu eher kooperativ kommunikativem Geschehen.

Die beiden Bewegungsformen verlangen unterschiedliche Arten von Musik. (SCHWABE 1997)

Um möglichst unbehindert die innere Bewegung ausagieren zu können, sind die Augen vorzugsweise geschlossen. Nach der Bewegungsimprovisation folgt das Nachgespräch, das strikt den Prinzipien der Wahrnehmungsförderung unterliegt.

Auch diese halboffene Kleingruppe trifft sich zweimal wöchentlich für 60min.

## 2.6.5 Die Anwendung der Regulativen Musiktherapie

### Umsetzung und Setting

In der RMT ist Erinnern und Beschreiben das eigentliche therapeutische Instrument. (SCHWABE und RÖHRBORN 1996) Über die Bewusstmachung von primären Wahrnehmungen sowie auch über die Hinwendung zu emotional-kognitiven Reaktionen auf Wahrgenommenes führen Musikrezeption und Nachgespräch zum Bewusstwerden von intrapsychischen Verknüpfungen. (vgl. ebenda) Die entstehende Gruppendynamik wird entsprechend dem wahrnehmungsorientierten Vorgehen nicht zum Gegenstand der verbalen Reflexion. (SCHWABE 1987) Wobei auftretende Beziehungsprobleme dann bearbeitet werden sollten, wenn sie „die Therapiearbeit behindern und nicht anders beizulegen sind.“ (SCHWABE und RÖHRBORN 1996)

Das sechsstufige Trainingskonzept gilt als Orientierung für die Umsetzung, welche dennoch Bezug nimmt zum Gruppenprozess und zur aktuellen Situation.

Das spezifische Setting der Tagesklinik bedingt auch für die RMT die Form einer halboffenen Gruppe. Eine gradlinige Entwicklung im Sinne des sechsstufigen Trainingsprozesses ist jedoch nur in einer geschlossenen Gruppe möglich. Die RMT erfährt somit in der Tagesklinik einen modifizierten Einsatz.

Nach der Trainingsaufforderung des Therapeuten hören die Teilnehmer – jeder in seiner bevorzugten Lage - der Musik zu. Danach erfolgt die Zurücknahme, die vom Autogenen Training von SCHULTZ abgeleitet ist. Die Zurücknahme besteht aus einem genießerischen Sichreckeln und Strecken des ganzen Körpers, dem Öffnen der Augen, falls diese geschlossen waren und einem tiefen Aufatmen.

Im Nachgespräch tauschen sich die Patienten unter Anleitung des Therapeuten über ihre Wahrnehmungen aus. Das Gespräch ist i.d.R. doppelt so lang wie die Musik. Prozess- und situationsabhängig kann es angezeigt sein, mit einem Gespräch zu beginnen oder mit einer zweiten Musik zu beschließen.

### **Indikation und Kontraindikation**

Zu den Indikationsfaktoren für eine Regulative Musiktherapie gehören:

- Angst in allen Schattierungen, (solange noch intakte Bewältigungsmechanismen vorhanden sind)
- Körperliche Symptomatik ohne organischen Befund (konversionsneurotisch, psychosomatisch, oder im Sinne larviert-depressiven Geschehens)
- Eingeschränkte Selbstreflexion bzw. Verbalisierungsfähigkeit für seelische und körperliche Bereiche
- Verminderte Fähigkeit im Umgang mit belastenden emotionalen Zuständen, vor allem depressiven Erlebnisweisen
- Ausgeprägte Ambiguitätsintoleranz

Diese Faktoren finden sich im psychiatrischen Bereich beispielsweise bei folgenden Störungen: Somatisierungsstörungen, depressive Erkrankungen, Angststörungen, konversionsneurotischen Störungen.

Bei den Kontraindikation finden folgende Symptome Beachtung: akut autoaggressive sowie suizidale Zustände, schwere akute depressive Zustände, massive Angstzustände.

Für das dyadische Setting gelten darüber hinaus folgende Kriterien:

1. Gruppenunfähigkeit des Patienten, 2. Gruppenunnötigkeit für den Patienten, oder 3. Gruppenunmöglichkeit aus äußeren Gründen. (SCHWABE und RÖHRBORN 1996)

Gruppenunfähigkeit liegt vor, sobald ein Patient die Gruppe überfordert oder er selbst durch die Gruppenarbeit überfordert oder gefährdet wäre. Dies kann bedingt sein durch schwere körperliche Erkrankungen, besonders schwere Angststörungen, besonderes schwere hysterische Störungen sowie besonders schwere Verhaltensauffälligkeiten. (s. ebenda)

Unnötig ist die Gruppenbehandlung bei einer leichteren, relativ kurzdauernden Symptomatik. Die Therapieziele sind dabei mit geringerem zeitlichen Aufwand zu erreichen, wenn „Erwartungsängste in Bezug auf die Symptomatik im Vordergrund stehen, keine schwereren Persönlichkeitsstörungen nachweisbar sind und die Patienten für eine aktive Mitarbeit gut motiviert sind.“ (ebenda)

Mit Gruppenunmöglichkeit aus äußeren Gründen sind in erster Linie die Bedingungen der Einzelpraxis gemeint. In der klinischen Arbeit trifft dies jedoch auf Patienten zu, bei denen ein erstes wichtiges Ziel im Aufbau einer tragfähigen interpersonellen Beziehung mit einem Therapeuten besteht. (ebenda)

### **2.6.6 Die Anwendung der aktiven Einzelmusiktherapie**

#### **Umsetzung und Setting**

Die aktive Einzelmusiktherapie dient innerhalb der Behandlungskonzeption dazu, eine Gruppenintegration anzubahnen und im Sinne der Erweiterung des symptomzentrierten Ansatzes intime Dinge zu bearbeiten und angestoßene Prozesse persönlichkeitsorientiert zu vertiefen.

Das Instrumentarium ist im Wesentlichen das Gleiche, wobei m.E. das Klavier für das Einzelsetting eine wichtigere Bedeutung bekommt als in der Gruppe. Durch seine tonliche Bandbreite und seine relativ einfache Handhabbarkeit bietet es ein sehr gutes emotionales Ausdrucksspektrum. Damit ist es sowohl für die emotionale Introspektion wie auch für dialogisches Spiel prädestiniert.

#### **Indikation und Kontraindikation**

Indiziert ist eine Einzelmusiktherapie dann, wenn einerseits ein verbaler Zugang zu pathologisch relevanten Fehlverhaltensweisen und Fehlerlebensweisen und dessen Bedingungsbeziehungen erschwert ist, und wenn andererseits interaktionelle Kommunikation innerhalb einer Gruppe nicht oder noch nicht möglich ist.

Sonst liegt im klinischen Kontext eine Kontraindikation vor, da sich für den Patienten neben dem Arzt- oder Psychologengespräch und evtl. Physiotherapie etc. eine weitere interpersonelle Partnerbeziehung ergibt, die den Behandlungsverlauf unnötig verkompliziert. (vgl. SCHWABE 1980)

### **2.7 Supervision**

Supervision hat unter diesen Voraussetzungen eine essentielle Bedeutung. Eine solch komplexe Behandlung in der therapeutischen Gemeinschaft ist stets anfällig für Beziehungsprobleme zwischen Patienten und Behandlern wie auch zwischen den Behandlern untereinander, mit denen auch ein gut funktionierendes Team überfordert sein kann. Da dies zwangsläufig zu Beeinträchtigungen des therapeutischen Milieus und damit der gesamten



Behandlung führt, ist nach Meinung des Autors eine regelmäßige und externe Supervision notwendig.

### **3 Empirische Untersuchung**

#### **3.1 Herleitung der Fragestellung**

Die individuelle soziale Welt stellt eine wesentliche Komponente des biopsychosozialen Menschenbildes dar. Innerhalb einer tagesklinischen Behandlung kommt ihr deswegen genauso große Beachtung zu wie der körperlichen und intrapsychischen Seite. Wesentlich geprägt wird die soziale Welt eines Menschen durch seine zwischenmenschlichen Beziehungen bzw. die Art wie er in der Lage ist, diese zu gestalten. Dieser Vorgang wird sowohl durch das äußere Verhalten wie auch durch innere Erlebnis- und Verarbeitungsweisen geprägt.

Der symptomzentrierte Ansatz mit wahrnehmungsorientiertem Handlungsprinzip zielt allgemein darauf, das Erleben und Verhalten über das Wahrnehmen zu verändern. Speziell durch die musiktherapeutischen Gruppenverfahren Bewegungsimprovisation nach Musik und Instrumentalimprovisation wird über diese „Wirkschiene“ auch interpersonales Erleben und Verhalten durch nonverbale Interaktion ermöglicht und im Gespräch bearbeitet. Das heißt, die Erweiterung des inneren und äußeren Erlebnis- und Handlungsraumes zielt auch - quasi psychologisch – auf die Beeinflussung der sozialen Welt bzw. der zwischenmenschlichen Beziehungen ab.

#### **3.2 Fragestellung**

Untersucht wurde die Frage: Haben die Methoden der Musiktherapie aus Sicht der Patienten einen positiven Einfluss auf die (eigenen) zwischenmenschlichen Beziehungen?

#### **3.3 Methoden**

##### **3.3.1 Das Instrument**

Es wurde ein Fragebogen mit acht geschlossenen Fragen entworfen. Diese betreffen eine Veränderung der zwischenmenschlichen Beziehungen und den

Zusammenhang mit der Musiktherapie wie auch die Wertung der Veränderung.  
(s. Anhang)

Die Antworten waren auf einer linearen Skala von 0 bis 10 anzukreuzen. Minimum und Maximum waren betitelt, z.B. „sehr negativ“ – „sehr positiv“. Außerdem sollten die Patienten angeben, an welchen musiktherapeutischen Verfahren sie teilnehmen bzw. teilgenommen haben.

### **3.3.2 Die Vorgehensweise**

Die Befragung wurde einmalig bei 21 Patienten der Tagesklinik Universitätsklinikums Dresden am 19.04.2002 durchgeführt.

Da alle Patienten an der Gruppensingtherapie teilnehmen, wurden alle Patienten zum Einfluss der Musiktherapie befragt.

### **3.3.3 Auswertungsstrategie**

Durch eine Hauptkomponentenanalyse wurden zwei Faktoren voneinander geschieden, die jeweils einzelne Fragen zusammenfassen. Für einen Gruppenvergleich wurden unter den Patienten all jene ausgewählt, die an Instrumentalimprovisation (INIMP), Bewegungsimprovisation nach Musik (BIMP) und Regulativer Musiktherapie (RMT) teilnehmen. Eine Patientin nahm nur an der INIMP, nicht aber an der BIMP – auch sie wurde der Musiktherapiegruppe zugeordnet. Aus dieser Gruppe ausgeschlossen wurde eine Patientin die nur an der RMT teilnahm, da in dieser rezeptiven Methode keine nonverbalen Interaktionen stattfinden.

Diese beiden Patientengruppen „keine Musiktherapie“ und „Musiktherapie“ wurden mittels der zwei Faktoren und anhand der einzelnen Fragen miteinander verglichen. Die Analyse erfolgte mit SPSS für Windows.

### **3.4 Ergebnisse**

#### **3.4.1 Stichprobe**

In der Stichprobe waren folgende klinische Hauptdiagnosen nach ICD 10 vertreten:

F 10 – F 19: Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychothrophe Substanzen ▶ 2 Patienten

F 20 – F 29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen  
▶ 1 Patient

F 30 – F 39: Affektive Störungen  
▶ 6 Patienten

F 40 – F 48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen  
▶ 7 Patienten

F 60 – F 69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen  
▶ 5 Patienten

Von 21 Patienten waren drei männlich, 18 weiblich. Das Altersspektrum reichte von 23 bis 67 Jahren. Die aktuelle Behandlungsdauer variierte von 1,5 bis zu 38 Wochen und lag im Durchschnitt bei 13 Wochen.

#### **3.4.2 Faktorenanalyse**

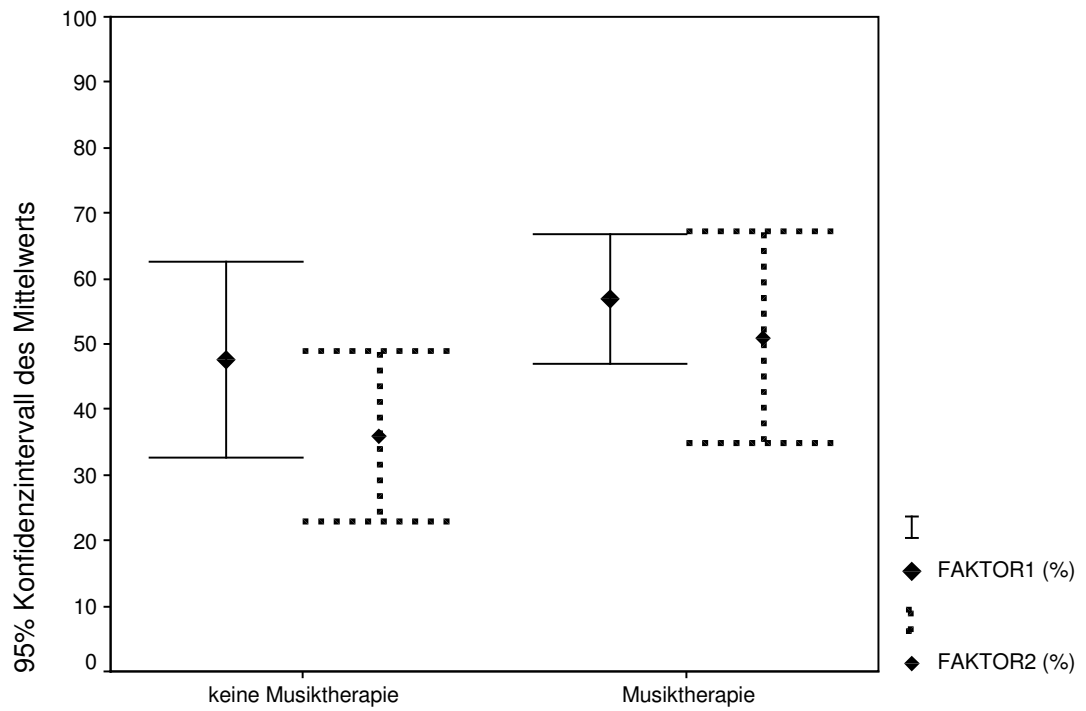
Der erste der beiden Faktoren (Faktor 1) fasst die zwei Fragen (1 und 2a) zur Einschätzung der persönlichen interpersonalen Beziehungen zusammen.

Die zweite Komponente (Faktor 2) umfasst die anderen 6 Fragen. Darin wird die Wirkung der Musiktherapie auf die zwischenmenschlichen Beziehungen fokussiert.

#### **3.4.3 Gruppenvergleich**

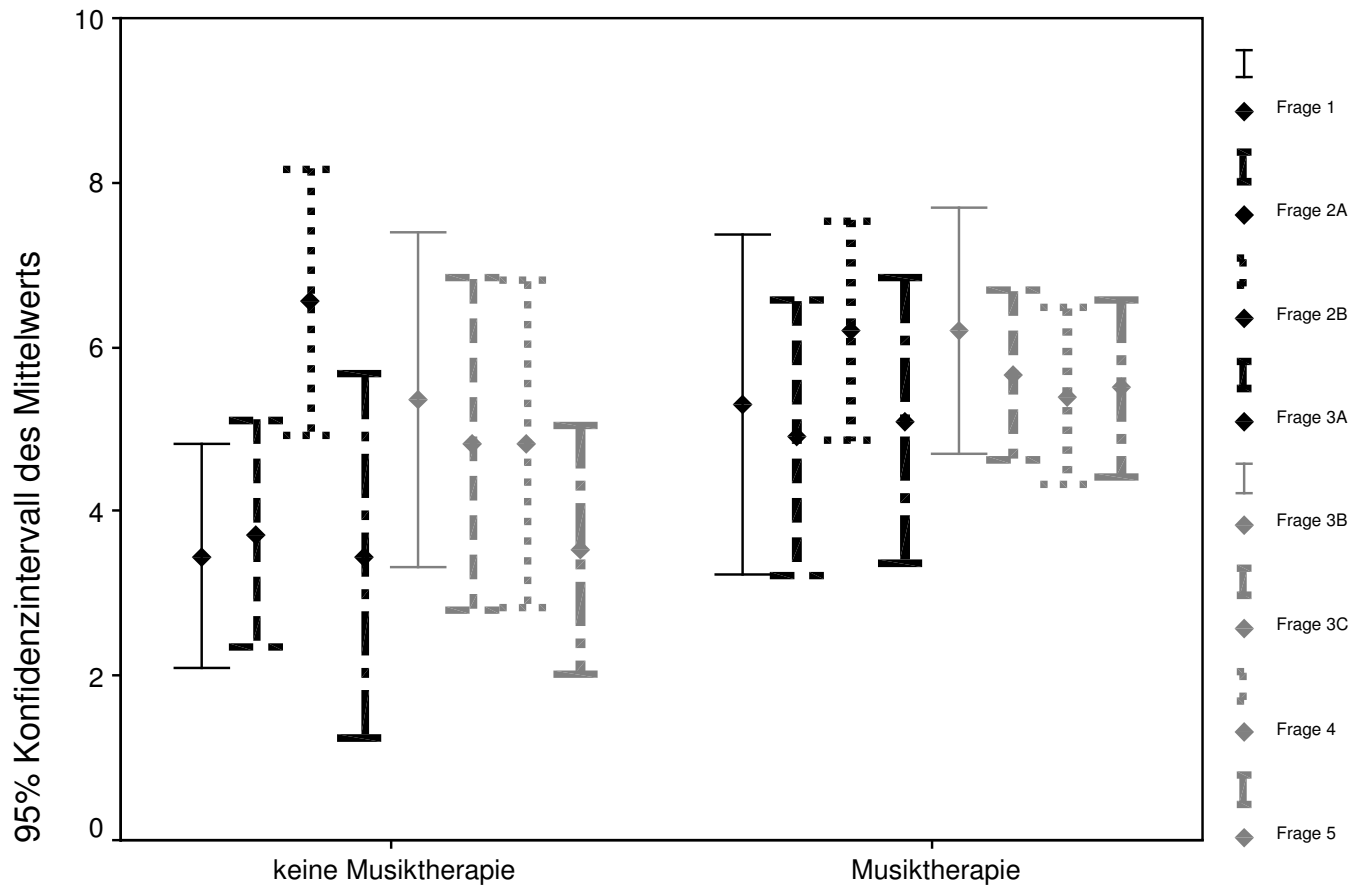
Der Gruppenvergleich der Gruppen „keine Musiktherapie“ und „Musiktherapie“ zeigt für den Faktor 2 einen nicht-signifikanten Unterschied mit einem höheren Mittelwert für die Gruppe „Musiktherapie“. (s. Diagramm1)

Diagramm 1: Gruppenvergleich mittels der Faktoren



Der Vergleich der einzelnen Fragen ergibt einen signifikanten Unterschied für die Frage 5. (siehe Diagramm 2)

Diagramm 2: Gruppenvergleich mittels der einzelnen Fragen



### **3.5 Diskussion**

Da keine Angaben zu den Test-Gütekriterien vorliegen, lassen die Ergebnisse nur vorsichtige Interpretationen zu.

Der Gruppenvergleich weist auf eine Bedeutung der musiktherapeutischen Methoden für die zwischenmenschlichen Beziehungen aus Sicht der Patienten hin. Der nicht-signifikante Unterschied erklärt sich zum einem aus der sehr kleinen Stichprobe wie auch aus dem Umstand, dass die musiktherapeutische Behandlungsdauer nicht berücksichtigt wurde. Also waren in der Musiktherapiegruppe auch Patienten enthalten, die erst seit wenigen Tagen bzw. Wochen an INIMP und BIMP teilnahmen.

Der signifikante Unterschied in der Frage 5 deutet darauf hin, dass das nonverbale Interaktionsangebot der musiktherapeutischen Gruppenverfahren INIMP und BIMP in der Tat von den Patienten als Trainingsfeld für interpersonalen Umgang angesehen und entsprechend bewertet wird.

## 4 Ausblick und Beschluss

Durch das dargestellte komplexe und konzeptionell eingebundene Verständnis erhält die Musiktherapie eine gewichtige Bedeutung als Stützpfiler des Gesamtbehandlungsplanes. Die psychiatrische Tagesklinik stellt dabei eine Einrichtung mit sehr spezifischen psychotherapeutischen Anforderungen dar, denen die dargestellte Kombination musiktherapeutischer Methoden vorzüglich gerecht wird.

Dieses Konzept ließe sich auch auf andere Institutionen bzw. Fachbereiche übertragen, solange Musiktherapie mit einem vergleichbaren, nach Methodenintegration strebenden Verständnis angewandt wird. Die Musiktherapie kann dann eine essentielle Funktion innerhalb einer psychotherapeutischen Behandlungskomponente übernehmen. Dies trifft auch auf Einrichtungen zu, die vor allem mit sekundär-psychologischen Störungen zu tun haben, wie Krebs- und Tumorzentren oder auch Neurologische Kliniken.

Für die Integrationsbemühungen stellt das vorgestellte Kausalitätsprinzip nicht die endgültige Lösung dar. Obwohl darin alle wesentlichen Dimensionen des psychotherapeutischen Handelns beschrieben werden, ist die theoretische Konzeptualisierung mittels einer schulenübergreifenden Terminologie im Moment nicht konsensfähig. (KALLERT und SCHÜTZWOHL 2002a) Dennoch bietet es eine sehr gute Grundlage für die Verständigung zwischen den Behandlern, welche, wie gezeigt werden konnte, für ein zusammenhängendes Behandlungskonzept im Interesse der Patienten unerlässlich ist.

Ein integratives Modell hat auch Implikationen für die Forschung, da es den direkten Vergleich von Verfahren mit gleichen Wirkprinzipien ermöglicht. Auf diesem Wege ließe sich am ehesten der bereits zitierten Forderung von SENF und BRODA Rechnung tragen, dass „ein Patient in jedem Fall die Therapie erhält, die für seine Krankheit notwendig ist“. (ebenda 1999)

RÖHRBORN und KUNZ formulieren dementsprechend und mit Blick auf die Musiktherapie: „Wirkungsnachweis ... bedeutet ..., dass bestimmte musiktherapeutische Vorgehensweisen bei klar definierten Indikationen, ...psychotherapeutische Ziele besser erreichen können als andere

psychotherapeutische Vorgehensweisen.“ (ebenda 1997, vgl. auch THAUT 2000)

Es versteht sich von selbst, dass dafür auch die musiktherapeutischen Vorgehensweisen klar definiert sein müssen. Daher sollte die Entwicklung einer konsensfähigen Methodik und Didaktik vorangetrieben werden. Das SCHWABE-Konzept leistet dafür einen wichtigen Beitrag.

Die Forschung in der klinischen Praxis sieht sich freilich vor das Problem gestellt, Wirknachweise für einzelne Verfahren zu erbringen, obwohl diese ihre Wirksamkeit hauptsächlich durch das Zusammenspiel mit anderen Verfahren bzw. mit dem gesamten Setting entfalten.

Für eine effektive Anwendung von Musiktherapie gilt es, institutionelle und konzeptionelle Voraussetzungen anzustreben, wie sie in Dresden bestehen. Fundamentale Bedeutung hat dabei ein biopsychosoziales Behandlungskonzept, das von einem multiprofessionellen Team umgesetzt wird, welches sich ständig im Austausch befindet, um so gemeinsam eine individuell auf den einzelnen Patienten abgestimmte Therapie zu gestalten. Das ist dann nicht gegeben, wenn der Musiktherapeut in einem großen Krankenhaus unzählige Stationen „bedient“ und dadurch nirgendwo in ein festes Team integriert werden kann. Eine solche Vorgehensweise, die im Augenblick leider sehr oft der Praxis entspricht, schmälert bzw. verunmöglicht eine Anwendung im Sinne der wirkungsverstärkenden Begleittherapie.

Auch von Seiten des Musiktherapeuten müssen dafür Voraussetzungen erfüllt sein. Neben den grundsätzlichen Anforderungen an einen klinischen Psychotherapeuten wie z.B. Selbsterfahrung, Fachwissen in den Gebieten klinische Psychologie, Psychopathologie, ärztliche und psychologische Untersuchungsverfahren, sowie Grundkenntnissen der wichtigsten somato- und soziotherapeutischen Verfahren benötigt der Musiktherapeut eine umfassende methodisch-didaktische Ausbildung - einschließlich methodenbezogener Selbsterfahrung in allen anzuwendenden musiktherapeutischen Verfahren.

Diese Forderung leitet sich aus der Tatsache ab, dass gerade die aufeinander bezogene Kombination der verschiedenen Methoden das wesentliche Wirkprinzip dieser Konzeption darstellt.

Zum Abschluss möchte ich den Auszug des Berichtes einer Patientin über ihre Musiktherapieerfahrungen an der Tagesklinik des Universitätsklinikums



Dresden zitieren. Entnommen wurde er einem Vortrag des dortigen Musiktherapeuten (REINHARDT 2002).

„Vor ca.4 Monaten wurde ich mit einer Depression zum ersten Mal in meinem Leben in eine psychiatrische Tagesklinik überwiesen. Meine bis dahin 19½-jährige Entwicklung war, wie man feststellte, eine neurotische Fehlentwicklung, mein Dasein von Berufsversagen und Minderwertigkeitskomplexen geprägt.

Eigentlich hatte ich immer schon eine positive Einstellung zu Psychologie und glaubte an deren „Wunderwirkung“. So kam es, dass ich nach dem anfänglichen Schock über meine Situation und meine vorherige beinahe völlige Lebensresignation, den Dingen, die in der Therapie auf mich zukamen, recht aufgeschlossen entgegentrat und meine Depression recht schnell abklang.<sup>5</sup>

Dadurch, dass der Tag nun durch die Therapie ein „Muss“ hatte, es passierte endlich etwas, mir fiel nicht mehr die Decke auf den Kopf, ich sah, dass es anderen genauso besch.... ging wie mir, Selbstmord schien mir da plötzlich zu einfach!

Besonders die Bewegungsimprovisation machte mir Spaß. Ich gewann eigentlich für meine Begriffe verdammt schnell Bewegungssicherheit innerhalb der Gruppe – zu wissen, hier sind alle Menschen, die auch Probleme haben, einen also irgendwo verstehen oder akzeptieren mussten, gab mir Sicherheit, die ich sonst in vielen Lebenssituationen so sehr an mir vermisste. Ich glaube, ich war vorher kaum so aufgeschlossen in einer Gruppe. Kurzum, ich fühlte mich innerhalb der Gruppentherapie wohl.

Durch die Instrumente war es einfacher, Kontakt zu anderen aufzunehmen, man hatte etwas, woran man sich festhalten konnte. Manchmal wollte ich auch mein eigenes unbedingt durchsetzen, ich musste bald feststellen, dass ich doch irgendwo Unterordnungsschwierigkeiten habe. Ich bin entweder überangepasst oder gehe mit dem Kopf durch die Wand. So etwas wie eine gesunde Mitte scheint bei mir nicht entwickelt zu sein. Ich frage mich gerade, ob sich bislang daran etwas geändert hat? Vielleicht ein wenig, wenn ich mich verstanden fühle, kann ich auch zu mir stehen, ein Stück meins ab geben, ein wenig

---

<sup>5</sup> „Wir hatten es hier nicht mit einer Depression im Sinne dieser speziellen psychischen affektiven Erkrankung zu tun, sondern mit einem depressiven Symptom bei einer spezifischen Persönlichkeitsstörung.“ (REINHARDT 2002)

tolerantes sein. Es gibt einige Menschen, wo mir das inzwischen schon besser gelingt, ich werde aber nach wie vor in manchen Situationen unangebracht zum trotzigem Kind.

Durch das Spiel mit den verschiedensten Instrumenten wurde ich meistens aus einer depressiven Phase herausgerissen. Durch die anschließenden Gespräche über das, was vorher war – also gespielt wurde und das was man an sich und anderen wahrgenommen hat, beschäftigte ich mich eigentlich zum ersten Mal mit dem was in mir vorgeht. Das Wahrnehmen von Gefühlen und das verbale Erfassen fielen mir sehr schwer.

Als nur einseitig weiblich erzogenes verschüchtertes Scheidungskind empfand ich die altersmäßig sowie geschlechtlich gut durchmischte Gruppe als positiv. Gerade in Bewegungsimprovisationen, besonders spielerischer Form der Paarübungen konnte ich so auch Sicherheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht sammeln. Eine für mich wichtige Erfahrung, denn in diesem Punkt lagen für mich zusätzliche Verunsicherungen im allgemeinen sozialen Umgang.

Partnerübungen verhalfen auch zu Kontakten zu weniger vertrauten Patienten und zwangen zur Unterordnung, Auseinandersetzung sowie Toleranz. Ich kann mich erinnern, über allerlei Übungen/Spiele zu einigen Mitpatienten zwangsläufig Beziehungen aufgebaut zu haben, um die ich mich sonst nicht bemüht hätte – eine überraschend positive Erfahrung.“

Dieser Bericht stammt von einer Patientin, die nach schwerem Suizidversuch mit ausgeprägter depressiver Symptomatik in die Tagesklinik aufgenommen wurde.

## 5 Glossar

**Ambiguität** – Doppeldeutigkeit, Mehrdeutigkeit

**Compliance** – *med.*: Bereitschaft einem verschriebenen Behandlungsplan zu folgen

**Didaktik** – hier: Art und Weise der Umsetzung des therapeutischen Prozesses

**Dyade** – hier: Paar, Zweiergruppe

**Eklektizismus** – besonders in Philosophie und Kunst, Entwickeln einer Theorie durch Auswählen und Einbeziehen von Kernthesen aus bereits vorhandenen Theorien

**Gruppe, halboffene** – hier: therapeutische Zweckgemeinschaft, wobei die Zusammenstellung der Mitglieder durch das Ausscheiden (Entlassung) und Neueinsteigen (nach Verordnung) kontinuierlichen Veränderungen unterworfen ist

**Indikation** – Beweggrund, ein bestimmtes Heilverfahren aufgrund einer bestimmten Diagnose zu verordnen

**Kontraindikation** – Umstand, der die Anwendung oder Verordnung einer ärztlichen Therapie verbietet oder als nicht ratsam erscheinen lässt

**Monitoring** – Überwachung

**Semiotik** – allgemeine Theorie der sprachlichen und nichtsprachlichen Zeichensysteme

### Abkürzungen

GST            Gruppensingtherapie

INIMP        Instrumentalimprovisation

BIMP        Bewegungsimprovisation nach „klassischer“ Musik

RMT         Regulative Musiktherapie



## 7 Quellenverzeichnis

- ALBERS M. (1999)– Architektur, Lage und Aufbau psychiatrischer Tageskliniken,  
In: B. Eikermann, Th. Reker, M. Albers, (Hrsg.) – Die psychiatrische  
Tagesklinik, Thieme, Stuttgart, New York: 51-59
- BATTEGAY R. (1973) – Der Mensch in der Gruppe
- DÖRNER, K.; PLOG, U. (1996) – Irren ist menschlich, 1.Aufl. der Neuaufl.,  
Psychiatrie Verl. Bonn
- EICHHORN H. (1983) – Zum Konzept der therapeutischen Gemeinschaft.  
Psychiat. Neurol. Med. Psychol. **35**: S.449-459
- EIKELMANN B.(1991) – Gemeindenahe Psychiatrie: Tagesklinik und  
komplementäre Einrichtungen, München, Wien, Baltimore: Urban &  
Schwarzenberg
- EIKELMANN B. (1999a) – Tagesklinische Behandlung als Organisationsrahmen  
Moderner psychiatrischer Therapie, In: B. Eikermann, Th. Reker, M. Albers,  
(Hrsg.) – Die psychiatrische Tagesklinik, Thieme, Stuttgart, New York: 41–  
49
- EIKELMANN B. (1999b) – Psychotherapie in der tagesklinischen Behandlung,  
In: B. Eikermann, Th. Reker, M. Albers, (Hrsg.) – Die psychiatrische  
Tagesklinik, Thieme, Stuttgart, New York: 73 –82
- EIKELMANN B. (1999c) – Zur Evaluation psychiatrischer Tagesbehandlung,  
In: B. Eikermann, Th. Reker, M. Albers, (Hrsg.) – Die psychiatrische  
Tagesklinik, Thieme, Stuttgart, New York: 107 – 110
- FICKER F. (1992) – 25 Jahre Tagesklinikbetreuung an der Med. Akademie Dresden,  
In: Fortschr. Neurol. Psychiat. 60 Sonderheft 2: 224ff.
- FINZEN A. (1999)– Tagesklinische Behandlung – Modell psychiatrischer Therapie.  
In: B. Eikermann, T. Reker, M. Albers (Hrsg.). Die psychiatrische  
Tagesklinik. Thieme, Stuttgart, New York: 19-25
- HEIGL-EVERS A. (1986) – Zur Konzeptualisierung der Tagesklinik: Der  
individuumzentrierte, verlaufsorientierte, integrierte Behandlungsplan. In:  
A.Heigl-Evers, U.Henneberg-Mönch, C.Odag, G.Standke (Hrsg.): Die  
Vierzigstundenwoche für Patienten. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- HOGUE M.A., S.P. FARRELL, M.E. MUNCHEL, J.S. STRAUSS (1988) – Thera-  
peutic factors in partial hospitalization. *Psychiatry* **51**: 199-210
- HSU L.K., C. RIDLEY, R. HINDE (1983)– How psychiatric patients view their own  
treatment: a study of 50 day hospital patients. *Int. J. Soc. Psychiatry* **29**: 60-  
64
- KALLERT Th.W., B. IRMER, A. REINHARDT (1995) – Integratives Psychothera-  
pieverständnis und methodenübergreifendes praktisches Vorgehen in einer  
psychiatrischen Tagesklinik. Abstract Band, „Internationaler Kongress:  
Klinische Psychotherapie“, Graz, S.26ff.
- KALLERT Th. W. (1997) – Suizidalität: Kontraindikation für eine tagesklinische  
psychiatrische Behandlung?, *Krankenhauspsychiatrie* **8**: 29-34, F.Enke  
Verlag Stuttgart
- KALLERT Th. W., M. SCHÜTZWOHL (2002a) – Wirkfaktoren der Behandlung in  
psychiatrischen Tageskliniken aus Patientensicht. *Krankenhauspsychiatrie* **13**:  
46-53, Georg Thieme, Stuttgart, New York
- KALLERT Th. W., M. SCHÜTZWOHL (2002b) – Klientel, Bewertung und Effekti-  
vität tagesklinischer psychiatrischer Behandlung: Konsequenzen aus  
vorliegenden Forschungsergebnissen, Schwabe & Co. AG, Basel, Schweizer  
*Archiv für Neurologie und Psychiatrie* **3**: 144 – 152

- Kasseler Konferenz Musiktherapeutischer Vereinigungen in Deutschland (1998) – Kasseler Thesen zur Musiktherapie, Musiktherapeutische Umschau **3** (1998):231-235
- KUNZ W., RÖHRBORN, H. (1991) – Konzeptioneller Ansatz einer Methodologie und Methodik der Psychotherapie, Integr. Therapie 17, 4/1991, S.367-392
- MÖLLER, H.-J.; LAUX, G.; DEISTER, A. (2001) – Psychiatrie und Psychotherapie, Georg Thieme Verlag
- ODELL-MILLER H. (1999) – Investigating the Value of Music Therapy in Psychiatry, In: T.Wigram and J.d.Backer - Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry, J.K.Publishers, London, Philadelphia
- PLOEGER A. (1972) – Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- PRIESTLEY M. (1975) – Music therapy in action. Constable London
- REINHARDT A. (1997a) – Musiktherapie in einer Tagesklinik für psychiatrische Patienten, In: P.Hofmann, M.Lux, Ch.Probst, M.Steinbauer, J.Taucher, H.G.Zapotoczky (Hrsg.), Klinische Psychotherapie, Springer Wien, New York
- REINHARDT A. (1997b) – Musiktherapie in einer Psychiatrischen Tagesklinik – konzeptionelle Voraussetzungen, Möglichkeiten, Grenzen, In: „Musiktherapie zwischen wissenschaftlichem Anspruch und gesellschaftlicher Realität“ Hrsg. Schwabe, Ch.; Rudloff, H., Akademie für angewandte Musiktherapie Crossen
- REINHARDT A. (2002) – Musiktherapie in einer psychiatrischen Tagesklinik. unveröfftl. Vortragsmanuskript vom 1. Bay. – Österr. Musiktherapietag der DMVD e. V.
- REINHARDT A., K. KNOTHE, Th.W. KALLERT (1999) – Musiktherapie innerhalb einer komplexen Therapiekonzeption einer psychiatrischen Tagesklinik – erste Ergebnisse einer Verlaufsstudie, unveröffentl. Erweiter. Fassg. eines Vortrages auf dem 11. Ulmer Workshop für musikth. Grundlagenforschung. am 12./13.02.1999
- REINHARDT A., F. FICKER (1993) – Musiktherapie und Wahrnehmung – wahrnehmungsorientiertes Handlungsprinzip im psychiatrischen Behandlungskontext, 1. Dresdner Symposium Kunsttherapie in der Psychotherapie. Dresden
- REINHARDT A., U. HAASE, G. GEBAUER, P. JÜRGENS (2000) – Möglichkeiten von Musiktherapie im psychiatrischen Behandlungskontext – musiktherapeutische Methoden im Spannungsfeld von Psychotherapie und Soziotherapie, unveröfftl. Manuskript
- REKER T. (1999a) – Soziotherapie in der tagesklinischen Behandlung. In: B. Eikelmann, T. Reker, M. Albers (Hrsg.). Die psychiatrische Tagesklinik. Thieme, Stuttgart, New York: 61 – 71
- REKER T. (1999b) – Die Tagesklinik in der psychiatrischen Versorgung. In: B. Eikelmann, T. Reker, M. Albers (Hrsg.). Die psychiatrische Tagesklinik. Thieme, Stuttgart, New York: 27 - 34
- RICHTER D., B. EIKELMANN (1999)– Das bio-psychosoziale Modell in der Psychiatrie – seine Auswirkungen auf Theorie und Behandlungspraxis. In: B. Eikelmann, T. Reker, M. Albers (Hrsg.). Die psychiatrische Tagesklinik. Thieme, Stuttgart, New York: 1 - 17
- RIEMANN (1959) – Musiklexikon. B.Schotts Söhne, Mainz
- RÖHRBORN, H. (1988) – Kausalitätsprinzip der Psychotherapie und psychothera-

- apeutische Methoden – Versuch einer Systematik auf der Grundlage einer technologisch orientierten Psychotherapieauffassung, *Z. Gesamte Inn. Med.* **43**: 36-40
- RÖHRBORN H. (1996) – Das psychotherapeutische Konzept der RMT,  
In: C. Schwabe, H. Röhrborn (Hrsg.) – *Regulative Musiktherapie – Entwicklung, Stand und Perspektiven in der psychotherapeutischen Medizin.* 3. überarb. und erweit. Aufl. Gustav Fischer, Jena, Stuttgart
- RÖHRBORN H. (1997) – *Regulative Musiktherapie nach Schwabe als tiefenpsychologische Gruppenpsychotherapie – Konzept, Praxis, Prozessdiagnostik, Ergebnisse*; aus „Musiktherapie zwischen wissenschaftlichem Anspruch und gesellschaftlicher Realität“ Hrsg. Schwabe, Ch.; Rudloff, H., Akademie für angewandte Musiktherapie Crossen
- RÖHRBORN H., W. KUNZ (1997) – Die Kausalitätsbedingungen psychotherapeutischen Handelns – Grundlage für eine Methodologie und Methodik der Musiktherapie und Psychotherapie, In: „Musiktherapie zwischen wissenschaftlichem Anspruch und gesellschaftlicher Realität“ Hrsg. Schwabe, Ch.; Rudloff, H., Akademie für angewandte Musiktherapie Crossen
- SACHSE S. (1999) – *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie.* Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle : 19-93
- SCHNEIDER V., A. REINHARDT, B. RIPKE (1996) – Psychotherapeutische Gesprächsgruppen in der Psychiatrie – Versuch eines integrierten Vorgehens, In: *Krankenhauspsychiatrie* **7**: 61-64,
- SCHWABE C. (1972) – *Musiktherapie bei Neurosen und funktionellen Störungen,* VEB Gustav Fischer, Jena
- SCHWABE C. (1978) – *Methodik der Musiktherapie und deren theoretische Grundlagen,* Johann Ambrosius Barth Leipzig
- SCHWABE C. (1980) – *Methodik der Musiktherapie und deren theoretische Grundlagen,* 2.Aufl. Johann Ambrosius Barth Leipzig
- SCHWABE C. (1987) – *Regulative Musiktherapie,* Thieme, Leipzig
- SCHWABE C. (1991) – *Aktive Gruppenmusiktherapie für erwachsene Patienten,* 2.Aufl. Georg Thieme Leipzig/Stuttgart
- SCHWABE C. (1997) – *Aktive Gruppenmusiktherapie für erwachsene Patienten – theoretischer und methodologischer Kontext,* 3. Aufl., Akademie für angewandte Musiktherapie Crossen
- SCHWABE C., H. RUDLOFF (Hrsg.) (1997) – *Die musikalische Elementar-erziehung,* 2. Aufl., Akademie für angewandte Musiktherapie Crossen
- SCHWABE C., U. HAASE (1998)– *Die Sozialmusiktherapie (SMT),* Akademie für angewandte Musiktherapie Crossen
- SCHULTZ J.H. (1964) – *Das Autogene Training.* 11. Aufl. Thieme, Stuttgart
- SENF W., M. BRODA (1999) – *Thesen zur Psychotherapie in Deutschland.* *Z. Psychoth. Psychosomat. Med. Psycholog.* **49**: 2-4
- THAUT M.H. (1998) – *Music Therapy in Neurologic Rehabilitation.* In: *An Introduction to Music Therapy: Theory and Practice,* ed. W.B. Davis, K.E. Gfeller, and M.H. Thaut, 221-247. Boston: McGraw-Hill.
- THAUT M.H. (2000) – *A Scientific Model of Music in Therapy and Medicine,* IMR Press, The University of Texas at San Antonio, San Antonio
- UEXKÜLL Th.v. (1991) – *Das Problem einer bio-psycho-sozialen Theorie,* aus: *Psychotherapie in der Medizin,* E.BRÄHLER, M.GEYER, M.M.KABANOW (Hrsg.), Westdeutscher Verlag GmbH, Opladen
- UEXKÜLL Th.v. (Hrsg.) (1996)– *Psychosomatische Medizin,* 5.Aufl. Urban & Schwarzenberg

VELTIN A. (1986) – Leitfaden zur tagesklinischen Behandlung. Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Stuttgart: Kohlhammer  
WEISE K., O. BACH (1995) – Einführung in die Psychiatrie für Studenten. Verlag Wissenschaftliche Skripten, Zwickau



Ich versichere hiermit, dass ich die Arbeit vollständig verfasst, keine anderen, als die angegebenen Hilfsmittel verwendet und die Stellen, die anderen Werken im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, mit Quellenangaben kenntlich gemacht habe.

Heidelberg, d.