

Abschlußvortrag der musiktherapeutischen Zusatzausbildung an der
Universität Siegen:

Gruppenmusiktherapie in den psychiatrischen Kliniken der Universitätskliniken Bonn (UKB)

Inhalt:

-Institutionsbeschreibung

-Vorbereitungen

-Rahmenbedingungen

Exkurs: Krankheitsbilder

Meine konkrete Musiktherapeutische Arbeit:

-Konzeptioneller Ansatz
(Beschreibung von Abläufen bei
angeleiteten Improvisationen
und konventionellen Liedern)

-Fallbeispiele:
Frau M., Herr. T.

Exkurs: Gruppenmusiktherapeutische Wirkfaktoren in Anlehnung an Irvin Yalom:

-Auswertung

-Raum für Fragen

Literaturverzeichnis

Institutionsbeschreibung:

Die Unikliniken Bonn (UKB) (s. Internet-Institutionsbeschreibung), „Vorstellung des Universitätsklinikums Bonn“.

Die Uniklinik Bonn ist ein Klinikum der Maximalversorgung, für nahezu alle Krankheitsbilder sind Fachabteilungen vorhanden.

Die meisten Häuser der Universitätskliniken Bonn liegen am Kottenforst auf dem Venusberg.

Insgesamt gibt es 31 Fachkliniken 21 Institute (Diagnose und Forschung) und ca. 4500 Beschäftigte. Es gibt 785 Ärztinnen und Ärzte, 1200 Pflegende und 1400 Personen medizinisch-technisches Personal.

Insgesamt gibt es 1224 Betten und 65 Stationen.

(s. Skizze des Geländes---> *Skizze des Geländes einscannen!*)

In der Psychiatrischen Abteilung des UKB gibt es insgesamt drei offene psychiatrische Stationen und zwei geschützte Stationen.

(Foto vom Klinikgelände u./o. Internetseite zeigen/Fotos auch von der Musiktherapie dort vorhanden.)

Die Musiktherapie wird auf der Internetseite wie folgt dargestellt:

1

S. 2 und 3 = Lageplan, Foto und Internetseite...

Musiktherapie

Die Musiktherapie ist eine Form der angewandten Psychotherapie.

Das kreative Medium der Musik bildet dabei die Basis, auf welcher die Zusammenarbeit zwischen Patienten und Therapeuten stattfindet.

Der Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung kann zur

- Wiederherstellung,
- Erhaltung und
- Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit beitragen.

Konkret kann die Musiktherapie eingesetzt werden, um:

- das bewusste Erleben der eigenen Situation zu ermöglichen,
- Zusammenhänge aufzudecken,
- Gefühle und neue Verhaltensmöglichkeiten erleben und erproben zu können,
- mehr Lebensqualität dazu zu gewinnen
- Aktivität und Spannung zu regulieren
- die Stimmungslage positiv zu beeinflussen.



Die Verfassung des Patienten gibt dabei das individuelle Tempo und die Richtung an, in welcher die Musiktherapie voranschreitet.

Musiktherapie ist besonders dann sinnvoll, wenn zur Behandlung die Sprache nicht oder nur eingeschränkt zur Verfügung steht, oder wenn Sprache hauptsächlich zur Abwehr von Gefühlen verwendet wird. Hier kann der Zugang zum Patienten über ein nonverbales Medium oft leichter erfolgen.



Wesentlich an der Musiktherapie sind Aktivität und emotionale Beteiligung, nicht die Orientierung an Resultaten. Hier kann jeder Patient teilnehmen. Es bedarf daher keiner musikalischen Vorbildung wie etwa Notenlesen, Spielen eines Musikinstrumentes oder etwa musikalische Begabung.

In der Universitätsklinik Bonn findet zurzeit ein Mal wöchentlich Musiktherapie in zwei getrennten Gruppen statt.

(Die hier erwähnte Definition entspricht weitestgehend der offiziellen Definition der DMTG (s. Kasseler Konferenz)

2. Vorbereitungen, bzw. wie ich die Praxisstelle eroberte:

In den psychiatrischen Kliniken des UKB arbeitete bis März 2011 ebenfalls ein Absolvent der Uni Siegen als Musiktherapeut. Er suchte per Rundmail eine Nachfolgerin. Daraufhin meldete ich mich.

Im Februar 2011 hospitierte ich bei zwei seiner gruppenmusiktherapeutischen Sitzungen und vereinbarte ein Vorstellungsgespräch bei der leitenden Oberärztin.

Mit ihr klärte ich die Rahmenbedingungen ab und stellte mich weiterem Klinikpersonal, wie z.B. einer der Stationsärztinnen, vor.

Hinzu kam natürlich noch die Anschaffung einer Vielzahl von Musikinstrumenten, denn der Uniklinik standen bis dato, außer einem Klavier und einem Congapaar, keine eigenen Musikinstrumente zur Verfügung.

Mein Vorgänger hatte seine Instrumente selber gekauft und verkaufte später einen Teil davon an mich weiter.

Da ich gerne möglichst bald mit meinem Praxisjahr starten wollte und sowieso einen Instrumentenfundus aufbauen wollte, entschied ich mich dafür meine Musikinstrumente ebenfalls selber anzuschaffen.

Zudem erstellte ich ein neues Anmeldeformular mit denen die Ärzte und Ärztinnen die PatientInnen bei der Musiktherapie anmelden.---> *Aushang und Anmeldeformular Scan!*

Zur inhaltlichen Vorbereitung

Für die inhaltliche Vorbereitung, studierte ich nochmal verschiedene Musiktherapeutische Fachbücher, aus denen ich für diesen Vortrag einige Zitate herausgeschrieben habe.

Insbesondere inspirierten mich hierbei die „allgemeinen Gruppentherapeutischen Wirkfaktoren“ von Irvin Yalom, die in den Büchern von Ingo Engelmann und Wolfgang Schröder auf die Gruppenmusiktherapeutischen Wirkfaktoren übertragen wurden. Musiktherapeutische Improvisationsangebote, suchte ich mir hauptsächlich aus dem Spielideenfundus der Uni-Siegen heraus und besprach auch mit meinem Vorgänger welche Musiktherapeutischen Übungen er bisher angewandt hatte. Die oben genannten Vorbereitungen wurden zudem bei der Supervision besprochen und reflektiert. Auch mein beruflicher Hintergrund war bei der Vorbereitung für das musiktherapeutische Praxisjahr in der Psychiatrie hilfreich.

Bevor ich Sozialpädagogin wurde, absolvierte ich eine Ausbildung zur Krankenschwester in den UKB. Auf einer der psychiatrischen Stationen hatte ich damals einen längeren Praxiseinsatz gehabt. Mein damaliger Anleiter arbeitete noch dort, auch auf anderen psychiatrischen Stationen fand ich noch das ein oder andere bekannte Gesicht. Institution und Krankheitsbilder der PatientInnen waren mir somit vertaut. (Meine Diplomarbeit schrieb ich damals über „Therapeutische Möglichkeiten der Musiktherapie“)

Mit Menschen mit psychischen Erkrankungen hatte ich auch in anderen Zusammenhängen Berufserfahrung.

Beispielsweise arbeitete ich während meines Sozialpädagogikstudiums als Krankenschwester auf einer geschützten psychiatrischen Station des damaligen LKHs in Bonn. Später absolvierte ich dann mein Anerkennungsjahr als Sozialpädagogin im Sozialen Dienst einer Werkstatt für Menschen mit psychischen Erkrankungen (WIR gGmbH).

Erfahrungen in der Arbeit mit Gruppen hatte ich hingegen vor allem mit Kindern (OGATA) und mit Menschen mit geistigen Behinderungen (Gruppenangebote in Werkstatt, Wohnheim) u.ä.. Erfahrungen im musikalischen Zusammenspiel, hatte ich neben der Musiktherapeutischen Zusammenhängen durch das Mitwirken in mehreren Bandprojekten.

Rahmenbedingungen:

Mein Vorgänger war der erste und bisher einzige Musiktherapeut an den Kliniken. Neben dem musiktherapeutischen Angebot gab und gibt es dort natürlich noch weitere kreativtherapeutische Angebote, wie z.B. die Tanztherapie, die Kunsttherapie und die Ergotherapie.

Wöchentlich finden auf den psychiatrischen Stationen Teamsitzungen statt, an denen neben Krankenpflegepersonal und ÄrztInnen auch die ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, etc. teilnehmen. Für mich war die Teilnahme an der Teambesprechung freiwillig und unbezahlt, da ich auf Honorarbasis angestellt war und somit nur die geleisteten Gruppenmusiktherapiestunden (Face to Face Prinzip) bezahlt bekam.

In den ersten Monaten meiner musiktherapeutischen Praxis im UKB nahm ich regelmäßig an den wöchentlichen multiprofessionellen Teambesprechungen auf einer der Privatstationen teil. Nach einigen Monaten jedoch mußte ich meine Zeiten für die Gruppenmusiktherapie aus raumnutzungstechnischen Gründen ändern und nahm deshalb nicht mehr an o.g. Besprechungen teil.

Für die Gruppenmusiktherapeutischen Angebote, fand ich jede Woche neue Anmeldungen in meinem Fach vor. Die Gruppen bestanden also aus immer neuen TeilnehmerInnen. Die stationäre Dauer der Therapie ist ja in der Psychiatrie sehr variabel, dadurch wird die Kontinuität einer langfristig orientierten, festen Gruppe kaum möglich.

Auch die regelmäßige Teilnahme an der Gruppenmusiktherapie war nicht bei allen PatientInnen, -vor allem den PrivatpatientInnen-, gegeben.

Sie hatten im Gegensatz zu den PatientInnen auf Normalstationen keinen Therapiepaß,

der (zwecks Bescheinigung einer verbindlichen Teilnahme) von den jeweiligen TherapeutInnen unterschrieben werden muß.

Für mich bedeutete das vor allem offen für Neues, flexibel und spontan zu sein. Ich bereitete einen Ablauf (roten Faden) vor, an dem ich mich orientieren konnte.

Ich war generell mindestens eine Stunde vor Beginn der ersten Therapie vor Ort, holte die Anmeldungen aus meinem Fach und baute die Instrumente und einen Sitzkreis auf.

Danach ordnete ich die Anmeldungen und suchte die neu angemeldeten PatientInnen auf den unterschiedlichen Stationen auf, um sie zur Therapie einzuladen; zu informieren, bzw. ein kurzes Kennenlernen im Vorfeld zu ermöglichen.

Leider traf ich dann die PatientInnen häufig nicht an.

Dementsprechend verteilte ich dann auf Rat der Ergo- und der Tanztherapeutin Zettel auf den entsprechenden PatientInnenzimmern.

Die Instrumente konnte ich in einem Schrank im Raum einschließen und vor den Therapien auf einer Krankenliege, bzw. einem Tisch ausbreiten.--->*Fotos einscannen*

Beschreibung häufiger psychiatrische Krankheitsbilder:

Quelle: Internetseite des UKB Bonn, letzte Aktualisierung in erfolgte in diesem Jahr.

Ergänzende Quelle: ICD-10 „ Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen (1. Nachdruck 2011 der 5., überarbeiteten Auflage von 2010, WHO und Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern)

Anmerkung: Die Beschreibungen der psychiatrischen Krankheitsbilder werde ich nur in Auszügen vorlesen. Positiv auffällig bei den Beschreibungen des UKBs finde ich, daß sehr stark auf wertschätzende Beschreibungen der Krankheitsbilder geachtet wird. Und offen die gesellschaftliche Tabuisierung, bzw. Angst der Betroffenen vor negativer Stigmatisierung, angesprochen wird.

Depression:

Zitat: „Der Begriff Depression bezeichnet einen Zustand psychischer Niedergeschlagenheit, der gelegentlich oder andauernd auftreten kann. Die Depression wird zu den affektiven Erkrankungen (Stimmungsstörungen) gezählt.

Keine Depression gleicht der anderen. Im Einzelfall gibt es große Unterschiede im Beschwerdebild, je nachdem, ob man Mann oder Frau ist, ob man sich in der Pubertät oder den Wechseljahren befindet, ob man voll im Berufsleben steht oder als Rentner lebt.

Neben Gefühlen der Niedergeschlagenheit und Traurigkeit gehen Depressionen mit einer Reihe weiterer Symptome einher wie

- Freudlosigkeit, Energie- und Antriebsmangel
- Schlafprobleme
- Grübeln und Besorgnis, oft verbunden mit starken Zukunftsängsten
- Reizbarkeit und innere Unruhe
- Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit bis hin zu Lebensüberdruß und Suizidgedanken
- körperliche Beschwerden“

- **Anmerkung von mir:-Die Patientinnen selbst beschrieben im Musiktherapeutischen Setting beispielsweise auch das Gefühl der Gefühllosigkeit, der inneren Leere, bzw. des sich innerlich tod föhlens.-**

Zitat: „Der Entwicklungsprozess einer Depression ist bis heute nicht vollständig geklärt. Es gibt aber eine Reihe von Risikofaktoren:

- anhaltender negativer Stress
- belastende Lebenssituationen, sei es am Arbeitsplatz (z.B. berufliche Überforderung, mangelnde Anerkennung, Arbeitsplatzverlust) oder familiär (z.B. Trennung, Scheidung oder Verlust nahestehender Menschen durch Krankheit oder Tod)
- traumatische Kindheitserlebnisse

Viele Fachleute vermuten, daß für eine Depression unter anderem auch eine Fehlfunktion bestimmter Botenstoffe im Gehirn (sogenannte Neurotransmitter) verantwortlich ist. In der Therapie werden deshalb Medikamente eingesetzt, welche dieses Ungleichgewicht wiederherstellen.“

...“Zur Dauerhaften Präsenz der depressiven Symptomatik tragen häufig körperliche Inaktivität und der Verlust positiver sozialer Kontakte bei. Negative kognitive Schemata, d.h. Automatische Denkgewohnheiten, die die Selbsteinschätzung, die Sicht auf die Umwelt und die Zukunftsperspektiven betreffen, können sich verfestigen...-ein wichtiges Therapieziel für die Patienten ist-...“sich dieser negativen Schemata bewußt zu werden und gleichzeitig die eigene Aufmerksamkeit auf positive Erlebnisse zu lenken.“ ...“Die Förderung zunehmender Aktivitäten, um so die psychologischen Bedingungen für einen Weg aus der Depression zu schaffen.“

Anmerkung von mir:Musiktherapie (z.B. Aktivierung, Förderung der sozialen Interaktion, ggf. Bewußtmachung negativer Denkschemata, sowie der Versuch des Findens von Lösungsmöglichkeiten/alternativen Handlungsmöglichkeiten)

Depressionen werden im ICD-10 unter den affektiven Störungen F 30-F 39 beschrieben.

Bipolare Störung „himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt“

Zitat:“Die bipolare Störung ist eine Erkrankung, bei der sich depressive Episoden mit manischen bzw. hypomanischen Phasen abwechseln...“Für Menschen mit bipolarer Störung (auch manisch-depressives Krankheitsgeschehen genannt) gleicht das Leben einer Achterbahn, gefangen im extremen Gefühlsspektrum zwischen grenzenloser Euphorie und absolutem Tief. Bei der Mehrzahl der Patienten überwiegen allerdings die depressiven Phasen...“Die bipolare Störung ist eine Erkrankung, die sich zumeist in jungen Jahren das erste Mal zeigt. Betroffene beschreiben ihr Leben manchmal als Film, bei dem die Szenen durcheinandergeraten und in dem sie nicht mehr Regie führen. Die typische manische Phase entwickelt sich im Unterschied zur Depression ziemlich schnell. Innerhalb nur weniger Tage lässt die Manie Betroffene vor Energie pulsieren und pusht zu scheinbaren Höchstleistungen. Man ist rund um die Uhr gehobener Stimmung und platzt vor Tatendrang oder hat viele Ideen. Das Rad der Aktivität dreht sich immerfort, bis es irgendwann stockt...nicht selten folgt unmittelbar nach der Manie der Höllensturz in die Depression..“

Eigene Anmerkung. Weitere häufige Symptome..: – --s.a. Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Gereiztheit, Entwicklung von Größenwahn und Wegfallen von Hemmungen, das Geld zum Fenster raus werfen, u.ä.---

„Bei Erwachsenen ist Alkohol- und sonstiger Drogenmissbrauch die häufigste Komorbidität. Medikamentenmissbrauch tritt vor allem bei zusätzlichen Angststörungen und schlecht behandelten Depressionen auf. Außerdem neigen bipolar Erkrankte vermehrt zu anderen körperlichen Erkrankungen, wobei Herz-Kreislauf-Erkrankungen an erster Stelle stehen.“

„Eine unbehandelte bipolare Störung kann Arbeitsplatzverlust, Beziehungsabbrüche (soziale Isolation), Suizid, Verschuldungen, Suchtprobleme, u.ä. Zur Folge haben.“

Eigene Ergänzung: Behandlung medikamentös und psychotherapeutisch: Mth. Wirkt auch hier aktivierend, strukturierend (regulierend-aktivierend), konzentrationsfördernd.

Zwangsstörungen

Zitat: „Zwangsstörungen zeichnen sich durch wiederkehrende Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen aus. Unter Zwangsgedanken versteht man aufdringliche Ideen, Gedanken oder Bilder, die von den Betroffenen als unangenehm oder beängstigend erlebt werden. Häufige Beispiele sind Gedanken, mit Krankheitserregern in Kontakt gekommen zu sein, durch eigene Unachtsamkeit Anderen zu schaden, oder auch auf religiöse oder sexuelle Inhalte bezogene Gedanken. Zwangshandlungen sind wiederkehrende und oft als sinnlos oder übertrieben empfundene Handlungen, zu denen sich die betroffene Person (z.B. aufgrund eines Zwangsgedankens) gedrängt fühlt. Häufige Zwangshandlungen sind exzessive Waschroutinen, übermäßige Kontrollhandlungen, Ordnungszwänge, Zählzwänge und Sammelzwänge. In der Regel sind sich die Betroffenen der Unsinnigkeit ihres Verhaltens durchaus bewusst. Dennoch schaffen sie es nicht, das zum Teil mit erheblichem Zeitaufwand und/oder hoher Belastung einhergehende Zwangsverhalten zu ändern.“ „Verschiedene Ursachen tragen zu der Entstehung einer Zwangsstörung bei. Gesichert scheint, dass sowohl neurobiologische als auch lern- und lebensgeschichtliche Erfahrungen eine entscheidende Rolle spielen“ ...

„Entsprechend des psychologischen Modells messen Personen mit einer Zwangsstörung aufdringlichen und unangenehmen Gedanken eine zu hohe Bedeutung bei. Während gesunde Personen in ihrem Gedankenfluss durch solche „Störungen“ nicht weiter beeinflusst werden, berichten Zwangserkrankte ein *Klebenbleiben* an solchen Gedanken. Durch die Bewertung der Gedanken als z.B. gefährlich lösen diese starke Ängste und Anspannung aus. Zwangshandlungen dienen dazu, diese erlebte Angst und Anspannung zu reduzieren und ein Gefühl von Sicherheit oder Richtigkeit herzustellen. Durch die hierdurch erreichte Beruhigung erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, das Zwangsverhalten später wieder zu zeigen, die Zwangsstörung verfestigt sich.“

Eigene Ergänzung: Musiktherapie wirkt Anti-depressiv und spannungslösend (s. z.B. musikalisches Prinzip von Anspannung und Entspannung. Es können im geschützten Rahmen alternative Handlungsmöglichkeiten ausprobiert werden und innere Spannungen abgebaut, bzw. zum Ausdruck gebracht werden.

Angst und Angsterkrankungen:

Zitat:“Angststörungen zählen weltweit zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen. Unbehandelt neigen Angststörungen zur Chronifizierung. Depressive Episoden sind bei Angstpatienten nicht die Ausnahme, sondern die Regel.“...

Anmerkung: (Ängste lösen auch körperliche Reaktionen wie das Produzieren von Stresshormonen, Muskelverspannungen, etc. aus.)

Zitat:“Die Krankheitsbilder variieren erheblich in Abhängigkeit von der vorherrschenden Form von Angst und nicht selten treten bei den Betroffenen verschiedene Formen von Angst nebeneinander auf.“...

„**Agoraphobie** ist die Angst vor öffentlichen Räumen, Menschenansammlungen oder ganz allgemein Situationen, wo Flucht, Hilfe oder Rettung für die Betroffenen unerreichbar scheint. Die innere Unruhe kann sich bis ins Unerträgliche steigern. Der Drang, sofort den Ort verlassen zu müssen ist groß...

Soziale Phobie ist gekennzeichnet durch die Furcht, von anderen beobachtet, blossgestellt und negativ beurteilt zu werden. Betroffene vermeiden deshalb soziale Anlässe, in denen sie vor anderen sprechen oder mit ihnen essen müssen. Erröten, Zittern, Toilettendrang oder sogar die Angst zu erbrechen können auftreten.

Als **spezifische Phobien** werden die zahlreichen verschiedenen Ängste vor bestimmten Dingen oder Situationen bezeichnet, wobei u.a. Phobien vom Tiertyp, Naturgewaltentyp, Injektions- und Verletzungstyp sowie vom situationsbezogenen Typ (z.B. Flugangst) unterschieden werden. Bei weitem nicht alle spezifischen Phobien sind behandlungsbedürftig. Andererseits gibt es auch hier schwere Ausprägungen mit großem Leidensdruck.

Es gibt eine Unzahl an möglichen Phobien. Im Folgenden sind einige bekanntere Angststörungen aufgelistet:

Charakteristisch für die **Generalisierte Angststörung** ist hingegen eine seit Monaten oder Jahren bereits bestehende quälende Angst und Besorgnis, die dauerhaft das Denken und Lebensgefühl der Betroffenen bestimmt und sich nicht mehr kontrollieren lässt. Andauernde innere Unruhe und Anspannung sowie ständiges Grübeln über mögliche Gefahren und Unglücksfälle sind kennzeichnend. Die Angst ist ein ständiger Wegbegleiter der Betroffenen und kann sich mitunter zu Panikattacken zuspitzen oder in eine Depression münden.

Die **Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)** entwickelt sich nach einem traumatischen Lebensereignis, bei dem Gefahr für Leib und Leben bestand. Beispiele für solche traumatischen Lebensereignisse sind schreckliche Erfahrungen von Terror, Krieg, Folter, Flucht, Vertriebenheit, Vergewaltigung, Missbrauch, aber auch das Miterleben von Naturkatastrophen, Verbrechen oder Unfällen. Oft führt das Trauma zu Todesangst und Entsetzen.

Charakteristische Symptome der PTSD sind Vermeidungsverhalten, Wiedererleben des Traumas in Form von unkontrolliert hereinbrechenden Erinnerungen und quälenden Albträumen, sowie innere Anspannung, die sich in Form von Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit oder Reizbarkeit niederschlägt.

Eigene Anmerkung: Hier musiktherapeutischer Ansatz: Soziale Isolation, Vermeidungsverhalten, soziale Ängste, Interaktionsübungen, geschützten Rahmen geben, Aktivierung, Spannungsabbau (Musik als Intermediärobjekt). s.a. Halte- und Vehikelfunktion der Musik (Aufgabe des Ther:Vertrauen schaffen).

(s.a. ICD 10 F 40.0-F41.9)

Demenz

Zitat:“Unter Demenz versteht man eine Verschlechterung der geistigen (kognitiven) Fähigkeiten, z.B. des Gedächtnisses, der Sprache oder der Orientierung, die so umfassend ist, dass Alltagstätigkeiten beeinträchtigt sind. Demenzerkrankungen treten meistens im höheren Lebensalter auf. Sie beginnen zumeist langsam und schreiten langsam fort. Im späten Stadium der Demenz besteht Pflegebedürftigkeit.“..

---(s. z.B. vaskuläre Demenz und Morbus Alzheimer)--Einige PatientInnen waren zur Abklärung mit der Verdachtsdiagnose einer beginnenden Demenzerkrankung auf den Psychiatrischen Stationen..) **Eigene Ergänzung: s. a. Konzentrationsübung, Angstabbau, Sicherheit geben, Halte- und Vehikelfunktion der Musik.. (Vgl. Frohne-Hagemann...)**s. ICD-10 F 00- F 03

Psychose

Zitat:“Alle psychischen Erkrankungen stellen extreme oder andauernde Ausprägungen von allgemein-menschlichen Erfahrungen dar. So kann es in Extremsituationen (wie z.B. bei Hunger oder Vergiftung, bei Isolation oder Bedrohung) zum Verlust der Orientierung an der Wirklichkeit in Form von Trugwahrnehmungen („Halluzinationen“, z.B. Stimmenhören) oder in Form unzutreffender Vorstellungen kommen („Wahn“, z.B. Verfolgungswahn)..

Beim Krankheitsbild der Psychosen kommen solche fremdartigen und beängstigen Erfahrungen auch ohne äußeren Anlass vor. Halluzinationen können dann spontan auftreten; an Wahnvorstellungen wird festgehalten, obwohl dies für andere nicht nachvollziehbar ist.

Wie bei allen psychischen Erkrankungen spielen persönliche Veranlagung und persönliche Erlebnisse zusammen bei der Entstehung von Psychosen.“..“(Vulnerabilitäts-Stress-Hypothese.“). Entwicklungsbedingt ereignen sich psychotische Störungen mehrheitlich erstmals im frühen Erwachsenenalter, sie kommen manchmal aber (v. a. bei Frauen) auch im fortgeschrittenen Alter erstmals vor.“..

„In den letzten Jahren hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass psychotische Störungen nicht "über Nacht", sondern vielmehr allmählich entstehen. Einem ersten Höhepunkt und dem Behandlungsbeginn geht in der Regel ein sich über mehrere Jahre erstreckendes Vorstadium voraus, das unter anderem durch die folgenden Symptome gekennzeichnet ist:

- ausgeprägter sozialer Rückzug im Vergleich zu früher
- ausgeprägte Beeinträchtigung der Rollenerfüllung im Beruf, Ausbildung oder Haushalt
- magisches Denken
- Wahrnehmungsstörungen ohne organische Ursache
- Gedankenjagen

10

Sofern die Erkrankung nicht frühzeitig erkannt und behandelt wird (siehe unten, Abschnitt Früherkennung und Frühintervention), kann es zu einer Akutphase mit folgenden **Kernsymptomen** kommen: Halluzinationen, wahnhafte Überzeugungen, verwirrtes Denken.

Diese Akutphase macht oftmals eine stationäre psychiatrische Behandlung erforderlich... „Die nachfolgende Remissionsphase verläuft von Patient zu Patient sehr unterschiedlich. Auch wenn sich die Symptome der Akutphase zurückgebildet haben, bleiben andere Symptome (Antriebsstörungen, Gedächtnis- und Konzentrationsmängel) oftmals länger bestehen“

Eigene Anmerkungen: Vgl. Taschenbuch...:Zu den psychotischen Störungen gehören die beispielsweise die Psychosen aus dem Schizophrenen Formenkreis, jedoch auch Manien können z.B.zu wahnhaften Störungen führen“..

- ---> Mth (s.o.) **Konzentrationsfördernd, Strukturierend, Aktivierend)**
- s.a. ICD-10 F20-29 (sehr bekannt: paranoide Schizophrenie (Verfolgungswahn), Vergiftungswahn, u.ä.)..

((Schizophrenie, anhaltende wahnhafte Störungen, induzierte wahnhafte Sörung, schizoaffektive Störungen ! (s. Schizomanische Störung), (Schizodepressive Störung), sonstige nichtorganische psychotische Störungen und die nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose.))

Emotional-instabile (Borderline-) Persönlichkeitsstörung

Nicht aus der Achterbahn extremer Gefühle und Spannungen aussteigen können

Zitat:“Der Begriff emotional instabile Persönlichkeitsstörung, früher Borderline-Syndrom, bezeichnet langfristige Probleme in der Steuerung von Gefühlen und innerer Anspannung: dabei kommt es vor allem zu Auswirkungen

- in zwischenmenschlichen Beziehungen, diese können konflikthaft und instabil sein; oder /und
- Selbstbeschädigungen, Selbstverletzungen, ausgeprägten Spannungs- und Angstgefühlen,
- Empfindungen von innerer Leere und Selbstentwertungen.

Eigene Ergänzungen: s.a. Nähe- /Distanz Problematik (Beim Musizieren kann „ungefährdet“ auch Nähe versucht werden...)

Weiteres: Halte- und Vehikelfunktion der Musik, alternative Handlungsmöglichkeiten (s. Interaktion-Kommunikationsimprovisationen) ausprobieren können.), Selbstbewußtsein/-empfinden stärken..., s.a. Depressive Phasen, Spannungszustände, etc...(s.a. Fallbeispiel Frau Z./Afrocarib. Trommelkanon)

Da dieses Beschwerdebild oft längerfristig besteht und dabei vor allem um das 20. Lebensjahr erstmals auftritt, spricht man heutzutage von einer Persönlichkeitsstörung.“...„Die Fähigkeit zur spontanen und bewussten Steuerung von Gefühlen und inneren Spannungen ist besonders in sozial fördernden Situationen wichtig: bei zwischenmenschlicher Nähe, bei Konflikten, bei Enttäuschungen und Zurückweisungen und bei der Äußerung und bei der Umsetzung von Wünschen und Erwartungen. Solche sozialen Situationen und Frustrationen überfordern manche Menschen so sehr, dass sie mit unkontrollierbarer Wut, Verstimmungen, Vorwürfen, Impulsdurchbrüchen, Aggression, aber auch Gefühllosigkeit, Selbstentwertungen oder Rückzug reagieren. Menschen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung sind für solche Reaktionsweisen besonders gefährdet. Dabei kann es auch zu so ausgeprägter innerer Spannung

kommen, dass sie sich selbst beschädigen, um Erleichterung zu erfahren. Selbstbeschädigungen können sich auch nach außen richten durch riskantes Verhalten in Form von ungezügelter Geldausgabe oder übermäßigem Essen, exzessivem Gebrauch von Alkohol oder Drogen oder enthemmtes Sexualverhalten. Selbstverletzendes Verhalten („Ritzen“), Selbstmordgedanken und Selbstmordhandlungen treten bei Menschen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung häufig auf. Das Gefühlsleben ist oft überdauernd schwankend und von innerer Leere geprägt. In mehr als der Hälfte der Fälle berichten Betroffene, dass ihnen aufgrund einer ungewollten und anhaltenden Achterbahn der Gefühle die Sicherheit fehlt, „wer man wirklich ist“. Die Beziehungen zu anderen Menschen sind durch Instabilität und Wechselhaftigkeit gekennzeichnet bei gleichzeitiger bestehender Angst vor Trennung und dem Bemühen, Verlassenwerden unbedingt zu vermeiden.“.. „Risikofaktoren und begleitende Erkrankungen: Junges Lebensalter, weibliches Geschlecht, gestörte Schmerzempfindung sowie familiäre Belastung mit psychiatrischen Erkrankungen zählen zu den Hauptrisikofaktoren. Die Erkrankung tritt überwiegend zwischen dem 18-30 Lebensjahr auf. Die Diagnose wird häufiger bei Frauen (75%) als bei Männern gestellt. In Studien haben Patienten oft traumatische Erfahrungen in ihrer Lebensgeschichte angegeben. Die häufigsten begleitenden psychischen Störungen stellen lang anhaltende Depressionen (70%), depressive Episoden (50%), Substanzmissbrauch (30%) sowie eine Überlappung mit chronischen und komplizierten Verläufen von posttraumatischen Belastungsstörungen (30%) dar. Weitere Symptomüberschneidungen bestehen zu bipolaren Störungen, zu Aufmerksamkeits-Defizit-Störungen und zur Bulimie. Die häufigsten körperlichen Erkrankungen bei Diagnosestellung sind ernährungsbedingte Störungen, Infektionen und Selbstverletzungsfolgen.“ ICD F 60-F 69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F 60.3 emotional instabile Persönlichkeitsstörung.30 Impulsiver Typ .31 Borderline Typ.

Zitate aus dem Taschenbuch zu F 60.31 Borderline Typ: S. 240 f.

Diagnostische Kriterien:

- a) Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F 60) müssen erfüllt sein.
- b) Mindestens drei der oben unter F60.30 B. Erwähnten Kriterien müssen vorliegen und zusätzlich mindesten zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen:
 1. Störung und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller);
 2. Neigung sich auf intensive aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen;
 3. übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden;
 4. wiederholte Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung;
 5. anhaltende Gefühle von Leere.

12

Fallbeispiel: Frau Z. (emot.-inst. PS und rez. Depr. St., s.o. Verhaltenstherapeutisch (Eigenen Rhythmus halten (eine eigene Meinung vertreten im Lehrererkollegium), als Folge des mehrstimmigen afrocarib. Trommelkanon.—ihr Vorschlag), „Unsicherheit bezüglich Selbstbild,..“

Was sind psychische Störungen bei körperlichen Beschwerden?

Körper und Psyche sind nicht voneinander zu trennen. Viele Menschen mit schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen (z.B. Krebs, Herzinfarkt) entwickeln auch psychische Störungen (z.B. Depression, Angst). Hier spricht die Medizin von „psychischen Störungen bei körperlichen

Beschwerden“. Doch auch in die andere Richtung können sich manchmal psychische Probleme vor allem als körperliche Störung zeigen. Oft lösen private oder berufliche Probleme („Stress“) eine psychische Reaktion aus (z.B. Sorgen, Traurigkeit, Erschöpfung), die sich bei entsprechender Veranlagung in einem körperlichen Symptom zeigt (z.B. Rücken- oder Kopfschmerzen). Diese große Gruppe von Beschwerden wird in der Medizin unter dem Begriff „somatoforme Störungen“ (dt. körpergestaltige Störungen) zusammengefasst.

Typischerweise klagen Menschen mit somatoformen Störungen über verschiedene körperliche Beschwerden (z.B. Schmerzen), für die keine eindeutige körpermedizinische Ursache gefunden werden kann („Sie haben nichts.“). Dementsprechend kann die Körpermedizin auch keine „richtige“ Behandlung anbieten. Die Betroffenen sind oft verzweifelt und gehen zu verschiedenen Ärzten, meistens ohne Erfolg. Dies führt zu großem Leiden der Betroffenen und einer Einschränkung in Alltag, Beruf und Privatleben.

Anmerkung: Bei den affektiven Störungen und der Psychose spielen Konzentrationsstörungen, Strukturierungsprobleme, der Umgang mit Spannungszuständen, sowie sehr häufig auch soziale Ängste und Isolation (s.a. Kommunikationshemmnisse und Interaktionsstörungen), einhergehend mit Selbstbewußtseinsstörungen, eine große Rolle. Hier knüpfen die im Folgenden beschriebenen Gruppenmusiktherapeutischen Angebote an:

Die **ärztlichen Indikationen** zur Anmeldung verschiedener psychiatrischer PatientInnen bei der Musiktherapie waren im UKB nun z.B. folgende: (s.a. Formular „Anmeldung zur Musiktherapie“)

Die genannten PatientInnen werden z.T. Im Folgenden noch anhand der Übungen-, bzw.Fallbeispiele vorgestellt.

Bei Herrn K. , einem 35 jährigen Patienten, bei dem eine Panik- und Zwangsstörung mit einer begleitenden rezidivierenden depressiven Störung, diagnostiziert wurde, wurde als musiktherapeutisches Behandlungsziel „Körpererleben, Bewegungsmotivation, *Gewichtsreduktion* und Expositionstraining“ angegeben.

Bei Frau Z., einer 31jährigen Patientin, bei der Depressionen, eine Angststörung, sowie eine emotional instabile Persönlichkeit diagnostiziert wurde, wurde als musiktherapeutisches Behandlungsziel: „Aktivierung, Kommunikation, Lösungsmöglichkeiten“ angegeben.

Bei Herrn H., einem 30jährigen schizophrenen Patienten, wurde als musiktherapeutisches Behandlungsziel: „Spannungsabbau und Strukturierung“ genannt.

Bei den meisten angemeldeten PatientInnen wurde jedoch kein konkretes Therapieziel genannt.

Wobei der Behandlungsschwerpunkt in der Musiktherapie in der Akutpsychiatrie auf der Stabilisierung der teilnehmenden PatientInnen liegen sollte.

Meine konkrete Arbeit mit den PatientInnen:

Konzepte:

Grundsätzlich fange ich mit einer kurzen Vorstellungsrunde der TeilnehmerInnen an (zwecks Präsenz/Selbstbewußtsein/Kontaktaufnahme). Hierbei stellte ich mich auch mit Namen vor. (Vertrauen, Nähe schaffen)

Ich kläre die PatientInnen darüber auf, daß die Musiktherapeutischen Gruppenangebote etwa 50 Minuten dauern und sie mir ein Zeichen geben sollten falls es ihnen zuviel würde, unangenehm sei, o.ä..

Wichtig hierbei ist auch die Erwähnung, daß nach den musikalischen Improvisationen jeweils eine verbale Reflektionsrunde folgt, bei der die PatientInnen ihre Empfindungen, die sie bei den musikalischen Aktivitäten haben äußern können.

Danach rege ich die TeilnehmerInnen an sich ein Perkussionsinstrument zu suchen. Wir beginnen dann erstmal mit einfachen Trommelrhythmen (eingrooven, erster Kontakt, erste musikalische Expression..)

Die Vorstellungsrunde und die darauffolgende Trommelrunde, mache ich zum Standard (Ritual), um Sicherheit zu schaffen. (s. a. Wirkung von Tapping= re/li Hirnhemisphäre verbinden und klare, regelmäßige Strukturen schaffen)

Oft mache ich zwei aufeinander folgende Trommelrunden mit jeweils anschließender Reflektion.

(Bei den Trommelrunden mache ich z.B. die Vorgabe einen Rhythmus nach rechts weiterzugeben, frei dazu zu spielen oder einen festen Rhythmus zu halten, danach beispielsweise Trommelrunden mit 1,2,3,4 auszuzählen,u.ä.)

Je nach TeilnehmerInnenzahl, Bedürfnis und Potential, biete ich dann eine entsprechende Improvisationsidee an, für die sich die TeilnehmerInnen zumeist ein bis zwei weitere Instrumente dazunehmen können, bzw. ihr Perkussionsinstrument bei Bedarf tauschen können, u.ä..

Hier biete ich verschiedene Improvisationsübungen an:

Bereits in den ersten beiden Trommelrunden ergeben sich häufig Themen, die wegweisend für die nächste Spielidee sind.

So ergab sich aus den Anfangstrommelrunden häufiger Assoziationen, wie beispielsweise Afrika, Wüstenkarawane, o.ä..

Wenn solche **konkreten Assoziationen bei TeilnehmerInnen** in der Reflektion auftauchen, frage ich, ob sie Lust haben zu oben erwähntem Thema zu improvisieren und sich passende Instrumente dazu auszusuchen, bzw. sich ein Instrument dazunehmen. (Wichtig hierbei ist es auch die PatientInnen aufzufordern sich ruhig Zeit bei der Auswahl

der Instrumente zu nehmen und diese auch gerne vorher auszuprobieren.)

Ein Beispiel hierfür ist

Frau K., die seit mehr als zwanzig Jahren unter einer rezidivierenden Depression leidet. Sie assoziiert beispielsweise mit dem Trommeln häufig den tropischen **Regenwald**. Da sie oft an Afrika denken muß, weil ihr Sohn mit seiner Familie dort lebt. Es ergeben sich aus den Improvisationen also immer wieder auch Alltagsbezüge zur Lebenswirklichkeit der PatientInnen.

(Hierbei wird die Musikalische Improvisation zur Projektionsfläche für Phantasie und die TeilnehmerInnen kommen in Kontakt mit sich selbst, den Instrumenten ihrer Wahl, Gruppenmitgliedern und TherapeutIn.)

Eine weitere angeleitete Improvisation, die ich den PatientInnen anbiete ist das gemeinsame Spielen des Gegensatzes **Laut und Leise**: Die TeilnehmerInnen behalten ihr Instrument oder suchen sich auf Wunsch ein neues und setzen sich damit in den Sitzkreis. Die Improvisation wird (laut oder leise) begonnen, eine TeilnehmerIn macht den Anfang (die Vorgabe). In der Mitte des Kreises ist eine (möglichst für alle TeilnehmerInnen gut erreichbare Glocke positioniert.) Während der Improvisation bestimmt wer möchte ob Laut und Leise gespielt werden soll. (Die Glocke läutet jeweils das Gegenteilige des gerade gespielten ein.)

In der Reflektion erzählen die TN dann, ob sie laut und leise-Phasen jeweils auseinander halten konnten, sich alle daran gehalten hätten, u.ä..(s. a. Konzentration, Feinmotorik, Wahrnehmungsüberprüfung, Störungsempfindlichkeit, sich musikalisch in eine Gruppe einfügen) Eine typische Frage von mir ist dann: „Was gab Ihnen den Impuls die Glocke zu läuten?“ oder ggf. auch „Was hat sie gehemmt ihrem inneren Impuls zu folgen?“(s. Sensibilität (ggf. Störungsempfindlichkeit/Vorliebe wahrnehmen (-s. z.B. Depressionssymptom: „sich innerlich wie tot fühlen“-), eigene Emotionen und Reaktion wahrnehmen ,Initiative zeigen, Handeln) Wenn es sich ergibt, bietet sich hier auch an einen Transfer in den Alltag zu machen. Mit Fragen wie z.B. „Kennen Sie die Situation aus dem Alltag? Handeln sie dort ähnlich..“, werden Selbstreflexionen angeregt und ggf. erzählen die TN dann auch was sie hemmt (Beispielsweise die Angst negativ aufzufallen, Angst vor Kritik vom Chef, u.ä..) oder sie angeregt hat, die Situation durch das Läuten der Glocke zu beeinflussen. (s. Selbstwirksamkeit erfahren)

Eine weitere angeleitete Improvisation, die ich anbiete, ist eine Spielidee von Lili Friedemann, die sich „**Klangteppich weben**“ nennt:

Ich habe sie allerdings etwas umgeändert und die TeilnehmerInnen gebeten, sich jeweils ein Rhythmusinstrument zu nehmen und dazu ein Melodieinstrument.

15

Mit den Rhythmusinstrumenten (meist werden die Trommeln aus den vorherigen Improvisationen behalten) wird ein fester Rhythmus (TN oder ich geben vor) gespielt. Wer möchte spielt mit seinem zweiten Instrument dazwischen, wer dazu begleiten möchte kommt dazu. Der Rhythmus sollte jedoch möglichst gehalten werden.

Bei einer dieser Trommelimprovisationen gab es sehr kreative Mitspieler, wie z.B. **Hr. W.** (Diagn: Bipolare affektive Störung) Er gestaltet während einer großen Impro Runde sogar kurze Geschichten und machte Gestikuliert recht ausufernd mit seinen Instrumenten (Rassel, Flöte). (Die Geschichten verpackte er als kleine melodiose Einwüfe, die er in die Impro integrierte.) Er läßt jedoch auch musikalischen Raum für die MitspielerInnen, so daß auch ein Teil der anderen TeilnehmerInnen durch seine kreativen Einwüfe angeregt wurden und Spielfreude entwickelten. (Hierbei kommt es auch zu einigen Call and Response Begegnungen). In der Reflektion sagen einige Teilnehmer, daß sie sich an den

Mainzer Karneval erinnert gefühlt hätten und zeitweilig auch ans Mittelalter. Bei dieser Improvisation ist Projektionsfläche für Phantasie gegeben (s. 2. und ggf. 3. Instrument), jedoch auch ein fester Halt durch das vereinbarte feste Rhythmuschema (Ostinatio).

Auch hier bieten sich reflektierende Fragen nach: Instrumentenwahl, Spielen des Ostinato (=Teppich) und/oder einer Melodie, Erleben von den Gruppenmitgliedern, sich selbst, usw. an.

Eine andere Gruppenimprovisation, die ich anbiete und die für die TeilnehmerInnen oft aufschlußreich ist, ist das **Dirigenspiel, bzw. Blumen pflücken (s.a. Lili Friedemann)** Hierfür suchen sich die TeilnehmerInnen jeweils ein oder mehrere Instrumente ihrer Wahl und setzen sich in den Kreis. Wer möchte, stellt sich in den Kreis und dirigiert die musizierenden TeilnehmerInnen. Über Gestik (wird beispielsweise die Lautstärke mit den Armen angezeigt) und über Blickkontakt, kann die DirigentIn auch einzelne TeilnehmerInnen dirigieren.

Somit pflückt sie sich quasi ihren eigenen „Musikalischen Blumenstrauß“.

Jede, die möchte, kann die Rolle der Dirigentin annehmen.

Wichtige Fragen nach dieser Improvisation sind: „Wie haben Sie sich als Dirigentin gefühlt?“, „Haben die TeilnehmerInnen den Zeichen entsprechend reagiert?“, „Hat es geklappt mit der Kontaktaufnahme?“, „Kennen Sie ähnliche Situationen aus ihrem sonstigen Leben?“, „Wie haben Sie sich gefühlt dirigiert zu werden?“, „Hätten Sie lieber lauter/leiser gespielt?“, „Was gab den Ausschlag dafür, daß Sie sich für dieses Instrument entschieden haben?“, „Waren Sie zufrieden mit der Wahl ihres Instruments?“, „Waren Sie zufrieden mit ihrem Spiel?“ „Ist es Ihnen schwer gefallen als Dirigentin in der Mitte zu stehen?“, „Sie möchten nicht dirigieren?“

Bei dieser musikalischen Spielidee können soziale Kompetenzen erprobt, bzw. wiederentdeckt werden. (s. z.B. Kontaktaufnahme zu den anderen TN als DirigentIn), sowie die Reaktion auf bestimmte Signale als MitspielerInnen.

Eine weitere (recht freie) Improvisation, die ich anbiete ist eine Improvisation zu der Frage **„Wie geht es mir ?“** oder auch konkreter zu „Wie ging es mir heute morgen?“ und später dann die Impro zu der Fragestellung „Wie geht es mir jetzt?“. Entsprechend werden dann die als geeignet empfundenen Instrumente von den TeilnehmerInnen ausgesucht. Wobei ich die TeilnehmerInnen generell dazu anrege sich ruhig Zeit zu nehmen und die Instrumente auch gerne vorher anzuspielden.

Eine andere Improvisationsvariante die ich gerne anspiele, ist **eine gemeinsame Reise**, z.B. eine musikalische Wanderung durch eine imaginäre Landschaft, wie z.B. Wüste, Berge, o.ä..Hierfür sollen die TeilnehmerInnen sich jeweils ein Instrument aussuchen mit dem Sie sich fortbewegen möchten und eines mit dem sie pausieren möchten. Als Fortbewegungsinstrument wird zumeist die Trommel gewählt, zum pausieren meistens ein anderes Instrument. (s.a. Empfindung und Ausdruck von eigener Anspannung und Entspannung.)

Die Übung beginnt mit der gemeinsamen Reise, wer pausieren möchte, macht dieses mit einem Wechsel zu ihrem „Pauseninstrument“ deutlich.

Die anderen TeilnehmerInnen pausieren mit, bis jemand den Impuls (ebenfalls durch Instrumentenwechsel) zur Weiterreise gibt.

Fragen nach der Instrumentenwahl und der damit verbundenen Assoziation von Entspannung können hier beispielsweise interessant sein. Auch das Empfinden der

Pausen und der Wanderzeiten in der musikalischen Gemeinschaft sind beispielsweise Anknüpfungsthemen. („Konnte ich Schritt halten?“ „War ich in der Gruppe hörbar?“ „Habe ich meine Bedürfnisse nach Pause, bzw. Weiterreisen deutlich gemacht/machen können?“

Weitere Improvisationsmöglichkeiten, die ich anbiete sind Paarimprovisationen.

Beispielsweise zu den **vier Elementen**: Wasser, Feuer, Erde, Luft. (in Anlehnung an Fritz Hegi)

Zwei TeilnehmerInnen finden sich zusammen und einigen sich darauf eines der o.g. Elemente darzustellen, dazu suchen sie entsprechende Instrumente.

Die anderen TeilnehmerInnen wissen nicht, welche Elemente die anderen Teilnehmerpaare jeweils darstellen.

Danach kommen alle Paare einmal mit einer gemeinsamen Improvisation dran. Wenn alle Improvisationen vorbei sind, raten die anderen TeilnehmerInnen welches Element jeweils gemeint ist.

Hiernach folgt eine Reflektionsrunde, bei der neben der Wahl der Instrumente auch die Vorspielsituation, die Teamarbeit und die Entscheidung für das Element besprochen werden können.

Angeregt wird zudem das genaue Zuhören, die Abstraktionsfähigkeit, Kreativität, motorische Geschicklichkeit, soziale Interaktion und allgemein die Exposition)

--> Diese Übung ist auch sehr gut abwandelbar auf z.B. das musikalische Darstellen von Märchenfiguren, Gefühlszuständen, usw.)

Ein sehr übungszentriertes Angebot, daß ich den TeilnehmerInnen anbiete ist der „**Afro-Caribische Trommelkanon**“ (s. Zettel).

Die TeilnehmerInnen bewegen sich hier auf recht sicherem Terrain, bzw.müssen sich nichts selber ausdenken. Das gibt einigen TeilnehmerInnen die feste Struktur und somit Handlungssicherheit, die sie gerade brauchen.

Zudem ist es ein Erfolgserlebnis für alle beteiligten, wenn der Trommelrhythmus 2 oder 3 stimmig erklingt und dabei auch im besten Fall noch groovt.

Auch bei dieser Übung bietet sich das Thema „Teamwork“, zudem werden auch motorische Fähigkeiten, basale Stimulation, Konzentration und Merkfähigkeit der TeilnehmerInnen gefördert.

Aus einer dieser Übungsrunden ergab sich dann z.B. für eine TeilnehmerIn (**Frau Z.**, 31 J., Lehrerin, Diagn: Depressionen, eine Angststörung, sowie eine emotional instabile Persönlichkeit) das Thema: „Kann ich meinen Rhythmus auch alleine halten(Sie spielt die 2. Gr.), wenn alle anderen TeilnehmerInnen etwas anderes spielen?“

Sie sagt, daß sie sich oft sehr schnell verunsichern lasse, sobald sie vor ihrem Kollegium ihre Meinung vertreten wolle.

17

Daraufhin biete ich ihr an den eben gespielten Rhythmus alleine zu spielen. Ihre Spielpartnerin wechselte derweil in Gruppe 1. Frau Z. spielt den Gr.2-Rhythmus alleine. Es klappte recht gut.

Zum Abschluß bekommt sie wieder die vorherige RhythmuspartnerIn an die Seite gestellt und wir machen noch einen gemeinsamen Abschlußkanon.

Frau Z. sagt danach, daß sie froh gewesen sei ihren Rhythmus auch alleine gehalten zu habenhalten und sie hoffe das auch künftig in ihrem Schulalltag tun zu können.

Die Übung sei wichtig für ihre Selbstsicherheit gewesen.

Desweiteren biete das **Singen konventioneller Lieder** an.

Das ergibt sich aber häufig erst, wenn die TeilnehmerInnen bereits mehrmals an der Therapie teilgenommen haben, einen ähnlichen Geschmack haben, den konkreten Wunsch zu singen äußern, o.ä. (--besonders ältere Leute verbanden mit Musiktherapie oft

die Vorstellung gemeinsamen Singens, s. Demenzerkrankte...--für mich war es jedoch schwierig hier einen gemeinsamen Nenner mit anderen TN zu finden..)

Songs die sich in meiner Therapie bisher ergaben waren z.B. „**The lion sleeps tonight**“ (s. Fallbeispiel Herr T.), „**Tom´s diner**“ (s. Mein Vorschlag: Kriterien:--->Universell anwendbarer Text über jemand der/die einsam und beobachtend bei Tom´s Diner einen Kaffee trinkt und die Szenerie beobachtet, zudem ist es eingängig, leicht zu singen und vielen TeilnehmerInnen bekannt). Aufgrund eines PatientInnenwunsches spielen wir auch ein Lied von der Band „Die Ärzte“ „**Und alles nur weil ich Dich liebe.**“ (Die junge PatientIn: „emotional instab. Persönlichkeitsstörung, Z.n. Trennung) übte dieses Lied mit einem Patienten (mit Gitarre) vor der Musiktherapiestunde ein..)

Hierbei werden die Songtexte besprochen, die gegebenenfalls Identifikationsmöglichkeiten bieten können. Als therapeutischer Wirkfaktor steht ansonsten allgemein die Anti-Depressive Wirkung von Musik (insbesondere Singen) und das dabei entstehende Gemeinschaftsgefühl. Für die PatientInnen kann es zudem ein selbstwertförderliches Erfolgserlebnis sein, daß sie den Mut aufbringen in einer Gruppe zu singen. (Singen hat einen sehr hohen Selbstoffenbarungsanteil.)

Auch **Musikmalen** biete ich den PatientInnen auf Wunsch gelegentlich an. Hieraus können sich sehr interessante Reflektionen ergeben. Zur Auswahl habe ich Wachsmalstifte, Buntstifte, Ölpastelkreiden und Filzstifte) an.

Fallbeispiele:

Frau M.: „Die wunderbare Kakophonie“

Frau M. Ist eine zierliche 70 jährige Frau mit einer bereits vor Jahrzehnten diagnostizierten bipolaren affektiven Störung. Sie ist seit langer Zeit medikamentös eingestellt, dennoch treten die manischen und depressiven Phasen von Zeit zu Zeit in nicht unerheblichem Maße auf.

Als Sie in der Psychiatrie aufgenommen wird, hat sie eine depressive Phase. Zur Krisenintervention, medikamentösen Neueinstellung und zum MKT (EKT) ist sie für mehrere Wochen in stationärer Behandlung. Früher war sie als Dolmetscherin angestellt und spielte zudem Geige.

In den Musiktherapeutischen Begegnungen fällt mir Frau M. Häufig durch starke Präsenz, Dominanz im Spiel und der Wahl meist großer Instrumente, wie beispielsweise der Conga auf.

18

Oft hat sie eine starke Körperspannung und ist bei den meisten Improvisationen recht laut und „Taktgebend“ in der Gruppe, wenngleich sie einen Rhythmus über längere Zeit meist nicht in einem konstanten Metrum halten kann. Zumeist fehlt in ihrem Spiel auch die Dynamik, insofern als daß sie meist konstant laut spielt.

Sie nimmt häufiger auch zwei Instrumente gleichzeitig für eine Improvisation, die sie dann auch oft parallel spielt.

Beispielsweise nimmt sie in zwei Improvisationen eine der Congas und dazu eine Klangschale, die sie abwechselnd mit dem Schlegel spielte. Es fällt auf, daß sie auf andere Improvisationsteilnehmer nicht reagiert, sondern einfach laut spielt.

Als ich bei einer der Improvisationen die TeilnehmerInnen bitte sich eine Farbe auszuwählen (-ich habe farbige DinA-4 Blätter ausgelegt-), wählt sie die Farbe rot.

Hierzu spielt sie laut auf einer Conga und einem Röhrenspiel. In der anschließenden Reflektion, sagt sie, daß sie heute aggressiv gegen sich selbst sei. Sie ist angespannt,

gedrückter Stimmung und wirkt gereizt. Mehr sagt sie bei dieser Reflektionsrunde nicht zu ihrer Improvisation.

In der darauffolgenden Woche holt sie sich zu dem Improvisationsthema „Wie geht es mir heute?“ eine verstimnte, schwarze Zither.

Sie spielt hierauf mit großer Experimentierfreude und auch mit erkennbarer Dynamik.

Die Improvisationsrunde ist insgesamt recht laut und vieltönig.

In der Reflektionsrunde bemerkt sie „welch wunderbare Kakophonie“ sie gerade zusammen gespielt hätten. Die verstimnte Zither habe zu ihrer Stimmung gepaßt.

--->Mir fällt auf, daß sie sich das erste mal in ihrer Äußerung über eine musikalische Improvisation über das Tönen der ganzen Gruppe äußert, nicht nur über ihr eigenes Spiel. Eine Woche später bietet sie sich als Dirigentin beim Dirigentenspiel (bzw. Blumen pflücken)an.

Sie dirigiert deutlich und gezielt und die TeilnehmerInnen reagieren weitgehend unmittelbar und recht adäquat auf ihre Signale.

Frau M. nahm insgesamt an neun Musiktherapeutischen Sitzungen teil. Während sie in den ersten Stunden vor allem laut und auf sich bezogen spielte, brachte sie sich im Laufe der Zeit zunehmend ins Gruppengeschehen ein (machte Spielvorschläge, z.B. bekannte Volkslieder nach einem Trommelrhythmus erraten---diese Übung erwies sich aber als zu schwierig..) und fiel mir musikalisch durch zunehmende Kreativität, Experimentierfreude und die Teilnahme am Gruppengeschehen (s. Spielideen einbringen und sich im Spiel auf andere TN beziehen) auf. Ihre **Mit-Schwingungsfähigkeit**, die sich musikalisch u.a. in der Dynamik und Flexibilität äußert, nahm im Laufe der Zeit deutlich zunahm.

Verwunderlich für mich war, daß sie anfangs trotz ihrer depressiven Stimmungslage, so laut spielte. Wie sie selbst bemerkte, hatte das befreiende Wirkung auf sie.

Im Laufe ihrer psychischen Genesung nahm ihre Mitschwingungsfähigkeit deutlich zu und sie schlug zwischendurch auch leisere Töne an.

Am Ende ihres Klinikaufenthalts bedankte Sie sich bei mir und sagte es habe ihr immer großen Spaß gemacht.

Ich denke die Musiktherapie hat ihr bei der Regulierung ihrer inneren Spannungen geholfen und ihr das Nutzen musikalischen Ausdrucks ohne den damit für sie gewöhnlich verbundenen Leistungsdruck (s. Geige spielen) aufgezeigt.

Zudem hat sie sich zunehmend auch den Schwingungen der anderen TeilnehmerInnen öffnen können. (s. Kontaktaufnahme)

(s. a. Musik als Projektionsfläche, Intermediärobjekt, Halte- und Vehikelfunktion der Musik.) (Vgl. auch Frohne-Hagemann..)

Fallbeispiel Herr T.:

„ Von der ängstlichen Stille zu „The lion sleeps tonight“. (s. Exposition)

Herr T. Ist ein großer, rundlicher Mann mit schütterem Haar. Er ist 55 Jahre alt und bereits seit einigen Monaten in der Psychiatrie (offene Privatstation).

Diagnostiziert wurde ihm ein Verdacht auf Organische affektive Störung, Z.n. Sarkoidose, Entzugssyndrom durch Sedativa und Hypnotika, multipler Substanzgebrauch, essentielle Hypertonie und ein chronischer Tinnitus.

(Zur Erklärung: Sarkoidose= systemische Erkrankung, von der alle Organe betroffen sein können. Es bilden sich Granulome (Bindegewebsknötchen) im Bindegewebe.. Als am häufigsten betroffenes Organ ist die Lunge zu nennen.

Als Ziel der Musiktherapeutischen Behandlung war bei ihm angegeben: „Aktivierung, Tagesstruktur, Steigerung der Belastbarkeit.“

Herr T. war von Beruf Polizist und kam aus Hessen.

Herr T. nahm sehr häufig an der Gruppenmusiktherapie teil.

Anfangs sprach er so leise, daß ich seinen Namen kaum verstehen konnte. Er faßte jedoch bald Vertrauen, erzählte von seinen sozialen Ängsten, die so stark seien, daß mit anderen Menschen zu kommunizieren für ihn so schwer sei wie „Das Fahrrad fahren wieder von vorne zu lernen, Tritt für Tritt. Wie in Zeitlupe.“

Er sagte, daß ihm die Musiktherapie gut tue, er jedoch große Angst habe vor anderen zu Reden. Er wolle lieber in eine kleinere Gruppe. (Daher kam er in Gruppe 2, dort waren meist weniger TeilnehmerInnen)

Er blieb auch manchmal länger nach den Sitzungen oder kam vorher vorbei, um zu Fragen was wir nächstes mal machen werden. (s. Sicherheitsbedürfnis/Kontaktbedürfnis). Im Spiel fiel mir Herr T. Dadurch auf, daß er zwar große Spielfreude hatte, sehr schöne und auch viele bekannte Melodien spielte, jedoch den Rhythmus nicht gleichmäßig halten konnte.

Als Instrumente wählte er fast immer das Glockenspiel und als Trommel spielte er gerne die Djembe oder Conga.. Manchmal setzte er sich auch ans Klavier, auf dem er ebenfalls viele bekannte Melodien spielte, jedoch o.g. Rhythmusproblematik beibehielt. Seinen Anschlag auf dem Klavier empfand ich jedoch als auffallend musikalisch und beschwingt. In den Reflektionen sagte er bei guter Tagesform schon mal etwas mehr und nahm auch Blickkontakt mit anderen TeilnehmerInnen auf.

Eine der von ihm öfters gespielten Melodien war „The lion sleeps tonight“ von *The Tokens* Ich schlug vor, daß wir das Lied in der nächsten Therapiestunden gemeinsam singen.

Die TeilnehmerInnen waren einverstanden..

Wir spielten „The lion sleeps tonight“ von nun an häufiger in den Musiktherapien, sobald die TeilnehmerInnen Interesse am gemeinsamen Singen zeigten.

Herr T spielte anfangs dazu meist Klavier oder Glockenspiel, sang jedoch später auch leise mit.

Durch das Spielen „seiner“ Melodie haben sich die Gruppenmitglieder und ich auf sein Melodiespiel bezogen.

(Spiegelung, Selbstbestärkung, Selbstbewußtsein erhöhen, Ausdruck fördern..)

Herr T. Kam im Laufe der Zeit meist in Begleitung von Herrn B. (Zwangserkrankung...). Er war ein Zimmernachbar von ihm. In dieser Konstellation war Herr T. Der eindeutig tonangebendere, experimentierfreudigere Part..

Herr T. Wurde im Laufe dieses Jahres zweimal Nachhause entlassen, kam jedoch jeweils nach wenigen Tagen wieder, da seine depressiven Verstimmungen und Ängste ihn außerhalb der Klinik zu sehr peinigten.

20

„Gruppenmusik therapeutische Wirkfaktoren in Anlehnung an Irvin Yalom“:

Im folgenden wird ein Abriß über die wichtigsten unspezifischen Wirkfaktoren der Gruppentherapie gegeben, die Irvin Yalom als elf „Primärfaktoren“ herausstellt. (Vgl. Engelmann, 2000, S. 83-102) Yalom selbst hat jahrzehntelange Gruppenleitererfahrungen und aus Patientenäußerungen und Therapeutenmeinungen, sowie empirischen Untersuchungen und Meta-Analysen einen Überblick herausgearbeitet. Die unspezifischen Wirkfaktoren haben für die vielfältigen psychotherapeutischen Vorgehensweisen Gültigkeit und sind auch auf die Gruppenmusiktherapie anwendbar. (Vgl. Schröder, 1995, S.135-153; vgl. Engelmann, 2000, S. 83-102)

Eigene Anmerkung: Irvin Yalom= sehr bekannter amerikanischer Psychotherapeut.

(verfasste sehr viele bekannte Fachbücher,s.a. Der bekannte Film: „ Und Nietzsche weinte.“)

1. „Hoffnung einflößen“:

Die Motivation eines Menschen an einer Therapie teilzunehmen, hängt wesentlich von seinem Glauben an die Effizienz des Verfahrens ab. Der Therapeut hat die Möglichkeit, das Zutrauen des Teilnehmers in die Therapie zu stärken, indem er beispielsweise auf positive Entwicklungen bei anderen TeilnehmerInnen hinweist. Bedeutsam ist auch die Einstellung der Mitpatienten zu der jeweiligen Therapie und die Effektivität, die der Therapieform von der jeweiligen Institution und der Öffentlichkeit nachgesagt wird.

(Stichwort: „sich einen Fanklub aufbauen.“..)

2. „Universalität des Leidens“:

Es ist für die TeilnehmerInnen einer Gruppentherapie oft schon eine **Erleichterung, direkten Umgang mit Menschen zu haben, die evtl. ähnliche Probleme, Impulse und Phantasien erleiden, wie sie selbst.**

Denn viele PatientInnen fühlen sich in ihrem sonstigen sozialen Umfeld unverstanden und betrachten somit ihre Art des Leidens als einzigartig, evtl. unermesslich und dementsprechend auch als unheilbar. Auch wenn die Art des Problems für jeden einzelnen vorerst noch einzigartig bleibt, so entsteht doch recht schnell eine erste solidarische Verbundenheit zu den anderen TeilnehmerInnen, da diese oft an ähnlichen Grundproblemen leiden.

3.„Mitteilung von Informationen“:..

Es gehört zu den Aufgaben des/der TherapeutIn, die PatientInnen über den Therapie- und Gruppenablauf zu informieren. Er soll mit ihnen über ihre Erwartungen sprechen und sie über möglicherweise auftretende **Probleme beim Einstieg in die Gruppen sowie Regeln** über die Beziehungen innerhalb und außerhalb der Gruppe aufklären.

So ist beispielsweise das **Vertrauen in die Verschwiegenheit** der anderen Teilnehmer eine wichtige Voraussetzung dafür, daß der einzelne Mut zur Selbstoffenbarung findet. Auch während des Therapieverlaufs kann der/die TherapeutIn den PatientInnen wichtige Hinweise geben, indem er seine eigenen Erfahrungen und Erlebnisse mit der Improvisation benennt. (Vgl. Zw. Ther. Und Freizeitangebot, z.T. o.g. Dinge erfüllt, s. Vorgespräche und Reflektion eigener Assoziationen nach der Impro..) **Stichwort: Sicherheit geben..**

21

4. 4.„Altruismus“:

Die beste Methode, einem Menschen zu helfen, ist nach Yalom die, sich von ihm helfen zu lassen. Denn die Erfahrung, anderen weiterhelfen zu können, kann zur Abwendung des Gefühls der eigenen Wertlosigkeit beitragen. So kann beispielsweise ein **musikalisches Miteinander** nur dann entstehen, wenn die einzelnen TeilnehmerInnen sich in ihrem Spiel gegenseitig stützen. (häufig erfolgt)

5. „Korrigierende Rekapitulation der Primärfamilie“:

Eine therapeutische Gruppe kann in vielerlei Hinsicht einer Familie ähneln. Die Bewältigung von Problemen mit anderen GruppenteilnehmerInnen und Therapeuten bedeutet in der Regel auch das Durcharbeiten vergangener Konflikte. Sogenannte

„**Übertragungen**“ können hier vom einzelnen Teilnehmer ausgehend auf Gruppenteilnehmer und Therapeuten erfolgen. So können sich beispielsweise Themen wie Neid über ungleich verteilte therapeutische (elterlich) Zuneigung einhergehend mit Patientenrivalitäten (-Geschwisterrivalitäten) entwickeln.

6. „Entwicklung von Techniken des mitmenschlichen Umgangs“:

Die Gruppentherapie beinhaltet als einen der wesentlichsten Lernfaktoren das soziale Lernen. Hier können beispielsweise in Form von **Rollenspielen, Fertigkeiten im sozialen Miteinander erprobt und thematisiert** werden. Die PatientInnen haben hierbei die Möglichkeit, sich und ihre Verhaltensweisen in ihrer sozialen Umwelt (Familie, Arbeitsplatz, Freundeskreis) nachzuleben, um zu sehen, was sie dort damit auslösen. !!! (s. Spiele = Experimentierfeld..)

Hierbei können sie auch neue Verhaltensweisen erproben. Damit die Kommunikation in der Therapie konstruktiv wirkt, gehört es zu den Aufgaben des Therapeuten, neue Teilnehmer über die Technik des Feedback (Rückmeldungen) zu informieren, um die Interaktion zwischen den Teilnehmern und somit den Gruppenprozeß zu fördern. **(ist erfolgt)**

7. „Nachahmendes Verhalten“:

Für den einzelnen Teilnehmer können Therapeut und TeilnehmerInnen Modellcharakter einnehmen. Er kann von diesem oder jenem Verhaltensweisen annehmen oder ausprobieren. In der Musiktherapie kann sich dies beispielsweise auf die Erprobung des Spielens von Instrumenten richten. **(z.B. Vorgabe von Trommelrhythmen, Anleitung beim Halten des Instruments, u.ä..)**

8. „Interpersonales Lernen“:

In der Gruppentherapie spielt der interpersonale Zusammenhang eine bedeutende Rolle, da nicht das Leiden (z.B. eine Depression) als solches, sondern nur deren Art und Weise des interpersonalen Ausdrucks behandelt werden kann. Das Erleben der jeweiligen Ausdrücke muß in Anschluß in der Gruppe bearbeitet werden, damit eine therapeutische Wirksamkeit erreicht wird. **(alles vorlesen!)**

22

9. „Gruppenkohäsion“:

Für den Gruppenzusammenhalt ist die Beziehung zwischen den TeilnehmerInnen untereinander sowie die Beziehung zwischen ihnen und dem/der TherapeutIn entscheidend. (s. Häufige Teilnehmerwechsel...!! Nicht ganz erfüllt, teilw. bek..)

Hierfür spielen Faktoren wie Vertrauen und Offenheit eine wesentliche Rolle. Hoch kohäsive Gruppen zeichnen sich vor allem dadurch aus, daß Konflikte und Feindseligkeiten Raum gegeben werden und die Gruppenmitglieder diese auch nachvollziehen können.

In solchen Gruppen kann der therapeutische Effekt sehr hoch sein, da das Ausleben emotionaler Stürme die Chance bietet, mit korrigierenden emotionalen Erfahrungen einherzugehen. Förderlich für die Bildung eines hohen Gruppenzusammenhaltes kann schon die Auswahl der TeilnehmerInnen sein. Diese können beispielsweise spezeill nach

Konfliktpotentialen gewählt werden.

10. „Katharsis“:

Die Katharsis (psych: sich befreien) muß im Zusammenhang mit interpersonellen Ereignissen stehen, damit positive Effekte erzielt werden können. Das bedeutet für den musiktherapeutischen Effekt, daß nicht beispielsweise durch das laute Gongspiel als solches eine kathartische Wirkung erzielt wird, sondern daß dies erst eintreten kann, wenn ein SpielpartnerIn das Geschehen begleitet.

(s. Frau M., u.a.)

11. „Existenzielle Faktoren“:

Hierzu führt Yalom aus, daß TeilnehmerInnen die Härten und Ungerechtigkeiten des Lebens akzeptieren müssen einhergehend mit der Erkenntnis, daß die prinzipielle Einsamkeit eines jeden einzelnen von niemandem zu ändern ist. Zudem muß akzeptiert werden, daß jeder, wenn auch nicht ausschließlich, auf sich selbst gestellt ist und die Selbstverantwortung in weiten Bereichen des Lebens eine Last ist. Schließlich ist die Gewißheit des Tode für jeden unausweichlich, was wiederum für jeden einzelnen bedeutet, daß er sich den Grundfragen des Lebens und des Sterbens stellen muß.

Für diese existenzielle Thematik bieten sich in der Musiktherapie ausdrucksstarke, archetypische Klangcharakteristiken, wie z.B. monochord, Klangschale und Gong an.

..Hiermit wenig gearbeitet.. Das Thema Verantwortung übernehmen kam natürlich schon vor, s. z.B. Herr K. (sich überverantwortw. Fühlen, Rhythmus weiterspielen, obwohl er lieber Melodieinstr. gespielt hätte, da er Angst hatte, daß sonst das Ostinato wegbricht..),--Klangschale schon...vorsichtig mit dieser Thematik, s. Immer neue Gruppenzusammenstellungen..)

Auswertung:

Den PatientInnen bot sich in der Musiktherapie ein Übungsfeld im Geschützten Rahmen an. Durch die Musik konnten sie ihre eigenen Themen finden, ausdrücken und weiterentwickeln. Sie hatten in den Improvisationen die Möglichkeit Neues auszuprobieren und Gefühle auszudrücken. In den anschließenden Reflektionen hatten sie Gelegenheit sich ihrer Gefühle/musikalischen Handlungen bewußt zu werden. (s. Musikalische Darstellung von Kommunikationsprozessen.) Zudem wurde generell eine Interaktionsmöglichkeit mit anderen TeilnehmerInnen und Therapeutin, motorische und geistige Aktivierung, sowie die Möglichkeit sich auf eine nonverbale Art mitzuteilen, gegeben.

23

Für die Klinik gab es den Vorteil, daß eine preisgünstige, erlebnisorientierte Musiktherapie in ihrem Hause angeboten wurde.

Für mich war die Musiktherapeutische Arbeit in der Klinik eine gute Möglichkeit mein Praxisjahr für die Mth Zusatzausbildung zu absolvieren, dabei zahlreiche Erfahrungen zu sammeln und meinen eigenen Stil zu entwickeln.

--Durch eine verbindliche Teilnahme der PatientInnen (s. z.B. Therapiepaß für alle..), sowie eine bessere interdisziplinäre Kommunikation innerhalb des Hauses und die mögliche Festanstellung eines/einer Musiktherapeutin (bzw. Bezahlung der Vor- und Nachbereitung, sowie verpflichtende Teilnahme an den Teambesprechungen der Stationen) wäre die Effektivität der Musiktherapie im UKB jedoch sicherlich deutlich zu steigern.

Raum für Fragen:

Literaturverzeichnis:

Isabelle Frohne-Hagemann, Heino Pleß Pleß-Adamczyk:

„Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter“
(musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD-10), 2005, Vandenhoeck &
Ruprecht in Göttingen.

Taschenführere zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, Herausgegeben von H.
Dilling und H.J. Freyberger nach dem englischsprachigen Pocket Guide von J.E. Cooper,
5., überarbeitete Auflage, 2011, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Sandra Lutz Hochreutener: „Spiel-Musik-Therapie“, Methoden der Musiktherapie mit
Kindern und Jugendlichen, 2009 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Fritz Hegi: „Improvisation und Musiktherapie“, Möglichkeiten und Wirkungen von freier
Musik, 5. Auflage 1997, Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn

Ingo Engelmann: „Manchmal ein bestimmter Klang“, Analytische Musiktherapie in der
Gemeindepsychiatrie, 2000 Vandenhoeck & Ruprecht

Wolfgang C. Schroeder: „Musik-Spiegel der Seele“, Eine Einführung in die Musiktherapie,
2. erweiterte Auflage, 1999 Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn.

Henk Smeijsters: „Grundlagen der Musiktherapie“, Göttingen 1999

Lili Friedemann: „Trommeln, Tanzen, Tönen“, Wien 1983

