

**Isabelle Frohne-Hagemann**

## **Indikation - wann wie warum bei wem - Erklärungsnot und Lösungsversuche**

Mein Vortrag befasst sich mit einem sehr komplizierten Thema und es wird sicher nicht möglich sein, dieses in einer Stunde in aller Tiefe auszuloten. Ich habe ja schon mit meinem Kollegen Heino Pleß-Adamczyk ein Buch darüber geschrieben und bei der Vorbereitung dieses Vortrages wieder einmal gemerkt, wie schwer es ist, Wesentliches zusammenzufassen. Ich habe mich entschlossen, die Indikationsfrage hier doch nicht an der Methode Guided Imagery and Music exemplarisch zu diskutieren, weil ich das Thema grundlegender angehen möchte und dann die Zeit zu kurz wird. Wir können dann aber im Workshop darauf mehr eingehen. Ich hoffe, Sie sind damit einverstanden.

### **Was ist Indikation?**

Laut Wikipedia leitet sich der medizinische Begriff **Indikation** (*Syn. Heilanzeige*) vom lateinischen Wort "indicare" (*anzeigen*) ab. Er steht grundsätzlich dafür, ob bei einem bestimmten Krankheitsbild der Einsatz einer bestimmten medizinischen Maßnahme angebracht ist. Bei Krankheitsbild "X" ist das Heilverfahren "Y" indiziert, also angebracht. Eine Blinddarmentzündung schreit nach dem Chirurgen. Für die Medizin klingt das ganz einfach.

In Bezug auf Musiktherapie wäre die Frage also, bei welchem Krankheits- bzw. besser Störungsbild nach ICD 10 oder bei welcher Art Probleme Musiktherapie indiziert ist. Bei Wachkoma? Eindeutig ja! Bei Autismus? Eindeutig ja! Bei Essstörungen? Naja. Bei Paranoia? Nein! Bei Angststörungen? Nein, vielleicht. Oder doch? Da kommt man schon ins Schleudern. Und leider wollen Patienten ja auch immer darauf eine Antwort.

Uns sollte vor allem interessieren wo, warum und wie Musiktherapie *spezifisch* indiziert ist. Bei vielen Störungsbildern kann Musiktherapie ja durchaus *semispezifisch* indiziert sein, d.h. dann, sie kann viel Gutes tun, aber andere Verfahren sind in Bezug auf das spezifische Problem, z.B. Angstbewältigung, effektiver. MusiktherapeutInnen können eigentlich nur auf Schäden der Struktur und Beziehungsfähigkeit Einfluss nehmen, wo sie in Störungsbildern vorkommen.

Nun geht ja der Trend heute in Richtung evidenzbasierter Indikation. Dazu folgendes: Eine **evidenzbasierte Indikation** berücksichtigt Leitlinien, die systematisch, unabhängig und unter Verwendung geeigneter Qualitätskriterien von Arbeitsgruppen erarbeitet werden, die sich aus Fachleuten verschiedener Berufssparten zusammensetzen.

Das Ziel ist, dass Therapien indikationsspezifisch beziehungsweise störungsorientiert für bestimmte Diagnosegruppen zugelassen werden und die Richtlinienverfahren ablösen. Es soll dann keine Therapieschulen mehr geben, sondern nur noch evidenzbasierte, störungsorientierte Psychotherapieverfahren. Die ICD 10 Diagnosen und die dazugehörigen

Maßnahmen werden nach einem Standardverfahren weiter aufgeschlüsselt (OPS Operating Procedure System). So wurden von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) bereits 54 Leitlinien zur Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen erstellt, deren Spektrum zur Behandlung von Enkopresis bis hin zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen reicht.

Muss man hier befürchten, dass Musiktherapie als ganzheitliche Methode nicht berücksichtigt werden kann und damit auch aus der Finanzierung heraus gedrängt wird? Werden Musiktherapeuten überhaupt mit ins Boot genommen? Gibt es dann den Beruf des Musiktherapeuten überhaupt noch oder gibt es dann nur noch Musiktherapeuten für Wachkomapatienten oder Musiktherapeuten für tiefgreifend Entwicklungsgestörte?

Und wie sollen musiktherapeutische Behandlungen dokumentiert und in diesen Prozedurenkatalog eingebracht und abgebildet werden?

Bei Enkopresis bitte das *Dona nobis pacem* von Mozart singen? Oder was?

In der Behandlung von Schmerz oder Tinnitus oder bei bestimmten neurologischen Störungen mag eine musiktherapeutische Behandlung als *medizinische* Indikation akzeptabel sein - die Heidelberger siedeln Musiktherapie ja mehr und mehr dort an-, aber dann ist die Musik nur Mittel zum Zweck, dann handelt es sich um Therapie mit Musik und nicht im eigentlichen Sinne *Musiktherapie*.

Für die Indikationsstellung Musiktherapie ist der Trend zu den Leitlinien so lange ziemlich problematisch wie nicht klar definiert werden kann, was das spezifisch Musiktherapeutische in der Behandlung bestimmter psychischer und psychosomatischer Erkrankungen ist. Und da liegt immer noch viel Arbeit drin, wenn wir auch folgenden Leitsatz der IT ernst nehmen:

### **Der therapietheoretische Imperativ der Integrativen Therapie lautet:**

Erarbeite therapeutische Konzepte und Methoden so, dass sie an Grundlagenwissenschaften (z. B. Psychologie, Neurobiologie, Medizin) und die Forschungsergebnisse der Psychotherapieforschung anschlussfähig sind und durch neue Forschung überprüft werden können.

Entwickle Beiträge so, dass sie nicht nur der eigenen Richtung dienen, sondern für das gesamte Feld der Psychotherapie und vor allem für PatientInnen von Nutzen sind.

Was wirklich grundlegend wichtig ist, muss für alle Richtungen und für PatientInnen Bedeutung haben und mit ihnen *partnerschaftlich* umzusetzen sein.“ (Petzold 2000h, 2008b).

Ich denke hier an die Schematherapie, die Techniken aus verschiedenen Therapieschulen sinnvoll verwendet, um ganz bestimmte in der Kindheit angelegte Strukturen, genannt Schemata und die entsprechenden Verhaltensmodi, aufzulösen, wobei verhaltenstherapeutische und psychodynamische Erklärungsmodelle verständlich und sinnvoll integriert werden. Schematherapie ist für Menschen z. B. mit Borderlinestörungen besonders indiziert. Bestimmte Interventionstechniken der Musiktherapie könnten m.E. hier sehr effektiv auch einbezogen werden.

Es gibt aber auch andere Möglichkeiten, sich an schulenübergreifende Konzepte anzubinden. Ich denke da z.B. an die OPD, auf die mein Kollege und ich uns in unserem Buch „*Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter – musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD 10*“ schon 2005 berufen haben, was auch danach von verschiedenen KollegInnen vertieft und erweitert wurde, z.B. von Agnes Burghardt-Distl oder von Hanns-Günther Wolf.

Die OPD integriert verschiedene Konzepte:

z. B. entwicklungspsychologische, analytische, bindungstheoretische und sozialwissenschaftliche.

Neben der OPD ist auch die EBQ ein wichtiges Konzept, das auf den Forschungen Sterns beruht. Wir haben in unserem Buch die EBQ, die OPD und bestimmte Forschungen Petzolds auf ihre Kompatibilität mit Musiktherapie untersucht und versucht, daraus einen kleinen, aber passenden Schuh zu machen.

Aber die Frage bleibt: Haben wir Konzepte, die deutlich machen, was die Disziplin Musiktherapie ist und wie sie therapeutisch wirkt oder werden bestimmte musiktherapeutische Konzepte und Methoden Teil eines übergreifenden Verfahrens, das dann einfach nur noch Psychotherapie heißt, werden? Vielleicht ist ja beides möglich.

### **Evidenzbasierte Indikation**

Henk Smeijsters schlug 2004 ein Design für evidenzbasierte Indikation für Musiktherapie vor. In diesem Design sollen folgende fünf Fragen forschungsmäßig dokumentiert sein. Das genüge, um eine Indikation für Musiktherapie stellen zu können:

Schauen wir das mal an:

*Frage 1: Was ist die Problematik des Patienten? Was ist darunter eigentlich zu verstehen? Was soll erkannt werden? Geht es um den Menschen mit Mitmenschen in Situationssequenzen? Oder eher einseitig um das „Patientenverhalten“? Was wird also behandelt? Wird der Patient als Person in der Ganzheit seiner biopsychosozioökologischen und ökologischen Natur gesehen oder ist sein Problem auf ein umschriebenes Verhalten oder Störungsbild reduziert (z.B. Magersucht)? Und welche Art Diagnostik wird da überhaupt angewendet?*

*Frage 2: Welche allgemeinen Zielsetzungen sind bei einem Patienten mit einer beschriebenen Problematik möglich? Wie weit darf man schon vor Einsetzen der Probleme aktiv werden? Gibt es für Musiktherapie eine prophylaktisch-präventive, ressourcenorientierte, jedenfalls nicht nur pathologiezentrierte und einsichtsorientierte Indikation?. Gibt es innerhalb der Musiktherapie Arbeitsweisen, Methoden und Techniken, die zu diesen Zielsetzungen beitragen? Klar, sagen wir, aber welche Rolle spielt die Musik dabei?*

*Frage 3: Ist Musiktherapie in der Lage, die Zielsetzungen tatsächlich zu realisieren? Wie schneidet Musiktherapie im Vergleich zu anderen Therapieformen ab? Anders ausgedrückt: Warum ist Musiktherapie hier die Methode der Wahl?*

*Frage 4: Gibt es für das Auftreten dieser Effekte eine glaubwürdige theoretische Erklärung, die mit theoretischen Modellen aus der Psychologie, Psychotherapie, Neurologie usw. übereinstimmt?* Statt Übereinstimmung könnte ich mir Kompatibilität vorstellen so wie z.B. Schumachers Forschungen mit Sterns und auch Petzolds Forschungen in vieler Hinsicht sehr kompatibel sind.

*Frage 5: Welche Voraussetzungen müssen erfüllt werden, damit Musiktherapie beim Patienten erfolgreich sein kann?* Das bezieht sich vielleicht auf die Frage, wann Musiktherapie auch kontraindiziert ist.

Eine evidenzbasierte Indikation Musiktherapie soll ja für Musikpsychotherapie gelten, also einem Teil von Musiktherapie, bei dem die MusiktherapeutInnen jedenfalls in Deutschland eigentlich approbiert sein oder die HP für Psychotherapie haben müssten.

## Definitionen

- Der Begriff *Musiktherapie* ist ja aber eine summarische Bezeichnung für unterschiedliche musiktherapeutische Konzeptionen, die ihrem Wesen nach als psychotherapeutische zu charakterisieren sind (2. Kasseler These), wobei
- *Psychotherapie* laut 3. Kasseler These wissenschaftlich fundierte Behandlung mit psychologischen Mitteln sein soll.

Was heißt das? Nun, zum einen fragt sich

### wo ist Musiktherapie

wissenschaftlich fundierte Behandlung mit Musik? Z.B. mit

a) *psychotherapeutischer* Orientierung im engeren Sinn, also z. B. zur Beeinflussung geschädigter Beziehungserfahrungen

dann

b) Psychotherapie mit psychagogischer Orientierung

zur Vorbeugung und Linderung bei Verhaltensstörungen, seelischen Konflikten, schwierigen Entwicklungsphasen bzw.

oder

c) mit soziotherapeutischer Orientierung

zur therapeutischen Beeinflussung psychischer Krankheiten oder psychisch Kranker durch Interventionen im sozialen Umfeld)

Andere Orientierungen, z.B. spirituelle könnten hier auch noch genannt werden

Es muss also berücksichtigt werden, dass Musiktherapeuten meistens auch andere Rollen einnehmen, die die des Musikpsychotherapeuten im engeren Sinne überschreiten. Musiktherapeuten arbeiten in Hospizen, Altenheimen, Schulen, und eigentlich überall dort tätig, wo mit Menschen in ihrem sozialen und kulturellen Umfeld gearbeitet wird. Es fragt sich also: Wie müssen dann die Kriterien für eine Indikation Musiktherapie sein?

Wenn eine Indikation Musiktherapie für eine psychotherapeutisch behandlungsbedürftige seelische oder neurologische Erkrankung oder Behinderung gestellt werden müsste, ist jedenfalls immer zu klären

- warum Musiktherapie und nicht z.B. Kunsttherapie oder Verhaltenstherapie die Methode der Wahl ist.
- auf welchen theoretischen Konzepten die Indikation für Musiktherapie gründet (welche gerade moderne Referenztheorien)
- Für welche Ziele die Indikation gedacht ist (persönlichkeitsbestimmte Z.; Lebensweltbestimmte Z., Methodenbestimmte Z.; Nachsozialisation, Sinnfindung, Persönlichkeitsentfaltung, Solidarität)
- In welcher Form (Einzel-, Gruppentherapie, Paartherapie, Familientherapie, Netzwerkarbeit)
- in welchem Format (Umfang, Dauer, etc.)
- in welcher Modalität (übend, erlebniszentriert oder konfliktzentriert)
- und mit welchen Medien (Instrumente, Cds, Malzeug, Ton, Spielzeug, Puppen)
- in welchem Praxisfeld (Altenheim, Hospiz, Klinik, Ambulanz, Praxis)

Wenn ein Musiktherapeut eine Indikation begründen will für einen Patienten, dessen Behandlungsbedarf er erst einmal diagnostizieren muss, kann schnell in einige Fallen tappen.

Ich kann es mir nicht verkneifen auf einige solcher Gefahren hinzuweisen

### **Gefahren**

- Wann und wieso sind wir uns überhaupt sicher, die korrekte Ursache oder den Grund für eine Erkrankung oder Schädigung (Defizit/Konflikt/Störung/Trauma) gefunden zu haben?
- Auf welche Weise beeinflussen die einmal gebildeten Ursachenurteile unser Handeln und unsere Versuche, Handlungen vorherzusagen und zu beeinflussen?

### **einige Gefahren,**

- Attributionsfehler und Korrespondenzverzerrungen machen nicht nur Laien, auch Therapeuten! Das ist verständlich, denn man möchte halt gerne, dass das, was man da so zu erkennen glaubt, auch stimmt und projiziert das gerne.

- Eine Verzerrung ist z.B. „die Tendenz, aus beobachtetem Verhalten eines Handelnden auf dessen Persönlichkeitseigenschaften zu schließen, **auch** wenn die Schlussfolgerung nicht gerechtfertigt ist, da andere mögliche Ursachen für das Verhalten vorhanden sind“ (Fincham und Hewstone 2001, 229).
- Rollenkonflikte

Ein **fundamentaler Attributionsfehler** ist z.B.

- Wenn eine junge deutsche Musiktherapeutin den Widerstand einer älteren japanischen Patientin gegen die musiktherapeutischen Beziehungsangebote als pathologischen Widerstand interpretiert oder die Patientin für emotional defizitär hält.
- Der Attributionsfehler liegt darin, dass eine auf Grund ihres Alters in Japan in der Hierarchie höher gestellte Patientin Gesicht verlieren würde, wenn sie sich emotional einer jüngeren Person öffnen würde. Oder

Beispiel: Ein Therapeut, der von seiner Methode überzeugt ist, versteht nicht warum sein Patient immer mehr Angst bekommt.

Wie kann das sein? Er gibt sich doch so viel Mühe! Hat alles gemacht wie er es gelernt hat! Bei der Störung X muss doch die Intervention Y erfolgen. Vielleicht ist es ja gerade das was den Patienten ängstigt!

### **Korrespondenzverzerrung:**

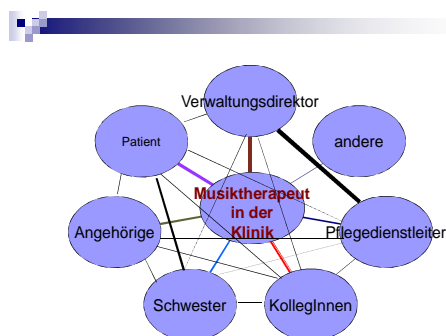
Beispiel : Ein aggressiver und unberechenbarer Patient wird als frühgestört diagnostiziert, obwohl seine Instabilität auf einem Rollenkonflikt beruht

Er hatte nämlich seiner Frau, die ihn verlassen wollte, versprochen, mehr für sie und die Kinder da zu sein, musste aber gleichzeitig dem Chef versprechen, in den nächsten drei Monaten ein Riesenprojekt auf den Weg zu bringen, was ihn Tag und Nacht beschäftigen würde.

Unterschiedliche Erklärungen für ein- und dasselbe Ereignis oder Verhalten erschweren natürlich eine klare Indikationsstellung.

### **Rollenkonflikte**

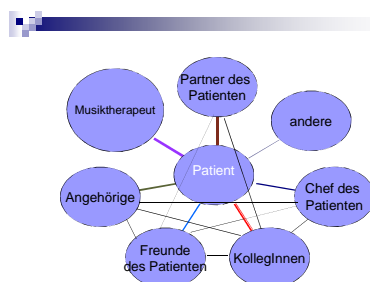
In Rollen verkörpern und verleiblichen wir gesellschaftliche, als „kollektive mentale Repräsentationen“ fixierte und typifizierte Muster geistiger, seelischer und somatomotorischer Art. (S. Moscovici).



13

Der Musiktherapeut hat vielen Personen gerecht zu werden. Alle haben Erwartungen an ihn, die seine Sichtweisen, Handlungsräume und damit Indikationsstellungen beeinflussen. Die Indikationsstellung ist z. B. abhängig von Fragen wie: Wie lange darf er den Patienten therapieren, welche Kompetenzen und Handlungsspielräume hat er, was darf er, was nicht?

Und er verkörpert natürlich auch selber Erfahrungen und Überzeugungen. Seine Therapievorstellungen wirken wiederum auf die anderen, oft so, dass diese mit Unverständnis reagieren (z.B. auf das Pflegepersonal: der macht sich hier eine schöne Stunde und wir müssen die Drecksarbeit machen!)



14

Gleichzeitig ist der Musiktherapeut nur einer von vielen, mit denen der Patient zu tun hat und die alle etwas von ihm und auch voneinander erwarten.

Der Patient wird vielfach beäugt und in seinem Verhalten und seiner Beziehungsfähigkeit diagnostiziert. Aber auch der Patient attribuiert den Anderen Dinge, die meist als reine Projektion angesehen werden. Er fragt sich z. B. Was wollen die Therapeuten überhaupt von mir? Beziehung? Dass ich nicht lache. Oft hat er aber auch Recht.

und bleibt da nicht überhaupt die Frage offen, wer bin ich? Und wenn ja wie viele? Wer bin ich gerade jetzt? Und noch: was sehen die anderen bloß in mir?

Fazit:

**eine Evidenzbasierte Indikation bedarf der Mehrperspektivität:**

- ✓ **wer** (z.B. Patient, Gruppe, Therapeut) ist am Prozess beteiligt?
- ✓ **was** (z.B. Kontext, Situation, Zeit) ist am Prozess beteiligt?
- ✓ **welcher Fokus** wird betrachtet und mögl. Weise einseitig hervorgehoben? (z. B. Übertragungen, Pathologiezentrierung, Konflikte, Ressourcen, Lösungsorientierung),
- ✓ von **welcher Perspektive** aus wird betrachtet? (ökonomische, Therapiedauer, Finanzierungsmöglichkeit, etc.)
- ✓ **auf welche Weise** sind unterschiedliche Referenztheorien einbezogen?

Gut, jetzt haben wir darüber gesprochen, was für eine Indikation überhaupt wichtig ist (Konzepte, Diagnostik, usw.), aber wir haben noch nicht geguckt, was den die Musik in der Musiktherapie zu sagen hat.

Vor lauter Suche nach den Fallen, die in psychotherapeutischen Modelle und Referenztheorien lauern, soll doch nicht vergessen werden, dass immer zuerst nach der Wirkung der Musik gefragt wird, bzw. was ihre Rolle ist.

In dem Spiegel der Töne lernt das Menschliche sich selber kennen,  
sie sind es, wodurch wir das Gefühl fühlen lernen,

sagt Wilhelm Heinrich Wackenroder (1773-1798)

Das ist richtig, gleichzeitig bringt uns die Musik möglicherweise auch mit unangenehmen Narrativen als Folge dysfunktionaler Erfahrungen in Kontakt. D.h. sie hat verschiedene Funktionen inne.

Die Frage für die Indikation ist deshalb

**1. Welche Funktionen und Qualitäten muss Musik haben, um einem Menschen dabei zu helfen, eine Entwicklung/Veränderung zu erfahren?**

(in unserem Buch haben wir z. B. folgende Funktionen aufgezählt: Musik als sensorischer Stimulus, als Resonanzgeberin, als Halt- und Strukturgeberin, Trösterin,, als Vehikel, Übergangs- oder Intermediärobjekt, als Ressource, als Projektionsfläche, etc.).

**2. Worauf müssen sich diese Funktionen beziehen?**

Wann und wie kommen sie zum Tragen? Wann müssen z.B. Affekte aktiviert und wann gebremst werden? Wann soll sie z. B. trösten, wann konfrontieren?

**3. Welche Funktion hat Musik für welche Ziele bzw. auf welchen therapeutischen Wegen?**



Wann und wo soll sie z.B. nachsozialisierend, kreativitätsfördernd, gemeinschaftsbezogen oder bewusstseinsweiternd sein?

Die Wege der Heilung und Förderung aus der IT von Petzold zeigen uns nochmal sehr schön, welche therapeutischen Richtungen indiziert sein können.

#### **Die 4 Wege der Heilung und Förderung (Petzold)**

Die Wege 1 und 2 sind psychotherapeutisch orientiert, die Wege 3 und 4 eher soziotherapeutisch. Sie greifen natürlich ineinander. Aber bezogen auf unser Fach sehe ich die Bedeutung von Musiktherapie vor allem im 2. Weg, weil Musiktherapie hier auf *stabilisierende kompensierende und korrigierende Beziehungserfahrungen* spezialisiert ist. Auf den anderen Wegen ist Musiktherapie mehr im semispezifischen Sinn zu verstehen.

Die Funktion von Musik kann auch im Hinblick auf die OPD Achsen untersucht werden, um herauszuarbeiten, welche Bedeutung Musiktherapie für die Indikation hier hat. Sie wissen ja, dass die Achsen alle ineinander greifen und zusammen dann die Störungen in der Achsen ICD 10 erklären.

#### **Was sagt z. B. die musikalische Perspektive auf die einzelnen OPD-Achsen hinsichtlich der Indikation für Musiktherapie?**

In Bezug auf das **Krankheitserleben** Z.B. ist *Musik* für viele Kinder, Jugendliche und auch Erwachsene ein sehr wichtiger Schutzfaktor und eine haltgebende Ressource. In *seiner* Musik fühlt man sich innerlich zu Hause und in seinen Gefühlen und Überzeugungen verstanden. Mit *ihrer* Musik fühlen sich Mitglieder einer Peergroup einander zugehörig.

Musik als gemeinsam geteiltes Drittes stellt eine gute *Beziehungsbrücke* her, wenn man seine Probleme nicht direkt mitteilen kann oder will. Musik kann dem Therapeuten auch helfen, einen Zugang zur Welt eines Jugendlichen zu finden. Sie fördert soziales Sinnverstehen und hilft, den Klienten dort abzuholen, wo er zu Hause ist.

Oder **Konflikt**: Musik lebt von Spannungsbögen. In der Musik kommt es zu dynamischen Entwicklungen, die, einer musikalischen „Verarbeitungslogik“ folgend wie Weymann es nennt (1996, S. 220ff.), schließlich zur Lösung der Konflikte kommen. Musikalische Polaritäten (Konsonanz und Dissonanz, Spannung und Lösung, Auf und Ab, Laut und Leise, usw.) behandeln Themen, die nicht bewusste, entwicklungspsychologisch und psychodynamisch aber oft relevante Inhalte transportieren. In der gemeinsamen Improvisation wird der Umgang mit Konfliktthematiken wie Bindung und Trennung, Spannung und Lösung, Autonomie und Abhängigkeit, Anpassung und Durchsetzung, Auseinandersetzung und Konsens, Harmonie und Chaos, Ruhe und Bewegung hörbar.

Zur **Struktur und Beziehung** ist zu sagen: Die Struktur und Beziehungsfähigkeit eines Menschen entwickelt sich durch adäquate bzw. genügend gute Stimulierungen und auch hier hat die Musik eine wichtige Funktion:

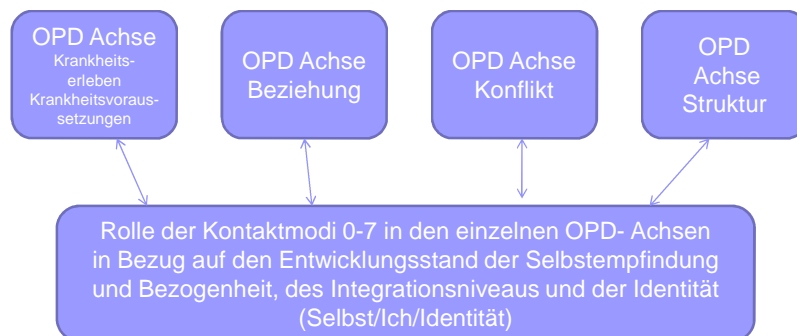
Wenn inadäquate Stimulierungen zwischen Caregiver und Kind sich nämlich auf die Entwicklung der psychischen Struktur, der sozialen Bezogenheit und auf die Bewältigung von Konflikten schädigend auswirken, d.h. zu Defiziten, Störungen, Konflikten oder Traumata führen, kann Musiktherapie auf solche frühe *Schädigungen* durch adäquate musikalische Stimulierungen Einfluss nehmen.

- fehlende oder mangelhafte Stimulierung durch Bezugspersonen und/oder gesellschaftliche Reize führen zu **Defiziten**
- unberechenbare Stimulierungsmuster von Seiten der Bezugspersonen, der Umwelt oder durch hormonelle/neurologische Fehlfunktionen führen zu **Störungen**
- widersprüchliche Stimulierungen bewirken **Konflikte**
- zu starke und zu häufige Stimulierungen führen zu **Traumata**

Es geht also darum, mit der Musik den Patienten adäquat zu stimulieren.

- Wie -kann Musik in der therapeutischen Situation und im Prozess die stimulierende Funktion haben, emotionale Defizite aufzufüllen, d.h. nachzunähren? Sie muss Halt und Sicherheit vermitteln. Beispiele hören wir im Workshop.
- Kann Musik die Funktion haben, mit dem musikalischen Angebot Erfahrungen von emotionaler Berechenbarkeit und Zuverlässigkeit zu vermitteln?
- Kann Musik die Funktion haben, Konflikte durch Affektregulierung zu lösen?
- Und welche Funktionen kann sie in der Behandlung von traumatisierten Menschen haben?

Ich denke, dass die EBQ von Karin Schumacher und Claudine Calvet über die Arbeit an den Kontaktmodi, also den Arten und Weisen des sozialen Verhaltens und Erlebens, sehr hilfreiche entwicklungs- und beziehungspsychologische Konzepte anbietet. Man kann die Kontaktmodi auf alle Achsen der OPD beziehen und wird auch gut begründen können, wie musikalisch in welchen Funktionen stimuliert werden muss, um das strukturelle Integrationsniveau eines Patienten zu verbessern und die Schritte in Richtung einer gesunden Identität mit reifem Selbst und reifem Ich gehen zu können.



- ❖ Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
  - ❖ EBQ nach Schumacher/Calvet
  - ❖ Strukturmodell nach Petzold
  - ❖ Stimulierungsmodell nach Petzold

25

## EBQ

Man sieht hier die 8 Kontaktmodi in ihrer Beziehung zur Entwicklung der psychischen Struktur. Diese Grafik ist in unserem Buch ausführlich beschrieben. Ich zeige es nur, um darauf hinzuweisen, dass die „höheren“ Modi alle anderen einschließen. Beziehungsfähig heißt **alle** Kontaktmodi zur Verfügung haben zu können. Ich muss also auch mal nur mit mir selbst beschäftigt sein dürfen.

Für die Indikation ist es allerdings wichtig, einschätzen zu können, wo sich jemand strukturell vorwiegend aufhält. In unserer Gesellschaft sind ja viele Menschen über das Instrumentalisieren anderer Menschen für die eigenen Zwecke nicht hinausgekommen (Modus 2-3). Sie halten sich für beziehungsfähig, sind aber zu keiner befriedigenden Interaffektivität und Nähe fähig. Das ist ein gesellschaftliches Phänomen! Für den Therapeuten ist auch wichtig, unterscheiden zu können, welche Funktion die Musik in der Entwicklung der Struktur haben muss. Oft ist es für den Patienten überstimulierend, bzw. eine Überforderung, mit ihnen face to face gemeinsam zu improvisieren. Sie brauchen vielleicht die Musik zuerst für sich selber, ohne den Therapeuten wahrnehmen zu müssen! Jedenfalls kann keine andere Therapieform als Musiktherapie dies so konkret diagnostisch und therapeutisch erlebbar machen.

Was ist nun das spezifisch Musiktherapeutische?

**Das Spezifisch Musiktherapeutische kann m.M.n. so formuliert werden:**

Menschen, die noch *nicht mentalisieren* können, weil sie noch keine Theory of Mind haben (Modus 0-3), können durch Musiktherapie lernen, Affekte als Beziehungsqualitäten zu erleben, abzustimmen, zu regulieren, gestalten und zu kommunizieren. Dadurch werden Beziehungserfahrungen mentalisierbar und lassen die Identität reifen.

Bei Menschen, die *mentalisieren* können (ab Modus 3), schlägt Musiktherapie *Brücken* zwischen den in oder mit der Musik erlebten Vitalitätsaffekten und Gestaltqualitäten und den mentalen Repräsentationen individueller und kollektiver Beziehungserfahrungen. Das bedeutet, dass alte Schemata durch neue Erfahrungen in einem neuen Kontext neu oder anders bewertet werden können. Das Verknüpfen des musikalischen Erlebensflusses mit neuen Beziehungserfahrungen öffnet damit die Möglichkeit, verinnerlichte schädigende Beziehungserfahrungen zu heilen, lindern, zu kompensieren oder differenzierend zu korrigieren.

*Musiktherapie* ist also *spezifisch indiziert*, wenn sie durch adäquate musikalische Stimulierungen und dem Einsatz von Musik in der richtigen Funktion eine emotionale Differenzierung bewirken.

Lassen Sie mich ein interessantes Fallbeispiel bringen. Einige biographische Daten in Kürze:

Der männliche Patient hat bereits als Kind eine besondere olfaktorische Begabung, über die er sich in der Welt orientiert. J.-B. G. wächst von Geburt an als Waise im Heim unter lieblosesten Bedingungen auf. Er spricht erst mit 5 Jahren. In der Pubertät wird er Lehrjunge bei einem tyrannischen Handwerker (arbeitet für ihn wie ein Sklave).

In der Zeit tötet er versehentlich ein Mädchen, als er ihren Körperduft einatmen will. Dennoch kann er in die Lehre bei einem Parfümeur gehen. Später reist er in eine andere Stadt, wo er beginnt, junge Frauen zu ermorden, um aus ihrem Körpergeruch Parfum zu machen. Auf Schaffott geführt verzaubert er mit seinem lieblichen Parfum die Menschen, die ihn zum Tode verurteilt haben, so dass er frei gelassen wird. Mit dem Parfum ist er zwar auf dem Höhepunkt seiner Macht, aber er kann sie nicht genießen. Erstmals im Leben kann er weinen. Zurückgekehrt in seinen Heimatort und in sein Elendsmilieu stirbt er an der Begierde der armen Menschen dort, denen er mit dem Parfum eine Ahnung von Nähe und Geliebt werden vermittelt.

Sicher haben Sie ihn erkannt, den Mörder Jean-Baptiste Grenouille aus dem hervorragend verfilmten Buch „Das Parfum“. Dieser Mensch ist uns sehr nah, weil wir vieles, was in unserer Gesellschaft schief läuft, in ihm und seiner Welt wiedererkennen, z.B. Menschen, die Nähe und Anerkennung durch Erfolgsstreben suchen, Narzissten in Führungspositionen, denen eine auf Intersubjektivität basierende menschliche Nähe oft fremd ist.

Ich habe diesen „Fall“ gewählt, weil ich als integrative Musiktherapeutin immer auch den gesellschaftlichen Hintergrund des Leidens eines Einzelnen im Blick habe. Jean-Baptiste wird

wunderbar so dargestellt, dass wir uns irgendwie alle in ihm wiederfinden können, und sei es nur durch die unerhörte Sehnsucht nach Nähe, die er über den Duft sucht. Der Körpergeruch der Mutter ist etwas ganz wichtiges. Ich hatte mal eine Patientin, die nie in den Arm genommen worden war, nur zum Ohrensäubern durfte sie sich bäuchlings auf den Schoß der Mutter legen. Sie zehrte ihr Leben lang vom dabei eingesogenen Duft der Mutter, der für Nähe und Geborgenheit stand.

Schauen wir uns mal seine Problematik aus entwicklungspsychologischer Sicht an

### **Schädigungen**

- Defizitäre und traumatische Beziehungserfahrungen (kein Körperkontakt, innere Leere, keine positive Resonanz, keine Wertschätzung, viel Gewalt)
- mangelhaft entwickelte Theory of Mind, kann sich nicht in die Gefühle anderer einfühlen, fehlende Mentalisierung, daher weder Empathie für andere noch moralische Skrupel
- defizitäres Selbstempfinden und defizitäre Bezogenheit wird kompensiert durch Ich-Funktionen
- Ressourcen: gute Resilienzen, gute Copingstrategien und Überlebenstechniken, Beharrlichkeit und Ausdauer beim Verfolgen einer Idee, lernwillig und fleißig

D.h. der Junge ist strukturell mäßig integriert, unsicher gebunden und in den EBQ Modi 0-3 stehengeblieben

### **Diagnostik unter Berücksichtigung der EBQ**

- J.-B. kann seinen eigenen Körpergeruch nicht riechen: steht für das defizitäre Selbstempfinden (Modus 0).
- Er reagiert auf Düfte von Gegenständen und Natur (Modus 1).
- Sein Geruchssinn ermöglichte es Jean-Baptiste zwar, sinnliche Erfahrungen mit Beziehungsqualitäten in den unteren Modi zu machen, in denen das Gegenüber noch nicht als Person mit eigenen Bedürfnissen, Gefühlen und Motivationen wahrgenommen wird. Was ihm aber fehlt sind Beziehungsqualitäten wie Interaffektivität, Gemeinsamkeit, Nähe und Spaß mit- und aneinander haben.
- Da Riechen und Hören verwandt sind (sie sind die Sinne, die unmittelbar Beziehungen herstellen und erleben lassen), wäre es denkbar, über musikalische Angebote in der musiktherapeutischen Beziehung Erfahrungen menschlicher Berührung (auch im übertragenen Sinn) zu machen.
- J.-B. konnte Frauen für seine Zwecke instrumentalisieren (morden und ihren Duft konservieren), um seine sensorischen Bedürfnisse und sein asexuelles Bedürfnis nach körperlicher Resonanz zu befriedigen, (Modus 2), auch aus dem Duft der Ermordeten ein Parfum kreieren und Urheberchaft und Selbstwirksamkeit erleben (Modus 3), sogar konnte er die negative Resonanz auf sein Morden in Anerkennung seiner

Macht umwandeln (Modus 2, 3, 4), doch die Erkenntnis, dass er zwar mächtig ist, aber nicht um seiner selbst willen geliebt wird, lässt ihn erstmals seine Einsamkeit und Trauer empfinden (Modus 4), was seinen Tod als Konsequenz hat.

- Da er auf dem Höhepunkt seiner Macht mit seinen Gefühlen der Trauer und Einsamkeit in Kontakt kommt, könnte Musiktherapie geeignet sein, ihn emotional nachzunähren und ihm **in und an** der musiktherapeutischen Beziehung die basalen Beziehungsqualitäten und Kontaktmodi zu vermitteln.

Bestünde also eine Indikation für Musiktherapie, wenn er denn überhaupt vor seinem Tod gekommen wäre und wir im 18. Jahrhundert gelebt und schon EBQ- Bewusstsein hätten, dann müsste

### **Musiktherapie immerhin bieten:**

Modus 0-3: nachnährende und korrigierende Beziehungserfahrungen durch Aufbau von Grundvertrauen (Annahme, Interesse, Wertschätzung, Resonanz) über musikalische Angebote. Musik mit Haltefunktion, spiegelnder- und resonanzgebender Funktion.

Modus 4: J.-B. Erfahrungen mit Interintentionalität und Interattentionalität. Der Therapeut bietet Musik als Drittes an, z.B. Musikhören, ein Stück einüben. Musik in der Funktion des Intermediärobjekts. Über die Musikerfahrungen können psychische Zustände, Vorstellungen, usw. dann ausgetauscht und geteilt werden.

Modus 5: J.-B. könnte über das wechselseitige Improvisieren face to face Erfahrungen von Begegnung und Kontakt (Nähe und Distanz) machen.

Modus 6: J.-B. könnte im gemeinsamen Spiel mit dem Therapeuten interaffektive Erfahrungen machen, d.h. den eigenen Gefühlszustand und den des Therapeuten wahrnehmen, aushalten und genießen.

Modus 7: J.-B. könnte seine Bedürfnisse nach Nähe und Distanz, seine Gefühle und sein Verhalten wahrnehmen, benennen, reflektieren, musikalisch und verbal kommunizieren und sich auf ein Du oder eine Gruppe entsprechend emotional einlassen.

M. E. ist dies eine Begründung für eine spezifische Indikation einmal nur aus der Sicht der EBQ. Aber es geht ja in der Therapie nicht nur um Beziehung in *diesem* Sinne.

### **Welche weiteren Kriterien für die Begründung einer Indikation für Musiktherapie für J.-B. G. gibt es noch?**

Ich denke z.B. an eine semispezifische Indikation, bei der

Musiktherapie **semispezifisch** indiziert ist, wenn sie Themen der **4 Wege der Heilung und Förderung** bearbeitet, die jedoch auch mit anderen Therapiemethoden bearbeitet werden könnten:

z. B. Analyse der eigenen Biografie, Klärung von Sinn- und Wertfragen (durch narrative Praxis, tiefenhermeneutisches Verstehen und Durcharbeiten)

z.B. Netzwerkentwicklung, Identitätsarbeit durch gemeinsame Erfahrungen und Performanzen (Rollenspiele, Netzwerkpflege, Singstunden) oder

Erschließung von Ressourcen und Potenzialen, Kreativitätsförderung (Netzwerk- und Projektarbeit, Empowerment Training, Community Music Therapy)

Sofern dabei jedoch der Fokus auf die **basalen Schädigungen der affektiven und sozialen Erlebens- und Verhaltensweisen** gelegt wird (wie sie in den *Kontaktmodi* nach Schumacher/Calvet-Kruppa erkennbar werden), **wird auch eine semispezifische Indikation zu einer spezifischen Indikation.**

### Kontraindikation

Musik wird oft nicht schön gefunden,  
weil stets sie mit Geräusch verbunden  
Wilhelm Busch

Wenn auch nicht eine semispezifische Indikation für Musiktherapie vorliegt, kann Musiktherapie kontraindiziert sein,

- Wenn Musiktherapie die schlechtere Methode der Wahl ist (bei Panikattacken z.B. besser VT)
- Wenn der Patient nicht freiwillig in die Musiktherapie kommt oder auf die Musik nicht anspricht
- wenn der Patient durch Musik geschädigt, z. B. (re)traumatisiert werden könnte (Musik wirkt überflutend, Patient kann sich nicht abgrenzen)
- Wenn die angebotene Musiktherapie nicht greift, z.B. weil kulturelle Barrieren und Konfusionen, unterschiedliche Therapievorstellungen bestehen bzw. das musiktherapeutische Konzept nicht passt
- Wenn auf einen Patienten in einer Klinik verschiedene klinische Konzepte einwirken (Musiktherapie versus VT)

Genug der Worte nun. Die Zeit ist um und ich sehe jetzt bei Ihnen ganz klar die Indikation für eine entspannende Behandlung der erschöpften Aufmerksamkeit gegeben.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!!!!