

# Lexikon Musiktherapie

**Hans-Helmut Decker-Voigt**  
**Eckhard Weymann**  
(Hrsg.)

Unter Mitarbeit von  
Monika Nöcker-Ribaupierre  
Eric Pfeifer

3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

# **Lexikon Musiktherapie**



**Hans-Helmut Decker-Voigt**  
**Eckhard Weymann**  
(Hrsg.)

# **Lexikon**

# **Musiktherapie**

Unter Mitarbeit von  
Monika Nöcker-Ribaupierre  
Eric Pfeifer

Redaktion  
Christine Decker-Voigt

3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage



**Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Hans-Helmut Decker-Voigt**, geb. 1945. Musikstudium in Trossingen, Erziehungswissenschaft in Lüneburg (Vordiplom), Masterstudium in Expressive Therapy/Psychology am Lesley College Grad.School Cambridge/USA (heute Lesley University). 1973–1978 Fachhochschullehrer Ev. FHS, RWL, Düsseldorf-Kaiserswerth. Seit 1977 Werk- und Forschungsauftrag in der Sozialpsychiatrie der Medizinischen Hochschule Hannover. 1978 Professor für Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Theater Hamburg und Gründer der Medienpädagogischen Werkstatt Lüneburger Heide/Lesley Institute for the Arts. 1985 Leiter des Modellversuchs der Bund-Länder-Kommission „Dipl.-Aufbaustudium Musiktherapie“. 1990–2010 Mitbegründer und Direktor des Instituts für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Theater Hamburg, seitdem dort Leiter der dortigen Forschungsstelle für Künstlerische Therapien. 1994–1996 General Chairman der World Association of Musictherapy zur Vorbereitung des VIII. Weltkongresses für Musiktherapie in Hamburg 1996. 1997 Präsident der Akademie für Künstlerische Therapien der Herbert von Karajan-Stiftung Berlin bis zu deren Integration in die Salzburger Festspiele 2018. Gastprofessuren in USA, China, Japan, Ungarn, Estland, Russland. Herausgebertätigkeit und Autor mit Übersetzungen in 16 Sprachen. Gründungsmitglied des Verbandes deutscher Schriftsteller und Mitglied der Deutschen Journalistenunion. Ehrendoktor der Kunstwissenschaften und Bibliothekswissenschaften, Ehrendoktor der Medizin u. a. Auszeichnungen. [www.decker-voigt-archiv.de](http://www.decker-voigt-archiv.de) und [www.decker-voigt.de](http://www.decker-voigt.de)

**Prof. Dr. sc. mus. Eckhard Weymann**, geb. 1953. Musikstudium in Köln, Diplom-Musikpädagoge. Musiktherapiestudium Mentorenkurs Musiktherapie Herdecke/Hochschule für Musik und Theater Hamburg, Diplom-Musiktherapeut. Supervisionsausbildung am Fortbildungsinstitut für Supervision Münster, Supervisor und Lehrsupervisor, Mitglied DGsv. 1986 Gründung des Instituts für Musiktherapie und Morphologie. Seit 1986 nebenberuflich Dozent und seit 1998 nebenberuflicher Professor an der Hochschule für Musik und Theater Hamburg. Stellvertretender Direktor des Instituts für Musiktherapie (1990–2002). Professor für Theorie und Praxis der Musiktherapie der Fachhochschule/University of Applied Sciences Frankfurt am Main, Leitung Masterstudiengang Musiktherapie (2005–2013). Professor für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Theater Hamburg Leitung des Instituts für Musiktherapie (2013–2020). Herausgebertätigkeit und Autor. Schwerpunkte in Lehre und Forschung: Improvisation, Theoriebildung der Musiktherapie, morphologische Musiktherapie, Healing Soundscape, Supervision, Berufsethik. Weitere Informationen unter: [www.hfmt-hamburg.de/die-hfmt/lehrende/](http://www.hfmt-hamburg.de/die-hfmt/lehrende/) und [www.praxisweymann.de](http://www.praxisweymann.de)

### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

### **Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Merkelstraße 3  
37085 Göttingen  
Deutschland  
Tel. +49 551 999 50 0  
Fax +49 551 999 50 111  
[info@hogrefe.de](mailto:info@hogrefe.de)  
[www.hogrefe.de](http://www.hogrefe.de)

Satz: Mediengestaltung Meike Cichos, Göttingen  
Format: pdf

3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2021  
© 1996, 2009 und 2021 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen  
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2836-9)  
ISBN 978-3-8017-2836-6  
<https://doi.org/10.1026/02836-000>

**Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

**Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Vorwort

## Jedes Jahrzehnt ein Lexikon...

Die erste Ausgabe dieses Lexikons erschien zum 8. Weltkongress für Musiktherapie 1996 in Hamburg mit 53 Autorinnen und Autoren von 112 Artikeln auf 430 Druckseiten. Die zweite Ausgabe 2009 wies 72 Autorinnen und Autoren mit 123 Artikeln aus auf 561 Druckseiten. In dieser dritten Ausgabe 2020 schreiben 82 Autorinnen und Autoren 122 Artikel. Sie erscheint nochmals deutschsprachig in einer ansonsten zunehmend englischen Wissenschaftslandschaft. Musiktherapie in Deutschland, der Schweiz und Österreich weisen in Praxis, Wissenschaft und Lehre ein eigenes Profil auf, das vielfältig international vernetzt ist.

## Etwas Leichtes zu Anfang

Ein Lexikon birgt immer sowohl generalisierende Gedanken, Überblicke, Durchblicke als auch Spezialwissen. Im Spannungsfeld zwischen Generalisierung und Spezialisierung entstand auch dieses – scheinbar – leichte Wortspiel, das in dieser Formulierung aus der Wissensküche des sog. Gauß-Lehrstuhls der Göttinger Astrophysiker und Astronomen stammt:

Ein Generalist weiß von immer mehr immer weniger – bis er schließlich von allem nichts mehr weiß. Ein Spezialist weiß von immer weniger immer mehr – bis er schließlich von nichts alles weiß.

## Zur Lesart dieser dritten Ausgabe

Es handelt sich um ein *Musiktherapie*-Lexikon. Insofern gilt es, diese Ausrichtung bei jedem Stichwort mitzudenken.

- Beispiel: *Kurzzeittherapie*. Mitzudenken ist „in der *Musiktherapie*“.
- Beispiel: *Onkologie* meint „*Musiktherapie in der Onkologie*“ usw.

Nur ausnahmsweise findet sich die Nennung von „*Musiktherapie*“ im Titel.

In einigen Bereichen wurden Stichworte aus vorigen Ausgaben zusammengefasst. Die Unterpunkte können über das Sachwortregister erschlossen werden. Dieses erfasst – ebenfalls mit wenigen Ausnahmen – nur spezifisch musiktherapeutisch geprägte Begriffe, nicht aber solche, die aus den benachbarten Gesundheitswissenschaften wie Psychologie, Medizin usw. vertraut sind.

Zur Form der Gestaltung einer gendergerechten Sprachform: Die Gestaltung in ihren Artikeln stand jeder Autorin und jedem Autor frei.

## Inhaltliche Akzente – bisher und hier

Lexika, Handbücher, Kompendien spiegeln versuchsweise einen Ist-Zustand. Die erste Ausgabe vor 24 Jahren spiegelte nicht das Gesamt der damaligen deutschsprachigen Musiktherapie-Szene, aber überwiegend die damalige Bandbreite vorhandener musiktherapeutischer Praxis und Methodologie sowie die sie begleitenden oder diesen zu-

grunde liegenden Theorien, z.B. aus der Psychoanalyse, humanistischen Psychologie, Morphologie und Medizin sowie teilweise der Heilpädagogik und Sonderpädagogik.

Die zweite Ausgabe akzentuierte umgekehrt: Die Ausgabe gewichtete die weiter sich entwickelnden und hinzugekommenen Theorie-Gebäude, gefolgt von neuen Methodenansätzen. Musiktherapie profilierte sich nicht mehr durch ihre Anschlussbereiche, sondern aus sich heraus – abzulesen an dem Wachstum der Terminologie für unsere Fachwissenschaft.

Diese dritte, aktuelle Ausgabe hingegen betont die stärkere Bezugssetzung zu den allgemeinen Diagnosesystemen wie dem ICD oder den DSM-Manualen sowie Entwicklung und Anwendung von musiktherapie-spezifischen Diagnose-Systemen und Forschungs- und Evaluationsinstrumenten. Neben etlichen Änderungen und Erweiterungen in der Praxeologie (z.B. Digitale Medien, Palliativmedizin) und neuen Aspekten wie Berufsethik, Interkulturalität oder neurobiologische Grundlagen zeigen sich auch in der Theoriebildung neue Akzente: z.B. Mentalisierung, Affektregulation, Intersubjektivität.

Ebenso neu sind die Kapitel Bücher, Monografien, Buchreihen und Zeitschriften – einmalige Übersichten, die bald aufgrund der Unübersehbarkeit digitaler Medien versinken, so aber hier lesbar auf Papier bleiben. Auch an der Erweiterung der verfügbaren Formate unterscheidet sich diese aktuelle Ausgabe von den vorherigen: Das Lexikon

ist auch ein eBook, Indikator dafür, dass eines Tages lexikalisches Wissen nicht mehr in Printform, sondern nur noch elektronisch-digital gesammelt erscheint – in ständiger Fluktuation des sich ändernden, erweiterten, sich überholenden Wissens.

### **Ein sechsfacher Dank der Herausgeber...**

...an das Team, das mit uns inhaltlich arbeitete!

Monika Nöcker-Ribaupierre und Eric Pfeifer erweiterten unsere Herausgeber-Perspektiven durch Mitauswahl der Themen und Einladungen an Autorinnen und Autoren und bearbeiteten die Artikel mit.

Christine Decker-Voigt danken wir für eine redaktionelle Koordination und Vernetzung, die uns alle zusammenhielt.

Wir danken dem Hogrefe Verlag in Göttingen, dessen scheidender Verlagsleiter Dr. Michael Vogtmeier noch die Entscheidung der Planung zu dieser Ausgabe mittrug und dessen Nachfolgerin Susanne Weidinger sowie zunächst Jule Leschner und in sämtlichen entscheidenden Schlussphasen Franziska Stolz.

Die Zusammenarbeit mit den Letztgenannten widersprach der häufigen Autorensicht (Herausgebersicht), dass das Verhältnis zwischen Verlag und Autor von Natur aus ein gespanntes sei!

Hans-Helmut Decker-Voigt  
Eckhard Weymann



# Inhaltsverzeichnis

<b>A</b> .....	<b>1</b>
ADHS	
<i>Waltraut Barnowski-Geiser</i> .....	1
Affektregulation	
<i>Silke Reimer und Gerhard Kupski</i> .....	6
Ambulante Musiktherapie	
<i>Christoph Salje</i> .....	12
Anthroposophische Musiktherapie	
<i>Till Florschütz</i> .....	17
Appellspektrum	
<i>Hans-Helmut Decker-Voigt</i> .....	23
Assessment	
<i>Dorothee von Moreau</i> .....	28
Atemtherapie	
<i>Gabriele Engert-Timmermann</i> .....	36
Atmosphäre	
<i>Jan Sonntag</i> .....	39
Ausbildung im deutschsprachigen Raum	
<i>Hans Ulrich Schmidt und Thomas Stegemann</i> .....	45
Ausdruckstherapie	
<i>Hannes Jahn</i> .....	53
Autismus-Spektrum-Störung	
<i>Thomas Bergmann und Monika Geretsegger</i> .....	57
<b>B</b> .....	<b>63</b>
Berufsethik	
<i>Thomas Stegemann und Eckhard Weymann</i> .....	63
Berufsrecht in Deutschland	
<i>Christoph Salje</i> .....	69

Berufsrecht in Österreich <i>Siegfried Böhm-Öppinger</i> .....	72
Berufsständische Organisationen <i>Melanie Voigt</i> .....	76
Borderline-Persönlichkeitsstörung <i>Gitta Strehlow</i> .....	83
Buchreihen, Monografien und Sammelbände <i>Volker Bernius</i> .....	89
<b>C</b> .....	<b>97</b>
Community Music Therapy <i>Tabea Thurn</i> .....	97
<b>D</b> .....	<b>101</b>
Demenz <i>Dorothea Muthesius</i> .....	101
Diagnostik <i>Hanns-Günter Wolf</i> .....	107
Digital Audio Workstation <i>Daniel Börsch</i> .....	113
Digitale Medien und Musiktechnologien <i>Markus Sommerer</i> .....	115
Dokumentation <i>Dorothee von Moreau</i> .....	119
<b>E</b> .....	<b>123</b>
EBQ – Einschätzung der Beziehungsqualität <i>Karin Schumacher, Claudine Calvet und Silke Reimer</i> .....	123
Einzelmusiktherapie <i>Susanne Bauer</i> .....	128
Entwicklungspsychologie <i>Claudine Calvet und Karin Schumacher</i> .....	135
Entwicklungspsychologisch orientierte Musiktherapie <i>Karin Schumacher und Claudine Calvet</i> .....	141
Erwartungshaltungen <i>Katharina Stahr</i> .....	148
Essstörungen <i>Bernd Reichert</i> .....	153

Ethnologische Aspekte <i>Tonius Timmermann</i> .....	158
Ethno-Musiktherapie <i>Gerhard Tucek</i> .....	161
Evidenzbasierung <i>Thomas K. Hillecke, Alexander F. Wormit und Friedrich-Wilhelm Wilker</i> .....	167
<b>F</b> .....	<b>175</b>
Forensik <i>Évi Forgó Baer</i> .....	175
Forschung <i>Rosemarie Tüpker</i> .....	181
<b>G</b> .....	<b>187</b>
Geistige Behinderung <i>Maria Becker</i> .....	187
Gerontologie und Gerontopsychiatrie <i>Thomas Wosch</i> .....	193
Geschichte der Musiktherapie in Deutschland <i>Petra Jürgens und Monika Nöcker-Ribaupierre</i> .....	198
Geschichte der Musiktherapie in Österreich <i>Monika Geretsegger</i> .....	211
Geschichte der Musiktherapie in der Schweiz <i>Sandra Lutz Hochreutener</i> .....	217
GIM – Guided Imagery and Music <i>Isabelle Frohne-Hagemann</i> .....	223
Gruppenmusiktherapie <i>Susanne Bauer</i> .....	229
<b>H</b> .....	<b>235</b>
Harmonikale Forschung <i>Tonius Timmermann</i> .....	235
Healing Soundscape <i>Eckhard Weymann</i> .....	239
Hören – Entwicklung und Bedeutung <i>Monika Nöcker-Ribaupierre</i> .....	244
Hörschädigung und Hörbehinderung <i>Elisabeth Sigron Krausse</i> .....	249

<b>I</b> .....	<b>253</b>
Improvisation	
<i>Eckhard Weymann</i> .....	253
Improvisationsanalyse	
<i>Martin Deuter</i> .....	260
Indikation	
<i>Isabelle Frohne-Hagemann und Monika Smetana</i> .....	266
Indikationsspektrum Kindermusiktherapie	
<i>Bernd Reichert</i> .....	272
Integrative Musiktherapie	
<i>Josef Moser</i> .....	277
Interkulturalität	
<i>Eric Pfeifer, Edith Wiesmüller und Thomas Stegemann</i> .....	282
Intermusiktherapie	
<i>Inge Nygaard Pedersen</i> .....	287
Intersubjektivität	
<i>Heike Plitt</i> .....	290
<b>K</b> .....	<b>297</b>
Konsonanz und Dissonanz	
<i>Rosemarie Tüpker</i> .....	297
Körperwahrnehmung und Körperarbeit	
<i>Hanna Skrzypek</i> .....	303
Kriegstraumata	
<i>Dorothee Storz</i> .....	306
Kurzzeittherapie	
<i>Dorothee Storz</i> .....	310
<b>L</b> .....	<b>313</b>
Lehrmusiktherapie	
<i>Sandra Lutz Hochreutener</i> .....	313
Leiborientierte Musiktherapie	
<i>Waltraut Barnowski-Geiser</i> .....	319
<b>M</b> .....	<b>325</b>
MAKS – Musiktherapeutische Ausdrucks- und Kommunikationsskala	
<i>Dorothee von Moreau</i> .....	325

Manualisierte Musiktherapie <i>Thomas K. Hillecke, Alexander F. Wormit und Friedrich-Wilhelm Wilker</i> .....	330
Medizinische Leitlinien <i>Annegret Körber und Beatrix Evers-Grewe</i> .....	336
Mentalisierung <i>Gitta Strehlow</i> .....	340
Microanalysis <i>Thomas Wosch</i> .....	347
Morphologische Musiktherapie <i>Rosemarie Tüpker und Eckhard Weymann</i> .....	353
Musikalisches Lebenspanorama <i>Josef Moser</i> .....	360
Musikbegriff <i>Maria Becker</i> .....	365
Musikermedizin und Musikphysiologie <i>Maria Schuppert und Eckart Altenmüller</i> .....	372
Musik-imaginative Schmerzbehandlung (Entrainment) <i>Susanne Metzner</i> .....	379
Musikinstrumente <i>Johannes Oehlmann</i> .....	383
MusikMedizin <i>Ralph Spintge</i> .....	390
Musikpsychologie <i>Clemens Wöllner</i> .....	395
Musiktherapeutische Tiefenentspannung (MTE) <i>Hans-Helmut Decker-Voigt und Eric Pfeifer</i> .....	400
Musiktherapie in pädagogischen Institutionen <i>Karin Holzwarth</i> .....	405
Musiktherapie mit Familien <i>Thomas Stegemann</i> .....	411
Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen <i>Thomas Stegemann</i> .....	418
<b>N</b> .....	<b>425</b>
Natur und Musiktherapie <i>Eric Pfeifer</i> .....	425
Neonatologie – Musiktherapie für frühgeborene und kranke neugeborene Kinder <i>Monika Nöcker-Ribaupierre</i> .....	431

Neurobiologische Grundlagen <i>Thomas Stegemann</i> .....	437
Neurologische Musiktherapie <i>Stefan Mainka</i> .....	446
Neurorehabilitation <i>Monika Baumann</i> .....	451
Nordoff/Robbins Musiktherapie (Schöpferische Musiktherapie) <i>Peter Hoffmann</i> .....	455
<b>O</b> .....	<b>459</b>
Onkologie <i>Pia Preißler</i> .....	459
OPD – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik <i>Hanns-Günter Wolf</i> .....	465
Orff-Musiktherapie <i>Melanie Voigt</i> .....	473
<b>P</b> .....	<b>479</b>
Palliativmedizin und Hospiz <i>Sarah Böhmer</i> .....	479
Persönlichkeitsstörungen <i>Heike Plitt</i> .....	486
Prävention und Prophylaxe <i>Andreas Wöfl</i> .....	492
Praxeologie <i>Sandra Lutz Hochreutener</i> .....	498
Psychodynamic Movement <i>Inge Nygaard Pedersen</i> .....	505
Psychodynamische Musiktherapie <i>Marianne Bauer</i> .....	508
Psychosomatik <i>Nicola Scheytt-Hölzer</i> .....	514
<b>Q</b> .....	<b>521</b>
Qualitätssicherung <i>Alexander F. Wormit, Thomas K. Hillecke und Friedrich-Wilhelm Wilker</i> .....	521

<b>R</b> .....	<b>527</b>
Resonanz	
<i>Barbara Gindl</i> .....	527
Rezeptive Musiktherapie	
<i>Isabelle Frohne-Hagemann</i> .....	532
<b>S</b> .....	<b>539</b>
Salutogenese	
<i>Rolf Verres</i> .....	539
Schizophrenie und Musiktherapie in der Psychiatrie	
<i>Sylvia Kunkel</i> .....	544
Schmerztherapie	
<i>Ralph Spintge und Monika Nöcker-Ribaupierre</i> .....	548
Schwabe-Musiktherapie	
<i>Ulrike Haase</i> .....	556
Schwerstbehinderung	
<i>Silke Reimer</i> .....	560
Sehbehinderung – Blindheit	
<i>Heike Wrogemann-Becker</i> .....	565
Settingformen	
<i>Susanne Bauer</i> .....	569
Singen und Selbstregulation	
<i>Elke Wünnenberg</i> .....	575
Singende Krankenhäuser	
<i>Elke Wünnenberg</i> .....	582
Soziale Arbeit	
<i>Theo Hartogh</i> .....	588
Sozialpädiatrie	
<i>Gudrun Bassarak</i> .....	594
Spiritualität und Seelsorge	
<i>Johannes Oehlmann</i> .....	600
Sprachstörungen	
<i>Barbara Keller</i> .....	606
Stille	
<i>Eric Pfeifer</i> .....	610
Suchtbelastung	
<i>Waltraut Barnowski-Geiser</i> .....	614
Supervision	
<i>Eckhard Weymann</i> .....	621

Synchronisation	
<i>Karin Schumacher und Claudine Calvet</i> .....	628
Systemische Ansätze	
<i>Tonius Timmermann</i> .....	634
<b>T</b> .....	<b>639</b>
Trance	
<i>Jörg Fachner</i> .....	639
Trauer	
<i>Bettina Kandé-Staehelin</i> .....	646
Trauma	
<i>Edith Wiesmüller</i> .....	652
Trennungskinder und Musiktherapie	
<i>Nicola Nawe</i> .....	657
<b>V</b> .....	<b>663</b>
Vokale Musiktherapie	
<i>Sabine Rittner</i> .....	663
<b>W</b> .....	<b>669</b>
Weiterbildung und Fortbildung	
<i>Melanie Voigt</i> .....	669
Wiener Schule der Musiktherapie	
<i>Elena Fitzthum und Karin Mössler</i> .....	675
Wirkfaktoren der Musiktherapie	
<i>Thomas K. Hillecke, Friedrich-Wilhelm Wilker und Alexander F. Wormit</i> .....	681
<b>Z</b> .....	<b>689</b>
Zeitschriften (Periodika)	
<i>Volker Bernius</i> .....	689
Autorinnen und Autoren des Bandes .....	697
Sachregister .....	705



# A

## ADHS

Waltraut Barnowski-Geiser

Mit ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) wird ein Störungsbild bezeichnet (Anlehnung an ICD-10), das im Wesentlichen durch drei Merkmale gekennzeichnet ist: durch Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und motorische Hyperaktivität. Landläufig ist das Krankheitsbild im Bild des *Zappelphilipps* (ADHS oder hyperaktives Kind) oder *Träumers* (ADS-Kind) bekannt (Aust-Claus & Hammer, 2014).

ADHS gehört zu einer der am häufigsten gestellten Diagnosen im Kindes- und Jugendalter. Die Prävalenzen werden bei Jungen bei 6 bis 17%, bei Mädchen zwischen 3 bis 6% angegeben (Bernatzky & Kreutz, 2015). Jungen sind deutlich häufiger betroffen als Mädchen. Da die Kinder im Säuglings- und Kindergartenalter oft nur eine „normale“ Verhaltenspalette zu zeigen scheinen und noch kaum auffallen, wird die Schulzeit für viele eine Zeit des „auffällig Werdens“. ADHS muss als ein kaum noch zu übersehendes Thema der musiktherapeutischen Psychotherapie als auch der musiktherapeutischen Arbeit in der Heil-/Sonder- und allgemeinbildenden Pädagogik eingestuft werden. Bislang liegen trotz der hohen Prävalenz kaum evidenzbasierte Studien für den Einsatz von Musiktherapie bei ADHS vor, wenngleich musiktherapeutische Angebote durchaus im klinischen Behandlungssetting vorkommen (Bosse et al., 2013).

Kaum ein anderes Krankheitsbild ist von so großer gesundheits- und gesellschaftlicher Relevanz und erfährt vergleichbar kontroverse Diskussionen. Als Gründe sehen

Ritalingegner sowie Gegner primär pharmakologisch orientierter Behandlung die unerforschten Risiken und die nicht unerheblichen Nebenwirkungen der einschlägigen Medikamente (Armstrong, 2002; Hüther & Bonney, 2004). Hand in Hand mit der im Kindes- und Jugendalter (inzwischen auch Erwachsenenalter) immer häufiger gestellten Diagnose war der immense Anstieg der Verschreibung von Ritalin zu beobachten. Befürworter betonen die pathogenetische neuronale Komponente: „ADS ist kein Erziehungsfehler und keine gewollte Marotte der Kinder. ADS ist eine Störung der Informationsverarbeitung im Gehirn“ (Aust-Claus & Hammer, 2001, S. 20).

Geschichtlich findet das Phänomen „unruhiges Kind“ im beginnenden 19. Jahrhundert Beachtung; nicht zuletzt das Buch „Der Struwwelpeter“ mit dem Protagonisten Zappelphilipp kann hier als Zeitzeuge gelten. Eine Vielzahl von wechselnden Bezeichnungen sind historisch zu beobachten: vom *Minimal brain damage syndrome*, *Minimal brain dysfunction* oder im DSM-IV als *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* ist ebenso die Rede wie von *Nervöser Konstitution*, von *Neurasthenie* oder gar von *affektivem und moralischem Irresein* (Müller, Candrian & Kropotov, 2011). Zu Beginn des 20. Jahrhunderts werden ADHS-Kinder in die Rubrik der schwer erziehbaren Kinder gerückt. Die Entdeckung des Methylphenidats Mitte des 20. Jahrhunderts löst eine neue Welle pharmakologisch orientierter Behandlungen als auch der hitzigen Diskussionen rund um die Therapie des ADHS aus.

## Symptomatik und Einordnung

Unterschieden werden laut DSM-5 grundlegend drei Typen von Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen: der vorwiegend hyperaktiv-impulsive Typus, der vorwiegend unaufmerksame Typus sowie eine Mischform (American Psychiatric Association, APA, 2015). In der ICD-10 wird zudem unter F 98.8 eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität beschrieben, diese wird oft als ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom) bezeichnet. Alters- und Zeitkontinuum wird bei der Diagnosestellung als bedeutsam eingestuft, ebenso wie Verhaltenszuschreibungen, die nach Stärke und Auftrittshäufigkeit differenziert werden. Im DSM-5 werden als Leitsymptome Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität beschrieben. Einige der Symptome müssen dabei, um die Diagnose stellen zu können, bis zum 6. Lebensjahr aufgetreten sein sowie mindestens sechs Symptome von Unaufmerksamkeit bzw. Hyperaktivität/Impulskontrolle über einen längeren Zeitraum (in der Regel zwischen 3 bis 6 Monaten) gegeben sein. Die Auffälligkeiten müssen sich in mindestens zwei Bereichen zeigen und zu bedeutsamen Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen geführt haben. Differenzialdiagnostisch wird abgegrenzt zu tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, zu Schizophrenie o. a., teils werden familiäre Belastungen nicht genügend in den Blick genommen (Barnowski-Geiser, 2009). Die Objektivität der Diagnosestellung wird kritisch gesehen, da die verwendeten Einschätzungen aus dem sozialen Umfeld individuellen Bewertungen unterliegen (Baer, 2005), wie etwa: „*Platzt mit den Antworten heraus*“, „*Kann nur schwer abwarten*“, „*Steht auf, sollte jedoch sitzen bleiben*“.

Als weitere dem Krankheitsbild zugehörige Verhaltensmerkmale werden beschrieben: geringe Frustrationstoleranz, Wutanfälle,

Herrschaft, Widerspenstigkeit, geringes Selbstwertgefühl u. Ä. Zugleich zeigen sich höhere Prävalenzen für Komorbiditäten, wie beispielsweise Angststörungen, Lernstörungen, Tic-Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens. Bei ca. 30 % der Betroffenen bleibt die Störung, oft in abgewandelter Form, bis ins Erwachsenenalter erhalten. Aus leibphänomenologischer Perspektive zeigten die Kinder und Jugendlichen (Baer & Barnowski-Geiser, 2005):

- Ungerichtet-Sein (ohne „Standpunkt“, fehlende Links-rechts-Unterscheidung etc.),
- Diffusität („wie im Nebel“),
- Durchlässigkeit (Gefühl des Ungeschützt-Seins),
- Filterschwäche (Schwierigkeit, Reize zu gewichten und differenzieren),
- Hochsensibilität (besondere Empfindsamkeit für Stimmungen und Spannungszustände),
- hohe Erregungskontur, oftmals mit Verlust der Impulskontrolle,
- geringer Selbstwert.

Neben den pathogenen Aspekten drohen Ressourcen der Kinder oftmals übersehen zu werden, gerade auch im schulischen Kontext. Zu diesen Ressourcen zählen neben anderen vor allem Kreativität und Fantasie reichum sowie Spontaneität: Aspekte, die begründen mögen, warum sich ADHS-Kinder in künstlerischen Medien oft gut heimtet fühlen.

## Entstehung und Behandlung

Entstehungsursachen des ADHS werden vielschichtig und teils sehr unterschiedlich gesehen, zahlreiche Faktoren werden als Verursacher gehandelt: biopsychosoziale, genetische, psychodynamische, soziale und gesellschaftliche, erzieherische, ernährungsbedingte Mangelzustände, Umweltgifte etc., wie auch prä-, peri- oder postnatale Komplikationen (Salje, 2005). Aus die-

sen unterschiedlichen Menschenbildern und Paradigmen über die Entstehung ergeben sich ebenso vielfältige Behandlungsansätze: Verbreitet sind Psychoedukation, Psychotherapie – hier vor allem kognitive Verhaltenstherapie sowie systemische Ansätze –, Pharmakotherapie und Psychostimulanzien. Als effektiv erwiesen sich multimodale Behandlungsansätze von Psychotherapie, Pharmakotherapie sowie familien- und umfeldbezogener Psychoedukation (Bosse et al., 2013). Systemische Aspekte zeigten sich als bedeutsam für Aufrechterhaltung und Verlauf der Krankheit (Armstrong 2002; Hüther & Bonney, 2004; Barnowski-Geiser, 2009).

Insbesondere der Behandlung mit Methylphenidat (auch bekannt als Ritalin) sowie anderen Psychostimulanzien kommt eine breite Verwendung zu – Tendenz steigend. Die Wirkung dieser Medikamente, Dopamin im synaptischen Spalt freizusetzen bei gleichzeitiger Hemmung der Wiederaufnahme, scheint teils zu Vereinfachung der Informationsverarbeitung im Gehirn zu führen, in der Folge zu besserer Aufmerksamkeit und Selbstregulation sowie zu verbessertem Wohlbefinden (Benkert, Hautzinger & Graf-Morgenstern, 2016). Die dauerhafte Einnahme der Substanzen kann mit Nebenwirkungen einhergehen wie Appetitlosigkeit, Tic-Störungen, Schwindel etc. Der Einsatz von Ritalin ist seit seinem Ersteinsatz umstritten und die Notwendigkeit der Verordnung in Abhängigkeit der Schwere der Erkrankung zu setzen; erst eine genauere Erforschung der Ursachen des ADHS kann hier mehr Klarheit verschaffen. Der biopsychosoziale Kontext der Kinder scheint teils vernachlässigt: Hier wird die Erkrankung etwa als Ausdruck postmoderner Lebensformen eingeschätzt (Geißler, 1999) und stärker als ins Stocken geratener Prozess denn als Krankheit angesehen.

Der Maßstab der Störung liegt demnach im Kind und seinem Selbsterleben im sozialen Feld begründet. Dieser Zusammenhang von affektivem Klima und individueller Entwicklung bzw. Entwicklungshemmung findet leider nicht die ihm gebührende Beachtung. Sollte man hier nicht fairerweise auch von einer Aufmerksamkeitsstörung sprechen? (Gerspach, 2004, S. 48)

Wie bei anderen psychotherapeutischen Behandlungen auch

[...] ist wohl davon auszugehen, dass eine erfolgreiche Psychotherapie zumindest beim Vorliegen vorgeburtlicher und frühkindlicher Schädigungen nicht in einer „Heilung“, also der völligen Wiederherstellung früherer gesunder Zustände besteht, sondern im deutlichen Lindern der Befindlichkeit des Patienten und im Einstellen eines neuen psychischen Gleichgewichts, mit dem der Patient ein weniger eingeschränktes Leben führen kann. (Roth & Strüber, 2014, S. 369)

## Musiktherapie bei ADHS

Nicht nur dem musikalisch Geschulten werden im Umgang mit Kindern, die die Diagnose ADHS tragen, die Parameter Tempo und Lautstärke ins Ohr springen. Möchte man diese Kinder in einem Zeitmaß beschreiben, so werden musikalische Tempobezeichnungen augenfällig: „presto“ (schnell), „vivace“ (lebendig) und das kaum noch für möglich gehaltene Prestissimo (äußerst schnell) als „accelerando“ (beschleunigend). Spielerische Arbeit mit Tempi, hier durchaus verstanden als Abbild des Seelenzustands (Roth & Strüber, 2014), kann interessante Zugänge zu den Kindern eröffnen. Nicht nur neurowissenschaftliche Erkenntnisse scheinen die Arbeit mit Musik nahezulegen, ermöglicht sie doch eine Chance auf neue neuronale Bahnungsprozesse (Hüther & Bonney, 2004; Spitzer, 2003). Musiktherapie eröffnet Chancen auf neuartige Resonanzerfahrungen abseits oder neben Verhaltensfahrplänen. In einem multimo-

dalen Ansatz darf Musiktherapie so eine Position im Konzert der psychotherapeutischen und pädagogischen Arbeiten beanspruchen. „Musiktherapie bietet differenzierte Möglichkeiten, den Herausforderungen einer psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen adäquat zu begegnen“ (Bosse et al., 2013, S. 19). Nonverbale Aufmerksamkeitsfokussierung und Strukturierungshilfen durch rhythmisches Erleben scheinen in besonderer Weise indiziert für die Kardinalsymptome Unaufmerksamkeit und Impulsivität.

Der Vorteil der Musiktherapie liegt in der Möglichkeit, sowohl konkret auf der Verhaltensebene zu arbeiten und so die primären Symptome zu verändern, als auch die seelischen Aspekte des Störungsbildes auf kindgerechte Weise zu berücksichtigen. Das Maß zwischen gesetzter Struktur und eigengestalteter Freiheit zu finden, stellt eine besondere Aufgabe der therapeutischen Beziehung in der ADHS-Therapie dar. Ebenso müssen Reizqualität und -quantität besonders in den Blick genommen werden, [...] die Gefahr einer „Überreizung“ kann sowohl durch Auswahl der Instrumente als auch durch Spielangebote und Interaktionen besonders in Gruppen gegeben sein. (Bosse et al., 2013, S. 19)

Bosse und Kollegen (2013) legten eine Auswertung zielorientierter Indikationen für Musiktherapie vor. Dabei zeigten sich als möglicher Fokus musiktherapeutischer Indikationen:

- Geborgenheit erleben,
- Selbstwirksamkeit erfahren,
- Spannungsregulation,
- Selbstaussdruck,
- Selbst- und Fremdwahrnehmung,
- Strukturierung,
- Motivation,
- positive Gruppenerfahrungen,
- Begegnungsräume schaffen,
- Erfahrung von Stille,
- Hören lernen.

Im ressourcenorientierten Semnos-Konzept (Baer & Barnowski-Geiser, 2005), in dem intermediale Arbeit eingesetzt wird, steht die Würdigung der Kinder im Fokus. „Unser zentrales Anliegen besteht darin, Kinder, die mit ADS/ADHS diagnostiziert wurden, in ihrer Not und in ihren Fähigkeiten zu würdigen“ (Baer, 2005, S. 9). Die Arbeit mit Leibrichtungen („Nicht nur nach vorne stürmend“/„Hinein statt Hinaus“), mit „Laut-Stärken“ und „Leise-Schwächen“ (Barnowski-Geiser, 2005) sowie mit Selbstwertproblematiken stehen im Fokus. Auch Gefühle, die im Schatten der vordergründigen Krankheitssymptomatik liegen (sekundäre Krankheitsfolgen), werden in den Blick genommen, wie Ängste, Einsamkeits- und Ohnmachtsgefühle. Musikimaginative Improvisationen, wie das „Raumschiff Galaktika“ (Barnowski-Geiser, 2005), sollen spielerisch neue Räume des Erlebens schaffen.

## Fazit

Musiktherapie verfügt anscheinend methodologisch über geeignete Wirkweisen für ADHS-Erkrankte, insbesondere im Konzert eines multimodalen Therapieansatzes. Dabei ist weniger davon auszugehen, dass Musik „an sich“ wirkt, sondern erst bei sorgfältiger Gestaltung des therapeutischen Rahmens ihre ureigenen Potenziale und damit auch die der Kinder und Jugendlichen entfalten kann. Grundsätzlich ist anzumerken, dass die empirische Nachweislage bzgl. der Indikation und Anwendung von Musiktherapie bei ADHS bislang auf qualitativer Einzelfallerhebung beruht und keine allgemeingültigen Aussagen zulässt. Entscheidend für den Erfolg der Therapie scheint auch zu sein, dass Musiktherapie nicht ein weiteres Schlachtfeld zum Einhalten von Regeln wird, sondern neue Spiel-, Erlebens- und Verhaltensräume erschafft. Dies setzt

eine besondere klientspezifische Sensibilisierung und Ausbildung auf Seiten der Therapeuten voraus.

## Literatur

- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5* (Deutsche Ausgabe herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen, mitherausgegeben von Manfred Döpfner et al.). Göttingen: Hogrefe.
- Armstrong, T. (2002). *Das Märchen vom ADHS-Kind. 50 sanfte Möglichkeiten, das Verhalten ihres Kindes zu verbessern – ohne Zwang und ohne Pharmaka*. Paderborn: Junfermann.
- Aust-Claus, E. & Hammer, P.M. (2014). *Das ADS-Buch. Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Neue Konzentrationshilfen für Zappelphilippe und Träumer* (18. Aufl.). Ratingen: Oberste Brink Verlag.
- Baer, U. (2005). *Semnos – ein Hilfefkonzept, das hyperaktive Kinder würdigt*. Neukirchen-Vluyn: Semnos.
- Baer, U. & Barnowski-Geiser, W. (2005). *Hyperaktive Kinder kreativ: Das Semnoskonzept in Therapie und Pädagogik*. Neukirchen-Vluyn: Semnos.
- Barnowski-Geiser, W. (2005). Musik in der Therapie mit hyperaktiven Jugendlichen. Klangbotschaften-Innenansichten-Resonanzen. In U. Baer & W. Barnowski-Geiser (Hrsg.), *Hyperaktive Kinder kreativ: Das Semnoskonzept in Therapie und Pädagogik* (S. 83–123). Neukirchen-Vluyn: Semnos.
- Barnowski-Geiser, W. (2009). Hören, was niemand sieht. Kreativ zur Sprache bringen, was *Kinder und Erwachsene aus alkoholbelasteten Familien bewegt*. Neukirchen-Vluyn: Semnos.
- Benkert, O., Hautzinger, M. & Graf-Morgenstern, M. (2016). *Psychopharmakologischer Leitfaden für Psychologen und Psychotherapeuten* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bernatzky, G. & Kreutz, G. (Hrsg.). (2015). *Musik und Medizin. Chancen für Therapie, Prävention und Bildung*. Wien: Springer.
- Bosse, J., Stegemann, T., Schmidt, H.U. & Timmermann, T. (2013). Dem Aufmerksamkeitsdefizit mit Aufmerksamkeit begegnen – was die Musiktherapie Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose bieten kann. *Musiktherapeutische Umschau*, 34 (1), 7–22. <https://doi.org/10.13109/muum.2013.34.1.7>
- Geißler, K. (1999). *Vom Tempo der Welt – am Ende der Uhrzeit*. Freiburg: Herder.
- Gerspach, M. (2004). Hyperaktivität aus der Sicht der Psychoanalytischen Pädagogik. In M. Passolt (Hrsg.), *Hyperaktivität* (S. 45–71). München: Piper.
- Hüther, G. & Bonney, H. (2004). *Neues vom Zappelphilipp. ADS verstehen, vorbeugen und behandeln*. Düsseldorf: Patmos.
- Müller, A., Candrian, G. & Kropotov, J. (2011). *ADHS – Neurodiagnostik in der Praxis*. Berlin: Springer.
- Roth, G. & Strüber, N. (2014). *Wie das Gehirn die Seele macht* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Salje, C. (2005). „Ich habe kein Problem – nur alle anderen“ – Musiktherapie für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung im Rahmen einer ambulanten Behandlung. In C. Plahl & H. Koch-Temming (Hrsg.), *Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen-Methoden-Praxisfelder* (S. 307–317). Bern: Huber.
- Spitzer, M. (2003). *Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens*. Heidelberg: Spektrum.

# Affektregulation

*Silke Reimer und Gerhard Kupski*

## Definition

Als Affektregulation wird die Fähigkeit bezeichnet, Gefühlszustände so zu modellieren, dass die durch äußere oder innere Vorgänge ausgelösten Affekte sowohl psychisch als auch körperlich integriert werden können. Vor dem Hintergrund der musiktherapeutischen und entwicklungspsychologisch orientierten Perspektive dieses Beitrags wird hier dem Begriff Affektregulation vor dem ebenfalls häufig verwendeten Begriff Emotionsregulation der Vorzug gegeben.

## Einleitung

Die Fähigkeit, Affekte zu regulieren, ist lebenslang von wesentlicher Bedeutung. Eine angemessen regulierte Affektlage ist aus entwicklungspsychologischer Sicht die Voraussetzung für Aufmerksamkeit und Interaktion und ermöglicht es einem Menschen, sich zu entwickeln und zu lernen. Ist die Fähigkeit zur Selbstregulation gestört, so können sich für die Betroffenen Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung bis hin zu sozialer Isolation und psychischen Erkrankungen entwickeln. Psychotherapien unterschiedlicher Konzeption sowohl psychoanalytischen wie verhaltenstherapeutischen Ursprungs wenden sich seit den 1990er-Jahren vermehrt der Bedeutung von Affekten und Emotionen zu. Dies gilt für die Behandlung affektiver Störungen, besonders aber auch von Essstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen oder Persönlichkeitsstörungen, die zunehmend im Licht einer gestörten Affektregulation betrachtet werden. Dabei beruht der Begriff Affektregulation auf teils divergierenden, teils einander ergänzenden theoretischen Grundlagen. Abhängig vom Störungsverständnis und dem jeweiligen Erklä-

rungsmodell sind sowohl neurobiologische, psychosoziale und lerntheoretische als auch psychodynamisch-interaktionelle Modelle und schließlich achtsamkeitsbasierte Perspektiven zur Affektregulation entwickelt worden. Häufig, besonders aber im Fall der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT), die sich als integratives Modell versteht, kommen entwicklungspsychologische und bindungstheoretische Erkenntnisse zur Geltung. Ansatzübergreifend lässt sich sagen, dass sowohl die Beziehungsgestaltung zwischen Patient und Therapeut als auch therapeutische Interventionen verstärkt auf Störungen der Affektregulation und deren Folgen hin ausgerichtet werden. Dies gilt in besonderem Maße für die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). So wird bei aller Unterschiedlichkeit der Ansätze der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT), der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) und der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) und ihren jeweiligen Interventionen ein unmittelbar ursächlicher Zusammenhang zwischen Affektregulationsstörung, den in DSM-IV bzw. DSM-5 und ICD-10 beschriebenen Symptomen und gravierenden Beeinträchtigungen in praktisch allen Lebensbereichen hergestellt. Das Verbindende aller erwähnten Ansätze ist, dass sich auf Affekte bezogene Interventionen im Medium Sprache bewegen. Doch besteht ein wachsendes Bewusstsein dafür, dass nonverbale Aspekte des Beziehungsgeschehens wie Körperhaltung, Prosodie, Stimme, mimischer Ausdruck usw. für die Qualität der therapeutischen Interaktion von maßgeblicher Bedeutung sein können (Kupski & Schultz-Venrath, 2014, 2017).

In der Musiktherapie ist es nicht notwendig, dass Patienten Emotionen oder Affekte ver-

balisieren können, sondern er bzw. sie „spricht“ durch den musikalischen und/oder körperlich-emotionalen Ausdruck. Wie auch verbal orientierte psychotherapeutische Ansätze hebt die → *entwicklungspsychologisch orientierte Musiktherapie* (Schumacher & Calvet, 2001) die Bedeutung einer regulierten Affektlage als Basis für die Fähigkeit zu Aufmerksamkeit und Interaktion hervor. Durch musiktherapeutische Interventionen kann sich der Therapeut bzw. die Therapeutin unmittelbar auf die Affektlage des Patienten abstimmen und bei der Regulation unterstützen. Es werden je nach Krankheitsbild, sozio-emotionalem Entwicklungsstand, Lebensalter und Lebensgeschichte von Patienten und je nach theoretischem Hintergrund des Therapeuten in der praktischen musiktherapeutischen Arbeit ein breites Spektrum an Interventionen eingesetzt. Im vorliegenden Beitrag wird vor allem eine entwicklungspsychologisch orientierte Sichtweise dargestellt und durch Beispiele aus den Arbeitsbereichen der Autoren veranschaulicht.

## Theoretische Grundlagen zur Affektregulation

Eine entwicklungspsychologisch orientierte Sichtweise auf Affektregulationsstörungen lässt nach den Ursprüngen der Fähigkeit zur Affektregulation fragen, die in den ersten Lebensjahren eines Menschen liegen: Welche Erfahrungen und welche Fähigkeiten gehen der Entwicklung von Selbstregulation voraus?

In der Beziehung zu einer feinfühligem Bezugsperson (Ainsworth, 2003) erlebt ein Säugling von Geburt an, dass seine Bedürfnisse und vor allem sein affektiver Ausdruck von der Bezugsperson wahrgenommen und richtig interpretiert werden und die Bezugsperson angemessen darauf reagiert. Da ein Säugling in den ersten Lebenswochen nur sehr begrenzte Fähigkeiten zur Selbstberu-

higung hat, ist er ganz auf die Bezugsperson angewiesen, die ihn bei hoher Erregung durch physischen Kontakt beruhigt. Der Säuglingsforscher Sroufe bezeichnet diese Zeit daher als Phase der physischen Regulation (Sroufe, 1995). In dieser Zeit spielt die Verbindung aus körperlicher Berührung, propriozeptiver Stimulation und mimischem Ausdruck eine wichtige Rolle und ist bei der Beruhigung des Säuglings sehr effektiv. Der Säugling erlebt die Verlässlichkeit seiner Bezugsperson und entwickelt zunehmend eigene Strategien im Umgang mit Spannungen. Kann eine Bezugsperson die Bedürfnisse des Säuglings nicht erkennen und nicht angemessen auf seine Zeichen reagieren, so wird der Säugling über- oder unterstimuliert und die Entwicklung eigener Regulationsstrategien ist nicht möglich.

Während in der Zeit vom vierten bis sechsten Monat noch vorwiegend die Bezugsperson für die Regulation von Anspannung verantwortlich ist, spricht Sroufe ab der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres von dyadischer Regulation (Sroufe, 1995). Hat der Säugling in den ersten Lebensmonaten positive und verlässliche Regulationserfahrungen gemacht, so ist er nun in der Lage, in der Interaktion mit seiner Bezugsperson sein Spannungsniveau durch Zu- und Abwenden zu regulieren. Nun erfährt der Säugling zunehmend auch Sicherheit über Stimme und Mimik der Bezugsperson, was Sroufe als psychische Basis für Sicherheit und Beruhigung bezeichnet. Durch verlässliche und adäquate Reaktionen der Bezugsperson erlebt der Säugling, dass hohe Spannung in ihrem Beisein nicht zu Desorganisation führen muss. Immer wiederkehrende Erfahrungen von Erregungsanstieg und Erregungsabfall führen zu der Erwartung, dass auch hohe Erregung reguliert werden kann. Auch im Spiel können hohe Levels von Spannung aufgebaut werden und in positiven affektiven Austausch münden. Kommt der Säugling auf diese Weise immer wieder

mit anwachsenden Stimulationsniveaus in Kontakt, so entwickelt sich seine Fähigkeit, mit hohen Spannungsniveaus umzugehen, immer weiter.

Die Bezugsperson unterstützt den Säugling durch eine Anpassung der Reizsituation und durch Unterstützung seiner Selbstregulation in seinem affektiv positiven Erleben. Mit Blick auf hier infrage stehende nonverbale Formen der Affektregulation, auch in der Arbeit mit Erwachsenen, ist der von D. Stern geprägte Begriff „Vitalitätsaffekt“ (Stern, 2007) von Bedeutung. Dieser Begriff bezeichnet sprachlich nicht erfasstes affektives Erleben, das z. B. über stimmliche, aber noch nicht verbal gebundene Affektabstimmung der Bezugsperson reguliert werden kann.

## Musik und Affekt

Untersuchungen aus unterschiedlichen Disziplinen (→ Musikpsychologie, -soziologie und Neurobiologie) legen nahe, Musik sowohl als ein in hohem Maße Affekte und Emotionen aktivierendes als auch beruhigendes Medium zu bezeichnen. Jedoch ist das Spannungsfeld zwischen emotionsevozierender und regulierender Wirkung von Musik einerseits und gravierenden Problemen der Affektregulation andererseits (z. B. die neurobiologische und musikpsychologische Perspektive zur Rezeption von Musik) bisher wenig erforscht.

Beobachtungen aus der klinischen Praxis zeigen, dass verschiedene Patientengruppen hochambivalent auf Musik reagieren. Viele Patienten verbinden mit Musik intensive Erfahrungen von Beruhigung, Kohärenz und innerer Stimmigkeit. Andererseits kann Musik auch zu emotionaler Überflutung führen, die z. B. bei BPS-Patienten in Selbstverletzungen, Dissoziationen o. Ä. münden kann. Vor dem Hintergrund hoher emotionaler Vulnerabilität und Sensitivität schon bei geringfügigen emotionalen Reizen, aber stark eingeschränkten Fähigkeiten zur Affektre-

gulation und Impulskontrolle, kann Musik als Teil psychotherapeutischer Arbeit die Problematik der Störung berühren und von therapeutischem Interesse sein. Dies ließe sich modellhaft auch auf Depressionen, Angst- oder Zwangsstörungen übertragen, deren Symptomatik sich musiktherapeutisch oft in affektiver Erstarrung oder ausgeprägtem Kontrollbedürfnis zeigt und psychodynamisch vielfach als Vermeidung aversiver Emotionen verstanden wird.

Auch Patienten, die keine Sprachfähigkeit entwickelt haben, wie z. B. Menschen mit tiefgreifender Entwicklungsstörung, Menschen mit schwerster Mehrfachbehinderung, reagieren oftmals sehr unmittelbar auf den emotionalen Gehalt von Musik. Bei diesen Patienten kommen Spannungszustände, Stereotypen, Selbststimulation und selbst- oder fremdverletzende Verhaltensweisen häufig vor und weisen auf Affektdysregulationen hin. Das Musikerleben dieser Menschen zeigt sich oftmals unmittelbar körperlich. Auch hier kann Musik sowohl eine beruhigende als auch eine anregende Wirkung haben, bis hin zur Übererregung.

## Affektregulation in der Musiktherapie

Das hier zugrunde liegende interpersonelle Musikverständnis geht davon aus, dass die durch Musik ausgelösten Affekte nicht isoliert, sondern immer aus einem Beziehungskontext heraus zu verstehen sind, den der Therapeut durch seine Interventionen gestaltet. Demnach ist es von wesentlicher Bedeutung, nicht allgemein von der Wirkung der Musik oder von der Wirkung musiktherapeutischer Interventionen zu sprechen, sondern sie genau zu beschreiben.

In den folgenden Abschnitten werden verschiedene Interventionen exemplarisch dargestellt. Ziel dieser Interventionen ist die Regulation von Affekten als Basis für Auf-



merksamkeit, Interaktivität und damit Beziehungsfähigkeit.

## Musiktherapeutische Interventionen zur Affektregulation

→ *Entwicklungspsychologisch orientierte Musiktherapie* wurde bisher vor allem für das Krankheitsbild tiefgreifende Entwicklungsstörung, speziell Autismus (Schumacher, Calvet & Reimer, 2013), sowie für Menschen mit Intelligenzminderung und schwerster Mehrfachbehinderung (Reimer, 2016) beschrieben. Je nach Klientel und dem Grad körperlicher Beeinträchtigung können entweder stereotype oder selbststimulierende Verhaltensweisen im Vordergrund stehen, oder auch Selbst- und Fremdaggression. Interventionen zur Aktivierung des Körperempfindens können hier deutlich zu einer Regulation beitragen (Reimer, 2016). So führt z. B. das Singen im Atemrhythmus des Patienten und das Bewusstmachen der Atembewegung häufig dazu, dass der Patient seinen eigenen Körper besser spürt, selbststimulierende oder stereotype Verhaltensweisen für die Dauer der Intervention ausbleiben und evtl. auch der Kontakt zur Umwelt bzw. zum Therapeuten gesucht wird. Körperliche Berührungen oder auch das Bewegen des Körpers des Patienten im Rollstuhl, in der Hängematte oder mit anderen Hilfsmitteln werden in ihrer Intensität und in ihrem Rhythmus immer ausgehend vom Körpergewicht, Körperspannung und der Affektlage des Patienten gestaltet (Reimer, 2016), um ihn „zu sich“ zu bringen, wenn er zuvor „außer sich“ war.

Ist ein Patient körperlich dazu in der Lage, auf Instrumenten zu spielen, so können Affekte auch „ins Spiel“ gebracht werden. Hier werden robuste und resonanzreiche Instrumente eingesetzt, die durch ein affektgeladenes Spiel nicht beschädigt werden. Es soll hierbei nicht zu einem bloßen Ausagieren kommen, sondern die Interventionen Af-

fektabstimmung und Affektgestaltung tragen dazu bei, hohe Affekte mit einem anderen Menschen zu teilen und regulieren zu lernen (Bergmann et al., 2015). Der Therapeut stimmt sich mit seiner Musik in Dynamik und Rhythmus genau auf die affektiven Äußerungen des Patienten ab (Affektabstimmung) und gestaltet seine Improvisation (Affektgestaltung bei Schumacher et al., 2013). Durch diese Intervention erlebt der Patient, dass ein Anderer hohe Affekte mit ihm teilt, ohne selbst davon überflutet zu werden. Ebenso, wie für die Säuglingszeit beschrieben, kann auch in der Musiktherapie das An- und Abschwellen von Erregung und damit die Regulation von Affekten immer wieder erfahren oder sogar gezielt „geübt“ werden.

Vor dem Hintergrund, dass zwischen Affektlage des Patienten, der des Therapeuten und seinen Interventionen und der daraus erwachsenen Beziehungsqualität ein unmittelbarer Zusammenhang postuliert wird (Schumacher et al., 2013), ist in der Arbeit mit Borderline-Patienten das Konzept der freien → *Improvisation* als Intervention kritisch beleuchtet worden (Kupski & Schultzenrath, 2014, 2017). So lässt sich in improvisierter Musik zwischen Therapeut und Patient zwar häufig das Störungsbild der Pathologie, emotionale Vulnerabilität und Affektregulationsstörung, diagnostisch darstellen, doch scheint der Entscheidungsspielraum dieser musikalischen Umgebung den Patienten oft zu überfordern (vgl. auch → *Mentalisierung*). Sowohl in Anlehnung an psychotherapeutische Konzepte wie DBT und MBT wie auch in Übereinstimmung mit der oben geschilderten Arbeit mit entwicklungsverzögerten Kindern kann es für die Interaktion entlastend sein, wenn der Therapeut eine leitende Funktion übernimmt und aktiv musikalische Ausdrucksmittel einbringt, die dem Patienten angesichts überflutender Affekte nicht zur Verfügung stehen. Festgelegte, zuvor vereinbarte Spiel-

vorgaben oder der Zugriff auf vorkomponierte Musik, Pop-Songs o.Ä. hingegen können ein Milieu darstellen, das handlungsleitend ist und Verknüpfungen herstellt. Dadurch kann „die Lücke zwischen Affekt und seiner Repräsentation“ (Bateman & Fonagy, 2008, S. 307) geschlossen und schließlich Affektabstimmung und -regulation begünstigt werden. Auch BPS-Patienten müssen die oft neue Erfahrung, dass hohe Affekte in Beziehung zu einem anderen regulierbar sind, in diesem durch Wiederholbarkeit gekennzeichneten musikalischen Rahmen „üben“, damit sie schließlich verankert werden kann. Es wird dabei berücksichtigt, dass Jugendliche und Erwachsene Musik aus einem soziokulturellen und biografischen Kontext heraus kennen und diese Erfahrungen den Verständigungsrahmen musiktherapeutischer Interaktion beeinflussen. Auch wird berücksichtigt, dass Körperbild und körperliche Kohärenz bei BPS-Patienten als Folge desorganisierter Bindungserfahrung oft stark beeinträchtigt sind, sodass direkter Körperkontakt wie oben beschrieben problematisch sein kann. Durch jede musikalische Erfahrung wird jedoch auch körperliches Erleben aktiviert. Dieses scheint integrierbar zu sein, wenn es in kulturell und gesellschaftlich sanktioniertem Rahmen, etwa beim Singen, bei Übungen am Schlagzeug, im Tanz, über Tiefensensibilität und Propriozeption anregende Instrumente und Spieltechniken vermittelt werden kann und damit kontrollierbar bleibt.

### Zusammenfassung

Affektregulation ist aus entwicklungspsychologischer Perspektive u.a. für die Bildung von Identität, körperlicher Kohärenz und Bindungsverhalten von zentraler Bedeutung. Die Fähigkeit zur Affektregulation liegt vorrangig in nicht sprachlichen Bereichen interaktionellen Geschehens begrün-

det. So zeigt sich Musiktherapie als therapeutisches Verfahren besonders indiziert. Musiktherapeutische Interventionen, und hier vor allem nonverbale und zeitgleiche Affektabstimmung und Affektgestaltung, ermöglichen, Affekte sowohl transmodal als auch in Beziehung zu einem anderen als regulierbar zu erleben und die Fähigkeit zur Selbstregulation nachreifen zu lassen.

### Literatur

- Ainsworth, M. (2003). Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilungen des Babys. In K.E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (S. 414–421). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2008). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeits-Störung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bergmann, T., Sappok, T. & Reimer, S. (2015). Affektregulation bei Menschen mit schwerer Intelligenzminderung. *Entwicklungspsychologische Perspektiven und musiktherapeutische Potenziale. Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung*, 12 (2), 7–14.
- Kupski, G. & Schultz-Venrath, U. (2014). „Let’s beat the drum“ „Yes, but tell me how...“ – Interventionen in der Musiktherapie mit Borderline-Patienten aus Sicht des Mentalisierungsmodells. In Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Musiktherapie. Band 10: Mentalisierung und Symbolbildung in der musiktherapeutischen Praxis* (S. 165–195). Wiesbaden: Reichert.
- Kupski, G. & Schultz-Venrath, U. (2017). Musiktherapie mit Borderline-Patienten aus Sicht des Mentalisierungsmodells. In S. Leikert & A. Niebuhr (Hrsg.), *Von der Musik zur Sprache und wieder zurück* (Jahrbuch für Psychoanalyse und Musik. Bd. 1, S. 179–201). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Reimer, S. (2016). *Affektregulation in der Musiktherapie mit Menschen mit schwerster Mehrfachbehinderung* (Hamburger Schriften zur Musiktherapie, Bd. 5). Wiesbaden: Reichert.

- Schumacher, K. & Calvet, C. (2001). Die Relevanz entwicklungspsychologischer Erkenntnisse für die Musiktherapie. In H.-H. Decker-Voigt (Hrsg.), *Schulen der Musiktherapie* (S. 102–124). München: Reinhardt.
- Schumacher, K., Calvet, C. & Reimer, S. (2013). *Das EBQ-Instrument und seine entwicklungspsychologischen Grundlagen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sroufe, L. A. (1995). *Emotional Development. The Organization of Emotional Life in the Early Years*. Cambridge: University Press.
- Stern, D. N. (2007). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.

# Ambulante Musiktherapie

Christoph Salje

## Zur Ausgangslage

In Deutschland ist das Angebot an ambulanter Musiktherapie bestimmt durch die relativ unregelmäßige rechtliche Situation des Berufes (→ Berufsrecht in Deutschland). Dies betrifft bereits die Erlaubnis zur Ausübung einer heilkundlichen Tätigkeit, die eine Voraussetzung zur freiberuflichen musiktherapeutischen Tätigkeit darstellt. Laut Berufsgruppenanalyse (Melches, Hamberger & Oster, 2016) besitzen diese nur knapp 45 % der Musiktherapeutinnen.

Das zentrale Thema der ambulanten Musiktherapie ist jedoch die Frage der Kostenerstattung. In den frühen Phasen der Entwicklung der Musiktherapie in Deutschland war eine Vergütung dieser Methode letztlich nicht trotz, sondern gerade wegen ihrer spezifischen Besonderheiten und Nischenrolle im Rahmen von Einzelfallentscheidungen durch Krankenkassen möglich. Mit der Implementierung des Psychotherapeutengesetzes wurde die Musiktherapie in die Liste der *nicht verordnungsfähigen Heilmittel* aufgenommen und darf von den gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr bezahlt werden. Dies führte zu einem deutlichen Rückgang der Nachfrage nach ambulanter Musiktherapie, da viele Patienten und Patientinnen sich dieses Angebot als Selbstzahler nicht leisten können (Zimmer, 2002; Haake, 2002; Haffa-Schmidt, 2002; Wormit, 2002; Pleß-Adamcyk, 2002a). Interessanterweise reduzierte sich in der Folge ebenso die Anzahl der neuen Veröffentlichungen aus dem Kontext der Freiberuflichkeit. Der Rückgang der Patientenzahlen in musiktherapeutischen Praxen spiegelt gleichwohl nicht die des tatsächlichen Bedarfs wider (Zimmer, 2002; Haake, 2002; Haffa-Schmidt, 2002; Wormit, 2002;

Pleß-Adamcyk, 2002a). Mehr als 20 Jahre später ist es heute in Deutschland ein wirtschaftliches Risiko, ambulante Angebote zu machen, da eine Vergütung der Leistung noch schwieriger ist als in einem stationären institutionellen Rahmen. Entsprechend geben zwar 56 % aller an der Berufsgruppenanalyse beteiligten Musiktherapeutinnen und -therapeuten an, freiberuflich tätig zu sein. Da aber nur 67 % die Musiktherapie überhaupt als Grundberuf ausüben und zudem 19 % sowohl ein Angestelltenverhältnis als auch eine freiberufliche Tätigkeit angeben, ist davon auszugehen, dass nur ein geringer Anteil heute dazu in der Lage ist, im Rahmen einer musiktherapeutischen Selbstständigkeit seinen Lebensunterhalt zu bestreiten. Viele Musiktherapeutinnen geben zusätzliche Tätigkeitsbereiche insbesondere im pädagogischen Bereich an (Melches et al., 2016).

Etwas anders verhält es sich in den deutschsprachigen Nachbarländern: In der Schweiz (→ Geschichte der Musiktherapie in der Schweiz) liegt es im Ermessen der Krankenkassen, musiktherapeutische Leistungen überhaupt und falls ja, zu welchem Anteil zu übernehmen. In Österreich (→ Geschichte der Musiktherapie in Österreich) gewährt das dortige Musiktherapiegesetz (→ Berufsrecht in Österreich), das Musiktherapie als eigenständige, wissenschaftlich-künstlerisch-kreative Therapieform umschreibt, zwar vermeintlich eine auch wirtschaftliche berufsrechtliche Sicherheit, eine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkasse folgt jedoch daraus auch hier nicht, wie aus den Informationen des Österreichischen Berufsverbands der MusiktherapeutInnen (2015) hervorgeht.

## Kostenträger

Musiktherapeuten und Musiktherapeutinnen mit Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. -therapeut oder – in selteneren Fällen – Psychologische Psychotherapeutin bzw. Psychologischer Psychotherapeut können eine entsprechende Behandlung im Rahmen ihrer Zulassung mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen, sofern die anerkannte psychotherapeutische Richtung deutlich erkennbar ist. In allen anderen Fällen muss individuell die Möglichkeit der Übernahme der Kosten durch andere Kostenträger überprüft werden. Hier können beispielsweise Leistungen durch die gesetzliche Unfallversicherung infrage kommen, Leistungen bei sozialen Entschädigungs- oder Haftungsansprüchen. Für Menschen mit Behinderungen können im Rahmen der Eingliederungshilfe musiktherapeutische Angebote unter bestimmten Voraussetzungen als Maßnahme der Basissicherung erbracht werden. Laut Definition in § 2 Satz 1 SGB IX gelten Menschen als behindert, „die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.“ Entsprechende Hilfen können dann auf der Basis von § 53 SGB XII oder § 35a Abs. 1 SGB VIII erfolgen. Hierbei muss allerdings gewährleistet sein, dass die Musiktherapie tatsächlich zu einer Verbesserung der Teilhabe im Sinne des Gesetzes führen kann. Aufgrund des nicht unkomplizierten und für den Behandelnden aufwändigen Bewilligungsverfahrens scheuen viele Musiktherapeutinnen und -therapeuten diesen Weg. Regional unterschiedliche Ausführungsbestimmungen

und eine immer restriktivere Auslegung der Gesetzeslage erschweren zusätzlich diesen Weg der Kostenerstattung. Erfahrungsberichte aus der Praxis zeigen allerdings, dass direkte Kontakte mit den zuständigen Sozial- und/oder Jugendämtern zu Regelungen oder gar Konzepten führen kann, welche dann die musiktherapeutische Versorgung Betroffener mit spezifischer Indikation oder Diagnose sichern kann (vgl. Kärcher, 2002; Pleß-Adamczyk, 2002a; Raff-Lichtenberger, 2002). Der weit überwiegende Anteil an ambulanten musiktherapeutischen Behandlungen insbesondere erwachsener Patientinnen und Patienten wird in Deutschland und Österreich von Selbstzahlern getragen.

## Klientel

Aus den genannten Rahmenbedingungen ergibt sich, dass die Klientel für das Setting einer ambulanten Musiktherapie weniger von Diagnosen oder vom Störungsbild her bestimmt ist als vielmehr von der Frage der Kostenträgerschaft. Dies deckt sich mit den statistischen Erkenntnissen von Melches et al. (2016).

Umfangreiche Studien (Wormit, 2000a, b; Pleß-Adamczyk, 2002b) in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk ambulante und freiberuflich tätiger Musiktherapeuten zeigten bald nach den Veränderungen im Zuge des Psychotherapeutengesetzes, dass über 60 % der ambulant durchgeführten musiktherapeutischen Behandlungen von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Eingliederungshilfe abgerechnet wurden. In der Statistik tauchte auch ein hoher Anteil krankenkassenfinanzierter Therapien auf, die von Musiktherapeutinnen und -therapeuten mit Zulassung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. -therapeut erbracht wurden. Im Vergleich hierzu ist der Anteil der ambulant durchgeführten Musiktherapien mit erwachsenen Patienten

aufgrund meist fehlender Kostenträger deutlich geringer. Allerdings nimmt ein zahlenmäßig großer Anteil Erwachsener Musiktherapie in Form von Lehrtherapie, Supervision und Selbsterfahrungsangeboten wahr.

### Formen ambulanter Musiktherapie

Der Begriff „ambulant“ beinhaltet zumeist, dass die betroffene Person nicht in einer Institution begleitet wird, sondern die Musiktherapie als Bestandteil des Lebensalltags eigenständig aufsucht oder in Verbindung mit anderen, z. B. pädagogischen Angeboten, wahrnimmt. Ein geringer Teil der ambulanten Angebote im Bereich der Musiktherapie wird in Institutionen wie z. B. Tageszentren, Beratungsstellen, Schulen oder Kindergärten erbracht, hier meist in gruppentherapeutischem Setting. Eine immer größer werdende Bedeutung bekommen dabei die mobilen Musiktherapieangebote, bei denen die Musiktherapeutin oder der Musiktherapeut nicht in einer Institution fest angestellt ist, sondern diese mit dem musiktherapeutischen Angebot als Dienstleistung bedient. Hinzu kommen Hausbesuche aufgrund von krankheitsbedingter Immobilität von Klientinnen und Klienten wie z. B. Palliativpatientinnen und -patienten.

Die Musiktherapiepraxis als Angebotsform findet sich vor allem in Ballungsgebieten. Nur selten ist der Inhaberin bzw. dem Inhaber aus den genannten Kostengründen eine reguläre Vollzeitätigkeit in eigener Praxis möglich.

Im ambulanten Rahmen tätige Musiktherapeutinnen und -therapeuten sind daher in der Regel Freiberufler, die z. B. eine Tätigkeit in eigener Praxis mit Honorarstellen in Institutionen und nicht selten auch mit einem Anstellungsverhältnis in Teilzeit kombinieren. Häufig machen sie neben Musiktherapie auch vielfältige andere Angebote

wie Instrumentalunterricht, Beratung, Workshops, Vorträge etc.

### Musiktherapie in Musikschulen

Außer in freien Praxen wird ein Teil des Bedarfs an ambulanten Musiktherapieangeboten in öffentlichen wie auch privaten Musikschulen gedeckt (→ Musiktherapie in pädagogischen Institutionen):

Musiktherapie stellt eine Ergänzung zum Bildungsauftrag der Musikschulen dar und sorgt für die nötige Balance zwischen Musik als Ergebnis persönlicher Leistung, Beherrschen eines Instruments und technischem Können und Musik als Vermittlerin im Reifungsprozess persönlicher Fähigkeiten, als hilfreiche, unterstützende Begleiterin bei Veränderungen und als Angebot kommunikativer, nonverbaler Möglichkeiten zum Ausdruck alles Ungesagten. (Reiner & Schafft, 2003, S. 20)

Dabei existieren große Unterschiede sowohl in der Gebührenhöhe für Musiktherapie als auch in den Rahmenbedingungen, unter denen Musiktherapeutinnen und -therapeuten an Musikschulen arbeiten.

Behandelt werden geistig, körperlich oder seelisch behinderte Kinder und Jugendliche sowie in seltenen Fällen auch Erwachsene. Aber auch Entwicklungsstörungen oder Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen können Indikationen für eine musiktherapeutische Behandlung darstellen. Bei auch sehr unterschiedlicher Qualifikation verfolgen die dort tätigen Musiktherapeutinnen und -therapeuten entwicklungsfördernde oder psychotherapeutische Ziele. In seltenen Fällen werden auch Präventionsangebote gemacht. Als Setting werden je nach Bedarf Einzel- und Gruppentherapien angeboten.

„Diese Vielfältigkeit versucht, individuellen Bedürfnissen an der Musikschule gerecht zu werden, erschwert jedoch die Unterscheidung zwischen Pädagogik, Heilpädagogik