

Zürcher Hochschule der Künste in Kooperation mit der Interkantonalen Hochschule
für Heilpädagogik, MAS in Klinische Musiktherapie

**Rezeptive Musiktherapie:
Live-Improvisation für das Gegenüber**



Thesis zur Erlangung des Titels
Master of Advanced Studies in Klinische Musiktherapie

vorgelegt von: Nicole Widmer

Mentorin: Dr. Sandra Lutz Hochreutener

Zweitgutachter: Dr. Martin Deuter

Zürich, 9. Mai 2022

Rezeptive Musiktherapie: Live-Improvisation für das Gegenüber

Abstract

Wird in der musiktherapeutischen Literatur von Improvisation gesprochen, ist damit meist das gemeinsame Improvisieren von Therapeut:in und Klient:in bzw. das gemeinsame Improvisieren in Gruppen gemeint. Diese Masterthesis setzt die Live-Improvisation des/der Therapeut:in für den/die Klientin – für das Gegenüber – ins Zentrum. Der theoretische Teil der Arbeit beschäftigt sich mit der rezeptiven Musiktherapie und der Wirkung der Musik. Weiter wird musiktherapeutisches Handeln beleuchtet und auf die Methode Improvisation mit Schwerpunkt auf deren rezeptiven Anwendung eingegangen. Dabei findet in diesem Zusammenhang auch eine Auseinandersetzung mit der Unschärfe des Begriffs „Für-Spiel“ statt. In einer Online-Umfrage mit 25 Musiktherapeut:innen aus der deutschsprachigen Schweiz wird erhoben, wie sie in der Praxis die Improvisation für das Gegenüber anwenden. Aus den Ergebnissen der Untersuchung wird ersichtlich, dass die rezeptive Improvisation Teil des musiktherapeutischen Alltags ist und von den meisten der Befragten oft oder zumindest manchmal angewendet wird. Die Erkenntnisse der Untersuchung werden im Zusammenhang mit der Literatur diskutiert.

Key Words: Live-Musik, Improvisation, Live-Improvisation, rezeptive Musiktherapie, rezeptive Improvisation, Für-Spiel, Praxeologie Musiktherapie.

Receptive music therapy: Live-improvisation by the music therapist for the client

Abstract

When improvisation is mentioned in music therapy literature, it usually refers to the therapist and client improvising together or to improvisation in small groups. This thesis focuses on live improvisation by the music therapist for the client. The theoretical part of the work deals with receptive music therapy and the effect which music has on us. Music therapy techniques are examined with discussion on improvisation, its receptive application and the understanding of the somewhat vague German term "Fürspiel" (playing for others). An online survey was carried out asking 25 musictherapists from German speaking Switzerland how they improvise for their clients in practice. The results of the survey show that receptive improvisation is part of everyday music therapy and is used often or at least sometimes by most of the respondents. The findings of the survey are discussed in connection with music therapy literature.

Key Words: Live music, Improvisation, Live improvisation, receptive music therapy, receptive improvisation, Für-Spiel, praxeology, music therapy.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
Theoretischer Hintergrund.....	4
1. Rezeptive Musiktherapie.....	4
1. 1. Anwendung.....	5
1. 2. Indikation und Kontraindikation.....	6
1. 3. Einstimmung.....	8
1. 4. Wahl der Musik.....	9
1. 5. Verbaler Austausch nach einer rezeptiven Intervention.....	12
1. 6. Behandlungsziele und Ansätze rezeptiver Musiktherapie.....	12
1. 7. Wirkrichtung und Funktionen der Musik.....	14
1.7.1 Musik als Eindruck.....	15
1.7.2 Musik als Kommunikation.....	17
1.7.3 Musik als Ausdruck.....	19
2. Musiktherapeutisches Handeln.....	20
2. 1. Methoden.....	20
2. 2. Modalitäten.....	20
2. 3. Musiktherapeutische Interventionstechniken.....	22
3. Improvisation.....	24
3. 1. Musikalische Improvisation.....	24
3. 2. Improvisation als Methode in der Musiktherapie.....	26
3. 2. 1. Verschiedene Formen der Improvisation.....	28
3. 2. 2 Anwendung der Methode Improvisation.....	30
3. 3. Rezeptive Formen der Improvisation.....	32
3. 3. 1 Für-Spiel.....	32
3. 3. 2 Empathische Improvisation.....	34
3. 3. 3. Rezeptive Improvisation als Teil anderen anderer Methoden der Musiktherapie.....	35
3. 4. Therapeutische Haltung.....	37

Empirische Untersuchung.....39

4. Fragestellung.....39

5. Untersuchungsmethode.....43

5. 1. Erstellung des Fragebogens.....43

5. 2. Aufbau des Fragebogens.....44

6. Auswertung der Ergebnisse.....47

6. 1. Auswertungsmethode.....47

6. 2. Rücklaufquote, Abbrüche und Teilnahmedauer.....47

6. 3. Ergebnisse der Umfrage.....48

6. 4. Kritische Reflexion des Untersuchungsdesign.....72

6. 4. 1. Limitationen der Studie.....73

Diskussion und Schlussbetrachtung.....74

7. Bezugnahme auf die Fragestellungen.....75

8. Schlussbetrachtung und Ausblick.....87

8. 1. Fazit.....87

8. 2. Relevanz für die Musiktherapie.....88

8. 3. Ausblick.....89

9. Dank.....90

10. Literaturverzeichnis.....91

Anhang.....

Fragebogen

Textantworten

Einleitung

Vor meiner Weiterbildung in Klinischer Musiktherapie wirkte ich während zweier Jahre jeweils in den Sommermonaten als Interpretin von Tino Sehgal's Werk «This You» in der Fondation Beyeler in Basel. Es handelt sich dabei um ein Stück, das erst in der Begegnung mit dem Publikum Gestalt annimmt, in Form von «konstruierten Situationen», wie Sehgal es nennt. Für seine Arbeiten benutzt er Interpret:innen, die mit den Besucher:innen der jeweiligen Ausstellung in Form von Bewegungen, gesprochenen Worten oder Gesang in Kontakt treten. Das Konzept von «This You» war, ausserhalb des Gebäudes, im Museumsgarten für die vorübergehenden Menschen zu singen. Was gesungen werden sollte, lag im Ermessen der Interpretin, es sollte aber auf den jeweiligen Menschen und die Situation abgestimmt sein. Musiktherapeutisch gesprochen könnte dies wohl als eine Art des «Für-Singens» bezeichnet werden: Ein Augenblick, welcher der vorbeigehenden Person geschenkt wird, eine Melodie, ein Lied, welches nur für diese Person aus dem Moment heraus improvisiert oder ausgewählt und interpretiert wird. Ein überraschendes «Gemeint-Sein», ein unvermittelt aufblitzendes Beziehungsangebot an einem unerwarteten Ort, auf eine unerwartete Weise. Dabei entstand eine Fülle lustiger, absurder, selten auch unangenehmer, aber oft sehr berührender Situationen, welche ich als Erfahrungsschatz mitgenommen habe. Die Faszination für das improvisierte Spiel für ein Gegenüber setzte sich innerhalb der Weiterbildung an der ZHdK fort: Im Rahmen meiner Methodikarbeit machte ich zusammen mit drei weiteren angehenden Musiktherapeutinnen in einem künstlerischen Setting «Klangporträts». Dazu wählten wir für die jeweils zu porträtierende Person spontan Instrumente aus und liessen das Sein des Gegenübers mittels Improvisation musikalisch erklingen. Dieses Format löste bei den Bespielten eine ganze Bandbreite von Gefühlen und Assoziationen aus und berührte die Porträtierten genauso wie die Zuhörer:innen und Musikerinnen.

Über Improvisation, die in der Musiktherapie oft als «via regia» bezeichnet wird, ist in der Literatur vieles zu finden. Weymann (2004) hat sich in seinen psychologischen Untersuchungen zur musikalischen Improvisation eingehend damit befasst. Ausserdem sind zu nennen: Wigrams 2004 erschienenes Buch «Improvisation», welches sich vertieft mit Methoden und Techniken auseinandersetzt, Hegis Werk «Improvisation und Musiktherapie», in welchem er Möglichkeiten und Wirkungen freier Musik untersucht (2010), Deuter (2010) der die Polaritätsverhältnisse in der Improvisation näher betrachtet, sowie

Hegi und Rüdüsüli (2011), welche die Improvisation im Zusammenhang mit den Wirkungskomponenten analysieren.

Wird in der Musiktherapie von Improvisation als Methode gesprochen, steht dabei praktisch immer das gemeinsame Improvisieren im Zentrum. Die rezeptive Anwendung der Improvisation oder Für-Spiel, wie es in der Fachliteratur teils genannt wird (Timmermann, 2020; Lutz Hochreutener, 2009), nur durch den Therapeuten oder die Therapeutin, findet hingegen kaum Beachtung. Weder im Übersichtswerk «Rezeptive Musiktherapie, Theorie und Praxis» von Frohne-Hagemann (2004), noch im Buch «Receptive Musicotherapy» von Wigram und Grocke (2007) wird direkt auf die Anwendung der Improvisation eingegangen. Sie wird bloss gelegentlich in spezifischen Settings erwähnt, als Interventionstechnik innerhalb einer Methode, oder ist manchmal (mit-)gemeint, wenn von Live-Musik gesprochen wird.

Die vorliegende Masterthesis setzt die Live-Improvisation für das Gegenüber im Einzelsetting in den Mittelpunkt. Ziel dieser Arbeit war es, zu erfahren, ob und wie rezeptive Improvisation in der Praxis von Musiktherapeut:innen in der deutschsprachigen Schweiz Anwendung findet. Dazu wurden mittels einer Online-Befragung 25 praktizierende Musiktherapeut:innen zu ihrer Praxis und ihren Erfahrungen befragt: In welchem Setting wird für das Gegenüber improvisiert? Mit welchen Wirkabsichten wird Improvisation rezeptiv eingesetzt? Weiter interessieren, welche Modalitäten und musiktherapeutischen Techniken dabei zum Tragen kommen, welche Instrumente gewählt werden und ob es eine spezifische Einstimmung gibt vor der rezeptiven Improvisation oder einen verbalen Austausch danach. Zudem wurde erhoben, ob die befragten Musiktherapeut:innen besondere Herausforderungen in einer Improvisation für das Gegenüber sehen, und was sie bei der Anwendung als besonders wichtig erachten. Eine weitere Frage, welche während der ganzen Arbeit an diesem Thema präsent war, betrifft die Definition bzw. die Einordnung der beiden Begriffe Für-Spiel und rezeptive Improvisation. Dieser Aspekt wird jedoch nicht weiter untersucht, findet jedoch durchgehend Beachtung und präsentiert sich in der Diskussion mit dem Versuch einer eigenen Definition der Verfasserin.

Die Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil. Im ersten Kapitel zum theoretischen Hintergrund wird die rezeptive Musiktherapie beleuchtet und näher auf Wirkung und Funktionen der Musik eingegangen, während im zweiten Kapitel

der Fokus auf praxeologischen Themen wie musiktherapeutischen Modalitäten, Methoden und Interventionstechniken liegt. Das dritte und letzte Kapitel des Theorieteils ist der Improvisation gewidmet: Nach einer allgemeinen Auseinandersetzung mit dem Begriff steht die Improvisation als Methode innerhalb der Musiktherapie im Zentrum, wobei der Fokus auf die rezeptive Improvisation gelegt wird.

Im empirischen Teil der Arbeit wird im ersten Kapitel die Fragestellung erläutert. Im zweiten Kapitel werden die Untersuchungsmethode sowie die Erstellung des Fragebogens und dessen Auswertung näher betrachtet. Im dritten Kapitel finden sich die Ergebnisse aus der Befragung der Musiktherapeut:innen, anschliessend folgt im vierten Kapitel eine kritische Reflexion des Untersuchungsdesigns. Im letzten Teil der Arbeit schliesslich werden die Ergebnisse diskutiert, ein Versuch der theoretischen Einordnung gemacht, sowie einige Überlegungen angestellt, wie die Thematik weitergehend untersucht werden könnte.

Anmerkung zu den verwendeten Begrifflichkeiten:

Im Rahmen dieser Arbeit wird das Thema «musiktherapeutische Improvisation für den/die Klient:in» als «Improvisation für das Gegenüber» oder als «rezeptive Improvisation» bezeichnet. Mit Improvisation ist ausser den Ausführungen in Kapitel 2.3.1. stets Improvisation im musiktherapeutischen Setting, bzw. klinische/musiktherapeutische Improvisation gemeint.

Theoretischer Hintergrund

Der Theoretische Hintergrund gliedert sich in die drei Hauptkapitel rezeptive Musiktherapie, Musiktherapeutische Praxeologie und Improvisation. Im ersten Kapitel wird die rezeptive Musiktherapie beleuchtet, Indikationen und Kontraindikationen besprochen sowie über die Wahl der Musik sowie Einstimmung und Instrumentenwahl berichtet, während in einem Unterkapitel auf die Wirkung der Musik und ihre Funktion eingegangen wird. Im zweiten Kapitel stehen praxeologische Themen im Fokus und es wird auf Modalitäten, Methoden und Interventionstechniken der Musiktherapie eingegangen. Im letzten Kapitel steht die Improvisation im Zentrum, wo nach anfänglicher Begriffsdefinition Improvisation als Methode in der Musiktherapie sowie die rezeptive Anwendung der Improvisation genauer betrachtet werden. In einem Unterkapitel wird die therapeutische Haltung im Zusammenhang mit der rezeptiven Improvisation thematisiert.

1. Rezeptive Musiktherapie

Musiktherapeutische Interventionen werden oft nach aktiv und rezeptiv unterteilt (von Moreau, Wormit & Hillecke, 2013, S. 236; Frohne-Hagemann, 2020, S. 48). Während in der aktiven Musiktherapie die Klient:innen selber musizieren, liegt der Fokus in der rezeptiven Musiktherapie auf dem klientenseitigen Hören von Musik. Die Musik kann dabei sowohl von spezifisch ausgewählten Tonträgern stammen als auch durch den/die Therapeut:in selbst live gespielt werden, wobei speziell für den/die jeweilige Klient:in improvisiert oder, laut Timmermann (2020a, S. 58) in selteneren Fällen, ein Lied gespielt wird. Frohne-Hagemann (2021, S. 532) definiert rezeptive Musiktherapie wie folgt:

«Rezeptive Musiktherapie ist eine Methode der Musiktherapie, bei der live oder medial eingespielte Musik indikationsspezifisch und zielorientiert in verschiedenen Modalitäten (z. B. trainingsbezogen, stützend, erlebnis- oder konfliktzentriert) mit verschiedenen Techniken (z. B. Stressreduzierung, Tiefenentspannung) in unterschiedlichen Settings (Gruppe/Dyade) und Feldern (z. B. Medizin, in der ambulanten musikpsychotherapeutischen Praxis) eingesetzt wird.»

Durch den Begriff «rezeptiv» wird, anders als im früher gebräuchlichen Begriff «passive Musiktherapie», dem Umstand Rechnung getragen, dass die Klient:innen beim Aufnehmen und Empfangen von Musik auf den unterschiedlichsten Ebenen alles andere als passiv sind. Timmermann (2020a) schreibt, dass die früheste intrauterine Sinneswahrnehmung des Embryos in der Gebärmutter das Hören ist und daher beim Hören im therapeutischen Kontext auch tiefere, frühe Bewusstseinschichten aktiviert werden. Höhmann

(1994, S. 34) schreibt zudem, dass durch kulturelle Gegebenheiten der Zugang zum Rezeptiven leichter sei als zum Aktiven: Musikhören sei in jedem Fall gesellschaftsfähig, ob man sich darauf einlasse oder nicht. Aktiv ein Instrument zu spielen werde jedoch von manchen als lächerlich, angstmachend, sinnlos oder entwürdigend erlebt, zum Beispiel wenn das Instrumentenspiel nicht durch eine eigene Spielfreude oder Neugier angeregt wird.

Timmermann (2020a, S. 71) sowie Frohne-Hagemann (2021, S. 533) beschreiben eine Wiederentdeckung der rezeptiven Musiktherapie in den letzten Jahren, welche auch durch neue Impulse aus der Medizin angeregt wurde, wo mittels bildgebender Verfahren die psychophysiologischen Grundlagen der emotionalen Wirkung des Musikhörens neurophysiologisch nachgewiesen werden konnten (Stegemann, 2020b, S. 22ff.)

1. 1. Anwendung

Ob Musiktherapeut:innen ein aktives oder ein rezeptives Vorgehen wählen, wird durch den konkreten Prozessmoment bestimmt (Timmermann, 2020a). Stegemann (2020a, S. 33) betont zudem, dass eine strikte Trennung von aktiver und rezeptiver Musiktherapie nur aus didaktischen Gründen für die Ausbildung sinnvoll ist, da in der musiktherapeutischen Praxis Mischformen überwiegen.

Während in den USA und Australien ein eklektisches Modell der Musiktherapie vorherrscht, in dem Lieder, Songwriting, Improvisation und rezeptive Methoden als gleichwertig angesehen werden (Grocke & Wigram, 2007, S. 15) wird laut Frohne-Hagemann (2020 S. 48) im deutschsprachigen Raum im klinischen Setting die aktive Musiktherapie als psychotherapeutische Methode meist bevorzugt, während die rezeptive Musiktherapie eher als funktionale Massnahme zur Entspannung und Stressreduktion verstanden wird. Frohne-Hagemann ist jedoch der Ansicht, dass gerade die rezeptive Musiktherapie eine psychotherapeutische Methode sei, welche die Persönlichkeitsentfaltung, die Introspektionsfähigkeit, emotionale Differenzierung, Konfliktverarbeitung und Trauerverarbeitung fördert. Das Hören von Musik kann im psychotherapeutischen Kontext gezielt eingesetzt werden, um Konflikte zu aktivieren und einer Bearbeitung zugänglich zu machen (Frohne-Hagemann, 2021, S. 535). Zudem biete sich die Musik als Medium an, um einen emotionalen Zugang zu kontaktgestörten Patienten herzustellen (ebd.; Zeitler; 2016). Mittels Für-Spiel (Timmermann, 2008, 2020; Lutz Hochreutener, 2009) können auch sol-

che Klient:innen emotional erreicht oder, im Fall von Sterbenden, tröstend begleitet werden (Böhmer, 2021, S. 479 ff.). In der Neonatologie wird die Musik zudem zur auditiven Stimulation Frühgeborener angewendet (Nöcker-Ribeaupierre, 2004).

Voraussetzung für ein vertieftes rezeptives Arbeiten ist eine stabile therapeutische Beziehung (von Moreau et al. 2013, S. 238). Für Höhmann (1994, S. 35) hängt die Entscheidung für rezeptives oder aktives Arbeiten vom Zugang zum/zur Patient:in, von der Schwere und Art der Krankheit (sie bezieht sich auf die Arbeit in einem medizinischen Setting), sowie von der Notwendigkeit von Regression und Progression des/der Klient:in ab. Höhmann (1994, S. 35) sieht die Rezeption von Musik als gute Möglichkeit, eine Vertrauensbasis zwischen Therapeut:in und Patient:in herzustellen. Dabei betont sie, dass Klient:innen sich durch die eigene Wahl eines Musikstücks oder Musikstils in ihren persönlichen Interessen wahr- und ernstgenommen fühlen (ebd.). Dies kann Überforderungsgefühle und Angst vor dem Unbekannten abbauen und in ein angenehmes Erleben von gemeinsamem Musikhören wandeln. Die/der Therapeut:in respektiert dadurch laut das Schonungs- und Passivitätsbedürfnis des/der Patient:in, während das Erleben auf eine andere Ebene als jene der Symptombezogenheit gelenkt wird. Höhmann bezeichnet dieses gemeinsame Hören als ein entgegenkommendes Angebot der/des Therapeut:in, um mit dem/der Klient:in in Kontakt zu kommen (ebd.).

1. 2. Indikation und Kontraindikation

Rezeptive Musiktherapie ist in verschiedenen Settings und mit den unterschiedlichsten Wirkabsichten indiziert. Von Säuglingen über Wachkoma- und Palliativpatient:innen können Menschen aller Entwicklungs- und Altersstufen mit rezeptiven Interventionen erreicht werden, da kein Instrument selbst gespielt werden muss (Frohne-Hagemann, 2020, S. 49). Frohne-Hagemann und Pless-Adamczyk (2005) plädieren in ihrem Buch «Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter» für eine Relativierung der störungsspezifischen Indikationsstellung: Im Zentrum soll die Frage stehen, in welcher Hinsicht und wie Musiktherapie indiziert ist, und nicht primär die Frage nach Störungsbildern. Von Moreau, Wormit und Hillecke (2013, S. 236) bezeichnen rezeptive musiktherapeutische Interventionen als Mittel der Wahl bei starkem Leistungsdruck, Antriebslosigkeit, Unsicherheit oder überhöhten Erwartungen, die den/die Klient:in daran hindern, selber aktiv zu handeln.

Art und Schweregrad einer Krankheit wirken sich direkt auf die Frage nach rezeptivem oder aktivem Arbeiten aus: Höhmann (1994, S. 36f.) sieht in Anfangs- oder Krisenphasen einer akuten Krankheit Ruhe angesagt, da Beschwerden, Angst und Unsicherheit dazu führen, dass der/die Klient:in sich ganz auf sich besinnt, was in gewissen Fällen sinnvoll sei. Eine Auseinandersetzung mit Instrumenten und freier Improvisation ist hier oft nicht angezeigt, da sie zusätzliche Verunsicherung auslöst. Ein rezeptives Angebot, bei dem der/die Musiktherapeut:in die Kontrolle über das akustische Geschehen hat, kann mehr Sicherheit bieten, da dabei die Art der Stimulusdarbietung, bzw. der Musik vorhersagbarer ist als bei der aktiven Improvisation (Stegemann 2013, S. 250).

Bei Klient:innen, die Musik nutzen, um in Fantasiewelten zu flüchten und/oder stark regressive Tendenzen aufweisen, wie es beispielsweise bei Suchtstörungen und teilweise bei depressiven Störungen der Fall sein kann, sehen von Moreau, Wormit und Hillecke (2013, S. 238) rezeptive Musiktherapie als kontraindiziert. Frohne-Hagemann (2020, S. 49) betont, dass therapeutisches Musikhören weder als Unterhaltung oder Erholung noch als Ablenkung vom aktiven Handeln verstanden werden sollte. Auch schwere Zwangsstörungen und Psychosen werden als mögliche Kontraindikationen rezeptiver Musiktherapie aufgeführt (ebd.). Metzner (2020, S. 102) erwähnt hier den Ansatz der Klangtherapie nach Hess, welcher eine besondere Form der rezeptiven Musiktherapie darstellt, da eine kausale Behandlung von Psychosen bezweckt wird, indem mit archaischen Klängen Psychose ähnliche Zustände induziert und anschliessend verbal aufgearbeitet werden. Timmermann (2020a, S. 25) ist allerdings der Ansicht, dass mit zunehmender Berufserfahrung ein musiktherapeutisches Angebot auch in den oben genannten Beispielen durchaus sinnvoll sein kann, wenn es gut dosiert und abgestimmt wird. Eine differentielle Kontraindikation, also ein selektiv angepasster Verzicht auf gewisse Angebote unter bestimmten Umständen, sei häufig adäquater (Timmermann, 2020a, S. 25).

Rezeptives Arbeiten kann die Empfindsamkeit erhöhen. Deshalb ist zu beachten, dass Klient:innen dadurch auch labilisiert werden können (von Moreau et al. 2013, S. 238). So betonen die meisten Autor:innen, dass achtsam und sorgfältig gearbeitet werden muss, da die Gefahr besteht, dass Klient:innen, insbesondere solche mit Traumata, von unkontrollierten Gefühlen überschwemmt werden. Besondere Vorsicht ist dabei im Zusammenhang mit monochromen Klängen angebracht, da diese Bewusstseinsveränderungen und

Trance auslösen können (ebd.). Frohne-Hagemann (2020, S. 49) schreibt, dass der Einsatz rezeptiver Methoden, Techniken und Interventionen durch gut ausgebildete Musiktherapeut:innen erfolgen muss, da Musik bei Klient:innen tiefe seelische Prozesse anstoßen kann. Sie weist ebenfalls auf die Gefahr hin, dass traumatische Erlebnisse reaktiviert und Flashbacks ausgelöst werden können, die dann wiederum therapeutisch aufgefangen werden müssen.

Um die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten innerhalb der rezeptiven Musiktherapie einschätzen und situationsadäquat anwenden zu können, hält Timmermann (2020a) es für wünschenswert, dass das Erlernen rezeptiver Elemente in den musiktherapeutischen Aus- und Weiterbildungen vermehrt integriert würde. Spezifische Methoden wie beispielsweise GIM (Guided Imaginary and Music) nach Helen Bonny wären dann in Fort- und Weiterbildungen erlernbar (ebd.).

1. 3. Einstimmung

Ein rezeptives Hören von Musik muss vorbereitet, begleitet und aufgearbeitet werden (von Moreau et al. 2013, S. 238). Wichtiger Bestandteil der Vorbereitung ist die ausführliche Musikanamnese sowie eine genaue Analyse der angebotenen Musikstücke (Frohne-Hagemann 2020, S. 49). Wird mit Live-Improvisation gearbeitet, gehört dazu auch das Wissen um die Wirkung von Klängen und Instrumenten auf das jeweilige Gegenüber. Als weitere vorbereitende Massnahme wird in der Literatur auf die zentrierende Einstimmung hingewiesen (von Moreau et al. 2013, S. 238; Lutz Hochreutener 2009; Frohne-Hagemann 2020). Dazu gehören Angebote zur Körperposition, Wahrnehmungsübungen sowie sonstige Vorbereitungen zu einem adäquaten Gesamtsetting. Timmermann (2004, S. 387) spricht im Zusammenhang seines Unterrichts betreffend rezeptive Musiktherapie auch von der Etablierung einer «Kultur des Lauschens», bzw. einer «Schule des Hörens», in welcher er verschiedene Körper-, Atem- und Wahrnehmungsübungen einbezieht, wie etwa eine Übung zur Schärfung der akustischen Wahrnehmung, bei der dazu aufgefordert wird, einige Momente lang nur auf die bereits vorhandenen Umgebungsgeräusche zu achten. Ausserdem hält er es für wichtig, dass verbale Angebote, die einer rezeptiven Intervention vorangehen, einladend klingen und eine Atmosphäre schaffen, in der das Gegenüber sich gemeint fühlt (Timmermann, 2004, S. 385).

Höhmann und Wasem (1994, S. 90) führen eine Reihe von einführenden Entspannungs- und Imaginationsanleitungen in Verbindung mit der Rezeption von Musik auf, zum Beispiel kurze verbale Induktionen wie «Machen Sie es sich bequem!», «Gibt es noch etwas,

was Ihr Wohlbefinden vergrössern würde?» und «Sie dürfen gerne die Augen schliessen.» oder Anleitungen zur körperlichen Entspannung in Anlehnung an Methoden wie Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen, Atem- und Bewegungsübungen sowie Kombinationen aus verschiedenen Entspannungs- und Selbstwahrnehmungstechniken, und schliesslich Imaginationsanleitungen, bei denen nach einer einleitenden Entspannungssequenz Imaginationsanregungen gegeben werden. Durch die Einstimmung soll die Aufmerksamkeit vom Aussen ins Innen gelenkt werden, was das Auslösen von inneren Prozessen vertieft und intensiviert (von Moreau et al. 2013, S. 238).

Ein weiterer Punkt betrifft die Körperpositionen: Timmermann (2004, S. 386) unterscheidet für Einstimmung und Musikhören grundsätzlich drei mögliche Positionen: Erstens Liegen auf dem Boden, zweitens Sitzen auf einem Stuhl oder Hocker und drittens Stehen, Bewegen oder Tanzen. Auf dem Boden liegen werde dabei als die intensivste Körperposition zum Musikhören erlebt, da man so sehr regressionsfähig sei. Timmermann empfiehlt deswegen, den Klient:innen vorgängig Techniken im Umgang mit negativem Erleben zu vermitteln, da Musikhören im Liegen auch als bedrohlich oder gar als Ausgeliefertsein erlebt werden kann. Zum Beispiel die Möglichkeit, Stopp zu sagen, die Augen zu öffnen oder sich aufzusetzen. Sitzen auf einem Stuhl ist für manche Klient:innen weniger bedrohlich, da die Position weniger regressiv ist. Hier unterscheidet Timmermann zusätzlich zwischen einem gemütlichen Sitzen mit Anlehnen, das er eher ablehnt, weil es seiner Ansicht nach dazu verleitet, im Stuhl zu «versacken», was die Atmung behindere und zu einem «dumpfen Gemütszustand» führe. Auf einem Hocker hingegen sei das Gegenüber mit allem, was es schmerze und beuge, konkret konfrontiert. Noch deutlicher werde dies im Stehen, das die Frage aufwerfe: «Wie stehe ich eigentlich da?». In der Bewegung oder im Tanzen schliesslich zeigt sich, ob die Musik Klient:innen nicht nur in innere, sondern auch in äussere Bewegung bringt. Interessant ist dabei auch, welche Bewegungsqualität aus der rezeptiven Intervention resultiert (ebd.).

1. 4. Wahl der Musik

Eine individuelle Musikauswahl ist essentiell, da die Wirkung von Musik nur zu einem geringen Teil universell ist: Die Reaktion auf eine bestimmte Musik setzt sich zusammen aus der musikalischen Sozialisation eines Individuums, sowie aus der subjektiven Bedeutung, welche es einem Stück Musik zuschreibt (von Moreau et al., 2013, S. 236). So soll-

ten neben der Musikanamnese eine ganze Reihe von Parametern beachtet werden, beispielsweise das Alter der Patient:innen, die gegenwärtige Befindlichkeit und aktuellen Bedürfnisse sowie der soziokulturelle oder ethnische Hintergrund. Zudem spielen auch Motivation und Erwartungen eine Rolle. Dies alles hat einen Einfluss auf die Wahl der geeigneten Musik für rezeptives Arbeiten. Weiter muss bei der Musikauswahl das Strukturniveau der Patient:innen miteinbezogen werden (Frohne-Hagemann, 2020, S. 50).

Die Länge der dargebotenen Musik sowie weitere musikalische Parameter wie Intensität, oder die musikalischen Qualitäten wie zum Beispiel supportiv oder herausfordernd, ergotrop oder trophotrop bestimmen mit, wie Musik erlebt wird (Frohne-Hagemann 2020, S. 50). Es gibt Klient:innen, die auf supportive Musik mit einem Gefühl des Überschwemmt-Werdens reagieren und supportive Musik deshalb als negativ erleben (ebd.). Laut Timmermann (2020a, S. 59) haben biografische Assoziationen nichts mit dem Charakter einer Musik zu tun, sondern rühren – im Gegensatz zu inneren Bildern, die in einem Zusammenhang mit den musikalischen Strukturen stehen können – daher, in welchem Moment des Lebens eine bestimmte Musik für den/die Klient:in eine Bedeutung hatte.

Live-Musik oder vom Tonträger

Timmermann (2020a, S. 58) schreibt, dass beim rezeptiven Vorgehen traditionellerweise mit Live-Musik des/der Therapeut:in gearbeitet werde, wobei meist spontan mit Stimme und/oder Instrumenten Musik aus dem Moment heraus erfunden werde. Nur selten würden Stücke oder Lieder ab Tonträger abgespielt. Auch Stegemann konstatiert (2013, S. 248), dass im musiktherapeutischen Kontext eher mit Live-Musik gearbeitet werde, da dies eine spontane und dynamisch feinere Abstimmung auf Veränderungen im Kontakt, in der therapeutischen Beziehung, erlaube. Spezifische rezeptive Methoden wie Guided Imagery and Music (GIM) nach Helen Bonny hingegen arbeiten mit klassischen Stücken, die abgespielt werden. In medizinischen Settings, respektive in der Musikmedizin, wo eher funktionell gearbeitet wird, kommt die Musik oft vom Tonträger. Es gibt allerdings nur sehr wenige empirische Untersuchungen, welche die Verwendung von Live-Musik und Musik ab Tonträgern miteinander vergleichen (Stegemann 2013, 248f.).

Instrumente und Stimme

In neueren musiktherapeutischen Ansätzen wird oft mit monotonalen Instrumenten wie beispielsweise Monochord, Gong, Klangschalen, Trommeln und Rasseln gearbeitet (Timmermann, 2020a, S. 71), wobei die Rolle archaischer Instrumente augenfällig wird

(vgl. Hess 2002, in Timmermann 2020a, S. 71). Neben der unspezifischen tranceinduzierenden Wirkung eines monotonen Reizes sieht Strobel auch spezifische Auswirkungen der jeweiligen Klangfarben auf das Erleben. Strobel bezeichnet solche monoton gespielten Klänge mit einer charakteristischen Klangfarbe als «monochrome Klänge» (vgl. Strobel 1992, S. 99, in Schmucker 2004, S. 68f.) und spricht dabei auch vom «Klangarchetypus», welcher nicht nur von der spezifischen Klangfarbe des Instrumentes, sondern auch von der Spielweise und von therapeutischer Haltung, Gestimmtheit und zentrierten Absicht des/der Therapeut:in abhängt (vgl. ebd., S. 68). Dieser Aspekt eines interaktiven Dialoges zwischen dem/der klangerzeugenden Therapeut:in und dem darauf reagierenden Gegenüber führt Strobel auch als wesentlichen Grund an, weshalb er in der klanggeleiteten Trance lieber mit live gespielter Musik arbeitet (ebd.).

Zur Verwendung der Stimme geben Grocke und Wigram (2007, S. 55) zu bedenken, dass der Solo-Einsatz einer menschlichen Stimme einen starken Effekt auf den/die Klient:in haben kann, vor allem, wenn er oder sie sich in einem entspannten Zustand befindet. Dabei sprechen sie nur von Musik ab Tonträger. Das Erleben der Klient:innen wird auch stark von der Stimmqualität beeinflusst, davon, wie hoch oder tief eine Stimme ist, ob sie männlich oder weiblich ist und was damit assoziiert wird (ebd.). Diese Erkenntnisse dürften auch für den Live-Einsatz der Stimme gelten. Speziell für die Live-Situation gilt hingegen: Wird live musiziert, kann der Einsatz der Stimme besser auf die Situation abgestimmt werden. Ausserdem ist die (Sing-)Stimme des/der Therapeut:in den Klient:innen in manchen Fällen schon vertraut.

Wahl eines Instrumentes durch den/die Klientin

Falls die Klient:innen dazu in der Lage sind, können sie aufgefordert werden, das Instrument auszusuchen, das für sie gespielt werden soll. Nach Grocke und Wigram (2007, S. 32f.) sind Wahlmöglichkeiten ein wichtiges Merkmal der Musiktherapie: Durch die Wahlfreiheit wird der/die Klient:in ermutigt, Entscheidungen zu treffen und so in seiner Autonomie und Selbstwirksamkeit bestätigt. Wahlmöglichkeiten können gewisse Klient:innen aber auch überfordern, vor allem bei geringem Selbstwert und einem Gefühl der Wertlosigkeit. Hier sehen Grocke und Wigram (ebd.) die Rolle des/der Therapeut:in im Bestärken und im Aushalten, dass der Prozess des Wählens möglicherweise viel Zeit in Anspruch nehmen kann.

1. 5. Verbaler Austausch nach einer rezeptiven Intervention

Im Anschluss an eine rezeptive Intervention erfolgt meist ein verbaler Austausch über das Erlebte. Eine weitere Möglichkeit ist, dass der/die Klient:in bereits während des Musikhörens sein Erleben verbalisiert. Wenn offene Fragen im Anschluss an eine rezeptive Intervention für gewisse Klient:innen zu herausfordern sind, können gezielt gestellte Fragen helfen, spezifischer über ihr Erleben nachzudenken (Grocke und Wigram 2007, S. 32f.). Um dem Gegenüber nicht das Gefühl zu geben, ausgefragt zu werden und ein Frage-Antwort Schema zu vermeiden, schlagen sie vor, eher Beobachtungen wie etwa «Auf mich wirken Sie jetzt etwas entspannter als zuvor» in den Raum zu stellen, statt zu fragen: «Wie geht es Ihnen jetzt?» Der verbale Austausch kann an die jeweilige rezeptive Intervention angepasst werden und die Fragen in derselben Modalität gehalten werden (Grocke und Wigram, 2007, S. 151). Erwähnt der/die Klient:in beispielsweise innere Bilder, empfehlen sie, nach visuellen Beschreibungen, Farben, Formen und dergleichen zu fragen. Äussert der/die Klient:in hingegen erlebte Gefühle wie Einsamkeit, Traurigkeit oder Freude, wird nach der Gefühlsqualität und ihrer Verortung im Körper gefragt (ebd.).

1. 6. Behandlungsziele und Ansätze rezeptiver Musiktherapie

Es gibt eine grosse Vielfalt von Methoden und Techniken innerhalb der rezeptiven Musiktherapie, bis anhin aber kein übergreifendes und zusammenhängendes Theoriesystem (Frohne-Hagemann 2020, S. 50). Für vertiefte Informationen zu den einzelnen Ansätzen, Methoden und Techniken sei hier auf die Übersichtswerke zur rezeptiven Musiktherapie von Frohne-Hagemann (2004), Grocke und Wigram (2007), sowie Grocke und Moe (2015) verwiesen.

Frohne-Hagemann (2021, S. 534) nimmt eine Einteilung nach Funktionen der Musik innerhalb eines rezeptiven methodischen Ansatzes oder Technik vor, betont jedoch, diese Aufführung sei nicht vollständig und die Funktionen gingen zudem auch ineinander über. Sie nennt hier beispielsweise erlebnis- und kreativitätsorientierte, persönlichkeits- und identitätsfördernde, sowie beziehungs- und bindungsfördernde Funktionen, nach welchen rezeptive Methoden und Techniken eingeordnet werden können.

Von Moreau, Wormit und Hillecke (2013, S. 236) hingegen unterscheiden nach Formen des rezeptiven Arbeitens. Sie nennen dabei einfache Klangintervention, freie rezeptive Intervention, musikalisches Fürspiel, themenzentrierte rezeptive Intervention, musikalisches Wunschkonzert und musikalische Biographiearbeit und schliesslich Sonderformen.

Die *einfache Klangintervention* dient dazu, die Wahrnehmung der Klient:innen zu intensivieren und wird oft vorbereitend zu anderen aktiven oder rezeptiven Interventionen eingesetzt. Beispielsweise wird dazu aufgefordert, dem Ton eines Instrumentes zu lauschen, um die Wahrnehmung der Klient:innen auf körperlicher, emotionaler und imaginativer Ebene zu aktivieren.

Bei der *freien rezeptiven Intervention* improvisiert der/die Therapeut:in ohne weitere Vorgaben für einen/eine Klient:in oder eine Klient:innengruppe. Dabei bezieht sich der/die Therapeut:in auf die von ihm/ihr wahrgenommene Atmosphäre, bringt sie stellvertretend zum Ausdruck und kann sie in seinem Spiel verdichtend oder regulierend steuern. Die freie rezeptive Intervention eignet sich auch dazu, die emotionale Atmosphäre aktiv zu ändern. Von Moreau et al. (ebd., S. 236) sehen in dieser Interventionsform die Möglichkeit der Emotionsregulation, sowohl zur Verdeutlichung wie auch zum Induzieren von Emotionen während des Therapieprozesses, als auch zum Innehalten innerhalb eines Therapieprozesses.

Das *musikalische Fürspiel* ist eine ressourcenstärkende rezeptive Intervention. Der/die Therapeut:in spielt entweder alleine oder zusammen mit Klient:innen für einzelne Gruppenmitglieder oder die Gruppe. Das Fürspiel soll supportiv und wohltuend wirken und Nähe, Präsenz und Empathie erlebbar machen. Klient:innen werden dabei unterstützt, ihre Wünsche nach Klang, Intensität, Tempo, Dynamik und Spielbewegung zu äußern und sich so aktiv um Fürsorge und Unterstützung zu kümmern. Das Gegenüber kann Selbstwirksamkeit erleben, indem es erfährt, dass seinen Wünschen nachgekommen wird (von Moreau et al. 2013, S. 237). Die Autor:innen sehen ein Fürspiel besonders in Krisen oder nach anstrengenden therapeutischen Arbeitsphasen indiziert (ebd., in Anlehnung an Timmermann, 2008).

Tauchen innerhalb des Therapieprozesses Themen auf, können diese mittels *themenzentrierter rezeptiver Intervention* (z.B. Imaginatives Musikerleben oder assoziatives rezeptives Angebot) angegangen werden, je nach Fokus problemaktualisierend oder ressourcenorientiert. Die Themen können so im Hören, Nacherleben oder Nachspüren ausgestaltet und intensiviert werden. Diese Art der Intervention kann auch dazu benutzt werden, neue Themen zu induzieren (von Moreau et al. 2013, S. 236).

Beim *musikalischen Wunschkonzert* und der *musikalischen Biographiearbeit* geht es um das gemeinsame Anhören von Lieblingsmusik oder biographisch wichtiger Musik, welche der/die Klient:in mitbringt. So wird Erleben geteilt, und in einem anschließenden Gespräch kann herausgearbeitet werden, welche Bedeutung dieses Musikstück für

den/die Patient:in hat. Während sich laut von Moreau et al. (ebd.) das musikalische Wunschkonzert eher für ressourcenorientiertes Arbeiten eignet, kann musikalische Biographiearbeit auch problem- oder erlebniszentriert eingesetzt werden. Die beiden Interventionsformen eignen sich gemäss von Moreau et al. (2013) gut als Therapieeinstieg, wenn von Seite der Klient:innen grosse Abwehr vorhanden ist. Beide Interventionsformen können aber auch als Einstieg für ein Analysieren kognitiver Prozesse und Inhalte dienen.

Während von Moreau et al. (ebd., S. 237) die in der Literatur erwähnten Formen rezeptiven Arbeitens wie z. B. GIM (Guided Imagery and Music) als Sonderformen einordnen, bezeichnet Frohne-Hagemann sie als spezifische Methoden rezeptiver Musiktherapie (Frohne-Hagemann, 2004).

Die Vielfalt an spezifischer rezeptiver Musiktherapiemethoden wird durch die Ausführung von Frohne-Hagemann (2020, S. 50) sichtbar, wo sie über zehn Behandlungsziele und mehrere Begründer:innen von rezeptiven Ansätze aufzählt, unter anderem die Regulative Musiktherapie (RMT) nach Christoph Schwabe, welche die Wahrnehmungsfähigkeit trainiert, die Musiktherapeutische Tiefenentspannung (MTE) nach Hans-Helmut Decker-Voigt und schliesslich die auf inneres Wachstum und Neuorientierung der Persönlichkeit ausgerichtete Guided Imaginary Music (GIM) nach Helen Bonny. Dabei handelt es sich um eine dyadische Therapieform, die zu den imaginativen psychotherapeutischen Verfahren mit transpersonalen Anteilen zählt (Brucscia & Grocke, 2002; Bonde 2015). Sie ist innerhalb der rezeptiven Methoden eine der am umfassendsten ausgearbeiteten Methoden, welche weltweit gelehrt, angewendet und auch ständig weiterentwickelt wird, nicht nur im Feld der Musiktherapie, sondern auch in der Psychologie, Psychiatrie und Physiotherapie, sowie weiteren Berufsfeldern (Grocke & Moe, 2015, S. 22).

1. 7. Wirkrichtung und Funktionen der Musik

«Zu dem durch Töne hervorgerufenen Urknall im Gehirn gehört, dass bereits nach wenigen Momenten Millionen von Neuronen mit Milliarden von Verbindungen aktiviert werden - in Netzwerken des Gehirns, die zuständig sind für Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Intelligenz, Sensomotorik, Emotion und Kommunikation.»

(Kölsch 2019, S. 37).

Die Frage nach universellen Wirkfaktoren der Musik steht im Raum. Bestehen verlässliche Standards oder ist alles beliebig oder nur situationsabhängig? Eine generalisierte Wirkung der Musik wird vom grössten Teil der Musiktherapeut:innen nicht, oder nur sehr begrenzt in ihren alltäglichen Erfahrungen erlebt (Oberegelsbacher & Timmerman, 2020, S. 27).

Die Vielfalt der Umstände und Variablen, die darauf einwirken, wie Musik gehört wird (momentanes Befinden, Atmosphäre, biographische Erlebnisse, Bezug zu Therapeut:innen oder Testleiter:innen etc.), ist so unüberschaubar, dass es bisher nicht gelungen ist, eine Wirkung der Musik objektivierbar zu machen (vgl. Gembris 1996, in Oberegelsbacher & Timmermann 2020).

Lutz Hochreutener (2009, S. 35ff.) benennt in Anlehnung an Mahns (1984, S. 297) drei beobachtbare Wirkrichtungen: Musik als Eindruck, Musik als Kommunikation und Musik als Ausdruck. In der rezeptiven Musiktherapie steht die Wirkrichtung des Eindrucks im Vordergrund: Musik wirkt hier als physischer, psychischer, kognitiver, sozialer und spiritueller Stimulus (ebd., 2009). In rezeptiven Sequenzen, wenn live für den/die Klient:in gespielt oder Musik ab Tonträger verwendet wird, kommen die nachfolgend unter Musik als Eindruck genannten Qualitäten in Reinform vor.

1.7.1 Musik als Eindruck

Als basale Stimulation wirkt Musik psychophysiologisch: Es können neue neurobiologische Verknüpfungen gebahnt werden, indem Musik als Stimulus basale sensorische Erfahrungen vermittelt. Hierzu gehören laut Lutz Hochreutener (2009, S. 36f.) alle elementaren Musik-, Bewegungs-, und Sprachspiele, welche durch rhythmisches Berühren und Bewegtwerden sowie durch Spannungsauf- und abbau die Aufmerksamkeit des/der Klient:in auf sich ziehen. Kognitive Stimulation hingegen besteht einerseits im Anregen von Gedanken zu Befindlichkeiten und Verhaltensweisen, andererseits durch physikalische und praktische Einsichten über Zusammenhänge von Spielbewegung, Klangqualität und Klangkörper sowie Bauweise und Mechanik der Instrumente.

Auch als soziale Stimulation kann Musik wirken, indem sie das Gegenüber neugierig macht und dazu anregen kann, sich schrittweise gegenüber der Mitwelt zu öffnen (vgl. Schumacher 2000b, in Lutz Hochreutener 2009, S. 36). Musik wird seit jeher auch eingesetzt, um bewusstseinsweiternde Zustände zu erreichen (ebd.).

Ebenso kann Musik psychophysisch aktivierend wirken. Diese sogenannte ergotrope Wirkung wird unter anderem durch das Ansteigen des Blutdrucks und Hautwiderstandes, durch Beschleunigung von Atemfrequenz und Puls, sowie durch die vermehrten rhythmischen Kontraktionen der Skelettmuskulatur ersichtlich (Stegemann 2020, S. 74f.), Diese aktivierende Wirkung wird erreicht durch Betonung von Dissonanzen, Melodien mit Quartsprüngen, sowie durch steil an- und abfallende Tonlinien. Weiter sind rigide und beschleunigende Rhythmen Merkmale der ergotropen Musik. Im Gegensatz hierzu zeichnet sich beruhigende Musik durch fließende Melodien, harmonische Bewegungen in Molltonarten, Konsonanzen und schwebende, nicht akzentuierte Rhythmen mit geringer Dynamik aus. Dies kann psychophysiologisch zu Blutdrucksenkung, flacherem Atem, langsamerem Puls, Entspannung der Skelettmuskulatur sowie geringerem Hautwiderstand führen (vgl. ebd., 2020). Während ergotrope Musik gemäss Lutz Hochreutener (2009, S. 37) auch impulsartig eingesetzt werden kann, ist eine Beruhigung mittels trophotroper Musik nur angezeigt, wenn das Gegenüber es selbst anregt oder wenn der/die Therapeut:in eine Körperwahrnehmungsübung oder eine Pause mittels einer rezeptiven Intervention vorschlägt. Eine verdeckte Intention zur Umstimmung eines aufgeregten, verspannten Kindes mittels trophotroper Musik ist nicht zielführend.

Musik kann in ihrer Wirkung störende Denkprozesse und Abwehrmechanismen abschwächen, und durch die so erzeugte Tiefenentspannung können Grenzen zwischen den Bewusstseinssebenen gelockert werden, und vor- und unbewussten persönliche Ressourcen zugänglich gemacht werden (Decker-Voigt 2004, S. 289ff.). Durch die Komponente Rhythmus strukturiert Musik die Zeit in fassbare Teile, während sie selber durch rhythmische und/oder melodische Form als eigene Gestalt in der Zeit wahrnehmbar ist (Lutz Hochreutener, 2009, S. 37f.). Wenn Improvisationen überfordern, können Lieder mit gleichbleibenden Melodien Halt geben (ebd.).

Die Funktion des Holding nimmt in dieser Masterthesis im Zusammenhang mit der rezeptiven Improvisation und der Definition des Für-Spiels einen wichtigen Platz ein. Laut Frohne-Hagemann und Pless-Adamczyk (2005, S. 96) liegt die Haltefunktion (Holding) allen Beziehungserfahrungen zu Grunde. Lutz Hochreutener (2009, S. 38) schreibt dazu: «Musik kann atmosphärisch ein Gefühl des Aufgehoben- und Getragenseins vermitteln. Schritt für Schritt kann sich so Vertrauen ins Gegenüber und ins Leben überhaupt entwickeln.» Hierzu zählen insbesondere jene Situationen, in welchen der/die Therapeut:in für

das Gegenüber spielt, eine Melodie summt oder ein Lied singt. Das Gefühl, angenommen zu werden und etwas zu bekommen, ohne dass eine Gegenleistung erwartet wird, schafft innerpsychisch einen tragenden Boden und hilft, Sicherheit und Vertrauen zu entwickeln (ebd.).

Musik kann innere Bilder hervorrufen. Manche davon beziehen sich direkt auf die Charakteristik der Musik. Man denke hier an das Beispiel des Rainmakers, dessen Klang stark an das Geräusch von Regen erinnert, sowie den auftaktigen Rhythmus, der mit galoppierenden Pferden assoziiert wird. Löst die Musik Gefühle aus, können auch auf diesem Weg assoziativ Bilder auftauchen, welche weitere assoziative Verbindungen zu inneren Bildern, Erinnerungen oder Vorstellung bewirken. Die rezeptive Methode des Imaginativen Musikerlebens arbeitet explizit mit diesen durch Musik ausgelösten Assoziationen (Lutz Hochreutener, 2009, S. 39).

Musik kann ein Erlebnis auch intensivieren. Dadurch kann in Rollenspielen, Bewegungsaktivitäten, Körperwahrnehmungsübungen und Imaginationen die Selbstwahrnehmung sowie die innere Beteiligung verstärkt werden. Übernimmt Musik hingegen eine Integratorfunktion, gestaltet sie musikalische Übergänge und schafft Zusammenhänge, indem sie konträre oder nebeneinander stehende Gefühls- und Gedankenfragmente sowie Szenen oder Handlungen miteinander verbindet und so den Klient:innen ermöglicht, durch die Musik Sinnzusammenhänge zu erleben (Frohne-Hagemann & Pless-Adamczyk, 2005, S. 98).

1.7.2 Musik als Kommunikation

Die Musik kann in der Therapie auch als Medium der Kommunikation genutzt werden: Für die vorliegende Arbeit ist dabei vor allem das Zuhören, bzw. die Fähigkeit, die Musik des Gegenübers als Botschaft aufzunehmen, zentral. Daneben ist es ein Wechselspiel von Eindruck und Ausdruck, den Therapeut:in und Klient:in verbinden.

In einem erlebniszentrierten Spielraum können verschiedene Übertragungsprozesse stattfinden, es können Resonanzerfahrungen gemacht und soziale Kompetenzen erweitert werden. Konkret sieht Lutz Hochreutener (2009, S. 42) dies in physikalisch-akustischen und emotionalen Resonanzphänomenen, wobei für den therapeutischen Prozess vor allem das musikalische Hörbarmachen der emotionalen Resonanz zwischen Therapeut:in und

Klient:in bedeutsam ist. Durch Körpersprache und Musik teilt der/die Klient:in Wesentliches über sich mit und so besteht für die Therapeut:in eine nonverbale Möglichkeit, ihre Resonanz darauf auszudrücken und für das Gegenüber erfahrbar zu machen.

Wenn Sprache nicht oder nur rudimentär entwickelt ist, oder das Sprechen aufgrund verschiedener Pathologien vorübergehend oder dauerhaft nicht mehr möglich ist, kann Musik die Sprache auf präverbaler, nonverbaler und extraverbaler Ebene ersetzen (Grocke & Wigram, 2007, S. 41). Auf der präverbalen Ebene, bei Klient:innen, welchen die Sprache aufgrund schwerer oder tiefgreifender intellektuellen Beeinträchtigungen die eine Sprachentwicklung verunmöglicht wird. Nonverbal, wenn Sprache bei den Klient:innen vorhanden ist, sie jedoch aufgrund verschiedener Pathologien oder emotionaler Schwierigkeiten nicht adäquat verwendet werden kann. Grocke und Wigram (ebd.) nennen hier als Beispiel schwere Depressionen, elektiver Mutismus, atypischer Autismus wie Asperger, Trauma oder neurologische Beeinträchtigungen. Rezeptive Ansätze können hier eine nonverbale Erfahrung ermöglichen, wo ohne komplizierte verbale Erklärungen Stimmungen und Gefühle gezeigt, oder aber auch durch den/die Therapeut:in zurückgegeben werden können. Auf der extraverbalen Ebene, bei Klient:innen mit normaler Sprachentwicklung, deren Sprachgebrauch auch nicht durch verschiedene Störungsbilder eingeschränkt oder verhindert wird, stellt *Musik machen* sowie *Musik hören* eine Ausdrucksmöglichkeit dar, die über die Sprache hinaus geht. Durch rezeptive Interventionen des Therapeuten, indem er für das Gegenüber spielt oder singt, oder Musik ab Tonträger abspielen lässt kann das Gegenüber eine emotionale Erfahrung machen, die weit darüber hinaus gehen kann, was mit Worten auszudrücken möglich ist.

Ein herausragendes Merkmal der Musiktherapie ist, dass beim Musizieren im Unterschied zur sprachlichen Kommunikation Gleichzeitigkeit möglich ist. Das gemeinsame Musizieren ermöglicht interaktives Probehandeln, wobei Instrumente und Musik als Intermediärobjekte und neutrales Drittes zur Regulation von Nähe-Distanz eingesetzt werden können (Frohne-Hagemann & Pless-Adamczyk, 2005, S. 101). Durch die Musik kommunizierte Inhalte sind im Gegensatz zur Sprache offener interpretierbar, wodurch ein Freiraum entsteht. Dadurch fällt es oft leichter, schwierige Inhalte zu vermitteln, weil die Befürchtung wegfällt, nicht verstanden oder verbal zurückgewiesen zu werden (Lutz-Hochreutener, 2009, S. 44).

Dem Medium Musik liegt ausserdem eine wichtige soziokulturelle Funktion inne, indem sie besonders in der Jugend Ausdruck eines Lebensgefühls und der Zugehörigkeit zu einer Peergroup ist und damit praktisch eine symbolische Heimat darstellt wodurch die psychosoziale Identitätsentwicklung gefördert wird (Frohne-Hagemann & Pless-Adamczyk, 2005, S. 102). Daneben kann bei Menschen mit Migrationshintergrund Musik aus dem eigenen Herkunftsland Brückenfunktionen übernehmen, zu einem abgetrennten Teil ihrer Biografie führen und somit Bedeutung zur soziokulturellen Integration erlangen (Lutz-Hochreutener, 2009, S. 44).

1. 7. 3 Musik als Ausdruck

Wird der Fokus der Wirkung der Funktionen der Musik auf den Ausdruck bezogen, verläuft die Wirkrichtung von innen nach aussen. Anders als bei der Musik als Eindruck gibt es laut Lutz Hochreutener aber keine musikalische Reinform des Ausdrucks. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass jeglicher Ausdruck auch wieder als Eindruck auf den/die Spieler:in zurückwirkt. Der individuelle, schöpferisch musikalische Ausdruck hat laut Lutz Hochreutener (2009, S. 41f.) psychodynamische Bedeutung. Als Funktionen kommt hier die Containerfunktion, die Symbolbildung, Vehikel- und Katalysatorfunktion, sensomotorische Auseinandersetzung, Selbstverstärkung und Schutz zum Tragen (Frohne-Hagemann & Pless-Adamczyk, 2005, S. 96 ff.) Auf alle diese verschiedenen Funktionen der Musik als Ausdruck wird im Rahmen dieser Arbeit allerdings nicht weiter eingegangen, da der Fokus auf der rezeptiven Anwendung von Musik liegt, bzw. auf den Funktionen der Musik, die rein rezeptiv auf den/die Klient:in wirken.

2. Musiktherapeutisches Handeln

Musiktherapeutisches Handeln lässt sich nach Methoden, Modalitäten und Interventionstechniken systematisieren, wobei die drei Interventionsebenen Musik, Körper und Sprache zum Tragen kommen (Lutz Hochreutener, 2009; 2021).

2. 1. Methoden

Als Methoden der Musiktherapie werden in der dritten Ausgabe des Lexikons der Musiktherapie aufgeführt: Stille, Improvisation, Lied, komponierte instrumentale Musik, Hantieren mit Instrumenten, Körper, Sprache, Rollenspiel und Imaginatives Musikerleben (Lutz Hochreutener 2021, S. 500). Die Methoden werden bezüglich therapeutischer Wirksamkeit alle als gleichwertig eingestuft und indikationsspezifisch und prozessadäquat eingesetzt. Ihre Wirksamkeit hängt davon ab, ob ihr Einsatz aus einer resonanzbereiten Haltung wächst und auf die jeweilige therapeutische Notwendigkeit abgestimmt ist. Der/die Therapeut:in kann eine spezifische Methode gezielt anbieten, sie kann jedoch auch von den Klient:innen explizit gewünscht werden. Die verschiedenen Methoden können sich auch spontan aus dem Spielprozess entwickeln und fließend ineinander übergehen. Bei allen Methoden können verschiedene Modalitäten und Interventionstechniken zum Tragen kommen (Lutz Hochreutener, 2009, S. 138). Im Rahmen dieser Arbeit wird in Kapitel 3 näher auf die Methode Improvisation eingegangen. Für eine vertiefte Auseinandersetzung mit den weiteren Methoden der Musiktherapie sei auf Lutz Hochreutener (2009) verwiesen.

2. 2. Modalitäten

Als Modalitäten kommen ein übungszentriertes, ein erlebnis- oder ein konfliktzentriertes Vorgehen in Frage. Innerhalb des musiktherapeutischen Prozesses kommen diese Modalitäten allerdings meist nicht in Reinform vor, sondern überschneiden sich oder führen jeweils zum anderen hin. Lutz Hochreutener betont dabei (2009, S. 119), dass sich Musiktherapeut:innen stets bewusst sein sollten, warum sie in welcher Modalität arbeiten.

Übungszentriertes Vorgehen

Das übungszentrierte Vorgehen ist pädagogisch, verhaltenstherapeutisch oder manchmal auch rein funktional ausgerichtet. Es bildet einen guten Einstieg für Klient:innen welche (noch) nicht symbolisieren können oder in ihrem Ausdruck gehemmt sind. Das Verhal-

tensrepertoire des Gegenübers kann mittels gezielter Übungen und Spielformen modifiziert, erweitert oder stabilisiert werden, indem es neue Fertigkeiten, Strategien und Techniken entwickelt. Das können Übungen sein zur Förderung des Kommunikations- und Sozialverhaltens, der Körperwahrnehmung, der Orientierungsfähigkeit, der Sprachanbahnung und der Flexibilität. Das übungszentrierte Vorgehen soll mit der therapeutischen Haltung eines Angebotes eingesetzt werden, das auf den Therapieprozess bezogen ist und nicht aus zielorientierten, methodisch-didaktischen Überlegungen gemacht wird (Lutz Hochreutener, 2009).

Erlebniszentriertes Vorgehen

Das erlebniszentrierte Vorgehen ist weniger funktional ausgerichtet als das übungszentrierte. Es stehen pädagogische und psychagogische Vorgehen im Vordergrund. Ziel dieser Modalität ist aber weniger das Lernen, sondern das Erlebnis auf allen Ebenen: Das Ausloten von Nähe und Distanz, von Innen und Aussen, Ich und Du, von Imaginärem und Wirklichem. Im Vordergrund steht das Experimentieren mit den Instrumenten, das Entdecken und Erleben der eigenen Kreativität, das Erforschen, Variieren und Integrieren neuer Verhaltensweisen. Damit sich das Gegenüber im Hier und jetzt öffnen kann, stellt der/die Therapeut:in mit erlebniszentrierten Vorgehen Angebote zur Verfügung, die aus dem Moment entstehen, Erfahrungen vertiefen oder als Anregung dienen können. Der/die Musiktherapeut:in gibt, wenn erforderlich, eigene Impulse, um Spielfluss oder Interaktionsdichte zu unterstützen (Lutz Hochreutener 2009, S. 120).

Konfliktzentriertes Vorgehen

Manifestieren sich innerhalb des Musikspiels oder in der Beziehung zum/zur Therapeut:in oder zur Gruppe konflikthafte Themen oder Verhaltensweisen, kann ein konfliktzentriertes Vorgehen sinnvoll sein. Ebenso können intrapsychische und interpersonelle auf das Umfeld bezogene Konflikte damit bearbeitet werden. Bei jüngeren Kindern tauchen konflikthafte Inhalte oft innerhalb einer Spielsequenz auf, in der zuvor übung- oder erlebniszentriert gearbeitet wurde. Lutz Hochreutener (2009, S. 212) beschreibt diese Übergänge in die konfliktorientierte Modalität als fließend und rational nicht nachvollziehbar. Er wird, so schreibt sie, «nur in atmosphärischen Nuancen sowie anhand mimischer und musikalischer Veränderung wahrnehmbar und (er-)hörbar.» Die Bearbeitung konflikthafter Themen geschieht bei älteren Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

wechselseitig im Musikspiel und im verbalen Austausch. Von den Therapeut:innen erfordert dies eine gute Balance an Input und Distanziertheit, wobei Inputs oder Deutungen stets als Angebot eingebracht werden sollen (ebd.).

2. 3. Musiktherapeutische Interventionstechniken

In zahlreichen musiktherapeutischen Ausbildungen kommt dem psychotherapeutischen Paradigma, vor allem der psychodynamischen und humanistischen Grundorientierung grosse Bedeutung zu. Funktionale oder pädagogische Ansätze spielen im deutschsprachigen Raum eine untergeordnete Rolle (Smetana & Storz, 2020, S. 53). Die Autorinnen sehen die Entwicklung der Musiktherapie vielerorts als eng verbunden mit psychotherapeutischen Denkmodellen und Handlungskonzepten. Die spezifischen musiktherapeutischen Vorgehensweisen aktiver sowie rezeptiver Art, fassen auf den allgemeinen psychotherapeutischen Techniken (Timmermann, 2020a, S. 60). Sie sind hierbei weder abhängig vom spezifischen therapeutischen Kontext noch vom Therapeutischen überhaupt (vgl. Storz 2000, in Timmermann 2020a, S.60) und lassen sich in weitere, zum Beispiel in präventive und psychohygienische Zusammenhänge übertragen. Dies fördert die Verständigung mit Vertreter:innen anderer psychotherapeutischer Verfahren und Methoden (ebd.). Die theoretischen, methodischen und technischen Bezugsrahmen und Konzepte erweitern sich analog zu den neu erschlossenen Berufsfeldern der Musiktherapie, wie beispielsweise der Arbeit mit Familien oder der musiktherapeutischen Arbeit im Eltern-Kind-Setting um bindungsorientierte und systemische oder verhaltenstherapeutische Ansätze (Smetana & Storz, 2020, S. 54).

Die Musiktherapie besitzt neben den aus verschiedenen Psychotherapieansätzen stammenden Techniken wie der Gesprächsführung, der Körperarbeit, des Psychodramas und der Imagination musikspezifische, differenzielle Techniken. Mit ihrer Hilfe können sich die verschiedenen therapeutischen Funktionen der Musik und des Musikspiels entfalten. Diese musikspezifischen Techniken können funktional (übungszentriert) oder psychotherapeutisch (erlebnis- und konfliktzentriert) ausgerichtet sein (Lutz Hochreutener 2009, S. 121f. und 2021, S. 501). Lutz Hochreutener schreibt dazu:

«Interventionstechniken sind resonanzgeleitete, subtile Abstimmungen des Therapeutenverhaltens auf den Ausdruck und das Kommunikationsverhalten des Kindes. Sie zielen darauf hin, spezifische entwicklungs-fördernde Prozesse anzuregen, in Gang zu halten oder zu vertiefen. Sie sind die kleinste Einheit therapeutischen Einwirkens, sozusagen das «Salz» in den verschiedenen methodischen Zugängen.»

(Lutz Hochreutener, 2009, S. 121)

Die Systematisierung der Techniken variiert laut Lutz Hochreutener (2021, S. 501) je nach Autor:in. In der folgenden Tabelle 1 werden in Anlehnung an Lutz Hochreutener (2021, S. 502) einige Techniken beispielhaft im Zusammenhang mit ihrem Wirkspektrum und dem damit verbundenen Ziel aufgeführt. Die Verfasserin hat der ursprünglichen Tabelle die Technik «Nähren» hinzugefügt.

Wirkungsspektrum	Ziel	Techniken
Funktional (übungszentriert)	Regulierende und stimulierende Techniken -Regulieren von körperlichen und emotionalen Zuständen -Erhalten und Fördern von Sensorik, Kognition und Sprache	Aktivieren: Ergotrope Musikstrukturen Beruhigen: Trophotrope Musikstrukturen Entspannen: Pulsation und monochrome Klänge Multisensorische Stimulation: Indikationsspezifische Platzierung der Instrumente beim Spiel; Einsatz vibrationsintensiver Instrumente
Psychotherapeutisch (erlebnis- und konfliktzentriert)	Haltgebende, stützende und emotionszentrierte Techniken -Halt und Sicherheit vermitteln -Vertrauen aufbauen -Ausdruck anregen und stützen Ressourcen aktivieren -Befindlichkeiten verdeutlichen -Selbsterkenntnis und -Selbstakzeptanz anregen	Nähren: warme, satte Klänge, welche auf die erspürte Ausstrahlung und den Ausdruck des Gegenübers abgestimmt sind und es stärken sollen Holding: Repetitive verlässliche musikalische Gestalten Grounding: Rhythmischer Boden Zentrieren: Tonales Zentrum Anpassen/Matching: Begleitung auf Dynamik und Form abstimmen Spiegeln: Spielweise und erspürte Gefühlsqualitäten gleichzeitig oder zeitversetzt abbilden und verdeutlichen Überraschen: Bewusst humorvolle und/oder überraschende Motive spielen
Psychotherapeutisch (erlebnis- und konfliktzentriert)	Dialog und Kommunikationszentrierte Techniken -Kommunikation anregen, erweitern und vertiefen	Atmosphäre lockern Pausen machen Musikalisch antworten
Psychotherapeutisch (erlebnis- und konfliktzentriert)	Konfrontationszentrierte Techniken -Exploration und Verdeutlichung emotionaler Zustände -Problemaktualisierung und Problembewältigung	Intensivieren: Musikalische Dynamik sukzessive verstärken Doppeln: Erspürte Gefühlsqualität verstärkend anklingen lassen

Tabelle 1: Interventionstechniken und Wirkspektrum in Anlehnung an Lutz Hochreutener (2021, S. 502), ergänzt von der Verfasserin

3. Improvisation

«Jede Improvisation ist ein Experiment der Selbstwahrnehmung und Grenzüberschreitung.»

(Hegi, 2010, S. 137).

Im ersten Abschnitt soll etwas genauer beleuchtet werden, was Improvisation ausmacht, während im zweiten Abschnitt die musiktherapeutische Improvisation als Methode im Zentrum steht. Anschliessend wird auf die rezeptive Anwendung der Improvisation eingegangen und die damit verbundene therapeutische Haltung betrachtet.

3. 1. Musikalische Improvisation

«Improvisation kann Kunst oder Unterhaltung sein, zunächst ist sie aber Experiment.»

(Timmermann, 2020a, S. 67).

Alltagssprachlich wird unter «improvisieren» unvorhergesehenes, unvorbereitetes Handeln aus dem Augenblick heraus verstanden. Im Duden werden hierzu Synonyme wie «aus dem Stegreif tun» oder «sich was einfallen lassen» aufgeführt. Ein Improvisationstalent ist also jemand, der die Fähigkeit hat, mit Unvorhersehbarem in konstruktiver, kreativer Weise umzugehen.

Musikalisch ist Improvisation insbesondere für den Jazz stilbildend. Dabei werden zu einer Melodie oder über einer Harmoniefolge spontan neue Melodien erfunden und gespielt. Jazzstücke entstehen somit teilweise aus dem Stehgreif und die Improvisation ist die Gelegenheit für die Musiker:innen, sich auszudrücken und ihr Können zu zeigen (Weymann, 2004). Auch in der klassischen Musik gibt es Improvisation: Kirchenorganisten paraphrasieren oft den gesungenen Choral und ermöglichen so den Zuhörern einen verlängerten Nachklang von Lied und Ton (Weymann, 2004, S. 13). Improvisation eröffnet Spielräume und birgt durch die Ereignisoffenheit auch das Risiko des Scheiterns, aber auf der Kehrseite auch die Faszination des Zufallenden (ebd.). Wichtige Voraussetzung zum Improvisieren ist die Bereitschaft, aus dem Moment heraus etwas zu tun und die Dinge geschehen zu lassen.

Weymann strebt in einer psychologischen Untersuchung zur musikalischen Improvisation an, den Wirkungszusammenhängen näherzukommen, die einer Improvisation innewohnen. Er hat dazu mittels qualitativen Tiefeninterviews die psychologische Wirksamkeit der musikalischen Improvisation untersucht (Weyman, 2004). Sein Bezugsrahmen

war dabei allerdings nicht der Behandlungskontext von Krankheiten oder Störungen, sondern er befragte Expert:innen aus Musik und Musiktherapie mit langjähriger Erfahrung im Improvisieren (ebd.). Bei der Literaturrecherche zu seiner Untersuchung fand er allerdings keine angemessene Definition, die das Wesen der Improvisation systematisch beschreibt. Heinrich Jacoby (1980 in Timmermann 2020a, S. 65-69) vergleicht die improvisierte Musik, bzw. die Künste mit der Muttersprache, worin sich jeder äussern kann und daher «Sprache» ist, bevor die Musik mit Kunst oder Unterhaltung verknüpft ist.

Neuronale Prozesse bei der musikalischen Improvisation

Das kreative oder generative Moment macht den Unterschied zwischen improvisierter Musik und der musikalischen Reproduktion (Lothwesen & Lehmann, 2018). Seit einigen Jahren lassen sich die neuronalen Prozesse, die bei der musikalischen Improvisation eine Rolle spielen, abbilden: Mittels fMRI wurde in verschiedenen Studien untersucht, wie sich musikalisches Improvisieren in bildgebenden Verfahren zeigt. Eine Übersichtsarbeit von Beaty (2015) wertete neun Studien aus, die sich mit musikalischer Improvisation in Klassik, Jazz und Rap befassen. In der Studie von Donnay, Rankin, Lopez-Gonzalez, Jiradejvong, und Limb von 2014, welche die wechselseitige Improvisation zweier professioneller Jazzmusiker untersucht, war in zwei für die Sprache bedeutenden Areale (Broca-Areal und Wernicke-Areal) eine starke Aktivierung sichtbar.

Stegemann (2020b, S. 190) schreibt, dass in einem musikalischen Dialog ähnliche Prozesse ablaufen wie in einem Gespräch, das in der Regel ja auch improvisiert ist. Dieser Zusammenhang wird in der musiktherapeutischen Behandlung von Sprach- und Sprechstörungen, wie sie beispielsweise auch nach einem Schlaganfall auftreten können, therapeutisch genutzt (Stegemann, 2020b, S. 191).

In weiteren Studien (Beaty, 2015) wird beschrieben, dass sich musikalisches Improvisieren auf Hirnareale auswirkt, die im Zusammenhang mit Selbstkontrolle und Selbst-Monitoring stehen. Die Aktivität in diesen Arealen verringert sich, wodurch sich kreative Impulse durch die Verringerung der internen Zensur entfalten können. In einer Studie von McPherson, Barrett, Lopez-Gonzalez, Jiradejvong und Limb, (2016) interpretierten professionelle Jazzmusiker:innen Fotos einer Schauspielerin, die drei verschiedene Stimmungen (positiv, negativ und mehrdeutig) darstellte. Es kam dabei ebenfalls zur Aktivierung der klassischen Sprachareale und des Supplementär-motorischen Areals (SMA), und gleichzeitig zu einer Deaktivierung der Selbstkontrolle und des Selbst-Monitorings, wobei zusätzlich die limbischen und paralimbischen Regionen – Stegemann (2020b, S. 191)

betont hier vor allem Amygdala und Insula – verstärkte Verbindungen zeigten. Je nach Stimmungsbild (positiv, negativ und mehrdeutig), auf das die Musizierenden reagierten, zeigten sich zudem unterschiedliche Aktivierungsmuster.

3. 2. Improvisation als Methode in der Musiktherapie

Inwiefern unterscheidet sich Improvisation in der Musiktherapie von künstlerischer musikalischer Improvisation? Wigram (2004, S. 37) definiert musikalische Improvisation breit als «any combination of sounds and sounds created within a framework of beginning and ending» und stellt daneben die klinische Improvisation als «the use of musical improvisation in an environment of trust and support established to meet the needs of clients». Weyman (2021, S. 254) schreibt ähnlich, dass sich die künstlerische musikalische Improvisation vor allem durch Fragen des Settings und der Zielsetzung beziehungsweise durch die Funktionen des Improvisierens von der klinischen Improvisation unterscheidet. Lutz Hochreutener (2009, S. 158) verwendet zur fachspezifischen Präzisierung der Improvisation den Begriff der musiktherapeutischen Improvisation. Während der künstlerischen Improvisation ein musikalisches Schema wie eine Melodie oder eine Harmoniefolge zugrunde liegt, entsteht laut Weymann (2021, S. 256) die musiktherapeutische Improvisation situativ und ist in den Therapieverlauf eingebettet. Steht in der künstlerischen Musikimprovisation die Entdeckung neuer klangästhetischer Räume und der individuelle, experimentelle Ausdruck im Vordergrund, ist es in der musiktherapeutischen Improvisation der therapeutische Aspekt. Deuter schreibt: Die Improvisation «eignet sich als therapeutisches Agens, weil sie viele, auch paradoxe Tendenzen von Ausdruck und Gestaltung integrieren kann» (2021, S. 260).

Die Improvisation nimmt unter den Methoden einen besonderen Stellenwert ein. Sie kann in Reinform vorkommen, aber auch in andere Methoden hineinwirken und so etwa Rollenspiele intensivieren, körperzentrierte Spiele begleiten und die Basis für imaginatives Musikerleben bilden. Zudem ist sie Ausgangspunkt spontan entstehender und selbstgestalteter Lieder und macht Stille erlebbar (Lutz Hochreutener, 2009, S. 138). Die musiktherapeutische Improvisation eröffnet den Klient:innen einen Spielraum, in dem intra- und innerpsychische Prozesse möglich werden, in deren Zentrum die individuelle Entwicklung steht (ebd., S. 158).

Hegi (2010, S. 136) schreibt über die musiktherapeutische Improvisation: «Sie ist das Werkzeug, die Quelle und das Experimentierfeld, die Methode und Technik, sowie die

Wirkungspotenz unserer Musiktherapie. Wir meinen vor allem die aktive, produktive, freie und strukturierte Improvisation, schliessen aber das passive, aufnehmende beeinflussende und reaktive Hören auf Rhythmen, Klänge, Melodien Dynamik und Form nicht aus, wenn dadurch ein weiterführender Kontakt zu einem Gefühl hergestellt werden kann.»

Sowohl bei der aktiven wie auch bei der rezeptiven Vorgehensweise bietet improvisierte Musik therapeutische Möglichkeiten der Mitgestaltung und Begegnung zwischen Therapeut:in und Klient:in. In der aktiven Musiktherapie werden die Unvorhersehbarkeit und unerwarteten Wendungen, die der Improvisation innewohnen, als psychosoziales Übungsfeld der Beziehungsgestaltung genutzt. Die akustisch wahrnehmbare Veränderung und Wandlung auf der Beziehungsebene innerhalb eines Prozesses der Improvisation ist spezifisch für die Musiktherapie (Timmermann, 2020a, S. 68). Im Improvisationshandeln zeigt sich laut Weymann (2021, S. 253) die verinnerlichte und verkörperte Erfahrungsbasis und Sozialisation der Spielenden. Er schreibt: «Gerade wenn Patienten und Patientinnen im Improvisieren unerfahren sind und keine bestimmte Spielvorgabe existiert, stellen sich im Spiel mit dem Therapeuten oder der Therapeutin bzw. der Gruppe «altbekannte» Verhältnisse und Konstellationen ein; meist unreflektierte Muster des Selbsterlebens und der Handlungsbereitschaft werden sicht- und erlebbar» (ebd., S. 255). Dies sei mit ein Grund, weshalb die Improvisation innerhalb der modernen Musiktherapie als Kernmethode gilt. Timmermann betont ebenso (2020a, S. 68), dass die Improvisation in der Musiktherapie die am häufigsten angebotene Methode zur gemeinsamen Gestaltung des zentralen psychotherapeutischen Wirkfaktors, der Beziehung, ist.

Auf der Beziehungsebene wird die gemeinsame Improvisation zudem aus entwicklungspsychologischer Sicht mit der frühen Mutter-Kind-Dyade und ihren Potenzialen gleichgesetzt. In der gemeinsamen Improvisation können also Affektabstimmungen in sich selber und anderen Personen gegenüber eingeübt werden. Ist die Affektsteuerung gestört oder unzureichend, sollte der/die Therapeut:in dabei eine leitende, strukturierende Rolle einnehmen. Im verbalen Austausch nach der Improvisation und im Benennen des Erlebten können Mentalisierungsprozesse angestoßen und gefördert werden. Die Improvisation als Ko-Kreation bietet einen intersubjektiven Erfahrungsraum, in dem implizites Beziehungswissen verändert und neue Arten von Beziehungsgestaltung ermöglicht werden können (Weymann, 2021, S. 256).

In der tiefenpsychologisch orientierten Musiktherapie wird die improvisierte Musik als ein Produkt aus bewusster und unbewusster Gestaltung betrachtet (Timmermann, 2020b, S. 35). Gemäss Hegi (2010, S. 137), der sich auf die Gestaltpsychologie bezieht, schafft die Improvisation als Experiment eine Brücke zwischen Bewusstem und Unbewusstem und ermögliche eine Erfahrungswelt, in der sowohl alte Gefühle wiederbelebt wie auch neue Gefühle geweckt werden können. Der/die Therapeut:in gibt den Klient:innen Resonanz auf ihre musikalischen Äusserungen, wobei diese Resonanz laut Timmermann (2020b, S. 35) aus einer Mischung aus gelernten Interventionstechniken und geschulter und doch spontaner Intuition heraus besteht. Analog zu der in der Psychoanalyse verorteten Methode der freien Assoziation, alles auszusprechen, was einem durch den Kopf geht, wird es in der musiktherapeutischen Improvisation zu «spielen, was einem durch den Kopf geht» bzw. in die Finger kommt (vgl. Tüpker, 1996, S. 259 in Weymann 2004, S. 43). Beide Ansätze suchen einen Zugang zum Unbewussten, indem über eine spontane Mitteilungsform versucht wird, die Zensur durch das Bewusstsein zu umgehen (ebd., 2021, S. 255). Timmermann (2020b, S. 37) schreibt: «Improvisation als zentrale Methode einer modernen, tiefenpsychologisch orientierten Musiktherapie dient sowohl der Explorations- wie auch der Interventionspraxis. Sie knüpft an früheste Erfahrungen an den Wurzeln der Persönlichkeit an und kann gleichzeitig experimentelles Handeln als Perspektive für Reifung und befriedigendere Erlebens- und Verhaltensweisen anbieten.»

3. 2. 1. Verschiedene Formen der Improvisation

Timmermann (2020a) unterscheidet zwischen freier und strukturierter Improvisation. Auch Lutz Hochreutener (2009) macht diese Unterscheidung, wobei sie die strukturierte Improvisation als Improvisation mit Spielregeln bezeichnet und bei den Spielregeln weitere Unterformen benennt, nämlich beziehungsorientierte, themenorientierte und musikorientierte. Weymann (2021, S. 256) nennt in Anlehnung an Smetana (2014, S. 42f.) vier Formen der Improvisation: Die strukturierte Improvisation, bei der ein formaler Ablauf vereinbart wird, was Orientierung bieten kann, wenn eine völlig freie Gestaltung überfordernd sein sollte. Dann die thematische Improvisation, bei der symbolische Themen wie Gefühle oder Situationen, Träume oder Schmerzen des/der Patient:in musikalisch exploriert und dargestellt werden. Weiter die kommunikative Improvisation, die der Beziehungsaufnahme und -intensivierung dient. Schwerpunkt sind hier Kontakt, Dialog und Interaktion der Beteiligten. Und schliesslich die probehandelnde Improvisation, in der Situationen, welche den/die Klient:in beschäftigen, durchgespielt werden.

Freie Improvisation

Die freie Improvisation gilt in der modernen Musiktherapie als «via regia» und ist in der Musiktherapie eine oft angebotene Methode (Lutz Hochreutener 2009, Timmermann 2020b, Weymann 2021). Auch Timmermann (2020b, S. 36) beschreibt die freie Improvisation als Königsweg zum Unbewussten der Patient:innen und sieht die freie Improvisation innerhalb der tiefenpsychologisch ausgerichteten Musiktherapie als hilfreich bei diagnostischen Abklärungen, beim Eruiieren von problematischen Erfahrungen und problematischen Verhaltens- und Erlebensweisen. Hier wird im Anschluss oft auch auf der sprachlichen Ebene gearbeitet, um Erlebtes gemeinsam aufzuarbeiten oder zu interpretieren.

Timmermann (ebd., 2020a, S. 67) schreibt:

«Inhalte freier Improvisationen entstehen aus dem Hier und Jetzt der improvisierenden Person mit ihrer ganzen bio-psycho-sozialen Geschichte. Sie sind von aussen nur durch das Potential innerer Freiheit und seelischer Kraft des Therapeuten begrenzt, also beispielsweise durch seine eigenen Ängste bezüglich der Wirklichkeit, die ans Licht treten können, oder eben seine Fähigkeit, dem standzuhalten und Halt, Sicherheit und Schutz anzubieten.»

Die gemeinsame freie Improvisation eignet sich zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung zwischen Therapeut:in und Klient:in und beeinflusst somit einen der zentralen psychotherapeutischen Wirkfaktoren. Weiter bietet sich in der Improvisation ein wichtiges psychosoziales Übungsfeld für den Umgang mit Unvorhersehbarem und Unerwartetem, was dem Wesen der Improvisation zugrunde liegt (ebd., S. 68).

Grootaers (2010, S. 54ff.) führte den Begriff der gemeinsamen Klangproduktion ein. Gemeint ist damit das von Regeln freie Drauflosspielen auf einfachem Instrumentarium durch den/die Therapeut:in und Klient:in. Grootaers umgeht so den irreführenden Begriff der als «frei» bezeichnete Improvisation. Kolb (2017, S. 124) konstatiert, dass auch eine freie Improvisation nicht wirklich ganz frei sei, da sich die darin innewohnenden musikalischen Verläufe nicht willkürlich, sondern regelhaft und methodisch vollziehen und einem, wenn auch unbewussten, Plan folgen.

Strukturierte Improvisation

In strukturierten Improvisationen wird vorgängig ein formaler Ablauf festgelegt. Dies bietet Orientierung und einen überschaubaren Spielraum (Smetana, 2014, S. 42).

,

Thematische Improvisationen

Thematische Improvisationen greifen symbolische Themen des/der Klient:in auf, explorieren sie und stellen sie musikalisch dar. Darunter werden unter anderem Gefühle, Träume, körperliche Befindlichkeiten, spezielle Situationen, Sehnsüchte und Meinungen verstanden, aber auch das Spielen von bildhaften Ereignissen wie Gewittern, Vulkanausbrüchen sowie von Tieren und Landschaften (Smetana, 2014, S. 42f.; Lutz Hochreutener, 2009, S. 170). Dies kann einerseits die Erlebnis-, und Ausdrucksfähigkeit anregen und intensivieren, es können darüber hinaus aber auch auf Symbolebene innerpsychische Themen ausgespielt werden.

Kommunikative Improvisation

In der kommunikativen Improvisation liegt der Fokus auf der Beziehungsaufnahme und -intensivierung, indem Aspekte der Beziehungsgestaltung wie Nähe/Distanz oder Autonomie/Anpassungen beleuchtet werden (Smetana 2014, S. 42f.; Lutz Hochreutener, 2009, S. 170). Für Lutz Hochreutener (ebd.) fallen darunter unter anderem Partner- und Dialogspiele, Individuations- und Ablösespiele sowie Familien- oder Systemaufstellungen, innerhalb derer mit Kontakt, Dialog und Interaktion der Beteiligten gespielt wird.

Probehandelnde Improvisation

Bei der Probehandelnden Improvisation steht ein experimentelles Durchspielen einer für den/die Klient:in schwierigen Situation im Mittelpunkt, wobei die dabei auftretenden emotionalen Prozesse beobachtet und kennengelernt werden können (Smetana, 2014, S. 42).

3. 2. 2. Anwendung der Methode Improvisation

Wann kommen nun welche Formen zum Einsatz? Im Therapieverlauf folgt die musikalische Gestaltung der Improvisation meist keinem vorgegebenen Schema, sondern entsteht situativ. Sie ist dadurch Teil einer Prozessdynamik, die sich zwischen Gespräch und Musikspiel entfaltet. Spezifische Spielformen der Improvisation können in Abstimmung auf einen aktuellen Bedarf, aus Notwendigkeit oder auf Wunsch hin gewählt werden. Laut Weymann (2021, S. 256f.) sind die Vorgaben der Spielform methodisch als indikations-spezifische Interventionen zu verstehen. Bei der Wahl der Improvisationsform sollen deshalb die störungsspezifischen Verarbeitungsmöglichkeiten der Klient:innen berücksichtigt werden.

Die musiktherapeutische Improvisation bietet, wie bereits erwähnt, die unterschiedlichsten Begegnungsmöglichkeiten und es können alle unter «Funktionen der Musik» beschriebenen Aspekte zum Tragen kommen (vgl. Kapitel Wirkrichtung und Funktionen der Musik). Lutz Hochreutener (2009, S. 163 ff.) beschreibt auf die Improvisation bezogene Anwendungs- und Wirkungsspektren, welche in der folgenden Tabelle 2 aufgeführt werden.

Die Anwendung der musiktherapeutischen Improvisation kann sowohl aktiv wie auch rezeptiv erfolgen. Improvisiert das Gegenüber selber, entweder alleine, mit dem/der Therapeut:in oder in der Gruppe, ist dies als aktives Vorgehen zu bezeichnen. Wird rezeptiv gearbeitet, improvisiert der/die Therapeut:in für den/die Klient:in, wobei es sich um eine auf das Gegenüber ausgerichtete und abgestimmte Zuwendung handelt. Lutz Hochreutener (2009, S. 171f.) unterscheidet zwischen Einzel- oder Solospiel des/der Patient:in (aktiv), Zweierspiel (aktiv), Gruppenspiel (aktiv), Für-Spiel (rezeptiv) und Vor-Spiel (rezeptiv). Wird die Improvisation rezeptiv eingesetzt, stehen andere Anwendungen und Funktionen der Musik bzw. der Improvisation im Vordergrund als bei der gemeinsamen Improvisation.

Anwendung	Wirkung
Lustvolles, zweckfreies Spiel	Flow-Erfahrung, Raum für Erholung
Schöpferisches Gestalten	Selbstentdeckung und Selbsterfahrung
Selbstwahrnehmung	Sich selbst physisch und psychisch vertieft spüren
Ausdruck	Identitätsbildende Prozesse
Kommunikation	Erweiterung der kommunikativen Fähigkeiten
Annäherung an ein Thema	Tiefenentspannung
Bearbeiten eines Themas	Integration vergangener, gegenwärtiger und die Zukunft betreffender Inhalte
Nachklängen lassen	Zur Ruhe kommen, inneres Gleichgewicht wieder finden
Übergang	Innere Sammlung, Raum für Neues Schaffen
Spannungsabfuhr	Physische und psychische Entlastung
Ritual	Hervorheben bedeutsamer Ereignisse
Teil anderer Musikspielformen	Auslösen und unterstützen anderer Musikspiele

Tabelle 2: Überblick Anwendungs- und Wirkungsspektrum der Improvisation in Anlehnung an Lutz Hochreutener, 2009, S. 163.

3. 3. Rezeptive Formen der Improvisation

Im folgenden Unterkapitel werden die beiden rezeptiven Anwendungsmöglichkeiten Für-Spiel/Fürspiel und Vor-Spiel, sowie eine weitere Spielform, die empathische Improvisation, betrachtet. Anschliessend folgen weitere Anwendungsmöglichkeiten der rezeptiven Improvisationen als Teil anderer Methoden.

3. 3. 1. Für-Spiel

«In einem Für-Spiel steht eine musiktherapeutische Verwirklichung psychotherapeutischer Techniken wie Holding und Nähren im Zentrum, wo es darum geht, an den frühen Wurzeln der Persönlichkeit elementare Versorgung wie Halten, Tragen, Wiegen usw. im therapeutischen Setting zu vermitteln.» (Timmermann, 2020a, S. 72)

Durch Einfühlen in die Situation wählt der/die Therapeut:in Instrument sowie Art und Weise des Spiels. Laut Timmermann (2020a, S. 58f.) wird die direkte Resonanz auf ein solches Für-Spiel beim Gegenüber anhand verschiedener Körperreaktionen wie Atembewegung, Mimik, Gestik erfahrbar oder kann danach in einer verbalen Reflexion deutlich werden. Das Für-Spiel ist eine gute Möglichkeit, Klient:innen an entwicklungspsychologisch sehr frühe Kindheitserfahrungen anknüpfen zu lassen, wo sie von einer Bezugsperson Zuwendung ohne Bedingung oder Gegenleistung bekommen. Dem Beziehungsaspekt kommt dabei eine herausragende Rolle zu. Der/die Therapeut:in versucht das Gegenüber musikalisch dort abzuholen, wo es gerade steht und meist nicht, um es gerade umstimmen zu wollen. Das Gegenüber soll sich mit seinem Eigenen beachtet und verstanden fühlen (ebd.). „Beim Für-Spiel musikalische Einfachheit im Vordergrund, die dem/der Klient:in eine Atmosphäre der Sicherheit und des Getragenseins vermittelt. Unter Für-Spiel wird jedoch nicht nur die Arbeit mit monotonalen Klängen (z.B. Gong, Monochord), sondern auch improvisiertes Instrumentalspiel und Singen verstanden. Die freie Improvisation sieht Timmermann (ebd., S. 59) als beste Möglichkeit «(...) das Atmosphärische und das atmosphärisch Notwendige zu erspüren, musikalisch auszudrücken und auf den Klienten zu reagieren».

In einer Expert:innenbefragung von Stegemann (2013) über rezeptive Angebote im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich gaben mehrere Interviewpartner:innen explizit das Für-Spiel (Für-Singen) an. Mehrere der Expert:innen bezogen sich dabei auf den von Timmermanns beschriebenen Begriff des Für-Spiels, der als die musiktherapeutische Verwirklichung psychotherapeutischer Techniken wie Holding und Nähren zu verstehen

ist. Laut Stegemann verstehen die Expert:innen das Für-Spiel als essentieller Teil der Beziehungsgestaltung. Es könne als regressionsförderndes Element wirken und eine besondere Form der Zuwendung im Sinne von «etwas bekommen» darstellen. Weiter kann es laut zur Vorbereitung und Initiierung aktiver Phasen dienen (ebd.).

Der Begriff des Für-Spiels wird von Lutz Hochreutener (2021, S. 500) als eine Beschreibung der Vorgehensweise bzw. des Settings innerhalb der Methode Improvisation angewendet und bezeichnet eine Improvisation des/der Therapeut:in für ein Gegenüber. Als weitere Vorgehensweise rezeptiver Improvisation wird zudem das Vor-Spiel erwähnt, dessen Funktion in einem Vorausgehen und Anregen des Patienten liegt. Timmermann hingegen (2020) benutzt den Begriff des Vor-Spiels in einem anderen Zusammenhang: Er meint damit das Vor-Spielen von Musik ab Tonträger im Unterschied zum Für-Spiel, wo live für den/die Klient:in gespielt wird. Lutz Hochreutener (2009, S. 171) betont, dass es weder beim Für-Spiel noch beim Vor-Spiel um ein narzisstisches Präsentieren eigener Fähigkeiten geht, sondern um eine auf das Gegenüber angepasste Zuwendung über das Medium Musik.

Von Moreau, Hillecke und Wormit (2013, S. 237) sprechen ebenfalls von einem Fürspiel, und führen es unter Formen rezeptiven Arbeitens. Sie wählen dabei allerdings eine andere Schreibweise und haben auch einen anderen Fokus als Timmermann (2020a), obwohl sie auch auf ihn verweisen. Der Begriff musikalisches Fürspiel meint hier nicht explizit improvisiertes Spiel, sondern es bleibt offen, ob auch die Interpretation von Stücken und Liedern mitgemeint ist. Für sie ist das musikalische Fürspiel eine ressourcenstärkende rezeptive Intervention, bei der der/die Therapeut:in allein oder mit anderen Gruppenmitgliedern zusammen für das Gegenüber (oder auch für eine Gruppe, sowie zusammen für einzelne Gruppenmitglieder) spielt. Die Wirkung des Fürspiels soll supportiv und wohl-tuend sein. Die Klient:innen werden dabei unterstützt, ihre Wünsche nach Klang, Intensität, Tempo, Dynamik und Spielbewegung zu äussern und sich aktiv um Fürsorge und Unterstützung zu kümmern. Werden diese Wünsche umgesetzt, kann so Selbstwirksamkeit erfahren werden.

Lutz Hochreutener (2009, S. 172) sieht ein Für-Spiel dann als indiziert, wenn ein Gegenüber nicht oder noch nicht in der Lage ist, selber zu spielen oder sich aufgrund psychischer Blockaden dem selber Musizieren verweigert. Eine weitere Indikation sieht sie in

regressiven Phasen des Nachnährens und zum Evozieren innerer Bilder. Neben gemeinsamer Stille und Bewegt-Werden zur Musik, betrachtet Lutz Hochreutener (ebd., S. 52ff.) das Für-Spiel als ein Musikspiel, das bereits in einer ganz frühen Entwicklungsphase (0-6 Monate pränatal) eingesetzt werden kann. Mit dem Auftauchen des Selbst in der Zeit nach der Geburt nimmt das Neugeborene Intensität, Rhythmus, Klang und Figurationen seiner neuen Umgebung wahr, und zwar mit allen Sinnen, die es bereits transmodal verknüpfen kann (vgl. Stern 2000, in Lutz Hochreutener, S. 54). Innerhalb der Stille, die Lutz Hochreutener (2009) als eigene Methode definiert, kann durch ein Für-Spiel eine Hinführung zur Stille erreicht werden (ebd., S. 153). Voraussetzung dafür ist eine bereits vertrauensvolle therapeutische Beziehung, in welcher das Kind sich auf ein Für-Spiel der/des Therapeut:in einlassen kann. Musikalisch sind hier ruhige, monochrome Klänge, repetitive Rhythmen sowie wiegenliederartige Melodien geeignet, die Entspannung und Ruhe ermöglichen. Durch dieses musikalische Gehalten-Werden können auch unruhige Kinder für einige Momente still werden. Von Moreau et al. (2013, S. 237, in Anlehnung an Timmermann 2008) empfehlen das Fürspiel besonders in Krisen oder nach anstrengenden therapeutischen Arbeitsphasen.

3. 3. 2 Empathische Improvisation

Ursprünglich wurde die empathische Improvisation von Juliette Alvin entwickelt. Laut Wigram (2004, S. 89) improvisierte Alvin für ihre Klient:innen jeweils zu Beginn der Therapiestunde, meistens auf ihrem Hauptinstrument, dem Cello. Alvin bezog dabei die aktuelle Körperhaltung ihrer Klient:innen sowie ihre Mimik und Verhalten und allfälliges Vorwissen über Persönlichkeit und Charakter der Person mit ein und spielte für das Gegenüber eine musikalische Interpretation seines eigenen Seins. Alvin bezeichnete ihren Ansatz als sehr empathisch, und wies darauf hin, dass er nicht dazu gedacht sei, die Klient:innen umzustimmen oder ihr Verhalten zu ändern, sondern einfach für sie zu spielen, ganz ohne versteckte Manipulation ihrer Gefühle. Illustriert wird das am Beispiel eines Klienten, der aufgeregt und agitiert in die Therapie kommt, worauf die Therapeutin mit der empathischen Improvisation aber gerade nicht versucht, seine Anspannung zu reduzieren, sondern sie ihm musikalisch zurückspiegelt, in einer supportiven und empathischen Bestätigung (Wigram, 2004, S. 89).

Grocke und Wigram (2007, S. 41) empfehlen bei dieser Art von rezeptiver Anwendung das SOLER Model: Schräges Gegenübersitzen, Offenheit ausstrahlend, zum Klienten geneigt (Leaning), angemessener Augenkontakt, entspannte Körperhaltung, während grosse Aufmerksamkeit auf Körpersprache und Mimik des Gegenübers gerichtet wird.

3. 3. 3 Rezeptive Improvisation als Teil anderer Methoden der Musiktherapie

Die Improvisation wirkt, wie in Kap. 2.1 erwähnt, auch in andere Methoden hinein. So ist die rezeptive Improvisation in der Körperzentrierten Methode, dem Imaginativen Musikerleben, und dem Rollenspiel anzutreffen und kommt ebenso in der Methode Lied zum Tragen.

Körperzentrierte Methoden

Auch im Rahmen von körperzentrierten Methoden wird teils für das Gegenüber improvisiert. So kann der/die Therapeut:in etwa bei einer Körperwahrnehmung zusätzlich mit der Stimme improvisieren, während das Gegenüber gezielt und achtsam bewegt und berührt wird. Dabei werden die körperlichen Reaktionen, insbesondere der Atemrhythmus, beobachtet und miteinbezogen. Vor einer ersten Intervention dieser Art muss der Ablauf im Voraus erklärt werden. Die/der Therapeut:in bleibt während des Prozesses im Dialog mit dem Gegenüber und kündigt stets an, was als nächstes geschieht. Eine weitere Möglichkeit ist, dass das Musikmachen von einem/einer Co-Therapeut:in übernommen wird; besonders geeignete Instrumente dafür sind das Monochord, ein Rainmaker oder andere Instrumente mit ruhigen, fließenden Klängen. Die Musik hat bei dieser Intervention eine Holding- und Entspannungsfunktion (Lutz Hochreutener, 2009, S. 201). Ähnliche Ansätze gibt es in der Neonatologie in denen die Bezugsperson des Kindes musizieren, bzw. neben Liedern singen auch improvisieren (Nöcker-Ribeaupierre, 2004).

Imaginatives Musikerleben (IME) mit Live-Improvisation für das Gegenüber

Bei der Methode des imaginativen Musikerlebens (IME) besteht die Funktion der improvisierten Musik primär darin, beim Gegenüber innere Bilder zu evozieren und dient nur sekundär als musikalisch gestaltetes Beziehungsangebot. Lutz Hochreutener (2009, S. 255) beschreibt Musik, insbesondere improvisierte Musik, als «feinstofflich und bewegt», Qualitäten, die in ihrem Wesen der freien Imagination entsprechen. Durch diese Analogie eigne sich diese Musik besonders, um eine Brücke zwischen den inneren Bildern und den damit zusammenhängenden Gefühlen zu bauen. Die Musik bietet für

den/die Therapeut:in die Möglichkeit, ohne verbales Eingreifen mit dem/der Klient:in in Kontakt zu kommen und Impulse zu setzen.

Dabei leiten sowohl nonverbale Signale des Kindes als auch eigene innere Resonanzen die Musik. Obwohl es sich nicht um eine bewusst spontan-kompositorische Gestaltung der Musik handelt, nennt Lutz Hochreutener (ebd., S. 255f) einige Aspekte, die berücksichtigt werden sollten. Der Einstieg soll behutsam und leise geschehen, unmittelbare, laute Töne sollen vermieden werden. Die Instrumentenauswahl soll sich auf maximal vier Instrumente beschränken, um nicht zu viel Unruhe ins Spiel zu bringen. Ausserdem sollen die Wechsel nicht abrupt geschehen, um den Bilderfluss nicht zu stören. Möglich sind aber sanft überraschende Klangeffekte und eine gewisse Dynamik, um die Aufmerksamkeit aufrecht zu halten sowie zum Kennenlernen der Methode. Wenn die Methode schon vertraut ist und eine Tiefenwirkung angestrebt wird, kann mit Einsatz von monochromen Klängen, repetitiven Motiven und geringer Dynamik gespielt werden.

Rollenspiel

In Rollenspielen, welche in der Therapie mit Kindern oft verwendet werden, kommen mit der improvisierten Musik ganz unterschiedliche Funktionen zum Tragen. Eine grosse Bedeutung kommt der Erlebnisintensivierung zu: Szenen werden musikalisch begleitet, Dialoge und Handlungskommentare gesungen, wobei die Häufigkeit des Musikeinsatzes variiert und den Klient:innen weitgehend selber frei stehen sollte, wann sie Musik integrieren möchten (Lutz Hochreutener, 2009, S. 235).

Lied

Im Zusammenhang mit Selbstgestalteten Liedern erwähnt Lutz Hochreutener (2009, S. 187) ebenfalls das Für-Spiel (rezeptive Improvisation) und betont Ähnlichkeiten. Das improvisatorische Für-Spiel ist - wie das selbstgestaltete, bzw. für das Gegenüber gestaltete Lied - ganz auf das Gegenüber ausgerichtet. Das selbstgestaltete Lied weist weniger differenzierte Nuancen auf, hat aber die Qualität des Bleibenden, das wiederholt und verinnerlicht werden kann, während das Für-Spiel im Moment entsteht und durch die atmosphärische Dichte wirkt (ebd.).

3. 4 Therapeutische Haltung

Therapeutische Arbeit erfordert eine Atmosphäre, in der sich der/die Klient:in sicher und geborgen fühlt und beinhaltet die Etablierung eines Safe-Place, der durch die innere therapeutische Haltung der/des Therapeut:in entstehen kann. Lutz Hochreutener (2009, S. 98) benennt einige Grundsätze, welche schulenübergreifend für diese therapeutische Haltung stehen. Darunter fallen Interesse und Wertschätzung für das Gegenüber und seine Persönlichkeit, Offenheit und Respekt gegenüber dem Erleben sowie dem Ausdrucks- und Kontaktverhalten, Empathie und Compassion (einführendes Verstehen und Mitgefühl), Echtheit, Geduld, Klarheit und innere Präsenz, sowie Flexibilität und ein gute Portion Humor und Gelassenheit (ebd.). Priestley (1982, S. 6) zählt mit Fantasie, Intuition, Kreativität und Anpassungsfähigkeit weitere Aspekte auf, die für sie im musiktherapeutischen Kontext unerlässlich sind.

Improvisation und therapeutische Haltung

In gewissen Momenten ist das Spiel des/der Therapeut:in während einer Improvisation ebenso «frei» wie das des Gegenübers. Dem Gebot der therapeutischen Abstinenz entsprechend ist das Spiel des/der Therapeut:in jedoch auf das Gegenüber, bzw. in der gemeinsamen Improvisation auf das Spiel des Gegenübers ausgerichtet (Timmermann, 2020a, S. 72). Weymann (2004, S. 44) beschreibt diese Haltung in Bezug auf die Improvisation als eine «oszillierende Wahrnehmungseinstellung», welche es erlaubt, die Spielfähigkeit in den Dienst des/der Klient:in zu stellen und dennoch spielerisch eigene künstlerisch-kreative Impulse aufgreifen und nutzen zu können. Trotz der Asymmetrie im Verhältnis zwischen Therapeut:in und Klient:in sieht Weymann (2021, S. 254) die musiktherapeutische Improvisation als eine Ko-Kreation, die aus der Interaktion zweier Menschen oder einer Gruppe entsteht, als ein gemeinsames Werk. Dieser Umstand kann so auch für die rezeptive Improvisation geltend gemacht werden, denn durch das Resonanzgeschehen gestalten beide Seiten die Improvisation mit. Es braucht dazu aber von Seiten des/der Therapeut:in eben die bereits erwähnte Resonanzbereitschaft, welche das Wahrnehmen emotionaler Resonanz ermöglicht (Lutz Hochreutener, 2009, S. 103). Weymann, (2021, S. 255) schreibt, dass diese dynamische Spielverfassung in der Improvisation auch als grundsätzliche Wahrnehmungseinstellung über die ganze Situation aufgefasst werden könnte und konstatiert, Improvisation in der Musiktherapie könne sowohl als Methode als auch Handlungsmodell gelten.

Für Klient:innen zu improvisieren stellt besondere Anforderungen an den/die Therapeut:in, betont Timmermann in seinem Lehrbuch (2020a, S. 72) und fordert auch, dass in der Ausbildung thematisiert werden sollte, welche Ansprüche instrumentales Spiel für die Klient:innen an die therapeutische Haltung stellt. Wenn Therapeut:innen für das Gegenüber improvisieren, geschieht dies stets vor dem Hintergrund ihrer eigenen biopsychosozialen Geschichte. Der/die Therapeut:in gestaltet jedoch aufgrund der Auseinandersetzung mit seiner eigenen Lebensgeschichte mit einer professionellen Haltung und kann so ein Vermischen mit dem Gegenüber kontrollieren oder bewusst in Form von Übertragungsphänomenen bearbeiten (Timmermann, 2020a S. 72). Insbesondere das Für-Spiel beschreibt Timmermann als eine besondere Herausforderung, da sich der/die Therapeut:in dabei auf eine momentane subjektive Gestaltung der Situation einlässt. Im Gegensatz zum Abspielen eines komponierten Stückes ab Tonträger, lässt diese spontan kreierte musikalische Improvisation den/die Therapeut:in schutzloser zurück, und mutet mehr unmittelbare Offenbarung zu (ebd.).

Empirische Untersuchung

Wie steht es nun um die Anwendung von Live-Improvisation für das Gegenüber in der musiktherapeutischen Praxis in der Schweiz? Dem soll im Folgenden nachgegangen werden. In einem ersten Kapitel werden die Fragestellungen hergeleitet und einzeln betrachtet, während in einem nächsten Kapitel auf die Datenerhebungsmethode mittels Fragebogen und danach konkret auf die Erstellung des Fragebogens eingegangen wird. Im darauffolgenden Kapitel werden Auswertungsmethode und die Ergebnisse aus den ausgewerteten Fragebögen präsentiert sowie das Untersuchungsdesign kritisch reflektiert.

4. Fragestellungen

In der Literatur, die sich mit Improvisation beschäftigt, steht das aktive gemeinsame Improvisieren oder das Improvisieren in Gruppen im Fokus. Es wurde keine Studie gefunden, welche die Improvisation für das Gegenüber, die rezeptive Improvisation bzw. das Für-Spiel ins Zentrum stellt. Ganz ähnlich sieht es bei der Literatur zur rezeptiven Musiktherapie aus: In der deutschen Literatur dazu ist meist die Arbeit mit Liedern oder komponierter Musik gemeint, die live oder ab Tonträger für das Gegenüber gespielt oder gesungen werden. Die vorhandenen Studien befassen sich meist mit der Wirkabsicht und der Anwendung einzelner spezifischer rezeptiver Ansätze und Methoden bei spezifischer Klientel. In einigen Untersuchungen, z. B. mit Demenzpatient:innen wird zwar live für das Gegenüber gespielt, allerdings wird mit bereits vorhandene Lieder oder Stücken gearbeitet. Studien, in denen die Methode Improvisation rezeptiv verwendet wird, sind unter anderem in der Palliativmedizin, Neonatologie und Neurorehabilitation zu finden, oder wo die Wirkung von spezifischen Instrumenten, wie etwa dem Monochord, untersucht werden. Genannt wird die rezeptive Improvisation auch im Zusammenhang mit verschiedenen musiktherapeutischen Methoden wie Imaginativem Musikerleben, Rollenspiel oder Körper und Lied (Lutz Hochreutener, 2009).

Ziel dieser Arbeit ist es nun zu erfahren, ob, und falls ja, wie und wo rezeptive Improvisation in der Praxis angewendet wird. Die *Hauptfragestellung* lautet daher:

- **Welche «Rolle» spielt die Improvisation des/der Therapeut:in für das Gegenüber in der Praxis?**

Eine erste Frage soll klären, wer der befragten Musiktherapeut:innen überhaupt mit rezeptiver Improvisation arbeitet, und falls ja, in welcher Häufigkeit. Die Fragestellung lautet also:

- **Wird in der Praxis mit der Improvisation für das Gegenüber gearbeitet?**

Weiter soll ergründet werden, mit welcher Klientel gearbeitet wird und ob die rezeptive Improvisation für alle Klient:innen als geeignet angesehen wird. Die Fragestellungen lauten daher:

- **Mit welcher Klientel wird mit rezeptiver Improvisation gearbeitet?**
- **Gibt es spezifische Indikationen und/ oder Kontraindikationen?**

Zudem interessieren Aspekte auf der methodischen Ebene. Einerseits soll ergründet werden, ob mit der Anwendung der rezeptiven Improvisation spezifische Wirkabsichten verbunden werden und wie musiktherapeutische Interventionstechniken eingesetzt werden, sowie wie und ob in einer bestimmten Modalität gearbeitet wird. Auch die Frage, wie und ob in einer bestimmten Modalität gearbeitet wird und welche Spielform der Improvisation verwendet wird, soll beantwortet werden. Zu den methodischen Fragestellungen gehören also:

In welcher oder welchen Modalitäten wird mit Improvisation für das Gegenüber gearbeitet?

- **Welche Wirkabsichten stehen im Vordergrund?**
- **Welche Interventionstechniken werden eingesetzt?**
- **Welche Spielform(en) der Improvisation wird oder werden gewählt?**

Von weiterem Interesse ist, in welchem Setting eine Improvisation für das Gegenüber stattfindet. Sind es eher lange oder kurze Sequenzen? Kommt der Impuls zu einer rezeptiven Improvisation von der/dem Therapeut:in oder vom Gegenüber? Erfolgt, wie in der rezeptiven Arbeit üblich, eine Einstimmung und ein verbaler Austausch nach dem Erlebten?

Die Fragestellungen in diesem Zusammenhang lauten:

- **Gibt es vor der rezeptiven Improvisation eine Einstimmung?**
- **Wer initiiert die Intervention? Der/die Therapeut:in oder das Gegenüber?**
- **Wie lange dauert eine Improvisation für das Gegenüber?**
- **Gibt es nach der Intervention einen verbalen Austausch?**

In der Rezeptiven Musiktherapie wird in neueren Ansätzen oft mit monotonalen/monochromen Instrumenten gearbeitet. Es stellt sich die Frage, ob dies in der Improvisation für das Gegenüber anders ist. Fragestellungen im Zusammenhang mit der Instrumentenwahl lauten:

- **Welche Instrumente werden in einer Improvisation für das Gegenüber verwendet?**
- **Wer sucht das Instrument aus? Therapeut:in oder das Gegenüber?**

Die therapeutische Haltung innerhalb einer Improvisation für das Gegenüber interessiert im Rahmen dieser Arbeit ebenfalls, da in Erfahrung gebracht werden möchte, ob die Improvisation für das Gegenüber besondere Herausforderungen für den/die Therapeut:in bietet und ob es Aspekte gibt, die der/die Therapeut:in innerhalb einer Improvisation für das Gegenüber als besonders wichtig erachtet. Fragestellungen diesbezüglich lauten daher:

- **Worauf wird bei einer rezeptiven Improvisation für das Gegenüber von Seiten der Therapeut:innen besonders Wert gelegt?**
- **Gibt es, bzw. welche besonderen Herausforderungen liegen in einer Improvisation für das Gegenüber?**

Unschärfe im Begriffs Für-Spiel/Fürspiel

Während der Literatursuche und der Beschäftigung mit der Thematik der live-Improvisation für den/die Klient:in wurde klar, dass die Begrifflichkeit des Für-Spiels, mit dem die rezeptive Anwendung der Improvisation in Verbindung gebracht wird, unterschiedlich verstanden wird. Während Lutz-Hochreutener (2009, 2021) das Für-Spiel spezifisch auf die Methode Improvisation bezieht, versteht Timmermann (2020a) darunter auch das Spielen eines Liedes oder eines Stückes, wenn auch das eher selten vorkomme. Von Moreau, Wormit und Hillecke (2013, S. 236) legen ihr Hauptaugenmerk auf die Thematik der Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge, und es bleibt unklar, ob beim Für-Spiel eine Improvisation oder auch ein Lied oder Instrumentalspiel Anwendung finden können.

Darüber hinaus zeigte sich auch im persönlichen Austausch mit anderen Musiktherapeutinnen, dass es keine einheitliche Verwendung des Begriffes gibt und manche das Für-Spiel stets als Improvisation begreifen, andere als das Spielen von Stücken oder das Singen für das Gegenüber. Dieser Sachverhalt hat die Autorin dieser Masterthesis deshalb dazu bewogen, innerhalb des Fragebogens den Begriff des Für-Spiels nicht analog zu rezeptiver Improvisation zu verwenden. Auf Anregung von Lutz Hochreutener hin wurde der Begriff «Improvisation für das Gegenüber» gefunden, der nun im Fragebogen verwendet wurde. Eine weitere Fragestellung, die auf die Klärung dieser theoretischen Unschärfe abzielt, lautete deshalb:

- **In welchem Zusammenhang steht die rezeptive Improvisation mit dem Für-Spiel?**
- **Wie könnte eine mögliche Definition des Begriffs Für-Spiel lauten?**

Diese Fragestellung wurde allerdings nicht empirisch untersucht, sondern begleitete im Rahmen von methodischen Überlegungen sowie fachlichem Austausch bezüglich der Thematik auf verschiedenen Ebenen den ganzen Prozess der Masterthesis.

5. Untersuchungsmethode

Um Antworten auf diese Fragen zu finden, wurde als Erhebungsmethode eine schriftliche Befragung mittels eines standardisierten Fragebogens gewählt. Laut Raab-Steiner und Benesch (2015, S. 47ff.) ist der standardisierte Fragebogen in den empirischen Sozialwissenschaften eines der typischen Messinstrumente um Meinungen, Einstellungen, Positionen zu Themen und Sachverhalten zu erfassen.

5.1 Erstellung des Fragebogens

Vorausgehend zur Fragebogenkonstruktion wurden die Formulierung der Fragestellungen konkretisiert (ebd., S. 50). Des Weiteren wurden im Austausch mit drei praktizierenden Musiktherapeut:innen die angedachten Fragen mit der Autorin besprochen und anschliessend weiterentwickelt. Für den Fragebogen wurden sowohl quantitative als auch qualitative Fragen mit Freitextantworten gewählt. Die qualitativen Fragen sollten es dabei ermöglichen, auch subjektive Sichtweisen, Meinungen und Begründungen zu erheben. Mit dem Tool von www.umfrageonline.ch wurde schliesslich ein Online-Fragebogen erstellt, mit dem zusätzlich noch zwei Musiktherapeutinnen und eine fachfremde Person einen Pre-Test durchführten.

Zielgruppe und Versand

Da es sich um eine Expert:innenbefragung handelte, die sich an praktizierende und anerkannte Musiktherapeut:innen richtete, wurde der Versand über den SFMT (Schweizerischer Fachverband für Musiktherapie) gewählt. Der Fragebogen wurde dabei nur an die deutsch-, bzw. zweisprachigen Verbandsmitglieder versandt. Zum Zeitpunkt des Versandes (15. Feb. 2022) waren dies 244 registrierte Musiktherapeut:innen.

Anschreiben

Im Einleitungstext wurde informiert, von wem die Umfrage durchgeführt wird und dass dies im Rahmen einer Masterarbeit geschieht. Der Lesbarkeit halber wurde im Fragebogen anstatt «musiktherapeutische Improvisation für den/die Klient:in» der Ausdruck «Improvisation für das Gegenüber» verwendet. Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass dies von einem Spiel für vulnerable, sprachlose Gegenüber, über Entspannung oder Spielanregung bis hin zum konfrontativen Spiegeln eine grosse Bandbreite von Wirkabsichten beinhalten kann.

5.2 Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen wurde mit einer einleitenden Frage eröffnet und gliederte sich grob in die vier Themengebiete Indikation/Kontraindikation, Wirkabsichten und Methodisches, Instrumentenwahl und Setting sowie therapeutische Haltung und Ausbildung, welche nachfolgend kurz erläutert werden.

Einleitende Fragen

In einem ersten Schritt ging es darum, zu eruieren, ob überhaupt mit Improvisation für das Gegenüber gearbeitet wird. Teilnehmende, die bei dieser Frage «selten» oder «nie» angaben, wurden nicht weiter befragt, sondern einfach noch gebeten, kurz zu begründen, wieso sie diese Intervention nie oder nur selten einsetzen. Bei Therapeut:innen, die oft oder manchmal angeben, mit der rezeptiven Improvisation zu arbeiten, erfolgte eingehend die offene Frage, mit welchem Klientel sie damit arbeiten.

Indikation / Kontraindikation

In der eigentlichen Befragung wurde anschliessend nach Indikationen und Kontraindikationen gefragt, unterteilt in Diagnose und spezifische Personengruppen, sowie in Situationen und spezielle Umstände, in denen die Intervention angewendet beziehungsweise eben nicht angewendet wird. Um die Befragten nicht gleich mit einer offenen Frage abzuschrecken, die viel Eigenleistung nötig macht (ebd., S. 54ff.), wurde als Erstes die geschlossenen Ja/Nein-Frage gestellt, ob es Diagnosen oder Patientengruppen gibt, bei denen sie die Intervention besonders oft anwenden. Bei einem Ja wurde anschliessend gebeten, diese Diagnose(n) bzw. Personengruppen zu benennen. Die Frage, ob es spezifische Situationen oder Umstände gibt, in denen die Intervention als besonders geeignet angesehen wird, konnte ebenfalls mit Ja oder Nein beantwortet werden und es wurde um eine kurze Begründung der Antwort gebeten. Mit den Kontraindikationen wurde gleichermassen verfahren: Zuerst wurde eine geschlossene Ja/Nein-Frage nach spezifischen Diagnosen/Personengruppen gestellt. Danach wurde nach Situationen und Umständen gefragt und eine kurze Begründung als Freitextantwort erbeten.

Wirkabsichten und Methodisches

In einem nächsten Abschnitt ging es um die Einstimmung vor der Intervention, ebenfalls mit der Bitte um Präzisierung zur Form der Einstimmung (z. B. Atemübung, Imagination etc.). Die Frage nach der Modalität (übungszentriert, erlebniszentriert, konfliktzentriert),

in welcher die Intervention angewendet wird, erfolgte mit einer gewichteten Multiple Choice-Frage von «oft» bis «nie», mit der Möglichkeit von Mehrfachnennungen (ebd., S. 56). Ein wichtiger Teil des Fragebogens betraf die Wirkabsichten, die mit der Intervention verfolgt werden. Diese wurden ebenfalls mit einer gewichteten Multiple Choice-Matrix erfragt, bei welcher die Teilnehmer:innen angeben konnten, ob sie eine gewisse Wirkabsicht oft, manchmal, selten oder nie verfolgen. In einem zusätzlichen Feld konnten ergänzend weitere Wirkabsichten oder Kommentare notiert werden. Eine weitere gewichtete Multiple Choice-Matrix betrifft die angewendete Spielform der Improvisation (freie Improvisation, strukturierte Improvisation, themenorientierte Improvisation), dann folgt eine Frage zu den eingesetzten musiktherapeutischen Techniken.

Instrumentenwahl und Setting

Ein weiterer Teil des Fragebogens widmete sich der Frage nach Instrumentenwahl und Setting. Die Instrumente wurden dabei unterteilt in Klang-, Rhythmus-, Harmonie- und Melodieinstrumente, wobei die Teilnehmer:innen angeben sollten, ob und wie häufig sie sie anwenden. Zusätzlich wurde nach ihrem persönlichen Hauptinstrument gefragt und danach, wie oft sie es einsetzen. Weiter wurde nach spezifischen Instrumenten gefragt, die sie in dieser Intervention oft einsetzen. Die anschließende Frage bezog sich auf den Einsatz der Stimme und ihrer Verwendung alleine oder zusätzlich zu einem weiteren Instrument. Weiter wurde erfragt, ob die Befragten das Gegenüber ein Instrument auswählen lassen und falls ja wie oft, was mit der anschließenden offenen Frage nach der Begründung ergänzt wurde. Für jene, die angaben, dass auch das Gegenüber oft oder manchmal ein Instrument wählt, folgte die Frage nach spezifischen Instrumenten.

Eine weitere wichtige Frage war, wie die Intervention innerhalb der Therapiestunde zustande kommt. Hierzu wurde gefragt, wie oft dies durch ein Angebot des/der Therapeut:in oder durch den Wunsch des Gegenübers erfolgt und welche Gründe vom Gegenüber für diesen Wunsch angebracht werden. Es wurde auch erfragt, ob das Gegenüber bei der Intervention liegt, sitzt oder sich bewegt und ob dies vom Gegenüber gewünscht oder den Therapeut:innen vorgeschlagen wird. Die letzte Frage zu diesem Themenblock war, ob, bzw. wie oft ein verbaler Austausch nach der Intervention erfolgt, ebenfalls mit der Bitte um Begründung der Antwort.

Therapeutische Haltung und Ausbildung

Abschliessend wurde gefragt, worauf die Teilnehmer:innen bei einer musiktherapeutischen Improvisation für das Gegenüber besonderen Wert legen. Die Frage wurde bewusst offen gestellt, um eine grosse Bandbreite an spezifischen persönlichen Antworten zu ermöglichen. Zudem wurde nach besonderen Herausforderungen im Hinblick auf die Intervention gefragt. In einem ersten Schritt wurde erhoben, ob die Teilnehmenden überhaupt besondere Herausforderungen sehen. Bei einer Zustimmung wurde darum gebeten, diese Herausforderungen stichwortartig anzugeben. Und schliesslich wurde noch danach gefragt, welchen Stellenwert rezeptive Ansätze und Methoden auf der theoretischen und praktischen Ebene innerhalb der Ausbildung hatten. Zum Schluss wurden die demographischen Angaben zu Geschlecht, Alter und Berufserfahrung erfragt und den Teilnehmer:innen für ihre Mitarbeit gedankt.

6. Ergebnisse

In diesem Kapitel wird als erstes auf die Auswertungsmethode des Fragebogens eingegangen, sowie Rücklaufquoten, Abbrüche und Teilnahmedauer der Online-Umfrage betrachtet. Anschliessend werden die Ergebnisse aus der Umfrage in Bezug auf die in Kapitel 4 gestellten Fragestellungen präsentiert. Zum Schluss wird das Untersuchungsdesign kritisch reflektiert sowie Limitationen der Studie aufgezeigt.

6. 1. Auswertungsmethode

Die offenen Fragen wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet, welche laut Bortz und Döring (2006) drei Schritte umfasst. Die zusammenfassende Inhaltsanalyse reduziert das zu untersuchende Material auf eine überschaubare Kurzversion, die nur noch die wichtigsten Inhalte umfasst. Dies war in Bezug auf die Antworten im Fragebogen nicht wirklich nötig, da die Meisten in Stichworten oder kurzen Sätzen geantwortet haben. Einige wenige Äusserungen, die sich nicht auf die Frage bezogen oder Gegenfragen beinhalteten wurden aussortiert. In den offenen Fragen wurde dem Inhalt der Antworten entsprechend induktiv Kategorien gebildet. Eine explizierende Inhaltsanalyse war aufgrund der einfachen Verständlichkeit der Antworten nicht nötig. Eine strukturierende Inhaltsanalyse wurde ebenso nicht herangezogen, da sich die Antworten jeweils auf eine spezifische Fragestellung bezogen.

6. 2. Rücklaufquote, Abbrüche und Teilnahmedauer

Wie bereits erwähnt, ging der Versand über den Mailverteiler des SFMT an insgesamt 244 Adressen, wovon 129 Personen die Mail öffneten, 59 den Umfragelink anklickten, und 37 Personen mit der Umfrage begannen. Eine Person las nur den Einführungstext, klickte zur ersten Frage und brach den Fragebogen dann ab. Die Eingangsfrage, ob überhaupt mit Improvisation für das Gegenüber gearbeitet wird, wurde von 36 Personen beantwortet. Fünf Personen verneinten, und damit war die Umfrage, abgesehen von einer kurzen Begründung für sie beendet. Drei Personen verliessen zudem die Umfrage nach der ersten Frage. Somit waren es schliesslich 28 Personen, die an der weiteren Umfrage teilnahmen. Eine weitere Person brach den Fragebogen nach der zweiten Frage betreffend Zielgruppe ab. Die verbliebenen 27 Personen beantworteten die Fragen nach Indikation, danach beendete nochmals eine Person die Teilnahme. Nach den 26 Antworten zu Kontraindikationen verliess eine letzte Person die Umfrage. Insgesamt haben schliesslich 25

Personen alle Fragen beantwortet. Die durchschnittliche Teilnahmedauer betrug 36 Minuten, was etwas über der Zeit lag, welche im Testdurchlauf ermittelt wurde.

6.3 Ergebnisse der Umfrage

Als erstes folgen demografische Angaben, während dann die Ergebnisse im Zusammenhang mit den Fragestellungen präsentiert werden.

Demografische Angaben

Von den 25 Befragten, welche sämtliche Fragen beantwortet haben, sind 20 (80%) weiblich und 5 (20%) männlich. In der Kategorie «divers» gab es keine Nennungen. Bezüglich der Altersverteilung ergab sich ein Range von 35 bis 77 Jahre. Die Angaben wurden in Kategorien zusammengefasst. So ergaben sich in der Kategorie 1 (30-40 Jahre) vier Nennungen, in der Kategorie 2 (40-50 Jahre) fünf Nennungen, in der Kategorie 3 (50-60 Jahre) acht, in der Kategorie 4 (60-70 Jahre) sieben, und in der Kategorie (70+) eine Nennung. In der untenstehenden Abbildung 1 wird dies zur Veranschaulichung graphisch dargestellt:

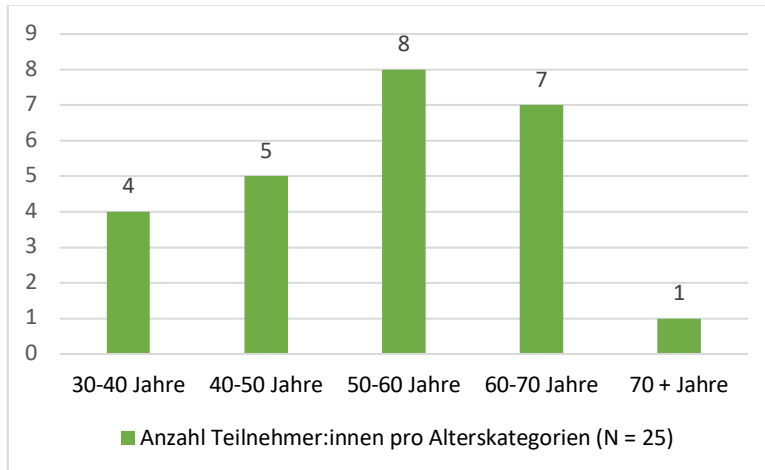


Abbildung 1: Altersverteilung der Teilnehmer:innen pro Alterskategorie

Berufserfahrung

Die Berufserfahrung der befragten Musiktherapeut:innen bewegt sich im Range von 1 bis 40 Jahre. Die Angaben wurden, wie in der untenstehenden Abbildung 2 ersichtlich ist, kategorisiert. Auffallend viele der Teilnehmer:innen, nämlich elf, sind in der Kategorie 0-5 Jahre Arbeitserfahrung zu finden, während in den weiteren Kategorien nur eine bis vier Personen vertreten sind.

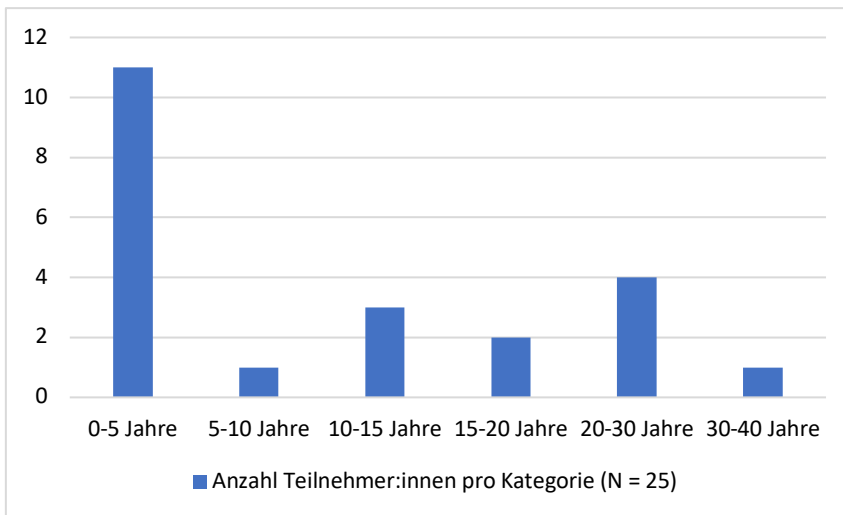


Abbildung 2: Anzahl Jahre Erfahrung als Musiktherapeut:in in Kategorien

Arbeit mit der Improvisation für das Gegenüber

➤ **Wird in der Praxis mit der Improvisation für das Gegenüber gearbeitet?**

Von 36 Teilnehmer:innen gaben 14 an, oft mit Improvisation zu arbeiten, weitere 17 manchmal. Insgesamt gab also mit 31 von 36 (86%) der Grossteil der Befragten an, oft oder manchmal mit Improvisation für das Gegenüber zu arbeiten. Während vier angaben, selten mit der Improvisation für das Gegenüber zuarbeiten, war es nur gerade eine Person, die angab, dies nie zu tun. In der folgenden Abbildung 3 wird dieser Sachverhalt graphisch dargestellt.

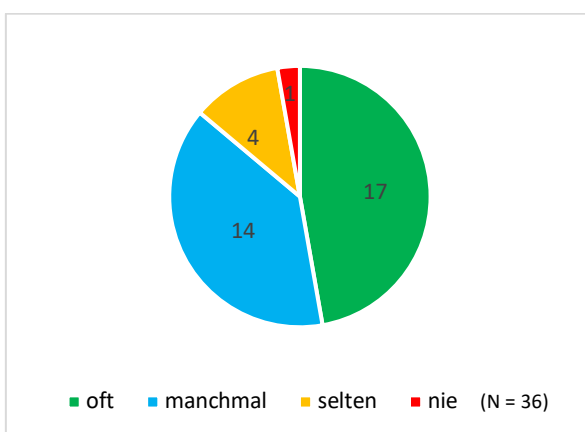


Abbildung 3: Arbeit mit der Improvisation für das Gegenüber

Die fünf Teilnehmer:innen, welche angegeben haben, selten oder nie mit Improvisation für das Gegenüber zu arbeiten, wurden gebeten, ihre Antwort kurz zu begründen. Danach war an dieser Stelle die Umfrage für sie bereits zu Ende. Eine Person schrieb, andere

Interventionen würden sich mehr aufdrängen, weil ihre Klientel das Bedürfnis habe, selber aktiv zu werden. Eine andere merkte an:

«Meine theoretische Position orientiert sich an der Psychoanalyse, d. h. Bedürfnislegitimierung ist wichtiger als Bedürfnisbefriedigung. Ein Spiel für das Gegenüber gehört m. E. in den Bereich der Bedürfnisbefriedigung.»

Klientel und Setting

➤ **Mit welcher Klientel wird mit rezeptiver Improvisation gearbeitet?**

Die Frage, mit welcher Klientel mit musiktherapeutischer Improvisation gearbeitet wird, beantworteten 28 Teilnehmer:innen. Dabei konnten folgende Schwerpunkte ausgemacht werden: Allgemeine Psychiatrie, Psychosomatik, Neurorehabilitation, Palliativ Care, sowie die Arbeit in der eigenen Praxis. Weiter wurden allgemein als Klientel Kinder und Jugendliche genannt. Thematisch wurden genannt: Krebspatient:innen, Menschen mit chronischen Schmerzen, Multiple Sklerose und Parkinson, körperliche Behinderung und kognitive Beeinträchtigungen. Neonatologie wurde einmal, mit dem Vermerk «selten», erwähnt (vgl. Tabelle 3).

Klientel	Arbeitsort	Spezifische Krankheitsbilder
Kinder und Jugendliche	Nicht spezifiziert (3) Psychiatrie (1) Neonatologie (selten) (1)	Kognitive Beeinträchtigung Krebs Chronischer Schmerz Essstörungen Psychische Beeinträchtigungen
Erwachsene	Psychiatrie (7) Psychosomatik (6) Neurorehabilitation (4) Geriatric (4) Freie Praxis (3) Palliativ Care (2) Hospiz Nicht spezifiziert	Krebspatienten (3) Kognitive Beeinträchtigungen (2) Persönlichkeitsstörungen Anorexie Generalisierte Angststörung Posttraumatische Belastungsstörung Depression Demenz Multiple Sklerose Parkinson

Tabelle 3: Klientel und Arbeitsort

In Tabelle 3 sind die Nennungen nach Kinder und Jugendlichen und Erwachsenen getrennt aufgeführt, zudem wird ersichtlich, wie oft ein Arbeitsort bzw. spezifische Patient:innengruppe genannt wurden. Themen, die jeweils nur einmal und nicht auf eine spezifische Klient:innengruppe hin genannt wurden, waren: Erschöpfung, Kraftlosigkeit, Antriebslosigkeit, tiefer Selbstwert, Bedürftigkeit nach Trost und akzentuiertes Verhalten.

Indikation und Kontraindikation

➤ **Gibt es spezifische Indikationen und/oder Kontraindikationen?**

Indikation

Die Frage nach spezifischen Diagnosen oder Patient:innengruppen, bei welchen sie die Improvisation für das Gegenüber besonders oft einsetzen, bejahten 10 (37%) der Befragten und 17 (63%) antworteten mit nein. Die zehn Zustimmenden nannten dabei die verschiedensten Diagnosen bzw. Patient:innengruppen, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Genannt wurden (absolute Anzahl Nennungen in Klammern) Palliative Patient:innen (3), Angst/Generalisierte Angst/ängstlich vermeidend (3) schwere Depression/Affektive Störungen (3), Burnout/Erschöpfung/Mutlosigkeit (3), Neurologische Ursachen (Schädelhirntrauma, Schlaganfall, Multiple Sklerose) (3), Somatoforme Störung/Schmerz (2), Onkologie (2) Jeweils einmal genannt wurde Trauer, Anpassungsstörung und Neonatologie.

Die Frage, ob es spezielle Umstände oder Situationen gibt, in welchen sie die Improvisation für das Gegenüber als besonders geeignet empfinden, bejahten mit 20 (74%) deutlich mehr der Befragten, während nur 7 (36%) die Frage verneinten.

Dabei führten 18 von den 20 Bejahenden in der anschliessenden offenen Frage eine grosse Bandbreite von Umständen und Situationen an, welche qualitativ untersucht und verschiedenen inhaltlichen Kategorien zugeordnet wurden. Sie sind in der Tabelle 4 ersichtlich.

Auf die Therapie bezogen	Auf Patienten bezogen
Übergänge/Rituale <ul style="list-style-type: none"> • Begrüssungsmusik • Erstbegegnung • Abschiedsmusik • Trostmusik • Etablieren von Safe Place 	Körperliche/kognitive Einschränkungen <ul style="list-style-type: none"> • Wenig oder keine Sprache • Non-Responsiv • Minimales Bewusstsein • Zu wenig mobil • Zu schwach, um selber aktiv zu sein • Einschränkung der Bewegungsfreiheit • Einschränkung der Ausdrucksfähigkeit • Schmerzen
Verarbeiten einer Therapiestunde <ul style="list-style-type: none"> • Zum Hörbarmachen des Erreichten in einer Therapiestunde • Nonverbal in der Atmosphäre bleiben 	Erschöpfungszustände <ul style="list-style-type: none"> • Müdigkeit (2) • Erschöpfung • Burnout • Kraftlosigkeit • Schwäche
Spezifische Settings <ul style="list-style-type: none"> • Im Sterbeprozess • Beim Känguruhen 	Motivationale Aspekte <ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Motivation (3) • Blockierungen • Handlungsinhibition • Interesse an spezifischem Klang • Instrumente kennenlernen
Anregend <ul style="list-style-type: none"> • Anregen von inneren Bildern • Anregen, Begleitung von Bewegung 	Affekte <ul style="list-style-type: none"> • Unruhe • Hohe Anspannung • Hohe emotionale Betroffenheit
	Selbstfürsorge <ul style="list-style-type: none"> • Zu sich selber kommen • Sich etwas Gutes tun • Bei sich sein dürfen • Bedürfnis nach Trost

Tabelle 4: Anwendung der rezeptiven Improvisation in spezifischen Umständen und Situationen

Kontraindikation

Die Frage, ob es auch Diagnosen oder Patient:innengruppen gibt, bei welchen sie die Improvisation für das Gegenüber nicht anwenden würden, bejahte der grössere Teil (16 von 26 Antwortenden, bzw. 62%). Die in der offen formulierten Folgefrage genannten spezifischen Diagnosen und Patient:innengruppen wurden inhaltlich kategorisiert und sind in der folgenden Tabelle 5 aufgeführt. Am häufigsten wurden hier psychotische Patient:innen, bzw. Patient:innen mit akuten Psychosen genannt. Auch wenn Klient:innen zu erregt, wütend, aufgebracht oder nicht ansprechbar sind oder das Einverständnis fehlt, sehen einige der Befragten die Anwendung als nicht angezeigt.

Diagnose / Patient:innengruppe	Diagnose / Patient:innengruppe
Diagnosespezifisch Psychotisch/akute Psychose/Wahn (6) (Unter Vorbehalt) bei PTSB (2) (Unter Vorbehalt) bei dissoziativen Zuständen (Unter Vorbehalt) bei Suchterkrankungen (Unter Vorbehalt) bei dissoziativen Zuständen	Commitment Nicht ansprechbar fehlendes Einverständnis komatös Fehlende Bereitschaft Ablehnung
Affektlage erregt /wütend /aggressiv (3)	Andere Flucht in Passivität Bei Erstkontakt (wenn nicht ansprechbar)

Tabelle 5: Diagnosen/Patient:innengruppen, bei welchen eine Improvisation für das Gegenüber von den Befragten als nicht angezeigt beurteilt wird

Ebenso bejahten 19 (73%) der Teilnehmenden die Frage, ob sie Situationen und Umstände sehen, in welchen sie die Improvisation für das Gegenüber nicht anwenden würden. In der folgenden Tabelle 6 werden diese wiederum nach Kategorien geordnet und danach unterteilt, ob sie sich eher auf die Therapie, bzw. Therapeut:innen oder auf die Patient:innen beziehen.

Auf die Therapie/Therapeuten bezogen	Auf Patient:innen bezogen
Strukturelle Gegebenheiten <ul style="list-style-type: none"> • Patienten noch nicht gut kennen • Bei Zeitmangel für ein Für-Spiel und nachfolgendes Gespräch 	(Eigene)Handlungsimpulse/Handeln <ul style="list-style-type: none"> • Wenn Pat. gerade selber aktiv ist • Wenn Pat. eigene Affekt aktiv ausdrücken will • Pat. signalisiert, selber aktiv sein zu wollen • Wenn aktives Handeln wirkungsvoller ist in Bezug auf Nutzen von Ressourcen • Selbstwirksamkeit, Orientierung, Wahrnehmung
Ruhebedürfnis <ul style="list-style-type: none"> • Gefühl, dass Musik gerade nicht angebracht ist • Notwendigkeit von Stille • Jemanden ganz in Ruhe lassen 	Commitment <ul style="list-style-type: none"> • Fehlendes Einverständnis • Bei Ablehnung durch Pat. • Wenn es nicht vom Pat. gewünscht wird
Spezifische Therapiesituationen <ul style="list-style-type: none"> • Angehörige finden Musik nicht passend • Bei Sterbenden: nur in Rückfrage mit Behandlungsteam 	Motivationale Aspekte <ul style="list-style-type: none"> • Keine Bereitschaft zum Zuhören • Keine Empfänglichkeit zum Zuhören • Kein Realitätsbezug • Zuwenig Konzentration / läuft davon
Andere <ul style="list-style-type: none"> • Cluster-B Persönlichkeitsstörungen: nur wenn es vom Therapieprozess her eindeutig indiziert ist 	Affekte <ul style="list-style-type: none"> • Hoher Erregungszustand (2) • Aufgewühlt sein/ Grosse Unruhe • Erstarrt sein • Aggression / Wut / Trauer / Angst
	Andere <ul style="list-style-type: none"> • Wenn Pat. nicht genug Selbst-fürsorgefähigkeit hat, um Spiel stoppen zu können, wenn es ihn triggert oder belastet • Akute Schmerzen • Hohes Kontrollbedürfnis (2) • Tendenz zur malignen Regression

Tabelle 6: Umstände und Situationen, bei welchen eine Improvisation für das Gegenüber von den Befragten als nicht angezeigt beurteilt wird

Einstimmung

➤ **Gibt es vor der rezeptiven Improvisation eine Einstimmung?**

Die Teilnehmer:innen wurden gefragt, ob sie vor einer Improvisation für das Gegenüber eine Einstimmung wie beispielsweise Körperwahrnehmungs- oder Entspannungsübungen durchführen. Von den 25 Antwortenden gaben zehn (40%) an, oft eine Einstimmung zu machen, weitere zehn (40%) der Befragten gaben an, dies manchmal zu tun, während fünf (20%) angaben, nur selten eine Einstimmung zu machen. Niemand von den Befragten gab an, nie eine Einstimmung anzubieten. Die zwanzig Teilnehmer:innen, die «oft»,

bzw. «manchmal»angaben, wurden in einer offenen Frage nach der Form der Einstimmung gefragt, Mehrfachnennungen waren dabei möglich. Am häufigsten wurden Körperwahrnehmungen (15) und Atemübungen (7) genannt. Safe-Place Übungen sowie Bewegung (Body-Percussion, Freies Bewegen) wurden je dreimal genannt, sowie je einmal Erdungsübungen und Imagination. Vier Personen gaben ohne weitere Spezifizierung an, «Entspannungsübungen» zu machen.

Modalität

➤ In welcher oder welchen Modalitäten wird mit Improvisation für das Gegenüber gearbeitet?

Die Frage betreffend Modalität, in welcher die Musiktherapeut:innen die Improvisation anwenden, gab es deutlich die meisten Nennungen bei der erlebniszentrierten Modalität (15 mal oft und 9 mal manchmal), während nur eine Person angab, selten in der erlebniszentrierten Modalität zu arbeiten. Die übungszentrierte Modalität wählen sechs der Befragten oft, neun manchmal, fünf selten und vier nie. In der konfliktzentrierten Modalität halten sich die Antworten pro Häufigkeit etwa die Waage, wobei der Anteil an Personen, welche diese selten (7) oder nie (6) wählen, im Vergleich zu den anderen beiden Modalitäten am grössten ist.

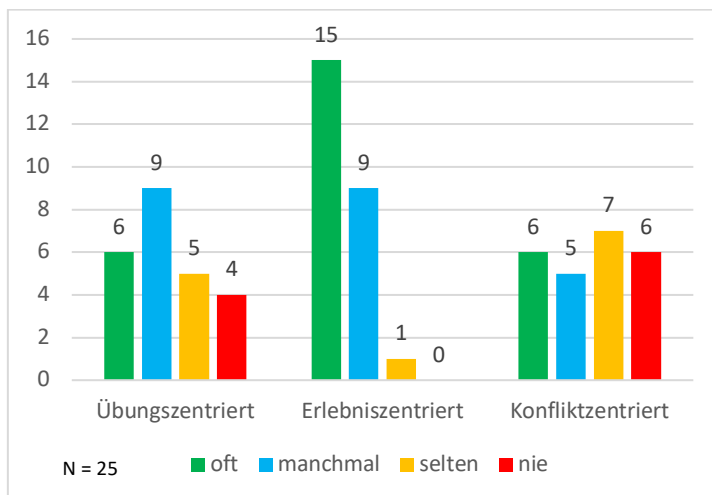


Abbildung 4: Modalitäten, in denen mit Improvisation für das Gegenüber gearbeitet wird

Wirkabsichten

➤ Welche Wirkabsichten stehen im Vordergrund?

Eine zentrale Frage zielte darauf, welche Wirkabsichten die befragten Musiktherapeut:innen mit der rezeptiven Improvisation verfolgen. «Unterstützen von Entspannungsprozessen» war dabei der Spitzenreiter, «Vermitteln von Empathie», «Auseinandersetzen mit Gefühlen», sowie «Anregung und Begleitung imaginativer Prozesse» wurden mit jeweils 13 Nennungen oft gewählt. «Vertiefung der Selbstwahrnehmung», «Herstellen von Nähe und Vertrauen» und «Anregen der Fantasie» wurden zwölf-, bzw. zehnmal in der Kategorie «oft» genannt. Am meisten Ablehnung als Wirkabsicht für eine Improvisation für das Gegenüber haben erhalten: «Hervorheben bedeutender Ereignisse», «Anregen des Ausdrucks» und «Begleiten von Übergängen». In der folgenden Abbildung 5 sind die bewerteten Wirkabsichten mit absteigender Häufigkeit betreffend «oft» im Detail ersichtlich.

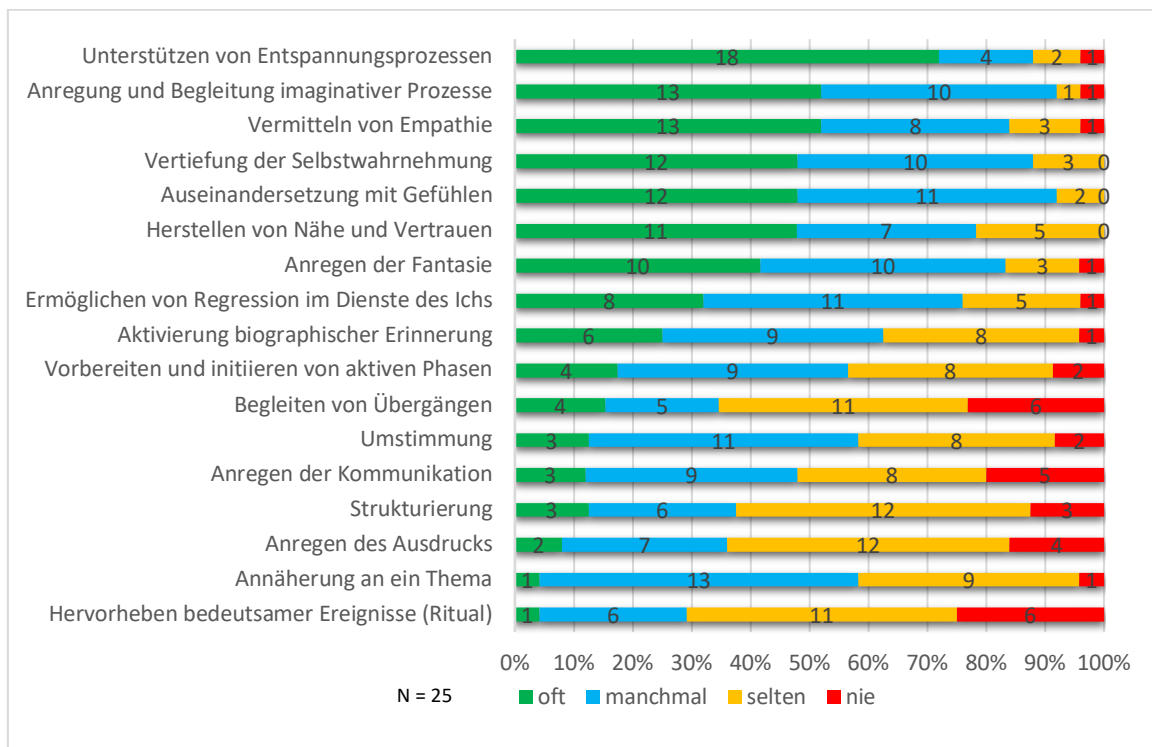


Abbildung 5: Wirkabsichten

Spielform der Improvisation

➤ Welche Spielform(en) der Improvisation wird oder werden gewählt?

Bei der Frage nach der Spielform der Improvisation, welche in einer Improvisation für das Gegenüber gewählt wird, zeigte sich, dass die freie Improvisation am meisten verwendet wird (20 von 25 der Befragten). Strukturierte und themenorientierte Improvisation fanden deutlich weniger Zustimmung: Über die Hälfte der Befragten gab an, diese beide Formen nur selten oder nie in einer Improvisation für das Gegenüber zu verwenden. Nur vier Personen wählen die strukturierte Improvisation oft, acht manchmal, fünf verwenden die themenorientierte Improvisation oft, acht manchmal (Siehe Abb. 6)

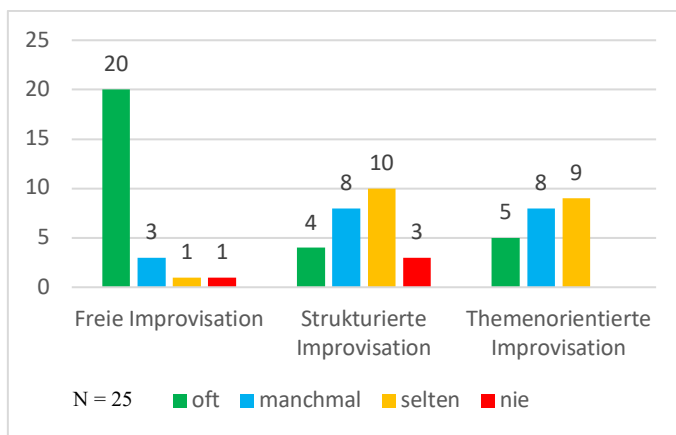


Abbildung 6: Spielformen der Improvisation

Interventionstechniken

➤ Welche Interventionstechniken werden eingesetzt?

Die an der Umfrage Teilnehmenden wurden gebeten, 16 Interventionstechniken danach zu bewerten, wie oft sie sie bei einer Improvisation für das Gegenüber verwenden. Hierbei erhielt die Interventionstechnik «Nähren» (warme, satte Klänge, welche auf die erspürte Ausstrahlung und den Ausdruck des Gegenübers abgestimmt sind und es stärken sollen) am meisten Zustimmung: 21 wählen sie oft, drei manchmal, also insgesamt 24 von 25. Die Techniken «Beruhigen» (trophotrope Musikstruktur), «Entspannen» (Pulsation und monochrome Klänge) sowie «Holding» (repetitive, verlässliche musikalische Gestalten) erreichten mit über 90 % ebenfalls hohe Zustimmung.

In der folgenden Abbildung 7 werden die Interventionstechniken nach Häufigkeit geordnet aufgeführt.

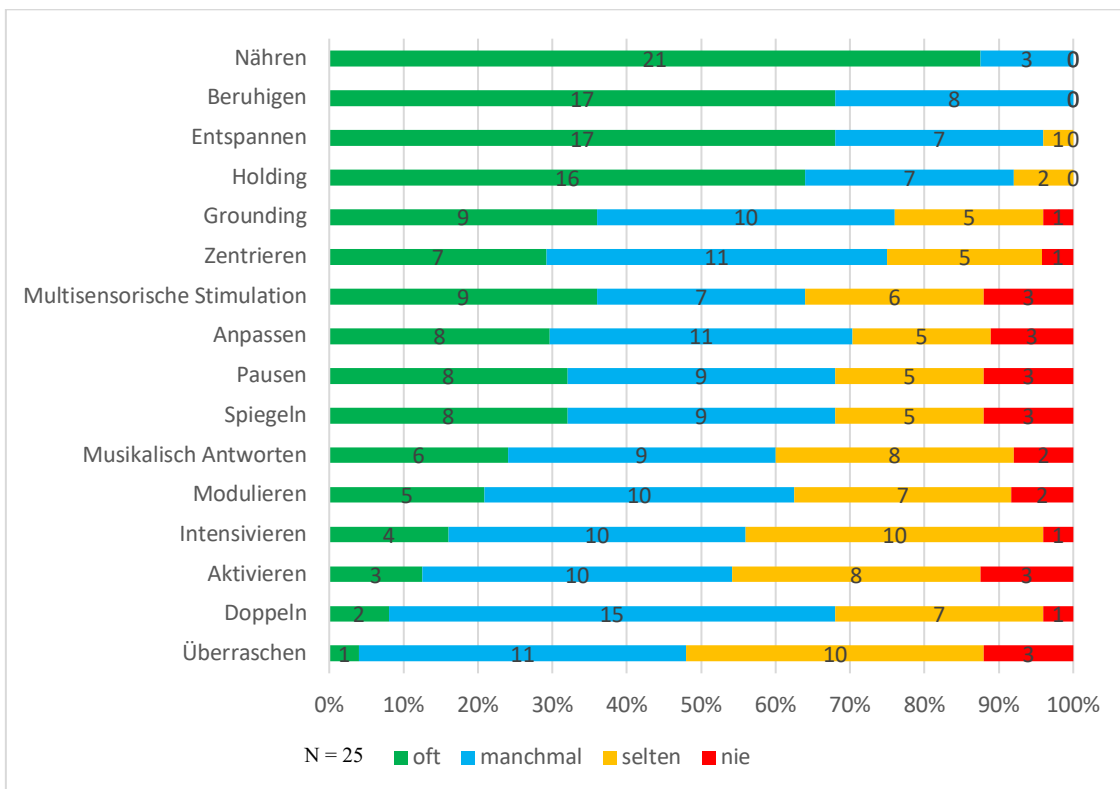


Abbildung 7: Interventionstechniken

Instrumente

➤ Welche Instrumente werden in einer Improvisation für das Gegenüber verwendet?

Praktisch alle der Befragten (24 von 25) verwenden bei einer Improvisation für das Gegenüber oft (18) oder manchmal (6) Klanginstrumente. Etwas weniger häufig werden das persönliche Instrument (14 oft, 6 manchmal, 5 selten) und Harmonieinstrumente (12 oft, 7 manchmal, 4 selten) genannt. Melodieinstrumente hingegen werden eher seltener verwendet (bei drei der Befragten sogar nie). Am wenigsten Anwendung finden Rhythmusinstrumente, welche von sechs Personen selten und von fünf nie gewählt werden. Dieser Sachverhalt wird in der untenstehenden Abbildung 8 verdeutlicht.

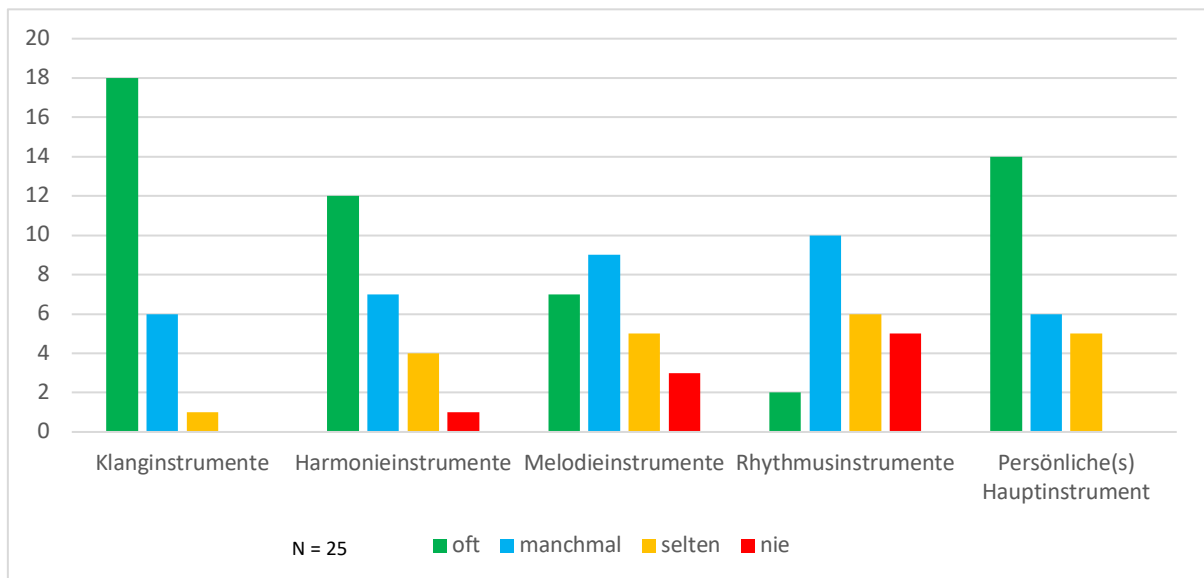


Abbildung 8: Verwendete Instrumentengruppe innerhalb einer Improvisation für das Gegenüber

Bei der Frage nach dem Hauptinstrument gab es zwei klare Favoriten: Mehr als die Hälfte der Musiktherapeut:innen nennen das Klavier, gefolgt von zehn Personen, welche die Stimme als Hauptinstrument angeben. Weiter wurden jeweils dreimal Geige, Perkussion und Gitarre genannt. Persönliche Hauptinstrumente, die nur einmal angegeben wurden, waren Monochord, Saxophon, Akkordeon, Bass, Cello, Tambura, Leier, Mandoline und Ukulele.

Die Frage, welche spezifischen Instrumente zum Einsatz kommen, förderte eine grosse Vielfalt zu Tage, welche in der untenstehenden Tabelle 7 ersichtlich wird. Vor allem die Gruppe der Klanginstrumente sticht dabei hervor, wobei die monotonalen/monochromen Instrumente wie Monochord, Körpertambura und Liegemonochord häufig genannt wurden. Ebenso gut vertreten waren Instrumente der Handpan/Hang Familie.

Instrumentengruppe	Instrumente	Instrumentengruppe	Instrumente
Klang (46)	Monochordinstrument (18) Monochord (7) Körpertambura (7) Liegemonochord (4)	Harmonie (12)	Tasteninstrument Klavier (7) Handorgel
	Monochrome Instrumente (7) Klangschalen (4) Gong (2) Klangstäbe (1)	Rhythmus (6)	Saiteninstrumente Akustische Gitarre (2) Kinderharfe Harfe
	Handpans (8) Hang (3) Steeltonguedrum Handpan (2) Klangauge Hapi	Melodie (4)	Rahmentrommel Oceandrum Grosse Felldrum Rhythmusinstrumente Djembe Trommeln
	Saiteninstrumente (8) Kantele (3) Kotamo (3) Leier (2)	Stimme (8)	Bassflöte (2) Altflöte Saxaphon
	Andere (5) Windspiel Sansula (3) Glockenspiel		

Tabelle 7: Instrumentengruppen und spezifische Instrumente

Bei der Frage nach der Verwendung der Stimme gaben die meisten (20 von 25) an, die Stimme im Sinne von Summen oder Singen für das Gegenüber oft, oder zumindest manchmal, zu benutzen. Nur fünf der Befragten verwenden die Stimme selten oder nie. Die Stimme wird auch oft zusätzlich zu einem Instrument eingesetzt: 14 der 25 Befragten tun dies oft, zehn manchmal.

Wahl des Instrumentes

➤ Wer sucht das Instrument aus? Therapeut:in oder das Gegenüber?

Betreffend Instrumentenwahl wurden die Musiktherapeut:innen gefragt, ob sie das Gegenüber Instrumente für die rezeptive Improvisation wählen lassen. Dies ist bei neun Personen oft der Fall, bei 13 manchmal. Nur drei Befragte geben an, selten ihre Klient:innen selber wählen zu lassen.

Als Gründe, das Gegenüber ein Instrument wählen zu lassen, werden häufig genannt: Selbstwirksamkeit, Selbstfürsorge, Mitbestimmung, und Abstimmen des Klangs auf den Patienten (siehe Tabelle 8). So schreiben einige der Befragten:

«Klang-Imaginieren und mitbestimmen können sind Teil des Prozesses.»

«Bewusstmachen der eigenen Bedürfnisse, Selbstwirksamkeit stärken («Ich darf meine Welt gestalten»), Verantwortung übergeben.»

«Weil ich die Improvisation oft als Entspannung/Regression/Klangreise brauche, ist es mir wichtig, dass sich das Gegenüber wohl fühlt und sich darauf einstellen kann, welcher Klang/Musik ertönen wird.»

Auf Therapie/Therapeut:in bezogen	Auf Patient:innen bezogen
<p>Kontrolle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um Kontrolle zu ermöglichen • Dass sich Gegenüber darauf einstellen kann, welcher Klang/Musik ertönen wird • Pat. kann beeinflussen was mit ihm:ihr passiert 	<p>Selbstwirksamkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etwas selber tun • Selbstwirksamkeit • Fähigkeit zur Selbstwirksamkeit • Selbstwirksamkeit • Minimum an Selbstwirksamkeit • Selbstwirksamkeit stärken
<p>Mitbestimmung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um Mitbestimmung zu ermöglichen • Für Wahlmöglichkeiten • Mitbestimmung als Teil des Prozesses • Zur aktiven Miteinbeziehung in den therapeutischen Prozess • Verantwortung übergeben • Fragen/anbieten, ob ergänzend zum Instrument die Stimme eingesetzt werden soll 	<p>Selbstwahrnehmung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selber die aktuelle Stimmung wahrnehmen • Weil das Gegenüber oft intuitiv spürt, was gut tun könnte • Weil das Gegenüber weiss welches Instrument ihm:ihr gut tut • Bewusstmachen eigener Bedürfnisse • Instrument frei wählen gemäss eigener Stimmung und Präferenz
<p>Klangvorstellung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klangvorstellung des Gegenübers umsetzen • Klangimaginieren als Teil des Prozesses 	<p>Selbstfürsorge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klienten kennen die Instrumente und wissen, welcher Klang oder welches Instrument ihnen gut tut • Fähigkeit zur Selbstfürsorge
<p>Individuelle Passung des Instruments</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um ein dem Patienten entsprechendes Instrument zur Verfügung stellen • Instrument dem Pat. vorspielen, damit ich sicher bin dass es ihm:ihr gefällt • Weil ich möchte, dass der Klang dem Pat. gefällt • Pat. soll sich mit dem Instrument wohlfühlen • (Gegenüber soll sich wohlfühlen, entspannen können und zu sich kommen) 	<p>Autonomie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autonomie, selber entscheiden können /Autonomie <p>Beziehungsebene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pat. fühlt sich wahr- und ernstgenommen

Tabelle 8: Begründung für die Wahl des Instruments durch den/die Klientin

Welche Instrumente wählen die Klient:innen in dieser Situation? Auch hier sind Klanginstrumenten am beliebtesten, vor allem die Monochordinstrumente wie der nachfolgenden Tabelle 9 zu entnehmen ist. Drei Personen gaben an, dass ihre Klient:innen keine spezifischen Vorlieben hätten, eine Person gab an, dass eher tiefklingende Instrumente gewählt würden, und eine weitere, dass die Klient:innen gerne bereits vertraute Klänge wählen würden.

Instrumentengruppe	Instrumente	Instrumentengruppe	Instrumente
Klang (26)	Liegemonochord und Klangliege (6)	Harmonie (6)	Klavier (5)
	Monochord (4)		Harfe
	Monolini	Rhythmus (2)	Djembe
	Körpertambura (2)		Trommeln
	Tambura (2)	Melodie	Bass
	Kotamo		
	Hang (2)	Stimme (2)	
	Handpan (1)		
	SteelTongue Drum (1)		
	Klangschalen (2)		
(Ocean Drums) (2)			
Kantele (2)			

Tabelle 9: Von den Klient:innen oft gewählte Instrumente

Initiierung der Improvisation

➤ **Wer initiiert die Intervention? Der/die Therapeut:in oder das Gegenüber?**

Meist kommt die rezeptive Improvisation durch Initiative der Therapeut:innen zu Stande und nur bei vier der Befragten kommt der Wunsch oft von den Klient:innen. Weitere 17 geben jedoch an, dass manchmal ein Wunsch nach einer rezeptiven Improvisation von den Klient:innen geäußert wird.

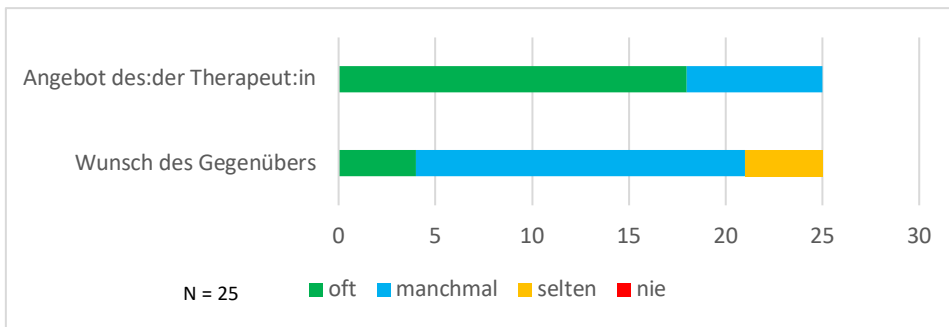


Abbildung 9: Initiierung der rezeptiven Improvisation

Gründe des Gegenübers für den Wunsch nach einer rezeptiven Improvisation

Warum äussern die Klient:innen den Wunsch nach einer rezeptiven Improvisation? Die meisten Musiktherapeut:innen geben an, es seien der «Wunsch nach Entspannung» (15 oft) und «Müdigkeit» (8 oft), welche sie als häufige Begründung ihrer Klient:innen wahrnehmen. Weitere Gründe sind Schmerzen (6 oft, 11 manchmal), Antriebslosigkeit (5 oft, 11 manchmal) und weitere, wie etwa Übelkeit bei der Chemotherapie oder krankheitsbedingt nicht in der Lage zu sein, selber zu spielen, von anderen Klient:innen von der Möglichkeit einer rezeptiven Improvisation gehört zu haben, die musikalischen Fähigkeiten der/des Therapeut:in austesten zu wollen oder den leistungsfreien Raum zu geniessen.

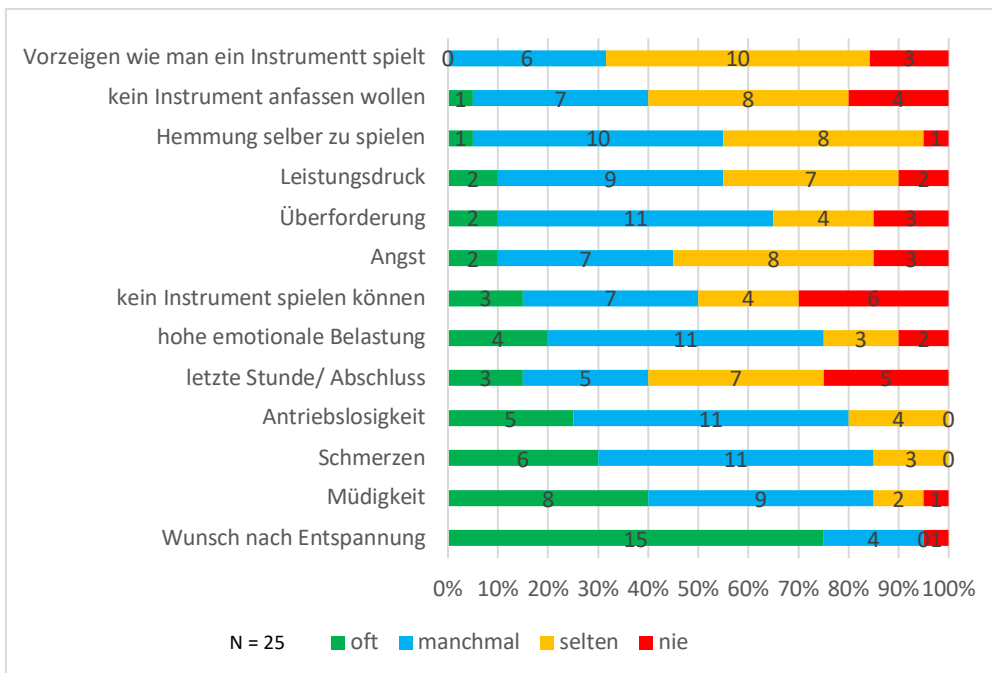


Abbildung 10: Gründe des Gegenübers für den Wunsch nach einer rezeptiven Improvisation

Position des Gegenübers während der rezeptiven Improvisation

Etwa die Hälfte der Befragten (8 oft, 5 manchmal) arbeiten mit bettlägerigen Klient:innen mit rezeptiver Improvisation, während die andere Hälfte selten (3) oder nie (9) mit bettlägerigen Klient:innen während einer Improvisation für das Gegenüber arbeitet. Allgemein werden aber während einer rezeptiven Improvisation sitzende Positionen bevorzugt. Entweder wählen die Klient:innen dies selber so (12 oft, 11 manchmal) oder die Therapeut:innen schlagen es vor (9 oft, 6 manchmal, 7 selten, 2 nie). Etwas weniger häufig wird die liegende Position gewählt, entweder von den Klient:innen (7 oft, 11 manchmal) oder von den Therapeut:innen vorgeschlagen (2 oft, 11 manchmal), und deutlich am seltensten wird Bewegung gewählt, sowohl von Klient:innen wie von Therapeut:innen, von denen nur sieben es manchmal vorschlagen, elf hingegen nie. Dies ist in zur Veranschaulichung in der Abbildung 11 graphisch dargestellt.

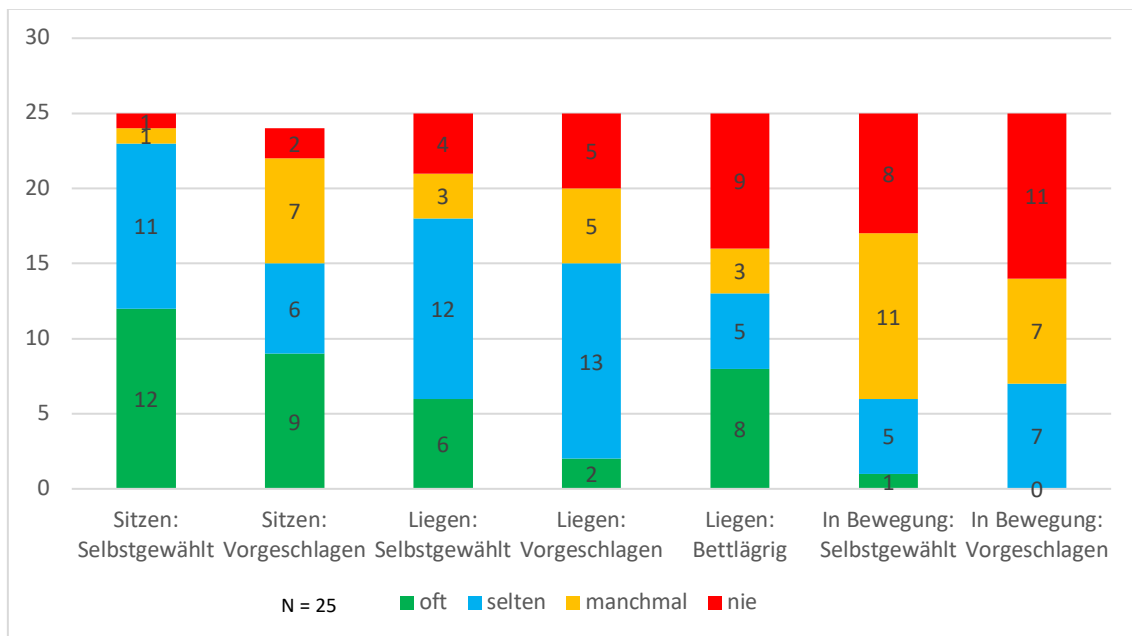


Abbildung 11: Position des Gegenübers während der rezeptiven Improvisation

Dauer der rezeptiven Improvisation

➤ **Wie lange dauert eine Improvisation für das Gegenüber?**

Die Frage nach der Dauer der Improvisation für das Gegenüber wurde von 24 Personen beantwortet, wobei innerhalb der Frage aus unbekanntem Gründen bei der kurzen Dauer nur 19, bei der mittleren Dauer und langen Dauer 23 Bewertungen abgegeben wurden. Die kurze Dauer sowie die mittlere Dauer wurden von 11 bzw. 10 oft angegeben. Die

lange Dauer wurde hingegen nur von zwei der Befragten oft gewählt, von weiteren 7 manchmal und 5 gaben an, nie so lange mit der Improvisation für das Gegenüber zu arbeiten.

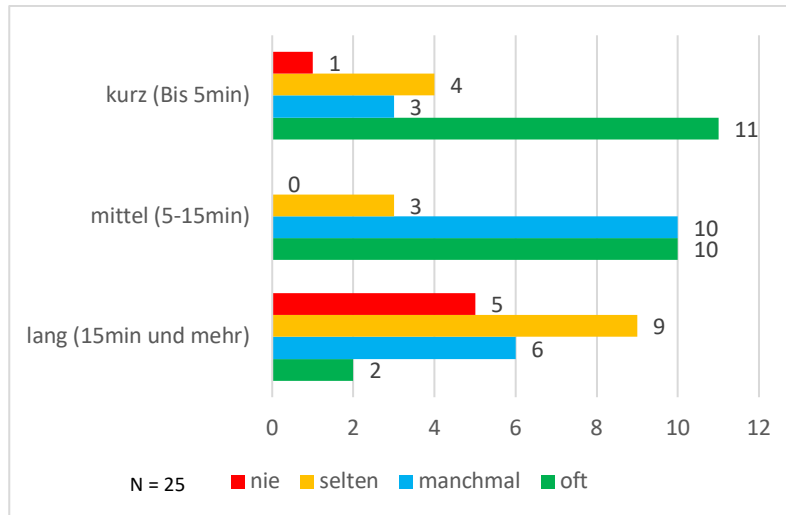


Abbildung 12: Dauer der Improvisation für das Gegenüber

Verbaler Austausch

➤ Gibt es nach der Intervention einen verbalen Austausch?

Bei fast allen der Befragten (22 von 25) gibt es nach der Improvisation einen verbalen Austausch, falls das Gegenüber dazu in der Lage ist (18 oft, 4 manchmal, 3 selten, 0 nie). 21 Personen begründeten ihre Antwort, wie in Tabelle 10a und 10b ersichtlich ist. Um einen konkreten Einblick in die Art der Antworten zu geben, werden zunächst beispielhaft zwei Antworten zitiert.

«Das Erlebte darf auch verbal formuliert werden und kann so auf zweifache Weise verankert werden.»

«Abstimmung meiner persönlichen Wahrnehmung und Spielweisen, Wendungen im eigenen Spiel mit der Wahrnehmung des Klienten abgleichen.»

Auf Klient:innen bezogen	
Vertiefen/Integration der Erfahrung <ul style="list-style-type: none"> • Einordnen der Erfahrung • Vertiefung des Erlebten • Reflexion des Erlebten / zur Reflexion • Bewusst werden über mögliche Veränderungen • Erfahrung im Bewusstsein verankern • zur Verarbeitung • Selbsterleben in Worte fassen zur Vertiefung • Verbale Formulierung zur zweifachen Verankerung des Erlebten 	Motivation <ul style="list-style-type: none"> • Gegenüber möchte sich mitteilen • Bedürfnis, das Erfahrene zu kommunizieren • Die meisten Pat. wollen von sich aus Auskunft über ihr Erleben geben Klären <ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit zur Rückmeldung • Möglichkeit zum Fragen stellen,

Tabelle 10a: Begründung für einen verbalen Austausch nach der rezeptiven Improvisation, auf die Klient:innen bezogen

Auf Therapie / Therapeut:in / Prozess bezogen	
Orientierung <ul style="list-style-type: none"> • Zur Orientierung für mich als Therapeutin, was ausgelöst wurde • Wissen, was Gegenüber erlebt hat • Ziele überprüfen • Gemeinsames erspüren, ob es noch etwas anderes/mehr davon braucht • Abstimmung persönlicher Wahrnehmung und Spielweisen mit den Wahrnehmungen des Klienten • Erfahren, was ausgelöst wurde 	Klären <ul style="list-style-type: none"> • Erfragen der Befindlichkeit • emotionale Befindlichkeit klären • Stimmung und Gegenübertragung klären, deuten • Klären von Fragen • Erfragen von Emotionen/Wirkung/Ablehnung • Abklären, was sich verändert hat
Prozess <ul style="list-style-type: none"> • Integration des Erlebten ist unbedingt Teil des therapeutischen Prozesses • relevant für Weiteren therapeutischen Prozess • mitteilen von Bildern und Gefühlen dient dem weiteren Therapieprozess • nächste Schritte/Ziele für Therapieprozess ans Licht bringen • Fürspiel im therapeutischen Prozess verankern 	Weitere <ul style="list-style-type: none"> • Austausch wichtig für Beziehungsebene v. a. bei Borderline • verbale Resonanz • Abfangen ausgelöster heftiger Prozesse • Raum geben, innere Prozesse und Erlebnisse mitzuteilen

Tabelle 10a: Begründung für einen verbalen Austausch nach der rezeptiven Improvisation auf die Therapie/Therapeut:in/Prozess bezogen

Therapeutische Haltung

- **Worauf wird bei einer rezeptiven Improvisation für das Gegenüber von Seiten der Therapeut:innen besonders Wert gelegt?**

Die Frage «Worauf legen Sie als Therapeut:in in einer Improvisation für das Gegenüber besonders Wert?» wurde von 24 Personen beantwortet, teilweise sehr differenziert. Die

Antworten wurden nach Themen kategorisiert (siehe Tabelle 11), einige davon seien hier zitiert.

«Ich spiele für das Gegenüber, nicht für mein Ego.»

«Eigene gute Körperhaltung, angemessene Distanz zum Gegenüber, Stoppzeichen vereinbaren, gute Präsenz auf mich und das Gegenüber, gestimmte Instrumente»

«Authentizität, passende Methode im Therapieprozess, Spielen mit voller Aufmerksamkeit für das Gegenüber»

Auf den/die Therapeut:in / Klient:in bezogen	Auf die Therapie / Prozess bezogen
<p>Wahrnehmung/Aufmerksamkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • freischwebende Aufmerksamkeit • Stimmung resonant einfangen • mit der Aufmerksamkeit voll beim Gegenüber sein • spielen mit voller Aufmerksamkeit für das Gegenüber • aufmerksam, verlässlich, empathisch • achtsam sein, empathisch, einfühlsam <p>Nonverbale Signale</p> <ul style="list-style-type: none"> • achtsames Wahrnehmen der nonverbalen Signale des Gegenübers • genaues Beobachten nonverbaler Signale, vor allem bei nicht sprach/kommunikationsfähigen Menschen <p>Authentizität</p> <ul style="list-style-type: none"> • authentisches Spiel und Verhalten, wie es sich aus der Gegenübertragung ergibt • Authentizität • Intuition <p>Therapeutische Beziehung</p> <ul style="list-style-type: none"> • therapeutische Beziehung muss tragfähig sein • dass die Intervention in Absprache geschieht • Improvisation in Absprache mit Klient:in • Ja von Pat. abholen • Kontakt zu Klientel nicht verlieren <p>Gemeint Sein</p> <ul style="list-style-type: none"> • vermitteln von Zuwendung • als Geschenk für das Gegenüber • «Ich spiele für Dich» • vermitteln von Akzeptanz • Wohlbefinden 	<p>Vorbereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> • gute Vorbereitung • sorgfältiges Vorgehen, ev. Zeichen vereinbaren für Lautstärke, Schluss etc. • Induktion • Schaffen eines Safe Place • ruhige Stimmung/Umgebung <p>Stoppzeichen</p> <ul style="list-style-type: none"> • explizite Erlaubnis/Möglichkeit, Spiel zu stoppen • Stoppzeichen • vereinbaren von Ausstiegsmöglichkeiten: Pat. Weiss, wie er Für-spiel beenden kann <p>Instrumente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wahl der Instrumente • gestimmte Instrumente <p>Position</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sitzposition des Pat. • Nähe-Distanz von Therapeut:in • angemessene Distanz • gute Körperhaltung • bequeme Haltung des Patienten • beim Für-Spiel Pat. im Blickfeld haben, (deshalb selten Klavier) <p>Abstimmung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resonanzspiel zum momentanen Thema des:der Klient:in • Dynamik und Länge der Musik abstimmen • achten auf Signale, die auf einen zu starken Prozess hinweisen und einen Abbruch erfordern <p>Passend im Prozess</p> <ul style="list-style-type: none"> • dass die Musik möglichst im Dienste der Therapie steht • Spiel im Dienste des therapeutischen Prozesses • dass die Intervention zu diesem Zeitpunkt sinnvoll ist • passende Methode im Therapieprozess • aktuelles Bedürfnis des Klienten abdecken • soll im Dienst des Gegenübers sein

Tabelle 11: Wichtige Aspekte in einer Improvisation für das Gegenüber

Herausforderungen

- Gibt es, bzw. welche besonderen Herausforderungen liegen in einer Improvisation für das Gegenüber?

Auf die Frage, ob sie als Therapeut:in besondere Herausforderungen in der Improvisation für das Gegenüber sehen, hielt sich das Verhältnis von ja (13) und nein (12) praktisch die Waage. Als besondere Herausforderung wurde eine ganze Reihe von Aspekten genannt, von denen nachfolgend einige zitiert seien und die restlichen in der untenstehenden Tabelle 12 ersichtlich sind.

Herausforderungen	
<p>Bei sich und dem Gegenüber sein</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balance zwischen beobachtender Präsenz und zulassender Gelassenheit • Herausforderung bei sich und dem Gegenüber zu sein • Mit sich selbst, dem Gegenüber und der atmosphärischen Stimmung im Kontakt sein • Sich selber gut zentrieren und gleichzeitig auf das gegenüber Einlassen <p>Konzentration</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viel Konzentration nötig, alles zu beobachten und auf alles zu reagieren • Alle Kanäle offenhalten 	<p>Unsicherheiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wieviel kann ich wagen? • Kann ich überraschen durch unerwartete Klänge? • Richtiges Lesen nonverbaler Signale • Entscheidung zu spielen oder nicht zu spielen • Nicht emotional überfordern • Nichts dem Gegenüber überstülpen <p>Eigene Affekte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selber ruhig werden • Gefühl sich aufzudrängen <p>Offenheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offen bleiben für alles was kommt <p>Eigene Erwartungshaltung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sich seiner eigenen Erwartungshaltung bewusst sein (helfen wollen, gefallen wollen)
<p>Musikalische Aspekte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gewähltes Instrument gut beherrschen • Freie musikalische Gestaltung ohne Gedanken zur technischen Gestaltung • Musik im Spannungsfeld der eigenen musikalischen Sozialisation und derer des/der Patientin 	<ul style="list-style-type: none"> • Vertrauen in die Selbstregulations-fähigkeiten des Gegenübers

Tabelle 12: Herausforderungen

«Mit sich selber, dem Gegenüber und der atmosphärischen Stimmung im Kontakt sein. Das gewählte Instrument gut beherrschen im Sinne einer freien musikalischen Gestaltung/freie Impro ohne Gedanken zu technischer Gestaltung der Improvisation.»

«Richtiges Lesen der nonverbalen Signale, Vertrauen in die Selbstregulationsfähigkeit des Gegenübers, Balance zwischen beobachtender Präsenz und Gelassenheit.»

«Es ist eine sehr intime und fürsorgliche Kommunikationsform, bei der ich versuche alle Kanäle offen zu halten. Das setzt voraus, dass ich mich vor/während eines Fürspiels gut zentriere und mich zugleich auf das Gegenüber einlasse. Routinemässig nebenher ein Fürspiel «erledigen» wäre gar kein Fürspiel für eine bestimmt Person, sondern akustische Berieselung.»

«Im Spannungsfeld von: Hier meine Musik, die auf meiner musikalischen Sozialisation beruht und dort der/die Patient:in, für die ich spiele.»

Ausbildung

Die befragten Musiktherapeut:innen haben ihre Ausbildung mehrheitlich an der Zürcher Hochschule der Künste (ZHdK) absolviert (14), fünf auch am Forum Musiktherapeutischer Weiterbildung Schweiz (FMWS) und in Neuenburg (2). Je einmal genannt wurden Ausbildungen in Wien (universität für musik und darstellende kunst wien, (mdw)), Heidelberg (Hochschule Heidelberg), Helsinki, Berlin (Institut für Musik, Imagination, Musik und Therapie, IMIT). Eine Befragte gab an «Quereinsteigerin mit Ausdruckstherapie und Schwerpunkt Musik» zu sein. In Tabelle 13 werden die angegebenen Ausbildungsorte aufgeführt.

Ausbildungsort		
<ul style="list-style-type: none"> • ZHdK (14) • ZHdK (13) • ZHdK und FMWS 	<ul style="list-style-type: none"> • FMWS (5) • FMWS (2) • FMWS mit ZHdK Upgrade • FMWS mit IMIT Berlin • FMWS mit Harp for Healing 	<ul style="list-style-type: none"> • Andere (6) • Neuenburg und Wolfgang Strobel • Neuenburg • Hochschule für Musik und Darstellende Kunst Wien • Helsinki • Hochschule Heidelberg • Quereinsteigerin

Tabelle 13: Ausbildung

Stellenwert rezeptiver Musiktherapie

Eine abschliessende Frage zur Bewertung des Stellenwerts rezeptiver Musiktherapie innerhalb der Weiterbildung, förderte folgende Erkenntnis zu Tage: Auf die theoretische Ebene bezogen gaben 7 der Befragten einen hohen Stellenwert an, während 14 der Befragten einen mittleren Stellenwert und nur 3 einen tiefen Stellenwert theoretischer rezeptiver Ansätze angaben. Neun Personen waren der Ansicht, dass die Praxis betreffend rezeptiver Ansätze in der Ausbildung generell einen tiefen Stellenwert gehabt hätte, 10 gaben einen mittleren und 5 gaben einen hohen Stellenwert rezeptiver Ansätze auf der praktischen Ebene, bezogen auf ihre Weiterbildung an.

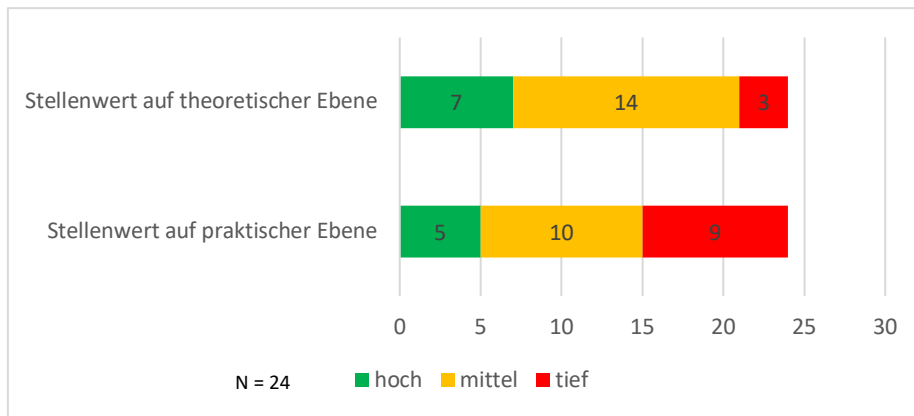


Abbildung 13: Stellenwert der rezeptiven Musiktherapie innerhalb der Weiterbildung

Zusätzliche Kreuzauswertung

Zum Thema der Einstimmung wurde zusätzlich eine Kreuzauswertung vorgenommen; das heisst, die Gruppe der zehn Personen, die oft eine Einstimmung machen, wurde mit jenen Gruppen verglichen, die dies nur manchmal bzw. selten tun. Damit sollte der Hypothese nachgegangen werden, dass diejenigen, die einstimmen, die Improvisation für das Gegenüber eher im Sinne einer geplanten Entspannung oder im Sinne der Methode des imaginativen Bilderlebens einsetzen.

Es zeigen sich, wie in Tabelle 14 ersichtlich, (in Klammern die absoluten Zahlen zur Häufigkeit oft/manchmal), leicht unterschiedliche Tendenzen zwischen den Gruppen, wobei die Aussagekraft aufgrund der kleinen Stichprobe gering ist, aber immerhin als Anregung zur Generierung von weiteren Fragestellungen und Hypothesen in der Diskussion dienen mag. Während innerhalb der *Gruppe 1 (oft Einstimmung)* niemand angibt, oft in der konflikt- oder übungszentrierten Modalität zu arbeiten, sind es in den beiden anderen Gruppen 4, bzw. 2 Personen die dies oft tun. Betreffend Wirkabsichten liegt der Schwerpunkt der *Gruppe 1* auf «Unterstützung von Entspannungsprozessen» und «Anregen und begleiten Imaginativer Prozesse», während bei der *Gruppe 2 (manchmal Einstimmung)* «Vermitteln von Empathie» sowie «Selbstwahrnehmung» am häufigsten genannt werden. Die *Gruppe 3 (selten Einstimmung)* verfolgt am häufigsten die Wirkabsicht «Auseinandersetzung mit Gefühlen».

Die Technik «Nähren» nimmt in allen drei Gruppen einen wichtigen Stellenwert ein. «Beruhigen» wird in der *Gruppe 2* und *Gruppe 3* öfters gewählt als in *Gruppe 1*. Bevorzugte Instrumentengruppe der *Gruppe 1* sind klar die Klanginstrumente. Harmonie- und Melodieinstrumente werden von dieser Gruppe von keinem der Befragten oft gewählt.

Dies im Unterschied zu den beiden anderen Gruppen, wo Harmonie- sowie Melodieinstrumente ebenso zu den oft gewählten Instrumenten gehören

Einstimmung	Gruppe 1 (Oft Einst.) N = 10		Gruppe 2 (Manchmal Einst.) N = 10		Gruppe 3 (Selten Einst.) N = 5	
Modalität	Erlebniszentriert Übungszentriert Konfliktzentriert	7/3 0/5 0/2	Erlebniszentriert Übungszentriert Konfliktzentriert	6/3 4/3 4/2	Erlebniszentriert Übungszentriert Konfliktzentriert	2/3 2/1 2/1
Wirkabsichten	Unterstützen von Entspannung Anr. und begl. Imaginativer P. Selbstwirksamkeit	9/1 6/4 5/5	Vermitteln von Empathie Selbstwahrnehmung Anr. und begl. Imaginativer P. Unterstützen v. Entspannung	8/2 6/4 6/3 6/2	Auseinandersetzung m. Gefühlen Unterstützen von Entspannung Vermitteln von Empathie	4/1 3/2 3/0
Techniken	Entspannen Nähren Zum Vergleich: Beruhigen	7/3 7/2 4/6	Nähren Beruhigen Zum Vergleich: Entspannen	10/0 10/0 9/1	Nähren Beruhigen Zum Vergleich: Entspannen	4/1 3/2 1/2
Instrumentengruppe	Klang Pers. Harmonie Melodie	8/2 5/4 0/6 0/5	Harmonie Klang Pers. Melodie	8/1 8/1 7/1 4/3	Melodie Harmonie Klang Pers.	3/1 3/0 2/3 2/2
Dauer	Mittel Lang Kurz	5/3 2/6 1/1	Mittel Kurz Lang	5/5 5/2 0/3	Kurz Mittel Lang	5/0 0/2 0/0
Position	Liegen selbstgew. Liegen bettlägrig	5/3 5/1	Sitzen selbstgew. Sitzen vorgeschl.	7/3 5/3	Sitzen selbstgew. Sitzen vorgeschl.	2/2 2/1
Herausforderungen	Ja 5 Nein 5		Ja 7 Nein 3		Nein 4 Ja 1	

Tabelle 14: Kreuzauswertung betreffend Einstimmung: Vergleich der häufigsten Antworten (in absoluten Zahlen oft/manchmal)

In der Frage nach der Dauer der Improvisation für das Gegenüber wird in der *Gruppe 1* im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen eher eine mittlere bis lange Dauer angegeben. Die *Gruppe 2* gibt eher mittlere bis kurze Dauern an, während in der *Gruppe 3* einzig die kurze Dauer oft gewählt wird. Bei der *Gruppe 1* wird öfters im Liegen gearbeitet, während die beiden anderen Gruppen vermehrt im Sitzen arbeiten. Die Antworten auf die Frage nach besonderen Herausforderungen unterscheiden sich ebenso: In der *Gruppe 1* wird von 4 von 5 angegeben, keine besonderen Herausforderungen zu sehen, während in der *Gruppe 2* die Frage nach besonderen Herausforderungen 7 von 10 bejahen und sich in der *Gruppe 1* das Verhältnis Ja/Nein die Waage hält.

6. 4. Kritische Reflexion des Untersuchungsdesigns

Wie bereits oben erwähnt, wurde die Umfrage via Mailverteiler des SFMT an insgesamt 244 Personen versandt, wovon rund die Hälfte das Mail öffnete. Leider lehnte das Sekretariat des SFMT es ab, einen Reminder zu verschicken, da sie zum Zeitpunkt dieser Umfrage von weiteren Anfragen überschwemmt wurden und deshalb generell keine Reminder mehr zuliessen. Dieser Sachverhalt war zum Zeitpunkt der Konzeptualisierung dieser Arbeit noch nicht absehbar gewesen, hätte aber idealerweise mitberücksichtigt werden müssen. Ein persönliches Anschreiben der registrierten Musiktherapeut:innen wurde kurz erwogen, im Hinblick auf Aufwand und Ertrag aber wieder verworfen. So blieb der Rücklauf mit 37 von 244, also 15 %, etwas unter den Erwartungen der Verfasserin.

Insgesamt hat sich der Fragebogen bewährt. Bei manchen Fragen wäre es allerdings sinnvoll gewesen, gleich von vornherein Kategorien zur Auswahl zu stellen, so etwa bei Alter, Ausbildung und Arbeitserfahrung. Dasselbe gilt für die Frage nach der Klientel, mit welcher mit der Improvisation für das Gegenüber gearbeitet wird. Da sie offen gestellt war, wurden neben sehr differenzierten Angaben, die teilweise bereits Störungsbilder beinhalten, auch sehr generelle Antworten gegeben wie z. B. «Kinder», ohne zusätzlichen Kontext. Hier wäre besser zuerst nach dem Arbeitsort und danach nach der Klientel gefragt worden.

Weniger gut gelungen war auch die Art der Fragestellung zu den Wirkabsichten, denn die Formulierung «Welche Wirkabsicht wird mit der Improvisation für das Gegenüber verfolgt?» suggeriert bereits, dass jede Improvisation für das Gegenüber bewusst und absichtsvoll, beinahe funktional zur Erreichung einer bestimmten Wirkabsicht eingesetzt wird. Ebenfalls fragt sich, ob es sinnvoll war, bereits ausformulierte mögliche Wirkabsichten zur Auswahl zu stellen, statt es den Befragten offen zu lassen, diese selber zu formulieren. Besser erscheint der Verfasserin zum jetzigen Wissenstand ein Vorgehen mit offenen Fragen nach konkreten Interventionen, dem Wirkungsspektrum und nach den Funktionen der Musik, die innerhalb einer Improvisation zum Tragen kommen.

Über die Frage, Interventionstechniken retrospektiv nach Häufigkeiten zu erfragen, kann ebenso diskutiert werden. Der Verfasserin dieser Studie ging es mit dieser Frage darum, ob durch die Selbsteinschätzungen der befragten Musiktherapeutinnen Tendenzen hinsichtlich spezifischer Interventionstechniken ersichtlich sind. Dies im Bewusstsein, dass eine vergleichbare Zuordnung spezifischer Techniken nur mittels Analyse der jeweiligen Improvisationssequenzen und Ratern möglich ist, was aber auch nicht im Interesse dieser Theses war. Gewisse Interventionstechniken sind zudem breiter gefasst (aktivieren mit

ergotroper Musikstrukturen, entspannen mittels trophotroper Musikstrukturen), während z.B. Spiegeln (erspürte Gefühlsqualität des Gegenübers gleichzeitig oder zeitversetzt musikalisch abbilden und verdeutlichen) wohl schwerer festzumachen ist. Die Befragten brauchten durchschnittlich 33 Minuten, um den Fragebogen auszufüllen, bei sehr differenzierten Antworten teilweise auch deutlich länger. Dies wurde von einer Befragten auch kritisiert, und hätte im Einleitungstext besser berücksichtigt werden können, mit einer höheren oberen Grenze der Bearbeitungszeit. Zudem wäre es sinnvoll gewesen, sämtliche Fragen im Online-Fragebogen als Pflichtfragen zu definieren, dann wären innerhalb einer Frage keine einzelnen Items vergessen gegangen, da die Befragten erst weiterklicken könnten, wenn jedes Item ausgefüllt ist.

6. 4. 1. Limitationen der Studie

Auffällig ist, dass fast die Hälfte der Teilnehmer:innen erst kurz (1-5 Jahre) als Musiktherapeut:in tätig sind. Ein Grund dafür könnte sein, dass einige davon die Verfasserin persönlich aus der eigenen Weiterbildung an der ZHdK kennen und deshalb eher zur Teilnahme bereit waren. Zudem ist denkbar, dass Musiktherapeut:innen, die ihre Ausbildung erst vor Kurzem abgeschlossen haben, sich noch mehr für theoretische Fragen interessieren, oder dass es ihnen noch bewusster ist, wie sehr Studierende auf die Hilfe der bereits Praktizierenden angewiesen sind. Dies ist einerseits erfreulich, andererseits ist es aber auch bedauerlich, dass nicht mehr langjährige Therapeut:innen ihr Wissen und ihre Erfahrung teilen.

Diskussion und Schlussbetrachtungen

Im letzten Teil dieser Arbeit werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung in Bezug auf die Fragestellungen diskutiert und mit den theoretischen Hintergründen verknüpft. In der Schlussbetrachtung folgt die Thematik im Zusammenhang mit ihrer Relevanz für die Musiktherapie, während ein letzter Abschnitt als Ausblick dient.

7. Bezugnahme auf die Fragestellungen

Welche Rolle spielt die musiktherapeutische Improvisation des/der Therapeut:in für das Gegenüber in der Praxis? Dies war die Hauptfragestellung der vorliegenden Arbeit, und es hat sich gezeigt, dass die rezeptive Improvisation bei praktisch allen der befragten Musiktherapeut:innen eine bedeutende Rolle in der Praxis spielt: Über 85% gaben an, diese oft oder zumindest manchmal anzuwenden. Die Befragten stammen aus einer grossen Bandbreite an Praxisfeldern, mit unterschiedlicher Spezialisierung und Klientel. Improvisation für das Gegenüber scheint also in den verschiedensten Settings der Musiktherapie eine Rolle zu spielen. Dies deckt sich mit den Ausführungen zur rezeptiven Musiktherapie von Frohne-Hageman (2020, S. 49), wo erwähnt wird, dass mittels rezeptiver Musiktherapie Klient:innen aller Altersstufen erreicht werden können. Dies scheint auch für die rezeptive Improvisation für das Gegenüber zu gelten.

Indikationen und Kontraindikationen

Gut ein Drittel der Befragten gab an, bei bestimmten Diagnosen oder Patientengruppen besonders oft mit rezeptiver Improvisation zu arbeiten. Analog zur Indikation rezeptiver Musiktherapie werden häufig Patient:innen mit körperlicher/sprachlicher Einschränkung genannt. Es scheint aber, dass öfter als eine spezifische Diagnose bestimmte Situationen und Umstände in der Therapie Anlass sind, die Improvisation für das Gegenüber anzuwenden. So beispielsweise bei Erschöpfungszuständen, bei fehlender Motivation zum selber aktiv werden, bei Unruhe oder grosser Anspannung und teilweise um Übergänge und Rituale zu gestalten (Lutz Hochreutener, 2009, S. 163). Rezeptive Improvisationen werden von einigen der Befragten als Selbstfürsorge des/der Klient:in betrachtet: Sich von dem/der Therapeut:in eine rezeptive Improvisation zu erbitten und erhalten kann dem/der Klient:in die stärkende Erfahrung von Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit ermöglichen, so wie es auch von Moreau et al. (2013) betonen.

In der Frage, ob die rezeptive Improvisation bei bestimmten Diagnosen oder Patientengruppen nicht angezeigt ist, waren die Meinungen geteilt. Während die eine Hälfte keine speziellen Einschränkungen sieht, werden von den anderen, übereinstimmend mit der Literatur zur rezeptiven Musiktherapie (siehe Kap. 2) mehrfach psychotische Menschen erwähnt, wobei hier von einigen differenziert wird mit «unter Vorbehalt». Zur Vorsicht mahnen die Befragten auch bei Menschen mit posttraumatischer Belastungsstörung (PTSB) und Traumata, im Einklang mit dem, was Frohne-Hagemann über den Einsatz rezeptiver Musiktherapie schreibt (2020, S. 49). Aus diesen Antworten lässt sich eine Tendenz zur differentiellen Kontraindikation im Sinne Timmermanns herauslesen (2020, S. 25), welcher die Ansicht vertritt, dass ein selektiver angepasster Verzicht auf gewisse Angebote unter bestimmten Umständen adäquater sei als generelle Kontraindikationen. Dies zeigt sich auch darin, dass die Teilnehmer:innen bejahen, dass es situativen Kontraindikationen gibt, wobei vor allem momentane Affektlagen des/der Klient:in angeführt werden, wie hohe Erregung, Ärger, Wut, sowie fehlende Motivation, fehlendes Commitment und Situationen, in denen der/die Patient:in bereits selber aktiv ist.

Setting

Verschiedene Autor:innen weisen darauf hin, dass das rezeptive Hören von Musik vorbereitet, begleitet und aufgearbeitet werden muss (von Moreau et al., 2013, S. 238; Lutz Hochreutener, 2009; Frohne-Hagemann, 2004). Bei der Anwendung der rezeptiven Improvisation für das Gegenüber scheint dies nicht generell der Fall zu sein. Während knapp die Hälfte angibt, oft eine Einstimmung zu machen, tun dies zehn manchmal und fünf nur selten.

Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Improvisation teils spontan als kurze Intervention im Therapieprozess eingesetzt wird, wo eine Einstimmung einen anderen Stellenwert hat, als wenn etwa eine Klangreise vorbereitet und eingeführt wird. Am häufigsten werden Körperwahrnehmungsübungen zur Einstimmung verwendet, daneben auch Atemübungen. Hierzu wäre es interessant zu erfahren, wie spezifische Einstimmung und Wirkabsicht zusammenhängen. Nur drei Personen erwähnen die Etablierung eines Safe-Place, während Lutz Hochreutener (2009, S. 94ff.) dies als Ausgangslage für jegliches therapeutisches Arbeiten bezeichnet. Möglicherweise ordneten viele der Befragten dies nicht der Einstimmung zu oder nahmen es als bereits als gegeben an.

Modalitäten

Die Frage nach der Modalität, in welcher mit der rezeptiven Improvisation gearbeitet wird, zeigt einen Schwerpunkt bei der erlebniszentrierten Modalität, während die konflikt- und die übungszentrierte Modalität seltener gewählt werden. Am wenigsten wird mit der konfliktzentrierten Modalität gearbeitet. Dies könnte damit zusammenhängen, dass in manchen Praxisfeldern weniger psychotherapeutisch gearbeitet wird als in anderen. Wie in den anderen praxeologischen Fragen bleibt allerdings unscharf, was die Therapeut:innen unter den jeweiligen Modalitäten genau verstehen. So wurden beispielsweise oft Wirkabsichten wie «Unterstützen von Entspannungsprozessen» und «Beruhigen und Entspannen» angegeben, welche eigentlich eher funktional und übungszentriert ausgerichtet sind, trotzdem wurde aber klar die erlebniszentrierte Modalität bevorzugt. Wie Lutz Hochreutener (2009; 2021) erwähnt, gehen die Modalitäten in der Praxis ineinander über. So kann in der erlebniszentrierten Modalität gearbeitet werden, und es kristallisiert sich innerhalb der Intervention oder im Anschluss daran ein Thema heraus, das dann wiederum konfliktzentriert angegangen wird. Eine Möglichkeit wäre gewesen, ähnlich wie in der Studie von Stegemann, Mauch, Stein, und Romer (2008) auch noch nach Mischformen der Modalitäten zu fragen. Stegemann et al. befragten 2008 in einer gross-angelegten Fragebogenuntersuchung Musiktherapeut:innen aller kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in Deutschland nach ihrer Arbeitssituation und ihrer Arbeitsweise, wobei auch nach der Gewichtung der Modalitäten innerhalb der Arbeit in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in Deutschland gefragt wurde (vgl. Stegemann, 2013, S.16; Stegemann, Mauch, Stein, & Romer, 2008).

Interessant an dieser Stelle sind jedoch die unterschiedlichen Tendenzen innerhalb der Kreuzauswertung der verschiedenen Gruppen bezüglich Einstimmung: die Gruppe, die oft mit Einstimmung arbeitet, gab vorwiegend an, erlebniszentriert vorzugehen und selten bis nie in übungs- und konfliktzentrierter Modalität zu arbeiten, während in der Gruppe, die manchmal und selten einstimmen, die Modalitäten übungs- und konfliktzentriert vermehrt angegeben wurden.

Wirkabsichten

Als Wirkabsicht wurde «Unterstützen von Entspannungsprozessen» am häufigsten genannt. Dies deckt sich mit den Feststellungen von Frohne-Hagemann (2020, S. 48), dass die rezeptive Musiktherapie im deutschsprachigen Raum, und somit auch die rezeptive Improvisation, eher als funktionale Massnahme zur Entspannung und Stressreduktion

verstanden wird. Wird diese Wirkabsicht nicht ausschliesslich auf die körperliche Entspannung bezogen, sondern auch auf die emotionale Regulation, könnte dazu auch «Nachklingen lassen», «zur Ruhe kommen» und «inneres Gleichgewicht finden» gehören, wie von Lutz Hochreutener erwähnt (2009, S. 163). Am zweithäufigsten wird die Wirkabsicht «Anregen und Unterstützen imaginativen Bilderlebens» angegeben. Dies entspricht der Anwendung der rezeptiven Improvisation als Teil anderer Methoden, wie von Lutz Hochreutener erwähnt (ebd.).

Wird von den Anwendungs- und Wirkungspektren der Improvisation nach Lutz-Hochreutener (ebd.) ausgegangen, erscheint «Vertiefen der Selbstwahrnehmung» (Sich selbst physisch und psychisch vertieft spüren) unter den häufig oft/manchmal angegebenen Wirkabsichten. Mit «Vermitteln von Empathie» und «Herstellen von Nähe und Vertrauen» werden zwei Aspekte genannt, die mit der therapeutischen Beziehung einen der wichtigsten therapeutischen Wirkfaktoren betreffen. Durch eine Improvisation für das Gegenüber scheint Empathie und Nähe nonverbal vermittelbar. Einige Musiktherapeut:innen geben auch die «Regression im Dienste des Ich» an, ähnlich wie Timmerman (2020a) und Lutz Hochreutener (2009) es beschreiben, wenn das Für-Spiel für das Gegenüber ein musikalisches Nachnähren ermöglicht, das entwicklungspsychologisch an sehr frühe Kindheitserfahrungen anknüpft.

In der häufigen Ablehnung von «Umstimmung» scheint deutlich zu werden, dass meist nach dem Prinzip gearbeitet wird, den/die Klient:in dort abzuholen, wo er oder sie gerade steht, ohne auf eine Umstimmung abzuzielen (Timmermann, 2020; Lutz Hochreutener, 2009). Interessant ist allerdings, dass bei den Interventionstechniken das «Beruhigen», bzw. trophotrophe Musikstrukturen unter den meistgenannten sind, was auch als Umstimmung verstanden werden könnte.

Ebenso wenig Zustimmung erfuhr «Strukturierung», wobei eventuell zu unklar war, was in der Umfrage konkret mit «Strukturierung» gemeint war. Bei den Interventionstechniken werden nämlich häufig «Grounding» und «Zentrieren» angegeben, welche laut Lutz Hochreutener (2009, S. 124) einen strukturierenden Aspekt haben. «Anregen des Ausdrucks» und «Anregen der Kommunikation» wurden ebenfalls wenig genannt. Von der Verfasserin gemeint gewesen wäre bei diesen beiden Wirkabsichten, dass die rezeptive Improvisation hier einem Vor-Spiel im Sinne von Lutz Hochreutener (2009, S. 173) entspricht, also einem anregenden Vorausgehen und Aufzeigen von Möglichkeiten, mit einem anschliessenden Austausch über das Erlebte. Eine solche Wirkabsicht wurde jedoch

nur von wenigen angegeben. Das konkretere «Vorbereiten und initiieren von aktiven Phasen» wurden etwas häufiger genannt.

In der Kreuzauswertung zeigen sich mögliche Tendenzen bei der Bewertung der Wirkabsichten: Während jenen, die oft mit Einstimmungen arbeiten, das imaginative Musikerleben und die Selbstwahrnehmung am wichtigsten war, stellen diejenigen, die nur manchmal Einstimmungen machen, das Vermitteln von Empathie in den Vordergrund. Und für die Therapeut:innen, die selten einstimmen, steht an erster Stelle das «Auseinandersetzen mit Gefühlen», gefolgt von «Vermitteln von Empathie» und «Unterstützung von Entspannung»

Dies könnte im Zusammenhang mit der Dauer und Modalität der Improvisation darauf hindeuten, dass in langen bis mittleren rezeptiven Improvisationen vermehrt mit imaginativem Bilderleben und Entspannung gearbeitet wird, wo eine Einstimmung einen wichtigen Stellenwert einnimmt, während bei mittleren bis kurzen rezeptiven Improvisationen der Fokus eher auf Vermitteln von Empathie und Auseinandersetzen mit Gefühlen gelegt wird und die Improvisation neben erlebnisorientiert auch konfliktorientiert eingesetzt wird.

Interventionstechniken

Die Interventionstechnik Nähren wird von praktisch allen Befragten oft verwendet, deutlich häufiger als andere. Timmerman (2020a) beschreibt das Für-Spiel als eine musikalische Verwirklichung psychotherapeutische Techniken wie Nähren und Holding. Daneben wurden am häufigsten funktionale Techniken genannt, wobei mit «Entspannen» und «Beruhigen» klar der regulierende Aspekt im Vordergrund steht. Aktivierende Techniken werden allgemein wenig angegeben, was ebenfalls mit der allgemeinen Tendenz zur Verwendung der rezeptiven Musiktherapie in ihrer Verwendung zur Entspannung zusammenhängen könnte (Frohne-Hagemann, 2004; 2021).

In der Kreuzauswertung zeigen sich leichte Unterschiede. Während «Nähren» von allen Gruppen oft genannt wird, sieht es bei «Entspannen» und «Beruhigen» anders aus. Bei der Gruppe, die oft eine Einstimmung macht, kommt dem Beruhigen keine grosse Bedeutung zu. Anders bei jenen, die manchmal oder selten mit einer Einstimmung arbeiten: Sie nennen neben dem Nähren auch das Beruhigen oft, was für die Hypothese spricht, dass mit der rezeptiven Improvisation in diesen Gruppen unterschiedliche Wirkabsichten verfolgt werden.

Interessant in Bezug auf die Interventionstechniken wäre es nun, zu erfahren, inwiefern sich die bei der rezeptiven Improvisation von jenen unterscheiden, die beim Spielen eines Liedes eingesetzt werden. Würde dabei Nähren, Entspannen und Beruhigen als charakteristisch für die Improvisation angegeben? Oder kommen diese Techniken auch zum Tragen, wenn ein bestehendes Lied/Stück für das Gegenüber gespielt oder interpretiert wird, also generell bei der rezeptiven Musiktherapie mit Live-Musik?

Spielformen der Improvisation

Mit Abstand am häufigsten wird frei improvisiert, während strukturierte und themenorientierte Improvisation von knapp der Hälfte der Befragten selten bis nie verwendet werden. Wie das Verhältnis der unterschiedlichen Spielformen ist, wenn gemeinsam improvisiert wird, ist der Verfasserin nicht bekannt, sie nimmt jedoch an, dass die freie Improvisation allgemein die am häufigsten eingesetzte Spielform ist.

Initiierung der Improvisation

Oft ergreifen die Therapeut:innen die Initiative für eine rezeptive Improvisation, manchmal wird sie aber auch vom Gegenüber gewünscht. Auf die Frage, weshalb ein Für-Spiel gewünscht wird, nennen die Befragten am häufigsten den Wunsch nach Entspannung, daneben aber auch Schmerzen oder Müdigkeit. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass einige der Befragten mit bettlägeriger und körperlich eingeschränkter Klientel arbeiten. Auf einer ganz anderen Ebene stellt sich die Frage, wie mit Wünschen von Klienten:innen, beispielsweise hier konkret nach Entspannung, - umgegangen werden soll. Es erscheint der Verfasserin wichtig, dass solche Wünsche nach Entspannung im Hinblick auf den therapeutischen Prozess reflektiert werden. Dies soll nicht dahingehend verstanden werden, dass ein solcher Wunsch nicht gewährt werden soll. Vielmehr geht es darum, hinzuspüren oder gemeinsam zu ergründen, ob und wie dieser Wunsch im Dienste des/der Klient:in umgesetzt werden kann, oder in einigen Situationen: Überhaupt umgesetzt werden soll. Eine Überlegung im Sinne einer Kontraindikation könnte dabei die Befürchtung sein, dass der/die Klient:in in die Passivität flüchtet. An dieser Stelle ist die Idee des therapeutische (Nach)nährens kurz kritisch zu erwähnen. Wann ist therapeutisches Nachnähren, beispielsweise mittels eines Für-Spiels, sinnvoll? Und wann ist es sogar kontraindiziert, da es möglicherweise entwicklungshemmende Machtverhältnisse etabliert und eine maligne Regression begünstigt? Frohne-Hageman (2002, S. 12) betrachtet die Abhängigkeit durch Nachnähren als ebenso problematisch, wie die Gefahr der Abhängigkeit

durch Abstinenz. Sehen Therapeut:innen das Gegenüber nur als bedürftiges kindliches Wesen, wird es damit infantilisiert. Nachnähren soll nicht heissen, dass Therapeut:innen ohne Grenzen zu setzten ständig empathisch auf das Gegenüber eingehen müssen. «Nachnähren bedeutet vielmehr, Beziehungserfahrungen zu ermöglichen, in denen befriedigende Kontakte nicht grundsätzlich *garantiert*, sondern zunehmend *ausgehandelt* werden müssen» (ebd., 2002, S. 12). Für eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Thematik sei auf von Moreau und Wölf (2002) verwiesen

Ein interessanter Aspekt ist in dies in Bezug auf die Erwartungshaltung der jeweiligen Klient:innen. Eine der befragten Personen schrieb, ein Klient habe sich eine rezeptive Improvisation gewünscht, weil er von anderen Klient:innen gehört hatte, es sei in der Therapie für sie gespielt worden. Das wolle er jetzt auch haben. In einer Klinik könnte dies weitere Kreise ziehen, so dass schliesslich viele Klient:innen erwarten, von dem/der Therapeut:in entspannend bespielt zu werden. Wie kann dem begegnet werden? Ähnlich gelagert ist der Fall, wo eine rezeptive Improvisation praktisch gefordert wurde, um den Therapeuten auszutesten, sei es nun in Bezug auf seine musikalischen Fähigkeiten oder in Bezug auf die therapeutische Beziehung allgemein.

Instrumente und Instrumentenwahl

In der Improvisation für das Gegenüber werden hauptsächlich Klanginstrumente verwendet, worunter eine Vielzahl an monotonaler/monochromer Instrumente wie etwa Monochorde angegeben werden. Dies passt zur Beobachtung von Timmermann (2020a, S. 71), Frohne-Hagemann (2004) und Grocke und Moe (2015), dass in den neueren Ansätzen rezeptiver Musiktherapie vermehrt mit monotonalen Instrumenten wie Monochord, Gong, Klangschalen, Trommeln und Rasseln gearbeitet wird. In der Umfrage wurden Trommeln und Rasseln allerdings selten erwähnt, und allgemein werden Rhythmusinstrumente am wenigsten oft verwendet. Auch die Klient:innen bevorzugen Klanginstrumente. Dies könnte damit zusammenhängen, dass als Wirkabsicht oft Unterstützung von Entspannung und Anregung Imaginativen Bilderlebens ein Ziel rezeptiver Improvisation ist, wo oft mit Klanginstrumenten gearbeitet wird. Eine spezielle Rolle spielt das jeweilige Hauptinstrument des/der Therapeut:in. Bei den Therapeut:innen, welche ihr Hauptinstrument oft anwenden (14 Personen), ist dies praktisch bei allen Klavier und/oder Stimme. Je einmal wird Gitarre und Tambura genannt. Die Stimme wird alleine

eingesetzt, aber etwas häufiger noch zusammen mit einem weiteren Instrument. Interessant wäre zu untersuchen, wie die Stimme eingesetzt wird (z. B. Summen, Singen, Tönen etc.), wann und mit welcher Begründung, und welche Gründe es gibt, die Stimme gerade nicht zu verwenden.

Interessante Tendenzen zeigen sich in der Kreuzauswertung: Therapeut:innen, die oft Einstimmungen machen, verwenden nur Klanginstrumente oft, nicht aber Harmonie- oder Melodieinstrumente. Diejenigen, die manchmal eine Einstimmung machen, verwenden diese häufiger. Jene, die selten eine Einstimmung machen, wählen alle Instrumentenarten fast gleich oft. Eine mögliche Erklärung könnte lauten: Wird die Improvisation für das Gegenüber eher funktional zur körperlichen Entspannung genutzt, werden vorwiegend Klanginstrumente eingesetzt. Wird die Improvisation hingegen psychotherapeutisch eingesetzt, zum Beispiel zur Auseinandersetzung mit Gefühlen und zur Selbstwahrnehmung, kommen vermehrt Harmonie- und Melodieinstrumente sowie vereinzelt auch Rhythmusinstrumente zum Einsatz.

Fast alle der Musiktherapeut:innen lassen das Gegenüber mindestens manchmal ein Instrument auswählen, als Gründe dafür werden angegeben, dass die Klient:innen Wahlmöglichkeiten haben und Selbstwirksamkeit erfahren sollen, so wie Grocke und Wigram (2007, S. 32f.) es beschreiben, dass die Möglichkeit der Wahl ein wichtiger Aspekt in der Musiktherapie ist, wodurch Autonomie und Selbstwirksamkeit erlebt werden kann. Da einige der Befragten es mit körperlich sehr eingeschränkter Klientel zu tun haben, ist dies eine der wenigen Gelegenheiten, bei denen das Gegenüber überhaupt noch Selbstwirksamkeit erfahren kann. Eine weitere Begründung liegt im Wunsch der Therapeut:innen, dass die Klient:innen ein passendes Instrument finden, dessen Klang ihnen gefällt. Dies erreichen einige auch dadurch, dass sie ihrem Gegenüber verschiedene Instrumente vorspielen, während andere sich darauf verlassen, dass der/die Klient:in selber weiss was ihm/ihr gut tut. Einige der Befragten betonen, dass sie die Instrumentenwahl als einen wichtigen Moment innerhalb der Therapie ansehen, bei dem das Gegenüber aktiv in den Prozess miteinbezogen wird. Wie Grocke und Wigram (2007, S. 32) schreiben, muss aber damit gerechnet werden, dass die Wahlfreiheit gewisse Klient:innen auch überfordern kann, weshalb genug Zeit dafür eingeplant werden muss.

Setting (Position)

In der Umfrage wurde nicht unterschieden zwischen Liegen auf einem Bett und Liegen am Boden, und somit ist dieser Aspekt nur bei bettlägerigen Patient:innen klar. Laut Timmermann wird die liegende Position am Boden als die intensivste Körperposition zum Musikhören erlebt, (Timmermann, 2004, S. 386). Bei nicht bettlägerigen Klient:innen wird die liegende Position nur selten von den Therapeut:innen vorgeschlagen, sondern allenfalls selber gewählt. Dies geht ebenfalls unter den bereits erwähnten Aspekt der Wahlfreiheit und Selbstfürsorge. Am häufigsten sitzen die Klient:innen, selbstgewählt oder auf Vorschlag hin. Eine sitzende Position ist möglicherweise für einige Klient:innen weniger bedrohlich als eine Liegende, da diese Position weniger regressiv ist (Timmermann 2004, S. 386). Praktisch nicht vorzukommen scheint, dass Klient:innen während einer rezeptiven Improvisation in Bewegung sind. Die Kreuzauswertung zeigt leicht unterschiedliche Tendenzen, wobei in Improvisationen mit Einstimmung die liegende Position häufiger ist, während in den anderen beiden Gruppen das Sitzen (selbstgewählt und vorgeschlagen) häufiger als das Liegen angegeben wird. Dies mag wiederum mit den jeweiligen Wirkabsichten zusammenhängen.

Dauer

Viele der Improvisationen für das Gegenüber dauern nur wenige Minuten, manche bis zu einer Viertelstunde. Über die Hälfte der Befragten gibt allerdings an, dass rezeptive Improvisationen manchmal auch länger als 15 Minuten dauern. Wird hier wieder die Kreuzauswertung herangezogen, wird sichtbar, dass die Gruppe, die oft eine Einstimmung macht, tendenziell eine längere Dauer angibt, während im Vergleich die Gruppe, die selten eine Einstimmung macht, eher mittlere und kurze Dauer angibt. In der Gruppe, die selten mit einer Einstimmung arbeitet, geben alle die kurze Dauer oft an, während niemand häufig lange und mittlere Dauer angibt.

Verbaler Austausch

Beinahe alle der Befragten geben an, nach der rezeptiven Improvisation oft oder mindestens manchmal einen verbalen Austausch zu machen, so wie es auch in der Literatur gefordert wird, etwa von Frohne-Hagemann (2020, S. 49). Die Befragten möchten dabei erfahren, wie der/die Klient:in die Intervention erlebt hat, dies mit der eigenen Erfahrung abgleichen, um weitere Therapieschritte planen zu können. Der verbale Austausch wird zudem auch als Teil des Prozesses betrachtet: Einige weisen darauf hin, dass dabei das

Erlebte vernetzt und die Erfahrungen im Bewusstsein verankert werden. Ausserdem, so wird erwähnt, haben manche Klient:innen von sich aus das Bedürfnis, sich mitzuteilen.

Wichtige Voraussetzungen für eine rezeptive Improvisation

Etwas vom Wichtigsten bei der rezeptiven Improvisation ist für viele die therapeutische Haltung. Genannt wird dabei etwa die Notwendigkeit einer hohen Wahrnehmungsfähigkeit und einer Offenheit gegenüber allem, was kommt; ausserdem die Fähigkeit, dem Gegenüber Empathie zu vermitteln. Dies deckt sich mit einigen Variablen betreffend therapeutische Haltung, die Lutz Hochreutener (2009, S. 99) erwähnt und Schulen übergreifend als wichtig erachtet werden. Weiter werden in den Antworten Aspekte genannt, welche Frohne Hagemann (2020) möglicherweise auch unter guter Vorbereitung subsumiert: Gestimmte Instrumente, Vereinbarung eines Stoppzeichens und Einverständnis einholen von den Klient:innen. Eine tragfähige therapeutische Beziehung wird als Voraussetzung genannt. Weiter wird die Vorstellung geäussert, eine Improvisation für das Gegenüber sei ein «Geschenk» bzw. eine Form der Zuwendung, ähnlich wie es Timmermann (2020), über das Für-Spiel schreibt.

Herausforderungen

Nicht alle der Befragten sehen in einer rezeptiven Anwendung der Improvisation besondere Herausforderungen. Die 13 Musiktherapeut:innen, welche darin Herausforderungen sehen, nennen etwa hohe Anforderungen an Konzentration Wachsamkeit sowie gleichschwebende Aufmerksamkeit, was von einigen der Antwortenden bereits in der vorhergehenden Frage als wichtig erachtet wurde. Dies entspricht dem, was Weymann (2004, S. 44) «oszillierende Wahrnehmungseinstellung» bezeichnet. Ausserdem wird bemerkt, dass die Improvisation im Dienste der Klient:innen und des therapeutischen Prozesses stehen soll, so wie Weymann es in Bezug mit der gemeinsamen Improvisation betont (2004, in Weymann, 2021, S. 254). Einer der Befragten schreibt: *«Routinemässig nebenher ein Fürspiel «erledigen» wäre gar kein Für-Spiel für eine bestimmte Person, sondern akustische Berieselung.»* Dieselbe Person beschreibt das Fürspiel weiter als *«sehr intime und fürsorgliche Kommunikationsform»*. Dies zeigt, wie sehr der Beziehungsaspekt und das Gegenüber die Musik mitgestalten. Ohne Abstimmungsprozesse und Aufmerksamkeit auf sich und das Gegenüber wäre es kein «Für-Spiel». Wichtig ist dabei auch das Wort «Kommunikationsform». Die improvisierte Musik übernimmt als Medium durch das Resonanzgeschehen eine nonverbale Kommunikationsfunktion (Lutz Hochreutener

2009, S. 42f.). Musik ersetzt hier je nach Klientel Sprache auf präverbaler, nonverbaler oder extraverbaler Ebene (Grocke & Wigram, 2007, S. 41).

Weiter erwähnt wurde die Schwierigkeit, vulnerablen Klient:innen gegenüberzustehen und nicht immer sicher sein zu können, die nonverbalen Signale richtig zu lesen und zu deuten. Daraus spricht der Grundsatz, dem/der Klient:in nichts überstülpen zu wollen, nichts aufzudrängen. Es ist anzunehmen, dass diese spezielle Herausforderung bei spezifischer Klientel mit neurologischen Störungen oder in der Palliativpflege grösser ist, und deshalb hier von einigen die damit verbundenen hohen Anforderungen an Aufmerksamkeit und Wachsamkeit in der Situation als besondere Herausforderung genannt wurden. Was hingegen nur einmal zur Sprache kam, war die Befürchtung, der/die Klient:in könnte überflutet werden. Diese Gefahr ist beim Verwenden von Live-Musik im Gegensatz zu Musik ab Tonträger wohl auch geringer, vor allem wenn der/die Klientin mit dem Instrument oder Klang bereits vertraut ist.

Einordnung des Begriffs des Für-Spiels

Die Literaturrecherche und der Austausch mit Musiktherapeut:innen zum Begriff «Für-Spiel» führte zur Annahme, dass in der Praxis spezifische Konzepte damit verbunden werden, die über den Settingfaktor «Therapeut:in spielt für den/die Klient:in» und auch über die Zuordnung zur Methode der Improvisation hinausgehen. Aus diesem Grund wurde der Begriff im Fragebogen nicht verwendet. Wenn die musikalische Verwirklichung von Nähren und Holding als zentrale Aspekte eines Für-Spiels geltend gemacht werden, läge seine grösste Wirksamkeit in einem bedingungslosen, auf die Atmosphäre und das jeweilige Gegenüber abgestimmten musikalischen Gemeint-Seins und Gesehen- und Gehalten-Werdens. Demzufolge wäre das Für-Spiel primär eine erlebniszentrierte Intervention zur Beziehungsgestaltung. Wird ein Für-Spiel zur Unterstützung anderer Methoden und Musikspiele hinzugezogen, kommen neben der «reinen» Funktion des Für-Spiels weitere oder andere Aspekte der jeweiligen Methode zum Tragen. Für spezifische Methoden oder Wirkabsichten wie etwa Entspannung aus der Methode «Körperorientierte Interventionen» könnten dann eher Bezeichnungen wie «Klangentspannung» gebraucht werden.

Ebenso kann das Spielen oder Singen eines Liedes als Für-Spiel, respektive als Für-Singen bezeichnet werden. Das gleiche gilt für das Spielen eines komponierten instrumentalen Musikstücks. Durch die Auswahl des Liedes/Stücks und dessen Interpretation durch

den/die Therapeut:in kann das Spiel ebenso auf die Atmosphäre und das Gegenüber abgestimmt sein und einem Nähren und Holding entsprechen. In diesem Sinne kann man folgen, dass letztlich die therapeutische Haltung, die Abstimmung auf das Gegenüber und die Wirkabsicht, die hinter der rezeptiven Anwendung der Methode Improvisation, Lied und komponierte Musik liegen, ausschlaggebend sind, um von einem Für-Spiel zu sprechen.

Interessant wäre es zu wissen, wie die Antworten ausgefallen wären, wenn im Fragebogen nicht nach einer rezeptiven Improvisation, sondern nach einem Für-Spiel gefragt worden wäre. Möglicherweise hätte dann für die Befragten noch vermehrt die Beziehungsebene im Vordergrund gestanden, mit Zielen wie dem Vermitteln von Empathie, dem Herstellen von Nähe und Vertrauen, und weniger funktionale Aspekte wie die Unterstützung von Entspannungsprozessen.

Was passiert aber nun, wenn beispielsweise die rezeptive Improvisation konfliktorientiert eingesetzt wird? Aus den Daten der Umfrage ist nicht ersichtlich, welche Wirkabsichten die Befragten damit verbinden, wenn sie angeben, konfliktorientiert zu arbeiten. Wird da dann eher auch mit thematischer Improvisation gearbeitet? Kann ein Für-Spiel im Gegensatz zu einer rezeptiven Improvisation überhaupt konfliktzentriert eingesetzt werden? Die Erfahrung von "Gemeint-, Gesehen- und Gehaltenwerden beim Erleben eines Für-Spiels kann natürlich zutiefst konfliktorientiert erlebt werden z. B. bei Menschen mit tiefgreifenden Bindungsstörungen, bei PTBS oder schwerer somatischer Erkrankung. Dies impliziert einen achtsamen Einsatz der Intervention (Lutz Hochreutener, 2022).

In dieser Hinsicht ein Für-Spiel bewusst konfrontativ und konfliktzentriert einzusetzen, wäre unethisch und entspräche der eigentlichen (in der Literatur beschriebenen und in der Umfrage hauptsächlich benannten) Wirkabsicht eines Für-Spiels nicht. Wenn dem/der Therapeutin bewusst ist, dass damit ein intrapsychisch konfliktbehaftetes Thema angesprochen wird, steht eine andere Wirkabsicht im Vordergrund. Die Rolle, die das Für-Spiels einnimmt, wäre dann eine indirekte, eine Art «Mittel zum Zweck».

Eine «Improvisation für das Gegenüber» hingegen – in Abgrenzung zum Halt gebenden, nährenden Für-Spiel – kann mittels verschiedener Interventionen direkt konfliktorientiert und konfrontativ eingesetzt werden. So impliziert zum Beispiel ein «Klangporträt», das der/die Therapeutin für das Gegenüber spielt, bereits grössere Freiheiten: Es kann klar erlebniszentriert orientiert, aber auch konfliktzentriert ausgerichtet sein. Dieser therapeutische Fokus bestimmt das Spiel, bzw. die musikalische Gestaltung mittels eingesetzter

musiktherapeutischer Techniken. Steht zum Beispiel eher ein Anregen von Selbsterkenntnis und Selbstakzeptanz im Vordergrund, wird eher mit Halt gebenden, stützenden und emotionszentrierten Techniken wie Holding, Grounding, Imitieren und Spiegeln gearbeitet. Stehen hingegen die Exploration und Verdeutlichung emotionaler Zustände im Fokus des therapeutischen Prozesses, kommen mittels Intensivieren oder Doppeln vermehrt konfrontationszentrierte Techniken zum Tragen. Eine weitere Intervention könnte mit «*Improvisation als Deutung*» bezeichnet werden, wo die Improvisation des/der Therapeutin die Funktion des psychotherapeutischen Deutens übernimmt. Der/die Therapeut:in stellt hierbei ihre/seine Deutung (bzw. die Resonanz auf die Deutung) dem Gegenüber nonverbal mittels musikalischen Ausdruck zur Verfügung. Mit «*thematischen Improvisationen*» des/der Therapeut:in für das Gegenüber können konfliktbehaftete Themen ebenso direkt angegangen werden.

Ein konfliktoffenes, konfrontatives psychotherapeutisches Arbeiten erfordert grosse Sorgfalt. Eine tragfähige therapeutische Beziehung ist unerlässlich. Während sich das Für-Spiel auch in frühen therapeutischen Prozess als Intervention eignet, gelten für Interventionen wie Klangporträts (in ihrer konfliktzentrierten Umsetzung) oder Improvisation als Deutung andere Vorzeichen. Grocke und Wigram (2007) empfehlen für die Arbeit mit empathischen Improvisationen, mit den Klient:innen im Sitzen zu arbeiten, die Augen geöffnet. Der/die Therapeutin sollt das Gegenüber sehen können und die Aufmerksamkeit auf nonverbale Signale lenken. Die Dauer sowie Intensität solcher Interventionen müssen gut abgestimmt werden. Ebenso müssen im Vorfeld klare Stoppregeln vereinbart werden. Das konfrontative therapeutische Arbeiten erfordert von Klient:innen wie Therapeut:innen ein hohes Mass an Selbstreflexion. Der verbale Austausch im Anschluss an eine solche rezeptive Intervention ist von grosser Wichtigkeit: Wahrnehmungen müssen abgeglichen und ausgetauscht werden sowie Platz für Klärung und Einordnung des Erlebten bieten. Die Herausforderungen für die Therapeut:innen besteht darin, sich ihrer Rolle bewusst zu sein und die eigene Fähigkeit, dem Gegenüber standzuhalten und Halt, Sicherheit und Schutz anzubieten, einschätzen zu können. Der Gefahr der Manipulation oder der Konfundierung mit eigenen Themen des/der Therapeut:in muss besondere Beachtung geschenkt werden. Es gilt, wie bereits beim Für-Spiel erwähnt, das ein therapeutisches Spiel im Dienste des Gegenübers sein muss, und nicht ein Profilieren oder Spielen um seiner selbst willen.

8. Schlussbetrachtung und Ausblick

In diesem letzten Abschnitt wird als erstes ein Fazit betreffend der Anwendung der Improvisation für das Gegenüber gezogen. Danach folgt die Betrachtung der Relevanz dieser Aspekte in Bezug auf die Musiktherapie, eingeleitet mit einer kurzen Anekdote der Verfasserin. In einem Ausblick werden zum Schluss einige weiterführenden Fragestellungen angedacht.

8. 1. Fazit

Improvisation für das Gegenüber gehört für viele der Befragten zum musiktherapeutischen Alltag. Die rezeptive Improvisation ist in zahlreichen Settings mit einer breiten Klientel zu finden, und wird mit den unterschiedlichsten Wirkabsichten eingesetzt, mit oder ohne Einstimmung, im Liegen oder im Sitzen. Besonders beliebt sind dabei Klanginstrumente, die teilweise auch von den Klient:innen ausgesucht werden; ebenso kommt es manchmal speziell auf ihren Wunsch hin zu einer rezeptiven Improvisation. Einige dieser Improvisationen für das Gegenüber dauern nur wenige Minuten, während die meisten eine mittlere Dauer von bis zu 15 Minuten aufweisen und manche auch deutlich länger sind. Meist wird frei improvisiert, eher selten kommt die Form der thematischen oder strukturierten Improvisation zur Anwendung, und dies hauptsächlich in der erlebniszentrierten Modalität.

Live im therapeutischen Setting für ein Gegenüber zu singen und zu spielen stellt hohe Anforderungen an Therapeut:innen. Wird darüber hinaus kein vorgegebenes Material verwendet, sondern improvisiert, müssen Therapeut:innen bereit sein, sich auf eine unbekannte Situation und musikalische Unvorhersehbarkeiten einzulassen. Dabei gleichzeitig im Kontakt mit sich selber bleiben, aber auch mit dem Patienten verbunden sein und sowohl die momentane Atmosphäre erspüren als auch den weiteren Therapieprozess im Auge behalten, fordert eine hohe Konzentrationsfähigkeit und innere Sicherheit im musikalischen Ausdruck. Wird in der rezeptiven Musiktherapie mit Liedern und Stücken gearbeitet, kommt der Musikbiographie eine tragende Rolle zu. In der Improvisation für das Gegenüber steht hingegen eher das Wissen über die Wirkung von bestimmten Klängen im Zentrum.

8. 2. Relevanz für die Musiktherapie

Zum Schluss eine kurze Anekdote der Verfasserin:

Ganz zu Beginn der Weiterbildung musste ich in einem gestellten Therapiesetting eine nichtansprechbare, liegende Klientin darstellen. Aufgabe der Therapeutin war es, auf einem Instrument ihrer Wahl für mich zu improvisieren. Die Therapeutin nahm die Harfe und begann zu spielen. Es war eine beeindruckende und lehrreiche, aber leider auch sehr unangenehme Erfahrung: Die Harfe war nicht richtig gestimmt! Die Töne schmerzten in meinen Ohren, ich empfand die Musik als zu laut, zu nahe und die vielen verschiedenen Töne und Wechsel störten und überforderten mich. Da ich gemäss Vorgabe nicht sprechen durfte, spannte ich meinen Körper an und hoffte, dass dies bemerkt werde und dass das für mich quälende Spiel ein Ende nehmen möge.

Es ist zu hoffen, dass möglichst wenige Klient:innen (und auch Therapeut:innen!) solchen Erfahrungen ausgesetzt sind. Deshalb ist es wichtig, dass in einer fundierten Ausbildung neben dem theoretischen Wissen durch das praktische Erleben (in der Rolle als Therapeut:in sowie als Klient:in) einer rezeptiven Improvisation bzw. Für-Spiels wichtige Themen zur Sprache kommen: Wann ist Musizieren für das Gegenüber in einem therapeutischen Setting angezeigt und wann nicht?

Wie wird es vorbereitet? Sind die Instrumente gestimmt? Passt das Setting? Wird eine Körperposition vorgeschlagen oder nicht, und falls ja welche? Ist es wichtig, den/die Klient:in zu sehen? Wieviel Nähe oder Distanz ist gut? Braucht es eine Einstimmung oder nicht? Wie sicher fühlt sich der/die Therapeut:in beim Improvisieren für das Gegenüber? Was verunsichert allenfalls? Und wie wirkt sich diese Verunsicherung wiederum auf die Bespielten zurück? Gelingt es, sich auf das Unvorhersehbare einzulassen, das eine Improvisation mit sich bringt? Oder soll auf bestehende Lieder und Stücke zurückgegriffen werden? Was braucht der/die Therapeut:in an Sicherheit? Warum greift sie oder er zu spezifischen Instrumenten? Sollen Klient:innen das Instrument wählen, und wieso? Wie mit Wünschen und Erwartungshaltungen der Klient:innen umgehen? Wie mit eigenen Erwartungen? All dies gilt es, immer wieder zu reflektieren oder auch in Inter- und Supervision zu thematisieren, und sich so nicht nur theoretisch, sondern auch auf der praktischen Ebene damit auseinander zu setzen. Die Autorin hofft, dass diese Masterarbeit oder die Beantwortung des Fragebogens einen Beitrag zu dieser wichtigen Reflexion leistet.

8. 3. Ausblick

Die vorliegende Masterthesis brachte vielfältige Einblicke, wie Musiktherapeut:innen die Improvisation für das Gegenüber in ihrer Praxis anwenden. Während zu Beginn der Auseinandersetzung mit der Thematik praxeologische Fragen nach Methoden und Techniken im Vordergrund standen, hat sich im Verlauf der Arbeit gezeigt, wie interessant es ist, zu erfahren, was den Therapeut:innen persönlich wichtig ist bei der Arbeit mit rezeptiver Improvisation, was für Ziele sie damit verfolgen, wo sie Herausforderungen sehen und wo Chancen.

Gerne würde die Verfasserin weiter in diese Thematik eintauchen und näher auf Fragen eingehen, die auf das subjektive Erleben der Therapeut:innen und Klient:innen zielen: Wie wird es von den Klient:innen erlebt, wenn ein/e Therapeut:in für einen improvisiert/spielt? Wie erleben es die Therapeut:innen? Gibt es dabei zum Beispiel spezifische Emotionen, frühe biographische Erinnerungen oder Bilder, die auftauchen? Schliesslich knüpft ein Für-Spiel laut Timmermann (2020a) mit Funktionen wie Nähren und Holding an frühe Kindheitserfahrung an. Ein weiterer Fokus wäre zudem auf die Musik zu legen: Wie klingt die Musik, die bei rezeptiven Improvisationen entsteht? Folgt sie bestimmten Gesetzmässigkeiten? Welche Komponenten kommen da zum Tragen? Es wäre sehr interessant, solchen Fragen vertieft nachgehen zu können, vielleicht in Form von qualitativen Interviews und Analysen von Therapiesequenzen. Die Faszination für die Improvisation für ein Gegenüber bleibt und wird mich weiterhin begleiten.

«Die Improvisation ist nicht nur in der Musik Quelle und Gefäss von Erfindung und innovativen Erneuerungen, sie ist auch im Leben ein Spiel im Spiel, ein kunstvoller Umgang mit verfügbaren bis unbewussten Potentialen und Reichtümern.»

(Hegi & Rüdüsüli, 2010, S.139)

9. Dank

Mein herzlicher Dank gilt meiner Studienbegleiterin und Mentorin Sandra Lutz Hochreutener, die mich mit viel Engagement, Herz und Fachwissen auf meinem Weg begleitet hat. Ebenso möchte ich mich bei meinem Zweitgutachter, Martin Deuter sowie bei meiner Lehrmusiktherapeutin Maja Rüdüsüli bedanken.

Ein grosses Merci geht an meine Mutter sowie meine Schwiegermutter, die jede kurzfristige Anfrage zur Betreuung meines Sohnes Marius wahrgenommen und mir so Zeit zum Lesen, Denken und Schreiben ermöglicht haben. Weiter möchte ich mich bei Julian, meinem Bruder und meinem Vater bedanken, die mich die ganze Weiterbildung hindurch motiviert und unterstützt haben.

Meinem Sohn Marius gilt mein grösster Dank: Für seine Empathie und seine Toleranz, für sein unermüdliches Motivieren und seinen Humor, mit Hilfe dessen wir den ganz normalen Wahnsinn des Alltags gemeinsam gemeistert haben.

Zu grossem Dank bin ich auch meiner Lektorin Tanja Wirz sowie Salomé Weber verpflichtet. Weiter danke ich Annette Cox für die englische Übersetzung des Abstracts und Agnes Gyölvézi und Marlis Feigenwinter für ihre Unterstützung. Christoph Rahm danke ich für den Arbeitsplatz, den ich benutzen durfte und für seine Geduld. Anita Kurz ist die wunderbar farbig-verspielte Illustration auf dem Deckblatt zu verdanken, Grazie!

Hier erwähnt seien ebenso meine Mitstreiter:innen aus dem MAS 17-21, mit welchen ich vier Jahre und darüber hinaus einen wertvollen fachlichen, sowie menschlichen Austausch gepflegt habe und weiterhin pflege. Und nicht zuletzt möchte ich mich bei allen Musiktherapeut:innen bedanken, die sich die Zeit genommen haben, die Fragen zum Thema «Improvisation für das Gegenüber» zu beantworten.

10. Literaturverzeichnis

- Adam, T. (2019). Die Bedeutung der Intention in der Musiktherapie. In R. Tüpker (Hrsg.). *Spielräume der Musiktherapie*. Wiesbaden: Reichert. 163-171.
- Beaty, R. E. (2015). The neuroscience of musical improvisation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 51, 108-117.
- Bonde, L. O. (2015). The Bonny Method of Guided Imagery and Music (GIM) in Europe. *Approaches - An Interdisciplinary Journal of Music Therapy: Special Issue*, vol. 7(1),
- Bortz, J. & Döring, N., (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation*. (4. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer.
- Böhmer, S. (2021). Palliativmedizin und Hospiz. In H. H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.). *Lexikon Musiktherapie*. (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe. 479-485.
- Bruscia, K. E. (1987). *Improvisational models of musictherapy*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Bruscia, K. E. & Grocke, D. (2002). *Guided imagery and music: The Bonny method and beyond*. Gilsum: Barcelona Publisher.
- Decker-Voigt, H. H. & Escher, J. (1994). *Neue Klänge in der Medizin. Musiktherapie in der Inneren Medizin*. Bremen: Trialog.
- Decker-Voigt, H. H. (2004). Zur Methode Musiktherapeutischer Tiefenentspannung. In I. Frohne-Hagemann (Hrsg.). *Rezeptive Musiktherapie. Theorie und Praxis*. Wiesbaden: Reichert. 65-87.
- Decker-Voigt, H. H. (2020). Das Instrumentarium: Streicheln und Ermorden - Musikinstrumente, ihr Appell, ihre Symbolik. In H. H. Decker-Voigt, D. Orgelsbacher & T.

Timmermann (Hrsg.). *Lehrbuch Musiktherapie*. (3. Aufl.). München: Ernst Reinhardt. 49-54.

Decker-Voigt, H. H. & Weymann, E. (2021). *Lexikon Musiktherapie*. (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe

Deuter, M. (2010). *Polaritätsverhältnisse in der Improvisation. Systematik einer musikalisch-psychologischen Benennung der musiktherapeutischen Improvisation*. Wiesbaden: Reichert.

Deuter, M. (2021). Improvisationsanalyse. In H. H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.). *Lexikon Musiktherapie*. (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe. 260-265.

Donnay, G. F., Rankin, S. K., Lopez-Gonzalez, M., Jiradejvong, P. & Limb, P. J. (2014). Neural substrates of interactive musical improvisation: An fMRI study of “trading fours” in jazz. *PLOS ONE*, 9(2), e88665. Abgerufen am 18. 2. 22 unter <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088665>

Frohne-Hagemann, I. (2002). Vom Sinn und Unsinn des Nachnährens. In D. von Moreau & A. Wölfl (Hrsg.). *Zur Idee des therapeutischen Nachnährens – Was kann Musiktherapie leisten?* Beiträge der 10. Musiktherapie-Tagung. Wiesbaden: Dr. Ludwig Reichert Verlag. 11-27.

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

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

Frohne-Hagemann, I. 2014. *Guided Imagery and Music - Konzepte und klinische Anwendung*. Wiesbaden: Reichert.

Frohne-Hagemann, I. (2020). Methoden IV: Rezeptive Musiktherapie. In H. U. Schmidt, Th. Stegemann & C. Spitzer (Hrsg.). *Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen*. (1. Aufl.). München: Elsevier. 48-52.

- Frohne-Hagemann, I. (2021). Rezeptive Musiktherapie. In H.-H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.). *Lexikon Musiktherapie*. (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe. 260-265.
- Gembris, H. (1996). Rezeptionsforschung In H.-H. Decker-Voigt, P. J. Knill & E. Weymann (Hrsg.). *Lexikon Musiktherapie*. (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe. 321-326.
- Gindl, B. (2002). *Anklang. Die Resonanz der Seele. Über ein Grundprinzip therapeutischer Beziehung*. Paderborn: Jungfermann.
- Grocke, D. & Wigram, T. (2007). *Receptive Methods in Music Therapy. Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Grocke, D. & Moe, T. (2015). *Guided Imagery and Music (GIM) and Music Imagery Methods for Individual and Group Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Grootaers, F. (2001): Bilder behandeln Bilder. Musiktherapie als angewandte Morphologie. *Materialien zur Musiktherapie, Bd.7*, Münster: Lit.
- Hegi, F. (2010). *Improvisation und Musiktherapie*. Wiesbaden: Reichert.
- Hegi, F. & Rüdüsüli, M. (2011). *Der Wirkung von Musik auf der Spur. Theorie und Erforschung der Komponenten*. Wiesbaden: Reichert.
- Höhmann, U. & Wasem, C. (1994). Methodeninventar. In H.-H. Decker-Voigt & J. Escher (Hrsg.). *Neue Klänge in der Medizin. Musiktherapie in der Inneren Medizin*. Bremen: Trialog. 87-91.
- Höhmann, U. (1994). Erfahrung mit aktiver und rezeptiver Musiktherapie. In H.-H. Decker-Voigt & J. Escher (Hrsg.). *Neue Klänge in der Medizin. Musiktherapie in der Inneren Medizin*. Bremen: Trialog. 34-43.
- Hess, P. (2002). Die Rolle archaischer Musik in der Musiktherapie. *Einblicke 13*, 72-86.

- Hüther, G. (2004). Ebenen salutogenetischer Wirkungen auf das Gehirn. *Musiktherapeutische Umschau, Bd. 25*, 20.
- Koelsch, S. (2019). *Good Vibrations. Die heilende Kraft der Musik*. Berlin: Ullstein.
- Lehmann, A. C. & Kopiez, R. (2018). *Handbuch Musikpsychologie*. Bern: Hogrefe.
- Lothwesen, K. S. & Lehmann, A. C. (2018). Komposition und Improvisation. In A. C. Lehmann & R. Kopiez (Hrsg.). *Handbuch Musikpsychologie*. Bern: Hogrefe. 341-366.
- Lutz Hochreutener, S. (2009). *Spiel – Musik – Therapie. Methoden der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Lutz Hochreutener, S. (2021). Praxeologie. In H. H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.) *Lexikon Musiktherapie*. (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe. 498-504.
- Mahns, W. (1984). Das Musikkonzept in der Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau, 5* (4), 295-305.
- McPherson, M. J., Barrett, F. S., Lopez-Gonzalez, M., Jiradejvong, P. & Limb, C.J. (2016). Emotional intent modulates the neural substrates of creativity: An fMRI study of emotionally targeted improvisation in jazz musicians. *Scientific Reports, 6*, 18460. Abgerufen am 18. 1. 22 unter Doi:10.1038/srep18460 <https://sci-hub.hkvisa.net>
- Metzner, S. (2020). Musiktherapie. In H.U. Schmidt & Th. Stegemann & C. Spitzer. *Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen*. München: Elsevier. 100-106.
- Nöcker-Ribeaupierre, M. (2004). Zur therapeutischen Verwendung von Klängen in der frühesten Lebenszeit. In I. Frohne-Hagemann. *Rezeptive Musiktherapie. Theorie und Praxis*. Wiesbaden: Reichert. 51-64.
- Orgelsbacher, D. & Timmerman, T. (2020). Forschungsstand Musiktherapie. In H. H. Decker-Voigt, D. Orgelsbacher & T. Timmermann (Hrsg.). *Lehrbuch Musiktherapie*. (3. Aufl.). München: Reinhardt Verlag. 27-37.
- Plahl, C., & Koch-Temming, H. (2005). *Musiktherapie mit Kindern*. Bern: Huber.

- Priestley, M. (1982). Musiktherapeutische Erfahrungen. In V. Bolay, & V. Bernius (Hrsg.). *Praxis der Musiktherapie. (Band 1.)*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Raab-Steiner, E. & Benesch, M. (2015). *Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS Auswertung*. (1. Aufl.). Wien: Facultas.
- Schmidt, H. U., Stegemann, Th. & Spitzer, C. (2020). *Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen*. München: Elsevier.
- Schmucker, A. (2004). Die Klanggeleitete Trance nach Wolfgang Strobel. In I. Frohne-Hagemann. *Rezeptive Musiktherapie. Theorie und Praxis*. Wiesbaden: Reichert. 65-87.
- Smeijsters, H. (1999). *Grundlagen der Musiktherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Smetana, M. (2014). Aktive Musiktherapie. In Th. Stegemann & E. Fitzthum (Hrsg.). *Kurzlehrbuch Musiktherapie Teil I: Wiener Ringvorlesung Musiktherapie - Grundlagen und Anwendungsfelder*. (2. Aufl.). Wien: Praesens. 35-50.
- Smetana, M. & Storz, D. (2020). Psychotherapeutische Techniken der Musiktherapie. In H. U. Schmidt, Th. Stegemann & C. Spitzer (Hrsg.). *Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen*. München: Elsevier. 53-58.
- Stegemann, Th., Mauch, C., Stein, V., & Romer, G. (2008). Zur Situation der Musiktherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36(4), 255-263.
- Stegemann, Th. (2013). *Stress, Entspannung und Musik – Untersuchungen zu rezeptiver Musiktherapie im Kindes- und Jugendalter*. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades des Doctor scientiae musicae am Institut für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Theater Hamburg.
- Stegemann, Th. & Fitzthum, E. (2018). *Kurzlehrbuch Musiktherapie Teil I: Wiener Ringvorlesung Musiktherapie - Grundlagen und Anwendungsfelder*. (2. Aufl.). Wien: Praesens.

Stegemann, Th. (2020a). Methoden der Musiktherapie. In H.U. Schmidt, Th. Stegemann & C. Spitzer (Hrsg.). *Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen*. München: Elsevier. 33-34.

Stegemann, Th. (2020b). *Was MusiktherapeutInnen über das Gehirn wissen sollten. Neurobiologie für die Praxis*. (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.

Stern, D. N. (2000). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. (7. Aufl.). Stuttgart: Klett Cotta.

Timmermann, T. (2020a). Improvisation. In H.H. Decker-Voigt, D. Oberegelsbacher, & T. Timmermann (Hrsg.). *Lehrbuch Musiktherapie*. (3. Aktualisierte Aufl.). München: Reinhardt. 66-69.

Timmermann, T. (2020b). Rezeption. In H. H. Decker-Voigt, D. Oberegelsbacher, & T. Timmermann (Hrsg.). *Lehrbuch Musiktherapie*. (3. Aktualisierte Aufl.). München: Reinhardt. 70-74.

Timmermann, T. (2021). Improvisation. In H. H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.) *Lexikon Musiktherapie*. (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe. 253-259.

Tüpker, R. (1996). *Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie*. (2. überarbeitete und erweiterte Aufl.) Münster: Lit.

Tüpker, R. & Gruber, H. (2017). *Spezifisches und Unspezifisches in den Künstlerischen Therapien*. Berlin, Hamburg: HPB University Press.

Von Moreau, D. & Wölfl, A. (2002). *Zur Idee des therapeutischen Nachnährens – Was kann Musiktherapie leisten?* Beiträge der 10. Musiktherapie-Tagung. Wiesbaden: Dr. Ludwig Reichert Verlag.

Von Moreau, D., Womit, A. & Hillecke, T. (2013). Musiktherapeutische Techniken. In W. Senf, M. Broda & B. Wilms (Hrsg.). *Techniken der Psychotherapie*. (1. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Weymann, E. (2004). *Zwischentöne: Psychologische Untersuchungen zur musikalischen Improvisation*. Giessen: Psychosozial-Verlag.

Wigram, T. (2004). *Improvisation. Methodes and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Zeitler, W. (2016). *Auditive Musiktherapie: Heilsames Musikhören mit Erfahrungsberichten und Musikspielen*. Hamburg: Tredition.

Anhang

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Interventionstechniken und Wirkspektrum in Anlehnung an Lutz Hochreutener (2021, S. 502), modifiziert von der Verfasserin.....	23
Tabelle 2: Überblick Anwendungs- und Wirkungsspektrum der Improvisation in Anlehnung an Lutz Hochreutener (2009, S. 163).....	31
Tabelle 3: Klientel und Arbeitsort.....	50
Tabelle 4: Anwendung der rezeptiven Improvisation in spezifischen Umständen und Situationen.....	52
Tabelle 5: Diagnosen/Patient:innengruppen, bei welchen eine Improvisation für das Gegenüber von den Befragten als nicht angezeigt beurteilt wird.....	53
Tabelle 6: Umstände und Situationen, bei welchen eine Improvisation für das Gegenüber von den Befragten als nicht angezeigt beurteilt wird.....	54
Tabelle 7: Instrumentengruppen und spezifische Instrumente.....	60
Tabelle 8: Begründung für die Wahl des Instruments durch den/die Klientin.....	61
Tabelle 9: Von den Klient:innen oft gewählte Instrumente.....	62
Tabelle 10a: Begründung für einen verbalen Austausch nach der rezeptiven Improvisation auf die Klient:innen bezogen.....	66
Tabelle 10b: Begründung für einen verbalen Austausch nach der rezeptiven Improvisation auf die Therapie/Therapeut:in/Prozess bezogen.....	66
Tabelle 11: Wichtige Aspekte in einer Improvisation für das Gegenüber.....	67
Tabelle 12: Herausforderungen.....	68
Tabelle 13: Ausbildung	69
Tabelle 14: Kreuzauswertung betreffend Einstimmung: Vergleich der häufigsten Antworten (in absoluten Zahlen oft/manchmal).....	71

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersverteilung der Teilnehmer:innen pro Alterskategorie.....	48
Abbildung 2: Anzahl Jahre Erfahrung als Musiktherapeut:in in Kategorien.....	49
Abbildung 3: Arbeit mit der Improvisation für das Gegenüber.....	49
Abbildung 4: Modalitäten	55
Abbildung 5: Wirkabsichten.....	56
Abbildung 6: Spielformen der Improvisation.....	57
Abbildung 7: Interventionstechniken.....	58
Abbildung 8: Verwendete Instrumentengruppe innerhalb einer Improvisation für das Gegenüber.....	59
Abbildung 9: Initiierung der rezeptiven Improvisation.....	63
Abbildung 10: Gründe des Gegenübers für den Wunsch nach einer rezeptiven Improvisation.....	63
Abbildung 11: Position des Gegenübers während der rezeptiven Improvisation.....	64
Abbildung 12: Dauer der Improvisation für das Gegenüber.....	65
Abbildung 13: Stellenwert der rezeptiven Musiktherapie innerhalb der Weiterbildung.....	70

Fragebogen zum Thema: Rezeptive Musiktherapie: Musiktherapeutische Improvisation für den:die Klient:

Fragebogen zum Thema Rezeptive Musiktherapie: Musiktherapeutische Live-Improvisation für den:die Klientin im Einzelsetting

Liebe Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten

Im Rahmen meiner Masterarbeit im MAS in Klinische Musiktherapie an der ZHdK beschäftige ich mich mit der **rezeptiven** Anwendung der Methode Improvisation und zwar mit der **Musiktherapeutischen Live-Improvisation für den Klienten oder die Klientin im Einzelsetting**.

Diese Intervention umfasst von einem Spiel für vulnerable, sprachlose Gegenüber, über Entspannung oder Spielanregung bis hin zum konfrontativen Spiegeln eine grosse Bandbreite von Wirkabsichten.

Gerne würde ich erfahren, ob, und wenn ja, wie Sie in der Praxis **rezeptiv** mit der musiktherapeutischen Improvisation im Einzelsetting arbeiten und ihre Gedanken und Erfahrungen diesbezüglich erfragen.

Der Lesbarkeit halber wird im Fragebogen die Bezeichnung «**Improvisation für das Gegenüber**» verwendet.

Die Umfrage nimmt ca. 15-30 min. in Anspruch. Sämtliche Daten werden anonymisiert.
Ich bitte Sie, den Fragebogen bis am Freitag, 25. Februar auszufüllen.

Herzlichen Dank, dass Sie mit Ihrer Teilnahme die musiktherapeutische Lehre und Forschung unterstützen!

Nicole Widmer

Arbeiten Sie mit Improvisation **für das Gegenüber**? *

Oft

Manchmal

Selten

Nie

Bitte Begründen Sie kurz in Stichworten wieso Sie nicht oder nur selten mit musiktherapeutischer Improvisation **für das Gegenüber arbeiten**

Mit welchem Klientel arbeiten Sie mit Improvisation für das Gegenüber?

Gibt es spezifische Diagnosen oder Patientengruppen, wo Sie die Improvisation für das Gegenüber besonders oft einsetzen?

Ja

Nein

Bei welchen spezifischen Diagnosen oder Patientengruppen setzen Sie die Improvisation für das Gegenüber besonders oft ein?

Gibt es spezielle Umstände oder Situationen, in denen Sie die Improvisation für das Gegenüber für besonders geeignet sehen? (z.B. Abschiede, Übergänge, Therapiemotivation etc.)

Ja

Nein

Bitte beschreiben Sie diese Umstände und Situationen kurz in Stichworten.

Gibt es spezifische Diagnosen oder Patientengruppen, wo Sie die eine Improvisation für das Gegenüber nicht anwenden würden?

Ja

Nein

Bitte beschreiben Sie kurz in Stichworten, bei welchen Diagnosen oder Patientengruppen Sie die Improvisation für das Gegenüber nicht anwenden würden.

Gibt es Situationen oder Umstände, wo Sie die Improvisation für das Gegenüber nicht anwenden würden?

Ja

Nein

Bitte beschreiben Sie kurz stichwortartig in welchen Situationen oder Umständen Sie die Intervention nicht anwenden würden.

Die folgenden Fragen zu Setting, Methodik und Wirkabsichten beziehen sich weiterhin auf die rezeptive Anwendung der Improvisation im Einzelsetting.

Geht der Improvisation für das Gegenüber eine Einstimmung (z.B Körperwahrnehmung, Entspannungsübung etc.) voraus?

Oft

Manchmal

Selten

Nie

In welcher Form (z.B. Körperwahrnehmung, Entspannungsübung etc.) erfolgt die Einstimmung oft?

In welcher oder welchen Modalität(en) wenden Sie die Improvisation für das Gegenüber an?

(Mehrfachnennungen möglich)

	oft	manchmal	selten	nie
Übungszentriert (Übung und Stabilisierung von Kompetenzen, Regulieren von körperlichen und emotionalen Zuständen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erlebniszentriert (Erweiterung des Erlebnishorizontes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konfliktzentriert (Bearbeitung von intrapsychischen Konflikten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Wirkabsichten/Ziele verfolgen Sie mit einer Improvisation für das Gegenüber?

	oft	manchmal	selten	nie
Herstellen von Nähe und Vertrauen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vermitteln von Empathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strukturierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umstimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anregen des Ausdrucks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anregen der Kommunikation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auseinandersetzung mit Gefühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützen von Entspannungsprozessen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anregung und Begleitung Imaginativer Prozesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vertiefung der (Selbst)-Wahrnehmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anregen der Fantasie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aktivierung Biografischer Erinnerungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annäherung an ein Thema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hervorheben bedeutsamer Ereignisse (Ritual)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Begleiten von Übergängen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ermöglichen von Regression im Dienste des Ichs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorbereiten und initiieren von aktiven Phasen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere:

Welche Spielform(en) der Improvisation kommt in der der Improvisation für das Gegenüber zum Tragen?

	oft	manchmal	selten	nie
Freie Improvisation (ohne musikalische oder andere Abmachungen frei aus dem Moment heraus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strukturierte Improvisation (Vorbestimmter/ Verabredeterformaler Ablauf, der Orientierung bietet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Themenorientierte Improvisation (symbolisch Themen des Gegenübers aufgreifen, z.B. Spielen von Gefühlen, körperlichen Befindlichkeiten, Natur, Szenen etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welchen musiktherapeutischen Techniken wenden sie innerhalb der Improvisation für das Gegenüber an?

	oft	manchmal	selten	nie
Aktivieren (Ergotrope Musikstrukturen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beruhigen (Trophotrope Musikstrukturen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entspannen (Pulsation und monochrome Klänge)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Multisensorische Stimulation (Platzierung des Instruments am/auf dem Körper des Gegenübers; Arbeit mit der Klangliege)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Holding (Repetitive verlässliche musikalische Gestalten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grounding (Rhythmischer Boden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zentrieren (Tonales Zentrum)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anpassen/Matching (Begleitung auf nonverbale Signale des Gegenübers abstimmen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spiegeln (Spielweise und erspürte Gefühlsqualitäten des Gegenübers gleichzeitig oder zeitversetzt musikalisch abbilden und verdeutlichen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Überraschen (Bewusst humorvolle, überraschende Motive spielen um Atmosphäre zu lockern)

Bewusste Pausen (Raum für eigenen Ausdruck geben)

Musikalisch Antworten (Auf nonverbale Signale des Gegenübers musikalisch reagieren)

Intensivieren (Musikalische Dynamik auf nonverbale Signale des Gegenübers abgestimmt sukzessive verstärken)

Doppeln (Erspürte Gefühlsqualitäten verstärkend anklingen lassen)

Nähren (Warme, satte Klänge auf die erspürte Ausstrahlung und Ausdruck abgestimmt, welche nähren und stärken)

Modulieren (Sukzessive Veränderung der Dynamik und Klangqualität, um Stimmung und Gefühlsqualitäten zu wandeln)

Andere musiktherapeutischen Techniken :

Welche Instrumente verwenden Sie in einer Improvisation für das Gegenüber?

	oft	manchmal	selten	nie
Klanginstrumente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rhythmusinstrumente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Harmonieinstrumente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Melodieinstrumente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Persönliche(s) Hauptinstrument(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welches sind ihre persönlichen Hauptinstrumente?

Bitte notieren Sie spezifische Instrumente, die Sie oft einsetzen:

Verwenden Sie ihre Stimme im Sinne von Singen/Summen etc. in einer Improvisation für das Gegenüber?

	oft	manchmal	selten	nie
Stimme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimme zusätzlich zu einem Instrument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lassen Sie das Gegenüber ein Instrument für die rezeptive Improvisation auswählen?

Oft

Manchmal

Selten

Nie

Bitte begründen Sie kurz in Stichworten, wieso Sie das Gegenüber oft oder manchmal ein Instrument auswählen lassen.

Gibt es spezifische Instrumente, die vom Gegenüber oft gewählt werden?

Wie kommt es zu einer Improvisation für das Gegenüber?

Durch ein Angebot des:der Therapeut:in

Oft

Manchmal

Selten

Nie

Durch den Wunsch des Gegenübers

Oft

Manchmal

Selten

Nie

Welche Gründe für den Wunsch nach einer rezeptiven Improvisation werden hierbei vom Gegenüber angegeben?

	oft	manchmal	selten	nie
Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wunsch nach Entspannung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
letzte Stunde / Abschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hemmung selber zu Spielen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorzeigen wie man Instrument spielt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antriebslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kein Instrument anfassen wollen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kein Instrument spielen können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hohe emotionale Belastung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Überforderung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leistungsdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Gründe oder weitere Bemerkungen:

Welche Position hat oder nimmt das Gegenüber während der rezeptiven Improvisation ein?

	oft	manchmal	selten	nie
Liegen : Bettlägerig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liegen : Selbstgewählt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liegen : durch Therapeut:In vorgeschlagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sitzen : Selbstgewählt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sitzen : durch Therapeut:In vorgeschlagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In Bewegung : Selbst gewählt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In Bewegung : durch Therapeut:In vorgeschlagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie lange dauert eine Improvisation für das Gegenüber jeweils?

	oft	manchmal	selten	nie
Kurz (Bis 5 Min.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mittel (5-15 Min.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lang (15 Min. und mehr)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Folgt nach der Improvisation für das Gegenüber ein verbaler Austausch über das Erlebte, falls das Gegenüber dazu in der Lage ist?

Oft

Manchmal

Selten

Nie

Bitte begründen Sie kurz, wieso oft oder manchmal ein verbaler Austausch erfolgt.

Bitte begründen Sie kurz, wieso selten oder nie ein verbaler Austausch erfolgt.

Die nächsten Fragen zur rezeptiven Improvisation beziehen sich auf Ihre therapeutische Haltung sowie Ihre Aus- und Weiterbildung

Worauf legen Sie als Therapeut:in bei einer Improvisation für das Gegenüber besonders Wert?

Bitte beschreiben Sie kurz in Stichworten.

Sehen Sie für Sich als Therapeut:in besondere Herausforderungen in einer Improvisation für das Gegenüber?

 Ja Nein

Bitte beschreiben Sie die besonderen Herausforderungen kurz in Stichworten.

Welchen Stellenwert hatten in Ihrer Ausbildung rezeptive Ansätze?

	hoher Stellenwert	mittlerer Stellenwert	tiefer Stellenwert
Auf der theoretischen Ebene (Wissensvermittlung über Konzepte, Interventionen, Techniken etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auf der praktischen Ebene (Selber für das Gegenüber spielen, die Intervention als Gegenüber selber erfahren)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zum Schluss noch kurz einige letzten Fragen zu Ihrer Person:

Geschlecht

Alter

Ausbildungsort

Anzahl Jahre Berufspraxis

Vielen herzlichen Dank für Ihr Mitwirken! Ich bin sehr gespannt auf Ihre Antworten.

Falls Sie an den Ergebnissen der Umfrage oder an der Masterarbeit interessiert sind, können Sie mir hier gerne Ihre E-Mail hinterlassen.

Platz für weitere Anmerkungen

Textantworten

Bitte Begründen Sie kurz in Stichworten wieso Sie nicht oder nur selten mit musiktherapeutischer Improvisation für das Gegenüber arbeiten

Anzahl Antworten: 5

Weil die Kinder oft selber aktiv sein wollen. Wenn ein Kind beeinträchtigt ist und nicht selber spielen kann, spiele ich lieber zuerst mal bestehende Lieder.

Meine Klient*innen haben oft das Bedürfnis selbst zu spielen, was auch indiziert ist bei affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen, um sich zu spüren und zu stabilisieren. Doch im Prozessverlauf können Situationen auftreten, wo auch regressivere Momente wichtig sein können, dann improvisiere ich auch für das Gegenüber.

- weil sich andere Intervention in diesem Moment mehr aufdrängt
- weil ich Gegenüber in eigenhändige Aktion bringen möchte

Ich improvisiere hie und da für Kinder, die sich eine Ruhepause eingerichtet haben (Nest, Höhle, Haus usw.). Dabei verarbeite ich musikalisch meist die Stimmung, die sich in der vorangehenden Situation gezeigt hat.

Ansonsten arbeite ich mit Klientel, das darauf bedacht ist 'selber' aktiv zu sein. Sich hingeben ist meist nicht automatisch in ihrem 'Repertoire' oder sie wünschen Musik, die sie selber bestimmen können. Mein Klientel braucht viel 'Eigenkontrolle' und Selbstbestimmung. Das Vertrauen sich musikalisch bespielen lassen zu können, ist nicht von Anfang an da.

Meine theoretische Position orientiert sich an der Psychoanalyse, d.h. Bedürfnislegitimierung ist wichtiger als Bedürfnisbefriedigung. Ein Spiel für das Gegenüber gehört m.E. in den Bereich der Bedürfnisbefriedigung.

Mit welchem Klientel arbeiten Sie mit Improvisation für das Gegenüber?

Anzahl Antworten: 28

Mit psychiatrischen Patient(inn)en. Besonders wenn ich das Gefühl habe, ein inneres Kind braucht Trost.

Kinder

Mit meinem Klientel der Psychosomatik, Stationsschwerpunkt Persönlichkeitstörungen und Anorexie. Aber auch mit Klienten mit GAS, Depression, PTBS. Altersrange 16 - ca. 30 Jahre.

Mit erschöpften, kraftlosen Menschen. Mit apatischen Menschen, um. In Kontakt zu kommen

Mit erwachsenen PatientInnen der Psychosomatik und Psychiatrie sowie mit älteren Menschen

- Pat. der Erwachsenenpsychiatrie
- palliative Care
- Erwachsene Onkologepat.
- Neonat (vereinzelt)

Patienten mit Bewusstseins Einschränkungen, neurologische Patienten, die sehr müde oder antriebslos sind, weitere Patienten, die Entspannung brauchen

Erwachsene

Ich arbeite mit Erwachsenen in einer Akutpsychiatrischen Klinik.

Erwachsene/SeniorInnen mit kognitiver Beeinträchtigung und körperlichen Behinderungen

Psychosomatische, onkologische und internistische Patienten.
Und in eigener Praxis, Klienten mit Depressionen und herausfordernden Lebenssituationen

Mit allen (Psychiatrie, Demenz, geistig-körperlich Behinderte)

Mit Klienten, welchen es passt und welche JA sagen, wenn ich ihnen das Angebot mache. Oft sind es Menschen, die sehr viel gelitten haben und es mit Worten nicht ausdrücken können.

Welche Klienten: möchtest Du die Frage konkreter stellen? Erwachsene, Jugendliche Kinder?

Möchtest Du Diagnosen?

Möchtest Du Entwicklungsstand? Möchtest Du aktuelle psychische Verfassung?

Menschen mit einer Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten. Kinder und Erwachsene.

Vom Kleinkind bis zum alten Menschen
Freie Praxis

Patienten in der Klinik für Psychosomatik

Risikoschwangere, krebserkrankte Kinder und Jugendliche, Frühgeborene und ihre Eltern, körperbehinderte Patient:innen mit orthopädischen Erkrankungen, Jugendliche mit chronischen Schmerzstörungen, Jugendliche mit Essstörungen, Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen

Patienten im Hospiz und Palliative Care

Neurologische Patienten
Studierende in der Lehrtherapie

Erschöpfung, Nachnährende, Bilderreise,

Neurorehabilitation
Orthopädische Rehabilitation
Chronische SchmerzpatientInnen
Geriatric
KlientInnen der freien Praxis

Hauptsächlich für Patienten in der Psychosomatik, aber auch für Krebspatienten, MS- und Parkinsonpatienten.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Kinder -und Jugendliche

eigentlich mit allen Klient:innen, wenn es notwendig ist

Erwachsenenpsychiatrie.

Bei tiefem Selbstwert oder akzentuiertem Verhalten.

Oder auch vorsichtig spiegelnd (zB Vertonen von "Nervous Legs").

Oder bei besonderer Bedürftigkeit (sehr traurigem innerem Kind, das gehalten werden möchte)

Patient:innen mit neurologischen Erkrankungen

Bei welchen spezifischen Diagnosen oder Patientengruppen setzen Sie die Improvisation für das Gegenüber besonders oft ein?

Anzahl Antworten: 10

Depression; Burnout; schwere körperliche Erkrankung - Palliative Care; Menschen mit Demenz im dritten Stadium

PTBS, affektive Störungen, somatoforme Störungsbilder, Schmerz, Psychokardiologie, Angst

Schädelhirntrauma
UnfallpatientInnen
BurnoutpatientInnen

Mit Menschen von den inneren Medizin, mit Sterbenden, mit Menschen, welche keinen Mut mehr haben

- Onkologie
- Palliative Care
- schwer depressive Pat
- Pat in bestimmten Phasen von Trauerprozessen
- Anpassungsstörungen
- neonat

Onkologische Patienten

Neuroreha, Schlaganfall

bei schwerer Depression mit Bedürfnis nach Fürsorge. Oft bei dieser Diagnose, aber nur sehr ausgewählt pro Patient*in (also nicht oft pro gleicher Patient*in)

Patient:innen mit Multipler Sklerose

Gibt es spezielle Umstände oder Situationen, in denen Sie die Improvisation für das Gegenüber für besonders geeignet sehen? (z.B. Abschiede, Übergänge, Therapiemotivation etc.)

Bitte beschreiben Sie diese Umstände und Situationen kurz in Stichworten.

Anzahl Antworten: 18

Text Antworten:

Regression im Dienste des Ich
Spiegeln ungünstigen Verhaltens
Widerstand gegen selber Spielen
Begrüßungs- /Abschiedsmusik
Anregen innerer Bilder
Anregung/Begleitung von
Bewegung

Bei Patient:innen, die wenig oder keine Sprache zur Verfügung haben, in palliativen Situationen, in verordneten Ruhezeiten, wenn es um den inneren Verbindungsaufbau mit ihrem Kind geht, beim Känguruhen der Eltern mit ihren Frühgeborenen, beim Verarbeiten beim Verarbeiten am Ende einer Therapiestunde,

Patient ist nicht mehr mobil oder zu schwach für eine aktive Form; ist non-responsive; im Sterbeprozess, dann häufig auch für Angehörige

PatientInnen sind müde, erschöpft, brauchen Inputs zum Auftanken, für die Motivation, zum Entspannen. Manchmal ist es wichtig, etwas zu "bekommen", das genau auf die Personen abgestimmt ist.

Als nährendes Stärkung bei erschöpften (Diagnose Burnout), seelisch kraftlosen oder innerlich unruhigen Menschen. Als Trostmusik, wenn zum Beispiel jemand sehr traurig ist (wegen der Krankheit oder wegen einer leidvollen biographischen Erinnerung.

Wenn Lust/Motivation für aktives Musizieren fehlt bei den Kindern und Jugendlichen

Zu sich selber kommen. Fürspiel. Mir etwas Gutes tun.

meist sind die Klient:innen sehr müde und daher nicht motiviert selber zu spielen;
Interesse einen Klang oder ein Instrument tiefer, intensiver zu erleben;

Inneres verletztes Kind ansprechen, Trost vermicelli, Dasein ohne "Gegenleistung" zeigen bei starker Leistungsorientierung

Erstbegegnungen, zum Instrumente kennenlernen

Etablieren eines Safe-Places, z.B. bei Klienten in Angst.

In Situationen hoher Anspannung, welche Pat. nicht ausagieren kann.

Bei Blockierung, in welchen Pat. keinen Zugang zum eigenen Empfinden, eigenen Emotionen hat: "ich fühle mich leer".

Wenn jemand keine Kraft mehr hat, wenn jemand Trost braucht,

- hohe emotionale Betroffenheit bei gleichzeitiger Handlungsinhibition
- umfänglich erschöpfte und/oder verzweifelte und/oder traurige Pat.
- allg. eingeschränkte Handlungs- und/oder Kommunikationsfähigkeit (z.B. Bettlägrigkeit, verbal eingeschränkte/abhandene Ausdrucksfähigkeit)

bei Menschen die nicht oder nur bei minimalem Bewusstsein sind

Komplexe Schmerzsituationen und Schwäche nach Operationen oder Onkologischen Therapien.

Manchmal ist es gut, in einer Atmosphäre bleiben zu können, - und nicht einfach darüber hinweg zu reden, wie es so oft in Gesprächstherapien geschieht. Dann kann ein Für- Spiel gut sein.

Die Atmosphäre kann voller Freude sein, voller Fragen, voller Trauer.

Manchmal ist es auch so, dass Stille oder Für- Spiel nach einem Gespräch stimmig ist, um die Atmosphäre nachklingen zu lassen. Immer nach Rückfrage.

Wenn jemand viel an sich gearbeitet hat und in der Stunde XY nichts Aktives geben mag.. zum Hörbarmachen des Erreichten, während Patient*in einfach bei sich sein darf.

Thematik beinhaltet grosse Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit und damit auch der Ausdrucksfähigkeit. Damit ist viel Frustersleben verbunden. Beim Fürspiel z.B. auf der Klangliege wird Entspannung und Wohlbefinden in den Vordergrund gerückt. Dies ist bei der fortschreitenden chronischen Erkrankung eine wichtige Ergänzung des Rehaprogramms.

Gibt es spezifische Diagnosen oder Patientengruppen, wo Sie die eine Improvisation für das Gegenüber nicht anwenden würden?

Bitte beschreiben Sie kurz in Stichworten, bei welchen Diagnosen oder Patientengruppen Sie die Improvisation für das Gegenüber nicht anwenden würden.

Anzahl Antworten: 16

Vorsicht bei
Akuter Psychose
PTSB => Klient:innen brauchen Kontrolle

akut psychotische Patient:innen,

Wenn Pat nicht mehr ansprechbar und ich ihn zum ersten Mal sehe.

immer wenn das Einverständnis fehlt

Menschen mit Wahn.
Wenn ganz allgemein die Bereitschaft zum Zuhören bzw. Empfangen (noch) gar nicht da ist.

bei Patient:innen, die akut psychotisch sind;
bei Menschen, die erregt, voller Energie, wütend sind. bei allen, die schon im Ausdruck sind.

Gibt es Situationen oder Umstände, wo Sie die Improvisation für das Gegenüber nicht anwenden würden?

Bitte beschreiben Sie kurz stichwortartig in welchen Situationen oder Umständen Sie die Intervention nicht anwenden würden.

Anzahl Antworten: 19

Klient:innen:

- mit Tendenz zu maligner Regression (=> Eigentätigkeit / Selbstwirksamkeit wichtig)
- in hohem Erregungszustand (=> innere Anspannung ausdrücken und sich so entlasten)
- mit hohem Kontrollbedürfnis

bei Patient:innen in grossen Erregungszuständen, in bewegungsaktiven Zuständen, hoher emotionaler Erregung, wie zBsp Wut, Ärger, Trauer, Angst. Zwangsstörungen,

Es sind weniger spezifische Situationen als mehr mein eigenes Gespür, das sagt, dass Musik im Moment nicht angebracht ist; oder Angehörige, die das nicht passend oder stimmig finden; manchmal ist Stille angezeigt oder jemanden ganz in Ruhe zu lassen.

immer wenn das Einverständnis fehlt

Wahn. Ganz allgemein, wenn die Bereitschaft oder Empfänglichkeit zum Zuhören (noch) gar nicht da ist.

- 1) Wenn das Gegenüber das nicht will.
- 2) Wenn die Zeit nicht mehr ausreicht für ein stimmiges Für-Spiel und Anschlussgespräch

Wenn de/die Patientin das nicht wünscht

bei akut psychotischen Patient:innen;

In vorderer Frage beantwortet

Siehe vorherige Antwort

Wenn Menschen eine Wut haben, die sie ausdrücken müssen, wenn Menschen den Bezug zur Realität verloren haben

Akut traumatisierte, sehr aufgewühlte oder erstarrte Patient*innen, die ich noch nicht gut kenne; ich muss darauf vertrauen können, dass sie schon gut genug für sich sorgen können und z.B. mitteilen, wenn sie mein Spiel triggert oder sonstwie belastet.

wenn jemand sich nicht konzentrieren kann, im Sinne davon, dass er/sie aggressiv wird oder davon läuft.

Wenn das Gegenüber deutlich signalisiert (und körperlich dazu auch in der Lage ist), aktiv musizieren zu wollen. Dann behindere ich diesen Impuls selbstverständlich nicht.

Bei akuter heftiger Schmerzsituation, starken inneren Unruhezuständen.

Siehe vorherige Antwort bei komatösen und psychotischen. Dazu kommt die Frage bei den Sterbenden, die nicht antworten können: nicht, bevor es mit dem Behandlungsteam angesprochen wurde.
Ich würde immer fragen, ob es passt, ob es gewünscht wird.

Es gibt Menschen, die brauchen eine Stabilität, einen Rhythmus, bestimmte Rituale. Mit diesen Menschen, mache ich keine Improvisationen, sondern gebe ihnen durch das Repetieren Sicherheit und Vertrauen.

Bei allen Cluster B Persönlichkeitsstörungen nur, wenn vom Therapieprozess eindeutig indiziert

ich halte oft das eigene Handeln für wirkungsvoller, wenn es um Nutzen von Ressourcen geht, um Selbstwirksamkeit, Orientierung, Wahrnehmung

Wenn ich den Eindruck habe, jemand flüchtet in Passivität

Wenn jemand deutlich zeigt, dass er das nicht möchte (z.B. Anorexiepatientin, die lieber nach Noten spielen will)

Bei vorliegender Dissoziationen oder einer PTBS mit vorhandenen Intrusionen der Klientel. Ich würde die Impro für das Gegenüber nicht prinzipiell ausschließen, aber sie sehr bewusst einsetzen, z.B. tiefes Absinken mit Klangbett vermeiden.

Bei Patienten, welche in einer psychotischen Phase stecken

akute Psychose, sehr aggressive Patienten

bei akutpsychotischen Patient*innen

Posttraumatische Belastungsstörung und Schizophrenie, bei Suchterkrankungen nur bedingt.

Stellen Musiktherapeutinnen Diagnosen?

Oder meinst Du aktuelle psychische Verfassungen?

Oder Zustände, in bestimmten Krankheiten?

Es gibt bei komatösen Patienten Zustände, die abgesprochen werden müssen bezüglich Für- Spiel

Bei akut psychotischen Patienten, muss auch achtsam erwägt und abgesprochen werden, weisst Du ja selber!

Es gibt Menschen, die brauchen eine Stabilität, einen Rhythmus, bestimmte Rituale. Mit diesen Menschen, mache ich keine Improvisationen, sondern gebe ihnen durch das Repetieren Sicherheit und Vertrauen.

mit Vorbehalt bei

In welcher Form (z. B. Körperwahrnehmung, Entspannungsübung etc.) erfolgt die Einstimmung oft?

Anzahl Antworten: 20

Körperwahrnehmung; Bewegung;

Körperwahrnehmung, Entspannungsinduktion, Imaginationen,

Kurze Information was ich mache; manchmal Körperwahrnehmung, die meist auch auf Entspannung zielt

Körperwahrnehmung

Nach Absprache oder Erfahrungsvarianten des Klienten

Vertiefte Atmung, Körperreise, verschiedenstes

Körperwahrnehmung/Erdungsübungen/Bauchatmung

Körperwahrnehmung, Entspannungsübung, Imagination

Mit der Fokussierung auf den Körper und die Atmung, mit der Aufforderung sich von den Klängen führen zu lassen

Verbale Induktion, meist auf Körperwahrnehmung fokussierend

Auswahl: Achtsamkeitsübungen mit Fokus Horchen u./o. Körperwahrnehmung; achtsame, freie Bewegung; achtsame Bodypercussion;

Körperwahrnehmungsübung, Body Scan, Atemübung

Ich leite eine kurze Atemwahrnehmung und Körperteilwahrnehmung/-entspannung an, lade ein bei Gedanken, Gefühlen, Bildern zu verweilen, diese aber auch wieder ziehen zu lassen.

Meist in Form einer aktiven Stille und/oder dem „Gemütlich-Machen“ (einkuscheln und eine Decke, Rücken stützen mit Kissen, etc)

Körperwahrnehmung und Geräusche im Aussen integrieren

Sicherer Ort nach Reddemann, Body Scan mit sicherem Ort, kurze Einstimmung ja: oft

Wir versuchen, unseren Atem zu regulieren und uns ruhig, in uns ruhend, zu erleben.

Atemberuhigung

Bodyscan oder Safeplace bauen

beides

Welches sind ihre persönlichen Hauptinstrumente?

Anzahl Antworten: 24

Text Antworten:

Klavier

Stimme, Perkussionsinstrumente, Gitarre

Stimme, Gitarre, Klavier (weniger)

Flöten, Mandoline/Mandola, Stimme, Perkussion

Klavier, tiefe Flöten

Klavier und Stimme

Klavier und Konzert-Monochord

Geige

Geige, Klavier

Geige

Akkustische Gitarre

Klavier, Djembé, Gesang

Klavier

Sax, Akkordeon, Bass, Klavier

Gesang, Klavier

Stimme

Klavier

Stimme

Klavier

Tambura

Stimme und Leier

Klavier, Ukulele

Klavier, Stimme

Cello

Bitte notieren Sie spezifische Instrumente, die Sie oft einsetzen:

Anzahl Antworten: 22

Stimme, Klavier, Bassflöte, Monochord, Rahmentrommel, Kinderharfe, Klangschalen, Hapi

Körpertambura, Hang, Sansula, Kantele, Klangstäbe, Glockenspiel, KoTaMo, oceandrum

Körpertambura, Hang

Körpertambura, Klangauge, Harfe, gr Felltrommel

Kontrabass, Klangschale, Bassflöte, verschiedene Rhythmusinstrumente

Kotamo, Altquerflöte, Klavier, Hang

Klavier, Stimme, Monochord, Klangschale.

s.o.

Klavier, monochord,

KoTaMo, Klavier, Gong, Leier, Windspiele, Trommeln

Kantele, Liegemonochord

Akkustische Gitarre, Klavier, Klangbett, Stimme

Monochord, Gongs, Klangschalen,

Je nach Klientel/Kontext. Palliative Care = Körpertambura und Stimme am häufigsten eingesetzt; Onkologie = je nach Pat. Körpertambura, Stimme, Handpan; eig. Praxis = Handpan, Stimme, Liegemonochord, selten Saxophon

Kantele, Sansula, Behandlungsmonochord, Körpertambura

Monolini, Steel Tongue Drum

Klavier, Stimme, Handpan, Handorgel

Monochord

Tambura, Monochord

Stimme, Leier, Djembe

Klavier, Stimme, Djembe

Klangliege, Trommeln, Stimme, Sansula, Gitarre, Klavier, Körpertambura

Bitte begründen Sie kurz in Stichworten, wieso Sie das Gegenüber oft oder manchmal ein Instrument auswählen lassen.

Anzahl Antworten: 22

Text Antworten:

Um Mitbestimmung / Kontrolle / Selbstwirksamkeit zu ermöglichen

um ein dem Patienten entsprechendes Instrument zur Verfügung zu stellen,

Wenn das Gegenüber antworten kann, spiele ich meist mehrere Instrumente kurz vor und lasse sie danach entscheiden; einfach damit ich ganz sicher bin, das richtige Instrument für den Pat. Zu wählen; es kommt vor, dass sie eines gar nicht mögen und es kommt vor, dass sie sich lieber zurücknehmen und nicht sagen mögen, wenn etwas nicht gefällt;

Zur individuellen Passung, für Wahlmöglichkeit und zu Unterstützung der Selbstwirksamkeit

Je nach Situation oder Zielsetzung der Improvisation

Autonomie - selber entscheiden können, selber die aktuelle Stimmung wahrnehmen.

Instrument soll frei gewählt werden gemäss eigener Stimmung und Präferenzen

Klangvorstellung des Gegenübers umsetzen.
Etwas selber tun

mein Gegenüber soll sich wohlfühlen, entspannen können und zu sich kommen. Während des Spiels , wenn ich das Gefühl habe mein Gegenüber sei bei sich angekommen, flechte ich auch ungewohnte Spielsequenzen ein

Weil dqs,Gegenüber oft intuitiv spürt, was guttun könnte

Je nachdem, wenn das Gegenüber klar einen Wunsch formulieren kann,

Klang-Imaginieren und Mitbestimmen-können sind Teil des Prozesses.

"Off" bezieht sich auf Pat., die dazu in der Lage sind.

Begründung: Autonomie, Fähigkeit zur Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit werden so auch in schwierigsten Situationen erlebbar. Der/die Pat. fühlt sich wahr- und ernstgenommen und kann beeinflussen, was mit ihm/ihr passiert.

Ein Stopp- oder Ausstiegssignal wird wann immer möglich ebenfalls vereinbart oder es wird während des Fürspiels (meist ziemlich am Anfang) nachgefragt.

weil ich möchte, dass ihnen der Klang gefällt, den sie zu hören bekommen werden.

Weil ich die Improvisation oft als Entspannung/Regression/Klangreise brauche, ist es mir wichtig, dass sich das Gegenüber wohl fühlt und sich darauf einstellen kann, welcher Klang/Musik ertönen wird. Wenn das Gegenüber keine Idee hat, schlage ich verschiedene Möglichkeiten vor und ich frage jeweils/biete an, ob ich ergänzend zum Instrument meine Stimme einsetzen soll oder nicht.

Ein Minimum an Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit,

Zur aktiven Miteinbeziehung in den therapeutischen Prozess

Die Klienten kennen die Instrumente und wissen, welcher Klang oder welches Instrument ihm gut tun würden.

Weil das Gegenüber weiss, welches Instrument ihm/ihr gut tut. Was sie/er liebt zu spielen.

Pat soll sich mit Instrument wohlfühlen

Bewusstmachen der eigenen Bedürfnisse, Selbstwirksamkeit stärken (Ich darf meine Welt gestalten)
Verantwortung übergeben

Gibt es spezifische Instrumente, die vom Gegenüber oft gewählt werden?

Anzahl Antworten: 21

Klavier, Monochord

Oceandrum, Hang, Tambura Harfe

Körpertambura und Hang

eher tiefklingende Instrumente

Hang (Soundskulptur), Monochord

Klavier und Monochord

nein

Monochord, Klavier

Kantele und Liegemonochord

Ja, Klangschalen,

nein

Handpan (Rav Vast), Stimme, Körpertambura, Liegemonochord, Bass

Kantele,

Monolini, Steel Tongue Drum

Gewohnheit/Vertrautheit

Klangliege (Monochord und Klangschalen)

Nein

Tambura

Djembe, Trommel

Klavier Kotamo

Klavier, Stimme, Ocean Drums

Bitte begründen Sie kurz, wieso oft oder manchmal ein verbaler Austausch erfolgt.

Anzahl Antworten: 21

Zur Vertiefung / Einordnung der Erfahrung für den:die Klient:in
Möglichkeit für Klient:in, auch Unangenehmes rückzumelden, Fragen zu stellen

zur Orientierung für mich als Therapeut:in, was Intervention ausgelöst hat - Möglichkeit, damit weiterzufahren

ich möchte wissen, was das Gegenüber erlebt hat, zur Vertiefung und Reflexion des Erlebten, das Gegenüber möchte sich mitteilen

Ziel überprüfen; Bewusstwerden über mögliche Veränderung; v.a. bei emotionaler Reaktion: Nachgespräch darüber wichtig; gemeinsames Erspüren darüber, ob es noch etwas (anderes, mehr davon) braucht

Zur Reflektion; für verbale Resonanz; zur Verarbeitung

zur Verarbeitung, Erfahrungen vernetzen

Manchmal ist es so möglich, das Selbsterleben in Worte zu fassen und zu vertiefen. Dann wiederum genügt die Musik in sich selber. Es gibt auch viele Menschen, die nicht sprechen können, oder fremdsprachig sind.

Zu weiter oben: beim mir gibt's keine Möglichkeit zum Liegen!

Zur Frage hier: Emotionale Befindlichkeit klären ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wichtig. Stimmungen und Gegenübertragungen klären, deuten. Den Verlauf des Spiels (Musik-Improvisation) gemeinsam besprechen. War das Spiel resonant? Fühlte sich Klient abgeholt in seiner Stimmung? Was hat sich beim Klienten gewandelt bzgl Befindlichkeit VOR und nach dem Spiel? -> Abstimmung meiner persönlicher Wahrnehmungen und Spielweisen, Wendungen im eigenen Spiel mit den Wahrnehmungen des Klienten abgleichen

Bedürfnis das Erfahrene zu kommunizieren. Klären von Fragen zum Spiel. Mein Erfragen der Befindlichkeit nach dem Spiel: was war angenehm, was unangenehm etc

Um zu erfahren, was im Gegenüber ausgelöst wurde

Beim Klientel z.B Borderline Pers.störung finde ich die Beziehungsebene wichtig, und damit scheint mir ein Austausch über das Erlebte besonders wichtig.

Damit die Erfahrungen im Bewusstsein verankert werden können

Weil die Integration des Erlebten m.E. unbedingt Teil des therapeutischen Prozesses ist.

Wird von mir als Ther. angeregt, da es therapeutisch relevant ist zu erfahren, was der/die Pat beim Zuhören erlebt. Die meisten Pat wollen ausserdem von sich aus Auskunft über ihr Erleben geben.

eigentlich immer frage ich nach, wie es für den Patienten war, je nachdem ist der Austausch länger oder kürzer, wenn jemand nicht darüber reden will, was er genau erlebt hat und nur sagt, es war gut, dann belasse ich das so.

Mir ist wichtig zu erfahren, wie das Gegenüber die Für-Spiel Improvisation erlebt hat, um einschätzen zu können, ob ich die Intervention wieder so durchführen könnte/würde, ob es Anpassungen braucht oder ob ich sie bei diesem Gegenüber nicht mehr anwenden würde.
Ausserdem kann der Austausch die nächsten Schritte/Ziele für den Therapieprozess ans Licht bringen.

Oft ist das innere Erleben neu, zudem möchte ich abklären was sich innerlich verändert hat um dann diese Veränderung einordnen zu können.

Erfragen von Emotionen, Wirkung ,Ablehnung usw. Gehört für mich unbedingt dazu!

Das Erlebte darf auch verbal formuliert werden und kann so auf zweifache Weise verankert werden.

Ganz einfach, weil es wichtig ist zu wissen, was man getan und erlebt hat.

- um das Fürspiel im therapeutischen Prozess zu verankern
- um ausgelöste, eventuell heftige Prozesse aufzufangen
- um Raum zu geben, innere Prozesse, Erlebnisse mitzuteilen

es ist wichtig, das Erlebte auch in Worte zu fassen, wenn es möglich ist; die Mitteilung von Bildern und Gefühlen dient dem weiteren Therapieprozess

Worauf legen Sie als Therapeut:in bei einer Improvisation für das Gegenüber besonders Wert? Bitte beschreiben Sie kurz in Stichworten.

Anzahl Antworten: 24

Stopsignal: Gegenüber muss explizite Erlaubnis / Möglichkeit haben, mein Spiel zu stoppen
Achtsames Wahrnehmen der nonverbalen Signale des Gegenübers, um Dynamik und Länge der Musik empathisch abzustimmen

Schaffen eines Safe Place als Voraussetzung - therapeutische Beziehung muss tragfähig sein
Freischwebende Aufmerksamkeit

eigene gute Körperhaltung, angemessene Distanz zum Gegenüber, Stoppzeichen vereinbaren,
gute Präsenz auf mich und das Gegenüber, gestimmte Instrumente,

Gut beim Spüren zu sein; empathisch-einfühlsam;

auf die Vorbereitung d.h. Wahl der Instrumente, Sitzposition des Pat; Nähe-Distanzposition von mir als Spielerin; Induktion

dass es in Absprache geschieht

Improvisation in Absprache mit dem Klienten.
Sorgfältiges Vorgehen. Ev. Zeichen vereinbaren für Lautstärke, Schluss, etc. Wenn möglich verbale Reflexion.

Das aktuelle Bedürfnis des Klienten abzudecken.

Stimmung resonant einfangen und transformieren in eine Entspannung oder Aktivierungen - je nach Klientel

Resonanzspiel zum momentanen Thema der Klientin und Intuition von mir.

Wohlbefinden, Erleben neuer Spielweisen, Kennenlernen eines Instrumentes, Kennenlernen der eigenen Reaktionen auf ein Instrument, einen ungewohnten Klang, eine ungewohnte Spielweise

Dass die Musik möglichst im Dienste der Therapie steht

Den Kontakt zum Klientel nicht zu verlieren, welche in einer emotional eher instabilen Lage sind. (z.B. hohe Anspannung, psy. Belastung)

Ich möchte offen sein für die Regungen des Gegenübers, nichts manipulieren. Das Verständnis für den Zustand des Gegenübers diesem spiegeln

Auf authentisches Spiel und Verhalten, wie es sich aus der Gegenübertragung ergibt.

- Ausstiegsmöglichkeiten: Am wichtigsten ist mir, dass der/die Pat weiss, wie er/sie mein Für-Spiel beenden kann, wenn es für ihn/sie nicht hilfreich ist.
- Mit nicht-sprach- oder sonstwie kommunikationsfähigen Menschen beobachte ich deshalb umso genauer, was ich an nonverbalen Signalen zu verstehen glaube.
- Beim Fürspiel will ich den/die Person, für die ich spiele, sehen. Deshalb setze ich das Klavier selten für ein Fürspiel ein.

ruhige Stimmung/Umgebung, bequeme Haltung des Patienten, dass ich den Patienten im Blick habe und ihn beobachten kann

Bitte beschreiben Sie die besonderen Herausforderungen kurz in Stichworten.

Anzahl Antworten: 13

Richtiges Lesen der nonverbalen Signale
Vertrauen in die Selbstregulationsfähigkeit des Gegenübers
Balance zwischen beobachtender Präsenz und zulassender Gelassenheit

Es kommt vor, dass es manchmal eine Herausforderung ist, ganz beim Gegenüber zu sein und gleichzeitig bei mir; manchmal ist die Entscheidung, zu spielen oder nicht zu spielen, nicht ganz einfach (wenn das Gegenüber nicht mehr Kommunikationsfähig ist)

Wieviel kann ich wagen, kann ich überraschen durch unerwartete Klänge/Rhythmen?

soll nicht emotional überfordern

Mit sich selbst, dem Gegenüber und der atmosphärischen Stimmung im Kontakt sein. Das gewählte Instrument gut beherrschen im Sinne einer freien musikalischen Gestaltung/freie Impro ohne Gedanken zu technischer Gestaltung der Improvisation

die Herausforderung für mich ist selber ruhig zu werden, mich quasi durchzuspielen, bis ich bei meinem Gegenüber angekommen bin und gleichzeitig meine Impulse wahrzunehmen und auch umzusetzen.

Nichts dem Gegenüber überstülpen. Offenbleiben für alles, was auftaucht.

s. letzte Antwort: ich empfinde nach wie vor einen hohen Respekt beim Fürspiel für eine Person - ganz besonders, wenn ich nicht sicher bin, ob er/sie mitteilen würde, wenn es ihm nicht gut geht resp. dies gar nicht könnte.

Zugleich ist das Fürspiel etwas unglaublich Schönes. Es ist eine sehr intime und "fürsorgliche" Kommunikationsform, bei der ich versuche, "alle Kanäle" offen zu halten. Das setzt voraus, dass ich mich vor/während eines Fürspiels gut zentriere und mich zugleich auf das Gegenüber einlasse.

Routinemässig nebenher ein Fürspiel "erledigen" wäre gar kein Für-Spiel für eine bestimmte Person, sondern akustische Berieselung...

Die Herausforderung meiner innerlichen Prozesse bewusst zu sein, sodass ich meine Erwartungshaltung an mich (dem Gegenüber auf jeden Fall Helfen zu wollen, auch gefallen zu wollen) registriere und beobachten kann.

Reaktion auf das Spiel beobachten und im Gespräch oder weiteren musiktherapeutischen Interventionen allein oder mit Patient zusammen verarbeiten oder weiterführen.

Es geschieht auf einer Vertrauensbasis

Es braucht viel Konzentration, Alles zu beobachten und auf Alles zu reagieren.

Im Spannungsfeld von:


Hier meine Musik, die auf meiner musikalischen Sozialisation beruht und dort der/die Patient*in, die ich spiele

Manchmal überkommt mich eine Scheu. "Länger kann ich mich jetzt nicht mehr aufdrängen". Obwohl Patient*innen eher zurückmelden, dass die Impro zu wenig lang war.

Erklärung zur Urheberschaft

Die Autorin bestätigt, dass die Arbeit selbständig und in eigener Verantwortung ohne fremde Schreibhilfe verfasst wurde.

Zürich, 09. Mai 2022

Unterschrift..........