

Zürcher Hochschule der Künste – MAS in Klinische Musiktherapie

Wahrnehmung von Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren



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

Vorgelegt von: Kathrin Heiniger

Mentorin: Dr. sc. mus. Sandra Lutz Hochreutener

Zweitgutachterin: Dr. med. Felicitas Sigrist

Abgabedatum: 20. November 2023

Abstract

Die Akkreditierung der Musik-Psychotherapie-Weiterbildung an der Zürcher Hochschule der Künste (ZHdK) wurde 2018 in zweiter Instanz abgelehnt. Aufgrund dieses Ereignisses beschäftigt sich diese Masterarbeit mit den Fragen, was die psychotherapeutischen Eigenschaften von Musiktherapie sind und was es noch braucht, damit Musiktherapie die Standards eines psychotherapeutischen Verfahrens erfüllt. Dazu werden in einem Theorieteil sowohl Psychotherapie als auch Musiktherapie beschrieben und definiert. In einem Untersuchungsteil werden mittels eines qualitativen Fragebogens sowohl Personen zum Thema befragt, die einen Musiktherapie-Abschluss und auch eine Psychotherapie-Anerkennung haben als auch die Experten, die am Akkreditierungsverfahren beteiligt waren.

Die Musiktherapie setzt psychotherapeutische Methoden ein und verfolgt psychotherapeutische Ziele. Sie legt Wert auf den Aufbau einer therapeutischen Beziehung. Die Musik ist dabei ein spezifischer Wirkfaktor der Musiktherapie, der die Kontaktaufnahme und den Zugang zu Unbewusstem durch ihren nonverbalen Charakter erleichtert. Um die Standards eines psychotherapeutischen Verfahrens zu erfüllen, braucht die Musiktherapie eine eigenständige und einheitliche Theorie, die auf Musik beruht. Zudem müssen die Therapiemethoden klar dargestellt werden. Weiter braucht es kontrollierte, evidenzbasierte Forschung und Studien zu Wirkfaktoren. In musiktherapeutischen Ausbildungen braucht es besonders noch mehr Selbsterfahrung, Supervision und Praktika.

Schlüsselwörter: Musiktherapie, Musikpsychotherapie, Psychotherapie, Akkreditierung, Standards von Psychotherapie-Verfahren, Wirkfaktor Musik, Tree of Science

Perception of Music Therapy as a Psychotherapeutic Approach

The accreditation of the music psychotherapy further education program at the Zurich University of the Arts (ZHdK) was rejected in the second instance in 2018. Due to this event, this master thesis deals with the questions of what the psychotherapeutic characteristics of music therapy are and what else is needed for music therapy to meet the standards of a psychotherapeutic approach. To this end, both psychotherapy and music therapy are described and defined in a theoretical section. In a research section, a qualitative questionnaire is used to interview people with a music therapy degree and psychotherapy accreditation as well as the experts involved in the accreditation process.

Music therapy uses psychotherapeutic methods and pursues psychotherapeutic goals. It emphasizes the development of a therapeutic relationship. Music is a specific effective factor in music therapy, which facilitates contact and access to the unconscious through its non-verbal character. In order to meet the standards of a psychotherapeutic procedure, music therapy needs an independent and uniform theory based on music. In addition, the therapy methods must be clearly presented. There is also a need for controlled, evidence-based research and studies on effective factors. Music therapy training courses in particular need more self-awareness, supervision and practical training.

Keywords: music therapy, musicpsychotherapy, psychotherapy, accreditation, standards for psychotherapeutic approaches, effect factor music, Tree of Science

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	6
THEORIETEIL.....	8
1 Psychotherapie	8
2 Richtungen der Psychotherapie	14
2.1 Geschichte der Psychotherapie.....	14
2.2 Tiefenpsychologisch orientierte Therapieverfahren	15
2.3 Verhaltenstheoretisch orientierte Therapieverfahren	27
2.4 Humanistisch orientierte Therapieverfahren.....	37
2.5 Systemisch orientierte Therapieverfahren	45
3 Musiktherapie	53
3.1 Beschreibung von Musiktherapie.....	54
3.2 Modell musiktherapeutischer Meta- und Behandlungsebenen.....	57
4 Musiktherapie im Kanon psychotherapeutischer Verfahren.....	62
4.1 Psychodynamisch orientierte Musiktherapieschulen.....	62
4.2 Verhaltenstherapeutische Musiktherapie.....	63
4.3 Humanistisch orientierte Musiktherapie.....	64
4.4 Integrativ orientierte Musiktherapie.....	65
4.5 Systemisch orientierte Musiktherapie	66
5 Psychotherapie und Musiktherapie im Gesundheitswesen der Schweiz	66
5.1 Psychotherapie im Gesundheitswesen der Schweiz	66
5.2 Musiktherapie im Gesundheitswesen der Schweiz	67
5.3 Vergleich von Psychotherapie und Musiktherapie im Gesundheitswesen der Schweiz	69
FORSCHUNGSTEIL	70
6 Fragestellungen	70
7 Forschungsmethodik.....	70
7.1 Untersuchungsdesign.....	70
7.2 Datenerhebung.....	71

7.3	<i>Datenaufbereitung</i>	77
7.4	<i>Datenanalyse</i>	77
8	Darstellung der Ergebnisse	77
8.1	<i>Ergebnisse Fragebogen Musik-Psychotherapeut*innen</i>	77
8.2	<i>Ergebnisse Expert*innenfragebogen</i>	96
	DISKUSSION UND SCHLUSSBETRACHTUNG	101
9	Bezugnahme zu Fragestellungen	101
9.1	<i>Psychotherapeutische Eigenschaften von Musiktherapie</i>	101
9.2	<i>Was es noch braucht, damit Musiktherapie die Standards eines psychotherapeutischen Verfahrens erfüllt</i>	102
10	Reflexion Untersuchungsdesign und Ergebnisse	106
11	Zusammenfassung und Ausblick	106
	LITERATURVERZEICHNIS	109
12	Abbildungsverzeichnis	119
13	Tabellenverzeichnis	120
14	Anhang	121
14.1	<i>Vollständige Tabellen der Auswertung des Fragebogens für Personen mit einer Musik- und Psychotherapiequalifikation</i>	121
14.2	<i>Danksagung</i>	134
14.4	<i>Eidesstattliche Erklärung</i>	135

EINLEITUNG

Das Thema dieser Arbeit war zuerst nur ein Gedanke bzw. eine Idee, entstanden nach einem langen Tag, während einer Zugfahrt mit einer anderen Mitstudentin. Eventuell dem strengen Tag geschuldet, wurde beim spontanen Brainstorming viel gelacht und die möglichen Themen einer Masterarbeit wurden auf scherzhafte Weise geäußert. Obwohl ich zu diesem Zeitpunkt noch weit davon entfernt war, das Thema wirklich umzusetzen, blieben der Gedanke und das Thema hängen.

Ich war direkt betroffen vom Scheitern der Musikpsychotherapie-Weiterbildung an der Zürcher Hochschule der Künste (ZHdK). Nur wenige Wochen vor meinem Start der genannten Weiterbildung wurde deren Akkreditierung (siehe weitere Informationen zur Akkreditierung in Kapitel 1 und 5) in zweiter Instanz abgelehnt. Dies hatte zur Folge, dass ich mich entscheiden musste, ob ich eine andere Psychotherapie-Weiterbildung machen oder den MAS in Klinische Musiktherapie an der ZHdK absolvieren wollte. Da mir vor allem der musikalische Aspekt zusagte, entschied ich mich dazu, den MAS in Klinische Musiktherapie zu starten. Irgendwo im Hinterkopf verblieb aber trotzdem die Frage, was wohl die Gründe für das Scheitern des Akkreditierungsverfahrens gewesen waren. Diese Frage kam bei diesem spontanen Brainstorming wieder zum Vorschein.

In dieser Arbeit geht es um die Wahrnehmung von Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren. Konkret wird versucht, die folgenden Fragen zu beantworten:

Forschungsfrage 1:

Was sind die psychotherapeutischen Eigenschaften von Musiktherapie?

Forschungsfrage 2:

Was braucht es noch, damit Musiktherapie die Standards eines psychotherapeutischen Verfahrens erfüllt?

Um die Fragen beantworten zu können, werden zunächst in einem theoretischen Teil die Psychotherapie und die Musiktherapie genauer vorgestellt. Die Psychotherapie sowie der Begriff Verfahren werden beschrieben und definiert. Anschliessend wird ein mögliches Modell vorgestellt, wie die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren eingeteilt und systematisiert werden können. In einem weiteren Abschnitt werden die gängigsten psychotherapeutischen Verfahren genauer beleuchtet. Die Musiktherapie wird ebenfalls definiert und anhand eines Modells der Meta- und Behandlungsebenen der Musiktherapie beschrieben. Weiter werden verschiedene Richtungen der Musiktherapie im Kanon psychotherapeutischer Verfahren genauer beleuchtet.

Der Forschungsteil enthält zwei verschiedene Befragungen, die parallel stattgefunden haben. Bei beiden Befragungen wurde ein qualitativer Fragebogen verwendet, um die oben genannten Forschungsfragen beantworten zu können. Die erste Befragungsgruppe bestand aus Personen, die sowohl eine Musiktherapie-Ausbildung als auch eine Anerkennung in Psychotherapie vorweisen

können. Die zweite Befragungsgruppe bestand aus Expert*innen aus dem Akkreditierungsverfahren der Musikpsychotherapie-Weiterbildung in der Schweiz.

Die Ergebnisse der Arbeit werden in einem Diskussionsteil integriert und zusammengefasst. Dieser Teil beinhaltet auch eine Kritik am Forschungsdesign sowie ein Blick in die Zukunft.

Mit der Schreibweise dieser Arbeit wird versucht, alle Geschlechter gleich zu behandeln und zu benennen. Dazu wird mit dem Geschlechterstern * gearbeitet (siehe als Referenz z. B. Kotthoff, 2020).

THEORIETEIL

Der Theorieteil dieser Arbeit beinhaltet zuerst die Beschreibung von Psychotherapie sowie die Darstellung verschiedener psychotherapeutischer Verfahren. Anschliessend werden die Musiktherapie und unterschiedliche musiktherapeutische Richtungen etwas genauer beleuchtet, bevor die beiden Therapierichtungen in das Gesundheitssystem der Schweiz eingebettet werden.

1 Psychotherapie

Die Psychotherapie gehört zur Klinischen Psychologie und ist eine klinisch-psychologische Interventionsform, die bei menschlichen Störungen und Problemen zur Anwendung kommt (Baumann & Perrez, 2005; Hoyer et al., 2020; Perrez & Baumann, 2005). Andere klinisch-psychologische Interventionsformen sind z.B. Testpsychologie oder Beratung. Je nach Ansatz unterscheiden sich die Definitionen von Psychotherapie (Stumm, 2011). Strotzka (1994) merkt sogar scherzend an, es gebe wohl so viele Definitionen wie publizierende Therapeut*innen. Er selbst definiert die Psychotherapie wie folgt und vermeidet dabei den «heiklen Krankheitsbegriff»:

Psychotherapie ist eine Interaktion zwischen einem oder mehreren Patienten und einem oder mehreren Therapeuten (auf Grund einer standardisierten Ausbildung), zum Zwecke der Behandlung von Verhaltensstörungen oder Leidenszuständen (vorwiegend psychosozialer Verursachung) mit psychologischen Mitteln (oder vielleicht besser durch Kommunikation, vorwiegend verbal oder auch a verbal), mit einer lehrbaren Technik, einem definierten Ziel und auf der Basis einer Theorie des normalen und abnormen Verhaltens. (ebd., S. 1)

Nach Strotzka beinhaltet diese Definition sowohl eine Forderung nach lehrbaren Techniken, um die Professionalität zu unterstreichen, Ziele, um Erfolge zu evaluieren als auch Theorien als Orientierungshintergrund des psychotherapeutischen Handelns.

Spannend ist auch ein Blick darauf, wie die Berufsverbände in der Schweiz selbst Psychotherapie sehen. Die Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP) (o. J.) bezeichnet Psychotherapie als Seelenheilkunde, die von Menschen in Anspruch genommen wird, die Schwierigkeiten, Störungen, Symptome oder Probleme haben aufgrund derer sie ihr Leben nur noch schlecht oder gar nicht mehr bewältigen können. In ihrem «Charta-Text» (2016) formuliert die ASP drei Interessenebenen bzw. Zielsetzungen von Psychotherapie, die nachfolgend wörtlich wiedergegeben werden:

- a. Von Psychotherapie wird gesprochen, wenn eine Heilbehandlung
 - an psychisch und somatisch leidenden Menschen in ihrer leibseelischen Ganzheit innerhalb der konkreten Lebenssituation und lebensgeschichtlichen Entwicklung gerichtet ist und

- sie die dabei verwendeten Behandlungstechniken oder Vorgehensweisen in ein ganzheitliches therapeutisches Prozessmodell resp. Behandlungskonzept einbaut und aus dieser Perspektive laufend reflektiert.
- b. Zweck von Psychotherapie im Einzel- oder Gruppensetting ist:
- Leidenszustände zu verstehen, zu verändern, zu lösen oder zu lindern. Psychisch Kranke lassen sich auf eine vom Störungsbild ausgehende Behandlung ein (kuratives Interesse).
 - Persönlichkeitsentwicklung und Selbstermächtigung von Individuen und Gruppen zu unterstützen und zu fördern, sodass Potenziale und die Autonomie von Einzelnen oder ganzer Gemeinschaften (z.B. Familie) besser ausgeschöpft und Lebensumstände selbstwirksam beeinflusst werden können (emanzipatorisches Interesse).
- c. den Erkenntnischatz zu erweitern
- über den ganzen Menschen, über das Zusammenleben und die gegenseitige Einflussnahme zwischen Menschen untereinander und zwischen Menschen und dem Kontext, in dem sie leben,
 - über Konstellationen und Wechselwirkungen im gesamtgesellschaftlichen Kontext, die Leidensprozesse und Erkrankungen auslösen oder verstärken, resp. über Veränderungen, die Linderung schaffen können (Forschungsinteresse: gesellschaftlich, psychologisch und kulturwissenschaftlich).

Es wird angemerkt, dass die Grenzen zwischen den drei genannten Ebenen oft fließend sind und sie sich gegenseitig bedingen. Zudem werden auch die ethischen Ziele der Unterstützung der «...Entfaltung der Lebensmöglichkeiten des einzelnen Menschen sowie der Gesellschaft/Kultur...» und das Herstellen eines dynamischen Gleichgewichts zwischen Selbstbestimmtheit und Anpassungsfähigkeit hervorgehoben (ebd., S. 13). Anerkannte psychotherapeutische Schulen basieren nach der ASP auf einem spezifischen Menschenbild und verfügen sowohl über eine anthropologische Theorie als auch über eine Theorie der Behandlungstechnik. Psychotherapeut*innen verfügen über professionelles Können, das auf der Erforschung und dem reflektierten Einsatz von Wirkfaktoren fusst (Wissenschaftsorientierung). Sie setzen sich mit Theorien und Modellen auseinander und wenden diese auf eine reflektierte Art und Weise an. Dadurch kann eine therapeutische, individuelle Beziehung zu ihren Patient*innen aufgebaut werden (zentraler Wirkfaktor). «Das Kernstück professionellen Könnens ist somit der reflektierte Umgang mit der therapeutischen Beziehung und Methodik. Diese fassen wiederum auf wissenschaftlichen Überlegungen, sind aber nicht allein durch diese determiniert (ebd., S. 12)».

Auf der Webseite der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) (o. J.) wird Psychotherapie als Anleitung zur Selbsthilfe beschrieben, mithilfe derer die Patient*innen sich intensiv mit sich selbst und den auslösenden Faktoren ihres Leidens auseinandersetzen und neue Möglichkeiten im eigenen Handeln und Erleben aneignen können. Die daraus resultierende

Veränderung in der Lebensführung befähigt die Patient*innen, psychische Krisen besser bewältigen zu können. Die Psychotherapeut*innen wenden während der Behandlung verschiedene wissenschaftlich anerkannte Methoden an, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Der wichtigste Wirkfaktor ist eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung.

Es gibt eine hohe Anzahl psychotherapeutischer Richtungen. Helle (2019) erwähnt über 160 beschriebene Methoden auf Wikipedia. Diese können grob zu Grundorientierungen zugeordnet werden. Kriz (2007) und Hoyer und Kollegen (2020) teilen diese in tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische, humanistische und systemische Verfahren ein. Innerhalb dieser gibt es jedoch Uneinigkeiten und unterschiedliche Entwicklungen, womit keine Grundorientierung eine kohärente Theoriebildung und Behandlungspraxis aufweist, die sie klar von den anderen Orientierungen abgrenzt. Es gibt eher eine Tendenz, dass sie sich aufeinander zubewegen (Helle, 2019). Perrez und Baumann (2005) weisen darauf hin, dass die verschiedenen Richtungen trotz deren Abgrenzungsbemühungen, gemeinsame Merkmale in der Struktur und in den Prozessen aufweisen.

Caspar und Kollegen (2017) schreiben, es gebe einen Trend zur Integration von Therapieansätzen auf der Ebene der (Meta-)Theorie, der Wirkfaktoren und der konkreten therapeutischen Techniken. Konkret heisst dies, dass Psychotherapeut*innen vermehrt über die Grenzen ihres eigenen therapeutischen Hintergrundes hinausschauen und ihren eigenen Horizont erweitern.

In der Schweiz gibt es derzeit 42 (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2023) gemäss des Bundesgesetzes über die Psychologieberufe (PsyG) (2021) Art. 11ff. akkreditierte Weiterbildungsgänge für Psychotherapie. Die Akkreditierungskriterien orientieren sich weitgehend am «Tree of Science» von Petzold (2003, 2012) und sind in Abschnitt 2, Art. 13 wie folgt formuliert:

Art. 13

¹Ein Weiterbildungsgang wird akkreditiert, wenn:

- a. er unter der Verantwortung einer gesamtschweizerischen Fachorganisation, einer Hochschule oder einer anderen geeigneten Organisation steht (verantwortliche Organisation);
- b. er es den Personen in Weiterbildung erlaubt, die Weiterbildungsziele nach Artikel 5 zu erreichen;
- c. er auf die Hochschulausbildung in Psychologie aufbaut;
- d. er eine angemessene Beurteilung der Kenntnisse und Fähigkeiten der Personen in Weiterbildung vorsieht;
- e. er sowohl Theorie als auch deren praktische Anwendung umfasst;
- f. er von den Personen in Weiterbildung die persönliche Mitarbeit und die Übernahme von Verantwortung verlangt;
- g. die verantwortliche Organisation über eine unabhängige und unparteiische Instanz verfügt, welche über Beschwerden der Personen in Weiterbildung in einem fairen Verfahren entscheidet.

In der «Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe (AkkredV-PsyG) unter Anhang 1 (Stand 15. Dezember 2020) sind die einzelnen Prüfbereiche noch detaillierter formuliert und folgendermassen aufgeteilt (nur Übertitel):

- Grundsätze
- Prüfbereich: Programm und Rahmenbedingungen der Weiterbildung
 - Studienprogramm
 - Rahmenbedingungen der Weiterbildung
- Prüfbereich: Inhalte der Weiterbildung
 - Wissen und Können
 - Klinische Praxis
 - Eigene psychotherapeutische Tätigkeit
 - Supervision
 - Selbsterfahrung
- Prüfbereich: Weiterzubildende
 - Beurteilungssystem
 - Beratung und Unterstützung
- Prüfbereich: Weiterbildnerinnen und Weiterbildner
 - Qualifikationen der Dozentinnen und Dozenten
 - Qualifikationen der Supervisorinnen und Supervisoren und Selbsterfahrungstherapeutinnen und -therapeuten
- Prüfbereich: Qualitätssicherung und -entwicklung

Zu den akkreditierten Therapierichtungen in der Schweiz gehören analytisch und tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch, humanistisch, systemisch und körpertherapeutisch orientierte Verfahren. (BAG, o. J.). Die zugelassenen Verfahren sind vielfältiger als z. B. in Deutschland, wo ausschliesslich die analytisch und tiefenpsychologisch orientierten Verfahren, die Verhaltenstherapie sowie die systemisch orientierten Verfahren für Erwachsene anerkannt sind (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2009).

Wichtige Kriterien für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie sind die Wissenschaftlichkeit und die Evidenzbasierung (Schulthess, 2019). Diese finden sowohl im «Charta-Text» der ASP als auch in der Beschreibung von Psychotherapie der FSP Einzug. Im Psychologieberufegesetz steht dazu z. B. unter den Zielen der Weiterbildung «Sie berücksichtigt fach- und tätigkeitsspezifische Aspekte und basiert auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen im Fachgebiet (PsyG, Art. 5, Abs. 1)». Die Absolventinnen werden befähigt «aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, Methoden und Techniken einzusetzen (PsyG, Art. 5, Abs. 2a). In der Akkreditierungsverordnung steht im Anhang 1 unter Artikel 2.1.1 «Die Weiterbildung vermittelt mindestens ein umfassendes Erklärungsmodell des menschlichen Erlebens und Verhaltens, der Entstehung und des Verlaufs psychischer Störungen und Krankheiten sowie der Wirkfaktoren

von Psychotherapie». Unter Artikel 2.1.2. heisst es «Die Weiterbildung vermittelt die theoretischen und empirischen Grundlagen der Psychotherapie...», dazu unter Punkt c. «..., allgemeine und störungsspezifische Behandlungsmethoden und -techniken, Wirksamkeit der vermittelten Behandlungsmethoden und -techniken;...». Unter Artikel 2.1.3 wird geschrieben, dass die Inhalte der Weiterbildung «wissenschaftlich fundiert» sein müssen. In der Schweizerischen Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) (1995) steht zur Psychotherapie in Artikel 2 Absatz 1 und 2 u. a. folgendes. «Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der ärztlichen Psychotherapie nach Methoden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist.»

Die evidenzbasierte Bewertung von psychotherapeutischen Ansätzen basiert ursprünglich auf dem Konzept der evidenzbasierten Medizin (EBM) (Kriz, 2014). Mit ihr sollen behandelnde Personen einen Überblick über den Stand der Forschung und die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten erhalten, damit sie ihren Patient*innen die bestmögliche und empirisch wirksamste Behandlung zukommen lassen können (Fydrich & Schneider, 2007; Kriz, 2014, 2019).

Die wissenschaftliche Fundierung von Psychotherapie ist nach Jacobi (2020) ein Wechselspiel zwischen der Weiterentwicklung der theoretischen Basis und dem Evidenznachweis. Daraus lässt sich nach Hoyer und Kollegen (2020) schliessen, dass ein wissenschaftlich begründetes Verfahren in ein methodologisches Regelwerk eingebettet ist, das die Formulierung und Überprüfung wissenschaftlicher Hypothesen und Theorien zulässt. Gesetzmässigkeiten sollen formuliert werden und Phänomene und Prozesse beobachtet und operationalisiert werden können.

Für Stumm (2011) lassen sich mit dem «Tree of Science» von Petzold (Petzold, 2003) alle Kriterien für ein wissenschaftlich fundiertes psychotherapeutisches Verfahren aufzeigen. Petzold (ebd.) hat den «Tree of Science» basierend auf Herzog (1982) als Strukturierungsschema für die verschiedenen Psychotherapie-Verfahren vorgeschlagen. Psychotherapeutische Verfahren (klinische Mesoparadigmen) können demnach zu metatheoretischen Makroparadigmen (Grundorientierungen) zugeordnet werden und haben jeweils eigene klinische Mikroparadigmen (Methoden). Der «Tree of Science» ist folgendermassen aufgebaut, in der Hierarchie von oben nach unten (Petzold, 2003):

- *Metatheorie*: Erkenntnistheorie, Wissenschaftstheorie, allgemeine Forschungstheorie, Kosmologie, Anthropologie (einschliesslich Gendertheorie), Gesellschaftstheorie, Ethik und Ontologie
- *Realexplikative Theorie*. Allgemeine Theorie der Psychotherapie, Theorie, Methodik und Ergebnisse der Psychotherapieforschung, Entwicklungstheorie, Persönlichkeitstheorie, Gesundheits-/Krankheitslehre (einschliesslich Theorie der Diagnostik), spezielle Theorien der Psychotherapie
- *Praxeologie*: Praxeologie als Theorie zielgruppen- und genderspezifischer psychotherapeutischer Praxis, Praxis der Psychotherapieforschung, Interventionslehre (Theorie der Methoden),

Prozesstheorien, Theorien zu verschiedenen, insbesondere «prekären» Lebenslagen, Theorie des Settings, Theorien zu spezifischen Klient*innensystemen, Theorien zu spezifischen Institutionen und Feldern

- *Praxis*: In Dyaden, in Gruppen und Netzwerken, Feldarbeit, «life» Situationen, in Organisationen und Institutionen

Vom «Tree of Science» ausgehend definiert Petzold psychotherapeutische Verfahren folgendermassen (2012, S. 13):

Verfahren sind im Feld der klinischen Praxis entwickelte, theoretische Modellvorstellungen (klinische Mesoparadigmen) über die gesunde und die gestörte Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit in ihrem Kontext und über die Möglichkeiten der Beeinflussung ihrer kognitiven, emotionalen, sensumotorischen und sozialen Stile und Verhaltensweisen durch ein systemisch erarbeitetes und überprüfbares Repertoire von Interventionsmethoden. Durch diese Modellvorstellungen, die in der Regel unter Rückgriff auf «Referenztheorien» (d. h. auf philosophisches, psychologisches und klinisches Grundlagenwissen aus ‚main streams‘ bzw. ‚Grundorientierungen‘) erarbeitet werden, wird die Praxeologie des Verfahrens, durch welche Krankheiten, Störungen und Leidenszustände von Patienten in/mit ihrem Kontext behandelt werden, auf den Boden wissenschaftlich konsistenter Theorien (z.B. zur Salutogenese und Pathogenese) gestellt, werden weiterhin klar formulierbare Therapieziele möglich und können Methoden, Formen und Techniken der Beeinflussung von Befindlichkeiten, Leidenszuständen und Krankheiten im Rahmen therapeutischer Beziehungen und supportiver Agenturen der Hilfeleistung (Ambulatorien, Kliniken usw.) systematisch klinisch erprobt und empirisch überprüft werden.

In dieser Definition sind alle vier Ebenen des «Tree of Science» enthalten. Petzold (ebd.) weist auf die Verschränkung von Theorie und Praxis hin. Modellvorstellungen würden nicht nur auf der Ebene der Metatheorie und der klinischen Theorien, sondern auch auf der Interventionsebene ausgearbeitet und müssten die gesamte Wissensstruktur von Psychotherapie und somit dem «Tree of Science» abdecken, damit die impliziten erkenntnistheoretischen und anthropologischen Annahmen explizit gemacht und so dysfunktionale Konzepte und Prozeduren in der Praxis verhindert werden könnten. Somit seien die Theorie- und Praxiskonzepte aufeinander abgestimmt.

Stumm (2011) bezieht sich bei der Definition von Psychotherapie ebenfalls auf den «Tree of Science» von Petzold und beschreibt die einzelnen Ebenen folgendermassen:

- *Rahmentheorien für die Psychotherapie (Metatheorien, allgemeine Grundlegung und philosophische Hintergründe)*: Erkenntnistheorie, Wissenschaftstheorie, allgemeine Forschungstheorie, Kosmologie, Anthropologie, Gesellschaftstheorie, Ethik und Ontologie
- *Leittheorien in der Psychotherapie (Klinische, realexplicative Theorien)*: Allgemeine Theorie der Psychotherapie, Theorie, Methodik und Ergebnisse der Psychotherapieforschung,

Persönlichkeitstheorie, Entwicklungstheorie, Gesundheits- und Krankheitslehre und spezielle Theorien der Psychotherapie

- *Praxeologie (Wissenschaft von der systemischen Praxis, Praxistheorie und Therapietheorie)*: Interventionslehre, Prozesstheorie, Theorie der Settings, Theorien zu spezifischen Lebenslagen und zu spezifischen Klientensystemen
- *Praxis (konkrete Anwendung)*

Nach Stumm (2011) erfüllt ein psychotherapeutisches Verfahren alle eben genannten Punkte und weist dementsprechend eine vollständige und eigenständige Theoriebildung auf. Ein psychotherapeutischer Ansatz hingegen erfüllt nicht alle oben genannten Voraussetzungen. Entweder weist dieser zwar eine vollständige aber nicht gänzlich eigenständige Theoriebildung auf oder die Theoriebildung sei nicht vollständig.

2 Richtungen der Psychotherapie

In diesem Kapitel sollen verschiedene Grundorientierungen der Psychotherapie etwas genauer beleuchtet werden. Die Aufteilung richtet sich dabei hauptsächlich nach den Übersichtswerken von Helle (2019) und Kriz (2007), unterstützt durch spezifischere Werke. Zunächst wird die Geschichte der Psychotherapie kurz erläutert.

2.1 Geschichte der Psychotherapie

Der Mensch als soziales Wesen ist wie kein anderes Wesen psychisch und physisch von seinen Mitmenschen abhängig. Gesellschaftliche und soziale Strukturen (wie Kultur, soziale Rollen und Handlungsmuster) sind bereits bei seiner Geburt vorgegeben. Zudem hat der Mensch ein reflexives Bewusstsein, wodurch sein Verhalten weniger durch Instinkte und natürliche Umweltreize als durch seine Fähigkeit geprägt ist, seine Erfahrungen sinnhaft zu strukturieren, Verhalten intentional zu planen und seine Folgen gedanklich vorauszusehen (Kriz, 2007). Alle Lebewesen befinden sich in einem kontinuierlichen Adaptationsprozess, um sich den stetig verändernden äusseren Gegebenheiten anzupassen. Beim Menschen, als höher entwickeltem Lebewesen, finden diese Anpassungen nicht nur auf biologischer, sondern auch auf psychischer Ebene statt. Durch komplexe Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychosozialen und innerpsychischen Prozessen können Veränderungen auf unterschiedlichen Ebenen erfolgen, die nicht nur konstruktiven, sondern auch pathologischen Charakter haben können (Helle, 2019).

«Abweichendes» Verhalten und den Versuch, dieses zu behandeln gibt es schon seit Beginn der Menschheit (Helle, 2019; Kriz, 2007; Strotzka, 1994). Bei den behandelnden Personen handelte es sich z. B. um Priester, Gurus, Weise, Philosophen, Ärzte und Familienmitglieder (Claringbull, 2010). Bis weit ins 19. Jahrhundert hinein waren die Menschen der Auffassung, dass Geisteskrankheiten das Resultat der Strafe Gottes für lasterhaftes Verhalten oder ein schlechtes Wesen oder Teufelsbesessenheit waren (Helle, 2019; Kriz, 2007) und die betroffenen Personen selbst schuld an ihrem Zustand sind (Claringbull, 2010). Zur «Behandlung» wurden Gebete rezitiert

oder Geister beschworen oder man traf drastischere Massnahmen wie Hungern, Auspeitschungen oder Verbrennungen (Helle, 2019). Besonders im 17. Jahrhundert wurden viele Menschen in Europa und Amerika als Hexen verbrannt. Später wurden die «Irren» in kerkerähnliche Anstalten gesteckt (Kriz, 2007) und von der Gesellschaft ausgeschlossen. Somit waren sie kein Problem mehr, weil die «gesunden» Menschen sie vergessen konnten und sich nicht weiter mit ihnen befassen mussten. Die «Irren» waren in diesen Häusern grausamen Behandlungen ausgesetzt. Dabei wurde keine Unterscheidung zwischen geisteskranken, unzurechnungsfähigen und sozial als störend wahrgenommenen Personen gemacht. Im Verlauf des 18. Jahrhunderts entstanden erste Einrichtungen, in denen man sich ernsthaft um die Behandlung der psychisch Kranken bemühte (Claringbull, 2010). Die Auffassung, dass die betroffenen Personen nicht besessen oder schlecht, sondern krank sind, setzte sich erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts richtig durch, obwohl schon früher vereinzelt Ärzt*innen dafür eingestanden waren (Kriz, 2007).

Die Behandlung von psychologischen Problemen wurde praktisch ausschliesslich nur von Mediziner*innen vorgenommen. Dies hatte zur Folge, dass psychischen Störungen rein medizinische oder biologische Ursachen zugesprochen wurden. Das Monopol der Ärzt*innen in der Behandlung von psychisch Kranken führte gegen Ende des 19. Jahrhunderts zu der medizinischen Richtung Psychotherapie (Claringbull, 2010).

Die Arbeit von Sigmund Freud (1856 – 1939) wird allgemein als Ausgangspunkt der modernen Psychotherapie angesehen, jedoch haben sich auch schon vor Freud andere Personen mit dem Unbewussten und Trieben auseinandergesetzt (Kriz, 2007)). Freud war der erste, der die vorhandenen Gedanken und Ideen zusammenbrachte, zu einer Theorie zusammenfügte und diese systematisch auf die Behandlung von Kranken anwendete. Zudem war er ein Katalysator für viele bedeutende Schüler (Claringbull, 2010; Kriz, 2007).

2.2 Tiefenpsychologisch orientierte Therapieverfahren

Zu der tiefenpsychologischen Grundorientierung werden eine Vielzahl von psychotherapeutischen Ansätzen und Verfahren gezählt, die sich mehr oder weniger unterscheiden. Barber und Kollegen (2021, S. 388) vermeiden eine Definition von psychodynamischen Verfahren und Ansätzen. Stattdessen zählen sie verschiedene Charakteristiken auf. Diese sind Fokus auf unbewusste Prozesse, Fokus auf Affekte, Kognition, Wünsche, Fantasien und zwischenmenschliche Beziehungen, keine traditionellen Hausaufgaben, wenig Anleitung, Einsetzen von offenen Fragen, Verwendung von Interpretation und Erklärungen, Berücksichtigungen von Übertragungen und Gegenübertragungen und Nutzung der therapeutischen Beziehung zur Steigerung der Eigenwahrnehmung und des Selbstverständnisses. Zudem merken sie an, dass sich die Menschen der Gründe ihres Verhaltens nicht immer bewusst sind, diese bis zu einem gewissen Grad biologisch verankert sind und oft durch unbewusste Motive gesteuert werden.

Nachfolgend werden einige psychodynamische Verfahren genauer beschrieben. Dabei wird ein besonderer Fokus auf Freud, Adler und Jung gelegt.

2.2.1 Psychoanalytische Psychotherapie

Sigmund Freud begann in Wien im Jahr 1873 mit dem Studium der Medizin. Während des Studiums kam er mit dem Arzt Joseph Breuer (1842 – 1925) in Kontakt, der Hypnose praktizierte (Kriz, 2007) und lernte 1885 bei einer Reise nach Paris den Direktor der Klinik Salpêtrière Jean Martin Charcot (1825-1893) kennen, der die Hysterie mittels der Hypnose behandelte. Zurück in Wien gründete Freud eine eigene Praxis und lernte bei einer weiteren Reise nach Nancy bei Ambroise Liébault (1823 – 1904) und Hippolyte Bernheim (1840 – 1919) noch mehr über die Hypnose (Kriz, 2007; Nitzschke, 2011). Zunächst behandelte Freud die Patient*innen in seiner Praxis mit dem «Kathartischen Verfahren» (Helle, 2019), das von Breuer entwickelt worden war (Nitzschke, 2011). Dieser ging davon aus, dass die hysterischen Symptome durch traumatische, vergessene Ereignisse ausgelöst werden und forderte seine Patient*innen in der Hypnose auf, sich an diese Szenen zu erinnern, was von heftigen emotionalen Reaktionen begleitet wurde. Nach dem Erwachen zeigte sich eine deutliche Symptomreduktion (Kriz, 2007).

Freud ging davon aus, dass die heftigen Reaktionen während der Hypnose (Katharsis) eine Reinigung und Befreiung von unterdrückten Affekten bedeutete und die Patient*innen danach für immer symptomfrei waren (Helle, 2019). Er merkte jedoch bald, dass die Symptome nach Anwendung der kathartischen Hypnose nicht immer verschwanden (Kriz, 2007) und dass nicht alle Patient*innen hypnotisiert werden konnten (Nitzschke, 2011). Zudem stellte er fest, dass sich die durch die Patient*innen erzählten Missbrauchserfahrungen nicht alle so hatten zutragen können. Oft schienen die realen Erfahrungen mit eigenen Fantasien durchmischt zu werden, was eher die Ursache für die psychischen Störungen war (Helle, 2019). Freud revidierte daraufhin seine bis dahin vertretene Ansicht, dass psychische Störungen ausschliesslich die Folge von verdrängten und unterdrückten Affekten waren. Vielmehr sah er die psychischen Krankheiten als Folge von in der Kindheit unterdrückten sexuellen Trieben, die aufgrund moralischer Wertvorstellungen nicht hatten ausgelebt werden können (Helle, 2019; Kriz, 2007; Nitzschke, 2011). Besonders aufgrund der Betonung der sexuellen Komponente kam es zum Bruch mit Breuer (Kriz, 2007).

Bei der Behandlung der Patient*innen ging es fortan nicht mehr darum, unterdrückte Affekte während eines kathartischen Verfahrens abreagieren zu können, sondern um das Heranführen an unbewusste, überfordernde Vorstellungen und Fantasien (Helle, 2019). Freud änderte sein Behandlungsverfahren. Er arbeitete fortan mit der Technik der freien Assoziation. Die Patient*innen wurden auf der Couch liegend aufgefordert, alles zu sagen was ihnen gerade in den Sinn kam. Dadurch wurde ein Zugang zu unbewussten Inhalten ermöglicht (Helle, 2019; Kriz, 2007). Dies war der Beginn der Psychoanalyse (Helle, 2019).

In den folgenden Abschnitten gibt es einen Überblick über die vier Säulen bzw. Paradigmen der Psychoanalyse (Helle, 2019; Wöller & Kruse, 2015c), nämlich der Triebtheorie, der Ich-Psychologie, der Objektbeziehungstheorie und der Selbstpsychologie.

Trieb- und Strukturtheorie Freuds

Freud hat seine eigenen Theorien mehrmals überarbeitet und revidiert (Wöller & Kruse, 2015c). Die nachfolgenden Erläuterungen beziehen sich auf seine späteren Annahmen.

Lebenstrieb und Todestrieb

Der Lebenstrieb (Eros) funktioniert nach dem Lustprinzip und hat das Ziel die eigenen Bedürfnisse zu befriedigen und somit Spannung zu reduzieren. Da Freud beobachtete, dass Menschen offenbar nicht nur danach strebten, ihre Lust zu befriedigen, postulierte er den Todestrieb (Thanatos), der das Ziel hat, einen zuvor erlebten Zustand wiederherzustellen (Regression). Der Todestrieb strebt also nach einer vollkommenen Auflösung jeglicher Spannung und in die Zurückführung in den organischen Zustand, also einer Selbstzerstörung. Gleichzeitig wird aber auch ein Teil der Energie nach aussen geführt, was als Aggression und Destruktion sichtbar wird. Das ist die Voraussetzung dafür, dass ein Individuum leben kann. Wenn ein zu grosser Anteil der destruktiven Energie im Inneren fixiert wird, wirkt die Energie dort selbstzerstörerisch (Helle, 2019; Kriz, 2007). Das Leben ist ein Kompromiss zwischen beiden Trieben. Der Lebenstrieb hält den Tod solange auf, bis der Todestrieb schlussendlich gewinnt (Mackenthun, 2013).

Libidotheorie

Freud ging davon aus, dass die Sexualität eine wichtige Rolle in der Persönlichkeitsentwicklung spielt (Claringbull, 2010). Seine Phasentheorie orientierte sich an der Entwicklung des Sexualtriebs und bildete eine Basis, um die Entstehung von psychischen Störungen zu beschreiben (Helle, 2019). Das Sexualleben fasste er dabei als Gesamtheit des Lustgewinns aus allen Körperzonen auf (Kriz, 2007) und nicht als reine genital-körperliche Sexualität (Helle, 2019). Die «Infantilen Phasen der Libido» haben nacheinander unterschiedlich erogene Zonen (Kriz, 2007) und werden folgendermassen unterteilt:

- *Orale Phase:* Erstes Lebensjahr. Der Mund bildet die erogene Zone und deren Befriedigung ist zunächst eng mit der Befriedigung des Nahrungsbedürfnisses verknüpft. Später sucht der Säugling selbst nach der Befriedigung dieser erogenen Zone, indem er selbst am Daumen oder am Schnuller lutscht (Helle, 2019; Kriz, 2007).
- *Anale Phase:* Zweites und drittes Lebensjahr. Der Afterbereich bildet die erogene Zone. Die Phase wird geprägt von der Reinlichkeitserziehung während der das Kind geben oder zurückhalten und so Macht über seine Eltern ausüben kann (Helle, 2019; Kriz, 2007).
- *Phallische Phase:* Drittes bis fünftes Lebensjahr. Die Genitalien bilden die erogene Zone. Die Kinder zeigen hier einen Schau- und Zeigetrieb und werden ihrer eigenen Geschlechterzugehörigkeit bewusst. Die Mädchen entwickeln dabei einen Penisneid und die Jungen eine

Kastrationsangst. Ebenfalls in diese Phase fällt der Ödipuskomplex, bei dem die Jungen mit dem Vater um die Liebe der Mutter und die Mädchen mit der Mutter um die Liebe des Vaters rivalisieren (Helle, 2019; Kriz, 2007; Mackenthun, 2013).

In der nachfolgenden Latenzphase treten die sexuellen Impulse in den Hintergrund, stattdessen wird die Energie in soziale Beziehungen gesteckt. Mit dem Beginn der Pubertät wird die genitale Phase eingeläutet, in der sich das Interesse nicht mehr auf sich selbst oder die Familie, sondern auf ausserfamiliäre Partner fokussiert (Helle, 2019; Kriz, 2007; Mackenthun, 2013). Die triebtheoretisch angedachten Entwicklungsphasen Freuds wurden später noch um Ich-psychologische, objektbeziehungstheoretische und selbstpsychologische Perspektiven erweitert (Helle, 2019).

Vom topographischen zum Instanzmodell

Freud postulierte zunächst das «Topographische Modell», in dem er drei seelische Schichten unterschied. Diese beinhalten das Bewusste, das Vorbewusste (kann ohne grosse Anstrengung ins Bewusstsein gerufen werden) und das Unbewusste (Mackenthun, 2013). Freud ging davon aus, dass das Handeln nicht nur bewusst gesteuert wird, sondern es auch unbewusste Motivationen und Intentionen gibt. Der Mensch ist generell damit beschäftigt die unbewussten von den bewussten und vorbewussten Inhalten zu trennen und wendet dazu permanent Energie auf. Je wichtiger unangenehme Inhalte sind, desto mehr Energie muss aufgewendet werden um diese Inhalte zu unterdrücken und desto eher kommen sie in Form von z.B. Träumen, Neurosen oder Versprecher in den Vordergrund (Helle, 2019).

Im späteren «Instanzmodell» wurde das Seelenleben in die Instanzen «Ich», «Es» und «Über-Ich» unterteilt, die alle bewusste und unbewusste Anteile besitzen (Mackenthun, 2013). Das «Es» umfasst die ursprünglichen, biologischen Triebe, Grundbedürfnisse und Impulse, die ständig auf eine sofortige Befriedigung drängen. Das «Über-Ich» verkörpert die Werte, Normen und Regeln einer Gesellschaft, die zuerst ausschliesslich von aussen kommen, sich aber mit der Zeit in Form des Gewissens verinnerlichen (Claringbull, 2010; Kriz, 2007). Das «Ich» übernimmt den vermittelnden Part zwischen dem «Es» und dem «Über-Ich» (Claringbull, 2010; Helle, 2019; Kriz, 2007; Mackenthun, 2013), indem es den Grundbedürfnissen bzw. Trieben eine an die Normen und Wertvorstellungen angepasste Befriedigung ermöglicht, indem diese zu einem gegebenen Zeitpunkt unterdrückt und/oder auf später verschoben werden (Kriz, 2007). Wenn die intrapsychischen Instanzen in Konflikt miteinander geraten oder wenn bestimmte Ich-Funktionen mangelhaft ausgebildet sind, entstehen Kompromissbildungen in Form von Symptomen und Problemen (Mertens, 1997; Wöller & Kruse, 2015a).

Ich-Psychologie

Mit dem «Instanzmodell» legte Freud den Grundstein für die Ich-Psychologie (Helle, 2019), die seinen sexuell eindimensionalen Theorien Abwehrmechanismen, Funktionen des Ichs sowie Entwicklungsaspekte hinzufügte (Mackenthun, 2013). Vor allem Freuds Tochter Anna Freud (1895 - 1982) führte seine Überlegungen zum Ich weiter. Sie ging davon aus, dass das Ich sich über die

Triebwünsche des Es und den moralischen Vorstellungen des Über-Ichs bewusst werden kann. Sobald die triebgesteuerten Impulse aus dem Es zu stark werden, wird beim Individuum Angst ausgelöst, die unlustvoll wahrgenommen und deshalb abgewehrt werden muss. Wenn die komplette Abwehr der Angst nicht gelingt, kommt es zu Symptomen, die ein Kompromiss zwischen Wunsch und Abwehr darstellen (Helle, 2019). Abwehrmechanismen sind also nicht per se pathogen (Mackenthun, 2013).

Objektbeziehungstheorie

Bei der Objektbeziehungstheorie treten die Triebimpulse in den Hintergrund. Der Fokus liegt auf den Beziehungen, genauer darauf, dass der Mensch nur in Beziehung zu anderen zum Menschen wird. Das entscheidende Motiv des Kindes ist die Suche nach einer beschützenden Bezugsperson. Die erworbenen Beziehungserfahrungen bilden die Grundlage für das Selbstverständnis, die Entwicklung und die Ausbildung der Ich-Funktionen (Mertens, 1997). Die frühe Beziehung zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson und die Vorstellungen des Kindes über sich und seine Bezugsperson haben somit einen grossen Einfluss auf die spätere Beziehungsgestaltung und für die Persönlichkeitsentwicklung (Mackenthun, 2013). Der Blick wechselt hier also von einer Ein-Personen-Psychologie zu einer Zwei-Personen-Psychologie. Während der Therapie spielt dann auch die Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in und allfällige korrigierende Beziehungserfahrungen eine Rolle (Helle, 2019).

Selbstpsychologie

Die Selbstpsychologie wurde hauptsächlich von Heinz Kohut (1913 - 1981) geprägt. Er beschäftigte sich mit dem Narzissmus und ging, entgegen Freuds Meinung, davon aus, dass Narzissten therapeutisch erreicht werden können, wenn die Vorgehensweise angepasst wird. Der Mensch strebt nach Kohut nicht primär nach der Befriedigung seiner Triebe, sondern nach einer Verwirklichung des Selbst und einem Gefühl der Selbstkohäsion. Kohut unterschied den gesunden und den pathologischen Narzissmus. Der gesunde Narzissmus in Form von Selbststärke, Selbstachtung, Selbstliebe, Vitalität und Kompetenz wächst mit der Liebe und Zuwendung der Mutter. Der pathologische Narzissmus, ausgedrückt durch vorgetäuschte Grandiosität und mehr Sein als Schein, entwickelt sich, wenn das Kind durch die Bezugsperson keine ausreichende Bestätigung und Zuwendung erhält. Auch andere Störungen können als Folge von Erfahrungen mit unempathischen Bezugspersonen auftreten. Da diese schädigenden Beziehungserfahrungen vor dem Spracherwerb liegen, wurde gegen eine rein intellektuelle und deutende Haltung und für Empathie seitens der Therapeut*innen während der Therapie plädiert, mit dem Ziel der Annahme des Selbst der Patient*innen (Helle, 2019; Mackenthun, 2013; Mertens, 1997).

Zentrale Aspekte der psychoanalytischen Behandlung

Beim typischen psychoanalytischen Setting nach Freud liegen die Patient*innen auf einer Couch, während sich die Therapeut*innen ausserhalb des Blickfeldes der Patient*innen befinden.

Dadurch können sich die Patient*innen entspannen, was die Regression, das Aussprechen peinlicher bzw. belastender Assoziationen sowie Übertragungen fördert (Kriz, 2007).

Regredieren: Freud war der Ansicht, dass Patient*innen in einen früheren Zustand der individuellen Entwicklung zurückfallen müssen. In diesem Zustand können bereits erlangte Ich-Funktionen vorübergehend verloren gehen (Mackenthun, 2013).

Freie Assoziation: Die Patient*innen liegen entspannt auf der Couch und sprechen in einem Monolog alles aus, was ihnen in den Sinn kommt. Dabei wird nichts zensiert, was einem peinlich, unwichtig, sinnlos etc. erscheint. Vorbewusstes und Unbewusstes soll so automatisch auch gesagt werden. Die Psychoanalytiker*innen bieten darauf basierend Deutungen an, wobei die eigenen Eindrücke und Reaktionen als Grundlage für Erkenntnisse genommen werden (Kriz, 2007; Mackenthun, 2013; Mertens, 1997; Strotzka, 1994).

Bearbeitung von Widerständen: Bei der Aufdeckung von unbewussten Inhalten kommt es zu Widerständen seitens der Patient*innen, da das durch das pathologische Symptom hergestellte Gleichgewicht nun bedroht ist (Kriz, 2007). Der pathologische Zustand möchte deshalb erhalten bleiben, da die durch die Psychotherapie ausgelösten unerwünschten Gefühle vermieden werden wollen. Widerstand kann sich z.B. durch Schweigen oder Agieren (zu spät kommen, aufstehen etc.) äussern und kann sich gegen Inhalte, die nicht an die Oberfläche gelangen sollen, die Technik der Psychoanalytiker*innen oder die Psychoanalytiker*innen selbst richten. Die Aufgabe der Analytiker*innen ist deren Deutung (Strotzka, 1994). Mit der Widerstandsanalyse werden die Widerstände aufgedeckt und bearbeitet, es soll herausgefunden werden, welche unbewussten Motive die Patient*innen am Einlassen auf die Psychotherapie hindern (Leucht & Förstl, 2018).

Übertragung und Gegenübertragung: Bei der Übertragung handelt es sich um die Wiederholung früherer Beziehungsformen (Wöller & Kruse, 2015b). Die Patient*innen empfinden gegenüber den Therapeut*innen also Gefühle, Wünsche und Einstellungen, die sie gegenüber ihren Eltern oder Geschwistern empfunden haben (Leucht & Förstl, 2018). Somit können Gedanken, Gefühle, Erwartungen und Verhaltensweisen auftreten, die nicht aus der aktuellen Interaktion zwischen Therapeut*in und Patient*in erschlossen werden können (Wöller & Kruse, 2015b). Diese Übertragungsneurosen werden im Verlauf der Therapie durchgearbeitet und aufgelöst (Mackenthun, 2013). Die Therapeut*innen reagieren ebenfalls auf die Patient*innen und deren Übertragungen. Diese sogenannten Gegenübertragungen sollen von den Therapeut*innen mittels einer Selbstanalyse untersucht werden, um die eigenen Anteile an der Beziehung zu erkennen (ebd.)

Träume: Potenziell bedrohliche und gefährliche Gefühle und verdrängte Erlebnisse zeigen sich nicht nur durch Symptome, sondern auch in Träumen (Mackenthun, 2013). Die Erinnerungen an den Traum sind dabei ein Kompromiss zwischen den Trieb-Wünschen, die ins Bewusstsein drängen und dem Effort diese zu unterdrücken (Nitzschke, 2011). Da die Darstellungen in den Träumen verzerrt sind, müssen sie von den Therapeut*innen gedeutet werden (Kriz, 2007).

Deutung: Die Therapeut*innen interpretieren das, was von den Patient*innen kommt in erklärender und bewusstmachender Weise. Diese Deutungen stellen zum einen Zusammenhänge zwischen aktuellen und früheren Inhalten und/oder Erlebnissen her und beinhalten zum anderen Klärungen von unbewussten Zusammenhängen. Die Patient*innen sollen sich so Verdrängtem bewusst werden sowie die eigenen Beweggründe für ihr Verhalten verstehen (Strotzka, 1994).

Gleichschwebende Aufmerksamkeit: Die Therapeut*innen versuchen eine Haltung der gleichschwebenden Aufmerksamkeit einzunehmen und den Patient*innen ohne Wertung oder Bevorzugung bestimmter Aussagen und Themen zuzuhören (Buchheim & Buchheim, 2020). Sie konzentrieren sich möglichst ganz auf ihr Gegenüber und ignorieren dabei alle anderen inneren und äusseren Reize (Strotzka, 1994).

Abstinenz: Die Therapeut*innen sollen während der Therapie keine eigenen Triebwünsche befriedigen, ausserhalb der Therapie keinen Kontakt zu den Patient*innen und deren Bezugspersonen haben sowie keine Informationen über sich mitteilen und keine Fragen beantworten (Strotzka, 1994). Weiter sollen sie keine wertenden Bemerkungen machen. Dazu gehören auch indirekte Äusserungen wie Trösten, Beraten, Belehren und Beschwichtigen (Kriz, 2007).

2.2.2 Individualpsychologie

Alfred Adler (1870-1937) studierte in Wien Medizin und nahm ab 1902 regelmässig an der Diskussionsrunden der «Mittwochs-Gesellschaft» um Freud teil (Helle, 2019). Adler wurde zwar von Freuds Theorien beeinflusst, hielt jedoch von Beginn an auch an seinen eigenen Gedankengängen fest. Insbesondere bewertete Adler die Libido (sexuelle Komponente) nur als Teilbereich des menschlichen Lebens und beschäftigte sich auch mit der Organminderwertigkeit und eines neben dem Sexualtrieb stehenden Aggressionstribs (Benetka, 2017; Hannich, 2018).

1911 kam es zum Bruch mit Freud, nachdem Adler drei Vorträge mit dem Titel «Zur Kritik der Freud'schen Sexualtheorie des Seelenlebens» gehalten hatte (Kriz, 2007). Adler trat aus der «Mittwochs-Gesellschaft» aus und gründete die «Gesellschaft Freier Analytiker», die kurz darauf in «Verein für Individualpsychologie» umbenannt wurde. Der neue Name sollte die Unteilbarkeit der menschlichen Person hervorheben (Datler & Stephenson, 1999).

Adler folgte einer teleologischen Grundhaltung, bei der nicht die Ursache sondern das Ziel bzw. die Intention eines pathologischen Verhaltens im Vordergrund steht (Helle, 2019; Kriz, 2007). Somit ist nicht das, was eine Person erleidet entscheidend, sondern wie diese damit umgeht (Mackenthun, 2013). Er betrachtete den Menschen als ganzheitlich und teilte die Persönlichkeit nicht in verschiedene Instanzen auf (Hannich, 2018). Ausserdem ging er vermehrt auf die bewussten Prozesse ein und bediente sich bei seinen Interventionen auch an der Pädagogik. Nachfolgend gibt es einen kurzen Überblick über seine theoretischen Überlegungen.

Aggressionstrieb

Nach Adler strebt jedes Organ nach Befriedigung und Lusterwerb. So gibt es nicht nur den Sexualtrieb (Libido), sondern auch Triebe, die z.B. den Sinnesorganen, dem Verdauungs- und Bewegungsapparat und den Ausscheidungsorganen zugeordnet werden können. Triebe sind somit reine Organbetätigungen, die der Befriedigung der Organbedürfnisse und dem Lusterwerb dienen (Hannich, 2018). Die Befriedigung der Bedürfnisse unterliegt einer Kultivierung, womit alle Triebe nicht ungehemmt ausgelebt werden können. Es kommt zu den sogenannten «Triebverwandlungen», mithilfe derer innerhalb der restriktiven Bedingungen der kulturellen Umgebung ein möglichst grosser Lustgewinn erzielt werden kann. Je stärker ein Trieb ist, desto stärker ist das entsprechende Organ ausgebildet. Neben diesen sogenannten Primärtrieben existiert auch ein Aggressionstrieb (Adler, 1908, zitiert nach Benetka, 2017, und Hannich, 2018). Dieser wird in der Art und Weise sichtbar wie eine Person vor ihr liegende Aufgaben anpackt (Mackenthun, 2013). Der Aggressionstrieb unterliegt ebenfalls einer kulturellen Hemmung und tritt in Form von Triebverwandlungen zutage. Diese können sich z.B. im Sport oder Krieg oder durch Charaktereigenschaften wie Herrschsucht nach aussen richten, können aber auch in Form von z.B. Demut, Unterwürfigkeit oder Ergebenheit gegen sich selbst gerichtet sein (Adler, 1908, zitiert nach Benetka, 2017, und Hannich, 2018). Die Primärtriebe sowie der Aggressionstrieb können mit «Triebverschränkungen» miteinander assoziiert sein, wodurch sich unverwechselbare Persönlichkeitsstrukturen ergeben. Unbefriedigte Primärtriebe können sich auf den Aggressionstrieb verschieben, wodurch sie Erfüllung finden (Adler, 1908, zitiert nach Hannich, 2018). Der Aggressionstrieb wurde von Adler nicht nur negativ, sondern auch positiv als die aktive Bewältigung von Problemen und Selbstbehauptung gesehen (Hannich, 2018; Mackenthun, 2013).

Minderwertigkeitsgefühl und Geltungsstreben

Adler ging zunächst von einer Organminderwertigkeit als Ursache von Neurosen aus. Angeborene oder im Verlauf des Lebens erworbene körperliche Missbildungen und/oder Funktionsstörungen, also Organminderwertigkeiten, führen zu einer verminderten Belastbarkeit des Organismus. Diese führt nach Vergleichen mit der Umwelt und der Evaluation von gesteckten Zielen zu einem Minderwertigkeitsgefühl, woraus eine erhöhte Anspannung und Kompensationsanstrengungen resultieren. Eine wichtige Rolle spielen dabei auch die Bewertung der Mängel durch die Mitmenschen, die Empfindlichkeit gegenüber den eigenen Mängeln sowie die Erziehung. Später verliess Adler die (rein) biologische Betrachtungsweise und fügte soziale und psychologische Aspekte hinzu. Jedes Kleinkind entwickelt demnach Minderwertigkeitsgefühle aufgrund seiner entwicklungsbedingten Unterlegenheit gegenüber den Erwachsenen (Hannich, 2018; Kriz, 2007). Eine ermutigende Erziehung fördert die Überwindung dieser gefühlten Unterlegenheit, wohingegen die Kinder bei einer entmutigenden Erziehung (z.B. übermässige Strenge; Verhätschelung etc.) darin verbleiben und sich an Schein-Kompensationen bedienen müssen, um ihren Selbstwert zu erhalten. Dazu können ein Geltungsdrang ebenso wie der Wunsch nach Aufmerksamkeit und

Fürsorge gehören (Hannich, 2018). Pathologische Symptome ergeben sich, wenn Personen besonders stark subjektiv wahrgenommene und erlebte Minderwertigkeitsgefühle verdrängen wollen (Datler & Stephenson, 1999; Mackenthun, 2013).

Eine weitere Ursache von Minderwertigkeitsgefühlen sah Adler in der kulturellen Herabsetzung von weiblichen Charaktereigenschaften und Merkmalen. Diese werden im Gegensatz zu den männlichen als minderwertig erlebt und müssen demnach in Form des «Männlichen Protests» kompensiert werden, indem nach Grösserem gestrebt wird. Dies trifft auf die Männer zu, deren weibliche Züge ihre Männlichkeit bedrohen, sowie auf die Frauen, die ihre eigene Weiblichkeit abwerten. Später ersetzte Adler den Begriff des «Männlichen Protests» mit dem «Streben nach Macht und Überlegenheit» (Adler, 1910, zitiert nach Benetka, 2017, und Hannich, 2018; Mackenthun, 2013). Eine Neurose entsteht demnach, wenn potenziell weibliche Züge wahrgenommen werden, diese mittels eines übermässigen «männlichen Protests» kompensiert werden wollen, und schlussendlich ein Kompromiss zwischen beiden gebildet wird (Adler, 1910, zitiert nach Benetka, 2017). Verdrängte Triebwünsche spielen bei der Entstehung einer Neurose folglich nur eine nebensächliche Rolle.

Gemeinschaftsgefühl

Das sogenannte Gemeinschaftsgefühl stellt für Adler das wichtigste Kriterium für psychische Gesundheit dar (Hannich, 2018; Mackenthun, 2013). Jedes Kind hat die Voraussetzungen, ein Gemeinschaftsgefühl zu entwickeln, wenn der Wunsch nach Zärtlichkeit erfüllt wird. Erfährt das Kind wichtige Beziehungsqualitäten wie Vertrauen, Nähe und Zugehörigkeit, beginnt es sich für andere Menschen zu interessieren (Hannich, 2018; Kriz, 2007). Das Minderwertigkeitsgefühl ist in diesem Zusammenhang positiv, da das Geltungs- und Machtstreben im Dienst der Gemeinschaft für die evolutionäre Entwicklung der Menschheit nützlich ist und die Kraftquelle für den Fortschritt und die Kultur der Menschen darstellt (Kriz, 2007). Wenn beim Kleinkind kein Gemeinschaftsgefühl durch primäre Beziehungserfahrungen gefördert werden konnte, entwickelt dieses unweigerlich eine Neurose (Hannich, 2018; Mackenthun, 2013). Durch eine überstrenge oder verzärtelnde Erziehung entsteht ein Minderwertigkeitsgefühl, das nicht mehr durch die üblichen Mechanismen kompensiert werden kann. Beim Ersten entsteht durch Überkompensation ein «Machtmensch» mit dem Ziel der Überlegenheit gegenüber den anderen Menschen; beim Zweiten die Unfähigkeit, Verantwortung zu übernehmen und sich zu behaupten, da diese Menschen davon ausgehen, dass sie der Welt nicht gewachsen sind (Kriz, 2007).

Lebensstil

Jeder Mensch entwickelt basierend auf dem Familienklima und der Geschwisterkonstellation einen eigenen Lebensstil (Hannich, 2018). Dieser bestimmt das Handeln und die Art und Weise, wie erlebte Minderwertigkeit angegangen und überwunden wird, und bildet sich bis etwa zum vierten bis fünften Lebensjahr aus (Kriz, 2007). Der Lebensstil ist stabil und bleibt auch nach der Veränderung der ursprünglichen Bedingungen bestehen. Zudem dient er dem Selbstschutz, da er

vor neuen, möglicherweise bedrohenden Erfahrungen schützen kann. Das Beziehungsgeschehen und die Familienatmosphäre haben einen grossen Einfluss auf deren Entstehung (Hannich, 2018).

Zentrale Aspekte der individualpsychologischen Behandlung

Im Gegensatz zu Freuds hochfrequentem Sessel-Couch-Setting arbeitete Adler mit dem niederfrequenten Sessel-Sessel-Setting. Ausserdem postulierte er aufgrund der Minderwertigkeitsgefühle seiner Patient*innen eine ermutigende Haltung seitens der Therapeut*innen (Datler & Stephenson, 1999).

Analyse des Lebensstils: In den Ausführungen der Patient*innen treten immer wiederkehrende Strukturen zutage. Diese sind Abkömmlinge früherer Beziehungserfahrungen und weisen auf Not-Situationen in der Vergangenheit und Versuche zu deren Überwindung hin. Die Gesamtheit der Äusserungen der Patient*innen sind Mitteilungen über deren unbewusste Lebensstile. Die Therapeut*innen bilden durch die teilnehmende Beobachtung Hypothesen und erarbeiten die Lebensstile so gemeinsam mit ihren Patient*innen. Diese gelangen so zu einer Einsicht, die gemeinsam mit dem partnerschaftlichen Beziehungsangebot der Therapeut*innen zu einem «Mehr» an Gemeinschaftsgefühl führt (Hannich, 2018).

In-der-Schwebe-Halten: Die Therapeut*innen vereinen in ihrer Haltung gleichzeitig Akzeptanz und Verweigerung. Durch eine unvoreingenommene Wertschätzung verweigern sie sich gegenüber eingeübten Beziehungsmustern und damit einhergehenden Widerständen seitens der Patient*innen und zeigen parallel durch ein akzeptierendes Vorgehen, dass sie sich in die hinter dem Handeln stehenden Minderwertigkeitsgefühle einfühlen können. Mit dem «In-der-Schwebe-Halten» halten die Therapeut*innen ein Gleichgewicht zwischen Verweigerung und Akzeptanz, was zu einem «partiellen Engagement» gegenüber den Patient*innen führt (Hannich, 2018).

Bearbeitung von Träumen: Die Menschen streben sowohl im Wachsein als auch während des Träumens danach, ihr Selbstwertgefühl zu erhalten. Deshalb wird auch im Traum nur zugelassen, was zum Lebensstil passt. Die Traumdeutung dient dazu, unter Berücksichtigung des Lebensstils vom manifesten zum latenten Inhalt zu gelangen. Der manifeste ist der von den Träumenden erinnerte, der latente Inhalt die Assoziationen, Gedanken und Gefühle dazu (Hannich, 2018).

2.2.3 Analytische Psychologie

Carl Gustav Jung (1875 – 1961) studierte in Basel Medizin und arbeitete dann bei Eugen Bleuler im Burghölzli in Zürich. Er arbeitete mehrere Jahre lang eng mit Freud zusammen (Benetka, 2017). Bereits 1909 wurden Differenzen in der Herangehensweise von Jung und Freud sichtbar. Zum endgültigen Bruch kam es aber erst 2013 nach der Veröffentlichung von Jungs Buch «Wandlungen und Symbole der Libido» (Jung, 1912). Jung definierte die Libido als allgemeine psychische Energie oder Lebenstrieb und erweiterte das individuelle mit dem kollektiven Unbewussten (Helle, 2019; Kriz, 2007; Mackenthun, 2013; Roth, 2003).

Komplexe

Komplexe sind natürliche Strukturelemente im unbewussten Teil der Psyche, die einen archetypischen Kern haben (Roth, 2003) und somit «eine bestimmte unbewusste Konstellation von zusammenhängenden Wahrnehmungen, Gedanken, Gefühlen und Erinnerungen» (Helle, 2019, S. 42) darstellen. Sie entstehen durch schwierige Beziehungserfahrungen. Nachfolgende ähnliche Erfahrungen führen zu einer emotionalen Reaktivierung des Komplexes, zu einer emotionalen, komplexhaften Überreaktion und einer Verstärkung (Kast, 2014; Roth, 2003). Jeder Mensch hat Komplexe. Sie sind Ausdruck von Lebens- und Entwicklungsthemen und werden erst zu einer Neurose, wenn sie emotional zu stark belastet sind und als Folge ins Unbewusste verdrängt oder abgespalten werden müssen. Komplexe zeigen sich oft durch Symbole (Kast, 2014).

Psychologische Typen

Jung beschrieb in seinem Werk «Psychologische Typen» (1921) zwei grundlegende Einstellungstypen sowie vier Grundfunktionen der Psyche, die bereits kurz nach der Geburt im Säuglingsalter zu erkennen sind (Mackenthun, 2013; Roth, 2003). Die vier Grundfunktionen der Psyche stellen die jeweiligen Herangehensweisen an das Leben dar (Roth, 2003). Zu den irrationalen Funktionen, auch Urteilsfunktionen genannt, gehören das Denken und Fühlen. Diese stehen sich komplementär gegenüber und können somit nicht gleichzeitig ausgeführt werden. Das Empfinden und das Intuieren gehören zu den irrationalen bzw. Wahrnehmungsfunktionen. Sie stehen ebenfalls komplementär zueinander (Kriz, 2007). Die beiden Einstellungstypen Extraversion und Introversion sind das jeweilig Gegensätzliche des anderen, wobei extravertierte Personen sich bevorzugt mit der äusseren Welt und introvertierte Personen sich bevorzugt mit dem inneren Erleben beschäftigen (Roth, 2003). Sie sind ebenfalls komplementär. Jede Person hat beide Anteile in sich und kann zwischen den beiden Typen hin- und herpendeln (Kriz, 2007).

Basierend auf den drei beschriebenen komplementären Dimensionen hat Jung acht psychische Typen bzw. Ausrichtungen der Psyche postuliert, wobei jede Person aufgrund der Ausprägungen auf diesen Dimensionen beschrieben werden kann. Die am stärksten ausgeprägte Funktion wird als Hauptfunktion, die entgegengesetzte Funktion auf der gleichen Dimension als minderwertige Funktion bezeichnet. Sie liegt ganz oder teilweise im Unbewussten. Die verbleibenden Funktionen auf den anderen beiden Dimensionen werden in superiore Hilfsfunktionen (wirken eher bei der bewussten Lebensgestaltung mit) und inferiore Hilfsfunktionen (wirken eher bei der unbewussten Lebensgestaltung mit) eingeteilt. Die Ausprägungen auf den Dimensionen können sich im Verlauf des Lebens verändern, sodass andere Funktionen eher das bewusste Handeln bestimmen und andere eher im Unbewussten wirken (ebd.).

Das persönliche und kollektive Unbewusste

Das persönliche Unbewusste beinhaltet nicht nur verdrängte Triebwünsche. Um ein funktionsfähiges Ich-Bewusstsein aufrechtzuerhalten, wird die Umgebung gefiltert wahrgenommen, da das Ich sonst von Sinneseindrücken überschwemmt würde. Die gefilterten Inhalte werden im

Unbewusstsein abgespeichert und können z.B. in Träumen zum Vorschein kommen. Ausserdem können peinliche Eindrücke und Einstellungen bewusst verdrängt werden. Vergessene Fakten und Informationen sowie in einer bestimmten Situation nicht abrufbare Inhalte sind überdies auch Teil des Unbewussten (Roth, 2003), das sich komplementär zum Bewussten verhält (Helle, 2019). Jung erweiterte das persönliche mit dem kollektiven Unbewussten, dessen Inhalte nicht persönlich erworben werden. Es enthält die Gesamtheit der menschlichen Erfahrungen der Evolution, die durch einen phylogenetischen Prozess entstanden sind. Der Inhalt ist kulturübergreifend und wird durch die sogenannten Archetypen strukturiert (Helle, 2019; Kriz, 2007; Roth, 2003). Für ein funktionierendes Ich-Bewusstsein ist es wichtig, dass vor allem kollektiv unbewusste Inhalte vom Bewusstsein ferngehalten werden, da es ansonsten von Eindrücken überschwemmt wird, was in einer Psychose resultiert. Unbewusste Inhalte können mittels Projektion in Form von Symbolen ins Bewusstsein gelangen (Roth, 2003).

Archetypen

Archetypen sind keine fertigen Bilder, die bewusst wahrgenommen werden können. Sie zeigen sich über Bilder und Symbole oder auch in Märchen (Datler & Stephenson, 1999; Roth, 2003). Jung ging davon aus, dass die Grundstrukturen für die psychische und geistige Entwicklung genauso wie die körperlichen Baupläne weitervererbt werden. Dies ist möglich, da die Archetypen ganz tief in der Bewusstseinsentwicklung verwurzelt sind, und zwar dort wo die Instinkte und Triebe angesiedelt sind. Dieser instinkthafte Pol steht dem weiterentwickelten geistig-seelischen Pol der Archetypen gegenüber (Roth, 2003). Einige Archetypen sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Archetypen (Helle, 2019; Kriz, 2007; Mackenthun, 2013; Roth, 2003)

Selbst	Zentraler Archetyp, der die anderen Archetypen koordiniert und wichtig für die Individuation ist. Das Ich steuert den Umgang mit der Aussenwelt und das Selbst die innere Wahrnehmung.
Persona	Die Maske, die die Menschen der Umwelt präsentieren. Sie entspricht den Erwartungen des kulturellen Umfeldes und ist grösstenteils bewusst. Ebenfalls dient sie als Schutz vor der Aussenwelt, ist aber auch durchlässig, um mit ihr in Kontakt treten zu können.
Schatten	Vereint alle unangenehmen Eigenschaften und Eigenheiten, die die Menschen vor sich und den anderen verbergen wollen und die nicht mit der Persona in Einklang stehen. Der Schatten hat sowohl eine individuelle als auch eine kollektiv unbewusste Dimension, da er auch Inhalte enthält, die von ganzen Familien, Kulturen etc. gemeinsam verdrängt werden müssen. Ebenso kann er positive Eigenschaften und Fähigkeiten enthalten, die aufgrund der kulturellen Umgebung nicht entwickelt werden konnten.
Animus und Anima	Das archetypische Paar von Animus und Anima ist geschlechtsspezifisch definiert und repräsentiert die jeweilige Summe der gegengeschlechtlichen Erfahrungen. Somit ist der Animus der Archetyp der Männlichkeit im Unbewussten der Frau und die Anima der Archetyp der Weiblichkeit im Unbewussten des Mannes. Sie spielen eine wichtige Rolle bei der Individuation.

Individuation

Das Ziel der Individuation ist, zu einer Einheit des Selbst und vollständigen Authentizität zu finden. Sie dauert das ganze Leben an. Jung teilte die Individuation in zwei Phasen ein. In der ersten Lebenshälfte geht es darum, seine Rolle im Leben zu finden sowie die Ausprägung der Funktionen auf den drei Dimensionen der Ich-Funktionen auszubilden und das Selbst und die Persona zu

formen. In der zweiten Lebenshälfte geht es dann erst um die eigentliche Individuation (Kriz, 2007; Mackenthun, 2013; Roth, 2003). Die in den tiefen Schichten der Psyche liegenden Archetypen sorgen autonom für den bestmöglichen Individuationsprozess, der einem Menschen in seinen individuellen Lebensumständen gerade möglich ist. Jeder Mensch kann aber auch bewusst, manchmal unterstützt durch eine Therapie, auf diese Mechanismen zurückgreifen (Roth, 2003).

Zentrale Aspekte der analytischen Behandlung

Eine Neurose entsteht, wenn eine minderwertige Funktion sich einen Weg ins Bewusstsein bahnt (Kriz, 2007) oder wenn ein Komplex vom Bewusstsein verdrängt wird (Kast, 2014; Kriz, 2007). Das Ziel in der Therapie liegt darin, ein stabiles und kohärentes Ich zu formen, das mit dem Unbewussten in konstruktiven Kontakt treten kann. So können die Ressourcen im Unbewussten für die individuelle Entwicklung und Sinnfindung genutzt werden. Dabei ist eine gewisse Flexibilität wichtig, damit man nicht zu viel und nicht zu wenig unbewusste Inhalte zulässt (Roth, 2003).

Die Traumdeutung ist das Hauptmittel bei der Analyse nach Jung, da sich im Traum unbewusste Inhalte in Form von Symbolen zeigen, was es ermöglicht mit dem Unbewussten in Kontakt zu treten und seine momentanen Probleme und Herausforderungen zu verstehen (Kriz, 2007; Roth, 2003).

2.3 Verhaltenstheoretisch orientierte Therapieverfahren

Zu den verhaltenstheoretisch fundierten Therapieformen gehören eine grosse und heterogene Gruppe von Ansätzen mit einer Vielzahl von Definitionen. Sie alle basieren ursprünglich auf Erkenntnissen aus der Lerntheorie. Im Gegensatz zu den anderen psychotherapeutischen Verfahren hat die Verhaltenstherapie keinen einzelnen Gründervater, sondern entstand gleichzeitig an mehreren Orten in Südafrika, England und den USA in den 50er und 60er Jahren des letzten Jahrhunderts (Helle, 2019; Kriz, 2007; Margraf, 2018). Zwei Faktoren trugen massgeblich zur Entwicklung der Verhaltenstherapie bei. Erstens wurde rege auf dem Gebiet zu lerntheoretischen Grundlagen von klinischen Phänomenen geforscht und zweitens wurden die geringe Effektivität der damals vorliegenden psychotherapeutischen Verfahren kritisiert (Margraf, 2018). Ein gemeinsamer Nenner aller verhaltenstherapeutischer Verfahren ist die Evidenzbasierung. Jede Intervention, deren Wirksamkeit empirisch überprüft und nachgewiesen ist, kann rein theoretisch in den Kontext der verhaltenstherapeutischen Verfahren aufgenommen werden (Helle, 2019).

Die Entstehung der Verhaltenstherapie kann in 3 Phasen oder Wellen eingeteilt werden, wobei die 3. Welle noch nicht abgeschlossen ist (Helle, 2019; Margraf, 2018). Sie werden gemeinsam mit den dazugehörigen Methoden in den nachfolgenden Kapiteln beschrieben.

2.3.1 1. Welle der Verhaltenstherapie

Ein Merkmal der 1. Welle ist die Forschung an Tieren und deren Übertragung auf die Psychotherapie sowie der Fokus auf beobachtbare, dysfunktionale Verhaltensweisen und das Ausserachtlassen von inneren psychischen Prozessen. Durch klassisches und operantes Konditionieren

sollten die dysfunktionalen Verhaltensweisen um- oder verlernt werden (Helle, 2019). Die entwickelten Verfahren basierten zunächst auf lerntheoretischen Erkenntnissen (Kriz, 2007).

Klassische Konditionierung

Die Grundlage für die klassische Konditionierung bildete Iwan P. Pawlow (1849-1936) und sein bei Tierexperimenten entdeckten «bedingten Reflex». Er beobachtete, dass Hunde bereits Speichel produzierten, wenn sie einen Stimulus wahrnahmen, der der Futtergabe regelmässig vorausging (z.B. Schritte der Experimentatoren) (Corey, 2013; Kriz, 2007; Margraf, 2018).

Eine klassische Konditionierung setzt eine natürliche Reiz-Reaktions-Sequenz voraus. Z.B. führt das Futter als unkonditionierter Stimulus (UCS) bei Hunden zu einer unkonditionierten Reaktion des Speichelflusses (UCR). Wenn das Futter (UCS) nun regelmässig mit einem zunächst neutralen Reiz wie einem Glockenton (konditionierter Stimulus CS) gepaart dargeboten wird, tritt der Speichelfluss (UCR) irgendwann auch ausschliesslich als Reaktion auf die Glocke (CS) auf und wird zur konditionierten Reaktion (CR) (Helle, 2019; Kriz, 2007; Margraf, 2018; Michael et al., 2018). Wenn die Glocke (CS) jedoch häufig hintereinander ohne Futter (UCS) dargeboten wird, tritt der Speichelfluss (CR) immer seltener auf und bleibt irgendwann ganz aus. Es kommt zu einer «Löschung» (Corey, 2013; Kriz, 2007). Einige der auf der klassischen Konditionierung basierenden Methoden werden im Folgenden kurz beschrieben.

Systematische Desensibilisierung

Die systematische Desensibilisierung wurde von Joseph Wolpe (1915-1997) (1958) entwickelt. Die Patient*innen erhalten zuerst ein Entspannungstraining, meist die von Edmund Jacobson (1888-1983) beschriebene progressive Muskelrelaxation (Jacobson 1978). Bei diesem Entspannungsverfahren werden einzelne Muskelgruppen gezielt angespannt und danach wieder entspannt, wodurch eine Entspannung des kompletten Körpers erreicht werden soll. Anschliessend erstellen die Patient*innen eine sogenannte Angsthierarchie, auf der die angstausslösenden Situationen und Reize nach dem Grad der Angstausslösung angeordnet werden.

Bei der eigentlichen systematischen Desensibilisierung werden die Patient*innen in einen entspannten Zustand versetzt und aufgefordert, sich zunächst die am wenigsten angstausslösenden Situationen bzw. Reize vorzustellen. Anschliessend wird in der Angsthierarchie systematisch nach oben gearbeitet. Löst eine vorgestellte Situation bzw. Reiz zu viel Angst aus, wird eine Entspannungssequenz eingeschoben oder es wird auf die vorangegangene Angststufe zurückgegangen. Die einzelnen Angststufen werden so lange durch Entspannung und bildliche Vorstellung bearbeitet bis die Patient*innen keine subjektive Erregung mehr bei sich wahrnehmen (Corey, 2013; Helle, 2019; Kriz, 2007; Maercker & Weike, 2018).

Expositionsverfahren

Expositionsverfahren können in sensu (in der Vorstellung), in vivo (in der Realität) oder in virtuo (in der virtuellen Realität) angeboten werden und können in unterschiedlichen Intensitäten

erfolgen. Bei der Exposition in vivo und in virtuo wird zwischen einer graduierten und einer reizüberflutenden («flooding») Vorgehensweise unterschieden. Bei der graduierten Exposition wird dabei zuerst eine Angsthierarchie erstellt. Bei der imaginierenden (in sensu) Technik erfolgt die Vorgehensweise ebenfalls graduiert (systematische Desensibilisierung) oder mit voller Intensität (Implosion) (Corey, 2013; Kriz, 2007; Lass-Hennemann et al., 2018).

Angstbewältigungstraining

Bei dieser abgeänderten Erweiterung der systematischen Desensibilisierung wird die Angst mithilfe der Entspannung nicht vermieden sondern wahrgenommen und mithilfe der Entspannungstechnik überwunden (Kriz, 2007).

Operante Verfahren

Die operanten Verfahren gehen hauptsächlich auf die auf dem Lernprinzip basierenden tierexperimentellen Forschungen von Edward L. Thorndike (1874-1949) und B. F. Skinner (1904-1990) zurück (Helle, 2019; Rinck & Becker, 2020). Es besagt, dass ein operantes, also spontan auftretendes Verhalten, durch die Manipulation der darauffolgenden Konsequenzen verändert werden kann, ohne dass dabei auf die Ursache dieses Verhaltens eingegangen werden muss. Wichtig ist die kontingente Präsentation von Konsequenzen auf ein Verhalten, da dieses sonst wieder gelöscht werden kann (Helle, 2019; Maercker & Machmutow, 2018). Einige wichtige Begriffe bei den operanten Verfahren werden im Weiteren kurz beschrieben.

Arten von Konsequenzen

Die operante Konditionierung arbeitet mit verschiedenen Arten von Konsequenzen, die in der Tabelle 2 dargestellt sind. Durch die Verstärkung wird die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines bestimmten Verhaltens erhöht. Dies geschieht bei der positiven Verstärkung durch die Darbietung von angenehmen Konsequenzen wie z.B. Belohnungen oder Lob. Bei der negativen Verstärkung bleibt hingegen eine negative Verstärkung wie z.B. Elektroschocks bei den Tierexperimenten aus. Mit der Bestrafung soll die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines bestimmten Verhaltens reduziert werden. Bei der direkten Bestrafung folgt auf ein bestimmtes Verhalten eine unangenehme Konsequenz wie z.B. das Ausschimpfen durch die Eltern oder Geldstrafen. Die indirekte Bestrafung arbeitet hingegen mit dem Entzug von angenehmen Dingen wie z.B. dem TV schauen oder dem Führerausweis.

Tabelle 2: Die unterschiedlichen Arten von Konsequenzen (Maercker & Machmutow, 2018, S. 570)

	Darbietung von Verstärkern	Entzug von Verstärkern
Positive Verstärker	(1) Positive Verstärkung (Belohnung, Bekräftigung)	(2) Indirekte Bestrafung (Response Cost)
Negative Verstärker	(3) Direkte Bestrafung	(4) Negative Verstärkung (Erleichterung)
Keine Verstärker	(5) Löschung (Time Out)	

Wenn ein bestimmtes Verhalten nicht verstärkt wird, nimmt die Auftretenswahrscheinlichkeit ab oder es wird gar nicht mehr gezeigt. Dies kann z.B. als Konsequenz durch das Ignorieren von bestimmten Verhaltensweisen oder das Anordnen einer Auszeit erfolgen (Corey, 2013; Kriz, 2007; Maercker & Machmutow, 2018; Michael et al., 2018; Rinck & Becker, 2020).

Verstärkungsarten

Es gibt unterschiedliche Arten von Verstärkern, die hier kurz aufgelistet werden (Helle, 2019; Junge-Hoffmeister & Pittig, 2020; Maercker & Machmutow, 2018):

- *Primäre Verstärker*: Basieren auf den Grundbedürfnissen wie Essen, Trinken und Schlafen und wirken nur, wenn ein Mangel vorherrscht.
- *Sekundäre Verstärker*: Die Wirkung basiert auf internalisierten Lernprozessen. Beispiele sind Lob und Geld.
- *Intermittierende Verstärkung*: Nicht jedes Verhalten hat eine Verstärkung zur Folge. Langsamerer Lernprozess, dafür höhere Lösungsresistenz.
- *Soziale Verstärkung*: Positive Reaktionen durch die Bezugspersonen
- *Selbstverstärkung/Selbstbekräftigung*: Wenn man sich selbst etwas gönnt oder lobt.
- *Komplexe Verstärkung*: Mehrere Verhaltensweisen sollen gleichzeitig beeinflusst werden. Dazu gehören z.B. die Arbeit mit Token oder Kontingenzverträgen.

Stimuluskontrolle

Mithilfe der Stimuluskontrolle wird eine individuelle Umgebung so gestaltet, dass erwünschtes Verhalten gefördert und unerwünschtes Verhalten reduziert wird. Diejenigen Stimuli, die problematische Verhalten begünstigen, sollen dabei beseitigt oder vermieden werden (Junge-Hoffmeister & Pittig, 2020; Kriz, 2007; Maercker & Machmutow, 2018; Michael et al., 2018).

2.3.2 2. Welle der Verhaltenstherapie

Bei der sogenannten kognitiven Wende spielten verschiedene Faktoren eine Rolle. Einerseits entwickelten die Psychologen Albert Ellis (1913-2007) und Aaron Beck (1921-2021) aus Unzufriedenheit mit dem psychoanalytischen Ansatz unabhängig voneinander kognitive therapeutische Ansätze, andererseits verlagerte sich der Forschungsschwerpunkt in der akademischen Psychologie ca. 15 Jahre später auf kognitive Prozesse. Einen grossen Einfluss hierbei hatte Albert Bandura (1925-1991) und seine Forschungsarbeiten zum «Lernen am Modell». (Helle, 2019) Daneben entstand ein wachsendes Interesse am Konzept der Selbstkontrolle mit den Komponenten Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung (Margraf, 2018). Mit der Hinzunahme der kognitiven Komponente spielten neben Reizen, Verstärkern und dem sichtbaren Verhalten auch die subjektive Wahrnehmung der Umwelt sowie der Beziehungen zu anderen eine Rolle. Demzufolge wurden psychische Störungen als Folge «fehlerhafter Wahrnehmungen von objektiven Situationswirklichkeiten und/oder fehlerhafter Schlussfolgerungen oder Problemlösungen» bzw. dysfunktionaler Kognition definiert (Wittchen et al., 2020, S. 23).

Lernen am Modell

Beim Modelllernen erwerben Personen durch die Beobachtung von anderen sich verhaltenden Personen bestimmte Verhaltensweisen und zwar auch dann, wenn sie die Handlung nicht selbst ausführen (Kriz, 2007; Margraf, 2018). Das gelernte Verhalten ergibt sich ausschliesslich aus der Beobachtung, womit eine Verstärkung der beobachtenden Personen ausgeschlossen werden kann. Als Folge müssen kognitive Aspekte bei der Betrachtung der Lernprozesse hinzugezogen werden (Helle, 2019; Margraf, 2018). Unangemessene Verhaltensweisen ergeben sich bei der sozialen Lerntheorie daraus, dass bestimmte Verhaltensweisen noch nicht hinreichend beobachtet und damit selbst erprobt und erlernt werden konnten. Diese Verhaltenslücken werden mit dem Üben von Verhaltensweisen im Rahmen des Kompetenztrainings geschlossen (Kriz, 2007).

Selbstinstruktionstraining

Bei der Selbstinstruktion geht es um die Bearbeitung fehlerhafter Denkstile. Die Grundlage bildet die Annahme, dass menschliches Handeln und Erleben von einem selbstreflexiven inneren Dialog begleitet wird. Der oft genannte Donald W. Meichenbaum (*1940-) (Kriz, 2007) ging davon aus, dass die inneren Dialoge eine verhaltenssteuernde Wirkung haben und als Folge die Bewältigungskompetenz in belastenden Situationen beeinflussen können (de Jong-Meyer, 2018). Meichenbaum unterteilte das Selbstinstruktionstraining in drei Phasen, wobei im Verlauf auf frühere Phasen wieder zurückgegriffen werden kann (Kriz, 2007):

1. *Begriffliche Strukturierung des Problems:* Das Problem der Patient*innen wird erörtert, eine Situationsanalyse durchgeführt und der Behandlungsanfang geplant.
2. *Erprobung des Konzeptes:* Die Patient*innen lernen, Selbstaussagen wahrzunehmen und zwischen den äusseren Ereignissen und den eigenen symptomauslösenden Gedanken und Bewertungen zu unterscheiden.
3. *Modifikation von Selbstaussagen und Produktion neuer Verhaltensweisen:* Die Patient*innen lernen mittels unterschiedlicher Techniken, die Selbstaussagen und Verhaltensweisen zu ändern. Dabei werden klassisch verhaltenstherapeutische Methoden mit Selbstinstruktionen kombiniert (siehe z. B. Meichenbaum, 1972, 1991).

Rational-Emotive Therapie

Albert Ellis (1913-2007) entwickelte die Rational-Emotive Therapie (RET) ab den 50er Jahren. Aufgrund der zentralen Annahme von irrationalen Überzeugungen als Ursache für psychische Belastungen, wird sie zu den kognitiven Verhaltenstherapien gezählt (Kriz, 2007). Da Kognition, Verhalten, Wahrnehmung, Fühlen und Denken nicht unabhängig voneinander sind, ist der gesamte Mensch durch die irrationalen Überzeugungen betroffen (Dryden et al., 2010).

Die irrationalen Überzeugungen lassen sich in drei grundlegende Imperative einteilen (Ellis & Dryden, 2007):

- Ich muss die Anerkennung der anderen erlangen, indem ich meine Sache gut mache. Ansonsten bin ich wertlos.
- Die anderen müssen mich zuvorkommend und freundlich behandeln und zwar genau so wie ich es von ihnen möchte. Wenn dies nicht der Fall ist, verdienen sie es verurteilt und bestraft zu werden.
- Ich muss das, was ich will ohne Probleme bekommen und vor dem verschont werden, was ich nicht will. Alles andere ist schrecklich.

Diese drei Imperative sind genetisch verankert (de Jong-Meyer, 2018; Kriz, 2007) und werden erst problematisch, wenn sie verinnerlicht werden (Corey, 2013; Helle, 2019). Das sogenannte ABC-Schema bildet die Grundlage für die Therapie und dient als Erklärung für die Entstehung sowie Aufrechterhaltung von psychischen Störungen. Auf ein Ereignis A («activating Event») folgt eine individuelle Überzeugung B («belief system») und weiter emotionale oder verhaltens-technische Konsequenzen C («consequences»). Aufgrund der individuellen Überzeugungen wird allgemein davon ausgegangen, dass die Konsequenzen die Folge des Ereignisses sind ($A \rightarrow C$). Die Konsequenzen sind jedoch die Folge der auf die Ereignisse folgenden individuellen Überzeugungen ($A \rightarrow B \rightarrow C$) (Corey, 2013; Dryden et al., 2010; Ellis & Dryden, 2007; Kriz, 2007).

In der Therapie werden die Patient*innen zuerst mit dem Therapieverfahren und dem ABC-Schema vertraut gemacht. Anschliessend werden die individuellen ABC-Schemata aufgedeckt und analysiert. Mittels emotiver, kognitiver und behavioristischer Techniken werden im Rahmen des Disput D die irrationalen Überzeugungen thematisiert. Dazu gehören u. a. der sokratische Dialog, Überredung und didaktische Demonstrationen. Die Patient*innen gelangen so irgendwann zu einem Effekt E («effective rational beliefs») und irrationale werden durch rationale Überzeugungen ersetzt (Corey, 2013; Dryden et al., 2010; Ellis & Dryden, 2007; Helle, 2019; Kriz, 2007). Die Therapie wird beendet, wenn sich die Patient*innen in der Lage fühlen, mit ihren verbleibenden und zukünftigen Problemen selbständig umgehen zu können (Ellis & Dryden, 2007). Die Beziehung zwischen den Therapeut*innen und Patient*innen ähnelt der zwischen Lehrer*innen und Schüler*innen, ist also stark didaktischer Natur (Corey, 2013; Kriz, 2007).

Kognitive Therapie

Bei der durch Aaron T. Beck (1921-2021) entwickelten kognitiven Therapie werden als Ursache von psychischen Problemen kognitive, dysfunktionale Schemata angenommen. Diese automatischen Denkmuster werden bei stressigen oder traumatischen Ereignissen aktiviert, die denjenigen ähneln während derer sie ursprünglich entstanden sind (de Jong-Meyer, 2018; DeRubeis et al., 2010; Helle, 2019). Daraus folgt eine idiosynkratische Sicht auf die eigene Person, die Umwelt und die Zukunft (de Jong-Meyer, 2018; DeRubeis et al., 2010). In der Tabelle 3 sind einige typische Denkfehler aufgelistet, die dysfunktionale Schemata und Grundüberzeugungen stützen und aufgrund derer trotz gegenteiliger Erfahrungen daran festgehalten wird (de Jong-Meyer, 2018).

Tabelle 3: Typische Denkfehler (Corey, 2013; de Jong-Meyer, 2018; DeRubeis et al., 2010; Kriz, 2007)

Personalisieren	Ereignisse werden in übermässiger Weise auf die eigene Person bezogen, auch wenn es dazu keine objektiven Gründe gibt.
Dichotomes Denken	Mittels «Schwarz-weiss Denken» werden Ereignisse in Extreme eingeteilt, ohne Abstufungen wahrzunehmen.
Willkürliches Schlussfolgern	Aus Ereignissen werden ohne Beweise Schlüsse gezogen, auch wenn sogar gegenteilige Erfahrungen vorliegen.
Selektive Verallgemeinern	Einzelne Aspekte von Situationen und Ereignissen werden herausgepickt und überbewertet und die Bedeutung des Gesamtkontexts tritt in den Hintergrund.
Übergeneralisierung	Einzelne Ereignisse und Aspekte werden unhinterfragt zu allgemeinen Aussagen generalisiert.
Maximieren und Minimieren	Ereignisse werden stark über- oder unterbewertet.
Abwertung von Positivem	Positive Ereignisse werden als nicht so wichtig abgestempelt.
«Labeling»	Eigenem Verhalten wird ein bestimmtes Label zugeordnet (z.B. schlechte Mutter, Versager) und auf alle späteren Ereignisse angewendet.
Übertreibung	Unbedeutenden Veränderungen oder Ereignissen wird eine übermässige Bedeutung zugeschrieben.
Gedankenlesen	Man glaubt, die Gedanken und Absichten anderer Personen zu kennen, ohne Beweise dafür zu haben.
Wahrsagen	Man glaubt, die Zukunft zu kennen.
Emotionale Beweisführung	Aufgrund eigener Gefühle werden Schlüsse gezogen.

In der Therapie werden den Patient*innen zuerst die Grundannahmen der kognitiven Therapie vermittelt. Anschliessend werden die automatischen, dysfunktionalen Gedanken mittels z.B. Gedankenprotokollen, Rollenspielen oder Imaginieren identifiziert. Die Therapeut*innen regen die Patient*innen nun durch den sokratischen Dialog dazu an, die automatischen Gedankengänge auf mögliche Verzerrungen und Fehler zu überprüfen und zu relativieren. Weiter werden funktionale Gedanken und Denkweisen entwickelt. Diese werden durch das Herbeiführen einer Situation getestet, in der die dysfunktionalen Gedanken typischerweise auftreten (Realitätstest) (de Jong-Meyer, 2018; DeRubeis et al., 2010; Kriz, 2007). Die Therapiesitzungen folgen einer bestimmten Agenda. Zuerst werden die Erfahrungen und Aufgaben seit der letzten Sitzung besprochen. Danach wird eine Agenda für die laufende Sitzung erstellt. Anschliessend wird das in der Agenda festgelegte Ziel bearbeitet. Zum Schluss werden Aufgaben bis zur nächsten Sitzung festgelegt (de Jong-Meyer, 2018). Die Therapeut*innen verhalten sich empathisch und feinfühlig. Die therapeutische Beziehung ähnelt einer Partnerschaft, wobei die Therapeut*innen die Patient*innen zum Verständnis ihrer automatischen Gedankengänge führen und die Patient*innen aktiv mitarbeiten und ihre Hausaufgaben erledigen (Corey, 2013).

2.3.3 3. Welle der Verhaltenstherapie

Die verhaltenstherapeutischen Ansätze der dritten Welle legen den Fokus neben klassischen verhaltenstherapeutischen Methoden verstärkt auf Konzepte wie Achtsamkeit und Akzeptanz (Heidenreich & Michalak, 2018). Das Ziel ist nicht mehr primär eine Veränderung der 1. Ordnung

anzustreben. Das Augenmerk wird vermehrt auf Veränderungen der 2. Ordnung gesetzt. Somit sollen bestimmte Verhaltensweisen, Gedanken und Emotionen nicht verändert bzw. beseitigt werden, sondern achtsam wahrgenommen und als Teil des eigenen Lebens und der momentanen Situation akzeptiert werden. Die Metakognition rückt folglich in das Zentrum der Aufmerksamkeit (Corey, 2013; Dobson & Dozois, 2010; Hayes, 2004a, 2004b; Heidenreich et al., 2007; Helle, 2019; Spiegler & Guevremont, 2009). Einige Ansätze werden im Folgenden kurz beschrieben.

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) wurde von Marsha M. Linehan (*1943-) (1993) entwickelt und kommt heute primär bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zum Einsatz. Da während der Behandlung auch fernöstliche Mediationstechniken angewendet werden, zählt die DBT zur dritten Welle der Verhaltenstherapie. Der Behandlungsansatz basiert auf dem «ätiologisch biosozialen Modell» von Linehan. Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben demnach eine Störung der Emotionsregulation, wodurch Emotionen schnell ansteigen und nur langsam wieder zurückgehen. Zudem nehmen betroffene Personen ihre Emotionen nur undifferenziert wahr, was zu einem erhöhten Spannungszustand führt, der über dysfunktionale Verhaltensweisen (z.B. Selbstverletzung) zu regulieren versucht wird. Die Ursachen für die Störung der Emotionsregulation liegen in der biologischen Disposition und in einem invalidierenden sozialen Umfeld (Corey, 2013; Heidenreich et al., 2007; Helle, 2019; Linehan, 1993; Robins et al., 2004; Spiegler & Guevremont, 2009; Stiglmayr et al., 2006).

Die Therapeut*innen verfolgen während der Therapie eine dialektische Grundhaltung und streben eine Balance zwischen akzeptierenden und unterstützenden sowie verändernden und fordernden Methoden an. Die Behandlung ist grundsätzlich in Einzel- und Gruppentherapie aufgeteilt. In der Einzeltherapie wird zuerst eine tragfähige Beziehung aufgebaut sowie ein Therapievertrag unterschrieben, in dem die Therapieziele und Vereinbarungen festgehalten werden. Die Problembereiche, die bearbeitet werden, sind hierarchisch angeordnet. Dazu gehören im Schweregrad absteigend folgende Bereiche dazu: Suizidales und selbstschädigendes Verhalten, therapiegefährdendes Verhalten und Verhalten, das die Lebensqualität beeinträchtigt. Mittels Verhaltens- und Emotionsanalysen werden dysfunktionale Schemata identifiziert und individuelle Lösungen und Strategien gesucht. Sobald die Patient*innen emotional stabil sind und ihr Leben einigermaßen unter Kontrolle haben, können (falls vorhanden) die darunterliegenden Traumata und die damit einhergehenden Emotionen bearbeitet werden, wobei auch eine Art von Expositionstraining zum Einsatz kommt. In der Gruppentherapie lernen die Patient*innen verschiedene Fertigkeiten (Skills), die in die vier Module innere Achtsamkeit, Zwischenmenschliche Fähigkeiten, bewusster Umgang mit Gefühlen und Stresstoleranz eingeteilt werden (ebd.).

Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)

Die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) wurde hauptsächlich durch Steven C. Hayes (*1948-) (Hayes, 2004a, 2004b; Hayes et al., 2006) entwickelt und hat vor allem das Ziel,

Vermeidungsverhalten abzubauen. Der theoretische Rahmen dazu bildet die «Relational Frame Theory (RFT)» (Bezugsrahmentheorie) (Hayes, 2004b; Hayes et al., 2006). Nach der RFT führt die Fähigkeit der Sprache beim Menschen dazu, dass inneres und äusseres Erleben erfasst und kognitiv repräsentiert werden kann. Durch Erfahrungen werden sprachliche und gedankliche Relationen hergestellt, entweder über sinnliche Erfahrungen oder durch implizite und explizite Schlussfolgerungen. Diese Relationen können das menschliche Handeln genauso beeinflussen wie die eigentlichen Ereignisse selbst. Psychische Probleme entstehen dann, wenn aufgrund gebildeter Relationen ein rigides Verhalten entsteht (oft Vermeidungsverhalten), das erfahrungsoffenes und flexibles Verhalten verhindert. Demzufolge sind nicht dysfunktionale Denkvorgänge und Kognitionen verantwortlich für psychische Störungen, sondern das Unterdrücken und Vermeiden von aversivem Erleben. Dies führt zu einer Verstärkung der gebildeten Relationen und Verknüpfungen, wodurch diese aufrechterhalten werden und das unflexible Verhalten dadurch ebenfalls bestehen bleibt (Bader, 2014; Hayes, 2004a, 2004b; Hayes et al., 2006; Heidenreich et al., 2007; Helle, 2019; Spiegler & Guevremont, 2009). Die sechs störungsrelevanten Prozesse, die zu einer Inflexibilität führen sind in der Tabelle 4 aufgeführt.

Tabelle 4: Störungsrelevante Prozesse, die zu einer Inflexibilität führen (ebd.)

Kognitive Fusion	Bewertende Gedanken, Bilder und Grundannahmen verschmelzen, werden als Fakten wahrgenommen und beeinflussen so das Denken und Handeln.
Erlebnisvermeidung	Negativ wahrgenommenes Erleben wird unterdrückt und/oder vermieden. Dies führt zwar zu einer kurzzeitigen Erleichterung, ist längerfristig aber schädlich für die psychische Gesundheit.
Mangelnde Werteklarheit und -orientierung	Die eigentlichen Lebensziele und Werte rücken in den Hintergrund, weil der Fokus auf dem Vermeidungsverhalten und der aktuellen Symptomatik liegt.
Dominanz der vorgestellten Vergangenheit und Zukunft	Dies führt zu einer eingeschränkten Auseinandersetzung mit der Gegenwart.
Untätigkeit und beharrliches Vermeidungsverhalten	Durch das ständige Vermeiden von negativem Erleben resultiert eine Unfähigkeit zu Handeln oder es erfolgen ineffektive und unangepasste Handlungsversuche, die das Problem noch vergrössern.
Festhalten am Selbstkonzept	Das rigide Selbstkonzept schränkt den Handlungsspielraum und die Möglichkeiten für Veränderung ein.

Während der Therapie liegt der Fokus auf den folgenden Bereichen, um die Flexibilität zu erhöhen (ebd.):

- *Akzeptieren und Bereit sein:* Die Patient*innen lernen Gefühle, Gedanken und Körperempfindungen zu akzeptieren und das Erleben und Erfahrungen zuzulassen. Gleichzeitig sollen sie durch Übungen die Aussichtslosigkeit von bisherigen Kontrollversuchen erkennen.
- *Kognitive Defusion:* Die Patient*innen sollen ihre Gedanken aus einem neutralen Abstand betrachten und nicht mehr als Fakten wahrnehmen.
- *Im Hier-und-Jetzt präsent sein:* Achtsamkeitsübungen sollen helfen, die Gegenwart wieder wahrzunehmen, denn nur diese kann aktiv beeinflusst werden. Zudem hilft Achtsamkeit, das

momentane Erleben wahrzunehmen und automatische Denk- und Bewertungsprozesse zu unterbrechen.

- *Selbst als Kontext/Beobachter selbst*: Bewertungen und Gefühle sollen von den Patient*innen aus der Beobachterperspektive als Gedanken wahrgenommen werden, die nur ein vorübergehender Teil von ihnen selbst sind.
- *Klärung von Lebenswerten*
- *Engagiertes, entschlossenes Handeln*

2.3.4 Verhaltenstherapeutische Prinzipien heute

Trotz der grossen Heterogenität innerhalb der Verhaltenstherapie definiert Margraf (2018, S. 5f.) neun Prinzipien, die alle verhaltenstherapeutischen Vorgehen gemeinsam haben:

1. *Verhaltenstherapie orientiert sich an der empirischen Psychologie*: Die theoretischen Konzepte und therapeutischen Methoden werden bestmöglich operationalisiert und empirisch überprüft sowie Erkenntnisse aus Nachbardsdisziplinen miteinbezogen.
2. *Verhaltenstherapie ist problemorientiert*: Das therapeutische Vorgehen wird auf die jeweiligen Patient*innen und deren Störungen zugeschnitten, womit für verschiedene Störungen unterschiedliche Verfahren bestehen, die jeweils empirisch überprüft sind. Zudem wird eine allgemeine Problemlösefähigkeit angestrebt, die über die Lösung des aktuell bestehenden Problems hinausgeht.
3. *Verhaltenstherapie setzt an den prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Problembedingungen an*: Die Interventionen setzen an den Punkten an, die für eine dauerhafte Lösung des Problems als wichtig und notwendig erachtet werden.
4. *Verhaltenstherapie ist zielorientiert*: Das gemeinsame Festlegen eines Ziels zwischen Therapeut*innen und Patient*innen bildet ein Grundbaustein der Therapie. Das Ziel ist dabei die Lösung des Problems.
5. *Verhaltenstherapie ist handlungsorientiert*: Die Verhaltenstherapie setzt eine aktive Mitarbeit der Patient*innen voraus. Dies bedingt nicht nur Einsicht, Diskussion und Reflektion, sondern auch aktives Erproben von neuen Verhaltens- und Erlebensweisen und Problemlösestrategien.
6. *Verhaltenstherapie ist nicht auf das therapeutische Setting begrenzt*: Die erzielten Veränderungen in der Therapie sollen auf den Alltag übertragen werden. Dies setzt regelmässiges Ausprobieren und Üben von neuen Verhaltensweisen zwischen Sitzungen voraus.
7. *Verhaltenstherapie ist transparent*: Den Patient*innen werden die individuellen Störungen sowie das therapeutische Vorgehen verständlich erklärt. Dies soll das Informationsbedürfnis stillen und folglich zu einer höheren Compliance und Verständnis für die Therapie führen.
8. *Verhaltenstherapie soll «Hilfe zur Selbsthilfe» sein*: Durch das transparente Informieren der Patient*innen können diese zukünftige Probleme besser analysieren und bewältigen. Rückfälle und neue Probleme sollen so verhindert werden.

9. *Verhaltenstherapie bemüht sich um ständige Weiterentwicklung*: Durch die empirische Orientierung werden die theoretischen Konzepte und Methoden ständig überprüft und verfeinert.

Da für verschiedene Störungsbilder unterschiedliche Verfahren existieren, muss zuerst eine kompetente Diagnosestellung und klassifikatorische Einordnung erfolgen. Darauf basierend erfolgt eine Problemanalyse und die Auswahl eines passenden Verfahrens (ebd.) In der Tabelle 5 ist der prototypische Verlauf einer (kognitiven) Verhaltenstherapie etwas genauer dargestellt.

Tabelle 5: Prototypische Anordnung der Phasen einer Verhaltenstherapie, von der Diagnostik bis zur Evaluation Hoyer und Knappe (2020, S. 403)

(1) Multidimensionale Diagnostik	• Biographische Anamnese • (Halb-)Strukturierte oder standardisierte Interviews (klassifikatorische Diagnostik) • Psychometrische Testverfahren • Problem- und Verhaltensanalyse bzw. Situationsanalysen • Zielklärung • Medizinische Diagnostik
(2) Kognitive Vorbereitung	• Psychoedukation • Erarbeitung eines Modells zur Entstehung und Aufrechterhaltung • Ableitung des Therapierationals bzw. Behandlungsplans aus dem Störungsmodell
(3) Therapeutische Interventionen	• Verhaltenstherapeutische Interventionen • Handlungsorientierte Verfahren • Kognitive Techniken (vgl. Beck, Ellis und Meichenbaum) • Kombinationen
(4) Selbsterprobungsphase	• Stabilisierung der in der Therapie erworbenen oder modifizierten Verhaltensweisen, Integration in den Alltag (Hausaufgaben und Transfer) • Patient wird zum «Therapeuten in eigener Sache»
(5) Evaluation	• Kontinuierliche Verlaufsmessung • Qualitätsmanagement • Überprüfung der Wirksamkeit der Behandlung durch Prä-, Post- und Follow-Up-Messungen

2.4 Humanistisch orientierte Therapieverfahren

In den USA wurde in den 1960er-Jahren des letzten Jahrhunderts die «Association for Humanistic Psychology (AHP)» gegründet (Eberwein, 2009) und die erste Ausgabe der Zeitschrift «Journal of Humanistic Psychology» herausgebracht. Dies wird allgemein als Beginn der humanistischen Psychologie angesehen. Ebenfalls hatten weitere parallel stattfindende Ereignisse und Bewegungen Einfluss auf deren Entstehung (Helle, 2019). In den 30er und 40er Jahren mussten viele Wissenschaftler aus Europa aufgrund des Nationalsozialismus in die USA flüchten und brachten dabei u. a. die Gestaltpsychologie und philosophische Theorien mit, die auf grosses Interesse stießen (Eberwein, 2009). In der Mitte des letzten Jahrhunderts gab es viele gesellschaftliche Umbrüche und Veränderungen (z.B. Friedens- und Bürgerrechtsbewegungen in den USA), die die humanistische Psychologie beeinflussten und wiederum durch sie beeinflusst wurden (Helle, 2019). Die humanistische Psychologie wurde von ihren Vertreter*innen neben der analytischen Psychologie und Verhaltenstherapie als dritte Richtung gesehen und grenzte sich gegen das negative und unflexible Menschenverständnis der Psychoanalyse und die mechanistisch-experimentelle Orientierung der Behavioristen ab (Helle, 2019; Kriz, 2007).

2.4.1 Philosophische Grundlagen

Die humanistische Psychologie hat ihre Wurzeln auch in philosophischen Theorien, dazu gehören u. a. der Humanismus, die Existenzphilosophie, die Phänomenologie und die Hermeneutik (Eberwein, 2009; Kriz, 2007). Der Humanismus bildet die Grundlage für die humanistische Psychotherapie. Er geht davon aus, dass das Wohlergehen aller Menschen den Grundsatz für jedes Handeln sein soll. Jeder Mensch besitzt als Individuum Würde und die Fähigkeit, sich aus eigenem Antrieb zu entwickeln, zu wachsen und zu bilden (Eberwein, 2009).

Existenzphilosophie

Der Mensch wird nach der Existenzphilosophie sinnfrei geboren und hat die Freiheit, seinen Lebensweg selbst zu gestalten. Die dadurch erzeugte existenzielle Angst führt dazu, dass der Mensch während seines Lebens immer wieder Entscheidungen treffen und sich selbst in Frage stellen muss und die Möglichkeit hat, er selbst zu sein und zu werden oder dies nicht zu tun (Eberwein, 2009; Helle, 2019; Kriz, 2007). Jeder Mensch hat demzufolge trotz Traumata, Ängsten etc. eine Möglichkeit zur Wahl und kann sein Leben verändern. Die Therapeut*innen können das nicht für die Klient*innen übernehmen, sondern unterstützen sie auf dem Weg, Eigenverantwortung zu übernehmen und ihr Leben aktiv zu gestalten (Eberwein, 2009).

Martin Buber (1878-1965) (1999) unterschied zwei Kontaktformen, die Einfluss auf den psychotherapeutischen Dialog hatten. In der Ich-Du-Beziehung befinden sich zwei Personen (Subjekte), die sich gegenseitig als eigenständige Personen wahrnehmen und wertschätzen. In der Ich-Es-Beziehung tritt ein Subjekt mit einem Objekt in Kontakt. Ist das Objekt eine andere Person, entsteht zu ihr eine versachlichte Beziehung und sie wird nicht wirklich wahrgenommen. Das individuelle Ich kann sich nur in Beziehung zu anderen Menschen herausbilden. In der humanistisch orientierten Psychotherapie soll die Dialogfähigkeit der Klient*innen gefördert werden. Diese setzt sich aus den Fähigkeiten, sich auch bei Konflikten in die andere Person einfühlen zu können (Empathie) und mit sich selbst dabei in gutem Kontakt zu stehen (Selbstempathie), zusammen. Die Therapeut*innen verhalten sich dabei wohlwollend und zugewandt, wahren aber auch professionelle Distanz (Eberwein, 2009).

Phänomenologie

Die Phänomenologie geht davon aus, dass die Menschen die Welt nicht so erfassen können wie sie wirklich ist, da sie durch ihr Bewusstsein beeinflusst werden, das sie zu einer für sie sinnvollen Wahrnehmung führt (Rowan, 2016). Das Bewusstsein ist intentional und ist immer aktiv, egal ob der Mensch im Schlaf- oder Wachzustand ist, was heisst, dass das Bewusstsein immer auf etwas gerichtet ist. Die Welt kann demzufolge nur über das intentionale Bewusstsein wahrgenommen werden (Helle, 2019; Rowan, 2016). In der humanistisch orientierten Psychotherapie wird demzufolge die subjektive Realität der Klient*innen anerkannt und ernst genommen (Kriz, 2007).

Hermeneutik

In der humanistisch orientierten Psychotherapie kommt vor allem der hermeneutische Zirkel zum Einsatz. Die Therapeut*innen fühlen sich theoriegeleitet in die Klient*innen ein, um sie zu verstehen und deuten Inhalte dialogisch. Das Vorgehen ist hermeneutisch, indem sich die Therapeut*innen als verstehende und empathische Personen mehr und mehr den Klient*innen als die zu Verstehenden annähern. Dabei wird fortlaufend dialogisch ergründet, was bewusst und unbewusst bei den Klient*innen vorgeht und abgewehrte Inhalte und latente Ressourcen (wieder) integriert. Dies soll den Klient*innen zu mehr Wahlfreiheit verhelfen, indem sie sich von Zwängen, Ängsten und (unbewusstem) Vermeidungsverhalten lösen können (Eberwein, 2009).

2.4.2 Gestaltpsychologie

Neben der Philosophie hatte auch die Psychologie Einfluss auf die Entstehung der humanistischen Psychologie (Kriz, 2007). Die Gestaltpsychologie geht auf den Philosophen Christian von Ehrenfels (1859-1932) zurück und war in den 1930er-Jahren vor allem durch die «Berliner Schuler der Gestaltpsychologie» vertreten. Im Gegensatz zur Elementenpsychologie, die die menschliche Psyche auf einzelne, isoliert untersuchbare Elemente herunterbricht, geht die Gestaltpsychologie von einer ganzheitlichen Organisation derselben aus (Eberwein, 2009; Helle, 2019; Kriz, 2007). Das menschliche Erleben ist somit mehr als die Summe der einzelnen Wahrnehmungen oder Verhaltenseinheiten und ist als eine Ganzheit zu betrachten, die auf einer strukturierten Anordnung des Wahrgenommenen und der Wahrnehmungsprozesse beruht (Eberwein, 2009). Somit kann der Mensch nur als Ganzes wahrgenommen und verstanden werden. Zudem verfügt jeder Mensch über die Fähigkeit, sich selbst als Ganzes in sinnvoller Weise zu organisieren und sich weiterzuentwickeln. Bei psychischen Problemen ist die Selbstorganisation gehemmt. Die Therapie hat das Ziel, die Ressourcen (wieder) zu aktivieren und die Blockaden zu verstehen (Helle, 2019).

Weiter trugen Iacov Levy Moreno (1889-1974) und Abraham Maslow (1908-1970) massgeblich zur Entstehung der humanistisch orientierten Psychotherapie bei (Kriz, 2007; Moss, 2015). Moreno entwickelte ein gruppenpsychotherapeutisches Setting und nannte es Psychodrama (Eberwein, 2009). Viele Aspekte seiner Arbeit wie die körperbezogene Arbeit, die Betonung des «Hier und Jetzt», das Rollenspiel, der leere Stuhl etc. flossen später in humanistische Verfahren mit ein (Kriz, 2007). Maslow postulierte eine Hierarchie der Bedürfnisse mit fünf Stufen. Erst wenn die Bedürfnisse der darunterliegenden Stufe befriedigt sind, kann man sich den Bedürfnissen einer bestimmten Stufe widmen. Demnach müssen erst die Defizitbedürfnisse der ersten vier Stufen (aufeinander aufbauend: physiologische Bedürfnisse, Sicherheitsbedürfnisse, soziale Bedürfnisse und Achtungsbedürfnisse) zufriedengestellt werden, bevor der Mensch sich mit der Selbstverwirklichung auf der fünften Stufe beschäftigen kann (Eberwein, 2009; Kriz, 2007).

Obwohl die verschiedenen humanistischen Ansätze Unterschiede bezüglich ihrer Theorie und ihres Vorgehens aufweisen, gibt es grundlegende Annahmen, die alle gemeinsam haben. So betonen alle die Wichtigkeit einer kongruenten, empathischen, wertschätzenden und bedingungslosen

therapeutischen Beziehung und einer darauf aufbauenden Begleitung des subjektiven Erlebens der Klient*innen. Dadurch können die Klient*innen persönlich wachsen und neue (Beziehungs-) Erfahrungen machen, die schlussendlich die Selbstverwirklichung unterstützen (Angus et al., 2015; Gaab et al., 2020; Helle, 2019). Nachfolgend werden zwei Verfahren etwas genauer erläutert.

2.4.3 Klientenzentrierte Psychotherapie

Die Klientenzentrierte Psychotherapie wurde von Carl R. Rogers (1902-1987) entwickelt und geprägt (Corey, 2013; Helle, 2013, 2019; Höger, 2012a; Kriz, 2007; Rogers, 1951). Die Grundannahmen zur Persönlichkeit, Krankheitslehre und Therapie werden nachfolgend kurz erläutert.

Aktualisierungstendenz

Auf Kurt Goldstein (1878-1966) bezogen geht Rogers davon aus, dass jedem lebenden Organismus eine Aktualisierungstendenz innewohnt, die das Ziel hat, sich selbst zu erhalten und weiterzuentwickeln und die eigenen Potenziale zu verwirklichen (Helle, 2019; Höger, 2012b). Sie setzt sich aus den beiden Aspekten Erhaltung und Entfaltung zusammen. Ersteres bezieht sich auf die Fähigkeit, sich auch in widrigen Lebensumständen zu bewahren und das eigene Leben zu erhalten, das Zweite auf die Weiterentwicklung im Zusammenspiel mit der Umwelt, wenn die Lebensumstände dies begünstigen. Somit steht die Entfaltung stets bereit, auch wenn der Organismus mit der Erhaltung beschäftigt ist, und wird bei günstigen Umständen aktiviert (Höger, 2012b).

Das Selbst

Das Selbst ist ebenfalls ein zentraler Bestandteil von Rogers Theorie (Höger, 2012b; Kriz, 2007). Es ist für die Organisation und Strukturierung von Erfahrungen zuständig (Kriz, 2007), wobei Erfahrungen alle Repräsentationen eines bestimmten Augenblicks beinhalten und sich nicht auf die Vergangenheit beziehen. Diese können im Moment bewusst oder unbewusst sein und unterstehen einer meist unbewussten Bewertung im Hinblick darauf, ob sie für die Erhaltung und/oder Entfaltung des Organismus förderlich sind. Dementsprechend werden sie angestrebt oder nicht. Das Selbstkonzept bezeichnet die Sichtweise einer Person von sich selbst. Die Selbststruktur ist das Selbst von aussen betrachtet. Phänomenologisch hat das Selbst einen qualitativen und einen inhaltlichen Aspekt. Der qualitative Aspekt lässt sich in das Selbst als Subjekt (Ich, im Englischen «I») und das Selbst als Objekt (Mich, im Englischen «me») aufteilen. Beim Erstgenannten ist das Selbsterleben implizit, da das, was man tut, in einem bestimmten Moment nicht bewusst ist. Beim Zweitgenannten wird die Aufmerksamkeit auf das eigene Erleben und Verhalten gerichtet, womit das Selbsterleben explizit ist. Inhaltlich setzt sich das Selbst aus den Wahrnehmungen einer Person von ihren Eigenschaften, ihren Beziehungen zu anderen, ihren Beziehungen zu den verschiedenen Aspekten des Lebens und den bewussten und bewusstseinsfähigen Bewertungen, die mit diesen Wahrnehmungen verbunden sind, zusammen. Da das Selbst ein wichtiges Monitorsystem für den Menschen darstellt, muss dieses unbedingt bewahrt werden und gleichzeitig auf die sich

stetig wechselnden Bedingungen der Umwelt angepasst werden. Jeder Mensch hat deshalb auch eine auf das Selbst bezogene (Selbst-)Aktualisierungstendenz (Höger, 2012b). Diese Entwicklung des Selbstkonzepts wird durch die Beziehung zu anderen Personen beeinflusst und ist ein Prozess, der sich selbst organisiert. Selbsterfahrungen werden von Geburt an in das Selbstkonzept integriert, wenn diesen von einer kongruenten Bezugsperson empathisches Verständnis und bedingungslose Wertschätzung entgegengebracht werden (Biermann-Ratjen, 2012a, 2012b).

Kongruenz und Inkongruenz

Neue Erfahrungen werden stets mit dem eigenen Selbstkonzept verglichen. Stimmen sie mit diesem überein, wird Kongruenz erlebt. Ist dies nicht der Fall, besteht eine Inkongruenz und die Person nimmt die Erfahrung als bedrohlich wahr. Im Sinne der Selbstaktualisierungstendenz werden diese Erfahrungen abgewehrt und der Aspekt der Entfaltung wird beeinträchtigt, wodurch die Erfahrung nicht in das Selbstkonzept integriert wird (Biermann-Ratjen, 2012b; Höger, 2012b). Die Entstehung von Inkongruenz wird besonders dann begünstigt, wenn die Personen von ihren Bezugspersonen nicht bedingungslos wertgeschätzt und empathisch verstanden werden oder die Bezugspersonen selbst inkongruent sind (Biermann-Ratjen, 2012b; Gaab et al., 2020). Inkongruenz fördert die Entstehung von psychischen Problemen (Höger, 2012b).

Zentrale Aspekte der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung

Die Beziehung zwischen den Therapeut*innen und Patient*innen ist in der Klientenzentrierten Psychotherapie nicht eine Voraussetzung für das Gelingen der Therapie sondern ist die Psychotherapie selbst (Helle, 2019). Rogers formulierte dazu sechs notwendige und hinreichende Bedingungen für Persönlichkeitsveränderungen (Rogers, 2007, Nachdruck des Originalartikels von 1957). Die nachfolgende Aufzählung wurde wörtlich übernommen von Helle (2019, S. 73):

1. Zwei Personen befinden sich in psychologischem Kontakt.
2. Die erste Person, der Klient, befindet sich im Zustand der Inkongruenz, ist verletzlich bzw. ängstlich.
3. Die zweite Person, der Therapeut, ist in der therapeutischen Beziehung kongruent.
4. Der Klient erfährt gegenüber seinem Therapeuten bedingungsfreie positive Beachtung.
5. Der Therapeut versteht empathisch den inneren Bezugsrahmen des Patienten.
6. Der Patient nimmt zumindest in Ansätzen die bedingungsfreie positive Beachtung und das empathische Verstehen des Therapeuten wahr.

Sind diese sechs Bedingungen erfüllt entsteht eine wirksame therapeutische Beziehung (Höger, 2012c). Durch die wertschätzende, empathische und kongruente Haltung der Therapeut*innen können die Klient*innen so ihrer Erfahrungen, die bisher eine Bedrohung für ihr Selbstkonzept darstellten, bewusst werden und diese in ihr Selbstkonzept integrieren (Biermann-Ratjen, 2012a). Da dies grundsätzlich ein sich selbst organisierender Prozess ist, schaffen die Therapeut*innen die dafür notwendigen Bedingungen und nehmen dabei eine nichtdirektive Haltung ein (Gaab et al., 2020). Sie sind somit nicht selbst für die Veränderungen bei den Klient*innen verantwortlich,

sondern schaffen den sicheren Rahmen für deren eigenständige Entwicklung (Höger, 2012b). Die nichtdirektive Haltung bedeutet dabei nicht ein passives Nichtstun, sondern einen aktiven Prozess des aufmerksamen Zuhörens, während dem die Klient*innen ohne Vorgabe einer bestimmten Richtung angeregt werden, ihr eigenes Erleben zu ergründen (Gaab et al., 2020; Höger, 2012a).

2.4.4 Gestalttherapie

Als Begründer der Gestalttherapie gelten vor allem Laura «Lore» Perls (1905-1990) und Friedrich «Fritz» S. Perls (1893-1970). Andere Pioniere der Gestalttherapie sind Paul Goodman (1911-1972), James Simkin (1919-1984), Paul Weisz (1919-2012) und Ralph Hefferline (1910-1974) (Helle, 2019; Kriz, 2007). Bei der Gestalttherapie handelt sich nicht um die praktische Anwendung der Gestaltpsychologie (Kriz, 2007). Sie zeichnet sich durch eine phänomenologische Grundhaltung, die Begründung im Existenzialismus und die in der Feldtheorie begründete Gestalt aus (Maragos, 2017, S. 83). Die Gestalttherapie wurde von Perls eher als eine Lebensform mit einer Ansammlung unterschiedlicher Interventionen und weniger als straffes Theoriekonzept verbreitet (Helle, 2019; Kriz, 2007).

Figur und Hintergrund/Gestalt

Der Mensch nimmt seine Umwelt nicht passiv wahr, sondern strukturiert diese aktiv nach (subjektivem) Sinn und Bedeutung (Maragos, 2017). Somit nimmt er nicht «nur» Sinnesreize wahr, sondern gliedert diese in für ihn sinnvolle Einheiten und Gestalten, die sich vom Hintergrund abheben (Eberwein, 2009; Maragos, 2017). Das Wahrgenommene, dem wir Bedeutung zuweisen, hebt sich somit von einem Hintergrund ab und wird zu einer Figur (Maragos, 2017). Das im Hintergrund verbleibende hat für den wahrnehmenden Menschen keine subjektive Bedeutung und ist dementsprechend im Moment inexistent. Eine Gestalt ist ein Etwas, das nicht in seine Teile zerlegt werden kann und wird dadurch definiert wie diese Teile miteinander in Beziehung stehen (Hartmann-Kottek, 2012). Die Figuren können nur in Bezug zu ihrem gegenwärtigen Hintergrund verstanden werden. Die Fähigkeit, Gestalten zu bilden ist allen Organismen angeboren und wird Gestaltbildungsprozess genannt (Maragos, 2017).

Hier und Jetzt

Der Schwerpunkt der Gestalttherapie liegt in der Gegenwart und den unmittelbaren Erfahrungen mit seinem eigenen Innenleben und der Umwelt, also dem «Ich und Du im Hier und Jetzt». Das, was jetzt gerade ist, wahrzunehmen und dies adäquat zu beschreiben, wird mit «Awareness» (Gewahrsein) bezeichnet und kann als möglicher Idealzustand verstanden werden, in dem der Mensch in der Lage ist, ohne Blockierungen sämtliche innere und äussere Regungen wahrzunehmen und darauf basierend zu entscheiden, was als Nächstes ansteht und was nicht. Durch diesen Kontakt bilden sich in einem bewussten «Awareness-Kontinuum» stets neue Figur-Hintergrund-Konstellationen, die wiederum durch Neue abgelöst werden. Bei einem «gesunden» Menschen läuft dieses Kontinuum weitgehend ungestört ab. Bei psychischen Problemen wird der Bezug zum Hier

und Jetzt und demzufolge das Sein in der Gegenwart unterbrochen (Kontaktunterbrechung) und das «Awareness-Kontinuum» blockiert (Maragos, 2017).

Assimilation und Wachstum

Perls ging davon aus, dass es neben dem physiologischen auch einen psychologischen Stoffwechsel gibt (Maragos, 2017). Erfahrungen werden ebenso wie Nahrung aufgenommen und weiterverarbeitet. Dabei werden die dienlichen Bestandteile integriert und aufgenommen, die «unverdaulichen» jedoch ausgeschieden. Dieser Vorgang des Transformierens und Integrierens von Fremdem in Eigenes wird als Assimilation bezeichnet und ist die Voraussetzung dafür, dass Wachstum stattfinden kann. Diese organismische Selbstregulation ist Teil des «Awareness-Kontinuums» (Kriz, 2007; Maragos, 2017).

Das Selbst, der Kontaktzyklus und die Kontaktstörungen

Das Selbst steht als «Integrator des Organismus» im «Dienste der organismischen Selbstregulation» (Kriz, 2007, S. 187) und besteht aus den Anteilen «Es», «Ich» und «Persönlichkeit». Das Es enthält Bedürfnisse, Triebe und Interessen, die vom Ich aufgenommen und in zielgerichtete Handlungen mit der Umwelt umgesetzt werden. Die Persönlichkeit enthält die Inhalte, mit denen sich eine Person identifiziert, also wer sie ist und nicht ist und wer sie im bisherigen Verlauf des Lebens geworden ist. Sie ist das Ergebnis aller stattgefundenen Beziehungserfahrungen und assimilierter und nicht assimilierter Elemente und der daraus entstandenen persönlichen Eigenschaften (Kriz, 2007; Maragos, 2017).

Unerledigte Gestalten (Aufgaben, Bedürfnisse, Konflikte etc.) drängen stets in den Vordergrund und verbleiben dort, bis sie erledigt bzw. geschlossen sind. Darauf folgend können neue Gestalten in den Vordergrund treten usw. Dieser sogenannte Kontaktzyklus verläuft in vier Schritten (Helle, 2019; Kriz, 2007; Maragos, 2017):

1. *Vorkontakt*: Basierend auf den Interessen und Motiven tritt ein zu einer Figur gewordenes Verlangen aus dem Hintergrund in den Vordergrund
2. *Kontaktanbahnung*: Mit dem Ich als Vermittler wird nach Möglichkeiten gesucht, dieses Verlangen zu stillen. Dazu muss Kontakt mit der Umwelt (ad-gredi) aufgenommen werden. Das Verlangen tritt wieder in den Hintergrund, da die Möglichkeiten zur Befriedigung nun in den Vordergrund treten.
3. *Kontaktvollzug*: Während die Figur und der Kontakt intensiv erlebt werden, treten der Körper und die Umwelt in den Hintergrund. Die ganze Person wird vom Erleben, Wahrnehmen und Fühlen erfasst während sich das Selbst manifestiert.
4. *Nachkontakt*: Das Selbst verblasst und die Figur tritt wieder in den Hintergrund. Im Idealfall konnte die Person reifen und wachsen und ist jetzt bereit für einen neuen Kontaktzyklus.

Die Menschen sind kontinuierlich mit sich und ihrer Umwelt in Kontakt. Dies ist kein passiver Zustand, sondern ein aktives Geschehen. Dabei bedingen sich «Awareness» und Kontakt einander in dem Sinne, dass es das eine ohne das andere nicht geben kann (Maragos, 2017). Der Ort des

Kontakts ist an der Grenze, wo das Erleben und die Erfahrungen stattfinden (Eberwein, 2009; Helle, 2019; Kriz, 2007; Maragos, 2017). Gesunde Menschen spüren ihre eigenen Bedürfnisse und können das was sie wollen von dem was sie nicht wollen unterscheiden (Helle, 2019; Maragos, 2017). Sie wissen, was ihre Grenzen passieren darf und was nicht (Maragos, 2017). Sind diese Prozesse blockiert, kommt es zu neurotischen Entwicklungen und Kontaktstörungen (Eberwein, 2009; Helle, 2019; Kriz, 2007; Maragos, 2017), die in der Tabelle 6 dargestellt sind.

Tabelle 6: Kontaktstörungen (Eberwein, 2009; Helle, 2019; Kriz, 2007; Maragos, 2017)

Introjektion	Aufnahme von Überzeugungen, Vorstellungen, Verboten etc. ohne Assimilation, wodurch diese als Fremdkörper in der eigenen Person existieren.
Projektion	Verweigerung der Assimilation von neuem oder ursprünglich zum eigenen Organismus gehörenden Material. Dieses wird nach aussen projiziert und nicht als zu einem gehörig anerkannt. Somit besteht eine Schwierigkeit zwischen seiner Innen- und Aussenwelt zu unterscheiden.
Retrofektion	Durch eine sehr starre Kontaktgrenze spielt sich alles innerhalb des Individuums statt. Das, was eigentlich nach aussen gerichtet sein müsste, wird gegen sich selbst gerichtet.
Konfluenz	Durch stark durchlässige oder fehlende Grenzen kommt es zu einer Verschmelzung mit der Umwelt und einer Abgrenzung zwischen sich selbst und der Umwelt. Die eigene Identität mit ihren Wünschen und Intentionen, und damit einhergehend die Awareness, gehen verloren und es entsteht eine Abhängigkeit von anderen.
Deflektion	(Emotionale) Kontakte mit anderen Personen werden abgeschwächt oder vermieden.

Kontaktstörungen entstehen meist schon in jungen Jahren. Obwohl sie die Entfaltung des Organismus blockieren, haben sie ihren Ursprung oft darin, dass sie den Umgang mit schwierigen Lebenssituationen und dysfunktionalen Beziehungen erleichtert haben, womit ihnen auch ein förderlicher Charakter zugesprochen werden kann. Zudem sind sie auch nützlich und sinnvoll, wenn dadurch eine Konfrontation mit problematischen und angstausslösenden Erfahrungen aus der eigenen Vergangenheit abgewehrt werden kann (Maragos, 2017).

Zentrale Aspekte der gestalttherapeutischen Behandlung

Die Gestalttherapie ist im Grunde eine Widerstandsanalyse, wobei die Therapeut*innen die Widerstände nicht wie in der Psychoanalyse deuten, sondern würdigen und den Klient*innen erfahrbar machen (Kriz, 2007; Maragos, 2017). Der Ablauf der Therapie gestaltet sich in etwa wie folgt (Hartmann-Kottek, 2012, S. 203; Maragos, 2017):

1. Anliegen durch die Klient*innen
2. Aufgreifen einer relevanten, phänomenologisch auffälligen Spur durch die Therapeut*innen
3. Durch die Therapeut*innen geführte Regression der Klient*innen zum originalen Konfliktfeld, das ins Aussenfeld projiziert wird
4. Dialogische Beziehungsklärung der Anteile
5. Abrundung des Prozesses und Versöhnung
6. Zurückführung der Klient*innen in ihren Erwachsenen Zustand in Form einer Progression

Die Klient*innen werden also zuerst in eine Regression und danach wieder in eine Progression geführt. Die eigenen Impulse und Bedürfnisse sollen klarer und (wieder) eine Handlungskompetenz erlangt werden (Maragos, 2017).

Jeder Mensch hat nach Perls ein Kern-Selbst oder auch authentisches Selbst. Dieses ist von verschiedenen Schichten umgeben (Zwiebelschalen-Modell), durch die während der Therapie von aussen nach innen hindurchgearbeitet wird (Eberwein, 2009; Kriz, 2007; Maragos, 2017):

1. *Klischeephase*: Das Individuum kann seine Wünsche und Bedürfnisse und Wünsche nicht authentisch ausleben. Das Verhalten ist klischeehaft und auf eine unechte Weise ritualisiert.
2. *Rollenspielphase*: Das Individuum erkennt teilweise seine eigenen Gefühle und Bedürfnisse, aber akzeptiert diese noch nicht. Rigid Rollensmuster helfen dabei, den Kontakt mit sich selbst und der Umwelt nicht zu intensiv werden zu lassen.
3. *Blockierungsphase*: Das Individuum hat die klischeehaften Verhaltensweisen und Rollensmuster der ersten beiden Phasen überwunden. Da noch keine Alternative besteht, verspürt es eine intensive Leere und Ausweglosigkeit.
4. *Implosionsphase*: Das Individuum greift auf Programme aus dem Selbstkonzept zurück. Diese sind jedoch primär nach innen gerichtet und der Situation nicht angemessen.
5. *Explosionsphase*: Das Individuum kann alle bisher vermiedenen Gefühle und Bedürfnisse empfinden und adäquat ausdrücken.

Hartmann-Kottke-Schroeder (Hartmann-Kottke-Schroeder, 1983) hat noch zwei weitere Phasen hinzugefügt:

6. *Aufarbeitungsphase*: Das Individuum integriert die neue Identität erlebnismässig und setzt sich kognitiv mit der neuen Realität und der neuen Ganzheit auseinander.
7. *Verhaltensmodifizierende Schlussphase*: Das Individuum lotet die neue Identität verhaltensmässig aus. Dabei wird diese gefestigt.

Der Kontakt zur Aussenwelt wird mit jeder Schicht grösser und authentischer (Maragos, 2017).

Die Therapeut*innen wechseln ihre Haltung zwischen empathischer Zuwendung/Unterstützung und Konfrontation/Frustration hin und her. Dies geschieht auf Basis einer tragfähigen und wertschätzenden therapeutischen Beziehung. Bei der sogenannten «Skillful Frustration» werden den Klient*innen ihre eigenen Widerstände, Fassaden, Klischees und Erwartungen erfahrbar gemacht (Helle, 2019; Kriz, 2007). Dies geschieht über Zurückspiegeln, das Aufzeigen von logischen Brüchen und Widerständen, und durch gezielte Provokation (Maragos, 2017). Dadurch soll die innere Autonomie der Klient*innen gefördert und damit wieder ein Zugang zu Spontaneität und Kreativität gefunden werden. Zudem sollen Einflüsse von aussen wieder kritisch überprüft werden können (Helle, 2019). Interventionen entnehmen die Therapeut*innen eklektisch aus einer weiten Bandbreite von Möglichkeiten. Unter anderem bedienen sie sich auch bei Morenos Psychodrama oder der Körperarbeit von Reich und/oder Lowens (Helle, 2019; Kriz, 2007).

2.5 Systemisch orientierte Therapieverfahren

Die systemische Therapie zeichnet sich dadurch aus, dass körperliche, psychische und soziale Probleme mit einer interaktionellen Perspektive verstanden und behandelt werden. Der Mensch wird als soziales Wesen verstanden, dessen Entwicklung sich von der Schwangerschaft bis zum

Tod ausschliesslich im Kontext seiner Beziehungen zu anderen verstehen lässt (Levold & Wirsching, 2014). Anders als andere Verfahren kann sich die systemische Therapie nicht auf einen Gründervater beziehen, sondern entstand an mehreren Orten gleichzeitig (von Schlippe & Schweitzer, 2012). Bereits im 18. und 19. Jahrhundert gab es in Europa Ansätze in der Psychiatrie, die im Nachhinein systemisch gedeutet werden können (Kriz, 2007). Die bewusst durchgeführte systemische Therapie, damals noch häufiger als Familientherapie bezeichnet, gibt es seit Mitte des letzten Jahrhunderts (von Schlippe & Schweitzer, 2012).

Es etablierten sich früh vier verschiedene Richtungen der Familientherapie (Helle, 2019; Kriz, 2007; von Schlippe & Schweitzer, 2012). Siehe dazu Tabelle 7.

Tabelle 7: Vier Richtungen der Familientherapie

Psychoanalytische Familientherapie	Im Zentrum stehen die Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern und (unbewusste) Beziehungsprozesse. Die Interaktionsmuster sind dabei oft im Sinne der Objektbeziehungstheorie manifestierte Eltern-Kind-Beziehungen.
Erfahrungszentriert-humanistische Familientherapie	Wie bei der humanistischen Psychotherapie haben hier Erfahrung, Begegnung und Wachstum einen hohen Stellenwert. Dem stehen oft Familienrollen und Überlebensmythen gegenüber. Oft werden kreative und erlebnisaktivierende Interventionen angeboten.
Strukturelle Familientherapie	Basierend auf einer normativen Familienstruktur werden klare Grenzen zwischen den Subsystemen Eltern und Kinder gezogen. Die Therapeut*innen nehmen eine Führungsrolle ein, indem sie die pathogenen Familienstrukturen aufdecken und günstige Umstände für Veränderungen schaffen.
Strategische Familientherapie	Das Individuum ist (besonders bei der frühen Form der strategischen Familientherapie) irrelevant. Stattdessen sollen «Familienspiele» aufgedeckt und neue Kommunikationsmuster erlernt werden. Ins Methodenrepertoire gehören paradoxe Interventionen und invariante Verschreibungen.

Trotz unterschiedlicher theoretischer Hintergründe haben sich die vier therapeutischen Richtungen durch ähnliche therapeutische Herausforderungen bzgl. Setting und Gruppendynamik mehr und mehr aufeinander zubewegt. Aus diesem Grund ist das heutige therapeutische Vorgehen bei der Familientherapie eher eine integrative Mischform der vier Herangehensweisen (Helle, 2019; Kriz, 2007). Vor allem im deutschsprachigen Bereich wird seit den 1980er Jahren von Systemischer Therapie als eigenem Ansatz gesprochen. Die Paar- und Familientherapie bilden dabei ein therapeutisches Setting, während die Systemische Therapie ein eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren darstellt (Helle, 2019; Schiepek & Schweitzer-Rothers, 2020). Trotz unterschiedlicher Zugänge der einzelnen systemischen Ansätze, gehen alle vom selben Störungsverständnis aus. Psychische Störungen existieren nicht per se, sondern sind Konstruktionen, die sich nicht in einer einzelnen Person lokalisieren lassen, sondern in deren gesamten Lebenskontext betrachtet werden müssen. Psychische Symptomatiken werden als nicht optimale Lösungsversuche innerhalb eines komplexen Systems verstanden, wodurch keine simplen Ursache-Wirkungs-Beziehungen angenommen werden können (Helle, 2019).

2.5.1 Theoretische Grundlagen

Nachfolgend werden kurz theoretische Grundlagen der Systemischen Therapie beschrieben.

Allgemeine Systemtheorie

Ludwig von Bertalanffy (1901-1972) kritisierte das reduktionistische physikalisch-mechanistische Weltbild seiner Zeit und definierte Organismen als offene Systeme, die in ständigem Austausch von Energie, Materie und Informationen sind. Alle Systeme sind nach von Bertalanffy in einer Hierarchie von Systemen von zunehmend höherer Ordnung, also von der einzelnen Zelle bis zur Gesellschaft, angeordnet. Jedes System besteht aus Elementen, die miteinander in Interaktion stehen. Dadurch entstehen neue Organisationsformen, die sich nicht allein durch die Summe der einzelnen Aktionen der einzelnen Elemente erklären lassen. Dies bezeichnete von Bertalanffy als Emergenz. Jedes System ist im Rahmen des Fließgleichgewichts in der Lage, einen bestimmten Zustand innerhalb der eigenen Grenzen zu halten und zu stabilisieren. Aufgrund der Isomorphie der verschiedenen Systeme, können die Gesetze der Systemtheorie sowohl auf materielle als auch auf mentale Systeme angewendet werden. Der Zustand eines Systems kann nicht ausschliesslich durch Einflüsse von aussen erklärt werden, sondern ist das Ergebnis von verschiedenen Prozessen. Dazu gehören der Austausch mit der Umwelt, die Beziehungen der Elemente eines Systems untereinander und die Geschichte des Systems (Levold, 2014c).

Kybernetik der 1. Ordnung

Bei dem erstmals vom Mathematiker Norbert Wiener (1894-1964) verwendeten Begriff geht es darum, dass komplexe Systeme auf der Basis von Interaktions-, Kommunikations- und Rückkopplungsprozessen zielgerichtetes und nichtdeterministisches Verhalten auslösen können (Helle, 2019; Levold, 2014d).

Das MRI («Mental Research Institute») in Palo Alto beschäftigte sich unter anderem mit dysfunktionalen Kommunikationsmustern, insbesondere bei Menschen mit Schizophrenie und deren Familien (Helle, 2019; Kriz, 2007; Levold, 2014b; von Schlippe & Schweitzer, 2012). Virginia Satir (1916-1988) zitiert nach Kriz (2007, S. 276) befasste sich zudem mit dem Selbstwert und der Kommunikation und formulierte vier Kommunikationsmuster, die der Abwehr und der Erhaltung des eigenen Selbstwerts dienen. Diese beinhalten Beschwichtigen, Anklagen, Rationalisieren und Ablenken. Paul Watzlawick (1921-2007), Janet Helmick Beavin (*1940-) und Don D. Jackson (1920-1968) (1969, zitiert nach Kriz, 2007, S. 238ff.) postulierten fünf Axiome der Kommunikation:

1. Es ist unmöglich, nicht zu kommunizieren.
2. Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und Beziehungsaspekt.
3. Die Beziehung zwischen Partnern ist durch Interpunktionsabläufe bedingt.
4. Es gibt eine digitale und eine analoge Kommunikation.
5. Zwischenmenschliche Kommunikation ist entweder symmetrisch oder komplementär.

Die Familie wurde am MRI zunehmend als Regelkreis verstanden, in dem Ist-Werte mit Soll-Werten verglichen werden und interne Regulationsprozesse (wieder) zu einem Gleichgewichtszustand führen. Wenn man die Regeln der Familie kennt kann man somit von aussen durch

Interventionen den Regler verstellen und einen bestimmten Zustand (wieder)herstellen (Levold, 2014b). Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass man ein System von aussen als neutraler Beobachter betrachten und dann mit gezielten Interventionen auf dieses System einwirken kann, damit es sich in eine bestimmte Richtung bewegt (Helle, 2019).

Kybernetik 2. Ordnung

In den 1980er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde die Kybernetik 1. Ordnung zunehmend von der Kybernetik der 2. Ordnung abgelöst. Der Physiker Hein von Foerster (1911-2002) definierte Organismen als nichttriviale Maschinen, bei denen der Output nicht durch den zuvor eingegangenen Input bestimmt wird, sondern durch den zuvor erzeugten Output des Organismus. Die Menschen sind somit nichttriviale Maschinen. Sie speichern Erfahrungen ab (Gedächtnis) und lernen aus ihnen. Dies hat einen nichttrivialen Output zur Folge, der nicht linear vorhersagbar ist. Auch postulierte er das «Prinzip der undifferenzierten Codierung», das besagt, dass im Nervensystem ausschliesslich die Reizstärken und nicht die Ursachen der Erregung kodiert werden. Daraus lässt sich schliessen, dass die Realität kein Abbild der Aussenwelt, sondern eine Er-Rechnung darstellt. Somit kann ein System nicht unabhängig von Beobachter*innen untersucht werden (Levold, 2014b), da das System einerseits auf die Beobachter*innen reagiert und diese andererseits selbst zum Teil des Systems werden. Somit gibt es keine objektiv erfassbare Realität. Zudem bestimmt die eingenommene Perspektive der Beobachter*innen, was diese wahrnehmen (Helle, 2019).

Humberto Maturana (1928-2021) postulierte die «Theorie autopoietischer Systeme», die besagt, dass jedes Lebewesen die Bestandteile, die es zum Leben braucht, selbst erzeugt und diese von der Umwelt abgrenzt. Somit definierte er Leben nicht wie die klassische Biologie über Wachstum, Fortpflanzung, Beweglichkeit und Stoffwechsel, sondern als einen aus der eigenen Autopoiese resultierenden Prozess. Autopoietische Systeme sind operational geschlossen. Sie können von aussen zwar begrenzt beeinflusst, jedoch nicht determiniert werden (Autonomie). Gemeinsam mit Francisco Varela (1946-2001) übertrug Maturana die Erkenntnisse auf die menschliche Kognition (Helle, 2019; Kriz, 2007; Ludewig, 2014; von Schlippe & Schweitzer, 2012). Die Erkenntnisse können folgendermassen zusammengefasst werden (Ludewig, 2014):

- Die Menschen haben ein operational und funktional geschlossenes Nervensystem, das nicht zwischen internen und externen Auslösern unterscheidet. Wahrnehmung und Illusion bzw. innerer und äusserer Reiz sind deshalb nicht unterscheidbar.
- Menschliches Erkennen ist ein menschliches Phänomen und nicht durch die Objekte der Aussenwelt, sondern durch die Struktur des Organismus determiniert.
- Menschliche Erkenntnis ist nicht übertragbar, da sie als eine Leistung des Organismus subjektgebunden ist.
- Nicht der kommunizierte Inhalt, sondern die biologische Struktur des Adressaten ist ausschlaggebend.

Die «Theorie autopoietischer Systeme» hatte in den 1980er Jahren einen grossen Einfluss auf die Entwicklung der Systemischen Therapie (Helle, 2019; Ludewig, 2014).

Die Systemtheorie von Niklas Luhmann (1927-1998) kann als Erweiterung von Maturanas Theorie angesehen werden (Helle, 2019) und ist eine umfassende Theorie der Gesellschaft als Gesamtheit aller sozialen Phänomene. Nicht nur biologische, sondern auch psychische und soziale Systeme sind autopoietisch. Bewusstsein und Kommunikation sind miteinander gekoppelt, wodurch sich ergibt, dass Kommunikation ohne Bewusstsein nicht möglich ist und umgekehrt. Für beide Systeme nimmt Sprache eine wichtige Funktion ein. Kommunikation kann im Gegensatz zu psychischen Prozessen beobachtet werden. Dies hat zur Folge, dass in der Psychotherapie nicht der Mensch und sein individuelles Leiden, sondern die Kommunikation über dieses Leiden der Gegenstand der Therapie ist (Helle, 2019; Levold, 2014a; von Schlippe & Schweitzer, 2012).

Die Systemische Therapie im Sinne der Kybernetik 2. Ordnung geht nicht mehr davon aus, dass die Therapeut*innen ihre Patient*innen deterministisch in eine bestimmte Richtung verändern können, sondern ihnen ausschliesslich Anstösse zur Entwicklung und Veränderung geben (Helle, 2019). Die Therapeut*innen fungieren nicht mehr streng als Beobachter*innen und Beeinflusser*innen von aussen, sondern sind Teil des Systems und mit allen Beteiligten in einem therapeutischen Kontakt (Kriz, 2007).

2.5.2 Zentrale Aspekte der systemischen Behandlung

Diese Kapitel beinhaltet einen groben, unvollständigen Überblick über systemische Interventionen und Methoden. Diese sind durch eine gewisse Grundhaltung der Therapeut*innen geprägt. Sie begegnen ihren Klient*innen mit Wertschätzung und respektieren deren Autonomie. Das bisher Erreichte und Lösungsversuche von Lebensproblemen werden gewürdigt und Fähigkeiten und Stärken herausgestrichen. Neue Möglichkeitsräume sollen aufgetan werden und das Bewusstsein dafür vergrössert werden. Gleichzeitig werden Grenzen respektiert und die Selbstbestimmung geachtet. Die Therapeut*innen verhalten sich zudem auf drei verschiedenen Ebenen neutral bzw. allparteilich:

- *Neutralität gegenüber allen direkt oder indirekt beteiligten Personen:* Die Therapeut*innen lassen sich nicht in Konflikte zwischen Personen verwickeln, sondern ergreifen für alle gleichermassen Partei.
- *Neutralität gegenüber Problemen und Symptomen:* Die Therapeut*innen suchen ein Gleichgewicht zwischen der Würdigung von bisherigen Lösungsversuchen und dem Anregen von neuen Handlungsoptionen. Bisherige Lösungsversuche von Lebensproblemen werden gewürdigt.
- *Neutralität gegenüber Sichtweisen und Ideen:* Die Therapeut*innen zeigen Interesse gegenüber allen Meinungen, Werthaltungen, Lösungsideen und Problemerkklärungen und zeigen dabei nicht, ob sie diese gut oder schlecht, förderlich oder hinderlich halten (Rotthaus, 2014; von Schlippe & Schweitzer, 2012)

Interventionen zu Beginn der Therapie

In der Startphase lernen sich die Therapeut*innen und die Klient*innen kennen, es werden Informationen gesammelt und erste Hypothesen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der geschilderten Probleme und mögliche Lösungswege gebildet (von Schlippe & Schweitzer, 2012). Diese Hypothesen werden zur Handlungsorientierung genutzt und sind flexibel. Sie werden im weiteren Verlauf wieder verworfen, erweitert und/oder differenziert (Schwing, 2014c).

Ein wichtiger Bestandteil ist das Herstellen einer sicheren Umgebung für die Klient*innen sowie der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung (Helle, 2019; Schwing, 2014c). Dies wird mit «Joining» bezeichnet (Helle, 2019; Schwing, 2014c; von Schlippe & Schweitzer, 2012). Dies bedeutet, sich sowohl inhaltlich, emotional, verbal und nonverbal auf die Klient*innen einzustimmen und einen guten Kontakt mit ihnen aufzubauen, als auch eine Leitungsrolle einzunehmen und in dieser akzeptiert zu werden (von Schlippe & Schweitzer, 2012).

Mit der Auftragsklärung sollen die Erwartungen der Klient*innen und nicht anwesender Dritter abgeklärt werden. Dabei kann eine zunehmend genauere Klärung von Anlass über Anliegen zu Auftrag und Kontrakt hilfreich sein. Ein Anlass ist oft ein Ereignis, das den Ausschlag zum Aufsuchen von Hilfe gegeben hat, jedoch noch nicht zwingend eine hinreichende Basis für eine Zusammenarbeit darstellen muss. Mit den Anliegen, werden Hoffnungen und Sehnsüchte sowie Befürchtungen und Ängste schon etwas genauer. Zudem beinhalten diese auch Theorien, wie die Probleme entstanden sind. Durch das Erfragen des Auftrages kann die Rollenvorstellung der Klient*innen erfasst und entschieden werden, ob die Therapeut*innen sich auf das Geschehen einlassen möchten. Diese können dann unter Umständen einen Vorschlag mit genau formulierten Rahmenbedingungen (Ziele, Zeit, Dauer, Ort, Anzahl der Sitzungen etc.) ausarbeiten. Werden diese angenommen, entsteht eine Vereinbarung bzw. Kontrakt, der im weiteren Verlauf immer wieder überprüft wird (von Schlippe & Schweitzer, 2012). Bei der Auftragsklärung ist es wichtig, dass sich die Therapeut*innen im Sinne des «Joining» an die Klient*innen anpassen. Je nach Klientel kann es z.B. mehr oder weniger hilfreich sein, wenn die Rahmenbedingungen sehr genau formuliert werden (Schwing, 2014a).

Reframing

Mittels Reframings werden starre Sichtweisen, Glaubenssätze und Selbstanklagen in einen anderen Rahmen gestellt und bisherige Muster unterbrochen. Durch positive Umdeutungen erhält Gesagtes und Erlebtes eine neue Bedeutung (Schwing, 2014b; von Schlippe & Schweitzer, 2012).

Systemisches Fragen

Mit Fragen werden in der Systemischen Therapie sowohl Informationen gewonnen als auch neue Informationen erzeugt. Sie sind ein Mittel, um mögliche alternative Wirklichkeitsbeschreibungen anzubieten und/oder diese zu erweitern oder gar zu verstören. Mit systemischem Fragen fragt man nicht einfach nach den Dingen und den Eigenschaften. Stattdessen fragt man nach den

Beobachter*innen der Dinge und nach Beschreibungen und Verhaltensunterschieden. Man fragt nicht danach, was ist, sondern was genau beschrieben wird und was mögliche Beschreibungsalternativen sein könnten. Die Fragen stellen nicht nur ein Instrument dar, um Informationen einzuholen, sondern sind gleichzeitig auch eine Interventionsmethode. Eine Auswahl (nach Schlippe & Schweitzer, 2012) verschiedener typischer Frageformen wird im Folgenden vorgestellt:

Zirkuläres Fragen: Die Grundidee des zirkulären Fragens beinhaltet, dass jedes Verhalten gleichzeitig auch als ein kommunikatives Angebot verstanden werden kann und innerhalb der Beziehungsdefinitionen und Erwartungs-Erwartungen eines (Familien)Systems eine bestimmte Funktion einnimmt. Das Verhalten von Menschen wird also nicht nur davon bestimmt, was andere von ihnen denken, sondern was sie glauben, dass andere von ihnen denken. Indem z.B. der Sohn gefragt wird, was das Weinen des Vaters bei der Mutter wohl auslöst, erhalten alle beteiligten Personen neue Informationen über das System. Beziehungsmuster können aufgezeigt werden, ohne dass sich die Beteiligten in inhaltlichen Auseinandersetzungen verlieren. Die Befragten erhalten das Angebot, eine Aussenperspektive auf das eigene soziale System einzunehmen und die Möglichkeit, die «Wirklichkeit» auf eine andere Art zu beschreiben. Mit dem zirkulären Fragen geben die anwesenden Personen einander auch indirekte Rückmeldungen und klären Vermutungen übereinander (Erwartungs-Erwartungen) (ebd.)

Frageformen, die Unterschiede verdeutlichen: Mit dieser Frageform können leicht Tabuthemen angeschnitten werden, da man nichts unterstellt oder deutet, sondern nur fragt. Ausserdem können Veränderungen und Unterschiede so als selbstverständlich dargestellt werden., vor allem wenn diese auch mit Ängsten besetzt sind. Zu diesen Fragen gehören Skalierungen und Rangreihen, Prozentfragen, Übereinstimmungsfragen und Subsystemvergleiche.

Fragen zu Wirklichkeits- und Möglichkeitskonstruktion: Damit sich ein System verändern kann, braucht es vor allem Informationen darüber was ist und was sein könnte. Die Fragen zur Wirklichkeitskonstruktion sollen die aktuelle Situation veranschaulichen, während mit Fragen zur Möglichkeitskonstruktion neue Möglichkeiten elaboriert werden sollen. Mit den Fragen zur Wirklichkeitskonstruktion sollen aktuelle Beziehungsmuster verdeutlicht werden Sie befassen sich vor allem mit dem Auftragskontext und den präsentierten Problemen und deren verschiedenen Perspektiven. Mit den Fragen zur Möglichkeitskonstruktion sollen neue Möglichkeitsräume aufgetan und die bisherigen Lösungswege gewürdigt werden (edb.).

Visualisierungen

Visualisierungen helfen dabei, Dynamiken eines Systems besser verstehen zu können, andere Perspektiven einzunehmen und weitere Lösungsmöglichkeiten zu finden. Sie können innerhalb einer Sitzung oder über mehrere Sitzungen hinweg eingesetzt werden (Caby & Caby, 2014). Mit ihrer Hilfe wird nicht «nur» über die Probleme gesprochen und die unterschiedlichen Dynamiken eines Systems können gleichzeitig dargestellt werden (von Schlippe & Schweitzer, 2012).

Systemische Inszenierungen

Mit Inszenierungen können unterschiedliche Vorstellungen über das familiäre System symbolisch-visuell dargestellt werden (Helle, 2019). Nachfolgend werden drei Techniken beschrieben.

Familienskulptur: Diese hauptsächlich von Virginia Satir entwickelte Technik kann zur Verbildlichung von Familienbeziehungen angewendet werden (Kleve, 2014). Dabei wird ein Familienmitglied dazu aufgefordert, die anderen Mitglieder so im Raum aufzustellen, wie er diese in Beziehung zueinander wahrnimmt (inneres Bild) und variiert dabei mit dem Abstand und Winkel zwischen den einzelnen Personen sowie der Körperhaltung, Mimik und Gestik. Nach der Fertigstellung der Skulptur geben die einzelnen aufgestellten Familienmitglieder Rückmeldungen darüber, wie es ihnen in ihrer jeweiligen Position geht und ob diese ihrer eigenen Wahrnehmung entspricht (Kleve, 2014; von Schlippe & Schweitzer, 2012). Das Aufstellen einer Familienskulptur findet ohne Sprache statt, weshalb sie meist schnell verstanden wird. Jedoch muss immer im Hinterkopf bleiben, dass eine Skulptur kein Abbild der Wirklichkeit darstellt, sondern sehr subjektiv geprägt ist. Sie dient dazu, das Gespräch zu intensivieren und neue Hypothesen zu bilden (von Schlippe & Schweitzer, 2012). Die Familienskulptur hat vordergründig eine diagnostische Funktion, kann aber auch als Intervention wirken, da alle Mitglieder des Systems sowohl beobachten als auch selbst beobachtet werden (Kleve, 2014). Sie lässt sich nicht nur während der Arbeit mit der Familie, sondern auch in anderen Kontexten wie Supervision oder bei Arbeit mit Teams nutzen. Wenn nur ein Familienmitglied anwesend, dann lassen sich Stellvertreter aus der Gruppe für die Position der Familienmitglieder einsetzen (Kleve, 2014; von Schlippe & Schweitzer, 2012). Familienskulpturen können emotional sehr intensiv sein. Mit einem Familienbrett lassen sich ähnliche Prozesse mit mehr Abstand darstellen, wobei jedes Familienmitglied durch eine Figur auf einem Brett repräsentiert wird (Schiepek & Schweitzer-Rothers, 2020).

Systemische Aufstellung/Arbeiten: Die systemische Aufstellung hat sich aus der Familienskulptur entwickelt und wurde zunächst hauptsächlich von Bert Hellinger (1925-2019) verbreitet. Im Gegensatz zu der Familienskulptur werden nur der Abstand zwischen den einzelnen Personen und der Winkel zueinander berücksichtigt (Helle, 2019; Kleve, 2014; von Schlippe & Schweitzer, 2012). Zudem werden die Aufstellungen primär nicht mit den Mitgliedern eines Systems aufgestellt, sondern dienen dazu, eine neue Perspektive auf das eigene System zu erlangen (von Schlippe & Schweitzer, 2012).-Da Hellinger aufgrund der Missachtung von systemischen Grundsätzen in die Kritik geraten ist (Helle, 2019; Kleve, 2014), wird hier auf die vertiefende Literatur von Varga von Kibéd und Sparrer (Varga von Kibéd & Sparrer, 2020) verwiesen.

Genogramm: Familien entwickeln über Generationengrenzen hinweg typische Muster wie sich einzelne Mitglieder in Konfliktsituationen verhalten oder wie stark Gefühle gezeigt werden. Durch diese Übertragung von Erfahrungen, Normen und Werten auf die nachfolgenden Generationen, wird die Entwicklung der einzelnen Familienmitglieder sowohl von der gegenwärtig herrschenden Interaktionsdynamik als auch von der Familiengeschichte geprägt. Ein Genogramm ist

ähnlich wie ein Stammbaum aufgebaut und erstreckt sich meist über zwei bis drei Generationen. Mittels einer Symbolsprache werden Beziehungsaspekte (z.B. verheiratet, geschieden, verstorben) grafisch dargestellt. Die Einsatzgebiete umfassen sowohl Einzel- Paar- als auch Familientherapie sowie Supervision und Selbsterfahrung (Helle, 2019; Kellermann & Roedel, 2014).

Das reflektierende Team

Das reflektierende Team wurde von Tom Andersen (1936-2007) (2011) entwickelt und besteht aus zwei beteiligten Gruppen. Ein/e Therapeut*in ist mit einer Gruppe oder einer Einzelperson im Beratungsgespräch und wird dabei von einer zweiten Gruppe von zwei bis vier Therapeut*innen beobachtet. Nach ca. 30-40 Minuten wenden sich die Klient*innen und deren Therapeut*innen den Beobachtern zu, die über das vorher Geschehene ca. 5-10 Minuten reflektieren. Anschließend wird das Beratungsgespräch für ca. 20-30 Minuten wieder aufgenommen und allen Klient*innen die Möglichkeit gegeben, sich über die Reflexion zu äussern (Caby, 2014; Kriz, 2007; von Schlippe & Schweitzer, 2012). Das reflektierende Team befolgt bestimmte Regeln, damit die Reflexion komplex, anregend und wertschätzend ist. Es spricht in der Konjunktivform, eher vorsichtig und suchend anstatt festlegend. Anstatt eine gültige Erklärung zu suchen, verfolgt es eine «Sowohl-als-auch»-Logik. Abweichende Meinungen werden willkommen geheissen und gefördert. Als Grundhaltung dienen Wertschätzung und Freundlichkeit, Entwertungen werden wenn möglich vermieden. Dies bedeutet aber nicht, dass auch konfrontative Aussagen gemacht werden können (von Schlippe & Schweitzer, 2012). Zudem werden Kommentare grundsätzlich als Fragen formuliert (Caby, 2014). Die allgemeine Indirektheit der Aussagen führt dazu, dass die Klienten diese besser aufnehmen können und nicht in eine Verteidigungsposition gedrängt werden (Caby, 2014; Kriz, 2007; von Schlippe & Schweitzer, 2012). Durch das Setting des reflektierenden Teams begegnen sich die Therapeut*innen und Klient*innen auf Augenhöhe. Die Klient*innen haben die Möglichkeit, ihren Fokus zu erweitern und eine andere Perspektive einzunehmen. Durch die konjunktivistische, bewertungsfreie Sprechweise des reflektierenden Teams ist dies besser möglich (Caby, 2014).

3 Musiktherapie

Musik spielt in Hygiene und Heilberufen seit Urzeiten eine Rolle (Timmermann, 2012a) und Musik zu heilenden Zwecken wird kulturübergreifend in allen Zeitepochen beschrieben. Die Art und die Wirkung der Musik hat sich jedoch im Laufe der Zeit gewandelt (Hegi-Portmann et al., 2006). Die moderne Musiktherapie hat sich parallel zur Psychotherapie aus musikästhetischen und musikpädagogischen Ansätzen entwickelt (Timmermann, 2004) und wurzelt in den Reformbewegungen um die Jahrhundertwende (Übergang 19. zu 20. Jahrhundert), die sich gegen die einengenden Traditionen und Wertvorstellungen stellten. Für die Musiktherapie war vor allem die Rhythmusbewegung und die daraus entstandenen Ansätze der Rhythmik, der Musikpädagogik und der Eurythmie wichtig, die sich der Verbindung zwischen Musik und Körper widmeten

(Hegi-Portmann et al., 2006). Psychotherapie stellt für die Musiktherapie eine wichtige Leitdisziplin dar (Fitzthum, 2021). Vor allem im deutschsprachigen Raum ist die Musiktherapie von psychotherapeutischen Verfahren und deren psychotherapeutischen Denkmodellen und Handlungskonzepten beeinflusst, wodurch dem psychotherapeutischen Paradigma in zahlreichen Ausbildungen in Europa, im Gegensatz zu funktionalen und pädagogischen Ansätzen, eine grosse Bedeutung zugesprochen wird (Smetana & Storz, 2020).

3.1 Beschreibung von Musiktherapie

Die Musiktherapie wird nach dem Schweizerischen Fachverband für Musiktherapie SFMT/ASMT folgendermassen definiert (o. J.):

Musiktherapie ist ein eigenständiges psychodynamisch orientiertes Behandlungsverfahren, bei dem Musik im therapeutischen Prozess zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit gezielt eingesetzt und diagnostisch genutzt wird.

Als wissenschaftlich fundierte künstlerisch-kreative Therapieform setzt Musiktherapie das Medium Musik in allen Erscheinungsformen ein und unterstützt damit Wahrnehmung, Ausdruck, Kommunikation und Verhalten.

Sie wird auf der Basis einer therapeutischen Beziehung sowie spezifischer Indikationsstellungen bei Menschen aller Altersgruppen in verschiedenen klinischen Praxisfeldern der Psychiatrie, Medizin, Heilpädagogik und Rehabilitation sowie in Randgebieten der Musikpädagogik und Musikanimation, der Prävention und Psychohygiene angewendet.

Musiktherapie integriert Anteile aus allen Grundorientierungen der Psychotherapie (pragmatischer Eklektizismus) und hat demzufolge eine eigenständige auf Musik basierende Praxeologie mit differenziellem und diagnosespezifischem Vorgehen (Hegi-Portmann et al., 2006; Timmermann, 2004). Dies kann ein Vorteil sein, weil Musiktherapeut*innen nicht nur auf eine Orientierung «beschränkt» sind, sondern die Behandlung an die Bedürfnisse ihrer Patient*innen und an die Ansprüche der Arbeitsumgebung anpassen können. Musiktherapeut*innen können demzufolge in der Sprache verschiedener theoretischer Modelle kommunizieren (Scovel & Gardstrom, 2012). Nach Wheeler (1980) könnte ein Grund für die Vielzahl der Methoden und Herangehensweisen darin liegen, dass Musiktherapie bei allen Altersklassen und praktisch allen gesundheitlichen Problemen angewendet wird.

Die verschiedenen musiktherapeutischen Herangehensweisen können aus unterschiedlichen Blickwinkeln und von verschiedenen Psychotherapieverfahren ausgehend betrachtet werden (Hegi-Portmann et al., 2006; Scovel & Gardstrom, 2012; Smeijsters, 1994; Wheeler, 1980, 1981). Die Musiktherapie hat somit eine differenzierte Interventionslehre, die Erkenntnisse aus verschiedenen Wissenschaftsbereichen und Psychotherapieverfahren integriert (Lutz Hochreutener, 2021) und mit der mithilfe der Musik als Medium «psychotherapeutische Prozesse innerhalb einer Therapeut-Patient Beziehung initiiert und erlebt werden können» (Hegi-Portmann et al., 2006, S.

13). Die Qualität der therapeutischen Beziehung stellt der wichtigste unspezifische Wirkfaktor in der Musiktherapie dar (ebd.). Dabei ist wichtig zu beachten, dass die therapeutische Beziehung keine unbeeinflussbare Konstante ist. Ihre Gestaltung hat einen hohen Einfluss auf das therapeutische Geschehen. Die (Musik)Therapeut*innen müssen eine hohe emotionale Resonanzbereitschaft, Empathie, Respekt, Authentizität und Flexibilität mitbringen, damit ein entwicklungsförderlicher Dialog und daraus folgend unter Berücksichtigung von Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen (Selbst-)Erkenntnis, Wandlung und Wachstum stattfinden kann (Lutz Hochreutener, 2021). Eine besondere Stärke der Musiktherapie ist der gezielte Einsatz von Musik bei der Beziehungsgestaltung (Mössler, 2018). Die Musik ist dabei mehr als ein psychohygienisches oder bildendes Medium. Sie wird als «...Mittel des Erkennens (Diagnose), des Bewirkens (Intervention) und des Verstehens (Integration) eingesetzt (Hegi-Portmann et al., 2006, S. 20)».

Es gibt Hinweise darauf, dass spezifische Faktoren, allen voran die Musik, in der Musiktherapie eine grössere Bedeutung haben könnten als dies bei anderen (psycho)therapeutischen Verfahren bisher belegt worden ist. Mössler (2018) zitiert eine Studie von Danner und Oberegelsbacher (2001), die drei spezifische Wirkfaktoren herauskristallisieren konnten, die sich auf Musik beziehen. Diese sind (1) Ausdruck, Darstellung und Kommunikation mittels Musik; (2) aktives musikalisches Beziehungsangebot der Musiktherapeut*innen; und (3) musiktherapeutisches Durcharbeiten und Möglichkeit zur musiktherapeutischen Transformation. Schroeder (2017) untersuchte in ihrer Dissertation die Wirkfaktoren von Musiktherapie und gelangte zum Schluss, dass die Musik einen spezifischen Wirkfaktor der Musiktherapie darstellt. Hillecke und Wilker (2007) erstellten ein heuristisches Wirkfaktorenmodell der Musiktherapie und benannten die Aufmerksamkeitsmodulation, die Emotionsmodulation, die Kognitionsmodulation, die Verhaltensmodulation und die Kommunikationsmodulation als durch Musik ausgelöste Veränderungen. Oplatka (2020) hebt nach der Befragung von 8 Musiktherapeut*innen hervor, dass die musikalischen Erfahrungen scheinbar eine wichtige Komponente bei der Gestaltung einer tragenden, therapeutischen Beziehung ausmachen würden. Durch die Musik könne Kontakt aufgenommen werden, wo verbale Kommunikation nicht möglich sei, und sie ermögliche Kontaktanbahnung, das Erleben von Bindung und Beziehung, die Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten und die Entwicklung von Neuem. Deshalb ist es nicht die Musik als künstlerisches Medium selbst, die wirkt, sondern die Auseinandersetzung mit ihr, die ästhetische Erfahrung und die therapeutische Beziehung (Tüpker, 2017). Somit ist es nicht die Wirkung der Musik als Therapie, sondern die Wirkung der Musik in der Therapie, das die Musiktherapie ausmacht (Bruscia, 1998, zitiert nach Mössler, 2018).

Neben dem Medium Musik hat die Musiktherapie auch einen ästhetischen Charakter, der besonders identitätsstiftend sein kann (Koch & Martin, 2017). Für Metzner (2018) gehören ästhetiktheoretische Bezüge genauso in den wissenschaftlichen Diskurs der improvisatorischen Musiktherapie wie psychologisch-psychotherapeutische, medizinisch-biologische, sozialwissenschaftliche

und musikwissenschaftliche Grundlagen. Das Ästhetische in der Musiktherapie gebe den Klient*innen einen Kompetenzgewinn, der fundamental für die Lebensgestaltung und Krankheitsbewältigung sei. Wichtig dabei sei, das Ästhetische und Therapeutische in einem Kontinuum und nicht als inkompatibel zu betrachten.

Zu den spezifischen Wirkfaktoren der Musiktherapie wird noch mehr Forschung gefordert, eventuell auch deshalb, weil der Wirksamkeitsforschung gesundheitspolitisch eine hohe Gewichtung zukommt (Riedl et al., 2020). Die Psychotherapie hat in den letzten Jahren drei Forschungsphasen durchlaufen. Diese sind die Legitimations- und Rechtfertigungsphase, die Wettbewerbsphase/vergleichende Psychotherapieforschung und die Indikations- und Prozessforschungsphase. Im Gegensatz zur Psychotherapieforschung hat die Erforschung der Wirkfaktoren in den künstlerischen Therapien – und somit Musiktherapie – diese drei Phasen noch nicht durchlaufen (Koch & Martin, 2017). Um das «Wie» der künstlerischen Therapien – und damit Musiktherapie – zu beantworten, brauche es sowohl Anlehnung (allgemeine Wirkfaktoren) als auch Abgrenzung (spezifische Wirkfaktoren) zu herkömmlichen Psychotherapien (ebd.). In den letzten Jahren haben die wissenschaftlichen, musiktherapeutischen Publikationen im deutschsprachigen Raum stark zugenommen. Dabei ist eine zunehmende Anzahl von klinischen Studien, Reviews und Metaanalysen erkennbar und damit einhergehend eine Tendenz in Richtung evidenzbasierter Medizin (Riedl et al., 2020). Kriz (2017) schreibt dazu, dass die künstlerischen Therapien – und dementsprechend auch die Musiktherapie – zunehmend dem Druck nachgeben würden, ihre Nützlichkeit mit als wissenschaftlich angesehenen Methoden belegen zu müssen, wie das bei der Psychotherapie der Fall sei. Nicht alle sind jedoch mit der aktuellen Forschungsrichtung in Richtung randomisierte, kontrollierte Studien einverstanden. Schulthess und Kollegen (2016) ziehen naturalistische Praxisforschung den randomisierten, kontrollierten Studien vor. Sie würden die psychotherapeutische Wirklichkeit besser abbilden und Behandlungsprozesse besser darstellen. Dies kann auch auf die Musiktherapie übertragen werden, da diese wie die Psychotherapie oft nicht einem vorgegebenen Programm folgt und eher «...auf einer dynamischen Passung von eher allgemeinen Prinzipien an die gegenwärtige Problem-Situation beruht (Kriz, 2017)». Kontrollierte, randomisierte Studien scheinen vor allem dort angebracht zu sein, wo manualisierte, homogene und lineare Behandlungsprogramme untersucht werden können. Dies trifft auf die künstlerischen Therapien – und somit Musiktherapie – mehrheitlich nicht zu (Kriz, 2017). Nach Gold und Stegemann (Gold & Stegemann, 2018) gibt es in der Musiktherapieforschung zurzeit drei Trends:

1. Mit der kollaborativen Forschung können Ressourcen gebündelt und eine höhere Breite von Forschungsmethoden abgedeckt werden (Riedl et al., 2020).
2. Bei der Mixed-Methods-Forschung werden die qualitativen und quantitativen Ansätze miteinander kombiniert und vor allem die Relation der beiden zueinander genau beschrieben (Burzlaff et al., 2023).

3. In den letzten Jahren wurde mehr kontrollierte Forschung bei nicht-behavioralen Musiktherapie-Richtungen betrieben.

Darüber, ob Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren betrachtet werden kann, herrscht Uneinigkeit (Hobmair, 2018). Hegi-Portmann und Kollegen (2006) sehen die Musiktherapie als therapeutisches Verfahren mit einer eigenen Diagnostik, Indikation und Methodik, das wissenschaftlich fundiert ist und Methoden aus allen psychotherapeutischen Grundorientierung integriert. Smeijsters (1994) sieht Musiktherapie dann als psychotherapeutisch, wenn auch psychotherapeutische Ziele verfolgt werden. Timmermann (2012b) sieht die Musiktherapie als Methode, «...,deren Theoriebildung in Richtung auf die Etablierung eines Verfahrens geht» (S. 57). Zu einem früheren Zeitpunkt fordert er das Hinarbeiten auf die Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren mit einem reichhaltigen musikalischen, methodischen Repertoire, das auf einer theoretischen Systematik beruht, die sowohl musiktherapiespezifische als auch psychotherapeutische Bausteine sinnvoll miteinander verbindet und integriert (Timmermann, 2004). Nach Strobel (1990, S. 317) kann man dann von Musikpsychotherapie sprechen, «..., wenn „Musik“ (Klang und Rhythmus) nichts anderes darstellt, als ein Medium, mit dem in einer seelischen Tiefendimension psychologisch gearbeitet und aufgearbeitet werden kann.». Er fordert mehr musiktherapeutische Forschung sowie Theoriebildung und Konzeptualisierung, damit die Musik(psycho)therapie mehr Anerkennung erhält, wobei er nicht die Entwicklung einer eigenen Systematik fokussiert, sondern die Integration verschiedener Konzepte. Frohne-Hagemann (2001) ordnet die Musiktherapie ebenfalls als Methode ein. Um Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren zu etablieren, schlägt sie vor, die bestehenden musiktherapeutischen Methoden durch eine übergreifende, pluralistische und integrative Meta-Theorie zu integrieren, wodurch deren Eigenwerte erhalten bleiben. Um ein Verfahren zu werden, müsste die Musiktherapie nach Frohne-Hagemann die Kategorien des «Tree of Science» von Petzold (Petzold, 2003, 2012) unter spezifischen musiktherapeutischen Perspektiven erfüllen und dementsprechend eine musiktherapeutische Metatheorie, Therapietheorie und Praxeologie aufweisen. Dies wird mit dem nachfolgenden Modell versucht.

3.2 Modell musiktherapeutischer Meta- und Behandlungsebenen

Die Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht in den «Tree of Science» (Petzold, 2003, 2012; Stumm, 2011, siehe dazu Kapitel 1) eingeordnet werden (Fitzthum, 2021; Hobmair, 2018). Nach Fitzthum (2021) liegt dies dem Umstand geschuldet, dass die Musiktherapie neben der gesprochenen Sprache auch mit dem Medium Musik arbeitet und diese in den psychotherapeutischen Ordnungssystemen nicht berücksichtigt wird. Hobmair (2018) sieht den Grund in der hohen Diversität der verschiedenen musiktherapeutischen Richtungen und Schulen, wodurch es auch keine übergreifende Fachterminologie bzw. Vokabular und kein einheitliches Modell gibt, um die Musiktherapie zu kategorisieren und zu systematisieren. Dies wäre nach Hobmair jedoch wichtig für eine bessere Anerkennung der Musiktherapie

innerhalb der Psychotherapielandschaft, da musiktherapeutische Begriffe klarer benannt werden können und somit unter den beteiligten Personen wie z.B. Forschende, Auszubildende oder Auszubildende eine Übereinstimmung darüber herrscht, worüber und wovon gesprochen wird. Hobmair (ebd.) hat versucht, dies nachzuholen. In ihrer Dissertation hat sie die vorhandenen musiktherapeutischen Modelle zusammengefasst (ab S. 37) und die von Stegemann (2012) vorgeschlagenen Meta- und Behandlungsebenen mittels einer qualitativen Befragung von 20 Musiktherapeut*innen überprüft. Das Ergebnis ist ein Arbeitsmodell musiktherapeutischer Meta- und Behandlungsebenen (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Modell musiktherapeutischer Meta- und Behandlungsebenen nach Zusammenführung und Zusammenfassung aller gewonnenen Ergebnisse aus der Studie von Hobmair

Metaebenen		
	Grundorientierung	Tiefenpsychologie, Behaviorismus, Psychoanalyse, Humanismus, etc.
	Verfahren	Musiktherapie
	Therapierichtung/Schule	Analytische Kindermusiktherapie, Nordoff/Robbins Musiktherapie, Orff-Musiktherapie, Wiener Schule der Musiktherapie etc.
Behandlungsebenen		
	Arbeitsweise (Modalitäten)	Konfliktzentriert, erlebnisorientiert, übungszentriert
	Methoden	Improvisation, Reproduktion, Komposition und Rezeption
	Interventionen	Verbal, nonverbal, musikalisch
	Techniken	Halten, Stützen, Spiegeln etc.

Hobmair kommt zum Schluss, dass die dargestellten Ebenen auf alle Therapieeinheiten anwendbar sind, deren Bezeichnungen jedoch sowohl in der Praxis als auch in der Fachliteratur eine Streuung aufweisen. Die im Arbeitsmodell gewählten Begriffe haben die grösste Zustimmung erfahren. Es besteht aus den drei Metaebenen Grundorientierung, Verfahren und Therapierichtung/Schule und den fünf Behandlungsebenen Arbeitsweise (Modalitäten), Methoden, Spielformen, Interventionen und Techniken. Hobmair betont, dass das Modell verschiedene Überschneidungen beinhalte und insbesondere die Behandlungsebenen keine deutliche Hierarchie zeigen würden. Sie fänden gleichzeitig und nebeneinander statt. Die einzelnen Ebenen werden nachfolgend etwas genauer beschrieben und ergänzt, wobei weitere Autor*innen erwähnt werden.

3.2.1 Grundorientierung

Die erste Metaebene der Grundorientierung enthält das theoretische Grundgerüst eines Verfahrens bzgl. Gesundheit, Krankheit und Heilungsprozessen (Hobmair, 2018). Verfahren und Methoden der Psychotherapie als auch der Musiktherapie können nach Frohne-Hagemann (2001, S. 169 ff.) einzelnen Grundorientierungen zugeordnet werden. Da sich die Verfahren jedoch zunehmend vermischen und in sich nicht mehr homogen sind, wird die Zuordnung nach Frohne-Hagemann sowohl erschwert als auch bereichert. Nach Timmermann (2012b, S. 56) gibt es Musiktherapeut*innen, die sich selbst einer bestimmten Grundorientierung oder einem bestimmten

Verfahren zuordnen. In der heutigen Zeit arbeiten Musiktherapeut*innen jedoch zunehmend integrativ und eklektisch.

3.2.2 Verfahren

Auf der zweiten Metaebene des Verfahrens gibt es laut Hobmair (2018) Überschneidungen mit der zweiten Behandlungsebene der Methoden. Die Methoden und Techniken hängen von der Definition eines Verfahrens ab. Hobmair (ebd.) beschreibt ein Verfahren als ein in sich stimmiges und konsistentes Vorgehen, das auf einer Grundorientierung basiert und passende Methoden und Techniken verwendet. Eine Definition für den Begriff Verfahren wurde bereits in Kapitel 1 dieser Arbeit aufgeführt. Hobmair ordnet die Musiktherapie auf dieser Ebene ein.

3.2.3 Therapierichtung/Schule

Die Musiktherapie hat verschiedene Ausformungen wie z. B: die integrative Musiktherapie oder die Nordoff/Robbins Musiktherapie, die zwar in ihren Grundzügen die gleichen Merkmale aufweisen, jedoch Unterschiede beinhalten (Hobmair, 2018). Frohne-Hagemann (2001, S. S. 169 ff.) ordnet die verschiedenen Schulen den Grundorientierungen der Psychotherapie zu und bezeichnet diese im Gegensatz zu Hobmair als Methoden. Einige Schulen der Musiktherapie werden in Kapitel 4 dieser Arbeit noch etwas genauer beschrieben.

3.2.4 Arbeitsweise (Modalitäten)

Die Arbeitsweisen müssen nach Hobmair (2018) klar von den Methoden abgegrenzt werden. Die Methoden stellen die Art und Weise dar, wie die Arbeitsweisen umgesetzt werden. Dazu mehr in Kapitel 3.2.5. Die Arbeitsweisen bzw. Modalitäten können in übungszentriert, erlebniszentriert und konfliktzentriert unterteilt werden, wobei die erstere eine funktionale und die beiden weiteren eine psychotherapeutische Ausrichtung haben. Beim übungszentrierten Vorgehen liegt der Fokus auf dem Lernen, Üben und Konsolidieren von neuen Verhaltensweisen. Das erlebniszentrierte Vorgehen hat das Ziel, den Erlebnishorizont zu erweitern und neue Seinserfahrungen zu ermöglichen. Beim konfliktzentrierten Vorgehen werden intrapsychische und interpersonelle Konflikte bearbeitet (Lutz Hochreutener, 2009, 2021). Während des musiktherapeutischen Prozesses können die einzelnen Modalitäten ineinander übergehen oder zueinander hinführen (Lutz Hochreutener, 2009).

3.2.5 Methoden

Bei den Methoden handelt es sich darum, was man in der Therapie tut (Hobmair, 2018). Sie lassen sich nach Bruscia (2014) unterteilen in Improvisation, Reproduktion, Komposition und Rezeption. Die Improvisation stellt die «via regia» der modernen Musiktherapie dar und entsteht spontan aus dem Augenblick heraus (Lutz Hochreutener, 2009; Weymann, 2021). Sie bietet einen geschützten Freiraum, in dem eine ressourcenorientierte Explorationsfähigkeit, Kreativität und Selbstwirksamkeit ermöglicht und gefördert werden (Lutz Hochreutener, 2021). Durch das Spontane soll die Zensur durch das Bewusstsein umgangen werden. Dadurch wird impliziertes

Beziehungswissen und Muster des Selbsterlebens und Handlungserlebens (Weymann, 2021) sowie Störungen in der Selbst- und Fremdwahrnehmung, der Erlebnisfähigkeit, des Kommunikationsverhaltens und der Emotionsregulierung sichtbar und erfahrbar (Lutz Hochreutener, 2021). Neben der freien musikalischen Improvisation gibt es auch eine angeleitete Improvisationsform. Smetana (2018) unterscheidet dabei die themenorientierte, die strukturierte, die kommunikative und die probierhandelnde Improvisation.

Bei der Reproduktion werden bestehende Lieder oder Musikstücke gespielt oder gesungen. Dabei ist wichtig, dass die Reproduktion von einem Vorspiel vor einem Publikum unterschieden wird. Die Qualität und Ästhetik des Vorgetragenen spielt eine eher nebensächliche Rolle (Stegemann, 2020).

Beim Komponieren von Liedern oder Musikstücken erhalten die Klient*innen je nachdem viel oder wenig Unterstützung durch die Musiktherapeut*innen. Normalerweise resultiert ein Kompositionsprozess in der Notation des jeweiligen Stücks und/oder einer Aufnahme (Bruscia, 2014). Das therapeutische Songwriting stellt den Klient*innen eine Ausdrucksmöglichkeit für ihre Gedanken, Emotionen und Fantasien bereit, zudem können sie Selbstvertrauen erleben und ihren Selbstwert zu stärken (Baker, 2020). Baker (2015) zitiert in Baker (2020) hat 24 Songwriting-Modelle erstellt, die sich grob in die drei Musiktherapiemodelle outcome-orientiert, erlebnisorientiert und kontextorientiert von Bruscia (2014) einteilen lassen.

Bei der rezeptiven Musiktherapie hören die Klient*innen entweder live gespielte oder aufgenommene Musik und reagieren darauf schweigend, verbal oder auf eine andere Art und Weise (Bruscia, 2014). Die abgespielte Musik wird indikationsspezifisch und zielorientiert ausgewählt und eingesetzt (Frohne-Hagemann, 2021b). Da Musik durch ihre ästhetischen und emotionalen Eigenschaften tiefe seelische Prozesse anstoßen kann, muss eine rezeptive Einheit immer gut angeleitet und anschliessend wieder aufgearbeitet werden (Frohne-Hagemann, 2020).

Lutz Hochreutener (2009) beschreibt neben den bereits genannten Methoden auch noch die Stille, das imaginative Musikerleben, das Rollenspiel, die Sprache, den Körper und das Hantieren mit Instrumenten.

3.2.6 Spielformen

Mit den Spielformen werden die Methoden konkret ausdifferenziert und angewendet (Hobmair, 2018; Stegemann, 2012). Bei Hegi (2010) oder Lutz Hochreutener (2009) findet man zum Beispiel viele Anregungen für Spielformen.

3.2.7 Interventionen

Das Wort Intervention stammt vom lateinischen Wort *intervenire* ab und bedeutet unterbrechen oder dazwischengehen (Kersten, 2019). Durch verbales, nonverbales oder musikalisches Intervenieren oder Eingreifen kann der therapeutische Prozess durch die Therapeut*innen beeinflusst werden (Hobmair, 2018; Stegemann, 2012). Es wird zwischen aktiven und rezeptiven Interventionen unterschieden (Lutz Hochreutener, 2021).

3.2.8 Techniken

Die musiktherapeutischen Techniken sind das Handwerkszeug der Musiktherapeut*innen und sind mit einer psychotherapeutischen Haltung verbunden (Hobmair, 2018). Sie stellen eine konkrete, definierte Einheit des musiktherapeutischen Handelns dar (Smetana & Storz, 2020). Neben Techniken, die sich auch auf die gesprochene Sprachen übertragen lassen (oder von dieser übernommen werden), hat die Musiktherapie auf der Musikebene spezifische Techniken, die erst durch die Musik selbst Bedeutung erlangen (Lutz Hochreutener, 2021; Smetana & Storz, 2020).

Aufgrund der hohen Diversität an musiktherapeutischen Schulen gibt es auch viele verschiedene Terminologien, Einteilungen und Zuordnungen (Storz, 2018), die an dieser Stelle nicht alle beschrieben werden können.

Smetana und Storz (2020) beschreiben drei grosse Gruppen von psychotherapeutischen Techniken. Dazu gehören die halt gebenden, stützenden und emotionszentrierten Techniken, die Dialog-/kommunikationszentrierten Techniken und die konfrontationszentrierten Techniken. Lutz Hochreutener (2021) ergänzt diese mit den übungszentrierten regulierenden und stimulierenden Techniken. Die Tabelle 9 wurde direkt von Lutz Hochreutener (2021) übernommen und stellt eine Auswahl der verschiedenen Techniken dar, die zusätzlich zu den Gruppen der Techniken auch noch in funktional (übungszentriert) und psychotherapeutisch (erlebnis- und konfliktzentriert) unterteilt sind.

Tabelle 9: Techniken der Musiktherapie (Lutz Hochreutener, 2021)

Wirkungsspektrum	Ziel	Techniken (Beispiele)
Funktional (übungszentriert)	Regulierende und stimulierende Techniken Regulieren von körperlichen & emotionalen Zuständen; Erhalten & Fördern von Sensomotorik, Kognition & Sprache	• Aktivieren: Ergotrope Musikstrukturen • Beruhigen: Trophotrope Musikstrukturen • Entspannen: Pulsation & monochrome Klänge • Multisensorische Stimulation: indikationsspezifische Platzierung der Instrumente beim Spiel; Einsatz vibrationsintensiver Instrumente
Psychotherapeutisch (erlebnis- & konfliktzentriert)	Halt gebende, stützende & emotionszentrierte Techniken Halt & Sicherheit vermitteln – Vertrauen aufbauen; Ausdruck anregen & stützen – Ressourcen aktivieren; Befindlichkeiten verdeutlichen – Selbsterkenntnis & -akzeptanz anregen	• Holding: repetitive, verlässliche musikalische Gestalten • Grounding: Rhythmischer Boden (Pulsation, Ostinato) • Zentrieren: Tonales Zentrum (Grundton, Harmoniefolge) • Anpassen/Matching: Begleitung auf Dynamik & Form abstimmen • Imitieren: Motive echoartig, zeitversetzt aufgreifen • Spiegeln: Spielweise & erspürte Gefühlsqualitäten gleichzeitig oder zeitversetzt abbilden & verdeutlichen

	Dialog- & kommunikationszentrierte Techniken Kommunikation anregen, erweitern & vertiefen	• Differenzieren: eigene, evtl. kontrastierende Impulse setzen, gleichzeitig Spiel aufrecht halten • Bewusst Pausen machen • Musikalisch antworten • Dialogisieren: gezieltes Anregen zum musikalischen Fragen und Antworten
	Konfrontationszentrierte Techniken Exploration & Verdeutlichung emotionaler Zustände; Problemaktualisierung und -bewältigung	• Intensivieren: Musikalische Dynamik sukzessive verstärken • Doppeln: Erspürte Gefühlsqualitäten verstärkend anklingen lassen • Splitting: widersprüchliche, unvereinbar scheinende Gefühle aufteilen & ausdrücken

Wichtig zu beachten ist hier, dass einzelne Techniken situationsabhängig auch zu einer anderen Gruppe dazugezählt werden können, da sich der Einsatz derjenigen immer am aktuellen therapeutischen Prozess orientiert (Smetana & Storz, 2020).

4 Musiktherapie im Kanon psychotherapeutischer Verfahren

Es gibt einige musiktherapeutische Richtungen, die sich auf psychotherapeutische Verfahren beziehen und das musiktherapeutische Handeln mit Begriffen aus diesen Verfahren beschreiben. Sie entnehmen ihre Diagnostik und Methodik also einem bestehenden psychotherapeutischen Modell, setzen diese musikalisch um und analysieren das musikalische Geschehen basierend auf diesen Modellen (Smeijsters, 2009). In den folgenden Abschnitten werden einige musiktherapeutische Schulen beschrieben, die sich auf psychotherapeutische Verfahren beziehen.

4.1 Psychodynamisch orientierte Musiktherapieschulen

Die psychodynamisch orientierten Musiktherapieschulen verbinden die psychodynamische Psychotherapie mit musiktherapeutischen Methoden, indem sie die Psychodynamik der Klient*innen wahrnehmen und reflektieren und die psychodynamische Entwicklung mit musiktherapeutischen Arbeitsformen und Methoden anregen (Bauer, 2021). Nachfolgend werden die tiefenpsychologische und die analytische Musiktherapie kurz beschrieben. Die Beschreibung der tiefenpsychologischen Musiktherapie basiert hauptsächlich auf dem Buch von Timmermann (2004). Diejenige der analytischen Musiktherapie basiert auf Priestley (1982) und Metzner (2001).

4.1.1 Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie

Bei der tiefenpsychologischen orientierten Musiktherapie wird besonders viel Wert auf die Wirkung der therapeutischen Beziehung gelegt. Während der Therapie werden die Struktur und Dynamik des Unbewussten in Kombination mit der persönlichen Geschichte der Klient*innen in der therapeutischen Beziehung sichtbar. Somit zeigt sich das Seelenbild der Klient*innen im Erleben der Musik, im improvisierten und sonstigen musikalischen Ausdruck und in der musikalischen Interaktion und ist somit nicht zufällig (Timmermann, 2004). Zwei grundsätzliche Aspekte sind bei der Wirkung der Musik von besonderer Bedeutung, das sich aktuell Ereignende und der

biographische Hintergrund (Oberegelsbacher & Timmermann, 2012). Besonders wichtig sind zudem entwicklungspsychologische Erkenntnisse (v. a. aus dem Säuglingsalter), die aus einer tiefenpsychologischen Sicht betrachtet und integriert werden. Frühkindliche Erfahrungen können so mithilfe der Musik bearbeitet werden (Timmermann, 2004).

4.1.2 Psychoanalytisch orientierte Musiktherapie

Die psychoanalytische Musiktherapie basiert auf der von Sigmund Freud begründeten Psychoanalyse (Metzner, 2001). und wurde von Mary Priestley (1982) entwickelt. Das übergeordnete Ziel in der analytischen Musiktherapie ist die «vollständige Entwicklung der potenziellen Möglichkeiten» der Klient*innen. Die Therapeut*innen sollen dabei keine Ziele verfolgen. Vielmehr helfen sie ihnen, ihre eigenen Ziele zu verwirklichen und den Mut aufzubringen, Hindernisse aus dem Weg zu räumen, indem mit einem musikalischen Rahmen unterdrückte und schmerzhaft Gefühle ausgedrückt und aufgefangen werden können. Das Setzen von äusserlichen Zielen begrenzt die Therapie und führt dazu, dass andere Entwicklungen nicht beachtet werden können (Priestley, 1982). Mithilfe einer tragfähigen therapeutischen Beziehung ist die Versöhnung mit der Vergangenheit und die Auseinandersetzung mit der Gegenwart für die Klient*innen möglich. Die gewählten musiktherapeutischen Methoden basieren auf psychoanalytischen Paradigmen, einschliesslich der Anerkennung des Unbewussten und seiner Entstehung, Funktion und Wirkungsweise, die Arbeit mit dem Widerstand sowie die Auseinandersetzung mit Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen. Das musikalische Material und die dabei ausgelösten intrapsychischen und interpersonalen Prozesse werden psychoanalytisch reflektiert (Metzner, 2001). Übertragungs- und Gegenübertragungen gehen in der Musiktherapie tiefer, sind aber auch besser lenkbar (Priestley, 1982). Zu den psychoanalytisch musiktherapeutischen Methoden gehören u. a. die assoziierte Improvisation, die freie Improvisation und die «Guided Imagery and Music» (Eschen, 2002; Frohne-Hagemann, 2021a; Metzner, 2001).

4.2 Verhaltenstherapeutische Musiktherapie

Die verhaltenstherapeutisch orientierte Musiktherapie legt ihren Fokus auf Lernprozesse und dem Verändern von Verhalten. Um das zu erreichen, wird mit Methoden der Verstärkung gearbeitet. Die Musik kann auf unterschiedliche Art und Weisen eingesetzt werden. Sie kann als Auslösereiz («cue») dienen, als Taktgeber oder zur Unterstützung bei Bewegungen fungieren, sie kann helfen die Aufmerksamkeit zu fokussieren oder als Belohnung genutzt werden. Musiktherapeut*innen, die nach verhaltenstherapeutischen Grundsätzen arbeiten, setzen neben anderen die Konditionierung, Gegenkonditionierung, Löschung, Desensibilisierung, Rollenspiele, Trainings, Entspannungsübungen, Expositionsverfahren in sensu, paradoxe Interventionen und Stimuluskontrolle ein. Um die Verhaltensänderungen zu beobachten und erfassen zu können, müssen wenn möglich strikte Manuale eingehalten werden (Madsen, 2001). Die aktuell dritte Welle (siehe Kapitel 2.3.3) der Verhaltenstherapie fokussiert sich stärker auf emotions- und achtsamkeitsbasierte Verfahren.

Dies öffnet die Tür für die Musiktherapie, da die Musik Emotionen sowohl verstärken als auch induzieren kann (Simonet, 2022).

4.3 Humanistisch orientierte Musiktherapie

Die humanistisch orientierte Musiktherapie richtet sich nach humanistischen Psychotherapieverfahren aus. Das Bewusstsein für das Hier und Jetzt spielt eine wichtige Rolle (Smeijsters, 2009).

4.3.1 Schöpferisch orientierte Musiktherapie nach Nordoff/Robbins

Die schöpferische Musiktherapie nach Nordoff/Robbins wurde vom amerikanischen Pianisten und Komponisten Paul Nordoff (1909-1977) und dem englischen Sonderpädagogen Clive Robbins (1928-2011) begründet, die Ende der 50er Jahre des letzten Jahrhundert begannen, mit mehrfach behinderten, autistischen und entwicklungsverzögerten Kindern zu arbeiten. Während des praktischen Vorgehens entwickelten sie den Begriff des «Music Child», der beinhaltet, dass jeder Mensch eine musikalische Identität besitzt, die mit der Musik erreicht und angesprochen werden kann (Nordoff & Robbins, 1986). Diese musikalische Identität ist unabhängig vom Entwicklungsstand, des Gesundheitszustandes und des Schweregrads der Beeinträchtigung/Behinderung einer Person.

Die Nordoff/Robbins Musiktherapie arbeitet mit einer musikzentrierten Methodik sowie einer klient*innenorientierten Haltung und im Hier und Jetzt. Die Musiktherapeut*innen nehmen in der musikalischen Improvisation auf, was gerade da ist. Dies können musikalische Äusserungen, Bewegungen, Augenzwinkern etc. sein. Die Patient*innen erleben, dass sie so angenommen werden wie sie sind, ihre Befindlichkeiten und ihre Leiden mit ihnen geteilt und ihre (musikalischen) Äusserungen respektiert werden. Musik dient dabei nicht als «Medikament», sondern steht als künstlerisches Medium als Begegnungs- und Entwicklungsfeld im Mittelpunkt. Während des gemeinsamen musikalischen Dialogs regen die Therapeut*innen mittels abgestimmter Interventionen neue Gestaltungs- und Handlungsweisen für die Patient*innen an. Gesundheit beinhaltet dabei soziale, kulturelle und individuelle Aspekte. Aus diesem Grund sollen bei der schöpferischen Musiktherapie nicht nur Funktionsstörungen sowie körperliche und psychische Probleme behoben, sondern auch Kreativität, Lebenstüchtigkeit und Selbstheilungstendenzen gefördert werden (Gustorff, 2001; Hoffmann, 2021).

4.3.2 Gestalttherapeutisch orientierte Musiktherapie

Die gestalttherapeutisch orientierte Musiktherapie verbindet Modelle und Konzepte der Gestalttherapie mit den Wirkungskomponenten der Musiktherapie. Hegi (2001, S. 125ff.) beschreibt ein «Kreislaufmodell methodengeleiteten Handelns», das sowohl in einzelnen Therapiesitzungen als auch über längere Behandlungsphasen zum Tragen kommt und bei dem die vier Einstellungen Annehmen, Aushalten, Ausspielen und Abgrenzen der Therapeut*innen eine wichtige Rolle spielen. Bei den Klient*innen treten in der Musik, in der Sprache oder im Körper Figuren aus dem Hintergrund hervor. Die Therapeut*innen nehmen die Figuren wahr, nehmen diese an und decken

in einem prozessdiagnostischen Resonanzgeschehen auf was los ist. Sie bilden eine Grundhypothese, halten aus und wählen ein auf die Figur abgestimmtes Experiment aus. Während des sogenannten Ausspielens bildet sich eine neue Gestalt, die im weiteren Verlauf durch Wiederholungen und Auswertungen des Experiments mit dem Hintergrund verbunden wird. Dabei gibt es viele Wechsel zwischen Sprache und Musik sowie Oberfläche und Tiefe. Während dieser sogenannten Behandlungsphase werden entwicklungspsychologische Fragen wie: Was brauchst du? Was fehlt dir jetzt? gestellt. Die Patient*innen kommen zu einer Bewusstheit, also einer Annahme ihres «So-seins», der Grundlage für Erleben, Erkennen, Veränderung und Verwandlung. Der therapeutische Kontakt wird abgelöst und die nun mit dem Hintergrund verbundene Gestalt wird als Erfahrung abgespeichert. Unerledigte Anteile sinken ebenfalls in den Hintergrund und tauchen irgendwann als neue Figuren wieder auf. Das Thema ist (vorerst) beendet und wird abgegrenzt. Jetzt findet der Nachkontakt bzw. die Verarbeitungszeit statt (Hegi, 1998, 2001).

4.4 Integrativ orientierte Musiktherapie

Die «Integrative Musiktherapie (IMT)» sieht sich als Methode der «Integrativen Therapie (IT)» nach Petzold (2003) und integriert tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische, systemische und sozio-ökologische Ansätze. Sie wurde 1982 am Fritz Perls Institut für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung von Isabelle Frohne-Hagemann, Jorgos Canacakis-Canas, Wolfgang Schröder und Hilarion Petzold als Weiterbildung konzipiert. Sie vertritt ebenfalls die Ansicht eines schöpferischen Menschen, der nicht nur Heilung, sondern auch Persönlichkeitsentwicklung und Förderung der Kreativität sowie Entfaltung benötigt. Zudem ist der Mensch ein koexistierendes Wesen, das mit seiner Umwelt und anderen Mitmenschen verbunden ist und sich erst mit dieser Verbundenheit und Interaktion mit anderen entwickeln kann. Aus diesem Grund ist die therapeutische Beziehung ein wichtiger Bestandteil der «Integrativen Musiktherapie», mit dem Ziel das Zwischenmenschliche während einer Beziehung zwischen zwei (oder mehreren) Personen als Drittes zu erfahren. Die Beziehung über die Musik bietet dabei die Möglichkeit, dass alle Involvierten Teil eines gemeinsamen Klanggebildes sind.

Mithilfe des neurobiologisch, sozial- und kulturwissenschaftlichen Konzepts des «informierten» und «informierenden» Leibes (Petzold, 2015) können differenzierte diagnostische Betrachtungen angestellt werden. Dadurch erhalten die «leibmusikalische Begegnung» und die Arbeit mit Resonanzen eine wichtige Bedeutung.

Die «Integrative Musiktherapie» orientiert sich nach dem Kontakt- und Beziehungsmodell der «Integrativen Therapie» mit den vier Formen der Beziehung: die Konfluenz, der Kontakt, die Begegnung und die Beziehung. Zudem arbeitet sie mit den vier Wegen der Heilung und Wachstumsförderung. Dazu gehören Bewusstseinsarbeit und Sinnfindung, Nachsozialisation und Grundvertrauen, Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung, sowie Solidaritätserfahrung, Metaperspektive und Engagement (Frohne-Hagemann, 1990, 1999; Moser, 2021).

4.5 Systemisch orientierte Musiktherapie

In der Musiktherapie kann wie bei der systemischen Psychotherapie mit Aufstellungen (siehe Kapitel 2.5.2) gearbeitet werden. In der Einzelmusiktherapie stellen die Klient*innen die einzelnen Repräsentanten mit Instrumenten auf. In der Gruppenmusiktherapie können die einzelnen Repräsentanten gleichzeitig in Ausdruck und Interaktion treten. Dadurch wird die Beziehungsdynamik innerhalb eines Systems sehr anschaulich erfahrbar (Timmermann, 2021). Im Buch von Zeuch, Hänsel und Jungaberle (Hrsg.) (2009) werden verschiedene systemische Konzepte für die Musiktherapie vorgestellt sowie ein Inventar systemisch-musiktherapeutischer Interventionen zur Verfügung gestellt (Hänsel, 2009).

5 Psychotherapie und Musiktherapie im Gesundheitswesen der Schweiz

Die Psychotherapie und die Musiktherapie sind in der Schweiz nicht gleich organisiert. In den folgenden Abschnitten soll deshalb kurz beschrieben werden, wie die beiden Therapierichtungen im Gesundheitswesen der Schweiz verankert sind.

5.1 Psychotherapie im Gesundheitswesen der Schweiz

Das Bundesgesetz über Psychologieberufe (PsyG, 2011) regelt die Ausübung sowie die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapie und legt gesamtschweizerische Standards fest (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2021). Mit der Einführung des Gesetzes wurden alle Psychotherapie-Weiterbildungsinstitute in der Schweiz provisorisch akkreditiert. Um ordentlich akkreditiert zu werden mussten sie einen Akkreditierungsprozess durchlaufen, der nicht bei allen Institutionen erfolgreich verlief (Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP), o. J.). Wie bereits in Kapitel 1. beschrieben, gibt es in der Schweiz zurzeit 42 akkreditierte Weiterbildungsgänge für Psychotherapie (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2023). Die Akkreditierungskriterien sind im Bundesgesetz über Psychologieberufe (2011) und die genaueren Prüfbereiche in der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe (2013) festgelegt.

Seit dem 1. Juli 2022 ist in der Schweiz das Anordnungsmodell in Kraft getreten. Im Gegensatz zum vorherigen Delegationsmodell können psychologische Psychotherapeut*innen ihre erbrachten Leistungen selbständig über die obligatorische Krankenversicherung abrechnen, wenn die Behandlung von einem oder einer zur Anordnung berechtigten Arzt oder Ärztin verordnet wurde. Dies wurde in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) (1995) und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (1995) entsprechend angepasst (Frey & Widmer, 2022). Nur Personen mit einem Master oder gleichwertigen Hochschulabschluss in Psychologie und einer Weiterbildung in einer akkreditierten Psychotherapie-Weiterbildung erhalten eine kantonale Praxisbewilligung, um privatwirtschaftlich und in eigener fachlicher Verantwortung psychotherapeutisch arbeiten zu dürfen und über die Grundversicherung abrechnen zu können (Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP), o. J.). Personen mit einem anerkannten

Abschluss in Medizin können den Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie erlangen. Dazu ist eine 6-jährige Weiterbildung nötig. Neben der benötigten fachspezifischen Tätigkeit benötigen die angehenden Fachärzt*innen auch eine theoretische Weiterbildung, deren Basisteil an einem regionalen Zentrum für postgradualen Unterricht erworben wird. Weiter wird eine Vertiefung des Wissens in einem der drei psychotherapeutischen Modelle (psychoanalytisch, systemisch oder kognitiv-verhaltenstherapeutisch) und eine Vertiefung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens vorausgesetzt. Die Vertiefung des psychiatrischen Wissens kann dabei in einem regionalen Zentrum oder einem psychotherapeutischen Institut erworben werden. Zudem ist ein Nachweis von Supervision, Gutachtertätigkeit und Selbsterfahrung nötig. Die Facharztprüfung besteht aus zwei Teilen, wobei der erste nach den Basismodulen und der zweite nach den Aufbaumodulen absolviert wird (Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF), 2022).

5.2 Musiktherapie im Gesundheitswesen der Schweiz

Der Schweizer Fachverband für Musiktherapie (SFMT/ASMT) ist seit 2018 Mitglied bei OdA Artecure (Lutz Hochreutener, 2020). Diese vertritt als Dachorganisation alle Fachrichtungen der Kunsttherapie. Dazu gehören neben der Musiktherapie die Bewegungs- und Tanztherapie, die Drama- und Sprachtherapie, die Gestaltungs- und Maltherapie sowie die Intermediale Therapie. Als Trägerin der Höheren Fachprüfung Kunsttherapie richtet sie diese unter Aufsicht des Bundes in verschiedenen Sprachregionen der Schweiz aus (OdA Artecure, 2019a). Mit der Höheren Fachprüfung erlangt man den eidgenössisch anerkannten Titel Kunsttherapeut*in mit eidgenössischem Diplom (Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI), 2023). Damit gibt es in der Schweiz eine gesetzliche Regelung bezüglich der eidgenössischen Anerkennung und Ausübung von Musiktherapie (Lutz Hochreutener, 2020). Weiter gibt die OdA Artecure auch für alle Mitglieder gültige Ethikrichtlinien heraus (OdA Artecure, 2021).

Um zur höheren Fachprüfung zugelassen zu werden, müssen die Kandidat*innen bestimmte Kriterien erfüllen. Diese sind in der Prüfungsordnung (OdA Artecure, 2019b) unter Ziffer 3.3 aufgeführt. Alle Kandidat*innen müssen einen Abschluss auf Tertiärstufe in einem der Bereiche Gesundheitswesen, Pädagogik, Kunst oder Sozialwesen vorweisen oder einen Abschluss auf der Sekundarstufe II mit einer bestandenen Gleichwertigkeitsprüfung GVB verfügen und in einem der genannten Bereiche für zwei Jahre zu mindestens 50% gearbeitet haben. Zudem müssen alle erforderlichen Modulabschlüsse bzw. Gleichwertigkeitsbescheinigungen vorgewiesen und eine Fallsupervision von mindestens 20 Stunden bei von OdA ARTECURE anerkannten Supervisor*innen nachgewiesen werden. Weiter müssen die Prüfungsgebühr und die Diplomarbeit fristgerecht eingezahlt bzw. abgegeben werden. Die Module können bei durch die Qualitätsprüfungskommission der OdA ARTECURE anerkannten Modulanbietern abgeschlossen werden. Die Anforderungen dafür sind im Reglement für Modulanbieter (OdA Artecure, 2019c) festgehalten und bestehen aus den beiden Teilen Anbieteranerkennung sowie Modulanerkennung. Die zu

vorweisenden abgeschlossenen Module sind Fachgrundlagen I, Fachgrundlagen II, Kunst, Kunsttherapie, Praktikum, Fallstudie und Berufsrolle. Im Anhang der Wegleitung zur Höheren Fachprüfung (OdA Artecure, 2023, ab S. 38) sind diese genauer beschrieben.

Die Höhere Fachprüfung besteht aus vier Teilen, die sowohl in der Prüfungsordnung (OdA Artecure, 2019b) als auch in der Wegleitung (OdA Artecure, 2023) genauer beschrieben werden. Der erste Teil besteht aus einer Diplomarbeit, die vorgängig erstellt wird. In einem zweiten, einstündigen Teil wird diese präsentiert und in einem Expert*innengespräch evaluiert und beurteilt. Im dritten Teil werden schriftlich drei Fallvignetten bearbeitet. Dafür stehen sechs Stunden zur Verfügung. Der vierte, praktische Teil beinhaltet je zwei einstündige Behandlungsdemonstrationen, die anschliessend in einem einstündigen Prüfungsgespräch reflektiert werden. Insgesamt dauert die Prüfung zehn Stunden. In der Prüfungsordnung unter Ziffer 6 sind die Beurteilungskriterien aufgeführt. Musiktherapeut*innen, die die Höhere Fachprüfung erfolgreich absolvieren erhalten den Titel «Kunsttherapeut*in mit eidgenössischem Diplom Fachrichtung Musiktherapie».

Musiktherapeutische Leistungen werden von vielen Krankenkassen im Rahmen der Zusatzversicherung für Komplementär- und Alternativmedizin teilweise übernommen. Der Anteil variiert dabei zwischen den Krankenkassen. Einige Krankenkassen setzen eine Registrierung der behandelnden Therapeut*innen beim Erfahrungsregister (EMR) (<https://www.emr.ch>) oder der Schweizerischen Stiftung für Komplementärmedizin (ASCA) (<https://www.asca.ch>) voraus (Schweizerischer Fachverband für Musiktherapie (SFMT/ASMT), o. J.). Die Arbeit in eigener Praxis ist möglich. Einige Kantone fordern eine Melde- oder Bewilligungspflicht und nicht überall dürfen die Begriffe Praxis und/oder Therapie verwendet werden (B. Kandé-Staehelin, persönliche Kommunikation, 25. 05. 2020). Ein guter Überblick über die unterschiedlichen Regelungen bietet die Webseite der ASCA (Schweizerische Stiftung für Komplementärmedizin (ASCA), o. J.).

Die musiktherapeutische Ausbildung im deutschsprachigen Raum ist oft an dem psychotherapeutischen Paradigma ausgerichtet (Smetana & Storz, 2020). Die Musiktherapie-Ausbildungen in der Schweiz erfüllen den Anspruch auf Integralität, der an psychotherapeutische Weiterbildungen gestellt wird. Sie verbinden Theorie, Selbsterfahrung, Praxis und Supervision. Als Aufnahmebedingung wird zudem ein Studium im sozialwissenschaftlichen und/oder musikalischen Bereich vorausgesetzt (Hegi-Portmann et al., 2006).

In der Schweiz gibt es fünf Ausbildungsgänge für Musiktherapie. Die Zürcher Hochschule der Künste bietet eine Ausbildung auf Hochschulstufe an. Die anderen Ausbildungen sind privatrechtlich organisiert und werden von der Anthroposophischen Akademie für Therapie und Kunst (atka), der Ecole Romandie de Musicothérapie (ERM), dem Forum musiktherapeutische Weiterbildung Schweiz (fmws) und dem Integrativen Ausbildungszentrum Zürich (IAC) angeboten. Neben dem Schweizerischen Fachverband für Musiktherapie (SFMT/ASMT) gibt es auch noch den Fachverband für Kunsttherapie (gpk), in dem alle Kunsttherapie-Richtungen vertreten sind.

5.3 Vergleich von Psychotherapie und Musiktherapie im Gesundheitswesen der Schweiz

Die Psychotherapie gehört in der Schweiz zu den Psychologieberufen und ist auf Bundesebene geregelt. Nur Personen mit einem abgeschlossenen Hochschulstudium sind zu einer Psychotherapie-Weiterbildung zugelassen (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2021). Die Musiktherapie wird unter dem Dach der OdA Artecure zu den Kunsttherapien gezählt. Mit der Höheren Fachprüfung erhalten die Absolvent*innen einen eidgenössisch anerkannten Titel (Staatssekretariat für Bildung Forschung und Innovation (SBFI), 2023), wobei die Musiktherapie kein eigenständiger Beruf, sondern eine Fachrichtung der Kunsttherapien darstellt (B. Kandé-Staeheli, persönliche Kommunikation, 25. 05. 2020). Psychotherapeut*innen dürfen mit einer kantonalen Bewilligung in einer eigenen Praxis arbeiten und über die Grundversicherung der Krankenkasse abrechnen (Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP), o. J.). Musiktherapeut*innen können ebenfalls in eigener Praxis arbeiten, jedoch dürfen nicht in allen Kantonen die Worte Praxis und/oder Therapie in der Bezeichnung verwendet werden (B. Kandé-Staehelin, persönliche Kommunikation, 25. 05. 2020). Die Leistungen können über die Zusatzversicherung für Alternativ- und Komplementärmedizin der meisten Krankenkassen abgerechnet werden (Schweizerischer Fachverband für Musiktherapie (SFMT/ASMT), o. J.).

FORSCHUNGSTEIL

In diesem Kapitel werden die empirische Untersuchung sowie die Resultate vorgestellt. Zuerst werden die Fragestellungen hergeleitet und anschliessend das Forschungsdesign beschrieben. Für die qualitative Datenerhebung wurden zwei verschiedene Fragebogen erstellt und zwei verschiedene Personengruppen befragt, mit dem Ziel die psychotherapeutischen Eigenschaften von Musiktherapie zu erfragen, sowie herauszufinden, was die Musiktherapie noch braucht, um als psychotherapeutisches Verfahren anerkannt zu werden.

6 Fragestellungen

Wie bereits in der Einleitung der vorliegenden Arbeit erwähnt, wurde der Studiengang «Musikpsychotherapie» in zweiter Instanz nicht akkreditiert. Dies war unerwartet, weil er in erster Instanz durch Expert*innen der Vor-Ort-Visite empfohlen worden war. Die Autorin dieser Arbeit interessierten die möglichen Gründe. Um diese zu eruieren, wurden im Theorieteil zunächst Anhand des «Tree of Science» von Petzold (2003, 2012) die Kriterien für ein psychotherapeutisches Verfahren aufgezeigt und die Akkreditierungsrichtlinien für Psychotherapie-Weiterbildungen in der Schweiz erläutert. Weiter wurde für die Musiktherapie ein Modell musiktherapeutischer Meta- und Behandlungsebene (Hobmair, 2018) vorgestellt, mit dem die Musiktherapie in der Psychotherapielandschaft durch eine einheitlichere Sprache eine höhere Anerkennung erfahren könnte. Anlehnend an diese Ausführungen wurden die folgenden Fragestellungen entwickelt:

Forschungsfrage 1:

Was sind die psychotherapeutischen Eigenschaften von Musiktherapie?

Forschungsfrage 2:

Was braucht es noch, damit Musiktherapie die Standards eines psychotherapeutischen Verfahrens erfüllt?

- 2.1. Was braucht es noch bezüglich grundlegender Theorien?
- 2.2. Was braucht es noch bezüglich Praxeologie?
- 2.3. Was braucht es noch bezüglich Forschung?
- 2.4. Welche curricularen Bausteine müssten in Musiktherapie-Studiengängen besonders gewichtet werden?

7 Forschungsmethodik

In diesem Kapitel werden das Untersuchungsdesign, die befragten Personen und die Auswertung erläutert.

7.1 Untersuchungsdesign

Bei dieser Arbeit wurden keine Hypothesen überprüft, sondern Antworten auf die oben genannten Fragestellungen gesucht. Aus diesem Grund wurde in empirisch qualitatives

Untersuchungsdesigns mittels eines Fragebogens gewählt. Mit dieser Vorgehensweise konnte mehr Material generiert werden als mit einem quantitativen Vorgehen.

7.2 Datenerhebung

Bei der Datenerhebung wurden zwei verschiedene Personengruppen befragt. Mit einem Fragebogen wurden Personen aus der Schweiz, Deutschland und Österreich befragt, die sowohl über eine Anerkennung als Musiktherapeut*in als auch als Psychotherapeut*in verfügen. Mit dem Expert*innenfragebogen wurden die Personen befragt, die beim gescheiterten Akkreditierungsverfahren der «Musikpsychotherapie» an der Züricher Hochschule der Künste (ZHdK) im Expertengremium sassen. Die Expert*innen wurden mit einem leicht abgeänderten Fragebogen zusätzlich nach den Gründen für das Scheitern des Akkreditierungsverfahren der Musiktherapie befragt.

7.2.1 Fragebogen für Personen mit Musik- und Psychotherapiequalifikation

In diesem Kapitel wird der Fragebogen für Personen mit Musik- und Psychotherapiequalifikation, die angefragte Personengruppe und die Datenerhebung genauer beschrieben.

Beschreibung des Fragebogens für die Personen mit Musik- und Psychotherapiequalifikation

Der Fragebogen bestand aus drei Teilen. Im ersten Teil wurden die psychotherapeutischen Merkmale von Musiktherapie erfragt und im zweiten Teil wurde nachgefragt, was es noch braucht, damit Musiktherapie die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren erfüllt. Zum Schluss wurden die demographischen Angaben erfragt. Neben inhaltlichen Fragen, die sich auf die grundlegenden Theorien und die praxeologische Ebene des «Tree of Science» von Petzold (2003) richteten, wurden auch je eine Frage zur Forschung und der Ausbildung gestellt. Der Grossteil der Fragen wurde im offenen Format gestellt, um Daten generieren zu können. Einige Fragen, davon vor allem die demographischen Angaben, wurden im Multiple-Choice-Format gestellt. Der komplette Fragebogen ist in Abbildung 1 dargestellt.

Die Erstellung des Fragebogens erfolgte im Austausch mit der Mentorin dieser Arbeit. Zudem wurde der Entwurf des Fragebogens einer Gruppe von Mitstudierenden im Rahmen des Moduls Masterarbeit an der Zürcher Hochschule der Künste Zürich vorgestellt. Dabei wurde eine inhaltliche Änderung bezüglich der gestellten Fragen vorgenommen. Zunächst sollten alle Ebenen des «Tree of Science» von Petzold (2003) einzeln abgefragt werden. Dies wurde jedoch wieder verworfen, da nicht davon ausgegangen werden konnte, dass der «Tree of Science» von allen teilnehmenden Personen gekannt wurde. Nach der Fertigstellung eines ersten Entwurfs des Fragebogens wurde mit dem Online-Tool LimeSurvey (2003) eine digitale Version des Fragebogens erstellt. Diese digitale Version wurde von drei Personen zur Probe ausgefüllt. Die Rückmeldungen flossen dann mittels Anpassungen in die Umfrage ein. Zwei Hauptänderungen bezüglich Layout und Reihenfolge wurden vorgenommen. Die Fragen in einer Fragegruppe wurden jeweils auf einer Seite angezeigt und nicht auf verschiedene Seiten aufgeteilt. Zudem wurde die Abfrage der demographischen Angaben an den Schluss der Umfrage verlegt. Dies sollte verhindern, dass die

Umfrageteilnehmenden nach der Beantwortung dieses Fragebogenteils bereits Ermüdungsercheinungen zeigten und die Umfrage abbrachen.

Abbildung 1: Kompletter Fragebogen für Personen mit Musik- und Psychotherapiequalifikation

Wahrnehmung von Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren - Fragebogen

In meiner Masterarbeit im MAS in Klinische Musiktherapie an der Zürcher Hochschule der Künste in Zürich beschäftige ich mich mit dem Thema «Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren». Die politische Komponente wurde beim nachfolgenden Fragebogen bewusst ausgeklammert, da diese von Land zu Land unterschiedlich ist.

Die Beantwortung der Fragen dauert ca. 30 - 45 Minuten.

1. Allgemeine Fragen zum Thema «Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren»

1. Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre Meinungen und Ansichten zum Thema «Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren».
2. Hat die Musiktherapie Ihrer Meinung nach psychotherapeutische Eigenschaften?
Bitte kreuzen Sie die für Sie passende Antwortmöglichkeit an:
☐ Ja
☐ Eher ja
☐ Eher nein
☐ Nein
3. Was sind Ihrer Meinung nach die psychotherapeutischen Eigenschaften von Musiktherapie?
Bitte antworten sie stichwortartig.
4. Bitte begründen Sie Ihre Antwort in Bezug auf psychotherapeutische Eigenschaften in der Musiktherapie.
→ bei Personen, die nein und eher nein geantwortet haben.
5. Finden Sie es erstrebenswert, dass Musiktherapie als eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren wahrgenommen wird?
Bitte kreuzen Sie die für Sie passende Antwortmöglichkeit an:
☐ Ja
☐ Eher ja
☐ Eher nein
☐ Nein
6. Bitte begründen Sie Ihre Antwort in Bezug auf die Wahrnehmung von Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren.

2. Spezifische Aspekte der Musiktherapie im Hinblick auf psychotherapeutische Standards

Im Folgenden geht es um Ihre persönliche Meinung bezüglich fachlich-inhaltlicher Aspekte. Einleitend kommt eine übergeordnete Frage zu Psychotherapie, gefolgt von Fragen zu spezifischen Aspekten der Musiktherapie im Hinblick auf psychotherapeutische Standards.

7. Welches sind Ihrer Meinung nach die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren in Bezug auf grundlegende Theorien und Praxeologie.
Bitte antworten Sie stichwortartig.
8. Erfüllt Musiktherapie Ihrer Meinung nach zurzeit diese Standards?
Bitte kreuzen Sie die für Sie passende Antwortmöglichkeit an:
☐ Ja
☐ Eher ja
☐ Eher nein
☐ Nein

(Folgende Frage wurde nur bei Beantwortung der vorangegangenen Frage mit «Ja» gestellt.)

9. Bitte begründen Sie Ihre Aussage.

(Die Fragen 10-13 wurden nur bei Beantwortung der vorangegangenen Frage mit «Eher Ja», «Eher Nein» oder «Nein» gestellt.)

10. Was braucht es noch zusätzlich im Hinblick auf grundlegende Theorien, damit Musiktherapie die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren erfüllt?
11. Was braucht es noch zusätzlich bezüglich Praxeologie, damit Musiktherapie die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren erfüllt?

12. Was braucht es noch bezüglich weiterer Forschung, damit Musiktherapie die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren erfüllt?
Bei dieser Frage geht es um die Grundlagen- und Anwendungsforschung.
13. Welche curricularen Bausteine müssten in MT-Studiengängen besonders gewichtet werden, damit der Abschluss die Standards einer Psychotherapie-Weiterbildung erfüllt?
14. Welche Stärken der Musiktherapie sollte man im Kanon der psychotherapeutischen Verfahren besonders betonen bzw. herausstreichen, damit Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren wahrgenommen wird?
Diese Frage wird bei allen gestellt.

3. Demographische Angaben

Sie haben es nun fast geschafft. Im Anschluss würde ich gerne noch einige demographische Angaben von Ihnen erfahren.

15. Geburtsjahr _____
16. Geschlecht
☐ Männlich
☐ Weiblich
☐ Divers: _____
17. In welchem Land haben Sie Ihren ersten Wohnsitz? _____
18. Abschluss Musiktherapie:
An welcher Hochschule oder an welchem Institut haben Sie Ihren höchsten Musiktherapieabschluss erworben?
Bitte geben sie das Institut / die Hochschule und das Land an. _____
19. Um was für einen Abschluss handelt es sich?
Es sind Mehrfachnennungen möglich.
☐ Bachelor
☐ Master
☐ Master of Advanced Studies
☐ Diplom
☐ Doktorat
☐ Anderes:
20. In welchem Jahr haben Sie Ihren höchsten Musiktherapie-Abschluss gemacht? _____
21. Haben Sie eine offizielle Anerkennung als Psychotherapeut*in?
22. In welchem Land sind Sie als Psychotherapeut*in anerkannt?
Es sind Mehrfachnennungen möglich.
☐ Schweiz
☐ Deutschland
☐ Österreich
☐ Andere
23. Wie wird Ihre Psychotherapie-Anerkennung bezeichnet?
Z.B. Eidgenössisch anerkannte*r Psychotherapeut*in, Heilpraktiker*in für Psychotherapie etc.
24. Welchen Werdegang sind Sie zur Anerkennung als Psychotherapeut*in gegangen? Bitte beschreiben Sie es stichwortartig.

4. Abschliessende Bemerkungen

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens. Sie haben damit einen wichtigen Beitrag für meine Masterarbeit geleistet.

25. Möchten Sie noch etwas zu den Themen dieser Umfrage beifügen oder anmerken?
26. Sind Sie an den Ergebnissen dieser Masterarbeit interessiert? Dann geben Sie hier Ihre E-Mail Adresse an: _____

Teilnehmende Personen

Als teilnehmende Personen der Umfrage wurden Personen ausgewählt, die sowohl eine offizielle Anerkennung als Psychotherapeut*innen als auch eine Ausbildung als Musiktherapeut*innen vorweisen konnten. Zudem wurden auch Personen miteinbezogen, die eine Musiktherapie-Weiterbildung leiteten. Die Auswahl der Personen sollte gewährleisten, dass sie sowohl auf dem Gebiet der Musiktherapie als auch auf dem Gebiet der Psychotherapie genug Kenntnisse besaßen,

um die Umfrage adäquat ausfüllen zu können. Die teilnehmenden Personen wurden auf der Mitgliederliste des Schweizerischen Fachverbands für Musiktherapie, der Webseite der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft und der Webseite des Österreichischen Berufsverband der Musiktherapeut*innen eruiert, indem die einzelnen Personen mittels einer Internetrecherche überprüft wurden. Zudem wurden auf den Webseiten der unterschiedlichen musiktherapeutischen Ausbildungen im deutschsprachigen Raum die jeweiligen Leiter*innen der Ausbildungen herausgesucht.

Datenerhebung

Der finale Fragebogen wurde an insgesamt 194 Personen im deutschsprachigen Raum geschickt, die gemäss der Recherche die oben genannten Kriterien erfüllten. Der Fragebogen wurde insgesamt 79 Mal begonnen und 46 Mal komplett ausgefüllt. Für die Analyse der Antworten wurden alle Personen eingeschlossen, die die Frage nach der offiziellen Anerkennung als Psychotherapeut*in mit Ja beantworteten. Zwei Personen beantworteten die Frage zunächst mit Nein, merkten aber in der Kategorie Sonstiges zum Schluss des Fragebogens an, dass sie eigentlich eine Anerkennung hätten, dies aber falsch angekreuzt hätten. Diese beiden Antwortsätze wurden ebenfalls in die Analyse miteinbezogen. Eine Person schrieb während des Ausfüllens, sie breche das Ausfüllen ab und schrieb dies bei allen weiteren Fragen. Dieser Antwortsatz wurde von der Analyse ausgeschlossen. Da im Nachhinein nicht mehr eruiert werden konnte, wer die Leiter*innen einer Musiktherapie-Ausbildung waren, konnte auf dieses Kriterium keine Rücksicht mehr genommen werden. Bei der Analyse der übrigbleibenden 25 Datensätze stellte sich heraus, dass nur 3 Personen aus der Schweiz mit einer Anerkennung als Psychotherapeut*innen den Fragebogen vollständig ausgefüllt hatten. Aus diesem Grund wurde der Fragebogen noch einmal an 20 Schweizer Personen geschickt, die die Einschlusskriterien erfüllten. 11 Personen starteten mit dem Ausfüllen des Fragebogens und 8 dieser Personen beendeten den Fragebogen. In die finale Analyse der Antworten flossen somit schlussendlich 33 Antwortsätze ein.

7.2.2 Expert*innenfragebogen

In diesem Kapitel wird der Expert*innenfragebogen, die angefragten Personen und die Datenerhebung beschrieben.

Beschreibung des Expert*innenfragebogens

Der Expert*innenfragebogen wurde im Austausch mit der Mentorin dieser Arbeit erstellt. Er bestand aus vier Teilen. Im Ersten Teil wurden die psychotherapeutischen Eigenschaften von Musiktherapie erfragt. Im zweiten Teil wurden die Gründe erfragt, weshalb die Musiktherapie nicht als Psychotherapieverfahren anerkannt worden war. Im dritten Teil wurde erfragt, was es noch braucht, damit Musiktherapie die Standards eines Psychotherapie-Verfahren erfüllt. Im letzten Teil wurden die Expert*innen nach den demographischen Angaben gefragt. Der Fragebogen wurde nach Fertigstellung mit dem Online-Tool LimeSurvey (2003) in eine digitale Version

überführt. Die Erkenntnisse aus der Erstellung des anderen Fragebogens flossen ebenfalls in die Darstellung des Expert*innenfragebogen im Online-Tool ein. Der komplette Expert*innenfragebogen ist in Abbildung 2 ersichtlich.

Abbildung 2: Kompletter Expert*innenfragebogen

Wahrnehmung von Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren – Expert*innenfragebogen

In meiner Masterarbeit im MAS in Klinische Musiktherapie an der Zürcher Hochschule der Künste in Zürich beschäftige ich mich mit dem Thema «Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren». Der nachfolgende Fragebogen befasst sich damit, was es noch braucht, damit Musiktherapie die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren erfüllt.

Die Beantwortung der Fragen dauert ca. 30 Min.

1. Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre Meinungen und Ansichten zum Thema «Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren» und darum was es noch braucht, damit die Musiktherapie die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren erfüllt.

1. Hat die Musiktherapie Ihrer Meinung nach psychotherapeutische Eigenschaften?
Bitte kreuzen Sie die für Sie passende Antwortmöglichkeit an:
 - ☐ Ja
 - ☐ Eher ja
 - ☐ Eher nein
 - ☐ Nein
2. Was sind Ihrer Meinung nach die psychotherapeutischen Eigenschaften von Musiktherapie?
Bitte antworten sie stichwortartig.
3. Bitte begründen Sie Ihre Antwort in Bezug auf psychotherapeutische Eigenschaften in der Musiktherapie.
→ bei Personen, die nein und eher nein geantwortet haben.
4. Was sind Ihrer Meinung nach die Gründe, warum die Musiktherapie nicht als Psychotherapie-Verfahren anerkannt wurde?
Es sind Mehrfach-Nennungen möglich. Bitte erläutern Sie Ihre Antwort in Stichworten.
 - ☐ ☐ Fachlich-inhaltliche Gründe
 - ☐ ☐ formale/strukturelle Gründe
 - ☐ ☐ politische Gründe
 - ☐ ☐ Andere:
5. Welches sind Ihrer Meinung nach die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren in Bezug auf grundlegende Theorien und Praxeologie.
6. Erfüllt Musiktherapie Ihrer Meinung nach zurzeit diese Standards?
 - ☐ Ja
 - ☐ Eher ja
 - ☐ Eher nein
 - ☐ Nein

(Folgende Frage wurde nur bei Beantwortung der vorangegangenen Frage mit «Ja» gestellt.)

7. Bitte begründen Sie Ihre Aussage.

(Die Fragen 8-11 wurden nur bei Beantwortung der vorangegangenen Frage mit «Eher Ja», «Eher Nein» oder «Nein» gestellt.)

8. Was braucht es noch zusätzlich im Hinblick auf grundlegende Theorien, damit Musiktherapie die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren erfüllt?
9. Was braucht es noch zusätzlich bezüglich Praxeologie, damit Musiktherapie die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren erfüllt?
10. Was braucht es noch zusätzlich bezüglich weiterer Forschung, damit Musiktherapie die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren erfüllt?
Bei dieser Frage geht es um die Grundlagen- und Anwendungsforschung.
11. Welche curricularen Bausteine müssten in MT-Studiengängen besonders gewichtet werden, damit der Abschluss die Standards einer Psychotherapie-Weiterbildung erfüllt?
12. Welche Stärken der Musiktherapie sollte man im Kanon der psychotherapeutischen Verfahren besonders betonen bzw. herausstreichen damit Musiktherapie als psychotherapeutisches

Verfahren wahrgenommen wird? Diese Frage wird bei allen gestellt. 13. Was muss bei der Anerkennung von Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren formal noch beachtet werden? 2. Demographische Angaben Sie haben es nun fast geschafft. Im Anschluss würde ich gerne noch einige demographische Angaben von Ihnen erfahren. 14. Geburtsjahr _____ 15. Geschlecht ☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers: _____ 16. Haben Sie eine offizielle Anerkennung als Psychotherapeut*in? ☐ Ja ☐ Nein 17. In welchem Land sind Sie als Psychotherapeut*in anerkannt? Es sind Mehrfachnennungen möglich. ☐ Schweiz ☐ Deutschland ☐ Österreich ☐ Andere 18. Wie wird ihre Psychotherapie-Anerkennung bezeichnet? Z.B. Eidgenössisch anerkannte*r Psychotherapeut*in, Heilpraktiker*in für Psychotherapie etc. 19. Welchen Werdegang sind Sie zur Anerkennung als Psychotherapeut*in gegangen? 20. In welcher Form sind sie Musiktherapie schon begegnet? 3. Abschliessende Bemerkungen Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens. Sie haben damit einen wichtigen Beitrag für meine Masterarbeit geleistet. 21. Möchten Sie noch etwas zu den Themen dieser Umfrage beifügen oder anmerken? 22. Sind Sie an den Ergebnissen dieser Masterarbeit interessiert? Dann geben Sie hier Ihre E-Mail Adresse an: _____
--

Teilnehmende Personen

Für das Ausfüllen des Expert*innenfragebogens wurden 5 Personen angefragt, die in den Akkreditierungsprozess des Musiktherapiestudiengangs an der Zürcher Hochschule der Künste (ZHdK) involviert waren (3 beurteilend; 2 begleitend). Die Autorin dieser Arbeit erhielt die benötigten Angaben von der Mentorin dieser Arbeit.

Datenerhebung

Der Fragebogen wurde insgesamt zwei Mal an das Expert*innengremium verschickt. Beim ersten Mal wurde der Fragebogen vier Mal begonnen und davon zwei Mal abgeschlossen. Knapp fünf Monate später wurde der Fragebogen erneut verschickt. Der Fragebogen wurde erneut drei Mal gestartet und davon zwei Mal beendet. Insgesamt wurden so vier komplette Datensätze erhalten. Bei der Auswertung der Daten wurde festgestellt, dass eine Person den Fragebogen zwei Mal ausgefüllt hatte. Diese Feststellung erfolgte aus dem Grund, weil diese Person jeweils ihre E-Mail-Adresse angegeben hatte, um die Resultate dieser Arbeit zu erhalten. Der zweite Antwortsatz dieser Person wurde aus diesem Grund von der Analyse ausgeschlossen. Für die finale Analyse blieben somit drei Antwortsätze übrig.

7.3 Datenaufbereitung

Die Fragebogendaten wurden im SAV-Dateiformat direkt vom LimeSurvey Online-Tool (2003) heruntergeladen und mittels des freien Programms PSPP (2022) dargestellt. Die Antworten zu den einzelnen Fragen wurden dann ins Microsoft-Word-Format überführt. Die demographischen Angaben wurden mit PSPP (ebd.) ermittelt.

7.4 Datenanalyse

Die Auswertung der Antworten erfolgte mit einer qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) und wurde zunächst mit dem Online-Tool QCAmap (Mayring & Fenzl, 2017) gestartet. Dieses erwies sich für die Autorin dieser Arbeit als etwas unpraktikabel in der Anwendung, weshalb die Auswertung schlussendlich mit Microsoft Word erfolgte. Dies war möglich, weil die Datenmenge bei den jeweiligen Antworten sehr übersichtlich war.

Die Datenaufbereitung erfolgte in mehreren Schritten. Zunächst wurden Kommentare und Meinungen entfernt. Anschliessend wurden die Antworten als einzelne Textelemente dargestellt. Die Kategorienbildung erfolgte meist induktiv, bei einigen Fragen flossen jedoch auch deduktive Kategorien in die Auswertung mit ein. Dies wird bei den Resultaten jeweils angegeben. Die induktive Kategorienbildung erfolgte auf der Basis des Wissens der Autorin dieser Arbeit über die Musik- und die Psychotherapie (z.B. psychotherapeutische Eigenschaften von Musiktherapie). Die deduktive Kategorienbildung erfolgte auf Basis des Theorieteils dieser Arbeit (z.B. Inhalte des Tree of Science von Petzold (2003) sowie bei einer Frage zu den curricularen Bausteinen auf Basis des Curriculums der Musiktherapie-Weiterbildung an der Zürcher Hochschule der Künste (ZHdK). Anschliessend wurden die einzelnen Textelemente zu den Kategorien zugeordnet, wobei die jeweiligen Textstellen (Codes) je nach Kategorie farblich markiert wurden. Wenn möglich wurden bei grossen Kategorien Unterkategorien gebildet. Zum Schluss wurden verschiedene Aussagen einer Kategorie mit gleicher Bedeutung homogenisiert, indem ein einheitlicher Begriff gewählt wurde. Das Material wurde mehrmals durchgegangen.

8 Darstellung der Ergebnisse

Im Folgenden werden zuerst die Ergebnisse des Fragebogens für die Musik-Psychotherapeut*innen und anschliessend der Expert*innenfragebogen dargestellt.

8.1 Ergebnisse Fragebogen Musik-Psychotherapeut*innen

Nachfolgend werden die Resultate der Auswertung des Fragebogens dargestellt. Die Daten von 33 Personen flossen aufgrund der Einschlusskriterien in die Auswertung mit ein. Die Altersspanne lag zwischen 39 und 80 Jahren ($M = 59.27$, $SD = 10.02$). 26 Personen waren weiblich (Alter: 44 – 80, $M = 58.12$, $SD = 9.35$) und 7 Personen waren männlich (Alter: 39 - 76, $M = 63.57$, $SD = 11.98$). Alle Personen hatten einen Abschluss in Musiktherapie. Eine Person war noch in der Psychotherapie-Ausbildung. Alle anderen Personen hatten eine Anerkennung als

Psychotherapeut*in oder als Heilpraktiker*in für Psychotherapie. Die Berufserfahrung in Musiktherapie betrug zwischen 1 und 42 Jahren ($M = 24.2$, $SD = 11.56$).

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die Resultate der einzelnen Fragen in Tabellenform dargestellt. Im Fliesstext wird zusammenfassend auf diese eingegangen. In der ersten Zeile der jeweiligen Tabelle wird jeweils die beantwortete Frage genannt. Die Hauptkategorien sind in Grossbuchstaben geschrieben und dunkelgrau hinterlegt, die allenfalls entstandenen Unterkategorien sind in hellgrau hinterlegt. In Klammern steht die Anzahl der in eine Kategorie aufgenommenen Aussagen. Die einzelnen Aussagen wurden homogenisiert dargestellt. Hier ist jeweils in Klammern angegeben, wie viele Aussagen zusammengefasst wurden.

8.1.1 Frage nach den psychotherapeutischen Eigenschaften von Musiktherapie

Wie der Tabelle 10 entnommen werden kann, beziehen sich die psychotherapeutischen Eigenschaften von Musiktherapie vor allem auf *Psychotherapeutische Vorgehensweisen und Wissen* und den *Psychotherapeutischen Wirkfaktor Musik*.

Tabelle 10: Psychotherapeutische Eigenschaften von Musiktherapie

Was sind Ihrer Meinung nach die psychotherapeutischen Eigenschaften von Musiktherapie?
PSYCHOTHERAPEUTISCHE VORGEHENSWEISEN UND WISSEN (60)
Allgemeine Aussagen (15)
• Entspricht psychotherapeutischen Vorgehensweisen (11) • Probleme der Klienten sind oftmals psychologisch/psychosomatisch (1) • Der Klient bearbeitet analytisch Probleme (1) • Prozesscharakter (1) • Menschenbild (1)
Spezifischere Nennungen von Vorgehensweisen (18)
• Probehandeln und Üben (6) • Bearbeiten von Konflikten und Beziehungsmustern (3) • Arbeit mit System und inneren Anteilen (3) • An der derzeitigen Situation oder biographischen Aspekten des Klienten arbeiten (1) • Auseinandersetzung mit innerpsychischen Themen (1) • Imagination mit Musik (1) • Korrigierende Erfahrungen machen (1) • Reinszenierung (1) • Gespräche finden in der Musiktherapie auch statt zur Reflexion und Integration des musikalisch Erlebten wie in jedem Psychotherapieverfahren auch. (1)
Wirkfaktor therapeutische Beziehung (16)
• Therapeutische Beziehung und Beziehungsgestaltung (13) • Übertragungsgeschehen (2) • Weg zum Du (Kontaktmöglichkeit, sozialer Austausch) (1)
Psychotherapeutische Zielsetzungen (9)
• Stärkung des Selbst (5) • Stärkung der eigenen Ressourcen (3) • Veränderungen im Verhalten des Klienten (1)
Ausbildung (2)
• Lehrmusiktherapie in einigen Ausbildungen (1) • Des Weiteren berufen sich die Curricula musiktherapeutischer Studien- und Ausbildungsgänge vielfach auf Theorien psychotherapeutischer Grundverfahren. (1)

PSYCHOTHERAPEUTISCHER WIRKFAKTOR MUSIK (57)
Einfluss der Musik auf die Psyche (20)
• Einfluss der Musik auf Emotionen (13) • Einfluss der Musik auf innerpsychische Prozesse (3) • Wege zur Stabilisierung (1) • Achtsamkeit (Wahrnehmen von Klängen, Tönen, Rhythmen) (1) • Positive Bewältigungserfahrungen im Musikspiel (im Nachspielen von Situationen) (1) • Modifikation der Wahrnehmung mithilfe von Musik als Trainingsprogramm (RMT) möglich (1)
Ergänzung von Sprache (15)
• Verknüpfung von Musik und Sprache (10) • Musik als nonverbales Ausdrucksmittel (3) • Prätherapeutische Kontaktabbauung möglich, die weniger bedrohlich ist als verbale Sprache (1) • Musik als universale, kulturunabhängige Sprache (1)
Zugang zum Unbewussten (14)
• Zugang und Arbeit mit dem Unbewussten (14)
Erlebensdimension (8)
• Erleben (2) • Überrascht, berührt, macht neugierig (1) • Der Kopf wird weitgehend umgangen. (1) • Das innere Kind kommt zum Zuge. (1) • Kreativität (1) • Quell der Freude, selbst in sehr krisenhaften Lebenssituationen (1) • Ästhetische, sinnliche Wahrnehmung der musiktherapeutischen Phänomene (1)
SONSTIGES (7)
• Ressourcenorientiert, nicht defizitorientiert, weckt das Gesunde im Klienten (1) • Differenzierte und sparsame Anwendung musiktherapeutischer Methoden ist bevorzugt in Kombination mit anderen psychotherapeutischen Methoden (1) • Interaktionale Dimension (1) • Ausserdem ist es unerlässlich die Nebenwirkungen der musiktherapeutischen Interventionen zu kennen und zu berücksichtigen. (1) • Improvisation in der Gruppe als soziales Modell der Realität (1) • Körperliche Beteiligung (1) • Kommunikationsfunktion (1)

In der Kategorie *Psychotherapeutische Vorgehensweisen und Wissen* wurde die Musiktherapie 15-mal allgemein mit Psychotherapie verglichen bzw. gleichgesetzt, wobei 11-mal eine generelle Aussage getroffen wurde wie z.B. Anwendung psychotherapeutischer Prinzipien oder Entspricht den allgemeinen Definitionen von Psychotherapie. Je 1-mal wurden das Menschenbild, der Prozesscharakter, die analytische Bearbeitung von Problemen und die psychologischen/psychosomatischen Probleme der Klient*innen genannt.

18-mal wurden spezifischere Aussagen zu Vorgehensweisen gemacht. In der Musiktherapie wird, wie in der Psychotherapie auch, probegehandelt und geübt, Konflikte bearbeitet und mit Systemen gearbeitet. Es wird sowohl imaginiert, reinszeniert und an der derzeitigen Situation gearbeitet als auch korrigierende Erfahrungen gemacht und innerpsychische Themen bearbeitet.

Die therapeutische Beziehung spielt eine wichtige Rolle (16-mal erwähnt), wobei auch das Übertragungsgeschehen berücksichtigt wird und durch Kontaktmöglichkeiten und sozialem Austausch ein Kontakt zum Du ermöglicht wird.

In der Musiktherapie wird mit psychotherapeutischen Zielsetzungen gearbeitet (9 Nennungen). Dazu gehören die Stärkung des Selbst, wie z.B. besserer Selbstausdruck oder besserer Selbstwert, oder die Stärkung der eigenen Ressourcen, wie z.B. zu lernen auf die eigenen Impulse zu achten

oder die sozialen Kompetenzen zu erweitern. Ausserdem werden auch Veränderungen im Verhalten der Klient*innen angestrebt.

Das Curriculum von Musiktherapie-Ausbildungen weist gleiche Inhalte auf wie Psychotherapie-Weiterbildungen. Spezifisch genannt wurde die Lehrmusiktherapie. Zudem berufen sich die Musiktherapie-Ausbildungen oft auf Theorien psychotherapeutischer Grundverfahren.

Bei der Kategorie *Psychotherapeutischer Wirkfaktor Musik* wurde nicht bei allen Aussagen explizit die Musik erwähnt. Aus dem aktuellen Kontext und Wissensstand wird jedoch angenommen, dass sich diese Aussagen auf die Musik beziehen.

Nach den teilnehmenden Personen kann mithilfe der Musik Einfluss auf innerpsychische Prozesse genommen werden, wobei besonders oft (mit 13 Nennungen) auf den Bereich der Emotionen hingewiesen wurde. In der Musiktherapie können Emotionen hervorgerufen, reguliert, vertieft und auch zugelassen werden. Weiter kann stabilisiert oder der Fokus auf Achtsamkeit gelegt werden, positive Bewältigungserfahrungen können im Musikspiel gemacht werden und die Wahrnehmung modifiziert werden.

In der Musiktherapie ergänzen sich die verbale und musikalische Sprache oftmals. 10-mal wurde dabei Bezug auf die Verknüpfung von Musik und Sprache genommen. Themen/Probleme können z.B. sowohl verbal als auch musikalisch ausgedrückt werden oder musikalisch Erlebtes verbal reflektiert werden. Zudem können Beziehungen und Interaktionen hör- und fühlbar werden. Weiter kann Musik auch als nonverbales Ausdrucksmittel eingesetzt werden, wenn Vorsprachliches erspürt werden soll oder die Klient*innen Ausdrucksdefizite aufweisen. Zudem kann eine prätherapeutische Kontakthanbahnung vorgenommen werden, die weniger bedrohlich ist als verbale Sprache.

14 Aussagen bezogen sich auf die Arbeit mit dem Unbewussten. In der Musiktherapie kann mithilfe der Musik ein Zugang zu unbewussten Inhalten gefunden werden. Unbewusstes kann hörbar und erlebbar gemacht und bearbeitbar werden.

Auf die Erlebensdimension wurde 8-mal Bezug genommen, wobei das Erleben 2-mal direkt angesprochen wurde. Weitere Aussagen wurden ebenfalls hier eingeordnet, da sie auch einen Erlebensanteil beinhalten. So hat die Musiktherapie einen kreativen, sinnlichen und ästhetischen Anteil, das innere Kind kann zum Zuge kommen und der Kopf wird weitgehend umgangen. Musiktherapie überrascht, berührt, macht neugierig und ist ein Quell der Freude.

8.1.2 Frage, ob Musiktherapie als eigenes psychotherapeutisches Verfahren wahrgenommen wird und Begründung der Antwort

Die Frage, ob es erstrebenswert ist, dass Musiktherapie als eigenes psychotherapeutisches Verfahren wahrgenommen wird, beantworteten 21 Personen mit Ja, 5 Personen mit Eher Ja und 7 Personen mit Eher Nein. Keine Person kreuzte die Antwortalternative Nein an.

8.1.3 Begründung der Antwort auf die Frage, ob Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren wahrgenommen wird

Die Ergebnisse zu den Begründungen sind in den Tabellen 11, 12 und 13 dargestellt, wobei zuerst die Begründungen der Ja-Antwort, anschliessend die Begründungen der Eher Ja-Antwort und zum Schluss die Begründung der Eher Nein-Antwort aufgeführt sind.

Tabelle 11: Begründung der Ja-Antwort

SPEZIFISCHE EIGENSCHAFTEN DER MUSIKTHERAPIE (14)
• Nonverbale Ebene (8) • Beziehungsgestaltung (2) • Musik kann ein effizientes Verfahren sein, mit dem Unbewussten in direkten Kontakt zu kommen. (1) • Spirituelle Anteile (1) • Ausdruck von Musik..... setzt unmittelbar Gefühle frei. (1) • Das Medium Musik kann als wirkungsvolles Medium eingesetzt werden, das verschiedene Wirkfaktoren bietet. (1)
GLEICHSETZUNG MIT PSYCHOTHERAPIEVERFAHREN (8)
• Bezugnahme auf die Ausbildung (4) • Vergleich mit Psychotherapie (3) • Gleichwertig (1)
AKTUELLER STATUS VON MUSIKTHERAPIE (2)
• Status entspricht nicht dem Psychotherapie-Status (2)
SONSTIGES (3)
• Gute Evidenz für Musik-Psycho-Therapie (zumindest Indikationsspezifisch) (1) • Sie wird in der Praxis als sehr hilfreich erlebt. (1) • Es braucht es eine eigenständige Ausbildung, um die spezifisch musiktherapeutischen Techniken zu lernen und anzuwenden. (1)
VERWEIS AUF VORHERIGE FRAGE (2)
• Siehe Antwort zu Psychotherapie (1) • Siehe letzte Antwort (1)

Wie in Tabelle 11 ersichtlich wurde die Ja- Antwort zu einem grossen Teil mit *Spezifischen Eigenschaften von Musiktherapie* begründet. Besonders die nonverbale Ebene mit 7 Nennungen scheint dabei wichtig zu sein. Verwiesen wurde hier z.B. darauf, dass Musiktherapie nicht zwingend auf Sprache angewiesen ist, sie einen künstlerisch-kreativen Zugang bietet oder improvisierend mit Erkenntnissen umgegangen werden kann. Weiter ist in der Musiktherapie durch die gleichzeitige Interaktion in der Zeit eine besondere Beziehungsgestaltung möglich, die eine besondere therapeutische Beziehungsqualität ermöglicht. Die Musiktherapie hat zudem spirituelle Anteile, Gefühle können unmittelbar freigesetzt werden und es kann ein Zugang zu unbewussten Inhalten gefunden werden. Die Musik ist dabei ein wirkungsvolles Medium, das verschiedene Wirkfaktoren bietet.

Die Begründung der Ja-Antwort wurde auch mit einer *Gleichsetzung mit Psychotherapieverfahren* begründet. Demnach ist die Ausbildung in Musiktherapie mit derjenigen in Psychotherapie vergleichbar, sofern die nötigen curricularen Bausteine beinhaltet sind. Weiter wird in der Musiktherapie, wie in der Psychotherapie auch, Wert auf die therapeutische Beziehung gelegt, gruppen-therapeutische Erkenntnisse gewonnen und psychische Prozesse beeinflusst.

Leider entspricht der *Status der Musiktherapie* nicht desjenigen der Psychotherapie. Dies, weil Musiktherapie häufig als mechanistisches Verfahren wahrgenommen wird. Auch entspricht die Ausbildung, Anerkennung und Bezahlung von Musiktherapeut*innen nicht den

psychotherapeutischen Standards.

In der Kategorie *Sonstiges* wurde erwähnt, dass es gute Evidenz für Musiktherapie gebe und sie in der Praxis als sehr hilfreich erlebt wird. 1-mal wurde eine eigenständige Ausbildung gefordert, um die spezifischen musiktherapeutischen Techniken zu lernen und anzuwenden.

Tabelle 12: Begründung der Eher Ja-Antwort

ENTSPRECHENDE AUSBILDUNGSGEHALTE UND WISSEN (3)
• Zusätzliches Wissen und Qualifikationen nötig (3)
SONSTIGES (2)
• Das hat bestimmt Vor- und Nachteile (1) • Man muss entscheiden, ob psychotherapeutische Ziele indiziert sind oder nicht. (1)

Bei den Begründungen der Eher-Ja Antworten wurden vor allem, wie in Tabelle 12 ersichtlich, *Zusätzliches Wissen und Qualifikationen* gefordert. Für die Ausbildung wurden mehr psychologische und psychotherapeutische Inhalte gefordert und mehr Training, um das Gehörte in Sprache übersetzen zu können.

Zudem wurde die Antwort damit begründet, dass die Wahrnehmung von Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren bestimmt Vor- und Nachteile habe und man zuerst entscheiden müsse, ob psychotherapeutische Ziele indiziert seien oder nicht.

Tabelle 13: Begründung der Eher Nein-Antwort

MUSIKTHERAPIE ALS EIGENSTÄNDIGE THERAPIERICHTUNG (4)
• Musiktherapie ist eine eigene Therapierichtung (4)
FEHLENDE THEORETISCHE GRUNDLAGE (2)
• Fehlende theoretische Grundlage (2)
SONSTIGES (2)
• Solange Musiktherapie von vielen Musiktherapeuten auf die allgemeine Wirkung von Musik reduziert wird, ist es eher nicht möglich als eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren anerkannt zu werden. (1) • Zu wenige evidenzbasierte Studien (1)

Die Begründungen der Eher Nein-Antwort sind in der Tabelle 13 dargestellt. Die Musiktherapie ist nach Ansicht der Personen, die die vorhergehende Frage mit Eher Nein beantworteten eine eigene Therapierichtung. Dies ist sowohl aus historischer Sicht betrachtet der Fall als auch im Hinblick auf die z.B. eigene Gesetzgebung in Österreich. Zudem ist die Musiktherapie nicht per se ein psychotherapeutisches Verfahren, sondern wird erst in Verbindung mit Psychotherapie-Ansätzen psychotherapeutisch wirksam. Beachtet werden müssen auch die Musiktherapierichtungen, die eher heilpädagogisch oder ergotherapeutische gestaltet sind.

Weiter weist die Musiktherapie eine *Fehlende theoretische Grundlage* auf. Die Musiktherapie hat keine eigenes auf der Musik begründetes Konzept, sondern bedient sich an den herkömmlichen Psychotherapie-Verfahren. In Deutschland erfüllt die Musiktherapie die Voraussetzungen nicht, weil sie keine eigenständige Theorie zur Entstehung und Behandlung von psychischen Erkrankungen aufweist.

In der Kategorie *Sonstiges* wird das Fehlen von genügend evidenzbasierten Studien aufgeführt und die Reduktion der Musiktherapie auf die allgemeine Wirkung von Musik bemängelt.

8.1.4 Frage nach den Standards eines psychotherapeutischen Verfahrens bezüglich grundlegender Theorien und Praxeologie

Die Bildung der Kategorien der Frage nach den psychotherapeutischen Standards erfolgte teilweise deduktiv nach dem «Tree of Science». Es wurden jedoch auch induktive Kategorien hinzugefügt, die zwar nicht in die Kategorien des «Tree of Science» eingefügt werden konnten, aufgrund der Anzahl an Nennungen jedoch trotzdem als wichtig erachtet und aus diesem Grund in die Auswertung miteingeflossen sind. Die Resultate auf die Frage nach den Standards eines psychotherapeutischen Verfahrens in Bezug auf grundlegende Theorien und Praxeologie sind in der Tabelle 14 dargestellt. Während der Auswertung wurden die Kategorien *Realexplikative Grundlagen*, *Praxeologische Grundlagen*, *Selbstentwicklung der Therapeut*innen*, *Rahmenbedingungen* und *Berufspolitisches* und *Verweis auf bestehende psychotherapeutische Verfahren* gebildet. 5 Personen beantworteten die Frage nicht.

Tabelle 14: Standards eines psychotherapeutischen Verfahrens in Bezug auf grundlegende Theorien und Praxeologie

Welches sind ihrer Meinung nach die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren in Bezug auf grundlegende Theorien und Praxeologie?
REALEXPLIKATIVE GRUNDLAGEN (37)
Allgemeine Aussagen (4)
• Eigenständige, klare Theorie (4)
Allgemeine Theorie der Psychotherapie (1)
• Verweis auf die fünf Wirkmechanismen von Grawe (1998). (1)
Forschung und Wirksamkeitsnachweise (6)
• Evidenzbasierung und Wirksamkeitsnachweise (6)
Persönlichkeitstheorie (10)
• Modell von Persönlichkeit und psychischen Strukturen (4)
• Menschenbild (4)
• Emotionstheorie (1)
• Theoretisches Modell - Zusammenspiel aus psychodynamischen Ursachen und Aktualisierung in konkreten Verhaltensmustern (1)
Entwicklungstheorie (2)
• Entwicklungstheorie (1)
• Objektbeziehungstheorie (1)
Gesundheits- und Krankheitslehre (12)
• Psychopathologie (7)
• Diagnose (2)
• Vorstellung von Heilungsprozess (1)
• Wissen um Zusammenhang zwischen Körper und Psyche (1)
• Ideen, die Verständnis von Leidensdruck und Ziel konzeptualisieren. (1)
Spezielle Theorien der Psychotherapie (2)
• Zielsetzung (1)
• Indikationsspezifische Kenntnisse (1)
PRAXEOLOGISCHE GRUNDLAGEN (28)
Allgemeiner Bezug auf Methoden (10)
• Spezifische und eigenständige Methodik (3)
• Verschiedene Methoden, möglichst diverse Ansätze, in jeder Hinsicht große Flexibilität (1)
• Lehrbare Interventionen und Techniken (1)
• Kontrolliert angewendet (1)
• Methodische Kenntnisse und Skills (1)
• Methoden und Interventionen, um Veränderung zu bewirken (1)

Wahrnehmung von Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren

• Indikationsspezifisches Umsetzen des Wahrgenommenen und Notwendigen (1) • Wissenschaftlich und geisteswissenschaftlich begründbare Interventionslehre (1)
Gesprächsgestaltung und Beziehungsarbeit (8)
• Beziehungsgestaltung (4) • Allgemeiner Bezug auf therapeutische Beziehung (3) • Die Analyse von Übertragung und Gegenübertragung (1)
Spezifische Nennungen (10)
• Erkennen und Auflösen der Ursachen, Erarbeitung von Handlungsalternativen (1) • Aktivierung der Patient*innen (1) • Bewusstwerden und Regulieren von Emotionen (1) • Unerwünschtes Verhalten im Umgang mit sich selbst und anderen verändern zu können (1) • Entwicklung und Stärkung von Selbstentwicklung (1) • Kontrakt / Behandlungsvertrag (1) • Dokumentation als strukturelle Standards. (1) • Konfliktverarbeitung (1) • Entspannungstechniken (1) • Kenntnisse der Kommunikationspsychologie (1)
SELBSTENTWICKLUNG DER THERPEUT*INNEN (19)
Selbsterfahrung (9)
• Selbsterfahrung und Eigentherapie (6) • Selbsterfahrung Einzel und in der Gruppe (3)
Supervision (6)
• Supervision (5) • Ausbildungssupervision (1)
Reflexion (3)
• Reflexion (2) • Lösen eigener Konflikte (1)
Sonstiges (1)
• Regelmäßige Fortbildung (1)
RAHMENBEDINGUNGEN UND BERUFSPOLITISCHES (11)
Ausbildung (7)
• Abgeschlossenes Studium (3) • Gründliche Einblicke in verschiedene Anwendungsfelder (Theorie und Praktika) (1) • Zertifizierung (1) • Ausbildungsstandards (1) • Prüfung und Abschlussarbeit (1)
Berufspolitisches (4)
• Gesetzliche Regelung (2) • Anerkennung eines Berufscodex/Ethikcodex (1) • Mitgliedschaft in einem Fachverband (1)
VERWEIS AUF BESTEHENDE PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERFAHREN (6)
• Verweis auf bestehende psychotherapeutische Verfahren (5) • Siehe Curriculum einer Psychotherapieausbildung (1)
FRAGE NICHT BEANTWORTET (5)
• Frage nicht verstanden (4) • Zu ungenaue Forschung und fehlende evidenzbasierte Studien. (1)

Bei der deduktiven Kategorie *Realexplikative Grundlagen* wurden 4-mal generelle Aussagen getroffen. So wurde z.B. ausgesagt, ein psychotherapeutisches Verfahren brauche eine klare Theoriebildung oder eine in sich konsistente Theorie.

Auf die allgemeinen Theorien der Psychotherapie wurde 1-mal mit der Nennung der fünf Wirkfaktoren von Grawe (1998) verwiesen.

Mit 12 Nennungen wurde die Gesundheits- und Krankheitslehre innerhalb der realexplikativen Kategorie am häufigsten benannt. Sowohl Psychopathologie als auch diagnostische Kenntnisse

sind laut den Teilnehmenden für ein psychotherapeutisches Verfahren wichtig. Zudem braucht es eine Vorstellung zum Heilungsprozess, Wissen um den Zusammenhang zwischen Körper und Psyche und eine Idee, um Leidensdruck und Ziel zu konzeptualisieren.

Ebenfalls viele Erwähnungen erhielt die Persönlichkeitstheorie (10-mal). Genannt wurden z.B. Grundlagen menschlicher Psyche oder ein Konzept für das «Sein» des Menschen. Auch wurden das Menschenbild und die Emotionstheorie sowie ein theoretisches Modell, um das Zusammenspiel aus psychodynamischen Ursachen und Aktualisierung in konkreten Verhaltensmustern darzustellen, genannt.

Weiter sollte das psychotherapeutische Verfahren evidenzbasiert und die Wirkung nachgewiesen sowie die Wirkfaktoren erforscht sein. Auch eine Entwicklungstheorie sollte vorhanden sein. Speziell genannt wurde hier die Objektbeziehungstheorie. Auch dürfen die speziellen Theorien der Psychotherapie nicht fehlen. Erwähnt wurden hier die Zielsetzungen sowie indikationsspezifische Kenntnisse.

In der Kategorie *Praxeologische Grundlagen* wurden sowohl allgemeine als auch spezifische Aussagen getroffen. Ein psychotherapeutisches Verfahren benötigt eine spezifische und eigenständige Methodik, die lehrbar, flexibel einsetzbar und kontrolliert ist. Zudem sollte diese wissenschaftlich und geisteswissenschaftlich begründbar sein.

Neben den allgemeinen Nennungen wurden auch spezifischere Vorgehensweisen genannt. Diese beinhalteten z.B. Aktivierung der Patient*innen, Entspannungstechniken oder Bewusstwerden und Regulieren von Emotionen.

Besonders wichtig schienen nach den Teilnehmenden die Gesprächsgestaltung und Beziehungsarbeit zu sein. Diese wurden 8-mal erwähnt. Neben generellen Aussagen wie z.B. Beziehungsgestaltung wurden auch eine personenzentrierte Haltung sowie die Analyse von Übertragung und Gegenübertragung als wichtig erachtet.

Die Kategorie *Selbstentwicklung der Therapeut*innen* wurde induktiv gebildet, da sie im «Tree of Science» keine Erwähnung findet. Neben den realexplikativen und praxeologischen Grundlagen scheint diese für die Teilnehmenden ebenfalls einen hohen Stellenwert zu haben. Die Selbsterfahrung wurde 9-mal benannt, wobei neben Selbsterfahrung und Lehrtherapie im Einzelsetting auch die Selbsterfahrung im Gruppensetting wichtig zu sein scheint. Auch die Supervision darf nicht fehlen und sollte schon während der Ausbildung begonnen werden. Die Therapeut*innen sollten sich zudem regelmässig selbst reflektieren und eigene Konflikte lösen. Weiter sollten sie regelmässige Fortbildungen besuchen.

Die Kategorie *Rahmenbedingungen und Berufspolitisches* wurde ebenfalls induktiv gebildet, wobei sich auf die Ausbildung sowie auf die Berufspolitik bezogen wurde. Die Therapeut*innen sollten ein abgeschlossenes Studium vorweisen können. Während der Ausbildung müssen gewisse Ausbildungsstandards eingehalten werden. Es sollten gründliche Einblicke in verschiedene Anwendungsfelder erfolgen sowie eine Prüfung abgeschlossen und eine Abschlussarbeit eingereicht

werden. Zudem ist eine Zertifizierung wichtig.

Berufspolitisch wurden eine gesetzliche Regelung mit einem geschützten Berufstitel und eine Anerkennung durch eine entsprechende staatliche Instanz gefordert. Um die Standards eines psychotherapeutischen Verfahrens zu erfüllen ist ebenfalls die Anerkennung eines Berufscodex/Ethikcodex und die Mitgliedschaft in einem Fachverband wichtig.

Die Frage nach den Standards eines psychotherapeutischen Verfahrens bezüglich realexplicativen und praxeologischen Grundlagen wurde von 6 Personen sehr generell beantwortet. Sie verwiesen auf bestehende psychotherapeutische Verfahren, wie z.B. die Verhaltenstherapie, die Systemische Therapie oder die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie oder auf das Curriculum von psychotherapeutischen Weiterbildungen.

8.1.5 Frage, ob Musiktherapie die Standards eines psychotherapeutischen Verfahrens erfüllt

Die Frage, ob Musiktherapie die psychotherapeutischen Standards erfüllt, beantworteten 8 Personen mit Ja, 12 Personen mit Eher Ja und 13 Personen mit Eher Nein. Keine Person beantwortete die Frage mit Nein.

8.1.6 Begründung der Ja-Antwort auf die Frage, ob Musiktherapie die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren erfüllt

Die 8 Personen, die die vorhergehende Frage mit Ja beantwortet hatten, wurden darum gebeten ihre Antwort zu begründen. Die Resultate der Begründung sind in Tabelle 15 aufgeführt.

Tabelle 15: Begründung der Ja-Antwort auf die Frage, ob Musiktherapie die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren erfüllt

Erfüllt Musiktherapie Ihrer Meinung nach zurzeit diese Standards?
Begründung der Ja-Antwort
RELATIVIERUNG (3)
• Theoretischer Hintergrund und Ausbildung von Musiktherapeut*innen sind unterschiedlich. (3)
AUSBILDUNG (2)
• Die Ausbildung erfüllt die Standards. (2)
STUDIENLAGE (2)
• Die Studienlage ist ausreichend. (2)
SONSTIGES (3)
• Verankerung in Leitlinien (1) • Alle diese Charakteristiken werden auch in der Musiktherapie berücksichtigt. (1) • Im Vordergrund steht die therapeutische Beziehung. Auch wenn mit Musik gearbeitet wird, sind diese Standards möglich. (1)

3 Aussagen wurden in die Kategorie *Relativierung* eingeordnet, da sie bestimmte Bedingungen beinhalteten oder auf die unterschiedlichen Ansätze der Musiktherapie verwiesen. So wurde die Frage, ob Musiktherapie die Standards eines musiktherapeutischen Verfahrens erfüllt, davon abhängig gemacht, wo und wie die Musiktherapie eingesetzt wird, wie die Qualifikation und Ausbildung der Therapeut*innen ist und auf welchem theoretischen Hintergrund sowie Menschenbild die jeweilige musiktherapeutische Richtung basiert.

Die *Ausbildung* wurde als ausreichend gesehen. So wurde genannt, dass während der Ausbildung die nötigen psychologischen, therapeutischen und musikalischen Inhalte vermittelt würden. Auch die *Studienlage* wurde als genügend und die Wirksamkeit als belegt eingestuft.

Weiter genannt wurden die Verankerung in Leitlinien, die Berücksichtigung der Charakteristiken eines psychotherapeutischen Verfahrens in der Musiktherapie und die Erfüllbarkeit der Standards, auch wenn mit Musik gearbeitet wird.

8.1.7 Frage, was es noch braucht bezüglich grundlegender Theorien

Den 25 Personen, die die Frage, ob Musiktherapie die psychotherapeutischen Standards erfüllt, mit Eher Ja oder Eher Nein beantwortet hatten, wurden weitere Fragen dazu gestellt, was es noch braucht, damit Musiktherapie die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren erfüllt. Gefragt wurde nach den grundlegenden Theorien, der Praxeologie, der Forschung und den curricularen Bausteinen.

In der Tabelle 16 sind die Resultate zur Frage aufgeführt, was es bezüglich grundlegender Theorien noch braucht, damit Musiktherapie die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren erfüllt.

Tabelle 16: Was es noch braucht bezüglich grundlegender Theorien

Was braucht es noch zusätzlich bezüglich grundlegender Theorien, damit Musiktherapie die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren erfüllt?
GRUNDLEGENDE THEORIEN (19)
Forschung und Wirkfaktoren (9)
- Evidenzbasierung und Wirkfaktoren (5) - Mehr und umfangreichere Studien (3) - Vieles ist zu schwammig und erreicht die diversen anderen psychologisch psychotherapeutischen Forschungsgebiete nicht. (1)
Grundlagenkenntnisse (5)
- Mehr Kenntnisse in Psychopathologie (3) - Mehr Grundlagenwissen in Psychologie, Entwicklungspsychologie und Psychiatrie (2)
Eigene, einheitliche Theorie (5)
- Einheitliche Theorie (3) - Eigenständige Theorie (2)
AUSBILDUNG (7)
Erfüllen Standards (2)
Die Ausbildungen erfüllen die Standards bezüglich grundlegender Theorien (2)
Verbesserungspunkte (5)
Grundlagenwissen kombiniert mit praktischer Erfahrung und Selbsterfahrung (5)
BERUFSPOLITISCHE DIMENSION (4)
- Gesetzliche Anerkennung und Gleichstellung mit psychotherapeutischen Verfahren (3) - Den Mut, sich auf eigene Füße zu stellen. (1)
SONSTIGES (6)
- Eine Annäherung evtl. Zusammenarbeit mit kognitiven psychotherapeutischen Schulen (1) - Welche grundlegenden Theorien? (1) - Kreativitätsförderung, also Anregung von Fantasie (1) - Motivational Interviewing (1) - Fallkonzeptionen. Wann macht man was, wozu und mit welchen Mitteln? (1) - Sowohl finanzielle Ressourcen wie auch Interessengemeinschaften sind zu klein. (1)

Ein Grossteil der Antworten in der Kategorie *Grundlegende Theorien* bezog sich auf die Forschung. Um die Standards bezüglich grundlegender Theorien zu erfüllen, braucht es nach den teilnehmenden Personen mehr Evidenzbasierung mit wissenschaftlichen Kriterien sowie Studien zu den Wirkfaktoren. Generell braucht es mehr umfangreiche, empirische Studien, auch weil in der musiktherapeutischen Forschung wohl vieles zu schwammig ist.

Bei den Grundlagenkenntnissen wurden vor allem fundiertere Kenntnisse in Psychopathologie und Diagnostik sowie (entwicklungs-)psychologisches und psychiatrisches Grundlagenwissen gefordert, evtl. auch mit einem zweijährigen Zusatzstudium.

Laut den Teilnehmenden fehlt der Musiktherapie eine eigenständige Theorie und Praxis, die auf Musik beruht. Zudem wird gefordert, dass sich die verschiedenen musiktherapeutischen Richtungen auf eine einheitliche Theorie einigen wie z.B. ein alles verbindendes Persönlichkeitsmodell.

Ein grösserer Teil der Antworten auf diese Frage bezogen sich nicht per se auf grundlegende Theorien. Aufgrund der Anzahl an Nennungen wurden diese jedoch trotzdem ausgewertet und wenn möglich in Kategorien gruppiert.

Die Kategorie *Ausbildung* wurde induktiv gebildet, da sich in den Antworten einige Male darauf bezogen wurde. 2-mal wurde darauf hingewiesen, dass die meisten musiktherapeutischen Ausbildungen die Voraussetzungen in diesem Punkt erfüllen würden. Andere nannten Verbesserungspunkte. So wurde gefordert, dass sich jede Ausbildung auf ein psychologisches Konzept bezieht und das Grundlagenwissen auch praktisch erworben und erfahren wird. Zudem sollten begleitete Fallanalysen und eine fundierte Selbsterfahrung als Teil des Curriculums berücksichtigt werden.

Aufgrund der Anzahl Nennungen in den Antworten wurde die induktiv gebildete Kategorie *Berufspolitische Dimension* ebenfalls in die Auswertung mit aufgenommen. Es wurde gefordert, dass die Musiktherapie den Mut aufbringt, sich auf eigene Füsse zu stellen. Zudem braucht die Musiktherapie eine gesetzliche Anerkennung und einen Schutz des Namens. Die Musik(psycho)therapie muss sich in der Schweiz zudem von der Musiktherapie in Richtung Kunsttherapie abgrenzen.

Weiter genannt wurden Kreativitätsförderung zur Anregung von Fantasie, Motivational Interviewing, Fallkonzeptionen oder eine Annäherung an kognitiv psychotherapeutische Schulen. Eine Person merkte an, die Musiktherapie habe zu wenige finanzielle Ressourcen und die Interessensgemeinschaften seien zu klein.

8.1.8 Frage, was es noch braucht bezüglich Praxeologie

Die Frage, was es noch braucht bezüglich Praxeologie, damit Musiktherapie die Standards eines psychotherapeutischen Verfahrens erfüllt, wurde von 5 Personen nicht beantwortet. Die Resultate sind in Tabelle 17 dargestellt.

Tabelle 17: Was es noch braucht bezüglich Praxeologie

Was braucht es noch zusätzlich bezüglich Praxeologie, damit Musiktherapie die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren erfüllt?
PRAXEOLOGIE AUSREICHEND
- Die Praxeologie ist ausreichend und wird in den Ausbildungen ausreichend vermittelt. (2) - Die Praxisfelder der MT sind breit gestreut und ähnlich denen der psychotherapeutischen Verfahren - die Grundlagen zur Ausübung der Psychotherapie müssten erfüllt sein. (1)
PRAXEOLOGIE (4)
- Klare Methodik (2) - Einfachere, anerkannte, erprobte diagnostische Testungen. (1) - Fallführung (1)
PRAXISERFAHRUNG UND/ODER SELBSTENTWICKLUNG (9)
- Mehr Praxiserfahrung (4) - Mehr Selbsterfahrung (3) - Vernetzung von Lehrtherapie, Supervision, Praxisbegleitung und Theorie (1) - Rollenspiele Therapeut*in – Patient*in (1)
FORSCHUNG (5)
Forschung (der Praxeologie) (5)
EINHEITLICHKEIT (3)
- Einheitliche Sprache (1) - Einheitlichere Standards zur Definition von "Musiktherapie" (1) - Einheitlichere Ausbildungsrichtlinien (1)
SONSTIGES (5)
- Eine gesetzliche Regelung der Berufsausübung. (1) - Spezialisierung auf das Praxisfeld der Psychotherapie während oder nach der Ausbildung (1) - Vertiefte Kenntnisse der klinischen Psychologie (1) - Verknüpfung mit verhaltenstherapeutischen Erkenntnissen und Forschungen. (1) - Mehr Forschung führt derzeit leider in aller Regel zu mehr Anpassung an herrschende Standards, die oft gar nicht hilfreich sind. (1)
FRAGE NICHT BEANTWORTET (5)
- Verweis auf vorherige Antworten (4) - Da es viele Jahre her ist, dass ich die Ausbildung zum Musiktherapeuten machte, fehlt mir das Wissen, um diese Frage zu beantworten. (1)

Die *Praxeologie* wurde 3-mal als *ausreichend* gesehen. Sie habe genug wirksame Tools, die in den Ausbildungen ausreichend vermittelt und in breit gefächerten Anwendungsfeldern, denen der Psychotherapie ähnlich, eingesetzt würden.

Als Verbesserungsvorschläge für die *Praxeologie* wurden klar beschriebene und einleuchtende Vorgehensweisen und Techniken genannt sowie einfachere, anerkannte, diagnostische Testungen und die Fallführung.

Einige Aussagen bezogen sich auf die *Praxiserfahrung und/oder Selbstentwicklung*. Um die Standards bezüglich Praxeologie zu erfüllen, braucht es laut den Teilnehmenden mehr Praxiserfahrung in Form von spezifischen Fortbildungen im Feld oder dem Sammeln von klinischer Praxis während eines Praxisjahres. Zudem wurde mehr Zeit in Einzeltherapien gefordert. Weiter braucht es mehr Selbsterfahrung. Genannt wurden hier die Lehrmusiktherapie und die Eigenthherapie. Vorgeschlagen wurden auch Rollenspiele Therapeut*in-Patient*in und die Vernetzung von Lehrtherapie, Supervision, Praxisbegleitung und Theorie.

Wie schon bei den grundlegenden Theorien wurde auch hier mehr *Forschung* gefordert. Laut den Teilnehmenden braucht es mehr Forschungsmöglichkeiten, wissenschaftliche Evidenz,

systematische Untersuchungen der Praxis bezogen auf ein Konzept und umfangreichere Überprüfungen der Praxeologie.

Weiter benötigt die Musiktherapie bezüglich der Praxeologie mehr *Einheitlichkeit*. Gefordert wurden hier eine einheitliche Sprache, einheitlichere Standards zur Definition von Musiktherapie und einheitlichere Ausbildungsrichtlinien.

Unter *Sonstiges* wurden eine gesetzliche Regelung zur Berufsausübung, eine Spezialisierung auf das Praxisfeld der Psychotherapie, vertiefte Kenntnisse der klinischen Psychologie und die Verknüpfung mit der Verhaltenstherapie gefordert. Ein Kommentar bezog sich darauf, dass mehr Forschung nur zu einer Anpassung an die nicht sehr hilfreichen Standards bedeuten würde.

8.1.9 Frage, was es noch braucht bezüglich Forschung

In der Tabelle 18 sind Resultate zur Frage aufgeführt, was es noch braucht bezüglich Forschung, damit Musiktherapie die Standards eines psychotherapeutischen Verfahrens erfüllt. 3 Personen beantworteten die Frage nicht.

Tabelle 18: Was es noch braucht bezüglich Forschung

Was braucht es noch bezüglich weiterer Forschung, damit Musiktherapie die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren erfüllt?
GRUNDLAGENFORSCHUNG (12)
• Wirknachweise und Wirkfaktoren (8) • Evidenzbasierte Forschung (2) • Indikationsanalysen (1) • Spezifik der Kreativtherapien (quantitativ vs. Qualitativ) (1)
ANWENDUNGSFORSCHUNG (3)
• Trauma-Musiktherapie-Forschung (1) • Wissen über Dokumentation (1) • Wissenschaftliche Evidenz in bestimmten Anwendungsfeldern (1)
BEZUG AUF FORSCHUNGSDESIGNS (5)
• Wissenschaftlich klinische Studien (3) • Da Placebo bei Musiktherapie kaum möglich ist, Entwicklung von guten alternativen Vergleichsstandards (1) • Musiktherapie sollte sich weniger an (natur)wissenschaftlicher/quantitativer Forschung orientieren, da diese häufig nicht zur (musik)psychotherapeutischen Praxis passt; eher an neueren Forschungsmethoden (Grounded Theory, qualitativ etc.) (1)
VERNETZUNG (6)
• Vernetzung der (bisherigen) Forschung (2) • Zentrenübergreifende Forschung (2) • Vernetzung zwischen Musiktherapie und anderen Richtungen (2)
FINANZIELLE MÖGLICHKEITEN (3)
• Finanzielle Quellen müssen erschlossen werden. (1) • Ein eigenes Institut (1) • Geld und Möglichkeiten (1)

SONSTIGES (7)
• Versorgungsforschung (1) • Reliable Outcomereflektionen (1) • Grosse Probandenzahlen (1) • Es muss anerkannt werden, dass Musiktherapie nicht wie eine Pille ist und es eben das Besondere ist, dass wir nicht alle identisch behandeln, sondern individuell. (1) • In die Ausbildung muss wissenschaftliches Arbeiten, Forschungsmethoden etc. mehr integriert werden, damit überhaupt von Musiktherapeut*innen geforscht wird. (1) • Jede Richtung und jede Forschungserkenntnis bringen weiter. (1) • Die getätigte Forschung in medizinischen, psychologischen, psychotherapeutischen Journals zu publizieren (1)
FRAGE NICHT BEANTWORTET (3)
• Frage nicht beantwortet (3)

Ein grosser Teil der Antworten bezog sich auf die *Grundlagenforschung*. Konkret gefordert wurde hier die Erforschung der Wirkung von Musiktherapie sowie die Überprüfung von Wirkfaktoren, auch z.B. mit neurowissenschaftlichen Methoden oder auf spezifische Krankheitsbilder bezogen. Evidenzbasierte Forschung wurde ebenfalls genannt. Weiter wurden reliable Outcome-reflektionen, Indikationsanalysen und die Erforschung der Spezifik der Kreativtherapien verlangt.

In die Kategorie *Anwendungsforschung* konnten weniger Antworten aufgenommen werden. Gefordert wurden hier mehr wissenschaftliche Evidenz in bestimmten Anwendungsfeldern, mehr Wissen über Dokumentation und Trauma-Musiktherapie-Forschung.

Einige Antworten bezogen sich auf *Forschungsdesigns*. Um die Standards bezüglich Forschung zu erfüllen, braucht es nach den Teilnehmenden mehr Studien, die auf wissenschaftlichen, klinischen Standards beruhen, jedoch sollten auch neuere Forschungsmethoden wie die Grounded Theory nicht fehlen. Weiter sollten gute, alternative Vergleichsstandards zu Placebos entwickelt werden.

Die *Vernetzung* in der Forschung darf ebenfalls nicht vergessen werden. Dies kann geschehen, indem verschiedene Hochschulausbildungen zentrenübergreifend zusammenarbeiten. Auch könnte die Musiktherapie mit anderen psychologischen Richtungen kooperieren und ihr Wissen z.B. mit dem Wissen von psychotherapeutischen Verfahren zusammenführen.

Finanzielle Möglichkeiten sollten dabei erschlossen werden. Dabei könnte z.B. die Gründung eines eigenen Instituts helfen.

Weiter genannt wurden Versorgungsforschung, reliable Outcomereflektionen, grosse Probandenzahlen und mehr Forschungsmethoden während der Ausbildung. Es wurde zudem angemerkt, dass die Musiktherapie jede*n individuell handle und dies anerkannt werden müsse und jede Forschung weiterbringe.

8.1.10 Frage, was es noch braucht bezüglich curricularer Bausteine

Die Resultate zur Frage, welche curricularen Bausteine besonders gewichtet werden sollten, damit Musiktherapie die Standards eines psychotherapeutischen Verfahrens erfüllt, sind in Tabelle 19 ersichtlich. 3 Personen beantworteten die Frage nicht.

Tabelle 19: Welche curricularen Bausteine besonders gewichtet werden müssen

Welche curricularen Bausteine müssten in Musiktherapie-Studiengängen besonders gewichtet werden, damit der Abschluss die Standards einer Psychotherapie-Weiterbildung erfüllt?
PSYCHOLOGISCHE UND PSYCHOTHERAPEUTISCHE GRUNDLAGEN (15)
• Psychotherapeutische und psychologische Grundlagen (8) • Krankheits- und Gesundheitslehre (7)
METHODIK MUSIKTHERAPIE (9)
• Methoden und Interventionen (5) • Evaluation der Therapie (4)
THEORIE MUSIKTHERAPIE (9)
• Forschungsmethoden (6) • Fundierte Theorievermittlung (1) • Tieferes Verständnis der neurobiologischen Wirkung der musiktherapeutischen Interventionen (1) • Musiktherapeutische Krankheitslehre (1)
BERUFSPRAXIS (8)
• Praxiserfahrung (7) • Assistenzarbeits-Möglichkeiten (1)
SELBSTERFAHRUNG (8)
• Selbsterfahrung (8)
SUPERVISION (4)
• Supervision (4)
RECHTLICHES UND RAHMENBEDINGUNGEN (5)
• Zugangsvoraussetzungen (3) • Systeme der Finanzierung (1) • Rechtliche Grundlagen zur Ausübung der Psychotherapie (1)
SONSTIGES (8)
• Medizinische Grundlagen (1) • Hängt davon ab, ob man sich an den zurzeit gängigen Standards orientiert oder die zu reformieren versucht (1) • Einem gängigen Konzept anschließen und dessen Standards erfüllen. Bescheidenheit bzw. Begrenztheit der eigenen Methode erkennen (1) • Es müssen nicht die Standards einer psychotherapeutischen Weiterbildung erfüllt werden, sondern jede Weiterbildung muss die Standards in Bezug auf ihren Schwerpunkt selbst definieren. (1) • Psychotherapieausbildung in einem anerkannten Verfahren und Verbindung mit der Musiktherapie (1) • Unterricht durch Leute mit praktischer Erfahrung (1) • Möglichkeit, an spartenübergreifenden Forschungen teilzunehmen (1) • Bezahlte Doktoranden-Anstellungen an einschlägigen Universitäten (1)
FRAGE NICHT BEANTWORTET (3)
• Verweis auf vorherige Antworten (2) • Das wissen andere sicher besser. (1)

Bei der Beantwortung der Frage nach der Gewichtung der curricularen Bausteine wurden am häufigsten *Psychologische und psychotherapeutische Grundlagen* genannt. Dazu gehören z.B. die verschiedenen Grundorientierungen sowie die Geschichte der Psychotherapie und die psychotherapeutische Forschung. Weiter beinhaltet dies auch die Testpsychologie, die Entwicklungspsychologie, Persönlichkeitsmodelle und die Diagnostik. Ausserdem sollte die Krankheits- und Gesundheitslehre, evtl. angelehnt an Klassifikationssysteme, stärker gewichtet werden. Dabei sollte auch der Heilungsprozess und die Psychopharmakologie nicht vergessen werden.

Bei der Kategorie *Methodik Musiktherapie* wurden neben generellen Aussagen wie z.B. praxeologische Anleitung oder musiktherapeutische Methoden und Techniken in verschiedenen Praxisfeldern auch die Gesprächsführung erwähnt. Gefordert wurde zudem das Unterrichten von Wenigkeit und raschen Wechseln bei indikationsspezifischen Interventionen. Ausserdem sollte

gelernt werden, wie Therapien evaluiert, analysiert und dokumentiert und individualisierte Fallkonzepte erstellt werden.

Bei der *Musiktherapeutischen Theorie* scheint den Teilnehmenden vor allem die Vermittlung von Forschungsmethoden wichtig zu sein. Genannt wurden hier auch intensiveres, wissenschaftliches Arbeiten und die Verbindung zu künstlerischen Forschungsansätzen. Weiter sollte die Theorievermittlung fundiert sein, eine musiktherapeutische Krankheitslehre unterrichtet werden und ein tieferes Verständnis der neurobiologischen Wirkung der musiktherapeutischen Interventionen erlangt werden.

Während der Musiktherapie-Ausbildung sollte *Berufspraxis* gesammelt werden z.B. in Form von Praktika. Diese sollten in klinischen Settings stattfinden und supervidiert sein. Eine weitere Möglichkeit, um Berufspraxis zu sammeln, wären Assistenzarbeits-Möglichkeiten.

Selbsterfahrung und *Supervision* sollte ebenfalls gewichtet werden. Die Selbsterfahrung kann im Einzel- oder Gruppensetting stattfinden oder auch in Form von Lehrtherapie und sollte eine gewisse Stundenanzahl beinhalten.

Auch *Rechtliches und Rahmenbedingungen* wurden erwähnt. Gefordert wurden einheitliche Zugangsvoraussetzungen, z.B. in Form eines Psychologie-Studiums. Weiter sollten während der Ausbildung auch Systeme der Finanzierung und rechtliche Grundlagen zur Ausübung von Psychotherapie unterrichtet werden.

Weiter genannt wurden medizinische Grundlagen oder die Möglichkeit an angesehenen Universitäten zu doktorieren. Der Unterricht sollte durch Leute mit praktischer Erfahrung erfolgen und es sollte Möglichkeiten für die Teilnahme an spartenübergreifenden Forschungen geben. Vorgeschlagen wurde auch die Weiterbildung in einem psychotherapeutischen Verfahren und die Verbindung mit Musiktherapie. Eine Person machte die Gewichtung der curricularen Bausteine davon abhängig, ob man sich an gängigen Standards orientieren wolle oder diese zu reformieren versuche. Genannt wurde auch, dass nicht die Standards einer psychotherapeutischen Weiterbildung erfüllt werden sollten sondern dieser in Bezug auf den Schwerpunkt selbst definiert werden sollte. Eine weitere Person forderte die Erfüllung der Standards eines gängigen Konzepts und die Anerkennung der Bescheidenheit der eigenen Methoden.

8.1.11 Frage, welche Stärken von Musiktherapie besonders betont werden sollten

In der Tabelle 20 sind die Resultate zur Frage aufgeführt, welche Stärken der Musiktherapie im Kanon der psychotherapeutischen Verfahren besonders betont werden sollten, damit Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren wahrgenommen wird. Die Antworten konnten in die Kategorien *Wirkfaktor Musik*, *Kommunikation in der Musiktherapie*, *Kreatives und spielerisches Verfahren*, *Körper* und *Sonstiges* unterteilt werden.

Tabelle 20: Welche Stärken von Musiktherapie besonders betont werden sollten

Welche Stärken der Musiktherapie sollte man im Kanon der psychotherapeutischen Verfahren besonders betonen bzw. herausstreichen, damit Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren wahrgenommen wird?
WIRKFAKTOR MUSIK (34)
Besondere Beziehungsgestaltung (13)
• Gleichzeitigkeit (5) • Musik als Drittes (3) • Resonanz (3) • Beziehungsgestaltung bei bestimmtem Klientel (2)
Emotionsregulation (13)
• Einfacherer Zugang zu Emotionen (6) • Emotionsregulation (4) • Offener Ausdruck von Emotionen (1) • Fühlen, Gefühlslandschaften (1)
Arbeit mit dem Unbewussten (5)
• Zugang zum Unbewussten (3) • Bedeutung der gemeinsamen Prozessgestaltung als Feld unbewusster Strukturierungen (1) • Teilhabe des Therapeuten an Gestaltungen des Unbewussten (1)
Flow-Erfahrungen (2)
• Musikalische Improvisation ist weniger Über-Ich-kontrolliert, ermöglicht im Flow des Spielens eine erweiterte Wahrnehmung der eigenen Persönlichkeit und des Beziehungsverhaltens, stärkender Kompetenzen und krankmachender Defizite. (1) • Flow Erfahrung ist möglich. (1)
Generelle Aussage (1)
• Die einmalige psychotherapeutische Verwendung von Musik, die kein anderes Verfahren besitzt (1)
KOMMUNIKATION IN DER MUSIKTHERAPIE (23)
Nonverbalität (13)
• Nonverbale Kommunikation (12) • Bei besonders schweren Störungen bietet der nonverbale Zugang viele Möglichkeiten. (1)
Verbindung von Musik und Sprache (6)
• Verbindung von Musik und Sprache (6)
Vorsprachliches (4)
• Bearbeitung von frühen Erfahrungen und vorsprachlichen Störungen (3) • Kontakt im regressiven Raum (1)
KREATIVES UND SPIELERISCHES VERFAHREN (13)
• Kreative Therapieanteile (8) • Spielerische Therapieanteile (3) • Der freie Ausdruck der Klienten (1) • Ästhetisches Erleben (1)
KÖRPER (5)
• Einbezug des Körpers (3) • Instrumente als Hilfsorgane, als Erweiterung des Körpers (1) • Die Körpernähe der Musiktherapie und darüber der einfachere Zugang zu Körpersymptomen als bei Gesprächstherapie (1)
SONSTIGES (18)
• Mittlerweile deutlich verbesserte Evidenzlage (1) • Aufnahme in S3-Leitlinien (1) • Praktische Umsetzung an vielen (Universitäts-)Kliniken als Bestandteil des Behandlungsspektrums (1) • Geeignet für Klientel, das ansonsten unterversorgt ist (1) • Interdisziplinäre Forschungen (1) • Stärkung der Patient*innen-Identität und Eigenverantwortung sowie der Ausdrucksfähigkeit (1) • Die ganzheitliche Entwicklung des Menschen wird gefördert (1) • Sinnhaftigkeit (1) • Keine Festlegung auf pathologische Ketten, sondern auf Ressourcen (1) • Neurobiologisch (1) • Neurologische Plastizität (1)

- Musikmedizinische Aspekte (1)
- Nicht festgelegt auf eine Ideologie (bestenfalls), Verbindung anerkannter Verfahren (1)
- Mehr als 40-jährige Lehre an Hochschulen und Universitäten (1)
- Klare Abgrenzung von Kunsttherapie HFP Richtung Musiktherapie (1)
- Wahrnehmungsbasiertes Verfahren (1)
- Skills-Anwendung (1)
- Integratives Menschenbild (1)

Der *Wirkfaktor Musik* wurde häufig als Stärke in der Musiktherapie genannt. Mithilfe der Musik ist eine besondere Beziehungsgestaltung möglich, da die Interaktion zwischen Therapeut*innen und Klient*innen gleichzeitig erfolgen kann. Dadurch, dass die Therapeut*innen mitspielen, können sie sich auf die gleiche Ebene wie ihre Klient*innen begeben und das Übertragungsgeschehen unmittelbar wahrnehmen. Durch die Gleichzeitigkeit wirken Interventionen sehr direkt auf z.B. Emotionen. Besonders in Gruppentherapien hat die Musiktherapie mit der Gleichzeitigkeit einen Vorteil. Durch das Medium Musik als hilfreiches Drittes kann eine besondere Beziehungsqualität hergestellt werden. Den Klient*innen kann z.B. musikalisch(e) Resonanz gegeben werden. Über die Musik kann auch Kontakt zu Klient*innen mit bestimmten Störungsbildern hergestellt werden, dazu gehören z.B. Personen, die nicht sprechen wollen oder können.

Oft genannt wurde auch die Emotionsregulation. Über die Musik können Emotionen direkt zugänglich gemacht werden, auch weil sie direkt auf verschiedene Hirnregionen wirkt. Durch die biografische Komponente können auch Erinnerungen geweckt werden. Emotionen können mithilfe der Musik moduliert und reguliert werden. Bei Klient*innen mit frühkindlichen Störungen bietet sie zudem eine gute Stabilisierungsmöglichkeit. Weiter können mit der Musik Emotionen offen ausgedrückt und Gefühlslandschaften dargestellt werden.

Unbewusstes kann mithilfe der Musik zugänglich gemacht werden, dazu gehört z.B. auch implizites Beziehungswissen. Die Therapeut*innen können an der Gestaltung des Unbewussten teilhaben und mit den Klient*innen gemeinsam im Feld unbewusster Strukturierungen Prozesse gestalten.

Im Musikspiel sind Flow-Erfahrungen möglich, die die Wahrnehmung der eigenen Persönlichkeit, des Beziehungsverhaltens, der Kompetenzen und Defizite erleichtern.

Die *Kommunikation in der Musiktherapie* wurde durch die Teilnehmenden ebenfalls häufig angesprochen. Mithilfe der Musik können die Therapeut*innen und Klient*innen nonverbal kommunizieren. Die Klient*innen können etwas musikalisch ausdrücken, wofür sie keine Worte haben und Erfahrungen auf einer nichtsprachlichen Ebene machen. Über den nonverbalen Zugang ist eine andere Ebene der Interaktion möglich und Sprache ist für einen Behandlungserfolg nicht zwingend notwendig. Bei besonderen Störungsbildern bietet der nonverbale Zugang viele Möglichkeiten.

In der Musiktherapie kann sowohl mit als auch ohne verbale Sprache kommuniziert werden. Musikalische Erfahrungen können im anschließenden Gespräch reflektiert werden. Emotionen können musikalisch dargestellt und in Worte übersetzt werden. Musiktherapie kann sowohl während des Musizierens als auch im anschließenden Gespräch wirksam sein.

In der Musiktherapie kann ein Zugang zu frühkindlichen Erfahrungen gefunden werden. Zudem hat sie ein besonderes Potential bei Störungen, die in den vorsprachlichen Bereich zurückreichen. Ein Kontakt im regressiven Raum ist möglich.

Die Musiktherapie hat *Kreative und spielerische* Anteile. Über das künstlerische Medium Musik können kreative und schöpferische Erfahrungen gemacht werden. Die Kreativität ist wichtig für eine gesunde Lebensgestaltung und den Selbstausdruck. In der Musiktherapie kann spielerisch gelernt und probegehandelt werden. Auch kann spielerisch die therapeutische Beziehung erforscht werden. Weiter können sich die Klient*innen in der Musiktherapie frei ausdrücken und ästhetische Erlebnisse machen.

Der *Körper* wird in der Musiktherapie ebenfalls miteinbezogen. Durch die Körpernähe der Musiktherapie kann ein einfacherer Zugang zu Körpersymptomen als in der Gesprächstherapie gefunden werden. Überdies können Instrumente als Hilfsorgane und Erweiterungen des Körpers eingesetzt werden.

Unter *Sonstiges* wurden Aussagen eingeordnet, die weder untereinander gruppiert werden noch zu einer der eben beschriebenen Kategorien zugeordnet werden konnten. Diese beinhalteten unter anderem berufspolitische Aussagen wie die Verankerung in den S3-Richtlinien oder die Abgrenzung von Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren und der Musiktherapie als Kunsttherapie. Weiter wurden weitere Stärken der Musiktherapie betont wie z.B. Sinnhaftigkeit, das integrative Menschenbild, die Förderung der ganzheitlichen Entwicklung, die Fokussierung auf Ressourcen und die Stärkung der Identität und Eigenverantwortung und Ausdrucksfähigkeit. Zudem wird die Musiktherapie schon seit mehreren Jahrzehnten an Universitäten und Hochschulen gelehrt und ist in vielen Kliniken Teil des Behandlungsspektrums.

8.2 Ergebnisse Expert*innenfragebogen

Der Expert*innenfragebogen wurde von 2 männlichen und 1 weiblichen Person beantwortet. Bei der Auswertung wurde aufgrund der geringen Datenmenge auf eine strenge Kategorisierung verzichtet, bei zusammenpassenden Antworten wurden diese jedoch trotzdem gruppiert. Die Ergebnisse werden nachfolgend in Tabellenform wiedergegeben. Das soll eine grössere Übersichtlichkeit ermöglichen. Sofern die Antworten nicht einer Kategorie hinzugefügt worden sind, werden sie in den Tabellen einzeln in einer eigenen Zeile aufgeführt. Auf eine Kategorie «Sonstiges» wird gänzlich verzichtet, da die Antworten praktisch alle in dieser Kategorie landen würden. Die Reihenfolge der einzelnen Aussagen ist rein zufällige gewählt und hat keine Aussagekraft.

8.2.1 Frage nach den psychotherapeutischen Eigenschaften von Musiktherapie

In der Tabelle 21 sind Antworten auf die Frage, was nach der Meinung der Teilnehmenden die psychotherapeutischen Eigenschaften von Musiktherapie sind, aufgeführt. 3 Aussagen bezogen sich auf den «Wirkfaktor Musik».

Tabelle 21: Psychotherapeutische Eigenschaften von Musiktherapie

Was sind Ihrer Meinung nach die psychotherapeutischen Eigenschaften von Musiktherapie?
WIRKFAKTOR MUSIK
• Emotionsaktivierend und Unterstützung zur Emotionsregulation • Musik hat eine therapeutische Wirkung, die unbestritten ist • Psychologische Vermittlung von Wirkung: Musik als Verhaltensmodulation, Emotionsmodulation, Aufmerksamkeitsmodulation, Kognitionsmodulation, Kommunikationsmodulation
EINZELNE AUSSAGEN
• Sie verbindet nonverbale Sprache mit verbaler • (Meistens) Einsatz bei der Behandlung psychischer Störungen • Musiktherapietheorie verwendet fast ausschließlich psychologische, psychotherapeutische und kognitiv-neurowissenschaftliche Rahmentheorien. • Der Einsatz von Musik im Kontext von Musiktherapie zielt auf das Verhalten und Erleben von Menschen (Psychologie ist Wissenschaft vom Verhalten und Erleben). • Musiktherapie ist insofern Psychotherapie als sie psychologisch vermittelte Therapie und nicht physikalisch, chemisch oder biologisch vermittelte Therapie ist.

8.2.2 Frage nach den Gründen, weshalb die Musiktherapie nicht als Psychotherapie-Verfahren anerkannt worden ist

Die Expert*innen wurden nach den Gründen gefragt, weshalb die Musiktherapie nicht als Psychotherapie-Verfahren anerkannt worden war und erhielten die Auswahlmöglichkeiten fachlich-inhaltliche, formal-strukturelle, politische und sonstige Gründe. Falls die Expert*innen eine Auswahlmöglichkeit ankreuzten, wurden sie gebeten die entsprechenden Gründe schriftlich zu begründen. In der Tabelle 22 ist eine Übersicht dargestellt, welche Gründe angekreuzt und welche Antworten schriftlich begründet wurden. Nicht alle Antworten wurden begründet. Ebenfalls in Tabelle 22 sind die schriftlichen Begründungen aufgeführt. Eine Person, die den Punkt «Sonstiges» bei den Gründen ankreuzte, benannte die Akkreditierungsagentur als Grund.

Tabelle 22: Überblick über die Gründe, weshalb Musiktherapie nicht als Psychotherapie-Verfahren anerkannt worden war

	Ja Angekreuzt	Davon Begründet	Nicht Angekreuzt
Fachlich-inhaltliche Gründe	2	2	1
Formal-strukturelle Gründe	3	2	0
Politische Gründe	3	2	0
Sonstiges	1	1	2
Begründungen			
Fachlich-inhaltliche Gründe			
• Keine kohärente theoretische Fundierung • Keine eindeutige Einbettung in einen der Mainstream Theorierichtungen • Gelegentlich fehlen konkrete störungsspezifische Vorgehensbeschreibungen.			
Formal-strukturelle Gründe			
• Die Welt der Psychologieprofessoren konnte sich schlecht vorstellen, dass an einer Hochschule der Künste klinische Psychotherapie unterrichtet werden kann. • Musiktherapie ist schwer einem bestimmten psychotherapeutischen Verfahren bzw. einer Methode zuzuordnen.			
Politische Gründe			

• Die Trägerschaft durch eine psychologiefremde Hochschule passte nicht ins politische Bild.
• Musiktherapie hat evtl. eine zu kleine Lobby in der Gesundheitspolitik verschiedener Länder.
Sonstige Gründe
• Akkreditierungsagentur: Dir zuständige Person war schlecht vorbereitet und verbreitete den Experten falsche Informationen, welche zur Verwirrung beitrugen.

8.2.3 Frage nach den Standards eines psychotherapeutischen Verfahrens bezüglich grundlegender Theorien und Praxeologie

Die Frage, was nach Meinung der Teilnehmer*innen die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren in Bezug auf grundlegende Theorien und Praxeologie seien, wurde von einer Person nicht beantwortet. Die Resultate sind in Tabelle 23 ersichtlich. 4-mal wurde Bezug auf Forschung genommen, weshalb diese in einer Kategorie «Forschung» zusammengefasst wurden. Zwei Aussagen wurden miteinander unter der Kategorie «Methodik» gruppiert. Die restlichen Aussagen sind einzeln aufgeführt.

Tabelle 23: Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren

Welches sind Ihrer Meinung nach die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren in Bezug auf grundlegende Theorien und Praxeologie?
FORSCHUNG
• Bezug zur Grundlagenforschung • Beforschung der theoretischen Konzepte • Wirksamkeitsforschung mit unterschiedlichen Forschungsdesigns • Im Endeffekt sollte Theorie grundsätzlich stärker die Ergebnisse der Psychotherapieforschung berücksichtigen; das gilt dann auch für die Musiktherapie.
METHODIK
• Beschriebene Methodik • Für die Berufspraxis sollten klare und transparente Beschreibungen von Vorgehensweisen mit Krankheitsbezug vorliegen
EINZELNE AUSSAGEN
• Klare Theoretische Konzipierung • Kritische Reflexion der Praxis • Wünschenswert wäre eine länderübergreifende/internationale Referenz • Weil wir jedoch vermuten können, dass Therapietechniken als solche nur wenig zur Erklärung der Ergebnisvarianz beitragen, sollten gemeinsame Faktoren (Patientenvariablen, Therapeutenvariablen, therapeutische Beziehung etc.) in der Praxeologie und der praktischen Ausbildung stärker berücksichtigt werden.

8.2.4 Frage, ob Musiktherapie die Standards eines psychotherapeutischen Verfahrens erfüllt und die Begründung der Ja-Antwort

Die Frage, ob Musiktherapie die Standards für ein Psychotherapie-Verfahren zurzeit erfüllt, beantwortete 1 Person mit Ja und 2 Personen mit Eher Ja. Keine Person antwortete Eher Nein oder Nein. Die Person, die die Frage mit Ja beantwortet hatte, wurde gebeten, ihre Antwort zu begründen. Sie äusserte, aufgrund der Kenntnisse des Akkreditierungsdossiers seien ihr alle eben genannten Kriterien als erfüllt erschienen.

8.2.5 Frage, was es noch braucht, damit Musiktherapie die Standards eines psychotherapeutischen Verfahrens erfüllt

Die anderen beiden Personen wurden gebeten, weitere Fragen zu beantworten. Diese befassten sich damit, was es noch braucht, damit Musiktherapie die Standards für ein psychotherapeutisches

Verfahren erfüllt. Die Resultate zu den Antworten sind in der Tabelle 24 dargestellt. Die Reihenfolge ist wie folgt: Grundlegende Theorien, Praxeologie, Forschung und curriculare Bausteine. Bei den Fragen, die sich auf die Praxeologie und die curricularen Bausteine bezogen, konnten Kategorien gebildet werden.

Tabelle 24: Was es noch braucht, damit Musiktherapie die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren erfüllt.

Was braucht es noch, damit Musiktherapie die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren erfüllt?
Grundlegende Theorien
EINZELNE AUSSAGEN
• Einbettung in Bezug auf Emotionsregulation • Einbettung in Bezug auf allgemeine Wirkfaktoren • Darstellung der spezifischen Therapietechniken • Musiktherapie sollte entsprechend ihrer Evidenz sowie entsprechend ihrer spezifischen Elaboriertheit bei verschiedenen psychischen Erkrankungen unter Einhaltung der Qualitätskriterien der Ausbildungseinrichtungen sowie der Praxis als psychotherapeutisches Verfahren anerkannt werden.
Praxeologie
KLARE BESCHREIBUNGEN
• Genaue Darstellung der Therapietechniken • manchen Arbeitsfeldern klarere Vorgehensbeschreibungen mit Bezug zu Krankheitsbildern/Diagnosen
EINZELNE AUSSAGEN
• Musiktherapie braucht mehr empirisch begründete Konzepte zum Themenbereich musiktherapeutische Beziehung • Musiktherapie sollte u.U. klarer auf die Veränderung von Zielsymptomen beschrieben werden.
Forschung
• Psychotherapie-Vergleichsstudien mit anderen Therapieformen • mehr verfahrensvergleichende Forschung • mehr Grundlagenforschung • Mehr RCTs oder qualitative hochwertige Metaanalysen • mehr Prozess-Ergebnis-Forschung • Musiktherapie sollte hierbei im fairen Vergleich mit anderen Verfahren bewertet werden, die z.T. keine RCTs vorweisen können und dennoch anerkannt sind.
Curriculare Bausteine
SUPERVISION (2)
• Supervision (2)
EINZELNE AUSSAGEN
• Wissen und Können • Praxisjahre • methodenübergreifender und methodenspezifischer Selbsterfahrung • Die therapeutische Beziehung • common factors • sowie die allgemeinen Ergebnisse der Psychotherapieforschung

8.2.6 Frage, welche Stärken von Musiktherapie besonders betont werden sollten

Alle Teilnehmer*innen wurden nach den Stärken der Musiktherapie gefragt, die besonders herausgestrichen werden sollten. Wie in Tabelle 25 ersichtlich ist, konnten 4 Aussagen der Kategorie

«Klientel» und je 2 Aussagen in die Kategorien «Nonverbalität» und «Emotionen» eingeordnet werden. 3 Aussagen wurden einzeln aufgelistet.

Tabelle 25: Stärken der Musiktherapie, die besonders betont werden sollten

Welche Stärken der Musiktherapie sollte man im Kanon der psychotherapeutischen Verfahren besonders betonen bzw. herausstreichen damit Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren wahrgenommen wird?
KLIENTEL
• Musiktherapie hat die besondere Stärke für viele Patienten attraktiv und ressourcenfördernd zu sein. • Geeignet auch für Personen ohne elaborierte Sprachkenntnisse • Geeignet auch für Menschen aus verschiedenen Kulturen • Wirkt auch in Zuständen, wo jemand sprachlich nicht erreicht werden kann (etwa im Koma)
NONVERBALITÄT
• Nonverbale Herangehensweise. • Außerdem ergänzt sie die Sprachlastigkeit vieler anderer Psychotherapieverfahren um eine nonverbale Komponente.
EMOTIONEN
• Förderung und Unterstützung der Emotionsregulation • Musik scheint ebenfalls ein besonderes Potential zu haben die Emotionen von Menschen anzusprechen
EINZELNE AUSSAGEN
• Gemeinsames Musizieren ist außerdem eine besondere interpersonelle Interaktionsform, die in anderen Verfahren kaum zur Geltung kommt. • Musik als therapeutisches Medium umfasst einen ästhetischen Aspekt, der im Sinne der Menschenwürde eine Alternative zu üblichen Rationalen (z.B. Technisierung) der Krankenbehandlung und Krankenversorgung darstellt • Musik erweitert das Wirkspektrum der Psychotherapie in vielerlei Hinsicht (besondere neuronale Verarbeitung, besondere zwischenmenschliche Situation, besondere Anregung zur Imagination usw.).

8.2.7 Frage, was formal noch beachtet werden sollte

Alle Antworten auf die Frage, was formal noch beachtet werden muss, wurden einzeln in der Tabelle 26 aufgeführt.

Tabelle 26: Was formal noch beachtet werden muss

Was muss bei der Anerkennung von Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren formal noch beachtet werden?
EINZELNE AUSSAGEN
• Anlehnung an die Richtlinien vom BAG • Es ist unklar, ob Musiktherapie nicht einer kontrollierten Therapierichtung unter-/zugeordnet werden müsste • Klarere Konzeptualisierung der Theorieintegration aus Grundlagenforschung, Emotions- und Kognitionsforschung wie auch anderen psychotherapeutischen Verfahren. • Ausreichend qualitativ hochwertige Ausbilder • Ausbildungsplätze und Berufsgesellschaften.

DISKUSSION UND SCHLUSSBETRACHTUNG

In diesem Teil der Arbeit werden die Ergebnisse der Untersuchung noch einmal zusammenfassend betrachtet und in Bezug zum theoretischen Teil dieser Arbeit gesetzt. Basierend darauf werden Schlussfolgerungen gezogen und ein (möglicher) Blick in der Zukunft geworfen. Zudem soll die erfolgte Untersuchung kritisch betrachtet werden. Das Ganze wird dann mit einem Fazit abgerundet.

9 Bezugnahme zu Fragestellungen

Als Erinnerung werden die Forschungsfragen hier noch einmal aufgeführt. Die Forschungsfragen werden nachfolgend einzeln aufgegriffen und diskutiert. Es werden die Resultate vom Fragebogen für Personen mit Musik- und Psychotherapiequalifikation und dem Expert*innenfragebogen miteinbezogen.

Forschungsfrage 1:

Was sind die psychotherapeutischen Eigenschaften von Musiktherapie?

- 1.11 Was sind die psychotherapeutischen Eigenschaften von Musiktherapie?
- 1.2. Was sind die besonderen Stärken von Musiktherapie?

Forschungsfrage 2:

Was braucht es noch, damit Musiktherapie die Standards eines psychotherapeutischen Verfahrens erfüllt?

- 2.1. Was braucht es noch bezüglich grundlegender Theorien?
- 2.2. Was braucht es noch bezüglich Praxeologie?
- 2.3. Was braucht es noch bezüglich Forschung?
- 2.4. Welche curricularen Bausteine müssten in Musiktherapie-Studiengängen besonders gewichtet werden?

9.1 Psychotherapeutische Eigenschaften von Musiktherapie

Die Musiktherapie orientiert sich nach den teilnehmenden Personen an gängigen psychotherapeutischen Verfahren und wendet auch deren Methoden und Interventionen an. Die Zielsetzungen sind mit denjenigen in der Psychotherapie vergleichbar und die therapeutische Beziehung hat einen hohen Stellenwert. Die Ausbildungen orientieren sich oft an psychotherapeutischen Verfahren und beinhalten auch Lehrmusiktherapie. Mithilfe der Musik kann Einfluss auf innerpsychische Prozesse wie z.B. Emotionen genommen werden. Die Musiktherapie hat einen multisensorischen Anteil. Musik bzw. Nonverbales kann in Sprache übersetzt werden oder Sprache kann musikalisch umgesetzt werden. Nicht Aussprechbares kann mit der Musik erfahrbar gemacht werden. Mithilfe der Musik kann ein Zugang zu unbewussten Inhalten gefunden werden. Zudem gibt es in der Musiktherapie eine unmittelbare Erlebnisdimension.

Die Aussagen der Teilnehmenden beziehen sich, wenn man sich am «Tree of Science» von Petzold (2003) orientiert, auf die realexplikativen Theorien und die Praxeologie. Die genannten psychotherapeutischen Zielsetzungen sowie der Wirkfaktor Musik können dabei auf der realexplikativen und die therapeutische Beziehung und die spezifisch genannten Vorgehensweisen auf der praxeologischen Ebene eingeordnet werden. Auf der Metaebene konnten keine Kategorien gebildet werden. Wenn man die genannten Kategorien in das Modell von Hobmair (2018) einordnet, dann landet man mit der therapeutischen Beziehung und den spezifischen Vorgehensweisen auf der praxeologischen Ebene. Die psychotherapeutischen Zielsetzungen und der Wirkfaktor Musik können im Arbeitsmodell von Hobmair (ebd.) nicht konkret eingeordnet werden. Das Modell weist zwar eine Meta-Ebene auf, Hobmair hat diese Ebenen jedoch verwendet, um die Musiktherapie einordnen zu können. Eine realexplikative Ebene, wo die Zielsetzungen und der Wirkfaktor Musik eingeordnet werden könnten, gibt es nicht.

Fitzthum (2021) bemängelt, dass die Musiktherapie aufgrund des musikalischen Anteils nicht in den «Tree of Science» eingeordnet werden kann. Es gibt Hinweise, dass Musik ein spezifischer Wirkfaktor der Musiktherapie darstellt (siehe dazu Kapitel 3). Bei den Auswertungen konnten viele Aussagen der Teilnehmenden in eine Kategorie «Wirkfaktor Musik» eingeordnet werden. Wenn man die Wirkfaktoren im «Tree of Science» sucht, wird man auf der realexplikativen Ebene bei den allgemeinen Theorien fündig (Stumm, 2011). Ein möglicher Wirkfaktor Musik könnte demnach auf dieser Ebene eingeordnet werden. Allerdings würde es dem musikalischen Medium der Musiktherapie nicht komplett gerecht werden, wenn dieses allein auf einen einzelnen Aspekt des «Tree of Science» reduziert werden würde, da die Musik ein integraler Bestandteil der Musiktherapie darstellt. Wie bereits im Theorieteil geschrieben, ist es nicht nur die Musik als Therapie, die in der Musiktherapie wirkt, sondern die Auseinandersetzung mit ihr (Bruscia, 1998, zitiert nach Mössler, 2018; Tüpker, 2017).

9.2 Was es noch braucht, damit Musiktherapie die Standards eines psychotherapeutischen Verfahrens erfüllt

Die teilnehmenden Personen wurden gefragt, was es bezüglich grundlegender Theorien, Praxeologie, Forschung und curricularer Bausteine noch braucht, damit Musiktherapie die Standards eines psychotherapeutischen Verfahrens erfüllt.

9.2.1 Was es noch braucht bezüglich grundlegender Theorien

Bei der Frage nach den grundlegenden Theorien bezogen sich die Antworten der Teilnehmenden vor allem auf benötigte Forschung und Erforschung von Wirkfaktoren, dem Erwerb von mehr Grundlagenwissen und dem Formulieren einer eigenen, einheitlichen Theorie. Zudem wurden auch Verbesserungspunkte für die Ausbildung genannt, wie beispielsweise mehr klinische Erfahrung oder begleitete Fallanalysen.

Grundlagenkenntnisse sind ein wichtiger Bestandteil der realexplicativen Ebene des «Tree of Science» (Petzold, 2003). Dazu gehören allgemeine Theorien der Psychotherapie, Psychotherapieforschung, Persönlichkeitstheorie, Entwicklungstheorie, Psychopathologie, Theorie der Diagnostik und spezielle Theorien der Psychotherapie (Petzold, 2003, 2012; Stumm, 2011). Die Frage ist, ob Grundlagenwissen gelernt oder ein eigenes Grundlagenwissen entwickelt werden soll. Von einigen Teilnehmenden wurde eine eigene, einheitliche Theorie, u. a. auch basierend auf Musik, gefordert. Dies würde voraussetzen, dass theoretische Konzepte erstellt und empirisch überprüft werden müssten. Dabei stellt sich die Frage, ob man diese Theorien durch ein begründetes, eklektisches Vorgehen aufbauen oder komplett von Grund auf neu basierend auf Musik formulieren möchte. Der Vorteil der ersten Vorgehensweise ist, dass man sich an bereits bestehenden Theorien bedienen kann. Jedoch müsste man diese so anpassen, dass sie zum Medium Musik passen würden. Bei der zweiten Vorgehensweise könnte direkt eine Theorie basierend auf dem Medium Musik aufgebaut werden. Dies bräuchte jedoch nach Ansicht der Erstellerin dieser Arbeit mehr Forschungsaktivitäten, um diese zu überprüfen. Wenn man die Musiktherapielandschaft anschaut, trifft man auf viele unterschiedliche Musiktherapieschulen und -richtungen. Aus diesem Grund ist die Forderung nach einer eigenen, eigenständigen Theorie durchaus vernünftig, auch im Hinblick darauf, dass eine Einheitlichkeit dazu führen könnte, dass die Musiktherapie innerhalb der Psychotherapielandschaft durch einheitliche musiktherapeutische Begriffe eine bessere Anerkennung finden könnte (Hobmair, 2018). Hobmair (ebd.) hat dies mit dem Arbeitsmodell musiktherapeutischer Meta- und Behandlungsebenen versucht (siehe dazu Kapitel 3.2), indem sie die vorhandenen musiktherapeutischen Modelle zusammengefasst hat. Auf Meta-Ebene wurden jedoch keine klaren Aussagen bezüglich der grundlegenden Theorien getroffen, sondern eher eine Einordnung des Verfahrens Musiktherapie im Gesamtkonzept gemacht.

Bezüglich grundlegender Theorien wurde ebenfalls mehr Forschung (Evidenzbasierung, Wirkfaktoren) gefordert. Wie bereits im Theorieteil geschrieben (siehe dazu Kapitel 1) sind evidenzbasierte Forschung und Wissenschaftlichkeit wichtige Faktoren bei der Akkreditierung von Psychotherapie-Weiterbildungen in der Schweiz (Schulthess, 2019) und Effizienz wird zunehmend gefordert (Kriz, 2017). Dazu wird nachfolgend bei der Frage zur Forschung mehr geschrieben werden.

Obwohl die Musiktherapie-Ausbildung nicht direkt in den «Tree of Science» (Petzold, 2003) eingeordnet werden kann, konnte eine entsprechende Kategorie gebildet werden. Gefordert wurden vor allem praktische Erfahrungen. Das Thema Ausbildung wird ebenfalls noch genauer bei der entsprechenden Frage angeschaut werden.

9.2.2 Was es noch braucht bezüglich Praxeologie

Bezüglich Praxeologie wurden klar beschriebene Techniken und Vorgehensweisen, diagnostische Testungen und Fallführung gefordert. Zudem wurde auch hier der Punkt Forschung erwähnt und Einheitlichkeit verlangt. Praxiserfahrung und Selbstentwicklung scheinen ebenfalls

verbesserungswürdig zu sein. Diese sind zwar nicht direkt im «Tree of Science» vertreten. Durch das Sammeln von Erfahrungen wird man jedoch nach Ansicht der Autorin dieser Arbeit auch besser in der Praxis. Die Gründe für die Forderung nach mehr Forschung wurden bereits im vorherigen Kapitel erläutert und wird auch noch einmal Thema im nachfolgenden Kapitel sein. Wenn man die Antworten der Teilnehmenden mit dem «Tree of Science» (Petzold, 2003) vergleicht, wurden vor allem Aspekte genannt, die sich auf die klare und einheitliche Beschreibung von Vorgehensweisen und Methoden beziehen. Zudem wurde mehr Forschung gefordert. Weitere Punkte auf der praxeologischen Ebene wie Prozesstheorien, Theorien zu Lebenslagen, Settings oder spezifischen Klient*innensystemen oder Arbeitsfeldern wurden nicht genannt.

Eine klare Beschreibung von Vorgehensweisen in der Musiktherapie kann ein Vorteil sein, wenn es darum geht sich evidenzbasiert auszurichten und randomisierte, kontrollierte Studien durchzuführen (Wormit et al., 2020). Wie bereits früher erwähnt, ist die Evidenzbasiertheit und Wissenschaftlichkeit zunehmend wichtig, wenn es um die Akkreditierung von Psychotherapie-Weiterbildungen geht (Schulthess, 2019). Schumacher (2018) fordert ebenfalls genauere Beschreibungen von nachvollziehbaren Techniken, bezogen auf Krankheitsbilder und Symptome. Es genüge nicht, Psychotherapietechniken wie Halten, Stützen und Konfrontieren zu nennen. Diese seien lediglich psychologische Grundhaltungen und müssten mit musikalischen Mitteln ausgedrückt und fühl- und hörbar gemacht werden. Zudem äussert sie ebenfalls, es brauche eine indikationsspezifische und lehrbare Methodik, um die Wirkung von Musiktherapie evaluieren zu können. Für Hobmair (2018) liegt der Vorteil von klar beschriebenen Vorgehensweisen (eventuell in Richtung Manuale) darin, dass sie für andere Berufsgruppen leichter evaluier- und nachvollziehbar sind. Zudem könnte eine einheitlichere Sprache und demzufolge eine klarere Benennung musiktherapeutischer Begriffe zu mehr Anerkennung in der Psychotherapielandschaft führen. Mit dem Modell musiktherapeutischer Meta- und Behandlungsebenen hat sie dies bereits versucht. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Behandlung in der Musiktherapie (wie in der Psychotherapie) nicht immer nach einem vorgegebenen Programm erfolgen kann, da sie nach Kriz (2017) auf einer dynamischen Passung von eher allgemeine Prinzipien an die gegenwärtige Problem-Situation beruhe und in diese viele Aspekte hineinfließen würden.

Wenn man die Antworten der Teilnehmenden mit dem «Tree of Science» (Petzold, 2003) vergleicht, wurden vor allem Aspekte genannt, die sich auf die klare und einheitliche Beschreibung von Vorgehensweisen und Methoden beziehen. Zudem wurde mehr Forschung gefordert. Weitere Punkte auf der praxeologischen Ebene wie Prozesstheorien, Theorien zu Lebenslagen, Settings oder spezifischen Klient*innensystem oder Arbeitsfeldern wurden nicht genannt.

9.2.3 Was es noch braucht bezüglich Forschung

Die Erforschung von Wirkfaktoren und Evidenznachweise mit kontrollierten Studien scheinen einen hohen Stellenwert zu haben, da diese von den teilnehmenden Personen oft gefordert wurden. Forschung nach sogenannten wissenschaftlichen Standards hat in den letzten Jahren an

Bedeutung gewonnen (Kriz, 2017). Auch in der Musiktherapie gibt es seit ein paar Jahren mehr klinische Studien, Reviews und Metaanalysen und somit eine Tendenz in Richtung evidenzbasierte Medizin. Riedl und Kollegen (2020, S. 87f.) geben einen Überblick über verschiedene Übersichtsarbeiten der letzten Jahre. Die Wirksamkeitsforschung hat gesundheitspolitisch im Moment einen hohen Stellenwert (ebd.), weshalb diese Forschungsentwicklung nicht überrascht.

Weiter forderten die Teilnehmenden grössere Studien, indem z.B. viele Proband*innen miteinbezogen werden oder verschiedene Institutionen miteinander zusammenarbeiten. Riedl und Kollegen (ebd.) fordern ebenfalls, dass Kräfte gebündelt und Synergien genutzt werden. Wenn man die gegenwärtigen Trends in der Musiktherapieforschung betrachtet, sieht man bereits eine Tendenz zu kollaborativer Forschung (Gold & Stegemann, 2018).

Die Grundlagenforschung scheint einen höheren Stellenwert zu haben als die Anwendungsforschung, eventuell aus dem Grund, weil die Wirksamkeitsforschung (und somit die Grundlagenforschung) im Moment gesundheitspolitisch mehr gefordert werden (Riedl et al., 2020).

9.2.4 Was es noch braucht bezüglich curricularer Bausteine

Bezüglich Ausbildung braucht es mehr musiktherapeutische Methodik und Theorie. Ausserdem werden mehr theoretische Grundlagen in verwandten Fächern gefordert. Diese beinhalten vor allem die Psychotherapie und die Psychologie. Der Selbstentwicklung der angehenden Therapeut*innen wird ein hoher Stellenwert beigemessen. Dazu gehören die Selbsterfahrung, die Supervision und die praktische Ausbildung im Feld. Als Zulassungsbedingungen für eine Musik-Psychotherapie-Ausbildung werden ein (psychologischer) Studienabschluss gefordert. Auch die rechtlichen Grundlagen zur Ausübung von Psychotherapie sollen nicht fehlen.

Es stellt sich die Frage, weshalb die Selbstentwicklung der Therapeut*innen wiederholt gefordert wurde. Die musiktherapeutische Ausbildung im deutschsprachigen Raum ist oft an dem psychotherapeutischen Paradigma ausgerichtet (Smetana & Storz, 2020). Die Musiktherapie-Ausbildungen in der Schweiz erfüllen den Anspruch auf Integralität, der an psychotherapeutische Weiterbildungen gestellt wird. Sie verbinden Theorien, Selbsterfahrung, Praxis und Supervision. Als Aufnahmebedingung wird zudem ein Studium im sozialwissenschaftlichen und/oder musikalischen Bereich vorausgesetzt (Hegi-Portmann et al., 2006). Schmidt und Stegemann (2020) geben einen Überblick über die verschiedenen Ausbildungswege der Musiktherapie im deutschsprachigen Raum. Diese sind entweder staatlich anerkannt oder privatrechtlich organisiert.

In der Schweiz ist es wichtig, dass die Weiterbildungsinstitute für Psychotherapie gewisse Standards erfüllen, da die Weiterbildungen und nicht die dort gelehrt Psychotherapie-Richtung selbst akkreditiert werden. So kann rein theoretisch jede Psychotherapie-Richtung akkreditiert werden, wenn das entsprechende Weiterbildungs-Institut die Kriterien erfüllt.

10 Reflexion Untersuchungsdesign und Ergebnisse

Einige Punkte könnten verbessert werden. Für die Studienleiter*innen und die anderen Personen hätte je ein separater Fragebogen versendet werden sollen, da die Studienleiter*innen im Nachhinein nicht mehr von den anderen Personen unterschieden werden konnten.

Es stellt sich die Frage, ob der Fragebogen zu Beginn etwas genauer hätte beschrieben werden sollen oder die einzelnen Fragen etwas detaillierter formuliert hätten werden müssen. Viele Antworten auf Fragen hätten auch einer nachfolgenden Frage zugeordnet werden können. Dies könnte der Grund sein, weshalb bei einigen Antworten auf vorhergehende Antworten verwiesen worden ist. Bei der Diskussion der Ergebnisse wurden deshalb nicht nur die Antworten zu den entsprechenden Fragen miteinbezogen, sondern auch andere Aussagen, die dazu passten. Einige Male wurde geäußert, dass die Frage nicht verstanden wird oder nicht klar sei, worauf sich bezogen werden soll. Es wurde im Fragebogen nicht erwähnt, dass sich die Fragen zum Teil auf den «Tree of Science» (Petzold, 2003, 2012) beziehen. Es wäre unter Umständen hilfreicher gewesen, wenn zu Beginn des Fragebogens auf die Akkreditierungskriterien eingegangen worden wäre. Weiter wurden im Fragebogen zum Teil keine geläufigen Kriterien erfragt, wodurch der zur Beantwortung der Fragen herbeigezogene Bezugsrahmen wahrscheinlich unterschiedlich war. Dies könnte z.B. auf die Frage zur Ausbildung zutreffen.

Obwohl ausschliesslich Personen angefragt wurden, die eine Psychotherapie- oder Heilpraktiker/Psychotherapie- Anerkennung hatten, beantworteten viele Personen die Frage nach der Psychotherapie-Anerkennung mit Nein. Eventuell gibt es da eine Unschärfe bezüglich des Begriffs Psychotherapie-Anerkennung.

Allenfalls wäre ein Vergleich der Personen mit Wohnsitz in den unterschiedlichen Ländern spannend gewesen, da die Musiktherapie und Psychotherapie in der Schweiz, Österreich und Deutschland jeweils unterschiedlich im Gesundheitssystem verankert sind und dies die Beantwortung der Fragen beeinflusst haben könnte. Zudem wäre eine separate Betrachtung der Personen mit Wohnsitz in der Schweiz unter Umständen sinnvoll gewesen, da diese Arbeit aufgrund einer Nichtakkreditierung der Musikpsychotherapie-Weiterbildung in der Schweiz geschrieben wurde.

Bei der Auswertung der Antworten wurde keine Triangulierung mit externen Rater*innen vorgenommen. Dies wäre hinsichtlich der Objektivität der Forschungsergebnisse hilfreich gewesen.

11 Zusammenfassung und Ausblick

In diesem abschliessenden Kapitel wird versucht, die Beantwortung der beiden Forschungsfragen dieser Arbeit auf den Punkt zu bringen sowie einen Blick in der Zukunft zu werfen.

Was sind die psychotherapeutischen Eigenschaften und Stärken der Musiktherapie?

Die Musiktherapie hat psychotherapeutische Eigenschaften und besondere Stärken. Die Musiktherapie setzt psychotherapeutische Methoden aus verschiedenen psychotherapeutischen

Grundorientierungen ein und arbeitet mit psychotherapeutischen Zielen. Es wird ein hoher Wert auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung gelegt. In der Kontaktaufnahme und Kommunikation hat die Musiktherapie besondere Stärken durch das Medium Musik, mithilfe dessen non-verbal kommuniziert werden kann. Die Musik ist zudem ein spezifischer Wirkfaktor der Musiktherapie. Sie ermöglicht den Zugang zu Unbewusstem, die Formulierung von Unaussprechlichem in Worte und beeinflusst innerpsychische Prozesse, besonders Emotionen. Nicht ausser Acht gelassen werden darf dabei der ästhetische Charakter der Musiktherapie, der einen identitätsstiftenden und kompetenzgewinnenden Charakter für die Klient*innen hat.

Was braucht es noch, damit die Musiktherapie die Standards eines psychotherapeutischen Verfahrens erfüllt?

Um die Standards eines psychotherapeutischen Verfahrens zu erfüllen, braucht die Musiktherapie eine eigenständige und einheitliche Theorie, die auf Musik beruht. Die Therapiemethoden müssen genauer dargestellt und formuliert werden, auch auf Bezug von Diagnosen. Forschungstechnisch werden multidisziplinäre Ansätze und die Zusammenarbeit von verschiedenen Organisationen gefordert. Der Grundlagenforschung scheint dabei mehr Gewichtung als der Anwendungsforschung beigemessen zu werden. Besonders Evidenznachweise sowie die Erforschung der Wirkfaktoren haben einen grossen Stellenwert. In der Ausbildung braucht es vor allem musiktherapeutische Methodik und Theorie und mehr Grundlagen aus verwandten Fächern. Ein hoher Stellenwert hat die Selbstentwicklung der Auszubildenden mit Selbsterfahrung, Supervision und Praktika.

Ausblick

Für die Zukunft scheint sich die Frage zu stellen, ob sich die Musiktherapie stärker auf psychotherapeutische Grundorientierungen beziehen oder einen eigenen Weg einschlagen soll. Klar ist, dass die Musiktherapie eine eigene und einheitliche Theoriebildung benötigt (Frohne-Hagemann, 1990; Hobmair, 2018), auch weil sie aufgrund der musikalischen Anteile nicht in gängige psychotherapeutische Strukturen eingeordnet werden kann (Fitzthum, 2021). Das Modell der musikalischen Meta- und Behandlungsebenen von Hobmair (2018) und die Formulierung einer gemeinsamen Sprache in der Musiktherapie ist hier bestimmt ein Schritt in die richtige Richtung.

Die Erforschung vor allem der spezifischen Wirkfaktoren der Musiktherapie muss in Zukunft noch mehr angestrebt werden (Riedl et al., 2020), auch weil diese eben, wie oben erwähnt, nicht in gängige Strukturen der Psychotherapie eingeordnet werden können (Fitzthum, 2021). Zudem hat die Erforschung der Wirkfaktoren in der Musiktherapie noch nicht, wie diejenige der Psychotherapie, alle drei Phasen durchlaufen (Koch & Martin, 2017).

Die Kriterien in der Psychotherapie-Forschung gehen im Moment stark in Richtung Wissenschaftlichkeit und Evidenzbasiertheit (Kriz, 2019; Schulthess, 2019), obwohl dies nicht von allen begrüsst wird (Schulthess et al., 2016). Da dies jedoch sowohl in der Akkreditierungsverordnung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe (2013) als auch in der Krankenpflege-

Leistungsverordnung (1995) verankert ist, bleibt der Musiktherapie wahrscheinlich keine Wahl, sich danach zu richten, wenn sie als psychotherapeutisches Verfahren akkreditiert werden möchte.

Allenfalls ist ein Mittelweg in Zukunft sinnvoll, indem die Musiktherapie sowohl eine eigene Sprache findet und das Spezifische betont (Hobmair, 2018), als auch eine Theoriebildung anstrebt, die auf musiktherapeutischen und psychotherapeutischen Prinzipien beruht (Timmermann, 2004).

Persönliches Fazit

Für mich war es die richtige Entscheidung, den MAS in Klinische Musiktherapie an der ZHdK zu absolvieren. Auch wenn ich als Psychotherapeutin im Gesundheitswesen der Schweiz allenfalls besser dagestanden wäre, ist für mich die Musik ausschlaggebend, um mit Menschen therapeutisch zu arbeiten.

Ich frage mich, wie es mit der Musik-Psychotherapie weitergehen könnte und möchte an dieser Stelle deshalb ein kurzes, hypothetisches Brainstorming betreiben. (1) Die verschiedenen musiktherapeutischen Richtungen könnten sich auf eine gemeinsame Sprache einigen. (2) Dies wäre u.a. hilfreich für die Erstellung eines «Tree of Science», der das Medium Musik beinhaltet. Dazu gibt es meiner Ansicht nach zwei Möglichkeiten. Entweder wird eine eigene Theorie formuliert, die auf Musik basiert oder bereits bestehende Theorien werden musiktherapeutisch integriert. (3) Es könnte angestrebt werden, die Musiktherapie auf die gleiche Stufe wie Psychotherapie zu stellen, ohne sich als Psychotherapie etablieren zu müssen, weil sich mir die Frage stellt, weshalb die Musiktherapie für sich allein nicht «gut genug» ist.

Das Schreiben dieser Arbeit hat mich auf jeden Fall weiter darin bestärkt, dass die Musiktherapie psychotherapeutische Eigenschaften aufweist und mit der Musik ein Medium besitzt, das gezielt eingesetzt werden kann, um das Verhalten und Erleben zu beeinflussen. Leider hat die Musiktherapie meiner Meinung nach (noch) nicht die Anerkennung, die sie verdient.

LITERATURVERZEICHNIS

- AkkredV-PsyG. (2013). *Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe vom 25. 11. 2013*. Stand: 15. 12. 2020 (935.811.1.).
- Andersen, T. (2011). *Das reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge* (5. Aufl.). Modernes Lernen.
- Angus, L., Watson, J. C., Elliott, R., Schneider, K., & Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*, 25, 330–347. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.989290>
- Assoziation Schweizer Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. (2016). «Charta-Text». *Psychotherapie. Ansprüche, Herausforderungen und Voraussetzungen ihrer Qualitätssicherung und Weiterentwicklung* (Assoziation Schweizer Psychotherapeuten (ASP) (Hrsg.)).
- Assoziation Schweizer Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen (ASP). (o. J.). *Der Psychotherapieberuf. Was ist Psychotherapie?* Abgerufen 31. Januar 2023, von <http://asp-online.ch/wsp/de/berufspolitik-und-berufsentwicklung/der-psychotherapieberuf/>
- Bader, K. (2014). Die Akzeptanz- und Commitment-Therapie. Lernen, das zu tun, was das Leben reich macht. *Psychiatrie & Neurologie*, 14, 3–5.
- Baker, F. A. (2020). Methoden III: Therapeutisches Songwriting. In H. U. Schmidt, T. Stegemann, & C. Spitzer (Hrsg.), *Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen* (S. 43–48). Elsevier.
- Barber, J. P., Muran, C., McCarthy, K. S., Keefe, J. R., & Zilcha-Mano, S. (2021). Research on dynamic therapies. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Hrsg.), *Bergin's and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 50th anniversary edition* (S. 387–420). Wiley.
- Bauer, M. (2021). Psychodynamische Musiktherapie. In H.-H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (3. Aufl., S. 508–513). Hogrefe.
- Baumann, U., & Perrez, M. (2005). Grundbegriffe-Einleitung. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie-Psychotherapie* (3. Aufl., S. 31–51). Huber.
- Benetka, G. (2017). *Die Psychoanalyse der Schüler um Freud*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-94325-1>
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2012a). Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen, & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie* (2. Aufl., S. 67–86). Springer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2012b). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen, & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie* (2. Aufl., S. 87–104). Springer.
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining Music Therapy* (3. Aufl.). Barcelona Publishers.
- Buber, M. (1999). *Ich und Du* (17. Aufl.). Gütersloher Verlagshaus.
- Buchheim, A., & Buchheim, P. (2020). Psychodynamische Psychotherapie. Anwendungsprinzipien und Verfahrensformen. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (3. Aufl., S. 409–426). Springer.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2021). *Gesetzgebung Psychologieberufe*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung/gesetzgebung-berufe-im-gesundheitswesen/gesetzgebung-psychologieberufe.html>
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2023). *Liste der akkreditierten Weiterbildungsgänge*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/akkreditierung->

gesundheitsberufe/akkreditierung-vonweiterbildungsgaengen-im-bereich-psychologieberufe/liste-akkredit-weiterbildung.html#accordion1660821665317

- Burzlauff, P., Carbon, C.-C., & Metzner, S. (2023). Potenziale von Mixed-Methods für die musiktherapeutische Forschung. *Musiktherapeutische Umschau*, 44, 5–16.
- Caby, A., & Caby, F. (2014). Systeme visualisieren. Das Familienbrett und andere kreative Darstellungen. In T. Levold & M. Wirsching (Hrsg.), *Systemische Therapie und Beratung. Das grosse Lehrbuch* (S. 241–246). Carl-Auer.
- Caby, F. (2014). Reflektierendes Team. In T. Levold & M. Wirsching (Hrsg.), *Systemische Therapie und Beratung. Das grosse Lehrbuch* (S. 250–255). Carl-Auer.
- Caspar, F., Herpertz, S. C., & Lieb, K. (2017). Was ist Psychotherapie? In S. Herpertz, F. Caspar, & K. Lieb (Hrsg.), *Psychotherapie. Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen* (S. 27–45). Elsevier.
- Claringbull, N. (2010). *What is counselling and psychotherapy*. Learning Matters.
- Corey, G. (2013). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (9. Aufl.). Cengage Learning.
- Datler, W., & Stephenson, T. (1999). Tiefenpsychologische Ansätze in der Psychotherapie. In T. Slunecko & G. Sonneck (Hrsg.), *Einführung in die Psychotherapie*. Facultas.
- de Jong-Meyer, R. (2018). Kognitive Verfahren nach Beck. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie* (4. Aufl., S. 499–413). Springer.
- DeRubeis, R. J., Webb, C. A., Tang, T. Z., & Beck, A. T. (2010). Cognitive Therapy. In K. S. Dobson (Hrsg.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (S. 277–316). The Guilford Press.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2010). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (Hrsg.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (S. 3–38). The Guildford Press.
- Dryden, W., David, D., & Ellis, A. (2010). Rational Emotive Behavior Therapy. In K. S. Dobson (Hrsg.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3. Aufl., S. 226–276). The Guilford Press.
- Eberwein, W. (2009). *Humanistische Psychotherapie. Quellen, Theorien und Techniken*. Thieme.
- Ellis, A., & Dryden, W. (2007). The practice of rational emotive behavior therapy. In *Getting Started with REBT* (2. Aufl.). Springer.
- Eschen, J. T. (2002). Analytical music therapy. Introduction. In J. T. Eschen (Hrsg.), *Analytical music therapy* (S. 17–33). Jessica Kingsley Publishers.
- Fitzthum, E. (2021). Psychotherapie und Musiktherapie. Gemeinsame und unterschiedliche Ordnungssysteme. In T. Stegemann & E. Fitzthum (Hrsg.), *Kurzlehrbuch Musiktherapie Teil II. Wiener Ringvorlesung Musiktherapie - Grundlagen und Anwendungsfelder* (S. 21–40). Praesens.
- Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP). (o. J.). *Psychotherapie*. Abgerufen 31. Januar 2023, von <https://www.psychologie.ch/psychologen-finden/was-brauche-ich/psychotherapie>
- Frey, K., & Widmer, T. (2022). *Neuregelung der psychologischen Psychotherapie: Wirkungsmodell und Schlüsselindikatoren*. KEK-OCD und Institut für Politikwissenschaft der Universität Zürich.
- Frohne-Hagemann, I. (1990). Integrative Musiktherapie und ihr psychotherapeutisches Selbstverständnis. *Musiktherapeutische Umschau*, 11, 296–312.
- Frohne-Hagemann, I. (1999). Integrative Musiktherapie als psychotherapeutische, klinische und persönlichkeitsbildende Methode. In I. Frohne-Hagemann (Hrsg.), *Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie* (2. Aufl., S. 101–123). Vandenhoeck und Ruprecht.

- Frohne-Hagemann, I. (2001). Musiktherapie vor dem Hintergrund integrativer Theorie und Therapie. In H.-H. Decker-Voigt (Hrsg.), *Schulen der Musiktherapie* (S. 159–182). Ernst Reinhardt Verlag.
- Frohne-Hagemann, I. (2020). Methoden IV: Rezeptive Musiktherapie. In H. U. Schmidt, T. Stegemann, & C. Spitzer (Hrsg.), *Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen* (S. 48–52). Elsevier.
- Frohne-Hagemann, I. (2021a). GIM. Guided Imagery and Music. In H.-H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (3. vollst., S. 223–228). Hogrefe.
- Frohne-Hagemann, I. (2021b). Rezeptive Musiktherapie. In H.-H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon der Musiktherapie* (3. Aufl., S. 532–537). Hogrefe.
- Fydrich, T., & Schneider, W. (2007). Evidenzbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52, 55–68. <https://doi.org/10.1007/s00278-006-0522-x>
- Gaab, J., Ziem, M., & Flückiger, C. (2020). Humanistische und experientielle Psychotherapieverfahren. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (3. Aufl., S. 443–458). Springer.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2009). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)*. Stand: 20. 11. 2020.
- GNU PSPP (1.6.2.). (2022). GNU Project.
- Gold, C., & Stegemann, T. (2018). Musiktherapeutische Forschung. Methoden und aktuelle Entwicklungen. In T. Stegemann & E. Fitzthum (Hrsg.), *Kurzlehrbuch Musiktherapie Teil I. Wiener Ringvorlesung Musiktherapie - Grundlagen und Anwendungsfelder* (2. Aufl., S. 121–144). Praesens.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Hogrefe.
- Gustorff, D. (2001). Schöpferische Musiktherapie (nach Nordoff/Robbins). In H.-H. Decker-Voigt (Hrsg.), *Schulen der Musiktherapie* (S. 208–241). Ernst Reinhardt Verlag.
- Hannich, H.-J. (2018). *Individualpsychologie nach Alfred Adler*. Kohlhammer.
- Hänsel, M. (2009). Inventar systemisch-musiktherapeutischer Interventionen. In A. Zeuch, M. Hänsel, & H. Jungaberle (Hrsg.), *Systemische Konzepte für die Musiktherapie. Spielend lösen*. Carl-Auer.
- Hartmann-Kotteck-Schroeder, L. (1983). Gestalttherapie. In J. Raymond Corsini (Hrsg.), *Handbuch der Psychotherapie* (S. 281–320). Beltz-Verlag.
- Hartmann-Kotteck, L. (2012). *Gestalttherapie* (3. Aufl.). Springer.
- Hayes, S. C. (2004a). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639–665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C. (2004b). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. Mindfulness, acceptance and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Hrsg.), *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition*. The Guildford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hegi-Portmann, F., Lutz Hochreutener, S., & Rüdisüli-Voerkel, M. (2006). *Musiktherapie als Wissenschaft. Grundlagen, Praxis, Forschung und Ausbildung*.
- Hegi, F. (1998). *Übergänge zwischen Sprache und Musik. Die Wirkungskomponenten der Musiktherapie*. Junfermann.
- Hegi, F. (2001). Gestalt-Musiktherapie. In H.-H. Decker-Voigt (Hrsg.), *Schulen der Musiktherapie* (S. 125–158). Ernst Reinhardt Verlag.
- Hegi, F. (2010). *Improvisation und Musiktherapie. Möglichkeiten und Wirkung von freier Musik*.

Reichert.

- Heidenreich, T., & Michalak, J. (2018). Achtsamkeit. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie* (4. Aufl., S. 455–464). Springer.
- Heidenreich, T., Michalak, J., & Eifert, G. (2007). Balance von Veränderung und achtsamer Akzeptanz. Die dritte Welle der Verhaltenstherapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 57, 475–486. <https://doi.org/10.1055/s-2007-986290>
- Helle, M. (2013). Die Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 44, 144–150. https://www.gwg-ev.org/fileadmin/user_upload/Verlag___Shop/GwG-Verlag/ZS_3-13/GPB_3-2013_Helle.pdf
- Helle, M. (2019). *Psychotherapie*. Springer.
- Herzog, W. (1982). Die wissenschaftstheoretische Problematik der Integration psychotherapeutischer Methoden. In H. G. Petzold (Hrsg.), *Methodenintegration in der Psychotherapie* (S. 9–29). Junfermann.
- Hillecke, T. K., & Wilker, F.-W. (2007). Ein heuristisches Wirkfaktorenmodell der Musiktherapie. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 28(1), 62–85.
- Hobmair, E. (2018). *Explorative Untersuchung eines Modells musiktherapeutischer Meta- und Behandlungsebenen sowie Erarbeitung einer systematischen und einheitlichen Nomenklatur der einzelnen Meta- und Behandlungsebenen innerhalb der Musiktherapie*. Universität für Musik und darstellende Kunst Wien.
- Hoffmann, P. (2021). *Nordoff/Robbins Musiktherapie (Schöpferische Musiktherapie)* (H.-H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.); 3. Aufl., S. 455–458). Hogrefe.
- Höger, D. (2012a). Die Entwicklung des Klientenzentrierten Konzepts. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen, & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie* (2. Aufl., S. 15–34). Springer.
- Höger, D. (2012b). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen, & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie* (2. Aufl., S. 35–66). Springer.
- Höger, D. (2012c). Klientenzentrierte Therapietheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen, & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie* (2. Aufl., S. 105–128). Springer.
- Hoyer, J., & Knappe, S. (2020). Verhaltenstherapie. In S. Knappe & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (3. Aufl., S. 397–407). Springer.
- Hoyer, J., Knappe, S., & Wittchen, H.-U. (2020). Klinisch-psychologische und psychotherapeutische Verfahren. Ein Überblick. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (3. Aufl., S. 377–395). Springer.
- Jacobi, F. (2020). Entwicklung und Beurteilung therapeutischer Interventionen. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (3. Aufl., S. 471–504). Springer.
- Jacobson, E. (1978). *You must relax* (5. Aufl.). McGraw-Hill.
- Jung, C. G. (1912). *Wandlungen und Symbole der Libido*. Franz Deuticke.
- Jung, C. G. (1921). *Psychologische Typen*. Rascher & Cie.
- Junge-Hoffmeister, J., & Pittig, A. (2020). Operante Methoden. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 599–616). Springer.
- Kast, V. (2014). *Die Tiefenpsychologie nach C. G. Jung. Eine praktische Orientierungshilfe*. Patmos.
- Kellermann, I., & Roedel, B. (2014). Genogrammarbeit. In T. Levold & M. Wirsching (Hrsg.), *Systemische Therapie und Beratung. Das grosse Lehrbuch2* (S. 227–233). Carl-Auer.
- Kersten, A. (2019). *Musikinterventionen und Demenz. Wirkung und Einfluss im Setting Pflegeheim*. Springer.

- Kleve, H. (2014). Arbeit mit Skulpturen und Aufstellungen. In T. Levold & M. Wirsching (Hrsg.), *Systemische Therapie und Beratung. Das grosse Lehrbuch* (S. 234–240). Carl-Auer.
- KLV. (1995). *Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 10. 09. 1995*. Stand: 01. 08. 2022 (832.112.31).
- Koch, S. C., & Martin, L. (2017). Verkörperte Ästhetik : Ein identitätsstiftender Wirkfaktor der Künstlerischen Therapien? In R. Tüpker & H. Gruber (Hrsg.), *Spezifisches und Unspezifisches in den Künstlerischen Therapien* (S. 81–106). HPB.
- Kotthoff, H. (2020). Gender-Sternchen, Binnen-I oder generisches Maskulinum, ... (Akademische) Textstile der Personenreferenz als Registrierungen?*. *Linguistik Online*, 103(3), 105–127. <https://doi.org/10.13092/lo.103.7181>
- Kriz, J. (2007). *Grundkonzepte der Psychotherapie* (6. Aufl.) [Book]. Beltz.
- Kriz, J. (2014). Wie evident ist die Evidenzbasierung? Über ein gutes Konzept - und seine missbräuchliche Verwendung. In S. Sulz (Hrsg.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (S. 154–185). CIP-Medien.
- Kriz, J. (2017). Methodische Probleme bei der Vermessung der Wirksamkeit von Künstlerischen Therapien. In R. Tüpker & H. Gruber (Hrsg.), *Spezifisches und Unspezifisches in den Künstlerischen Therapien* (S. 55–80). HPB.
- Kriz, J. (2019). «Evidenzbasierung» als Kriterium der Psychotherapie-Selektion? *Psychotherapie-Wissenschaft*, 9(2), 42–50. <https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-42>
- KVV (1995). *Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. 06. 1995*. Stand: 01. 01. 2023 (832.1012)
- Lass-Hennemann, J., Tuschen-Caffier, B., & Michael, T. (2018). Expositionsverfahren. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie* (4. Aufl., S. 411–424). Springer.
- Leucht, S., & Förstl, H. (2018). *Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Aufl.). Thieme.
- Levold, T. (2014a). Die Systemtheorie Niklas Luhmanns. In T. Levold & M. Wisching (Hrsg.), *Systemische Therapie und Beratung. Das grosse Lehrbuch* (S. 64–67). Carl-Auer.
- Levold, T. (2014b). Kommunikation und Beobachtung. Die Kybernetik 2. Ordnung. In T. Levold & M. Wirsching (Hrsg.), *Systemische Therapie und Beratung. Das grosse Lehrbuch* (S. 53–58). Carl-Auer.
- Levold, T. (2014c). Von Bertalanffys Allgemeine Systemtheorie. In T. Levold & M. Wirsching (Hrsg.), *Systemische Therapie und Beratung. Das grosse Lehrbuch*. Carl-Auer.
- Levold, T. (2014d). Zirkularität und Feedback. Kybernetisches Denken. In T. Levold & M. Wirsching (Hrsg.), *Systemische Therapie und Beratung. Das grosse Lehrbuch* (S. 50–53). Carl-Auer.
- Levold, T., & Wirsching, M. (Hrsg.). (2014). *Systemische Therapie und Beratung. Das grosse Lehrbuch*. Carl-Auer.
- LimeSurvey (5.2.). (2003). LimeSurvey GmbH. www.umfragen.zhdk.ch
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Ludewig, K. (2014). Theorie autopoietischer Systeme. Humberto Maturana. In T. Levold & M. Wirsching (Hrsg.), *Systemische Therapie und Beratung. Das grosse Lehrbuch* (S. 61–64). Carl-Auer.
- Lutz Hochreutener, S. (2009). *Spiel - Musik - Therapie Methoden der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen* [Book]. Hogrefe.
- Lutz Hochreutener, S. (2020). Geschichte der Musiktherapie in der Schweiz. In H.-H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (S. 217–222). Hogrefe.

- Lutz Hochreutener, S. (2021). Praxeologie. In H.-H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (3. Aufl., S. 498–504). Hogrefe.
- Mackenthun, G. (2013). *Einführung in die Tiefenpsychologie* (2. Aufl.). Psychosozial-Verlag.
- Madsen, C. K. (2001). A behavioral approach to music therapy. *Cuadernos Interamericanos de Investigacion en Educacion Musical*, 1(2), 15–23.
- Maercker, A., & Machmutow, K. (2018). Operante Verfahren. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie* (4. Auflage, S. 569–578). Springer.
- Maercker, A., & Weike, A. (2018). Systematische Desensibilisierung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie* (4. Aufl., S. 403–410). Springer.
- Maragkos, M. (2017). *Gestalttherapie*. Kohlhammer.
- Margraf, J. (2018). Hintergründe und Entwicklung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie* (4. Aufl., S. 4–35). Springer.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Beltz.
- Mayring, P., & Fenzl, T. (2017). *QCAmap. Eine interaktive Webapplikation für Qualitative Inhaltsanalyse*. <https://www.qcmap.org/ui/de/home>
- Meichenbaum, D. (1972). Cognitive modification of test anxious college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 370–380.
- Meichenbaum, D. (1991). *Intervention bei Stress. Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings*. Huber.
- Mertens, W. (1997). *Psychoanalyse. Geschichte und Methoden*. Verlag C.H.Beck.
- Metzner, S. (2001). Psychoanalytische Musiktherapie. In H.-H. Decker-Voigt (Hrsg.), *Schulen der Musiktherapie* (S. 33–54). Ernst Reinhardt Verlag.
- Metzner, S. (2018). Wert und Funktion einer Ästhetiktheorie für die improvisatorische Musiktherapie. In T. Stegemann & E. Fitzthum (Hrsg.), *Kurzlehrbuch Musiktherapie Teil I. Wiener Ringvorlesung Musiktherapie - Grundlagen und Anwendungsfelder* (2. Aufl., S. 93–104). Praesens.
- Michael, T., Lass-Hennemann, J., & Ehlers, A. (2018). Lernpsychologische Grundlagen der kognitiven Verhaltenstherapie. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie* (S. 85–96). Springer.
- Moser, J. (2021). Integrative Musiktherapie. In H.-H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (3. Aufl., S. 277–281). Hogrefe.
- Moss, D. (2015). The roots and genealogy of humanistic psychology. In K. J. Schneider, J. Fraser Pierson, & J. F. T. Bugental (Hrsg.), *The handbook of humanistic psychology. Theory, research and practice* (2. Aufl., S. 3–18). Sage.
- Mössler, K. (2018). Spezifische und unspezifische Faktoren in der Musiktherapie. In T. Stegemann & E. Fitzthum (Hrsg.), *Kurzlehrbuch Musiktherapie Teil I. Wiener Ringvorlesung Musiktherapie - Grundlagen und Anwendungsfelder* (2. Aufl., S. 105–119).
- Nitzschke, B. (Hrsg.). (2011). *Die Psychoanalyse Sigmund Freuds. Konzepte und Begriffe*. VS Verlag.
- Nordoff, P., & Robbins, C. (1986). *Schöpferische Musiktherapie*. Gustav Fischer.
- Oberegelsbacher, D., & Timmermann, T. (2012). Forschungsstand Musiktherapie. In H.-H. Decker-Voigt, D. Oberegelsbacher, & T. Timmermann (Hrsg.), *Lehrbuch Musiktherapie* (2. Aufl., S. 27–38). Reinhardt.
- OdA Artecure. (2019a). *OdA ARTECURA in Kürze*.

- OdA Artecure. (2019b). *Prüfungsordnung über die Höhere Fachprüfung für Kunsttherapeutinnen/Kunsttherapeuten*.
- OdA Artecure. (2019c). *Reglement für Modulanbieter*.
- OdA Artecure. (2021). *Ethikrichtlinien für Mitglieder der OdA ARTECURE*.
- OdA Artecure. (2023). *Wegleitung zur Prüfungsordnung über die höhere Fachprüfung Kunsttherapeutinnen/Kunsttherapeuten*.
- Oplatka, B. (2020). *Kontakt-Beziehung-Begegnung mit Musik. Über die Bedeutung der Musik für die therapeutische Beziehung* [Zürcher Hochschule der Künste]. <https://www.emuseum.ch/objects/234525/kontakt--begegnung--beziehung-mit-musik?ctx=0a029e75-807e-4133-a315-22cf945a569e&idx=6>
- Perrez, M., & Baumann, U. (2005). Psychotherapie. Systematik und methodenübergreifende Faktoren. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie-Psychotherapie* (3. Aufl., S. 430–455). Huber.
- Petzold, H. G. (2003). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd. 1. Klinische Philosophie* (2. Aufl.). Junfermann.
- Petzold, H. G. (2012). Grundorientierungen, Verfahren, Methoden. Berufspolitische, konzeptuelle und praxeologische Anmerkungen zu Strukturfragen des psychotherapeutischen Feldes und psychotherapeutischer Verfahren aus integrierter Perspektive. *POLYLOGE*, 12(5).
- Petzold, H. G. (2015). Integrative Therapie aktuell 2000–2015. Transversale und mundane Hominität. Den Menschen „von der Welt und der Natur her“ denken. Klinische Kompetenz & soziales Engagement, ökologischer Naturbezug & kritische Kulturarbeit. *POLYLOGE*, 15, 1–30.
- Priestley, M. (1982). *Musiktherapeutische Erfahrungen. Grundlagen und Praxis*. Bärenreiter-Verlag.
- PsyG. (2011). *Bundesgesetz über die Psychologieberufe vom 18. 03. 2011*. Stand: 01. 01. 2018 (SR 935.81).
- Riedl, H., Schmidt, H. U., Smetane, M., & Stegemann, T. (2020). Überblick zur Forschungslage in der Musiktherapie. In H. U. Schmidt, T. Stegemann, & C. Spitzer (Hrsg.), *Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen* (S. 81–90). Elsevier.
- Rinck, M., & Becker, E. S. (2020). Lernpsychologische Grundlagen. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (3. Aufl., S. 113–136). Springer.
- Robins, C. J., Schmidt III, H., & Linehan, M. M. (2004). Dialectical behavior therapy. Synthesizing radical acceptance with skillful means. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Hrsg.), *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition* (S. 30–44). The Guilford Press.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (2007). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Psychotherapy*, 44(3), 240–248. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.3.240>
- Roth, W. (2003). *Einführung in die Psychologie C. G. Jungs*. Patmos.
- Rothaus, W. (2014). Ethik und Recht. In T. Levold & M. Wirsching (Hrsg.), *Systemische Therapie und Beratung. Das grosse Lehrbuch* (S. 497–509). Carl-Auer.
- Rowan, J. (2016). The reality game. A guide to humanistic counselling and psychotherapy. In *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents* (3. Aufl.). Routledge.
- Schiepek, G., & Schweitzer-Rothers, J. (2020). Systemische Psychotherapie und Beratung. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (3. Aufl., S. 427–442). Springer.
- Schmidt, H. U., & Stegemann, T. (2020). Ausbildungswege der Musiktherapie. In H. U. Schmidt, T. Stegemann, & C. Spitzer (Hrsg.), *Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen* (S. 68–74). Elsevier.

- Schroeder, F. (2017). *Wirkfaktoren in der Musiktherapie und der Einfluss externer Variablen auf das Erleben der Therapie*. Universitätsklinikum Ulm.
- Schulthess, P. (2019). Kriterien der Wissenschaftlichkeit. *à jour! Psychotherapie-Berufsentwicklung*, 5(1), 23–27. <https://doi.org/10.30820/2504-5199-2019-1-23>
- Schulthess, P., Gründwald, H., & Tschuschke, V. (2016). Wie kam es zur Zusammenarbeit der Charta mit zwei verschiedenen Hochschulen in der PAP-S-Studie? Das wissenschaftliche Interesse an einer naturalistischen Praxisstudie. In A. von Wyl, V. Tschuschke, A. Crameri, M. Koemeda-Lutz, & P. Schulthess (Hrsg.), *Was wirkt in der Psychotherapie? Ergebnisse der Praxisstudie ambulante Psychotherapie zu 10 unterschiedlichen Verfahren* (S. 23–30). Psychosozial-Verlag.
- Schumacher, K. (2018). Zur Geschichte der Musiktherapie (1968-2018). In T. Stegemann & E. Fitzthum (Hrsg.), *Kurzlehrbuch Musiktherapie Teil I. Wiener Ringvorlesung Musiktherapie - Grundlagen und Anwendungsfelder* (2. Aufl., S. 17–38). Praesens.
- Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP). (o. J.). *Das Psychologieberufegesetz*. Abgerufen 2. September 2023, von <https://psychotherapie.ch/wsp/de/berufspolitik-und-berufsentwicklung/das-psychologieberufegesetz-psyg/>
- Schweizerische Stiftung für Komplementärmedizin (ASCA). (o. J.). *Kantonale Rechtsvorschriften*. Abgerufen 2. September 2023, von https://asca.ch/DC.aspx?content=legislation_start
- Schweizerischer Fachverband für Musiktherapie (SFMT/ASMT). (o. J.). *Kostenübernahme durch Krankenkassen*. Abgerufen 2. September 2023, von <https://musictherapy.ch/de/service/kostenuebernahme-durch-krankenkassen>
- Schweizerischer Fachverband für Musiktherapie SFMT/ASMT. (o. J.). *Was ist Musiktherapie?* Abgerufen 4. Februar 2023, von <https://musictherapy.ch/de/musiktherapie/was-ist-musiktherapie>
- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF). (2022). *Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie*.
- Schwing, R. (2014a). Auftragsklärung. In T. Levold & M. Wirsching (Hrsg.), *Systemische Therapie und Beratung. Das grosse Lehrbuch* (S. 172–174). Carl-Auer.
- Schwing, R. (2014b). Fragetechnik, Reframing und aktivierende Methoden. In T. Levold & M. Wirsching (Hrsg.), *Systemische Therapie und Beratung. Das grosse Lehrbuch* (S. 166–172). Carl-Auer.
- Schwing, R. (2014c). Therapeutische Beziehung und Strukturierung des Erstinterviews. In T. Levold & M. Wirsching (Hrsg.), *Systemische Therapie und Beratung. Das grosse Lehrbuch* (S. 156–166). Carl-Auer.
- Scovel, M. A., & Gardstrom, S. C. (2012). Music therapy within the context of psychotherapeutic models. *Department of Music*, 117–132.
- Simonet, I. (2022). Musiktherapie und die dritte Welle der Verhaltenstherapie. Möglichkeiten einer Begegnung?! *Musiktherapeutische Umschau*, 43(1), 42–51. <https://doi.org/10.13109/muum.2022.43.1.42>
- Smeijsters, H. (1994). *Musiktherapie als Psychotherapie*. Fischer.
- Smeijsters, H. (2009). Methoden der psychotherapeutischen Musiktherapie. In H.-H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (2. Auflage, S. 267–273). Hogrefe.
- Smetana, M. (2018). Aktive Musiktherapie. In T. Stegemann & E. Fitzthum (Hrsg.), *Kurzlehrbuch Musiktherapie Teil I. Wiener Ringvorlesung Musiktherapie - Grundlagen und Anwendungsfelder* (2. Aufl., S. 39–56). Praesens.
- Smetana, M., & Storz, D. (2020). Psychotherapeutische Techniken der Musiktherapie. In H. U. Schmidt, T. Stegemann, & C. Spitzer (Hrsg.), *Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen*. Elsevier.

- Spiegler, M. D., & Guevremont, D. C. (2009). *Contemporary behavior therapy* (5. Aufl.). Cengage Learning.
- Staatssekretariat für Bildung Forschung und Innovation (SBFI). (2023). *Kunsttherapeutin mit eidgenössischem Diplom. Kunsttherapeut mit eidgenössischem Diplom*. <https://www.becc.admin.ch/becc/public/bvz/beruf/show/85749>
- Stegemann, T. (2012). Musiktherapie. In T. Stegemann, M. Hitzeler, & M. Blotevogel (Hrsg.), *Künstlerische Therapien mit Kindern und Jugendlichen* (S. 61–76). Reinhardt.
- Stegemann, T. (2020). Einleitung. In H. U. Schmidt, T. Stegemann, & C. Spitzer (Hrsg.), *Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen* (S. 37–38). Elsevier.
- Stiglmayr, C. E., Lammers, C.-H., & Bohus, M. (2006). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 7, 280–285. <https://doi.org/10.1055/s-2006-940034>
- Storz, D. (2018). Techniken in der Musiktherapie. In T. Stegemann & E. Fitzthum (Hrsg.), *Kurzlehrbuch Musiktherapie Teil I. Wiener Ringvorlesung Musiktherapie - Grundlagen und Anwendungsfelder* (2. Aufl., S. 93–104). Praesens.
- Strobel, W. (1990). Von der Musiktherapie zur Musikpsychotherapie. Kann aus der Musiktherapie eine anerkannte Form von Psychotherapie werden? *Musiktherapeutische Umschau*, 11, 313–338.
- Strotzka, H. (1994). *Psychotherapie und Tiefenpsychologie. Ein Kurzlehrbuch* (3. Aufl.). Springer.
- Stumm, G. (2011). Einleitung. In G. Stumm (Hrsg.), *Psychotherapie. Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis* (3. Aufl., S. 10–34). Falter.
- Timmermann, T. (2004). *Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie. Bausteine für eine Lehre*. Reichert.
- Timmermann, T. (2012a). Historische Aspekte. In H.-H. Decker-Voigt, D. Oberegelsbacher, & T. Timmermann (Hrsg.), *Lehrbuch Musiktherapie*. Reinhardt.
- Timmermann, T. (2012b). Praxeologie. In H.-H. Decker-Voigt, D. Oberegelsbacher, & T. Timmermann (Hrsg.), *Lehrbuch Musiktherapie* (2. Aufl., S. 55–65). Reinhardt.
- Timmermann, T. (2021). Systemische Ansätze. In H.-H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (3. Aufl., S. 634–637). Hogrefe.
- Töpker, R. (2017). Das Unspezifische und das Spezifische. Zur Erforschung der Besonderheiten Künstlerischer Therapien. In R. Töpker & H. Gruber (Hrsg.), *Spezifisches und Unspezifisches in den Künstlerischen Therapien* (S. 13–36). HPB.
- Varga von Kibéd, M., & Sparrer, I. (2020). *Ganz im Gegenteil. Tetralemmaarbeit und andere Grundformen systemischer Strukturaufstellungen - für Querdenker und solche, die es werden wollen* (11. Aufl.). Carl-Auer.
- von Schlippe, A., & Schweitzer, J. (2012). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I. Das Grundlagenwissen*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Weymann, E. (2021). Improvisation. In H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon der Musiktherapie* (3. Aufl., S. 253–259). Hogrefe.
- Wheeler, B. L. (1980). A psychotherapeutic classification of therapy practice. A continuum of procedures. *Music Therapy Perspectives*, 1(2), 8–12.
- Wheeler, B. L. (1981). The relationship between music therapy and theories of psychotherapy. *Music Therapy*, 1(1).
- Wittchen, H.-U., Knappe, S., & Hoyer, J. (2020). Was ist klinische Psychologie? Definition, Konzepte und Modelle. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (3. Aufl., S. 3–28). Springer.
- Wöller, W., & Kruse, J. (2015a). Perspektivenvielfalt und Adaptivität. Einige Grundorientierungen tiefenpsychologisch fundierter Arbeit. In W. Wöller & J. Kruse (Hrsg.), *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden* (4.

- Aufl.). Schattauer.
- Wöller, W., & Kruse, J. (2015b). Übertragungsphänomene erkennen. Die Diagnose von Übertragungsmanifestationen. In W. Wöller & J. Kruse (Hrsg.), *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden* (4. Aufl., S. 232–237).
- Wöller, W., & Kruse, J. (2015c). Wo steht die «Mutterwissenschaft» Psychoanalyse? Einige Bemerkungen zum Standort der Psychoanalyse. In W. Wöller & J. Kruse (Hrsg.), *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden* (4. Aufl.). Schattauer.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press.
- Wormit, A. F., Hillecke, T. K., & Wilker, F.-H. (2020). Therapiemanuale in der Musiktherapie. In H. U. Schmidt, T. Stegemann, & C. Spitzer (Hrsg.), *Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen* (S. 65–67). Elsevier.
- Zeuch, A., Hänsel, M., & Jungaberle, H. (Hrsg.). (2009). *Systemische Konzepte für die Musiktherapie. Spielend lösen*. Carl-Auer.

12 Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: KOMPLETTER FRAGEBOGEN FÜR PERSONEN MIT MUSIK- UND PSYCHOTHERAPIEQUALIFIKATION	72
ABBILDUNG 2: KOMPLETTER EXPERT*INNENFRAGEBOGEN	75

13 Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: ARCHETYPEN (HELLE, 2019; KRIZ, 2007; MACKENTHUN, 2013; ROTH, 2003).....	26
TABELLE 2: DIE UNTERSCHIEDLICHEN ARTEN VON KONSEQUENZEN (MAERCKER & MACHMUTOW, 2018, S. 570).....	29
TABELLE 3: TYPISCHE DENKFEHLER (COREY, 2013; DE JONG-MEYER, 2018; DERUBEIS ET AL., 2010; KRIZ, 2007).....	33
TABELLE 4: STÖRUNGSRELEVANTE PROZESSE, DIE ZU EINER INFLEXIBILITÄT FÜHREN (EBD.).....	35
TABELLE 5: PROTOTYPISCHE ANORDNUNG DER PHASEN EINER VERHALTENSTHERAPIE, VON DER DIAGNOSTIK BIS ZUR EVALUATION HOYER UND KNAPPE (2020, S. 403)	37
TABELLE 6: KONTAKTSTÖRUNGEN (EBERWEIN, 2009; HELLE, 2019; KRIZ, 2007; MARAGKOS, 2017).....	44
TABELLE 7: VIER RICHTUNGEN DER FAMILIENTHERAPIE.....	46
TABELLE 8: MODELL MUSIKTHERAPEUTISCHER META- UND BEHANDLUNGSEBENEN NACH ZUSAMMENFÜHRUNG UND ZUSAMMENFASSUNG ALLER GEWONNENEN ERGEBNISSE AUS DER STUDIE VON HOBMAIR.....	58
TABELLE 9: TECHNIKEN DER MUSIKTHERAPIE (LUTZ HOCHREUTENER, 2021).....	61
TABELLE 10: PSYCHOTHERAPEUTISCHE EIGENSCHAFTEN VON MUSIKTHERAPIE	78
TABELLE 11: BEGRÜNDUNG DER JA-ANTWORT	81
TABELLE 12: BEGRÜNDUNG DER EHER JA-ANTWORT.....	82
TABELLE 13: BEGRÜNDUNG DER EHER NEIN-ANTWORT	82
TABELLE 14: STANDARDS EINES PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERFAHRENS IN BEZUG AUF GRUNDLEGENDE THEORIEN UND PRAXEOLOGIE.....	83
TABELLE 15: BEGRÜNDUNG DER JA-ANTWORT AUF DIE FRAGE, OB MUSIKTHERAPIE DIE STANDARDS FÜR EIN PSYCHOTHERAPEUTISCHES VERFAHREN ERFÜLLT	86
TABELLE 16: WAS ES NOCH BRAUCHT BEZÜGLICH GRUNDLEGENDER THEORIEN.....	87
TABELLE 17: WAS ES NOCH BRAUCHT BEZÜGLICH PRAXEOLOGIE	89
TABELLE 18: WAS ES NOCH BRAUCHT BEZÜGLICH FORSCHUNG	90
TABELLE 19: WELCHE CURRICULAREN BAUSTEINE BESONDERS GEWICHTET WERDEN MÜSSEN	92
TABELLE 20: WELCHE STÄRKEN VON MUSIKTHERAPIE BESONDERS BETONT WERDEN SOLLTEN	94
TABELLE 21: PSYCHOTHERAPEUTISCHE EIGENSCHAFTEN VON MUSIKTHERAPIE	97
TABELLE 22: ÜBERBLICK ÜBER DIE GRÜNDE, WESHALB MUSIKTHERAPIE NICHT ALS PSYCHOTHERAPIE-VERFAHREN ANERKANNT WORDEN WAR.....	97
TABELLE 23: STANDARDS FÜR EIN PSYCHOTHERAPEUTISCHES VERFAHREN.....	98
TABELLE 24: WAS ES NOCH BRAUCHT, DAMIT MUSIKTHERAPIE DIE STANDARDS FÜR EIN PSYCHOTHERAPEUTISCHES VERFAHREN ERFÜLLT.....	99
TABELLE 25: STÄRKEN DER MUSIKTHERAPIE, DIE BESONDERS BETONT WERDEN SOLLTEN	100
TABELLE 26: WAS FORMAL NOCH BEACHTET WERDEN MUSS.....	100

14 Anhang

14.1 Vollständige Tabellen der Auswertung des Fragebogens für Personen mit einer Musik- und Psychotherapiequalifikation

Was sind Ihrer Meinung nach die psychotherapeutischen Eigenschaften von Musiktherapie?
PSYCHOTHERAPEUTISCHE VORGEHENSWEISEN UND WISSEN
Allgemeine Aussagen
• Alles, was in einer psychodynamisch orientierten Therapie eben so passiert • Rein psychotherapeutische Methoden angewandt • Elemente aus diversen Psychotherapieverfahren • Musiktherapeutische Vorgehensweisen/Methoden basieren mitunter auf psychotherapeutischen Vorgehensweisen/Methoden • Anwendung psychotherapeutischer Prinzipien • Bezugnahme auf die etablierten Methoden in Theorie und Praxis • Psychotherapeutisches Grundwissen hat und Techniken kennt • Entspricht den allgemeinen Definitionen von Psychotherapie • Psychotherapie mit einem künstlerischen Medium • Nichts Anderes geschieht in der Psychotherapie. • Musiktherapie ist Psychotherapie, aus meiner Sicht gibt es nichts, was nicht psychotherapeutisch wirkt, außer man arbeitet nicht psychotherapeutisch! • Probleme der Klienten sind oftmals psychologisch/psychosomatisch • Der Klient bearbeitet analytisch..... Probleme • Prozess Charakter • Menschenbild
Spezifischere Nennungen von Vorgehensweisen
• Gespräche finden in der Musiktherapie auch statt zur Reflexion und Integration des musikalisch Erlebten wie in jedem Psychotherapieverfahren auch • Übertragung und Gegenübertragung • Es findet ein Übertragungsgeschehen statt • Reinszenierung • Probehandeln • Üben • Übungsdimension • Handlungsalternativen ausprobieren • Korrigierende Erfahrungen machen • Systeme darstellen und „bearbeiten“ • Systemische Aufstellungsarbeit mit Instrumenten und Improvisation • Arbeit mit inneren Anteilen / Psychodynamik • Auseinandersetzung mit innerpsychischen Themen • Imagination mit Musik • Sie setzt in Beziehung (zu sich und anderen) • Unterstützt Perspektivenwechsel • Mustererkennung und -veränderung • Es wird ein Erkenntnisprozess über Beziehungsmuster angeleitet • Konflikthafte Situationen erforschen • Bearbeitung von Konflikten im musikalischen Rollenspiel • Problemaktualisierung im Musikspiel durch Improvisation oder Rollenspiel • An der derzeitigen Situation oder biographischen Aspekten des Klienten arbeiten
Therapeutische Beziehung
• Beziehungsgestaltung • Art der Beziehungsgestaltung • Beziehungsgestaltung • Beziehungsaspekt • Betonung des Beziehungsaspekts • Beziehungsarbeit • Es ist immer eine Beziehungs-Arbeit • Therapeutische Beziehung • Hilft therapeutische Beziehung aufzunehmen und zu gestalten • Mit Hilfestellung des Therapeuten • Therapeutische Beziehung

Wahrnehmung von Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren

• Therapeutische Beziehung • Therapeutische Beziehung im Musikspiel • Weg zum Du (Kontaktmöglichkeit, sozialer Austausch) • Übertragung und Gegenübertragung • Es findet ein Übertragungsgeschehen statt
Psychotherapeutische Zielsetzungen
• Auf die eigenen Impulse achten lernen • Unterstützt bei der Identitätsfindung. • Weg der Selbsterkenntnis • Besserer Selbstausdruck • Besserer Selbstwert • Selbstwirksamkeit • Ressourcenaktivierung • Soziale Kompetenzen und Kommunikation werden erweitert • Veränderungen im Verhalten des Klienten
Ausbildung
• Lehrmusiktherapie in einigen Ausbildungen • Des Weiteren berufen sich die Curricula musiktherapeutischer Studien- und Ausbildungsgänge vielfach auf Theorien psychotherapeutischer Grundverfahren.
SPEZIGISCH PSYCHOTHERAPEUTISCHER WIRKFAKTOR MUSIK
Einfluss der Musik auf die Psyche
• Es geht um innerpsychische Prozesse, die sich in der Musik abbilden und auf die die Musik einwirkt. • Da wirkt Musik unmittelbar therapeutisch auf die Psyche • Modifikation der Wahrnehmung mithilfe von Musik als Trainingsprogramm (RMT) möglich • Tief greifende Veränderungen können angestoßen werden • Positive Bewältigungserfahrungen im Musikspiel (im Nachspielen von Situationen) • Eigenschaft der Musik zunutze, Erinnerungen und Emotionen zu wecken. • Vertieft Emotionen • Emotionsregulation über musikalisches Tun • Die Emotionsregulation verbessern • Emotionsregulation • Emotionsregulation ist möglich. • Regulieren • Umgang mit Emotionen (Ausdruck, Wahrnehmen) • Bessere emotionale Selbstwahrnehmung • Affektregulierung • Emotionen zulassen können • Angst vor der Emotion verlieren • Entspannungstechnik • Wege zur Stabilisierung • Achtsamkeit (Wahrnehmen von Klängen, Tönen, Rhythmen)
Ergänzung von Sprache
• Verknüpfung von Rede und Worten mit Leiblichem, Sinnlichem • Gesprächstherapeutische und musikalische Anteile ergänzen sich oftmals • Ergänzt Sprache • Bewusster Umgang damit sowohl musikalisch als auch verbal • Es ist zwingend, dass die außersprachlichen, nonverbalen Wirkfaktoren in der Kognition verarbeitet werden. • Macht Beziehungen / Interaktionen hör- und fühlbar. • Expression als Weg zur Bewusstwerdung (welche Worte finde ich für das, was ich erlebe) • Nonverbal in der Musik..... verbal zum Ausdruck • Hilft Vorsprachliches zu erspüren. • Zudem ist das reflektierende Gespräch über das Erlebte Bestandteil der Musiktherapie. • Verbale Reflexion ist mgl. • Musik als extravertales Ausdrucksmittel • Nonverbale Methode des Zugangs bei Patienten mit Ausdrucksdefiziten • Prätherapeutische Kontaktabahnung möglich, die weniger bedrohlich ist als verbale Sprache • Musik als universale, kulturunabhängige Sprache
Zugang zum Unbewussten
• Zugang zum Unbewussten durch spontane musikalische Improvisation oder rezeptive Erfahrungen • Zugang zu Unbewusstem • Arbeit mit dem Unbewussten • Hörbar machen unbewusster Anteile

Wahrnehmung von Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren

• Introspektion, • "Man" (die Therapeutin) kann das hören, was ev. nicht gesagt wird, od. einem (Klient) nicht im Bewusstsein ist. • Erleben unbewusster Selbstanteile • Musik verbindet das Bewusstsein mit dem Unterbewusstsein • Musik als Brücke zu unbewussten präverbalen Erfahrungen • Aufdeckende Qualitäten • Musik (bes. die Improvisation) als Feld vor- und unbewusster Gestaltungen Musik als Brücke zu unbewussten präverbalen Erfahrungen Medium deren Bearbeitung • Klärung: Unbewusstes wird ausgedrückt und wahrgenommen. • Unbewusstes kommt zum Vorschein • Ausdruck von Zuständen und Prozessen sind möglich.
Erlebensdimension
• Erlebensdimension • Unmittelbares Erleben während der Musik, nicht erst im Reflektieren darüber • Überrascht, berührt, macht neugierig • Der Kopf wird weitgehend umgangen • Das innere Kind kommt zum Zuge. • Kreativität • Quell der Freude, selbst in sehr krisenhaften Lebenssituationen • Ästhetische, sinnliche Wahrnehmung der musiktherapeutischen Phänomene
SONSTIGES
• Ressourcenorientiert, nicht defizitorientiert, weckt das Gesunde im Klienten • Differenzierte und sparsame Anwendung mit Methoden ist bevorzugt in Kombination mit anderen psychotherapeutischen Methoden • Interaktionale Dimension • Ausserdem ist es unerlässlich die Nebenwirkungen der musiktherapeutischen Interventionen zu kennen und zu berücksichtigen. • Improvisation in der Gruppe als soziales Model der Realität • Körperliche Beteiligung • Kommunikationsfunktion

Finden Sie es erstrebenswert, dass Musiktherapie als eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren wahrgenommen wird?

Begründung der Ja-Antwort

SPEZIFISCHE EIGENSCHAFTEN DER MUSIKTHERAPIE

• Nonverbale Ebene • Mit der nonverbalen Ausrichtung kann eine besondere Kraft im Arbeitsfeld der Frühstörungen entwickeln werden. • Nicht zwingend auf Sprache angewiesen • Die Musiktherapie vermag in besonderem Maße psychotherapeutisch zu wirken, weil sie zusätzlich zur Sprache mit dem Medium, den Klängen, Rhythmen, Geräuschen, Resonanzen und der Handlungsebene ein weit größeres Erlebensspektrum ermöglicht als rein verbale Therapien. • Bearbeitung von Erfahrungen, die sprachlich nicht, noch nicht, oder nicht mehr zugänglich sind. • Musik ist ein starkes Agens, Schwächung der Abwehrmechanismen, der therapeutische Prozess geht schneller, vielseitiger, nonverbal. • Künstlerisch-kreativer Zugang. • gleichzeitige Interaktion in der Zeit möglich • Ausdruck von Musik..... setzt unmittelbar Gefühle frei. • mit Hilfe der Musik wird eine besondere therapeutische Beziehungsqualität ermöglicht. • Spirituelle Anteile • Musik kann ein effizientes Verfahren sein, mit dem Unbewussten in direkten Kontakt zu kommen. • Es kann improvisierend mit Erkenntnissen umgegangen werden. • Das Medium Musik kann als wirkungsvolles Medium eingesetzt werden, das verschiedene Wirkfaktoren bietet.
--

GLEICHSETZUNG MIT PSYCHOTHERAPIEVERFAHREN IN METHODIK UND AUSBILDUNG

• Gleichwertig • Ausbildungsabhängig ist der Musiktherapeut normalerweise nach dem Studienabschluss ein Psychotherapeut mit der Methode der Musik oder des Klangs, kein Klangmasseur, was viele verwechseln. • Die Ausbildung ist umfangreich und mit anderen Ausbildungen zum Psychotherapeuten vergleichbar.
--

Wahrnehmung von Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren

• Wenn die Therapeut*innen entsprechend gut ausgebildet sind, ist das Verfahren auf Augenhöhe mit anderen psychotherapeutischen Verfahren. • Weil mit Hilfe einer musiktherapeutischen Erfahrung ähnlich wie bei psychologisch-psychotherapeutischen Gruppenerfahrungen Erkenntnisse gewonnen werden. • Sinnvoll als psychotherapeutisches. Verfahren bei entsprechenden Ausbildungsinhalten (Selbsterfahrung!) und im passenden Praxisfeld. • Zentral in der Psychotherapie ist die Klienten-Therapeuten Beziehung • Weil sie an psychischen Prozessen beteiligt ist und diese auch beeinflussen kann.
AKTUELLER STATUS VON MUSIKTHERAPIE
• Solange MT nur als mechanisches Verfahren wahrgenommen wird, gibt es ein großes Problem im medizinischen Bereich. • Ausbildung, Anerkennung und Bezahlung entsprechen aber nicht den selben Standards wie anerkannte psychotherapeutischen Verfahren.
SONSTIGES
• Gute Evidenz für Musik-Psycho-Therapie (zumindest Indikationsspezifisch) • Sie wird in der Praxis als sehr hilfreich erlebt. • Es braucht es eine eigenständige Ausbildung, um die spezifisch musiktherapeutischen Techniken zu lernen und anzuwenden.
VERWEIS AUF VORHERIGE FRAGE
• Siehe Antwort zu Psychotherapie • Siehe letzte Antwort
Begründung der Eher Ja-Antwort
ENTSPRECHENDE AUSBILDUNGSGEHALT UND WISSEN
• Ja, aber nur mit einer psychologisch psychotherapeutischen Ausbildung und Anerkennung und im Einbezug anderer kognitiven und verhaltenstherapeutischen Theorien und Methoden. • Falls bei angehenden Musiktherapeut*innen zusätzliche Fähigkeiten, das Gehörte in Sprache zu übersetzen mehr trainiert wird, plus mehr Kenntnisse in Psychopathologie, plus kreative, indikationsspezifische Umsetzungsmöglichkeiten, halte ich MT für ein eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren • Es braucht zur musiktherapeutischen Technik eine Vorstellung von den psychischen Strukturen, ein funktionierendes Modell von Entwicklungspsychologie, Aufbau der Psyche, Konfliktverarbeitung, Emotionstheorie, Strategien des Menschen im Umgang mit Verletzungen, Bindungstheorie, Objektbeziehungstheorie, Wissen um Übertragung und Gegenübertragung etc.
SONSTIGES
• Das hat bestimmte Vor- und Nachteile ... • Man muss entscheiden, ob psychotherapeutische Ziele indiziert sind oder nicht.
Begründung der Eher Nein-Antwort
MUSIKTHERAPIE ALS EIGENSTÄNDIGE THERAPIERICHTUNG
• Musiktherapie ist aus historischer Sicht eine eigenständige und somit auch von der Psychotherapie abgegrenzte Disziplin. • Die eigene gesetzliche Regelung in Österreich durch das Musiktherapiegesetz (Bundesgesetz 2009) gibt uns mehr Möglichkeiten. Auch hat sich die Musiktherapie als eigenständiges Fach (Forschung, Praxis) gut etabliert und wird als solches wahrgenommen. • Musiktherapie ist nicht per se ein Psychotherapieverfahren sondern ist in Verbindung mit Psychotherapie-Ansätzen psychotherapeutisch wirksam. • Der Ansatz kann sehr verschieden gestaltet sein. Ergotherapeutische oder Heilpädagogische o.a. Ansätze sind per se keine Psychotherapien.
FEHLENDE THEORETISCHE GRUNDLAGE
• Eine Psychotherapie braucht ein Konzept, nach dem sie vorgeht und nach dem evaluiert werden kann. Die Begründung aus der Musik heraus fehlt noch. Stattdessen werden Konzepte der (Wort-)Psychotherapie verwendet. • In Deutschland erfüllt die MT die Bedingungen/Voraussetzungen zur psychologischen Psychotherapie nicht - es gibt keine eigenständige Theorie zur Entstehung und Behandlung psychischer Erkrankungen.
SONSTIGES
• Solange Musiktherapie von vielen Musiktherapeuten auf die allgemeine Wirkung von Musik reduziert wird, ist es eher nicht möglich als eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren anerkannt zu werden. • Zu wenige evidenzbasierte Studien

Welches sind ihrer Meinung nach die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren in Bezug auf grundlegende Theorien und Praxeologie?
REALEXPLIKATIVE GRUNDLAGEN
Allgemeine Aussagen
• Klare Theoriebildung. • Vorhandensein einer eigenständigen und grundlegenden Theorie zur Fundierung des Verfahrens, das auch Alleinstellungsmerkmale in Bezug auf andere Verfahren aufweist und verdeutlicht • Grundlegende Konzepte (z.B. Bindungstheorie, Selbstentwicklung, Mentalisierung). • In sich konsistente Theorie
Allgemeine Theorie der Psychotherapie
• 1. Therapeutische Beziehung, 2.Ressourcenaktivierung, 3.Problemaktualisierung, 4.Motivationale Klärung, 5.Problembewältigung
Forschung und Wirksamkeitsnachweise
• Evidenzbasierung • evidenzbasiert entwickelt • Evidenznachweise in bestimmten Anwendungsbereichen • theoriebasierte oder evidenzbasierte Wirkungszusammenhänge • Nachweis über ausreichende psychotherapeutische Wirksamkeitsforschung der Methode • Vorhandensein von empirischer Forschung in Bezug auf die praktische Anwendung und Wirksamkeit des Verfahrens
Persönlichkeitstheorie
• Theoretisches Modell - Zusammenspiel aus psychodynamischen Ursachen und Aktualisierung in konkreten Verhaltensmustern • Grundlagen menschlicher Psyche • Das sich Befassen mit seelischen und innerpsychischen Prozessen • Konzept für das "Sein" des Menschen • Ausgereiftes Menschenbild • Menschenbild • Menschenbild • Persönlichkeitsmodell • Wissen um psychische Strukturen • Emotionstheorie
Entwicklungstheorie
• Entwicklungstheorie • Objektbeziehungstheorie
Gesundheits- und Krankheitslehre
• Kenntnis der Psychopathologie • vertieftes Wissen über Psychopathologie • Diagnose • Diagnostische Kenntnisse • Ideen, die Verständnis von Leidensdruck und Ziel konzeptualisieren. • Krankheitsverständnis • Psychopathologie • Vorstellung von Heilungsprozess • Wissen um Zusammenhang zwischen Körper und Psyche • Psychopathologie • Theorie der Psychopathologie • Orientierung an einer adäquaten Krankheitslehre
Spezielle Theorien der Psychotherapie
• Zielsetzung • indikationsspezifische Kenntnisse
PRAXEOLOGISCHE GRUNDLAGEN
Allgemeiner Bezug auf Methoden
• Verschiedene Methoden, möglichst diverse Ansätze, in jeder Hinsicht große Flexibilität • Vorhandensein von eigenständigen Methoden in Bezug auf die Anwendung bei spezifischer Klientel und Symptomatik • Vermittlung der spezifischen Vorgehensweisen • Lehrbare Interventionen und Techniken • Kontrolliert angewendet

Wahrnehmung von Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren

• Methodische Kenntnisse und Skills • Eine spezifische Methodik • Methoden und Interventionen, um Veränderung zu bewirken • Indikationsspezifisches Umsetzen des Wahrgenommenen und Notwendigen • Wissenschaftlich und geisteswissenschaftlich begründbare Interventionslehre
Gesprächsgestaltung und Beziehungsarbeit
• Gesprächsgestaltung, Authentizität, Wertschätzung, Empathie • Empathie, Wertschätzung, Authentizität, nondirektive Gesprächsführung • Interaktion (Beziehungsarbeit) • Grundlagen menschlicher Beziehungsgestaltung • Beziehungsaspekt zwischen Therapeut*innen und Klient*innen • Eingebettet in eine therapeutische Beziehung • Kommunikation und Gesprächsführung • Die Analyse von Übertragung und Gegenübertragung
Spezifische Nennungen
• Erkennen und Auflösen der Ursachen, Erarbeitung von Handlungsalternativen • Aktivierung der Patienten • Bewusstwerden und Regulieren von Emotionen • Unerwünschtes Verhalten im Umgang mit sich selbst und anderen verändern zu können • Entwicklung und Stärkung von Selbstentwicklung • Kontrakt/Behandlungsvertrag • Dokumentation als strukturelle Standards • Konfliktverarbeitung • Entspannungstechniken • Kenntnisse der Kommunikationspsychologie
SELBSTENTWICKLUNG DER THERPEUT*INNEN
Supervision
• Supervision • Regelmässige Supervision • Supervision und Austausch • fortlaufende Supervision und Intervision der Praxistätigkeit • Ausbildungssupervision • kontinuierliche Supervision
Selbsterfahrung
• eigene Lehrtherapie • Selbsterfahrung • Selbsterfahrung • Selbsterfahrung • Eigentherapie der Therapeutin • Selbsterfahrung zur praktischen Ergänzung des Wissens um Übertragung und Gegenübertragung • Selbsterfahrung Einzel und Gruppe • Selbsterfahrung des Therapeuten allein und in Gruppen • Selbsterfahrung in Gruppe und Einzellehrtherapie
Reflexion
• Eigenreflexion • Reflexion und Selbstreflexion • Lösen eigener Konflikte
Sonstiges
• regelmäßige Fortbildung
RAHMENBEDINGUNGEN UND BERUFSPOLITISCHES
Ausbildung
• Studium • Abschluss mit akademischem Studium • Psychologiestudium • Ausbildungsstandards • Prüfung und Abschlussarbeit • gründliche Einblicke in verschiedene Anwendungsfelder (Theorie und Praktika) • Zertifizierung
Berufspolitisches
• Geschützter Berufstitel

Wahrnehmung von Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren

• Verankerung und Anerkennung dieser Aspekte durch eine entsprechende staatliche Instanz und somit Vorhandensein einer gesetzlichen Anerkennung/Regelung • Anerkennung eines Berufscodex/Ethikcodex • Mitgliedschaft in einem Fachverband
VERWEIS AUF BESTEHENDE PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERFAHREN
• Fundierte psychotherapeutische Schulen (tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch, analytisch, systemisch) als inhaltliche Basis • Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie • Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologische orientierte Psychotherapie, Psychoanalyse, Systemische Psychotherapie haben jeweils eigene Zugangsbedingungen, Ausbildungsordnungen und ab Anerkennung Fortbildungsordnungen. Bitte dort Theorie und Praxeologie eruieren. • Beispielsweise EALT nach Frankl. • Klientenzentriert • Siehe Curriculum einer Psychotherapieausbildung
FRAGE NICHT BEANTWORTET
• Diese Frage verstehe ich nicht wirklich. • Sorry diese Frage ist zu gross. Siehe meine 4 Bücher und unzählige Texte • Ich verstehe die Frage nicht. Sind Studien gemeint? Oder Erfahrungswerte? Oder Methoden? • Welche Theorien, da gibts ja mehrere! • Zu ungenaue Forschung und fehlende evidenzbasierte Studien

Erfüllt Musiktherapie Ihrer Meinung nach zurzeit diese Standards?
Begründung der Ja-Antwort
RELATIVIERUNG
• Nicht überall und nicht einheitlich, aber teilweise schon! Hier gibt es sehr viel Spielraum im Einsatz von Musiktherapie sowie in der Qualifikation der Therapeut*innen. • Es hängt von der Methodik und Ausbildung des jeweiligen Musiktherapeuten ab und vom Klientel, mit dem derjenige arbeitet. • Menschenbild und theoretischer Hintergrund ist vielleicht nicht überall einheitlich, das müsste geklärt werden.
AUSBILDUNG
• Das Studium der MT ist so angelegt, dass der Student zu einem umfassenden Wissen, der nötigen psychologischen, therapeutischen und musikalischen Inhalte gelangt. • Gute Ausbildung
STUDIENLAGE
• Studienlage • Beleg der Wirksamkeit der Methode als Psychotherapie dürfte ausreichen.
SONSTIGES
• Verankerung in Leitlinien • Alle diese Charakteristiken werden auch in der Musiktherapie berücksichtigt. • Im Vordergrund steht die therapeutische Beziehung. Auch wenn mit Musik gearbeitet wird, sind diese Standards möglich.

Was braucht es noch zusätzlich bezüglich grundlegender Theorien, damit Musiktherapie die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren erfüllt?
GRUNDLEGENDE THEORIEN
Forschung und Wirkfaktoren
• Evidenzbasierte Forschungen • Mehr Studien • Umfangreichere empirische Studien • MT müsste ein standardisiertes Verfahren in der Psychotherapie entwickeln, das mit Studien entsprechend belegt werden könnte. • Vieles ist zu schwammig und erreicht die diversen anderen psychologisch psychotherapeutischen Forschungsgebiete nicht. • Für eine Anerkennung braucht es eher mehr Forschung • Weitere Evidenzbasierung mit wissenschaftlichen Kriterien • Kenntnis über wissenschaftliche Studien zu den Wirkfaktoren • Modelle für die Wirksamkeit von Musik und Musiktherapie

Wahrnehmung von Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren

Grundlagenkenntnisse
• Mehr und vertieftes psychologisches, entwicklungspsychologisches und psychiatrisches Grundlagenwissen • Mehr fundierte Kenntnisse in Psychopathologie • Mehr Psychopathologie • Mehr Hintergrundwissen über das psychische Geschehen • 2 Jahre Zusatzstudium nach den 4 Jahren MAS Ausbildung. V.a. Psychopathologie und Diagnostik.
Eigene, einheitliche Theorie
• Die unterschiedlichen musiktherapeutischen Methoden sollten sich auf ein einheitlicheres übergeordnetes Theorie-Konzept einigen. • Alles verbindendes Persönlichkeitsmodell • Eine eigenständige Theorie und Praxis • Überhaupt eine Theorie bzw. ein Konzept, das auf Musik beruht. • Zusammenführung der vielen "Splittergruppen", "Berufsverbände", "Sichtweisen" hinsichtlich Definition, Verständnis, Berufsbild usw.
AUSBILDUNG
Erfüllen Standards
• Die meisten Ausbildungsgänge erfüllen die Standards; • In den Studiengängen und den von der DMtG anerkannten privatrechtlichen Ausbildungen werden die grundlegenden Theorien im Allgemeinen gut vermittelt.
Verbesserungspunkte
• Grundlagenwissen, das auch praktisch erworben und erfahren werden müsste • Vertiefte klinische Erfahrung • Begleitete Fallanalysen entsprechend anderer Psychotherapieverfahren • Dass sich jede Ausbildung sowohl auf ein psychologisches/psychotherapeutisches Konzept bezieht und dafür sorgt, dass jeder Studierende vor Berufsbeginn genügend eigene Therapieerfahrung und Lehrtherapie gehabt hat. • Mehr klinische Erfahrung (Psychiatrie, Psychosomatik), fundierte Selbsterfahrung.
BERUFSPOLITISCHE DIMENSION
• Den Mut, sich auf eigene Füße zu stellen. (1) • Die sind gut, es geht um den Schutz des Namens und Anerkennung nur gut Ausgebildeter Kolleg*innen. (1) • Eine klarere Abgrenzung zwischen Musiktherapeuten im Bereich der Kunsttherapie und Musikpsychotherapeuten mit der Möglichkeit ab Juli 2022 in der Grundversicherung anerkannt zu sein. Die Ausbildung sollte sich klar in zwei Richtungen spalten, Musiktherapie HFP und Musikpsychotherapie ASP/FSP eidg. anerkannte Psychotherapie. (1) • Gesetzliche Anerkennung bzw. Gleichstellung mit psychotherapeutischen Verfahren (1)
SONSTIGES
• Eine Annäherung evtl. Zusammenarbeit mit kognitiven psychotherapeutischen Schulen • Welche grundlegenden Theorien? • Kreativitätsförderung, also Anregung von Fantasie • Motivational Interviewing • Fallkonzeptionen. Wann macht man was, wozu und mit welchen Mitteln? • Sowohl finanzielle Ressourcen wie auch Interessengemeinschaften sind zu klein.
Was braucht es noch zusätzlich bezüglich Praxeologie, damit Musiktherapie die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren erfüllt?
PRAXEOLOGIE
• Klar beschriebener Katalog von Techniken • Klarere und einleuchtende Vorgehensweisen, • Einfachere, anerkannte, erprobte diagnostische Testungen. • Fallführung
PRAXISERFAHRUNG UND/ODER SELBSTENTWICKLUNG
• Spezifische Fortbildungen im Feld • Eventuell eine Art Praktisches Jahr • Rollenspiele Therapeut*in – Patient*in • Die Lehrmusiktherapie darf nicht fehlen und stete Supervision • Vertiefte Eigenthherapie • Vernetzung von Lehrtherapie, Supervision, Praxisbegleitung und Theorie • Mehr Zeit am Patienten einzeln • 1 Jahr klinische Praxis in einer Institution • Selbsterfahrung

Wahrnehmung von Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren

FORSCHUNG
• Forschung • Wissenschaftliche Evidenz • Systematische Untersuchung der Praxis bezogen auf ein Konzept. • Forschungsmöglichkeiten • Umfangreichere empirische Überprüfung der Praxeologie (von der Heuristik zur Empirie)
EINHEITLICHKEIT
• einheitliche Sprache • einheitlichere Standards zur Definition von "Musiktherapie" • einheitlichere Ausbildungsrichtlinien
PRAXEOLOGIE AUSREICHEND
• Sie hat genug sehr wirksame Tools, hier erfüllt sie die psychotherapeutischen Kriterien vollständig meiner Meinung nach. • In den oben genannten Ausbildungen wird die Praxeologie im Allgemeinen gut vermittelt. • Die Praxisfelder der MT sind breit gestreut und ähnlich denen der psychotherapeutischen Verfahren - die Grundlagen zur Ausübung der Psychotherapie müssten erfüllt sein.
SONSTIGES
• Eine gesetzliche Regelung der Berufsausübung. • Spezialisierung auf das Praxisfeld der Psychotherapie während oder nach der Ausbildung • Vertiefte Kenntnisse der klinischen Psychologie • Verknüpfung mit verhaltenstherapeutischen Erkenntnissen und Forschungen. • Mehr Forschung führt derzeit leider in aller Regel zu mehr Anpassung an herrschende Standards, die oft gar nicht hilfreich sind.
FRAGE NICHT BEANTWORTET
• Das habe ich schon beantwortet. • Siehe letzte Antworten^ • S.O. • Dito • Da es viele Jahre her ist, dass ich die Ausbildung zum Musiktherapeuten machte, fehlt mir das Wissen um diese Frage zu beantworten.

Was braucht es noch bezüglich weiterer Forschung, damit Musiktherapie die Standards für ein psychotherapeutisches Verfahren erfüllt?

GRUNDLAGENFORSCHUNG
• Forschung, die die psychotherapeutische Wirkung aufdeckt. • Wirkmechanismen • Neurowissenschaftliche Methoden zur Wirkfaktoren-Evaluation • Evidenzbasierte Forschung • Spezifische Wirkfaktorenanalysen • Wirksamkeitsforschung • Wirksamkeitsstudien bei psychischen Krankheitsbildern in Bezug auf die Symptomatik • Wirknachweise • Reliable Outcomereflektionen • Die genauere Erforschung der musiktherapeutischen Wirkungskomponenten • Evidenzbasierte Forschung • Indikationsanalysen • Spezifik der Kreativtherapien (quantitativ vs. qualitativ)
ANWENDUNGSFORSCHUNG
• Trauma-Musiktherapie-Forschung • Wissen über Dokumentation • Wissenschaftliche Evidenz in bestimmten Anwendungsfeldern
BEZUG AUF FORSCHUNGSDESIGNS
• Randomisiert-kontrollierte Studien • Klinische Studien • Studien nach wissenschaftlichen Standards • Da Placebo bei Musiktherapie kaum möglich ist, Entwicklung von guten alternativen Vergleichsstandards • Musiktherapie sollte sich weniger an (natur)wissenschaftlicher / quantitativer Forschung orientieren, da diese häufig nicht zur (musik)psychotherapeutischen Praxis passt; eher an neueren Forschungsmethoden (Grounded Theory, qualitativ etc.)
VERNETZUNG

Wahrnehmung von Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren

• Vernetzung in der Forschung • Multicenterstudien. Eine enge Zusammenarbeit der bestehenden Hochschulausbildungen. Koordination von praxisnaher Forschung durch die Hochschulen. Multidisziplinäre Forschungsansätze. • Zentrenübergreifende Studien • Groß angelegte Studien bzw. die Vernetzung bisheriger Forschung • Es braucht mehr das Zusammenführen des bestehenden Wissens in der Musiktherapie mit dem bestehenden Wissen von psychotherapeutischen Verfahren. • Zusammenarbeit mit anderen psychologischen Richtungen
FINANZIELLE MÖGLICHKEITEN
• Ein eigenes Institut • Geld und Möglichkeiten • Finanzielle Quellen müssen erschlossen werden.
SONSTIGES
• Es muss anerkannt werden, dass Musiktherapie nicht wie eine Pille ist und es eben das Besondere ist, dass wir nicht alle identisch behandeln, sondern individuell. • ... • In die Ausbildung muss wissenschaftliches Arbeiten, Forschungsmethoden etc. mehr integriert werden, damit überhaupt von Musiktherapeut*innen geforscht wird. • Jede Richtung und jede Forschungserkenntnis bringen weiter. • Die getätigte Forschung in medizinischen, psychologischen, psychotherapeutischen Journals zu publizieren • Versorgungsforschung • Reliable Outcomereflektionen • Grosse Probandenzahlen
FRAGE NICHT BEANTWORTET
• Diese Frage kann ich nicht befriedigend beantworten. • S.o.

Welche curricularen Bausteine müssten in Musiktherapie-Studiengängen besonders gewichtet werden, damit der Abschluss die Standards einer Psychotherapie-Weiterbildung erfüllt?
PSYCHOLOGISCHE UND PSYCHOTHERAPEUTISCHE GRUNDLAGEN
• Geschichte der Psychotherapie • Grundorientierungen und -verfahren der Psychotherapie • Psychologische & psychotherapeutische Grundlagen • Ausreichend Psychologie/Psychotherapie, Grundlagen und Anwendungen • Psychologie mit Testpsychologie • Entwicklungspsychologie • Ein viel besseres Verständnis verschiedener möglicher Persönlichkeitsmodelle • Psychotherapeutische Forschung • Mehr Psychopathologie • Psychopathologie • Psychopathologie • Besseres Verständnis der psychopathologischen Störungsbilder • Mehr Krankheitslehre angelehnt an ICD • Umfangreichere Zahl an Lehrveranstaltungen zu Psychopathologie und -pharmakologie • Der Heilungsprozess • Diagnostik! • Psychodiagnostik
METHODIK MUSIKTHERAPIE
• Musiktherapeutische Methoden und Techniken in verschiedenen Praxisfeldern • Praxeologische Anleitung • Gesprächsführung • Evaluation • Kommunikation und Gesprächsführung • Wendigkeit und rasche Wechsel bei indikationsspezifischen Interventionen • Störungsspezifische und individualisierte Fallkonzepte erstellen und begründen können • Dokumentation der Therapien mit relevanten Beobachtungen • Prozessanalyse
THEORIE MUSIKTHERAPIE
• Fundierte Theorievermittlung • Tieferes Verständnis der neurobiologischen Wirkung der musiktherapeutischen Interventionen • Musiktherapeutische Krankheitslehre

Wahrnehmung von Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren

• Forschungsmethoden • Forschungsmethodik • Bessere Ausbildung in Forschungsmethodik • Wissenschaftliches Arbeiten intensiver • Forschungsmethoden, Schwerpunkt Versorgungsforschung • Verbindung zu künstlerischen Forschungsansätzen
BERUFSPRAXIS
• Viel Praxis • Supervidierte Praxis in größerem Maße • Klinische Praktika • Praktikum • Deutlich mehr Praktika und praktische Tätigkeit in klinischen Settings • Bestimmte Stundenzahl an Psychotherapie mit Klienten • Praktische Erfahrung • Assistenzarbeits-Möglichkeiten
SELBSTERFAHRUNG
• Selbsterfahrung • Selbsterfahrung mind. 150 Std • Einzel- und Gruppenlehrtherapie • Selbsterfahrung • Großer Anteil der Selbsterfahrung • Selbsterfahrung • Bestimmte Stundenanzahl an Selbsterfahrung in einem anerkannten Verfahren • Lehrtherapie
RECHTLICHES UND RAHMENBEDINGUNGEN
• Rechtliche Grundlagen zur Ausübung der Psychotherapie • Systeme der Finanzierung • Voraussetzung für die Studierenden: Studium der Psychologie • Psychologiestudium • Zugangsvoraussetzungen einheitlicher
SUPERVISION
• Supervision • Supervision • Supervision • Supervision
SONSTIGES
• Hängt davon ab, ob man sich an den zurzeit gängigen Standards orientiert oder die zu reformieren versucht • Einem gängigen Konzept anschließen und dessen Standards erfüllen. Bescheidenheit bzw. Begrenztheit der eigenen Methode erkennen • Es müssen nicht die Standards einer psychotherapeutischen Weiterbildung erfüllt werden, sondern jede Weiterbildung muss die Standards in Bezug auf ihren Schwerpunkt selbst definieren. • Psychotherapieausbildung in einem anerkannten Verfahren und Verbindung mit der Musiktherapie • Unterricht durch Leute mit praktischer Erfahrung • Möglichkeit, an spartenübergreifenden Forschungen teilzunehmen • Medizinische Grundlagen • Bezahlte Doktoranden-Anstellungen an einschlägigen Universitäten
FRAGE NICHT BEANTWORTET
• Siehe obige Antworten • Siehe Antworten davor • Das wissen andere sicher besser.

Welche Stärken der Musiktherapie sollte man im Kanon der psychotherapeutischen Verfahren besonders betonen bzw. herausstreichen, damit Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren wahrgenommen wird?
WIRKFAKTOR MUSIK
Besondere Beziehungsgestaltung
• Resonanz, Schwingung, Beziehung, Interaktion und Intuition • Arbeit via Resonanz • Besondere Qualität der Beziehungsgestaltung durch das Medium Musik

Wahrnehmung von Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren

• Besondere Form der therapeutischen Beziehung über das Medium Musik (durch Gleichzeitigkeit wird Emotionsabstimmung und -regulation auf sehr direkte Weise ermöglicht). • Musiktherapie verfügt mit Musik über ein hilfreiches Drittes in der Konstellation Patient*in - Therapeut*in. • Das Übertragungsgeschehen, da die Therapeutin mitspielt. • Das "Spiegeln-Können" • Dass die Musik eine Verbindung schaffen kann, vor allem bei Menschen, die nicht sprechen können oder wollen. • Exklusiver Zugang zu bestimmtem Klientel und Störungsbildern bzw. Krankheiten • Beziehungsgestaltung und deren Entwicklung • Interaktional • Der Therapeut kann auf derselben Bühne intervenieren, auf der sich der Patient beim Spielen befindet. • Gruppentherapien besonders geeignet, weil man Musik gemeinsam und gleichzeitig spielen kann.
Emotionsregulation
• Fühlen, Gefühlslandschaften • Zugang zu Gefühlen kann leichter durch Musik ermöglicht werden, da Musik eine große emotionale und auch biografische Komponente hat. • Basalerer Zugang zu Emotionen und Erinnerungen • Direkter emotionaler Zugang • Starker emotionaler Zugang, weniger kognitiv • Musik wirkt unmittelbar auf verschiedene Gehirnregionen und aktiviert nachweislich dort Emotionen, aktiviert gleichzeitig das Denken, strukturiert, aktiviert und beruhigt. • Emotionen werden verstärkt. • Offener Ausdruck von Emotionen • Emotionsregulierend • Der direkte Zugang zu den Emotionen • Die Möglichkeit Emotionen zu modulieren und zu regulieren • Bei frühkindlich gestörtem Klientel gute Stabilisierungsmöglichkeit • Wirksame Entspannungstechniken
Zugang zum Unbewussten
• Die Bühne des Unbewussten (z. B. Improvisation) • Bedeutung der gemeinsamen Prozessgestaltung als Feld unbewusster Strukturierungen • Unbewusstes kann bewusst und zugänglich gemacht werden. • Teilhabe des Therapeuten an Gestaltungen des Unbewussten • Musik als Zugang zu implizitem Beziehungswissen
Flow-Erfahrungen
• Musikalische Improvisation ist weniger Über-Ich-kontrolliert, ermöglicht im Flow des Spielens eine erweiterte Wahrnehmung der eigenen Persönlichkeit und des Beziehungsverhaltens, stärkender Kompetenzen und krankmachender Defizite. • Flow Erfahrung ist möglich.
Generelle Aussage
• Die einmalige psychotherapeutische Verwendung von Musik, die kein anderes Verfahren besitzt
KOMMUNIKATION IN DER MUSIKTHERAPIE
Nonverbalität
• Das zusätzlich oder alternativ zum Gespräch eingesetzte nonverbalen Medium als Erlebens-, Fühlens- und Handelsmoment • Die Möglichkeit der nichtsprachlichen Kommunikation • In der Musik kann etwas ausgedrückt werden, wofür die Klienten keine Worte haben. • Averbale Therapieanteile • Nichtsprachlich • Ergänzung der verbalen Verfahren um nonverbalen Zugang. Dadurch andere Ebenen der Interaktion möglich. • Extraverbales Kommunikationsmedium • Nonverbal • Bei besonders schweren Störungen bietet der nonverbale Zugang viele Möglichkeiten. • Sowohl körperliche als auch emotionale Erfahrungen können auf einer nichtsprachlichen Ebene gemacht werden. • Gegebenenfalls schafft Musiktherapie auch da Ausdrucks- und Kommunikationsräume, wo verbale Sprache nicht, noch nicht oder nicht mehr möglich ist. • Sprache für einen Behandlungserfolg nicht notwendig • Musiktherapie schafft einen einzigartigen Zugang zur Innenwelt des Patienten und ermöglicht auf einzigartige Weise dessen Ausdruck. Kein Gespräch kann das.
Verbindung von Musik und Sprache
• Mit und ohne Worte

Wahrnehmung von Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren

• Multimodales • Es lässt sich direkt über das unmittelbar Erlebte sprechen und dies integrieren. • Erfahrungen können im Gespräch reflexiv ins Bewusstsein gehoben werden. • Dass Musiktherapie sowohl im Erleben und auf der Handlungsebene als auch im Gespräch über das Erleben und das Geschehen seine Wirkung hat. • Verwertungswege von Emotionalität werden erarbeitet.
Vorsprachliches
• Frühkindliche Bedürfnisse, Schäden, Fähigkeiten können erkannt und nichtsprachlich bearbeitet werden. • Kontakt im regressiven Raum • Frühe Erfahrungen und noch nicht rational erfassbare Erfahrungen können bearbeitbar werden. • Besonderes Potential der psychotherapeutischen Arbeit im vorsprachlichen Bereich/mit Störungen, die in den vorsprachlichen Bereich zurückreichen.
KREATIV UND SPIELERISCH
• Kreativ • Kreatives Verfahren • Kreative Therapieanteile • Kreatives, ressourcenorientiertes Verfahren • Kreativität • Bedeutung der Kreativität als Element gesunder Lebensgestaltung und des Selbstaushdrucks • Ästhetisches Erleben • Musiktherapie ermöglicht über das Vorgehen mit einem künstlerischen Medium kreative, schöpferische Erfahrung. • Entfaltung, Kreativität, Spielräume mit Homo Ludens • Der freie Ausdruck der Klienten • Musikalisches Probandeln in einem sicheren Spielraum • Die Möglichkeit spielend zu lernen • Möglichkeit, die therapeutische Beziehung spielerisch zu erforschen und darüber über Beziehungsgestaltung zu lernen
KÖRPER
• Einbezug von Körper und Sinnen. • Erlebnis- und körperorientierter Zugang • Körperlich • Die Körpernähe der Musiktherapie und darüber der einfachere Zugang zu Körpersymptomen als bei Gesprächstherapie • Instrumente als Hilfsorgane, als Erweiterung des Körpers.
SONSTIGES
• Stärkung der Patient*innen-Identität und Eigenverantwortung sowie der Ausdrucksfähigkeit • Integratives Menschenbild • Keine Festlegung auf pathologische Ketten, sondern auf Ressourcen • Nicht festgelegt auf eine Ideologie (bestenfalls), Verbindung anerkannter Verfahren • Musikmedizinische Aspekte • Mehr als 40-jährige Lehre an Hochschulen und Universitäten • Mittlerweile deutlich verbesserte Evidenzlage • Aufnahme in S3-Leitlinien • Praktische Umsetzung an vielen (Universitäts-)Kliniken als Bestandteil des Behandlungsspektrums • Geeignet für Klientel, das ansonsten unterversorgt ist • Klare Abgrenzung von Kunsttherapie HFP Richtung Musiktherapie • Neurobiologisch • Wahrnehmungsbasiertes Verfahren • Neurologische Plastizität • Skills-Anwendung • Interdisziplinäre Forschungen • Die ganzheitliche Entwicklung des Menschen wird gefördert • Sinnhaftigkeit

14.2 Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen Personen bedanken, die mir während des Schreibens dieser Masterarbeit geholfen und mich immer wieder motiviert haben.

Zuerst gehört mein Dank meiner Mentorin Dr. sc. mus. Sandra Lutz Hochreutener, die mich während der Erstellung dieser Arbeit mit viel Geduld unterstützt hat und durch ihre hilfreichen Anregungen zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen hat.

Weiter möchte ich meiner Zweitgutachterin Dr. med. Felicitas Sigrist für das Durchlesen des Entwurfs dieser Arbeit und die wertvollen Inputs danken.

Ebenfalls möchte ich Noemi Blumer danken, die die Arbeit ebenso durchgelesen hat und mich zudem immer wieder durch Gespräche und motivierende Worte unterstützt hat.

Zuletzt möchte ich mich bei Marion Amenda bedanken, die mir ebenfalls immer wieder motivierende Worte zugesprochen hat.

14.4 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Kathrin Heiniger, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, dass ich sie zuvor an keiner anderen Hochschule und in keinem anderen Studiengang als Prüfungsleistung eingereicht habe und dass ich keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Winterthur, 16. 11. 2023

Ort und Datum

K. Heiniger

Unterschrift