Universitätsklinikum Ulm

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Harald Gündel

# Die Rolle der Musiktherapie und ihre Bedeutung für den Behandlungsprozess aus Sicht der Patienten einer psychosomatischen Tagesklinik – eine qualitative Studie

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der

Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

vorgelegt von

Sandra Schneider

aus Sindelfingen

2018

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. phil. Jörn von Wietersheim

2. Berichterstatter: PD Dr. med. habil. Gottfried Müller

Tag der Promotion: 06.06.2019

# INHALTSVERZEICHNIS

**Abkürzungsverzeichnis**……III

**1. Einleitung** ..... 1

1.1 Definition von Musiktherapie ..... 1

1.2 Neurobiologische Wirkweise von Musik ..... 2

1.3 Wirkung und Wirksamkeit der Musiktherapie in verschiedenen Disziplinen der Medizin ..... 3

1.4 Qualitative Inhaltsanalyse als Methodik in dieser Arbeit ..... 5

1.5 Wirkfaktoren in der Gruppentherapie und ihre Entwicklung durch Yalom ..... 6

1.6 Wirkfaktoren in der Musiktherapie ..... 8

1.7 Fragestellung ..... 9

**2. Daten und Methodik** ..... 11

2.1 Problemzentriertes Interview nach Witzel ..... 11

2.2 Studienplanung ..... 12

2.3 Rahmenbedingungen ..... 13

2.4 Interviewleitfaden ..... 13

2.5 Rekrutierung des Patientenkollektives ..... 14

2.6 Durchführung des PZI ..... 16

2.7 Transkription ..... 17

2.8 Prinzip und Durchführung der Kodierung ..... 17

2.9 Erster deduktiver Kodiervorgang ..... 21

2.10 Zweiter induktiver Kodiervorgang auf der Basis der Transkripte ..... 25

2.11 Kodieren mittels der Software ATLAS.ti ..... 29

**3. Ergebnisse** ..... 31

3.1 Kodierung nach Wirksamkeitsfaktoren von Yalom ..... 31

3.2 Kodierung nach Musiktherapie-spezifischen Wirkfaktoren ..... 43

**4. Diskussion** ..... 59

4.1 Diskussion der Methodik ..... 59

4.2 Diskussion der Ergebnisse ..... 62

4.3 Konsequenzen und Ausblick ..... 68

**5. Zusammenfassung** ..... 70

**6. Literaturverzeichnis** ..... 72

**Anhang** ..... 76

**Danksagung** ..... 89

**Curriculum Vitae** ..... 90

# ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

| | |
|---|---|
| a.a.O. | am angegebenen Ort |
| abs. | absolut |
| ATLAS.ti | Archiv für Technik, Lebenswelt und Alltagssprache - Textinterpretation. Programm zur computerunterstützten qualitativen Forschung |
| Aufl. | Auflage |
| ebd. | ebendort |
| Entw. | Entwicklung |
| ggü | gegenüber |
| HU | hermeneutic unit |
| ICD-10 | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision |
| Max | Maximum |
| Min | Minimum |
| MT | Musiktherapie |
| Mw | Mittelwert |
| PZI | problemzentriertes Interview |
| rel. | relativ |
| SD | Standardabweichung (standard deviation) |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| Sub: | Subcode |
| TGPRS | „therapist group processing rating scale” |
| WIMU-G | Fragebogen zur empirischen Ermittlung der Wirkfaktoren in der Musiktherapie |

# 1. Einleitung

## 1.1 Definition von Musiktherapie

„Music therapy is a systematic intervention that uses music experiences and the relationships that develop through these to promote health “(Bruscia 1998).

Durch unterschiedliche musikalische Betätigungen, wie zum Beispiel die freie, oder strukturierte Improvisation, durch das Spielen einfacher Instrumente oder das Singen gelingt es Patienten und Therapeuten, in Kontakt zu treten und eine musikalische Verbindung herzustellen (Gold et al. 2009).

„Musiktherapie ist eine praxisorientierte Wissenschaftsdisziplin, die in enger Wechselbeziehung zu verschiedenen Wissenschaftsbereichen steht, insbesondere der Medizin, den Gesellschaftswissenschaften, der Psychologie, der Musikwissenschaft und der Pädagogik. In der Musiktherapie ist Musik Gegenstand und damit Bezugspunkt für Patient und Therapeut in der materialen Welt. An ihm können sich Wahrnehmungs-, Erlebnis-, Symbolisierungs- und Beziehungsfähigkeit des Individuums entwickeln. Rezeption, Produktion und Reproduktion von Musik setzen intrapsychische und intrapersonelle Prozesse in Gang und haben dabei sowohl diagnostische als auch therapeutische Funktion. Das musikalische Material eignet sich, Ressourcen zu aktivieren und individuell bedeutsame Erlebniszusammenhänge zu konkretisieren, was zum Ausgangspunkt für weitere Bearbeitung genommen wird.“ (Mecklenbeck 2002). Mit wachsender Evidenzbasis gewinnt die Musiktherapie eine zunehmende Verbreitung als unterstützende Maßnahme im medizinischen Behandlungsalltag (Hanser 2014).

Timmermann beschreibt die Musiktherapie als eine Form der Psychotherapie, in welcher Musik als zusätzliches Medium zur Sprache verwendet wird und dabei „als Brücke zwischen Unsagbarem und Sagbarem“ Verwendung findet (Timmermann 2004).

Sie eignet sich besonders für Patienten mit Einschränkungen der verbalen Kommunikationsfähigkeit (sowohl funktioneller als auch organischer Natur) geeignet, denn sie „ermöglicht auch dort Kontakt und Begegnung, wo Sprache eingeschränkt ist oder fehlt“ (Hegi-Portmann et al. 2006, Übersetzung durch die Doktorandin)**.** Vor dem Hintergrund des Umstandes, dass Musik eine Vielzahl von Gehirnarealen beansprucht, welche an Emotionen, Motivation, Kognition und moto-

rischen Funktionen beteiligt sind, wurden musikalische Interventionen verwendet, um die Sozialisation und die kognitiven, emotionalen und neuromotorischen Funktionen zu verbessern (Raglio et al. 2016). Rezeptive Ansätze verwenden die malerische Gestaltung von gehörter Musik oder das Hören von Musik, um günstige psychologische Effekte oder Emotionen hervorzurufen und zu verarbeiten. Rehabilitative Ansätze, wie die neurologische Musiktherapie (NMT), beziehen sich auf neurowissenschaftliche Modelle und nutzen vor allem das Potenzial von Musikreizen zur Aktivierung von Hirnstrukturen, um sensorische, kognitive und motorische Dysfunktionen neurologischer Art therapeutisch zu nutzen, welche im Rahmen von neurologischen Erkrankungen auftreten (Raglio 2015).

## 1.2 Neurobiologische Wirkweise von Musik

Die moderne Neurowissenschaft hat gezeigt, dass Musik ein hochkomplexer und präzise organisierter Stimulus ist, der mit dem menschlichen Gehirn interagiert und die synaptische Plastizität und das neuronale Lernen im Gehirn moduliert (Abbott 2002). Sie ist ein leistungsfähiges Werkzeug, um die Neuroplastizität im Gehirn zu verbessern (Stegemöller et al. 2014).

Musikalische Verarbeitung beginnt mit der Übertragung akustischer Information über das Außen- und Mittelohr zur Cochlea, wo die Schwingung des musikalischen Klanges in neuronale Aktivität umgewandelt und zum auditorischen Hirnstamm weitergeleitet wird. Dort werden die Signale verarbeitet und über den Thalamus an den auditorischen Kortex projiziert. Der auditorische Kortex verarbeitet spezifische auditorische Informationen wie: Tonhöhe, Chromatik, Klangfarbe, Intensität und Rauigkeit. Diese Komponenten der Musik werden von verschiedenen, hierarchisch miteinander verbunden Gehirnregionen verarbeitet, wodurch Erinnerungen, emotionale Reaktionen und Verhaltensreaktionen entstehen. (Lin S-T et al. 2011).

Vor dem Hintergrund neurobiologischer Untersuchungen der Wirkung von Musik auf neuronale Korrelate entwickeln sich Theorie und Praxis der Musiktherapie zunehmend von einem sozialwissenschaftlichen hin zu einem neurowissenschaftlich geleiteten Modell. Dieser Paradigmenwechsel hat das Potenzial, die Rolle der Musiktherapie in Rehabilitation und Therapie zu stärken. Es gibt starke physiologische Belege dafür, dass der gehörte Rhythmus als sensorischer Zeitgeber wirkt

und über die Wirkung auf zerebrale Abläufe die zeitliche Abfolge, den Ablauf und die Koordination von Bewegungen beeinflusst. Auch die Wiederherstellung von Sprachfunktionen kann durch Musik erleichtert werden. (Thaut 2005).

## 1.3 Wirkung und Wirksamkeit der Musiktherapie in verschiedenen Disziplinen der Medizin

### Kardiologie

Chan u. Mitarbeiter beschrieben eine randomisierte kontrollierte Studie mit 66 Teilnehmern, in welcher die Wirkung des Musikhörens während einer unangenehmen kardiologischen Prozedur untersucht wurde. Die Autoren berichteten, dass das Hören vom Patienten gewählter „weicher, langsamer, nicht-lyrischer Musik“ im Vergleich zu einer Untersuchung ohne Musik zu einer signifikanten Reduktion des systolischen Blutdruckes sowie der Herz- und Atemfrequenz führte (Chan et al. 2007). Dieses könnte als Hinweis auf verbesserte Entspannung oder reduzierten Schmerz gewertet werden.

### Neurologie

In Bezug auf neurologische Störungen kann Musiktherapie die funktionelle Restitution fördern und helfen, mit sozialen und psychologischen Folgen umzugehen (Maratos et al. 2008). Guetin und Mitarbeiter beschrieben in Bezug auf Patienten mit Morbus Alzheimer, dass Interventionen wie die Musiktherapie dazu beitragen können, funktionelle, kognitive und sensorische Fähigkeiten sowie emotionale und soziale Fähigkeiten zu erhalten oder zu rehabilitieren und die Schwere mancher Verhaltensstörungen zu reduzieren (Guetin et al. 2013). Dies wurde durch Jiménez-Palomares und Mitarbeiter bestätigt, die feststellten, dass die Musiktherapie ältere Menschen mit Demenz positiv beeinflusst, indem sie das Verhalten und die kognitive Leistungsfähigkeit sowie die soziale Beteiligung verbessert (Jiménez-Palomares et al. 2013). Auch Rickard und Mitarbeiter beschrieben, dass Musik die kognitive Leistungsfähigkeit bei Patienten mit Demenz fördern kann, da Musik die Ablenkung reduzieren, die Aufmerksamkeit verbessern, die Angst verringern und die Aktivierung des zentralen Nervensystems bei diesen Patienten

steigern kann (Rickard et. al. 2005). Bei intensivpflichtigen Patienten kann Musik die Schlafqualität verbessern und die Schmerzen verringern. Dies kann zu einer Verringerung der Notwendigkeit von Sedativa und zu einem besseren Weaning bei beatmeten Patienten führen und somit zu einer schnelleren Genesung beitragen (Mofredi et al. 2016). Aus der musiktherapeutischen Forschung an Patienten mit einem idiopathischen Parkinson Syndrom wird die Bedeutung des Rhythmus, der die Ausführung synchroner Bewegungen fördere und gleichzeitig die Bewegungsfreiheit erhalte, berichtet. Dieser erleichtere die Integration von psychologischen Aspekten und motorische Funktionen (Geschwindigkeit und Flüssigkeit von Bewegungen, insbesondere der oberen Extremitäten). Interventionen mit Musik könnten auf diese Weise wichtige Ansatzpunkte für die Rehabilitation von Parkinsonpatienten bieten (Raglio 2015). Kamioka et al. beschrieben in einer Zusammenfassung systematischer Übersichten, dass Musiktherapie die globale und soziale Funktion bei schweren psychischen Störungen im Rahmen neurologischer oder neurodegenerativer Erkrankungen, die motorischen Symptome bei Patienten mit einem idiopathischen Parkinsonsyndrom sowie depressive Symptome und Schlafqualität neurologischer Patienten verbessern kann (Kamioka et al. 2014).

**Psychiatrie**

Musiktherapie ist eine Option innerhalb der kreativen Therapien, zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit schweren und dauerhaften psychischen Erkrankungen beizutragen (Grocke et al. 2008). Ergebnisse aus einzelnen randomisierten Studien legen nahe, dass Musiktherapie von Menschen mit Depressionen akzeptiert wird und mit Stimmungsverbesserungen einhergeht. (Maratos et al. 2008). Als Ergänzung zur Standardversorgung hilft sie Patienten mit Schizophrenie, ihren Allgemeinzustand zu verbessern und kann auch den psychischen Zustand und die Funktionsfähigkeit verbessern, wenn eine ausreichende Anzahl von Musiktherapiesitzungen zur Verfügung gestellt wird (Gold et al. 2009). Sie hilft zusätzlich Patienten mit Schizophrenie, ihren globalen und mentalen Zustand (einschließlich negativer Symptome) sowie ihre soziale Funktion zu verbessern (Mössler et al. 2011).

### Palliativmedizin

Musiktherapie kann ein wirksamer nicht-pharmakologischer Ansatz zur Behandlung belastender Symptome bei Palliativpatienten sein (McConnell u. Porter 2017). Für unheilbar kranke Patienten kann die verbale Äußerung ihrer Emotionen zu schwierig oder bedrohlich sein. In fortgeschrittenen Stadien onkologischer Erkrankungen können zum Beispiel Sprachbehinderungen durch Hirnschäden eintreten, welche Patienten daran hindern ihre Gefühle, Gedanken und Bedürfnisse verbal auszudrücken. Andere Patienten zögern vielleicht, ihre Gefühle offen auszudrücken. Diese Patienten können von der Musiktherapie profitieren, da es ihnen ein "alternatives, kreatives und nicht-bedrohliches Medium gibt, durch das sie ihre Emotionen erleben und ausdrücken können" (Hogan et al. 1999).

Dileo und Mitarbeiter beschrieben in einer Metaanalyse positive Effekte auf Schmerz, Übelkeit, Erbrechen, Angst, Depression, Stimmung sowie Wohlbefinden bei onkologischen und AIDS-Patienten unter dem Einsatz von Musik in der palliativen Versorgung (Dileo et al. 2005).

Bradt und Mitarbeiter beschrieben, dass Musiktherapie und musikalische Interventionen eine positive Wirkung auf Angst, Schmerz, Stimmung, Lebensqualität, Herzfrequenz, Atemfrequenz und Blutdruck bei onkologischen Patienten haben können (Bradt et al. 2011).

Schröder führt in ihrer Dissertation: „Wirkfaktoren in der Musiktherapie und der Einfluss externer Variablen auf das Erleben der Therapie“ eine große Zahl von medizinischen Fachgebieten und Krankheitsbildern an, bei denen die Musiktherapie Anwendung findet (Schröder 2016).

## 1.4 Qualitative Inhaltsanalyse als Methodik in dieser Arbeit

„Techniken qualitativer Inhaltsanalyse sind in den Sozialwissenschaften zu einer Standardmethode der Textanalyse geworden“ (Mayring 2008). Sie ermöglicht es, Daten qualitativ zu analysieren und auch quantitative Zählungen der Codes zu interpretieren (Morgan 1993).

Die Inhaltsanalyse umfasst eine systematische Kodierung und Kategorisierung von Erzählmaterialien, um Muster zu identifizieren (Mayring 2008, Morgan 1993).

Qualitative Inhaltsanalyse kann entweder induktiv oder deduktiv verwendet werden. Sowohl die induktive als auch die deduktive Inhaltsanalyse umfasst drei Hauptphasen: Vorbereitung, Organisation und Berichterstattung der Ergebnisse. Die Vorbereitungsphase besteht darin, geeignete Daten für die Inhaltsanalyse zu sammeln, die Daten zu verstehen und die Analyseeinheit auszuwählen. Beim induktiven Ansatz umfasst die Organisationsphase offenes Codieren, Erstellen von Kategorien und Abstraktion (Elo u. Kyngäs 2008). Bei der deduktiven Inhaltsanalyse umfasst die Organisationsphase die Entwicklung einer Kategorisierungsmatrix, bei der alle Daten auf ihren Inhalt überprüft und für die Übereinstimmung mit oder die Veranschaulichung der identifizierten Kategorien kodiert werden (Neale 2016).
Eva Phan Quoc schreibt, dass qualitative Verfahren nach einer subjektiven Nachvollziehbarkeit der Interpretationen suchen. Man versuche die Gültigkeit der Aussagen durch das Heranziehen verschiedener Perspektiven und Informationsquellen zu gewährleisten. „Um die musiktherapeutische Improvisation in ihrer Komplexität und Ganzheit zu erfassen, halte ich eine Synthese von qualitativen und quantitativen Methoden für sehr sinnvoll.“ (Phan Quoc 2007). „Ebenso wie die … quantitativen sind auch qualitative Verfahren zur Erfassung und Beschreibung der musiktherapeutischen Improvisation auf das menschliche Urteil als Beschreibungsinstrument angewiesen. Dabei steht jedoch nicht so sehr eine größtmögliche Objektivität, sondern [die] subjektive Nachvollziehbarkeit der Interpretationen im Vordergrund. Die Gültigkeit der Aussagen soll durch die Heranziehung unterschiedlicher Perspektiven und Informationsquellen gewährleistet werden.“ (Phan Quoc 2007). Eine Grundannahme der Musiktherapie sei, dass die freie Improvisation die unmittelbare Vermittlung emotionaler Inhalte ermögliche, da sie erlaube, auf einer ursprünglicheren, präverbalen Ebene zu interagieren (Phan Quoc 2007).

### 1.5 Wirkfaktoren in der Gruppentherapie und ihre Entwicklung durch Yalom

Rosenzweig beschrieb bereits 1936, dass alle Formen der Psychotherapie bis zu einem gewissen Grad eine geringe Anzahl „wirksamer Inhaltsstoffe“ zu teilen scheinen. In seiner damaligen Arbeit „Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy“ überprüfte er die Daten, die von den damals aktuellen Formen der Psychotherapie präsentiert wurden, und argumentierte, dass die Theorien, die die

Veränderungsprinzipien in jeder Psychotherapie beschreiben, nicht ausreichen, um diese tieferen gemeinsamen Faktoren zu erfassen (Rosenzweig 1936).

Klapman beschrieb in seinem Buch von 1946, dass sich Konzepte, Theorien und Praktiken der Gruppenpsychotherapie zwar noch in ihrem ursprünglichen und fließenden Zustand befinden würden, sah aber in ihren Praktiken und Theorien noch viel Erarbeitungspotenzial. Er hoffte mit seiner Arbeit ein Fundament für weitere und reichere Erkundungen der Therapiemethode zu schaffen (Klapman 1946).

Im weiteren Verlauf versuchten Corsini und Rosenberg im Rahmen einer Metaanalyse, in welcher sie etwa 300 Artikel in der Literatur der Gruppenpsychotherapie untersuchten, gemeinsame Begriffe zu finden, die sich auf die Durchführung dynamischer Therapieverfahren beziehen. Sie erhielten dabei 200 Kategorien, welche sie nach Prüfung in neun allgemeine Klassen und eine weitere Klasse zusammenfassten. Die neun allgemeinen Klassen konnten im weiteren Verlauf auf drei zugrunde liegende Dimensionen reduziert werden. Zum einen nannten sie einen intellektuellen Faktor, bestehend aus Universalisierung, Intellektualisierung und Beobachtungsgabe „spectator therapy“. Des Weiteren führten sie einen emotionalen Faktor an, bestehend aus Akzeptanz, Altruismus und Übertragung. Zuletzt berichteten sie einen aktionsbezogenen Faktor, der aus Realitätsprüfung, Interaktion und Erörterung besteht. Sie beschrieben diese Ergebnisse als nützlich um eine bessere Kommunikation zwischen Gruppentherapeuten zu ermöglichen und sahen sie als Grundlage für weitere Forschung hinsichtlich der Grundkomponenten der Gruppentherapie (Corsini u. Rosenberg 1955). Schließlich erfolgte durch Yalom eine Fortführung und Weiterentwicklung der Klassifikation, welche in seinem Buch 1975 erstmals veröffentlicht wurde. Er formulierte nach Untersuchung von 20 Patienten mit erfolgreicher Gruppenpsychotherapie und nach Befragung der behandelnden Psychotherapeuten mittels eines Fragebogens zu den Primärfaktoren und Interviews zum einen zwölf Kategorien aus Patientensicht, welche die elf Primärfaktoren auf Therapeutenseite bestätigten und ergänzten (Yalom 1975). Das Buch von Yalom sei das weiterhin am häufigsten zitierte Werk im Bereich der Gruppenpsychotherapie (Bloch u. Crouch 1981)

## 1.6 Wirkfaktoren in der Musiktherapie

In den letzten Jahren und Jahrzehnten gab es eine Vielzahl an Untersuchungen zur Erforschung von spezifischen musiktherapeutischen Wirkfaktoren. Als erster beschäftigte sich Strobel mit möglichen Wirkfaktoren in der Musiktherapie. In seinem Artikel „Von der Musiktherapie zur Musikpsychotherapie – Kann aus der Musiktherapie eine anerkannte Form von Psychotherapie werden?“ beschrieb er folgende Aspekte, die spezifisch für die Musiktherapie gelten: Nonverbale Kommunikation, Transformation, Agieren in freier Improvisation, nonverbales Durcharbeiten, symbolischer Ausdruck, Symbiose, die Erfahrung des Ganzen, Katharsis und die Musiktherapeutin als reales Gegenüber (Strobel 1990).

Von Danner und Oberegelsbacher wurden weitere Ansätze veröffentlicht. Auf der Basis eines initial von Strupp entwickelten und im Verlauf von Kächele und Mitarbeitern modifizierten Fragebogens wurde von ihnen ein Fragebogen zur Ermittlung der Wirkfaktoren der Musiktherapie entwickelt, der sogenannte „WIMU-G“. Mit ihm sollten Wirkfaktoren aus der Sicht von Teilnehmern musiktherapeutischer Gruppen erhoben werden. Der ermittelte Faktor: „Ausdruck, Darstellung und Kommunikation mittels Musik“ stellte mit einer Varianzaufklärung von 42 % den wichtigsten Faktor dar; hiermit wurde erstmals die Rolle spezifischer musiktherapeutischer Wirkfaktoren quantifiziert (Danner u. Oberegelsbacher 2001). Smeijsters hatte zuvor angemerkt, dass Musiktherapie vor allem für Situationen geeignet wäre, in denen andere Therapieformen bislang nicht zu Effekten geführt hätten. Er beruft sich vor allem auf die nonverbale Arbeit in der Musiktherapie (Smeijsters 1999). Durch Goldberg und Mitarbeiter erfolgte die erste Publikation einer die Gruppentherapie und Musiktherapie vergleichenden Studie. Diese Studie wurde an 61 Patienten durchgeführt, welche sich in psychiatrischer Kurzzeitbehandlung befanden. Während die Therapeuten zum einen eine Bewertung der Gruppe mittels TGPRS und zum anderen mittels des Global Assessment Scale durchführten, erhielten die Patienten einen Fragebogen, in welchem sie die zwölf Wirkfaktoren von Yalom in einer Skala von „am meisten bis am wenigsten hilfreich“ einschätzen sollten. Zusätzlich sollten die Patienten ihre Zufriedenheit mittels eines Rankings von 1-7 bewerten. Interessanterweise wurden in der Patientenbewertung die Faktoren Altruismus, Katharsis sowie interpersoneller Output in der verbalen Gruppe

niedriger gewertet als in der musiktherapeutischen Gruppe. Aus Sicht der Therapeuten lagen im durchgeführten TGPRS in der musiktherapeutischen Gruppe höhere Werte für Interaktion zwischen den Patienten, Einsicht, höhere emotionale Expressivität, Katharsis und Kreativität vor (Goldberg et al. 1988). De l'Etoile konnte eine signifikante Bedeutung des Yalom'schen Wirkfaktors „Gruppenkohäsion" für die Musiktherapie zeigen (de l'Etoile 2002).

Schröder gelang es in ihrer Dissertation, spezifische und unspezifische Wirkfaktoren der Musiktherapie zu benennen und Variablen in Bezug auf das Erleben der Musiktherapie darzustellen. In Ihrer Arbeit überprüfte sie die Faktorenstruktur des Fragebogens WIMU-G, um sie mit den Ergebnissen der oben angeführten Studie von Danner und Mitarbeitern (2001) zu vergleichen. Hierdurch konnten mit einer Varianzaufklärung von insgesamt 46 % folgende Wirkfaktoren herausgearbeitet werden: positive Funktionen von Musik, positive Funktion der Patienten-Therapeut-Beziehung, positive Funktion der Gruppe, positive Funktion des aktiven Musizierens. Im Vergleich zur Studie von Danner und Mitarbeitern (2001) konnte die Anzahl der Faktoren auf 4 reduziert werden, und es zeigte sich aufgrund einer höheren Stichprobenzahl sowie einer Erhebung am Therapieende eine möglicherweise höhere Aussagekraft. Insgesamt konnten hierbei erneut sowohl spezifische und unspezifische Wirkfaktoren der Musiktherapie benannt und Variablen in Bezug auf das Erleben der Musiktherapie dargestellt werden (Schröder 2016). Zur Wirksamkeit von Musiktherapie analysierten Argstatter und Mitarbeiter 14 Meta-analysen zu einem großen Spektrum musiktherapeutischer Anwendungsfelder und Zielgruppen. Sie konnten für musiktherapeutische Interventionen eine Effektstärke von 0,8 im Vergleich zu einer nichtbehandelten Kontrollgruppe zeigen (Argstatter et al. 2007). Auch Pešek veröffentlichte eine Meta-Analyse zur Effektivität von Musiktherapie und konnte hier eine Effektstärke von 0,77 zeigen, welche mit der mittleren Effektstärke für Psychotherapie (0,85) vergleichbar ist (Pešek 2007).

## 1.7 Fragestellung

In verschiedenen Studien wurden Wirkfaktoren für die Musiktherapie gefunden. Jedoch waren diese immer sehr allgemein formuliert, und es konnten bislang keine

einheitlichen Wirkfaktoren festgelegt werden. Auch die Erhebungsmethoden waren sehr unterschiedlich.

Als Ergänzung zu diesen Befunden sollte in der vorliegenden Arbeit das subjektive Erleben der Patienten im Vordergrund stehen und im Interview erfasst werden. Mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse sollte geprüft werden, ob sich aus der Sicht des befragten Patientenkollektives die Yalom‘schen Wirkfaktoren für die Musiktherapie bestätigen lassen und ob weitere für die Musiktherapie spezifische Wirkfaktoren belegt werden können.

## 2. Daten und Methodik

Da das Ziel der Studie sein sollte, die subjektive Wahrnehmung der Musiktherapie aus Sicht des Patienten zu erhalten, wurde nach sorgfältiger Prüfung und Abwägung der verschiedenen Möglichkeiten die Durchführung von problemzentrierten Interviews nach Witzel (1982, 1989, 2000) und die Auswertung der Daten mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) festgelegt. Für diese prospektive klinische Studie wurde bei der zuständigen Ethikkommission der medizinischen Fakultät der Universität Ulm ein Ethikantrag gestellt *(Antrag-Nr. 27/12)*. Der Ethikantrag wurde am 06.02.2012 verhandelt und positiv beschieden.

### 2.1 Problemzentriertes Interview nach Witzel

Das problemzentrierte Interview (PZI) wurde in den 1980er Jahren von A. Witzel (1982, 1989, 2000) entwickelt. Als Grundlage dient die qualitative Forschung. Durch einen Wechsel zwischen Deduktion und Induktion sollen offenes und theoriegeleitetes Vorgehen verbunden werden. Die interviewten Personen sollen mittels Anregung zum Erzählen die Möglichkeit erhalten, ihre Standpunkte und Anschauungen ohne weitere Einengung darzustellen und zu entwickeln.

Für das PZI wurde, wie von Witzel (2000) empfohlen, ein Leitfaden erstellt, der sich in vier Teile gliedert: eine vorformulierte Einleitungsfrage, allgemeine Sondierungen, spezifische Sondierungen und Ad-hoc-Fragen.

Begonnen wird in der Regel mit einer offenen Einstiegsfrage. Die formale und inhaltliche Ausgestaltung wird hierbei dem Interviewten überlassen. Der Interviewte soll das Gespräch offen mitentwickeln, ohne dass initial ein konkreter Fokus vorgegeben wird.

Im Verlauf folgen detailorientiertere Nachfragen, welche das subjektive Erleben des Interviewten zu der betreffenden Thematik weiter extrahieren sollen. Der Interviewer soll hier auf Aussparungen und Verzerrungen eingehen, um fehlende Informationen zu erhalten. Dies soll mittels detailfördernder Nachfragen geschehen, welche dem Interviewten dabei helfen sollen, sich auf die Thematik des Interviews zu fokussieren.

Mit Hilfe der spezifischen Sondierung sollen im Rahmen eines problemzentrierten Interviews bisher berichtete Inhalte logisch folgernd aufeinander bezogen werden, mit dem Ziel, bislang unvollständige Informationen weiter und genauer nachvollziehen zu können.

Dies wird mithilfe dreier Formen der spezifischen Sondierung erreicht:

1. Zurückspiegelung, bei welcher der Interviewer Inhalte des Interviews zusammenfasst, um diese dann bestätigen, vervollständigen oder korrigieren zu lassen.
2. Verständnisfragen, bei welchen der Interviewer ausweichende oder widersprüchliche Inhalte aufdeckt.
3. Konfrontation, bei welcher der Interviewer den Interviewten auffordert, näher auf gesagte Inhalte einzugehen, um ihn auf Widersprüche aufmerksam zu machen.

Spezifische Sondierungen erfordern, wie Witzel im Hinblick auf die Konfrontation bemerkt, ein „gutes Vertrauensverhältnis“ (Witzel 2000). Eine angenehme Gesprächsatmosphäre ist wesentlich.

Zum Abschluss des Interviews werden gegebenenfalls einige vorab mithilfe eines Leitfadens erarbeitete Fragen gestellt, sofern der Interviewte im freien Teil des Interviews wichtige Themen vermieden hat. Da ad hoc entschieden wird, diese Fragen zu stellen, werden sie als Ad-hoc-Fragen bezeichnet. Es kann einfacher sein, manche Fragen zu beantworten, wenn sich zuvor eine vertrauensvolle Kommunikationssituation entwickelt hat. Aus diesem Grund werden diese Fragen zum Schluss gestellt; zudem kann erst am Ende des Interviews definitiv beurteilt werden, welche Themen der Interviewte vermeidet. Der wesentliche Zweck der Ad-hoc-Fragen ist, eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den Interviews zu erzielen.

## 2.2 Studienplanung

Auf der Basis der Theorie des problemzentrierten Interviews wurde von der Doktorandin in Zusammenarbeit mit dem wissenschaftlichen Betreuer und den Musiktherapeutinnen ein Interviewleitfaden entwickelt.

Primär wurden Rahmenbedingungen für die Interviewdurchführung besprochen.

Dabei stellten sich folgende Fragen:

- Zu welchem Zeitpunkt der Therapie sollen die Interviews durchgeführt werden?
- Sollen mehrere Interviews zu mehreren Zeitpunkten durchgeführt werden?
- Wie erfolgt die Rekrutierung der Patienten?
- Welche Ein- und Ausschlusskriterien werden definiert?

Dies sollen nun im Folgenden näher erläutert werden.

## 2.3 Rahmenbedingungen

Damit die Patienten ihre Eindrücke hinsichtlich der Musiktherapie auch im Vergleich zu anderen Therapien ausreichend gut schildern konnten, empfahl es sich, die Interviews mit Beendigung der Therapie durchzuführen. Die Patienten hatten somit alle bei Durchführung des Interviews eine Behandlung über 6-8 Wochen erhalten.

## 2.4 Interviewleitfaden

Der weitere Verlauf der Vorbereitungsphase befasste sich mit der Entwicklung eines Interviewleitfadens. Die Fragen sollten dem System des oben beschriebenen problemorientierten Interviews entsprechen mit dem Ziel, die subjektive Wahrnehmung der Musiktherapie durch den Patienten möglichst genau zu erfassen. Sie sollten sowohl das Erleben der Musiktherapie zu Beginn und Ende der Therapie erfassen als auch nachvollziehbar machen, wie die Patienten die Musiktherapie speziell im Vergleich zu anderen Therapien erlebten. Einige Fragen beschäftigten sich auch damit, welche Aspekte der Musiktherapie gegebenenfalls für den Patienten einen besonderen Stellenwert hatten. Weitere Fragen beschäftigten sich mit der Wahrnehmung therapeutischer Aspekte in der Musiktherapie. Zuletzt wurden auch das Erleben des Therapeuten sowie musikalische Vorerfahrung und Erfahrungen mit der Therapieform erfragt, um mögliche Verzerrungsfaktoren zu ermitteln. Der fertiggestellte Interviewleitfaden wird in Anhang 1 dargestellt.

## 2.5 Rekrutierung des Patientenkollektives

Von 02/2012 bis 09/2012 wurden sämtliche in diesem Zeitraum behandelten Patienten der Tagesklinik der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie für die Studie rekrutiert. Die Patienten wurden zu Beginn ihrer Therapie durch die Doktorandin über die Studie informiert. Es erfolgte eine ausführliche und vollständige Darlegung des Studienzieles, des Interviewablaufes sowie die Aushändigung eines Informationsblattes für Patienten sowie der Einwilligungserklärung (s. Anhang 2+3). Zusätzlich wurden die Patienten in der ersten Therapiestunde durch die Musiktherapeutinnen auf die Studie hingewiesen, und es lagen im Musiktherapieraum Informationsunterlagen aus. Jeder Patient wurde gebeten, sich zur Teilnahme zu äußern. Bei Interesse und Teilnahmewunsch konnte die Doktorandin kontaktiert werden, um einen Interviewtermin zu vereinbaren.

### 2.5.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterium war eine Behandlung in der Tagesklinik der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie während des o.g. Zeitraums. Ausgeschlossen wurden Patientinnen und Patienten, die der Untersuchung nicht zustimmten oder deren Behandlungsdauer in der Tagesklinik weniger als 6 Wochen betrug. Zusätzliches Ausschlusskriterium war eine nachträglich zurückgezogene Einwilligung.

### 2.5.2 Endgültige Stichprobe

Während des o.g. Zeitraumes wurden in der psychosomatischen Tagesklinik insgesamt 101 Patienten behandelt. Diese wurden alle für die Studie rekrutiert. Letztendlich für die Studie interviewt wurden 23 Patienten. 27 Patienten gaben an, zu weit entfernt zu wohnen und fanden trotz Interesses an einem Interview keinen Termin nach Beendigung der Therapie. Alternativ bestand keine Möglichkeit, nochmals in die Tagesklinik zu kommen. Diese Dropouts wurden unter „geographische Faktoren des Dropouts“ gelistet. Weitere 32 Patienten lehnten die Interviews aus persönlichen Gründen (Angst vor dem Interview, bestehende Instabilität oder mangelnde Motivation) ab. Von insgesamt 19 Patienten erhielt die Doktorandin

keine Rückmeldung bezüglich einer Teilnahme oder die Patienten brachen die Therapie vor den 6-8 Behandlungswochen ab. Die Dropoutrate und die Gründe für eine Nichtteilnahme an der Studie, werden im Folgenden anhand eines Consort-Diagrammes dargestellt.

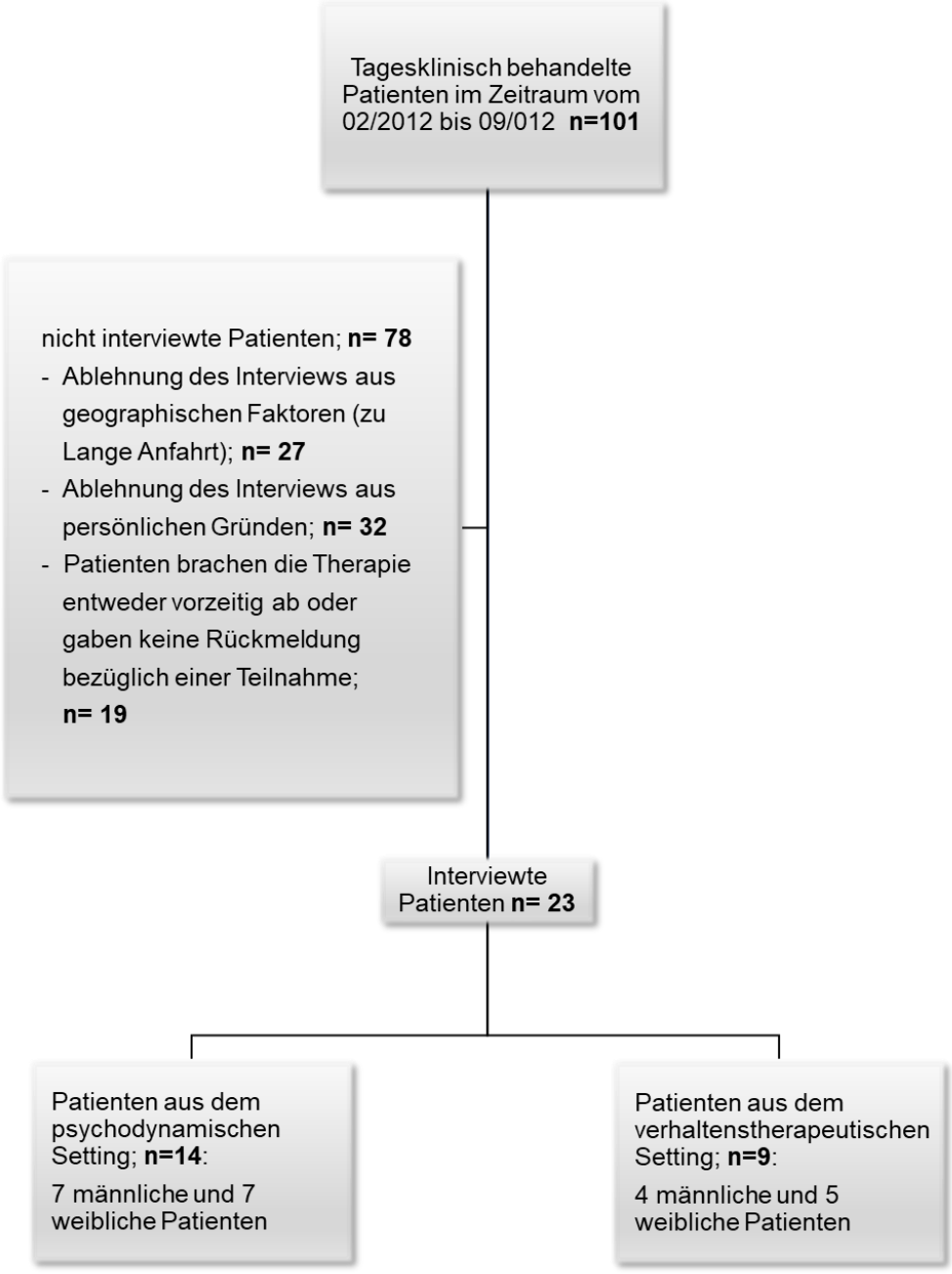



**Abbildung 1:** Consort-Diagramm zur Darstellung der Stichprobe der interviewten Patienten der Tagesklinik der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm im Zeitraum von 02/2012 – 09/2012. Einschlüsse und Ausschlüsse.

In der nachfolgenden Tabelle wird die abschließend interviewte Stichprobe von 23 Patienten dargestellt.

**Tabelle 1**: Beschreibung der interviewten Patienten der Tagesklinik der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm im Zeitraum von 02/2012 – 09/2012. Geschlecht: Anteile in Prozent, absolute Anzahl; Alter: Mittelwert (Mw), Minimum (Min), Maximum (Max) und Standardabweichung); Hauptdiagnosen gem. ICD-10: Anteile in Prozent und absolute Anzahlen.

| **Patientenstichprobe** (n=23) | |
|---|---|
| Frauenanteil in % (Anzahl) | 52,2 % (12) |
| Männeranteil in % (Anzahl) | 47,8 % (11) |
| Alter: Mw (Min–Max; SD) | 38,5 (22–61; 11,46) |
| Behandlungsgruppe „Psychodynamik“ in % (Anzahl) | 60,9 % (14) |
| Behandlungsgruppe „Verhaltenstherapie“ in % (Anzahl) | 39,1 % (9) |
| **Hauptdiagnosen ICD-10 in % (Anzahl)** | |
| F30 Affektive Störungen | 60,9 % (14) |
| F40 Angststörungen | 17,4 % (4) |
| F50 Essstörungen | 8,7 % (2) |
| F60 Persönlichkeitsstörungen | 13,0 % (3) |

## 2.6 Durchführung des PZI

Das Interview wurde gemäß dem Leitfaden durchgeführt. Die Interviewdauer belief sich im Mittel auf etwa 30 Minuten. Sämtliche Interviews wurden mit einem digitalen Diktiergerät aufgenommen, anschließend transkribiert und dann anonymisiert. Die gesamte Datenerhebung vom Interview bis hin zum fertigen Transkript wurde durch die Doktorandin durchgeführt. Diese war nicht in den Behandlungsprozess involviert und verfügte zum Zeitpunkt der Auswertung nicht über weitere Informationen über die Diagnosen und andere objektive Parameter des Krankheits- und Therapie-verlaufes.

## 2.7 Transkription

Zur Verschriftlichung der Interviews, wurden die in Anhang 4 berichteten Transkriptionsregeln nach Kuckartz et al. (2007) verwendet. Sämtliche Interviews wurden nach diesen Regeln transkribiert.

## 2.8 Prinzip und Durchführung der Kodierung

Die Entwicklung des Kategoriensystems geschah nach dem von P. Mayring (2008) angegebenen Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse, das im Folgenden kurz beschrieben wird.

Das zentrale Element der qualitativen Inhaltsanalyse ist die Festlegung eines konkreten Ablaufmodelles, das an das jeweils zugrundeliegende Material angepasst werden müsse (Mayring 2008). Im Zentrum der inhaltsanalytischen Arbeit der qualitativen Analyse stehe „die Anwendung eines Kategoriensystems auf das zu untersuchende Material“ (Mayring 2008). Mayring schreibt, die zugrundeliegenden Kategorien müssten zunächst erarbeitet und am Material erprobt werden (ebd., S 19). Dieser qualitative Anfangsschritt stelle die Grundlage der inhaltsanalytischen Arbeit dar und werde von quantitativen Schritten gefolgt. Weitere qualitative Schritte könnten nach Bedarf integriert werden (ebd., S.19). Die grundsätzliche Abfolge des Prozesses der Inhaltsanalyse sei daher „von der Qualität zur Quantität und wieder zurück“. Abbildung 2 (Mayring 2008, S 20) verdeutlicht die Vorgehensweise.

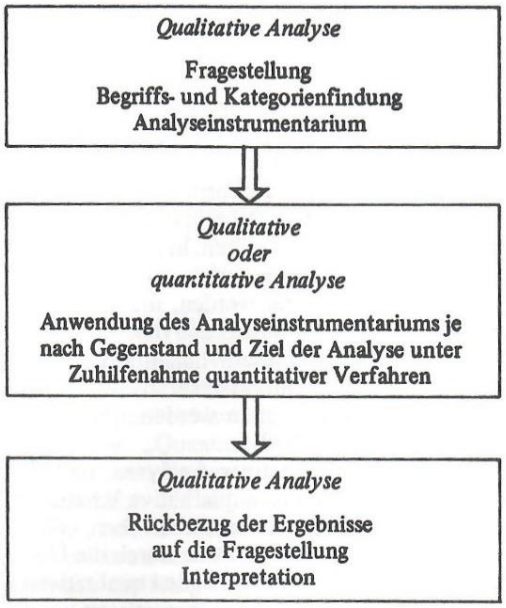



**Abbildung 2:** Phasenmodell zum Verhältnis qualitativer und quantitativer Analyse. Aus Mayring 2008, mit freundlicher Genehmigung des Verlages sowie des Verfassers.

Das Kategoriensystem stellt das zentrale Element der inhaltanalytischen Arbeit dar. Es soll versucht werden, die Ziele der Analyse in Kategorien zu konkretisieren und ein besonderes Augenmerk auf die Konstruktion und Begründung der Kategorien zu legen. Beim reinen inhaltsanalytischen Arbeiten stellt das Kategoriensystem das Ergebnis der Analyse dar (Mayring 2008). Jedoch findet sich in inhaltsanalytischen Standardwerken keine vollständige Darlegung, wie man zu konkreten Kategorien gelangt. „How categories are defined … is an art. Little is written about it.“ (Krippendorf (1980)).

Um die Ergebnisse vergleichen und die Reliabilität der Ergebnisse abschätzen zu können, bedarf es der Integration quantitativer Schritte in den Analyseprozess.

Nach Mayring soll die Inhaltsanalyse sowohl regel- als auch theoriegeleitet vorgehen. Die Entwicklung der Kategorien erfolgt anhand der zugrundeliegenden Theorie und des erhobenen Materials. Mithilfe von „Konstruktions- und Zuordnungsregeln werden die Kategorien definiert und während der Analyse überarbeitet und rücküberprüft“, zuletzt in Richtung der Hauptfragestellung interpretiert und bezüglich der Aussagekraft der Analyse anhand inhaltsanalytischer Gütekriterien bewertet.

Dies soll in Abbildung 3 (Mayring 2008, S. 54) veranschaulicht werden.

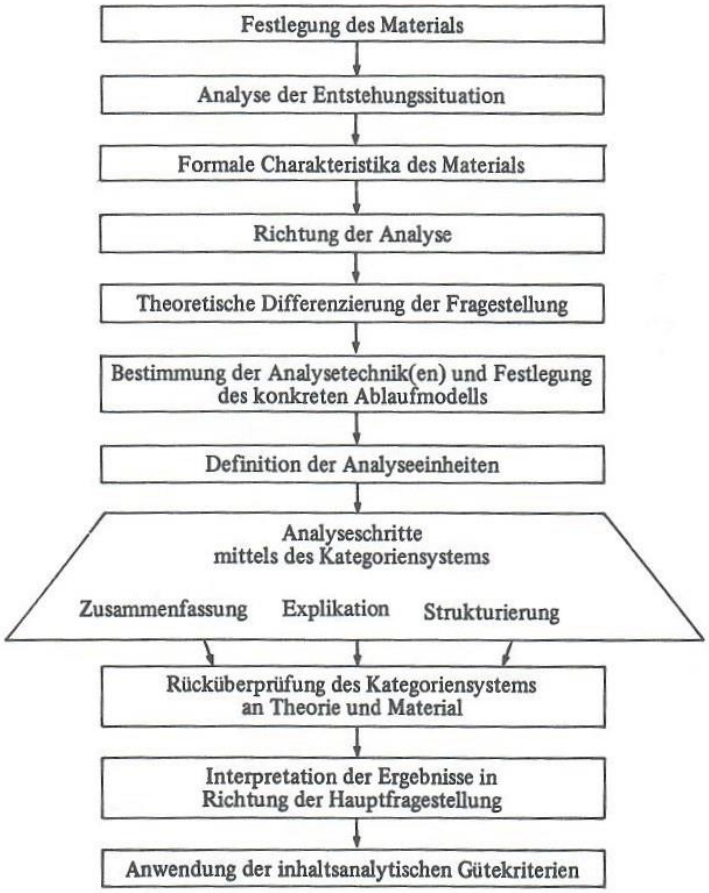



**Abbildung 3:** Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell aus Mayring 2008, mit freundlicher Genehmigung des Verlages sowie des Verfassers.

Bei der Entwicklung der Kategorien sind nach Mayring zwei Vorgehensweisen denkbar (Mayring 2008):

1. Die induktive Kategorienbildung, welche die Kategorien direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess ableitet, ohne sich auf vorab vorformulierte Theorien zu beziehen.
2. Die deduktive Kategoriendefinition, welche das Auswertungsinstrument durch theoretische Überlegungen bestimmt. Aus Voruntersuchungen, dem bisherigen Forschungsstand oder aus neu entwickelten Theorien oder Theoriekonzepten werden die Kategorien auf das Material ausgerichtet. Er

bezeichnet dieses als „Operationalisierungsprozess“. Anschließend erfolgt die Bearbeitung mittels der strukturierenden Inhaltsanalyse (Mayring 2008).

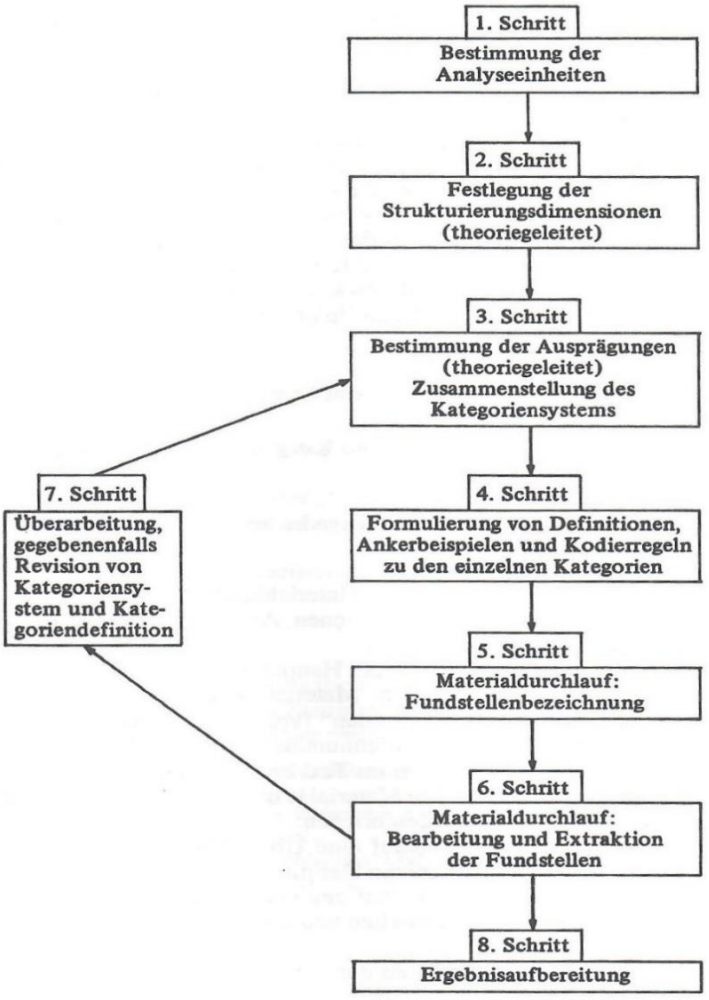



**Abbildung 4:** Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse (allgemein). Aus Mayring 2008, mit freundlicher Genehmigung des Verlages sowie des Verfassers.

Die Durchführung sollte nach Mayring möglichst induktiv erfolgen, sodass aus dem vorliegenden Textmaterial Kategorien herausgearbeitet werden, die im Verlauf der Kodierung zur Formulierung einer Hypothese führen (Mayring 2008). Dabei habe der Untersucher regelhaft Theorien vor Augen, welche er an das Material herantrage, so dass letztlich von vornherein immer auch deduktive Schritte stattfänden.

## 2.9 Erster deduktiver Kodiervorgang

In der vorliegenden Arbeit basierten diese ersten deduktiven Schritte auf der Theorie und den Ergebnissen Yaloms zu den Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie. Da die Musiktherapie in der psychosomatischen Tagesklinik grundsätzlich als Gruppentherapie praktiziert wird, war schon früh im Planungsprozess dieser Arbeit die Idee entstanden, mittels deduktiver Schritte anhand anerkannter psychotherapeutischer Wirkfaktorenmodelle primär zu explorieren, ob sich in dieser Therapieform gruppenpsychotherapeutische Faktoren herausarbeiten lassen. Das weltweit anerkannte und exzellent validierte Wirkfaktorenmodell nach Yalom schien hierfür bestens geeignet.

Vor diesem Hintergrund erfolgte eine Kodierung der Interviews auf der Basis eines Kategoriensystems, das die 12 Wirkfaktoren, die Yalom für die Gruppenpsychotherapie entwickelt hatte, als Kategorien enthielt (s. Tabelle 2).

**Tabelle 2**: Gruppentherapeutische Wirkfaktoren nach Yalom. 12 Kategorien („Codes“, grau unterlegt) und 60 Unterkategorien (hier als „Subcodes“ bezeichnet).

| **1) Altruismus** |
|---|
| Subcodes<br>01. dass ich anderen helfen konnte, habe ich mehr an Selbstachtung gewonnen<br>02. dass ich meine Wünsche hinter die der anderen zurückstellen konnte<br>03. dass ich mich selbst vergessen konnte und daran dachte, anderen zu helfen<br>04. dass andere von mir profitieren können<br>05. dadurch, dass ich anderen half und für ihre Lebensfragen wichtig war |
| **2) Gruppenkohäsion** |
| Subcodes<br>06. dass ich zu einer Gruppe gehörte und von ihr angenommen wurde<br>07. dass ich anhaltenden engen Kontakt zu anderen Menschen hatte<br>08. dass ich unangenehme und peinliche Dinge von mir preisgab<br>09. dass ich mich nicht länger allein fühlte<br>10. dass ich zu einer Gruppe von Menschen gehörte, die mich verstand und akzeptierte" |

Fortsetzung auf Seite 22

**Tabelle 2** (Fortsetzung von Seite 21): Wirkfaktoren nach Yalom.

| **3) Universalität** |
|---|
| Subcodes<br><br>11. dass mir klargeworden ist, nicht nur ich habe solche Probleme- wir „Sitzen alle in einem Boot“<br>12. dass ich gesehen habe, es ging mir nicht besser oder schlechter als anderen<br>13. zu sehen, dass auch andere „böse“ Gedanken und Gefühle haben wie ich<br>14. zu sehen, dass andere mit ihren Familien so unglücklich und durcheinandergebracht waren wie ich<br>15. zu sehen, dass ich nicht so anders bin als andere, hat mich den anderen näher gebracht |
| **4) Interpersonales Lernen „Input“** |
| Subcodes<br><br>16. dass die Gruppe mir gezeigt hat, wie ich auf andere wirke<br>17. dass ich gelernt habe, wie ich auf andere zugehe<br>18. dass die anderen mir ganz ehrlich gesagt haben, was sie von mir halten<br>19. dass die Gruppenmitglieder mir einige meiner Angewohnheiten und Eigenwilligkeiten gezeigt haben, die andere Leute stören<br>20. zu lernen, dass ich Leute manchmal dadurch irritiere, dass ich nicht sage, was ich wirklich denke |
| **5) Interpersonales Lernen „Output“** |
| Subcodes<br><br>21. dass ich gelernt habe, mit anderen Menschen besser auszukommen<br>22. dass ich mich anderen Menschen besser anvertrauen kann<br>23. dass ich etwas darüber erfahren habe, wie ich Beziehungen zu anderen Menschen aufnehme<br>24. dass mir die Gruppe Gelegenheit gegeben hat zu lernen, zu anderen Kontakt aufzunehmen<br>25. dass ich meine Konflikte, die ich mit einem bestimmten Gruppenmitglied hatte, ausgetragen habe |
| **6) Anleitung** |
| Subcodes<br><br>26. dass der Therapeut mir manchen Rat und Hinweis gegeben hat<br>27. dass die Gruppenmitglieder mir manchen Rat und Hinweis gegeben haben<br>28. dass die Gruppenmitglieder mir gesagt haben, was ich tun soll<br>29. dass mir jemand in der Gruppe einen ganz bestimmten Vorschlag zur Lösung eines Problems gemacht hat<br>30. dass die Gruppenmitglieder mir den Rat gegeben haben, mein Verhalten gegenüber einer mir wichtigen Person zu ändern |

Fortsetzung auf Seite 23

**Tabelle 2** (Fortsetzung von Seite 22): Wirkfaktoren nach Yalom.

| **7) Katharsis** |
|---|
| Subcodes<br><br>31. dass ich mir die Dinge von der Seele geredet habe<br>32. dass ich positive oder negative Gefühle gegenüber einem anderen Gruppenmitglied äußern konnte<br>33. dass ich negative oder positive Gefühle dem Therapeuten gegenüber äußern konnte<br>34. dass ich lernte, meinen Gefühlen Ausdruck zu geben<br>35. dass ich sagen konnte, was mich stört, anstatt es für mich zu behalten |
| **8) Identifikation** |
| Subcodes<br><br>36. zu versuchen, wie jemand in der Gruppe zu sein, der besser zurechtkam als ich<br>37. zu sehen, wie andere unangenehme Gedanken äußerten und dadurch weiterkamen, hat mir geholfen, das auch zu tun<br>38. dass ich bestimmte Eigenarten und Verhaltensweisen eines anderen Gruppenmitgliedes übernehmen konnte<br>39. dass ich meinen Therapeuten bewundern konnte und so sein konnte wie er<br>40. dass ich jemanden in der Gruppe fand, der für mich beispielhaft war |
| **9) Wiedererleben der Familie** |
| Subcodes<br><br>41. dass ich in der Gruppe irgendwie die Familie wieder erlebte, in der ich aufwuchs<br>42. dass ich in der Gruppe Spannungen, die ich in der Vergangenheit mit meinen Eltern, Geschwistern oder anderen wichtigen Personen hatte, besser verstehen konnte<br>43. dass ich mich in der Gruppe wie in einer Familie verstanden und akzeptiert fühlte<br>44. dass ich durch meine Erfahrung in der Gruppe besser verstand, wie ich in meiner Familie aufgewachsen bin<br>45. dass die Gruppe Ähnlichkeit mit meiner Familie hatte, z.B. waren einige Mitglieder oder Therapeuten wie meine Eltern oder andere Angehörige. Durch die Gruppenerfahrungen verstand ich meine früheren Beziehungen besser |
| **10) Einsicht** |
| Subcodes<br><br>46. dass ich eingesehen habe, dass ich Menschen aus Gründen mag oder ablehne, die wenig mit diesen Menschen zu tun haben, sondern mehr mit Schwierigkeiten und Erfahrungen, die ich früher mit Menschen hatte<br>47. dass ich sehen kann, warum ich so und nicht anders denke und fühle, und ich einige Gründe und Ursachen meiner Probleme sehe<br>48. früher unbekannte und unannehmbare Teile von mir zu entdecken und zu akzeptieren<br>49. es hat mir geholfen einzusehen, dass ich mich Menschen oder Situationen gegenüber verhalte mit Gefühlen, die irgendwie zu früheren Lebensabschnitten gehören<br>50. zu sehen, dass mein heutiges Fühlen und Verhalten mit meiner Kindheit und meiner Entwicklung zusammenhängen |

Fortsetzung auf Seite 24

**Tabelle 2** (Fortsetzung von Seite 23): Wirkfaktoren nach Yalom.

| **11) Einflößen von Hoffnung** |
|---|
| Subcodes<br>51. dass andere sich verändert haben, hat auch mir Hoffnung gemacht<br>52. zu wissen, dass andere in der Lage waren, Probleme zu lösen, die meinen ähnlich waren<br>53. dass ich mitbekam, wie andere mit Schwierigkeiten fertig wurden, die meinen ähnlich waren<br>54. zu beobachten, dass bei anderen Gruppenmitgliedern Veränderungen im Verhalten auftraten<br>55. zu wissen, dass die Gruppe anderen mit ähnlichen Problemen wie meinen geholfen hat |
| **12)Existenzielle Faktoren** |
| Subcodes<br>56. zu erkennen, dass das Leben einem oft hart mitspielt<br>57. zu erkennen, dass man letztlich mit Schmerz und Tod nicht umgehen kann<br>58. zu erkennen, dass ich letztlich auf mich gestellt bin, auch wenn ich mich anderen ganz nahe fühle<br>59. dass mir so richtig klar wurde, worauf es mir in meinem Leben ankommt und dass ich dadurch lernte, zwischen wesentlichen oder eher nebensächlichen Gefühlen in meinem Leben zu unterscheiden<br>60. dass ich gelernt habe, dass die Verantwortung für mein Handeln in meinen Händen liegt, gleichgültig wie viel Hilfe und Unterstützung ich von anderen bekomme |

Zusätzlich zu den gruppenpsychotherapeutischen Wirkfaktoren wurden, wiederum theoriegeleitet, 5 Wirkungskomponenten der Musiktherapie in die Kategorienliste aufgenommen, welche von Hegi und Mitarbeitern entwickelt und in dem Buch „Übergänge zwischen Sprache und Musik“ aus 1998 beschrieben wurden. Er sah die Wirkungskomponenten der Musiktherapie als ein holistisches Modell (Hegi 1998). Die genannten 5 Komponenten: Klang, Rhythmus, Melodie, Dynamik und Form „lassen sich drei Bereichen zuordnen, dem archaischen, dem gestaltenden und dem integralen. Der archaische Bereich bezieht sich auf die Raum-Zeit-Polarität des Menschen; der gestaltende Bereich steht für das Dritte und Werdende, das Kind und die universale Sprache; und der integrale Bereich verbindet innen und außen von Wahrnehmungen miteinander“ (Hegi 1998). Diese sind in Tabelle 3 nochmals dargestellt.

**Tabelle 3**: Wirkungskomponenten der Musiktherapie gem. Hegi. Eine Hauptkategorie („Code“, grau unterlegt) und fünf Unterkategorien („Subcodes“).

| **Musiktherapiebezogene Wirkfaktoren** |
| --- |
| Subcodes<br>61. Klang<br>62. Rhythmus<br>63. Melodie<br>64. Dynamik<br>65. Form |

## 2.10 Zweiter induktiver Kodiervorgang auf der Basis der Transkripte

Im weiteren Verlauf nach Abschluss der primären deduktiven Kodierung nach den Yalom‘schen Faktoren stand die Frage im Raum, ob vergleichbare Faktoren theoriefrei aus dem Material entnommen werden können.

Ziel war es mit dem zweiten induktiven Kodiervorgang die zentrale Bedeutung und wichtigen Aspekte der Musiktherapie aus Sicht der Patienten zu erarbeiten und so sekundär die spezifischen, wirksamen Faktoren der Musiktherapie zu erfragen. Diese Kategorien sollte nun induktiv auf der Basis des Fragekataloges entwickelt werden ohne wie im vorherigen Kodiervorgang einen gezielten Kodierrahmen vorzugeben. Es wurden hierfür zwei Kodierschleifen nach Mayring durchlaufen und ein Teil des Materials durchkodiert, um das vorläufige Kategoriensystem zu überprüfen. Anschließend erfolgten Überprüfung und Überarbeitung der Kategorien, bis eine dritte Version des Kategoriensystems mit 16 Kategorien und 73 Subcodes sich bei weiterer Überprüfung nicht mehr relevant änderte (Tabelle 4). Mit diesem Kategoriensystem wurden abschließend sämtliche Interviews kodiert.

**Tabelle 4**: Induktive Kategorien auf der Basis des angewandten Fragekataloges. Kategorien („Codes“, grau unterlegt) und Unterkategorien („Subcodes“).

| **1) Ausdrucksmöglichkeiten mit dem Medium Musik** |
|---|
| Subcodes<br>• Interaktion<br>• Musik als Medium zum Ausdruck von Gefühlen und Emotionen<br>• technische Aspekte (Rhythmus, Dynamik, Form) |
| **2) Auswirkungen und Effekte der Musiktherapie** |
| Subcodes<br>• positive Erfahrung<br>• Erleben von Beruhigung, Entspannung und Befreiung<br>• Erleben von Wut und Ärger<br>• leichter aus sich herauskommen<br>• persönliche Weiterentwicklung und Erkenntnisgewinn in Musiktherapie |
| **3) Bedeutung der Instrumente** |
| Subcodes<br>• Erleichterung der Kommunikation<br>• Förderung der Regression<br>• Förderung der Selbstwahrnehmung<br>• Medium um sich Ausdruck zu verleihen<br>• Medium zum Ausdruck von Gefühlen und Emotionen |
| **4) Bedeutung des Musizierens** |
| Subcodes<br>• abwechslungsreicher<br>• erleichterte Introspektion<br>• Förderung von Interaktion und Kommunikation<br>• neue Erfahrung<br>• positives Erlebnis<br>• Stimmung und Gefühlen Ausdruck verleihen |
| **5) Emotionserleben in der Musiktherapie** |
| Subcodes<br>• Zugang zu Emotionen geschieht unbewusst<br>• unterschiedliche Möglichkeiten Emotionen auszudrücken<br>• aktives betätigen von Instrumenten hilft mit Emotionen umzugehen<br>• intensivere Interaktion mit Gruppenmitgliedern |

Fortsetzung auf Seite 27

**Tabelle 4** (Fortsetzung von Seite 26): Induktive Kategorien auf der Basis des angewandten Fragekataloges.

| **6) Entwicklungsprozess des Patienten in der Musiktherapie** |
|---|
| Subcodes<br>• besser von Stunde zu Stunde<br>• Patient hat Selbsterkenntnisse gewonnen (über sich o. seine Interaktion mit Anderen)<br>• Patient ist mehr aus sich herausgekommen und hat sich mehr getraut |
| **7) Erleben der Musiktherapie am Ende der Therapie** |
| Subcodes<br>• anfängliche Schwierigkeiten konnten abgelegt werden<br>• keine große Weiterentwicklung<br>• persönliche Weiterentwicklung wurde erst gegen Ende sichtbar<br>• positiv |
| **8) Erleben der Musiktherapie zu Beginn der Therapie** |
| Subcodes<br>• angenehm<br>• ängstlich<br>• gehemmt<br>• skeptisch<br>• unsicher |
| **9) Erleben des Musizierens** |
| Subcodes<br>• abwechslungsreich<br>• beruhigend<br>• durcheinander<br>• hilfreich<br>• unangenehm |
| **10) Erste Musiktherapiestunde** |
| Subcodes<br>• ambivalent<br>• interessante Erfahrung<br>• komisch<br>• positive Empfindung<br>• schlimm |

Fortsetzung auf Seite 28

**Tabelle 4** (Fortsetzung von Seite 26): Induktive Kategorien auf der Basis des angewandten Fragekataloges.

| **11) Erwartungen/Vorstellungen des Patienten von der Musiktherapie** |
|---|
| Subcodes<br>• Angst etwas falsch zu machen<br>• Musiktherapie entpuppte sich als etwas Anderes als erwartet<br>• Skepsis (Worin liegt der Sinn? Was kommt auf mich zu?)<br>• keine Erwartungen oder Vorstellungen |
| **12) Musikalische Vorerfahrung** |
| Subcodes<br>• Patient hat früher Instrument(e) gespielt oder spielt aktuell ein Instrument<br>• Patient hat nie ein Instrument gespielt |
| **13) Musiktherapie im Vergleich zu anderen Therapien** |
| Subcodes<br>• Musiktherapie freier und unkontrollierter (man hat weniger Hemmungen anzufangen, oder sich zu äußern)<br>• Emotionsarbeit in Musiktherapie intensiver<br>• Gruppenkohäsion wird gefördert<br>• Musiktherapie als Kreativtherapie ein wichtiger Baustein für den Gesamt-behandlungserfolg<br>• Musiktherapie wird als angenehmer erlebt (ruhiger, nicht so anstrengend)<br>• Musiktherapie wird als Gegenpol zu den anderen Therapien erlebt |
| **14) Selbsterleben des Patienten im musiktherapeutischen Setting im Kontext zur Gruppe** |
| Subcodes<br>• dominant<br>• eigene Interaktion mit sozialem Umfeld wird in Musiktherapie sehr deutlich<br>• integriert<br>• Selbsterleben hat sich im Laufe der Therapie verändert<br>• selbstunsicher<br>• sich an den Anderen orientieren<br>• Stimmungs-/Situationsabhängig |
| **15) Umgang mit dem Instrument** |
| Subcodes<br>• Auswahl des Instrumentes Stimmungsabhängig<br>• bestimmtes Instrument hatte Bedeutung für Patient<br>• Gruppenerleben in Musiktherapie durch Musikinstrumente intensiver<br>• man muss erst das richtige Instrument für sich finden<br>• man muss das Instrument nicht beherrschen, um zu spielen<br>• Spielweise drückt Gefühlslage aus |

Fortsetzung auf Seite 29

**Tabelle 4** (Fortsetzung von Seite 28): induktive Kategorien auf der Basis des angewandten Fragekataloges

| 16)Vorerfahrungen mit dem Therapiefeld Musiktherapie |
|---|
| Subcodes:<br>• keine Vorkenntnisse mit dem Therapiefeld<br>• Patient kannte Musiktherapie von vorherigem Therapieaufenthalt |

## 2.11 Kodieren mittels der Software ATLAS.ti

(aus dem Handbuch von ATLAS.ti)

Für die qualitative Inhaltsanalyse wurde das Programm ATLAS.ti für Microsoft Windows 10 verwendet. Hierfür wurde die Version 7.5.10 (Ausbildungs- Mehrfachnutzerlizenz: 5 Einheiten Lease; Ablaufdatum: 13.10.2017; © 1993-2017 ATLAS.ti GmbH, Berlin) verwendet.

### 2.11.1 Interviewspezifische Anwendung von ATLAS.ti

Um die Vorgehensweise mit der Software nachvollziehen zu können, werden im Folgenden zunächst einige auf der dortigen Arbeitsoberfläche verwendete Begriffe und Basisfunktionen erläutert:

- Hermeneutic Unit: Hermeneutic Unit (HU) steht für das Hauptfenster von ATLAS.ti, das sämtliche Teile der inhaltsanalytischen Arbeit enthält: Das Originaldokument, die Zuordnungen, etwaige Notizen und Grafiken.
- Primary Document: Unter dem Primary Document (PD) wird das zu bearbeitende Originaldokument verstanden. ATLAS.ti bietet hier die Möglichkeit, Videos, Tonbandaufnahmen, Bilder oder Texte als PDs einzusetzen. In der Analyse der Daten dieser Studie handelt es sich bei den verschriftlichten Interviews um PDs, welche initial in Microsoft-Word-Dokumente (*.doc) transkribiert und vor der Speicherung in ATLAS.ti in Adobe-PDF-Files (.pdf) umgewandelt wurden. Innerhalb einer HU können mehrere PDs bearbeitet werden.

- Quotation: Neben den PDs findet sich auf der Arbeitsoberfläche der Button „Quotes“, der den „Quotation Manager“ aufruft, welcher zu jeder Kategorie die Textstellen aufruft, die beim Kodieren mit dieser verlinkt wurden.
- Codes: Dieser Befehl ruft den „Code Manager“ auf, der eine Übersicht über das Kategoriensystem enthält und die Kodierung nach dem gegebenen System ermöglicht. Es besteht zudem die Möglichkeit, durch „Create Free Code“ eine neue Kategorie einzuführen.
- Memos: Hier können Notizen und Bemerkungen, die für den Bearbeitungsprozess nötig sind, eingetragen werden.

# 3. Ergebnisse

Im ersten Kodiervorgang nach Yalom und Hegi wurden Kodierungen in 13 (deduktiv entwickelten) Hauptkategorien, sogenannte Kodefamilien, und 65 Subcodes vorgenommen. Beim zweiten Kodiervorgang nach aus dem Fragekatalog induktiv entwickelten Hauptkategorien, der die Wirkfaktoren der Musiktherapie weiter eingrenzen sollte, ergaben sich 16 Kodefamilien und 72 Subcodes. Im Rahmen des Kodierprozesses waren auch Mehrfachnennungen für die Subcodes möglich, sodass die Anzahl der Nennungen nicht der Anzahl der Patienten, sondern der Häufigkeit der Kodierung entspricht. Ziel der Mehrfachnennungen war es die verschiedenen Aspekte der Kodefamilien und Subcodes besser zu erfassen.

## 3.1 Kodierung nach Wirksamkeitsfaktoren von Yalom

Yalom beschreibt 12 Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie, welche er in insgesamt 60 Untergruppen unterteilt. Diese wurden um die 5 von Hegi und Mitarbeitern (1998). genannten Wirkungskomponenten der Musiktherapie: Klang, Rhythmus, Melodie, Dynamik und Form ergänzt. Dieser Kodiervorgang hatte zum Ziel zu schauen, ob sich auch in der Musiktherapie, welche an der psychosomatischen Tagesklinik am Universitätsklinikum Ulm ausschließlich als Gruppentherapie praktiziert wird, die aus Gesprächsgruppen bekannten Wirkfaktoren darstellen und ob sich in den nach Hegi genannten Wirkungskomponenten der Musiktherapie spezifische Komponenten besonders stark darstellten.

Im Folgenden werden die Ergebnisse in den einzelnen Kodefamilien dargestellt. Am Ende dieses Abschnittes findet sich in Tabelle 5 eine Zusammenfassung der Ergebnisse dieses Kodierprozesses.

### 3.1.1 „Altruismus“

Subcodes: 5

Quotations: 31

Kodierungen aus der Kodefamilie „Altruismus“ erfolgten 31mal bei insgesamt 19 Patienten. Dabei kamen ausschließlich die Subcodes 01 („dass ich anderen helfen

konnte, habe ich mehr an Selbstachtung gewonnen”) und 02 („dass ich meine Wünsche hinter die der anderen zurückstellen konnte") vor. Der Subcode 02 („dass ich meine Wünsche hinter die der anderen zurückstellen konnte“) wurde 28mal bei insgesamt 70 % der Patienten vergeben. Der Subcode 03 („dass ich mich selbst vergessen konnte und dran dachte, anderen zu helfen“) wurde dreimal vergeben (13 % der Patienten). Andere Kodierungen aus dieser Familie kamen nicht vor.

### 3.1.2 „Gruppenkohäsion“

Subcodes: 5

Quotations: 280

Diese Kodefamilie ist in allen 23 Interviews mit insgesamt mit 280 Kodierungen vertreten. Subcode 08 („dass ich unangenehme und peinliche Dinge von mir preisgab“) wird hierbei mit 108 Nennungen aus allen 23 Transkripten vergeben. Mit 96 Nennungen und einer Häufigkeit von 95,7 % ist Subcode 09 („dass ich mich nicht länger allein fühlte“) der zweithäufigste. Am dritthäufigsten sind die Subcodes 06 („dass ich zu einer Gruppe gehörte und von ihr angenommen wurde“) und 10 („dass ich zu einer Gruppe von Menschen gehörte, die mich verstand und akzeptierte") mit jeweils 73 Vergaben von Kodes und einer 87 %igen Häufigkeit vertreten. Der am seltensten kodierte Subcode dieser Kodefamilien mit 26 Nennungen und einer Häufigkeit von 60,9 % ist 07 („dass ich anhaltenden engen Kontakt zu anderen Menschen hatte“).

### 3.1.3 „Universalität“

Subcodes: 5

Quotations: 174

Diese Kodefamilie ist mit insgesamt 174 Nennungen vertreten. Der am häufigsten vergebene Subcode ist 11 („dass mir klargeworden ist, nicht nur ich habe solche Probleme - wir „Sitzen alle in einem Boot““) mit 75 Kodierungen aus 91,4 % der Interviews. Gefolgt wird er von Subcode 12 („dass ich gesehen habe, es ging mir

nicht besser oder schlechter als Anderen") mit insgesamt 54 Kodierungen und einer Häufigkeit von 82,6 % und Subcode 15 („zu sehen, dass ich nicht so anders bin als andere, hat mich den anderen näher gebracht") mit 39 Nennungen mit einer 69,6-%-igen Häufigkeit. Mit nur 6 Kodierungen sowie einer 13-%-igen Häufigkeit ist Subcode 13 („zu sehen, dass auch andere „böse“ Gedanken und Gefühle haben wie ich") vertreten, während Subcode 14 („zu sehen, dass andere mit ihren Familien so unglücklich und durcheinandergebracht waren wie ich") gar nicht genannt wird.

### 3.1.4 „Interpersonales Lernen ‚Input‘“

Subcodes: 5

Quotations: 186

Für diese Kodefamilie ergeben sich insgesamt 186 Kodierungen. Subcode 20 („zu lernen, dass ich Leute manchmal dadurch irritiere, dass ich nicht sage, was ich wirklich denke”) wird nicht vergeben. Am wenigsten Kodierungen erhält Subcode 19 („dass die Gruppenmitglieder mir einige meiner Angewohnheiten und Eigen-willigkeiten gezeigt haben, die andere Leute stören") mit 6 Kodierungen und einer Häufigkeit von 17,4 %. Gefolgt wird er vom Subcode 18 („dass die anderen mir ganz ehrlich gesagt haben, was sie von mir halten") mit 21 Kodierungen und einer 53,5-%-igen Häufigkeit sowie Subcode 16 („dass die Gruppe mir gezeigt hat, wie ich auf andere wirke") mit 77 Kodierungen und einer 82,6-%-igen Häufigkeit. Am häufigsten vergeben wurde Subcode 17 („dass ich gelernt habe, wie ich auf andere zugehe") mit 83 Nennungen und 82,6 %.

### 3.1.5 „Interpersonales Lernen ‚Output‘“

Subcodes: 5

Quotations: 162

Hier verteilen sich die für diese Kodefamilie insgesamt 162 Kodierungen folgendermaßen: Subcode 21 („dass ich gelernt habe, mit anderen Menschen besser auszukommen") wird am häufigsten mit 46 Nennungen und 87 % vergeben, gefolgt von Subcode 22 („dass ich mich anderen Menschen besser anvertrauen

kann") mit 42 Kodierungen und einer Häufigkeit von 69,6 %. Subcode 23 („dass ich etwas darüber erfahren habe, wie ich Beziehungen zu anderen Menschen aufnehme") ist mit 39 Kodierungen und einer Häufigkeit von 65,2 %, Subcode 24 („dass mir die Gruppe Gelegenheit gegeben hat zu lernen, zu anderen Kontakt aufzunehmen") mit 22 Kodierungen und einer Häufigkeit von 60,9 % sowie Subcode 25 („dass ich meine Konflikte, die ich mit einem bestimmten Gruppenmitglied hatte, ausgetragen habe") mit 13 Kodierungen und einer Häufigkeit von 30,4 % vertreten.

### 3.1.6 „Anleitung“

Subcodes: 5

Quotations: 52

Die insgesamt 52 Kodierungen dieser Kodefamilie verteilen sich auf Subcode 26 („dass der Therapeut mir manchen Rat und Hinweis gegeben hat") mit 35 Kodierungen, einer Häufigkeit von 65,2 % und Subcode 27 („dass die Gruppenmitglieder mir manchen Rat und Hinweis gegeben haben") mit 17 Kodierungen und einer Häufigkeit von 30,4 %. Die Subcodes 28 („dass die Gruppenmitglieder mir gesagt haben, was ich tun soll"), 29 („dass mir jemand in der Gruppe einen ganz bestimmten Vorschlag zur Lösung eines Problems gemacht hat") und 30 („dass die Gruppenmitglieder mir den Rat gegeben haben, mein Verhalten gegenüber einer mir wichtigen Person zu ändern") sind nicht vertreten.

### 3.1.7 „Katharsis“

Subcodes: 5

Quotations: 250

Hier zeigt sich, dass diese Kodefamilie im Rahmen des Kodierprozesses insgesamt 250mal vergeben wurde. Am häufigsten vergeben wurden Subcode 34 („dass ich lernte, meinen Gefühlen Ausdruck zu geben") mit insgesamt 108 Kodierungen, 91,3 % der Transkripte und Subcode 31 („dass ich mir die Dinge von der Seele geredet habe") mit 102 Kodierungen und einer Häufigkeit von 87 %. Subcode 35 („dass ich sagen konnte, was mich stört, anstatt es für mich zu behalten") wurde mit

insgesamt 22 Kodierungen und einer Häufigkeit von 56,5 % genannt, gefolgt von Subcode 32 („dass ich positive oder negative Gefühle gegenüber einem anderen Gruppenmitglied äußern konnte") mit 16 Kodierungen mit einer 34,8-%-igen Häufigkeit und Subcode 33 („dass ich negative oder positive Gefühle dem Therapeuten gegenüber äußern konnte") mit 2 Kodierungen und einer Häufigkeit von 8,7 %.

### 3.1.8 „Identifikation“

Subcodes: 5

Quotations: 49

Diese Kodefamilie ist insgesamt mit 49 Nennungen/Quotations vertreten. Subcode 37 („zu sehen, wie andere unangenehme Gedanken äußerten und dadurch weiterkamen, hat mir geholfen, das auch zu tun") ist hierbei mit 22 Kodierungen und einer Häufigkeit von 30,4 % repräsentiert. Mit 17 Kodierungen und einer Häufigkeit von 52,5 % ist Subcode 40 („dass ich jemanden in der Gruppe fand, der für mich beispielhaft war") der zweithäufigste. Am dritthäufigsten sind die Subcodes 38 („dass ich bestimmte Eigenarten und Verhaltensweisen eines anderen Gruppenmitgliedes übernehmen konnte") und 39 („dass ich meinen Therapeuten bewundern konnte und so sein konnte wie er") mit jeweils 4 Kodierungen und 8,7 % vertreten. Der am seltensten vergebene Subcode dieser Kodefamilie mit 2 Kodierungen mit einer 8,7-%-igen Häufigkeit ist 36 („zu versuchen, wie jemand in der Gruppe zu sein, der besser zurechtkam als ich").

### 3.1.9 „Wiedererleben der Familie“

Subcodes: 5

Quotations: 7

Diese Kodefamilie ist mit insgesamt 7 Nennungen vertreten. Die am häufigsten vergebenen Subcodes sind 44 („dass ich durch meine Erfahrung in der Gruppe besser verstand, wie ich in meiner Familie aufgewachsen bin") und 45 („dass die Gruppe Ähnlichkeit mit meiner Familie hatte z.B. waren einige Mitglieder oder

Therapeuten wie meine Eltern oder andere Angehörige. Durch die Gruppen-erfahrungen verstand ich meine früheren Beziehungen besser") mit jeweils 3 Kodierungen und einer Häufigkeit von 13 % der Interviews. Die beiden Subcodes 41. Gefolgt werden diese von Subcode 43 („dass ich mich in der Gruppe wie in einer Familie verstanden und akzeptiert fühlte") mit insgesamt 1 Kodierung und einer Häufigkeit von 4,3 %. dass ich in der Gruppe irgendwie die Familie wieder erlebte, in der ich aufwuchs" und 42 („dass ich in der Gruppe Spannungen, die ich in der Vergangenheit mit meinen Eltern, Geschwistern oder anderen wichtigen Personen hatte, besser verstehen konnte") traten nicht auf.

### 3.1.10 „Einsicht“

Subcodes: 5

Quotations: 307

Für diese Kodefamilie ergeben sich insgesamt 307 Nennungen. Subcode 46 („dass ich eingesehen habe, dass ich Menschen aus Gründen mag oder ablehne, die wenig mit diesen Menschen zu tun haben, sondern mehr mit Schwierigkeiten und Erfahrungen, die ich früher mit Menschen hatte") wird hierbei nie vergeben. Am seltensten kodiert wurde Subcode 47 („dass ich sehen kann, warum ich so und nicht anders denke und fühle, und ich einige Gründe und Ursachen meiner Probleme sehe") mit 48 Kodierungen und 69,6 %. Gefolgt wird er vom Subcode 49 („es hat mir geholfen einzusehen, dass ich mich Menschen oder Situationen gegenüber verhalte mit Gefühlen, die irgendwie zu früheren Lebensabschnitten gehören") mit 60 Kodierungen und einer Häufigkeit von 87 % und Subcode 50 („zu sehen, dass mein heutiges Fühlen und Verhalten mit meiner Kindheit und meiner Entwicklung zusammenhängen") mit 81 Kodierungen mit einer 95,7-%-igen Häufigkeit. Der mit 93 % am häufigsten vertretene Subcode ist 48 („früher unbekannte und unannehmbare Teile von mir zu entdecken und zu akzeptieren") mit 108 Kodierungen.

### 3.1.11 „Einflößen von Hoffnung“

Subcodes: 5

Quotations: 169

Hier verteilen sich die für diese Kodefamilie insgesamt 169 Quotations folgendermaßen: Subcode 52 („zu wissen, dass andere in der Lage waren, Probleme zu lösen, die meinen ähnlich waren") wird mit 78,3 % und mit 37 Kodierungen am häufigsten vergeben, gefolgt von den Subcodes 51 („dass andere sich verändert haben, hat auch mir Hoffnung gemacht") und 53 („dass ich mitbekam, wie andere mit Schwierigkeiten fertig wurden, die meinen ähnlich waren") mit 36 Kodierungen und einer Häufigkeit von 56,5 % und 69,6 %. Die Subcodes 54 („zu beobachten, dass bei anderen Gruppenmitgliedern Veränderungen im Verhalten auftraten") und 55 („zu wissen, dass die Gruppe anderen mit ähnlichen Problemen wie meinen geholfen hat") sind mit jeweils 30 Kodierungen sowie durch Häufigkeiten von 65,2 % und 69,6 % vertreten.

### 3.1.12 „Existenzielle Faktoren“

Subcodes: 5

Quotations: 64

Die insgesamt 64 Nennungen dieser Kodefamilie verteilen sich auf Subcode 59 („dass mir so richtig klar wurde, worauf es mir in meinem Leben ankommt und dass ich dadurch lernte, zwischen wesentlichen oder eher nebensächlichen Gefühlen in meinem Leben zu unterscheiden") mit 13 Kodierungen und einer Häufigkeit von 52,2 %, Subcode 60 („dass ich gelernt habe, dass die Verantwortung für mein Handeln in meinen Händen liegt, gleichgültig wie viel Hilfe und Unterstützung ich von anderen bekomme") mit 18 Kodierungen und einer Häufigkeit von 43,5 %, Subcode 58 („zu erkennen, dass ich letztlich auf mich gestellt bin, auch wenn ich mich anderen ganz nahe fühle") mit 13 Kodierungen und einer 30,4-%-igen Häufigkeit, Subcode 56 („zu erkennen, dass das Leben einem oft hart mitspielt") mit 9 Kodierungen und einer 11,4-%-igen Häufigkeit sowie Subcode 57 („zu erkennen, dass man letztlich mit Schmerz und Tod nicht umgehen kann") durch 1 Kodierung und einer Häufigkeit von 4,3 % der vergebenen Codes.

### 3.1.13 Wirkungskomponenten der Musiktherapie nach Hegi und Mitarbeitern

Subcodes: 5

Quotations: 204

Hier verteilen sich insgesamt 204 Nennungen auf die Subcodes dieser Kodefamilie. Subcode 62 („Rhythmus") wird hierbei mit 27 Kodierungen und einer Häufigkeit von 47,8 % vergeben. Gefolgt wird dieser durch die Subcodes 63 („Melodie") mit 29 Kodierungen und einer 47,8-%-igen sowie 65 („Form") mit 34 Kodierungen und einer 55,5-%-igen Häufigkeit. Am häufigsten genannt werden Subcode 64 („Dynamik") mit 55 Kodierungen durch 60,9 % und Subcode 61 („Klang") mit 59 Kodierungen und einer Häufigkeit von 73,9 %.

Zusammenfassend werden hier nun die gruppenpsychotherapeutischen Wirkfaktoren Gruppenkohäsion, Katharsis und Einsicht nach Yalom besonders häufig vergeben. Kaum vergeben wurde hingegen der Wirkfaktor Wiedererleben der Familie. In den nach Hegi und Mitarbeitern genannten Wirkungskomponenten der Musiktherapie zeigte sich insgesamt eine weitestgehend gleichmäßige Verteilung mit Schwerpunkt auf Dynamik und Klang.

**Tabelle 5:** Häufigkeit der Kodierungen entsprechend den von Yalom angegebenen Wirkfaktoren. Die Kodefamilien („Codes“) erscheinen grau unterlegt. Die Tabelle zeigt die Anzahl der Patienten, in deren Interviews die spezifischen Kodierungen auftraten, unter „abs.“ als absolute Anzahl, unter „rel.“ relativ zur Gesamtzahl der Patienten. „Mw“ und „SD“ stehen für Mittelwert und Standardabweichung, „range“ für den Bereich der angetroffenen Nennungshäufigkeiten in den einzelnen Interviews. „ggü“ steht für „gegenüber“. Die Bezeichnungen der Codes und Subcodes wurden für die Verwendung in SPSS verkürzt; eine Gegenüberstellung der Originalcodes sowie der für SPSS verwendeten gekürzten Codes findet sich in Anhang 5. Die Schreibweise im Hinblick auf den Dezimalpunkt folgt (abweichend vom Text dieser Arbeit) der Ausgabekonvention von SPSS.

| **Codes**/Subcodes | **abs.** | **rel.** | **Mw** | **SD** | **range** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Altruismus** | | | | | |
| Wünsche zurückstellen | 16 | 70 % | 1.22 | 1.20 | 0–5 |

Fortsetzung auf Seite 39

**Tabelle 5** (Fortsetzung von Seite 38): Häufigkeit der Kodierungen entsprechend den von Yalom angegebenen Wirkfaktoren.

| **Codes**/Subcodes | **abs.** | **rel.** | **Mw** | **SD** | **range** |
|---|---|---|---|---|---|
| anderen helfen | 3 | 13 % | .13 | .34 | 0–1 |
| mehr Selbstachtung | 0 | 0 % | .00 | .00 | 0–0 |
| andere profitieren von mir | 0 | 0 % | .00 | .00 | 0–0 |
| wichtig für Lebensfragen anderer | 0 | 0 % | .00 | .00 | 0–0 |
| **Gruppenkohäsion** | | | | | |
| unangenehme Dinge preisgeben | 23 | 100 % | 4.70 | 3.25 | 1–14 |
| nicht länger alleine | 22 | 96 % | 4.17 | 2.53 | 0–10 |
| verstanden und akzeptiert werden | 20 | 87 % | 3.17 | 2.41 | 0–9 |
| von Gruppe angenommen werden | 17 | 74 % | 3.17 | 3.47 | 0–13 |
| anhaltender Kontakt zu Anderen | 14 | 61 % | 1.13 | 1.49 | 0–6 |
| **Universalität** | | | | | |
| alle sitzen in einem Boot | 21 | 91 % | 3.30 | 2.06 | 0–8 |
| es geht mir nicht anders | 19 | 83 % | 2.35 | 1.95 | 0–7 |
| ich bin nicht Anders als Andere | 16 | 70 % | 1.70 | 1.46 | 0–4 |
| Andere haben auch böse Gedanken | 3 | 13 % | .26 | .75 | 0–3 |
| Andere auch mit Familie unglücklich | 0 | 0 % | .00 | .00 | 0–0 |
| **Input** | | | | | |
| wie gehe ich auf Andere zu | 19 | 83 % | 3.61 | 3.03 | 0–10 |
| wie wirkt man auf Andere | 19 | 83 % | 3.35 | 2.60 | 0–8 |
| was halten Andere von mir | 10 | 43 % | .87 | 1.25 | 0–4 |
| störende Angewohnheiten | 4 | 17 % | .26 | .69 | 0–3 |
| nicht sagen, was man denkt | 0 | 0 % | .00 | .00 | 0–0 |

Fortsetzung auf Seite 40

**Tabelle 5** (Fortsetzung von Seite 39): Häufigkeit der Kodierungen entsprechend den von Yalom angegebenen Wirkfaktoren.

| **Codes**/Subcodes | **abs.** | **rel.** | **Mw** | **SD** | **range** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Output** | | | | | |
| mit anderen besser auskommen | 20 | 87 % | 2.00 | 1.95 | 0–7 |
| sich anderen besser anvertrauen | 16 | 70 % | 2.00 | 2.51 | 0–11 |
| Beziehungen zu Anderen | 15 | 65 % | 1.70 | 2.18 | 0–9 |
| Kontaktaufnahme | 14 | 61 % | .96 | 1.07 | 0–4 |
| Konflikte austragen | 7 | 30 % | .57 | 1.04 | 0–4 |
| **Anleitung** | | | | | |
| Rat von Therapeut | 15 | 65 % | 1.52 | 1.73 | 0–6 |
| Rat von Gruppe | 7 | 30 % | .74 | 1.91 | 0–9 |
| Gruppenhinweise | 0 | 0 % | .00 | .00 | 0–0 |
| Lösungsvorschlag für Problem | 0 | 0 % | .00 | .00 | 0–0 |
| Verhalten in Bezug auf Person ändern | 0 | 0 % | .00 | .00 | 0–0 |
| **Katharsis** | | | | | |
| Gefühlen Ausdruck geben | 23 | 100 % | 4.70 | 4.15 | 1–21 |
| Dinge von Seele reden | 21 | 91 % | 4.43 | 3.65 | 0–16 |
| sagen, was stört | 13 | 57 % | .96 | 1.02 | 0–3 |
| Gefühle äußern ggü Gruppe | 8 | 35 % | .70 | 1.52 | 0–7 |
| Gefühle äußern ggü Therapeut | 2 | 9 % | .09 | .29 | 0–1 |
| **Identifikation** | | | | | |
| beispielhaftes Gruppenmitglied | 13 | 57 % | .74 | .81 | 0–3 |

Fortsetzung auf Seite 41

**Tabelle 5** (Fortsetzung von S. 40): Häufigkeit der Kodierungen entsprechend den von Yalom angegebenen Wirkfaktoren.

| **Codes**/Subcodes | **abs.** | **rel.** | **Mw** | **SD** | **range** |
|---|---|---|---|---|---|
| es bei Anderen sehen hilft selbst weiter | 7 | 30 % | .96 | 2.77 | 0–13 |
| Eigenarten anderer übernehmen | 2 | 9 % | .17 | .65 | 0–3 |
| Therapeuten bewundern | 2 | 9 % | .17 | .65 | 0–3 |
| wie jemand in Gruppe sein | 2 | 9 % | .09 | .29 | 0–1 |
| **Wiedererleben** | | | | | |
| besser verstehen, wie man aufgewachsen ist | 3 | 13 % | .13 | .34 | 0–1 |
| Gruppe hat Ähnlichkeit mit Familie | 3 | 13 % | .13 | .34 | 0–1 |
| in Gruppe wie in Familie fühlen | 1 | 4 % | .04 | .21 | 0–1 |
| Familie wiedererleben | 0 | 0 % | .00 | .00 | 0–0 |
| Spannung in eigener Familie besser verstehen | 0 | 0 % | .00 | .00 | 0–0 |
| **Einsicht** | | | | | |
| sich selbst annehmen | 23 | 100 % | 5.13 | 3.28 | 1–12 |
| heutiges Verhalten hängt mit Früher zusammen | 22 | 96 % | 3.52 | 2.61 | 0–12 |
| Frühere Lebensabschnitte beeinflussen Heute | 20 | 87 % | 2.61 | 2.23 | 0–7 |
| Probleme sehen können | 16 | 70 % | 2.09 | 2.52 | 0–11 |
| frühere Erfahrungen prägen Umgang mit Anderen | 0 | 0 % | .00 | .00 | 0–0 |

Fortsetzung auf Seite 42

**Tabelle 5** (Fortsetzung von Seite 40): Häufigkeit der Kodierungen entsprechend den von Yalom angegebenen Wirkfaktoren.

| **Codes**/Subcodes | **abs.** | **rel.** | **Mw** | **SD** | **range** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Hoffnung** | | | | | |
| Andere lösen ähnliche Probleme | 18 | 78 % | 1.61 | 1.59 | 0–6 |
| Andere lösen ähnliche Schwierigkeiten | 16 | 70 % | 1.57 | 1.65 | 0–6 |
| Anderen wird durch Gruppe geholfen | 16 | 70 % | 1.30 | 1.22 | 0–4 |
| Andere verändern sich | 15 | 65 % | 1.30 | 1.52 | 0–5 |
| Andere verändern sich | 13 | 57 % | 1.57 | 1.93 | 0–6 |
| **Existenziell** | | | | | |
| worauf kommt es im Leben an | 12 | 52 % | 1.00 | 1.28 | 0–4 |
| Verantwortung liegt bei einem selbst | 10 | 43 % | .78 | 1.24 | 0–5 |
| auf sich allein gestellt | 7 | 30 % | .57 | 1.16 | 0–5 |
| Leben spielt hart mit | 4 | 17 % | .39 | 1.12 | 0–5 |
| mit Schmerz nicht umgehen können | 1 | 4 % | .04 | .21 | 0–1 |
| **Musiktherapie** | | | | | |
| Klang | 17 | 74 % | 2.57 | 3.41 | 0–13 |
| Dynamik | 14 | 61 % | 2.39 | 3.63 | 0–13 |
| Melodie | 11 | 48 % | 1.26 | 1.79 | 0–6 |
| Rhythmus | 11 | 48 % | 1.17 | 1.78 | 0–6 |
| Form | 10 | 43 % | 1.48 | 2.19 | 0–8 |

## 3.2 Kodierung nach Musiktherapie-spezifischen Wirkfaktoren

Der zweite Kodiervorgang erfolgte mit aus dem Fragenkatalog anhand der gestellten Fragen entwickelten und anhand von 3 Interviews getesteten Kodefamilien und Subcodes. Hierbei ergaben sich 16 Kodefamilien und 72 Subcodes. Hier sollen die einzelnen Kodefamilien und Subcodes dargestellt werden, welche in weitere 5 Gruppen sortiert wurden, um ihren Zusammenhang für die Musiktherapie anschaulicher darzustellen.

### 3.2.1 Musik und ihre Funktion in der Musiktherapie

- **"Ausdrucksmöglichkeiten mit dem Medium Musik"**

Subcodes: 3

Quotations: 123

Hier zeigt sich, dass der durch eine Häufigkeit von 83 % der Interviews repräsentierte und mit 58 Kodierungen führende Subcode „sub: Musik als Medium zum Ausdruck von Gefühlen und Emotionen" erkennen lässt, dass die Musik für viele Patienten ein wichtiges Medium zum Ausdruck von Gefühlen und Emotionen darstellt. Weiterhin wird deutlich, dass technische Aspekte durch den Subcode „sub: technische Aspekte (Rhythmus, Dynamik, Form)" mit insgesamt 44 Kodierungen und einer Häufigkeit von 78,3 % eine größere Vielfalt für die Patienten bietet sich musikalisch zu äußern und dass in der Musiktherapie mit 53 Vergaben des Subcodes „sub: Interaktion" und einer Häufigkeit von 73,9 % durch die Möglichkeit der Nutzung von Instrumenten Interaktionsprozesse gefördert werden.

- **"Bedeutung der Instrumente"**

Subcodes: 5

Quotations: 121

Diese Kodefamilie sollte die Bedeutung der Instrumente für die Patienten wiederspiegeln. Es lässt sich erkennen, dass mit einer Häufigkeit von 82,6 % durch die 74malige Vergabe des Subcodes „sub: Förderung der Selbstwahrnehmung" die Benutzung eines Instrumentes in der Musiktherapie als förderlich für die eigene

Selbstwahrnehmung betrachtet wird. Zudem wird deutlich, dass das Instrument in der Musiktherapie mit einer Häufigkeit von 62,6 % durch 53 Kodierungen als Medium zum Ausdruck von Gefühlen und Emotionen erlebt („sub: Medium zum Ausdruck von Gefühlen und Emotionen") und mit einer Häufigkeit von 30,4 % durch 23 Kodierungen als Medium betrachtet wird um sich selbst Ausdruck zu verleihen („sub: Medium um sich Ausdruck zu verleihen"). Zuletzt zeigt sich in dieser Kodefamilie, dass die Benutzung von Instrumenten mit einer Häufigkeit von 39,1 % und 17 Nennungen die Regression fördert („sub: Förderung der Regression") sowie mit 11 Nennungen und 30,4 % die Kommunikation erleichtert.

- **"Bedeutung des Musizierens"**

Subcodes: 6

Quotations: 104

Welche Bedeutung das Musizieren im Rahmen der Musiktherapie für die Patienten einnimmt, zeigt sich in dieser Kodefamile. Hier wird deutlich, dass das Musizieren mit einer Häufigkeit von 95,7 % und 66 Nennungen den Patienten ermöglicht ihrer Stimmung und ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen („sub: Stimmung und Gefühlen Ausdruck verleihen"). Des Weiteren fördert das Musizieren mit einer Häufigkeit von 65,2 % und 35 Vergaben des Subcodes die Interaktion und Kommunikation der Gruppe („sub: Förderung von Interaktion und Kommunikation") und stellt mit einer Häufigkeit von 65,8 % und 36 Kodierungen eine neue Erfahrung dar („sub: neue Erfahrung"). Die Introspektion wird mit einer Häufigkeit von 60,9 % und 28 Kodierungen erleichtert („sub: erleichterte Introspektion"). Das Musizieren wird mit einer Häufigkeit von 52,2 % und 27 Vergaben des Subcodes „sub: positives Erlebnis" genannt. Schlussendlich wird die Musiktherapie mit einer Häufigkeit von 39,1 % und 12 Nennungen als Abwechslungsreich beschrieben („sub: abwechslungsreicher").

- **"Erleben des Musizierens"**

Subcodes: 5

Quotations: 116

Hier zeigt sich, dass der durch eine Häufigkeit von 87 % repräsentierte und mit 54 Vergaben führende Subcode „sub: hilfreich" erkennen lässt, dass die Musiktherapie von den Patienten als hilfreich wahrgenommen wird. Weiterhin wird deutlich, dass durch die Subcodes „sub: abwechslungsreich" und „sub: unangenehm" mit beides Mal 34 Kodierungen und Häufigkeiten von 56,5 % und 65,2 % das Musizieren von den Patienten sowohl positiv als auch negativ empfunden wird und dass das Musizieren mit 26 Vergaben des Subcodes „sub: beruhigend" und einer Häufigkeit von 43,5 % als beruhigend erlebt wird. Schlussendlich wird das Musizieren mit 13 Kodierungen und einer Häufigkeit von 39,9 % oftmals auch als durcheinander erlebt wird („sub: durcheinander").

- **"Umgang mit dem Instrument"**

Subcodes: 6

Quotations: 87

Es zeigte sich mit einer Häufigkeit von 56,5 % und 31 Kodierungen, dass die Patienten etwas Zeit benötigen, um für sich das passende Instrument zu finden („sub: man muss erst das richtige Instrument für sich finden"). Mit einer Häufigkeit von 65,2 % und 29 Kodierungen wurde eruiert, dass die Auswahl des Instrumentes für die Musiktherapie stimmungsabhängig wäre („sub: Auswahl des Instrumentes Stimmungsabhängig") und dass die Spielweise des Instrumentes die Gefühlslage des Patienten ausdrückt („sub: Spielweise drückt Gefühlslage aus"), was mit einer Häufigkeit von 65,2 % und ebenfalls 29 Kodierungen eruiert wurde. Durch 17 Kodierungen und einer Häufigkeit von 47,8 % wurde eruiert, dass das Gruppenerleben durch die Musikinstrumente als intensiver erlebt wurde („sub: Gruppenerleben in MT durch Musikinstrumente intensiver"), weil auch bestimmte Instrumente für den Patienten eine Bedeutung widerspiegeln, was mit 15 Kodierungen und einer Häufigkeit von 47,8 % gezählt wurde („sub: bestimmtes Instrument hatte Bedeutung für Patient"). Als wichtiger Punkt in Bezug auf den Umgang mit den Instrumenten des Musiktherapieraumes wurde mit einer Häufigkeit von 26,1 % und 6 Kodierungen eruiert, dass man ein Instrument nicht beherrschen

müsse, um darauf spielen zu können („sub: man muss das Instrument nicht beherrschen, um zu spielen"). Die Ergebnisse zu diesen Kategorien finden sich zusammenfassend in Tabelle 6.

**Tabelle 6:** Musik und ihre Funktion in der Musiktherapie. Kodierung der Musiktherapie-spezifischen Faktoren. Kodefamilien („Codes“) und Subcodes. Die Kodefamilien erscheinen grau unterlegt. Die Tabelle zeigt die Anzahl der Patienten, in deren Interviews die spezifischen Kodierungen auftraten, unter „abs.“ als absolute Anzahl, unter „rel.“ relativ zur Gesamtzahl der Patienten. „Mw“ und „SD“ stehen für Mittelwert und Standardabweichung, „range“ für den Bereich der angetroffenen Nennungshäufigkeiten in den einzelnen Interviews. Die Bezeichnungen der Codes und Subcodes wurden für die Verwendung in SPSS verkürzt; eine Gegenüberstellung der Originalcodes sowie der für SPSS verwendeten gekürzten Codes findet sich in Anhang 6. Die Schreibweise im Hinblick auf den Dezimalpunkt folgt (abweichend vom Text dieser Arbeit) der Ausgabekonvention von SPSS.

| **Codes**/Subcodes | **abs.** | **rel.** | **Mw** | **SD** | **range** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Ausdrucksmöglichkeiten** | | | | | |
| Medium z Ausdruck v Gefühlen u Emotionen | 19 | 83 % | 2.52 | 1.86 | 0–6 |
| technische Aspekte | 18 | 78 % | 1.91 | 1.81 | 0–7 |
| Interaktion | 17 | 74 % | 2.30 | 2.08 | 0–6 |
| **Bedeutung der Instrumente** | | | | | |
| Selbstwahrnehmung | 19 | 83 % | 3.22 | 2.54 | 0–10 |
| Ausdruck | 19 | 83 % | 2.30 | 1.55 | 0–5 |
| Regression | 9 | 39 % | .74 | 1.05 | 0–3 |
| Selbstausdruck | 7 | 30 % | 1.00 | 1.83 | 0–7 |
| Kommunikation | 7 | 30 % | .48 | .79 | 0–2 |
| **Bedeutung des Musizierens** | | | | | |
| Ausdruck verleihen | 22 | 96 % | 2.87 | 1.58 | 0–6 |
| neue Erfahrung | 15 | 65 % | 1.57 | 1.81 | 0–6 |
| Interaktion u Kommunikation | 15 | 65 % | 1.52 | 1.62 | 0–6 |
| Introspektion | 14 | 61 % | 1.22 | 1.20 | 0–4 |

Fortsetzung auf Seite 47

**Tabelle 6** (Fortsetzung von Seite 46): Musik und ihre Funktion in der Musiktherapie. Kodierung der Musiktherapie-spezifischen Faktoren. Kodefamilien und Subcodes.

| **Codes**/Subcodes | **abs.** | **rel.** | **Mw** | **SD** | **range** |
|---|---|---|---|---|---|
| pos. Erlebnis | 12 | 52 % | 1.17 | 1.56 | 0–6 |
| Abwechslungsreicher | 9 | 39 % | .52 | .73 | 0–2 |
| **Erleben des Musizierens** | | | | | |
| Hilfreich | 20 | 87 % | 2.35 | 2.08 | 0–8 |
| Unangenehm | 15 | 65 % | 1.48 | 1.68 | 0–6 |
| Abwechslungsreich | 13 | 57 % | 1.48 | 1.93 | 0–6 |
| Beruhigend | 10 | 43 % | 1.13 | 2.58 | 0–12 |
| Durcheinander | 9 | 39 % | .57 | .79 | 0–2 |
| **Umgang mit dem Instrument** | | | | | |
| Stimmungsabhängig | 15 | 65 % | 1.26 | 1.10 | 0–3 |
| Spielweise | 15 | 65 % | 1.26 | 1.10 | 0–3 |
| Instrument finden | 13 | 57 % | 1.35 | 1.75 | 0–5 |
| Gruppenerleben intensiver | 11 | 48 % | .74 | 1.05 | 0–4 |
| Bedeutung | 11 | 48 % | .65 | .78 | 0–2 |
| Beherrschen | 6 | 26 % | .26 | .45 | 0–1 |

### 3.2.2 Besonderheit der Musiktherapie

- **"Auswirkungen und Effekte der Musiktherapie"**

Subcodes: 5

Quotations: 173

Bei Betrachtung dieser Kodefamilie wird deutlich, dass mit einer Häufigkeit von 95,7 % insgesamt 98mal den Subcode „sub: persönliche Weiterentwicklung und Erkenntnisgewinn in MT" vergeben wurde und somit die Musiktherapie für die Patienten eine große Möglichkeit bietet, sich persönlich weiter zu entwickeln. Mit einer Häufigkeit von 69,6 % wurde insgesamt 45mal kodiert durch die Musiktherapie

leichter aus sich heraus zu kommen („sub: leichter aus sich herauskommen"). Eine wichtige Auswirkung der Musiktherapie zeigte sich auch in Form von Beruhigung, Entspannung und Befreiung („sub: Erleben von Beruhigung, Entspannung und Befreiung"), welche mit einer Häufigkeit von 69,6 % und mit 41 Kodierungen erlebt wurde. Durch die 12malige Kodierung wurde mit einer Häufigkeit von 30,4 % berichtet, dass in der Musiktherapie Wut und Ärger erlebt wurde (“sub: Erleben von Wut und Ärger"). Mit einer Häufigkeit von 65,2 % mittels 29 Kodierungen wurde die Musiktherapie als positive Erfahrung wahrgenommen („sub: positive Erfahrung").

- **"Musiktherapie im Vergleich zu anderen Therapien"**

Subcodes: 6

Quotations: 189

Bezüglich dieser Kodefamilie zeigt sich, dass mit einer Häufigkeit von 82,6 % und 75 Kodierungen die Musiktherapie als Kreativtherapie einen wichtigen Baustein für den Gesamtbehandlungserfolg in der tagesklinischen Behandlung darstellt („sub: MT als Kreativtherapie ein wichtiger Baustein für den Gesamtbehandlungserfolg"). Des Weiteren wird mit einer Häufigkeit von 87 % und 54 Kodierungen eruiert, dass Patienten in der Musiktherapie weniger Hemmungen hätten zu musizieren oder sich mit Hilfe eines Musikinstrumentes zu äußern („sub: MT freier und unkontrollierter (man hat weniger Hemmungen anzufangen, oder sich zu äußern)"). 44mal vergeben und mit einer Häufigkeit von 69,6 % wurde kodiert, dass die Gruppenkohäsion in der Musiktherapie aus Sicht der Patienten stärker gefördert würde als in anderen gruppentherapeutischen Settings wie zum Beispiel den Gruppentherapien („sub: Gruppenkohäsion wird gefördert"). Im Vergleich zu anderen Therapien wurde auch die Emotionsarbeit in der Musiktherapie 43mal kodiert und mit einer Häufigkeit von 82,6 % durch die Patienten als intensiver erlebt („sub: Emotionsarbeit in MT intensiver").

Zudem wird mit 33 Kodierungen berichtet, dass die Musiktherapie von den Patienten als angenehmer und nicht so anstrengend im Vergleich zu anderen Gruppentherapien erlebt wurde („sub: MT wird als angenehmer erlebt (ruhiger, nicht so anstrengend)"). Mit einer Häufigkeit von 56,5 % und 25 Kodierungen wird

angegeben, dass die Musiktherapie aus Sicht der Patienten einen Gegenpol zu anderen Therapien darstellt („sub: MT wird als Gegenpol zu den anderen Therapien erlebt").

Die Ergebnisse zu diesen Kategorien finden sich zusammenfassend in Tabelle 7.

**Tabelle 7:** Kodierung der Musiktherapie-spezifischen Faktoren. Kodefamilien („Codes“) und Subcodes. Die Kodefamilien erscheinen grau unterlegt. Die Tabelle zeigt die Anzahl der Patienten, in deren Interviews die spezifischen Kodierungen auftraten, unter „abs.“ als absolute Anzahl, unter „rel.“ relativ zur Gesamtzahl der Patienten. „Mw“ und „SD“ stehen für Mittelwert und Standard-abweichung, „range“ für den Bereich der angetroffenen Nennungshäufigkeiten in den einzelnen Interviews. Die Bezeichnungen der Codes und Subcodes wurden für die Verwendung in SPSS verkürzt; eine Gegenüberstellung der Originalcodes sowie der für SPSS verwendeten gekürzten Codes findet sich in Anhang 6 Die Schreibweise im Hinblick auf den Dezimalpunkt folgt (abweichend vom Text dieser Arbeit) der Ausgabekonvention von SPSS.

| **Codes**/Subcodes | **abs.** | **rel.** | **Mw** | **SD** | **range** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Auswirkungen und Effekte** | | | | | |
| Weiterentwicklung und Erkenntnisse | 22 | 96 % | 4.22 | 2.54 | 0–10 |
| aus sich herauskommen | 16 | 70 % | 1.96 | 1.97 | 0–7 |
| Beruhigung … | 16 | 70 % | 1.78 | 1.78 | 0–7 |
| positive Erfahrung | 15 | 65 % | 1.26 | 1.21 | 0–4 |
| Wut, Ärger | 7 | 30 % | .52 | .90 | 0–3 |
| **Musiktherapie im Vergleich** | | | | | |
| wichtiger Baustein | 23 | 100 % | 3.26 | 1.89 | 1–8 |
| freier, unkontrollierter | 20 | 87 % | 2.30 | 1.64 | 0–6 |
| Emotionsarbeit intensiver | 19 | 83 % | 1.87 | 1.46 | 0–5 |
| Förderung Gruppenkohäsion | 16 | 70 % | 1.91 | 1.95 | 0–7 |
| angenehmer | 14 | 61 % | 1.43 | 1.50 | 0–5 |
| Gegenpol | 13 | 57 % | 1.09 | 1.35 | 0–5 |

### 3.2.3 Erleben der Musiktherapie

- **"Emotionserleben in der Musiktherapie"**

Subcodes: 4

Quotations: 101

Es zeigt sich hier, dass mit einer Häufigkeit von 83,6 % und 44 Kodierungen berichtet wird, dass das aktive Betätigen von Instrumenten hilft mit Emotionen umzugehen („sub: aktives betätigen von Instrumenten hilft mit Emotionen umzugehen“). Zudem wird mit einer Häufigkeit von 65,2 % und 36 Kodierungen angegeben, dass die Musiktherapie unterschiedliche Möglichkeiten bietet Emotionen Ausdruck zu verleihen („sub: unterschiedliche Möglichkeiten Emotionen auszudrücken") sowie mit einer Häufigkeit von 56,5 % und 32 Kodierungen berichtet, dass der Zugang zu Emotionen in der Musiktherapie unbewusst geschehe („sub: Zugang zu Emotionen geschieht unbewusst"). Ebenfalls zeigt sich, dass die Interaktion mit Gruppenmitgliedern mit einer Häufigkeit von 34,8 % und 23 Kodierungen in der Musiktherapie als intensiver erlebt wird („sub: intensivere Interaktion mit Gruppenmitgliedern").

- **"Selbsterleben des Patienten im musiktherapeutischen Setting im Kontext zur Gruppe"**

Subcodes: 7

Quotations: 121

Im Rahmen dieser Kodefamilie wird durch 50 Kodierungen des Subcodes „sub: „selbstunsicher" und einer Häufigkeit von 78,3 % gezählt, dass die Patienten sich beim Musizieren im Rahmen der Musiktherapie als selbstunsicher erlebten. Insgesamt 47mal wurde mit einer Häufigkeit von 73,9 % kodiert, dass die eigene Interaktion mit einem sozialen Umfeld (wie in diesem Fall die Gruppe) durch das Musizieren in der Musiktherapie sehr deutlich werde („sub: eigene Interaktion mit sozialem Umfeld wird in MT sehr deutlich"). 43-mal wurde der Subcode („sub: sich an den Anderen orientieren") kodiert mit einer Häufigkeit von 78,3 %, wodurch sich zeigte, dass sich die Patienten beim Musizieren an anderen Gruppenmitgliedern

orientieren. Das Selbsterleben würde sich mit einer Häufigkeit von 47,8 % und 20 Nennungen im Laufe der Therapie verändern („sub: Selbsterleben hat sich im Laufe der Therapie verändert") und zudem wurde 14-mal mit einer Häufigkeit von 44,5 % kodiert, dass eben dies im Rahmen der Musiktherapie stimmungs- und situationsabhängig sei („sub: Stimmungs-/Situationsabhängig"). Durch 10 Nennungen des Subcodes „sub: dominant" und einer Häufigkeit von 26,1 % ergab sich, dass die Patienten ihr Auftreten im Rahmen der Musiktherapie als dominant erlebten. Mit einer Häufigkeit von 26,1 % und 9 Kodierungen wurde eruiert, dass sich die Patienten in die Gruppe integriert fühlten („sub: integriert").

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse dieses Kodierprozesses findet sich in Tabelle 8.

**Tabelle 8:** Erleben der Musiktherapie. Kodierung der Musiktherapie-spezifischen Faktoren. Kodefamilien („Codes“) und Subcodes. Die Kodefamilien erscheinen grau unterlegt. Die Tabelle zeigt die Anzahl der Patienten, in deren Interviews die spezifischen Kodierungen auftraten, unter „abs.“ als absolute Anzahl, unter „rel.“ relativ zur Gesamtzahl der Patienten. „Mw“ und „SD“ stehen für Mittelwert und Standardabweichung, „range“ für den Bereich der angetroffenen Nennungshäufigkeiten in den einzelnen Interviews. Die Bezeichnungen der Codes und Subcodes wurden für die Verwendung in SPSS verkürzt; eine Gegenüberstellung der Originalcodes sowie der für SPSS verwendeten gekürzten Codes findet sich in Anhang 6. Die Schreibweise im Hinblick auf den Dezimalpunkt folgt (abweichend vom Text dieser Arbeit) der Ausgabekonvention von SPSS.

| **Codes**/Subcodes | **abs.** | **rel.** | **Mw** | **SD** | **range** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Emotionserleben** | | | | | |
| aktives Betätigen | 19 | 83 % | 1.91 | 1.54 | 0–6 |
| untersch. Möglichkeiten | 15 | 65 % | 1.57 | 1.65 | 0–5 |
| Zugang unbewusst | 13 | 57 % | 1.39 | 1.67 | 0–6 |
| intensivere Interaktion | 8 | 35 % | 1.00 | 1.93 | 0–8 |

Fortsetzung auf Seite 52

**Tabelle 8** (Fortsetzung von Seite 51): Kodierung der Musiktherapie-spezifischen Faktoren. Kodefamilien und Subcodes.

| **Codes**/Subcodes | **abs.** | **rel.** | **Mw** | **SD** | **range** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Selbsterleben des Patienten** | | | | | |
| Selbstunsicher | 18 | 78 % | 2.17 | 2.08 | 0–7 |
| sich an Anderen orientieren | 18 | 78 % | 1.87 | 1.52 | 0–5 |
| Interaktion deutlicher | 17 | 74 % | 2.04 | 1.82 | 0–7 |
| selbsterleben verändert | 11 | 48 % | .87 | 1.18 | 0–4 |
| Stimmungs-/Situationsabhängig | 10 | 43 % | .61 | .84 | 0–3 |
| Dominant | 6 | 26 % | .43 | .95 | 0–4 |
| Integriert | 6 | 26 % | .39 | .72 | 0–2 |

### 3.2.4 Entwicklung des Patienten

- **"Entwicklungsprozess des Patienten in der Musiktherapie"**

Subcodes: 3

Quotations: 99

In dieser Kodefamilie zeigte sich durch 61 Kodierungen und einer Häufigkeit von 73,9 %, dass mit Hilfe der Musiktherapie Selbsterkenntnisse über sich und die eigene Interaktion mit Anderen gewonnen werden können („sub: Patient hat Selbsterkenntnisse gewonnen (über sich oder seine Interaktion mit Anderen)"). Insgesamt 32mal wurde mit einer Häufigkeit von 60,9 % kodiert, dass es im Rahmen der Musiktherapie leichter wäre aus sich raus zu kommen und sich mehr zu trauen („sub: Patient ist mehr aus sich rausgekommen und hat sich mehr getraut"). 15-mal vergeben wurde mit einer Häufigkeit von 47,8 %, dass für den Patienten die Musiktherapie von Stunde zu Stunde besser werden würde („sub: besser von Stunde zu Stunde").

- **"Erleben der Musiktherapie zu Beginn der Therapie"**

Subcodes: 5

Quotations: 49

Hier lässt sich erkennen, dass mit einer Häufigkeit von 39,1 % und 17 Kodierungen der Musiktherapie zu Beginn mit Skepsis begegnet wurde („sub: skeptisch"). Mit 12 Kodierungen und Häufigkeiten von 25,1 % und 39,1 % ergab sich, dass die Patienten zu Anfang in der Musiktherapie gehemmt und unsicher sind („sub: gehemmt" und „sub: unsicher "). Mit 9 Kodierungen und einer Häufigkeit von 26,7 % wird die Musiktherapie zu Beginn der Therapie von den Patienten als ängstlich erlebt („sub: ängstlich"), während die Musiktherapie mit nur 4 Kodierungen und einer Häufigkeit von 17,4 % zu Beginn als angenehm erlebt wird („sub: angenehm").

- **"Erleben der Musiktherapie am Ende der Therapie"**

Subcodes: 4

Quotations: 23

Es zeigte sich mit einer Häufigkeit von 39,1 % und 12 Kodierungen, dass das Erleben der Musiktherapie am Ende der Therapie als positiv empfunden wurde („sub: positiv"). Mit einer Häufigkeit von 30,4 % und 11 Kodierungen wurde eruiert, dass die persönliche Weiterentwicklung des Patienten erst gegen Ende der Therapie sichtbar wurde („sub: persönliche Weiterentwicklung wurde erst gegen Ende sichtbar"). Durch 7 Kodierungen und einer Häufigkeit von 21,7 % ergab sich, dass anfängliche Schwierigkeiten, welche im Rahmen der Musiktherapie auftraten abgelegt werden konnten („sub: anfängliche Schwierigkeiten konnten abgelegt werden") und nur 2mal und mit einer Häufigkeit von 7,7 % kodiert wurde, dass keine große Weiterentwicklung in der Musiktherapie empfunden wurde („sub: keine große Weiterentwicklung").

- **"Erste Musiktherapiestunde"**

Subcodes: 5

Quotations: 50

Bei Betrachtung dieser Kodefamilie wird deutlich, dass mit einer Häufigkeit von 39,1 % insgesamt 18mal den Subcode „sub: komisch" vergeben wurde und mit einer Häufigkeit von 26,1 % insgesamt 17mal kodiert wurde, dass die Musiktherapie in der ersten Musiktherapiestunde als schlimm erlebt wird („sub: schlimm"). Ein wichtiger Effekt im Erleben der ersten Musiktherapiestunde zeigte sich auch in Form von Erleben einer gewissen Ambivalenz, welche mit einer Häufigkeit von 34,8 % und mit 12 Kodierungen vertreten ist („sub: ambivalent"). Durch die 7malige Kodierung wurde mit einer Häufigkeit von 31,4 % eruiert, dass die erste Musiktherapiestunde retrospektiv von den Patienten mit „sub: positive Empfindung" verknüpft wird. Mit einer Häufigkeit von 8,7 % mittels 3 Kodierungen ergibt sich für die erste Musiktherapiestunde, dass sie von den Patienten als interessante Erfahrung in Erinnerung behalten wird („sub: interessante Erfahrung").
Eine Zusammenfassung der Ergebnisse dieser Kodierprozesse findet sich in Tabelle 9.

**Tabelle 9:** Entwicklung des Patienten. Kodierung der Musiktherapie-spezifischen Faktoren. Kodefamilien („Codes“) und Subcodes. Die Kodefamilien erscheinen grau unterlegt. Die Tabelle zeigt die Anzahl der Patienten, in deren Interviews die spezifischen Kodierungen auftraten, unter „abs.“ als absolute Anzahl, unter „rel.“ relativ zur Gesamtzahl der Patienten. „Mw“ und „SD“ stehen für Mittelwert und Standardabweichung, „range“ für den Bereich der angetroffenen Nennungshäufigkeiten in den einzelnen Interviews. „Entw.“ steht für „Entwicklung“. Die Bezeichnungen der Codes und Subcodes wurden für die Verwendung in SPSS verkürzt; eine Gegenüberstellung der Originalcodes sowie der für SPSS verwendeten gekürzten Codes findet sich in Anhang 6. Die Schreibweise im Hinblick auf den Dezimalpunkt folgt (abweichend vom Text dieser Arbeit) der Ausgabekonvention von SPSS.

| **Codes**/Subcodes | **abs.** | **rel.** | **Mw** | **SD** | **range** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Entwicklungsprozess** | | | | | |
| Selbsterkenntnisse | 17 | 74 % | 2.65 | 2.37 | 0–8 |
| aus sich herauskommen | 14 | 61 % | 1.39 | 1.50 | 0–5 |
| besser v Stunde zu Stunde | 11 | 48 % | .65 | .83 | 0–3 |

Fortsetzung auf Seite 55

**Tabelle 9** (Fortsetzung von Seite 54): Kodierung der Musiktherapie-spezifischen Faktoren. Kodefamilien und Subcodes.

| **Codes**/Subcodes | **abs.** | **rel.** | **Mw** | **SD** | **range** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Beginn der Therapie** | | | | | |
| Skeptisch | 9 | 39 % | .74 | 1.14 | 0–3 |
| Unsicher | 9 | 39 % | .52 | .79 | 0–3 |
| Gehemmt | 6 | 26 % | .52 | 1.04 | 0–4 |
| Ängstlich | 5 | 22 % | .39 | 1.08 | 0–5 |
| Angenehm | 4 | 17 % | .17 | .39 | 0–1 |
| **Ende der Therapie** | | | | | |
| Positiv | 9 | 39 % | .52 | .73 | 0–2 |
| Entw. am Ende sichtbar | 7 | 30 % | .48 | .79 | 0–2 |
| Ablegen v. Schwierigkeiten | 5 | 22 % | .35 | .71 | 0–2 |
| keine Entw. | 2 | 9 % | .09 | .29 | 0–1 |
| **Erste Musiktherapiestunde** | | | | | |
| Komisch | 10 | 43 % | .78 | 1.09 | 0–3 |
| Ambivalent | 8 | 35 % | .52 | .85 | 0–3 |
| pos. Empfindung | 7 | 30 % | .30 | .47 | 0–1 |
| Schlimm | 6 | 26 % | .74 | 1.57 | 0–6 |
| interessante Erfahrung | 2 | 9 % | .13 | .46 | 0–2 |

### 3.2.4 Erwartungen/Vorkenntnisse

- **"Erwartungen /Vorstellungen des Patienten von der Musiktherapie"**

Subcodes: 4

Quotations: 50

Diese Kodefamilie sollte wiederspiegeln mit welchen Erwartungen und Vorstellungen die Patienten die musiktherapeutische Behandlung begannen. Es

lässt sich erkennen, dass mit einer Häufigkeit von 56,5 % durch die 22malige Vergabe des Subcodes „sub: Skepsis (Worin liegt der Sinn, Was kommt auf mich zu?)"der Musiktherapie eher skeptisch entgegengesehen wurde. Zudem wird deutlich, dass mit einer Häufigkeit von 52,2 % durch 13 Kodierungen des Subcodes „sub: keine Erwartungen oder Vorstellungen“ von Seiten der Patienten gegenüber der Musiktherapie keine Erwartungen oder Vorstellungen vorlagen, wie diese abläuft. Mit einer Häufigkeit von 30,4 % durch 12 Kodierungen konnte eruiert werden, dass die Patienten anfänglich Angst davor hatten etwas falsch zu machen („sub: Angst etwas falsch zu machen"). Zuletzt zeigt sich in dieser Kodefamilie, dass sich mit einer Häufigkeit von 45,5 % und 11 Kodierungen die Musiktherapie für die Patienten als etwas Anderes entpuppte, als diese erwartet hätten („sub: MT entpuppte sich als etwas Anderes als erwartet").

- **"Musikalische Vorerfahrung"**

Subcodes: 2

Quotations: 52

Welche musikalische Vorerfahrung die Patienten zu Beginn ihres Therapieaufenthaltes mitbrachten, zeigt sich in dieser Kodefamilie. Es wird deutlich, dass mit einer Häufigkeit von 82,6 % und 41 Kodierungen bei der Mehrzahl des Patientenkollektivs im Vorfeld ihrer Behandlung musikalische Vorerfahrung vorliegt, unabhängig davon, ob diese in der Vergangenheit oder aktuell privat ein Musikinstrument spielten („sub: Patient hat früher Instrument(e) gespielt oder spielt aktuell ein Instrument"). Hingegen wurde bei dem anderen Teil des Patientenkollektives mit 11 Kodierungen und einer Häufigkeit von 17,4 % eruiert noch nie ein Instrument gespielt zu haben oder im Vorfeld der Behandlung musikalisch aktiv gewesen zu sein („sub: Patient hat nie ein Instrument gespielt").

- **"Vorerfahrungen mit dem Therapiefeld Musiktherapie "**

Subcodes: 2

Quotations: 30

Hier lässt sich erkennen, dass mit einer Häufigkeit von 82,6 % und 22 Kodierungen

keine Vorkenntnisse mit der Musiktherapie hatten („sub: keine Vorkenntnisse mit dem Therapiefeld"). Mit 8 Nennungen und einer Häufigkeit von 17,4 % wurde kodiert, dass die Patienten im Vorfeld der Therapie schon einmal mit dem Therapiefeld Musiktherapie in Berührung gekommen waren („sub: Patient kannte MT von vorherigem Therapieaufenthalt").

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse dieser Kodierprozesse findet sich in Tabelle 10.

**Tabelle 10:** Erwartungen/Vorkenntnisse. Kodierung der Musiktherapie-spezifischen Faktoren. Kodefamilien („Codes“) und Subcodes. Die Kodefamilien erscheinen grau unterlegt. Die Tabelle zeigt die Anzahl der Patienten, in deren Interviews die spezifischen Kodierungen auftraten, unter „abs.“ als absolute Anzahl, unter „rel.“ relativ zur Gesamtzahl der Patienten. „Mw“ und „SD“ stehen für Mittelwert und Standardabweichung, „range“ für den Bereich der angetroffenen Nennungshäufigkeiten in den einzelnen Interviews. Die Bezeichnungen der Codes und Subcodes wurden für die Verwendung in SPSS verkürzt; eine Gegenüberstellung der Originalcodes sowie der für SPSS verwendeten gekürzten Codes findet sich in Anhang 6. Die Schreibweise im Hinblick auf den Dezimalpunkt folgt (abweichend vom Text dieser Arbeit) der Ausgabekonvention von SPSS.

| **Codes**/Subcodes | **abs.** | **rel.** | **Mw** | **SD** | **range** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Erwartungen, Vorstellungen** | | | | | |
| Skepsis | 13 | 57 % | .96 | 1.11 | 0–4 |
| Keine | 12 | 52 % | .57 | .59 | 0–2 |
| Anders | 10 | 43 % | .52 | .73 | 0–3 |
| Angst | 7 | 30 % | .43 | .73 | 0–2 |
| **Musikalische Vorerfahrung** | | | | | |
| früher o. aktuell | 19 | 83 % | 1.78 | 1.24 | 0–4 |
| Keine | 4 | 17 % | .48 | 1.20 | 0–4 |
| **Vorerfahrungen** | | | | | |
| keine | 19 | 83 % | .96 | .56 | 0–2 |
| vorhanden | 4 | 17 % | .35 | .83 | 0–3 |

Zusammenfassend sind die für den zweiten Kodierprozess wichtigsten Ergebnisse sind, dass die Musiktherapie von den Patienten im Vergleich zu anderen Therapien als anders erlebt wird und einen wichtigen Baustein für den Gesamtbehandlungsprozess ihrer Therapie darstellt. Des Weiteren wirkt sie sich positiv auf die persönliche Weiterentwicklung der Patienten und den Erkenntnisgewinn über eigene innerpsychische Prozesse aus. Zudem bietet Musik als Medium den Patienten eine weitere wichtige Möglichkeit Gefühle und Emotionen auszudrücken und fördert durch die Möglichkeit für Patienten Instrumente zu benutzen die Selbstwahrnehmung des Patienten innerhalb der Gruppe. Das Musizieren wird von den meisten Patienten im Vergleich zur Gesprächstherapie als abwechslungsreicher erlebt und die Patienten entdecken dadurch neue Möglichkeiten die aktuelle Stimmungslage auszudrücken und mit anderen Gruppenmitgliedern dadurch in Kontakt zu treten. Dies geschehe im Vergleich zu Gesprächstherapien weitgehend unbewusst und ungefiltert. Als positiv erlebten die Patienten auch, dass es nicht unmittelbar notwendig war musikalische Erfahrung mitzubringen, um sich in der Musiktherapie aktiv betätigen zu können. Die meist anfänglich bestehende Unsicherheit und Skepsis bezüglich der Therapieform wichen im Verlauf der Therapie beim Großteil der Patienten, da diese lernten die Therapie für sich zu nutzen.

# 4. Diskussion

## 4.1 Diskussion der Methodik

Die qualitative Inhaltsanalyse ist ein zentrales Element dieser Arbeit. Sie dient insbesondere dazu Texte zu analysieren, um wichtige Aspekte der Aussagen zu erhalten, welche möglicherweise durch eine quantitative Auswertung nicht ausreichend gewürdigt würden oder verloren gehen könnten.

Wenn man die qualitative Inhaltsanalyse aus der Sicht von Vertretern der quantitativen Forschung betrachtet, könnte man kritisch anmerken, dass sie subjektiv agiert, sehr an die Deutung des Forschers gebunden ist und in Hinblick auf die Auswertung wenig klar erscheint.

Ein Vorteil der quantitativen Analyse ist natürlich die Möglichkeit, erhobene Daten durch Häufigkeiten ausdrücken zu können, so dass diese somit objektiver erscheinen. Dem steht in der qualitativen Analyse der unmittelbarere Zugriff auf subjektives Erleben gegenüber. Zudem enthält auch die qualitative Inhaltsanalyse quantitative Schritte, beginnend mit der Erhebung der Basisdaten, der Geschlechter- und Altersverteilung und gefolgt von den quantitativen Schritten, die in der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ergänzend eingesetzt werden. Auch die qualitative Inhaltsanalyse folgt klaren Regeln und fordert die Erfüllung von Gütekriterien; jede einzelne Analyse muss anhand von Gütekriterien auf ihre Tauglichkeit hin geprüft werden muss (Mayring 2008). In der qualitativen Sozialforschung werden insgesamt sechs Gütekriterien beschrieben (Mayring 2008):

- Verfahrensdokumentation
- argumentative Interpretationsabsicherung
- Regelgeleitetheit
- Nähe zum Gegenstand
- kommunikative Validierung
- Triangulation

Die Überprüfung dieser Gütekriterien in dieser Studie sollen nun im Folgenden diskutiert werden.

In der qualitativen Forschung werden in der Regel eigene Methoden entwickelt oder vorhandene Methoden kombiniert. Die Methode ist also zunächst unfertig und muss

durch gedankliche Arbeit entwickelt werden. Jeder Schritt der Entwicklung muss im Detail dokumentiert werden, um den Forschungsprozess für Andere nachvollziehbar zu machen.

Dies geschah im Rahmen dieser Arbeit durch die Darstellung der Entwicklung des Interviewleitfadens, der genauen Dokumentation der Analyseschritte, sowie der Integration von Yaloms Kategorien in den Gesamtkontext. Somit ist das Gütekriterium der Verfahrensdokumentation hinreichend beachtet worden.

Sämtliche Interpretationen in einer qualitativen Arbeit sollten argumentativ begründet werden. Es muss die Ausgangsbasis der Argumentation dargelegt werden, um die Theoriegeleitetheit der Interpretation von Ergebnissen nachvollziehbar zu machen. Dies geschah in der vorliegenden Untersuchung durch die Erläuterung von Mayrings Methodik und die Darlegung der Anwendung der Methodik im Sinne der argumentativen Interpretationsabsicherung.

Das Gütekriterium der Regelgeleitetheit wurde im Rahmen dieser Studie durch die strikte Beachtung von Mayrings Verfahrensanweisung zur Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse und Anwendung der Teilschritte, wie im Abschnitt Material und Methodik veranschaulicht, erfüllt.

Die „Nähe zum Gegenstand“ wird in der qualitativen Forschung erreicht, indem der Untersucher und die untersuchten Personen ein durchgängig gemeinsames Interesse verfolgen. Dies wurde in dieser Studie gewährleistet, indem die Patienten dezidiert über die Fragestellung des Interviews informiert wurden und auch mit dem Fragebogen die Thematik bis zu einem gewissen Grad vorgegeben wurde. Jede qualitative Inhaltsanalyse beginnt mit der Erstellung eines halboffenen Interviewleitfadens, wie auch in dieser Arbeit erfolgt. Der Interviewleitfaden dieser Arbeit wurde nach dem Modell des problemzentrierten Interviews (Witzel 2000) von der Doktorandin in Zusammenarbeit mit dem Doktorvater und den an der Untersuchung beteiligten Musiktherapeutinnen entwickelt (siehe Daten und Methodik Teil). Kritisch anzumerken wäre, dass durch diese Vorgehensweise, also die Vorauswahl der Fragen, für die Patienten eine Einschränkung entstand, eigene Gedanken zu entwickeln und zu äußern. Allerdings ist eine gewisse Vorauswahl wiederum notwendig, um einen Rahmen in den Ablauf des Interviews zu bringen und sowohl Vollständigkeit als auch Vergleichbarkeit zu erreichen.

Eine kommunikative Validierung durch Diskussion der Ergebnisse mit den Untersuchten selbst wurde in dieser Studie nur teilweise angewandt. Die Auswertung der Daten erfolgte über den gesamten Studienprozess überwiegend durch die Doktorandin selbst, es fanden aber immer wieder Diskussionen mit der begleitenden Arbeitsgruppe aus Musiktherapeuten und Wissenschaftlern statt. Allerdings muss an dieser Stelle betont werden, dass der Gedankengang hinter dieser Vorgehensweise der war, dass man auf der Basis des doch geringen Patientenkollektives mit 23 Patienten eine möglichst große Vergleichbarkeit in der Interpretation und Auswertung der Daten erreichen wollte. Des Weiteren erschien es im Rahmen der Studienplanung ökonomisch, die gesamte Datenauswertung nur durch eine Person durchführen zu lassen. Durch die Aufklärung der Patienten über den Status der Interviewerin als externer Doktorandin wurde zudem ein offenes Gespräch ermöglicht, ohne dass eine Beeinflussung des Therapieaufenthaltes befürchtet werden musste.

„Triangulation meint immer, dass man versucht, für die Fragestellung unterschiedliche Lösungswege zu finden und die Ergebnisse zu vergleichen" (Mayring 2008). Im Rahmen dieser Studie wurden neben dem qualitativen Ansatz quantitative Aspekte durch die Vorgabe eines Kodierrahmens im Kodiervorgang nach Yalom einbezogen und die Datensätze beider Kodiervorgänge miteinander verglichen. Ein weiterer Aspekt der Reproduzierbarkeit ist die Intercoder-Reliabilität, die im Rahmen von inhaltsanalytischen Reliabilitätsbestimmungen häufig angewandt wird, meist unter Beibehaltung des Kodierrahmens. Eine hohe Übereinstimmung zwischen verschiedenen Untersuchern ist allerdings in der Regel nur bei sehr einfachen Analysen zu erreichen (Ritsert 1972), schon aus linguistischen Gründen (Lisch u. Kriz 1978). Möglicherweise hätte eine Analyse des untersuchten Materials durch mehrere unabhängige Beobachter die Ergebnisse dieser Arbeit besser absichern können, allerdings erschien dieser Aufwand zu groß und im Rahmen des vorliegenden Projektes nicht zu realisieren.

### 4.1.1 Methodische Stärken und Limitationen

Qualitative Analysen haben meist ihre Limitation in der Stichprobengröße, der Repräsentativität und der Reliabilität der Ergebnisse. Das gilt auch für die vor-

liegende Studie. Die Stichprobenauswahl erfolgte durch selektives Sampling. Es wurden alle Patienten, die sich in Behandlung befanden in Betracht gezogen und nach den oben genannten Ein- und Ausschlusskriterien beurteilt. Die Auswahl der eigentlichen Patientenstichprobe erfolgte durch Selbstaktivierung (sekundäre Selektion). Es wurden also nur Patienten interviewt, bei denen eine Freiwilligkeit der Teilnahme bestand. Hierbei ergeben sich jedoch automatisch Selektionsprozesse, die zu einem Bias führen können. Es wurde nicht gezielt auf eine Verteilung der Geschlechter, eine Verteilung der Behandlungsgruppen (psychodynamisch oder verhaltenstherapeutisch) oder musikalische Vorerfahrung geachtet, wodurch sich auch ein gewisses Bias ergeben könnte. Ebenso ist nicht klar, welches Bias sich durch die zum Teil unterschiedliche Behandlung durch andere Therapeuten insgesamt und auch durch die Behandlung der Patienten durch zwei unterschiedliche Musiktherapeutinnen ergeben hat.

Insgesamt wurde versucht, eine repräsentative Abbildung des Patientenkollektives der Psychosomatischen Tagesklinik Ulm zu erreichen. Die Stichprobe liefert ein gutes Bild der Musiktherapie in der psychosomatischen Tagesklinik Ulm. Die Verallgemeinerbarkeit auf andere Kliniken und Kohorten oder stationäre Patientenkollektive kann zwar durch den vorliegenden Ansatz nicht mit letzter Sicherheit behauptet werden, ist aber anzunehmen, da die Verfahren und Prozesse in diesen Einrichtungen äußerst einheitlich gehandhabt werden.

## 4.2 Diskussion der Ergebnisse

Im Bereich der Musiktherapie existieren, wie in der Einleitung angeführt, viele Nachweise für deren Wirksamkeit innerhalb medizinischer Fachdisziplinen wie z.B. Neurologie, Onkologie oder Kardiologie. Dennoch sind die genauen Mechanismen, auf deren Basis Musiktherapie wirkt, unbekannt.

Das Ziel dieser Arbeit sollte auf der Basis der Erforschung der subjektiven Wahrnehmung der Patienten eine Information darüber liefern, wie und auf welche Weise Musiktherapie ihnen geholfen hat und worin die Patienten den Unterschied zu anderen Therapieformen sahen.

### 4.2.1 Diskussion der Wirkfaktoren nach Yalom aus Sicht der Patienten

Der initiale Gedanke bestand darin, zu schauen, ob sich in der Musiktherapie, welche in der psychosomatischen Tagesklinik ausschließlich im Gruppensetting praktiziert wird, gruppenpsychotherapeutische Faktoren nach dem anerkannten Wirkfaktorenmodell von Yalom replizieren lassen.

Aus Sicht der Patienten ließ sich anhand der Codierung der Wirkfaktoren nach Yalom erkennen, dass für die als Gruppentherapie durchgeführte Musiktherapie die Faktoren Gruppenkohäsion, Katharsis und Einsicht am bedeutsamsten zu sein schienen.

Die Patienten beschrieben, dass sie im Rahmen der Musiktherapie die Gruppe als sehr intensiv erlebten und dass durch das gemeinsame Musizieren ein Zusammengehörigkeitsgefühl entstand („dass ich mich nicht länger allein fühlte; dass ich zu einer Gruppe von Menschen gehörte, die mich verstand und akzeptierte), welches einen geschützten Rahmen bot sich auszuprobieren und Persönliches preis zu geben (dass ich unangenehme und peinliche Dinge von mir preisgab“), was durch das Musizieren leichter empfunden wurde als im Gespräch.

Ein weiterer wichtiger Yalom‘scher Faktor, der von den Patienten als wichtig in Bezug auf die Musiktherapie beschrieben wurde war Katharsis.

Yalom beschreibt in seinem Buch von 1996 die Bedeutung des gruppenpsychotherapeutischen Faktors „Katharsis“ als einen Aspekt der Psychotherapie, bei dem sich behandelte Patienten durch verbale Äußerung von Problemen und Emotionen freimachen. Dieser Faktor spielte auch in den Nennungen der Patienten in Bezug auf die Musiktherapie eine bedeutende Rolle. Es ergab sich aus den Nennungen, dass es den Patienten mithilfe der Musikinstrumente und des Musizierens sehr gut gelang sich Dinge von der Seele zu spielen und durch die musikalische Aktivität Gefühlen Ausdruck zu verleihen. Außerdem war es ihnen gut möglich, sich so einen Raum zu schaffen, wo man Dinge ansprechen konnte, die als störend empfunden wurden.

Im Rahmen der Musiktherapie berichteten die Patienten gute Einsicht in die Zusammenhänge ihrer Probleme. Es wurde berichtet, dass die Musiktherapie einen wichtigen Beitrag leistete zu erkennen, wie eigene Verhaltensweisen mit früheren

Erfahrungen zusammenhingen. Dies konnte z. B. durch die Interaktionen mit Mitpatienten beim Musizieren und anschließender Analyse im Gruppengespräch erreicht werden. Ebenso berichteten die Patienten, dass sie im Rahmen der Musiktherapie lernten sich selbst anzunehmen und ihre Probleme zu erkennen, was sich auch in nachfolgenden Therapien auswirkte und einen wichtigen Aspekt im Gesamtbehandlungsprozess anzustoßen schien.

Der Faktor Wiedererleben, womit gemeint ist, dass die Patienten im Rahmen der Psychotherapie Familienkonflikte und Kindheitserinnerungen rekapitulieren, um auf diese Weise eigene Konflikte und Probleme zu analysieren, schien aus Sicht der Patienten in der Musiktherapie nur eine untergeordnete Rolle zu spielen.

### 4.2.2 Diskussion der Wirkungskomponenten der Musiktherapie nach Hegi

Hinsichtlich der von Hegi und Mitarbeitern genannten Wirkungskomponenten der Musiktherapie: Klang, Dynamik, Melodie, Rhythmus und Form lässt sich erkennen, dass für die Patienten beim Musizieren vornehmlich der Klang und die Dynamik der gespielten Musik ausschlaggebend war. Es zeigt sich hierbei, dass für die Patienten in der Musiktherapie vorwiegend der archaische und der integrale Bereich von Relevanz ist. „Die archaischen Komponenten repräsentieren als Polarität und Paar das mütterliche und väterliche Prinzip, das Zusammenwirken von Gefühl und Handlung, von Intuition und Überlegung“. „Die integralen Komponenten wirken nach innen, in den Inhalt einer dynamischen Empfindungswelt, und nach außen, in die Form einer Äußerung“ (Hegi 1998). Vielen Patienten gelang es in der Musiktherapie Familienmuster und eigene Verhaltensmuster zu erkennen. Viele der Patienten beschrieben, dass sie unbewusst Dinge von sich oder ihren Empfindungen preisgaben. Das Erleben der Musik hing vor allem für depressive und traumatisierte Patienten an der Lautstärke und der Harmonie der gespielten Improvisation ab. Schwer erträglich war es, wenn die Improvisation laut und dissonant war, was als „schrecklich“ oder „grausam“ beschrieben wurde. Allerdings wurde genau dies wieder als Therapieerfolg erlebt, wenn es dem betroffenen Patienten gelang, sich dem zu stellen und es auszuhalten oder es im Verlauf zu verbalisieren.

### 4.2.3 Diskussion der Wirkfaktoren auf der Basis des eingesetzten Fragekataloges

Für die Auswertung der Interviewteile, die sich auf die Beantwortung der vorgegebenen Fragen bezogen, wurden hilfreiche Aspekte, die von den Patienten in Bezug auf die Musiktherapie genannt wurden, zu Kategorien zusammengefasst, welche die Wirkung der Musiktherapie auf der Basis des Erlebens der Patienten beschreiben.

Die Patienten beschrieben, dass die Musik bzw. das gemeinsame Musizieren anders als in Gesprächstherapien als ein völlig anderes Medium wahrgenommen werden würde. Ein Medium, welches nonverbal Zugang zu Gefühlen und Emotionen herstellt und womit diese auch anders ausgedrückt werden können. Sie beschrieben mit den verschiedenen Instrumenten unterschiedliche Rhythmen oder Melodien spielen zu können und dass die Dynamik des Gespielten auch die Gruppenimprovisation beeinflusste. Viele der Patienten stellten fest, dass sie während des Musizierens mit Mitpatienten anders in Kontakt treten konnten. Die Musiktherapie förderte so Gruppenprozesse und -interaktionen.

Die verschiedenen Instrumente spielten für die Patienten eine wichtige Rolle. Es wurde berichtet, dass die Benutzung eines Instrumentes in der Musiktherapie als förderlich für die Selbstwahrnehmung erlebt wurde. Das Instrument diente als Medium zum Ausdruck von Gefühlen und Emotionen, welche in die aktuelle Therapiestunde mitgebracht wurden. Patienten berichteten zum Beispiel, dass sie an Tagen mit starken Aggressionen mit Hilfe von Schlaginstrumenten (Bongos, Trommeln, Big Bom) diese sehr gut veranschaulichen und bearbeiten konnten. Insgesamt wurde deutlich, dass die Wahl der Instrumente stark von der Persönlichkeit des Patienten abhing und dass genau dieser Aspekt beim Musizieren schnell deutlich wurde. Beispielsweise tendierten ängstliche, sozial unsichere Patienten stark zu leisen Instrumenten und gingen beim Musizieren, ähnlich wie auch im realen Leben, leicht unter. Man nahm sie schwer war, sie hielten sich immer im Hintergrund, was durch das anschließende verbalisieren der gespielten Improvisation auch durch die Therapeutin oder Mitpatienten verbalisiert wurde.

Das Musizieren half den Patienten Gefühlen und Emotionen wie Ärger, Wut oder auch Freude Ausdruck zu verleihen. Durch das Musizieren, was von den meisten

Patienten als positiv und abwechslungsreich erlebt wurde, gelang auch eine andere, unkomplizierte Kommunikation und Interaktion zwischen den Gruppenmitgliedern. Allerdings konnte das Musizieren auch als negativ und unangenehm erlebt werden. Hinsichtlich der Instrumente zeigte sich, dass die Patienten für die Wahl des Instrumentes Zeit benötigten und diese sehr stimmungsabhängig war. Manche Patienten gaben auch an, dass ein bestimmtes Instrument im Laufe der Therapie eine bestimmte Bedeutung für sie persönlich erhielt. Sei es, dass Kindheitserinnerungen mit dem Instrument verknüpft waren, oder sie durch ein bestimmtes Instrument besondere Emotionen entwickelt werden konnten. Wichtig war auch, insbesondere für Laienmusiker, dass man die Instrumente nicht beherrschen musste, um sie spielen zu können.

Von vielen Patienten wurde angegeben, dass die Musiktherapie ihnen half leichter aus sich heraus zu kommen, sich zu öffnen und somit einen Prozess zur persönlichen Weiterentwicklung zu ebnen.

Die Patienten sahen die Musiktherapie als wichtigen Baustein für den Gesamtbehandlungsprozess. Sie wird, verglichen mit den anderen Therapien in der Behandlung als angenehmer erlebt und fördert die Gruppenkohäsion in der Wahrnehmung der Patienten intensiver.

Der Zugang zu Emotionen, die Möglichkeit diese auszudrücken und mit ihnen umzugehen, gelinge laut Patienten in der Musiktherapie besser.

Die oftmals anfängliche Selbstunsicherheit ging meist über in ein Gefühl, das man aufgehoben sei. Die Patienten berichteten, dass die eigene Interaktion mit dem sozialen Umfeld oft in der Musiktherapie am deutlichsten wurde, wodurch sich auch das Selbsterleben veränderte.

Die meisten Patienten berichteten in der Musiktherapie, neue Erkenntnisse über sich und die eigene Interaktion mit anderen gewonnen zu haben. Allerdings begegneten die meisten Patienten der Musiktherapie anfänglich mit Skepsis, was sich jedoch dahingehend wandelte, dass die Musiktherapie am Ende positiv erlebt wurde. Die erste Musiktherapiestunde wurde überwiegend als „komisch“ oder „ungeordnet“ beschrieben. Besonders eindrückliche Formulierungen verglichen die Therapiesitzung mit einem sektiererischen Gottesdienst oder einem „Irrenhaus“. Im Verlauf entwickelte sich die Therapie für viele Patienten dagegen anders als

zunächst erwartet und wurde letztlich häufig hilfreich erlebt. Die meisten Patienten des Kollektivs brachten musikalische Vorerfahrung mit. Viele hatte auch im Vorfeld schon Erfahrung mit der Musiktherapie gemacht.

### 4.2.4 Diskussion der Ergebnisse vor dem Hintergrund vorangehender spezifischer Untersuchungen

In der Dissertation von Friederike Schröder wurden vier Wirkfaktoren isoliert, die anhand des ergänzten WIMU-G von Danner (Wirkfaktoren Musiktherapie (Fragebogen)) erhoben wurden. Diese sind:

1 positive Funktionen von Musik

2 positive Funktion der Patient-Therapeut-Beziehung

3 positive Funktion der Gruppe

4 positive Funktion des aktiven Musizierens

Schröder (a.a.O.) nennt verschiedene Ansätze, Ideenkonzepte und unterschiedliche Definitionen zu Wirkfaktoren in der Musiktherapie:

- Danner und Mitarbeiter, welche den WIMU- G entwickelten und hiermit fünf Wirkfaktoren isolieren konnten: Faktor 1: Ausdruck, Darstellung und Kommunikation mittels Musik. Faktor 2: Funktion der Gruppe per se. Faktor 3: aktives musikalisches Beziehungsangebot der Musiktherapeutin. Faktor 4: musiktherapeutisches Durcharbeiten und Möglichkeit zu musiktherapeutischen Transformation. Faktor 5: wertschätzendes Verhalten der Musiktherapeutin (Danner et al. 2001)
- Strobel formulierte spezifische musiktherapeutische Wirkfaktoren in seinem Artikel „Von der Musiktherapie zur Musikpsychotherapie“ an: nonverbale Kommunikation, Transformation, Agieren in freier Improvisation, nonverbales Durcharbeiten, symbolischer Ausdruck, Katharsis (Strobel 1990)
- Oberegelsbacher entwickelte Konzepte zu Wirkfaktoren in der Musiktherapie: direktes Ansprechen von Emotionen, ästhetische Funktion der Musik und Kritikfähigkeit, modellhafte Integration, ästhetische Funktion und Kreativität, Ordnungspotenzial der Musik, Lösen von Statischem (Fitzthum et al. 1997)

In der Summe sind die Verfahren und Benennungen von Faktoren zwar geringfügig unterschiedlich, gehen aber dennoch in dieselbe Richtung und widersprechen sich in keiner Weise.

Im Vergleich zu den Wirkfaktoren, welche Friederike Schröder in ihrer Dissertation herausarbeitete, konnte durch die qualitative Inhaltsanalyse an der Stelle näher beschrieben werden, was zum Beispiel aus Sicht der Patienten die positiven Funktionen von Musik ausmacht und wie in der Musiktherapie die positive Funktion der Patient-Therapeut-Beziehung erlebt wird.

### 4.3 Konsequenzen und Ausblick

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen zum einen, dass sich in der Musiktherapie gruppenpsychotherapeutische Wirkfaktoren nach Yalom herausarbeiten und bestätigen lassen. Darüber hinaus zeigen sie, dass die Musiktherapie aus Sicht der befragten Patienten einen wichtigen Baustein für den Gesamtbehandlungsprozess darstellt, welcher viele Entwicklungsprozesse anstoßen kann und auch eine Möglichkeit bietet, auf anderem Wege Zugang zu Emotionen, Gefühlen oder Problemen zu erhalten. Als Gruppentherapie angewendet fördert die Musiktherapie die Gruppenkohäsion und stößt viele Gruppenprozesse an. Somit ist die Therapie nicht nur für jeden einzelnen Patienten, sondern für die Gruppe als Ganzes wichtig.

In dieser Arbeit wurde gezielt die qualitative Inhaltsanalyse gewählt, um die subjektive Wahrnehmung eines Patientenkollektives darzustellen. Es konnten auf der Basis eines kleinen Patientenkollektives das persönliche Erleben der Musiktherapie und die Bedeutung der Therapieform für die Patienten herausgearbeitet werden.

Letztendlich ist man bis heute noch nicht zu einem abschließenden einheitlichen Konzept gelangt, wie und auf welcher Basis Musiktherapie wirkt und welche Faktoren es genau sind, die zur positiven Wirkung und zum Therapieerfolg in der Musiktherapie beitragen. Es besteht jedoch Konsens, dass die Musiktherapie als Therapieform weder in psychosomatischen noch in psychiatrischen Kontexten verzichtbar ist, unabhängig davon, ob es sich um stationäre oder tagesklinische Einrichtungen handelt.

Diese Arbeit sollte einen Beitrag dazu liefern, die Musiktherapie aus Patientensicht darzustellen. Aus der persönlichen Wahrnehmung der Musiktherapie durch die Patienten konnten die gruppenpsychotherapeutischen Wirkfaktoren nach Yalom und andere spezifisch musikbezogene Wirksamkeitsaspekte herausgearbeitet werden. Auch war es möglich, Aspekte zu identifizieren, die die Musiktherapie in der Wahrnehmung der Patienten von anderen Therapien unterschieden, und das subjektive Erlebnis der Musiktherapie innerhalb des Gesamtbehandlungsprozesses zu beschreiben. Im Vergleich zu den bislang angeführten Konzepten für Wirkfaktoren in der Musiktherapie zeigen sich die Ergebnisse, obwohl mit einer anderen Herangehensweise erhoben, sehr ähnlich.

Es konnte herausgearbeitet werden, was in der Wahrnehmung der Patienten die hilfreiche Funktion der Gruppe und was die hilfreiche Funktion des aktiven Musizierens ausmacht.

Die Ergebnisse basieren auf der Untersuchung subjektiver Wahrnehmungen und Wertungen von 23 Patienten der psychosomatischen Tagesklinik am Universitätsklinikum Ulm. Sie können nicht ohne weiteres verallgemeinert werden, so dass vom wissenschaftlichen Standpunkt eine Replikation in anderen Kliniken, auch in der stationären Krankenbehandlung, erforderlich ist. Auch erscheinen Untersuchungen zur differenziellen Wirksamkeit unterschiedlicher Therapien und zu ihrem Zusammenwirken im multimodalen Setting wünschenswert. Wie viele und welche unterschiedlichen Therapieverfahren in welcher Frequenz angeboten werden sollten, unter ärztlichen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten, bleibt zunächst offen.

Klinisch gehen die unterschiedlichen qualitativen und quantitativen Studien zu Wirkfaktoren in eine einheitliche Richtung und bestätigen den zugrundeliegenden Mechanismus der Musiktherapie. Musiktherapie kann ein bedeutsamer Baustein im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzeptes stationärer und tagesklinischer psychosomatischer Behandlung sein, der anders als die anderen Therapien wahrgenommen wird.

## 5. Zusammenfassung

In verschiedenen Studien konnten Wirkfaktoren für die Musiktherapie gefunden werden, die jedoch wenig Schlüsse auf subjektives Erleben als Grundlage der Wirksamkeit ermöglichten. Ergänzend zu diesen Befunden sollte in der vorliegenden Arbeit das subjektive Erleben der Patienten im Interview erfasst werden.

Für die vorliegende Untersuchung wurden 101 Patienten und Patientinnen der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie rekrutiert, von denen 23 eingeschlossen werden konnten. Auf der Basis eines selbst entwickelten Interview-Leitfadens wurden problemzentrierte Interviews durchgeführt, die von der Doktorandin regelgeleitet transkribiert wurden. Die Transkripte wurden mittels der qualitativen Inhaltsanalyse untersucht. Die Kodierung erfolgte auf der Basis eines Kategoriensystems, das die bekannten Wirkfaktoren, die Yalom für die Gruppenpsychotherapie entwickelt hatte, enthielt. Zudem wurden theoriegeleitet spezifische Wirkungskomponenten der Musiktherapie nach Hegi (Klang, Dynamik, Melodie, Rhythmus und Form) in die Kategorienliste aufgenommen.

Im Ergebnis waren in der Kodierung der Yalom'schen Wirkfaktoren die Faktoren Gruppenkohäsion, Katharsis und Einsicht am bedeutsamsten. Hinsichtlich der spezifischen Wirkungskomponenten der Musiktherapie ließ sich erkennen, dass Klang und Dynamik am wichtigsten für das Erleben der Musiktherapie waren. Das Erleben der Musiktherapie war vor allem für depressive und traumatisierte Patienten vorwiegend von der Lautstärke und der Harmonie bestimmt. Es wurde als Therapieerfolg erlebt, sich diesem Erleben zu stellen, es auszuhalten oder es im Verlauf zu verbalisieren. Die Musiktherapie wurde im Vergleich zu anderen Therapien als anders erlebt wird und stellte in der subjektiven Wahrnehmung der Kranken einen wichtigen Baustein im Gesamtbehandlungsprozess dar. Sie wirkte sich günstig auf die Wahrnehmung innerpsychischer Prozesse aus und förderte die Selbstwahrnehmung innerhalb der Gruppe. Im Vergleich zur Gesprächstherapie wurde die Musiktherapie als abwechslungsreicher erlebt, und die Kranken entdeckten neue Möglichkeiten, die Stimmungslage auszudrücken und mit anderen Gruppenmitgliedern in Kontakt zu treten. Dies geschah in der subjektiven Wahrnehmung im Vergleich zu Gesprächstherapien weitgehend unbewusst und ungefiltert. Als positiv wurde erlebt, dass musikalische Erfahrung für die aktive Partizipation an der

Musiktherapie nicht erforderlich war. Eine anfänglich oft bestehende Unsicherheit und Skepsis bezüglich der Therapieform wichen im Verlauf der Therapie beim Großteil der Kranken positiven Emotionen.

Im Rahmen dieser Studie ließen sich für die Musiktherapie gruppenpsychotherapeutische Wirkfaktoren herausarbeiten und bestätigen. Es ließ sich zeigen, dass die Musiktherapie aus Sicht der befragten Patienten einen wichtigen Baustein für den Gesamtbehandlungsprozess darstellte, welcher Entwicklungsprozesse anstoßen konnte und eine Möglichkeit bot, auf alternativem Wege Zugang zu Emotionen und Problemen zu erhalten. Die Musiktherapie förderte die Gruppenkohäsion und stieß Gruppenprozesse an, so dass sie sich nicht nur für die einzelnen Kranken, sondern auch für die Gruppe als Ganzes als wichtig erwies.

Klinisch gehen die unterschiedlichen qualitativen und quantitativen Studien zu Wirkfaktoren in eine einheitliche Richtung und bestätigen den zugrundeliegenden Mechanismus der Musiktherapie. Musiktherapie kann ein bedeutsamer Baustein im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzeptes stationärer und tagesklinischer psychosomatischer Behandlung sein, der anders als die anderen Therapien wahrgenommen wird.

## 6. Literaturverzeichnis


1. Abbott A: Music, maestro, please. Nature 416: 12-14 (2002)
2. Argstatter H, Hillecke TK, Bradt J, Dileo C: Der Stand der Wirksamkeitsforschung – ein systematisches Review musiktherapeutischer Meta-Analysen. Verhaltenstherapie Verhaltensmedizin 28: 39-61 (2007)
3. Bloch S, Crouch E: Therapeutic Factors in Group Psychotherapy. Arch Gen Psychiatry 38: 519-526 (1981)
4. Bradt J, Dileo C, Grocke D, Magill L: Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. Cochrane Database Syst Rev 2011, Issue 8. Art. No.: CD006911.
5. Bruscia K: Defining Music Therapy. 2. Aufl, Gilsum, Barcelona, S. 300 (1998)
6. Chan MF: Effects of music on patients undergoing a C-clamp procedure after percutaneous coronary interventions: a randomized controlled trial. Heart Lung 36: 431–439 (2007)
7. Corsini RJ, Rosenberg B: Mechanisms of group psychotherapy: Processes and dynamics. J Abnorm Soc Psychol 51*:* 406-411 (1955)
8. Danner B, Oberegelsbacher D: Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren der Musiktherapie. Nervenheilkunde 8: 434-441 (2001)
9. de l'Etoile SK: The effectiveness of music therapy in group psychotherapy for adults with mental illness. The Arts in Psychotherapy 29: 69-78 (2002)
10. Dileo C, Bradt J: Medical Music Therapy: A Meta-Analysis & Agenda for Future Research. Jeffrey, Cherry Hill, S. 17-60 (2005)
11. Elo S, Kyngäs H: The qualitative content analysis process. J Adv Nurs 62: 107-115 (2008)
12. Gold C, Solli HP, Krüger V, Lie SA: Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 29: 193-207 (2009)
13. Goldberg FS, McNiel DE, Binder RL: Therapeutic factors in two forms of inpatient group psychotherapy: music therapy and verbal therapy. Group 12: 145 (1988)
14. Grocke D, Bloch S, Castle D: Is there a role for music therapy in the care of the severely mentally ill? Australas Psychiatry 16: 442-445 (2008)
15. Guetin S, Charras K, Berard A, Arbus C, Berthelon P, Blanc F, Blayac JP, Bonte F, Bouceffa JP, Clement S, Ducourneau G, Gzil F, Laeng N, Lecourt E, Ledoux S, Platel H, Thomas-Anterion C, Touchon J, Vrait FX, Leger JM:

An overview of the use of music therapy in the context of Alzheimer's disease: a report of a French expert group. Dementia (London) 12: 619-634 (2013)

16. Hanser SB: Music therapy in cardiac health care: current issues in research. Cardiol Rev 22: 37-42 (2014)

17. Hegi-Portmann F, Hochreutener S, Rüdisüli-Voerkel M: Musiktherapie als Wissenschaft. 1. Aufl, bam@musiktherapie-schweiz.ch, Zürich, S. 52 (2006)

18. Hegi F: Übergänge zwischen Sprache und Musik: Die Wirkkomponenten der Musiktherapie. 1. Aufl, Junfermann, Paderborn, S. 47-52 (1998)

19. Hogan B: Music therapy at the end of life: Searching for the rite of passage. In: Aldridge D (Hrsg) Music Therapy in Palliative Care, Jessica Kingsley, London, S. 68–81 (1999)

20. Jiménez-Palomares M, Rodríguez-Mansilla J, González-López-Arza MV, Rodríguez-Domínguez MT, Prieto-Tato M: Benefits of music therapy as therapy no pharmacology and rehabilitation moderate dementia. Rev Esp Geriatr Gerontol 48: 238-242 (2013)

21. Kamioka H, Tsutani K, Yamada M, Park H, Okuizumi H, Tsuruoka K, Honda T, Okada S, Park SJ, Kitayuguchi J, Abe T, Handa S, Oshio T, Mutoh Y: Effectiveness of music therapy: a summary of systematic reviews based on randomized controlled trials of music interventions. Patient Prefer Adherence 16: 727-754 (2014)

22. Klapman JW: Group psychotherapy: Theory and practice. Grune & Stratton, New York, S. 46-71 (1946)

23. Krippendorf K: Content analysis. An introduction to its methodology. Sage, Beverly Hills, S. 76 (1980)

24. Kuckartz U, Dresing T, Rädiker S, Stefer C: Qualitative Evaluation – Der Einstieg in die Praxis. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 77-104 (2007):

25. Lin S-T, Yang P, Lai C-Y, Su Y-Y, Yeh Y-C, Huang M-F, Chen C-C: Mental Health Implications of Music: Insight from Neuroscientific and Clinical Studies. Harv Rev Psychiatry 19: 34-46 (2011)

26. Lisch R, Kriz J: Grundlagen und Modelle der Inhaltsanalyse. Rowohlt, Reinbek, S. 90 (1978)

27. Maratos AS, Gold C, Wang X, Crawford MJ: Music therapy for depression. Cochrane Database Syst Rev 2008, Issue 1, Art. No.: CD004517.

28. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 10. Aufl, Beltz, Weinheim, S. 9-122 (2008)

29. McConnell T, Porter S. Music therapy for palliative care: A realist review. Palliat Support Care 15: 454-464 (2017)

30. Mecklenbeck F: Musiktherapie. In: Gaebel W, Müller-Spahn F (Hrsg) Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Kohlhammer, Stuttgart, S. 1034-1036 (2002)

31. Mofredi A, Alaya S, Tassaioust K, Bahloul H, Mrabet A: Music therapy, a review of the potential therapeutic benefits for the critically ill. J Crit Care 35: 195-199 (2016)

32. Morgan DL. Qualitative content analysis: a guide to paths not taken. Qual Health Res 3: 112-121 (1993)

33. Mössler K, Chen X, Heldal TO, Gold C. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. Cochrane Database Syst Rev 2011, Issue 12, Art. No.: CD004025.

34. Neale J: Iterative categorization (IC): a systematic technique for analysing qualitative data. Addiction 111: 1096-1106 (2016)

35. Fitzthum E, Oberegelsbacher D, Storz D: Wiener Beiträge zur Musiktherapie Band 1. Weltkongresse Wien Hamburg 1996. Edition Praesens, Wien, S. 42–66 (1997)

36. Pešek U: Musiktherapiewirkung – eine Meta-Analyse. Musiktherapeutische Umschau 28: 110-135 (2007)

37. Phan Quoc E: Forschungsansätze zur Operationalisierung von emotionalem Ausdruck und Interaktion in der musiktherapeutischen Improvisation. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 356-359 (2007)

38. Raglio A, Galandra C, Sibilla L, Esposito F, Gaeta F, Di Salle F, Moro L, Carne I, Bastianello S, Baldi M, Imbriani M: Effects of active music therapy on the normal brain: fMRI based evidence. Brain Imaging Behav 10: 182–186 (2016)

39. Raglio A: Music therapy interventions in Parkinson's disease: the state-of-the-art. Front Neurol 6: 185 (2015)

40. Rickard NS, Toukhsati SR, Field SE: The effect of music on cognitive performance: insight from neurobiological and animal studies. Behav Cogn Neurosci Rev 4: 235-261 (2005)

41. Ritsert J: Inhaltsanalyse und Ideologiekritik. Ein Versuch über kritische Sozialforschung. Athenäum Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, S. 70 (1972)

42. Rosenzweig S: Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. Am J Orthopsychiatry 6: 412-415 (1936)

43. Schroeder F: Wirkfaktoren in der Musiktherapie und der Einfluss externer Variablen auf das Erleben der Therapie. Med Dissertation, Universität Ulm (2016)

44. Smeijsters, H: Grundlagen der Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen Bern Wien, S. 18-22 (1999)

45. Stegemöller EL: Exploring a neuroplasticity model of music therapy. J Music Ther 51: 211-227 (2014)

46. Strobel W: Von der Musiktherapie zur Musikpsychotherapie – Kann aus der Musiktherapie eine anerkannte Form von Psychotherapie werden. DMtG 11: 313 (1990)

47. Thaut MH: The Future of Music in Therapy and Medicine. Ann N Y Acad Sci 1060: 303–308 (2005)

48. Timmermann T: Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie. 1. Aufl, Reichert Verlag, Wiesbaden, S. 30 (2004)

49. Witzel A: Das problemzentrierte Interview. Forum Qual Soc Res 1, Art. 22 (2000) http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132 (29.04.2018)

50. Witzel A: Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Campus, Frankfurt a. M., S. 7-136 (1982)

51. Witzel A: Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann G (Hrsg) Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Asanger, Heidelberg, S. 227-256 (1989)

52. Yalom ID: The Theory and Practice of Group Psychotherapy. 5. Aufl, Basic Books, New York, S. 77-116 (2005)

**Anhang 1: Interviewleitfaden**

Interviewleitfaden:

1. An was erinnern Sie sich, wenn Sie an die Musiktherapie hier in der TK zurückdenken?
2. Wie haben Sie sich dabei gefühlt?
3. Sie haben jetzt berichtet, dass Sie sich …. gefühlt haben, gab es auch Situationen in der Musiktherapie, wo dies anders war?
4. Wenn Sie an Ihre erste Musiktherapiestunde hier in der TK zurückdenken, wie haben Sie die erlebt?
5. Hat sich Ihr Erleben im Laufe Ihrer Behandlungszeit verändert?
6. Welche speziellen Auswirkungen hatte die MT auf Sie?
7. War für Sie in der MT etwas anders als in den anderen Therapien? Können Sie benennen, was genau für Sie anders war?
8. Gibt es einen konkreten Wendepunkt in der Musiktherapie, den Sie festmachen können?
9. Äußerte sich dies auch in anderen Therapien?
10. Was hat Ihnen am meisten/wenigsten Spaß gemacht, wenn Sie an die Musiktherapiestunden zurückdenken?
11. Was empfanden Sie an der Musiktherapie als hilfreich?
12. Gab es etwas an der Musiktherapie, das Sie störte? Was war das? Bitte berichten sie.
13. Was bewirkte das Musizieren bei Ihnen? Wie fühlten Sie sich dabei?
14. Wie haben Sie sich in Bezug zur Gruppe beim Musizieren erlebt?
15. Haben Sie Unterschiede im Erleben Gruppe bei verschiedenen Gruppentherapien (Gesprächsgruppe, Kunst- /Musiktherapie) bemerkt?
16. Fanden Sie, dass die Musiktherapie Ihnen leichter ermöglicht hat als andere Therapien Zugang zu Ihren persönlichen Problemen zu bekommen? Können Sie beschreiben warum/warum nicht.
17. Empfanden Sie es für sich leichter etwas von sich musikalisch auszudrücken als im Gespräch?
18. Gab es im Verlauf Ihrer MT- Behandlung eine bestimmte Improvisation bzw. Improvisationsthema, an dass Sie sich speziell erinnern?
19. Welche Rolle spielten für Sie die Instrumente? Bitte berichten Sie.
20. Welches Musikinstrument hat für Sie während der Therapie eine persönliche Bedeutung gewonnen?
21. Wie erlebten Sie die Musiktherapeutin?
22. Welchen Stellenwert hat die Musiktherapie für Sie im Verlauf Ihrer Behandlung hier in der TK eingenommen, auch im Vergleich zu den anderen Therapieverfahren?
23. Wie sieht es denn bei Ihnen mit dem Thema Musik aus? Spielen Sie denn ein Instrument bzw. haben Sie mal eins gespielt? Wenn ja, wie lange schon und wie sind Sie dazu gekommen? Wie haben Sie sich damit gefühlt?
24. Haben Sie vor Ihrer Therapie hier in der TK Vorkenntnisse gehabt, was Musiktherapie anbelangt?

Gibt es für Sie im Moment noch etwas in Bezug zur Musiktherapie oder dem Gespräch, das Sie mir noch gerne erzählen würden?
Wie empfanden Sie das Gespräch? Könnte man Ihrer Meinung etwas daran verbessern?

## Anhang 2: Informationsblatt für Patienten

Universitätsklinikum Ulm

**Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

Ärztlicher Direktor:
**Prof. Dr. med. Harald Gündel**

Klinik f. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
am Hochsträß 8, D-89081 Ulm

**Prof. Dr. Jörn von Wietersheim**
Tel. (+49) (0731) 500-61820
Fax: (+49) (0731) 500-61822

joern.vonwietersheim@uniklinik-ulm.de

Am Hochsträß 8 – 89081 Ulm

# Patienteninformation

Titel der Studie:

**Die Rolle der Musiktherapie und Ihre Bedeutung für den Behandlungsprozess aus Sicht der Patienten einer psychosomatischen Tagesklinik – eine qualitative Studie**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in dieser Studie geht es um die Untersuchung der Rolle welche die Musiktherapie für Sie als Patient persönlich spielt und welche Bedeutung sie in Ihrem Behandlungsprozess eingenommen hat.
Bisher gibt es sehr wenig Forschung in der Musiktherapie. Ziel ist es deshalb einen besseren Einblick in die Wirkung der Therapieform auf Patienten zu bekommen und die Wirkungsweise besser zu verstehen, um die Bedeutsamkeit dieser Therapieform für Patienten zu ermitteln. Dies könnte möglicherweise der Weiterentwicklung der Musiktherapie dienen.
Hierfür möchte ich Sie um die Teilnahme an einem von mir geführten Abschlussinterview bitten.
Die Teilnahme ist absolut freiwillig und kann jederzeit abgebrochen werden. Eine Nichtteilnahme oder ein Interviewabbruch ist mit keinerlei Nachteilen verbunden.
Gerne würde ich Sie bei Interesse persönlich kennen lernen, mich Ihnen vorstellen und gegebenenfalls noch weitere Fragen klären.
Die Termine der Interviews können Sie dann individuell mit mir vereinbaren. Ansonsten bin ich auch unter folgenden Kontaktdaten erreichbar:

Sandra Schneider
Tel: 0731/1656007
0176/64911377
mail: sandra-victoria.schneider@uni-ulm.de

Ich freue mich auf Ihre Rückmeldung.
Mit freundlichen Grüßen,

**Anhang 3: Einwilligungserklärung**

Universität Ulm
Medizinische Fakultät

**Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

Ärztlicher Direktor:
**Prof. Dr. med. Harald Gündel**

Klinik f. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Am Hochsträß 8, D-89081 Ulm

**Prof. Dr. Jörn von Wietersheim**
Tel. (+49) (0731) 500-61820
Fax: (+49) (0731) 500-61822

joern.vonwietersheim@uniklinik-ulm.de

Am Hochsträß 8 – 89081 Ulm

# Einwilligungserklärung

Titel der Studie:
**Die Rolle der Musiktherapie und ihre Bedeutung für den Behandlungsprozess aus Sicht der Patienten einer psychosomatischen Tagesklinik – eine qualitative Studie**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in dieser Studie soll untersucht werden, welche Rolle die Musiktherapie für Sie als Patient persönlich spielt und welche Bedeutung sie in Ihrem Behandlungsprozess eingenommen hat. Bisher gibt es sehr wenig Forschung im Bereich der Musiktherapie. Ziel ist es deshalb einen besseren Einblick in die spezielle Wirkung dieser Therapieform zu bekommen und sie mit den anderen Therapien in der Tagesklinik zu vergleichen. Dies könnte der Weiterentwicklung der Musiktherapie in der Tagesklinik dienen.

Hierfür möchten wir Sie um die Teilnahme an einem von einer Doktorandin geführten Interview bitten, das gegen Ende der tagesklinischen Behandlung durchgeführt werden soll. Den Termin des Interviews können Sie mit der Doktorandin direkt vereinbaren.

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit die Einverständniserklärung durchzulesen und sich bei Fragen an die aufklärende Person zu wenden. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich zur Teilnahme an dem Projekt bereit und dass die erhobenen Daten im Rahmen der Studie anonymisiert verwendet werden.

**FREIWILLIGKEIT:**

An diesem Forschungsprojekt nehmen Sie freiwillig teil. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Dieser eventuelle Widerruf hat keine Auswirkungen auf Ihre weitere Behandlung.

**ERREICHBARKEIT DES PROJEKTLEITERS:**

Sollten während des Verlaufes des Forschungsprojektes Fragen auftauchen, so können Sie Ansprechpartner unter folgenden Telefonnummern erreichen:
Projektleiter: Prof. Dr. Jörn von Wietersheim (0731- 500 61820),
Doktorandin: Sandra Schneider (0176/64911377), sandra-victoria.schneider@uni-ulm.de

**SCHWEIGEPFLICHT/DATENSCHUTZ:**

Alle Personen, welche Sie im Rahmen dieser klinischen Studie betreuen, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet.

Die studienbezogenen Untersuchungsergebnisse sollen in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet werden.

Soweit es zur Kontrolle der korrekten Datenerhebung erforderlich ist, dürfen autorisierte Personen (z.B. der Universität) Einsicht in die studienrelevanten Teile der Krankenakte nehmen.

Sofern zur Einsichtnahme autorisierte Personen nicht der obengenannten ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, stellen personenbezogene Daten, von denen sie bei der Kontrolle Kenntnis erlangen, Betriebsgeheimnisse dar, die geheim zu halten sind.

| | |
|---|---|
| ..... | ……. |
| Datum | Name des aufklärenden Arztes oder Therapeuten |

## Einwilligungserklärung

Name der Studie:
**Die Rolle der Musiktherapie und ihre Bedeutung für den Behandlungsprozess aus Sicht der Patienten einer psychosomatischen Tagesklinik – eine qualitative Studie**

Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziel des obengenannten Forschungsprojektes sowie die Befugnis zur Einsichtnahme in die erhobenen Daten hat mir …… ausreichend erklärt.

Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen und habe hierauf Antwort erhalten.
Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme am Projekt zu entscheiden.
Eine Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ich willige in die Teilnahme am Forschungsprojekt ein.

.....
(Name des Patienten)

..... .....
Ort, Datum (Unterschrift des Patienten)

### *1. Information und Einwilligungserklärung zum Datenschutz*

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Sie erhoben. Die Speicherung, Auswertung und Weitergabe dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/ Krankheitsdaten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden
2) Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass eine autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Person (z.B.: der Universität) in meine erhobenen personenbezogenen Daten Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung des Projektes notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

.....
(Name des Patienten)

## Anhang 4: Transkriptionsregeln

*Transkriptionsregeln nach Kuckartz et. al. (2007).*

- Die interviewende Person wird durch ein „I“, die befragte Person durch ein „B“, gefolgt von ihrer Kennnummer. (etwa „B4:“).
- Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Auch wiederholte Wörter, abgebrochene Wörter und Sätze werden notiert.
- Dialekt wird in der Verschriftung möglichst ins Schriftdeutsche übersetzt, wobei der gesprochene Satz beibehalten wird, z.B. „ist“ statt „is“
- Aussagekräftige Dialektausdrücke, die besonderes Kolorit besitzen und eventuell schwer übersetzbar sind, werden mit aufgenommen.
- Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, das heißt dem Schriftdeutsch angenähert. So wird zum Beispiel aus „Er hatte noch so 'n Buch genannt“ -> „Er hatte noch so ein Buch genannt“.
- Werden Stimmveränderungen wahrgenommen, z.B. beim Simulieren und Nachspielen fremder Positionen oder eigener Gedanken, werden diese in Anführungszeichen gesetzt und in den dahinterstehenden Klammern kommentiert, z.B. „Du musst das tun.“ (laute fremde Stimmlage eines Freundes).
- Deutliche, längere Pausen werden durch Auslassungspunkte (...) markiert. Die Anzahl der Punkte spiegelt die Länge der Pause wider.
- Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichung gekennzeichnet.
- Zustimmende oder bestätigende Lautäußerungen der Interviewer („mhm“, „aha“ etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
- Einwürfe einer anderen Person werden in Klammern gesetzt.
- Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa lachen oder seufzen), werden in Klammern notiert.
- Die Kommasetzung folgt weitestgehend nach rhetorischen Gesichtspunkten zur Markierung von beim Sprechen entstehenden Pausen, der grammatische Verwendungszweck ist dem untergeordnet.
- Nicht Verstandenes oder schwer verständliche Äußerungen werden mit drei Fragezeichen (???) versehen.
- Jeder Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste deutlich gemacht. Die so entstehende Leerzeile zwischen den Sprechern erhöht die Lesbarkeit deutlich.
- Alle Angaben, die den Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.

## Anhang 5: Originalcodes und SPSS-Codes, Yalom'sche Faktoren

| Originalcodes | SPSS |
|---|---|
| **Altruismus** | **Altruismus** |
| 01.dass ich anderen helfen konnte, habe ich mehr an Selbstachtung gewonnen | 01 -mehr Selbstachtung |
| 02.dass ich meine Wünsche hinter die der anderen zurückstellen konnte | 02 - Wünsche zurückstellen |
| 03.dass ich mich selbst vergessen konnte und daran dachte, anderen zu helfen | 03 - anderen helfen |
| 04.dass andere von mir profitieren können | 04 - andere profitieren von mir |
| 05.dadurch, dass ich anderen half und für ihre Lebensfragen wichtig war | 05 - wichtig für Lebensfragen anderer |
| | |
| **Gruppenkohäsion** | **Gruppenkohäsion** |
| 06.dass ich zu einer Gruppe gehörte und von ihr angenommen wurde | 06 - von Gruppe angenommen werden |
| 07.dass ich anhaltenden engen Kontakt zu anderen Menschen hatte | 07 - anhaltender Kontakt zu Anderen |
| 08.dass ich unangenehme und peinliche Dinge von mir preisgab | 08 - unangenehme Dinge preis geben |
| 09.dass ich mich nicht länger allein fühlte | 09 - nicht länger alleine |
| 10.dass ich zu einer Gruppe von Menschen gehörte, die mich verstand und akzeptierte | 10 - verstanden und akzeptiert werden |
| | |
| **Universalität** | **Universalität** |
| 11.dass mir klargeworden ist, nicht nur ich habe solche Probleme- wir „Sitzen alle in einem Boot | 11 - alle sitzen in einem Boot |
| 12.dass ich gesehen habe, es ging mir nicht besser oder schlechter als anderen | 12 - es geht mir nicht anders |
| 13.zu sehen, dass auch andere „böse" Gedanken und Gefühle haben wie ich | 13 - Andere haben auch böse Gedanken |
| 14.zu sehen, dass andere mit ihren Familien so unglücklich und durcheinandergebracht waren wie ich | 14 - Andere auch mit Familie unglücklich |
| 15.zu sehen, dass ich nicht so anders bin als andere, hat mich den anderen näher gebracht | 15 - ich bin nicht Anders als Andere |
| | |
| **Interpersonales Lernen „Input"** | **Input** |
| 16.dass die Gruppe mir gezeigt hat, wie ich auf andere wirke | 16 - wie wirkt man auf Andere |
| 17.dass ich gelernt habe, wie ich auf andere zugehe | 17 - wie gehe ich auf Andere zu |
| 18.dass die anderen mir ganz ehrlich gesagt haben, was sie von mir halten | 18 - was halten Andere von mir |
| 19.dass die Gruppenmitglieder mir einige meiner Angewohnheiten und Eigenwilligkeiten gezeigt haben, die andere Leute stören | 19 - störende Angewohnheiten |
| 20.zu lernen, dass ich Leute manchmal | 20 - nicht sagen, was man denkt |

| | |
|---|---|
| dadurch irritiere, dass ich nicht sage, was ich wirklich denke | |
| | |
| **Interpersonales Lernen „Output“** | **Output** |
| 21.dass ich gelernt habe, mit anderen Menschen besser auszukommen | 21 - mit anderen besser auskommen |
| 22.dass ich mich anderen Menschen besser anvertrauen kann | 22 - sich anderen besser anvertrauen |
| 23.dass ich etwas darüber erfahren habe, wie ich Beziehungen zu anderen Menschen aufnehme | 23 - Beziehungen zu Anderen |
| 24.dass mir die Gruppe Gelegenheit gegeben hat zu lernen, zu anderen Kontakt aufzunehmen | 24 - Kontaktaufnahme |
| 25.dass ich meine Konflikte, die ich mit einem bestimmten Gruppenmitglied hatte, ausgetragen habe | 25 - Konflikte austragen |
| | |
| **Anleitung** | **Anleitung** |
| 26.dass der Therapeut mir manchen Rat und Hinweis gegeben hat | 26 - Rat von Therapeut |
| 27.dass die Gruppenmitglieder mir manchen Rat und Hinweis gegeben haben | 27 - Rat von Gruppe |
| 28.dass die Gruppenmitglieder mir gesagt haben, was ich tun soll | 28 - Gruppenhinweise |
| 29.dass mir jemand in der Gruppe einen ganz bestimmten Vorschlag zur Lösung eines Problems gemacht hat | 29 - Lösungsvorschlag für Problem |
| 30.dass die Gruppenmitglieder mir den Rat gegeben haben, mein Verhalten gegenüber einer mir wichtigen Person zu ändern | 30 - Verhalten in Bezug auf Person ändern |
| | |
| **Katharsis** | **Katharsis** |
| 31.dass ich mir die Dinge von der Seele geredet habe | 31 - Dinge von Seele reden |
| 32.dass ich positive oder negative Gefühle gegenüber einem anderen Gruppenmitglied äußern konnte | 32 - Gefühle äußern ggü Gruppe |
| 33.dass ich negative oder positive Gefühle dem Therapeuten gegenüber äußern konnte | 33 - Gefühle äußern ggü Therapeut |
| 34.dass ich lernte, meinen Gefühlen Ausdruck zu geben | 34 - Gefühlen Ausdruck geben |
| 35.dass ich sagen konnte, was mich stört, anstatt es für mich zu behalten | 35 - sagen, was stört |
| | |
| **Identifikation** | **Identifikation** |
| 36.zu versuchen, wie jemand in der Gruppe zu sein, der besser zurechtkam als ich | 36 - wie jemand in Gruppe sein |
| 37.zu sehen, wie andere unangenehme Gedanken äußerten und dadurch | 37 - es bei Anderen sehen hilft selbst weiter |

| | |
|---|---|
| weiterkamen, hat mir geholfen, das auch zu tun | |
| 38.dass ich bestimmte Eigenarten und Verhaltensweisen eines anderen Gruppenmitgliedes übernehmen konnte | 38 - Eigenarten anderer übernehmen |
| 39.dass ich meinen Therapeuten bewundern konnte und so sein konnte wie er | 39 - Therapeuten bewundern |
| 40.dass ich jemanden in der Gruppe fand, der für mich beispielhaft war | 40 - beispielhaftes Gruppenmitglied |
| | |
| **Wiedererleben der Familie** | **Wiedererleben** |
| 41.dass ich in der Gruppe irgendwie die Familie wieder erlebte, in der ich aufwuchs | 41 - Familie wiedererleben |
| 42.dass ich in der Gruppe Spannungen, die ich in der Vergangenheit mit meinen Eltern, Geschwistern oder anderen wichtigen Personen hatte, besser verstehen konnte | 42 - Spannung in eigener Familie besser verstehen |
| 43.dass ich mich in der Gruppe wie in einer Familie verstanden und akzeptiert fühlte | 43 - in Gruppe wie in Familie fühlen |
| 44.dass ich durch meine Erfahrung in der Gruppe besser verstand, wie ich in meiner Familie aufgewachsen bin | 44 - besser verstehen, wie man aufgewachsen ist |
| 45.dass die Gruppe Ähnlichkeit mit meiner Familie hatte, z.B. waren einige Mitglieder oder Therapeuten wie meine Eltern oder andere Angehörige. Durch die Gruppenerfahrungen verstand ich meine früheren Beziehungen besser | 45 - Gruppe hat Ähnlichkeit mit Familie |
| | |
| **Einsicht** | **Einsicht** |
| 46.dass ich eingesehen habe, dass ich Menschen aus Gründen mag oder ablehne, die wenig mit diesen Menschen zu tun haben, sondern mehr mit Schwierigkeiten und Erfahrungen, die ich früher mit Menschen hatte | 46 - frühere Erfahrungen prägen Umgang mit Anderen |
| 47.dass ich sehen kann, warum ich so und nicht anders denke und fühle, und ich einige Gründe und Ursachen meiner Probleme sehe | 47 - Probleme sehen können |
| 48.früher unbekannte und unannehmbare Teile von mir zu entdecken und zu akzeptieren | 48 - sich selbst annehmen |
| 49.es hat mir geholfen einzusehen, dass ich mich Menschen oder Situationen gegenüber verhalte mit Gefühlen, die irgendwie zu früheren Lebensabschnitten gehören | 49 - Frühere Lebensabschnitte beeinflussen Heute |
| 50.zu sehen, dass mein heutiges Fühlen und Verhalten mit meiner Kindheit und meiner Entwicklung zusammenhängen | 50 - heutiges Verhalten hängt mit Früher zusammen |
| | |
| **Einflößen von Hoffnung** | **Hoffnung** |

| | |
|---|---|
| 51.dass andere sich verändert haben, hat auch mir Hoffnung gemacht | 51 - Andere verändern sich |
| 52.zu wissen, dass andere in der Lage waren, Probleme zu lösen, die meinen ähnlich waren | 52 - Andere lösen ähnliche Probleme |
| 53.dass ich mitbekam, wie andere mit Schwierigkeiten fertig wurden, die meinen ähnlich waren | 53 - Andere lösen ähnliche Schwierigkeiten |
| 54.zu beobachten, dass bei anderen Gruppenmitgliedern Veränderungen im Verhalten auftraten | 54 - Andere verändern sich |
| 55.zu wissen, dass die Gruppe anderen mit ähnlichen Problemen wie meinen geholfen hat | 55 - Anderen wird durch Gruppe geholfen |
| | |
| **Existenzielle Faktoren** | **Existenziell** |
| 56.zu erkennen, dass das Leben einem oft hart mitspielt | 56 - Leben spielt hart mit |
| 57.zu erkennen, dass man letztlich mit Schmerz und Tod nicht umgehen kann | 57 - mit Schmerz nicht umgehen können |
| 58.zu erkennen, dass ich letztlich auf mich gestellt bin, auch wenn ich mich anderen ganz nahe fühle | 58 - auf sich allein gestellt |
| 59.dass mir so richtig klar wurde, worauf es mir in meinem Leben ankommt und dass ich dadurch lernte, zwischen wesentlichen oder eher nebensächlichen Gefühlen in meinem Leben zu unterscheiden | 59 - worauf kommt es im Leben an |
| 60.dass ich gelernt habe, dass die Verantwortung für mein Handeln in meinen Händen liegt, gleichgültig wie viel Hilfe und Unterstützung ich von anderen bekomme | 60 - Verantwortung liegt bei einem selbst |
| | |
| **Wirkungskomponenten der Musiktherapie nach Hegi** | **Musiktherapie** |
| 61.Klang | 61 - Klang |
| 62.Rhythmus | 62.Rhythmus |
| 63.Melodie | 63.Melodie |
| 64.Dynamik | 64.Dynamik |
| 65.Form | 65.Form |

## Anhang 6 Originalcodes und SPSS-Codes, musiktherapiespezifische Faktoren

| **Originalcodes** | **SPSS** |
|---|---|
| **Ausdrucksmöglichkeiten mit dem Medium Musik** | **Ausdrucksmöglichkeiten** |
| sub: Interaktion | Interaktion |
| sub: Musik als Medium zum Ausdruck von Gefühlen und Emotionen | Medium z Ausdruck v Gefühlen u Emotionen |
| sub: technische Aspekte (Rhythmus, Dynamik, Form) | Technische Aspekte |
| | |
| **Auswirkungen und Effekte der Musiktherapie** | **Auswirkungen und Effekte** |
| sub: positive Erfahrung | positive Erfahrung |
| sub: Erleben von Beruhigung, Entspannung und Befreiung | Beruhigung … |
| sub: Erleben von Wut und Ärger | Wut, Ärger |
| sub: leichter aus sich herauskommen | aus sich herauskommen |
| sub: persönliche Weiterentwicklung und Erkenntnisgewinn in MT | Weiterentwicklung und Erkenntnisse |
| | |
| **Bedeutung der Instrumente** | **Bedeutung der Instrumente** |
| sub: Erleichterung der Kommunikation | Kommunikation |
| sub: Förderung der Regression | Regression |
| sub: Förderung der Selbstwahrnehmung | Selbstwahrnehmung |
| sub: Medium um sich Ausdruck zu verleihen | Selbstausdruck |
| sub: Medium zum Ausdruck von Gefühlen und Emotionen | Ausdruck |
| | |
| **Bedeutung des Musizierens** | **Ausdrucksmöglichkeiten** |
| sub: abwechslungsreicher | abwechslungsreicher |
| sub: erleichterte Introspektion | Introspektion |
| sub: Förderung von Interaktion und Kommunikation | Interaktion u Kommunikation |
| sub: neue Erfahrung | neue Erfahrung |
| sub: positives Erlebnis | pos. Erlebnis |
| sub: Stimmung und Gefühlen Ausdruck verleihen | |
| | |
| **Emotionserleben in der Musiktherapie** | **Emotionserleben** |
| sub: Zugang zu Emotionen geschieht unbewusst | Zugang unbewusst |
| sub: unterschiedliche Möglichkeiten Emotionen auszudrücken | untersch. Möglichkeiten |
| sub: aktives betätigen von Instrumenten hilft mit Emotionen umzugehen | aktives Betätigen |
| sub: intensivere Interaktion mit Gruppenmitgliedern | intensivere Interaktion |

| **Entwicklungsprozess des Patienten in der Musiktherapie** | **Entwicklungsprozess** |
|---|---|
| sub: besser von Stunde zu Stunde | besser v Stunde zu Stunde |
| sub: Patient hat Selbsterkenntnisse gewonnen (über sich oder seine Interaktion mit Anderen) | Selbsterkenntnisse |
| sub: Patient ist mehr aus sich herausgekommen und hat sich mehr getraut | aus sich herauskommen |
| **Erleben der Musiktherapie am Ende der Therapie** | **Ende der Therapie** |
| sub: anfängliche Schwierigkeiten konnten abgelegt werden | Ablegen v Schwierigkeiten |
| sub: keine große Weiterentwicklung | keine Entw. |
| sub: persönliche Weiterentwicklung wurde erst gegen Ende Sichtbar | Entw. am Ende sichtbar |
| sub: positiv | positiv |
| | |
| **Erleben der Musiktherapie zu Beginn der Therapie** | **Beginn der Therapie** |
| sub: angenehm | angenehm |
| sub: ängstlich | ängstlich |
| sub: gehemmt | gehemmt |
| sub: skeptisch | skeptisch |
| sub: unsicher | unsicher |
| | |
| **Erleben des Musizierens** | **Erleben des Musizierens** |
| sub: abwechslungsreich | abwechslungsreich |
| sub: beruhigend | beruhigend |
| sub: durcheinander | durcheinander |
| sub: hilfreich | hilfreich |
| sub: unangenehm | unangenehm |
| | |
| **Erste Musiktherapiestunde** | **Erste Musiktherapiestunde** |
| sub: ambivalent | ambivalent |
| sub: interessante Erfahrung | interessante Erfahrung |
| sub: komisch | komisch |
| sub: positive Empfindung | pos Empfindung |
| sub: schlimm | schlimm |
| | |
| **Erwartungen /Vorstellungen des Patienten von der Musiktherapie** | **Erwartungen /Vorstellungen** |
| sub: Angst etwas falsch zu machen | Angst |
| sub: MT entpuppte sich als etwas anderes als erwartet | anders |
| sub: Skepsis (Worin liegt der Sinn, Was kommt auf mich zu?) | Skepsis |
| sub: keine Erwartungen oder Vorstellungen | keine |
| | |
| **Musikalische Vorerfahrung** | **Musikalische Vorerfahrung** |
| sub: Patient hat früher Instrument(e) gespielt | früher o aktuell |

| | |
|---|---|
| oder spielt aktuell ein Instrument | |
| sub: Patient hat nie ein Instrument gespielt | keine |
| | |
| **Musiktherapie im Vergleich zu anderen Therapien** | **Musiktherapie im Vergleich** |
| sub: MT freier und unkontrollierter (man hat weniger Hemmungen anzufangen, oder sich zu äussern) | freier, unkontrollierter |
| sub: Emotionsarbeit in MT intensiver | Emotionsarbeit intensiver |
| sub: Gruppenkohäsion wird gefördert | Förderung Gruppenkohäsion |
| sub: MT als Kreativtherapie ein wichtiger Baustein für den Gesamtbehandlungserfolg | wichtiger Baustein |
| sub: MT wird als angenehmer erlebt (ruhiger, nicht so anstrengend) | angenehmer |
| sub: MT wird als Gegenpol zu den anderen Therapien erlebt | Gegenpol |
| | |
| **Selbsterleben des Patienten im musiktherapeutischen Setting im Kontext zur Gruppe** | **Selbsterleben des Patienten** |
| sub: dominant | dominant |
| sub: eigene Interaktion mit sozialem Umfeld wird in MT sehr deutlich | Interaktion deutlicher |
| sub: integriert | integriert |
| sub: Selbsterleben hat sich im Laufe der Therapie verändert | selbsterleben verändert |
| sub: selbstunsicher | selbstunsicher |
| sub: sich an den Anderen orientieren | sich an Anderen orientieren |
| sub: Stimmungs-/Situationsabhängig | Stimmungs-/Situationsabhängig |
| | |
| **Umgang mit dem Instrument** | **Umgang mit dem Instrument** |
| sub: Auswahl des Instrumentes Stimmungsabhängig | stimmungsabhängig |
| sub: bestimmtes Instrument hatte Bedeutung für Patient | Bedeutung |
| sub: Gruppenerleben in MT durch Musikinstrumente intensiver | Gruppenerleben intensiver |
| sub: man muss erst das richtige Instrument für sich finden | Instrument finden |
| sub: man muss das Instrument nicht beherrschen um zu spielen | beherrschen |
| sub: Spielweise drückt Gefühlslage aus | Spielweise |
| | |
| **Vorerfahrungen mit dem Therapiefeld Musiktherapie** | **Vorerfahrungen** |
| sub: keine Vorkenntnisse mit dem Therapiefeld | keine |
| sub: Patient kannte MT von vorherigem Therapieaufenthalt | vorhanden |

**Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich vor allem meinem Doktorvater Herrn

Prof. Dr. phil. J. von Wietersheim für die angenehme Betreuung, die Geduld und die vielen konstruktiven Gespräche danken.

Ein weiterer Dank gilt auch allen Patienten, die sich bereit erklärt haben, durch ihre Teilnahme an dem Projekt zu dieser Arbeit beizutragen.

Bei Frau N. Scheytt-Hölzer und Fr. M. Delhey möchte ich mich auch herzlich für die Hilfe bei der Rekrutierung des Patientenkollektives bedanken.

Fr. R. Schmidt-Altrichter, Fr. G. Kreutzer-Stierle und Fr. E. Rottler danke ich für die umfangreiche Unterstützung in technischen Fragen.

Von ganzem Herzen möchte ich, auch wenn dieses persönlich leider nicht mehr möglich ist, Herrn Privatdozent Dr. D. Pokorný für zahlreiche Anregungen und Denkanstöße bei Versuchsplanung und Statistik danken. Seine kreative und äußerst nette Art wird immer in Erinnerung bleiben.

Zuletzt gilt mein Dank auch meinem Freund und meiner Familie, die mich während der Anfertigung dieser Arbeit kontinuierlich motiviert haben.

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.