



Geipel • Wormit

Musiktherapie bei Depressionen und Schmerzerkrankungen

Behandlungskonzepte für
Jugendliche und Erwachsene

Josephine Geipel • Alexander F. Wormit

Musiktherapie bei Depressionen und Schmerzerkrankungen

Behandlungskonzepte für Jugendliche und
Erwachsene

Unter Mitarbeit von Jaakko Erkkilä und Esa Ala-Ruona

Mit einem Vorwort von Stefan Kölsch

Ernst Reinhardt Verlag

Prof.in Dr.in *Josephine Geipel* leitet den Master-Studiengang Musiktherapie an der Universität Augsburg. Sie praktiziert und forscht im Bereich Musiktherapie mit Früh- und Neugeborenen und psychisch belasteten Jugendlichen.

Prof. Dr. *Alexander F. Wormit* leitet den Bachelorstudiengang Musiktherapie an der SRH University of Applied Sciences Heidelberg. Seine Schwerpunkte sind Musiktherapie in der Geriatrie, Schmerz- und Palliativbehandlung sowie musikbasierte Angebote für junge Geflüchtete.

Hinweis: Soweit in diesem Werk eine Dosierung, Applikation oder Behandlungsweise erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen oder sonstige Behandlungsempfehlungen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. – Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnungen nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.
ISBN 978-3-497-03295-2 (Print)
ISBN 978-3-497-62033-3 (PDF-E-Book)
ISBN 978-3-497-62034-0 (EPUB)

© 2025 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Der Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co KG behält sich eine Nutzung seiner Inhalte für Text- und Data-Mining i.S.v. § 44b UrhG einschließlich Einspeisung/Nutzung in KI-Systemen ausdrücklich vor.

Dieses Werk kann Hinweise/Links zu externen Websites Dritter enthalten, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Ohne konkrete Hinweise auf eine Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch entsprechende Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich entfernt.

Printed in EU

Covermotiv: ©iStock.com/Angel_1978; iStock.com/puhimec

Satz: Sabine Ufer

Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, Kemnatenstr. 46, D-80639 München
Net: www.reinhardt-verlag.de E-Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

Vorwort.....	7
1 Evidenzbasierte Praxis in der Musiktherapie	9
1.1 Was ist evidenzbasierte Praxis?	9
1.2 Ziele evidenzbasierter Praxis	15
1.3 Zur Überwindung der Lücke zwischen Forschung und Praxis.....	16
2 Therapiemanuale	18
2.1 Was sind Manuale?	18
2.2 Die Bedeutung von Manualen	19
2.3 Die Debatte um Therapiemanuale in der Musiktherapie	21
3 Musiktherapiemanual zur ambulanten Behandlung von Jugendlichen mit Depressionen	25
3.1 Kontext der Entstehung des Manuals	25
3.2 Theoretische Begründung des Manuals	26
3.3 Depression im Jugendalter	31
3.4 Behandlung der Depression im Jugendalter	33
3.5 Struktur und Ziele des Manuals	33
3.6 Rahmenbedingungen der Behandlung	35
3.7 Grundlegende Prinzipien der Beziehungsgestaltung	36
3.8 Beschreibung der Ziele und des Ablaufs der Einzelinterventionen	37
3.9 Fallvignette	54
3.10 Qualitätsmonitoring	59
4 Das Behandlungsmodell der Integrativen improvisatorischen Musiktherapie (IIMT) bei Depressionen.....	60
4.1 Depression im Erwachsenenalter	60
4.2 Behandlung der Depression im Erwachsenenalter	61
4.3 Kontext der Entstehung des Behandlungsmodells	62
4.4 Theoretische Begründung des IIMT-Modells	64
4.5 Struktur und Ziele des Behandlungsmodells	67
4.6 Rahmenbedingungen der Behandlung	71

6 Inhalt

4.7	Grundlegende Prinzipien der Beziehungsgestaltung	72
4.8	Beschreibung der Ziele und des Ablaufs der Einzelinterventionen	76
4.9	Fallvignette	90
4.10	Qualitätsmonitoring	92
5	Musiktherapiemanual zur ambulanten Behandlung von Jugendlichen mit primären Kopfschmerzen	93
5.1	Kontext der Entstehung des Manuals	93
5.2	Theoretische Begründung des Manuals	95
5.3	Primäre Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen	98
5.4	Behandlung von Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter	99
5.5	Struktur und Ziele des Manuals	101
5.6	Rahmenbedingungen der Behandlung	103
5.7	Grundlegende Prinzipien der Beziehungsgestaltung	104
5.8	Beschreibung der Ziele und des Ablaufs der Behandlungsmodule	105
5.9	Inhaltliche Durchführung der Eltern- bzw. Familiengespräche	115
5.10	Fallvignette	116
5.11	Qualitätsmonitoring	119
6	Musiktherapiemanual zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit chronischen, nicht-malignen Schmerzen	121
6.1	Kontext der Entstehung des Manuals	121
6.2	Theoretische Begründung des Manuals	123
6.3	Schmerzen im Erwachsenenalter	128
6.4	Behandlung von chronischen Schmerzen im Erwachsenenalter	131
6.5	Struktur und Ziele des Manuals	132
6.6	Rahmenbedingungen der Behandlung	134
6.7	Grundlegende Prinzipien der Beziehungsgestaltung	135
6.8	Beschreibung der Ziele und des Ablaufs der Behandlungsmodule	136
6.9	Fallvignette	152
6.10	Qualitätsmonitoring	163
	Literatur	165
	Sachregister	181

mit Musiktherapie mit nur medizinischer Schmerztherapie in der Wartelistenbedingung.

Die Ergebnisse zeigten, dass 70% der Patient:innen (n=31) nach 20 Einheiten Musiktherapie in Kombination mit medizinischer Schmerztherapie eine zuverlässige Verringerung der Schmerzsymptomatik und psychologischen Problemen nachwiesen. Im Vergleich zur Wartelistenbedingung (n=19) konnte die Wirkung durch zusätzliche Musiktherapie (n=21) verdoppelt werden. 83% der Patient:innen mit gleichbleibender Medikation (n=12) profitierten am meisten von der musiktherapeutischen Behandlung (Hillecke, 2005). Das Manual erwies sich in der Studie als gut durchführbar und konnte anschließend mit wenig Aufwand in der ambulanten Praxis verankert werden (Wormit, 2008).

6.2 Theoretische Begründung des Manuals

Die Konzeption des vorliegenden Manuals stützte sich auf verschiedene Quellen. Dabei wurde der Fokus des Manuals auf der Basis von psychologischen Schmerztheorien, musiktherapeutischen Wirkweisen, Schmerzsymptomatiken und deren Behandlung bei Erwachsenen mit chronischen, nicht-malignen Schmerzen abgeleitet.

6.2.1 Psychologische Schmerztheorien

Folgende Modelle von Theorien zur psychologischen Bewältigung von chronischen, nicht-malignen Schmerzen wurden berücksichtigt und entwickelt (Hillecke, 2019):

Fachübergreifend wird Schmerz heute unter der Grundlage des *bio-psycho-sozialen Modells* von Engel (1977) betrachtet. Entsprechend der Darstellung von Bernatzky et al. (2007) können Schmerzen durch körperliche, psychische und soziale Ereignisse beeinflusst werden. Aus dem Zusammenwirken der drei Aspekte resultiert die bio-psycho-soziale Schmerztherapie:

- Körperliche Aspekte umfassen z.B. Krankheit oder Verletzung,
- psychische Aspekte umfassen z.B. Angst, Depression oder Überforderung und
- soziale Aspekte umfassen z.B. Beziehungsprobleme, Mobbing am Arbeitsplatz oder wirtschaftliche Rahmenbedingungen.

Egle & Egloff (2024, S. 437 – 438) beschreiben eine Abhängigkeit des Schmerzerlebens „von der biologischen, psychischen und sozialen Gesamtverfassung eben-

so wie von vorausgegangenen Lernprozessen und kulturellen Einflussfaktoren im Rahmen der biografischen Entwicklung, die neurobiologisch im Bereich der vorderen Insula (aINS) und des vorderen Gyrus cinguli (ACC) zusammengefasst werden“. Um das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell auch weiterhin zu etablieren, müssen psychosoziale Fächer eine ähnliche Datenfülle wie in der Medizin erreichen und Standards für psychosoziale Parameter festlegen (Egle et al., 2024).

Hillecke & Bolay (2000) haben sich mit dem psychischen Aspekt des biopsychosozialen Schmerzmodells vertieft auseinandergesetzt und einen psychologischen Schwerpunkt im Sinne eines „erstarrten Bezugskorrelats“ erarbeitet, das für das musiktherapeutische Manual diagnostisch und therapeutisch genutzt wird. Das *erstarrte Bezugskorrelat* umfasst sieben Blickwinkel (Hillecke, 2005, S. 42):

- motorisch: Bewegungseinschränkung
- sensorisch: dauerhafte Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf die betroffenen Körperregionen
- behavioral: Reduktion von Verhaltensweisen, Vermeidung, Rückzug, Krankheitsverhalten, Anspannungstendenz
- kognitiv: Fixierung auf negative Gedanken, Besorgtheit, Antizipation von Schmerz
- emotional: Zunahme des Leidens und negativer Emotionen, Angst, Depression
- motivational: Abnahme der Motivation sowie Beschränkung der Lebensziele
- interpersonell: Beschränkungen der Beziehungen und der Konfliktfähigkeit

Zur Systematisierung und praktikablen Anwendung des Konzepts der Erstarrung bildete Hillecke (2005) vier Kategorien, die von Wormit et al. (2024, S. 798) modifiziert wurden:

Erstarrtes Bezugskorrelat bei chronisch nicht-malignen Schmerzen

Erinnerbares Wohlbefinden

Schmerz beinhaltet wahrscheinlich eine zustandsspezifische Gedächtnisform ähnlich der Depression. Das führt vermutlich dazu, dass sich Schmerzpatient:innen eher an schmerzauslösende Erlebnisse erinnern als an positive Erfahrungen. Ein Umstand, der zur Aufrechterhaltung der Schmerzsymptomatik beitragen kann.

Selbstbild/Körperbild

Die betroffene Körperregion wird durch die Schmerzerfahrung emotional negativ gefärbt. Es finden Beeinträchtigungen des Körperbilds und des Körperschemas bzw. Körperselbst statt. Dysfunktionale Kognitionen wie Katastrophisierungen, Ängste und Minderwertigkeitsgefühle werden mit der schmerzhaften Körperregion verbunden.

Soziale Beziehungen

Störungen des Selbstbildes/Körperbildes wirken sich auch auf die sozialen Kontakte bzw. die Repräsentation der sozialen Kontakte im kognitiven System des Individuums (soziales Selbst) aus. Viele Schmerzpatient:innen beschränken sich auf wenige Bezugspersonen und entwickeln gelegentlich starke interpersonelle Abhängigkeiten. Sie empfinden sich interpersonal im höheren Maße freundlicher, ausnutzbarer und unterwürfiger als die Normalbevölkerung.

Motorische, para- und nonverbale Ausdrucksformen

Schmerzen beeinträchtigen die Aktivität der Patient:innen. Selbst wenn keine physiologischen Symptome vorliegen, können Schmerzen den Bewegungsapparat einschränken. Verhaltensbezogene Reaktionen auf Schmerz sind z.B. Hinken, Grimassieren, Klagen, sozialer Rückzug. Diese Erstarrung zeigt sich in einem eingeschränkten Umgang mit Musik, in einer sogenannten „musikalischen Starrheit“ (Kap.6.2.2 und Kap.6.8.1).

Psychische Störungen wie z. B. Depression und Angst sind durch eine *Erstarrung* im Sinne von *Variabilitätsverlust* gekennzeichnet (Sorgatz, 1999). Eine psychische Störung kann als Störungsattraktor verstanden werden, der einen Teil des Seelenlebens beherrscht und ein Eigenleben führt (Grawe, 1998). Das erstarrte Bezugskorrelat nach Hillecke & Bolay (2000) wird als ein solcher Störungsattraktor verstanden, der typische psycho-soziale Begleitsymptome von chronischen, nicht-malignen Schmerzen charakterisiert.

Traue (1998) und Traue et al. (2000) konnten feststellen, dass Schmerzpatient:innen in sozialen Stresssituationen ihre Gefühle unterdrücken. Im Sinne einer *gehemmten Expressivität* zeigen sie ihre Gefühle in Belastungssituationen weniger als Menschen ohne chronische Schmerzerkrankung. Gleichzeitig findet sich eine psychologische Hyperreaktivität, die in diesen Situationen unterdrückt bzw. zu einer muskulärmotorischen Hemmung im Sinne einer Gehemmtheit von Mimik, Gestik, Expressivität oder Aktivität führt. Dieser emotional-express-

sive Variabilitätsverlust beeinflusst die Persönlichkeit und das Leben der Patient:innen, da durch die andauernde Schmerzerfahrung die Flexibilität von Handlungsressourcen und -ausdruck eingeschränkt wird (Hillecke, 2005; Koenig, 2016).

Im Rahmen des *Angstvermeidungs-Modells* führen Schmerzen kognitiv und behaviorale zu Angst. In der Erwartung von Schmerz entsteht ein sich aufbauendes Vermeidungsverhalten durch die Angst vor Schmerzen. Diese Vermeidung trägt zu erhöhter Angst, dem Aufbau und Aufrechterhalten von Schmerzverhalten und damit zur Chronifizierung von Schmerzen bei. Das resistente Verhalten kann durch eine entgegengesetzte Reaktion konfrontiert werden und damit zu einem Anpassen des Verhaltens führen, das zur Genesung und Rehabilitation beiträgt (Lethem et al., 1983; Philips, 1987; Vlaeyen & Linton 2000; Wörz et al., 2022).



Psycho-soziale Erstarrungen flexibilisieren bzw. löschen

Der Variabilitätsverlust, die expressive Gehemmtheit und Angstvermeidung sind in den vier Kategorien des erstarrten Bezugskorrelats integriert. Durch die Konfrontation der Patient:innen mit diesen Aspekten kann Schmerzerleben aufgebrochen, flexibilisiert und im Idealfall aufgelöst werden. Die Musiktherapie nutzt dafür die spezifischen Wirkweisen von Musik, um das musikalische Hörerleben sowie die musikalische Spielweise der Patient:innen aufzubrechen und zu flexibilisieren (Kap. 6.2.2).

6.2.2 Musiktherapeutische Wirkweisen

Beeinflusst von der Psychotherapieforschung findet in der Musiktherapie sowie in den Künstlerischen Therapien generell eine Beschäftigung mit unspezifischen und spezifischen Wirkfaktoren statt (de Witte et al., 2021). Hillecke et al. (2021a) unterteilen die musiktherapeutischen Wirkweisen in fünf Regulierungsfähigkeiten (Wormit et al., 2024):

- **Aufmerksamkeit:** Als akustisch-auditives Ereignis hat Musik die Fähigkeit, Aufmerksamkeit zu beeinflussen. Musikalische Aktivitäten, wie das Spielen von Instrumenten oder Hören von Musik, fordern per se Aufmerksamkeit. Therapeutische Musik kann von Reizen ablenken, die z.B. mit belastenden Problemen, Gefühlen, Gedanken oder Symptomen wie Schmerzen verbun-

den sind und Erstarrungen in den Kategorien „Körperbild“ und „erinnerbares Wohlbefinden“ auflösen.

- **Verhalten:** (Rhythmische) Musik fordert zur Bewegung auf. Sie hat die Fähigkeit, Verhaltensweisen und Bewegungen zu beeinflussen. Therapeutisch kann Musik zur Aktivierung oder Bewegungsunterstützung eingesetzt werden und damit zur Veränderung im Rückzugs- und Vermeidungsverhalten in den Kategorien „Soziale Beziehungen“ und „Motorische, para- und nonverbale Ausdruckformen“ führen.
- **Emotion:** Musik ruft Gefühle sowie Stimmungen hervor und spricht das ganze Spektrum an Emotionen an (Koelsch, 2014). Musiktherapie unterstützt emotionale Auseinandersetzung mit dem inneren Gefühlserleben und kann u. a. gehemmte Expressivität und Erstarrungen/Variabilitätsverlust in den Kategorien „Selbstbild“ und „erinnerbares Wohlbefinden“ auflösen.
- **Kognition:** Musik hat die Fähigkeit, die Gedanken oder Exekutivfunktionen, wie z. B. Entscheidungen treffen, Selbstkontrolle oder bewusste Aufmerksamkeitssteuerung, zu beeinflussen. Musik löst Imagination und Erinnerungen aus, die gehemmte Expressivität und Erstarrungen in den Kategorien „erinnerbares Wohlbefinden“ und „Körperbild/Selbstbild“ therapeutisch flexibilisieren.
- **Kommunikation:** Musik verbindet Menschen und beeinflusst die zwischenmenschliche Kommunikation, auch ohne sprechen zu müssen (Koelsch, 2012). Therapeutisch ist Musik Beziehungsgestaltung und kann zur Veränderung im Rückzugs- und Vermeidungsverhalten in den Kategorien „Soziale Beziehungen“ und „Motorische, para- und nonverbale Ausdruckformen“ führen.

Musikalische Starrheit

Psychosoziale Erstarrungen spiegeln sich in einer starren, musikalischen Spielweise wider. Patient:innen verwenden in ihrer musikalischen Spielweise z. B. nur einen kleinen Tonraum und können Veränderungen in der Lautstärke oder im Tempo nicht mitgehen. Auch fällt es ihnen schwer, musikalisch in Kontakt mit dem:der Spielpartner:in (z. B. Musiktherapeut:in) zu treten. Je höher die musikalische Starrheit ausgeprägt ist, desto mehr sind Patient:innen musikalisch auf sich bezogen.

Auflösung der musikalischen Starrheit

Die spezifischen Wirkweisen der Musiktherapie unterstützen die Auflösung der starren musikalischen Spielweise (Kap. 5.2.2). Je flexibler und

offener Patient:innen im musikalischen Ausdruck und in der musikalischen Beziehungsgestaltung werden, desto mehr nimmt die Hemmung in den Kategorien des „erstarrten Bezugskorrelats“ ab (Busch, 2005). Parallel zur musikalischen Flexibilisierung entwickelt sich ein flexibler Umgang in der Regulierung von Emotionen, die eine Veränderung des Schmerzerlebens und damit verbunden eine Verringerung der Schmerzintensität bzw. -stärke hervorruft (Kap.6.8.4, Modul 3: Emotionsregulation).

6.3 Schmerzen im Erwachsenenalter

In einer WHO-Studie (Gureje et al., 1998) waren im Schnitt 22 % aller Patient:innen in der ärztlichen Primärversorgung von anhaltenden Schmerzen betroffen. Übergreifend zeigten sich Zusammenhänge von chronischem Schmerz und psychischen Störungen. Ein Update von WHO-IASP-Aktivitäten (World Health Organization and The International Association for the Study of Pain) von Breivik (2002) misst den Folgeprozessen in der Schmerzentstehung und -aufrechterhaltung eine hohe Relevanz bei (vgl. dazu auch Wörz et al., 2022). Dabei handelt es sich u. a. um:

- körperliche Immobilität,
- Essstörungen,
- Schlafstörungen,
- Dämpfung des Immunsystems,
- verminderte Leistungen am Arbeitsplatz oder Krankenstand oder frühzeitige Berentung,
- übermäßige Abhängigkeit von Familie oder anderen Personen,
- Abwendung vom gesellschaftlichen Leben und von der Familie bis hin zur Isolation,
- Angst, Sorgen, Verbitterung.

Im Folgenden werden die beiden am häufigsten vorkommenden chronischen Schmerzerkrankungen – Rücken- und Kopfschmerzen – epidemiologisch dargestellt.

- Bei **chronischen Rückenschmerzen** handelt es sich um spezifische Schmerzen im Rücken, die länger als drei (nach ICD-11) bis sechs (nach ICD-10) Monate andauern. Im Laufe ihres Lebens leiden 85 % der Bevölkerung an Rücken-