

Hochschule Magdeburg – Stendal (FH)  
Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen  
Berufsbegleitender Masterstudiengang  
„Methoden musiktherapeutischer Forschung und Praxis“

Masterarbeit zum Thema

**Emotionale Einstellungen von MusiktherapeutInnen  
zu mitgebrachter Musik von Jugendlichen  
in der Einzelmusiktherapie**

vorgelegt von Sina Glomb

Matrikelnr. 992169

am 15.10.2012

Erstgutachterin: Prof. Dr. Susanne Metzner

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Manu tz

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
<b>1. Adoleszenz</b>	<b>8</b>
1.1 Definitionen von Adoleszenz	8
1.2 Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz	9
1.3 Zusammenfassung	11
<b>2. Musikhören in der Adoleszenz</b>	<b>12</b>
2.1 Quantitative Bedeutung des Musikhörens in der Adoleszenz	12
2.2 Qualitative Bedeutung des Musikhörens in der Adoleszenz	13
2.3 Zusammenfassung	16
<b>3. Fragestellung</b>	<b>17</b>
3.1 Erkenntnisinteresse	17
3.2 Forschungsgegenstand und Forschungsfragen	17
3.3 Forschungsthese	18
<b>4. Literaturrecherche zum aktuellen Stand von Forschung und Praxis</b>	<b>20</b>
4.1 Deutschsprachige Standardwerke über Musiktherapie mit Jugendlichen	20
4.2 Systematische Literaturrecherche in Fachdatenbanken bezüglich mitgebrachter Musik von Jugendlichen in der Einzelmusiktherapie	25
4.2.1 PSYINDEX	25
4.2.2 PsycINFO	28
4.3 Ergänzende Literaturfunde	32
4.3.1 Ergänzende deutschsprachige Literatur	33
4.3.2 Ergänzende internationale Literatur	36
4.4 Zusammenfassung	39

<b>5.</b>	<b>Gruppendiskussion als Erhebungsmethode der qualitativen Sozialforschung</b>	<b>41</b>
5.1	Definition und Historie	41
5.2	Charakteristika der Gruppendiskussion und Gruppenzusammensetzung	42
5.3	Ort und Dauer	44
5.4	Moderation	45
5.5	Systematische Literaturrecherche in Fachdatenbanken zur Anwendung von Gruppendiskussion in der Musiktherapieforschung	46
5.5.1	PSYINDEX	47
5.5.2	PsycINFO	47
<b>6.</b>	<b>Pilotstudie zu emotionalen Einstellungen von MusiktherapeutInnen zu mitgebrachter Musik von Jugendlichen in der Einzelmusiktherapie</b>	<b>49</b>
6.1	Datenerhebung	49
6.2	Datenaufbereitung	50
6.2.1	Transkription	50
6.2.2	Aufbereitung der Fallgeschichten	51
6.2.3	Aufbereitung der Fallgeschichte „Geboren um zu leben“	52
6.3	Zusammenfassung der Fallgeschichte „Geboren um zu leben“	53
6.4	Auswertung der Therapieszene „Geboren um zu leben“	55
6.4.1	Formulierende Interpretation der chronologisierten Guzl-Szene	57
6.4.2	Reflektierende Interpretation der chronologisierten Guzl-Szene	60
6.5	Ergebnisse	69
6.6	Diskussion	75
6.6.1	Diskussion der Ergebnisse	75
6.6.2	Diskussion der Methode	77
<b>7.</b>	<b>Zusammenfassung und Ausblick</b>	<b>80</b>
7.1	Zusammenfassung	80
7.2	Ausblick	84
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>84</b>

<b>Danksagung</b>	91
<b>Erklärung über selbständiges Arbeiten</b>	92
<b>Anhang</b>	

## Einleitung

GIBT ES FALSCHES

GEFÜHLE?

GIBT ES SCHLECHTE

MUSIK?

(Fischli & Weiss 2007)

In meiner knapp achtjährigen Berufspraxis als Musiktherapeutin in zwei Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie haben viele Jugendliche im Laufe ihrer Behandlung CDs, mp3-Player, Handys und USB-Sticks mitgebracht, um mir „ihre Musik“ vorzuspielen. Das Mitbringen der Musik konnte in der therapeutischen Beziehung ganz verschiedene Bedeutungen haben und beispielsweise als Vertrauensbeweis, Beziehungstest, Geschenk oder als eine Form von Abwehr verstanden werden. Die Jugendlichen konfrontierten mich dabei mit unterschiedlichsten Genres, mit aktuellen Charts wie auch mit Subkulturen, die mir teilweise völlig unbekannt waren und über die ich im Internet recherchieren musste, um die Lebenswelt des jeweiligen Jugendlichen ansatzweise nachvollziehen zu können. Mich immer wieder mit mir unbekannter Musik auseinandersetzen zu müssen erlebe ich beruflich wie persönlich bis heute als sehr bereichernd, obwohl die von den Jugendlichen mitgebrachten Stücke überwiegend nicht meinem privaten Musikgeschmack entsprachen. Die Begegnungen mit diesen Musiken haben mich überrascht, provoziert, gerührt, abgestoßen, verwirrt, fasziniert. Sie waren sehr unterschiedlich, aber fast immer sehr eindrücklich und intensiv. Oft war ich tief beeindruckt von der Kreativität, mit der die Jugendlichen „ihre Musik“ im Alltag für sich nutzten. Verblüffend war für mich die Treffsicherheit, mit der sie ihre persönlich relevanten Themen in Liedtexten oder klanglichen Atmosphären wiederfanden (oder sie hinlasen / - hörten), auch und besonders bei Liedern, die für sich genommen eher belanglos wirkten. Vor allem die

erstaunliche Tragweite und Komplexität der subjektiven Bedeutsamkeit der Lieder für die Jugendlichen, die sich meist unerwartet und erst im weiteren Verlauf der Therapie offenbarte, machte mich zunehmend neugierig, die Phänomene in diesen Therapiesituationen besser zu verstehen.

Bei meinem Stellenwechsel in die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie fiel mir auf, dass auch in der Musiktherapie mit Erwachsenen Musikvorlieben aus deren Jugendzeit eine bedeutsame Rolle spielen können. Nach meiner bisherigen Erfahrung kann die gemeinsame Beschäftigung mit mitgebrachter Musik von früherer oder gegenwärtiger subjektiver Bedeutsamkeit auch in diesem Arbeitsfeld ein wertvoller Zugang zu wesentlichen Aspekten der individuellen Psychodynamik sein, der vermutlich häufig unterschätzt wird.

Meine Reaktionen auf die mitgebrachten Musiken waren unmittelbar, spontan und intuitiv. Erst die nachträgliche und vergleichende Reflexion dieser Erfahrungen warf damit verknüpfte theoretische Fragen auf. In der musiktherapeutischen Fachliteratur konnte ich keine hilfreichen Informationen zum Verständnis dieser Therapiesituationen finden. Daher nutze ich in der vorliegenden Masterarbeit Mittel der qualitativen Sozialforschung, um der Frage nachzugehen, mit welcher emotionalen Einstellung Musiktherapeutinnen<sup>1</sup> der von Jugendlichen in die Einzelmusiktherapie mitgebrachten Musik begegnen und wie sie die Bedeutung dessen für den therapeutischen Prozess retrospektiv bewerten.

Die Lebensphase der Adoleszenz bringt viele komplexe Veränderungsprozesse mit sich. Im *ersten Kapitel* werden aus entwicklungspsychologischer Sicht verschiedene gängige Definitionen von Adoleszenz sowie die damit verbundenen Entwicklungsaufgaben umrissen.

Das *zweite Kapitel* fasst aktuelle Untersuchungsergebnisse zur quantitativen und qualitativen Bedeutung des Musikhörens in der Adoleszenz aus Musikpsychologie, Musiksoziologie und Jugendforschung zusammen und belegt die hohe Relevanz des Musikhörens in dieser Lebensphase.

---

<sup>1</sup> Zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichte ich auf die Doppelnennung beider Geschlechter, obwohl ich diese sprachliche Regelung nicht befriedigend finde. Ich weise hiermit darauf hin, dass bei unpersönlichen Aussagen immer beide Geschlechter gemeint sind.

Erkenntnisinteresse, Forschungsgegenstand, Forschungsfrage der durchgeführten Untersuchung und die damit verbundenen Forschungsthemen, die im Schnittfeld von Grundannahmen und Hypothesen liegen, werden im *dritten Kapitel* ausformuliert.

Das *vierte Kapitel* bettet die Fragestellung in den Kontext der musiktherapeutischen Publikationslandschaft ein. Es enthält eine umfassende Literaturübersicht, bestehend aus einem themenbezogenen Review der deutschsprachigen Standardwerke über Musiktherapie mit Jugendlichen, systematischer Literaturrecherche in den Fachdatenbanken PSYINDEX und PsycINFO sowie ergänzender Handrecherche.

Im *fünften Kapitel* stelle ich die Erhebungsmethode der Gruppendiskussion vor. Diese erscheint u.a. durch ihre Nähe zu berufstypischen Handlungsformen in besonderer Weise für Musiktherapieforschung geeignet, wurde aber in diesem Zusammenhang bisher in Deutschland kaum eingesetzt und ist in der Berufsgruppe noch weitestgehend unbekannt. Daher widme ich der Vorstellung dieser Methode ein eigenes Kapitel.

Das *sechste Kapitel* beschreibt die durchgeführte Pilotstudie, d.h. die erfolgten Schritte der Datenerhebung im Rahmen einer Gruppendiskussion mit Fachkolleginnen sowie die Datenaufbereitung, -auswahl und -auswertung. Exemplarisch wird die Schlüsselszene einer der vier erhobenen Fallgeschichten in Anlehnung an die dokumentarische Methode untersucht.

Im *siebten Kapitel* werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zusammengefasst und diskutiert. Außerdem erfolgt ein abschließender Ausblick auf weiterführende Fragen, die dabei entstanden sind.

Im *Anhang* finden sich alle zur Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Untersuchung angefertigten Dokumente, unter anderem die Transkripte aller Falldarstellungen und –diskussionen in den unterschiedlichen Stadien ihrer Aufbereitung. Außerdem stelle ich eine ausführliche Beschreibung der Akquise von Teilnehmerinnen und der praktischen Durchführung der Gruppendiskussion zur Verfügung, so dass nachfolgende Forscherinnen auf meine dabei gesammelten Erfahrungen zurückgreifen können.

# 1. Adoleszenz

Im folgenden Kapitel werden Definitionsmöglichkeiten von Adoleszenz<sup>2</sup> und die Entwicklungsaufgaben in dieser Lebensphase umrissen.

## 1.1 Definitionen von Adoleszenz

Eine allgemeingültige Definition von Adoleszenz gibt es nicht, denn diese Entwicklungsphase kann aus verschiedenen theoretischen Perspektiven betrachtet werden und außerdem individuell sehr unterschiedlich verlaufen (Flammer & Alsaker 2002, S. 34).

Die Adoleszenz beginnt mit dem Einsetzen der Pubertät, d.h. der körperlichen Reifungsprozesse. Dabei kommt es zu einer hormonellen Umstellung, die zur Ausprägung der sekundären Geschlechtsmerkmale (Brustwachstum, Körperbehaarung, Bartwuchs, Stimmbruch) und zur Geschlechtsreife (erste Regelblutung, erster Samenerguss) führt sowie Längenwachstum und Veränderungen der körperlichen Proportionen mit sich bringt (Fend 2001, S. 101 f.). Bei Mädchen geschieht dies durchschnittlich ein bis zwei Jahre früher als bei Jungen (Grob & Jaschinski 2003, S. 17). Die Pubertät und die damit verbundenen körperlichen und psychosozialen Veränderungen können subjektiv sehr unterschiedlich erlebt werden (Flammer & Alsaker 2002, S. 80).

Das Ende der Adoleszenz ist durch das Erreichen einer Lebenssituation gekennzeichnet, die eine hohe Autonomie in sozialer, emotionaler und finanzieller Hinsicht aufweist (Flammer & Alsaker 2002, S. 34) und in der die Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz, auf die im Folgenden noch eingegangen wird, erfüllt sind (Grob & Jaschinski 2003, S. 18).

---

<sup>2</sup> Die Begriffe „Jugend“ und „Adoleszenz“ werden in dieser Arbeit synonym verwendet. In diesem Kapitel wird der Begriff „Adoleszenz“ gewählt, da er in wissenschaftlichen Publikationen zur Entwicklungspsychologie üblich ist. In den anderen Kapiteln wird von „Jugend“ und „Jugendlichen“ gesprochen, da dies die im alltäglichen Umgang mit Jugendlichen sowie in einschlägigen musiktherapeutischen und musikpsychologischen Publikationen gängigen Begriffe sind.



Flammer und Alsaker (2002, S.34) teilen ein in frühe Adoleszenz (etwa 10 bis 13 Jahre, Pubertät), mittlere Adoleszenz (etwa 14 bis 16 Jahre, jugendlicher Lebensstil mit Probierverhalten und Identitätssuche) und späte Adoleszenz (etwa 17 bis 20 Jahre, Übergang ins Erwachsenenalter mit steigender Autonomie). Fend (2001, S. 91 ff.) unterscheidet dagegen zwischen Präadoleszenz (10 – 12 Jahre), Frühadoleszenz (13 – 15 Jahre), mittlerer / „eigentlicher“ Adoleszenz (15 – 17 Jahren), später Adoleszenz (18 – 20 Jahren) und Postadoleszenz (21 – 25 Jahre). Im alltäglichen Sprachgebrauch ist oft von Teenagern die Rede, d.h. von Menschen zwischen 11 und 19 Jahren.

An diesen unterschiedlichen Einteilungen zeigen sich die hohe Bedeutung der individuellen Unterschiede in Entwicklungsverläufen und –tempi sowie die grundsätzliche Schwierigkeit, komplexe und vieldeutige Phänomene wie Adoleszenz in eindeutige wissenschaftliche Kategorien zu bringen. Grob & Jaschinski (2003, S.19) verorten die Phase der späten Adoleszenz erst im Alter zwischen 19 und 21 Jahren und merken an, dass durch gesellschaftliche Entwicklungen im 21. Jahrhundert die Grenzen zwischen den Entwicklungsphasen zunehmend verschwimmen und individuelle Freiheiten zur Ausgestaltung von Lebensentwürfen zunehmen. Dieselbe junge Person kann somit gleichzeitig in einigen Bereichen als jugendlich und in anderen als erwachsen verstanden werden, z.B. bei bereits entwickelter sozial-emotionaler Unabhängigkeit, jedoch wirtschaftlicher Abhängigkeit von den Eltern (Flammer & Alsaker 2002, S. 21).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Übergänge zwischen Kindheit und Adoleszenz, zwischen den verschiedenen Phasen der Adoleszenz sowie zwischen Adoleszenz und Erwachsensein als fließend und individuell zu verstehen sind.

## **1.2 Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz**

Die Adoleszenz stellt den heranwachsenden Menschen vor neue Entwicklungsaufgaben. Der Begriff „Entwicklungsaufgabe“ wurde 1948 von Havighurst in die Entwicklungspsychologie eingebracht und seitdem fortlaufend rezipiert, angewandt und um neue Aspekte erweitert (Flammer 2009, Fend 2001, Flammer & Alsaker 2002, Grob & Jaschinski 2003). Als Entwicklungsaufgaben für die Adoleszenz nahm Havighurst auf der Grundlage von Befragungen Jugendlicher folgende Entwicklungsaufgaben an:

- Aufbau von neuen und reiferen Beziehungen zu den Gleichaltrigen beiderlei Geschlechts
- Erwerb einer männlichen bzw. weiblichen sozialen Rolle
- Akzeptanz des eigenen körperlichen Aussehens und effektiver Einsatz des Körpers
- Erlangung emotionaler Unabhängigkeit von den Eltern und anderen Erwachsenen
- Aufbau einer sicheren ökonomischen Unabhängigkeit
- Berufswahl und Berufsvorbereitung
- Vorbereitung auf Heirat und Familienleben
- Erwerb der intellektuellen Fertigkeiten und Begriffe, die für ein Leben als reifer Bürger notwendig sind
- Bereitschaft und Fähigkeit zu sozial verantwortlichem Verhalten

(Havighurst 1952, S. 33 – 71, zitiert nach Flammer 2009, übersetzt von Flammer).

Durch die gesellschaftlichen Entwicklungen sind die von Havighurst genannten Entwicklungsaufgaben heute nicht mehr uneingeschränkt gültig. Dreher & Dreher (1985, zit. nach Flammer & Alsaker 2002, S. 57) befragten Neunt- und Zehntklässler und fanden dabei folgende Entwicklungsaufgaben:

- Aufnahme und Aufbau intimer Beziehungen
- Entwicklung einer Identität
- Aufbau einer Zukunftsperspektive
- Entwicklung einer eigenen Persönlichkeit, besonders Selbständigkeit, Selbstsicherheit und Selbstkontrolle
- Aufbau sozialer Kompetenzen
- Kritische Haltung gegenüber der Gesellschaft
- Verständnis für komplexe Zusammenhänge in Politik und Wirtschaft.

Als besonders wichtig schätzten die von Dreher & Dreher (1985, zit. nach Grob & Jaschinski 2003, S. 29) befragten Jugendlichen folgende Entwicklungsaufgaben ein:

- Berufsentscheidung
- Identitätsentwicklung
- Aufbau reifer Beziehungen zu Gleichaltrigen
- Erlangen eines veränderten Wertesystems (v.a. weibliche Jugendliche)

- Akzeptieren des veränderten Körpers (v.a. weibliche Jugendliche)
- Zukunftsorientierung.

Die Gewichtung dieser Entwicklungsaufgaben und der Zeitraum, der für ihre Bewältigung als normgerecht gilt, unterliegen veränderlichen gesellschaftlichen Erwartungen und Normen (Grob & Jaschinski 2003, S. 29), die teilweise geschlechts-, kultur- und / oder schichtabhängig sind (Flammer 2009, S. 94).

### **1.3 Zusammenfassung**

Die Entwicklungsphase der Adoleszenz ist gekennzeichnet durch körperliche Veränderungen, Identitätsdiffusion und Identitätsentwicklung, vermehrte Konflikte mit den Eltern, Ablösung und Autonomie vom Elternhaus, die Hinwendung zur Gruppe der Gleichaltrigen (Peer Group), das Eingehen erster Paarbeziehungen, erste sexuelle Erfahrungen, Berufswahl und das Vorbereiten einer Berufstätigkeit sowie das Entwickeln eigener Wertvorstellungen und Zukunftsperspektiven (Grob & Jaschinski 2003).

Dass es sich bei der Adoleszenz um eine sensible und vulnerable Lebensphase handelt, wird auch daran deutlich, dass viele Standardwerke zur Entwicklungspsychologie der Adoleszenz auch Problemverhalten, Entwicklungsstörungen und Entwicklungsrisiken bis hin zu psychischen Störungen behandeln (Fend 2001, Flammer & Alsaker 2002, Grob & Jaschinski 2003).

## 2. Musikhören in der Adoleszenz

In diesem Kapitel wird die Bedeutung des Musikhörens in der Adoleszenz auf der Grundlage von Fachliteratur aus Musikpsychologie, Musiksoziologie und Jugendforschung beleuchtet.

### 2.1 Quantitative Bedeutung des Musikhörens in der Adoleszenz

Jugendliche hören täglich längere Zeit Musik als Erwachsene und Rentner (Schramm & Vorderer 2002, S. 120). Der prozentuale Anteil der Menschen, die mehrmals in der Woche Tonträger hören, liegt in der Altersgruppe zwischen 14 und 19 Jahren mit 69,2% am höchsten (Schramm & Kopiez 2008, S. 254). „Bezogen auf die Quantität des Musikkonsums gibt es eine *Anstiegsphase* von etwa 10 bis 13, die in eine *Plateauphase* bis etwa 20 mündet und jenseits der 25 wieder deutlich abnimmt (*Abschwungphase*)“ (Dollase 1997, S. 356).

Im repräsentativen Jugendsurvey Gütersloh (Schneider 2008, S. 16) geben 1039 von 1047 befragten Jugendlichen an, sehr oft Musik zu hören. In dieser Umfrage ist Musikhören somit die meistgenannte Freizeitbeschäftigung. Laut Haffner et al. (2006, zit. nach Hoehne et al., 2009, S. 709) verbringen 21,7% der weiblichen und 15,7% der männlichen Jugendlichen mehr als vier Stunden täglich mit Musikhören, und nur 1,2% der weiblichen und 4,9% der männlichen Jugendlichen hören nicht täglich Musik.

Die Vielfalt und Verfügbarkeit technischer Geräte, mit denen Musik gehört werden kann, ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen.<sup>3</sup>

Praktisch alle Haushalte, in denen Jugendliche heute aufwachsen, verfügen über Fernseher, Computer, Internet und Handy (Medienpädagogischer Forschungsver-

---

<sup>3</sup> Auf Radiohören wird an dieser Stelle nicht eingegangen, da sich diese Arbeit mit dem gezielten Anhören selbstgewählter Musikstücke beschäftigt.

bund 2011, S. 5). Die Verbreitung von Smartphones stieg von 2003 (23% der Haushalte, in denen Jugendliche leben) bis 2001 (43%) stark an (ebd.).

Während im Jahr 2003 erst 14% der Jugendlichen einen eigenen MP3-Player besaßen, waren es im Jahr 2006 bereits 79% (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2006, S. 11) und im Jahr 2011 82% (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2011, S. 6). 83% der Jugendlichen hören mehrmals pro Woche Musik mit einem MP3-Player, 64% sogar täglich (ebd., S. 13).

96% der Jugendlichen haben ein eigenes Handy (ebd.), 61% nutzen es als Musikspielgerät (ebd., S. 59).

Über einen eigenen Computer verfügen 79% der Jugendlichen (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2011, S. 6), und 62% hören täglich oder mehrmals pro Woche im Internet oder offline damit Musik (ebd., S. 59).

Bei allen genannten Quellen bleibt offen, ob das Musikhören im Fokus der Aufmerksamkeit steht oder andere Tätigkeiten durch Musikhören begleitet werden.

## **2.2 Qualitative Bedeutung des Musikhörens in der Adoleszenz**

Jugendliche schätzen die allgemeine Bedeutung von Musik für ihr Leben höher ein als Erwachsene und Rentner (Schramm & Vorderer 2002, S. 120).

Gefragt nach der Wichtigkeit verschiedener Medien wird Musik von 92% der weiblichen Jugendlichen (Platz 1) und 88% der männlichen Jugendlichen (Platz 2 nach Internet) genannt (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2011, S. 15). „Ganz allgemein sind die subjektiv wichtigsten Medienaktivitäten aus Sicht der Jugendlichen Musikhören sowie die Nutzung von Internet und Handy“ (ebd., S. 64), wobei auch über Internet und Handy wie in Kapitel 2.1 dargestellt häufig Musik konsumiert wird.

85% der Jugendlichen nennen Musik, 47% nennen Musik-Stars und Bands als Interessengebiet (ebd., S. 9 f.).

Musikkonsum spielt im sozialen Leben Jugendlicher eine große Rolle. „Sind Jugendliche mit Freunden zusammen, sind die wichtigsten Medien das Handy und

Tonträger, wie MP3-Player oder CDs“ (ebd., S. 16). Doch auch beim Alleinsein und „Abschalten vom Alltag stehen MP3-Player und CDs im Vordergrund“ (ebd., S. 17).

Die hohe Bedeutsamkeit von Musikkonsum in der Adoleszenz wird in der Fachliteratur einhellig bestätigt (z.B. Müller et al. 2002, Münch 1997, Zillmann & Gan 1997). Laut Dollase (1997, S. 359) sind während der Plateauphase des Musikkonsums in der Adoleszenz „die vielfältigen emotionalen, sozialen und kognitiven Funktionen der Musik fest in Lebensalltag und Lebensstil integriert“.

Diskutiert wird die Relevanz des Musikhörens in der Adoleszenz u.a. im Hinblick auf Sozialisation (z.B. Crozier 1997, Kleinen 2008), Selbstsozialisation (z.B. Müller et al. 2007, Neuhoff & Weber – Krüger 2007), Identitätsentwicklung (z.B. Jerrentrup 1997, Kloppenburg 2005, Müller et al. 2002, Sloboda & O’Neill 2001) und Emotionsregulation / Mood Managing (z.B. Crozier 1997, Kloppenburg 2005, Müller et al. 2002, Schramm & Kopiez 2008, Schramm & Vorderer 2002, Sloboda & O’Neill 2001, Sloboda et al. 2009).

Münch (2002, S. 73) zeigt, dass der Umgang mit Musik ein wichtiges Experimentierfeld für Jugendliche bei der Auseinandersetzung mit ihren Entwicklungsaufgaben (siehe Kapitel 1.1) darstellt.

Entwicklungsaufgabe	Umgang mit Musik
Freundschaftsbeziehungen, Peergroup- Orientierung	Adaption der Musikpräferenzen des erhofften Freundeskreises, gemeinsame Begeisterung und intensive Auseinandersetzung mit einer musikalischen Stilrichtung oder einer bestimmten Band, Zugehörigkeit zu Fanclub oder Clique
Autonomie	Entwicklung eines eigenen Musikgeschmacks in Abgrenzung zum Elternhaus und / oder in Abgrenzung zu anderen Jugendlichen, emotionale Selbstregulation durch Musikhören
Berufsvorbereitung	Motivation zum Erwerb der englischen Sprache, Umgang mit Musik als mögliches Berufsziel (Musiker, Musiklehrer / -journalist etc.)
Politische Orientierung	Politische Bildung und Positionierung mit Hilfe von Musik durch Auseinandersetzung mit politisch geprägten Bands und Songtexten
Zukunftsorientierung	Mitglieder musikbezogener Jugendkulturen und / oder Interpreten als Vorbilder in Erwachsenenrollen (Idole)
Identitätsentwicklung	Mitglieder musikbezogener Jugendkulturen und / oder Interpreten als mögliche Vorbilder für Identitätswürfe, Zugehörigkeit zu bestimmter Musikszene kann identitätsstiftend erlebt werden
Umgang mit physischer Reifung	Intensives Körpererleben beim Hören von und Bewegen zu Musik, geschlechtsspezifische Bewegungsformen im Tanz (z. B. Hip Hop)
Paarbeziehung, sexuelle Erfahrungen	Verliebtsein in Stars und „parasozialer“ Kontakt mit ihnen als ungefährliches Probehandeln

*Tabelle 1: Zusammenhänge zwischen Entwicklungsaufgaben und Musikkonsum in der Adoleszenz (angelehnt an Münch 2002, S. 73).*

Kleinen (2008, S. 58) hält in Bezug auf die Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz (siehe Kapitel 1.1) fest: „Fragt man nach der Rolle der Musik für diese Entwicklungen, so sind zwar alle Entwicklungsabschnitte von Musik begleitet, aber ohne Zweifel hat Musik die höchste individuelle und soziale, insofern auch entwicklungspsychologische Relevanz in der Jugendphase.“

### **2.3. Zusammenfassung**

Untersuchungsergebnisse aus Musikpsychologie, Musiksoziologie und Jugendforschung zeigen deutlich und übereinstimmend, dass dem Musikkonsum in der Adoleszenz sowohl quantitativ als auch qualitativ eine herausragende Bedeutung zukommt, die sicher individuell verschieden, insgesamt aber kaum zu überschätzen ist. In keiner anderen Lebensphase wird so viel Musik gehört. Die vielfältigen tiefgreifenden Entwicklungsprozesse der Adoleszenz (siehe Kapitel 1) sind mit individuellen und kollektiven Erlebnissen der Musikrezeption eng verknüpft und werden durch diese stark beeinflusst.



### **3. Fragestellung**

#### **3.1 Erkenntnisinteresse**

Das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit besteht allgemein gefasst darin, besser zu verstehen, was es für die therapeutische Beziehung bedeuten kann, wenn ein Jugendlicher Musik zum gemeinsamen Anhören mit in die Musiktherapie bringt. Dabei wird der Fokus zunächst auf die Perspektive der Musiktherapeutin gesetzt. In einer anschließenden Arbeit auch die Perspektive des Jugendlichen zu untersuchen, wäre eine sinnvolle Weiterführung und Ergänzung, um ein umfassenderes Verständnis der beschriebenen Therapiesituation zu gewinnen. Die vorliegende Master-Thesis beschränkt sich auf das Erkenntnisinteresse nachzuvollziehen, wie die Musiktherapeutin die Handlung des Jugendlichen, Musik zum gemeinsamen Anhören mit in die Musiktherapie zu bringen, subjektiv erlebt und welche Bedeutung sie dieser Handlung zuschreibt.

#### **3.2 Forschungsgegenstand und Forschungsfragen**

Forschungsgegenstand dieser Untersuchung sind

- narrative Falldarstellungen von Einzelmusiktherapien mit Jugendlichen, in denen ein Jugendlicher Musik zum gemeinsamen Anhören mitgebracht hat, wie sie durch die jeweilige Musiktherapeutin in eine Expertenrunde aus bislang unbekanntem Fachkolleginnen desselben Berufsfeldes eingebracht werden,
- sowie die anschließende Gruppendiskussion dieser erzählten Therapieszenen durch die Teilnehmerinnen der Expertenrunde, moderiert anhand eines Topic Guide (siehe Kapitel 5.4).

Das Datenmaterial besteht aus dem Transkript der Audiographie. Auf dieser Grundlage werden folgende Forschungsfragen untersucht:

- Mit welcher emotionalen Einstellung begegnen Musiktherapeutinnen der von Jugendlichen in die Einzelmusiktherapie mitgebrachten Musik?
- Wie interpretieren Musiktherapeutinnen dies retrospektiv in Bezug auf die therapeutische Beziehung und den therapeutischen Prozess?

### **3.3 Forschungsthesen**

Wie in Kapitel 3.1 und 3.2 dargelegt besteht das Ziel dieser Arbeit nicht in der Überprüfung festgelegter Hypothesen, sondern in einem tieferen Verständnis der Beziehungskonstellation, dass ein Jugendlicher Musik in die Einzelmusiktherapie mitbringt.

Den gedanklichen Hintergrund der in Kapitel 3.2 genannten Forschungsfragen bilden folgende Forschungsthesen, die im Schnittpunkt von Grundannahmen und Hypothesen liegen:

- Die Musiktherapeutin teilt die Hörvorlieben des Jugendlichen aufgrund von Generations- und Sozialisationsunterschieden normalerweise nicht, lehnt diese möglicherweise sogar emotional ab (persönliche Einstellung).

Die Musiktherapeutin ist gleichzeitig durch ihre Berufsrolle verpflichtet, auf die mitgebrachte Musik des Jugendlichen wertschätzend zu reagieren (professionelle Einstellung).

Persönliche und professionelle emotionale Einstellung der Musiktherapeutin zu der von Jugendlichen mitgebrachten Musik weichen daher in vielen Fällen voneinander ab.

- Eine von der professionellen Haltung abweichende emotionale Einstellung zu der mitgebrachten Musik kollidiert mit dem fachlichen Selbstverständnis der Musiktherapeutin und löst daher vermutlich Schamgefühle sowie entsprechende Schamabwehr aus.

- Die Regulation zwischen persönlicher und professioneller Einstellung zu der mitgebrachten Musik vollzieht sich nicht bewusst, sondern eher prozessual im Sinne von implizitem Erfahrungswissen der Musiktherapeutin. Daher kann die Musiktherapeutin diese Prozesse nicht direkt explizieren und reflektieren (tacit knowing).
- Aufgrund der beiden vorangegangenen Thesen ist eine Gruppendiskussion als Erhebungsmethode vorzuziehen, denn im Gegensatz zu anderen Methoden der Datengewinnung wie z.B. Experteninterviews ist eine Gruppendiskussion geeignet, auch unbewusste und schambesetzte Inhalte zu explizieren.
- Anhand der narrativen Falldarstellungen und anhand der folgenden Gruppendiskussion lässt sich die emotionale Beteiligung der Musiktherapeutin in der betreffenden Therapiesituation erheben.

## **4. Literaturrecherche zum aktuellen Stand der Forschung und Praxis**

### **4.1 Deutschsprachige Standardwerke über Musiktherapie mit Jugendlichen**

Im Folgenden werden die Standardwerke der deutschsprachigen Fachliteratur über Musiktherapie mit Jugendlichen daraufhin untersucht, welche Rolle das Musikhören mit Jugendlichen, v. a. das Anhören mitgebrachter Musik, in der Publikationslandschaft einnimmt. Dabei ist von besonderem Interesse, ob und wie die jeweiligen Musiktherapeutinnen ihre emotionale Einstellung gegenüber der mitgebrachten Musik der Jugendlichen offenlegen.

Das erste deutschsprachige Herausgeberwerk über Musiktherapie mit psychisch gestörten Jugendlichen (Haffa-Schmidt et al., 1999) legt den Schwerpunkt auf musiktherapeutische Falldarstellungen, in denen verschiedene Musiktherapieschulen und Settings repräsentiert sind. Es enthält außerdem kurze theoretische Beiträge zur Identitätsentwicklung, zur soziokulturellen und identitätsbildenden Bedeutung von Musik für Jugendliche sowie zu methodischen Überlegungen.

Über das Mitbringen und gemeinsame Anhören von Musik schreibt Haffa-Schmidt, Patienten würden „motiviert, ihre Musik in die Therapie mitzubringen. Die Zielsetzungen des gemeinsamen Hörens sind je nach Therapiephase, Störung und Gruppendynamik ganz unterschiedlich: gemeinsame Erlebnisse schaffen, Zentrierung, Wahrnehmung nach innen, Harmonisierung, Entlastung der Gruppe oder des einzelnen, Entspannung, Anregung von Phantasie, niederschwellige Aktivierung und Motivierung, Aufhänger für ein Gespräch über Wünsche, Sehnsüchte und subjektive Wahrnehmungen oder Ausgangsbasis für aktives Improvisieren“ (1999, S. 36). Es fällt auf, dass die genannten Zielsetzungen des gemeinsamen Hörens der von Jugendlichen mitgebrachten Musik sehr breit und eher unspezifisch sind. Die emotionalen Einstellungen der Musiktherapeutin zur mitgebrachten Musik sowie deren mögliche Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung, die Thema dieser Arbeit sind, werden dabei nicht berücksichtigt. Ein Fallbeispiel, in dem das gemeinsame Anhören mitgebrachter Musik thematisiert wird, ist nicht enthalten.

Nissen (1999, S. 167) schreibt in seinem Kapitel über Bandprojekte: „Textpassagen aus Rocksongs bieten für Jugendliche einen Aufhänger, sich mit Inhalten zu identifizieren; das äußere Erscheinungsbild bestimmter Künstler in Konzerten oder in der Medienöffentlichkeit dient darüberhinaus als Identifikationsmöglichkeit“ (siehe auch Kapitel 2.2). Er fügt ein kurzes Fallbeispiel einer Jugendlichen an, die einen Song von Robert Smith (Sänger der Band „The Cure“) sang, „und dies mit einer Hingabe, dass sich nicht nur mir die Nackenhaare aufstellten“ (ebd., S. 168). Hier wird die eigene emotionale Beteiligung des Musiktherapeuten zwar benannt, aber leider nicht näher ausgeführt. Bezogen auf die Patientin heißt es weiter, die Verbindung mit ihrem Idol „diente zur Abgrenzung gegenüber ihren Eltern im Sinne von Ablösung durch Schockieren. Gleichzeitig ließ die melancholische Stimmung der Musik von „The Cure“ die ängstliche, verlassene und mutlose Seite in ihr anklingen. Das Zulassen von Gefühlen in dem Bewußtsein, damit nicht allein zu sein, gab ihr Stärke, trug zur Verarbeitung ihres Trennungsschmerzes bei und ließ sie Zukunftsperspektiven ins Auge fassen“ (ebd., S. 168). Nissen zeigt an diesem Beispiel die Komplexität und Tiefe, die in einem Popsong für den therapeutischen Prozess (selbst in einem auf den ersten Blick übungszentrierten Ansatz) enthalten sein kann. Dies führt er anhand von Grunge-Rock und der Biographie von Kurt Cobain weiter aus und schlägt dann anhand zweier weiterer kurzer Falldarstellungen die Brücke vom Hören zum Schreiben eigener Texte und Songs (ebd., S. 168 f.). Dazu, wie seine eigenen emotionalen Einstellungen zu den genannten Musiken sind und inwiefern sie die therapeutischen Beziehungen und Prozesse beeinflusst haben, äußert er sich nicht.

Petersen und Thiel (2001) geben aus psychoanalytischer Perspektive einen Überblick über Begriff, Geschichte und Definition des Spiel(en)s sowie der synästhetischen Wahrnehmung in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen, illustriert mit Fallbeispielen. Als Besonderheiten in der Arbeit mit Jugendlichen werden u.a. „jugendtypische Formen der Rollenbildsuche“ genannt, „die sich meist in einer gewissen Radikalität an jugendkulturellen Subsystemen orientieren und in der therapeutischen Ansprache idealerweise Annäherungsmöglichkeiten an bestehende Rollenklischees erfordern“, sowie „eine ausgeprägte Abneigung gegenüber verbalen Therapieansätzen, die (...) eine flexible Ansprache in Form verschiedener Therapieangebote nahelegt“ (ebd., S. 87). Ein Therapeut solle daher in der Arbeit mit Jugendlichen „nach alternativen Wegen suchen, die Erinnerungsspuren seines Klienten aufzuspüren, zu verdichten, in Beziehung zu setzen, zu verstehen und schließ-

lich verbal zu reflektieren“ (ebd., S. 86). Obwohl es anhand der zitierten Aussagen und der bekanntermaßen großen Bedeutung des Musikkonsums in der Adoleszenz (siehe Kapitel 2) durchaus naheliegend erscheint, von Jugendlichen eingebrachte Musik zum Ausgangspunkt der musiktherapeutischen Zusammenarbeit zu machen, erwähnen Petersen und Thiel das gemeinsame Anhören mitgebrachter Musik als Möglichkeit überraschenderweise nicht. Der kurze Exkurs „Allgemeine Bemerkungen zu Hintergrund und Entwicklung des Rap als jugendlichem Stilisierungsversuch“ dient lediglich als Beispiel für „die Vielfalt möglicher psychästhetischer Ausdrucksformen“ (ebd., S. 111 f.) und geht auf einen Klienten zurück, der die Rap-Kultur gewählt habe, „um sich gegenüber seinem ihn ignorierenden und emotional schwachen Vater (...) bemerkbar zu machen, seine männlichen Anteile wahrzunehmen und im spielerischen Wettbewerb zu erproben“ (ebd., S. 111). Es ist zwar zu vermuten, dass im Rahmen dieser Musiktherapie von dem Jugendlichen mitgebrachte Musik gemeinsam angehört und / oder performt wurde, doch leider werden bis auf die zitierten kurzen Angaben keine weiteren Informationen dazu gegeben. Auch die emotionale Einstellung des Musiktherapeuten zur Rap-Kultur bleibt im Dunkeln, obwohl anhand der Falldarstellung angenommen werden kann, dass diese einen wesentlichen Einfluss auf den Therapieprozess hatte.

Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk (2005) gehen nach einer Einführung in theoretische Grundlagen detailliert auf Möglichkeiten musiktherapeutischer Diagnostik, Indikation und Intervention ein. Dabei greifen sie auf die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) sowie auf die Einschätzung der Beziehungsqualität (EBQ) nach Schumacher und Calvet-Kruppa zurück. Die therapeutischen Funktionen der Musik und der Musikinstrumente sowie die verschiedenen Kontaktmodi des EBQ werden ausführlich in ihren Zusammenhängen beschrieben und anhand von fünf Fallbeispielen veranschaulicht. Es folgt ein Manual musiktherapeutischer Indikation und Intervention anhand des gängigen Diagnoseschlüssels ICD-10.

Das Musikhören von Jugendlichen wird in verschiedenen Zusammenhängen genannt, z.B. bezüglich der Funktion von Musik als Ressource und Katalysator (Frohne-Hagemann & Pleß-Adamczyk 2005, S. 123) und ihrer Haltefunktion (ebd., S. 96). Das gemeinsame Anhören von Musik, die Jugendliche in die Musiktherapie mitbringen, wird ebenfalls mehrfach am Rande in allgemeinen Aussagen gestreift, aber nicht differenzierter in einem eigenen (Unter-) Kapitel behandelt. „In *seiner* Musik fühlen sich das Kind und besonders der Jugendliche innerlich zu Hause und in sei-

nen Gefühlen und Überzeugungen verstanden. (...) Entsprechend kann Musik auch dem Therapeuten helfen, einen Zugang zur Welt des Jugendlichen zu finden.“ (ebd., S. 34). Auch in zwei Praxisbeispielen wird gemeinsames Hören mitgebrachter Musik erwähnt. So heißt es z.B. über eine Musiktherapiegruppe mit Jugendlichen: „Um ein Arbeitsbündnis aufzubauen, wurde den regressiven Ansprüchen der Jugendlichen und ihrer Motivation, Musik zu hören, entgegengekommen, indem während jeder Sitzung gemeinsam Musik gehört wurde, die die Jugendlichen mitbrachten.“ (ebd., S. 135). Als Intermediärobject, Projektionsfläche und in soziokultureller Funktion habe die Musik den Teilnehmern geholfen, ihre Gefühls- und Erfahrungswelten mitzuteilen (ebd.). Wie die emotionalen Einstellungen der Musiktherapeutin zu den mitgebrachten Musiken waren und ob sie einen Einfluss auf das therapeutische Geschehen hatten, wird nicht beleuchtet.

Lutz-Hochreuthener (2009) hat über drei Jahre hinweg zehn ambulante Musiktherapien mit Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 15 Jahren vollständig dokumentiert, im Rahmen einer Promotion qualitativ ausgewertet und auf dieser Grundlage ein Lehrbuch mit jeweils themenbezogenen Fallvignetten und Interventionsanregungen veröffentlicht. Ausgehend von einem psychodynamischen Therapieverständnis geht sie auf die Themen Spiel und Musikspiel sowie Grundhaltungen musiktherapeutischen Handelns ein, wobei sie sich wie Frohne-Hagemann & Pleß-Adamczyk (2005) auf OPD und EBQ bezieht. Im dritten Teil ihres Lehrbuches gibt Lutz-Hochreuthener als erste deutschsprachige Autorin einen umfassenden Überblick über Methoden der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen (Stille, Improvisation, Lied, komponierte instrumentale Musik, körperzentrierte Musikspiele, Sprache, musiktherapeutisches Rollenspiel, imaginatives Musikerleben, Hantieren mit Instrumenten, Ergänzendes). Dabei fällt allerdings auf, dass (entgegen dem Buchtitel) fast ausschließlich von Kindern die Rede ist. Auch inhaltlich liegt der Schwerpunkt auf früheren Entwicklungsphasen, während jugendtypische Fragen eher am Rande behandelt werden. Dies beruht offenbar auf persönlichen Vorlieben Lutz-Hochreutheners bezüglich Altersgruppe und Arbeitsweise. So umfasst das Kapitel „Komponierte instrumentale Musik“ (Lutz-Hochreuthener 2009, S. 194 f.) lediglich zwei Seiten, bezieht sich auf Klassik und übungszentriertes Vorgehen und erwähnt die Möglichkeit gemeinsamen Musikhörens in der Musiktherapie nur kurz: „Wenn ein Kind Noten in die Therapie mitbringt oder komponierte Musikstücke von einer CD zu hören wünscht, sind in der Regel damit, wie bei den Lieblingssongs, emotionale Besetzungen verbunden, die im Sinn des therapeutischen Prozesses einbezo-

gen werden müssen“ (ebd., S. 194). Gleichzeitig wird aber „davon ausgegangen, dass improvisierte Musik die seelischen Prozesse des Kindes besser abbilden kann und seinem spielerisch-entdeckungsfreudigen Wesen mehr entspricht“ (ebd., S. 194).

Im Kapitel „Das Lied“ (ebd., S. 178-193) gibt es dagegen zwei Fallbeispiele, in denen Jugendliche Lieder in die Einzelmusiktherapie einbringen (ebd., S. 188 und S. 190 f.). Diese entsprechen nicht der typischen Jugendkultur („I am sailing“ von Rod Steward sowie das Volkslied „Ein kleines Lied erklingt ganz sacht“) und werden nicht in der Originalversion vom Tonträger angehört, sondern einzeln und gemeinsam gespielt und / oder gesungen. Noten und Text sind im Buch abgedruckt. Über ihre eigene emotionale Einstellung zu den genannten Liedern äußert sich Lutz-Hochreuthener nicht. Anders als die bisher genannten Autoren geht sie aber genauer auf die potentielle Bedeutung von Liedtexten und deren Symbolgehalt für Jugendliche in der Musiktherapie ein: Lieder könnten „in der therapeutischen Situation zu Trägern von Bedeutungsinhalten werden, welche mit innerpsychischen Themen und oder konkreten Situationen aus dem Alltag korrespondieren. Wie der Traum sprechen sie in Symbolen: Äußere Kämpfe werden besungen, Klang und Melodieführung berühren die Seele und schaffen eine Verbindung zur Ebene der inneren Kämpfe; (...) Manchmal drücken sie auch ein aktuelles Lebensgefühl aus, lösen Erinnerungen aus, in welchen gesungen wurde oder knüpfen an emotional stark besetzte Momente in der Biographie an (...). In diesem Sinn widerspiegeln Liedwünsche - meistens unbewusst – Atmosphären und Inhalte, welche (noch) zu schwierig sind, um mit eigenen Worten angesprochen zu werden“ (ebd., S. 188 f.). „Was im Anhören und Singen von Liedern oder Songs erlebt und erspürt wird, kann in Gesprächen über die Texte benannt und vertieft werden. Gerade bei älteren Kindern und Jugendlichen ist dies eine gute Interventionsmöglichkeit, um über das sogenannte Dritte, das Lied, einen Bezug zu persönlichen Themen herzustellen“ (ebd., S. 190). Lutz-Hochreuthener beschreibt anschließend die wiederholte Erfahrung aus ihrer Berufspraxis, dass der Bedeutungsgehalt der ausgewählten Lieder oft der innerpsychischen Thematik entspreche, selbst wenn die Lieder in einer dem Jugendlichen fremden und unverständlichen Sprache verfasst seien (ebd.).

Der letzte Teil ihres Lehrbuches behandelt die Positionierung der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen im Kontext angrenzender Fachdisziplinen.



Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in den deutschsprachigen Publikationen über Musiktherapie mit Jugendlichen das gemeinsame Anhören von mitgebrachter Musik zwar (eher beiläufig) erwähnt wird, allerdings ohne die emotionale Einstellung der jeweiligen Musiktherapeutinnen zu diesen Musiken zu beleuchten. Um der Frage nachzugehen, ob dieser Aspekt in anderen Veröffentlichungen Beachtung findet, wurde daher eine systematische Literaturrecherche mit Hilfe einschlägiger Fachdatenbanken durchgeführt.

## **4.2 Systematische Literaturrecherche in Fachdatenbanken bezüglich mitgebrachter Musik von Jugendlichen in der Musiktherapie**

Durch systematische Literaturrecherche in Fachdatenbanken wurden weitere Publikationen zum Musikhören mit Jugendlichen im Rahmen der Musiktherapie ermittelt. Im Folgenden werden diese Datenbanken, die verwendeten Suchbegriffe und die relevanten Funde dargestellt.

### **4.2.1 PSYINDEX**

PSYINDEX ist die Referenzdatenbank für psychologische Literatur und Testverfahren aus den deutschsprachigen Ländern sowie für psychologisch relevante audiovisuelle Medien und Interventionsprogramme. Darin sind über 250.000 Zeitschriftenaufsätze, Bücher (Monographien und Herausgeberwerke), Einzelbeiträge aus Herausgeberwerken, Dissertationen und Institutsveröffentlichungen erfasst, unter anderem auch die Musiktherapeutische Umschau.

Der Zugriff erfolgte am 03.11.2011 sowie am 09.01.2012. Es wurde mit der größtmöglichen Offenheit recherchiert, d.h. ohne den Veröffentlichungszeitraum o.ä. einzuschränken. Gesucht wurde nach Literatur über gemeinsames Anhören von Musik, die Jugendliche in die Musiktherapie mitgebracht haben. Die verwendeten Kombinationen von Suchbegriffen und die Anzahl der entsprechenden Literaturfunde sind aus der folgenden Tabelle ersichtlich.

Suchbegriffe	Zusätzliche Einschränkungen	Anzahl der Ergebnisse
musiktherap* AND jugend* AND rezept*		4
musiktherap* AND jugend* AND hör*		11
musiktherap* AND jugend* AND hör*	words in major subject heading	0
musik* AND therap* AND jugend* AND rezept*		6
musik* AND therap* AND jugend* AND hör*		12
musik* AND therap* AND jugend* AND hör*	words in major subject heading	0
musiktherap* AND adoleszen* AND rezept*		1
musiktherap* AND adoleszen* AND hör*		1
musik* AND therap* AND adoleszen* AND rezept*		1
musik* AND therap* AND adoleszen* AND hör*		1
musiktherap* AND jugend* AND lied*		4
musik* AND therap* AND jugend* AND lied*		4
musiktherap* AND adoleszen* AND lied*		0
musik* AND therap* AND adoleszen* AND lied*		0
musiktherap* AND jugend* AND song*		3

*Tabelle 2: Literaturrecherche zum Musikhören in der Musiktherapie mit Jugendlichen in der Datenbank PSYINDEX*

Unter den Ergebnissen der Literaturrecherche zum Musikhören mit Jugendlichen ist nur ein weiterer relevanter Beitrag zu finden, der nicht zu den in Kapitel 4.1 dargestellten Standardwerken zählt. Es handelt sich um einen Artikel aus der Musiktherapeutischen Umschau (Megert 2009), der unter mehreren der Suchkombinationen erscheint und im Folgenden inhaltlich zusammengefasst wird.

Megert beschreibt anhand von Fallbeispielen aus seiner Tätigkeit in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, wie die Initialphase der Musiktherapie durch gemeinsames Hören der von Jugendlichen mitgebrachten (Lieblings-)Musik gestaltet

werden kann. Dabei geht er auch auf die vielfältigen Funktionen ein, die Musikrezeption typischerweise für Jugendliche bei der Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben einnimmt (z.B. Emotionsregulation, siehe Kapitel 2).

In zwei Fallbeispielen nennt Megert nur die grobe Stilrichtung der angehörten Musik („Techno“, Megert 2009, S. 103; „Hardcore“, ebd., S. 104), in einer anderen Falldarstellung nur die Interpretin („Pink“, ebd., S. 105). Lediglich in zwei Beispielen gibt er konkretere Informationen, welches Stück angehört wurde („Buffalo Soldier“ von Bob Marley, ebd., S. 108, sowie „out of the blue – into the dark“ von Neil Young<sup>4</sup>, ebd., S. 109). Über seine emotionale Einstellung zu den mitgebrachten Musiken äußert er sich nicht, zeigt sich nur positiv beeindruckt durch das musikalische Expertenwissen eines Jugendlichen („Leos Ausführungen zum Reggae faszinieren mich“, ebd., S. 108).

Als einziger der bisher genannten Autoren thematisiert Megert, ob er die mitgebrachte Musik kennt oder nicht und welche Auswirkungen dies jeweils hat. In einem der dargestellten Fälle sei es „entscheidend, dass ich bezüglich des Reggae mitreden und mitspielen kann“ (ebd., S. 108). In einem anderen Beispiel gesteht er dagegen ein, „dass mir ihre Lieblingssängerin bisher nur aus der Musikwerbung bekannt sei. Renate lacht vergnügt auf.“ (ebd., S. 105). Die Patientin scheint also die authentische Offenheit des Musiktherapeuten (in dessen Wahrnehmung) eher positiv zu werten. Auch in einem weiteren Beispiel offenbart Megert dem Jugendlichen seine Fremdheit gegenüber der mitgebrachten (Lieblings-)Musik, während er gleichzeitig Interesse daran vermittelt: „Ich äussere, dass ich mit Techno nicht vertraut sei. Gerne würde ich aber von ihm erfahren, worin das Besondere in dieser Musik liege.“ (ebd., S. 103). Diese Haltung der Authentizität und interessierten Offenheit gegenüber jugendlichem Musikgeschmack wird abgesehen von den zitierten Passagen nicht explizit reflektiert, sondern eher implizit vermittelt.

Megert bewertet das gemeinsame Anhören mitgebrachter Musik insgesamt als Möglichkeit, Widerstände beim Aufbau einer therapeutischen Beziehung zu umgehen, und als manchmal notwendigen Zwischenschritt, um den Jugendlichen letztlich an aktive Musiktherapie im Sinne von Improvisation heranzuführen zu können, z.B.

---

<sup>4</sup> Tatsächlich muss es sich bei dem gemeinten Titel entweder um „Hey Hey, My My (Into the Black)“ oder um „My My, Hey Hey (Out of the Blue)“ handeln. Beide Titel sind auf dem Album „Rust never sleeps“ (1979) von Neil Young und Crazy Horse erschienen, wobei der letztgenannte eine akustische Version des erstgenannten Titels ist.

durch Mitspielen zur Musik von CD. Tiefergehende Wirksamkeit des gemeinsamen Musikhörens an sich zieht er jedoch in Zweifel. „Ist das Hören von Musik in der Musiktherapie mit Jugendlichen hinreichend? Dies ist meiner Erfahrung zufolge sehr selten der Fall.“ (ebd., S. 111). „Für die Therapie ist es (...) entscheidend, dass der Übergang in eine verbale Auseinandersetzung oder aktives Musikmachen gelingt. Das gemeinsame Anhören von Lieblingsmusik kann aber eine erste Beziehungsbrücke anbahnen und unterstützt den Aufbau eines Arbeitsbündnisses.“ (ebd., S. 104).

Es ist zu vermuten, dass diese subjektive Einschätzung von der persönlichen Arbeitsweise Megerts geprägt ist und nicht ohne weiteres verallgemeinert werden kann. Die Bevorzugung von Improvisation gegenüber anderen musiktherapeutischen Methoden entspricht zwar der aktuellen Strömung der musiktherapeutischen Fachwelt. Doch möglicherweise wird hier das Potential des gemeinsamen Anhörens mitgebrachter Musik aufgrund von Vorannahmen unterschätzt.

#### **4.2.2 PsycINFO**

PsycINFO erfasst internationale Literatur zu Psychologie sowie zu angrenzenden Fachgebieten wie Medizin, Psychiatrie, Krankenpflege, Soziologie, Erziehungswissenschaften, Pharmakologie, Physiologie, Linguistik, Anthropologie, Wirtschafts- und Rechtswissenschaften aus Zeitschriften, Büchern, Dissertationen und technischen Berichten.

Der Zugriff erfolgte am 03.11.2011 sowie am 10.01.2012. Auch in dieser Datenbank wurde ohne weitere als die in der Tabelle genannten Einschränkungen nach dem gemeinsamen Anhören mitgebrachter Musik in der Musiktherapie mit Jugendlichen recherchiert.

Suchbegriffe	Zusätzliche Einschränkungen	Anzahl der Ergebnisse
music* AND therap* AND adolescen* AND listen*		30
music* AND therap* AND adolescen* AND listen* AND case*		3
music* AND therap* AND adolescen* AND recept*		4
music* AND therap* AND adolescen* AND recept*	abstract	2
music* AND therap* AND teen* AND listen*		5
music* AND therap* AND teen* AND recept*		1
music* AND therap* AND youth* AND listen*		6
music* AND therap* AND youth* AND recept*		0
music* AND therap* AND adolescen* AND song*	abstract	60
music* AND therap* AND adolescen* AND song*	title	2
music* AND therap* AND adolescen* AND song*	words in major subject heading	0
music* AND therap* AND adolescen* AND song*	subjects exact	0

*Tabelle 3: Literaturrecherche zum Musikhören in der Musiktherapie mit Jugendlichen in der Datenbank PsycINFO*

Als einzigen relevanten Fund ergab die Recherche eine australische Monographie (McFerran 2010). Die weiteren Rechercheergebnisse beziehen sich vorwiegend auf das Musikhören mit Jugendlichen in angrenzenden Berufsfeldern wie Jugendsozialarbeit oder Schulunterricht. Veröffentlichungen bezüglich nicht-musiktherapeutischer Settings erscheinen für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit als irrelevant und werden daher nicht näher beschrieben.

In seinem Vorwort zu McFerran (2009) kommentiert Wigram die Diskrepanz zwischen hoher fachlicher Relevanz und geringer Zahl von Veröffentlichungen über Musiktherapie mit Jugendlichen: „There is surprisingly little literature directed specifically to adolescents in our field, (...) I say surprisingly, because who could be a more accessible group for the power and inspiration music offers as a medium for

engagement, creativity, identity formation and an equal-terms relationship with others, than adolescents?” (McFerran 2009, S. 12).

Wigram unterstreicht außerdem die hohe Bedeutung, die McFerran der Arbeit mit Songs zuschreibt: „probably the most relevant and understandable music activity for adolescents, culturally“ (ebd., S. 14).

Im ersten Teil ihres Buches unternimmt McFerran eine systematische Literaturrecherche über Musiktherapie mit Jugendlichen. Dabei stellt sie einen seit den 1970er Jahren zunehmenden Anstieg von Publikationen fest (ebd., S. 25), wobei mehr als die Hälfte aller Beiträge aus den USA stammt (ebd., S. 27). Der Einsatz von „pre-recorded music“ wird auf 25%, der Einsatz von „live songs“ auf 35% beziffert (ebd., S. 37).<sup>5</sup> Außerdem beschreibt McFerran verschiedene therapeutische Haltungen und entsprechende praktische Vorgehensweisen auf psychodynamischer, humanistischer und verhaltenstherapeutischer Grundlage und geht auf Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz und die diesbezügliche Rolle von Musik ein.

Das Buch ist im Folgenden durchzogen von alltagsnahen Falldarstellungen aus verschiedensten musiktherapeutischen Arbeitsfeldern. Fachliche und persönliche Wahrnehmungen und Reflektionen der Musiktherapeutin werden dabei ungewohnt offen expliziert und in Balance gehalten. Dies vermittelt gleichzeitig hohe Professionalität und lebendigen Einblick und verbindet fundiertes Praxiswissen mit wissenschaftlicher Reflektion.

Der zweite Teil befasst sich mit „Song Methods“, d.h. mit dem Gebrauch existierender Songs sowie mit Songwriting. Damit gibt McFerran dem gemeinsamen Hören mitgebrachter Musik mit Jugendlichen im Vergleich zu den bisher in Kapitel 4 genannten Autoren mit Abstand am meisten Raum und Bedeutung: „(...) the preferred music of teenagers functions as both a mirror and a window to their life experience. Utilizing this pre-existing relationship is both potent and pleasurable, for the teenager and for the music therapist.“ (McFerran 2010, S. 77). Im Gegensatz zu Lutz-Hochreuthener (2009) und Megert (2009) sieht McFerran das gemeinsame

---

<sup>5</sup> Auf eine genauere Darstellung der Rechercheergebnisse bezogen auf Arbeitsfelder, Methoden etc. wird in diesem Rahmen verzichtet. Für Deutschland wurde eine repräsentative deskriptive Analyse zur Situation der Musiktherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von Stegemann et al. (2008) vorgelegt.

Musikhören als gleichwertig mit anderen musiktherapeutischen Methoden an: „(...) it is important that the music therapist does not develop a patronizing attitude towards shared music listening as being somehow less valueable.“ (ebd., S. 85). Die Übergänge zwischen Hören, Spielen / Singen und Songwriting können fließend sein.

Zwei ausführliche Fallbeispiele aus einer Einzel- und einer Gruppenmusiktherapie illustrieren, wie Jugendliche eigene biographische Bezüge zu den Liedern und Texten herstellen und wie durch das gemeinsame Anhören der mitgebrachten Musik ein Austausch über wichtige, auch belastende Lebensereignisse und Beziehungen möglich wird.

McFerran weist auf das Risiko hin, durch das Anhören von mitgebrachter Musik in der Therapie Widerstände zu unterlaufen und dadurch starke, u.U. überflutende emotionale Reaktionen auszulösen. Sie plädiert für einen achtsamen Umgang mit unvorhergesehenen Reaktionen, v.a. in Gruppensituationen (ebd., S. 78 f.).

Basierend auf einer Befragung Jugendlicher stellt McFerran eine Liste beliebter Songs zur Verfügung, die eine Musiktherapeutin in der Arbeit mit Jugendlichen nach ihrer Erfahrung kennen und beherrschen sollte. Sie spricht sich für eine breite Palette musikpraktischer Fähigkeiten aus, die jugendtypische Vorlieben wie beatboxing und elektronische Klangbearbeitung einschließt, sowie für eine technische Ausstattung auf aktuellem Stand incl. eines Verstärkers für die mp3player der Jugendlichen (ebd., S. 80 ff.).

McFerrans Rollenverständnis einer Musiktherapeutin in der Arbeit mit Jugendlichen basiert auf einer respektvollen Haltung gegenüber deren musikalischen Vorlieben und auf der Bereitschaft und Offenheit, sich auf diese einzustellen. „What is most important is that the therapist enjoys a range of contemporary music styles and holds no assumptions about the negative or positive influences they may have. (...) A music therapist offering to step into the world of teenagers must be willing to do so with an open mind and a personal enjoyment of their music.“ (ebd., S. 84). McFerran fasst also die Fähigkeit der Musiktherapeutin, die Musik des Jugendlichen zu mögen („personal enjoyment“), als entscheidende Voraussetzung für eine gelingende therapeutische Beziehung auf. Auf welche Weise Musiktherapeutinnen mit der möglichen Situation umgehen, dass sie diese Musik anfänglich emotional ablehnen, lässt sie zunächst offen, kommt aber in einem anderen Zusammenhang darauf zurück.

In einer Fortbildung für fachfremde Kollegen über die Arbeit mit trauernden Jugendlichen (vierter Teil, s.u.) führt McFerran Hörübungen mit unbekannter Musik (u.a. Trash Metal) durch, um den Teilnehmern ihre Vorurteile gegenüber der Musik der Jugendlichen bewusst zu machen: „(...) if a teenager is listening to a rap song and they let you listen and you partially make out the words kill, and motherf\*er, it is easy to assume that the music is negative. But the question you need to ask the young person is “What do *you* like about this song?” You have to put your own response aside and find out what their response is. I can guarantee you that 90 per cent of the time you’ll be surprised at the answer! (...) It’s hard to hold back your own responses, but it’s really critical if you are going to work with teenagers and their music.” (ebd., S. 238).

McFerran ist somit die einzige Autorin, die eine ablehnende emotionale Einstellung von (Musik-) Therapeutinnen gegenüber mitgebrachter Musik von Jugendlichen und den Umgang mit dieser Einstellung explizit reflektiert. Sie empfiehlt, eigene (persönliche) emotionale Reaktionen zurückzustellen, sich Vorurteile bewusst zu machen und im Dialog mit dem Jugendlichen ein Verständnis für dessen emotionale Reaktion zu entwickeln (professionelle Haltung).

Der Einsatz von Improvisation im Gruppen- und Einzelsetting ist Thema des dritten Teils des Buches, während sich der vierte Teil mit „Contemporary Approaches“ beschäftigt. Darunter fasst McFerran als Anwendungsbeispiele jenseits der im engeren Sinne psychotherapeutischen Settings Ansätze der Community Music Therapy, musiktherapeutische Elemente in verschiedenen Projekten zur Trauerbewältigung sowie die Vorbereitung von Auftritten („Performances“) zusammen.

### **4.3 Ergänzende Literaturfunde**

Da die Aufarbeitung der deutschsprachigen Standardwerke über Musiktherapie mit Jugendlichen (siehe Kapitel 4.1) und die Literaturrecherche in Fachdatenbanken (siehe Kapitel 4.2) nur wenige relevante Ergebnisse erbrachten, werden im Folgenden weitere Literaturfunde zusammengestellt, die sich aus ergänzenden Handrecherchen in Fallstudien sowie Zufallsfunden zusammensetzen. Angesichts der extrem geringen Anzahl von Publikationen, die sich mit dem sehr spezifischen Thema dieser Arbeit befassen, werden in der folgenden chronologischen Übersicht auch Beiträge erwähnt, die nicht alle, sondern z.T. nur einige Aspekte der Fragestel-



lung beinhalten. Die Darstellung erfolgt in unterschiedlicher Ausführlichkeit, entsprechend der jeweiligen inhaltlichen Relevanz für die Fragestellung dieser Arbeit.

Eine vollständige, systematische Sichtung der musiktherapeutischen Literatur zusätzlich zur erfolgten systematischen Datenbankrecherche würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Es ist daher anzunehmen, dass es in weiteren Publikationen einzelne Fallbeispiele oder Bemerkungen gibt, die sich mit dem gemeinsamen Anhören mitgebrachter Musik in der Musiktherapie mit Jugendlichen befassen, in dieser Arbeit aber nicht erwähnt werden. Allerdings ist davon auszugehen, dass die Kombination von systematischer Datenbankrecherche und ergänzender Handrecherche die wesentlichen Aspekte des Themas erfasst und eine ausreichend gesättigte Einbettung in den fachlichen Kontext gewährleistet.

#### **4.3.1 Ergänzende deutschsprachige Literatur**

In Metzner (2007) spielt das Hören mitgebrachter Musik bei zwei Falldarstellungen aus der Arbeit mit Erwachsenen eine Rolle (Engelmann 2007, Strehlow 2007).

Engelmann (2007) stellt den Musiktherapieprozess einer 1938 geborenen Frau mit schizoaffektiver Psychose dar, der sich in verschiedenen Settings über insgesamt 14 Jahre erstreckt. Im Zusammenhang mit einer Reise an die Orte ihrer Kindheit in Böhmen erinnert die Patientin in der Musiktherapie den Text eines alten Schlagers<sup>6</sup>, der einen Container für ihre individuellen Verlusterfahrungen bietet und diese gleichzeitig in den Kontext existenzieller Grunderfahrungen nicht nur ihrer Generation stellt, so dass Patientin und Musiktherapeut die damit verbundenen Gefühle teilen: „(...) mit diesen Zeilen für alle Väter (...) der Welt und ihre Kriege und die Sehnsüchte der kleinen, zurückgebliebenen Töchter trauern wir“ (Engelmann 2007, S. 144). Während dabei der Text im Vordergrund steht, ist die Patientin an anderer Stelle von dem als einsam und karg erlebten Sound eines Rap-Songs berührt und findet dessen Text zweitrangig (ebd., S. 147 f.). Hier zeigt sich, dass unterschiedliche Aspekte der angehörten Musik von individueller Bedeutsamkeit sein können.

---

<sup>6</sup> Engelmann lässt offen, ob der Schlager „Ich leg mein Herz in deine beiden Hände“ in der beschriebenen Therapiestunde tatsächlich hörbar ist, d.h. von einem Tonträger oder live gespielt und / oder (an-) gesungen wird. Da die Patientin den Schlager gut kennt, ist davon auszugehen, dass sie ihn zumindest innerlich erinnernd „hört“ und ihrem Musiktherapeuten atmosphärisch vermittelt, was dies für sie bedeutet.

Strehlow (2007) berichtet aus der Einzelmusiktherapie einer Frau von 46 Jahren mit einer Borderline-Störung. Die Bedeutung des Musikhörens im Behandlungszeitraum von insgesamt fünf Jahren fasst Strehlow wie folgt zusammen: „Die erste Möglichkeit, Musik in der Interaktion zuzulassen, war das Musikhören. Die Patientin setzte sich dem Hören zwar bewusst und damit auch aktiv aus, blieb aber in dem Zeigen von Eigenem bedeckt und passiv. Die in der Musik enthaltene Dynamik blieb für sie kontrollierbar und ermöglichte gleichzeitig das Verbergen von Selbstanteilen sowie die Verweigerung von Eigenaktivität, was beides von ihr nicht als positiv empfunden werden konnte. Musik blieb so auch weiterhin Projektionsfläche für negative Vorstellungen. Nachdem eine Basis von Vertrauen erarbeitet war, brachte die Patientin ihre Lieblingsmusik mit und öffnete sich mittels dieser Klänge. Dies half mir wiederum, Musik für sie zu wählen, bei der ich sie nicht überfordern würde. In unterstützender und nun nicht mehr bedrohender Weise durfte Musik einen Platz zwischen ihr und mir bekommen“ (Strehlow 2007, S. 205 f.). Dass die Patientin Musik zum gemeinsamen Hören mitbringt, ist in diesem Fallbeispiel sowohl ein Vertrauensbeweis als auch ein entscheidender Wendepunkt hin zu gelingenden musikalischen Interaktionsmöglichkeiten.

Bei Barnowski-Geiser (2009, S. 212, S. 252) wird in eingestreuten Fallvignetten dargestellt, wie Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien Aspekte ihrer Beziehungserfahrungen in mitgebrachten Songs und deren Texten zum Ausdruck bringen und sich gleichzeitig neue, positive Beziehungserfahrungen dadurch schaffen.

Ein weiteres, aktuelles Beispiel findet sich bei Degryse (2012, S. 51 f.), die beschreibt, wie einer jungen Erwachsenen beim gemeinsamen Anhören ihrer mitgebrachten CDs verbunden mit Körperkontakt das Erleben von Containment, Kontrolle, Sicherheit und Regression möglich wird.

Als Musiktherapeutin in der stationären Psychotherapie lädt Körber (2012) „dazu ein, ruhig Lieblings- bzw. für denjenigen bedeutsame Musik mitzubringen zum gemeinsamen Hören. Willkommen ist dabei alles außer natürlich verfassungsfeindlicher, illegaler Musik“ (ebd., S. 270). „Das Anhören selbst erfolgt dann wie gewohnt mit möglichst geschlossenen Augen und einer inneren Haltung von wertfreier Wahrnehmung“ (ebd., S. 270.). Körber beschreibt ein Fallbeispiel aus einer Gruppenmusiktherapie, bei dem ein Patient Musik zum gemeinsamen Hören mitbringt, die bei ihr selbst „nur eine leichte Irritation“ (ebd., S. 274) auslöst, bei Mitpatienten intensive Imaginationen anregt und „eine Welle ausgesprochener Begeisterung und Ergriffen-

heit“ bewirkt (ebd., S. 271). Angesichts ihrer Irritation recherchiert Körper im Internet nach dem Musiker und findet heraus, dass er wegen Kindesmisshandlung in mehr als 300 Fällen rechtskräftig verurteilt ist. Sie reagiert mit „Erschütterung“ und einer „Mischung aus Scham- und Schuldgefühlen (...) betrogen und verführt worden zu sein mit eigenen Einverständnis“ (ebd., S. 272). Sie fühlt sich manipuliert und hat das Bedürfnis, sich „von der gehörten Musik zu distanzieren“ (ebd., S. 272). Es zeigt sich, dass sich die emotionale Einstellung der Musiktherapeutin zu der mitgebrachten Musik durch die nachträgliche Kenntnis des Kontextes offenbar rückwirkend verändert. Außerdem verdeutlicht das dargestellte Fallbeispiel das komplexe Ausmaß von Verstrickungen in der therapeutischen Beziehung, in die die Musiktherapeutin bei der vordergründig eher trivial erscheinenden Tätigkeit des gemeinsamen Musikhörens geraten kann.

Ebenfalls aus einer stationären Psychotherapiegruppe berichtet Klampfl (2012). Eine selbstunsichere Studentin mit einer Essstörung (Frau K.) scheint mit aktiver Musiktherapie zunächst überfordert. Sie beschreibt es als „unangenehm (...), hörbar und sichtbar für andere zu sein und scheinbar keine Kontrolle über das jeweilige Instrument zu haben“ (Klampfl 2012, S. 280). „Ein erster Veränderungsschritt gelingt, als Frau K. in einer Einheit ein Musikstück für einen rezeptiven Studententeil auswählt und sich damit in einer für sie besser kontrollierbaren Situation exponiert“ (ebd., S. 280). In der darauffolgenden Stunde „findet Frau K. erstmals einen für sie passenden Ausdruck für ihr eigenes Erleben in der Improvisation“ (ebd., S. 280). Um welches Stück es sich handelt, in welchem subjektiven Bedeutungskontext es für Frau K. steht, mit welcher emotionalen Einstellung die Musiktherapeutin dieser Musik begegnet und inwiefern das gemeinsame Hören dieser Musik Einfluss auf die Handlungsmöglichkeiten Frau K.s in der nächsten Improvisation hat, bleibt offen. Dennoch verdeutlicht dieses Fallbeispiel die wertvollen Möglichkeiten, die das Mitbringen von Musik zum Anhören besonders für Patienten bietet, die sich auf Improvisation (aus welchen Gründen auch immer, vorübergehend oder grundsätzlich) nicht einlassen. Im beschriebenen Beispiel sieht Klampfl den Vorteil des gemeinsamen Hörens in der subjektiv stärker erlebten Kontrolle der Patientin über die Therapiesituation und das Ausmaß ihrer Exposition.

In keinem der genannten Beispiele beschreibt die Musiktherapeutin ihre emotionale Einstellung zu der mitgebrachten Musik, was der Aufarbeitung der einschlägigen Fachliteratur zufolge eher typisch ist.

### 4.3.2 Ergänzende internationale Literatur

Bruscia (1991b) beschreibt im einleitenden ersten Kapitel von Bruscia (1991a) allgemein und umfassend die Möglichkeiten des Patienten beim Hören von Musik in der Musiktherapie, ohne dabei auf mitgebrachte Musik, die emotionale Beteiligung der Musiktherapeutin oder Aspekte der therapeutischen Beziehung einzugehen:

“In those sessions which involve listening, the client takes in and reacts to live or recorded music. The listening experience may focus on physical, emotional, intellectual, aesthetic, or spiritual aspects of the music, and the client may respond through activities such as: relaxation or meditation, action sequences, structured or free movement, perceptual tasks, free-association, story-telling, drawing or painting, dramatizing, reminiscing, imaging, etc. The music used for such experiences may be live or recorded improvisations, performances or compositions by the client or therapist, or commercial recordings or music literature in various styles (e.g., classical, popular, rock, jazz, country, spiritual, new age, etc.)” (ebd., S. 6).

Das gemeinsame Hören von Songs thematisiert Bruscia nochmals im Kontext von Psychiatrie und Psychotherapie: “With psychiatric patients, listening to songs invariably accesses ideas and thoughts that need to be examined and discussed, while also bringing to the surface feelings that need to be expressed and shared. With individuals in psychotherapy, music listening can be used to stimulate images, fantasies, associations, and memories, all of which contribute immeasurably to the process” (ebd, S. 8).

Im selben Herausgeberwerk (Bruscia 1991a) finden sich zwei Fallbeispiele mit Jugendlichen, bei denen die Arbeit mit Songs von Bedeutung ist. Dvorkin (1991) beschreibt die Musiktherapie mit einer 17jährigen Jugendlichen, die Songs als Übergangsobjekte sowie zur emotionalen Selbstregulation einsetzt, um Trennungen und Abschiede ertragen zu können. Außerdem singen Musiktherapeutin und Patientin gemeinsam Lieder mit biographisch bedeutsamen Inhalten und improvisieren dabei Textvarianten. Lefebvre (1991) berichtet über eine 16jährige Jugendliche mit dissozialer Entwicklung, Drogenkonsum und instabilen familiären Bindungen. Nach dem Erstellen eines musikalischen Genogrammes lernt die Patientin auf eigenen Wunsch am Klavier biographisch bedeutsame Stücke, was laut Lefebvre zu ihrer Identitätsentwicklung beiträgt.

Außerdem enthält Bruscia (1991a) eine Falldarstellung einer Gruppenmusiktherapie (Duey, 1991), in der die Musiktherapeutin erwachsenen Frauen mit multipler Persönlichkeitsstörung Songs mit thematisch passendem Textinhalt zur Auswahl stellt und nach dem gemeinsamen Anhören diskutiert.

In zwei Fallbeispielen (Whittall, 1991 und Martin, 1991) wird musiktherapeutische Sterbebegleitung dargestellt. In diesem Rahmen werden, teils auch gemeinsam mit den Angehörigen, musikalische Lebensrückblicke mit relevanten Songs erstellt, gesungen, gespielt und in Form von Liederbuch oder CD festgehalten. Dadurch können die den Abschied begleitenden Gefühle geteilt und gehalten werden.

In keiner der beschriebenen, in Bruscia (1991a) enthaltenen Fallbeschreibungen findet die emotionale Einstellung der Musiktherapeutin zu der verwendeten Musik Erwähnung.

De Backer und van Kamp (1999, S. 13, in Wigram & de Backer, 1999) heben hervor, dass die Einstellung der Musiktherapeutin zu in der Musiktherapie gespielter und gehörter Musik großen Einfluss hat und sich dem Patienten über nonverbale Signale vermittelt: "The therapist's thoughts and feelings about music are very important, even when the music therapist never plays along during the sessions. They will be revealed through his/her attitude, way of listening, facial expression, way of thinking and mental presence. This will indicate how the music therapist is engaged in the music, how s/he discovers new things and to what degree s/he is comfortable with it." Die eigene emotionale Einstellung gegenüber mitgebrachter Musik vor dem Patienten zu verbergen ist demzufolge nicht möglich.

Im selben Herausgeberwerk (Wigram & de Backer, 1999) beschreibt Van Camp (1999), wie Patienten paradoxerweise durch das Mitbringen von Musik zum gemeinsamen Anhören individuell erkennbar werden, da diese an sich eigentlich unpersönliche Musik einen wichtigen Teil von ihnen repräsentiert:

"In concert performance it strikes us how personally the musicians are present. The physical acoustic qualities of the music merge with the bodily presence of the performers, as if they withdraw from the relative neutrality and impersonality of their visual appearance through the sounds. The same phenomenon occurs when, for example, one asks patients to present themselves to the other members of the group of which they are part by bringing a self-selected piece of music. Surprisingly enough, they make their presence felt in a more personal way through this

‘impersonal’ music than they would if they related their personal history, their thoughts or even their most intimate fantasies. (...) The music that we play or even the music that we like represents our most individual existence for the other- a coincidental and completely ‘de-subjectified’ combination of sounds accounts for our recognizability” (ebd., S. 265).

In Eschen (2002) und Aldridge (2005) sind keine relevanten Beiträge für das Thema dieser Arbeit enthalten.

Grocke & Wigram (2007) beschreiben in einem Kapitel über rezeptive Musiktherapie in der stationären Behandlung von Jugendlichen einen Gruppenverlauf. Dabei liegt der Fokus auf Entspannung beim Hören indischer Ragas und dem fließenden Übergang zu Improvisation.

Das Kapitel “Song Lyric Discussion, Reminiscence and Life Review” (ebd.) enthält Listen mit Songs und im Text enthaltenen Themen, diverse Interventionsvorschläge sowie das Fallbeispiel einer 16jährigen, elektiv mutistischen Jugendlichen. Diese bringt ihr Selbstbild in einem passenden Song zum Ausdruck, der mehrfach in der Musiktherapiegruppe angehört wird. Grocke & Wigram (2007, S. 171) geben ähnliche Hinweise zum Umgang mit (auto-) aggressiven Textinhalten wie McFerran (2009, s. 4.2.2.): „It is essential to control any reaction to the lyrics and to listen to the clients explanation in a manner that tries to understand his or her point of view” (ebd., S.171). Laut de Backer und van Kamp (1999, S. 13, s.o.) ist es allerdings nicht möglich, die eigene emotionale Reaktion auf die Musik vor dem Patienten verborgen zu halten.

Der einzige Literaturfund, der den Umgang mit einer ablehnenden emotionalen Einstellung gegenüber von Klienten mitgebrachter Musik ausdrücklich zum Thema hat, ist ein Artikel von Yehuda (2009), basierend auf ihrer Dissertation. Die israelische Autorin hat Musiker und Musiktherapeuten über den Umgang mit Musik aus fremden Kulturen interviewt und dabei „musikalische Authentizität“ als wesentliche Schlüsselkategorie identifiziert. „Es scheint so zu sein, dass die Aufgabe eines Therapeuten im Rahmen einer multikulturellen Begegnung zwei offensichtlich widersprüchlichen Bestrebungen gerecht zu werden versucht: Der Musik des Klienten näher zu kommen, einerseits, und den Verlust der Authentizität des Therapeuten zu vermeiden, andererseits. Wie die Befunde der Studie zeigen, ist es oft unmöglich, diesen komplexen Auftrag zu erfüllen und der Therapeut fühlt sich zwischen diesen

beiden Zielvorgaben hin- und hergerissen“ (Yehuda 2009, S. 133). Yehuda vermutet dahinter das (unbewusste) „Therapeuten-Ideal (...), dass der therapeutische Auftrag nicht nur für den Klienten, sondern auch für den Therapeuten eine authentische Erfahrung bieten sollte“ (ebd., S. 134). Wie McFerran (2010, s.o.) vertritt sie somit die Auffassung, dass die (Musik-) Therapeutin ihre persönlichen emotionalen Einstellungen gegenüber der mitgebrachten Musik zurückstellen und die Erfahrung des Patienten in den Fokus nehmen sollte. Auf die daraus folgende Frage, auf welche Weise solche Diskrepanzen zwischen subjektivem Erleben und professioneller Haltung innerhalb der Berufsrolle reguliert werden können, geht Yehuda nicht ein.

Auch die Musiktherapie mit Jugendlichen kann aufgrund der meist unterschiedlichen musikalischen Sozialisation in gewisser Weise als interkulturelle Beziehung verstanden werden, so dass Yehudas Ergebnisse möglicherweise übertragbar sind. Andererseits weisen die komplexen kulturellen, sozialen und historischen Bedingungen in Israel vermutlich spezifische Besonderheiten auf, die eine Übertragbarkeit in einen anderen Kontext begrenzen.

#### **4.4 Zusammenfassung**

Das Musikhören mit Jugendlichen wird in musiktherapeutischen Publikationen insgesamt deutlich weniger thematisiert, als angesichts der hohen Bedeutung des Musikhörens im Alltag der Jugendlichen (siehe Kapitel 2) zu erwarten wäre.

Die emotionale Einstellung der jeweiligen Musiktherapeutin gegenüber der Musik, die Jugendliche zum gemeinsamen Anhören in die Musiktherapie mitbringen, wird in Veröffentlichungen nur selten und dann kaum direkt expliziert, sondern eher implizit angedeutet, obwohl sie für den therapeutischen Prozess vermutlich eine hohe Relevanz hat. Der nicht unwahrscheinliche Fall, dass diese Einstellung zunächst ablehnend ist, wird, wenn überhaupt, nur beiläufig erwähnt. Als erstrebenswertes Ideal wird eine offene, wertfreie Haltung gegenüber mitgebrachter Musik erkennbar, bei der die Musiktherapeutin ihre persönlichen Reaktionen zurückstellt. Es ist zu vermuten, dass eine mögliche emotionale Ablehnung der mitgebrachten Musik auch deshalb nicht offengelegt wird, weil dieses Eingeständnis gegen das beschriebene Berufsrollenideal verstoßen und damit eine Art Tabubruch bedeuten würde.

Somit kann anhand der aufgearbeiteten Fachliteratur die zweite Forschungsthese (siehe Kapitel 3.3) bestätigt werden.

Auf welche Weise Musiktherapeutinnen im Verlauf der Therapie mit ihren emotionalen Einstellungen zu der mitgebrachten Musik umgehen und welche Auswirkungen dies in der therapeutischen Beziehung mit dem Jugendlichen hat, wurde in der musiktherapeutischen Fachliteratur bislang nicht thematisiert.



## **5. Gruppendiskussion als Erhebungsmethode der qualitativen Sozialforschung**

Um das wissenschaftliche Vorgehen in der vorliegenden Arbeit nachvollziehbar zu machen, folgt eine zusammenfassende Darstellung der verwendeten Erhebungsmethode Gruppendiskussion nach Lamnek (2005, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage). Neben Lamnek haben sich viele weitere Forscher und Autoren mit dem Thema Gruppendiskussion auseinandergesetzt (z.B. Loos & Schäffer 2001, Bohnsack / Przyborski / Schäffer 2006). Aufgrund seiner auch ohne umfangreiches soziologisches Vorwissen und Vokabular verständlichen Ausdrucksweise, seiner ausführlichen Darstellung unterschiedlicher Anwendungsformen und -felder der Gruppendiskussion sowie der umfangreichen darin rezipierten Literatur zum Thema wurde Lamnek (2005, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage) als besonders geeignete Quelle ausgewählt. Die Literaturangaben in diesem Kapitel beziehen sich durchgängig auf diese Publikation.

### **5.1 Definition und Historie**

Gruppendiskussion wird definiert als „ein Gespräch einer Gruppe zu einem bestimmten Thema unter Anleitung eines Moderators unter `Labor`-Bedingungen“ (S. 35). Dabei findet ein „diskursiver Austausch von Meinungen und Argumenten“ (ebd.) statt. Es handelt sich um eine „nicht-standardisierte mündliche Befragung in der Gruppensituation zum Zwecke der Informationsermittlung bei weichem bis neutralem Kommunikationsstil“ (ebd.). Als wissenschaftliche Methode der qualitativen Sozialforschung wird Gruppendiskussion u.a. in Soziologie, Psychologie, Pädagogik, Politikwissenschaft und Medizin angewandt (S. 83).

Die Methode der Gruppendiskussion entstand während der 1930er Jahre im amerikanischen Raum als sozialpsychologisches Kleingruppenexperiment, um Gruppenprozesse zu erforschen (S. 18 f.). Dabei stand das „wie“ der Gruppeninteraktion im Vordergrund, beispielsweise im Rahmen eines assessment centers. Häufiger, besonders in Deutschland, wird Gruppendiskussion laut Lamnek (S. 22) zur Informationsermittlung, z.B. im Rahmen von Markt- und Meinungsforschung eingesetzt, wo-

bei das „was“ von Interesse ist. Diese Erhebungsmethode kann eigenständig oder in Verbindung mit anderen Forschungsmethoden verwendet (Methodentriangulation) und sowohl in qualitative als auch in quantitative Forschungsdesigns eingebettet werden (S. 25).

## **5.2 Charakteristika der Gruppendiskussion und Gruppenzusammensetzung**

Anders als bei anderen Erhebungsverfahren haben die Teilnehmerinnen<sup>7</sup> einer Gruppendiskussion die Möglichkeit, Widerspruch zu äußern, und lenken ihre Aufmerksamkeit dadurch gegenseitig auf vernachlässigte Aspekte des behandelten Themas. Dies kann Zugang z.B. zu vorbewussten Inhalten, versteckten Annahmen oder tieferliegenden Meinungen der Teilnehmenden schaffen. Gruppendiskussionen haben größere Ähnlichkeit mit alltäglichen Gesprächssituationen und ermöglichen daher detailliertere, ergiebigere, verhaltensrelevantere und realitätsgerechtere Aussagen als z.B. Einzelinterviews (S. 84 ff.). Einstellungen und Verhaltensweisen, deren Modifikation sowie gruppendynamische Prozesse können in einer Gruppendiskussion gut erfasst werden (S. 88).

Als methodologische Prämissen nennt Lamnek (S. 40 ff.)

- Offenheit,
- Kommunikation,
- Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand,
- Reflexivität,
- Flexibilität,
- Naturalistizität und
- Explikation.

Offenheit besteht gegenüber Untersuchungsgegenstand, -personen, -situation, und Erhebungsmethoden. Kommunikation findet zwischen den Untersuchungsteilneh-

---

<sup>7</sup> An der für diese Arbeit durchgeführten Gruppendiskussion waren ausschließlich Frauen beteiligt. Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wird daher auf die Doppelnennung der Geschlechter verzichtet und ausschließlich die weibliche Form verwendet, obwohl sich die Darstellung natürlich ebenso auf männliche Forscher, Moderatoren, Assistenten und Teilnehmer bezieht.

merinnen sowie zwischen diesen und der Forscherin / Moderatorin statt und orientiert sich an alltäglichen Regeln der Kommunikation. Der Prozesscharakter qualitativer Sozialforschung wird bei der Anwendung von Gruppendiskussionen besonders deutlich, denn der „spezifische Verlauf der Gruppendiskussion determiniert die Befunde“ (S. 52). Reflexivität ist im Hinblick auf Gegenstand und Analyse sowie in der Sinnzuweisung an Handlungen angezeigt. Um auf durch Prozesshaftigkeit und Reflexivität geänderte Bedingungen adäquat eingehen zu können, ist Flexibilität im Vorgehen erforderlich. Das Kriterium der Naturalistizität ist bei der gelungenen Anwendung von Gruppendiskussionen in besonderer Weise erfüllt. „Das Gruppendiskussionsverfahren entspricht in Gestaltung und Ablauf weitgehend natürlichen, alltäglichen Kommunikationssituationen und bietet daher eine relative Gewähr für realitätsgerechte Befunde“ (S. 52). Angesichts der beschriebenen Offenheit, Prozesshaftigkeit und Flexibilität des wissenschaftlichen Vorgehens ist eine Explikation der einzelnen Untersuchungsschritte nötig, um Nachvollziehbarkeit zu erreichen.

Bezüglich der Zusammensetzung der Gruppe für eine Gruppendiskussion wird unterschieden zwischen Ad hoc-Gruppen und Realgruppen (S 107 ff.). Beide Möglichkeiten bergen Vor- und Nachteile, die anhand von Forschungsgegenstand und –frage abgewogen werden müssen. Bei Ad hoc-Gruppen erfolgt das Sampling durch die Forscherin. Sie gelten als offener und diskussionsfreudiger, da keine späteren Sanktionen durch andere Gruppenmitglieder befürchtet werden müssen, sowie als leichter „führbar“ (S. 109) durch die Moderatorin. Da sich die Teilnehmerinnen zu Beginn der Diskussion noch nicht kennen, ist aber mit einer längeren sog. Phase der Fremdheit (S. 134, s.u.) zu rechnen. Realgruppen bestehen unabhängig von der Gruppendiskussion bereits als natürliche Gruppen, was ein schlüssiges Sampling mit externer Validität ergibt. Solche Gruppen sind meist vertikal strukturiert und homogen, allerdings nur begrenzt sanktionsfrei, was zu Hemmungen führen kann.

Über die geeignete Gruppengröße finden sich in der Literatur laut Lamnek sehr unterschiedliche Angaben (3-20, 6-10, 7-17, 9-12; S. 109 f.). Bei kleineren Gruppen gilt eine ungerade Teilnehmerzahl als günstig, um der Bildung fester Meinungsblöcke vorzubeugen. Als Mini-Groups (S. 129) werden kleine Diskussionsgruppen mit vier bis sechs Teilnehmerinnen bezeichnet. Diese eignen sich besonders, wenn es sich bei den Teilnehmern um Expertinnen oder Kinder handelt, wenn der Gegenstand komplex, kontrovers, sensibel oder tabuisiert ist und wenn eine detaillierte Erfassung des Gegenstandes erfolgen soll. Vorteile von Mini-Groups liegen in der erleich-

terten Transkription, in der häufig höheren Intensität der Diskussion und in der verminderten Gefahr von Schweigern. Der Druck sich äußern zu müssen sowie der stärkere Einfluss von Vielrednerinnen und Noshows (Ausfällen) können dagegen nachteilig sein. Um den Einfluss von Noshows zu mindern, können sicherheitshalber ein bis zwei Teilnehmerinnen mehr eingeladen werden, als eigentlich erforderlich sind (S. 112). Die geeignete Gruppengröße hängt von Forschungsgegenstand und -frage ab, wie auch die Form der Rekrutierung der Diskutantinnen. Diese kann z.B. per Schneeball-Verfahren, Kontakt zu Organisationen, Schalten von Anzeigen oder Empfehlungen Dritter geschehen (S. 113 f.). Hinsichtlich ihrer Betroffenheit vom Gegenstand der Gruppendiskussion muss die Gruppe homogen zusammengesetzt sein (S. 106).

### **5.3 Ort und Dauer**

Die Dauer einer Gruppendiskussion ist wegen der angezeigten Flexibilität und Prozessorientierung schwer vorauszusehen und sollte daher eher zu großzügig als zu knapp bemessen sein. Bei Diskussionsmüdigkeit, Abflachen der Diskussion, Sättigung des Materials und Wiederholung von Argumenten beendet die Moderatorin die Gruppendiskussion (S.140). Wenn die Forschungsfrage es nahelegt oder das Material der ersten Erhebung nicht ergiebig genug war, können mehrere Gruppendiskussionen zum selben Thema mit verschiedenen Gruppen durchgeführt und die Ergebnisse zusammengeführt oder verglichen werden (S.117 ff.).

Bezüglich des Ortes, an dem eine Gruppendiskussion stattfindet, gibt es wie bei Interviews verschiedene Möglichkeiten mit jeweiligen Vor- und Nachteilen. Entspannte Atmosphäre, angenehme Umgebung und Ungestörtheit wirken sich grundsätzlich vorteilhaft auf den Diskussionsverlauf aus. „Orte, die lebensweltlich mit dem Diskussionsgegenstand und / oder den Diskutanten assoziiert sind, sind zu bevorzugen.“ (S. 122). Die Sitzordnung sollte die Gleichrangigkeit der Teilnehmenden betonen, um die Selbstläufigkeit der Diskussion zu fördern, wie z.B. ein Stuhlkreis (S. 121 f.). Das Gerät für die Audioaufzeichnung der Diskussion wird möglichst unauffällig platziert, damit es sich nicht hemmend auswirkt. Selbstverständlich sind die Teilnehmerinnen über die Audioaufzeichnung informiert und müssen ihr Einverständnis erklären. Gute Raumakustik erleichtert später das Transkribieren.

Gruppendiskussionen verlaufen typischerweise in den aufeinanderfolgenden Phasen von Fremdheit, Orientierung, Anpassung, Vertrautheit, Konformität und Abklingen der Diskussion (S. 134). Bei Realgruppen entfallen die Phasen der Fremdheit, Orientierung und Anpassung. In den Phasen der Anpassung, Vertrautheit und Konformität ist der höchste Informationsgewinn zu erwarten, besonders in der Konfrontation unterschiedlicher Ansichten. Daher werden diese Phasen nach Möglichkeit ausgedehnt (S. 140).

#### **5.4 Moderation**

Der Diskussionsleitfaden, an dem sich die Moderation orientiert, kann in Abhängigkeit von Forschungsgegenstand und –frage entweder grob und thematisch (Topic Guide) oder voll ausgearbeitet und differenziert gestaltet sein (Questioning Route) (S. 97 f.). Die Selbstläufigkeit der Diskussion ist dabei das oberste Ziel. Fragen sollen möglichst offen, „demonstrativ vage“ (S.131) und frei von Beeinflussung formuliert sein. Sie sollen an die gesamte Gruppe gerichtet werden mit der Aufforderung, sich an persönliche Erlebnisse zu erinnern. Einfache, eindeutige Formulierungen sind dabei vorzuziehen. Die Fragerichtung geht vom Allgemeinen zum Speziellen, und immanente Fragen werden vor exmanenten gestellt. Die Moderatorin ermöglicht der Gruppe eine selbstläufige Diskursorganisation, d.h. die Reihenfolge der Rednerinnen wird nicht moderiert (S. 132). Die Gruppe soll auf diese Weise möglichst lebendige, anschauliche Erzählungen und Beschreibungen hervorbringen (S. 131).

Zu Beginn der Gruppendiskussion (ggf. nach der Vorstellungsrunde) kann die Moderatorin zur Anregung einen Grundreiz setzen, beispielsweise einen Problemaufriß liefern oder die eigene Betroffenheit und die der Teilnehmenden betonen. Dies kann durch einen Filmausschnitt, einen Zeitungsartikel, eine Karikatur, kontroverse Forschungsergebnisse, ein provokantes Statement der Moderatorin o.ä. geschehen (S. 149 ff.).

Die Moderatorin der Gruppendiskussion bildet u.U. eine Personalunion mit der Forscherin. Wenn nicht, wird sie ausreichend über das Forschungsvorhaben informiert, damit sie ihre Rolle ausüben kann. Sachkompetenz und Authentizität sind dabei unbedingt erforderlich, außerdem inhaltliche Zurückhaltung, um nicht in die Rolle einer weiteren Teilnehmerin zu geraten (S. 153 f.). Je nach Forschungsgegenstand und –frage erfolgt eine eher direktive oder non-direktive Gesprächsführung. Die Mo-

deratorin organisiert die Gruppendiskussion, vermittelt Offenheit und Interesse, setzt den Grundreiz, sorgt für Diskussionsfluss und die nötige Ordnung, lenkt aber möglichst wenig. Sie kann bei Bedarf bisherige Inhalte zusammenfassen oder provokante Nachfragen stellen und beendet die Diskussion bei erfolgter Sättigung des Materials (S. 155 ff.).

Zur Entlastung der Moderatorin kann eine Assistentin eingesetzt werden, die für Organisation, Technik sowie Mitschrift wichtiger Inhalte und Beobachtungen zuständig ist. Außerdem können Assistentin und Moderatorin die Gruppendiskussion gemeinsam vor- und nachbesprechen und ihre Eindrücke austauschen (Intersubjektivität) (S. 157 ff.).

### **5.5 Systematische Literaturrecherche in Fachdatenbanken zur Anwendung von Gruppendiskussion in der Musiktherapieforschung**

Eine Datenerhebung mittels Gruppendiskussion ist innerhalb der musiktherapeutischen Forschungslandschaft in Deutschland dem Wissen der Autorin nach bislang erst einmalig veröffentlicht (Henecka 2010a und 2010b), wobei in den genannten Publikationen nicht näher auf die Methode eingegangen wird.

Mittels einer systematischen Literaturrecherche in einschlägigen Fachdatenbanken wurde geprüft, ob Gruppendiskussion in weiteren musiktherapeutischen Forschungsvorhaben als Erhebungsmethode eingesetzt wurde. Informationen zu den verwendeten Datenbanken und Sucheinstellungen sowie den Zugriffsdaten sind in den Kapiteln 4.2.1 und 4.2.2 zu finden.

### 5.5.1. PSYINDEX

Suchbegriffe	Zusätzliche Einschränkungen	Anzahl der Ergebnisse
gruppendiskussion AND musiktherap*		0
gruppendiskussion AND musik* AND therap*		0
musiktherap* AND disku*	words in major subject heading	0

*Tabelle 4: Datenbankrecherche zu Gruppendiskussion und Musiktherapie in der Datenbank PSYINDEX*

Es zeigt sich, dass über das Erhebungsverfahren der Gruppendiskussion in der Musiktherapie bisher keine Veröffentlichungen zu finden sind. Die diesbezüglichen Beiträge von Henecka (2010a und 2010b) sind unter den genannten Suchkombinationen nicht erfasst.

### 5.5.2. PsycINFO

Suchbegriffe	Zusätzliche Einschränkungen	Anzahl der Ergebnisse
music* AND therap* AND focus group*		184
music* AND therap* AND focus group*	subjects (exact)	0
music* AND therap* AND focus group*	abstract	84
music* AND therap* AND focus group* AND adolescen*	abstract	12
music* AND therap* AND group* AND discussion*		139
music* AND therap* AND group* AND discussion*	abstract	66

*Tabelle 5: Datenbankrecherche zu Gruppendiskussion und Musiktherapie in der Datenbank PsycINFO*

Wie erwartet gibt es im englischsprachigen Raum deutlich mehr Veröffentlichungen, die Gruppendiskussion als Erhebungsmethode verwenden. Allerdings bezieht sich keine der gefundenen Veröffentlichungen konkret auf eine Gruppendiskussion über Musiktherapie mit Jugendlichen, sondern die Suchbegriffe werden ohne engeren inhaltlichen Bezug zueinander im Text oder im Abstract verwendet. Etwa 99% der Ergebnisse sind als irrelevant für die Themenstellung der vorliegenden Arbeit einzustufen, so dass auf eine detailliertere Darstellung verzichtet wird.



## **6. Pilotstudie zu emotionalen Einstellungen von MusiktherapeutInnen zu mitgebrachter Musik von Jugendlichen in der Einzelmusiktherapie**

### **6.1 Datenerhebung**

Für die geplante Gruppendiskussion wurde aus den in Kapitel 5.2 genannten Gründen eine Mini-Group von drei bis fünf Teilnehmerinnen als sinnvoll erachtet. Organisatorische und ökonomische Gründe legten nahe, ihnen eine kurze Anreise zum Veranstaltungsort zu ermöglichen. Daher wurden mögliche Teilnehmerinnen aus dem Berliner Raum kontaktiert.<sup>8</sup>

Die Berufserfahrung der teilnehmenden vier Musiktherapeutinnen lag bezogen auf das Arbeitsfeld Kinder- und Jugendpsychiatrie zwischen sechs Monaten und fünf Jahren. Alle hatten nach verschiedenen berufstypischen Vorerfahrungen einen Diplomabschluss in Musiktherapie gemacht und beschrieben ihre Arbeitsweise als im weitesten Sinne beziehungsorientiert bzw. psychodynamisch.<sup>9</sup> Die Altersspanne der Teilnehmerinnen lag zwischen 28 und 49 Jahren.

In den vorbereitenden Telefonaten stellte sich heraus, dass sich die vier Teilnehmerinnen untereinander nicht kannten und auch noch nie mit der Moderatorin<sup>10</sup> oder der Assistentin Kontakt hatten. Nur eine der Teilnehmerinnen und die Moderatorin waren sich vor einigen Jahren flüchtig in einem beruflichen Zusammenhang begegnet. Somit handelte es sich beim erstellten Sample um eine Ad hoc-Gruppe (siehe Kapitel 5.2).

---

<sup>8</sup> Eine detaillierte Darstellung der erfolgten Vorüberlegungen und der konkreten Schritte bei der Akquise der Diskutantinnen ist im Anhang zu finden, damit nachfolgende Forscherinnen von den bei dieser Arbeit gesammelten Erfahrungen profitieren können.

<sup>9</sup> Ein psychodynamisches Therapieverständnis war kein Kriterium für die Samplebildung. Diese Gemeinsamkeit erwies sich jedoch im Nachhinein als günstig für den Diskussionsverlauf, da die Teilnehmerinnen auf gemeinsames Gedankengut zurückgreifen konnten. Durch die unterschiedlichen Grundberufe, Ausbildungs- und Arbeitsstätten der Teilnehmerinnen blieb ausreichende Unterschiedlichkeit dennoch gewahrt.

<sup>10</sup> Die Moderation wird in dieser Untersuchung von der Forscherin übernommen.

Veranstaltungsort der Gruppendiskussion war die Praxisgemeinschaft Lilienstraße in Berlin-Kreuzberg<sup>11</sup>, so dass drei Teilnehmerinnen sowie die Assistentin eine kurze Anreise innerhalb der Stadt hatten. Für die vierte Teilnehmerin und die Moderatorin aus Magdeburg entstanden entsprechende Reisekosten, die die Moderatorin trug.

## **6.2 Datenaufbereitung**

Die in der Gruppendiskussion erhobenen Daten wurden in mehreren Schritten aufbereitet, um eine Auswertung zu ermöglichen. Im folgenden Kapitel wird diese schrittweise Aufbereitung beschrieben, in der Absicht, die gewonnenen Erfahrungen für andere Anwender zugänglich und nutzbar zu machen.

### **6.2.1 Transkription**

Die Audiografie der Gruppendiskussion, die wegen der nicht mitgeschnittenen Pausen zunächst aus mehreren Dateien bestand, wurde zu einer Audiodatei mit 153 Minuten und 46 Sekunden Gesamtdauer zusammengefügt. Anschließend erfolgte eine vollständige, wörtliche Transkription der Audiografie. Dabei wurde die kostenfreie Version der Transkriptionssoftware „f4“<sup>12</sup> verwendet, die eine erhöhte Transkriptionsgeschwindigkeit und damit Zeitersparnis bewirkt und außerdem automatisch Zeitmarken einfügt, so dass alle Textstellen gezielt in der Audioaufnahme wiedergefunden werden können.

Die Transkription erfolgte ohne Auslassungen oder Ergänzungen, so dass unvollständiger Satzbau und Füllworte wie „äh“ erhalten blieben, um ggf. in der Auswertung berücksichtigt werden zu können. Außerdem wurden z.B. Lachen, Sprechen mit verstellter Stimme oder auffallende untermalende Gesten, die die Assistentin unter Angabe der Audiolaufzeit notiert hatte, im Transkript vermerkt. Überschneidungen von Sprechbeiträgen, Pausen etc. sind durch die Zeitangaben am Ende jedes Sprechbeitrags ersichtlich. Abbrüche und Unterbrechungen von Sprechbeiträ-

---

<sup>11</sup> siehe „Details zum Ablauf der durchgeführten Gruppendiskussion“ im Anhang.

<sup>12</sup> Ausführliche Informationen über diese Software und die Möglichkeit zum Download sind zu finden unter <http://www.audiotranskription.de/f4.htm>

gen wurden durch „-“ gekennzeichnet, gedehnt ausgesprochene und verklingende Worte durch anschließendes „...“. Stimmhebung wurde mit Kommasetzung, Stimm Senkung mit Punktsetzung verschriftlicht. Dies dient einem Lesefluss des Transkriptes, der der Audioaufnahme klanglich möglichst nahekommt und gleichzeitig durch seine Alltagsnähe übersichtlich bleibt.

Aufgrund der guten Klangqualität der digitalen Audioaufnahme waren die Zuordnung der verschiedenen Sprecherinnen und die Sprachverständlichkeit durchgängig zweifelsfrei gegeben. Im Transkript erfolgte eine Anonymisierung der Teilnehmerinnen, indem ihnen Buchstaben zugewiesen wurden. Die Moderatorin wurde mit S (für Si-na) abgekürzt.

Das vollständige Transkript umfasst 2752 Zeilen mit insgesamt 140923 Zeichen und ist im Anhang zu finden.

### **6.2.2 Aufbereitung der Fallgeschichten**

In einem nächsten Schritt wurde das vollständige Transkript durch farbliche Markierungen der jeweiligen Passagen thematisch untergliedert. Blau wurden Textpassagen gekennzeichnet, die organisatorische Informationen und Absprachen beinhalten. Alle Textstellen, die sich auf die Fallgeschichte „Durch die Nacht“ beziehen, wurden rot gekennzeichnet. Ebenso wurde mit den Fallgeschichten „Geboren um zu leben“ (lila) und „Tekno-Tanz“ (grün) verfahren sowie mit der Fallgeschichte „Prince Pi“ (orange), die jedoch nicht diskutiert wurde, da sie aus einer Gruppenmusiktherapie stammte. Alle Textstellen, die sich auf eine Fallgeschichte bezogen, wurden anschließend in chronologischer Reihenfolge als fortlaufender Text in eine gemeinsame Datei kopiert, wobei Zeitsprünge zwischen einzelnen Abschnitten durch die Zeitmarkierungen ersichtlich blieben. Im Anhang sind sowohl alle vier Fallgeschichten in diesem Stadium der Aufbereitung als auch das farblich segmentierte Gesamttranskript enthalten.

Außerdem zeigten sich mehrere Abschnitte, in denen die Gruppe das eigentliche Diskussionsthema und die Fallgeschichten vorübergehend verließ, um allgemeinere damit zusammenhängende Fragen oder Sonderfälle zu erörtern (z.B. den Umgang mit indizierter Musik in der Musiktherapie, siehe Gesamttranskript im Anhang, Zeilen 693-745). Diese Passagen dienten den Teilnehmerinnen vermutlich zum Abgleich

gemeinsamer Themenkreise, Erfahrungsweisen und Grundannahmen ihrer musiktherapeutischen Praxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und damit zum Etablieren einer vertrauensvollen Arbeitsatmosphäre, in der auf der Grundlage ausreichender Gemeinsamkeit auch abweichende Meinungen geäußert werden können. Diese Passagen wurden braun markiert, jedoch im Rahmen dieser Arbeit nicht näher aufgearbeitet.

### **6.2.3 Aufbereitung der Fallgeschichte „Geboren um zu leben“**

Die vorliegenden vier Fallgeschichten, von denen drei durch die Expertengruppe ausführlich diskutiert wurden, bilden eine reiche und komplexe Datengrundlage für die in Kapitel 3 umgrenzte Fragestellung und ggf. für weitere Aspekte des Themas. Im Rahmen dieser Masterarbeit war es aus zeitökonomischen Gründen notwendig, die auszuwertende Datenmenge auf ein bearbeitbares Maß zu reduzieren. Ein erster Schritt dabei war die begründete Entscheidung für eine der drei Fallgeschichten. Die Wahl fiel auf „Geboren um zu leben“, denn in dieser zweiten Falldiskussion waren die Gruppenteilnehmerinnen bereits durch die erste Falldiskussion miteinander, mit dem Thema und mit der Arbeitsform der Gruppendiskussion vertraut, ohne schon durch vorhergehende lange konzentrierte Arbeitsphasen erschöpft zu sein.

Die in Kapitel 6.2.2 beschriebene Aufbereitung der Falldarstellung und –diskussion „Geboren um zu leben“ wurde mithilfe einer tabellarischen Darstellung in inhaltlich zusammengehörige Abschnitte unterteilt, zu denen Memos im Sinne der Grounded Theory auf unterschiedlichen Abstraktionsebenen angefertigt wurden. Innerhalb dieser Segmente wurden anschließend weitere Markierungen des Transkripttextes vorgenommen, um wichtige Aspekte für die weitere Aufbereitung und Auswertung der Daten optisch schnell erkennbar und möglichst übersichtlich darzustellen.

Begriffe, die in auffälliger Häufung verwendet wurden, sind unterstrichen. Fett gedruckt dargestellt sind Textstellen, in denen explizit oder implizit emotionale Einstellungen geäußert werden. Die dargestellte Fallgeschichte setzt sich aus drei aufeinander aufbauenden Therapieszenen zusammen, die zusammenfassend als „Gong-Szene“ (Copperplate Gothic light), „Schlagzeug-Szene“ (Bradley Hand ITC) und „Geboren um zu leben-Szene“<sup>13</sup> (Century Gothic) bezeichnet und im Transkript mit

---

<sup>13</sup> Im Folgenden wird die Abkürzung Guzl-Szene verwendet.

den genannten drei Schriftarten gekennzeichnet wurden. Die Segmente des Transkripts, die sich mit der eigentlichen „Guzl-Szene“ befassen, d.h. die gemeinsame Arbeit mit dem Lied „Geboren um zu leben“ zum Inhalt haben, wurden anschließend in eine eigene Datei kopiert. Zur besseren Verständlichkeit wurden diese Segmente in eine inhaltlich chronologische Reihenfolge gebracht, wobei die Reihenfolge des Erzählens durch die erhaltene Nummerierung der Segmente ersichtlich bleibt.

### **6.3 Zusammenfassung der Fallgeschichte „Geboren um zu leben“**

In Kapitel 6.4 wird die wie in Kapitel 6.2.3 beschrieben aufbereitete Guzl-Szene ausgewertet. Sie ist Teil der Fallgeschichte „Geboren um zu leben“. Im Folgenden wird die Fallgeschichte zusammengefasst, um den Gesamtkontext der Guzl-Szene verständlich zu machen. Das vollständige Transkript der Fallgeschichte „Geboren um zu leben“ ist im Anhang zu finden.

Der Patient<sup>14</sup> ist 16 Jahre alt und wird von der Musiktherapeutin (D) aufgrund seiner eher männlichen als jugendhaften Erscheinung mehrfach als „junger Mann“ bezeichnet.

Vor einem knappen Jahr erfolgt die Trennung der Eltern. In diesem Rahmen, eventuell auch bereits in der Vorgeschichte kommt es zu körperlicher Gewalt durch den Vater. Nach der Trennung verbietet die Mutter dem Patienten, Kontakt mit seinem Vater zu haben. Verdachtsdiagnose bei der stationären Aufnahme ist eine posttraumatische Belastungsstörung. Der Patient beschreibt als Behandlungsziel, die Angst vor seinem Vater zu verlieren.

Im Behandlungsverlauf entsteht dagegen zunehmend der Eindruck, der Patient werde von der Mutter vereinnahmt und funktionalisiert. In der Vorgeschichte habe die Mutter dem Patienten ein AD(H)S „angedichtet“ (siehe Gesamttranskript im Anhang, Zeile 252), jahrelang Medikamente verabreicht und sei Vorsitzende eines Selbsthilfevereins für AD(H)S-Betroffene gewesen. Eine solche Symptomatik wird in der Klinik nicht erkennbar. Im späteren Verlauf der Falldarstellung wird offengelegt, dass die Mutter selbst psychisch erkrankt ist und zur selben Zeit in derselben Klinik

---

<sup>14</sup> Der Jugendliche, aus dessen Musiktherapie D berichtet, wird als Patient bezeichnet, da dieser Begriff seine Rolle gegenüber D als Musiktherapeutin im institutionellen Kontext der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie bezeichnet.

wie der Patient nach einem (weiteren) Suizidversuch stationär untergebracht ist. Der Patient fühlt sich für seine Mutter stark verantwortlich und übernimmt ihre Sichtweisen.

Außerdem fällt der Patient auf als jemand, „den man nicht fühlt“ (ebd., Zeile 257) und der wenig Gespür für Gefühle anderer hat. Manchmal werden auch impulsive verbale Aggressionen beobachtet. Daher erhält er Einzel- und Gruppenmusiktherapie mit dem Behandlungsziel, dass er Zugang zu seinen Gefühlen zu bekommt, diese zum Ausdruck bringt und mehr Einfühlung für andere entwickelt.

Schlagzeug-Szene:

In der Gruppenmusiktherapie setzt sich der Patient mehrfach ans Schlagzeug und kündigt an, dass jetzt alle Ohrstöpsel bräuchten, denn jetzt werde es ganz schlimm. Den tatsächlichen Klangeindruck beschreibt D dagegen folgendermaßen: „man hat eigentlich so gut wie gar nichts gehört und vor allen Dingen auch nichts gespürt, das war also so (3 s Pause) nichts und wir konnten den herausfordern wie wir wollten, da war nichts zu machen“ (ebd., Zeilen 264 - 267).

Gong-Szene:

In der Einzelmusiktherapie will D den Patienten „mit dem Gong rauslocken“ (ebd., Zeile 267 f.). Der Patient drischt so stark auf den Gong, dass die Musiktherapeutin den Gong halten muss, weil die Halterung nicht ausreicht. Trotz Ohrstöpseln beschreibt sich D hinterher als „fix und fertig“ (ebd., Zeile 269). Der Patient läuft anschließend schwer atmend durch den Raum. Ein starkes Trauergefühl steigt auf, das der Patient auf den Verlust seines Vaters bezieht.

In der Guzl-Szene spielen positive Beziehungserfahrungen des Patienten mit seinem Vater eine große Rolle. Da die Guzl-Szene in Kapitel 6.3 ausführlich ausgewertet wird, erfolgt an dieser Stelle nur eine zusammenfassende Kontextualisierung.

Innerhalb der Gruppendiskussion wird der Umgang des Patienten mit dem Lied „Geboren um zu leben“ im Rahmen der Musiktherapie diskutiert als geeignete Form der Externalisierung (im Vergleich mit Gong- und Schlagzeug-Szene), als Akt der Positionierung des Patienten gegenüber seiner Mutter sowie als Weg, ein positives Andenken an seinen Vater zu bewahren, das Stolz und Identität vermittele. D sieht zusammenfassend die Bedeutung von „Geboren um zu leben“ für den Patienten darin, „dass er seine eigene Meinung unabhängig von der Meinung der Mutter über

dieses Lied nach außen transportiert“ (ebd., Zeilen 1789 und 1794). Die Moderatorin bietet abschließend die Metapher des Liedes als Schatzkästchen an, das die positiven Beziehungserfahrungen mit dem Vater vor der Mutter versteckt und bewahrt.

Der Patient nimmt innerlich und auch real wieder Kontakt zu seinem Vater auf. Nach einem überraschend gut gelungenen Treffen mit ihm verübt die Mutter einen Suizidversuch, der zur stationären Aufnahme in dieselbe Klinik führt, in der der Patient sich befindet (s.o.). Daraufhin bricht der Patient den Kontakt zum Vater wieder ab und geht nicht mal ans Telefon, als der Vater ihm zum Geburtstag gratulieren will. Dies bereut er später.

Der Patient lädt seine Mutter ohne Wissen Ds in die Musiktherapie ein, um ihr „Geboren um zu leben“ vorzusingen, doch sie kommt nicht. Darüber ist D erleichtert. Nach Ds Vermutung ist die Wut, die der Patient auf den Vater richtet, eigentlich zur Ablösung von der Mutter nötig. Es bestehen große Zweifel, ob dieser Schritt ihm möglich ist.

Der Patient wird in Kürze entlassen. Am liebsten möchte er die Musiktherapie ambulant fortsetzen, doch das ist organisatorisch nicht möglich und erscheint D außerdem inhaltlich als überfordernd.

Vor seiner Entlassung möchte der Patient das Lied „Geboren um zu leben“ mit der ganzen Gruppe singen. Dies interpretiert D als Suche nach Solidarpartnern und Anteilnahme.

#### **6.4 Auswertung der Therapieszene „Geboren um zu leben“**

Gegenstand der Auswertung ist die chronologisierte Guzl-Szene (siehe Kapitel 6.2.3). Als exemplarisches Beispiel dafür, wie auch mit der Gruppendiskussion von Schlüsselszenen der anderen Fallgeschichten verfahren werden kann, wird sie unter der in Kapitel 3 beschriebenen Fragestellung ausgewertet.

Die Sicht der Musiktherapeutin (D) auf die Guzl-Szene setzt sich zusammen aus explizit und implizit geäußerten emotionalen Einstellungen in

- ihrer Beziehung zu Guzl in seiner musikalischen Erscheinung,
- ihrer Beziehung zum Patienten und seiner Lebens- sowie Therapiegeschichte,

- ihrer Beziehung zu der Beziehung des Patienten zu Guzl sowie
- ihrer Beziehung zur Gruppendiskussion und ihren Phantasien darüber, wie die Teilnehmenden anhand ihrer Erzählung über sie denken.

Ziel der Auswertung ist der Versuch, diese verschiedenen, ineinander verschränkten Beziehungsdimensionen aufzuschlüsseln und ihnen die in der chronologisierten Guzl-Szene enthaltenen emotionalen Äußerungen systematisch zuzuordnen.

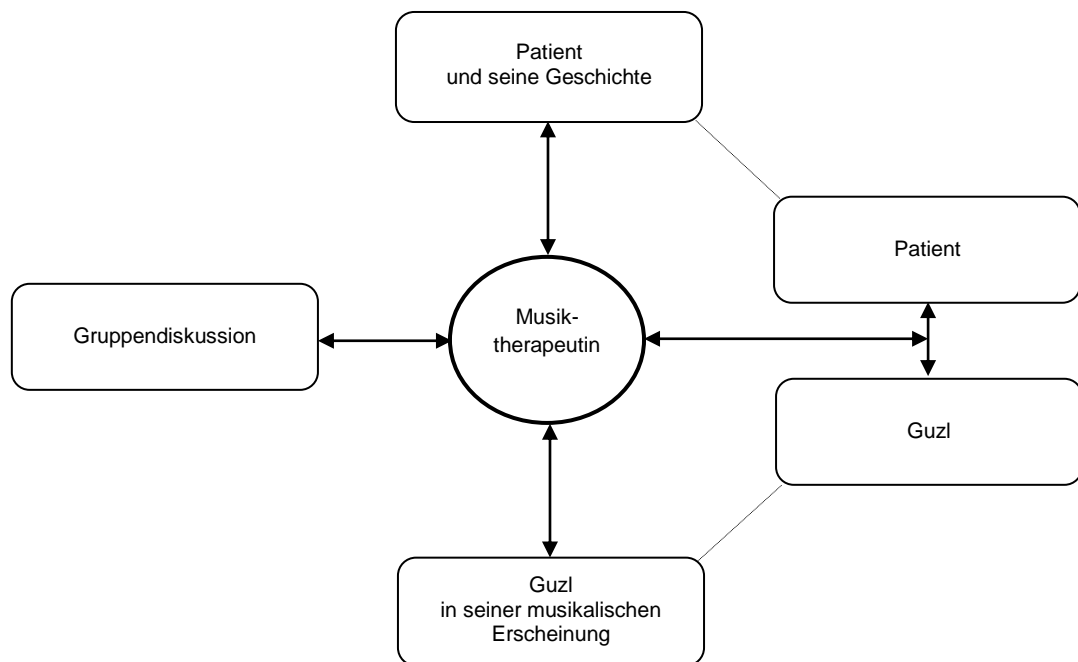


Abbildung 1: Beziehungsdimensionen, in denen sich die emotionalen Einstellungen der Musiktherapeutin in der Guzl-Szene zeigen

In Anlehnung an die dokumentarische Methode (z.B. Bohnsack et al. 2007, Bohnsack et al. 2010) werden die Segmente der chronologisierten Guzl-Szene möglichst nah am Wortlaut reformuliert (siehe Kapitel 6.3.1) und ausgehend von den vier genannten Beziehungsdimensionen in Bezug auf die Fragestellung interpretiert (siehe Kapitel 6.3.2).



### 6.4.1 Formulierende Interpretation der chronologisierten Guzl-Szene

#### Segment 7

Der Patient habe etwas mitgebracht, das im Moment immerzu in den Charts komme und gut bekannt sei: „Geboren um zu leben“ von Unheilig. Lachend fährt D fort, viele seien davon ja total begeistert, doch sie selber möge es nicht so, es sei ihr „‘n bisschen zuuu gefühlvoll“ und „nicht so ihre Welt“. Der Patient interpretiere hinein, dass es in Guzl ganz stark um Vater-Sohn-Beziehung gehe und empfinde dort das Sterben der Beziehung zu seinem Vater, die Trennung, den Verlust. Eigentlich sei es eine ganz andere Geschichte, der Sänger von Unheilig besinge eigentlich den Tod eines Freundes.

#### Segment 25

Zunächst sei der Patient mit der Idee gekommen, das Lied mit allen in der Gruppe zu singen. D habe das Lied nicht gehabt, ihm nur den Text ausgedruckt und mit ihm zusammen angeguckt. Der Patient habe erzählt, welche Bedeutung dieser für ihn habe. D habe ihn gefragt, ob er die Musik habe.

#### Segment 26

Lachend und mit verstellt ernüchtertem Tonfall fährt D fort, ihr erster Gedanke sei gewesen „hm, dieses Lied, was ich eigentlich nicht leiden kann, weil es so platt ist, ja, aber-“. Die Reformulierung dessen durch die Moderatorin bestätigt D, die Gruppe lacht. D ergänzt, das Video sei ihr viel zu narzisstisch, lacht und imitiert gestikulierend die Bewegungen des Sängers („der Graf“) im Musikvideo. Gleichzeitig habe sie sich gefreut, weil etwas zum Anknüpfen da gewesen sei und der Patient etwas Eigenes eingebracht habe.

#### Segment 27

Im Vergleich dazu, wie der Patient auf den Gong eingedroschen und damit mehr eine Gewalttat verübt habe, als Musik zu machen, bewertet D das Einbringen des Liedes als schöneren Weg, langsam an Gefühle ranzukommen. Er habe sich die Musik als Unterstützung dafür ausgewählt.

#### Segment 28

D habe sich vor allem gefreut, dass der Patient dies selbst organisiert habe, dass er sich die CD besorgt habe, um sie mitzubringen, daran gedacht habe und das Lied so eingebracht habe.

### Segment 29

Der Patient und D hätten sich fast die ganze CD angehört. Der Patient sei immer wieder auf dieses Lied zurückgekommen und habe dann gesagt, heute hätten sie ja gar nicht Schlagzeug gespielt, sondern gesungen. Mit einem Lächeln fährt D fort, er habe ja gar nicht gesungen. Daher sei sie von dieser Bemerkung überrascht gewesen. Sie habe ihn dann gefragt, wie es denn wäre, selber zu singen.

### Segment 8

Der Patient habe dann zwei-, dreimal mit verflachtem Ausdruck zu dem Lied gesungen. Als D ihn ermutigte habe, mehr in das Gefühl hineinzugehen, habe er das ganz wenig hingekriegt. Seine Stirn habe sich in Falten gezogen, sein Ausdruck sei ein bisschen theatralischer geworden, seine Stimme ein bisschen intensiver. Da sei wieder dieses wahnsinnige Trauergefühl hochgekommen. Der Patient habe geäußert, total froh zu sein, dass er jetzt Gesprächstherapie habe. D wisse nicht, was er da besprochen habe.

### Segment 39

Die Moderatorin erfragt den Fortgang der Guzl-Szene. D stellt den zeitlichen Zusammenhang richtig, wiederholt den Anfang der Guzl-Szene und führt die emotionalen Reaktionen des Patienten sowie ihre eigenen dabei differenzierter aus: Der Patient habe beim Hochkommen des Trauergefühls dagesessen und ganz stark ein- und ausgeatmet. D imitiert dies. Er habe danach nach unten geguckt und keinen Blickkontakt aufgenommen. D sei unsicher gewesen, ob das gut sei, ob er das schon verarbeiten könne.

### Segment 40

D wiederholt, sie sei unsicher gewesen und habe nicht entscheiden können, ob das gut gewesen sei. Der Patient habe im Anschluss Kontakt zur Gesprächstherapeutin gesucht, der bei ihm „recht gut äh stabil und sehr sehr also sehr vertrauensvoll“ sei. In diesem Fall habe es gut ineinandergegriffen, dass in der Musiktherapie die Gefühle gekommen und in der Gesprächstherapie verarbeitet worden seien. (vgl. Segment 8: Was dort besprochen worden sei, wisse sie allerdings nicht.)

### Segment 31

Als die Trauer zum ersten Mal hochgekommen sei, habe D den Patienten gefragt, ob er selbst das als gut oder schlecht bewerte. Der Patient habe dies als gut bewertet, da er unangenehme Gefühle sonst wegdrücke und Magenschmerzen bekomme.

Diesmal habe er das Gefühl nicht in den Magen gedrückt, sondern es sei für ihn fühlbar gewesen, dass es ihm schlecht gehe. D vermutet dahinter die Worte der Gesprächstherapeutin. Die Moderatorin ergänzt den Aspekt, dass das Gefühl auch nach außen trete.

#### Segment 9

Zum nächsten Musiktherapietermin habe der Patient das Lied wieder mitgebracht und es mehrfach gesungen. Es habe D so sehr gefreut, dass er es diesmal mit einem ganz anderen Ausdruck gesungen habe. Der Text „geboren um zu leben“ bedeute Wertschätzung des eigenen Lebens. Plötzlich habe das Singen ein Gefühl von (4 s Pause) Kraft vermittelt, die der Patient aus der Verbindung zu seinem Vater ziehe. Er suche auch wieder mehr Kontakt zu seinem Vater.

#### Segment 41

Von U gefragt erzählt D, es sei der Patient gewesen, der das Lied mehrmals habe singen wollen. Zu dessen Beweggründen könne sie nichts sagen. U mutmaßt, der Patient habe vielleicht gespürt, dass er an die Trauer erst nach mehrmaliger Wiederholung des Singens herankomme, und fragt D nach ihrer Einschätzung. D wiederholt, sie könne nicht mehr sagen, was der Impuls gewesen sei, das Lied mehrmals zu singen. Die Moderatorin stellt die Frage nach der Motivation des Patienten zum wiederholten Singen des Liedes nochmals, indem sie D nach einer Vermutung fragt.

D glaube, dass der Patient es genieße, sich selber zu (3 s Pause) spüren und an diesem Lied entlang immer wieder diese inneren Bilder vor sich zu sehen. Sie glaube, dass der Patient sehr starke innere Bilder zu den einzelnen Strophen habe, wo es um diese schönen Kontakte und Momente mit seinem Vater gehe, und dass er es genieße, daran bei jedem Durchsingen immer wieder vorbeizugehen. In der ersten Stunde sei er während des Singens mit sich selbst beschäftigt gewesen und habe kaum Kontakt zu D aufgenommen.

#### Segment 42

Von der Moderatorin gefragt erzählt D, sie habe nicht mitgesungen und nicht begleitet. Dann fällt ihr plötzlich doch diese eine Stelle ein, an der sie mitgesungen habe. Sie geht aber zunächst auf die Frage der Begleitung ein. Normalerweise sei die CD als Begleitung gelaufen, nur einmal habe sie es mit der Gitarre versucht. Mit verstellter Stimme erzählt D, der Patient habe gesagt „nee (Gruppe lacht), das muss,

das muss genau das sein“. Sie verstehe das auch, weil die Originalmusik viel mehr Gefühl habe, die sei ja „mit Geigen und ich weiß nicht was, also ist ja Wahnsinn“.

### Segment 43

Nach einer Pause (4 s) kommt D auf das Thema Mitsingen zurück. Dass der Patient sie (3 s Pause) mit einbezogen habe, sei in der zweiten Stunde gewesen. Sie habe mitgesungen an dieser Stelle (ruft) „singt für mich!“, an der der ganze Kinderchor einsetze, da sei der Patient besonders berührt. Das sei ein anderes Thema, dass das Behandlungsteam („wir“) pädophile Neigungen beim Patienten vermute. Da habe D dann mitgesungen, da sei dann auch der Blick vom Patienten gekommen und da habe D das erste mal das Gefühl gehabt, dass der Patient so frei geguckt habe und dass so ein (6 s Pause) positiver, direkter Bezug über den Blickkontakt da gewesen sei. Da sei nichts mehr von dieser Trauer zu spüren gewesen, sondern die Freude diesem gemeinsamen Erlebnis oder dem gemeinsamen Tun.

Es folgt ein Schweigen von 39 Sekunden.

## **6.4.2 Reflektierende Interpretation der chronologisierten Guzl-Szene**

### Segment 7

Bereits bevor D das Lied überhaupt konkret benennt, betont sie seinen hohen Bekanntheits- und Beliebtheitsgrad. Auch ihr verschämt-unsicher wirkendes Lachen und die vorweggestellte Würdigung der Begeisterung vieler für das Lied sollen offenbar Ds anschließend geäußerte emotionale Ablehnung des Liedes in ihrer Wirkung auf die Diskussionsgruppe relativieren und abschwächen. Vermutlich um dem vermuteten Gruppencredo zu entsprechen und mögliche Kritik schon im Voraus zu entkräften, hebt D zunächst ihre wertschätzende Haltung gegenüber andersartigem Musikgeschmack hervor. Ihre spontan ablehnende emotionale Reaktion auf das Mitbringen von Guzl formuliert D dagegen eher zurückhaltend und relativierend („n bisschen zuuu gefühlvoll“, „nicht so ihre Welt“). Es zeigt sich, dass Ds erste Darstellung ihrer emotionalen Einstellung zu Guzl in seiner musikalischen Erscheinung stark von der sozialen Situation der Gruppendiskussion beeinflusst ist. Durch die angefügte subjektive Textinterpretation des Patienten und die Gegenüberstellung mit dem tatsächlichen Kompositionsanlass kehrt D auf die professionelle Sachebene der Therapiesituation und des musikalischen Materials zurück und stellt Distanz zu ihrem subjektiven Erleben her.

(Segment 25)

D erklärt, wie es im Therapieablauf zu der Guzl-Szene kam. Dieses Segment hat eher organisatorischen Charakter und enthält keine emotionalen Äußerungen.

Segment 26

Als D später auf ihre Haltung zu dem Lied am Anfang des Therapieprozesses zurückkommt, formuliert sie ihre ablehnende emotionale Einstellung deutlich offener, direkter und wertender („nicht leiden“ können, „platt“) als in Segment 7, vermutlich wegen der gewachsenen Vertrautheit mit der Diskussionsgruppe. Gleichzeitig distanziert sie sich durch ihr Lachen und ihren verstellten Tonfall ironisierend von dieser spontanen Antipathie und setzt offenbar dazu an, etwas Relativierendes nachzuschieben („aber-“). Dabei wird sie jedoch von der Moderatorin mit einer Reformulierung der subjektiven emotionalen Ablehnung unterbrochen. Das darauffolgende Lachen der Gruppe wie auch Ds zeigt, dass sich D durch die Aufdeckung ihrer subjektiven Antipathie gegenüber mitgebrachter Musik offenbar ertappt fühlen muss. Ein Abweichen von der professionellen Haltung der unbedingten Wertfreiheit gegenüber musikalischen Vorlieben der Patienten scheint schambesetzt und schuldbehaftet zu sein. Dafür spricht auch, dass D ihre emotionale Ablehnung des Liedes und der Gesten des Sängers im dazugehörigen Musikvideo anschließend mit einem Fachbegriff („viel zu narzisstisch“) umschreibt und dadurch auf die professionelle Ebene zurückkehrt. Mit der Vervollständigung ihres relativierenden Nachschubs (gleichzeitige Freude über Anknüpfungspunkt) verlagert D den Fokus von ihrem subjektiven Erleben auf ihre Berufsrolle im Bezug auf den Patienten. Die Anerkennung des von ihr abgelehnten Liedes als „etwas Eigenes“ des Patienten zeigt, dass D neben ihrer eigenen emotionalen Einstellung zu Guzl in seiner musikalischen Erscheinung auch die subjektive Bedeutung des Liedes für den Patienten nachzuvollziehen versucht und dass es aus ihrer Sicht ein Vertrauensbeweis des Patienten ist, sich D mit diesem Lied zu zeigen. Dass D mit Guzl nicht nur ein beliebiges Lied in seiner musikalischen Erscheinung, sondern „etwas Eigenes“, d.h. ein für Selbstwert und Identität hochbedeutsames Selbstobjekt ihres Patienten ablehnt, verdeutlicht gleichzeitig, warum diese subjektive emotionale Reaktion mit Rollenkonflikten, Scham und Schuldgefühlen verknüpft ist und im Rahmen der Gruppendiskussion nur schrittweise offenbart wird.

Segment 27+28

D stellt die vorausgegangene rohe, gewaltsame und emotional offenbar überflutende Gong-Szene kontrastierend der Guzl-Szene gegenüber und würdigt damit die im Verlauf gewachsene Fähigkeit des Patienten, eine geeignete emotionale Ausdrucksform zu entwickeln bzw. einen geeigneten Container für wichtige Erlebnisse zu formen. Das Lied wird hier wertschätzend als Unterstützung bezeichnet, die sich der Patient (bewusst oder unbewusst) ausgewählt habe. D betont dabei das aktive Handeln des Patienten.

Daran anknüpfend äußert D in Segment 28 ihre Freude über die Eigeninitiative, Selbständigkeit und Verlässlichkeit des Patienten beim Organisieren der Guzl-CD. Dadurch würdigt sie seine Autonomie, eine der wesentlichen in der Adoleszenz zu entwickelnden Kompetenzen.

Segment 29

D berichtet dann eher sachlich, wie der Patient beim gemeinsamen Hören der CD immer wieder auf das Lied Guzl zurückgekommen sei. Das hörbare Lächeln, mit dem D von der unbewussten Fehlleistung oder gezielten Andeutung des Patienten erzählt, er habe heute nicht Schlagzeug gespielt, sondern gesungen, lässt darauf schließen, dass sie diese Bemerkung amüsiert und / oder anrührt. Explizit spricht sie von Überraschung. Dass sie dem Patienten in der Folge angeboten hat, selbst zu singen, zeigt, dass D die Äußerung des Patienten in der Therapiesituation als implizite Wunschäußerung interpretierte.

Segment 8

Bei ihrer Beschreibung der Situation, wie der Patient zunächst mit verflachter, später mit etwas stärkerer emotionaler Beteiligung zu dem Lied sang, bleibt D beim äußerlich beobachtbaren Verhalten des Patienten, dessen Mimik, Gestik und Stimmklang, ohne eigenes Erleben zu thematisieren. Bei wem das „wahnsinnige Trauergefühl“ hochkam und wie sich dies äußerte, lässt Ds Schilderung auffallend offen. D scheint beinahe erleichtert zu sein, dass der Patient sein Erleben nicht mit ihr, sondern in der anschließenden Gesprächstherapie reflektieren wollte und dass sie gar nicht weiß, was er dort besprochen hat. All dies lässt vermuten, dass auch D von dem überwältigenden Trauergefühl, das bereits in der Gong-Szene aufgetaucht war, ergriffen war und dies als sehr unangenehm erlebte. Die Delegation der verbalen Aufarbeitung an die Gesprächstherapeutin kann in diesem Zusammenhang als eine

Abspaltung der unaushaltbaren Affekte durch den Patienten und / oder D verstanden werden.

### Segment 39

In einer zweiten, späteren Darstellung derselben Therapiesituation beschreibt D das emotionale Geschehen beim Ausbreiten des Trauergefühls differenzierter. Indem sie das starke Ein- und Ausatmen des Patienten imitiert, macht sie dessen körperliche Reaktion für sich selbst sowie für die Gruppe konkret erfahrbar und reinszeniert sie in der Gegenwart der Gruppendiskussion. Auf das Vermeiden von Blickkontakt durch den Patienten reagierte D in der Therapiesituation mit einem Gefühl der Verunsicherung, was sie explizit benennt und durch das mehrfache gleichförmige Wiederholen von „ich war (dann) unsicher“ in der Gegenwart der Gruppendiskussion auch implizit vermittelt. Hinter Ds Verunsicherung in der Therapiesituation ist außerdem Sorge zu vermuten, dass der Patient überfordert sein könnte, eventuell auch Schuldgefühl, den Patienten in diese emotionale Grenzsituation gebracht zu haben, Sorge um die Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung, mögliche eigene emotionale Überforderung, vielleicht auch Angst einen Fehler gemacht zu haben. Die Verunsicherung, die D in der Gegenwart der Gruppendiskussion erkennen lässt, kann zusätzlich verstanden werden als Sorge, dass die Teilnehmenden anhand der berichteten Therapiesituation, in der sie als Therapeutin unsicher war, negativ von ihr und ihrer professionellen Kompetenz denken.

### Segment 40

D betont anschließend auffallend wortreich und idealisierend, wie gut die therapeutische Beziehung des Patienten zu seiner Gesprächstherapeutin gewesen sei. Sie stilisiert die beschriebene Szene als besonders gelungenes Beispiel für Zusammenarbeit zwischen Musik- und Gesprächstherapie, obwohl sie laut Segment 8 gar nicht weiß und offenbar auch nicht wissen will, was in der Gesprächstherapie thematisiert wurde. Wie schon in Segment 8 erscheint hier die Delegation an die Gesprächstherapeutin als Abspaltung überwältigender Affekte. Diese Abwehr begründet und rechtfertigt D durch die genannten idealisierenden, fachlichen Argumente. Außerdem nutzt D die Rückkehr auf eine betont professionelle, sachliche Ebene vermutlich auch dazu, sich den Diskussionsteilnehmerinnen gegenüber als (trotz der genannten Unsicherheiten) kompetente Musiktherapeutin darzustellen.

Segment 31

Dass D sich bei ihrem Patienten explizit vergewissert, wie dieser das Trauergefühl bewertet, dient offenbar dazu, ihrer Unsicherheit (siehe Segment 39) `objektive` Informationen entgegenzusetzen. Die Antwort des Patienten erscheint ihr offenbar als so therapeutengerecht, dass sie sie der Gesprächstherapeutin zuschreibt. Hier zeigen sich Hinweise auf eine mögliche Konkurrenzsituation zwischen Musiktherapeutin und Gesprächstherapeutin. Erleichterung über die positive Auslegung des Trauergefühls durch den Patienten lässt D nicht erkennen. Daher kann angenommen werden, dass ihre Befürchtung einer möglicherweise destruktiven Wirkung des Trauergefühls durch die Antwort des Patienten nicht vollständig ausgeräumt ist.

Segment 9

In Ds großer Freude über den veränderten Ausdruck des Patienten beim Singen in der nächsten Stunde scheint auch Erleichterung darüber enthalten zu sein, dass ihre Befürchtung, das Trauergefühl habe den Patienten überfordert und / oder sie habe als Therapeutin fehlerhaft gehandelt, offenbar nicht zutrifft und sie sich daher nicht schuldig fühlen muss. Dem Songtitel und Refraintext „geboren um zu leben“ wird in diesem Zusammenhang die neue, positive Bedeutung „Wertschätzung seines eigenen Lebens“ zugeschrieben, und im Singen wird erstmals eine kraftspendende, positive Bindung zum Vater erlebbar. Ds Darstellung lässt offen, ob D und / oder der Patient diese Neubewertung vornehmen. Die viersekündige Pause, in der D nach dem passenden Wort „Kraft“ sucht, unterstreicht die hohe Bedeutung dieser Neubewertung und Ds emotionale Involviertheit. Es zeigt sich, dass D sich offenbar von ihrer ablehnenden Haltung gegenüber Guzl in seiner musikalischen Erscheinung entfernt, indem sie sich in die subjektiven Bedeutungsräume einfühlt, die der Patient mit Guzl verbindet.

Segment 41

U kreist durch mehrere Nachfragen zunehmend genauer ein, ob der Patient explizite Gründe nannte, warum er das Lied mehrmals singen wollte, und beantwortet sich die Frage spontan selbst mit nein. Ihre folgende allgemeinere Frage nach impliziten Beweggründen wird von D ausweichend beantwortet. Dass D vorher hörbar schluckt, könnte als Verlegenheitsgeste gedeutet werden. U bietet D anschließend eine konkrete Erklärungsmöglichkeit an, zu der D aber ebenfalls eine Positionierung verwehrt. Die Moderatorin stellt D die Frage nach den möglichen Beweggründen des Patienten zum wiederholten Singen von Guzl ein drittes Mal, wobei sie den



spekulativen Charakter betont und ausdrücklich nach einer subjektiven Vermutung fragt. Unerwarteterweise antwortet D nun ausführlich und differenziert.

Dass D vorher mehrfach angibt, sich nicht erinnern zu können, kann einerseits als Reinszenierung der Therapiesituation in der Gegenwart der Gruppendiskussion verstanden werden (mehrere Wiederholungen führen über eine Schwelle zu einem andersartigen Schlüsselerlebnis). Denkbar ist dabei auch, dass D tatsächlich erst durch die mehrmaligen hartnäckigen Nachfragen eine explizierbare Erklärung entwickelt, die vorher zwar implizit vorhanden, ihr aber nicht bewusst zugänglich war. Andererseits ist anzunehmen, dass sich D im Rahmen der Gruppendiskussion als kompetent und professionell präsentieren möchte und daher zum Offenbaren subjektiver Spekulationen erst nach mehrmaliger Aufforderung und ausdrücklicher Erlaubnis bereit ist.

In ihrer Antwort betont D durch die wiederholte Verwendung von „ich glaube“ den subjektiven und spekulativen Charakter ihrer Ausführungen. Tonfall und Sprachfluss lassen dagegen eine hohe Bestimmtheit und Überzeugung Ds erkennen, dass der Patient beim Singen durch starke innere Bilder zu den Strophen gemeinsame positive Erlebnisse mit seinem Vater wieder durchlebe. Die dreisekündige Pause, in der D nach dem richtigen Wort „spüren“ sucht, hebt dieses Wort hervor und damit die hohe emotionale Tragweite, die die genussvolle Selbstwahrnehmung für den Patienten in Ds Einschätzung hat.

#### Segment 42

Als D von dem einmaligen Versuch erzählt, den Patienten beim Singen von Guzl mit der Gitarre zu begleiten, ahmt sie scherzhaft die Stimme des Patienten nach, der diese Begleitung klar ablehnt und nachdrücklich auf dem Original von CD besteht. Sie erntet dafür Lachen aus der Gruppe, das als solidarisch und verständnisvoll gedeutet werden kann. Vermutlich kennen die Teilnehmenden solche Therapiesituationen aus eigener Erfahrung. Eine alternative Deutungsweise könnte sein, dass ihr unzureichendes Gitarrenspiel D vor dem Patienten und vor der Gruppendiskussion peinlich ist (Kompetenzscham, Hilgers 2012, S. 301). D äußert Verständnis für die eindeutige Vorliebe des Patienten für die Originalmusik, was eventuell der Schamabwehr dient, und schreibt Guzl in seiner musikalischen Erscheinung dabei deutlich positivere Attribute zu als in Segment 7 und Segment 26. Während sie Guzl dort zunächst wegen seiner ihr subjektiv übertrieben erscheinenden Emotionalität ablehnt, teilt sie nun die Einschätzung des Patienten, dass die Originalmusik „viel mehr

Gefühl“ habe und die Instrumentierung „mit Geigen und ich weiß nicht was“ in ihrer üppigen Opulenz begeistere („Wahnsinn“). D offenbart somit eine völlig konträre subjektive emotionale Einstellung zu Guzl in seiner musikalischen Erscheinung als zu Beginn der Therapie und zu Beginn der Gruppendiskussion. Was sie zunächst abstieß, erscheint ihr im Lichte der Erlebnisse mit dem Patienten und mit der Gruppendiskussion nun als das besonders Faszinierende an Guzl.

### Segment 43

Auf die schon in Segment 42 gestellte Frage, ob sie mitgesungen habe, kommt D erst jetzt zurück. Der besondere Stellenwert des Einbezogenwerdens durch den Patienten wird durch die dreisekündige Pause Ds unterstrichen. D imitiert den Ruf „Singt für mich!“, der in Guzl dem Einsatz des Kinderchores vorausgeht, und nimmt die Teilnehmenden der Gruppendiskussion dadurch unmittelbar mit in die Szene. Dass der Patient von dem Kinderchor emotional besonders berührt sei, bei dem D dann mitgesungen habe, wird von D überraschend mit pädophilen Neigungen des Patienten begründet, von denen bisher überhaupt noch nicht die Rede war. Dadurch erfährt die Darstellung einen plötzlichen emotionalen Bruch, und die Teilnehmenden werden schlagartig wieder auf Distanz gebracht.

Wer sich hinter dem „wir“ verbirgt, das diese Neigungen vermutet (wahrscheinlich das Behandlungsteam), und worauf diese Vermutungen basieren, bleibt unklar. Erstaunlich erscheint, dass weder die Gruppenteilnehmerinnen noch die Moderatorin danach fragen, obwohl das Thema Pädophilie so unvermutet und zusammenhanglos an wichtiger Stelle von D benannt wird. Da es sich um ein Tabuthema handelt, wird es möglicherweise von der Gruppendiskussion in kollektivem Einverständnis „überhört“ und ignoriert, um die damit verbundenen unangenehmen Gefühle zu vermeiden, eventuell auch um D davor zu schützen. Das Wegsehen und Ungeschehenmachen erscheint typisch für den Umgang mit Pädophilie. Dennoch erstaunt im Nachhinein, dass keiner der Teilnehmenden nach alternativen Interpretationsmöglichkeiten sucht, warum ausgerechnet der Kinderchor (mit der mitsingenden Musiktherapeutin) den Patienten besonders berührt.

Eine mögliche Erklärung für die emotionale Ergriffenheit des Patienten ist, dass er im Rahmen der Therapie mit eigenen kindlichen Anteilen, Bedürfnissen und Sehnsüchten in Kontakt kommt und sich aufgrund dessen mit den Kindern des Kinderchores identifiziert. Daran könnten regressive Prozesse oder aber eine noch nicht (vollständig) vollzogene Ablösung von der Kindheit im Sinne einer adoleszenten

Identitätsdiffusion beteiligt sein. Es kann spekuliert werden, dass der Patient im Stationsalltag wahrscheinlich Nähe zu jüngeren Mitpatienten gesucht und damit im Behandlungsteam in den Verdacht der Pädophilie geraten ist. Auch dieses Verhalten kann außer auf sexuelle Anziehung zu Kindern auch auf eigene Kindlichkeit des Patienten zurückgeführt werden, die dieser bisher vermutlich nicht (ausreichend) leben konnte. Die auffallend männliche Erscheinung des Sechzehnjährigen (siehe Kapitel 6.3) täuscht möglicherweise über vorhandene kindliche Bedürfnisse hinweg.

Als weitere offene Frage drängt sich auf, was D dazu bringt, auf die beschriebene fragmentarische Weise und ausgerechnet an diesem Punkt ihrer Falldarstellung, direkt vor dem entscheidenden Schlüsselmoment, die vermutete Pädophilie des Patienten einzuwerfen. Es erscheint denkbar, dass sie damit unbewusst von ihrer eigenen emotionalen Ergriffenheit bei der darauffolgenden Entwicklung ablenken möchte, die ihr möglicherweise vor den Teilnehmenden der Gruppendiskussion peinlich ist.

D fährt ungerührt in ihrer Schilderung der Therapieszene fort. Sie beschreibt mit zunehmender Detaillierung eine deutliche Veränderung in (ihrem Erleben) der therapeutischen Beziehung, die sich bei ihrem Mitsingen im Kinderchor ereignet. Diesen Schlüsselmoment des Blickkontaktes, der den Wendepunkt markiert, bezeichnet sie dabei wiederholt mit „da“. D macht eine Pause von sechs Sekunden, bevor sie den positiven, direkten Bezug benennt, der sich mit über den Blickkontakt zwischen ihr und dem Patienten einstellt. Nicht mehr Trauer, sondern Freude an der Gemeinsamkeit sei spürbar gewesen, was offenbar sowohl für D als auch für den Patienten gilt.

Interessant erscheint, dass D den freien Blick, den positiven Bezug und das gemeinsame Erlebnis der Freude sprachlich nicht als etwas von einem bestimmbareren Urheber aktiv Gestaltetes darstellt, sondern eher als etwas, das sich (zwischen beiden und mit Guzl) ereignet. Hier wird eine große emotionale Nähe zum Patienten deutlich. Indem D sich von ihm dazu bringen lässt, den Refrain mit dem Kinderchor mitzusingen, stellt sie sich als Container zur Verfügung, übernimmt stellvertretend kindliche Anteile des Patienten und solidarisiert sich mit ihnen (gegen die Mutter). Die als authentisch und gemeinsam erlebte Freude deutet darauf hin, dass durch Ds Mitsingen im Rahmen von Übertragungsgeschehen eine Art Verschmelzung oder emotionale Ansteckung mit dem Patienten und seinen kindlichen Anteilen stattfindet.

det, durch die sich der Patient im Sinne von Interaffektivität verstanden und angenommen fühlen kann.

Anders als bei dem Traueraffekt, der nicht geteilt werden kann und tief verunsichert (Segment 39), und der Freude an positiven Beziehungserfahrungen, die der Patient zunächst allein mit D als mitfühlender Zeugin erlebt (Segment 9), stellt der Patient durch das Mitsingen von D im Kinderchor von Guzl eine Situation her, die Interaffektivität ermöglicht. Anhand der Fallgeschichte ist anzunehmen, dass er mit seinen Eltern nicht ausreichend viele solcher gelungenen Erfahrungen der Affekt Abstimmung machen konnte.

Das gemeinsame Singen im Kinderchor kann auch als Reinszenierung der gelungenen Beziehungserfahrungen des Patienten mit seinem Vater verstanden werden, die der Patient im Liedtext bereits symbolisch repräsentiert sieht. Dabei wird D vom Patienten in die Rolle des Vaters versetzt und bekommt die beglückende Nähe in der Beziehung dadurch direkt zu spüren. Insofern kann die unvermittelte Nennung der Pädophilie mit ihrer vernebelnden, distanzierenden Wirkung rückblickend auch als Reinszenierung eines weiteren Teils der Familiendynamik verstanden werden: Da die Nähe des Patienten zum Vater von der Mutter verboten und tabuisiert wird, muss D in ihrer Identifikation mit dem Vater dafür sorgen, dass gemeinsame positive Beziehungserfahrungen vertuscht werden.

Diese Szene bildet den inhaltlichen Höhepunkt der Therapieszene „Geboren um zu leben“ und gleichzeitig ihren Abschluss, markiert durch das folgende längere Schweigen der gesamten Gruppe.

## 6.5 Ergebnisse

Wie in Kapitel 6.4 beschrieben und dort in Abbildung 1 visualisiert, werden die explizit und implizit geäußerten emotionalen Einstellungen der Musiktherapeutin (D) in

- ihrer Beziehung zu Guzl in seiner musikalischen Erscheinung (Guzl-mE)
- ihrer Beziehung zum Patienten und seiner Lebens- sowie Therapiegeschichte (Pat-LTg)
- ihrer Beziehung zu der Beziehung des Patienten zu Guzl (Pat-Guzl) sowie
- ihrer Beziehung zur Gruppendiskussion und ihren Phantasien darüber, wie die Teilnehmenden anhand ihrer Erzählung über sie denken (GD)

untersucht. Ziel der Auswertung ist es, die in der chronologisierten Guzl-Szene enthaltenen emotionalen Äußerungen diesen verschiedenen, ineinander verschränkten Beziehungsdimensionen systematisch zuzuordnen. Dies erfolgt auf der Grundlage der reflektierenden Interpretation (siehe Kapitel 6.4.2). Zugunsten eines besseren Leseflusses werden dabei die oben genannten Abkürzungen verwendet.

### Segment 7

Deutlich beeinflusst von GD erkennt D die allgemeine Beliebtheit von Guzl-mE an, formuliert ihre emotionale Ablehnung von Guzl-mE zurückhaltend und stellt Guzl-mE Pat-Guzl gegenüber, um von ihrer eigenen emotionaler Ablehnung abzulenken.

Insgesamt steht D in GD vor einem grundsätzlichen Dilemma: lehnt sie Guzl-mE emotional ab, droht ihr gegenüber sich selbst und den anwesenden Kolleginnen (GD) Idealitätsscham wegen Diskrepanz zum Berufsideal. „Der Betroffene stellt eine (schmerzliche) Diskrepanz zwischen aktuellem, eventuell plötzlich bemerkten Ist-Zustand und idealisierten Vorstellungen von sich fest, was mit Scham einhergeht“ (Hilgers 2012, S. 301). Doch sagt ihr Guzl-mE geschmacklich zu, droht D in GD das sogenannte „Heino-Phänomen“, bei dem „die Präferenz für ein bestimmtes Genre, einen Künstler, eine Band etc., welche innerhalb einer sozialen Gruppe oder Peer-group als unpopulär erachtet wird, eine weitere Ursache für Scham“ darstellt (Rötter & Reinhardt 2012, S. 241). Insofern kann sowohl eine wohlwollende als auch eine ablehnende emotionale Haltung gegenüber Guzl-mE in GD von Schamgefühlen begleitet sein.

Segment 26

D formuliert ihre emotionale Ablehnung von Guzl-mE deutlicher, da ihr Vertrauen gegenüber GD gewachsen ist. Durch die Intervention der Moderatorin bestätigt sich der Eindruck, dass D anhand ihrer emotional ablehnenden Haltung gegenüber Guzl-mE im Rahmen der GD offenbar Scham empfindet. Es ist zu vermuten, dass es sich dabei um Idealitätsscham handelt, denn Ds Ablehnung von Guzl-mE wird dem (impliziten) musiktherapeutischen Berufsideal, jeder Musik in wertschätzender Haltung zu begegnen, nicht gerecht.

Segmente 26, 27, 28

D äußert sich wertschätzend und anerkennend über Pat-Guzl und würdigt anhand von Pat-Guzl diverse Ressourcen und Kompetenzen des Pat (Pat-LTg). Ihr Perspektivwechsel hin zu Pat-Guzl und Pat-LTg schafft einen Gegenpol zu Guzl-mE. Indem sie Guzl als „etwas Eigenes“ des Patienten anerkennt (Pat-Guzl, Pat-LTg), verdeutlicht sie gleichzeitig, dass eine emotional ablehnende Haltung zu Guzl-mE auch eine indirekte Ablehnung des Patienten bedeutet. Hilgers (2012, S. 297 f.) stellt dazu fest: „[D]a Musik ohnehin immer etwas vom Innenleben dessen verrät, der sie schätzt, ist das Vorspielen von Lieblingsmelodien gegenüber einem geliebten oder nahen Menschen grundsätzlich nicht ohne Risiko. Denn die Ablehnung der Musik kommt subjektiv einer partiellen Zurückweisung der eigenen Person gleich. Auch das würde erhebliche Schamgefühle auslösen. Doch selbst wenn keine negative Rückmeldung über die favorisierte Musik und das damit verknüpfte innere Erleben und Leben erfolgt, bleibt der gemeinsame Hörerlebnis potentiell sensibel: Musik überschreitet die intimen Grenzen zweier Menschen oft sehr rasch und verbindet die Herzen – oder trennt sie.“

Segmente 8, 39, 40, 31

D berichtet über Pat-Guzl, wie beim Singen erst wenig, dann mehr emotionale Beteiligung möglich ist, bis das aus der Gong-Szene bekannte Trauergefühl aufkommt. Das Abwenden des Blickes und die Kontaktlosigkeit (Pat-LTg), von D als Teil der Trauerreaktion gedeutet, könnten auch als Hinweise auf Intimitätsscham des Patienten aufgrund starker emotionaler Berührtheit im Beisein seiner Musiktherapeutin (Pat-LTg) verstanden werden: „Plötzliche unkontrollierte Gefühlsausbrüche, Weinen, Rührung oder zu weit gehende, inflationäre Selbstöffnungen lösen – teilweise zeitversetzt – Intimitätsscham aus, die die weitere Teilnahme bedroht“ (Hilgers 2012, S. 301).

Die Abwendung des Blickes ist eine für Scham typische körperliche Reaktion: „Scham führt dazu, dass wir uns vom Anderen abwenden, seinem Blick entfliehen, gleichsam „vom Erdboden verschwinden wollen““ (Tiedemann 2012, S. 227).

Denkbar ist auch, dass beide, d.h. sowohl D als auch der Patient (Pat-LTg) von dem aufkommenden Schamgefühl erfasst sind, denn „Scham ist auch immer an der Grenze von Selbst und Anderen angesiedelt. Wessen Scham ist es dann eigentlich, könnte man zu Recht fragen?“ (Tiedemann 2012, S. 220). Eventuell fühlt D die Scham des Patienten empathisch mit. Die eigene starke Verunsicherung Ds (Pat-LTg) kann aber auch als Kompetenzscham gedeutet werden, bei der sich der Betroffene „lächerlich in seinem vermeintlichen Unvermögen oder seinen tatsächlichen Fehlern“ (Hilgers 2012, S. 301) fühlt. Sowohl während der erzählten Therapieszene (Pat-LTg) als auch während ihrer Darstellung dieser Szene (GD) könnte D von Kompetenzscham betroffen sein. Körber & Weber (2012, S. 211) betonen den besonders intimen und daher brisanten Charakter von Schamgefühlen bei den Behandelnden: „Auf Seiten des Therapeuten ist - abgesehen vom therapeutisch nützlichen Gegenübertragungseffekt - echte Scham so etwas Persönliches, das man öffentlich nicht zur Schau stellt - vielleicht auch sogleich verdrängt“ (Körber & Weber 2012, S. 211).

Dass D die verbale Bearbeitung dieser Erlebnisse an die Gesprächstherapeutin delegiert und die Zusammenarbeit idealisiert darstellt, dient vermutlich zur Abwehr der Kompetenzscham in der GD.

### Segment 9

Guzl-mE erfährt durch wiederholte Performance des Patienten (Pat-Guzl) eine Veränderung der Bedeutungszuschreibung zum Positiven (Wertschätzung, Kraft, Bindung) in Pat-LTg. Dieser Moment der emotionalen Einstellungsveränderung ist gekennzeichnet durch eine Überlagerung von Pat-Guzl und Pat-LTg, durch die Guzl-mE für D in den Hintergrund tritt. Im Rahmen von Pat-LTg wird D durch diese Entwicklung von der Kompetenzscham befreit.

Segment 41

Dass D erst nach mehrfachem Nachhaken Aussagen zu Pat-Guzl offenbart, kann verschiedene Ursachen haben. Im Rahmen von GD ist D eventuell durch Kompetenzscham gehemmt, Spekulationen anzustellen, wenn sie sich nicht sicher ist. Im Rahmen von Pat-LTg und GD könnte außerdem Intimitätsscham eine Rolle spielen. Denkbar ist, dass D aus Loyalität zum Patienten und um die gemeinsame intime Erfahrung vor der GD zu schützen, zunächst schweigt. Eventuell wird durch Ds langes Zögern in der GD zunächst reinszeniert, was dann auf Drängen der GD offenbart wird, nämlich dass es positive Beziehungserfahrungen mit dem Vater gibt, die vor der Mutter geheim gehalten werden müssen (Pat-LTg, Pat-Guzl). Eine weitere Erklärungsmöglichkeit ist, dass es D erst im Rahmen von GD überhaupt möglich wird, sich der Zusammenhänge, die sie dann schildert, bewusst zu werden.

Segment 42

D wird mit ihren musikpraktischen Möglichkeiten Guzl-mE nicht gerecht, was möglicherweise zu Kompetenzscham führt (GD, Pat-LTg). Im Rahmen von Pat-Guzl übernimmt D jetzt die Sicht des Patienten und äußert dadurch eine (verglichen mit den Segment 7 und 26) völlig konträre, positive emotionale Einstellung zu Guzl-mE. Eventuell stellt D Guzl-mE nun idealisiert dar, damit ihr im Vergleich damit ungenügendes Gitarrenspiel ihr nicht peinlich sein muss (Abwehr der Kompetenzscham in GD).

Plausibel erscheint aber auch, dass der Rahmen der GD bei D zum Bewusstwerden dieser emotionalen Einstellungsänderung gegenüber Guzl-mE führt, die sich im Prozess der therapeutischen Beziehungsgestaltung (Pat-LTg) entwickelt hat. Wäre D schon zu Anfang der Gruppendiskussion bewusst gewesen, dass sich ihre emotionale Einstellung gegenüber der mitgebrachten Musik im Therapieverlauf zum Positiven verändert hat, hätte sie dies vermutlich schon in ihrer Anfangserzählung erwähnt und sich damit vor den an mehreren Stellen deutlich erkennbaren Schuld- und Schamgefühlen bewahren können, der sie sich durch das Eingestehen der emotionalen Ablehnung im Rahmen der Gruppendiskussion aussetzt.

Segment 43

D wird durch ihr Mitsingen im Guzl-Kinderchor musikalisch in Pat-Guzl einbezogen (Pat-LTg). Im Rahmen der GD stellt D erst anschauliche Nähe zu dieser Therapiesituation her, erzeugt dann durch ihren Pädophilie-Einwurf plötzlich Distanz und damit einen emotionalen Bruch. Laut Tiedemann (2012, S. 227) haben „Schamerleben



und Schamsituationen immer etwas mit einem Bruch, einer Unterbrechung und Beurteilung zu tun.“ Anschließend schildert D eine sehr intime Szene (Pat-LTg), die einen wichtigen Wendepunkt im Therapieverlauf markiert und daher nur schwer für die Außenstehenden der GD darstellbar ist. Möglicherweise stellt D die Intimitätscham, die sie anhand dessen vermutlich empfindet, durch die überraschende Erwähnung der fragliche Pädophilie auch bei den Teilnehmerinnen der GD her, um deren Aufmerksamkeit abzulenken und dadurch sowohl ihre eigene als auch die Intimsphäre des Patienten (Pat-LTg) zu schützen.

„Kunst, besonders Musik, Tanz und das eigene Singen wie Musizieren überschreiten viel rascher als Worte und Gespräche die beschriebenen Intimitätsgrenzen und öffnet schneller Zugang zu teils auch heftigen Gefühlen, die – was Verlegenheiten steigern kann – dem Betreffenden eventuell gar nicht bewusst waren“ (Hilgers 2012, S. 297 f.).

Bezogen auf Pat-LTg erscheint es denkbar, dass der Patient im Grunde Sehnsucht nach seiner Mutter bzw. nach Mütterlichkeit verspürt, die (aufgrund der offensichtlich großen eigenen Bedürftigkeit und Labilität der Mutter) so brisant ist, dass er sie auf den Vater verschieben muss. Es ist anzunehmen, dass seine Muttersehnsucht für den Patienten aufgrund adoleszenter Identitätsdiffusion gegenüber D mit (Intimitäts- oder Abhängigkeits-) Scham besetzt ist (Pat-LTg).

Zum Zeitpunkt der Therapie ist auch der Vater für den Patienten nicht (mehr) ausreichend verfügbar, nur in Form von Erinnerungen, die in Pat-Guzl contained sind. Vor diesem Hintergrund können kindliche Bedürftigkeit, Geborgenheit und Nähewünsche möglicherweise nur maskiert als „Pädophilie“ zum Ausdruck gebracht werden (Pat-LTg). Denkbar ist, dass nicht nur der Patient, sondern auch D im Rahmen der GD von diesem Abwehrphänomen betroffen ist.

Im gemeinsamen Singen im Kinderchor von Guzl (Pat-LTg, Pat-Guzl) erleben D und ihr Patient intensiven Blickkontakt und Freude an Gemeinsamkeit im Sinne von Interaktivität. D teilt die positiven Beziehungserfahrungen des Pat. mit seinem Vater, die in Guzl contained sind (Pat-Guzl, Pat-LTg), und erfüllt ihm gleichzeitig vermutlich die Wünsche nach verschmelzender Nähe, die er unbewusst an seine Mutter hat. Anhand dieser hochkomplexen, vielschichtigen Beziehungssituation, die für D selbst zum Zeitpunkt der Darstellung vermutlich nicht mit allen Aspekten verständlich ist, und der fragilen Balance möglicher Bedeutungen in der kurzen Phase des

gemeinsamen Singens erscheint es nachvollziehbar, dass D den Grad der Nähe der GD zu diesem Geschehen durch die oben beschriebene Intimitätsscham reguliert. „Das Teilen von Gefühlen schafft einen gemeinsamen Intimitätsraum, der zu seinem Schutz immer mit Scham bewehrt ist“ (Hilgers 2012, S. 297).

Abschließend können die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung<sup>15</sup> wie folgt zusammengefasst werden:

- Das gemeinsame Anhören mitgebrachter Musik<sup>16</sup> in der Einzelmusiktherapie kann eine hochkomplexe therapeutische Beziehungssituation sein, die eine Reinszenierung und Bearbeitung von wesentlichen, auf andere Weise u.U. gar nicht vermittelbaren Themen ermöglicht.
- Die Musiktherapeutin modifiziert ihre emotionale Einstellung zu der von ihrem Patienten mitgebrachten Musik während des Therapieverlaufes.
- Die Musiktherapeutin modifiziert ihre emotionale Einstellung zu der von ihrem Patienten mitgebrachten Musik in gewisser Weise auch während des kollegialen Austausches<sup>17</sup>, indem sie sie in ihrer Darstellung und hinterfragt durch Fachkolleginnen retrospektiv (re-) konstruiert und sich dabei der im Therapieverlauf vollzogenen emotionalen Veränderungsprozesse erst bewusst wird.
- Schamgefühle und deren Abwehr können in der therapeutischen Beziehungssituation des Umgangs mit mitgebrachter Musik einen großen Einfluss haben und sowohl den Patienten als auch die Musiktherapeutin betreffen.

---

<sup>15</sup> Diese Ergebnisse beruhen auf der Auswertung der Fallgeschichte „Geboren um zu leben“ anhand der chronologisierten GuZl-Szene. Die Transkripte der anderen erhobenen Fallgeschichten (siehe Anhang) lassen allerdings Hinweise darauf erkennen, dass sich diese Ergebnisse auch in den anderen erhobenen Fallgeschichten zeigen. Zur Überprüfung dessen steht eine Auswertung der anderen Falldarstellungen aus.

<sup>16</sup> Dies schließt das aktive musikalische Umgehen mit der mitgebrachten Musik ein, da die Übergänge zwischen dem gemeinsamen Hören und dem Singen, Spielen, Tanzen in allen erhobenen Fallbeispielen (siehe Anhang) fließend sind.

<sup>17</sup> In diesem Fall während der Gruppendiskussion. Es kann anhand der starken Ähnlichkeit in der Vorgehensweise angenommen werden, dass im Rahmen von Supervision oder Intervention ähnliche Prozesse stattfinden.

- Schamgefühle und deren Abwehr haben außerdem einen großen Einfluss auf die (Selbst- und) Falldarstellung vor Fachkolleginnen, was bei der Durchführung und Auswertung von Gruppendiskussionen zu berücksichtigen ist.

## **6.6 Diskussion**

### **6.6.1 Diskussion der Ergebnisse**

In Bezug auf die erste Forschungsfrage, mit welcher emotionalen Einstellung Musiktherapeutinnen der von Jugendlichen in die Einzelmusiktherapie mitgebrachten Musik begegnen (siehe Kapitel 3.2), ließ sich am Beispiel der Fallgeschichte „Geboren um zu leben“ nachweisen, dass die Musiktherapeutin ihre zunächst ablehnende emotionale Einstellung gegenüber der mitgebrachten Musik im Verlauf der Therapie modifiziert.

Bezüglich der zweiten Forschungsfrage, wie Musiktherapeutinnen die Bedeutung dieser emotionalen Einstellung retrospektiv in Bezug auf die therapeutische Beziehung und den therapeutischen Prozess interpretieren (siehe Kapitel 3.2), zeigte sich am Beispiel der Fallgeschichte „Geboren um zu leben“, dass der emotionalen Einstellung der Musiktherapeutin sowie den Modifikationsprozessen, denen diese Einstellung unterliegt, in der Gruppendiskussion ein wesentlicher Einfluss auf den therapeutischen Prozess zugesprochen wurde.

Eine Generalisierung der Ergebnisse ist angesichts der schmalen Datenbasis, die in der vorliegenden Pilotstudie ausgewertet wurde, nicht möglich. Dennoch wird im Folgenden der Versuch unternommen, die gefundenen Ergebnisse in ihrer möglichen Bedeutung für die musiktherapeutische Praxis und Forschung zu verallgemeinern.

Am Beispiel einer Pilotstudie zeigt die vorliegende Arbeit, dass die Therapiesituation des gemeinsamen Anhörens mitgebrachter Musik in der Einzelmusiktherapie mit Jugendlichen enormes Potential für hochkomplexe Beziehungskonstellationen und wesentliche therapeutische Erfahrungen enthalten kann. Die Sensibilisierung von Musiktherapeutinnen für dieses Potential ist ein wichtiges Ergebnis dieser Arbeit, das auch auf andere Arbeitsfelder und Klientengruppen der musiktherapeutischen Praxis übertragbar sein dürfte. Eine weitere Folgerung, die aus dieser Arbeit für die musiktherapeutische Praxis gezogen werden kann, ist die Sensibilisierung von Mu-

siktherapeutinnen für die bewusstere Wahrnehmung und Reflektion der eigenen emotionalen Einstellungen zu mitgebrachter Musik oder auch allgemein zum Musikgeschmack von Patienten.

Als weiteres wichtiges Ergebnis ist festzuhalten, dass sich auch bei Musiktherapeutinnen im Therapieverlauf Veränderungsprozesse vollziehen können, die überwiegend unbewusst ablaufen und u.U. entscheidenden Einfluss auf den therapeutischen Prozess und die Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten haben. Das Bewusstsein dafür zu schärfen, dass eigene emotionale Veränderungsprozesse im Therapieverlauf stattfinden und auf diesen wichtigen Einfluss haben können, stellt eine weitere Folgerung dieser Arbeit für die musiktherapeutische Praxis dar.

Dies wurde deutlich am Beispiel der Modifikation der emotionalen Einstellung zu mitgebrachter Musik, die in der untersuchten Fallgeschichte in zwei Schritten erkennbar wurde (siehe Segment 9 und Segment 42). Diesen Veränderungsprozess in ihrer Einstellung zu dem Lied in seiner musikalischen Erscheinung vollzog die Musiktherapeutin offensichtlich, indem sie sich zunehmend in die subjektiven Bedeutungsräume einfühlte, die der Patient mit dem Lied verband, und / oder indem sie durch den Patienten zunehmend in diese einbezogen wurde.

Offenbar war sich die Musiktherapeutin dieser im therapeutischen Prozess erfolgten eigenen Einstellungsänderung zunächst gar nicht bewusst, sondern sie wurde sich darüber erst im Verlauf der vertieften gemeinsamen Reflexion im Rahmen der Gruppendiskussion klar (siehe Segmente 41 und 42). Dies unterstreicht als weiteres Ergebnis dieser Arbeit den hohen Stellenwert, den regelmäßige Supervision und Intervision für die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der persönlichen und professionellen Kompetenzen von Musiktherapeutinnen haben.

Die durchgeführte Pilotstudie zeigte außerdem, dass Schamgefühle (v.a. Intimitätscham) und deren Abwehr im Umgang mit mitgebrachter Musik auf mehreren Ebenen eine wichtige Rolle spielen und nicht nur den Patienten, sondern auch die Musiktherapeutin betreffen können. Dieses Ergebnis lässt sich vermutlich aus der Arbeit mit Jugendlichen in der Einzelmusiktherapie auf andere Arbeitsfelder übertragen. Die Sensibilisierung für Schamphänomene und ein entsprechend reflektierter Umgang damit stellen weitere wünschenswerte Folgerungen dieser Arbeit für die musiktherapeutische Praxis dar.

### 6.6.2 Diskussion der Methode

Im Rahmen der durchgeführten Untersuchung stellte sich Gruppendiskussion als gegenstandsangemessene und zielführende Erhebungsmethode für die gewählte Fragestellung heraus.

Es zeigte sich, dass die Arbeitsweise in einer Gruppendiskussion für die teilnehmenden Fachkolleginnen durch ihre große Ähnlichkeit mit berufstypischen Interaktionsformen wie Supervision und Intervision bereits vertraut war. Dadurch konnte schnell eine naturalistische, praxisnahe Arbeitsatmosphäre entstehen, die reichhaltiges und tragfähiges Datenmaterial ergab. Die Durchführung der Gruppendiskussion in einem Musiktherapieraum, d.h. in einer für alle Beteiligten sowie für das Thema der Diskussion alltäglichen Umgebung, wirkte sich zusätzlich günstig auf das Diskussionsklima aus. In deutlich höherem Ausmaß als bei anderen Erhebungsverfahren wie z.B. Experteninterviews können bei einer Gruppendiskussion auch die Teilnehmerinnen neue Eindrücke und Anregungen gewinnen, was die Teilnahme-motivation erhöhte. Alle Diskutantinnen gaben abschließend an, von der Teilnahme profitiert zu haben.

Die Forschungsthese, dass die gewählte Fragestellung implizites Praxiswissen (tacit knowing) sowie tabuisierte, schambesetzte Aspekte umfasst, bestätigte sich im Verlauf der Untersuchung. Eine Gruppendiskussion erwies sich besonders in diesem Zusammenhang als ausgesprochen geeignetes Erhebungsinstrument, denn im Rahmen der Auswertung zeigte sich, dass vorrangig in der Art und Weise der Interaktion zwischen der Musiktherapeutin und ihren anwesenden Fachkolleginnen wesentliche Aspekte des Themas deutlich wurden. Im reinen Wortlaut des Gesagten, beispielsweise in Antworten auf Fragen in einem Experteninterview oder auf einem Fragebogen, hätten diese vermutlich nicht erkennbar werden können.

Bezüglich der Interaktion wurde deutlich, dass Schamgefühle (v.a. Kompetenz- und Idealitätsscham) und deren Abwehr in der Beziehungssachse zwischen der Musiktherapeutin und der Gruppendiskussion (siehe Abbildung 1, Kapitel 6.4) einen großen Einfluss auf die Darstellungsweise der Musiktherapeutin ausübten. Die Phantasien der Musiktherapeutin darüber, wie die anderen Teilnehmenden anhand ihrer Erzählung über sie denken würden, durchzogen ihre Äußerungen und färbten sie deutlich ein (siehe Segmente 7, 26, 39, 40, 41, 42, 43). Bei weiteren Erhebungen im Rahmen von Gruppendiskussionen erscheint es daher empfehlenswert, von vornhe-

rein mit Schamgefühlen und entsprechenden Abwehrphänomenen zu rechnen und diese in der Art der Durchführung und Auswertung zu berücksichtigen, vor allem wenn es sich um ein tendenziell tabuisiertes Thema handelt.

Ein weiterer methodischer Vorteil der Gruppendiskussion in der vorliegenden Arbeit lag darin, dass diese Erhebungsmethode durch die per se entstehende Perspektivenvielfalt eine bessere Absicherung von Interpretationen durch die Forscherin in der Auswertung gewährleistete, da bereits während der Erhebung durch die Teilnehmerinnen verschiedene Interpretationsmöglichkeiten eingebracht und miteinander verhandelt wurden.

Durch die Gruppendiskussion in der vorliegenden Untersuchung wurde eine so große Datenmenge von so hoher inhaltlicher Komplexität erhoben, dass eine vollständige Auswertung aller diskutierten Fallgeschichten innerhalb dieser Masterarbeit nicht möglich war. Bei zukünftigen Forschungsprojekten erscheint es daher sinnvoll, Umfang und Detailtiefe bereits bei der Erhebung sorgfältig abzuwägen, wobei die inhaltliche Sättigung, die in einer Gruppendiskussion erreicht wird, im Vorfeld allerdings kaum einschätzbar ist.

Angesichts der reichhaltigen Datengrundlage war eine systematische Datenreduktion notwendig. Daher wurde eine Therapieszene aus einer Fallgeschichte für die exemplarische Auswertung ausgewählt, so dass die vorliegende Untersuchung als Pilotstudie zu verstehen ist. Die ausgewählte Schlüsselszene (Guzl-Szene) wurde in verschiedenen Schritten aufbereitet (siehe Kapitel 6.2.3) und auf der Grundlage der dokumentarischen Methode ausgewertet. Angesichts der Ergebnisse dieser Untersuchung ist die gewählte Vorgehensweise bei der Auswertung als geeignet zu bewerten, so dass es sinnvoll erscheint, sie bei der noch ausstehenden Auswertung der anderen Fallgeschichten ebenfalls anzuwenden.

Auch im Rahmen der Auswertung einer einzelnen Therapieszene bestand eine methodische Schwierigkeit im Umgang mit der ausgeprägten Mehrdeutigkeit und Vielschichtigkeit des Materials. Diese standen im Spannungsfeld mit der Notwendigkeit einer nachvollziehbaren Darstellungsweise und der dazu erforderlichen Reduktion von Komplexität. Ein Beispiel für das Abwägen zwischen dem größtmöglichen Erhalt verschiedener Bedeutungsebenen und möglichst klarer inhaltlicher Nachvollziehbarkeit bildete die Chronologisierung der Guzl-Szene, d.h. der Aufbereitungsschritt, die Segmente dieser Therapieszene nicht in der Reihenfolge des Erzählens im

Rahmen der Gruppendiskussion zu belassen, sondern in die Reihenfolge des Geschehens innerhalb der Therapiesituation zu bringen, und die Entscheidung, diese chronologisierte Fassung als Grundlage der Auswertung zu nehmen. Beide genannten Vorgehensweisen bringen Vor- und Nachteile mit sich. Die Chronologisierung der Guzl-Szene erschien erforderlich, damit sich die inhaltlichen Zusammenhänge für Leserinnen erschließen können. Durch die Nummerierung der Segmente blieb die Reihenfolge des Erzählens in der Gruppendiskussion dennoch transparent. Anhand der geschilderten Erfahrungen erscheint es sinnvoll, zur Auswertung von Schlüsselszenen aus den anderen erhobenen Fallgeschichten bei Bedarf ebenfalls eine Chronologisierung der Segmente vorzunehmen.

Das in der Gruppendiskussion erhobene Datenmaterial wirkt so reichhaltig gesättigt, dass auch eine Auswertung mit Schwerpunkt auf dem Gruppenprozess und der Interaktionen untereinander erwogen wurde, beispielsweise mittels einer Diskursanalyse oder Verfahren der objektiven Hermeneutik. Auch von dieser Vorgehensweise sind für die gewählte Fragestellung relevante Ergebnisse zu erwarten. Ausgehend vom Minimalprinzip fiel die Wahl im Rahmen der vorliegenden Arbeit auf die zuvor beschriebene Vorgehensweise, die als weniger aufwändig und dabei für eine erste Sondierung der neuartigen Fragestellung zielführender eingeschätzt wurde.

## 7. Zusammenfassung und Ausblick

### 7.1 Zusammenfassung

In der vorliegenden Masterarbeit zum Thema „Emotionale Einstellungen von Musiktherapeutinnen zu mitgebrachter Musik von Jugendlichen in der Einzelmusiktherapie“ wurde zunächst die Lebensphase der Adoleszenz mit den dazugehörigen Entwicklungsaufgaben definiert (Kapitel 1).

Anschließend wurde durch Untersuchungsergebnisse aus Musikpsychologie, Musiksoziologie und Jugendforschung die herausragende Bedeutung des Musikhörens im Alltag von Jugendlichen und für die Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben belegt (Kapitel 2).

Darauf aufbauend wurde das Erkenntnisinteresse entwickelt, ein besseres Verständnis der Therapiesituation zu gewinnen, die sich konstituiert, indem ein Jugendlicher Musik mit in die Einzelmusiktherapie bringt, und auf die Forschungsfragen fokussiert, mit welcher emotionalen Einstellung Musiktherapeutinnen der mitgebrachten Musik von Jugendlichen begegnen und wie sie dies retrospektiv im Hinblick auf den therapeutischen Prozess bewerten (Kapitel 3).

Obwohl diese Therapiesituation nach klinischer Erfahrung insbesondere in der Musiktherapie mit Jugendlichen häufig auftritt, zeigte eine umfangreiche Literaturrecherche, dass das Hören von mitgebrachter Musik in der musiktherapeutischen Publikationslandschaft nur sehr vereinzelt thematisiert wird und dass die emotionalen Einstellungen der Musiktherapeutinnen zu dieser Musik dabei meistens gar nicht erwähnt, höchstens gestreift werden (Kapitel 4). Zu der gewählten Fragestellung liegt also trotz ihrer hohen Relevanz, die entsprechend der Erkenntnisse aus Musikpsychologie, Musiksoziologie und Jugendforschung sowie der klinischen Erfahrung anzunehmen ist, kaum Fachliteratur vor.

Als geeignete Methode der Datenerhebung für die Erfassung emotionaler Einstellungen wurde eine Gruppendiskussion gewählt, da diese dank ihrer Praxisnähe, Naturalistizität und Prozesshaftigkeit realitätsgerechte Befunde verspricht. Im Gegensatz zu anderen Erhebungsverfahren ermöglichen Gruppendiskussionen auch



Zugang zu vorbewussten oder tabuisierten Inhalten sowie die Erhebung von implizitem Praxiswissen (Kapitel 5).

Die Gruppendiskussion zur Datenerhebung für die durchgeführten Pilotstudie (Kapitel 6) wurde mit einer Ad-Hoc-Gruppe aus vier Musiktherapeutinnen mit Berufserfahrung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Räumlichkeiten einer Berliner Musiktherapiepraxis durchgeführt. Dabei wurden vier Fallgeschichten erhoben und drei davon, die aus Einzelmusiktherapien stammten, anhand eines Topic Guide unter der Moderation der Forscherin diskutiert. Es erfolgte eine vollständige Transkription der Audiografie, die anschließend durch eine farbliche Segmentierung für die Auswertung aufbereitet wurde. Angesichts der großen und reichhaltigen Datengrundlage erfolgte zur systematischen Datenreduktion die begründete Entscheidung für eine der Fallgeschichten. Deren Schlüsselszene wurde in weiteren Schritten aufbereitet und exemplarisch auf der Grundlage der dokumentarischen Methode ausgewertet. Die Ergebnisse wurden wie folgt zusammengefasst:

- Das gemeinsame Anhören mitgebrachter Musik<sup>18</sup> in der Einzelmusiktherapie kann eine hochkomplexe therapeutische Beziehungssituation sein, die eine Reinszenierung und Bearbeitung von wesentlichen, auf andere Weise u.U. gar nicht vermittelbaren Themen ermöglicht.
- Die Musiktherapeutin modifiziert ihre emotionale Einstellung zu der von ihrem Patienten mitgebrachten Musik während des Therapieverlaufes.
- Die Musiktherapeutin modifiziert ihre emotionale Einstellung zu der von ihrem Patienten mitgebrachten Musik in gewisser Weise auch während des kollegialen Austausches<sup>19</sup>, indem sie sie in ihrer Darstellung und hinterfragt durch Fachkolleginnen retrospektiv (re-) konstruiert und sich dabei der im Therapieverlauf vollzogenen emotionalen Veränderungsprozesse erst bewusst wird.

---

<sup>18</sup> Dies schließt das aktive musikalische Umgehen mit der mitgebrachten Musik ein, da die Übergänge zwischen dem gemeinsamen Hören und dem Singen, Spielen, Tanzen in allen erhobenen Fallbeispielen (siehe Anhang) fließend sind.

<sup>19</sup> In diesem Fall während der Gruppendiskussion. Es kann anhand der starken Ähnlichkeit in der Vorgehensweise angenommen werden, dass im Rahmen von Supervision oder Intervention ähnliche Prozesse stattfinden.

- Schamgefühle und deren Abwehr können in der therapeutischen Beziehungssituation des Umgangs mit mitgebrachter Musik einen großen Einfluss haben und sowohl den Patienten als auch die Musiktherapeutin betreffen.
- Schamgefühle und deren Abwehr haben außerdem einen großen Einfluss auf die (Selbst- und) Falldarstellung vor Fachkolleginnen, was bei der Durchführung und Auswertung von Gruppendiskussionen zu berücksichtigen ist.

## 7.2 Ausblick

Die Anwendbarkeit der gefundenen Ergebnisse in der musiktherapeutischen Praxis wurde bereits in Kapitel 6.6.1 diskutiert. Im Folgenden werden weiterführende Fragestellungen für Forschungsvorhaben erörtert, die sich durch die vorliegende Arbeit eröffnen.

Die vorliegende Arbeit kann durch eine Auswertung der anderen beiden diskutierten Fallgeschichten „Durch die Nacht“ und „Tekkno-Tanz“ entsprechend der bei „Geboren um zu leben“ angewandten Vorgehensweise sinnvoll fortgesetzt werden. Ausgewertete Schlüsselszenen aus mehreren Fallgeschichten erlauben möglicherweise einen Vergleich oder eine Typenbildung der emotionalen Einstellungen der beteiligten Musiktherapeutinnen sowie der Art und Weise, wie diese Einstellungen und ggf. ihre Modifikationen im Rahmen der Gruppendiskussion zur Darstellung kommen.

Eine weitere Möglichkeit der sinnvollen Weiterführung liegt in der differenzierten Auswertung des erfolgten Gruppenprozesses, d.h. der Interaktionen während der Gruppendiskussion und möglicher Zusammenhänge mit der inhaltlichen Entwicklung. Dazu könnte die vorliegende Transkription z.B. mittels Diskursanalyse oder objektiver Hermeneutik untersucht werden.

Um die Gegenperspektive der untersuchten Therapiesituation zu ergänzen und ein umfassenderes Bild davon zu erhalten, könnten in einer Gruppendiskussion mit Jugendlichen die Erfahrungen erhoben werden, die diese beim gemeinsamen Anhören mitgebrachter Musik in der Musiktherapie gemacht haben.

Die vorliegende Pilotstudie beschränkte die Fragestellung auf das Setting der Einzelmusiktherapie. Mit „Price Pi“ (siehe Anhang) wurde eine erste Fallgeschichte aus einer Gruppenmusiktherapie vorgelegt, die aber wegen mangelnder Vergleichbar-

keit mit dem Einzelsetting im Rahmen der Gruppendiskussion nicht diskutiert wurde. Im Gruppensetting sind wegen der zusätzlichen Anwesenheit einer Peer Group komplexere soziale Phänomene beim Umgang mit mitgebrachter Musik und diesbezüglichen emotionalen Einstellungen zu erwarten. Diese Phänomene in Gruppendiskussionen mit Musiktherapeutinnen und / oder mit Jugendlichen zu erheben und das in der Pilotstudie erprobte Vorgehen auf das Setting der Gruppenmusiktherapie anzuwenden, erscheint ebenfalls als eine reizvolle Weiterführung der vorliegenden Arbeit.

Auch in anderen Arbeitsfeldern als der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind Musiktherapeutinnen mit mitgebrachter Musik von Patienten konfrontiert, beispielsweise in der Arbeit mit Erwachsenen im Rahmen von Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie oder mit hochbetagten Menschen. Auch in diesen Arbeitsfeldern erscheint es interessant, mittels Gruppendiskussionen die emotionalen Einstellungen der Musiktherapeutinnen zu diesen Musiken zu untersuchen. Eventuell werden dabei Vergleiche zwischen den Arbeitsfeldern möglich, wie die Regulationsprozesse zwischen persönlicher und professioneller Einstellung zu den mitgebrachten Musiken jeweils gestaltet werden und welche Phänomene dabei auftreten.

## Literaturverzeichnis

Aldridge, D. (Hrsg.) (2005): *Case Study Designs in Music Therapy*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Barnowski-Geiser, W. (2009): *Hören, was niemand sieht. Kreativ zur Sprachen bringen, was Kinder und Erwachsene aus alkoholbelasteten Familien bewegt*. Neukirchen-Vluyn: Affenkönig Verlag.

Bohnsack, R.; Marotzki, W.; Meuser, M. (Hrsg.) (2010): *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung*. 3. durchgesehene Auflage. Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Bohnsack, R.; Nentwig-Gesemann, I.; Nohl, A.-M. (Hrsg.) (2007): *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bohnsack, R.; Przyboski, A.; Schäffer, B. (Hrsg.) (2006): *Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis*. Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Bruscia, K. E. (Hrsg.) (1991a): *Case Studies in Music Therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.

Bruscia, K. E. (1991b): The Fundamentals of Music Therapy Practice. In: Bruscia, K. E. (Hrsg.) (1991): *Case Studies in Music Therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.

Crozier, W. R. (1997): *Music and Social Influence*. In: Hargreaves, D. J.; North, A. C. (Hrsg.) (1997, reprinted 2009): *The Social Psychology of Music*. New York: Oxford University Press.

De Backer, J.; Van Kamp, J. (1999): *Specific Aspects of the Music Therapy Relationship to Psychiatry*. In: Wigram, T.; de Backer, J. (Hrsg.) (1999): *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Degryse, M. (2012): *Ein geschützter Raum inmitten von Aggressionen. Musiktherapie in der Kinderpsychiatrie nach dem Modell von Anton Dösen*. In: *Musiktherapeutische Umschau*, 33 (1), 46 – 54.

- Dollase, R. (1997): *Musikpräferenzen und Musikgeschmack Jugendlicher*. In: Baacke, D. (Hrsg.) (1997): *Handbuch Jugend und Musik*. Opladen: Leske + Budrich.
- Duey, C. J. (1991): *Group Music Therapy for Women with Multiple Personalities*. In: Bruscia, K. E. (Hrsg.) (1991): *Case Studies in Music Therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Dvorkin, J. (1991): *Individual Music Therapy for an Adolescent with Borderline Personality Disorder: An Object Relations Approach*. In: Bruscia, K. E. (Hrsg.) (1991): *Case Studies in Music Therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Engelmann, I. (2007): *Mein allein ist das Land meiner Seele*. In: Metzner, S. (2007): *Nachhall. Musiktherapeutische Fallstudien*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Eschen, J. T. (Hrsg.) (2002): *Analytical Music Therapy*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Fend, H. (2001): *Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. 2. durchgesehene Auflage. Opladen: Leske + Budrich.
- Fischli, P.; Weiss, D. (2007): *Findet mich das Glück?* 4. Auflage. Köln: Verlag der Buchhandlung Walter König.
- Flammer, A.; Alsaker, F. D. (2002): *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschließung innerer und äußerer Welten im Jugendalter*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Flammer, A. (2009): *Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz*. In: Fegert, J. M.; Strebeck – Fischer, A.; Freyberger, H. J. (Hrsg.) (2009): *Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters*. Stuttgart: Schattauer.
- Frohne-Hagemann, I.; Pleß-Adamczyk, H. (2005): *Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD-10*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gold, C.; Voracek, M.; Wigram, T. (2004): *Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis*. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45 (6), 2004, 1054-1063. Oxford: Blackwell Publishing.

- Grob, A.; Jaschinski, U. (2003): *Erwachsen werden. Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz Verlag.
- Grocke, D.; Wigram, T. (2007): *Receptive Methods in Music Therapy. Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Haffa-Schmidt, U.; von Moreau, D.; Wölfl, A. (Hrsg.) (1999): *Musiktherapie mit psychisch kranken Jugendlichen. Grundlagen und Praxisfelder*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Haffa-Schmidt, U. (1999): *Musiktherapeutische Vielfalt – Methodische Überlegungen und Besonderheiten*. In: Haffa-Schmidt, U.; von Moreau, D.; Wölfl, A. (Hrsg.) (1999): *Musiktherapie mit psychisch kranken Jugendlichen. Grundlagen und Praxisfelder*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Henecka, N. (2010a): *Schönheit – Ästhetik – Musiktherapie*. In: *Musiktherapeutische Umschau*, 31 (1), 27 – 33.
- Henecka, N. (2010b): *Ästhetik und Musiktherapie*. Frankfurter Texte zur Musiktherapie, Band 1. Wiesbaden: Reichert Verlag.
- Hilgers, M. (2012): *Shame on you, if you can't dance, too – Schamkonflikte in der Musiktherapie*. In: *Musiktherapeutische Umschau*, 33 (3), 296-305.
- Hoehne, D.; Freyberger, H. J.; Plener, P. L. (2009): *Fernsehen, Computer und Buch – Risiken und Chancen im Kindes- und Jugendalter*. In: Fegert, J. M.; Streeck – Fischer, A.; Freyberger, H. J. (Hrsg.) (2009): *Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters*. Stuttgart: Schattauer.
- Jerrentrup, A. (1997): *Populärmusik als Ausdrucksmedium Jugendlicher*. In: Baacke, D. (Hrsg.) (1997): *Handbuch Jugend und Musik*. Opladen: Leske + Budrich.
- Klampfl, P. (2012): *„Nicht so schöne Gefühle.“ Ein Beispiel aus der Gruppenmusiktherapie*. In: *Musiktherapeutische Umschau*, 33 (3), 278-282.
- Kleinen, G. (2008): *Musikalische Sozialisation*. In: Bruhn, H.; Kopiez, R.; Lehmann, A.C. (Hrsg.) (2008): *Musikpsychologie. Das neue Handbuch*. Reinbek: Rowohlt Verlag.

Kloppenburg, J. (2005): *Musikpräferenzen. Einstellungen, Vorurteile, Einstellungsänderungen*. In: De la Motte – Haber, H.; Rötter, G. (Hrsg.) (2005): *Musikpsychologie*. Laaber: Laaber Verlag.

Körber, A. (2012): *Musik und Manipulation. Scham- und Schuldgefühle im gruppenmusiktherapeutischen Prozess*. In: *Musiktherapeutische Umschau*, 33 (3), 269-274.

Körber, A.; Weber, T. (2012): *Scham: (K)ein Thema für die Musiktherapie?* In: *Musiktherapeutische Umschau*, 33 (3), 210-218.

Lamnek, S. (2005): *Gruppendiskussion. Theorie und Praxis*. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Lefebvre, C. (1991): *All her `Yesterdays`: An Adolescent's Search For A Better Today Through Music*. In: Bruscia, K. E. (Hrsg.) (1991): *Case Studies in Music Therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.

Loos, P.; Schäffer, B. (2001): *Das Gruppendiskussionsverfahren: theoretische Grundlagen und empirische Anwendung*. Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Lutz-Hochreuthener, S. (2009): *Spiel – Musik – Therapie. Methoden der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Martin, J. A. (1991): *Music Therapy at the End of a Life*. In: Bruscia, K. E. (Hrsg.) (1991): *Case Studies in Music Therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.

McFerran, K. (2010): *Adolescents, Music and Music Therapy. Methods and Techniques for Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg.) (2006): *JIM – Studie. Jugend, Information, (Multi-) Media. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland*.

[http://www.mpfs.de/fileadmin/JIM-pdf06/JIM-Studie\\_2006.pdf](http://www.mpfs.de/fileadmin/JIM-pdf06/JIM-Studie_2006.pdf) (abgerufen am 04.11.2010)

Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg.) (2011): *JIM – Studie. Jugend, Information, (Multi-) Media. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland*.

<http://www.mpfs.de/fileadmin/JIM-pdf11/JIM2011.pdf> (abgerufen am 16.08.2012)

Megert, C. (2009): „*Ohne meine Lieblingsmusik hätte ich es nicht geschafft...*“ *Musikhören in der Initialphase der Musiktherapie mit Jugendlichen*. In: *Musiktherapeutische Umschau*, 30 (2), 102 – 113.

Metzner, S. (2007): *Nachhall. Musiktherapeutische Fallstudien*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Müller, R.; Glogner, P.; Rhein, S. (2007): *Die Theorie musikalischer Selbstsozialisation: Elf Jahre... und ein bisschen weiser?* In: Auhagen, W; Bullerjahn, C.; Höge, H. (Hrsg.) (2007): *Musikpsychologie- Musikalische Sozialisation im Kindes- und Jugendalter*. Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Musikpsychologie, Band 19. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Müller, R.; Glogner, P.; Rhein, S.; Heim, J. (2002): *Zum sozialen Gebrauch von Musik und Medien durch Jugendliche. Überlegungen im Lichte kultursoziologischer Theorien*. In: Müller, R.; Glogner, P.; Rhein, S.; Heim, J. (Hrsg.) (2002): *Wozu Jugendliche Musik und Medien gebrauchen. Jugendliche Identität und musikalische und mediale Geschmacksbildung*. Weinheim, München: Juventa Verlag.

Münch, T. (1997): *Jugend, Musik und Medien*. In: Baacke, D. (Hrsg.) (1997): *Handbuch Jugend und Musik*. Opladen: Leske + Budrich.

Münch, T. (2002): *Musik, Medien und Entwicklung im Jugendalter*. In: Müller, R.; Glogner, P.; Rhein, S.; Heim, J. (Hrsg.) (2002): *Wozu Jugendliche Musik und Medien gebrauchen. Jugendliche Identität und musikalische und mediale Geschmacksbildung*. Weinheim, München: Juventa Verlag.

Neuhoff, H.; Weber – Krüger, A. (2007): „*Musikalische Selbstsozialisation*“. *Strukturwandel musikalischer Identitätsbildung oder modischer Diskurs?* In: Auhagen, W; Bullerjahn, C.; Höge, H. (Hrsg.) (2007): *Musikpsychologie- Musikalische Sozialisation im Kindes- und Jugendalter*. Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Musikpsychologie, Band 19. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Nissen, F. (1999): *Rockband. Projektarbeit in der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung*. In: Haffa-Schmidt, U.; von Moreau, D.; Wölfl, A. (Hrsg.) (1999): *Musiktherapie mit psychisch kranken Jugendlichen. Grundlagen und Praxisfelder*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.



- Petersen, D.; Thiel, E. (2001): *Tonarten, Spielarten, Eigenarten. Kreative Elemente in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rötter, G.; Reinhardt, J. (2012): *Scham und Musik – Aspekte zur Darstellung und Wahrnehmung von Schamgefühlen in der Musik und ihrer Aufführung*. In: *Musiktherapeutische Umschau*, 33 (3), 233-242.
- Schneider, H. (2008): *Jugendsurvey Gütersloh. Ausgewählte Ergebnisse einer repräsentativen Befragung Gütersloher Jugendlicher*.  
[http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-51CBB657-FAD48483/bst/Jugendsurvey\\_Guetersloh.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-51CBB657-FAD48483/bst/Jugendsurvey_Guetersloh.pdf) (abgerufen am 04.11.2010)
- Schramm, H.; Kopiez, R. (2008): Die *alltägliche Nutzung von Musik*. In: Bruhn, H.; Kopiez, R.; Lehmann, A.C. (Hrsg.) (2008): *Musikpsychologie. Das neue Handbuch*. Reinbek: Rowohlt Verlag.
- Schramm, H.; Vorderer, P. (2002): Musikpräferenzen im Alltag. Ein Vergleich zwischen Jugendlichen und Erwachsenen. In: Müller, R.; Glogner, P.; Rhein, S.; Heim, J. (Hrsg.) (2002): *Wozu Jugendliche Musik und Medien gebrauchen. Jugendliche Identität und musikalische und mediale Geschmacksbildung*. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Sloboda, J.; Lamont, A.; Greasley, A. (2009): *Choosing to hear Music: Motivation, Process and Effect*. In: Hallam, S.; Cross, I.; Thaut, M. (Hrsg.) (2009): *The Oxford Handbook of Music Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Sloboda, J. A.; O'Neill, S. A. (2001): *Emotions in Everyday Listening to Music*. In: Juslin, P.; Sloboda, J. A. (Hrsg.) (2001, reprinted 2002): *Music and Emotion. Theory and Research*. Oxford: Oxford University Press.
- Stegemann, T.; Mauch, C.; Stein, V.; Romer, G. (2008): *Zur Situation der Musiktherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie*. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36 (4), 255-263.
- Strehlow, G. (2012): *Aspekte der Scham in der Musiktherapie bei sexuellem Missbrauch*. In: *Musiktherapeutische Umschau*, 33 (3), 243-252.
- Strehlow, G. (2007): *Musik kontra Scherben*. In: Metzner, S. (2007): *Nachhall. Musiktherapeutische Fallstudien*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Tiedemann, J. (2012): *Facetten der Scham – Entstehung und Funktion eines verkannten Affekts*. In: *Musiktherapeutische Umschau*, 33 (3), 219-232.

Van Camp, J. (1999): *Reflections on Music in Music Therapy*. In: Wigram, T.; de Backer, J. (Hrsg.) (1999): *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Whittall, J. (1991): *Songs in Palliative Care: A Spouse's Last Gift*. In: Bruscia, K. E. (Hrsg.) (1991): *Case Studies in Music Therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.

Wigram, T.; de Backer, J. (Hrsg.) (1999): *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Yehuda, N. (2009): „Ich fühle mich in der Musik meines Patienten nicht zuhause... Ich bekam ein schlechtes Gewissen, weil sie mir nicht gefiel.“ *Über musikalische Authentizität in der Musiktherapie*. In: *Musiktherapeutische Umschau*, 30 (2), 129–143.

Zillmann, D.; Gan, S. (1997): *Musical Taste in Adolescence*. In: Hargreaves, D. J.; North, A. C. (Hrsg.) (1997, reprinted 2009): *The Social Psychology of Music*. New York: Oxford University Press.

## **Danksagung**

Ohne die Bereitschaft der teilnehmenden Kolleginnen, ihre Freizeit und ihr Wissen für die Gruppendiskussion zur Verfügung zu stellen, wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen. Ihre große Offenheit beim Teilen von beruflichen und persönlichen Erfahrungen hat eine reiche Datengrundlage dieser Arbeit ermöglicht.

Susanne Metzner hat mir während meiner gesamten Studienzeit und bei der Erstellung meiner Masterarbeit große fachliche und menschliche Unterstützung, Wertschätzung, Herausforderung und Reibungsfläche gegeben und damit meine professionellen und persönlichen Entwicklungsprozesse entscheidend befördert.

Claudia Steinert hat als umsichtige Gastgeberin der Gruppendiskussion in den Räumlichkeiten ihrer Praxis sowie als Assistentin und in der Forschungswerkstatt auf vielfältige Weise zu dieser Arbeit beigetragen.

Die Forschungswerkstatt mit meinen Kommilitonen des Masterstudienganges 2008, Susanne Metzner und Manuela Schwartz hat mich durch lebendige Diskussionskultur, hohes fachliches Niveau und ausgeprägte Akzeptanz individueller Unterschiede sehr bereichert.

Thomas Schrauth hat mir zuverlässig, zeitnah und kompetent wertvolle Anmerkungen zu dieser Arbeit gegeben.

Meine Freunde und meine Familie haben meine wiederholten Zweifel ausgehalten, mich bei Bedarf im Alltag entlastet und mich mit viel Geduld und Humor durch das Studium begleitet.

Nicht zuletzt habe ich von den Jugendlichen, deren Musiktherapeutin ich war, auf vielen Ebenen lernen dürfen.

**Von Herzen vielen Dank dafür!**

## **Erklärung über selbstständiges Arbeiten**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit zum Thema „Emotionale Einstellungen von MusiktherapeutInnen zu mitgebrachter Musik von Jugendlichen in der Einzelmusiktherapie“ selbständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen verwendet habe. Alle Stellen der Arbeit, die anderen Werken wörtlich oder sinngemäß entnommen sind, sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Magdeburg, 15.10.2012

Sina Glomb