

## Musiktherapeutische Behandlungsansätze bei bipolaren Störungen

Beate Haugwitz

### Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Haugwitz, Beate. 2022. "Musiktherapeutische Behandlungsansätze bei bipolaren Störungen." *Musiktherapeutische Umschau* 43 (3): 197–209.

### Nutzungsbedingungen / Terms of use:

licgercopyright

Dieses Dokument wird unter folgenden Bedingungen zur Verfügung gestellt: / This document is made available under these conditions:

**Deutsches Urheberrecht**

Weitere Informationen finden Sie unter: / For more information see:

<https://www.uni-augsburg.de/de/organisation/bibliothek/publizieren-zitieren-archivieren/publiz/>



Beate Haugwitz<sup>a</sup>

# Musiktherapeutische Behandlungsansätze bei bipolaren Störungen

Music Therapy Approaches in the Treatment of Bipolar Disorders

## Zusammenfassung

Bipolare Störungen gehören zu den schwersten psychischen Erkrankungen, die mit einer hohen Suizidgefahr und schweren Einschnitten im gesundheitlichen Allgemeinzustand einhergehen können. Im Rahmen der Musiktherapie mangelt es bislang an Erklärungs- und Therapiekonzepten hinsichtlich der Behandlung bipolarer Störungen sowie an störungsspezifischer Prozess- und Wirksamkeitsforschung. Ausgehend von phänomenologischen und ätiologischen Aspekten des Störungsbildes wird im Beitrag der Frage nachgegangen, worin Anknüpfungspunkte für die musiktherapeutische Arbeit mit dieser Klientel liegen können. Anhand einer Fallvignette werden die Potenziale improvisatorischer Gruppenmusiktherapie illustriert. Die äußerst komplexen Erkrankungsverläufe erfordern Behandlungskontinuität, hier könnte Musiktherapie auch bei der Stabilisierung, Phasenprophylaxe und Prävention unterstützend sein.

## Abstract

Bipolar disorders are among the most severe mental disorders, which can be associated with a high suicide risk and severe impairments in general health. Within the context of music therapy, there is a lack of explanatory concepts and approaches for treatment of bipolar disorders, as well as disorder-specific process and efficacy research. Based on phenomenological and etiological aspects of the disorder, this article explores the question of where the starting points can be found for music therapy work with this clientele. A case vignette illustrates the potential of improvisational group music therapy. The extremely complex progression of this illness requires treatment continuity; here music therapy could also be supportive in stabilisation, phase prophylaxis and prevention.

---

a Universität Augsburg, Philosophisch-Sozialwissenschaftliche Fakultät/Leopold-Mozart-Zentrum

### Keywords

Bipolar Disorders – Psychodynamic music therapy – Group improvisation – Inpatient and outpatient psychiatry – Transdiagnostics

### Vignette Teil 1

Herr K., ein freundlicher junger Mann Mitte zwanzig kommt in der Endphase seines Studiums nach einem Suizidversuch mit einer depressiven Episode im Rahmen einer Bipolar-II-Störung in die Klinik. In der Vergangenheit hat er bereits schwere depressive und hypomane Episoden erlebt. Nach zunächst stationärer Behandlung erfolgte der Wechsel in die Tagesklinik, wo ihm erstmals aktive Gruppenmusiktherapie angetragen wird. Zu diesem Zeitpunkt hat sich seine Stimmung deutlich gebessert: er sagt, es gehe ihm gut. Aus Sicht der Behandelnden besteht allerdings Grund zur Sorge hinsichtlich der Stabilität seines Befindens. Er kann sich schwer auf Hilfe einlassen, wird als wenig introspektionsfähig und leicht irritierbar beschrieben. Tatsächlich wird sein teilstationärer Aufenthalt einige Tage später durch eine Verschlechterung seines Befindens beendet, und er wird auf die Station zurückverlegt. Hier kommt es neben Phasen gehobener Stimmung zu starken Versagensgefühlen. Die Musiktherapeutin erlebt ihn anschließend im teilstationären Setting allerdings weder hypoman noch deutlich depressiv, und doch zeigen sich in der aktiven Gruppenmusiktherapie ganz spezifische Herausforderungen.

## Bipolare Störungen und Musiktherapie

Wie bereits die kurze Vignette zeigt, ist bei Vorliegen einer bipolaren Störung mit einer breiten Varianz des Erscheinungsbildes zu rechnen. Allein die affektive Ausgangslage zu Beginn einer Musiktherapie kann sehr unterschiedlich sein. Die Sorge um einen möglichen, oft plötzlichen Episodenwechsel beschäftigt die Behandelnden ebenso wie die Frage, welche Interventionsstrategien

**Vielfalt des Erscheinungsbildes – welche Evidenz der musiktherapeutischen Behandlung?**

einzusetzen sind, um eine euthyme, d. h. ausgeglichene Stimmungslage zu erreichen. Was bedeutet dies für die Konzeption einer Musiktherapie, und wie ist die Evidenz musiktherapeutischer Behandlung innerhalb eines multiprofessionellen Kontextes einzuschätzen?

Nolan (1991) berichtet in einer Einzelfallstudie von der Arbeit mit einer schwer manischen, bipolaren Patientin, bei der sich im Rahmen der Gruppenmusiktherapie Verbesserungen hinsichtlich der manischen Symptomatik und der Konzentrationsfähigkeit zeigten. Mastnak (1991) entwickelt einen »polyästhetischen« gruppentherapeutischen Ansatz für schwer manische stationäre Patienten und dokumentiert am Beispiel einer Gruppe Veränderungstendenzen u. a. hinsichtlich einer realistischeren Selbsteinschätzung und reiferen Beziehungsgestaltung. Leonhardt-Günther (2008) stellt einen interdisziplinären Gruppentherapieansatz für bipolare Patienten einer psychiatrischen Institutsambulanz vor, aber die spezifischen Vorgehens- und Wirkweisen im Rahmen der beteiligten Musiktherapie werden nicht näher beschrieben.

Die Ergebnisse einer umfassenden Literaturrecherche zur Musiktherapie bei bipolaren und (hypo)manischen Erkrankungen sind äußerst überschaubar<sup>1</sup>. Zwar haben Effektstudien, in die auch

die bipolaren Störungen eingeschlossen waren, die Wirksamkeit von Musiktherapie bei schweren psychischen Störungen im Rahmen breit angelegter Effektstudien in Bezug auf die Reduktion der Negativsymptomatik sowie die Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus gezeigt (Gold, Solli, Krüger & Lie, 2009; Gold et al., 2013; l'Etoile, 2002), aber störungsspezifische Aussagen lassen sich daraus nicht ableiten. Eine explorative Studie von D'Abbadie de Nodrest, Sudres, Schmitt und Yroni (2017) untersuchte die Auswirkungen eines musiktherapeutischen Programms für Personen mit behandlungsresistenter depressiver und/oder bipolarer Störung auf die Fähigkeit zur unmittelbaren Präsenz, die Abwehrmechanismen, das Ausmaß der Depression, die emotionale Wahrnehmung und die Körperveränderung. Eine kurzzeitige Verbesserung auf all diesen Ebenen wird von den Autor:innen berichtet. Odell-Miller (2007) untersucht im Rahmen einer Expertenbefragung unter psychiatrisch tätigen Musiktherapeut:innen den Zusammenhang zwischen den zur Anwendung kommenden musiktherapeutischen Ansätzen und Interventionstechniken und den behandelten Diagnosen. Sie kommt zu dem Schluss, dass in der Behandlung bipolarer Störungen – ähnlich wie der Schizophrenie – vorrangig supportive und psychoanalytisch-orientierte Verfahren zum Einsatz kommen. Dabei wird bevorzugt mit Improvisation gearbeitet, die Strukturangebote enthalten kann und in ein nicht-deutendes, haltgebendes Beziehungsangebot eingebettet wird (S. 226 f.). In Anbetracht der wenigen Funde kann von einem Desiderat gesprochen werden, das sich auch in der Gegenwart fortsetzt: Das Kapitel zu den Affektiven Störungen (Ohls & Schäfer, 2020) im Sammelband zur »Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen« (Schmidt, Stegemann & Spitzer, 2020) bezieht sich hauptsächlich auf das Verständnis und die Behandlung unipolar depressiver Syndrome.

Literaturrecherche zeigt:  
mehr empirische Forschung nötig

In der S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen (DGBS & DGPPN, 2019) wird die mangelnde Evidenz bezüglich der Wirksamkeit von Musiktherapie problematisiert, das Potenzial zur »Förderung der Affektregulation, des Selbstwertgefühls und der sozialen Kompetenz« (ebd. S. 104) aber angenommen. Im Rahmen eines klinischen Konsenspunktes wird die Anwendung von Musiktherapie grundsätzlich empfohlen und findet vorrangig hinsichtlich der Phasenprophylaxe Erwähnung. In der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen (DGPPN, 2019) erhielten die künstlerischen Therapien den Empfehlungsgrad B.

S 3-Leitlinien:  
mangelnde Evidenz bescheinigt –  
aber empfohlen

Ungeachtet des wissenschaftlichen Desiderats darf angenommen werden, dass Personen mit bipolaren Störungen in psychiatrischen Kliniken musiktherapeutische Behandlung erfahren und dass daher klinische Expertise vorhanden ist, was mittels einer Expert:innenbefragung zu eruieren wäre.

Es lässt sich jedoch auch fragen, inwieweit es eines eigenen, differenzierten Therapieansatzes für die musiktherapeutische Behandlung bipolarer Störungen überhaupt bedarf. Denn musiktherapeutische Praxis richtet sich nicht einzig an deskriptiven Diagnosekategorien aus, sondern auf Kompetenzen, Ressourcen oder Defizite bei der Affekt- und der damit im Zusammenhang stehenden Beziehungsregulation. In der konkreten Situation arbeiten Musiktherapeut:innen wohl überwiegend individuell-beziehungsorientiert und transdiagnostisch<sup>2</sup>, um den vielschichtigen Ursachen und Bedingungen von Krankheit und Gesundheit Rechnung zu tragen. Gleichwohl ist das Wissen über die Ätiologie, syndromspezifische Merkmale und Behandlungsansätze eine wichtige Grundlage für die klinische Zusammenarbeit sowie die empirische Forschung.

Braucht es einen eigenen musik-  
therapeutischen Therapieansatz?

## Erscheinungsbild und Aspekte der Diagnostik von Bipolaren Störungen

Bipolar-affektive Erkrankungen gehören zu den schwersten psychischen Erkrankungen, die die Betroffenen und ihr Umfeld über lange Lebensphasen stark belasten können. Sie sind durch **Unterschiedlicher Verlauf Bipolarer Erkrankungen** Schwankungen in der Stimmung einerseits und im Antriebs- und Aktivitätslevel andererseits gekennzeichnet, treten in verschiedenen Verlaufsformen und Schweregraden auf und können auch psychotische Merkmale aufweisen. Davon abgegrenzt und daher nicht Gegenstand dieses Beitrages ist die Schizoaffective Erkrankung, die nach ICD-10 und DSM-V dem schizophrenen Spektrum zugeordnet wird.

Bipolare Störungen verlaufen meist chronisch mit einer hohen Anzahl an Reziden, einem erhöhten Suizidrisiko (Mortalitätsrate durch Suizid beträgt 15 %) und hohen Komorbiditätsraten z. B. bezüglich Angst- und Abhängigkeitserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Zwangsstörungen und Bulimie. In der Folge kommt es zu schweren Einschnitten im gesundheitlichen Allgemeinzustand wie auch der psychosozialen Funktionsfähigkeit der Betroffenen. Je mehr Phasen durchlebt werden, desto ungünstiger sind die Voraussetzungen für eine Krankheitsbewältigung. Ein schwerer Verlauf wird weiterhin durch Faktoren wie schwerwiegende Lebensereignisse, ungünstige Compliance oder schlechtes Ansprechen auf die phasenprophylaktische Therapie, durch psychotische Symptome sowie komorbiden Substanzgebrauch u. a. m. mitbestimmt. Die Lebenszeitprävalenz für alle Erkrankungen des bipolaren Spektrums beträgt bis zu 5 %, wobei das durchschnittliche Neuerkrankungsalter bei 19 Jahren liegt (DGBS & DGPPN, 2019).

Es gibt Hinweise darauf, dass dem Ausbruch der vollausgeprägten Bipolaren Störung in den meisten Fällen Phasen mit subsyndromalen Symptomen vorausgehen, in denen sich in abgeschwächter Form bereits episodisch verändernde Symptomatik zeigen kann, deren Erfassung komplex ist und besondere differentialdiagnostische Sorgfalt erfordert (Bingmann, Tecic & Bechdolf, 2016; Pfennig, 2012). Bipolare (Früh-)Verläufe können eine phänomenologische Ähnlichkeit mit emotional-instabilen Persönlichkeitsakzenten, psychotischen Frühverläufen, ADHS-Symptomen sowie auch normalen adoleszenten Stimmungsschwankungen aufweisen (Grimmer, Hohmann, Banaschewski & Holtmann, 2010). 50 % der bipolaren Verläufe beginnen – rückblickend betrachtet – mit einer depressiven Episode und sind somit vorerst nicht von einer unipolaren Depressionserkrankung zu unterscheiden, obwohl sich die Forschung mit der Suche nach Anzeichen im Rahmen depressiver Episoden befasst, die eine Bipolare Störung voraussagen. Leichte hypomane Phasen in der Vergangenheit werden von den Betroffenen zuweilen nicht als problematisch angesehen und sind somit diagnostisch schwer erfassbar, wodurch die Bipolarität der Symptome erst spät deutlich und diagnostizierbar wird. Insofern ist eine sorgfältige Verlaufsbeobachtung in ihrer Bedeutung für die Diagnostik und die Einleitung indizierter Therapiemaßnahmen nicht zu unterschätzen.

### Differenzierte Beobachtung wichtig für Diagnostik und Therapie

Es gibt Forschungsbeiträge, die die Ausprägung von Kreativität im Zusammenhang mit Erkrankungsrisiken und der akuten (Hypo-)Manie fokussieren (Leopold, Pfennig, Severus & Bauer, 2013; Pfennig, 2012). Eine zu beobachtende erhöhte Kreativität bei Personen, die ein erhöhtes Risiko haben, an einer Bipolaren Störung zu erkranken, scheint mit Stimmungsschwankungen in Verbindung zu stehen (Burkhardt et al., 2018). Die Autor:innen machen in dem Zusammenhang aber auch deutlich, dass es nicht darum gehen darf, kreative Neigungen aus diagnostischen Erwägungen pauschal zu pathologisieren. In einer Studie von McCraw, Parker, Fletcher und Friend (2013)

wurden kreative Neigungen bei insgesamt 219 Bipolar-I und Bipolar-II-Patienten untersucht und dabei festgestellt, dass 82 % der Befragten kreative Betätigungen in manischen und hypomanischen Phasen angaben, wobei Hypomanien (BD-II) eher mit erhöhter Fokussiertheit und Klarheit in Verbindung standen, Manien (BD-I) dagegen häufiger mit einem Überschreiten von Grenzen einhergingen.

Beobachtung von Kreativität –  
Folgen für die musiktherapeutische Praxis?

Welche Bedeutung haben die zuletzt genannten Befunde für die Musiktherapie? Dem Begriff der Kreativität liegt ein vielschichtiges Verständnis zugrunde und im Rahmen der Musiktherapie ist Kreativität bislang keine operationalisierte Größe. Die in den Studien angewandten Messinstrumente für Kreativität (Erhebung von Präferenzen gegenüber Zeichnungen sowie retrospektive Befragung nach kreativen Errungenschaften und Persönlichkeitsstilen<sup>3)</sup>) stellen infrage, ob die Befunde sich unmittelbar auf die musiktherapeutische Praxis übertragen lassen. Des Weiteren lassen sich von den Ergebnissen bislang weder Aussagen zur Therapieindikation noch eine therapeutische Strategie ableiten.

Zu Recht wird die Fähigkeit zu schöpferischem Tun im Rahmen kreativtherapeutischer Konzepte primär als Ressource betrachtet. Nichts desto trotz werden klinische Musiktherapeut:innen beispielsweise im Zusammenhang mit manischen Prozessen auch auf kreativ-expressive Dysbalancen treffen, und es wäre sowohl für die musiktherapeutische als auch die psychiatrische Forschung von hohem Interesse, entsprechende Phänomene und die sich entwickelnde therapeutischen Prozesse zukünftig näher zu beschreiben und zu untersuchen.

## Erklärungsmodelle zur Entstehung von Bipolaren Störungen und Therapieansätze

Bipolare Störungen sind multifaktoriell bedingt. Zu den wissenschaftlich gesicherten Risiken für die Entwicklung bipolarer Störungen gehören genetische und biologische sowie umweltbedingte und psychosoziale Faktoren (Pfennig, Leopold, Severus & Bauer, 2017), zu denen auch multiple Kindheitstraumata gezählt werden (Bauer & Bauer, 2016). Auf der Basis einer vulnerablen Disposition können herausfordernde Lebensereignisse symptomauslösend sein. Davon abgesehen gibt es auch hormonelle und neurologische Veränderungen oder bestimmte Substanzen, die eine bipolare Symptomatik auslösen können, diese werden im vorliegenden Beitrag aber vernachlässigt.

Bipolare Symptomatik –  
unterschiedliche Einflüsse

Neurophysiologische und kognitionspsychologische Forschungen stimmen darin überein, dass Personen mit einer Bipolaren Störung im akuten sowie im remittierten Stadium eine erhöhte Reaktivität auf emotionale Stimuli aufweisen (Böker, Grimm & Hartwich, 2016; Grimm, 2014). Wolkenstein et al. (2017) beobachteten Schwierigkeiten in der Regulation sowohl positiver als auch negativer Affekte. Angenommen wird, dass die Betroffenen in der Bewertung emotionaler Wahrnehmungen ambivalent sind und demzufolge die Wahl der Regulationsstrategie erschwert ist, was wiederum als Distress erlebt werden kann (Backenstrass, Pfeiffer & Marin, 2012; Choppin et al., 2016). Gross (2014, S. 413 ff.) fordert mehr Langzeitstudien zu der Frage, ob die ineffiziente Emotionsregulation ein erkrankungsbegünstigender Faktor ist oder schon als Begleiterscheinung der Erkrankung bewertet werden muss.

Dagegen sehen behaviorale Ansätze den Ausgangspunkt der Erkrankung in einer genetischen Disposition zur »Instabilität biologischer Rhythmen« (Hautzinger & Meyer, 2007), die für die Verhaltensaktivierung und -regulierung verantwortlich sind, was sich infolge von Stress (z. B. beruf-

liche Veränderungen, Konflikte, Zeitverschiebung, ebd.) in Symptomen auf emotionaler, kognitiver und Verhaltensebene manifestiert. Die von Frank (2005) entwickelte Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT) basiert einerseits auf der Stabilisierung von Alltagsroutinen, Schlafrhythmen und Stimmung, bezieht dabei andererseits ein, dass Stimmungsveränderungen mit interpersonellen Schwierigkeiten (z.B. Beziehungs- und Kommunikationsdefiziten in den Familien) zusammenhängen.

Schließlich zeigt eine Meta-Analyse von Bora, Bartholomeusz und Pantelis (2016) auch Defizite hinsichtlich der Ausprägung der »Theory of Mind« bei Menschen mit einer Bipolaren Störung, das heißt, eine verminderte Fähigkeit, Bewusstseinsvorgänge bei sich und anderen zu erkennen und zu verstehen und entsprechend soziale Beziehungen zu gestalten. Dieser Befund ist im Zusammenhang mit Musiktherapie interessant, da das zunächst kognitiv orientierte Konzept durch die Autor.innen der Mentalisierungstheorie (Fonagy, Gergely, Jurist, Target & Vorspohl, 2015) aufgegriffen und hinsichtlich der Beziehungs- und Affektregulation im Kontext der Selbstentwicklung entscheidend weiterentwickelt wurde. Als ein paradigmengreifender Verstehens- und Therapieansatz ist sie für die Musiktherapie von wachsender Bedeutung (vgl. Strehlow & Hannibal, 2019).

Psychodynamische Konzepte integrieren zunehmend das Wissen über organische Dispositionen (s. o.) und die Dynamik von intrapsychischen und interpersonalen Vorgängen vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte und aktueller Konflikte (Böker et al., 2016). Kraus (1991) beschreibt zunächst

#### Fokus: Regulationsfähigkeit – trotz unterschiedlicher Argumentationen

spezifische Eigenarten der prämorbidn Persönlichkeit – wie eine Tendenz zu hypernomischem Verhalten, Ambiguitätsintoleranz sowie Harmoniestreben und Konfliktvermeidung in

Partnerschaften – als charakteristisch für Betroffene. Sie dienen der Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls und einer external verankerten Identität (ebd. S. 49 f.). Mentzos (2006) betrachtet die Manie nicht nur als »antidepressiven Mechanismus«, sondern viel mehr »als eine der Depression gleichwertige, wenn auch [...] entgegengesetzte Alternativlösung des gleichen Problems« (Mentzos, 2006, S. 134). Im Falle selbstwerterschütternder oder Lebensziel verhindernder Ereignisse wird auf manische Weise der »langjährige [...] Gehorsam [...] gegen das strenge Über-Ich« (ebd.) aufgekündigt. Böker (2002) unterstreicht dies, indem er schreibt:

Bipolar Erkrankte sind demnach auch im sogenannten symptomarmen Intervall ständig mit einer Überforderungssituation konfrontiert, da sie infolge des strengen Über-Ichs und einer stets labilisierbaren Selbstwertregulation eine extrem leistungsorientierte, duldsame Haltung entwickelt haben und nur vorübergehend in eine hypomanisch anmutende Betriebsamkeit und Selbstverleugnung fliehen, durch die sie die ständig lauernde Depressivität abwehren. (ebd. S. 231)

Nach Schwarz (2014) äußern sich in der Manie demzufolge ganz eigene »emanzipatorische Themen«, welchen, wenn man sie therapeutisch bearbeitet, »kreative Lösungsversuche bisher unbewältigter Entwicklungsschritte« (ebd. S. 275) innewohnen. Himmighoffen und Böker (2011) argumentieren auf der Grundlage klinischer Erfahrung, dass die Durchführung eines diagnostischen Verfahrens entlang der fünf Achsen der OPD<sup>4</sup> auch bei Patient.innen mit bipolar affektiven Erkrankungen sinnvoll sein kann, um die psychodynamischen Besonderheiten zu erfassen, die sich allein in der kategorialen Diagnose nicht widerspiegeln. Folgt man noch einmal den Ausführungen

Bökers (2002), dann scheint es persönlichkeitsstrukturell, d. h. hinsichtlich der »Entwicklung des Selbst und der Beziehung zu ›bedeutsamen anderen«« (ebd. S. 243) keine grundsätzlichen Unterschiede zwischen unipolar depressiven und bipolaren Verlaufsformen zu geben. Allerdings »realisieren die manischen bzw. bipolaren Patienten forciert Autonomiewünsche, delegieren aber gleichzeitig Kontrollfunktionen, Verlustängste und Zweifel an ihre Angehörigen« (ebd. S. 244).

Regulation: Emotion und Stimmung, Aktivität und Antrieb, Innen und Außen

Die knapp umrissenen wissenschaftlichen Annahmen zur individuellen Disposition haben – so unterschiedlich sie argumentieren – doch gemein, dass aktuell jeweils Regulationsfähigkeiten im Fokus stehen:

- Emotions- und Stimmungsregulation,
- Regulation von Aktivität und Antrieb sowie
- Regulation zwischen außen und innen, d. h. in Beziehungen und hinsichtlich des Selbst(werts) und der eigenen Identität.

Dies ist nicht nur der Versuch einer paradigmengreifenden, sondern auch transdiagnostischen Perspektive auf die dargestellten Befunde, die, wie eingangs erwähnt, auch in der klinischen Praxis der Musiktherapie eine wesentliche Rolle spielt.

Komplementär zur medikamentösen Behandlung wird individuellen psychotherapeutischen Maßnahmen ein sehr hoher Stellenwert zugemessen (Böker, 2002). Zunächst haben sich in der psychotherapeutischen Behandlung bipolarer Störungen vor allem die Psychoedukation sowie kognitiv-verhaltenstherapeutische, achtsamkeitsbasierte und familienfokussierte Ansätze mit guter Studienlage etabliert, die sich dem bewussten Umgang mit Lebensrhythmen, Lebenszielen und dem Selbstbild widmen, zunehmend aber auch zwischenmenschliche Probleme und Konflikte sowie Kommunikations- und Problemlösestrategien in den Blick nehmen (Schaub & Neubauer, 2013). Vor dem Hintergrund der dargestellten Beziehungs- und Konfliktthemen sieht auch Böker (2002) (möglichst ambulante) familienorientierte Interventionen oder auch eine Paartherapie als indiziert an (ebd. S. 245). Er unterstreicht die Bedeutung einer integrativen Behandlung bipolarer Störungen unter Berücksichtigung ihrer biologischen, intrapsychischen und interpersonellen Dimension (S. 234). Obwohl psychodynamische Ansätze erfolgreich zur Anwendung kommen (Himmighoffen & Böker, 2011; u. a. Schwarz, 2014), zu denen auch die psychodynamisch orientierte Gruppentherapie gehört (Böker, 2002), gibt es dazu bisher einen Mangel an systematischen Wirknachweisen (Vetter, Bohleber & Böker, 2014).

Ansätze psychotherapeutischer Behandlung

## Musiktherapeutische Potenziale in der Behandlung Bipolarer Störungen

### *Zwischenfazit 1*

Vor dem Hintergrund des vielschichtigen Krankheitsbildes bipolarer Störungen und der Schwierigkeiten im Diagnoseprozess und nicht zuletzt in Anbetracht der hohen Komorbiditätsrate ist es durchaus denkbar, dass Musiktherapeut:innen tatsächlich in deutlich größerem Umfang an der Behandlung bipolarer Patient:innen beteiligt sind, als die eingangs präsentierten Recherchebefunde vermuten lassen. In diesem Fall kann das momentane Erscheinungsbild im Rahmen des individuellen Krankheitsverlaufes sehr heterogen sein. Naheliegend ist, dass der Einsatz von Mu-



siktherapie im stationären oder teilstationären Kontext in den meisten Fällen zunächst innerhalb von depressiven Phasen erfolgt. Böker (2002) zufolge können auch die symptomarmen Intervalle nach Remission von intrapsychischen und interpersonellen Schwierigkeiten begleitet sein, die Inhalt einer stabilisierenden Behandlung sein können. Währenddessen scheint die musiktherapeutische Arbeit zur Behandlung der Manie eher die Ausnahme zu sein bzw. sich auf supportive

### Komplexe Phänomane stellen Anforderungen an die Musiktherapie

Angebote zu konzentrieren (vgl. Odell-Miller, 2007). Innerhalb hypomaner Phasen wiederum stellt sich die Frage der Behandlungsmotivation vonseiten der Patientin oder des Patienten, da sie selten mit Leidensdruck verbunden sind. Gerade im Rahmen eines klinischen Settings allerdings ist es möglich, dass aus einer ressourcenorientierenden Perspektive und auf der Grundlage der Beobachtung erhöhter kreativer Neigungen ein kreativtherapeutisches Angebot angeregt wird. Als besonders kritisch sind gemischte Episoden oder solche mit sehr schnellen Wechseln zu bewerten, in denen mit einem affektiv-erregten und gleichzeitig ängstlich-gedrückten Stimmungslevel eine hohe Selbstgefährdung verbunden sein kann.

#### Vignette Teil 2

Im musiktherapeutischen Erstkontakt ist Herr K. sehr zugewandt und interessiert. Aus der Teamkonferenz weiß die Musiktherapeutin, dass vor dem Hintergrund einer konfliktbelasteten Herkunftsfamilie ein Auslandsaufenthalt und anstehende Prüfungen als Auslöser der aktuellen Krise gewertet werden. Herr K. sagt, er fühle sich momentan gut, schätzt sich aber selbst als »stressanfällig« ein. Fragen nach seinen Wünschen und Bedürfnissen beantwortet er eher distanziert, rational und mit hohem Intellekt, sodass der Eindruck entsteht, dass es überflüssig sei, über emotionale Dinge oder Erwartungen zu sprechen. Ein thematischer Zugang aber ergibt sich daraus, dass Herr K. erzählt, im Chor zu singen und die Therapeutin in ein Gespräch darüber verwickelt.

Er nimmt fortan regelmäßig und zuverlässig zweimal wöchentlich an der Gruppenmusiktherapie teil. Anfangs übernimmt er wiederholt die Initiative zur Improvisation und infolgedessen auch die rhythmisch führende Rolle, die Gruppe greift gern seine schwungvollen Impulse auf. Nach einer solchen Improvisation in Stunde zwei berichtet er allerdings, er habe sich »nicht gut« gefühlt und sei »irgendwie ideenlos gewesen«. Beim Versuch, darüber mehr zu erfahren, winkt er aber zunächst ab. Es folgt die einleitend erwähnte Therapieunterbrechung. In der ersten Gruppensitzung nach seiner Rückkehr in die Tagesklinik scheint zunächst alles genauso: kaum wurde die Improvisationseinladung von der Therapeutin ausgesprochen, beginnt Herr K. rhythmisch anführend – und infolgedessen die Gruppe – zu spielen. Doch nach wenigen Minuten bricht Herr K. sein Spiel wieder ab; die Gruppe orientiert sich schnell neu und spielt unterdessen weiter. Darüber berichtet Herr K., dass er sich plötzlich unsicher war, ob er überhaupt führen möchte oder nicht. In Stunde acht notiert sich die Therapeutin ein Gefühl, welches Herr K. geäußert hat: Ob er dabei ist oder nicht, sei doch eigentlich auch egal. In den darauffolgenden Stunden spielt in den Reflexionsgesprächen mit der Gruppe – und besonders mit Herrn K. – immer wieder das Thema »Wieviel darf und soll ich mich einmischen?« eine Rolle.

Die Vignette trägt der Komplexität biografischer und gruppendynamischer Prozesse sowie den Wechselwirkungen in einem multiprofessionellen Behandlungskonzept nur begrenzt Rechnung. Trotzdem wird deutlich, dass die intrapsychischen und interpersonellen Schwierigkeiten eines Patienten mit einer bipolaren Störung im Rahmen des musiktherapeutischen Geschehens einen Ausdruck finden und Veränderungsprozesse angestoßen werden.

So wird in der musikalischen Improvisation die Ambivalenz zwischen Führen oder Folgen und zwischen ›sich einbringen‹ oder ›es lieber sein lassen‹ überaus anschaulich, und zwar vor allen Dingen Herrn K. selbst. Das Setting mit einem Wechsel von Spielen und Sprechen fördert zudem die Erkenntnis, wie schwer es ihm fällt, das Zusammenwirken von Gefühlen, Gedanken und Handlungen wahrzunehmen, aber auch Zeit zu haben, sie in der spielerischen Interaktion mit der Gruppe zu ergründen und zu verbalisieren. Dysregulative Tendenzen hinsichtlich der eigenen Aktivität und Affektivität versucht er mit einer schnellen musikalischen Initiative aufzufangen. Zwar wird dies von der Gruppe begrüßt, aber er selbst spürt doch den »faulen« Kompromiss, was sich im diffus-geäußerten Gefühl der Ideenlosigkeit widerspiegelt. Die Situation ändert sich für ihn, als er im Schutz der Gruppe beginnt, seine Handlungen, Impulse und Bedürfnisse – und die der Anderen – zu hinterfragen. Zwar gerät er zunächst in Selbstzweifel und Ängste vor dem Bedeutungsverlust in der Gruppe, aber auch hier hilft die aufschiebende Wirkung des Improvisierens, um ausführlich zu erproben und zu erörtern, in welcher Form und Intensität die eigene Beteiligung (»Einmischung«) von ihm selbst und von anderen toleriert werden kann. Dies schließlich trägt zur Selbstwertstabilisierung und zur Erhöhung des Selbstwirksamkeitsempfinden bei.

Selbstwert und  
Selbstwirksamkeit

### *Zwischenfazit 2*

Liegt die Diagnose einer bipolaren Störung vor, wissen die meisten Betroffenen und Behandelnden während der Therapie, dass im Zuge einer Remission plötzliche Episodenwechsel eintreten können und die Affektregulation gewissermaßen über das Ziel hinausschießt. Folglich kann der Wunsch der Therapeut.in, die Patient.in halten und dies verhüten zu können, dazu führen, dass Kontrollbedürfnisse Bestandteil der aktuellen Beziehungsregulation werden und wiederum die feine Affektabstimmung beeinflussen. Es droht ein aufrechterhaltender Kreislauf von Affektabwehr und möglichen Schuld- oder auch Schamgefühlen, die wiederum abgewehrt werden müssen.

Veränderungsprozesse kommen nur dann in hilfreicher Weise zur Entfaltung, wenn sich sowohl Patient.in als auch Therapeut.in einigermaßen angstfrei begegnen können. Der Vorteil der Improvisation liegt darin, dass das musikalische Tun die Aufmerksamkeit der Beteiligten auf die Gegenwart lenkt. Das Spiel mit den Extremisierungen und dem Risiko, dass etwas schiefgeht oder aus der Balance gerät, gehört dazu, ist jedoch nur auf die Klangereignisse bezogen und hat erst einmal keine tiefere Bedeutung. Die Therapeut.in kann den Ausdruck der Patient.in haltgebend begleiten und musikalisch beantworten, ohne ihn zu bewerten, und so das Selbst(wert)erleben der Patient.in zu unterstützen.

Improvisation als  
Gegenwartserfahrung

Wie auch in der Vignette erkennbar wird, öffnet sich innerhalb der gemeinsamen Improvisation ein Raum für das Erfahren, Entdecken und Erspüren der individuellen – möglicherweise herausfordernden – Interaktions- und Ausdrucksformen in einem haltgebenden und wertungsfreien Beziehungskontext. Darin verfügt die Therapeutin über eine Bandbreite an Möglichkeiten der unmittelbaren Aktivitäts- und Kontaktmodulation. Wichtig ist, dass die vielfältigen Erfahrungen mit

dem Raum, der Zeit, dem eigenen Körper und den Beziehungen, aber auch mit Affektivität und Impulsivität – und mit möglichen Übergängen – eingebunden werden in die intersubjektive Reflexion. Auf diesem Wege wird Re-Synchronisierung von Denken, Fühlen und Handeln (vgl. Metzner & Busch, 2015, S. 197) angeregt, was auch den Regulationsfähigkeiten der Gruppe zugutekommt.

## Zusammenfassung und Ausblick

Ausgehend vom medizinischen und psychologischen Kenntnisstand zur Phänomenologie und Ätiologie der bipolaren Störungen wurde der Frage nach Anknüpfungspunkten für die Musiktherapie und einem konzeptionellen Therapieansatz für die Betroffenen nachgegangen. Da sich bipolare Störungen durch Schwankungen aber auch extreme Wechsel im Stimmungs- und Aktivitätslevel ausdrücken, muss der Therapieansatz sehr verschiedene Ausgangslagen berücksichtigen. Ansätze der Musiktherapie in der Behandlung depressiver Episoden schlagen sich bereits in zahlreichen Dokumentationen und Forschungsbeträgen nieder. Dagegen aber besteht bisher ein Desiderat hinsichtlich der Behandlung manischer, hypomaner oder auch gemischter Episoden sowie des ›symptomarmen Intervalls‹ in sog. euthymen Phasen im Rahmen bipolarer Verläufe. Zunächst

**Wünschenswert:  
Behandlungskontinuität  
über akute Phasen hinaus**

wurden drei Ebenen der (Dys-)Regulation formuliert, die insbesondere vor dem Hintergrund psychodynamischer Selbstentwicklungstheorien aufeinander bezogen sind. Auf der Basis der Praxisreflexion wurde schließlich die Gegenwartsbezogenheit und der intersubjektive Erfahrungsraum von Improvisation sowie die Wahrnehmungsreflexion als besonders wertvoll für Veränderung herausgestellt.

Weitere Praxisdokumentationen musiktherapeutischer Arbeit mit bipolaren Patient:innen sind sehr zu begrüßen, um in Zukunft möglicherweise Spezifika musikalischer Interaktion und Expression sowie musiktherapeutischer Veränderungsprozesse bei dieser Klientel näher erforschen und indizierte Behandlungskonzepte entwickeln zu können. Im Hinblick auf die verschiedenen Erscheinungsformen der Erkrankung und der hohen Gefahr der Chronifizierung sollte Musikthera-

**Musiktherapeutische  
Gruppenangebote**

peutische Gruppenangebote in der ambulanten Nachsorge besonderes Augenmerk auf die phasenübergreifende Behandlungskontinuität gelegt werden.

Dies könnte zum Beispiel dadurch gelingen, musiktherapeutische (Gruppen-)

Angebote auch zunehmend im Rahmen der ambulanten Nachsorge, die z. B. durch psychiatrische Institutsambulanzen erfolgt, anzusiedeln. Auch im Rahmen indiziert-präventiver Maßnahmen im Frühverlauf einer bipolaren Störung, in denen bei abgeschwächter Symptomatik das Vorliegen der beschriebenen strukturellen Defizite bereits angenommen werden kann, sollte der Einsatz von Musiktherapie erwogen werden (vgl. Haugwitz, 2021).

## Danksagung

Ich bedanke mich herzlich bei Prof. Dr. Susanne Metzner für die gemeinsamen Diskussionen und Reflexionen sowie ihre Unterstützung bei der Themenentwicklung und Publikationsvorbereitung.

## Fazit für die Praxis

- Bipolare Störungen sind multifaktoriell bedingte, schwere psychische Erkrankungen mit meist chronischen Verläufen.
- Wesentliche Behandlungsziele sind in den Bereichen der Emotions- und Stimmungsregulation, der Regulation von Aktivität und Antrieb, der sozialen Beziehungen und der eigenen Identität.
- Es gibt musiktherapeutische Konzepte zur Depressionsbehandlung, jedoch nicht zur phasenübergreifenden Behandlung bipolarer Störungen.
- Psychodynamisch orientierte, improvisationsbasierte Gruppenkonzepte scheinen geeignet zu sein, eine Behandlungskontinuität über akute Phasen hinaus ist wünschenswert.

## Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Ein Manual zur Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Hans Huber.
- Backenstrass, M., Pfeiffer, N. & Marin, A. (2012). Emotionale Dysregulation bei affektiven Störungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60(3), 195–204. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000116>
- Barlow, D. H., Allen, L. B. & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior therapy*, 35(2), 205–230.
- Bauer, M. & Bauer, R. (2016). Kindheitstrauma und bipolare Störungen. Ein vernachlässigtes Forschungsthema. *Nervenheilkunde*, 35(7–8), 481–484.
- Bingmann, T., Tecic, T. & Bechdorf, A. (2016). Früherkennung von bipolaren Störungen: Stand und Forschungsstrategien. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* [Early Detection of Bipolar Disorders: Current State of the Art and Research Approaches], 84(3), 137–149. <https://doi.org/10.1055/s-0042-103423>
- Böker, H. (2002). Psychotherapie bei bipolaren affektiven Störungen. In H. Böker & J. Angst (Hrsg.), *Therapie der affektiven Störungen. Psychosoziale und neurobiologische Perspektiven; mit 13 Tabellen* (S. 230–245). Stuttgart: Schattauer.
- Böker, H., Grimm, S. & Hartwich, P. (2016). Manische Syndrome. In H. Böker, P. Hartwich & G. Northoff (Hrsg.), *Neuropsychodynamische Psychiatrie* (1. Aufl. 2016, S. 269–284). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-47765-6\\_16](https://doi.org/10.1007/978-3-662-47765-6_16)
- Bora, E., Bartholomeusz, C. & Pantelis, C. (2016). Meta-analysis of Theory of Mind (ToM) impairment in bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 46(2), 253–264. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001993>
- Burkhardt, E., Pfennig, A., Breitling, G., Pfeiffer, S., Sauer, C., Bechdorf, A. et al. (2018). Creativity in persons at-risk for bipolar disorder—A pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/eip.12748>
- Choppin, S., Trost, W., Dondaine, T., Millet, B., Drapier, D., Vérin, M. et al. (2016). Alteration of complex negative emotions induced by music in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 191, 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.063>
- D'Abbadie de Nodrest, L., Sudres, J.-L., Schmitt, L. & Yrondi, A. (2017). Spiel Blues, wenn Du den Blues hast ... Evaluation der Effizienz eines musiktherapeutischen Programms für Menschen mit behandlungsresistenten depressiven und/oder bipolaren Störungen. In D. Sollberger, E. Boehlke & U. Kobbé (Hrsg.), *Das Eigene und das Fremde* (Schriftenreihe der Deutschsprachigen Gesellschaft für Kunst und Psychopathologie des Ausdrucks, Bd. 36, S. 217–234). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- DGBS & DGPPN. (2019). *S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen*. Langversion, 2019. Zugriff am 12.07.2019. Verfügbar unter: [http://www.leitlinie-bipolar.de/wp-content/uploads/2019/05/S3\\_Leitlinie-Bipolar\\_V2\\_Update\\_20190402.pdf](http://www.leitlinie-bipolar.de/wp-content/uploads/2019/05/S3_Leitlinie-Bipolar_V2_Update_20190402.pdf)
- DGPPN. (2019). *S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. & Vorspohl, E. (2015). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst* (5. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Frank, E. (2005). *Treating bipolar disorder: A clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy*. New York: Guilford Press.
- Gold, C., Mössler, K., Grocke, D., Helda, T. O., Tjemsland, L., Aarre, T. et al. (2013). Individual Music Therapy for Mental Health Care Clients with Low Therapy Motivation: Multicentre Randomised Controlled Trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(5), 319–331.
- Gold, C., Solli, H. P., Krüger, V. & Lie, S. A. (2009). Dose–response relationship in music therapy for people with serious mental disorders. Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 193–207. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.001>
- Grimm, S. (2014). Neuropsychologie und Neuropsychologie der bipolaren Störungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 62(4), 237–242. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000203>
- Grimmer, Y., Hohmann, S., Banaschewski, T. & Holtmann, M. (2010). Früh beginnende bipolare Störungen, ADHS oder Störung der Affektregulation? *Kindheit und Entwicklung*, 19(3), 192–201.
- Gross, J. J. (Hrsg.). (2014). *Handbook of emotion regulation* (2. ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Haugwitz, B. (2021). Music Therapy in the Early Detection and Indicated Prevention in Persons at Risk of Bipolar Disorders. State of Knowledge and Potential. *British Journal of Music Therapy*. <https://doi.org/10.1177/1359457521997386>
- Hautzinger, M. & Meyer, T. D. (2007). Psychotherapie bei bipolar affektiven Störungen. Ein systematischer Überblick kontrollierter Interventionsstudien. *Der Nervenarzt*, 78(11), 1248–1260.
- Himmighoffen, H. & Böker, H. (2011). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) in der Psychotherapie von Patienten mit bipolarer affektiver Störung. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 16(1), 56–64.
- Kraus, A. (1991). Neuere psychopathologische Konzepte zur Persönlichkeit Manisch-Depressiver. In C. Mundt & P. Fiedler (Hrsg.), *Depressionskonzepte heute: Psychopathologie oder Pathopsychologie?* (S. 42–54). Berlin: Springer.
- L'Etoile, S. K. de. (2002). The effectiveness of music therapy in group psychotherapy for adults with mental illness. *The Arts in Psychotherapy*, 29(2), 69–78. [https://doi.org/10.1016/S0197-4556\(02\)00139-9](https://doi.org/10.1016/S0197-4556(02)00139-9)
- Leonhardt-Günther, D. (2008). Gruppentherapie bipolarer Patienten in der psychiatrischen Institutsambulanz. In J. Kókai (Hrsg.), *Entwicklungen in der klinischen Gruppenpsychotherapie* (Die Gruppe in Klinik und Praxis, Bd. 4, S. 109–112). Opladen: Budrich.
- Leopold, K., Pfennig, A., Severus, E. & Bauer, M. (2013). Prävention bipolarer Störungen. *Der Nervenarzt* [Prevention of bipolar disorders], 84(11), 1310–1315. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3834-4>
- Mastnak, W. (1991). Perkussions- und Bewegungsimprovisation als Ansatz Polyästhetischer Therapie bei manischen Patienten. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, 2(4), 188–195.
- McCraw, S., Parker, G., Fletcher, K. & Friend, P. (2013). Self-reported creativity in bipolar disorder. Prevalence, types and associated outcomes in mania versus hypomania. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 831–836. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.07.016>
- Mentzos, S. (2006). *Depression und Manie. Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen* (4. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Metzner, S. & Busch, V. (2015). Musik in der Depressionsbehandlung aus musiktherapeutischer und musikpsychologischer Sicht. In G. Bernatzky & G. Kreutz (Hrsg.), *Musik und Medizin. Chancen für Therapie, Prävention und Bildung* (S. 189–218). Wien: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1599-2\\_14](https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1599-2_14)
- Nolan, P. (1991). Group improvisation for a resistant woman with bipolar disorder. In K. Bruscia (Hrsg.), *Case studies in music therapy*. (S. 451–464). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Odell-Miller, H. (2007). *The Practice Of Music Therapy For Adults With Mental Health Problems. The Relationship Between Diagnosis And Clinical Method*. Dissertation. Aalborg Universitet, Aalborg.
- Ohls, I. & Schäfer, A. (2020). Affektive Störungen. In H.-U. Schmidt, T. Stegemann & C. Spitzer (Hrsg.), *Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen* (S. 141–150). München: Elsevier.
- Pfennig, A. (2012). Früherkennung und Frühintervention bei bipolaren Störungen. *Der Nervenarzt*, 83(7), 897–902.
- Pfennig, A., Leopold, K., Severus, E. & Bauer, M. (2017). Prävention bipolarer Störungen. In J. Klosterkötter & W. Maier (Hrsg.), *Handbuch Präventive Psychiatrie. Forschung – Lehre – Versorgung* (S. 211–226). Stuttgart: Schattauer.

- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R. & Barlow, D. H. (2017). Current Definitions of »Transdiagnostic« in Treatment Development: A Search for Consensus. *Behavior Therapy*, 48(1), 128–138. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
- Schaub, A. & Neubauer, N. (2013). Psychotherapie bei bipolaren Störungen. Therapiekonzepte, ihre Inhalte und Wirksamkeit. *Fortschritt Neurologie Psychiatrie*, 81(1), S22–S29.
- Schmidt, H.-U., Stegemann, T. & Spitzer, C. (Hrsg.). (2020). *Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen*. München: Elsevier.
- Schwarz, F. (2014). Psychodynamische Psychotherapie bei bipolaren Störungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 62(4), 273–281.
- Strehlow, G. & Hannibal, N. (2019). Mentalizing in improvisational music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 28(4), 333–346. <https://doi.org/10.1080/08098131.2019.1574877>
- Vetter, J., Bohleber, L. & Böker, H. (2014). Psycho- und soziotherapeutische Interventionen bei bipolaren affektiven Störungen. Review. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 62(4), 265–272. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000206>
- Wolkenstein, L., Kanske, P., Bailer, J., Wessa, M., Hautzinger, M. & Joormann, J. (2017). Impaired cognitive control over emotional material in euthymic bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 214, 108–114. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.007>

- 1 Erste Datenbankrecherche in PSYINDEX, PubPsych, PubMed, Livivo und ScienceDirect zu den Schlagwörtern »music«, »music therapy«, »bipolar«, »bipolar disorder«, »mania« and »hypomania« sowie weiterführende Handrecherche im Oktober 2018, Nachrecherche Oktober 2020.
- 2 Zum Begriff Transdiagnostik siehe u. a.: Barlow, Allen & Choate, 2004; Sauer-Zavala et al., 2017.
- 3 Burkhardt et al. (2018) erhoben Kreativität mittels der Barron-Welsh-Art-Scale (BWAS) sowie des Creative Achievement Questionnaire (CAQ). McCraw et al (2013) ließen die Proband.innen mehrere Fragebögen ausfüllen, die sich u. a. mit Persönlichkeitsstilen und kreativen Neigungen (innerhalb einer Episode aber auch generell) beschäftigten.
- 4 Abkürzung OPD: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: mithilfe der fünf Achsen werden erhoben: I. Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen; II. Beziehung; III. Konflikt; IV. Struktur und V. Psychische und psychosomatische Störung (Diagnose nach ICD-10). Vgl. Arbeitskreis OPD, 2006.



Beate Haugwitz, Augsburg  
beate.haugwitz@uni-a.de