

Zürcher Hochschule der Künste in Kooperation mit der Interkantonalen  
Hochschule für Heilpädagogik, MAS Klinische Musiktherapie

## **Rezeptive Musiktherapie mit depressiven Patienten**

Welche Faktoren in der rezeptiven Musiktherapie sind wirksam, um die  
Entspannungsfähigkeit depressiver Patienten zu fördern?



vorgelegt von Anja Schäfer

Theoriearbeit zur Erlangung des Titels

**Master of Advanced Studies in klinischer Musiktherapie**

Mentorin: Dr. Barbara Gindl

September 2014

In liebevoller Erinnerung an meinen Vater †

Zürcher Hochschule der Künste in Kooperation mit der Interkantonalen  
Hochschule für Heilpädagogik, MAS Klinische Musiktherapie

## **Rezeptive Musiktherapie mit depressiven Patienten**

vorgelegt von Anja Schäfer

Theoriearbeit zur Erlangung des Titels

**Master of Advanced Studies in klinischer Musiktherapie**

Mentorin: Dr. Barbara Gindl

September 2014

## **Kurzfassung**

In dieser Arbeit wird der Frage nachgegangen, ob die Entspannungsfähigkeit bei depressiven Patienten durch rezeptive Musiktherapie mit dem Monochord und der Stimme gefördert werden kann.

Ausgehend vom Krankheitsbild Depression und deren Symptome werden in einer klinischen Pilotstudie die Auswirkungen von rezeptiver Musiktherapie mit dem Monochord und unterstützender Stimmbegleitung bezüglich der Entspannungsfähigkeit depressiver Patienten näher betrachtet und quantitativ mittels eines dafür entwickelten Fragebogens untersucht und ausgewertet. Zugunsten der qualitativen Datenerhebung wird ein Zusammenhang aus der verbalen Befindlichkeitsreflexion der Patienten sowie den Leitsymptomen von Depression erstellt. Drei Kategorien werden daraus abgeleitet: die emotionale Ebene, das physische Erleben sowie die Symbolisierungsfähigkeit.

Die vorliegenden quantitativen sowie qualitativen Ergebnisse werden in dieser Studie in Zusammenhang gebracht und ausgewertet.

## **Abstract**

This thesis focuses on the question whether the ability to relax of depressive patients can be improved via receptive music therapy with the monochord and the voice.

Based on the disorder depression and its symptoms the impact of receptive music therapy with the monochord and supportive vocal accompaniment concerning the ability to relax of depressive patients is examined in the course of a pilot study and quantitatively analyzed and evaluated by means of a questionnaire which was particularly created for this purpose.

In support of the qualitative data collection a connection between the verbal sensitivities reflection of patients and the cardinal symptoms of depression is made. Therefrom, three categories can be derived: the emotional level, the physical experience and the ability to symbolize.

In the course of this study, the present quantitative and qualitative results are associated and evaluated.

## **Keywords**

Depression rezeptive Musiktherapie Entspannung Körper Atem Stimme Monochord  
depression music reception relaxation body breath voice monochord

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>EINLEITUNG</b> .....	8
<b>THEORETISCHER TEIL</b> .....	10
<b>1 Rezeptive Musiktherapie</b> .....	10
1.1 Das Ohr.....	13
1.2 Hören .....	15
1.2.1 Vom Ohr zum Gehirn.....	17
1.3 Vibrationssinn.....	17
1.4 Körperpositionen .....	18
1.4.1 Das Liegen am Boden.....	19
1.4.2 Sitzen auf einem Hocker oder Stuhl .....	19
1.4.3 Stehen .....	20
<b>2 Burnout und Depression</b> .....	20
2.1 Burnout .....	20
2.2 Depression .....	23
<b>3 Spannung und Entspannung</b> .....	27
3.1 Sympathikus und Parasympathikus - die Balance.....	28
3.2 Ergotropie und trophotrope Musik .....	31
<b>4 Monochord</b> .....	33
4.1 Wie das Monochord anklingt .....	34
<b>5 Körper, Atem und Stimme</b> .....	36
5.1 Der Körper.....	36
5.2 Der Atem .....	38
5.2.1 Die Atemfunktion.....	39
5.2.2 Der Atemrhythmus .....	40

5.2.3	Der Atemraum .....	41
5.3	Die Stimme .....	42
5.3.1	Physiologie der Stimme .....	43
<b>EMPIRISCHER TEIL .....</b>		<b>46</b>
<b>6</b>	<b>Methodik der Studie .....</b>	<b>46</b>
6.1	Patientinnen .....	48
6.2	Datenerfassung .....	48
6.3	Durchführung der Studie .....	50
6.4	Therapiesetting .....	51
<b>7</b>	<b>Studienergebnisse .....</b>	<b>53</b>
7.1	Fragebogenauswertung .....	53
7.1.1	Soziodemographische Daten .....	53
7.1.2	Leitsymptomerhebung von Depression nach ICD-10 .....	56
7.1.2.1	Gedankenkreisen .....	56
7.1.2.2	Schlafqualität nach der rezeptiven Musiktherapieeinheit.....	57
7.1.2.3	Emotionale Empfindung während der Entspannungseinheit.....	61
7.1.2.4	Körperempfinden während der Entspannungseinheit.....	62
7.1.2.5	Symbolisierungsfähigkeit während der Entspannungseinheit.....	63
7.2	Gruppe – Ablauf – Raum.....	64
7.2.1	Gruppenempfindung während der Entspannungseinheit.....	64
7.2.2	Entspannungsfähigkeit durch Atem- und Körperwahrnehmung .....	65
7.2.3	Ritualisierung im Ablauf .....	66
7.2.4	Raumgestaltung im Rahmen der Entspannungseinheit .....	67
7.2.5	Monochordspiel während der Entspannungseinheit.....	68
7.2.6	Stimmbegleitung der Therapeutin zum Monochordspiel .....	69
7.3	Verbale Reflexion der Patientinnen.....	70
7.3.1	Emotionales Erleben.....	70

7.3.2	Physisches Erleben .....	72
7.3.3	Symbolisierungsfähigkeit .....	74
<b>8</b>	<b>Auswertung und Diskussion der Ergebnisse</b> .....	<b>77</b>
<b>9</b>	<b>Ausblick</b> .....	<b>83</b>
<b>10</b>	<b>Literaturliste</b> .....	<b>85</b>
<b>11</b>	<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>90</b>
<b>12</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>93</b>



„Der Klang“ (Peter Karner 2014)

## **EINLEITUNG**

„Wäre nicht der ganze Leib ein Klang, er könnte keine Klänge schaffen“  
(Maximilian Moser)

Die Musik, der Körper, der Atem und die Stimme spielen seit Jahrtausenden in der Medizin und bei Heilungsritualen eine zentrale Rolle.

Musik bedeutete für mich von frühester Kindheit an, ein „Bewegtsein“ im Leben in Verbindung mit meinem Körper und meiner Stimme. Meine Eltern unterstützten meine Hingabe zur Musik und Bewegung, indem ich mit Musik und Tanz sehr früh in Berührung kommen durfte und sie bis heute einen wichtigen Bestandteil in meinem Leben darstellt. Eine allumfassende Stimmbildung gehörte ebenso dazu.

Als Musiktherapeutin in meiner Arbeit mit ein- und mehrfachbehinderten Menschen und psychisch erkrankten Patientinnen<sup>1</sup> bedeutet die Verbindung von Körper, Atem und Stimme etwas Zentrales in der Therapie. Eine Integration aller Teile sind wichtige As-

---

<sup>1</sup> Mit der abwechselungsweise verwendeten weiblichen oder männlichen Form ist jeweils die andere gemeint.

pekte, um den Heilungsprozess als ganzheitlichen Prozess zu fördern und zu unterstützen.

Das Berührtwerden mit einem Klang, sei es mit einem Instrument, der Stimme oder einem achtsamen körperlichen Kontakt, erlebe ich häufig als eine heilsame Perspektive in der Therapie.

In der rezeptiven Einheit mit dem Monochord oder in der Klangwiege begleitend mit intuitivem Summen und Vokaltönen darf ich erleben, wie Menschen dadurch in tiefe körperliche Prozesse gelangen, ihre Entspannungsfähigkeit verbessert wird, sie tiefgreifende Bilder erfahren und zu emotionaler Stabilisierung gelangen können.

Diese Erkenntnisse brachten mich zu der Frage, welche Faktoren in einer rezeptiven Einheit notwendig sind, um die Entspannungsfähigkeit bei depressiven Patienten mithilfe des Monochordspiels und meiner Stimme in der Therapie zu verbessern. Die Elemente Monochordspiel mit Stimmbegleitung, Atem- und Körpersensibilisierung und ritualisiertes Therapiesetting werden in dieser Arbeit mithilfe eines eigens entwickelten Fragebogens untersucht und mit den Patientenaussagen aus der verbalen Reflexion in Verbindung gebracht.

Ich hatte die Möglichkeit in der Klinik für Psychosomatik und Psychiatrie in Eggenberg, Graz (A) eine halbjährliche rezeptive Musiktherapiestudie durchzuführen, und zwar zwei Mal in der Woche am Abend mit einer offenen Gruppe von sechs Patientinnen. Burnout und Depression als zeitgemäßes Thema, zeigten sich in der Abteilung für Psychosomatik und Psychiatrie als die häufigsten Krankheitsbilder.

Aus meiner eigenen Erfahrung als Musiktherapeutin erfolgte **die Hypothese:**

**Die Entspannungsfähigkeit bei depressiven Patienten wird durch rezeptive Musiktherapie mit Stimmbegleitung verbessert.**

Leitsymptome ausgehend vom Krankheitsbild Depression nach ICD-10 werden in dieser Arbeit näher betrachtet. Der Schwerpunkt dieser Untersuchung lag in der Fokussierung auf eine mögliche Verbesserung der Entspannungsfähigkeit bei depressiven Patientinnen mithilfe von Monochordklang und meiner Stimme, die in Theorie und empirischer Studie dargestellt werden.

## THEORETISCHER TEIL

### 1 Rezeptive Musiktherapie

Dass Musik die Seele in Ordnung bringen soll, besteht seit tausenden Jahren in der Vorstellung der Menschen. Sie dient seit Urzeiten der Heilung leidender Menschen sowie als Brücke zur Dimension der Transzendenz und ermöglicht Wege zur spirituellen Reifung (vgl. Dvorak 2012, 13).

Die Erforschung der Wirksamkeit von Musik reicht in Zeiten zurück, als es Psychologie und Therapiewissenschaften im heutigen Sinne noch nicht gab, als die Verbindung von Kunst, Medizin, Religion dem Menschen körperliche, seelische und geistige Heilung versprach (vgl. Hegi-Portmann, Lutz Hochreutener & Rüdüsüli-Voerker 2006, 8).

In den philosophischen Traditionen der Pythagoräer, Platons und Aristoteles hatte Musik die Aufgabe, die Seele zu führen (Seelenführung = *lat. psychagogia*), um wieder in Konsonanz mit der höheren Wirklichkeit zu sein. Dazu gehörte auch die Reinigung der Seele (*lat. katharsis*) (vgl. Frohne-Hagemann 2004, 1ff).

Bereits im Alten Testament wird von der Heilung des Königs Saul durch den Harfe spielenden David berichtet (vgl. Württembergische Bibelanstalt 1970, 14f).



Abbildung 1: Digitaler Kunstdruck: J. Bell, David vor Saul Harfe spielend (1994)

In den 40er und 50er Jahren nahm die rezeptive Musiktherapie den Platz als „die zentrale Arbeitsform“ in der Musiktherapie ein. Durch die Aufwertung der aktiven Musiktherapie in den 70er Jahren trat sie vorübergehend in den Hintergrund.

Die Rezeptionsforschung ist mittlerweile ein interdisziplinäres Forschungsgebiet und befasst sich mit der Wahrnehmung, dem Erleben und der Wirkung von Musik auf neurobiologische, entwicklungs- und emotionspsychologische Verarbeitungsvorgänge beim Musikhören. Dadurch findet in den letzten Jahren wieder ein neuer Aufschwung der rezeptiven Musiktherapiearbeit statt (vgl. Frohne-Hagemann 2004, 1ff).

Rezeptive Musiktherapie bedeutet Aufnehmen, Empfangen von Musik. Wir hören in uns hinein, was es an inneren Prozessen zum Arbeiten bringt (vgl. Timmermann, in Decker-Voigt, Oberegelsbacher, Timmermann 2008, 68). Ein Rezeptor, so wird es im Lexikon beschrieben, ist eine Struktur im Organismus, die spezifische Reize zu empfangen vermag und eine darauf beruhende Folgereaktion vermittelt (vgl. Roche Lexikon 2014). Schon zu Beginn des Lebens, in der Arbeit mit frühgeborenen Kindern auf einer Intensivstation, ist ausschließlich ein rezeptives Arbeiten möglich, so Nöcker-Ribeaupierre (2003).

Smeijsters beschreibt die Musik in der rezeptiven Musiktherapie als Stimmungsspiegel(reflektor) eines Patienten, in dem grundsätzlich das Bedürfnis nach Befreiung besteht (vgl. Smeijsters 1999, 145). Schroeder bestätigt dies in seiner Aussage, dass das Tonmaterial der Therapeutin helfen kann, über akustische Erinnerungen und Assoziationsketten an eigene Gefühle heranzukommen und sie zuzulassen. Die Patientin soll dort abgeholt werden, wo sie sich momentan befindet (vgl. Schroeder 1999, 24).

In der regulativen Musiktherapie nach Christoph Schwabe steht der wahrnehmungspsychologische Handlungsansatz im Vordergrund. Durch ausgewählte klassische Musik soll stufenweise die Selbstwahrnehmung der Patientin sensibilisiert und geschult werden (vgl. Schwabe/Haase 1998). Selbstwahrnehmung, einschließlich der Kontextwahrnehmungen im genannten Sinn, bedeutet vor allem die Aktivierung bzw. Reaktivierung einer inneren Offenheit, sowohl für die aktuelle körperliche – geistige – seelische Realität als auch auf biographisch relevante, möglicherweise auch verdrängte Erlebniszusammenhänge, die damit in eine konkrete Bewusstheit gelangen können (vgl. Schwabe in Frohne-Hagemann 2004, 205).

Der Wirkfaktor Musik, so Timmermann, steht in enger Verbindung mit der individuellen Geschichte und momentanen Befindlichkeit des Rezipienten und dem Setting, in dem er Musik hört. Er begründet, dass im Allgemeinen offene, musikalisch wenig vorstrukturierte Angebote wie monotone Klänge, einfache Rhythmen und gesummte Melodien, frei improvisiert am wirkungsvollsten wären (vgl. Timmermann 2004a, 82).

Die freie Improvisation – in der modernen Musiktherapie wird sie auch als methodischer Königsweg beschrieben, die aus einer Idee heraus entwickelte musikalische Erfindung, der intuitive Einfall und die impulsive Ausdrucksmöglichkeit, der aus inneren und äußeren Bewegungen heraus entstehende Spielfluss oder der durch eine Spielregel entstehende Prozess, bietet eine Vielfalt musikalischer Möglichkeiten (vgl. Hegi-Portmann et al. 2006, 21).

Im improvisatorischen „Für-Spiel“ besteht die Möglichkeit, das Atmosphärische und das atmosphärisch Notwendige zu erspüren, musikalisch auszudrücken und permanent zu verwandeln (vgl. Timmermann 2004a, 89).

Hierbei hat das „Für-Spiel“ mehr den Charakter des fürsorglichen Gebens von Tönen im Sinne einer Zuwendung, einer Wunscherfüllung oder der Induktion einer besonderen Atmosphäre, als die Absicht, Kunst oder einfach schöne Musik zu vermitteln, wie sie häufig beim „Vor-Spielen“ eingesetzt wird (vgl. Hegi-Portmann et al. 2006, 21).

Dazu ein Beispiel aus der Praxis:

*Eine 56-jährige Patientin kam immer 15 Minuten vor Beginn der rezeptiven Einheit und legte sich auf ihre Decke, um den Kerzenschein zu beobachten und die Stille zu genießen. Im Anschluss an die Stunde erklärte sie, dass sie „das Hier sein“ so genießen könne. Sie müsse nichts leisten und kann einfach nur zuhören und „sein“. Das mache sie sehr glücklich.*

Die emotionale Resonanz und die bewusste Resonanzfähigkeit ist eine wichtige therapeutische Haltung im rezeptiven Spiel. Hierbei handelt es sich um eine aktive Haltung hinspürender Bezogenheit, eine aufmerksamkeitsbezogene und liebevolle Wachheit, die einen selbst und den anderen Menschen in seiner Gesamtheit, also in der leiblichen, seelischen, geistigen und transpersonalen Dimension umschließt. Sie ist ein Sich-Einschwingen auf ein Gegenüber, welches in einem dialogischen Prozess stattfindet. Diese Haltung ist nicht von einem „Wissen“ über die Patientin und den therapeutischen Prozess geprägt, sondern zeichnet sich durch eine fragende Offenheit aus (vgl. Gindl 2002, 153).

Der Klang der Musik wird über die Ohren, das Hören, wie auch als ganzheitlicher Prozess wahrgenommen. Diese Themenbereiche werden in den nachfolgenden Kapiteln näher erläutert.

## 1.1 Das Ohr

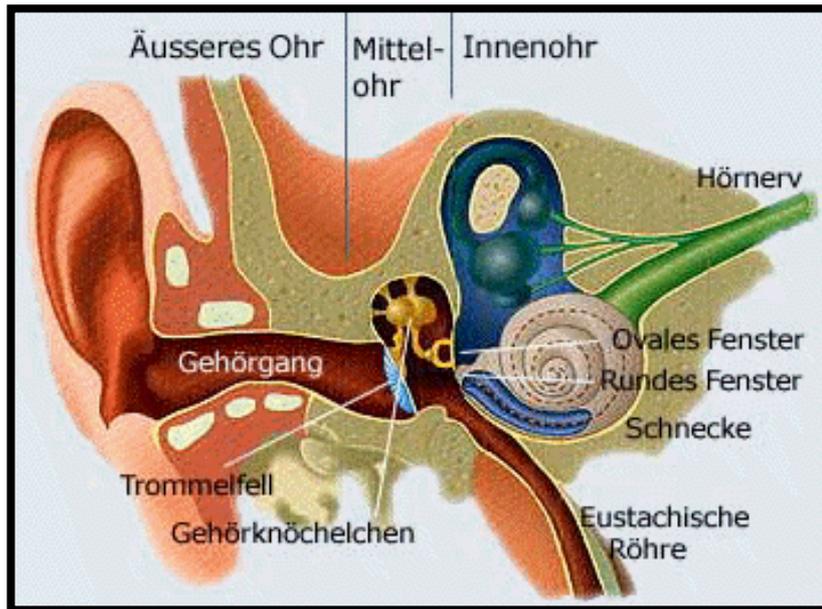


Abbildung 2: Anatomie des Ohres (Medienwerkstatt 2014; online, siehe Abbildungsverzeichnis)

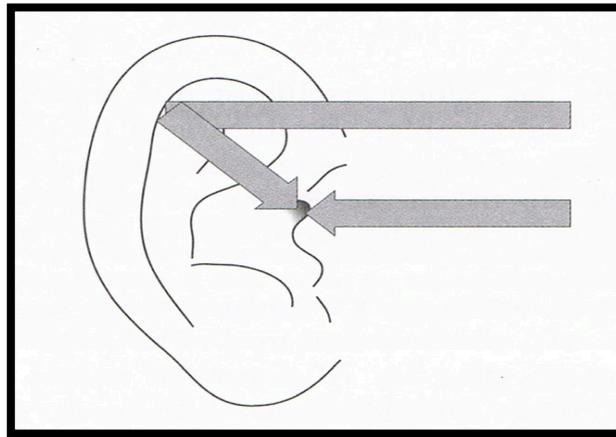
Betrachtet man die Sinnesorgane in Bezug auf die körperliche Gestalt, so wird deutlich, dass das Sehen über die Augen und das Riechen über die Nase nach vorne gerichtet ist. Das Schmecken im Mund ist schon etwas mehr nach innen verlagert. Das Hören über die Ohren ist seitlich orientiert. Im Gegensatz zum Auge, das die Oberfläche abtastet und bis zur Raumbegrenzung sehen kann, ist es dem Ohr möglich, die Raumbegrenzen zu überwinden. Es dringt in die Tiefe der Materie ein und erkundet wie sie klingt, d.h. dass das Hören gegenüber dem Sehen mehr nach innen orientiert ist (vgl. McKeen in Frohne-Hagemann 2004, 342).

Das, was wir hören (innen und außen), bringt innere Prozesse zum Schwingen, die in der musiktherapeutischen Arbeit Resonanz finden können.

Wie bereits erwähnt bedeutet „rezeptiv“ aufnehmen, empfangen. Akustische Signale wie Klänge und Geräusche nehmen wir über die Ohren auf.

Das gesamte Ohr besteht aus dem äußeren Ohr, dem Mittelohr und dem Innenohr. Es leitet Schallwellen, verstärkt diese und setzt sie in elektrische Impulse um. Zusammen mit dem etwa 2,5 cm langen Gehörgang, bildet die Ohrmuschel das äußere Ohr. Dort wird auch der Schall konzentriert. Durch die Struktur der Ohrmuschel kann der einge-

hende Schall direkt oder indirekt in den Gehörgang gelangen (s. Abb.3) (vgl. Spitzer 2009, 54ff).



**Abbildung 3: Ohrmuschel von der Seite betrachtet mit direktem und indirektem Schallweg zum Gehörgang (Spitzer 2009, 56)**

Der äußere Gehörgang funktioniert wie eine Orgelpfeife, der eingehende Schwingungen innerhalb des Frequenzbandes von 2000 bis 5500 Hz um fünf bis mehr als zehn Dezibel verstärkt. Dies ist besonders wichtig für das Sprachverständnis.

Die von der Ohrmuschel aufgenommenen und vom Gehörgang weitergeleiteten und teilweise verstärkten Druckschwankungen der Luft, gelangen an das Trommelfell und versetzen dieses in Schwingung.

Im Mittelohr befinden sich die drei Gehörknöchelchen (s. Abb. 2) Hammer, Amboss und Steigbügel, welche die Schwingungen vom Trommelfell auf das ovale Fenster des Innenohrs übertragen. Diese stellen eine Hebelwirkung dar: Relativ große kraftarme Schwingungen am Trommelfell werden in vergleichsweise kleinere Schwingungen größerer Kraft umgewandelt. Ohne Gehörknöchelchen würde alles sehr viel leiser gehört werden. Hinzu kommt, dass sie eine Art Untersetzung bilden, d.h. dass geringer Schall- druck im Innenohr zusätzlich bewegen kann (ebd.).

Das Mittelohr hat zudem eine wichtige Funktion: Es schützt das Innenohr vor allzu großen Schwingungen, die es beschädigen könnten (ebd.).

Das Innenohr besteht aus dem Hörorgan Schnecke (lat. *Cochlea*). Sie umfasst etwa zweieinhalb Windungen. Darin befinden sich die von Membranen getrennten flüssigkeitsgefüllten Kanäle mit etwa 3500 innen liegenden Haarzellen, die chemische Boten- stoffe (Neurotransmitter) ausschütten. Die dadurch entstehenden Schwingungen (Me-

chanik) werden in Nervenimpulse (Elektrik) verwandelt und an das Gehirn weitergeleitet. Hohe Frequenzen (20.000 Hz) stimulieren die am Beginn der Schnecke liegenden Haarzellen. Tiefere Frequenzen (200 Hz) wandern bis ins Innere der Cochlea (ebd.).

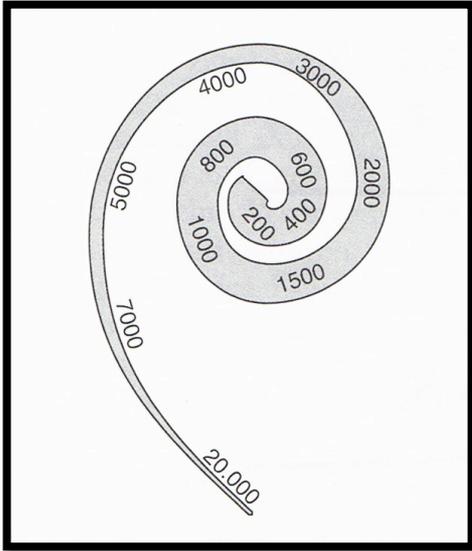


Abbildung 4: Schematische Darstellung der Cochlea (Spitzer 2009, 60)

Impulse, die vom Innenohr zur Grosshirnrinde weitergeleitet werden, bezeichnet man als Hörbahn. Diese Datenimpulse werden dabei auch gleichzeitig verarbeitet, indem die 3500 inneren Haarzellen eines jeden Innenohrs etwa 30.000 Fasern der beiden Hörnerven stimulieren. Der *Nucleus cochlearis* besitzt 90.000 Neuronen, der Olivenkern 34.000, der *Lemniscus lateralis* 38.000, der *Colliculus inferior* 400.000 und der mediale Kniehöcker 500.000 Neuronen. Daraus zeigt sich, dass etwa 100 Millionen Nervenzellen mit der weiteren Informationsverarbeitung beschäftigt sind (vgl. Spitzer 2009, 60).

## 1.2 Hören

Das menschliche Hörvermögen entwickelt sich beim Fötus ungefähr ab der 24. Schwangerschaftswoche (Birnholz u. Benacerraf 1983). Maiello (in Nöcker-Ribeaupierre 2003) erklärt, dass das Kind bis zu diesem Zeitpunkt die mittleren und hohen Frequenzbereiche (1000-2000 Hz) wahrnehmen kann, die der mütterlichen Stimme entsprechen. Der niedrige Frequenzbereich, der den vom mütterlichen Organismus produzierten Geräuschen entspricht (Herzschlag, Atmung und Verdauungsgeräusche), wird sogar schon in einem früheren Stadium wahrgenommen.

Das Kind beginnt drei bis vier Monate vor der Geburt Klänge und Musik der Außenwelt ebenso wie die intimeren Wahrnehmungen, die zur strukturellen und funktionalen Reifung der zentralen Hörbahnen beitragen, wahrzunehmen. Noch früher in der Entwicklung wird die natürliche Wahrnehmungswelt des Ungeborenen durch körperliche Empfindungen unterschiedlicher vitaler Rhythmen bereichert, die beim Herzschlag, Atmen, Sprechen, Laufen oder Tanzen der Mutter entstehen (vgl. Papoušek 2001).

Das Horchen führt ins Spüren und Fühlen. Das, was stimmt und was unstimmig ist, kann bewusst werden.

Das Lauschen auf einen Klang in bestimmter Weise erfordert Achtsamkeit und Präsenz. Berendt (2004) beschreibt in seinem Buch „Nada Brahma – Die Welt ist Klang“ ausführlich über das Hören und Lauschen in der Welt. Er bezeichnet den Gehörsinn als den reichsten und differenziertesten Sinn, den wir Menschen haben. Das Ohr spricht auf minimalste Impulse an wie kein anderes Organ. Reize gleich geringer Stärke wären von anderen Sinnen – etwa dem Auge – gar nicht mehr wahrzunehmen. Wenn zum Beispiel Klarinette, Flöte und Oboe zusammen erklingen, kann unser Ohr die resultierende Mischung sowohl als neuen Klang wahrnehmen wie auch jene drei Instrumente, die diesen Klang hervorbringen, voneinander unterscheiden.

Der direkt gespielte Ton kann seine Eigenqualität im rezeptiven Livespiel ganz entfalten. Es findet eine „echte“ Sinneswahrnehmung statt und damit eine Belebung der Sinne. Über die Sinneswahrnehmung kommt es zu einem vertieften seelischen Erleben mit Auswirkungen bis in die Körperlichkeit, so Bissegger (vgl. Frohne-Hagemann 2004, 342f).

Ein Beispiel aus der Praxis verdeutlicht dies:

*Im Anschluss an die rezeptive Musiktherapieeinheit äußerte sich in der verbalen Reflexion ein 53-jähriger Patient:  
„Ich empfand tiefe Töne in meinem Körper – dies beunruhigte mich – nach einer Weile sah ich eine grüne Wiese vor mir, auf die ich mich legte. Mein Körper beruhigte sich und ich konnte mich dadurch gut entspannen.“*

Jenseits der Methoden und therapeutischen Ansätze ist die Begegnung im Hier und Jetzt ein wichtiger Faktor, der heilsame Erfahrungen ermöglichen lässt. Der Hörende kann aus der geweckten Achtsamkeit heraus seine jeweilige Stimmungslage und Gestimmtheit besser wahrnehmen (vgl. Dvorak 2012, 56).

### **1.2.1 Vom Ohr zum Gehirn**

Neuronale Netzwerke sind Systeme, die Informationen verarbeiten. Sie sind aus einer großen Zahl einfacher Schalteinheiten (Neuronen) zusammengesetzt (vgl. Spitzer 2009, 73f).

Sobald ein mechanischer Schall in einen elektrischen Impuls umgewandelt ist, können solche Impulse (Aktionspotenziale) auf verschiedenste Weise verarbeitet werden. Diese Aktionspotenziale werden von den Nervenfasern – den Axonen – zu anderen Nervenzellen geleitet. An jene wird ein Impuls auf chemischem Weg von der Nervenfaser auf das nächste Neuron übertragen. Diese Übertragung geschieht an einer Synapse und kann unterschiedlich stark sein. Wie groß der Effekt auf die Erregung des nachfolgenden Neurons ist, hängt lediglich von der Synapsenstärke ab (vgl. Spitzer 2009, 72).

Über das auditive Vermögen hinaus verfügen wir Menschen zusätzlich über einen Sinn, durch den wir akustische Signale wahrnehmen können – den Vibrationssinn. Dieser wird im folgenden Kapitel genauer betrachtet.

### **1.3 Vibrationssinn**

Die enge Verwandtschaft zwischen Hör- und Vibrationssinn zeigt sich vor allem in seiner Reizform. Die Reizform ist beim Hörsinn und beim Vibrationssinn identisch: beide Sinne reagieren auf mechanische Reize, beide antworten auf Schwingungen der Luft, Schwingungen elastischer Platten oder anderer geeigneter Körper. Wenn Schallwellen bestimmter Frequenzen eine ausreichende Intensität besitzen, reagieren die Rezeptoren auf die Basiliarmembran des Gehörs oder der zuständigen Rezeptoren der Haut und wandeln die mechanischen Reize (wie oben erwähnt) in entsprechende Nervenaktionsströme um; wobei der Vibrationssinn in einem Frequenzbereich zwischen 16 und 1300 Hz besonders gut auf Schallschwingungen reagiert (ebd.).

Alle Instrumente übertragen ihre Schwingungen, so Cramer (vgl. Timmermann 2005, 56f), durch die Luft. Dabei wird zwischen den exterozeptorischen Sinnen, die Außenreize wie Hören und Berühren aufnehmen, und den interozeptorischen Sinnen, die innere Reize wie Spannung oder Gelenkdruck vermitteln, unterschieden. Das Vibrationsempfinden (Pallästhesie) wird über die Pacini-Körperchen (Vibrationsrezeptoren im Unterhautfettgewebe) vermittelt. Diese liegen hauptsächlich in der Unterhaut des Handtellers und der Fußsohlen, sind aber auch an Bändern, Sehnen, Muskeln, der Knochen-

haut, in Gelenkkapseln, in den Eingeweiden und in der Bauchspeicheldrüse vorhanden. Der Vibrationssinn steht also mit dem gesamten Körper über verschiedene Rezeptororgane direkt in Verbindung. Er ist der phylogenetische Vorfahre des Hörsinns.

Das Hören schreibt Mersmann (1952) ist eine „geistige Leistung“, die darauf beruht, dass wir „in jedem Gegenwärtigen schon das Vergangene, im Gegenthema das Thema, im Finale noch den Hauptsatz mithören und so die Spannungen von einem zum anderen in uns erleben. Denn Musikhören bedeutet im Grunde: In sich die Spannung aufbringen, welche das Kunstwerk trägt.“

Um Klänge empfangen zu können, bedarf es einer inneren und äußeren wohlgestimmten Körperhaltung, die im folgenden Kapitel näher erläutert wird.

## **1.4 Körperpositionen**

Für die rezeptive Arbeit ist eine angemessene Körperhaltung notwendig, um die Innenschau im Körper (Propriozeption), die eigene Atembewegung und den Kontakt zu sich und seinem Herzen wahrnehmen zu können.

„Wahrnehmen bedeutet: Fühlen, Nachspüren, Erkennen, Erinnern, Eindruck empfangen, der als Ausdruck wiedergegeben werden kann. Die Sinneswahrnehmungen mit ihrem hohen Informationsgewinn sind die Orientierungsgrundlage für den Körper“ (Loos in Decker-Voigt, Knill, Weymann 1996, 183).

Die Haltung, so Faller (vgl. 2009, 16), ist von Mensch zu Mensch verschieden. Sie ist durch die individuelle Körperstruktur und deren Verfassung bestimmt und spiegelt auch die seelische Befindlichkeit und die Geisteshaltung des Menschen wider. Es gibt persönliche Merkmale, die gleich bleiben, und andere, die je nach Situation wechseln. Haltung verändert sich durch innere und äußere Bewegung.

In folgendem Kapitel werden drei unterschiedliche Körperpositionen, die sich für das rezeptive Spiel gut anbieten, näher erläutert. Wichtig dabei ist, dass im Vorfeld die Patienten wenn möglich, in ihrer Selbstverantwortung eine für sich stimmige Position wählen, um die eigene Innenschau gut zu ermöglichen. Es sollte eine Position sein, in der sie sich wohl fühlen und entspannen können. Eine therapeutische Unterstützung in der Findung der richtigen Position ist hier häufig von Nöten.

Für die rezeptive Arbeit eignen sich grundsätzlich drei Körperpositionen:

#### 1.4.1 Das Liegen am Boden

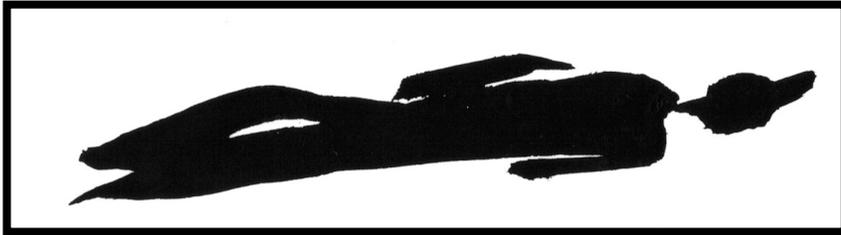
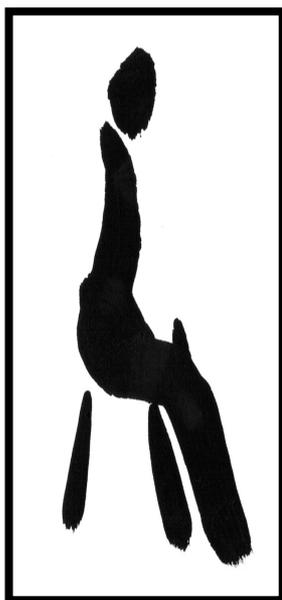


Abbildung 5: Mensch in liegender Position (Peter Karner 2014)

Auf einer Matte oder einer Decke liegend wird meist als intensivste Körperposition erlebt. In dieser Position ist der Patient sehr regressionsfähig. Der Boden kann den Körper tragen. Es kann als sehr angenehm erfahren werden, aber auch als „ungeschützt“ und „ausgeliefert“. Wichtig dabei ist, dem Rezipienten vor der Einheit zu erklären, bei bedrohlichem Erleben sich aufsetzen zu können, die Augen zu öffnen und Kontakt zum Therapeuten aufzunehmen. In dieser Position eignen sich im Besonderen Körper- und Atemwahrnehmungsübungen (vgl. Timmermann 2004a, 84).

#### 1.4.2 Sitzen auf einem Hocker oder Stuhl

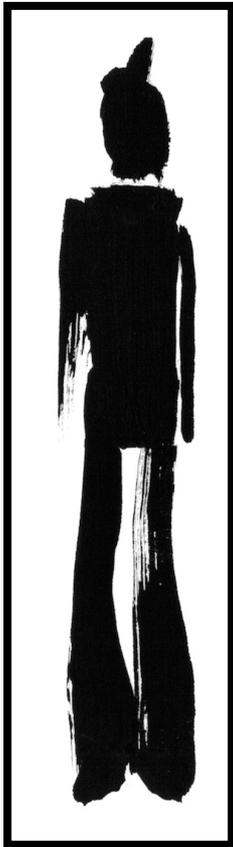


Der Hocker bzw. Stuhl sollte eine parallele Sitzfläche zum Boden haben, um eine Aufrichtung im Lot der Wirbelsäule zu ermöglichen. Die Füße ruhen auf dem Boden, das Gesäß sitzt auf dem Hocker und darüber richtet sich der Rumpf auf. Dadurch sind die Bauchorgane frei, das Zwerchfell kann schwingen und die Wirbelsäule ist aufrecht. Diese Körperhaltung ist weniger regressiv und dadurch für manche Patienten minder bedrohlich (vgl. Middendorf 2007; Richter 2006).

Abbildung 6: Mensch in sitzender Position (Peter Karner 2014)

### 1.4.3 Stehen

Den Bodenkontakt mit den Füßen spüren. Dabei kann eine gute Verbindung mit der Erde, dem Untergrund und der Bewegung nach oben dem Scheitel, wahrgenommen



werden. Ein Aufrichten findet statt.

Die „richtige Haltung“ im Sitzen und Stehen entsteht aus der Auseinandersetzung des Körpers mit der Aufrichtung entgegen der Schwerkraft und durch ein Ausbalancieren des Körpergewichts von den Füßen beginnend hinauf bis zum Kopf. Die erste wichtige Voraussetzung ist ein angenehmer Kontakt zum Boden. Hierbei sollte das Körpergewicht an den Boden abgegeben werden und ein guter Bodenkontakt stattfinden. Die senkrechte Stellung der Wirbelsäule erfordert die Aufrichtung vom Becken her. Brustkorb- und Schädelaufrichtung folgen im Anschluss. Diese aufrechte Haltung bedeutet die eigene Größe wahrzunehmen und sich zu öffnen. Sie entspricht einer würdevollen Haltung, welche von innen und außen getragen wird. In dieser Haltung erfahren die Muskeln weniger ein Halten als Balancieren des Skeletts. Die Muskulatur befindet sich im Idealfall in der Wohlspannung, dem Eutonus (vgl. Faller 2009, 17).

Abbildung 7: Mensch in stehender Position (Peter Karner 2014)

Diese Wohlspannung ist bei Menschen mit depressiver Erkrankung weitgehend gestört. Dies wird in nachfolgendem Kapitel, in der Entwicklung der Burnout-Symptomatik sowie der Depression näher betrachtet.

## 2 Burnout und Depression

### 2.1 Burnout

„Ich kann einfach nicht mehr, ich fühle mich total ausgebrannt“. Dies ist die häufigste Zustandsbeschreibung jener 34,51 Millionen Menschen, die europaweit vom Burnout-Syndrom betroffen sind. Weitere 78,88 Millionen Menschen gelten als akut Burnout gefährdet (vgl. Korunka, Tement, Zdrehus, Borka 2010, 27).

Burnout manifestierte sich in den letzten Jahren zu einer Volkskrankheit, die sich in Folge zu einer Depression entwickeln kann. Ist Burnout ein gesundes Signal auf eine ungesunde Lebenssituation? Kann es wie jede erkannte Krankheit eine Chance für Weiterentwicklung und Wachstum sein? In unserer Gesellschaft ist eine deutliche Entwicklung spürbar, dem Wunsch und der Sehnsucht nachzugehen, den Alltag „langsamer und bewusster“ zu gestalten. Entspannungstechniken wie Yoga, Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen, Meditation u.v.m. bekommen bei vielen Menschen einen immer wichtigeren Stellenwert im Leben.

Durch die hohen Anforderungen an den täglichen Alltag, der oftmals von schnellem Tempo und Reizüberflutung der Medien geprägt ist, steigt die Häufigkeit von Überlastungssymptomen stetig an.

In der zehnten Überarbeitung der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) wird Burnout mit dem Diagnoseschlüssel Z.73.0 als „Ausgebranntsein“ oder „Zustand der totalen Erschöpfung“ beschrieben. Dieser Diagnoseschlüssel gehört zum übergeordneten Abschnitt Z.73, der „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ enthält. Geht man nach dieser Einstufung von Burnout, so stellt diese eine Zusatz- und keine Behandlungsdiagnose dar (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information 2012). Burnout wird bloß als Faktor beschrieben, der den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen kann (vgl. Hillert, Marwitz 2003, 162).

Waren früher hauptsächlich Führungskräfte betroffen, so ist Burnout in nahezu allen Berufsgruppen anzutreffen. Das Erschöpfungssyndrom scheint der Preis für ein hohes Leistungsdenken und ein steigendes Lebenstempo zu sein. Körper und Seele reagieren auf konstante und nicht zu bewältigende Anforderungen mit Erschöpfung, Verzweiflung und schließlich dem Totalzusammenbruch (vgl. Augusta 2008, 34).

Neben zahlreichen körperlichen Symptomen zieht das Burnout-Syndrom für Betroffene vielfach auch soziale Konsequenzen nach sich, wie zum Beispiel Rückzug vom Arbeitsplatz oder negative Effekte auf das Privatleben. Auch auf der gesellschaftlichen Ebene bringt das Burnout-Syndrom Konsequenzen mit sich. So besteht ein deutlich erhöhtes Risiko für wiederholte und/oder lang anhaltende Krankenstände und verfrühte Berufsaustritte aufgrund von Invalidität (vgl. Weber, Jackel-Reinhard 2000, 513).

Im folgenden Abschnitt werden die Phasen der Burnout-Entwicklung veranschaulicht und näher betrachtet.

### **1. Veränderung der Belastungsgrenze**

Im ersten Stadium der Burnout-Dynamik stellen meist überaus begeisterungsfähige Menschen mit hoher Leistungsbereitschaft über einen längeren Zeitraum ihre Bedürfnisse nach Ausgleich zu ihrem Arbeitspensum hinten an. Der Erfolg steht an erster Stelle, und die Lebensqualität verliert schleichend an Bedeutung.

### **2. Veränderung im sozialen Austausch**

Das Unterdrücken von Unlust- und Stressgefühlen führt dazu, dass die Betroffenen immer weniger mit sich selbst im Einklang sind und dadurch ein sozialer Rückzug stattfindet. Für zwischenmenschliche Kontakte fehlt die Zeit, und es entsteht eine Unzufriedenheit und Leere, welche mit dem Abbau der Leistungsfähigkeit einhergeht. Die Merkfähigkeit und das Kreativpotential nehmen ab, und die anfängliche Motivation zur Schaffenskraft sinkt deutlich. Hinzu kommt häufig ein Prozess der Entdifferenzierung.

### **3. Verändertes Identitätsgefühl**

Jede Veränderung bedarf der seelischen Energie. Im fortgeschrittenen Stadium des Burnouts sind kaum mehr Ressourcen aktivierbar, und es findet eine Entfremdung der Persönlichkeit statt, die oftmals mit großer Unsicherheit wahrgenommen wird. Das anhaltende Stimmungstief wird durch psychosomatische Reaktionen, wie z. B. Bluthochdruck, Muskelverspannungen, Kopfschmerzen, Ein- und Durchschlafproblemen, Hautirritationen verstärkt. Eine Fortsetzung des gewohnten Arbeits- und Lebensstils ist nicht mehr aufrechtzuerhalten (ebd.).

Eine nicht erkannte Burnout-Symptomatik kann sich schleichend in eine Depressionserkrankung entwickeln. Diese wird im folgenden Abschnitt erläutert.

## 2.2 Depression



Abbildung 8: Depression – (Maler unbekannt)

„Der Wunsch nach vertrautem Nahkontakt, die Sehnsucht, lieben zu können und geliebt zu werden, gehört zu unserem Wesen und ist eines der Merkmale der Menschlichkeit überhaupt“, so Riemann (1996, 59) in seiner tiefenpsychologischen Studie „Grundformen der Angst“. Das Urbild solcher Liebe ist die Mutter-Kind-Beziehung. Vielleicht sucht alle Liebe das wiederherzustellen, wiederzufinden, was wir im Idealfall in früherer Kindheit erlebten: uns bedingungslos geliebt zu fühlen, einfach als die, die wir sind, und zu erfahren, dass unser Dasein, das, was wir zu geben haben, was wir sind, den anderen ebenso beglückt.

Diese Liebesfähigkeit trägt den Wunsch in sich, angesprochen zu werden, um sich entfalten zu können. Sie manifestiert sich in unserer Ich-Werdung und ermöglicht Empfangenes zurückgeben zu können. In dieser Liebesbereitschaft entsteht eine lebendige Wechselbeziehung von Geben und Empfangen (vgl. ebd.).

Menschen, die diese grundlegende Beziehungserfahrung nicht erfahren konnten, erleben häufig einen Mangel im Urvertrauen des eigenen Selbst, der mit Ängsten und Unsicherheit in Verbindung steht. Er wird auch als depressiver Grundkonflikt (vgl. Rudolf 2003) im Zentrum der Psychodynamik angesehen und als eine Disposition für depressive Erkrankung benannt.

„Bei depressiven Persönlichkeiten ist die Verlustangst die dominierende, in ihren verschiedenen Ausformungen als Angst vor isolierender Distanz, vor Trennung, Ungeborgenheit und Einsamkeit,“ so Riemann (1996, 61).

Zur Veranschaulichung ein Beispiel aus der Praxis:

*Im Anschluss an die rezeptive Musiktherapieeinheit äußerte sich in der verbalen Reflexion eine 46-jährige Patientin. Ihr Aufenthalt in der Klinik war am darauffolgenden Tag zu Ende:*

*„Mir ist nun klar geworden, dass ein radikaler Schritt notwendig ist, um die Veränderungen, die nun anstehen zu leben – gleichzeitig habe ich große Angst andere Menschen dadurch zu verletzen.“*

Aus tiefenpsychologischer Sicht leiden depressive Menschen auf struktureller Ebene unter Schwierigkeiten in der Selbst-Objekt-Differenzierung, in der ganzheitlichen Objektwahrnehmung, in der Selbstwertregulation und Affektdifferenzierung. Auf Beziehungsebene kann eine schmerzliche Frustrationsspannung entstehen, sobald der Wunsch nach einer „guten, harmonischen“ Beziehung nicht erfüllt werden kann und sich dabei die Selbst-Objekt Grenzen auflösen können (vgl. Wöller, Kruse 2005, 306).

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten und hinsichtlich ihrer Schwere am meisten unterschätzten Erkrankungen. Schätzungen zufolge leiden weltweit inzwischen circa 350 Millionen Menschen unter einer Depression. Bis zum Jahr 2020 werden Depressionen oder affektive Störungen laut Weltgesundheitsorganisation weltweit die zweithäufigste Volkskrankheit sein (Bundesministerium für Gesundheit 2014).

Der Begriff Depression (lat. *deprimere* = herunter-, niederdrücken) weist in seiner ursprünglichen Verwendung in der Psychiatrie eine viel unspezifischere Bedeutung auf als heute, etwa im Sinne eines allgemeinen Abbaus und einer Beeinträchtigung psychischer Funktionen (vgl. Möller, Laux, Deister 2002, 75).

Im Rahmen der antiken Vier-Säfte-Lehre (5.Jhd.v.Chr) begegnet uns der Begriff Melancholie (Schwarzgalligkeit) im Corpus hippocraticum. Hiermit wird ein mutlos-trauriger Geistes- und Gemütszustand beschrieben, dessen Ursache als körperlich bedingt angesehen wurde. Auch im außermedizinischen Schrifttum spielte dieser Ausdruck eine beachtliche Rolle. Bei Aristoteles erfahren „die Melancholiker“ eine besondere Aufwertung in Richtung des Außergewöhnlichen und Genialen (Möller et al. 2002, 73).

Laut ICD-10, der internationalen Klassifikation von psychischen Krankheiten, unterliegt die Depression den affektiven Störungen. Sie wird in 5 Gruppen unterteilt:

F 30.- Gruppe: Manische Episode

F 31.- Gruppe: Bipolare affektive Störung

F 32.- Gruppe: Depressive Episode

F 33.- Gruppe: Rezidivierende depressive Störungen

F 34.- Gruppe: Anhaltende affektive Störungen

(vgl. ICD 10 online, WHO-Version 2013)

Depressionen werden traditionell nach drei ursächlichen Gesichtspunkten in **psycho- gene** (reaktive, neurotische), **endogene** (anlagebedingte) und **somatogene** (organisch-körperlich bedingte) Depressionen unterteilt.

Hinsichtlich der Schwere werden depressive Störungen in **leicht**, **mittelgradig** oder **schwer** eingeteilt. Sie können als **akute Episode** oder als **lang anhaltende Zustandsbilder (Dysthymia)** in Erscheinung treten.

Die Prävalenz von Depression ist bei Frauen kulturunabhängig doppelt so hoch wie bei Männern.

### **Symptomatik von Depression**

Das klinische Bild der Depression kann vielgestaltig sein. Als Leitsymptome gelten: **Depressive Verstimmung:** Eine innere Leere, Gefühllosigkeit (versteinert sein), Sinn- und Hoffnungslosigkeit, geringes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen

**Antriebshemmung:** Interesse- und Freudlosigkeit an normalen Aktivitäten (Beruf, Hobby, Freunde), fehlende Energie, ständige Müdigkeit, eingeschränkte Bewegungsfähigkeit

**Schlafstörungen:** Einschlaf- und Durchschlafstörungen, häufiges Aufwachen in der Nacht in Verbindung mit Gedankenkreisen, Morgentief

**Vital- und vegetative Störungen:** Druck auf Brust- und Bauchraum, das Gefühl nicht durchatmen zu können, innere Unruhe, Libidoverlust, Appetit- und Gewichtsverlust, Obstipation und Diarrhoe

**Denkhemmung und negative Gedanken:** verminderte Konzentrationsfähigkeit, Verarmung der Symbolisierungsfähigkeit, Gedankenkreisen, Grübelneigung, Entscheidungsunfähigkeit, negative Zukunftsgedanken, Suizidgedanken

(vgl. Faller 2009, Möller et al. 2002)

**Aufgrund der Phänomenologie lassen sich drei Unterformen der Depression unterscheiden:**

- **Gehemmte Depression:** Reduktion von Psychomotorik und Aktivität, im Extremfall: depressiver Stupor
- **Agitierte Depression:** ängstliche Getriebenheit, Bewegungsunruhe, unproduktiv-hektisches Verhalten und Jammern
- **Somatisierte Depression:** vegetative Störungen und vielfältige funktionelle Organbeschwerden stehen im Vordergrund. Die Depression wird „vitalisiert“ im oder am Leib erlebt (vgl. Möller et al. 2002).

Der „gestörte“ Bezug zur eigenen Leiblichkeit drückt sich bei psychosomatisch erkrankten Menschen in körperlichen Symptomen aus; er ersetzt den fehlenden emotionalen Austausch durch die Körpersymptome. Dadurch besteht wenig Bezug zu ihrem Innenleben, und sie können unterschiedliche Gefühle oftmals nur schwer voneinander unterscheiden (Gindl 2002). Ihre Resonanzfähigkeit scheint in vielen Bereichen blockiert zu sein, und das zeigt sich in ihrem Verhältnis zu sich selbst, d.h. ihren Gefühlen und ihrem Körper gegenüber sowie in Beziehungen zu anderen Menschen (ebd.).

Zur Veranschaulichung ein Beispiel aus der Praxis:

*Eine 38-jährige bulimische Patientin nahm fünf Mal an der rezeptiven Entspannungseinheit teil. Zu Beginn war sie eher wortkarg und mit sich selbst beschäftigt. In der verbalen Reflexion äußerte sie sich in der vierten Einheit: „Es ist eine ganz neue Erfahrung für mich. Ich spürte anfangs große Anspannung in meinem Körper; mein Kopf fühlte sich an, als wenn er explodieren würde. Meine mir vertrauten Lendenwirbelschmerzen machten sich bemerkbar. Mein Unterleib fühlte sich kalt an. Durch das Auflegen meiner Hände konnte Wärme durch meinen Körper fließen. Das Empfinden war ungewohnt und neu für mich. Mein Körper konnte sich dadurch aber ein wenig entspannen; das tut gut.“*

Psychosomatisch erkrankten Menschen fehlt vielfach ein liebevoller Bezug zu ihrer Leiblichkeit; es ist schwer für sie zu verstehen, was sie auf leiblicher Ebene bräuchten. Oftmals wird der Leib wie ein von ihrem Fühlen, Sein und Handeln abgeschnittener Fremdkörper behandelt. Dadurch ist die emotionale Schwingungsfähigkeit eingeschränkt (ebd.).

Die Autorin verzichtet an dieser Stelle auf eine ausführliche differenzialdiagnostische Erläuterung, auch wenn es aus klinischer Sicht notwendig erscheint, um einem ganzheitlichen Überblick der einzelnen Themen Raum zu geben.

Die Balance von Anspannung und Spannung innerpsychisch und physisch ist bei depressiven Menschen maßgeblich beeinträchtigt. Dieses Phänomen wird im folgenden Kapitel näher betrachtet.

### **3 Spannung und Entspannung**

„Der natürliche Wechsel zwischen Spannen und Entspannen ist die Grundlage des Lebens und Voraussetzung für Gesundheit“, so Faller (2009, 48).

Das Wort „entspannen“ wird im deutschsprachigen Duden mit „lockern“, „von einer Anspannung befreien“ oder auch „sich körperlich und psychisch für kurze Zeit von der Belastung durch anstrengende und angespannte Tätigkeit frei machen und neue Kraft schöpfen“ oder „(jemanden) von einer körperlich-seelischen Belastung vorübergehend frei machen und ihn neue Kraft schöpfen lassen“ übersetzt. Die Anspannung oder Spannung, von der man sich befreit, ist dabei oft mit negativen Bewertungen assoziiert (vgl. Gembris 1985, 73f).

Körperliche Empfindungen wie Anspannung und Schmerz signalisieren nicht nur unsere physischen, sondern auch unsere emotionalen und geistigen Grenzen. Der Mensch in der heutigen Zeit ist von einem hektischen Lebensrhythmus geprägt. Die permanente Leistungserbringung zwingt den Menschen in eine Form der „Hyperaktivität“. Dadurch verliert er den unmittelbaren Bezug zu sich selbst. Die Regenerationsphasen zwischen den Phasen der Leistungsanforderungen nehmen ab. Pausen verlieren an Sinnhaftigkeit und die erholsamen Schlafphasen, die eine Verweigerung von Aktivität und Arbeit darstellen, verlieren an Gewicht. Schlaf ist notwendig, damit wir uns für neue wachbewusste Aktivitätsphasen regenerieren können. Kreativität braucht unter anderem Ruhe, Pause und Schlaf. Das Leben, der „normale“ Alltag lässt oftmals wenig Spielraum für Kreativität, „Dinge anders als sonst zu tun“. In der Kreativitätsforschung wurde jedoch erkannt, dass Kreativität und Imaginationsfähigkeit wesentliche Faktoren für den Erfolg darstellen. Erfolgreiche Menschen unterscheiden sich durch ihre Imaginationsfähigkeit, ihren Ideenreichtum und ihre Flexibilität. Dafür benötigt es Raum und Zeit für die Entspannung (vgl. Alavi Kia 1997, 34f).

*„Zuerst fühlte ich die Anspannung im Körper, meine Kopfflastigkeit machte sich bemerkbar, meine Rückenschmerzen regulierten sich während der Musikeinheit und meine Anspannung ließ nach. Es ist ein Geschenk, heute mit dabei sein zu dürfen.“*

Verbale Reflexion eines Patienten im Anschluss an die rezeptive Einheit

Entspannung stellt das körperliche und seelische Gleichgewicht wieder her, fördert Selbstheilungskräfte und Heilungsprozesse, ermöglicht Regeneration und lässt den Geist zur Ruhe kommen (Faller 2009, 48). Das „Nicht-Leisten“ kann den Zugang zur Kreativität, Imaginationsfähigkeit, innerem Wissen und Glück herstellen. Es eröffnet den Zugang zur Spiritualität, zum Herzen (vgl. Alavi Kia 1998, 34f). Die Ausgewogenheit zwischen Anspannung und Entspannung hilft uns dabei in Balance zu sein.

Je mehr wir in Balance sind, desto intensiver schwingt unser Herzzentrum. Gindl (2002, 71) erklärt, dass die Liebe (Bewusstsein, Energie, Spiritualität) eng mit unserem Herzen verbunden ist. Liebe beinhaltet immer auch einen Anschluss an eine subtilere, feinstoffliche Energieebene und an eine spirituelle Dimension.

### **3.1 Sympathikus und Parasympathikus - die Balance**

Für die seelische und körperliche Gesundheit ist ein ausgewogenes Zusammenspiel von Sympathikus und Parasympathikus von großer Bedeutung. Das vegetative Nervensystem (VNS) wird über diese zwei Hauptäste gesteuert. Sie regulieren in Zusammenarbeit mit dem Gehirn alle wesentlichen Anpassungsprozesse unseres Körpers an sich verändernde Umweltbedingungen. Hierbei spielt das limbische System im Zusammenhang mit dem Hypothalamus und dem Hirnstamm eine wesentliche Rolle in der Steuerung vegetativer Funktionen.

Das sympathische Nervensystem hat die Aufgabe, uns für anstehende Aktionen und Handlungen zu mobilisieren. Hierzu bewirkt es u. a. die Ausschüttung der Hormone Adrenalin und Noradrenalin in den Nebennieren, eine Erhöhung von Atem- und Herzfrequenz sowie die Freisetzung von Zuckerreserven in der Leber zur Erhöhung der Energieversorgung, welche in Notfällen (fight-and-flight-Syndrom) mobilisiert werden (vgl. Bossinger 2005, 91f).

Lutz Hochreutener (vgl. 2009, 37) beschreibt in der musiktherapeutischen Spieltherapie mit Kindern, dass die aktivierende Wirkung, als Impuls der vom Sympathikus ausgeht,

bei Kindern gut zu beobachten ist, indem sie zu Trommelmusik unwillkürlich Hände und Füße bewegen oder sogar spontan dazu tanzen. Eine so stimulierende Bewegung kann Blockierungen im Körper lösen, aber auch mental Aufmerksamkeit wecken und gestaute Gefühle ins Fließen bringen. Ein achtsamer Umgang mit dem Kind ist dabei wichtig, da es auch zu einer Überreizung führen kann.

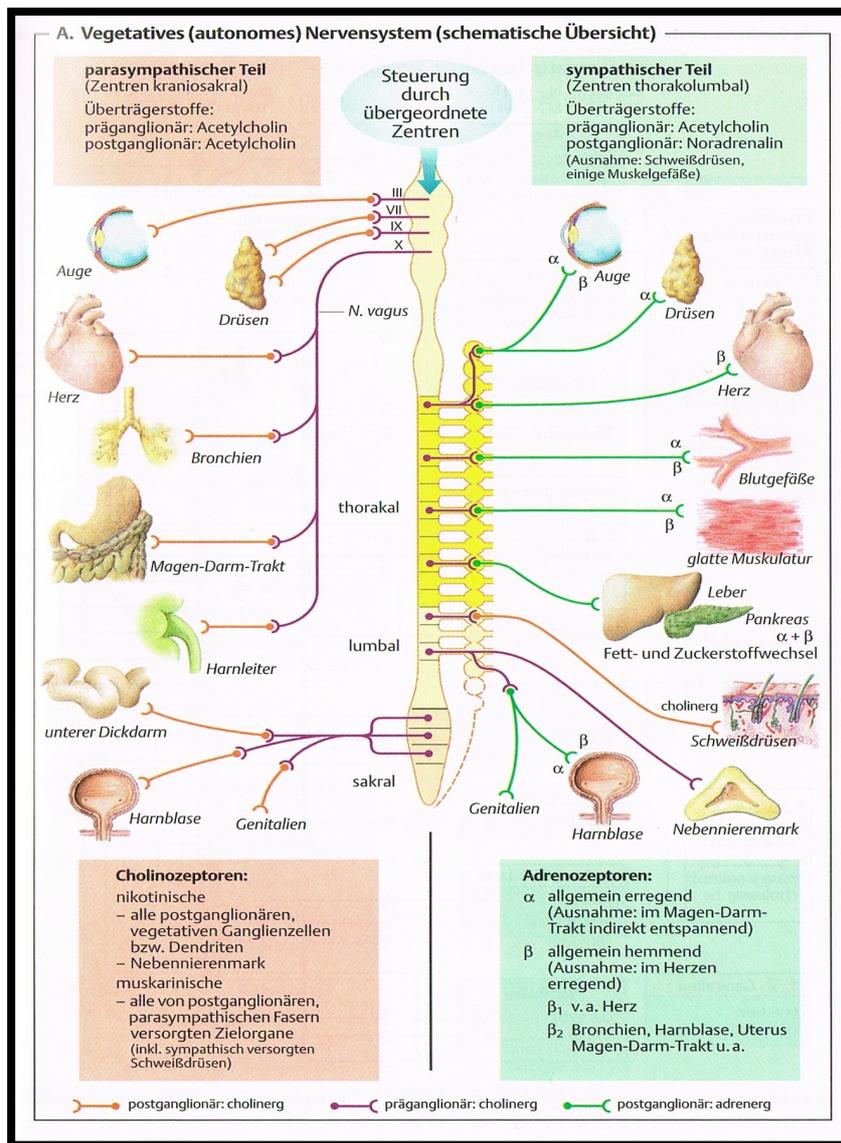


Abbildung 9: Das vegetative Nervensystem: Sympathikus und Parasympathikus (Dtv-Atlas-Physiologie 2001, 79)

Das parasympathische System hat die gegenteilige Aufgabe. Sobald es aktiviert wird, leitet es eine Vielzahl entspannender Wirkungen ein, welche den Körper auf Erholung und Regeneration programmieren, d.h. Vorgänge wie Verlangsamung der Herzfrequenz,

Senkung des Blutdrucks, Entspannung der Skelettmuskulatur, langsamere Atmung und Gehirnwellen. Die ausgewogenen Interaktionen von beiden Systemen, einerseits die schnellen Anpassungsprozesse an Umweltbedingungen, andererseits die notwendigen Erholungsphasen, sind dringend notwendig, um Dauerstress vermeiden zu können (vgl. Bossinger 2005, 91f).

*„Ich fühlte zu Beginn eine Enge in meinem Körper, durch die Zwerchfellatmung konnte Weite und mehr Luft in meinem Bauchraum entstehen. Gedanken kamen und konnten weiterziehen.“*

Verbale Reflexion eines Patienten im Anschluss an die rezeptive Einheit

### 3.2 Ergotropie und trophotrope Musik

Die Erkenntnisse von Anspannung und Entspannung im vegetativen Nervensystem lassen sich auch in der Musik wiederfinden. Das ergotrope und trophotrope System stehen in einem antagonistischen Verhältnis zueinander. Trophotrope schließen ergotrope Reaktionen aus und umgekehrt. Die wechselseitige Ausschließlichkeit ergotroper und trophotroper Zustände besitzt wichtige Implikationen für das emotionale Erleben. Nach dem Prinzip der reziproken Hemmung schließen Gefühle, die mit vorherrschender trophotroper Erregung verbunden sind, solche Emotionen aus, die durch vorherrschend ergotrope Erregung gekennzeichnet sind (vgl. Bossinger 2005, 94).

<p>Ergotrope (stimulierende, aktivierende Musik)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rigidere Rhythmen/ beschleunigend</li> <li>• Dur-Tonarten</li> <li>• Dissonanzen</li> <li>• Größere Dynamik (Dezibel)</li> <li>• Stark akzentuierte Rhythmik</li> <li>• Starker Auftrieb und abrupter Abfall der Tonlinie, die innerhalb weiter Hörens spannen verläuft</li> <li>• Stakkato-Charakter</li> <li>• Erhöhte harmonische Aktivität</li> <li>• Betonung der Dissonanzen</li> </ul>	<p>Kann folgende Reaktionen beim Hörer auslösen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhöhung des Blutdrucks</li> <li>• Beschleunigung von Atem- und Pulsfrequenz</li> <li>• Vermehrtes Auftreten rhythmischer Kontraktionen der Skelettmuskulatur</li> <li>• Erweiterte Pupillen</li> <li>• Größerer Hautwiderstand</li> <li>• Emotionalisierung/Erregung/ Rauschzustand bis zu Schmerz und auch Tod</li> </ul> <p>Wir sprechen hier von sympathikotoner Beeinflussung, das heißt von der erhöhten Erregung des Sympathikus, jenes Teils des Nervensystems, der vom Willen nicht zu beeinflussen ist</p>
<p>Trophotrope (beruhigende, entspannende Musik)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwebende, nicht akzentuierte Rhythmen</li> <li>• Molltonarten</li> <li>• Konsonanzen</li> <li>• Geringe Dynamik (Dezibel)</li> <li>• Vorherrschen von Legato</li> <li>• Sanftes Fließen der Melodie</li> <li>• Harmonische Bewegung</li> <li>• (Beispiel pentatonische Formen im Kinderlied)</li> </ul>	<p>Kann folgende Reaktionen beim Hörer auslösen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blutdruckabfall</li> <li>• Verlangsamung der Pulsfrequenz (Verminderung der respiratorischen Tätigkeit (= flacher Atem))</li> <li>• Entspannung der Skelettmuskulatur</li> <li>• Verengte Pupillen</li> <li>• Geringerer Hautwiderstand</li> <li>• Beruhigung/Lustgefühl bis zur Somnolenz</li> </ul> <p>Wir sprechen hier von »vagotoner Beeinflussung« (Vagus-Nerv= Komplementär-Nerv des Sympathikus).</p>

Abbildung 10: Mögliche Reaktionen des Hörers von ergotroper und trophotroper Musik (Bossinger 2005, 94)

Gembris (1985) schreibt, dass langsames musikalisches Tempo in Verbindung mit geringer Lautstärke sowie geringem Tonumfang von den physikalischen Reizqualitäten

her ein tendenziell trophotroper Reiz sei, ein Reiz also, der auf physiologischer Ebene wahrscheinlich nur geringfügige oder gar keine Aktivierung auslöst. Schnelles Tempo, markante Rhythmen in Verbindung mit hoher Lautstärkeintensität sowie einem breiten Frequenzspektrum wären hinsichtlich der physikalischen Reizqualitäten ein tendenziell ergotrop wirksamer Reiz.

Am Beispiel der Musik von Bach „Das kleine Präludium in d-moll Nr. 5“ lässt sich Spannungs- und Entspannungsverlauf deutlich erkennen (s. Abb. 11).

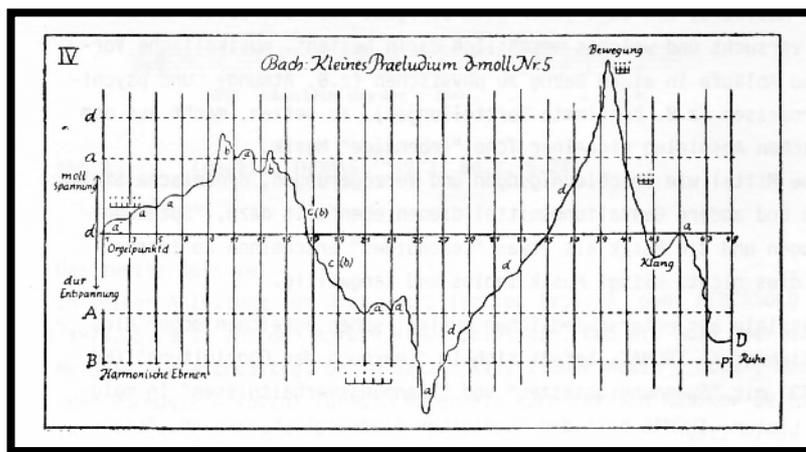


Abbildung 11: („Das kleine Präludium in d-moll Nr. 5“, Mersmann 1952, 315)

An dieser grafischen Darstellung des Spannungsverlaufes fällt auf, dass die Kurve, nachdem sie zweimal Spannungshöhepunkte überschritten hat, auf einem Spannungs- bzw. Entspannungs-niveau zur Ruhe kommt, das deutlich unter dem Ausgangsniveau liegt. Derartige Spannungsverläufe, die über eine vorübergehende Spannungssteigerung zu einer gegenüber dem Ausgangspunkt verminderten Spannung also Entspannung führen, sind charakteristisch für das Prinzip der „Spannungsminderung durch Spannungs-induktion“, das bei verschiedenen Entspannungsverfahren und in der Kunsttheorie von Kreidler eine zentrale Rolle spielt.

Konsonanz und Dissonanz sind keine willkürlich festgelegten Erscheinungen, sondern sie werden von der Seele sozusagen als energetische Spannungszustände erlebt, die Entspannung, positive Spannung oder auch negative Verspannung ausdrücken, welche nach Lösung verlangt. Harmonie entsteht aus dem Gespür für die Gesetzmäßigkeiten der Töne und Klänge im Zusammenhang mit dem Hier und Jetzt. Die Obertonreihe ist als akustisches Symbol für Ganzheit definiert und als Aufhebung der Gegensätze in ihr. Sie

enthält die Intervalle in der Reihenfolge ihres Konsonanzgrades. Aus dem ruhend in sich kreisenden Monotonalen, zeitfrei und raumfrei, ein winziger Punkt und das Ganze gleichzeitig, wachsen die verschiedenen Intervallräume als spezifische Klangformen, Schwingungen wie eine Verbindung zwischen Materie (als das Instrument, dass die Töne transportiert) und Geist (der sie formenden Kraft). Die Schwingungsverhältnisse zwischen den Tönen bestimmen den Spannungsfaktor und damit auch seelische Empfindungen. Konsonanz und Dissonanz, Entspannung und Spannung sind als tragende Lebenskräfte integriert (vgl. Timmermann 2005, 41).

Diese Polaritäten werden auch im nächsten Kapitel, in der Vorstellung des Monochords, näher erläutert.

#### 4 Monochord



Abbildung 12: Monochordspiel (Privataufnahme 2014)

Das griechische Wort „*Monochord*“ heißt wörtlich übersetzt „Einsaiter“. Weltweit gibt es unterschiedliche Saiteninstrumente, die mit einer Saite auskommen. Das älteste Beispiel ist der gebräuchliche Musikbogen. Ursprünglich diente der Mund als Resonanzraum, wie heute noch für das Spiel mit der Maultrommel. Man findet sie in verschiedenen Ausführungen in Afrika und Teilen des alten Amerikas. Als sogenannte Röhrenzittern sind „Monochorde“ in Gebieten wie Neuguinea und dem ehemaligen Jugoslawien

vorzufinden. Einsaitige Streichinstrumente sind weitverbreitet; traditionell kommen sie in verschiedenen Regionen Afrikas und des nahen und fernen Ostens, insbesondere in Indien vor (vgl. Timmermann 2005, 9ff).

Das Monochord wird als Urtyp des Saiteninstrumentes betrachtet, aus dem sich viele musikalische Möglichkeiten entfalten können.

Pythagoras verwendete das Monochord als Messinstrument für das Ohr. Die Zahlenordnung des Kosmos wird in der Musik hörbar, am Monochord wird sie messbar, um akustische Gesetzmäßigkeiten aufzuzeigen. Boethius (480-524), der eng mit dem antiken Pythagorismus verbunden war, fasste in seinen *Quadriviumsschriften* in der griechischen Antike das damalige Wissen zusammen und überlieferte es in die Musikwelt des Mittelalters. Das Werk galt damals als Gipfel der römischen Musikbildung. Es beschäftigte sich mit dem Monochord in der Aussage, dass der Mensch in der messbaren Harmonie der Musik die harmonische Grundnatur seines Wesens erkenne. Rudolf Haase, der Begründer des „Hans-Kayser-Instituts für harmonikale Grundlagenforschung“ erforschte die Beziehungen zwischen Ton, Zahl und Kosmos angesichts der Ergebnisse moderner Wissenschaft in unserer Zeit.

Johannes Kepler brachte die Begriffe „Harmonik“ und „Archetyp“ in seinen Schriften zusammen. Für ihn sind die in der Welt vorhandenen Proportionsgesetze zugleich auch seelische Dispositionen und der Begriff „archetypus“ hat bei ihm bereits dieselbe Bedeutung wie Jahrhunderte später C. G. Jung in seinen Schriften deklarierte (ebd.).

#### **4.1 Wie das Monochord anklingt**

Wie bereits erwähnt spiegelt sich die archetypische Struktur in der Musik im Monochordklang wieder. Sie gründet im Einzelton mit ihrer Obertonreihe, setzt sich bei den Intervallen fort, aus denen sich wiederum Skalen, Melodien und Akkorde bilden; auch Rhythmen, Taktarten und melodische Motive lassen sich als musikalische Archetypen klassifizieren und erforschen. Sie entsprechen auf der visuellen Ebene beispielsweise Grundformen wie Kreis oder Spirale (siehe auch „Empirischer Teil“ *Ritualisierung*, Kapitel 8, S.81) (vgl. Timmermann 2005, 37). Feine kreisende Melodien aus Obertönen, die über dem Grundton wahrnehmbar sind, beschreiben den Monochordklang. Die monochromen Klänge sollen den Menschen in jene transpersonalen Tiefenschichten des Bewusstseins bringen, in denen wir mit unserer spirituellen Dimension in Kontakt kommen (vgl. Hess 2010).

Der Monochordklang kann Blockierungen, welche sich durch frühe Beziehungsstörungen manifestiert haben, bewusst machen und zeigt Perspektiven für korrigierende und nachreifende Neuerfahrungen auf einer symbolischen bzw. energetischen Ebene an (vgl. Strobel 1999, 136).

Er kann Gefühle von ozeanischer Selbstentgrenzung auslösen; das schwebende und schwerelose Empfinden, indem gleichzeitig ein Entgrenztsein und ein Verbundensein mit allem, die Widersprüchlichkeit von der Auflösung der Körperlichkeit und gleichzeitigem Getragensein, überwunden wird.

Es handelt sich um die Wahrnehmungsqualität, in der zutiefstes Glück und Zufriedenheit besteht. Dieses vom Monochord ausgelöste Klangerleben lässt Vergleiche zu der Annahme ziehen, dass das ungeborene Kind in der frühen intrauterinen Zeit und der Säugling beim Gestilltwerden derartiges wahrnehmen kann. Die Mutter stellt in dieser Zeit noch kein abgegrenztes Gegenüber dar. So steht die Ureinheit mit der Mutter auch für die Ureinheit mit der Welt, der Schöpfung, dem Kosmos. Dieses Eingebettetsein ermöglicht eine tiefe Erfahrung echter Harmonie (ebd., 109).

Welche Tiefen der Seele durch die Erfahrung mit den monochromen Klängen erreicht werden können, und auf welche Art und Weise dies geschieht, kann Sprache nur rudimentär und ahnungsweise erfassen, so Hess (vgl. 2010). Er beschreibt den Ton als weichen umhüllenden Klang im Wind. Der Klang ruft das Gefühl des Einsseins und Geborgenseins (siehe a) in einem größeren Ganzen, einem höheren Zusammenhang wach – oder aber er macht den Mangel (siehe b) solcher Grunderfahrungen schmerzlich bewusst.

Nachstehende Rückmeldungen von Patientinnen im Anschluss an die rezeptive Monochordsitzung verdeutlichen dies:

*(a) „Ich habe die Musik wie elegante Schwingungen, welche durch meinen Körper strömten, erlebt; das Kopfweh war weg, die Stimme der Therapeutin war sehr angenehm und hat mir Halt gegeben.“*

*(b) „Mir fehlte die Ruhe im Instrument – die tiefen Töne machten mir Angst – erst als ich meine Körperposition veränderte (eingerollt, schützend) konnte ich mich ein wenig entspannen.“*

Im empirischen Teil äußert sich die Autorin differenziert über die verbalen Aussagen der Patientinnen.

## 5 Körper, Atem und Stimme

*„Der Atem ist das Eine. Wenn wir zu ihm zurückfinden,  
sind wir am Ausgangspunkt aller menschlichen Möglichkeiten“*

Johannes Ludwig Schmitt (1896-1963)

„Alles ist im göttlichen Atem enthalten, wie der Tag in der Morgendämmerung“, erklärt Muhyiddin Ibn al Arabi, ein Gelehrter aus der mystischen Sufi-Tradition in der Zeit des Mittelalters. Krankenhäuser beschäftigten Musiker, die mit Gesang und Instrumentalmusik therapeutische Dienste leisteten. Ärzte erkannten damals die Wichtigkeit von Musik, welches ein Pflichtfach im Medizinstudium darstellte. In der arabischen Heilkunst wurde Gesundheit als die Ausgeglichenheit des Leibes und der Seele gesehen. (vgl. Dvorak 2012, 28f). In Deutschland war es vor allem die Medizin der Hildegard von Bingen, die ein ganzheitliches Heilkonzept von Körper und Geist entwickelte. 1267 veröffentlichte Roger Bacon sein Werk, in dem er beschreibt, dass der Herzschlag den harmonikalen Gesetzen der Musik folgen würde. Er war der Überzeugung, dass die Ausübung von Musik dem Altern entgegenwirkt. In dieser Zeit wurde viel gesungen und getanzt. Bis heute ist bekannt, dass Singen und Tanzen ihre heilsamen Wirkungen wesentlich über die Atmung erhalten (ebd.).

Die Kombination von Körper- und Atemarbeit mit musiktherapeutischen Elementen ist hochwirksame Psychotherapie, so Engert-Timmermann und Timmermann (vgl. 2001). Die Verwendung von Elementen wie Körperwahrnehmung in Ruhe und Bewegung, Atem- und Stimmerfahrung, Rezeption von einfachen Klängen und Rhythmen in Verbindung mit verbaler Aufarbeitung des Erlebten sind wichtige Indikatoren für eine tiefgreifend wirksame Therapie (ebd.).

*„Ich bin angekommen in meinem Körper, muss jetzt keine Last mehr tragen, das gibt  
mir ein Gefühl der Zufriedenheit“*

Verbale Reflexion einer Patientin im Anschluss an die rezeptive Einheit

### 5.1 Der Körper

Der Mensch ist im ganzheitlichen Sinne als eine Einheit von Körper, Seele und Geist zu sehen. Diese Ebenen stehen in permanenten Wechselwirkungen miteinander und wer-

den von den jeweiligen sozialen Gegebenheiten beeinflusst. Durch den Herzpuls und die Atmungsrythmen, die Körpergeräusche, den Stimmklang und die -melodie der Mutter sowie ihre Bewegungen, werden körperliche und elementar musikalische Eindrücke bereits im Pränatalraum als Urerfahrung vom ungeborenen Menschen erlebt. Sie werden vom Kind gleichzeitig sowohl als ganzkörperliche Empfindungen wie auch Höreindrücke wahrgenommen. Die hinreichend gleichbleibenden und damit eine Atmosphäre des Vertrauens schaffenden Parameter aber auch die dynamischen Veränderungen (plötzliche Tempowechsel, variierende Lautstärken, Erschütterungen) bereiten es hautnah und unüberhörbar auf das Leben nach der Geburt vor (vgl. Decker-Voigt 1999; Renz 1996; Schuhmacher 1994, 1999; Liedloff 1990 in Hegi-Portmann et al. 2006, 60f). Die Leiblichkeit ist bei psychischen Schwierigkeiten immer mit betroffen. Bei Patienten mit frühen Störungen und psychosomatischen Erkrankungen ist der Leib vielfach der Hauptschauplatz der Not. In der frühen Kommunikation zwischen Mutter und Kind spielt der Leib als Resonanzkörper eine zentrale Rolle. Der Leib hinterlässt Spuren, je nach dem ob und welche Resonanzenerfahrungen er macht. Diese Spuren prägen sich im Leib ein und verstummen oder kommen in der Therapie zum Klingen (vgl. Gindl 2002, 248).

In der modernen Kommunikationsforschung wurde festgestellt, dass bis zu 90% der Information durch Körpersprache und Stimmklang übermittelt werden (Mathelitsch et al. 1995, 3).

Aus dem Zusammenhang von Stimmfunktion und Muskeltonus ergibt sich, dass die Arbeit an und mit der Stimme immer mit der Arbeit an der Gesamtkörperspannung verbunden sein sollte (vgl. Stengel/ Strauch 2005, 39). Die Stimmfunktion ist Bewegung und das sie wie jede Bewegung vom Tonus der Muskulatur abhängig ist, bedarf es dafür einer sogenannten Wohlspannung im Körper, dem „Eutonus“ (griechisch: *eu* = wohl, recht, harmonisch, *tonos* = Spannung) (vgl. Alexander in Stengel et al. 2005, 39).

Muskelverspannungen im Körper entstehen durch physischen oder psychischen Stress. Bei lang anhaltenden, ungelösten emotionalen Konflikten können sich diese Anspannungen als chronisch manifestieren und dadurch sogenannte Muskelpanzerungen entstehen (vgl. Kriz in Stengel et al. 2005, 40). Die Resonanzbereitschaft ist dadurch eingeschränkt (vgl. Stengel et al. 2005). Ein Klang im Körper entsteht durch Anschwingen – lassen und verklingt durch Sein – lassen. Sobald er klingt, fühlen wir das Leben, die Schwingung in uns und um uns herum. Wenn er verklingt, stirbt ein Gefühl, ein Schwingungsraum, ein Lebendig – sein. Der Nachklang ist Abschied, der Ausklang das

Ende, die Leere und der Tod. Ein lebendiger Körper ist ein Resonanzkörper, der mit seinen Klängen und Gefühlen wahrgenommen und angenommen wird (vgl. Hegi/Rüdisüli 2011, 60).

Loos (vgl. Decker-Voigt et al. 1996) schließt sich dieser Meinung an indem sie erklärt, dass Musiktherapie ohne Einbeziehung des Körpers undenkbar sei. Es gäbe keine Musik, die nicht von, mit, durch ihn zum Klingen käme. Körper ist, wie Musik auch, wie Leben überhaupt: Schwingung, Bewegung, Rhythmus, Herzschlag, Klang, Atem und kosmisches Eingebundensein.

Körperwahrnehmung ist notwendig, um mit sich selber in Kontakt zu kommen, sich zu spüren und sich ausdrücken zu können, ohne sich zu verlieren. Sie kann verbal durch Entspannungs- und Atemübungen induziert und musikalisch begleitet werden. Musik ist Bewegung und löst innere und äußere Bewegung aus (vgl. Hegi-Portmann et al. 2006, 64).

*„Ich war begeistert von den mystischen Klängen – meine Gedankensprünge beruhigten sich – ein komplettes Abschalten war möglich – mein Körper fühlte sich frei schwebend an“*

Verbale Reflexion einer Patientin im Anschluss an die rezeptive Einheit

## 5.2 Der Atem

*„Atem ist Leben“*

*Yogi Ramacharaka*

Ohne Atem können wir nicht leben. Das Neugeborene inhaliert einen tiefen Atemzug, um dann die eingeatmete Luft mit einem oft schluchzenden Laut wieder auszuatmen. Der Sterbende geht am Ende seines Lebens mit einem letzten Atemzug von dieser Welt. Atmung beinhaltet Anfang und Ende (vgl. Dvorak 2012).

In spirituellen Traditionen wird der Atem in Verbindung mit der „universellen Lebensenergie“ gebracht, die „Prana“ (Hinduismus/Sanskrit), „Chi“ (chinesische Medizin) oder „Ruach“ (Judentum) genannt wird. Die „kosmische Energie“ wird nach den Lehren spiritueller Traditionen über das Atmen aufgenommen. Der Atem kann also eine Verbindung zu dieser heilenden Lebensenergie herstellen. Daher entwickelten sich bereits im Altertum in verschiedenen Kulturen (Ägypten, China, Tibet, Japan) Atemlehren, um die Gesundheit zu verbessern und/oder die spirituelle Entwicklung zu fördern (vgl. Bos-

singer 2005, 99). Die alten Hebräer benutzten das Wort *Wind*, also Atem, im Zusammenhang mit *Seele* (vgl. Johnson 2012, 79). Heute wissen wir, dass Stress oder seelische Probleme unmittelbare Auswirkungen auf unsere Atmung haben. Durch traumatische Erlebnisse bilden sich muskuläre Blockaden, die ein tiefes Atmen beeinträchtigen. Viele Heilmethoden wie Yoga, Tai Chi, Meditation und körpertherapeutische Methoden zielen darauf ab, den natürlichen Atemfluss wieder in Gang zu bringen (vgl. Bossinger 2005, 100).

Im Atem spiegeln sich Befindlichkeiten, Gefühle und sogar Gedanken wieder. Er ist der Seismograph unserer Innenwelt, das Ventil zur Außenwelt und Medium, um das innere Gleichgewicht immer wieder zu finden. Er ist eine verbindende Kraft. Er schafft im Leiblichen Ausgleich und Gleichgewicht und hilft uns, die Eindrücke von innen und außen wandelbar zu machen. Er verbindet den Menschen mit der Außenwelt und das Außen mit seiner Innenwelt. Atem ist Urbewegung und daher unmittelbares Leben (vgl. Middendorf 2007, 12).

Die Atembewegung besteht aus Einatem, Ausatem und Atemruhe. „Wir lassen unseren Atem kommen, wir lassen ihn gehen und warten, bis er von selbst wiederkommt“, so Middendorf (vgl. 2007).

*„Mein Kiefer konnte sich entspannen. Die Anspannung in meinem Körper löste sich –  
Ich erlebte grenzenlose Leichtigkeit beim Ein- und Ausatmen.“*

Verbale Reflexion einer Patientin im Anschluss an die rezeptive Einheit

### **5.2.1 Die Atemfunktion**

Die Regulation der Atmung ist ein zentral gesteuerter Mechanismus, der durch rückgekoppelte Atemreize ständig an die Bedürfnisse des Organismus angepasst wird. Die Atembewegungen von Brustkorb und Zwerchfell werden durch rhythmische Erregung von Nervenzellen des Atemzentrums im verlängerten Mark koordiniert. Die für die Einatmung verantwortlichen Neurone (inspiratorische Neurone) entsenden über das Rückenmark Nervenimpulse zu den Einatemmuskeln (z. B. dem Zwerchfell), wodurch sich der Innenraum des Brustkorbes vergrößert und die Lungen gedehnt werden. Dies hat eine Erregung der Sinneszellen (Dehnungsrezeptoren) in der Lunge zur Folge, die ihrerseits Nervenimpulse zum Atemzentrum senden, wodurch die für die Einatmung verantwortlichen Nervenzellen gehemmt und gleichzeitig diejenigen für die Ausatmung (expiratorische Neurone) erregt werden (vgl. Faller 2009, 362).

Eine vereinfachte Darstellung der Ein- und Ausatemmechanik wird in folgendem Abschnitt erläutert:

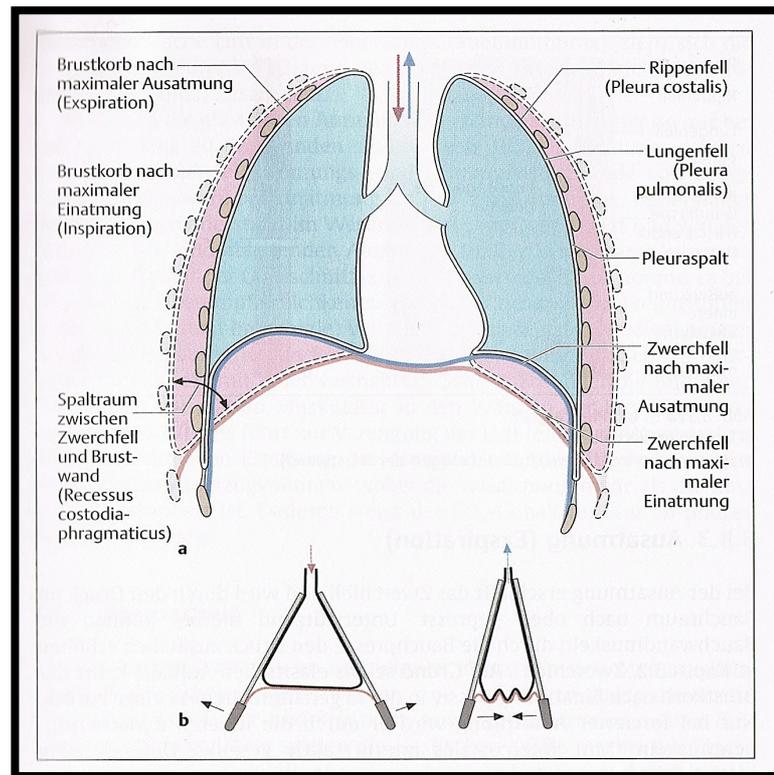


Abbildung 13: Atemmechanik (Faller 2009, 365)

Bei der Ausatmung (Expiration) erschlafft das Zwerchfell (Diaphragma) und wird durch den Druck im Bauchraum nach oben gepresst. Durch die Bauchwandmuskeln kann der Druck erhöht werden. Aufgrund seines elastischen Aufbaus kehrt der Brustkorb nach der Einatmung passiv in die sogenannte Atemruhlage zurück (ebd.).

In der Antike wurde das Zwerchfell als „Sitz der Seele“ benannt (Mathelitsch/Friedrich 2000, 13).

*„Ich nahm die Musik heute äußerlich wahr – meine Gedanken verdichteten sich – durch die Zwerchfellatmung konnte ich entspannen und meine Gedanken ziehen lassen.“*

Verbale Reflexion einer Patientin im Anschluss an die rezeptive Einheit

## 5.2.2 Der Atemrhythmus

Der Atemrhythmus (die Tiefe und Frequenz der Atmung und die Länge der einzelnen Phasen der Atembewegung: Einatem, Ausatem und Atemruhe) hängt von den jeweili-

gen physiologisch-biochemisch bedingten Bedürfnissen des Körpers ab und unterliegt gleichzeitig vielfältigen Einflüssen, die aus dem Innenleben des menschlichen Organismus und der Begegnung des Menschen mit seiner Umwelt heraus entstehen. Auch die seelisch-geistige Situation wirkt sich auf den Atemrhythmus aus (vgl. Middendorf 2007, 210).

*„Ich habe die Einatmung über meine linke Körperhälfte und die Ausatmung über die rechte Körperhälfte im Rhythmus des Spiels erlebt“*

Verbale Reflexion einer Patientin im Anschluss an die rezeptive Einheit

### **5.2.3 Der Atemraum**

„Der Leib ist das Atemhaus, in dem ich wohne, das mir gegeben wurde, um hier auf der Erde zu leben. Ich bin aufgerufen, die Räume dieses Hauses zu bauen, zu beleben, zu gestalten“ (vgl. Ausländer in Richter 2005, 18).

So beschreibt Rose Ausländer in ihrem Gedicht „das Atemhaus“ die leiblichen Atemräume.

Diese Räume sind für Menschen mit depressiver Symptomatik kaum wahrnehmbar. Antriebslosigkeit, Niedergedrücktheit und eingeschränkte Bewegungsfähigkeit spiegeln sich in der Körperhaltung wider. Die Angst, Räume im eigenen Körper wahrzunehmen ist vorrangig. Dadurch kann oftmals nur eine flache Atembewegung im Brustraum erzielt werden. Sich den Raum nehmen zu dürfen, sich auszudehnen (innerlich und äußerlich) ist für sie nur schwer vorstellbar.

In der Arbeit mit Atem und Bewegung findet eine Sensibilisierung der Körperwahrnehmung statt. Dies kann erstmalig wieder als positives und vielfältiges Selbsterleben empfunden werden.

Durch die Arbeit an den Vitalkräften des unteren Atemraumes, wie z. B. „Atembewegung erspüren“ und „Becken kreisen“ wird die Lebenskraft und der Antrieb aktiviert. Die Atemarbeit mit dem Rücken vermittelt Rückhalt und Flexibilität.

Die Ich-Kraft und das Selbstvertrauen wie auch die innere Ruhe werden durch Aktivierung des mittleren Atemraumes erlebt.

Durch die Sensibilisierung des oberen Atemraums öffnet sich die Kommunikationsfähigkeit und es steigt die Bereitschaft, Kontakt zuzulassen. Dadurch können gefühlte

Emotionen bewusst wahrgenommen werden (vgl. Faller 2009, 64; Claus in Richter 2005, 18).

Ein so angeregtes ganzheitliches, positives Körpererleben unterstützt die Aktivierung der Selbstheilungskräfte und verhilft dadurch zu einer Stabilisierung physischer und emotionaler Bedürfnisse.

### **5.3 Die Stimme**

Die Stimme ist das unmittelbarste Medium, das wir besitzen und jederzeit zur Verfügung haben. Jede Stimme klingt anders, und am Klang der Stimme erkennt man den Menschen, dem sie innewohnt (vgl. Hegi 1997, 79). Sie ist die am direktesten klingende Verbindung zwischen seiner inneren und äußeren Welt (ebd.). Diese Polaritäten werden schon sehr früh, und zwar in den allerersten menschlichen Äußerungsformen, im sogenannten Schreien und Lallen, erkennbar. Jene Erkenntnisse, zwischen Innenraum und Außenraum, zwischen Regression, dem wohligen Sich-Einhüllen und Progression, in der sich lebenserhaltende aggressive Impulse artikulieren, sind zentrale, grundlegende Wirkfaktoren im therapeutischen Handlungsspielraum (vgl. Rittner in Decker-Voigt 1996, 362).

Was sich an innerer Bewegung im Atem manifestiert, wird im Klang der Stimme (er)hörbar und kann wichtige Hinweise für die Befindlichkeit der Person geben. Der Stimmklang eines offenen Menschen tönt anders als der eines gehemmten. Durch die Stimme kann Nähe oder trennende Distanz, aber auch eine Atmosphäre entlastender Neutralität entstehen. Sie kann tief berühren, Angst machen, aber auch verletzen (vgl. Lutz Hochreutener 2009, 206). Darüberhinaus spiegelt die Stimme unsere Persönlichkeit und unsere Befindlichkeit in der jeweiligen Sprechsituation wieder (vgl. Stengel/Strauch 2005, 20).

Gundermann (1994) bezeichnet die Stimme als „Tiefenträger“ der Sprache. Auch Behrend bringt das Wort „persona“ mit der Stimme in Verbindung. Es leitet sich von „*personare*“ (lat.) ab und bedeutet „Hindurchtönen“. Der Idee der Person, der Idee dessen, was einen Menschen erst zum Menschen macht, zur unverwechselbaren einmaligen Persönlichkeit, liegt eine klangliche Vorstellung zu Grunde: *personare* – durch den Ton. Die Stimme ist also das Spezifische einer Person, das, was von ihr zum Klingen kommt, was von ihr hörbar wird (Behrend 2004).

Auch Loos (1995) beschreibt die Stimme als die direkteste tönende Erscheinungsform leib-seelischer Einheit, die dem Menschen möglich ist. Kein Instrument rührt ihrer Meinung nach derart an tiefe emotionale Schichten, kann derart heftige körperliche Reaktionen auslösen und öffnet Tore zu eigenständigen und aufgrund der vielfältigen psychophysischen Resonanzphänomene auch körperlich heilsame Ressourcen des Patienten, wie die Stimme.

Die Stimme rührt an physisch-akustische Bereiche als tönend-schwingender Atem über Knochenleitung und Resonanzräume des Körpers; denn die leibliche Herkunft der Stimme verschafft ihr auch das Potenzial einer leiblichen Wirkung (Pflichthofer 2008, 243).

In der rezeptiven Musiktherapie wird die Stimme unterstützend zum Instrumentenklang eingesetzt. Sie hat unter anderem die Funktion der Haltgebung, der Vermittlung von Geborgenheit, Schutz und Wärme im Resonanzraum des therapeutischen Handelns.

Sie dient als Übermittlerin von Emotionen und schafft hierbei Resonanzräume, die den inneren Gedankenfluss oder Erinnerungen wachrufen können und dabei Erkenntnisse auf kognitiv-spiritueller Ebene ermöglichen (vgl. Maurer-Joss 2011, 74).

Gindl (2002) beschreibt die Wirksamkeit der emotionalen Resonanz als Grundvoraussetzung für zwischenmenschliche Beziehung. Emotionale Resonanz ist die natürlich schwingende Mitte in einem (therapeutischen) Prozess, sobald zwei Menschen sich gegenüber treten und miteinander in Kontakt kommen.

Begegnungsmomente entstehen als synchrone Momente immer dann, wenn zwei (Atem)bewegungen, zwei lebendige Systeme in einer natürlichen Bewegung zusammenfließen (vgl. Maurer-Joss, 2011).

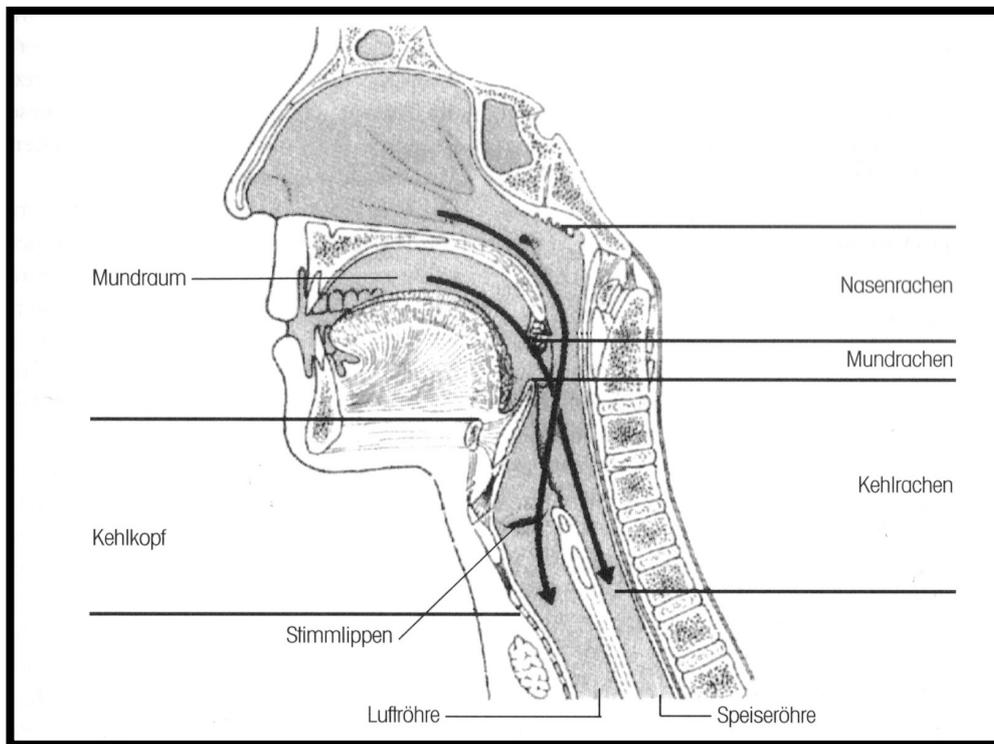
*„Mein Körper fühlte sich leicht, meine Füße schwer an. Als die Stimme der Therapeutin dazukam fand ein Wechsel statt. Meine Füße wurden leichter und eine gute Entspannung war dadurch möglich.“*

Verbale Reflexion eines Patienten im Anschluss an die rezeptive Einheit

### **5.3.1 Physiologie der Stimme**

Die Stimme ist eine primäre Expressivform des Menschen. Sie bildet die Basis für zwischenmenschliche Kommunikation und ist reflektorisch untrennbar verknüpft mit den Grundfunktionen von Atmung und Bewegung. Die Verarbeitung der durch die Stimme vermittelten Informationen beruht überwiegend auf unbewussten Vorgängen. Persön-

lichkeitsmerkmale und anatomisch-physiologische Gegebenheiten komponieren auf vielschichtige Weise das individuelle Obertonspektrum, das jeder Stimme seine unverwechselbare Klangfarbe verleiht und somit den direktesten Ausdruck unserer Persönlichkeit abbildet (vgl. Moses 1995, 9f).



**Abbildung 14: Vokaltrakt (Mathelitsch/Friedrich 2000, 23)**

Der Vokaltrakt als wichtiger Bestandteil für die Stimmerzeugung wird auch Ansatzrohr genannt und dient primär der Luftzufuhr und der Nahrungsaufnahme. Mund- und Rachenraum sind mit dem Kehlkopf verbunden und haben eine zweifache Funktion, einerseits die Stimmlippen zu verstärken und andererseits, sie durch Änderung der Mundstellung zu variieren (vgl. Mathelitsch/Friedrich 2000, 23f). Das Ansatzrohr beginnt mit den Stimmlippen und den Morgagni-Taschen. Zwischen Stimmlippen und Mundraum befindet sich der Rachenraum, der in Kehl-, Mund-, und Nasenrachen unterteilt wird. Der Kehlrachen ist ein von Schleimhaut ausgekleideter Muskelschlauch, der hinter dem Kehlkopf in die Speiseröhre übergeht. Der Nasenrachen wird nach oben hin durch den Rachendeckel begrenzt; links und rechts beginnen symmetrisch die Eustachischen Röhren, die eine Verbindung zum Mittelohr schaffen (ebd.).

Das Ansatzrohr, in dem die Stimme geformt wird, dient als Resonanzraum. Die Beschaffenheit des Ansatzrohres ist für die unterschiedlichen Klangfarben verantwortlich. Durch die Größe und Weite des Ansatzrohres werden unmittelbar Deutlichkeit, Klang und Tragfähigkeit der Vokale beeinflusst (vgl. Stengel/Strauch 1998, 7).

## EMPIRISCHER TEIL

Dem Titel und der Fragestellung dieser Studie liegt die Hypothese zugrunde, dass die Entspannungsfähigkeit bei depressiven Patienten durch rezeptive Musiktherapie mit Stimmbegleitung verbessert wird.

Für die Autorin kristallisieren sich neben den Hauptsymptomen der Depression nach ICD-10, das beeinträchtigte Schlafverhalten, Gedankenkreisen und somatische Symptome am Beginn der Studie drei auffallende Merkmale im Zuge der verbalen Reflexion heraus. Sie verdeutlichen sich auf der Ebene der Symbolisierungsfähigkeit, der emotionalen sowie der physischen Ebene und werden ebenso in nachfolgender Studie näher betrachtet.

### 6 Methodik der Studie

Ausgehend von der Hypothese wurde als Methode eine teilnehmende Beobachtung aus der Feldforschung mit quantitativer Studie mittels Fragebogenerhebung gewählt. Darüberhinaus wurde eine qualitative Datenerhebung aus den Gedächtnisprotokollen der Befindlichkeitsreflexionen hinzugezogen und in Zusammenhang gebracht.

Diese Pilotstudie wurde in der Eggenberger Klinik der Barmherzigen Brüder, Graz (A) in der Abteilung für Psychosomatik und Psychiatrie eigenhändig durchgeführt. Ein fachlicher Austausch über den Ablauf der Studie und der Therapieverläufe fand in regelmäßigen Abständen mit der ärztlichen Leitung, den Stationsärzten und dem Pflegepersonal auf der Station statt. Um die Reliabilität sowie Validität der Studie in Bezug auf Indikatoren, die Struktur und Ablauf des Settings betreffen, zu sichern, wurde ein Zeitraster von einem halben Jahr, zwei mal die Woche am Abend von 18 Uhr 15 bis 19 Uhr 15 angesetzt. Nach drei Wochen wurde zur Annäherung des Testverfahrens ein einfacher Fragebogen (s. Abb.15) am Ende der Einheit ausgeteilt, in dem das Schlafverhalten für eine Woche untersucht werden sollte. Aus diesen Angaben konnte keine schlüssige Verarbeitung der Daten stattfinden, da die Patientinnen mit zu vielen Störfaktoren in der Nacht konfrontiert wurden (wie ungewohntes Zimmer und Mehrbettzimmer, laute/fremde Geräusche: Unruhe durch die Zimmerkolleginnen). Für die Autorin stellte sich daraus eine Veränderung in der Fokussierung ihrer Untersuchung dar. Vom anfänglichen ausschließlichen Untersuchen des Schlafverhaltens, rückten die Hauptmerkmale des ICD-10 bei Patienten mit Depressionen, wie Gedankenkreisen, emotionales Emp-

finden, Körperempfinden, Symbolisierungsfähigkeit und Schlafverhalten in den Vordergrund. Mit diesen Erkenntnissen entwickelte die Autorin einen neuen Fragebogen (s. Abb. 16) der diese Kriterien miteinfassen sollte.

### Testeinheiten für die Optimierung des Fragebogens

Mit dem Ziel, einen validen Fragebogen zu erlangen, wurde drei Wochen nach Beginn der Studie für einen Zeitraum von sechs Wochen ein einfacher Schlaffragebogen (s. Abb.15) ausgeteilt, um das Schlafverhalten der Patientinnen zu erfassen. Es wurden 20 Fragebögen ausgehändigt, wobei die Rücklaufquote bei 15 Fragebögen lag. Bei der Auswertung der Fragebögen und der verbalen Reflexion der Patienten wurde ersichtlich, dass aufgrund der Störfaktoren innerhalb des Schlafrumes kein „normales Schlafverhalten“ möglich war und dadurch die Datenerhebung in dieser Studie nicht als Messinstrument verwertbar war. Aus dieser Erkenntnis, der verbalen Reflexion sowie der schriftlichen Dokumentation, kristallisierten sich Hauptmerkmale für die Autorin heraus, die wichtige Indikatoren bezüglich Entspannungsfähigkeit während eines rezeptiven Spiels, für einen weiteren Fragebogen darstellten.

Mein Schlaf war heute Nacht.....				
Montag,				
Dienstag,				
Mittwoch,				
Donnerstag,				
Freitag,				
Samstag,				
Sonntag,				
Musiktherapie: MT <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> , männlich <input type="checkbox"/>				

Abbildung 15: Testfragebogen zur Untersuchung der Schlafqualität

## 6.1 Patientinnen

An der Untersuchung nahmen jeweils sechs Patientinnen im Alter von 20 bis 60+ mit der Diagnose Depression unterschiedlicher Ausprägung in einer offenen Musiktherapiegruppe teil. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Klinik lag zwischen ein und drei Wochen. Die Verordnung „an der Musiktherapie teilzunehmen“ wurde den Patienten von der Stationsärztin mitgeteilt. Diese Empfehlung unterlag der Freiwilligkeit.

Die Fragebögen wurden im Anschluss an die rezeptive Einheit ausgeteilt und am Ende des Krankenhausaufenthaltes beim Abschlussgespräch auf der Station abgegeben.

## 6.2 Datenerfassung

Die Studie wurde auf ein halbes Jahr angesetzt, wovon drei Monate für die teilnehmende Beobachtung verwendet wurde, um einen geeigneten Fragebogen zu entwickeln. Es fanden insgesamt 30 Einheiten statt.

Die Messdatenerfassung erfolgte mittels Fragebogenerhebung sowie einer verbalen Reflexion im Anschluss an jede rezeptive Musiktherapieeinheit.

Für die Optimierung des Fragebogens wurde eine Testeinheit mit einer Gruppe von sechs Personen durchgeführt.

- 63 Fragebögen wurden insgesamt ausgehändigt. Davon wurden 38 Patientinnen, welche in den ersten drei Monaten an der rezeptiven Einheit teilgenommen hatten, von der Klinik mit frankiertem Rückumschlag mit der Bitte um Rücksendung des Fragebogens, angeschrieben. Die übrigen 25 Fragebögen wurden in den anschließenden drei Monaten eigenhändig nach der Therapieeinheit ausgeteilt.
- Die Rücklaufquote lag bei 41%. Das entspricht 26 Fragebögen. Diese wurden mit der Tabellenkalkulationsoftware MS Excel ausgewertet.
- Zusätzlich zur Fragebogenerhebung wurde im Anschluss an jede rezeptive Einheit gemeinsam mit der Therapeutin eine verbale Befindlichkeitsreflexion abgehalten. Unmittelbar nach der Reflexion wurde ein Gedächtnisprotokoll von der Therapeutin erstellt. Eine Transkription fand direkt im Anschluss an die Therapieeinheit statt.

Aus Datenschutzgründen wurden die Daten sowohl aus der Fragebogenerhebung als auch aus der Befindlichkeitsreflexion anonymisiert.

**FRAGEBOGEN - REZEPTIVE MUSIKTHERAPIE MIT DEM MONOCHORD**

*Geschlecht:* Weiblich  Männlich     *Alter:*  20 – 29    30- 39    40 – 49    50 – 59    60 +

*Ich habe*    1x    2x    3x    4x    5x    6x  *an der Musiktherapie teilgenommen*

**1. Gedankenkreisen/ wiederkehrende Gedanken/Grübeln**

*Wie gut konnten sich meine Gedanken während der Entspannungseinheit beruhigen?*  
 gar nicht     ein wenig     großteils     sehr gut     kann ich nicht beurteilen

**2. Schlafverhalten nach der Entspannungseinheit**

*Wie konnte ich nach der Entspannungseinheit einschlafen?*  
 gar nicht     schwer     leicht     sehr gut     kann ich nicht beurteilen

*Wie konnte ich in der Nacht nach der Entspannungseinheit durchschlafen?*  
 gar nicht     besser     gut     sehr gut     kann ich nicht beurteilen

*Wie war die Erholung im Schlaf im Vergleich zu meinem herkömmlichen Schlaf?*  
 schlechter     kein Unterschied     besser     sehr gut     kann ich nicht beurteilen

*Je öfter ich an der Entspannungseinheit teilgenommen habe, desto besser konnte ich schlafen*  
 stimme voll zu     stimme zu     stimme weniger zu     stimme gar nicht zu     kann ich nicht beurteilen

**3. Emotionale Empfindungen während der Therapieeinheit**

*Gab es Gefühlsempfindungen während der Entspannungseinheit?*  
 ja     nein    wenn ja, welche \_\_\_\_\_     kann ich nicht beurteilen

**4. Körperempfinden während der Therapieeinheit**

*Gab es körperliche Empfinden während der Entspannungseinheit?*  
 ja     nein    wenn ja, welche \_\_\_\_\_     kann ich nicht beurteilen

**5. Symbolisierung während der Therapieeinheit**

*Sind Bilder während der Entspannungseinheit aufgetaucht?*  
 ja     nein    wenn ja, welche \_\_\_\_\_     kann ich nicht beurteilen

**6. Gruppe / Ablauf / Raum**

*Wie wichtig waren mir während der Entspannungseinheit die anderen Gruppenteilnehmer?*  
 wichtig     einengend     störend in meinem Erleben     nicht wichtig     kann ich nicht beurteilen

*Durch die einführenden Atem-und Körperwahrnehmungsübungen konnte ich mich entspannen.*  
 stimme voll zu     stimme zu     stimme weniger zu     stimme gar nicht zu     kann ich nicht beurteilen

*Durch den gleichbleibenden Ablauf der Einheit konnte ich mich entspannen.*  
 stimme voll zu     stimme zu     stimme weniger zu     stimme gar nicht zu     kann ich nicht beurteilen

*Die Gestaltung des Raumes war mir wichtig: Matten im Kreis, Kerzenlicht in der Mitte mit Tuch und jahreszeitlichem Bezug (Blätter, Beeren,...)*  
 stimme voll zu     stimme zu     stimme weniger zu     stimme gar nicht zu     kann ich nicht beurteilen

*Durch das Monochordspiel konnte ich mich entspannen.*  
 stimme voll zu     stimme zu     stimme weniger zu     stimme gar nicht zu     kann ich nicht beurteilen

*Die Stimme der Therapeutin während des Monochordspiels unterstützte die Entspannung.*  
 stimme voll zu     stimme zu     stimme weniger zu     stimme gar nicht zu     kann ich nicht beurteilen

**Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung! Die Daten werden vertraulich und anonym behandelt!**

Abbildung 16: Fragebogen (Messdatenerhebung)

### 6.3 Durchführung der Studie

Die Durchführung der Studie erfolgte im Multifunktionsraum innerhalb der Station für Psychosomatik und Psychiatrie in der Klinik der Barmherzigen Brüder Eggenberg, Graz (A).

Der Raum befindet sich am Gangende und umfasst eine Größe von 6x3 Meter. Er ist mit einem Ergometer, mehreren Tischen und einem Schrank, in dem Bastelmaterial und Matten verstaut werden, ausgestattet.

Vor jeder Einheit wurde der Ort so adaptiert, dass für das Therapiesetting mit sechs Gymnastikmatten, welche im Kreis angeordnet wurden, ausreichend Platz für die Patienten vorhanden war. Zudem wurde mit ca. zwei Meter Abstand ein Monochord mit Sitzgelegenheit für die Therapeutin positioniert. In der Mitte des Kreises befand sich ein türkisfarbenes Seidentuch mit wechselnder jahreszeitlicher Pflanzendekoration und einer brennenden Kerze. Der Raum wurde während der Einheit verdunkelt, um die Innenschau der Patienten zu unterstützen. Decken und Kissen wurden von den Patientinnen je nach Bedarf eigenhändig mitgebracht.



Abbildung 17: Raumgestaltung während der rezeptiven Musiktherapieeinheit

## 6.4 Therapiesetting

### 1. Begrüßung und Ankommen (10 Minuten)

- Eintreffen der Patientinnen in den Therapieraum
- Erklärung des Ablaufes, jede Patientin richtet sich eigenständig ihren Platz mit Decke und Kissen ein (inkl. diverser Lagerungen für Rückenunterstützung)
- Reflexion von Erfahrungen bezüglich der letzten Einheit
- Leichte Abdunkelung des Raumes

### 2. Einführende Atem- und Körpersensibilisierungsübung (5 Minuten)

- Die Patienten befinden sich in Rückenlage (wenn möglich)
- Stille
- Verbal angeleitete „Innenschau“ durch Fokussierung auf jeden einzelnen Körperteil, ausgehend von den Füßen bis hin zum Kopf, Sensibilisierung der Körperwahrnehmung (Propriozeption)
- Sensibilisierung der Zwerchfellatmung nach Middendorf, Engert-Timmermann und Faller

### 3. Monochordspiel mit Stimmbegleitung der Therapeutin (20 Minuten)

- Unmittelbar vor dem Monochordspiel werden ein Klangschalenton (in c gestimmt) für die Einleitung und drei Töne für die Rückführung nach Beendigung des Monochordspiels angeschlagen. Dazwischen findet ein Zeitfenster, in dem Stille Raum bekommt, von jeweils mindestens einer Minute statt.
- Monochordspiel (in c gestimmt) in einer wellenförmigen Bewegung, abwechselnd mit den Fingerkuppen der linken und rechten Hand sowie Stimmbegleitung: Improvisatorisches Summen, Vokaltönen in der Obertongestalt des Monochordklangs. Eine CD-Aufnahme der Therapeutin zur akustischen Vorstellung liegt im Anhang bei.

#### **4. Rückführung aus der Entspannungseinheit (3-5 Minuten)**

- Nachspüren des Erlebten
- Aufwecken des Körpers durch Fuß- und Handgelenkkreisen sowie Strecken und Dehnen der Extremitäten
- Langsames Aufsetzen über die Seite oder Rückenrollen

#### **5. Reflexion und Verabschiedung (10-15 Minuten)**

- Verbale Rückmeldung der Wahrnehmungen hinsichtlich körperlicher, emotionaler und physischer Empfindungen
- stichwortartiges Dokumentieren der Reflexion anhand eines Gedächtnisprotokolls durch die Therapeutin
- Verabschiedung der Patientinnen

## 7 Studienergebnisse

### 7.1 Fragebogenauswertung

Die Daten des Fragebogens wurden von der Therapeutin eigenhändig in die Tabellenkalkulationsoftware MS-Excel übertragen und von einer zweiten neutralen Person kontrolliert.

#### 7.1.1 Soziodemographische Daten

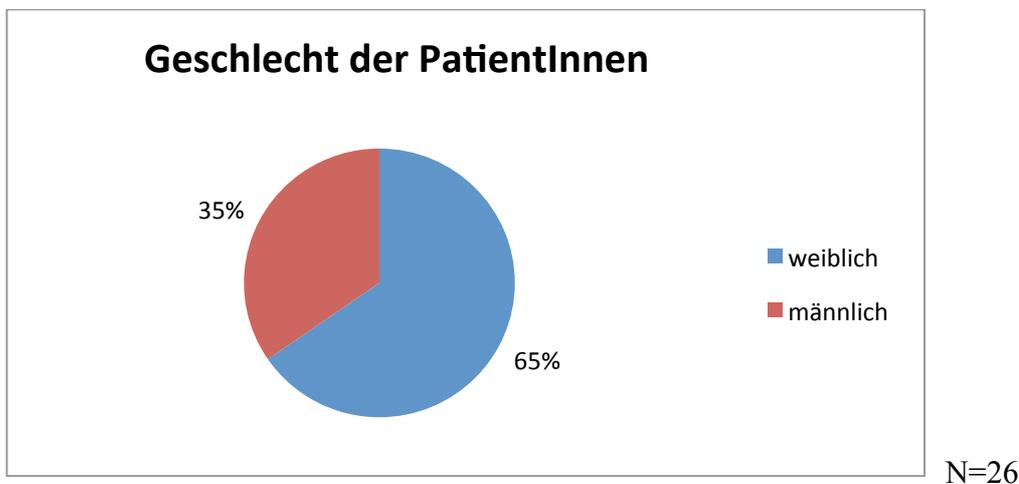
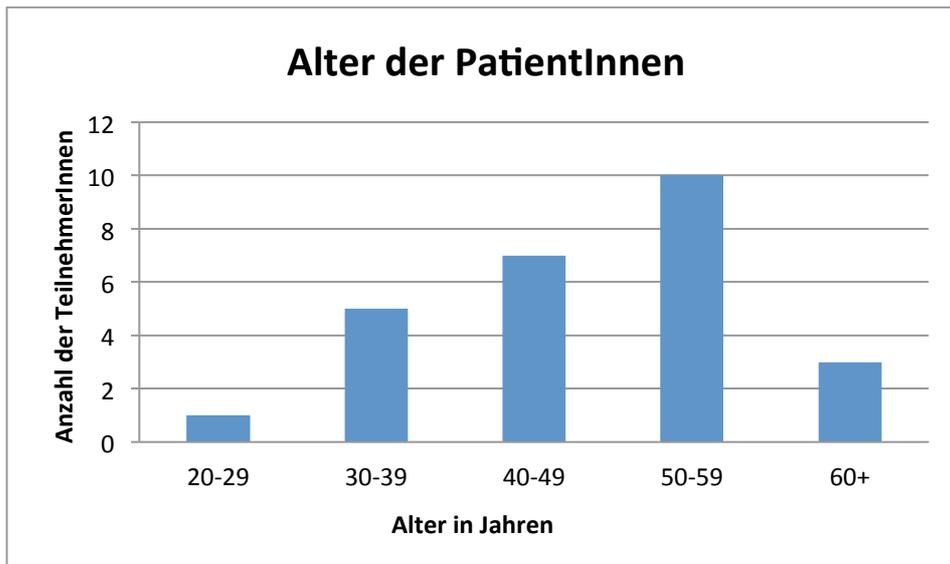


Abbildung 18: Geschlechterverteilung der anwesenden Patienten

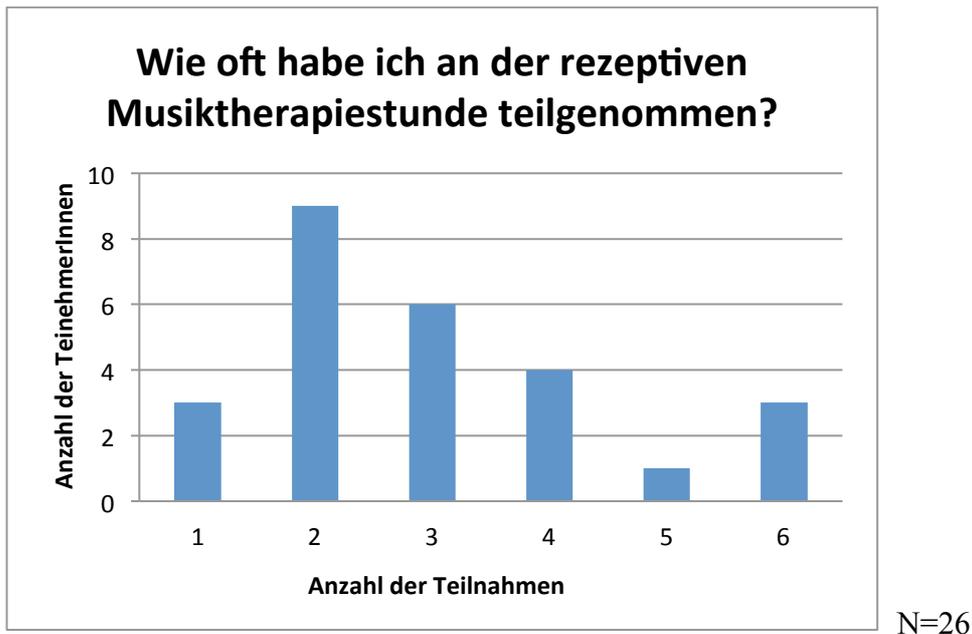
Das Kreisdiagramm gibt Auskunft über die geschlechtsspezifische Teilnahme während der Studie im Hinblick auf die retournierten Fragebögen. Insgesamt haben 43 Patientinnen und 20 Patienten in der gesamten Studienlaufzeit an der rezeptiven Musiktherapieeinheit teilgenommen. Die Rücklaufquote der Fragebögen lag bei 41%. 65% der weiblichen Patientinnen und 35% der männlichen Patienten retournierten den ausgehändigten Fragebogen. N=26 beschreibt die Anzahl der teilnehmenden Patientinnen. Die Prävalenz von Depression liegt bei Frauen beinahe doppelt so hoch wie bei Männern (siehe S. 77).



N=26

Abbildung 19: Altersverteilung der Patientinnen

Das Diagramm zeigt die Altersverteilung der Patientinnen. Ein Patient war zwischen 20 und 29 Jahre alt, fünf zwischen 30 und 39 Jahren. Sieben Patienten mit Depression waren im Alter von 40 bis 49 Jahren, zehn der Patientinnen wiesen ein Alter zwischen 50 und 59 Jahren auf und drei der Patienten waren älter als 60 Jahre. Daraus kann man ableiten, dass das durchschnittliche Ersterkrankungsalter von Depression zwischen 20 und 30 Jahren liegt. Im Alter von 20-29 Jahren und von 40-49 Jahren findet ein gleichbleibender Anstieg der Depressionsanfälligkeit statt. Eine Verdichtung von Depressionshäufigkeit findet im höheren Erwachsenenalter zwischen 50 und 59 Jahren statt. Bei über 60-jährigen sinkt die Depressionsanfälligkeit und wird auch als Altersdepression deklariert.



**Abbildung 20: Teilnahmefrequenz an der Musiktherapieeinheit**

Das Diagramm stellt die Teilnahmefrequenz der Patientinnen dar. Drei von 26 Patienten nahmen 1x an der rezeptiven Einheit teil. Neun der Patienten waren 2x anwesend. Sechs der Patientinnen besuchten 3x die rezeptive Musiktherapieeinheit. Vier von 26 Patienten waren 4x anwesend. Eine Patientin nahm 1x und drei der Patientinnen 6x an der Therapiesitzung teil. In der Auswertung ist somit eine Kumulation in der Teilnahmefrequenz von zwei Einheiten ersichtlich.

## 7.1.2 Leitsymptomerhebung von Depression nach ICD-10

### 7.1.2.1 Gedankenkreisen

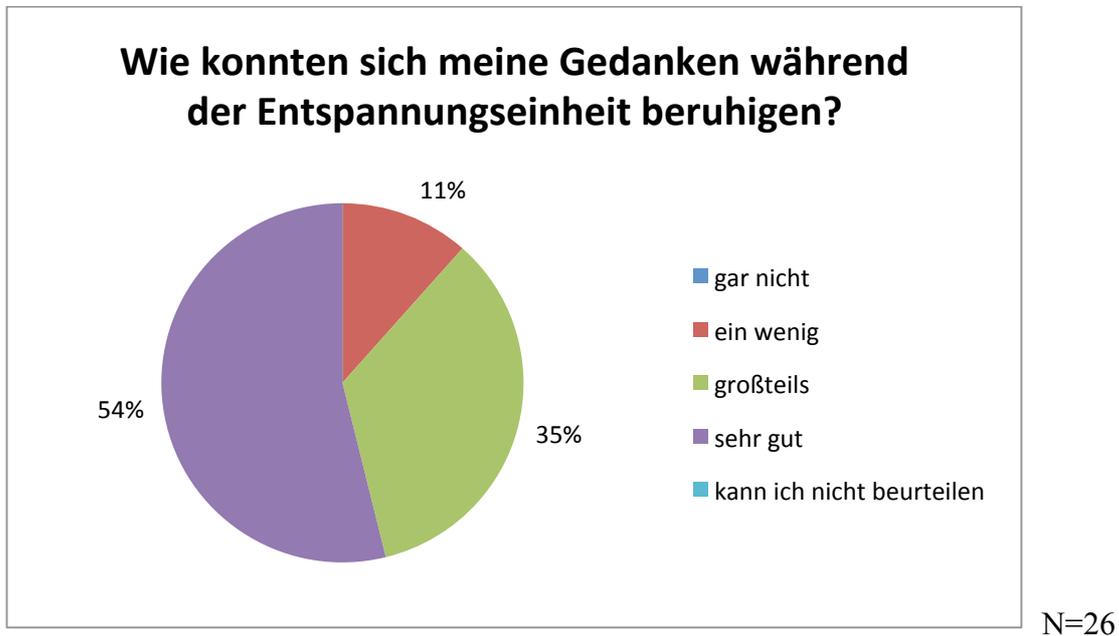


Abbildung 21: Gedankenberuhigung während der Entspannungseinheit

Das Kreisdiagramm zeigt die Häufigkeitsverteilung hinsichtlich der Gedankenberuhigung während der Entspannungseinheit. 54% der Patientinnen konnten ihre Gedanken während der Entspannungseinheit „sehr gut“ beruhigen. 35% der teilnehmenden Patienten konnten „größtenteils“ eine Beruhigung ihrer Gedanken während des rezeptiven Spiels erleben und 11% der Patientinnen konnten „ein wenig“ eine Beruhigung ihrer Gedanken während der rezeptiven Musiktherapieeinheit erfahren. Dies zeigt eine auffallende Tendenz, dass über 50% der Patientinnen eine sehr gute Gedankenberuhigung während der rezeptiven Musiktherapieeinheit erleben konnten. Insgesamt erfuhren 89% der Patienten eine positive Gedankenberuhigung während der rezeptiven Einheit.

### 7.1.2.2 Schlafqualität nach der rezeptiven Musiktherapieeinheit

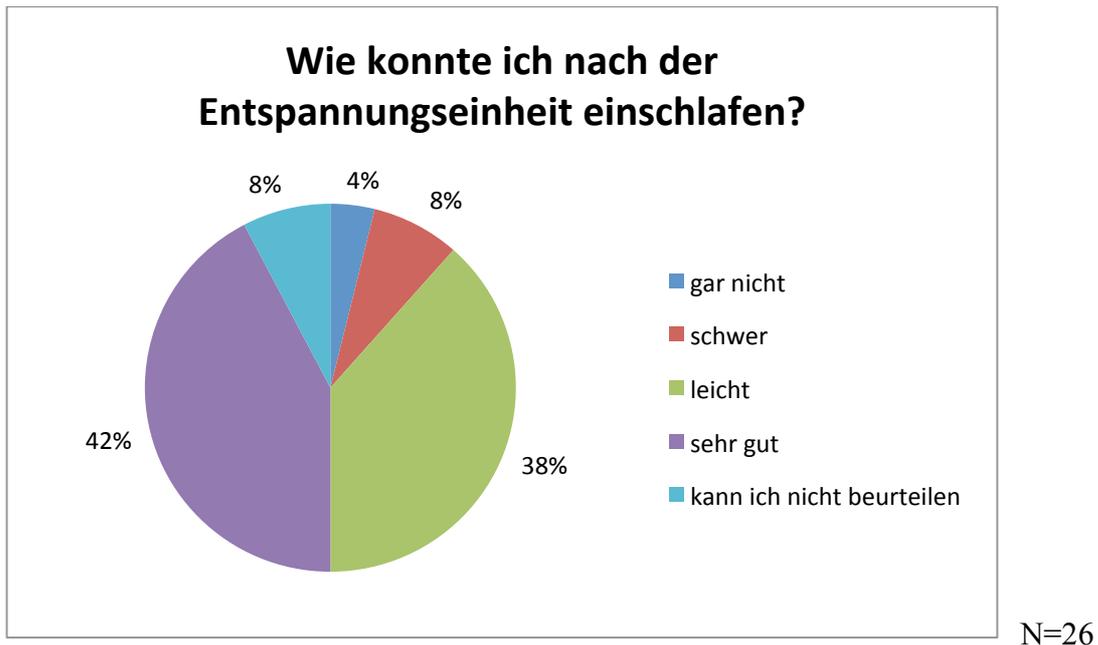
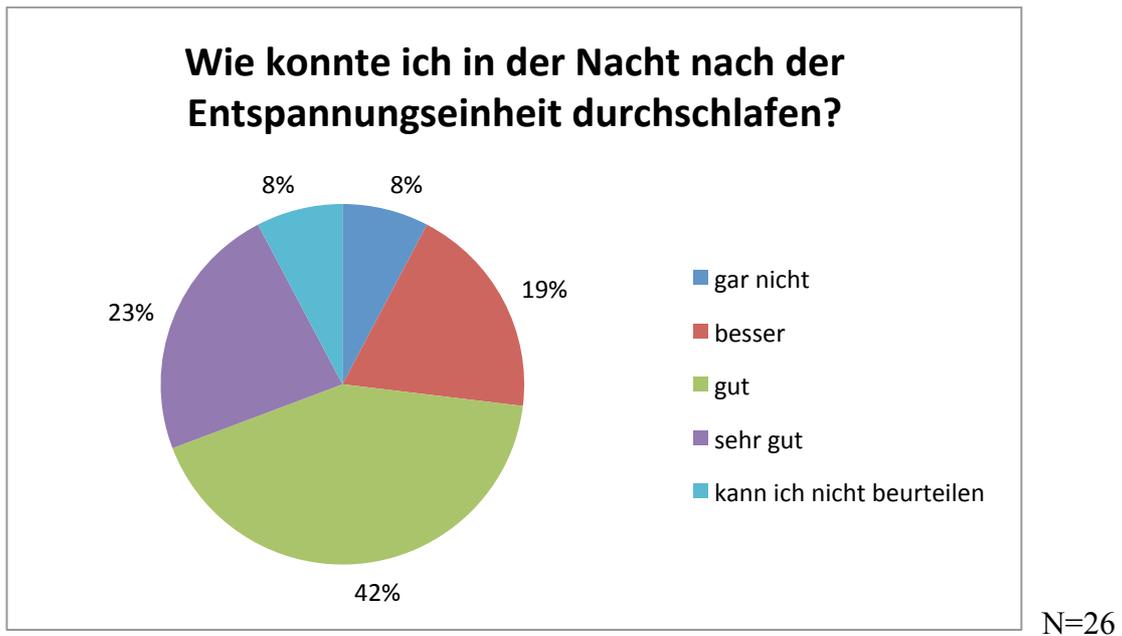


Abbildung 22: Einschlafqualität nach der Entspannungseinheit

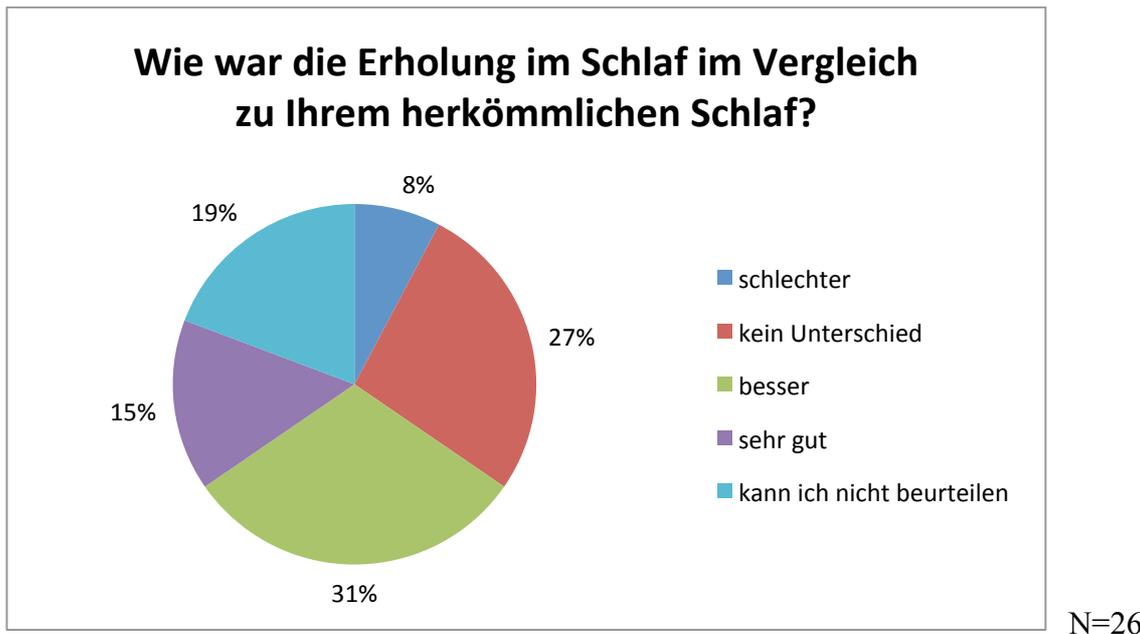
Im Diagramm wird die Einschlafqualität nach einer rezeptiven Musiktherapieeinheit dargestellt.

42% der Patientinnen machten die Angabe, dass sie „sehr gut“ nach der Entspannungseinheit einschlafen konnten. 38 Patienten konnten „leicht“ danach einschlafen. 8% der Patienten konnten „schwer“ nach der rezeptiven Therapieeinheit einschlafen und 4% konnten „gar nicht“ einschlafen. 8% der Patientinnen konnten ihr Einschlafverhalten nicht beurteilen.



**Abbildung 23: Durchschlafqualität in der Nacht unmittelbar nach der rezeptiven Einheit**

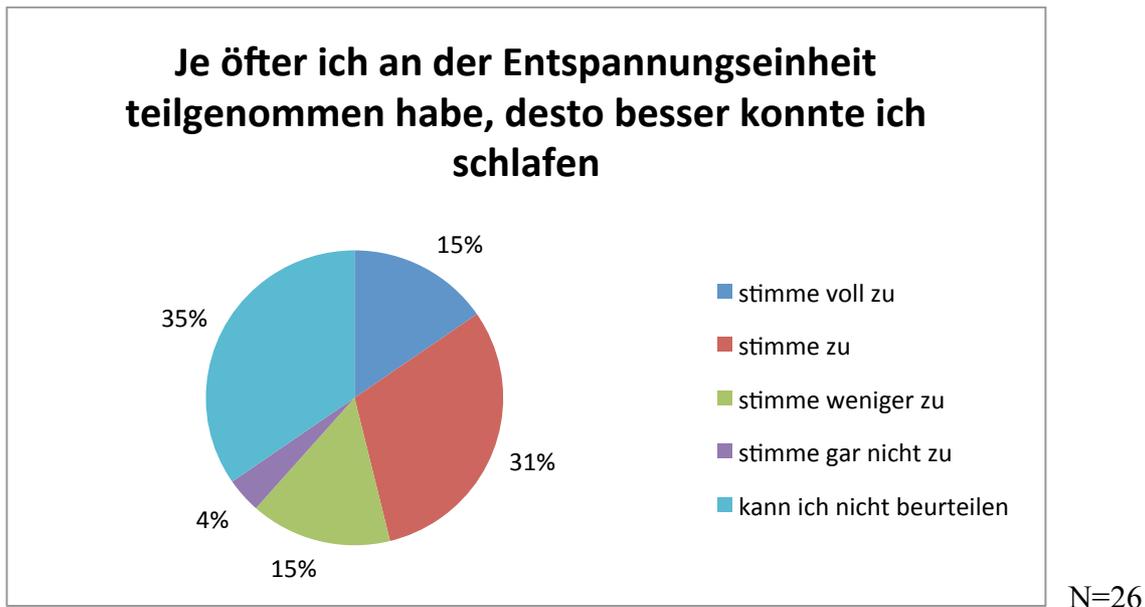
Das Kreisdiagramm stellt die Durchschlafqualität unmittelbar in der Nacht nach der rezeptiven Entspannungseinheit dar. 42% der Patientinnen machten die Angabe, dass sie „gut“ im Anschluss an die Entspannungseinheit durchschlafen konnten. „sehr gut“ konnten 23% der teilnehmenden Patienten, 19% der Patientinnen konnten „besser“ als normalerweise durchschlafen und jeweils 8% von den Patienten konnten nach der Entspannungseinheit „gar nicht“ durchschlafen oder „konnten es nicht beurteilen“.



**Abbildung 24: Erholungswert im Schlaf nach der rezeptiven Einheit**

In diesem Diagramm wird die Veränderung der Erholung im Schlaf im Vergleich zum herkömmlichen Schlaf dargestellt. 31% der Patientinnen machten die Angabe, dass die Erholung im Schlaf „besser“ war als normalerweise. 27% der Patienten erlebten „keinen Unterschied“ zu ihrem herkömmlichen Schlaf. Eine „sehr gute“ Erholung im Schlaf erfuhren 15% der Patientinnen im Vergleich zu ihrem herkömmlichen Schlaf. „Nicht beurteilen“ konnten 19% der Patientinnen und 8% erholten sich im Schlaf „schlechter“ im Gegensatz zu ihrem herkömmlichen Schlaf.

Die Auswertung zeigt eine Verbesserung „in der Erholung im Schlaf im Vergleich zum herkömmlichen Schlaf“ von 46 %.



**Abbildung 25: Teilnahmefrequenz an der Entspannungseinheit im Verhältnis zur Schlafqualität**

In diesem Diagramm wird die Teilnahmefrequenz im Verhältnis zur Schlafqualität dargestellt.

35% der teilnehmenden Patienten machten die Angabe „nicht beurteilen zu können“, ob sich durch die Häufigkeit der Teilnahme an der rezeptiven Einheit eine Verbesserung ihrer Schlafqualität entwickelt hatte. 31% der Patienten „stimmten zu“, dass sich ihr Schlafverhalten, „je öfter sie an der Entspannungseinheit teilgenommen haben“, verbessert hatte. 15% der Patienten konnten „weniger zustimmen“, dass sich ihr Schlaf durch die Entspannungseinheit verbessert hätte. 15% der Patienten „stimmten voll zu“, dass sich ihr Schlaf durch die rezeptive Einheit verbessert hatte. 4% der teilnehmenden Patientinnen „stimmten gar nicht zu“, dass sich ihre Schlafqualität durch die Entspannungseinheit verbessern konnte.

### 7.1.2.3 Emotionale Empfindung während der Entspannungseinheit

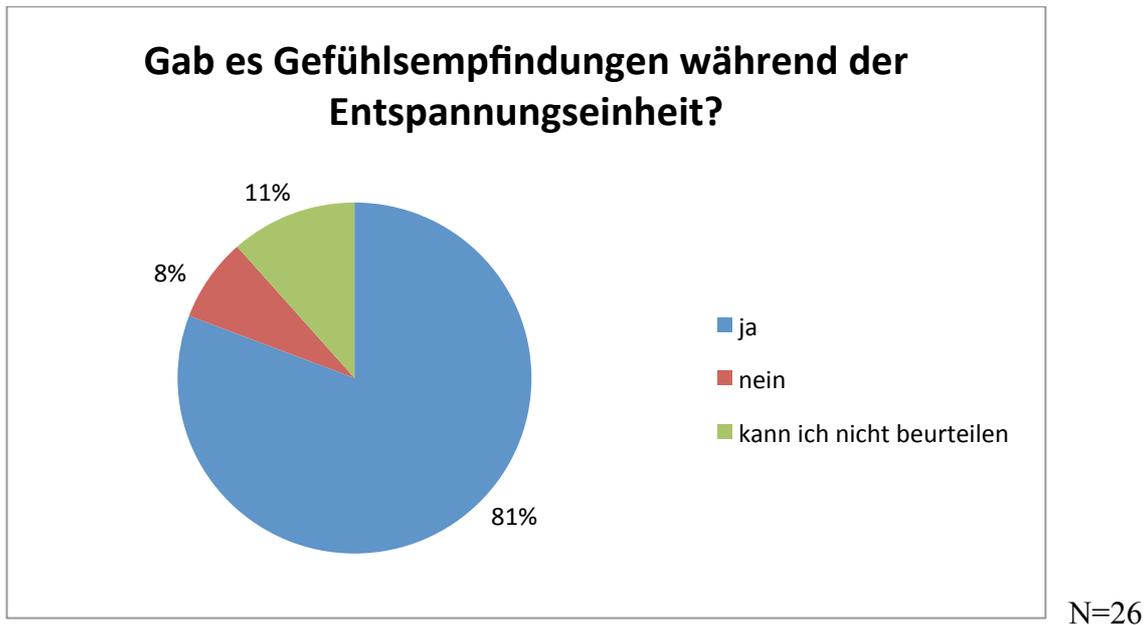


Abbildung 26: Gefühlsempfindungen während der Entspannungseinheit

In diesem Diagramm wird beschrieben, ob Gefühlsempfindungen während der Entspannungseinheit aufgetreten sind. 81% der Patientinnen machten die Angabe, dass Gefühlsempfindungen während der Entspannungseinheit bei ihnen aufgetaucht sind. 11% der Patienten erlebten keine emotionalen Empfindungen während der Entspannungseinheit und 8% der teilnehmenden Patienten konnten ein Für oder Wider bezüglich Gefühlsempfindungen nicht beurteilen.

#### 7.1.2.4 Körperempfinden während der Entspannungseinheit

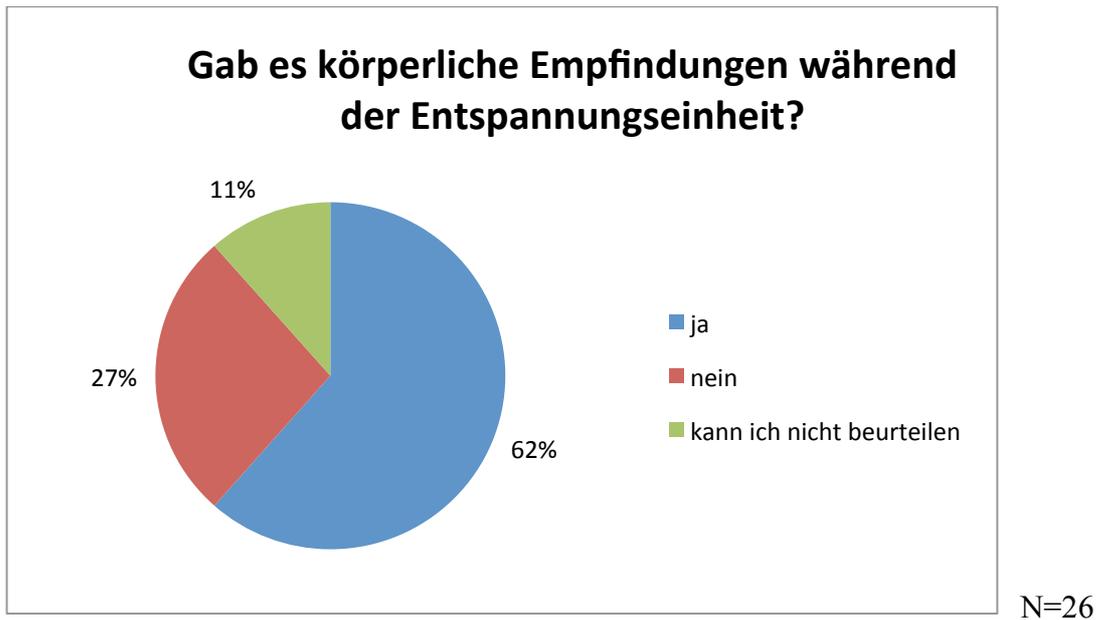


Abbildung 27: Körperliche Empfindungen während der Entspannungseinheit

Das Diagramm bildet prozentual ab, ob körperliche Empfindungen während der Entspannungseinheit bei den Patientinnen aufgetreten sind. Bei 62% der teilnehmenden Patienten gab es körperliche Empfindungen während der Entspannungseinheit. 27% der Patienten erlebten „keine“ körperlichen Empfindungen während der rezeptiven Einheit und 11% der Patienten „konnten es nicht beurteilen“, ob sie körperliche Empfindungen während der Entspannungseinheit erlebt hatten.

### 7.1.2.5 Symbolisierungsfähigkeit während der Entspannungseinheit

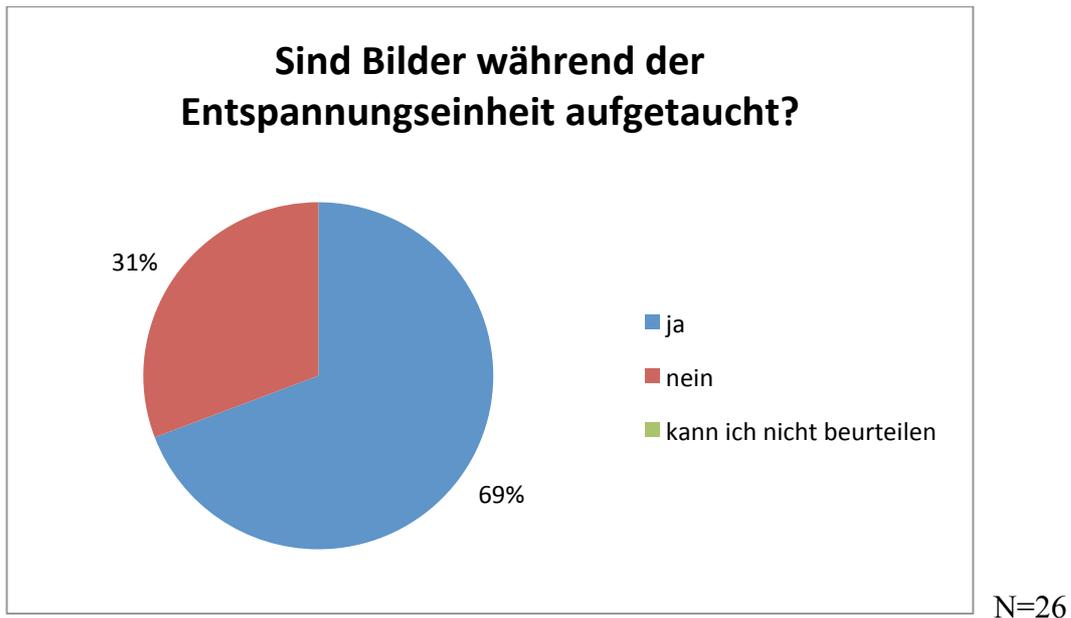


Abbildung 28: Symbolisierung während der Entspannungseinheit

In diesem Diagramm wird erfasst, ob die Symbolisierungsfähigkeit bei depressiven Patienten mithilfe einer rezeptiven Musikeinheit vorhanden ist. Bei 69% der teilnehmenden Patientinnen tauchten Bilder während der rezeptiven Einheit auf. Somit ist die Symbolisierungsfähigkeit mithilfe einer rezeptiven Musikeinheit deutlich erkennbar. 31% der Patienten konnten keine Bilder während der Einheit wahrnehmen.

## 7.2 Gruppe – Ablauf – Raum

### 7.2.1 Gruppenempfindung während der Entspannungseinheit

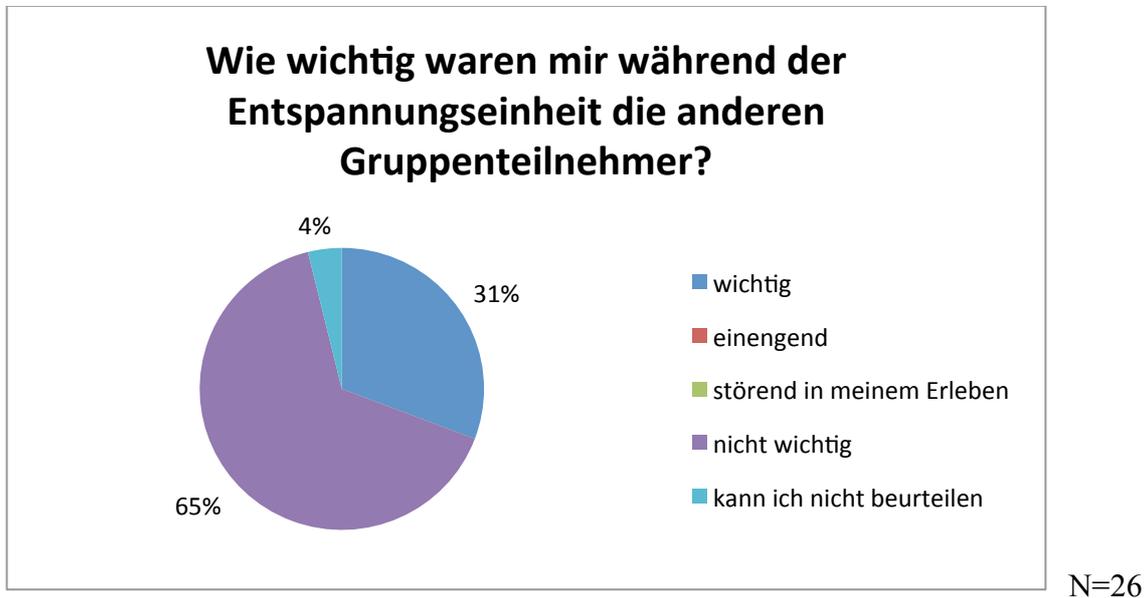


Abbildung 29: Gruppenempfinden während der Entspannungseinheit

Aus dem Diagramm geht das Gruppenempfinden während der rezeptiven Einheit hervor. Für 65% der teilnehmenden Patienten waren die anderen Gruppenteilnehmer „nicht wichtig“. 31% der Patientinnen erlebten die anderen Gruppenteilnehmer als „wichtig“. 4% davon konnten die Relevanz der anderen Gruppenteilnehmer auf ihr Entspannungsverhalten „nicht beurteilen“.

## 7.2.2 Entspannungsfähigkeit durch Atem- und Körperwahrnehmung

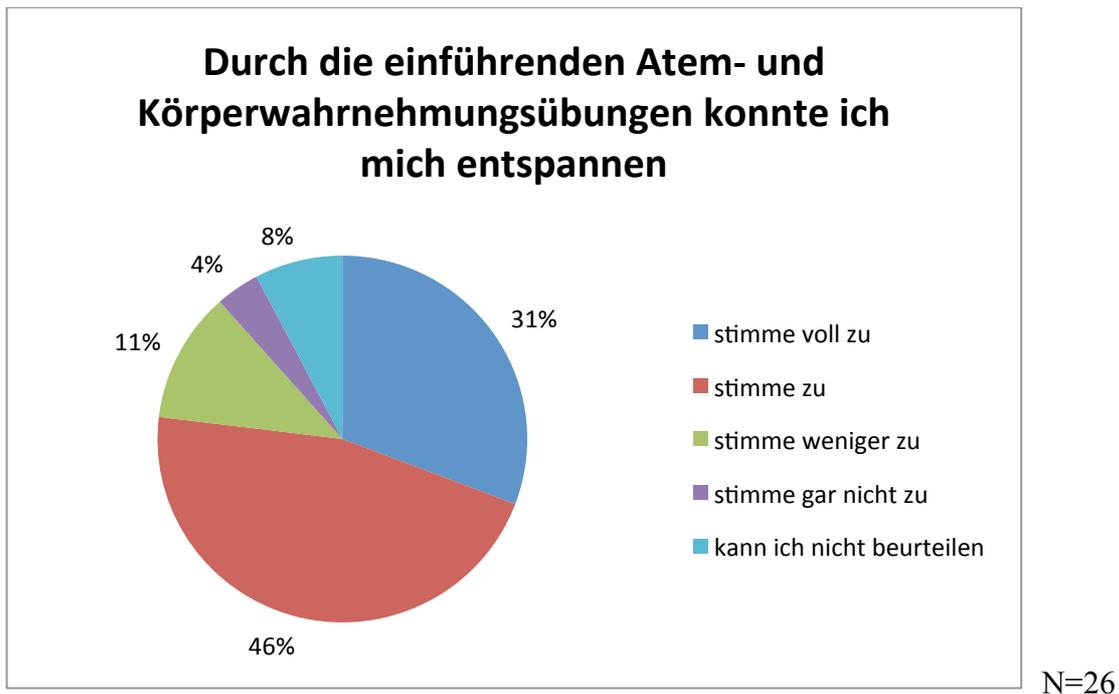


Abbildung 30: Verbesserung der Entspannungsfähigkeit durch einführende Atem- und Körperwahrnehmung

Das Diagramm betrachtet die Wichtigkeit der einführenden Atem- und Körperwahrnehmungsübungen hinsichtlich des Entspannungsverhaltens der Patientinnen.

11% der Patienten „stimmten weniger zu“, dass sie durch die einführenden Atem- und Körperwahrnehmungsübungen entspannen konnten. 8% der Patienten konnten dies nicht beurteilen und 4% der Patientinnen „stimmten gar nicht zu“ mit einführenden Atem- und Körperwahrnehmungsübungen entspannen zu können.

46% der Patienten „stimmten zu“ und 31% der Patientinnen „stimmten voll zu“, dass die einführenden Atem- und Körperwahrnehmungsübungen zu ihrer Entspannungsfähigkeit beitrugen.

### 7.2.3 Ritualisierung im Ablauf

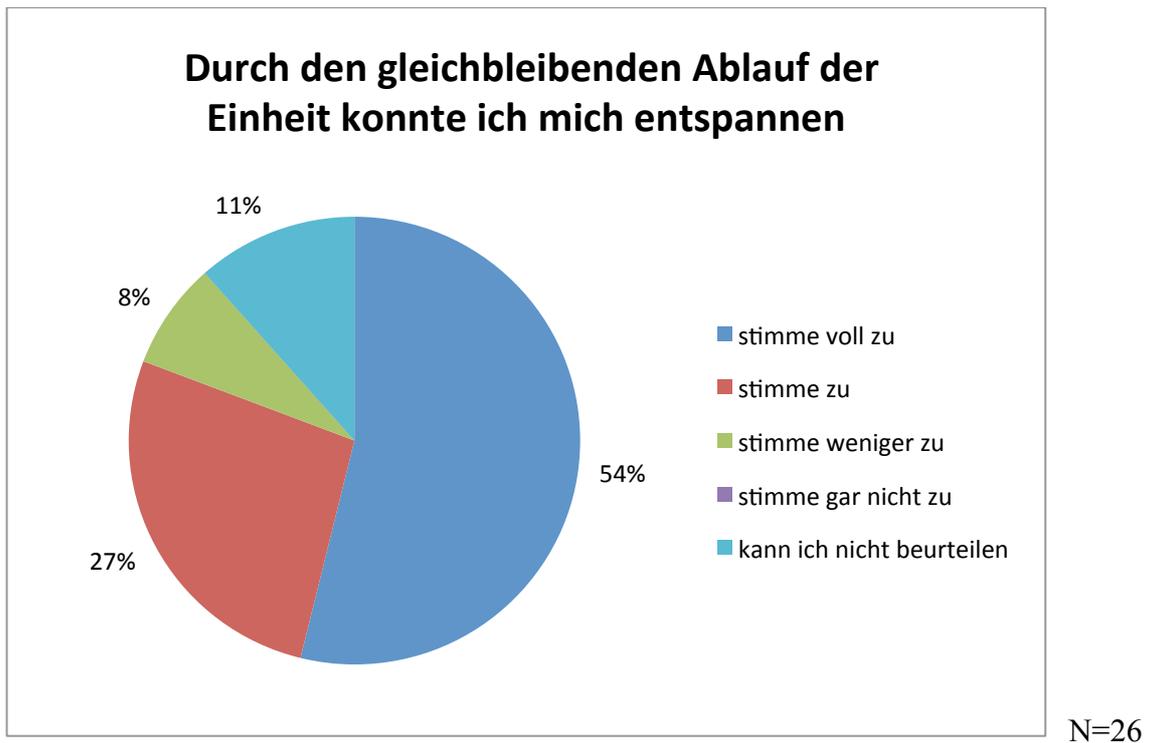


Abbildung 31: Ritualisierte Durchführung des Ablaufs innerhalb der Entspannungseinheit

Im dargestellten Kreisdiagramm wird die Wichtigkeit von einem konstanten Ablauf für die Patienten erhoben. 54% der Patientinnen „stimmten voll zu“, dass sie durch den gleichbleibenden Ablauf der rezeptiven Entspannungseinheit entspannen konnten. 27% der teilnehmenden Patienten „stimmten zu“, 8% der Patienten „stimmten weniger zu“, dass der konstante Ablauf zu ihrer Entspannungsfähigkeit beitrug und 11% der Patientinnen „konnten es nicht beurteilen“, ob ihnen die Ritualisierung des Ablaufs zu ihrer Entspannungsfähigkeit verholfen hatte.

Zusammenfassend kann eine 81% positive Entwicklung angesichts der Entspannungsfähigkeit der Patientinnen durch den gleichbleibenden Ablauf der Therapie bestätigt werden.

#### 7.2.4 Raumgestaltung im Rahmen der Entspannungseinheit

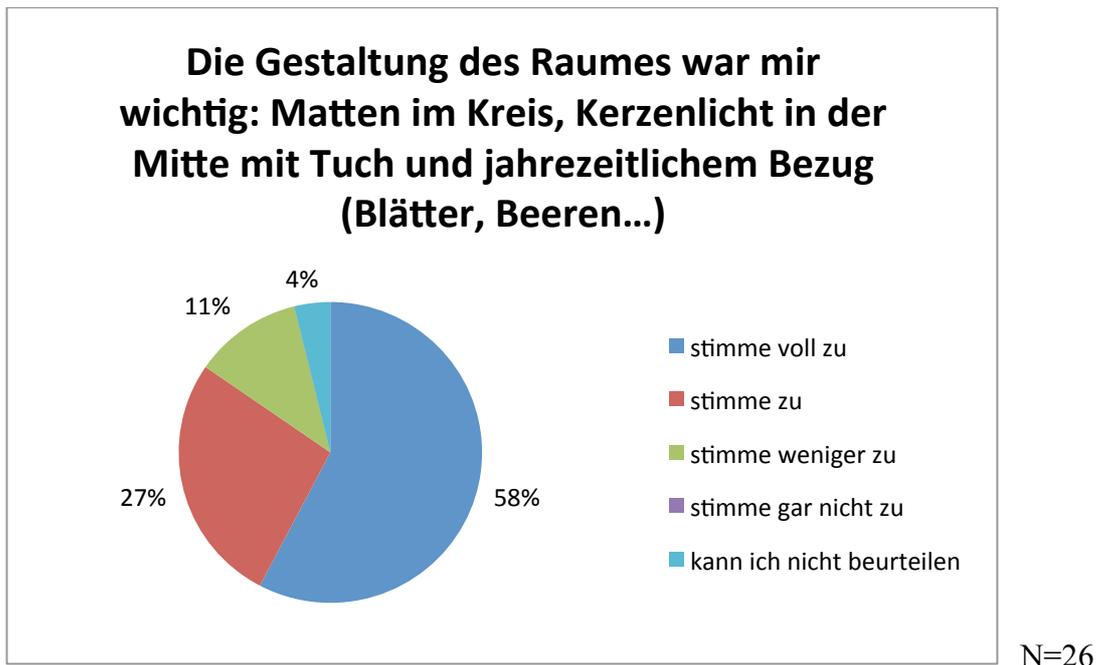


Abbildung 32: Bedeutung der Raumgestaltung

In diesem Diagramm wird die Bedeutung und Wichtigkeit der Raumgestaltung im Rahmen der Entspannungseinheit erhoben. 58% der Patientinnen „stimmten voll zu“, dass ihnen die Raumgestaltung innerhalb der Therapieeinheit wichtig war. 27% der teilnehmenden Patienten „stimmten zu“ und 11% der Patienten „stimmten weniger zu“, dass für sie die Gestaltung des Therapieraumes eine Bedeutung hatte. 4% der anwesenden Patienten „konnten es nicht beurteilen“, ob die Raumgestaltung innerhalb der rezeptiven Einheit eine Relevanz für sie darstellte.

## 7.2.5 Monochordspiel während der Entspannungseinheit

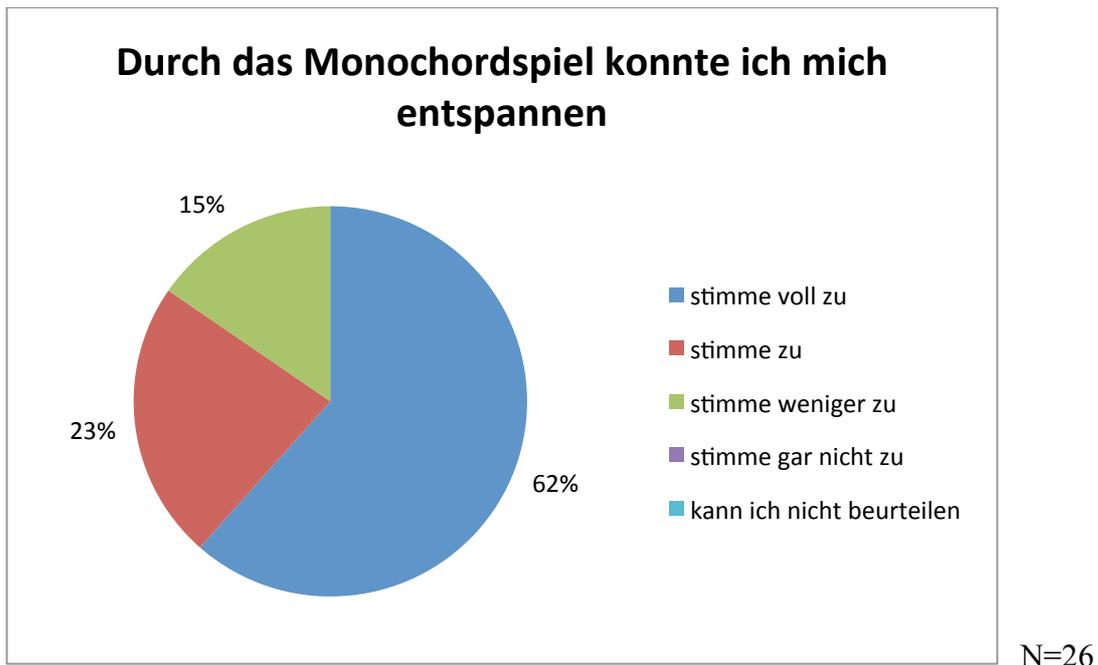


Abbildung 33: Entspannungsfähigkeit durch das Monochordspiel

Aus dem Kreisdiagramm geht hervor, in wie weit das Monochordspiel der Therapeutin zur Entspannungsfähigkeit der Patientinnen beigetragen hat. 62% der Patientinnen „stimmten voll zu“, dass sie durch das Monochordspiel entspannen konnten. 23% der teilnehmenden Patienten „stimmten zu“, dass das Monochordspiel der Therapeutin ihnen zur Entspannungsfähigkeit verholfen hatte und 15% der Patienten „stimmten weniger zu“, dass ihnen das Monochordspiel dazu verhalf, um entspannen zu können. 85% der Patientinnen gaben somit an, sich durch das Monochordspiel entspannt haben zu können.

## 7.2.6 Stimmbegleitung der Therapeutin zum Monochordspiel

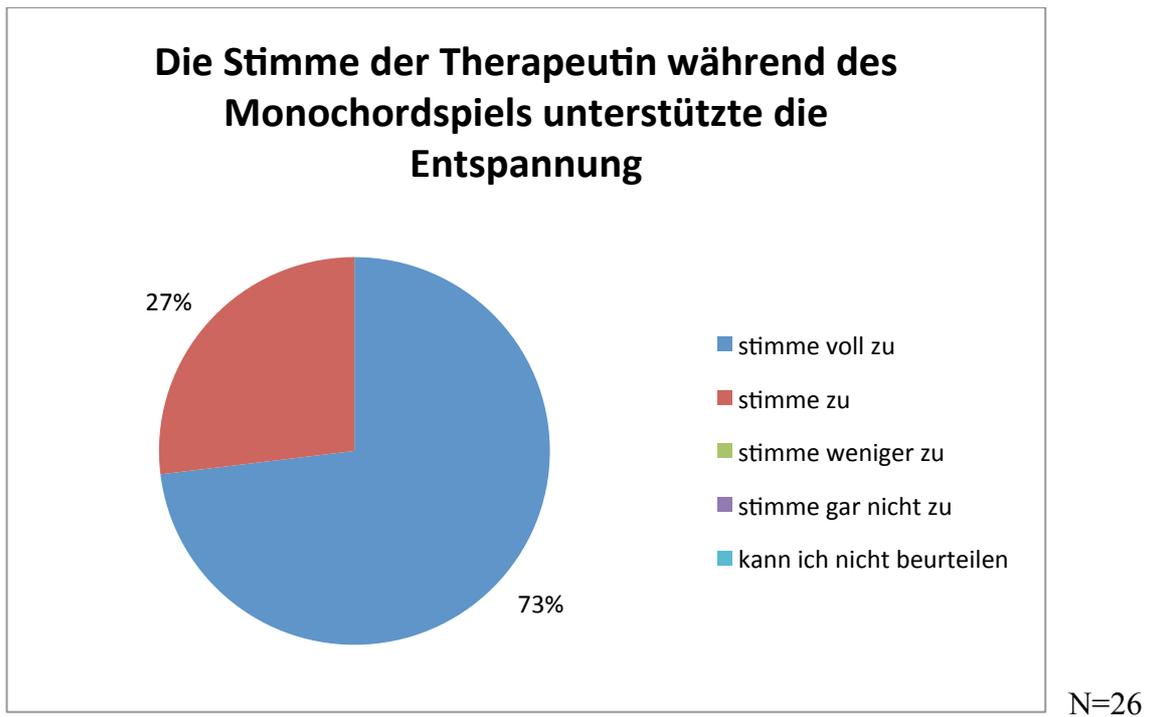


Abbildung 34: Entspannungsfähigkeit durch die unterstützende Stimmbegleitung der Therapeutin während des Monochordspiels

Das Kreisdiagramm sagt aus, ob sich durch den Einfluss der unterstützenden Stimmbegleitung der Therapeutin die Entspannungsfähigkeit der Patientinnen verändert hat.

73% der Patientinnen waren der Meinung und „stimmten voll zu“ und 27% der Patienten „stimmten zu“, dass die Stimme der Therapeutin während des Monochordspiels ihre Entspannungsfähigkeit förderte. Daraus ist ein 100% positives Entspannungserleben durch die Stimmbegleitung der Therapeutin erkennbar. Dies zeigt überaus deutlich die Wichtigkeit der unterstützenden Stimmbegleitung zum rezeptiven Monochordspiel für die Patienten.

### 7.3 Verbale Reflexion der Patientinnen

Im Anschluss an jede rezeptive Einheit fand eine verbale Reflexion in der Gruppe statt. Die Patientinnen hatten die Möglichkeit über ihr Erleben und ihre Empfindungen, welche innerhalb des rezeptiven Spiels auftraten, zu berichten. Die Reflexion umfasste einen Zeitraum von ca. 15 Minuten. Mithilfe eines Gedächtnisprotokolls dokumentierte die Autorin schriftlich die wichtigsten Aussagen der Patienten. Aus den Rückmeldungen der Patientinnen kategorisierte die Autorin drei auffallende Kategorien, die das Erleben von Symbolisierungsfähigkeit, die emotionale und physische Befindlichkeit der Patientinnen darstellen.

Ableitend aus dem Gedächtnisprotokoll der Patientenaussagen, wurde aus den drei bestehenden Kategorien, vertiefende Subkategorien von der Autorin gebildet. Diese wurden nach dem inhaltlichen Gehalt zusammengefasst. Um die Anonymität der Daten zu bewahren, entsprechen sie nicht der chronologischen Therapiefrequenz.

#### 7.3.1 Emotionales Erleben

Neben Antriebshemmung, Gedankenkreisen/-hemmung und allgemeiner gedrückter Stimmung ist das emotionale Erleben ein weiteres Leitsymptom im Krankheitsbild Depression. Subkategorien aus dem emotionalen Erleben der Patientenaussagen werden hierbei gebildet:

#### **Gedanken – Gestimmtheit – Empfindungen**

##### **Gedanken**

- ☉ *Ungewohnt /Neuland*
  - ☉ *Chaosgedanken, Zwang – durch Atemfokussierung konnte Licht empfunden werden*
  - ☉ *Gedankenempfinden wie ein Karussell – welche Themen stehen an? Mit der Zeit wurde es lichter durch den Händekontakt zum kühlen Boden*
  - ☉ *Gedankenkreisen werden weniger*
  - ☉ *Gedankenkreisen – Hand kribbelt – Schweben – Haltlosigkeit – durch Atemfokussierung war ein Zurückkommen möglich*
  - ☉ *Gedankenkreisen hier und doch nicht da – plötzlich eigenes Herz wahrgenommen – es wurde leichter – ohne Angst schweben.*
- 
- ☉ *Dachte von Beginn an entspannt zu sein, konnte aber völlige Entspannung erst in den letzten Tönen wahrnehmen – große Befreiung erlebte ich dadurch*
  - ☉ *Gedankenlos – war schon lange nicht mehr ohne Gedanken – wie in Trance*

☉ *Heute die Musik äußerlich wahrgenommen – Zwerchfellwahrnehmung – Gedankenverdichtung lösen sich in Entspannung auf (Gedanken ziehen gelassen)*

## **Gestimmtheit**

☉ *Sehr glücklich – keine eigene Vorgabe – Berge bestiegen – alle Berge der Vergangenheit durchlebt, Skifahren, Tiefschnee – zurückgekommen auf meinen Berg – Lust nach über einem Jahr in die Berge zu gehen*

☉ *Tiefe Töne erinnerten mich an Folterung – Geist konnte sich nicht entspannen, Scham vor dem Zeigen der eigenen Tränen – Rückmeldung der Gruppe: Es ist schön, dass du deine Tränen zeigst!*

☉ *Fühlte mich heute viel besser, Lieblingsplatz (in der Kunsttherapie gemalt) Hunde mit hierher genommen, an ihre Kinder gedacht – Musik schenkte mir Zuversicht*

☉ *Unruhe im Kopf/ Körper, so viele Gedanken, die ich nicht ordnen kann – große Sehnsucht zu meiner Mutter, wünsche mir, dass sie wieder lebendig ist. So viele Baustellen und immer neue kommen hinzu, weiß nicht wo beginnen – Ressource: Musik auf Station machen, habe Angst davor, dass es zu laut sein könnte. Musik gibt mir Halt und Kraft. In die nächste Stunde etwas mitbringen, womit ich mich gut schützen kann*

## **Empfindungen**

☉ *Stimme gibt Halt/ Geborgenheit/ Wärme*

☉ *Sich selbst sein können*

☉ *Jeder einzelne Ton ging durch meinen Körper von den Zehenspitzen bis in die Hände und zum Kopf hin – einige der wenigen Therapien auf die ich wirklich anspreche*

☉ *Nervosität/ Erregtheit, der Impuls zum Weinen tritt ein („normalerweise schlucke ich alles hinunter“)*

☉ *4 Stufen: Angst – sehr emotional – weinen – positive Energie*

☉ *Jahrelang habe ich nur gegeben, heute durfte ich selbst sein*

☉ *Musik als positiv empfunden*

☉ *Bewusstsein, dass ein radikaler Schritt notwendig ist, um Veränderungen die anstehen zu leben – gleichzeitig Angst, andere Menschen dadurch zu verletzen.*

☉ *Fehlte die Ruhe im Instrument, tiefe Töne machten mir Angst – wollte Körperposition verändern, sich einrollen mit Decke zudecken, hatte Angst davor Veränderung der Körperposition, möchte mich besser schützen*

☉ *Nach der 4. Einheit musste ich nicht mehr soviel weinen*

☉ *Völliges Neuland, zuerst aufgewühlt konnte mich nach geraumer Zeit darauf einlassen und gut dabei entspannen*

☉ *Therapien am Tag sind anstrengend*

☉ *Unruhe zu Beginn – durch stimmliche Unterstützung stellte sich Ruhe ein*

In den Aussagen wird über emotionale Empfindungen, die in körperlicher Beziehung stehen berichtet. Dies ist ein häufiges Indiz für psychosomatische Erkrankungen. Durch das rezeptive Spiel mit dem Monochord und der Stimmbegleitung verlieren sie an negativer Präsenz und können sich in einen Zustand von Entspannung verwandeln.

Es werden Erinnerungen aktiviert, die sich in auftauchenden Bildern zeigen. Sie bilden Wünsche und Sehnsüchte ab. Dadurch eröffnet sich ein „Neuland“ für die Patientinnen; eine Umstrukturierung im Erleben von „Sein“ kann stattfinden.

### **7.3.2 Physisches Erleben**

In der somatisierten Depression stehen vegetative Störungen und vielfältige Organbeschwerden im Vordergrund. Die Depression wird „vitalisiert“ im oder am Leib erlebt (s. auch Kapitel 2.2).

Aus den beispielhaften Aussagen der Patienten, bezüglich ihrem physischen Erleben während der rezeptiven Einheit, lassen sich folgende Subkategorien unterteilen:

#### **Körperempfinden (allgemein) – Schmerzempfinden – Anspannung/Entspannung**

##### **Körperempfinden (allgemein)**

- ☉ *Der Körper organisiert sich*
- ☉ *Ankommen im Körper keine Last tragen müssen, zufrieden sein*
- ☉ *Stimmiges körperliches Erleben*
- ☉ *Wellenartige Bewegung im Körper durch die Musik*
  
- ☉ *Einatmung über die linke Körperhälfte – Ausatmung über die rechte Körperhälfte – im Rhythmus des Spiels*
- ☉ *Leichtigkeit beim Ein- und Ausatmen – keine Begrenzung beim Atmen*
  
- ☉ *Körperlich leicht – Füße schwer, als die Stimme dazukam wurden die Füße leicht – Wechsel fand statt – gute Entspannung war möglich*
- ☉ *Körper müde – Kopf unruhig*
  - ☉ *durch die positiven Bilder konnte ich so gut entspannen und ich habe das Gefühl endlich wieder meinen Darm entleeren zu können*
  - ☉ *Enge zu Beginn, die durch tiefe Töne ausgelöst wurden, durch Zwerchfellatmung konnte Weite und mehr Luft im Bauchraum entstehen – Gedanken kamen und konnten weiterziehen*
  
- ☉ *Es sitzt jemand schwer auf den Schultern – schweres Gewicht auf den Schultern – Bewegungslosigkeit – am Ende wurde es leichter*
- ☉ *Verspürte den Drang zum Bewegen, beim Gesang kam das Wort „Neuwerden“ in meinen Sinn*

☉ *Ich empfand ein Blubbern im Ohr – ich habe das ganz selten; nur wenn ich Stress habe, durchs Hinsetzen wurde es besser (Anm.: Patientin musste dann weinen) – mir wird klar, dass ich doch sehr viel Stress habe!*

### **Schmerzempfinden**

☉ *Keine Schmerzen in den Bandscheiben, die normalerweise in der Rückenlage immer vorhanden sind*

☉ *War 20 Minuten schmerzfrei – sehr angenehmes Empfinden*

☉ *Unterleib zu Beginn kalt – durch Auflegen der Hände konnte Wärme durchfließen – Leichtigkeit im Körper – Entspannung konnte stattfinden*

☉ *Zuerst Anspannung im Körper, Kopflastigkeit, Lendenwirbelschmerz lässt nach einiger nach – Zeit – Regulierung der Anspannung – Geschenk heute mit dabei sein zu dürfen*

☉ *Kopf ist fast explodiert, Schmerzen vom Bauch in den Kopf*

☉ *Lange gebraucht zum Entspannen – Schmerzen im Nacken – Schmerzen wurden im letzten Drittel weniger – Musik als sehr angenehm empfunden – Schmerzen lösen sich hoffentlich auf*

☉ *Körperliches Kribbeln – ich wurde aufgeregt, doch nach einiger Zeit konnte ich mich langsam sehr gut entspannen – anfängliche Kopfschmerzen wurden weniger*

☉ *Kopfschmerzen wurden während der Entspannungseinheit weniger*

☉ *Kopfschmerzen waren während der Einheit weg, die Schwingungen der Musik habe ich durch den ganzen Körper empfunden/ wahrgenommen*

☉ *Kopfweg ist komplett weg, konnte gut entspannen – sehr tief – bin sogar kurz eingeschlafen*

### **Anspannung/Entspannung**

☉ *Noch nie so gut entspannen können*

☉ *Hände und Füße hat es weggerissen, dadurch war gute Entspannung möglich*

☉ *Körperliche ganzheitliche Wahrnehmung, bei jeder weiteren Einheit war eine tiefere Entspannung möglich*

☉ *Kiefer konnte sich entspannen, Anspannung löst sich*

☉ *Körperliche Angespanntheit lässt nach (Anm: Fäuste lösten sich)*

☉ *Ich fühlte mich schwer – richtig entspannt*

☉ *Noch entspannter als die Male vorher – kurz eingeschlafen – schöner Ausklang zum heutigen Tag*

☉ *Es war sehr anregend, durch den ganzen Körper hat die Musik vibriert – wie ein Ganzkörperorgasmus – Zeit war sehr kurz*

☉ *Konnte schwer entspannen, da ich eher ein quirliger Typ bin*

- ☉ *Ich bin immer verspannt – seit langem einmal wieder durchgeschlafen*
- ☉ *Anspannung vor dem Heimgehen – Änderung stehen bevor – Angst davor – gut vorbereitet für die Veränderung*

Der körperliche Bezug bei depressiver Symptomatik ist häufig eingeschränkt oder fixiert auf negative Körperempfindungen wie Schmerzen oder körperliche Einschränkungen.

Durch das klangliche Erleben sensibilisiert sich das Körperempfinden. Eine subtilere Wahrnehmung auf feinstofflicher Ebene findet statt. Das Schmerzempfinden wird durch die ruhige Entspannungsposition wahrgenommen; ein „Annehmen“, in Form von Akzeptanz der Schmerzen kann großteils stattfinden, indem Entspannung durch ganzheitliche Körperwahrnehmung in Verbindung mit dem Wohlklang des rezeptiven Spiels erlebt wird.

### **7.3.3 Symbolisierungsfähigkeit**

Im Prozess der Symbolbildung ist das innere mit dem äußeren Erleben, das Subjekt mit dem Objekt und sind frühere Erfahrungen mit jetzigen zusammen zu bringen und zu integrieren versucht. Aus dem symbolhaften Erleben der Patientinnen, lassen sich folgende Subkategorien unterteilen:

#### **Naturbilder – Erinnerungen – Musik – Fliegen/Freiheit**

##### **Naturbilder**

- ☉ *Ich war im Wald auf einer Lichtung – bei einem Baum, eine Elfe spielte Musik, dadurch konnte ich mich entspannen*

- ☉ *Ein- und Ausatmen in Wellen – am Meer liegend*

- ☉ *Sommerwiese – das Licht ist sehr schön – Schmetterlinge – ich sehe mein eigenes Kind*

- ☉ *Ein Indianer spielt Musik im Wald – ich sehe blaue Töne – blauweiße Farben Form einer Spirale (Bezug zu meiner Wirbelsäule)*

- ☉ *Auf einer Waldlichtung tanzend. Ruhe und Freiheit*

- ☉ *Berge, Wildbach, Wiesen, Klee, Sonne und schöne Farben*

- ☉ *Helles Licht, Berge, Wald, See*

- ☉ *hohe schneebedeckte Berge und ganz viele bunte Bilder sind während der Einheit aufgetaucht*

- ☉ *Eine Reise zu den Bergen, weites blaues Meer mündete an einem Flussufer, grünes*

*Ufer, eine Inderin hat darin Wäsche gewaschen, ein Tiger in der Ferne hat gespielt. Ich habe angefangen zu schweben – grün und rote Farben – habe einen alten gütigen Mann gesehen; jener hat dunkle Töne von sich gegeben; das war sehr angenehm*

- ☉ *Mystische Bilder – Sonne – Berge – Wärme*
- ☉ *Kosmische Kräfte, Weite, Natur, viel Gegend, Friedlichkeit*

## **Erinnerungen**

☉ *Sehr glücklich war ich – habe Berge bestiegen – alle Berge der Vergangenheit durchlebt, Skifahren – Tiefschnee – zurückkommen zu meinem Berg*

☉ *Ich habe mit meinen zwei Hunden in der Wiese getollt – Rosen, die ich von meinem Mann geschenkt bekommen habe, sah ich vor mir*

☉ *Bild von meinem Haus (erdrückendes Gefühl), Angst, Unruhe, Hektik konnte aus dem Haus herausgehen mit meinem Hund und meinem Sohn spielen – Sonne kam heraus und Entspannung konnte eintreten*

☉ *Bunte blaue Kreise in Form von schwerem Gewicht lasten auf meinen Schultern*

☉ *Die verstorbene Mutter ist erschienen – das 1. Mal – sie meinte alles wird gut werden – dadurch war gute Entspannung möglich*

☉ *Alltagsszenario, in meine Kindheit zurückversetzt: Ich war wie ein Baby, habe eine Wolke hin und her umarmt, habe Mama gesehen, die hinter mir stand – sie hat mich geführt, das war sehr angenehm – ich habe das Meer gesehen – Leichtigkeit und Frieden gespürt*

## **Musik**

☉ *Ich empfand Töne im Körper – Bedrohung von Indianern – Beruhigung auf einer Wiese, dadurch war Entspannung möglich*

☉ *Ich habe die Musik wie elegante Schwingungen, welche durch meinen Körper gingen, empfunden – das Kopfweh war weg – die Stimme war sehr angenehm und ging durch mich hindurch*

☉ *Cellospieler – Panflötenspieler*

☉ *Wiener Musikhaus – Salzburger Festspiele im Felsen. Ich hätte dort auftreten sollen. Suchte mich im Schlosspark und im Stephansdom, konnte mich nicht dort anfinden.*

☉ *Wellengang in der Musik – dann Spiralen gesehen – Hände und Füße haben mitgeschwungen*

☉ *Begeistert von den mystischen Klängen – Gedankensprünge beruhigten sich – komplettes Abschalten war möglich – frei schwebender Körper*

## **Fliegen/Freiheit**

☉ *Ich fühlte mich frei wie in der Prärie*

☉ *Ich fühlte mich frei wie ein Adler*

☼ *Raubvogel beobachtet – mitgeflogen – Berge Schluchten beobachtet – sehr gute Entspannung war jetzt möglich – sehr positive Entwicklung*

☼ *Ich konnte mit einem Vogel mitfliegen – plötzlich wurde er hinunter auf die Erde gedrückt und festgehalten. Der Wunsch nach Freiheit war gegeben, doch er konnte ihm nicht folgen und musste beinahe aufgeben – ein altes Muster von mir – doch plötzlich kam Hoffnung und positive Gedanken*

☼ *Durch die Musik konnte ich schlafen – Neuland, Musik wie in einem Science Fiction Film in den 80iger Jahren wahrgenommen – ich war ein Adler im Amazonas Dschungel in Südamerika, da wollte ich hin – plötzlich mit Propellerflugzeug zusammengestoßen – Flügelbruch mit Absturz in den Wald (finster) Ozelotkatze getroffen. Sie wollte mich fressen (körperliches Empfinden) Hinter einem Baum versteckt – dann wurde ich von Menschen (Stamm) in einen großen Käfig eingesperrt – mein Flügel wurde geschient und ich konnte wieder fliegen – bin weitergeflogen, plötzlich Angstschreie von Mutter mit Kind, die von einem Jaguar angegriffen wurden. Ich konnte sie retten. Empfindung war wunderschön.*

☼ *Unterwegs in einer Propellermaschine – Monochordklang wie ein Propeller – Landeanflug über Täler – Dachstein – Tauernkamm Eichfeld – selbst steuern dürfen wie damals – Heimat – Meine Heimat – Berge*

☼ *Ich als Kind auf einem Pferd schwebend*

Der Bordunklang des Monochords in Verbindung mit dem Stimmklang löst innere Bilder und Vorstellungen, die innere Wünsche und Phantasien betreffen aus. Das auftauchende Bild kann die sinnliche Gestalt eines Symbols erwecken. Das Erleben von Freiheit in Verbindung mit Bildern aus der Natur wird auf körperlicher Ebene widergespiegelt. Durch die aufkommende Leichtigkeit im Klangerleben kann sich das Schmerzempfinden verringern und Entspannung stattfinden.

## **8 Auswertung und Diskussion der Ergebnisse**

In diesem Kapitel werden die Untersuchungsergebnisse, die in den zuvor abgebildeten Kreisdiagrammen dargestellt sind, ausgewertet und mit den qualitativen Erhebungen aus den verbalen Befindlichkeitreflexionen der Patienten in Zusammenhang gebracht und diskutiert.

### **Geschlechterverteilung**

Insgesamt haben 43 Patientinnen und 20 Patienten in der gesamten Studienlaufzeit an der rezeptiven Musiktherapieeinheit teilgenommen. Die Rücklaufquote der Fragebögen lag bei 41%. 65 % der weiblichen Patientinnen und 35% der männlichen Patienten retournierten den ausgehändigten Fragebogen. Die Prävalenz von Depression liegt bei Frauen kulturunabhängig beinahe doppelt so hoch wie bei Männern. Dies kann durch die Geschlechterverteilung der weiblichen und männlichen Patienten, die an der Studie teilgenommen haben, bestätigt werden.

### **Altersverteilung**

Bezüglich der anwesenden Patienten ist eine auffallende Altersverteilung in der Auswertung erkennbar. Mehr als die Hälfte der Patienten waren im Alter zwischen 40 und 59 Jahren teilnehmend. Dies zeigt eine deutliche Kumulation in diesem Altersfenster. Sie wird auch als Involutions- bzw. Spätdepression bezeichnet (Möller et al. 2002). Sie tritt in der Regel ab dem 45. Lebensjahr auf, verläuft schleppend, und es besteht in dieser Symptomatik ein erhöhtes Suizidrisiko. In dieser Altersspanne findet häufig eine Neuorientierung bezüglich eigener Perspektiven statt. Das durchschnittliche Ersterkrankungsalter von Depression liegt zwischen 20-30 Jahren. Vielleicht besteht in dieser Altersspanne noch die Hemmschwelle, sich diesbezüglich in einer klinischen Einrichtung Hilfe zu suchen.

Eine deutliche Abnahme ist auch in der Altersgruppe 60+ erkennbar. In dieser Lebensphase sinkt statistisch gesehen im Allgemeinen die Depressionsanfälligkeit.

### **Teilnahmehäufigkeit**

In der Teilnahmehäufigkeit ist deutlich erkennbar, dass die zweimalige Teilnahme an der rezeptiven Einheit am häufigsten vertreten war. Geschlechterspezifisch waren anteilmäßig davon 2/3 Frauen und 1/3 Männer anwesend.

### **Gedankenberuhigung/wiederkehrende Gedanken/Grübeln**

Eines der Leitsymptome bei depressiv erkrankten Menschen manifestiert sich im Gedankengut: gedrückte Stimmung mit negativen Gedanken, kreisende Gedanken und Grübeln sind maßgeblich vorhanden.

54% der anwesenden Patienten waren der Meinung, dass ihre Gedanken sich während der Entspannungseinheit sehr gut beruhigen konnten. 35% davon erlebten dabei überwiegend und 11% ein wenig eine Gedankenberuhigung. Hierbei wäre eine Trennschärfe bezüglich differenzierterer Antwortkategorien sinnvoll. Es ist dennoch eine deutliche Tendenz zur Verbesserung der Gedankenberuhigung während der rezeptiven Musiktherapieeinheit ersichtlich. Aus den Aufzeichnungen der Befindlichkeitsprotokolle kann man ebenfalls eine Veränderung in der Gedankenempfindung der Patientinnen erkennen. Die Richtung „Neuorientierung“, „Veränderung der bisherigen Gedankenmuster“, „Umstrukturierung der Gedanken“ verdeutlichen Hauptthemen im Genannten.

### **Schlafverhalten**

Neben gedrückter Stimmung gehören Schlafstörungen zu den häufigsten Leitsymptomen der Depression. Sie unterteilen sich in Einschlaf-, Durchschlaf- und Aufwach- (Früherwachen) störungen. In der quantitativen Auswertung zeigt sich eine deutlich positive Entwicklung im Einschlaf- sowie Durchschlafverhalten nach der Entspannungseinheit. Jeweils eine über 80%ige Verbesserung ist hier erkennbar. Auch in dieser Antwortverteilung wäre eine genauere Trennschärfe hilfreich.

Ich bin der Meinung, dass der Zeitrahmen, in dem die Einheit stattgefunden hat, maßgeblich zu dieser positiven Entwicklung beigetragen hat. Nach Aussagen der Patienten war die abendliche Zeit für sie wichtig, um „zur Ruhe zu kommen“, „den Tag Revue passieren zu lassen“, „durchzuatmen“, „auszuruhen von dem dichten Therapieprogramm am Tag“, „nichts leisten zu müssen“, „einfach sein zu können“.

Insgesamt 12% der Patientinnen konnten schwer oder gar nicht einschlafen und zwar mit der Begründung, dass „irritierende Gedanken und Emotionen durch die Therapieeinheit an die Oberfläche kamen, die schwer auszuhalten waren“. Hierbei ist anzumerken, dass eine Einzeltherapie zusätzlich zur Gruppentherapie dringend vonnöten gewesen wäre, um eine intensivere Auseinandersetzung mit der bestehenden Symptomatik gewährleisten zu können, was zu diesem Zeitpunkt strukturell nicht möglich war.

Über die Hälfte der Patienten konnte sich durch die rezeptive Einheit im Schlaf besser erholen. 29% erlebten diesbezüglich keinen Unterschied. Bei einem geringen Anteil der Patienten trat eine Verschlechterung im Erholungswert ihres Schlafverhaltens auf. Auch an dieser Stelle wäre die Kombination von Gruppen- und Einzeltherapie sehr wichtig, um die Möglichkeit zu haben, jene belastende Themen, in der Einzeltherapie Raum geben zu können.

Im Item über die Relation der „Häufigkeit der Teilnahme“ in Verbindung mit „der Verbesserung des Schlafverhaltens“ ist eine deutliche Verbesserung zu erkennen. Ein großer Anteil der Patientinnen konnte diese Frage nicht beantworten, da anscheinend „die Häufigkeit der Teilnahme“ mit der Erkenntnis „eine Verbesserung beurteilen zu können“ im Zusammenhang steht.

### **Emotionale Empfindungen**

Auf die Frage, ob es während der rezeptiven Einheit Gefühlsempfindungen gab, war ein mehrheitliches „Ja“ (81%) die Antwort der Patientinnen. Nur drei von 26 teilnehmenden Patienten machten die Angabe „keine Gefühlsempfindungen während der Entspannungseinheit“ wahrgenommen zu haben.

Die Aussagen der Patienten über ihre emotionale Empfindungen reichten von „aufwühlender Angst“ und „Trauer“ über „völliges Neuland“, „Nervosität“, „eigenes Selbstvertrauen wahrnehmen“, „Leichtigkeit und Schweben“ und „wohltuende Wärme empfinden“. Hierbei zeigt sich die Klangwirkung des Monochords. Der Bordunklang kann für manche Patienten als entstabilisierend erlebt werden – ein unbekannter Klang, der erstmalig Unsicherheit auslösen kann. An dieser Stelle ist die haltgebende Funktion der Stimme maßgeblich. Aber auch „die Leichtigkeit und das Schweben“ als emotionale Assoziationen sind im Klang des Monochords enthalten.

### **Körperempfindungen**

In der Verbindung Körper und Krankheit gibt es gerade in der Psychosomatik oft wegführende Erkenntnisse. Das emotionale Erleben zeigt sich im körperlichen Erleben. „Nichtverarbeitetes“ wird als Symptom am oder im Körper erlebt. In der quantitativen Auswertung ist bei gut mehr als der Hälfte der Patienten ein „körperliches Empfinden während der Entspannungseinheit“ vorhanden. 27% machten die Angabe „keine physischen Empfindungen während der rezeptiven Einheit“ erlebt zu haben.

Aus den Subkategorien wird deutlich, dass teilweise eine Dissoziation von Körper und Gedanken erlebt wird, „Körper müde – Kopf unruhig“, „ich war in meinen Gedanken, nicht in meinem Körper“.

Das Schmerzempfinden zeigte sich in erster Linie auf körperlicher Ebene, was ein eindeutiges Merkmal bei psychosomatischen Patienten ist. Die Schmerzen im Körper wurden durch das rezeptive Spiel sensibilisiert und konnten „teilweise erstmalig“ wahrgenommen und auch angenommen werden. Hierbei waren die einführenden Atem- und Körpersensibilisierungsübungen hilfreich, um „nicht nur ausgeliefert“ den Schmerzen gegenüber zu treten. Ein „Ankommen im Hier und Jetzt“ war bei den meisten Patientinnen deutlich spürbar. Durch die eigene Atemwahrnehmung, insbesondere der Zwerchfellatmung, lernten die Patienten ein ganzheitliches Erleben ihrer selbst und größtenteils dadurch eine angenehme Entspannung in ihrem Körper zu genießen.

### **Symbolisierungsfähigkeit**

Aus tiefenpsychologischer Sicht ist der Prozess der Symbolbildung ein kontinuierlicher Prozess, der das Innere mit dem Äußeren, das Subjekt mit dem Objekt und frühere Erfahrungen mit späteren zusammen zu bringen und zu integrieren versucht (vgl. Heick 1996).

Die mangelnde Symbolisierungsfähigkeit wird bei psychosomatisch erkrankten Menschen oft erwähnt.

Dies konnte in dieser Studie nicht belegt werden.

Nur 31% der Patienten konnten ein Erleben von Bildern nicht bestätigen.

69% der Patientinnen machten die Angabe „Bilder während der Entspannungseinheit wahrgenommen zu haben“. Die erscheinenden Bilder reichten von Naturbildern über wahrhaftige Erinnerungen, dem Symbolgehalt in der Musik und Bildern über die Leichtigkeit und das Fliegen.

Die Abbildungen aus der Natur zeichneten sich in Bergen, Sommerwiesen, am Strand oder einem Bach verweilend und mystischen Bildern wieder. Es ist eine Sehnsucht der Leichtigkeit und Erdverbundenheit darin erkennbar.

In den Erinnerungsbildern präsentierten sich Situationen aus dem Alltag der Patienten, die teilweise schmerzhaft aber auch sehr befreiend erlebt wurden.

Auffallend häufige Aussagen wurden mit dem Fliegen und Schweben in Zusammenhang gebracht. „Ich fühlte mich frei wie ein Adler“, „ich konnte mit einem Vogel mitfliegen“. Diese Sehnsucht nach Leichtigkeit und innerer Freiheit ist ein deutliches Indiz

für depressive Menschen. Möglicherweise kann das aber auch bedeuten, „dem Leben entfliehen zu wollen“ in Verbindung mit einer möglichen Suizidalität und muss deshalb mit einer sensiblen Wachsamkeit im Blick behalten werden.

### **Gruppenempfinden**

Seit jeher leben und arbeiten Menschen in Gruppen, bilden Interessensgemeinschaften und entwickeln dort ihre eigene Kultur, die sich zu einer ganz speziellen Gruppe im Unterschied von allen anderen kennzeichnet (vgl. Mayr 1986). In der Gruppentherapie erweisen sich die anderen Gruppenteilnehmer oft als wichtiger und haltgebender Faktor. Nach den Aussagen der Patienten mittels der Fragebogenerhebung konnte dies nur teilweise bestätigt werden. 65 % der Patientinnen waren der Meinung, dass die anderen Gruppenteilnehmer keine Relevanz für sie während der Entspannungseinheit hatten. Für ein Drittel der teilnehmenden Patienten waren die restlichen Gruppenteilnehmer wichtig. Meiner Meinung findet das gemeinschaftliche Gruppenempfinden erst nach einer gewissen Frequenz an Therapieeinheiten statt. Einen weiteren wichtigen Faktor stellt „die Konzentration auf sich selbst“ dar. Die Eigenwahrnehmung steht im Vordergrund und dadurch verlieren die anderen Gruppenteilnehmer an Wichtigkeit.

### **Ritualisierung**

Eine systematische Untersuchung der musiktherapeutischen Elemente in traditionellen Heilritualen liegt bisher nicht vor. Es gibt jedoch Ansätze in Form von Feldforschungen, so Timmermann (1994). Bei schamanischen Therapien geht es meist in irgendeiner Form um die Erzeugung veränderter Bewusstseinszustände. Aus verschiedenen Einzeldarstellungen diesbezüglich findet man im Ritual eine Struktur, die man als archetypisch bezeichnen könnte. Dieses universelle Muster gibt Aufschluss über den Einsatz von Musik und taucht in der modernen Therapie- und Selbsterfahrung wieder auf (ebd.). Drei Phasen leiten sich daraus ab: 1. Vorbereitung, 2. Durchführung, 3. Nachbereitung. Jene sind mit dieser Studie vergleichbar. Die Vorbereitung lag in der Adaption des Raumes. Er wurde für das Therapiesetting mit Matten, die im Kreis als „ein Symbol der Vollständigkeit und Ganzheit“ aufgelegt wurden, einem jahreszeitlichen Bezug aus der Natur für die Gestaltung der Mitte und einer Kerze ausgestattet (s. Abb. 17). Für 86% der Patientinnen war die Gestaltung des Raumes von Bedeutung. Nach Aussagen der Patienten hatte die Kerze eine sehr beruhigende Wirkung auf sie, die ihnen ein Empfinden von Wärme und Geborgenheit vermittelte.

Die Durchführung der rezeptiven Entspannungseinheit verlief ritualisiert und gleichbleibend im Ablauf, welche im Kapitel 6.4 Therapiesetting näher erläutert wurde.

In der Nachbereitung der Stunde wurde „die verbale Befindlichkeitsreflexion abgehalten“, die eine wichtige Indikation für die Verarbeitungsprozesse der Patientinnen darstellte.

### **Monochordspiel und Stimme der Therapeutin**

Laut qualitativer Messdatenerhebung wurde die Entspannungsfähigkeit durch das „Für-Spiel“ mit dem Monochord von den Patientinnen als äußerst positiv empfunden.

Der Klang des Monochords wurde von 85% der teilnehmenden Patienten als entspannungsfördernd erlebt. Aussagen wie „jeder einzelne Ton ging durch meinen Körper, von den Zehenspitzen bis zum Kopf“ und „durch die Musik konnte ich schlafen – Endlich Neuland“ verdeutlichen dies. 15% der teilnehmenden Patienten konnten mit der Musik des Monochords nicht entspannen. Sie erlebten den Bordunklang als Bedrohung: „Die tiefen Töne erinnerten mich an Folterung, mein Geist konnte sich nicht entspannen, ich schämte mich wegen meiner Tränen“ oder „mir fehlte die Ruhe im Instrument, die tiefen Töne machten mir Angst, ich konnte mich schwer schützen“. Hierzu ist anzumerken, dass auch in so einem Fall eine Aufarbeitung in einer Einzeltherapie notwendig wäre.

Bezüglich der Auswertung der Stimme der Therapeutin ist ein 100%iges positives Erleben der Patientinnen ersichtlich. Die Stimme im Zusammenhang mit dem Monochordspiel hatte nach Patientenaussagen eine haltgebende Funktion, „sie hat mir Leichtigkeit, den Halt, Schutz, Geborgenheit und Wärme vermittelt“. Eine situative Einfühlung in den Raum und in die Gruppe ist ein wesentlicher Faktor in der musiktherapeutischen Stimmimprovisation. Den Gehalt und die Notwendigkeit der Situation zu begreifen ist hier vonnöten.

Abschließend kann festgestellt werden, dass durch vorliegende Studie eine deutliche Tendenz hinsichtlich der Verbesserung von Entspannungsfähigkeit bei depressiven Patienten durch rezeptive Musiktherapie mit Stimmbegleitung erkennbar wird.

Dabei sollte jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass in der Therapie immer eine kritische Haltung in der Auseinandersetzung von Musikerleben bestehen sollte, da Musik in Beziehung zur jeweiligen Lebensgeschichte von Mensch zu Mensch individuell wahrgenommen wird.

## 9 Ausblick

Rezeptive Musiktherapie mit Stimmbegleitung ist eine hilfreiche Maßnahme, um die Entspannungsfähigkeit bei depressiven Patienten zu fördern. Dies bestätigt vorangegangene Studie, in der mithilfe einer quantitativen Messdatenerhebung mittels eines von der Autorin in dieser Studie entwickelten Fragebogens und einer qualitativen Erfassung ausgehend von der Befindlichkeitsreflexion, die im Anschluss an die rezeptive Musiktherapie stattgefunden hat, ein Vergleich dargestellt wurde.

Um eine Nachhaltigkeit der Symptomverbesserung zu erlangen, wäre eine regelmäßige Abhaltung der Therapie unbedingt notwendig.

Darüberhinaus sollte das Gruppentherapiesetting in Verbindung mit einer Einzeltherapie angeboten werden, um auftauchende Erlebnisinhalte aus der Gruppentherapie, die eine zusätzliche Aufarbeitung benötigen, in der Einzeltherapie Raum bekommen können.

Aufgrund der großen Nachfrage wurde eine Entspannungs-CD mit Monochord und Stimme als förderliche Unterstützung für Zuhause angefertigt (CD ist im Anhang beigelegt).

Von der Mehrzahl der Patientinnen wurde der Wunsch „nach einer externen Patientengruppe, im Anschluss an den Klinikaufenthalt“ geäußert. Dies sind ebenfalls Überlegungen, welche die Nachhaltigkeit der Therapie unterstützen würde.

Der Schlaf stellt ganz allgemein eine bedeutende Komponente in Genesungsprozessen dar. Gerade bei Menschen mit depressiven Störungen ist er allerdings häufig gestört.

In der vorliegenden Studie berichten die Patientinnen fast durchgehend von Verbesserungen der Schlafqualität. Hier wäre von Interesse nachzuforschen, inwiefern die positiven Effekte auf die rezeptive Musiktherapie oder auf andere Variablen den Klinikaufenthalt betreffend zurückzuführen sind. Zu diesem Zweck könnte eine Kontrollstudie durchgeführt werden, wo Patienten aus demselben Kliniksetting randomisiert (per Zufall) auf eine sogenannte Versuchs- und Kontrollgruppe aufgeteilt werden. Die Versuchsgruppe nimmt an der rezeptiven Musiktherapie teil, während die Kontrollgruppe kein Musiktherapieangebot erhält. Als Inventar könnte der von der Autorin in dieser Studie entwickelte Fragebogen dienen sowie ein standardisierter Fragebogen, wie z. B. der PSQI.

Auch die depressive Symptomatik kann noch differenzierter betrachtet werden. Geeignet scheint hierfür ein standardisierter Fragebogen wie z.B. der BDI. Vorstellbar wäre eine Interventionsstudie (Vorher-Nachher-Studie), wo je ein Messzeitpunkt vor der Intervention und nach der Intervention (also unmittelbar vor und nach der rezeptiven Musiktherapie) liegt. Somit könnte man den unmittelbaren Effekt der Therapie feststellen.

Der in dieser Studie vorliegende Fragebogen fragt nach der Selbsteinschätzung unterschiedlicher Variablen *während* und *unmittelbar nach* den Musiktherapie-Einheiten. Aus Forschungssicht läge ein weiteres Interesse darin, eine Langzeitstudie anzulegen, welche die Nachhaltigkeit der rezeptiven Musiktherapie überprüft. Im Fokus einer solchen Studie könnte wiederum Schlaf und/oder Depression stehen. Auch hier wären mehrere Messzeitpunkte erforderlich: unmittelbar nach der Intervention, in einem Abstand von etwa drei oder sechs Monaten und zu einem noch späteren Zeitpunkt beispielsweise einem Jahr danach.

Darüberhinaus soll diese Arbeit Anregung und Motivation sein, rezeptive Musiktherapie mit improvisatorischer Stimmbegleitung im klinischen Setting sowohl in Gruppen als auch in der Einzeltherapie anzubieten. Entspannung mit Hilfe der Musik sowie Heilung im ganzheitlichen Sinn stehen dabei zweifelsfrei im Vordergrund und können für nahezu jede Patientengruppe unterstützend wirken.

## 10 Literaturliste

- Alavi Kia (1997). *Stimme. Spiegel meines Selbst (4. Aufl.)*. Braunschweig: Aurum.
- Alavi Kia, R., Schulze-Schindler, R. (1998). *Sonne, Mond und Stimme. Atemtypen in der Stimmfaltung (2. Aufl.)*. Braunschweig: Aurum.
- Augusta, R. (2008). Aus dem Burn-out führen. *Personal manager*, 4, 34.
- Berendt, J.-E. (2004). *Nada Brahma. Die Welt ist Klang (19. Aufl.)*. Hamburg: Rowohlt.
- Birnholtz, J.C., Benaceraff, B.R. (1983). The Development of Human Fetal Hearing. *Science* 222, 516.
- Bossinger, W. (2005). *Die heilende Kraft des Singens*. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Bundesministerium für Gesundheit (2014). *Depression* [On-line] Available: <http://www.bmg.bund.de/praevention/gesundheitsgefahren/depression.html>, zugegriffen am 6. Juli 2014.
- Decker-Voigt, H.-H., Knill, P.J., Weymann E. (1996). *Lexikon Musiktherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Decker-Voigt, H.-H., Oberegelsbacher D., Timmermann, T. (2008). *Lehrbuch Musiktherapie*. München: Ernst Reinhardt.
- Dosch, J., Timmermann, T. (2005). *Das Buch vom Monochord*. Wiesbaden: Reichert.
- Dvorak, H. (2012). *Atem und Musik in der Heilkunst. Uraltes Erfahrungswissen und neue wissenschaftliche Erkenntnisse*. Wiesbaden: Reichert.
- Engert-Timmermann, G., Timmermann T. (2001). Körper – Atem – Musik. Eine ganzheitliche Methode in der nonverbalen Psychotherapie. *Wiener Beiträge zur Musiktherapie. Band 3*.
- Faller, N. (2009). *Atem und Bewegung. Theorie und 111 Übungen (2. Aufl.)*. Wien New York: Springer.
- Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.) (2004). *Rezeptive Musiktherapie – Theorie und Praxis*. Wiesbaden: Reichert.

Gembris, H. (1985). *Musik und Entspannung*. In: *Beiträge zur Systematischen Musikwissenschaft*, (Hrsg) Motte-Haber, Helga. Band 8. Hamburg: Verlag der Musikalienhandlung Karl Dieter Wagner. 37-43.

Gindl, B. (2002). *Anklang. Die Resonanz der Seele. Über ein Grundprinzip therapeutischer Beziehung*. Paderborn: Junfermann.

Gundermann, H. (1994). *Phänomen der Stimme*. München: Ernst Reinhardt.

Hegi, F. (1997). *Improvisation und Musiktherapie. Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik (5. Aufl.)*. Paderborn: Junfermann.

Hegi-Portmann, F., Lutz Hochreutener, S., Rüdüsüli-Voerker, M. (2006). *Musiktherapie als Wissenschaft. Grundlagen, Praxis, Forschung und Ausbildung*. Zürich: Staffel Druck AG.

Hegi, F., Rüdüsüli, M. (2011). *Der Wirkung von Musik auf der Spur. Theorie und Erforschung der Komponenten*. Wiesbaden: Reichert.

Heick, G. (1996). Grenzzustände in der Musiktherapie. Symbolbildung in der Musiktherapie. *Wiener Beiträge zur Musiktherapie*, 2, 52.

Hillert A., Marwitz M. (2003). Burnout: Eine kritische Analyse mit therapeutischen Implikationen. *Ärztliche Psychotherapie*, 4, 235-241.

ICD-10 (2014): *Depression-Leitlinien*. [Online] Available: <http://www.depression-leitlinien.de/depression/7767.php>, zugegriffen am 11.08.2014.

Johnson, D.H. (2012). *Klassiker der Körperwahrnehmung. Erfahrungen und Methoden des Embodiment*. Bern: Hans Huber.

Korunka C., Tement S., Zdrehus C., Borka A. (2010) Burnout: Definition, recognition and prevention approaches. *BOIT – Burnout Intervention Training for Managers and Team Leaders*.

Loos, G.K. (1995). Der Dialog in der Musiktherapie zwischen diagnostischen und therapeutischen Dimensionen. *Musiktherapeutische Umschau*, 16, 5-15.

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

Maiello, S. (2003). Die Bedeutung pränataler auditiver Wahrnehmung und Erinnerung für die psychische Entwicklung: eine psychoanalytische Perspektive. In: Nöcker-Ribeaupierre, M.(Hrsg.). *Hören – Brücke ins Leben*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 85-108.

Mathelitsch, L., Friedrich, G. (1995). *Die Stimme – Instrument für Sprache, Gesang und Gefühl*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Mathelitsch, L., Friedrich G. (2000). *Die Stimme*. Wien: ÖBV.

Maurer-Joss, S. (2011). *Dem Leben eine Stimme geben. Zur Bedeutung der Stimme in der Musiktherapie mit behinderten und krebserkrankten Kindern*. Wiesbaden: Reichert.

Mayr, S. (1986). Musiktherapie und Gruppendynamik als Grundlage der Kommunikationstherapie. *Kommunikation und Erziehung durch Musik*, 1.

McKeen, T. (1996). Wesen und Gestalt des Menschen. *Aufsätze und Vorträge zur antroposophischen Menschenkunde und Medizin*. Stuttgart.

Mersmann, H. (1952): *Musikhören*. Frankfurt: Wenck.

Middendorf, I. (2007). *Der erfahrbare Atem. Eine Atemlehre (9. Aufl.)*. Paderborn: Junfermann.

Möller, H. J., Laux, G., Deister, A. (2002). *Psychiatrie und Psychotherapie (2. Aufl.)*. Stuttgart: Thieme.

Moses, P.J. (1995). *Die Stimme der Neurose*. Stuttgart: Thieme.

Nöcker-Ribeaupierre, M. (2003). *Hören – Brücke ins Leben. Musiktherapie mit früh- und neugeborenen Kindern*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Papoušek M. (2001). *Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation (3. Aufl.)*. Bern: Hans Huber.

Pflichthofer, D. (2008): „Worte waren ursprünglich Zauber“. Die ästhetische Kraft der Stimme. *Musiktherapeutische Umschau*, 29, (3), 240-251.

Richter, H. (2005). *Atemwelten*. Wiesbaden: Reichert.

Richter, H. (2006). *Vom Wesen des Atems. Herta Richter im Gespräch mit Dieter Mittelsen Scheid*. Wiesbaden: Reichert.

Riemann, F. (1996). *Grundformen der Angst. Eine tiefenpsychologische Studie*. München: Ernst Reinhardt.

Rittner, S. (1990). Zur Rolle der Vokalimprovisation in der Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau*, 11, (2), 104-119.

Roche Lexikon (2014). *Rezeptor*. [Online] Available: [www.tk.de/rochelexikon/Rezeptor](http://www.tk.de/rochelexikon/Rezeptor) zugegriffen am 01.07.2014.

Rudolf, G. (2003). Störungsmodelle und Interventionsstrategien in der psychodynamischen Depressionsbehandlung. *Psychosom Med Psychotherapie*, 49, 363-376.

Schroeder, W.C. (1999). *Musik – Spiegel der Seele. Eine Einführung in die Musiktherapie (2.Aufl.)*. Paderborn: Junfermann.

Schwabe, C., Haase, U. (1998). Die Sozialmusiktherapie (SMT). *Crossener Schriften zur Musiktherapie*, 7, Akademie für angewandte Musiktherapie Crossen.

Silber, O.-H., Hess P., Hoeren, J. (2007). *Klangtherapie*. Battweiler: Traumzeit.

Silbernagel, S., Despopoulos, A. (2001). Vegetatives Nervensystem. In: Taschenatlas der Physiologie. *Vegetatives Nervensystem*. (Hrsg.). Dtv-Atlas Physiologie. Stuttgart: Georg Thieme. 78-79.

Smeijsters, H. (1999). *Grundlagen der Musiktherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Spitzer, M. (2009). *Musik im Kopf. Hören, Musizieren, Verstehen und Erleben im neuronalen Netzwerk (9.Aufl.)*. Stuttgart: Schattauer.

Stengel, I., Strauch, T. (2005). *Stimme und Person. Personale Stimmentwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Strobel, W. (1999). *Reader Musiktherapie. Klanggeleitete Trance, musiktherapeutische Fallsupervision und andere Beiträge*. Wiesbaden: Reichert.

Timmermann, T. (1994). *Die Musik des Menschen. Gesundheit und Entfaltung durch eine menschnahe Kultur*. München: Piper.

Timmermann, T. (2004a). *Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie. Bausteine für eine Lehre*. Wiesbaden: Reichert.

Timmermann, T. (2004b). *Empfinden – Hören – Sehen. Welche Zugänge wählen non-verbale Psychotherapien?* Wiesbaden: Reichert.

Weber A., Jackel-Reinhard A. (2000). Burnout-Syndrome: a disease of modern societies? *Occupational Medicine*, 50 (7), 512-517.

Wöller, W., Kruse, J. (2005). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden*. Stuttgart: Schattauer.

Württembergische Bibelanstalt (1970): *Die Bibel oder die ganze Heilige Schrift des Alten und Neuen Testaments nach der Übersetzung Martin Luthers*, Stuttgart: Deutsche Bibelstiftung.

## 11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Digitaler Kunstdruck: J.Bell, David vor Saul Harfe spielend (1994) .....	10
Abbildung 2: Anatomie des Ohres (Medienwerkstatt 2014; online, siehe Abbildungsverzeichnis) .....	13
Abbildung 3: Ohrmuschel von der Seite betrachtet mit direktem und indirektem Schallweg zum Gehörgang (Spitzer 2009, 56) .....	14
Abbildung 4: Schematische Darstellung der Cochlea (Spitzer 2009, 60) .....	15
Abbildung 5: Mensch in liegender Position (Peter Karner 2014) .....	19
Abbildung 6: Mensch in sitzender Position (Peter Karner 2014) .....	19
Abbildung 7: Mensch in stehender Position (Peter Karner 2014) .....	20
Abbildung 8: Depression – (Maler unbekannt) .....	23
Abbildung 9: Das vegetative Nervensystem: Sympathikus und Parasympathikus (Dtv-Atlas-Physiologie 2001, 79) .....	29
Abbildung 10: Mögliche Reaktionen des Hörers von ergotroper und trophotroper Musik (Bossinger 2005, 94) .....	31
Abbildung 11: („Das kleine Präludium in d-moll Nr. 5“, Mersmann 1952, 315) .....	32
Abbildung 12: Monochordspiel (Privataufnahme 2014) .....	33
Abbildung 13: Atemmechanik (Faller 2009, 365) .....	40
Abbildung 14: Vokaltrakt (Mathelitsch/Friedrich 2000, 23) .....	44
Abbildung 15: Testfragebogen zur Untersuchung der Schlafqualität .....	47
Abbildung 16: Fragebogen (Messdatenerhebung) .....	49
Abbildung 17: Raumgestaltung während der rezeptiven Musiktherapieeinheit .....	50

Abbildung 18: Geschlechterverteilung der anwesenden Patienten .....	53
Abbildung 19: Altersverteilung der Patientinnen .....	54
Abbildung 20: Teilnahmefrequenz an der Musiktherapieeinheit .....	55
Abbildung 21: Gedankenberuhigung während der Entspannungseinheit .....	56
Abbildung 22: Einschlafqualität nach der Entspannungseinheit .....	57
Abbildung 23: Durchschlafqualität in der Nacht unmittelbar nach der rezeptiven Einheit .....	58
Abbildung 24: Erholungswert im Schlaf nach der rezeptiven Einheit .....	59
Abbildung 25: Teilnahmefrequenz an der Entspannungseinheit im Verhältnis zur Schlafqualität .....	60
Abbildung 26: Gefühlsempfindungen während der Entspannungseinheit .....	61
Abbildung 27: Körperliche Empfindungen während der Entspannungseinheit .....	62
Abbildung 28: Symbolisierung während der Entspannungseinheit .....	63
Abbildung 29: Gruppenempfinden während der Entspannungseinheit .....	64
Abbildung 30: Verbesserung der Entspannungsfähigkeit durch einführende Atem- und Körperwahrnehmung .....	65
Abbildung 31: Ritualisierte Durchführung des Ablaufs innerhalb der Entspannungseinheit .....	66
Abbildung 32: Bedeutung der Raumgestaltung .....	67
Abbildung 33: Entspannungsfähigkeit durch das Monochordspiel .....	68
Abbildung 34: Entspannungsfähigkeit durch die unterstützende Stimmbegleitung der Therapeutin während des Monochordspiels .....	69
Titelbild: „Stein im Sand“, Archachon – Frankreich, Foto: Daniel Schäfer	

Bild vor der Einleitung: „Der Klang“, Kohlezeichnung, Peter Karner 2014

Alle Abbildungen (Diagramme) im empirischen Teil stammen von der Autorin

## 12 Anhang

### Fragebogen zur Messdatenerhebung

#### FRAGEBOGEN - REZEPTIVE MUSIKTHERAPIE MIT DEM MONOCHORD

*Geschlecht:* Weiblich  Männlich  *Alter:*  20 – 29  30- 39  40 – 49  50 – 59  60 +

*Ich habe*  1x  2x  3x  4x  5x  6x *an der Musiktherapie teilgenommen*

#### 1. Gedankenkreisen/ wiederkehrende Gedanken/Grübeln

*Wie gut konnten sich meine Gedanken während der Entspannungseinheit beruhigen?*

gar nicht  ein wenig  großteils  sehr gut  kann ich nicht beurteilen

#### 2. Schlafverhalten nach der Entspannungseinheit

*Wie konnte ich nach der Entspannungseinheit einschlafen?*

gar nicht  schwer  leicht  sehr gut  kann ich nicht beurteilen

*Wie konnte ich in der Nacht nach der Entspannungseinheit durchschlafen?*

gar nicht  besser  gut  sehr gut  kann ich nicht beurteilen

*Wie war die Erholung im Schlaf im Vergleich zu meinem herkömmlichen Schlaf?*

schlechter  kein Unterschied  besser  sehr gut  kann ich nicht beurteilen

*Je öfter ich an der Entspannungseinheit teilgenommen habe, desto besser konnte ich schlafen*

stimme voll zu  stimme zu  stimme weniger zu  stimme gar nicht zu  kann ich nicht beurteilen

#### 3. Emotionale Empfindungen während der Therapieeinheit

*Gab es Gefühlsempfindungen während der Entspannungseinheit?*

ja  nein wenn ja, welche \_\_\_\_\_  kann ich nicht beurteilen

#### 4. Körperempfinden während der Therapieeinheit

*Gab es körperliche Empfinden während der Entspannungseinheit?*

ja  nein wenn ja, welche \_\_\_\_\_  kann ich nicht beurteilen

#### 5. Symbolisierung während der Therapieeinheit

*Sind Bilder während der Entspannungseinheit aufgetaucht?*

ja  nein wenn ja, welche \_\_\_\_\_  kann ich nicht beurteilen

#### 6. Gruppe / Ablauf / Raum

*Wie wichtig waren mir während der Entspannungseinheit die anderen Gruppenteilnehmer?*

wichtig  einengend  störend in meinem Erleben  nicht wichtig  kann ich nicht beurteilen

*Durch die einführenden Atem-und Körperwahrnehmungsübungen konnte ich mich entspannen.*

stimme voll zu  stimme zu  stimme weniger zu  stimme gar nicht zu  kann ich nicht beurteilen

*Durch den gleichbleibenden Ablauf der Einheit konnte ich mich entspannen.*

stimme voll zu  stimme zu  stimme weniger zu  stimme gar nicht zu  kann ich nicht beurteilen

*Die Gestaltung des Raumes war mir wichtig: Matten im Kreis, Kerzenlicht in der Mitte mit Tuch und jahreszeitlichem Bezug (Blätter, Beeren,...)*

stimme voll zu  stimme zu  stimme weniger zu  stimme gar nicht zu  kann ich nicht beurteilen

*Durch das Monochordspiel konnte ich mich entspannen.*

stimme voll zu  stimme zu  stimme weniger zu  stimme gar nicht zu  kann ich nicht beurteilen

*Die Stimme der Therapeutin während des Monochordspiels unterstützte die Entspannung.*

stimme voll zu  stimme zu  stimme weniger zu  stimme gar nicht zu  kann ich nicht beurteilen

**Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung! Die Daten werden vertraulich und anonym behandelt!**

Testfragebogen Schlaf

**Mein Schlaf war heute Nacht.....**

Montag,				
Dienstag,				
Mittwoch,				
Donnerstag,				
Freitag,				
Samstag,				
Sonntag,				

Musiktherapie: MT weiblich , männlich

Gedächtnisprotokolle aus der Befindlichkeitsreflexion:

### **Emotionale Befindlichkeit während der rezeptiven MT:**

- Ungewohnt /Neuland
- Stimme gibt Halt/ Geborgenheit/ Wärme
- Nervosität / Erregtheit, der Impuls zum Weinen tritt ein(„ normalerweise schlucke ich alles hinunter“)
- Gedankenkreisen werden weniger
- 4 Stufen: Angst, sehr emotional, weinen, positive Energie
- sich selbst sein können
- jahrelang habe ich nur gegeben, heute durfte ich selbst sein.
- Nach der 4. Einheit muss ich nicht mehr soviel weinen
- Völliges Neuland, zuerst aufgewühlt konnte sich nach geraumer Zeit darauf einlassen und gut dabei entspannen
- Heute die Musik äußerlich wahrgenommen- Zwerchfellwahrnehmung- Gedankenverdichtung lösen sich in Entspannung auf (Gedanken ziehen gelassen
- Unruhe zu Beginn-durch stimmliche Unterstützung stellte sich Ruhe ein
- Musiker hört genau das Spielen Atmen, Singen dadurch abgelenkt, 2. Hälfte gute Entspannung möglich
- Ungewohnt / 1. Mal
- Chaosgedanken, Zwang- durch Atemfokussierung konnte Licht empfunden werden
- Gedankenkreisen- Hand kribbelt-schweben-Haltlosigkeit-durch Atemfokussierung- zurückkommen war möglich
- Sehr glücklich- keine eigene Vorgabe – Berge bestiegen- alle Berge der Vergangenheit durchlebt, Skifahren, Tiefschnee- zurückgekommen auf meinen Berg- Lust nach über einem Jahr in die Berge
- zu gehen.
- Gedankenkreisen hier und doch nicht da- plötzlich eigenes Herz wahrgenommen-es wurde leichter ohne Angst schweben.
- Viel intensivere Wahrnehmung des Klangs, da Positionierung näher am Instrument.
- Bewusstsein, dass ein radikaler Schritt notwendig ist, um Veränderungen die anstehen zu leben- gleichzeitig Angst andere Menschen dadurch zu verletzen.
- Viel Altes Hochgekommen- muss mit Partnerin besprochen werden.
- Fehlte die Ruhe im Instrument, tiefen Töne machten mir Angst- wollte Körperposition verändern, sich einrollen mit Decke zudecken, hatte Angst davor Veränderung der Körperposition, möchte sich besser schützen
- Tiefen Töne erinnerten sie an Folterung- Geist konnte sich nicht entspannen, Scham vor dem Zeigen der eigenen Tränen- Rückmeldung der Gruppe: ES ist schön, dass du deine Tränen zeigst
- Mystische Bilder- Sonne, Berge, Wärme- Zeit ist das Thema – Ich habe Zeit und kann sie mir nehmen
- Anspannung vor dem Heingehen- Änderung stehen bevor- Angst davor- gut vorbereitet für Veränderung
- Musik als positiv empfunden, Engelskarte hat ihr heute Haltgegeben
- Fühlte sich heute viel besser,Lieblingsplatz (in der Kunsttherapie gemalt)mit Hunden mit genommen,an ihre Kinder gedacht- Musik schenkte ihr Zuversicht

- Unruhe im Kopf/ Körper, so viele Gedanken, die sie nicht ordnen kann- grosse Sehnsucht zu ihrer Mutter, wünscht sich, dass sie wieder lebendig ist. So viele Baustellen und immer neue kommen hinzu, weiß nicht wo beginnen- Ressource: Musik auf Station machen, hat Angst davor, dass es zu laut sein könnte. Musik gibt ihr Halt und Kraft. In die nächste Stunde etwas mitbringen, womit sie sich gut schützen kann.( Ukulele)
- Dachte von Beginn an entspannt zu sein, konnte aber völlige Entspannung erst in den letzten Tönen wahrnehmen- große Befreiung dadurch.
- Gedankenempfinden wie ein Karussell- welche Themen stehen an- mit der Zeit wurde es lichter durch Händekontakt zum kühlen Boden
- Konnte sich schwer einlassen- Tempo langsamer hat ihm gut getan-er will zu sich stehen, und das ist schwierig- er will in Zukunft nicht mehr darüber gehen
- Hatte Streit mit sich selber, fühlt sich seit der Entspannungsmusik im Einklang mit sich selber- war ganz weg-hatte vorher Stress und Panik kann nun Durchatmen und fühlt sich ganz ruhig
- Konnte nicht so gut entspannen, war gestresst, konnte nicht abschalten, da sie so aufgewühlt und abgehetzt herkam und ärgert sich darüber
- Weinte die ganze Einheit, konnte sich während der Einheit ein wenig beruhigen
- Konnte schwer entspannen, da die Musik als zu laut empfunden wurde- sehr empfindsam mit lauten Tönen
- Gedanken waren vorhanden aber anders- konnte mich entspannen- keine wirren Gedanken mehr
- Gedanken sind gekommen konnten sich beruhigen
- Durch die ruhige leise Musik bin ich müde geworden
- Wie eine Brise habe ich Stimme und Musik empfunden
- Bekam Ruhe durch die Musik
- Warmes Gefühl- immer wieder gleiche Gedanken- konnte aber gut entspannen, ich dachte ich kann jetzt gut schlafen, der Stress war nicht mehr vorhanden
- Stimme klingt so ruhig und sanft, schwebte durch die Lüfte mit dem Monochordklang ,es hat mich umhüllt der Gesang und das Instrument
- Gänsehaut von der Musik bekommen, neue positive Erfahrung mit dem Instrument
- Angst zu Beginn, dass Bilder auftauchen, konnte mich schützen, mein Atmung beruhigte mich
- Stimmen sehr genossen, mitgesungen mit der Musik, nichts gedacht
- Es wird jedes mal besser, ich halte nicht mehr an Gedanken fest, empfinde Freiheit, schwebend – Möwe am Meer
- Von mal zu mal wird es schöner, leichter, schwebend, ist super
- Heute nicht richtig entspannen können, kalte Füße
- Die Musik war zu laut- nicht mein Klang-viele negative Bilder aus meiner letzten Beziehung kamen an die Oberfläche-sehr intensives Erleben

### **Physisches Erleben während einer rezeptiven MT:**

- Noch nie so gut entspannen können
- Keine Schmerzen in den Bandscheiben, die normalerweise in der Rückenlage immer vorhanden sind
- Hände und Füße hat es weggerissen, ,dadurch gute Entspannung war möglich
- Körperliche ganzheitliche Wahrnehmung, bei jeder weiteren Einheit tiefere Entspannung möglich
- Der Körper organisiert sich
- körperliche Angespanntheit lässt nach (Fäuste lösen sich-Beobachtung von mir)
- Stimmiges körperliches Erleben
- Ankommen im Körper keine Last tragen müssen, zufrieden
- Kiefer konnte sich entspannen, Anspannung löst sich
- Leichtigkeit beim Ein-und Ausatmen- keine Begrenzung beim Atmen
- Fast eingeschlafen
- Therapien am Tag sind anstrengend
- Einatmung über die linke Körperhälfte- Ausatmung über die rechte Körperhälfte- im Rhythmus des Spiels
- Schwer- richtige Entspannung ( 1 Stock tiefer)
- Immer verspannt seit langem einmal wieder durchgeschlafen
- Zuerst Anspannung im Körper, Kopfflastigkeit, Lendenwirbelschmerz nach einiger Zeit Regulierung der Anspannung- Geschenk heute mit dabei sein zu dürfen
- Unterleib zu Beginn kalt durch Auflegen der Hände konnte Wärme durchfließen-Leichtigkeit im Körper- Entspannung konnte stattfinden
- Wellenartige Bewegung im Körper durch die Musik
- Körperlich leicht- Füße schwer, als die Stimme dazukam wurden die Füße leicht- Wechsel fand statt- gute Entspannung war möglich
- Kopf ist fast explodiert, Schmerzen vom Bauch in den Kopf
- Eingeschlafen
- Körper müde- Kopf unruhig
- Angenehmes Gefühl
- Drang zum Bewegen, beim Gesang kam das Wort „ Neuwerden“ in ihren Sinn
- Enge zu Beginn durch tiefe Töne ausgelöst, durch Zwerchfellatmung konnte Weite und mehr Luft im Bauchraum entstehen-Gedanken kamen und konnten weiterziehen
- Kopfdruck an den Schläfen /Stirnhöhlen – Gedanken konnte durch eigene Atmung gelöst werden
- Noch entspannter als die Male vorher- kurz eingeschlafen- schöner Ausklang zum heutigen Tag
- Lange gebraucht zum Entspannen- Schmerzen im Nacken- Schmerzen wurden im letzten Drittel weniger- Musik als sehr angenehm empfunden-Schmerzen lösen sich hoffentlich auf
- Fühlt sich frisch war komplett woanders- eine schöne Reise- das war das Beste
- Es war geil ,durch den ganzen Körper hat die Musik vibriert-wie ein Ganzkörperorgasmus- Zeit war sehr kurz
- Konnte schwer entspannen, da ich eher ein quirliger Typ bin
- Es sitzt jemand schwer auf den Schultern- schweres Gewicht auf den Schultern- Bewegungslosigkeit – am Ende wurde es leichter
- War 20 Minuten schmerzfrei- sehr angenehmes Empfinden
- Voll entspannt keine Gedanken

- Im Liegen kamen sehr viele negative Gedanken-konnte die Augen nicht schließen- Musik schwer ausgehalten-ich habe mich hingesezt, dadurch konnte ich die Musik genießen und es war sehr angenehm

## Symbolisierung während der rezeptiven MT:

- Frei wie in der Prärie
- Wie ein Adler frei
- Im Wald in einer Lichtung bei einem Baum- Elfe spielt Musik dadurch gute Entspannung möglich und fühlt sich sehr wohl- Frage "ist es in Ordnung einen anderen Platz außerhalb des Raumes für sich zum Entspannen zu haben?" Sehr schön mit Stimme
- Ein- und Ausatmen in Wellen am Meer liegend
- Adler, Berge, Wildbach, Wiesen, Klee, Sonne, schöne Farben
- Töne im Körper-Bedrohung von Indianern- Beruhigung auf einer Wiese- Entspannung möglich
- Vogel mitfliegen können- plötzlich wurde er runtergedrückt von der Erde festgehalten. Der Wunsch nach Freiheit war gegeben, leider konnte er nicht folgen. Beinahe hätte er aufgegeben- altes Muster- doch dann kam Hoffnung-positive Gedanken
- Sehr glücklich- keine eigene Vorgabe – Berge bestiegen- alle Berge der Vergangenheit durchlebt, Skifahren, Tiefschnee- zurückgekommen auf meinen Berg
- Mit meinen 2 Hunden in der Wiese getollt, Rosen von meinem Mann noch einmal vor Augen
- Waldlichtung- tanzend. Ruhe und Freiheit
- Durch die Musik konnte ich schlafen-Neuland, Musik wie in einem Science Fiction Film in den 80iger Jahren wahrgenommen- ich bin ein Adler im Amazonas Dschungel in Südamerika, da möchte ich hin-plötzlich mit Propellerflugzeug zusammengestoßen- Flügelbruch mit Absturz in den Wald (finster) Ozelotkatze getroffen. Sie wollte mich fressen (körperliches Empfinden) Hinter einem Baum versteckt-dann wurde ich von Menschen (Stamm) in einen großen Käfig eingesperrt-mein Flügel wurde geschient und konnte wieder fliegen-weggeflogen( da Angst vor Menschen) Weitergeflogen, plötzlich Angstschreie von Mutter mit Kind, die von einem Jaguar angegriffen wurden. Ich konnte sie retten. Empfindung war wunderschön.
- Unterwegs in einer Propellermaschine (2 Sitzer) Monochordklang wie Propeller- Landeanflug über Täler Dachstein-Tauernkamm Eichfeld- selbst steuern dürfen wie damals- Heimat –Meine Heimat-Berge
- Schönere Farben als das letzte Mal –weniger Gedanken- Bilder unerschlossen-Wüste Wald grüne Wiese-Indianer spielt Musik im Wald-ich sehe blaue Töne- blauweiße Farben in Form einer Spirale- Bezug zur Wirbelsäule- angenehmes Gefühl. Sie richtet sich auf.
- 1. Mal so lange ruhig liegen können- fliegen-Wolkendecke blauer Himmel- ich kann Ruhe und Stille ohne Hindernisse genießen und bin in der Selbstverantwortung
- Blautöne veränderten sich ins Türkisgehende
- Licht von Anfang sehr schön –Sommerwiese/ Schmetterlinge-sieht ihr eigenes Kind (Sehnsucht)
- Ich als Kind auf einem Pferd schwebend

- Wiener Musikhaus- Salzburger Festspiele im Felsen. Ich wäre dort aufgetreten. Suchte mich im Schlosspark und im Stephansdom, konnte mich nicht dort anfinden.
- Helles Licht, Berge, Wald, See- Reise – Dunkel komisches Gefühl im Bauch- Meer- Entspannung konnte stattfinden
- Mystische Bilder- Sonne, Berge, Wärme
- Cellospieler, Panflötenspieler
- Bild von ihrem Haus (erdrückendes Gefühl) Angst ,Unruhe,, Hektik konnte aus dem Haus herausgehen mit Hund und Sohn spielen- Sonne kam heraus und Entspannung konnte eintreten
- Kosmische Kräfte, Weite, Natur, viel Gegend, Friedlichkeit
- Raubvogel beobachtet, mitgeflogen- Berge Schluchten beobachtet- sehr gute Entspannung war jetzt möglich- sehr positive Entwicklung
- Schnecke- rein, raus ins Haus- schlechte Gedanken- Fühler verdreht- musste lachen- Schlange hoch und runter- schwangere Frau ( Bauch)- Sollettis/ Mikadostäbe umgefallen-Bilder: Feder- Krebs- Spinne- Haarzopf- bei leisen Tönen konnte sie gut entspannen
- Bunte blaue Kreise in Form von schwerem Gewicht lasten auf den Schultern
- Die verstorbene Mutter ist erschienen- das 1. Mal-sie meinte alles wird gut werden- dadurch gute Entspannung möglich
- Wellengang in der Musik- dann Spiralen gesehen- Hände und Füße haben mitgeschwungen
- Fühlte mich gut Kornfeld mit den Händen berührt
- Habe mich berieseln lassen, wie auf einer Wolke schwebend, keine Gedanken nur Musik gehört- Leichtigkeit
- Bin auf Wolke 7 eigentlich bin ich sehr quirlig und kann mich nicht auf Entspannungstechniken einlassen- Huskys beim Schneeschuhwandern getroffen, mit ihnen mitgegangen- Stimme ist wunderschön – ich sah mein Kind und fühlte tiefe Liebe
- Voll entspannt, keine Gedanken, auf einer Blumenwiese gesessen
- Heute nicht so abschalten können, Berg und Almgeräusche genießen können, ich brauch das faul sein ,meinem Sohn geht es gut bei seinem Vater und seinem Opa
- empfinde Freiheit, schwebend – Möwe am Meer
- ich lag auf einer Insel unter Palmen- Sonnenuntergang und ich konnte sehr gut entspannen

Erklärung zur Urheberschaft:

Hiermit bestätige ich, dass ich die Arbeit selbständig und in eigener Verantwortung ohne fremde Schreibhilfe verfasst habe.

Ort, Datum:

Unterschrift: