Katrin ECKBAUER

Sinnesaktivierung in der Musiktherapie und ihre Bedeutung in der Förderung von Selbstwahrnehmung

Eine psychosomatische Betrachtungsweise
dargestellt am Beispiel einer Patientin
mit Multipler Sklerose

DIPLOMARBEIT

Zur Erlangung des akademischen Grades
Magistra artium

Diplomstudium Musiktherapie
Institut für Musik- und Bewegungserziehung sowie Musiktherapie
Universität für Musik und darstellende Kunst Wien

Betreuer: Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Stegemann

Wien, 2013

DickICHt oder wie sie die Welt hört

Ich bin Natur,
ein Teil davon,
ein wesentliches Element des Ganzen.
Die Sinne erwachen.
Ich klinge, rausche, lausche,
rieche, schmecke, spüre dich und fühle mich,
sehe mein Dickicht.
Ich bin ich. Ich bin Natur.

Mein Gedicht wurde im Rahmen der musikalischen Abschlussveranstaltung
meines Studienjahrgangs im Juni 2010 an der Universität für Musik und darstellende Kunst vorgetragen.

Vorwort

Das Bewusstsein für das Sinnliche vererbten mir meine Eltern. Aufgewachsen inmitten der Natur lernten meine Geschwister und ich nicht nur unsere Sinne zu nutzen, sondern uns wurde im selben Zug die Schönheit der Natur, der Sinn für Genuss und die Freude an Kleinigkeiten vermittelt.

Schon früh das Elternhaus verlassen waren mir meine Sinne als stetige Begleiter hilfreich, tröstend und wegweisend in vielerlei Hinsicht. Das trifft auch auf den Diplomarbeitsprozess zu. Im Einklang mit meinen Sinnen gelingt es ein Gleichgewicht in mir, mit der Welt, zwischen Bedürfnissen und Anforderungen aufrechtzuhalten. Ich danke meinen Eltern, die mich lehrten meinen Weg zu finden und diesen vorausschauend zu gehen.

Mein Diplomarbeitsbetreuer Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Stegemann ermutigte mich diesen Weg weiterzugehen. Ich danke ihm für seine unterstützenden und anregenden Rückmeldungen.

Ein großer Dank gilt auch meinen Freunden, die mich während dieser Arbeit begleiteten und mir tatkräftig zur Seite standen. Im Besonderen darf ich an dieser Stelle Behzad Azmi, Gernot Langmann, Peter Brunnader, Christina Rettenmoser und Franziska Pötsch nennen.

Kurzfassung

Sinnesaktivierung in der Musiktherapie und ihre Bedeutung in der Förderung von Selbstwahrnehmung

Eine psychosomatische Betrachtungsweise,
dargestellt am Beispiel einer Patientin mit Multipler Sklerose

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Förderung von Selbstwahrnehmung bei Erwachsenen. Der erste Teil behandelt die theoretische Grundlage der Sinne, der Wahrnehmung und des „Selbst“, welche als Säulen für die Fähigkeit von Selbstwahrnehmung gelten. Eine Aktivierung der Sinne durch musiktherapeutische Mittel und Interventionen sowie ihre ganzheitliche Auswirkung auf die sinnliche Wahrnehmung des Selbst sind in weiterer Folge umfassend beschrieben. Dabei fließen neurobiologische, psychologische und phänomenologische Sichtweisen und Erkenntnisse ein.

In einer Einzelfallstudie werden die praktischen Erfahrungen mit einer Patientin mit Multipler Sklerose untersucht, unter Verwendung unterschiedlicher musiktherapeutischer Ansätze und deren Auswirkung. Der vierphasige Prozessverlauf veranschaulicht die quantitativen und qualitativen Verhältnisse von rezeptivem Körpertamburaspiel und aktiver Stimmarbeit. Der Anteil der gemeinsamen Stimmimprovisationen zeigt den größten Anstieg in der dritten Phase des Therapieprozesses in Korrelation mit dem gesamten Ausdrucksverhalten der Patientin. Unter Einbeziehung der erstellten Definition von Selbstwahrnehmung im ersten Teil war die zunehmende Wahrnehmungsdifferenzierung feststellbar. Eigenaktivität und gesteigertes Sinnes- bzw. Selbsterleben führten am Ende zu einer markanten und klinisch relevanten Besserung der Selbstwahrnehmungsfähigkeit.

Schlüsselwörter: Sinne – Wahrnehmungssysteme – Selbstwahrnehmung – Musiktherapie – Sinnesaktivierende Interventionen – Multiple Sklerose – Körpertambura und Stimme

Abstract

Sensory activation in music therapy
and its impact on supporting self-awareness
Based on a psychosomatic view – a single case study
of a client with multiple sclerosis

The present thesis deals with the encouragement of self-awareness throughout music therapy interventions to adults, mainly based on activation of senses. The first part focuses on conceptional basics, such as senses, perception and „the self“. These explanations draw a very specific picture of the ability for self-awareness and are the origin of the empirical part of this thesis. The holistic view of the effects of music therapy interventions on the senses and self-perception is described further on. Neurobiological, psychological and phenomenological views, reflections and findings are broadly taken into account.

The single case study examines music therapy interventions on a client with multiple sclerosis. The process illustrates four phases concerning the quantitive and qualitive relationships of interventions with the body tambura in combination with vocal work.

It came apparent the mutual voice improvisations achieved a significant increase in the third phase of the therapy process. This correlates with the gain of the whole rise in her expression-ability.

With consideration of the developed definition of self-awareness an improve across various domains of the cognitive abilities of the clients was observed. The client´s activity and a rise in the abilities of perception led to a significant and clinically relevant improvement in self-awareness. The findings in the case study showed a quadrupled ability for self-awareness, based on the definition given in the first part of the thesis.

Keywords: senses – perception systems – self-awareness – music therapy – sensory activating interventions – multiple sclerosis – body tambura and voice

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis 1

1 Einleitung 3

2 Themenspezifische Grundlagen und Hinführung 5

2.1 Sinne (senses) 5

2.1.1 Einteilung der Sinne 7
2.1.2 Sinnesfunktionen 10
2.1.3 Sinnessysteme 10
2.1.4 Multisensorium 12

2.2 Empfindung (Sensation) 12

2.2.1 Sensibilität (sensibility) 13
2.2.2 Sensibilitätsstörungen 13

2.3 Wahrnehmung (Perception) 14

2.3.1 Aufmerksamkeit 16
2.3.2 Wahrnehmungsprozess 17
2.3.3 Wahrnehmungssysteme 19
2.3.3.1 Somatosensorische Wahrnehmung 19
2.3.3.2 Visuelle Wahrnehmung 24
2.3.3.3 Auditive Wahrnehmung 25
2.3.3.4 Vestibuläre Wahrnehmung 26
2.3.3.5 Olfaktorische Wahrnehmung 26
2.3.3.6 Gustatorische Wahrnehmung 26
2.3.3.7 Sensomotorische Wahrnehmung 27
2.3.4 Multimodale Wahrnehmung 28
2.3.4.1 Körperwahrnehmung 28
2.3.4.2 Musikwahrnehmung 30
2.3.5 Wahrnehmungsveränderungen 31

2.4 Das Selbst (Self) 32

2.4.1 Das falsche Selbst 33
2.4.2 Selbstempfinden nach Stern 33
2.4.3 Selbstwahrnehmung (Self-awareness) 35

3 Sinnesaktivierung 39

3.1 Aktivierung und ihre Physiologie 40

3.2 Die Sinne und Emotionen 41

3.3 Resonanz - die feine Art von Sinnesaktivierung 42

3.4 Zur Bedeutung der Sinne bei Genuss 44

3.5 Reizüberflutung 44

3.6 Reizverarmung 45

3.7 Über die Sinne zum Sinn 46

4 Musiktherapie ... 48
4.1 Sinne in der Heil-Kunst ... 48
4.2 Definition Musiktherapie ... 50
4.3 Musiktherapeutische Methoden und Techniken ... 51
4.4 Vertreter von sensorischer Musiktherapie ... 53
4.5 Ästhetik und Atmosphäre ... 54
4.6 Wirkungskomponenten von Musik ... 56
5 Musiktherapie in der Psychosomatischen Medizin ... 62
5.1 Psychosomatische Medizin ... 62
5.2 Musiktherapeutischer Umgang mit erwachsenen psychosomatischen Patienten ... 64
5.3 Formen von Sinnesaktivierung in der Musiktherapie ... 66
5.3.1 Das aktive Instrumentenspiel und Improvisation ... 67
5.3.2 Wahrnehmungsübungen ... 67
5.3.3 Arbeit mit Imaginationen, Phantasiereisen ... 68
5.3.4 Klangreisen, Klangtrance ... 69
5.3.5 Vibroakustische Wahrnehmung – Klang und Vibration ... 70
5.3.6 Singen, Stimmen, Schwingen ... 72
5.3.7 Stille ... 74
5.4 Förderung von Selbstwahrnehmung ... 76
6 Musiktherapie und Multiple Sklerose (MS) ... 78
6.1 Krankheitsbild Multiple Sklerose ... 78
6.2 Sinnesaktivierung bei Multipler Sklerose ... 79
7 Einzelfallanalyse einer Patientin mit Multipler Sklerose (MS) ... 82
7.1 Setting und Ziele ... 83
7.2 Methodische Herangehensweise der Auswertung ... 86
7.3 Therapieprozess ... 90
8 Zusammenfassung und Resümee ... 100
9 Literaturverzeichnis ... 104
10 Abbildungsverzeichnis ... 109
11 Tabellenverzeichnis ... 109
12 Anhang ... 109

Lebenslauf
Ehrenwörtliche Erklärung

1 Einleitung

Während des Studiums fanden die Sinne, das Besinnen und das sinnliche Erlebnis in der Wiener Schule der Musiktherapie kaum bis keine Beachtung. Selbstwahrnehmung war stattdessen in den Praktika und im klinischen Kontext sehr präsent, der Begriff wurde aber nie im Detail behandelt. Wenn physische Anteile unseres Selbst in den Vordergrund rückten, sprachen die Beteiligten von der Körperwahrnehmung. Doch die Selbstwahrnehmung beschränkt sich nicht allein auf Körperwahrnehmung. Die Fähigkeit den Körper zu spüren stellt eine wichtige Grundlage dar. Auch wenn diese ausgeprägt entwickelt ist, benötigt es mehrere Wahrnehmungsebenen, um sich selbst ganzheitlich nah zu sein. Das Wissen darüber erlangen wir über unsere Sinne.

In der musiktherapeutischen Arbeit mit Erwachsenen bieten sich zahlreiche sinnliche Wege an. Zum einen können eingestürzte Brücken zu unserem Innersten gebaut werden, durch Rückkoppelungseffekte und Reaktivierungen. Zum anderen eröffnet die Musiktherapie neue Räume, die auf unzählige – weil individuelle – Weise betreten werden können. Über eine bewusste Wahrnehmung bzw. Besinnung beginnt eine unmittelbare schrittweise Annäherung zum Selbst. Auch wenn der Schwerpunkt häufig auf visueller und auditiver Wahrnehmung liegt, sind alle anderen Sinne von ebenso großer Bedeutung. Die Fülle an Sinnen rückt im erwachsenen Dasein jedoch oft in den Hintergrund oder bleibt unerkannt.

Über längere Zeit begleitete mich die Frage, was genau hinter dem traditionellen therapeutischen Begriff der Selbstwahrnehmung steckt. Die „Förderung von Selbstwahrnehmung“, gilt als ein wichtiges wie häufiges Ziel in der therapeutischen Arbeit. Es entstand zuweilen der Eindruck, jeder weiß wovon gesprochen wird – eine klärende Diskussion blieb mir jedoch in der Studienzeit verwehrt. Von Beginn meiner therapeutischen Ausbildung an war ich überzeugt, dass die Sinne und das Bewusstsein ihrer Eigenschaften und Qualitäten dabei eine wichtige Rolle spielen. Auf der Suche nach konkreten Auskünften zum Begriff der „Selbstwahrnehmung“ überraschte mich eine gewisse Rarität in der psychologischen, wie auch psychotherapeutischen Literatur. Der Weg von der Basis unserer Wahrnehmung weiterführend zur Persönlichkeitsentwicklung, die ein Leben lang andauert, erwies sich als fruchtbar und spiegelt den Aufbau der vorliegenden Arbeit wieder. Im Zuge dessen wurde eine eigene Definition von Selbstwahrnehmung entwickelt, die mehrere Aspekte berücksichtigt, angeregt und geleitet von meinen Forschungsfragen.

1. Was bedeutet Förderung der Selbstwahrnehmung? Was will in der Musiktherapie damit erreicht werden?
2. In welcher Form findet Sinnesaktivierung im musiktherapeutischen Setting statt? Welche Interventionen werden in diesem Zusammenhang gesetzt?
3. Wie beeinflusst Sinnesaktivierung die Selbstwahrnehmung? Wie fördert sie diese?

Die Beantwortung der Forschungsfragen erfolgte zuerst anhand einer Literaturrecherche. Im weiteren Zusammenhang wird in der Einzelfallstudie, als empirischer Teil dieser Arbeit, veranschaulicht, wie sich Sinnesaktivierung in Bezug auf die Selbstwahrnehmung auswirkt.

Einleitend sind anthroposophische Betrachtungsweisen zum Begriff der Sinne berücksichtigt und weisen auf die Sinnesvielfalt hin. Literatur der Neuro- und Sinnesphysiologie, „Kognitive Neurowissenschaften“ und der Wahrnehmungspsychologie bilden neben psychologischen Inhalten zum Selbst die theoretische Grundlage und werden in Kapitel 2 beschrieben. Es fließt infolge unterschiedlicher Richtungen therapeutisch relevantes Wissen und Erkenntnisse in Bezug auf das sinnliche Dasein im Erwachsenenbereich ein. Die Vielfalt an Sinneswahrnehmungen erweitert sich in Kapitel 4 um phänomenologische Sinne, die in der Musiktherapie anzutreffen sind.

Isabelle Frohne-Hagemann und Christoph Schwabe stellen in dieser Arbeit neben Gertrud Katja Loos zwei wichtige Musiktherapievertreter in der Psychosomatik dar, die sich in einem größeren Ausmaß mit der sinnlichen Wahrnehmung in Zusammenhang mit der Selbstwahrnehmung auseinandersetzten. Ausgehend vom bio-psycho-sozialen Verständnis des Menschen behandelt Kapitel 5 den musiktherapeutischen Kontext in der Psychosomatik und inwiefern Sinne ins Bewusstsein des Erwachsenen rücken. Sinnesaktivierende Interventionen mit Erwachsenen innerhalb des musiktherapeutischen Rahmens werden beschrieben. Wissenschaftliche Erkenntnisse dazu sind für den klinischen Alltag, sowie für das anschließende Fallbespiel relevant.

Multiple Sklerose stellt zwar keine klassische psychosomatische Erkrankung dar, eine Ansiedelung als Randgebiet der Psychosomatik erscheint bei dieser Krankheit jedoch durchaus sinnvoll. Zum Vergleich werden in Kapitel 6 zwei wissenschaftliche Arbeiten in Zusammenhang mit Multipler Sklerose herangezogen. Ausgehend von einer psychosomatischen Sichtweise kamen am Weg zum Therapieziel „Förderung der Selbstwahrnehmung“ sinnesaktivierende Interventionen mit der Patientin zum Einsatz. Mithilfe von grafischen Darstellungen erfolgt in Kapitel 7 eine Analyse der Veränderungen auf den musikalischen und verbalen Ausdruck, sowie die effektiven Auswirkungen auf die Selbstwahrnehmung innerhalb des Therapieprozesses.

In der vorliegenden Arbeit wird auf eine genderkonforme Schreibweise verzichtet. Jedoch geschieht dies lediglich aus Gründen der leichteren Lesbarkeit und daher wird stellvertretend für beide Formen, die männliche Form verwendet. Der empirische Teil greift allerdings auf die weibliche Schreibweise zurück.

2 Themenspezifische Grundlagen und Hinführung

Dem Menschen ist die Fähigkeit gegeben, aus einer Starrheit erneut in Bewegung zu kommen und sich dem inneren Gleichgewicht wieder anzunähern bzw. es wiederzuerlangen. Feine kleine Unterschiede, wie Schwingungen oder eine Berührung können dies initiieren. Um diese Unterschiede zu bemerken und bewusst wahrzunehmen, benötigt es ein komplexes Konstrukt an Fähigkeiten, mit dem wir Menschen ausgestattet sind.

Gernot Böhme (2001) betrachtet die sinnliche Wahrnehmung auf eine Weise, welche dieser Arbeit als Grundlage dient und damit die Wichtigkeit der Sinnesaktivierung unterstreicht. *„Während im Handeln das eigne Dasein spürbar wird durch den Widerstand, den das Handeln erfährt, so wird in der Wahrnehmung das eigene Dasein spürbar dadurch, dass man getroffen wird, dass man der Welt ausgesetzt ist und mit dem Wahrgenommenen mitschwingt“* (ebd. S. 83). Selbst wenn es sich dabei um atmosphärische, transzendente, phänomenologische Wahrnehmungen handelt, wofür manchmal keine Worte gefunden werden können. Was bleibt ist eine Erfahrung, dass *„ich selbst da bin und wie ich mich, wo ich bin, befinde“* (ebd. S. 42).

Dafür benötigt es die Fähigkeiten unserer Sinne, die für die Wahrnehmung verantwortlich sind. Die nächsten drei Kapitelunterpunkte behandeln die Themen Sinne, Empfindung und Wahrnehmung und bilden die Grundlage für ein besseres Verständnis von Selbstwahrnehmung.

2.1 Sinne (senses)

Ohne Sinne könnten wir uns nicht in dieser Form entwickeln, welche wir zumeist als selbstverständlich erachten. Erst beim Fehlen oder bei Funktionsausfall der Sinne wird deutlich, wie schwierig und eingeschränkt das Leben sein kann, letztendlich auch lebensbedrohlich. Die Entwicklung, Schulung, Kräftigung und Differenzierung der Sinne bestimmt die Entfaltung des Selbst stark mit, sowie sie gleichermaßen die Gestaltung mitmenschlicher Beziehungen, das Erfassen des Lebens im und am eigenen Körper und das Er- und Begreifen der Welt ermöglichen (vgl. Stern, 1992).

Der Entwicklungspsychologe Daniel Stern (1992) resümiert, es benötigt inhaltsvolle und lebendige Sinneserfahrungen als Basis für die Ich-Entwicklung als Säugling, jedoch braucht es Sinnesstimulationen genau genommen bis ins hohe Alter. Erkenntnisse der Wissenschaft zeigten, dass dieser Entwicklungsprozess nicht mit dem frühen Erwachsenenalter endet, sondern der Mensch sich lebenslang entwickelt (vgl. Hüther, 2004). Infolge wird auf die sprachliche Bedeutung sowie die unterschiedlichen Betrachtungsweisen und Einteilungen eingegangen.

Laut dem Duden Herkunftswörterbuch (2007) wird die Wortfamilie Sinn beschrieben und verstanden als:

- **„Sinn“**, Verstand und Wahrnehmung;
- **„sinnen“** streben oder begehren, ursprünglich bedeutete es gehen bzw. reisen;
- **„sent“** (indogermanisch) meint eine Richtung nehmen, eine Fährte suchen;
- Aus dem lateinischen werden **„sentire“** mit fühlen, wahrnehmen und
- **„sensus“** mit Gefühl, Sinn, Meinung übersetzt, was den deutschen Wörtern Sinn und sinnen am ehesten entspricht.
- **„Sinnlich“** wurde im Mittelhochdeutschen auf die Empfindung der Sinne bezogen und stellte ein Gegenüber zu geistig dar. Mittlerweile verwendet man sinnlich auch synonym mit begehrlich oder auf geschlechtlichen Genuss ausgerichtet.

Wenn man von den Sinnen spricht, meint man zumeist die fünf bekannten Sinne, die mit **Hören, Sehen, Riechen, Tasten und Schmecken** beschrieben werden. Diese fünf Sinne kannte bereits der griechische Philosoph Aristoteles (384 bis 322 vor Christus). Im allgemeinen Sprachgebrauch hört man mittlerweile zusätzlich vom Gleichgewichtssinn und Temperatursinn. Aber es sind weit mehr Sinne im menschlichen Organismus vorhanden und für unser „Leben“ tätig. Häufig werden Sinne deshalb als Fenster und Türen bezeichnet. Auf der einen Seite die Außenwelt, die uns umgibt und auf uns einwirkt, auf der anderen Seite befindet sich die innere physische und psychische Welt mit ihren Vorgängen. Im bio-psycho-sozialem Kontext kommt ihnen die Rolle und Funktion von Schalt und Vermittlungsstellen zu, und sollte daher nicht außer Acht gelassen werden (vgl. Teichmann-Mackenroth, 2009).

Sinne sind zum einen **physiologische Systeme**, die der Wahrnehmung zugrunde liegen. Zum anderen kann „Sinn“ aber auch als **Aspekt subjektiven Empfindens** gesehen werden. Ansorge und Leder (2011, S. 39) sprechen deshalb von einem qualitativen Unterschied zwischen den Sinneseindrücken. Es fühlt sich schließlich anders an zu sehen als zu hören. Eindeutige Empfindungsunterschiede gibt es ebenso wenn man berührt wird oder man selbst berührt bzw. ertastet. Doch beides, das ganze physiologische System und das subjektive Empfinden, stehen in Zusammenhang, da der subjektive Unterschied zwischen Sinnesempfindungen auf die Merkmale unterschiedlicher Sinnessysteme zurückgeführt wird (ebd. S. 41).

Die uns bekannten übergeordneten **Sinnesorgane sind das Auge, das Ohr, die Nase, der Mund und die Haut.** Der jeweilige Sinn besteht allerdings aus mehreren Sinnessystemen. Im Theorieteil der Wahrnehmung wird näher darauf eingegangen, welche Systeme und weiteren Sinnesorgane die Wissenschaft entdeckt und erforscht haben. Das Spezialgebiet,

das sich daraus entwickelt hat, nennt man Sinnes- und Neurophysiologie und beschreibt die Vorgänge bis ins kleinste Detail.

Die gegenwärtige Literatur vermittelt oftmals den Eindruck, dass Sinne getrennt voneinander funktionieren. Zum besseren Verständnis wurde versucht, die komplexen und differenzierten Systeme der Sinne durch Einteilung zu systematisieren (vgl. Heimes, 2010, S. 16). Doch in Wahrheit werden gewisse unterschiedliche Sinnesreize wie z.B. auditive, visuelle und olfaktorische kaum isoliert wahrgenommen. *„Wahrnehmung in der natürlichen Lebensumwelt beinhaltet Interaktionen zwischen allen Sinnessystemen“* (Goldstein, 2008, S. 310). Deshalb kann man uns Menschen als multisensorisches Wesen betrachten, obwohl es natürlich individuelle Vorlieben, Stärken und Schwächen im Umgang mit unserem Lebenswerkzeug „Sinne“ gibt. Je nach *„Vorherrschen der Sinnesgebiete und deren Berücksichtigung z.B. bei Assoziationen, Erinnerungen, etc.* […].“ spricht man von unterschiedlichen Sinnes- bzw. Vorstellungstypen (Häcker und Stapf, 2009, S. 1034).

Ähnlich den Funktionstypen von C.G.Jung (1921), der anhand der vier seelischen Grundfunktionen den Denk-, Empfindungs-, Fühl- und Intuitionstypus unterscheidet (zit. nach Häcker und Stapf, 2009, S. 1034). Diese vier Funktionen können sich im Eigentlichen nicht ohne die Sinne entwickeln. Dabei muss angemerkt werden, dass der Begriff **„Intuition“** bis heute noch nicht eindeutig geklärt werden konnte und in dieser Arbeit nicht ausführlich darauf eingegangen wird. Genauso wurde auf die Entwicklung der Sinne verzichtet, da sie für die Autorin nicht von bedeutender Relevanz sind und der Fokus auf die bereits entwickelte Sinnesvielfalt und dessen Zusammenspiel liegt.

2.1.1 Einteilung der Sinne

Es wird ein Überblick von vier verschiedenen Einteilungen aufgezeigt, um zu veranschaulichen, dass bereits im 20. Jahrhundert Forscher von mehr als fünf Sinnen sprachen.

Der britische Neurophysiologe **Charles Sherington (1857-1952)** forschte nach Lage und Wirkrichtung der Sinneszellen bzw. Rezeptoren, was im nächsten Punkt erklärt wird. Im Jahr 1906 erkannte er als Pionier die Körperwahrnehmung als eigenen Wahrnehmungsbereich und führte den noch heute bestehenden Begriff „Propriozeption“ ein (zit. nach Auer, 2007, S. 13, f.). Damals stellte er folgende 13 Sinne fest:

Stellungssinn	Berührungssinn		Gesichtssinn
Spannungssinn	Tastsinn	Temperatursinn	Gehörsinn
Lagesinn	Drucksinn	Schmerzsinn	Geruchssinn
Bewegungssinn			Geschmackssinn

Tabelle 1 13 Sinne von Sherington (zit. nach Heimes, 2010, S. 16)

Rudolf Steiner hingegen sprach in seiner anthroposophischen Sinneslehre ab dem Jahr **1916** von zwölf Sinnen. Neben den körperorientierten Sinnen fanden **philosophische Sinnesbegriffe** Einkehr. Nach König (1995) erkannte Steiner das komplexe Zusammenspiel aller Sinne, welches letztendlich für unser psychisches Wohlbefinden verantwortlich ist. Der Wiener Arzt **Karl König** beschäftigte sich jahrzehntelang intensiv mit der steinerschen Sinneslehre und unterteilte sie in untere, mittlere und obere Sinne. Er versuchte den fettmarkierten Sinnen (vgl. Tab. 2) jeweils Organe zuzuordnen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird nur auf den Lebens- und Gedankensinn näher eingegangen, diese sind laut König eng verknüpft und die zugeordneten Organe finden später nochmals Erwähnung (vgl. König, 1995, S. 11, f.).

Unteren S. (Leibessinne)	**Mittleren Sinne**	**Oberen S. (Erkenntnissinne)**
Tastsinn	Geruchssinn	Hörsinn
Lebenssinn	Geschmackssinn	Wortsinn
Eigenbewegungssinn	Gesichtssinn	**Gedankensinn**
Gleichgewichtssinn	Wärmesinn	Ichsinn
Vermitteln uns unmittelbar die Erfahrungen und Erlebnisse unserer Leiblichkeit.	Vermitteln die Erfahrungen der uns umgebenden sinnlichen Umwelt, erwecken Sympathie und Antipathie und sind mit Gefühlen verknüpft.	Offenbaren uns die Welt des Geistes, das Reich der Gedanken, durch Wort und Sprache und das unmittelbare Erlebnis des menschlichen Ich

Tabelle 2 12 Sinne von Steiner

Der Lebenssinn wurde in der Wissenschaft der Physiologie und Psychologie lange nicht aufgegriffen. König (1995) beschreibt ihn, als erste menschliche Eigenwahrnehmung, durch die der Mensch sich als ein Ganzes seiner Körperlichkeit bewusst wird. *„Er gibt mir nicht die Empfindung [der Leibesgrenzen durch die Haut bzw. dem Tastsinn], sondern der diese Haut erfüllenden, körperlichen Ganzheit“* (König, 1995, S. 40). Als eigentliche Wahrnehmung wird das Wohlbefinden bzw. Missbehagen angegeben, ausgehend vom Standpunkt – Ich und mein Leib ist eine Einheit. König sieht im sympathischen Nervensystem das zuständige Sinnesorgan (ebd. S. 49). Dem **Gedankensinn** ordnet er den Vagus-Nerv bzw. das parasympathische Nervensystem als Organ zu (ebd. S. 50-60).

Wolfgang Auer (2007, S. 14) unterscheidet die Sinne je nach Erfahrungsfeld und spricht daher einerseits von Körpersinnen (vgl. Tab. 3), die sich mit den oben angeführten Leibessinnen fast decken. Er bezeichnet den Lebenssinn als Vitalsinn und ordnet ihm neben dem Wohlbefinden, Selbstvertrauen und Leistungsfähigkeit zu. Andererseits spricht er von den Weltsinnen. Ausgehend vom erfahrungsbezogenen Ansatz war es ihm ein Anliegen, Form bzw. Gestalt, Bedeutung und den individuellen Stil mit einzubeziehen.

Körpersinne	**Weltsinne**			
	Kommunikativen Sinne			**Wächtersinne**
	Bereich Sehen	Bereich Hören	Bereich Tasten	
Tastsinn	Sehsinn	Hörsinn	Tastsinn	Geschmackssinn
Vitalsinn	*Gestaltsinn*	*Gestaltsinn*	*Gestaltsinn*	*Geruchssinn*
Bewegungssinn	*Bedeutungssinn*	*Bedeutungssinn*	*Bedeutungssinn*	*Wärmesinn*
Gleichgewichtssinn	*Stilsinn*	*Stilsinn*	*Stilsinn*	

Tabelle 3 Körper- und Weltsinne von Auer

In der Literatur der **Wahrnehmungspsychologie**, der **biologischen Psychologie** und der **Sinnesphysiologie** liest man von den **Hautsinnen, Schmerz, Sehen, Hören und den chemischen Sinnen**. Um vom aktuelleren Wissensstand zu informieren, orientiert und bezieht sich diese Arbeit in den nächsten Kapiteln auf Erkenntnisse dieser Disziplinen und bezieht sich auf die vierte Unterteilung der Sinne, anhand ihrer Systeme in (Ansorge und Leder, 2011, S. 40):

- Fern- und Nahsinne,
- intero- und exterozeptive Sinne,
- propriozeptive Sinne.

Die **Fernsinne** sind für die Wahrnehmung für räumlich Entferntes zuständig, also für Reize aus der Umwelt. Zu ihnen zählt man das auditive, visuelle und olfaktorische System. Die **Nahsinne** spielen eine wesentliche Rolle, um sich selbstwahrzunehmen. Die Unterteilung der Nahsinne erfolgt nach Ansorge und Leder (2011, S. 40) in das:

1. somatosensorische System (Körpergefühlssinn)
2. haptische System (aktiver Tastsinn)
3. kinästhetische System (Körperbewegungssinn)
4. vestibuläre System Gleichgewichtssinn
5. taktile System (passive Berührungssinn)
6. gustatorische System (Geschmackssinn) und das
7. nozizeptive System oder besser bekannt als Schmerz.

Die **interozeptiven Sinne** bestehen aus Systemen, die sich mit dem Körper selbst beschäftigen. Es handelt sich um Körperwahrnehmungen, die uns Informationen über unsere internen Körperzustände geben. Dazu gehören das somatosensorische, das haptische, das kinästhetische und das vestibuläre System sowie die Schmerzwahrnehmung (ebd. S. 40).

Die **exterozeptiven Sinne** ermöglichen uns die Wahrnehmung köperexterner Objekte. Sie bilden sich aus den Fernsinnen gemeinsam mit den Nahsinnen, die an den direkten Kontakt mit wahrzunehmenden Objekten gebunden sind, wie beim Berührungsfühlen oder dem Schmecken (ebd. S.40).

Die **propriozeptiven Sinne** oder auch Körperraumsinne sind für die Wahrnehmung der Körperposition im Raum verantwortlich und schließen die Kinästhetik, das vestibuläre System und die Somatosensorik mit ein (ebd. S. 40).

2.1.2 Sinnesfunktionen

Sinnesfunktionen sind die Basis unserer Wahrnehmung und werden seit langer Zeit in der Psychologie erforscht. Individuelle Unterschiede der Sinnesfunktionen sind für die Diagnostik bedeutend, was im therapeutischen Kontext eine wesentliche Rolle einnimmt (vgl. Häcker und Stapf, 2009).

> *„Sinnesfunktionen sind die Bezeichnung, für die den Sinnesorganen zukommenden Funktionen der* ***Aufnahme, Verarbeitung und Umwandlung der Sinnesreize in Empfindungen und Wahrnehmungen,*** *[…]. Zusätzlich wird der Bereich der Geschicklichkeit miteinbezogen. […]"* (Häcker und Stapf, 2009, S. 916).

Vor allem die **Rezeptoren** in den jeweiligen Sinnesorganen sind für diese Funktionen verantwortlich. Sie werden **Sensoren (spezielle Sinneszellen)** genannt. Es sind Neuronen, die für das Aufnehmen von Reizen aus der Umwelt spezialisiert sind. Mit ihren speziellen Rezeptorstrukturen wandeln sie Informationen in elektrische Signale um, welche dann im Nervensystem weiterverarbeitet werden (vgl. Goldstein, 2008, S. 25).

2.1.3 Sinnessysteme

Ein Sinnessystem kann immer als Teil des menschlichen Nervensystems betrachtet werden und verschiedene Arten von sensorischen Empfindungen vermittelt. Sie werden auch Sinnesmodalitäten genannt (Schandry, 2011, S.223).

Zum besseren Verständnis von Abbildung 1 werden die unterschiedlichen Nervensysteme (NS) nach Schandry (2011, S. 110) kurz erklärt:

- Das zentrale Nervensystem (ZNS) bestehent aus Gehirn und Rückenmark.
- Das periphere Nervensystem besteht aus allen Nerven außerhalb des ZNS.
- Das vegetative (auch autonome oder viszerale) Nervensystem ist für die Steuerung der Funktionen der inneren Organe und der Sensorik der inneren Organe zuständig.
- Das somatische Nervensystem ist zuständig für Steuerung der Willkürmotorik sowie die Wahrnehmung von Vorgängen an der Körperperipherie.

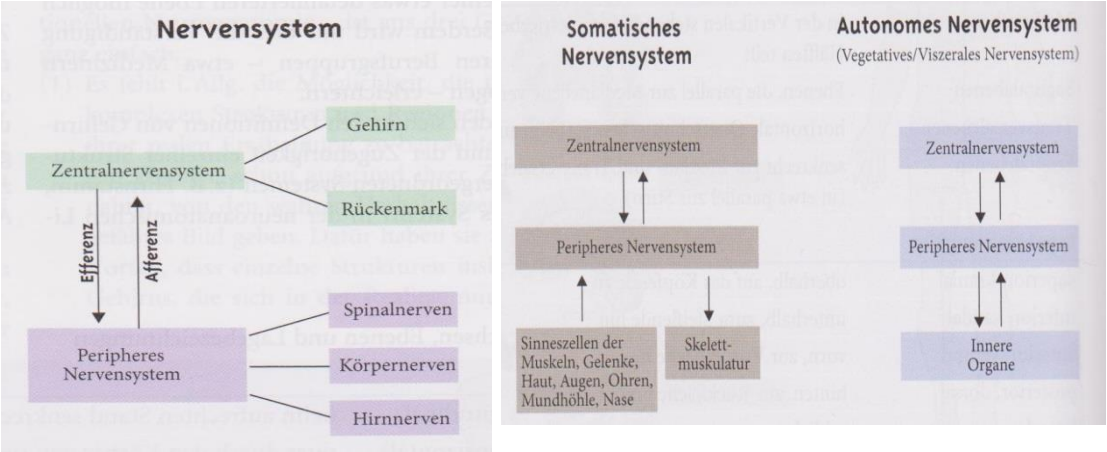


Abbildung 1 Schematische Einteilung des Nervensystems. Linkerhand zeigt das NS unter dem rein topografischen Gesichtspunkt. Daneben wird es in ihre Funktionen unterteilt. (Schandry, 2011, S.110)

Ein Sinnessystem umfasst daher (vgl. Faller und Schünke, 1999, S. 608):

1. das **Sinnesorgan,**
2. die **Sensoren,**
3. die **afferenten** (hinführende) **und efferenten** (wegführende) **Nervenbahnen**, welche die Sensoren mit dem Zentralnervensystem (ZNS) verbinden, sowie Schaltstellen, die den Reiz weitertransportieren und umwandeln,
4. **Areale des Gehirns, die durch die umgewandelte elektrische Energie aktiviert werden.** Primär- und Assoziationsgebiete sind spezifische Funktionsgebiete der Großhirnrinde (Kortex). In den Primärgebiete enden die Sinnesbahnen und somit alle Arten von Sinneswahrnehmungen, gleichzeitig sind sie Ausgangsort für motorische Impulse. 80% der Großhirnoberfläche wird jedoch von Assoziationsgebieten eingenommen, die der Informationsverarbeitung dienen und sowohl afferent als auch efferent mit den Primärgebieten verbunden sind. Das Erkennen, Einordnen und die Handlungskonsequenzen fallen in ihren Zuständigkeitsbereich, somit sind für die Interpretation der Sinneswahrnehmungen verantwortlich

Alle vier Punkte sind für die Wahrnehmung von größter Bedeutung, wobei dem Gehirn –als verarbeitendes und steuerndes System von Reizen – eine entscheidende Rolle zukommt. So sind von Geburt an annähernd alle Nervenzellen vorhanden und das Gehirn wächst und entwickelt sich in erster Linie aus der Vernetzung der Neuronen und dem Dickenwachstum der Verbindungen (Heimes, 2010, S. 16, f.). Entgegen der langjährigen Annahme ist bereits bewiesen, dass die Vernetzung von Nervenzellen nach den ersten Lebensjahren nicht abgeschlossen ist und das Gehirn, mit seiner plastischen Eigenschaft auch im Alter beeinflussbar ist und neue Vernetzungen knüpfen kann (vgl. Hüther, 2004).

Dazu benötigt es allerdings stimulierende Sinnesreize. Neben der physiologischen Sinnesausstattung besitzt der Mensch, als multisensorisches Wesen, die Fähigkeit sich für neue Perspektiven zu öffnen, aufgrund von vermittelten Informationen, die symbolisiert und eingeordnet werden können (Heimes, 2010, S. 17).

2.1.4 Multisensorium

Darunter versteht man die Gesamtheit aller Sinne, aber auch die Beteiligung von mehreren bis hin zu allen Sinnen, die zum Erlebnis führen. Um zu einer ganzheitlichen Wahrnehmung von sich selbst, Objekten und Umweltereignissen zu gelangen, muss das Gehirn Informationen aus verschiedenen Sinnessystemen koordinieren. Verantwortlich für die multisensorische Integration sind bestimmte Areale im Kortex, die durch mehr als einen Sinn aktiviert werden (vgl. Goldstein, 2008, S. 313).

Multisensorisch und lebenslanges Lernen

Heute wissen wir, das Lernen lebenslang möglich ist. *„Alle Lernprozesse sind Ausdruck der Plastizität des Nervensystems […]“* (Birbaumer und Schmidt, 2006, S. 402). Wobei die beiden unter Lernen den Erwerb eines unbekannten/neuen Verhaltens oder Wissens verstehen. Zudem ist „Lebenslanges Lernen“ grundlegend, um Selbstwirksamkeit zu entwickeln (vgl. Häcker und Stapf, 2009, S. 582).

2.2 Empfindung (Sensation)

Das Erlebnis, entstanden durch die Einwirkung eines Reizes, kann entsprechend den Sinnesmodalitäten in folgende Grundqualitäten der Empfindung eingeteilt werden: Seh-, Gehör-,- Geruchs-, Geschmacks-, Tast-, Temperatur-, Schmerz-, Bewegungs-, Gleichgewichts- und Organempfindung. Qualität, Intensität und Dauer können als besondere Merkmale der Empfindung betrachtet werden. (vgl. Häcker und Stapf, 2009)

Definition: Empfindung ist ein *„Prozess, bei dem unsere Sinnesrezeptoren und unser Nervensystem Reizenergien aus der Umwelt empfangen und darstellen“* (Myers, 2008, S. 214)

Wie bei den Sinnessystemen unterscheiden sich interozeptiven (inneren) Empfindungen und exterozeptiven (äußeren) Empfindungen. Im allgemeinen Sprachgebrauch bedeutet Empfindung häufig Gefühl. Eine Standardfrage im therapeutischen Setting aber auch im zwischenmenschlichen Umgang lautet: „Wie fühlen sie sich?“ oder „Was war/ist ihr Gefühl?“, „Was spüren sie?“ All unsere Eindrücke, die wir erlebt, gelernt, verarbeitet und in unser Denken integriert haben, bestimmen das Gefühl mit. Empfindungen und Gefühle werden oft mit sinnlichen Eindrücken beschrieben. In diesem Zusammenhang soll

etymologisch (Duden, 2007) darauf hingewiesen werden, woher das Wort fühlen bzw. spüren kommt:

- **fühlen, Gefühl**: ursprünglich tasten, Tastsinn; später alle körperlichen und im deutschsprachigen Raum seit dem 18. Jh. auch seelische Empfindungen, seelische Stimmung;
- **spüren**: eine Spur suchen, ihr folgen; wahrnehmen (13. Jh.); empfinden (18. Jh.);

Als Gradmesser der Empfindung, im Besonderen der interozeptiven Empfindung bzw. dem somatosensorischem System, wird oft von Sensibilität und ihren Störungen gesprochen.

2.2.1 Sensibilität (sensibility)

Der Vorgang der Aufnahme und Weiterverarbeitung durch die Sensoren wird in der Medizin auch als Sensibilität (lat. sensibilis, der Empfindung fähig) bezeichnet. Man unterscheidet zwischen Oberflächensensibilität (Haut und Schleimhäute), Tiefensensibilität (Muskeln, Sehnen und Gelenke) und Viszerosensibilität (Eingeweide und innere Organe). (Faller und Schünke, 1999, S. 694)

Oberflächensensibilität umfasst die Fähigkeit: Berührung, Druck, Schmerz und Temperatur zu empfinden sowie die Fähigkeit zur Lokalisation der Hautreize. Die Empfindung der Propriozeption (Lage, Bewegung), Vibration und Muskelspannung fallen der **Tiefensensibilität** zu. Aus psychologischer Sicht wird Sensibilität (sensitivity) auch als die Fähigkeit zur Empfindung und Feinfühligkeit im Umgang mit sich und mit anderen Personen verstanden. (vgl. Häcker und Stapf, 2009)

2.2.2 Sensibilitätsstörungen

Diese sind gekennzeichnet durch die veränderte Wahrnehmung von Sinnesreizen und werden nach vier Formen unterschieden (vgl. Margraf und Maier, 2012):

- **quantitative Form:** Sie ist durch völliges Fehlen, Herabsetzung oder Steigerung der Sensibilität gekennzeichnet.
- **qualitativ Form:** Abnorme und unangenehme Sinnesempfindungen, die meist auf die taktile Wahrnehmung bezogen sind (Oberflächensensibilität).
- **dissoziierte Form:** Diese Art betrifft die Störung der Schmerz- und Temperaturempfindung, wobei die Propriozeption und das Berührungsempfinden erhalten bleibt.
- **dissoziative Form:** Wir finden sie bei nicht somatisch objektivierbaren Empfindungsstörungen vor, welche durch Konversion entstehen können. Es bedeutet aufgrund von psychischen Abwehrmechanismen z.B. infolge von traumatischen Erlebnissen oder anderen Formen von abgespaltenen Bewusstseinsinhalten.

An Sensibilitätsstörungen der qualitativen, dissoziierten und dissoziativen Form leiden oftmals psychosomatische Patienten. Die Musiktherapie, sowie die Vorstellung von konkreten Konzepten in der Psychosomatik stellen einen Schwerpunkt im Kapitel 4 dar. Um die Sensibilität zu überprüfen, werden eigene Untersuchungsmethoden angewendet. Da im empirischen Teil die Patientin durch quantitative Sensibilitätsstörungen beeinträchtigt ist, sind in Tabelle 4 Beispiele angeführt, wie Tastsinn und Propriozeption überprüft werden.

Empfindungsqualität	**Untersuchungsmethode**
Tastsinn	
Berührung	Bestreichen der Haut mit einem Wattebausch
Reizdifferenzierung	z.B. mit dem spitzen und stumpfen Ende einer Sicherheitsnadel
Zahlen erkennen	Schreiben von Zahlen auf der Haut
Lagesinn	
Positionswahrnehmung	Passiver Bewegung einer Extremität
Lokalisationswahrnehmung	Seitenvergleichende Prüfung identischer Reize an verschiedenen Orten
Stereognosie	Ertasten eines Gegenstandes
Vibrationsempfindung	Aufsetzen einer schwingenden graduierten Stimmgabel auf oberflächliche Knochen

Tabelle 4 Beispiele der Sensibilitätsüberprüfung aus Margraf und Maier 2012

Sämtliche Empfindungen sind der INPUT für die weitere Verarbeitung im Nervensystem und können als ein elementarer Prozess sinnlichen Erlebens betrachtet werden. Dieser Input dient als Basis für fundamentale Bewusstseinsprozesse und wird von Schandry (2011, S. 217 f.) als Ausgangselement der Wahrnehmung angesehen, was den Inhalt des nächsten größeren Unterkapitels darstellt.

2.3 Wahrnehmung (Perception)

Das umfassende Thema Wahrnehmung füllt ein eigenes Wissenschaftsgebiet der Psychologie aus, weshalb es gezwungener Maßen auf das hier nötigste eingegrenzt wird. In dieser Arbeit wird ausführlich auf den Wahrnehmungsprozess und die Unterteilung der Wahrnehmung nach ihren Sinnessystemen eingegangen. Als Brückenschlag zur Musiktherapie wird der zwischenmenschliche Aspekt der Wahrnehmung erkennbar. Erläutert werden am Ende noch Musik- und Körperwahrnehmung, bevor der Blick auf Wahrnehmungsveränderungen fällt, die ebenfalls im musiktherapeutischen Kontext anzutreffen sind.

Definition: Unter Wahrnehmung versteht man einen höheren Prozess des Ordnens, Integrierens, Erkennens und Interpretierens von sensorischen Informationen. *„Dies ermöglicht uns, die Bedeutung von Gegenständen und Ereignissen zu erkennen“* (Myers, 2008, S. 214). Es handelt sich um eine Verknüpfung der gesamten Sinnesempfindungsmuster mit Inhalten der Erfahrung (Schandry, 2011, S. 217 f.).

Die Wahrnehmung passiert nicht einfach, sondern ist nach Goldstein (2008) das Endergebnis komplexer Vorgänge. Allein der Kontakt mit Reizen aus der Umwelt würde nicht ausreichen, um auf gewohnte, selbstverständliche Art und Weise Wahrnehmung zu erfahren. Laut Goldstein (2008) durchläuft alles was wir sehen, hören, schmecken, fühlen und riechen Filtermechanismen unserer Sinne. Deshalb erklärt er (ebd. S. 3), dass diese Fähigkeit nicht nur abhängig von dem ist, was uns innerlich und äußerlich „begegnet", sondern auch von den Eigenschaften unserer Sinne und wie wir Wahrnehmungen erfahren. Alles was wir von der Welt wissen liegt unserer Wahrnehmung zugrunde. Ohne Reize (siehe Kapitel 3.6 Reizverarmung) würden wir sterben, deshalb sind Sinneswahrnehmungen genauso lebensnotwendig wie Nahrung und Luft.

Erfahrung meint in diesem Fall die subjektive Welt der Wahrnehmungen. Diese ist an bisherige Lern- und Bewusstseinsvorgänge gekoppelt und steht mit unserer Wahrnehmungsfähigkeit stets in Beziehung. Was uns als sinnliches Erleben bewusst wird, ist das gesamte Ergebnis des subjektiv gefärbten Wahrnehmungsvorgangs. Neben der Erfahrung sind unsere momentane Befindlichkeit bzw. Stimmung für die Wahrnehmung von Bedeutung. Denn es ist uns unmöglich, eine „reine" Empfindung ohne subjektive Tönung zu erleben. (vgl. Schandry, 2011, S. 218) Des Weiteren unterliegt die Wahrnehmung vielen extrasensorischen Einflüssen. Unter anderem kann sie „*durch Fokussierung der Aufmerksamkeit verstärkt oder abgeschwächt werden*, [wie z.B. bei monotoner Reizeinwirkung, die zu einer zentralnervös bedingten Abschwächung führt]" (Handwerker, 2006, S. 196). Letztendlich darf die zwischenmenschliche Komponente als Teil der sozialen Wahrnehmung nicht außer Acht gelassen werden (vgl. Stern, 1992). Das trifft immer dann zu, wenn im therapeutischen Kontext von „Beziehung" gesprochen wird.

Zusammenfassend bezieht sich das Wahrnehmungserlebnis demnach auf drei Ebenen, was an dieser Stelle mit dem Verständnis der bio-psycho-sozialen Einheit vergleichbar angesehen wird (siehe Kapitel 5 Psychosomatische Medizin):

- Physische Ebene (auf Gegebenheiten der Realität, wozu der eigene Körper zählt)
- Kognitive Ebene (auf symbolisierte oder vergegenwärtigte Zusammenhänge, wie etwa Vorstellungen, Gedanken und Erinnerungen)
- Emotionale Ebene (auf soziale Gegebenheiten und ihre Interaktionssituationen, in Beziehung mit sich selbst, wie auch zu anderen Menschen als Handlungspartner).

Da die Aufmerksamkeit als externer Einflussfaktor zuvor erwähnt wurde, soll nun kurz erklärt werden, worum es sich dabei handelt und wie sie die Wahrnehmung beeinflussen kann.

2.3.1 Aufmerksamkeit

Definition: Aufmerksamkeit ist die Konzentration oder Beachtung auf ein Objekt, sei es ein Vorgang, Gegenstand oder eine Idee. Eine Hauptfunktion stellt die Auswahl von perzeptiven Informationen zur Verhaltenssteuerung dar. (vgl. Häcker und Stapf, 2009)

In unserer alltäglichen Wahrnehmung entscheiden wir selbst, welchen Dingen wir mehr Aufmerksamkeit widmen und welchen nicht bzw. besitzen wir die Fähigkeit, manches aktiv auszublenden. Man spricht daher zum einen von der **geteilten Aufmerksamkeit**, die es uns ermöglicht unfallfrei im Straßenverkehr unterwegs zu sein, da wir auf viele Dinge gleichzeitig achten müssen. Zum anderen, wenn wir uns auf bestimmte Dinge konzentrieren, während wir andere ignorieren, sprechen wir von der **selektiven Aufmerksamkeit**. (vgl. Goldstein, 2008, S. 132 f.)

Es wurde mittlerweile von der Wahrnehmungspsychologie belegt, dass Aufmerksamkeit die Informationsverarbeitung verbessern kann und im weiteren Sinne einen Einfluss auf die Wahrnehmungsfähigkeit hat (Goldstein, 2008, S. 141).

So resümieren Birbaumer und Schmidt (2006, S. 376), dass kontrollierte (selektive) Aufmerksamkeit im Besonderen bei *„neuen, komplexen, nicht eindeutigen und vital bedeutsamen Situationen“* von großer Relevanz ist und es dadurch zum bewussten Erleben kommt. Ihrer Meinung nach ist Aufmerksamkeit erforderlich für:

- das Setzen von Prioritäten zwischen konkurrierenden und kooperierenden Zielen und Handlungen;
- das Aufgeben alter oder irrelevanter Ziele;
- die Auswahl und Fokussierung von sensorischen Informationsquellen.

Entscheidende Auswahlprozesse sind an der Wahrnehmung beteiligt. Sowohl kontrollierte als auch selektive Aufmerksamkeit ermöglichen uns, laut Ansorge und Leder (2011, S. 139), die flexible Hinwendung zu bestimmten Aspekten, Merkmalen, Objekten oder Ereignissen und zwar von Moment zu Moment. Als Vorgeschmack für musiktherapeutische Konzepte (siehe Kapitel 5.2) soll ein interessantes Ergebnis der neurologischen Forschung von Aufmerksamkeit angeführt werden.

> *„Durch Aufmerksamkeit entsteht eine interne Repräsentation unserer Umwelt, die weniger die präzisen sensorischen Eigenschaften der Sinnesreize abbildet, als vielmehr deren Bedeutung im momentanen Verhaltenskontext widerspiegelt.“* (Treue, 2012, S. 330)

2.3.2 Wahrnehmungsprozess

Der Wahrnehmungsprozess wird vereinfacht als Abfolge beschrieben (siehe Abbildung 2). Dabei handelt es sich um einen dynamischen Prozess, dieser ist ständiger Veränderung unterworfen. Demzufolge kann kein Anfangs- bzw. Endpunkt benannt werden. Theoretisch kann der Prozess bei „verfügbaren Umweltinformationen“ beginnen. Sowie mit „Wahrnehmung, Erkennen und Handeln“ enden, die zeitliche Abfolge ist jedoch nicht als eine sequenzielle Abfolge zu verstehen, weil im selben Moment bereits neue Wahrnehmungsprozesse stattfinden. (vgl. Goldstein, 2008, S. 7)

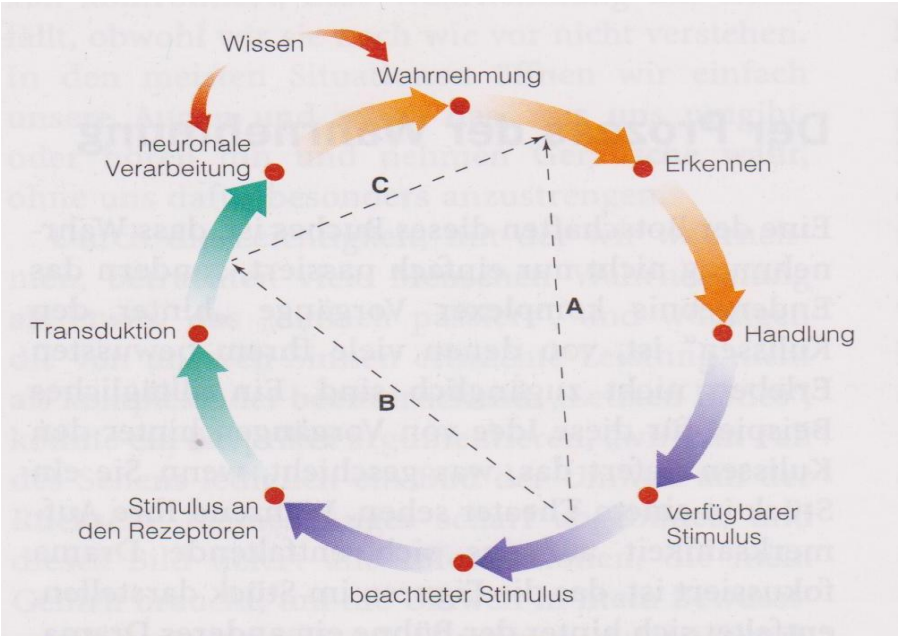


Abbildung 2 Einzelschritte sind kreisförmig angeordnet, dies betont den dynamischen Wahrnehmungsprozess (Goldstein, 2008, S. 4).

Daraus lässt sich erkennen, dass ständige Veränderungen bzw. Wechselwirkungen auftreten. Die blauen Pfeile verweisen auf Stimuli, die türkisfarbenen auf Verarbeitungsprozesse, die orangefarbenen auf perzeptuelle Antworten. Die Pfeile A, B, und C bezeichnen drei wichtige Beziehungen zwischen Einzelschritten des Wahrnehmungsprozesses (ebd. S. 4). Auf die einzelnen Prozessschritte in Abbildung 2 wird im Folgenden eingegangen.

Verfügbare und beachtete Stimuli

Viele Stimuli – bestehend aus allen wahrnehmbaren Dingen in unserer Umwelt – umgeben uns, doch nicht alle erregen unsere Aufmerksamkeit. Wenn ein Ding ins Zentrum der Aufmerksamkeit rückt, spricht man vom beachteten Stimulus. Dieser ändert sich mit jedem Moment, wenn man die Aufmerksamkeit von einem Ort bzw. Objekt zum anderen verlagert (vgl. Goldstein, 2008, S. 4 ff.).

Stimulus an den Rezeptoren – Transduktion – Neuronale Verarbeitung

Der Stimulus an den Rezeptoren ist für den nächsten Schritt des Wahrnehmungsprozesses wichtig. Transduktion bedeutet die Umwandlung von einer Energieform in eine andere. Sie findet im Nervensystem dann statt, wenn Energie aus der Umwelt (z.B. Lichtenergie, mechanischer Druck oder chemische Energie) in elektrische Energie umgewandelt wird. Durch solche elektrische Signale werden Neuronen aktiviert, erst im Anschluss kann eine neuronale Verarbeitung erfolgen. Weil unzählige Neuronen durch neuronale Bahnen mit anderen Neuronen verknüpft sind entsteht ein veränderbares Netzwerk. Die Neuronale Verarbeitung bezeichnet Vorgänge, die das Antwortverhalten von Neuronen verändern. Ein Fluss von elektrischen Signalen lässt dann als nächsten Schritt die eigentliche Wahrnehmung zu. Wahrnehmung ist bewusste, auch unbewusste, sensorische Erfahrung und tritt auf, wenn elektrische Signale transformiert werden. Erkennen und Handlung spielen dabei zusätzlich eine wesentliche Rolle. (ebd. S. 5.f.)

Erkennen

Erkennen ist unsere Fähigkeit, ein Objekt in eine Kategorie einzuordnen, die diesem Objekt eine Bedeutung verleiht. In neurowissenschaftlichen Forschungen wurde nachgewiesen, dass es sich bei Erkennen und Wahrnehmung nicht um dasselbe handelt (ebd. S. 6).

Handlung

In unserer Abfolge schließt sich der Kreis mit der Handlung, welche meist auch motorische Aktivitäten (Bewegung) mit einschließt. Wahrnehmung führt oft zu Handlungen mit der Folge, dass Wahrnehmung ein sich ständig verändernder Prozess ist (ebd. S.7).

Wissen

Wissen kann mehrere Schritte im Wahrnehmungsprozess beeinflussen und hat möglicherweise Konsequenzen für die Wahrnehmung. Aufgrund der Wechselwirkungen zu allen anderen Elementen ist in der Abbildung 2 das Element Wissen außerhalb des Kreises angeordnet. Mit Wissen sind Information gemeint, die der Wahrnehmende in eine Situation mit einbringt. Dabei kann es sich um Informationen handeln, die einem längerfristigen Wissen entnommen sind. Es kann sich aber auch um das frisch erworbene Wissen aus zuvor geschehenen Ereignissen handeln. Man unterscheidet deshalb zwischen Bottom-up- und Top-down-Verarbeitung. (vgl. Goldstein, 2008, S. 7)

Bottom-up-Verarbeitung (reizgesteuerte Verarbeitung) als Grundlage steht immer am Anfang der Wahrnehmung. Üblicherweise basiert sie auf eingehende Daten, den sogenannten Input, aufgrund von Stimulation der Sensoren.

Top-down-Verarbeitung (wissensbasierte Verarbeitung) bezieht sich auf bereits vorhandenes Wissen. Wissen ist allerdings nicht immer an der Wahrnehmung beteiligt.

Besonders im Erwachsenenalter trifft dies allerdings oft zu – manchmal auch, ohne dass wir uns dessen bewusst sind (ebd. S. 8).

2.3.3 Wahrnehmungssysteme

Im Grunde sind Wahrnehmungssysteme mit den Sinnessystemen (siehe Kapitel 2.1.3) vergleichbar und werden synonym verwendet. Aufgrund der komplexen Vorgänge wird erst in diesem Kapitelabschnitt auf einzelne Systeme detaillierter eingegangen.

Die Basisfunktion der Sensoren wurde ebenfalls bei den Sinnesfunktionen erwähnt, doch in diesem Zusammenhang sollen die fünf Grundtypen der Sensoren, mit denen uns die Natur ausgestattet hat, kurz beschrieben werden (vgl. Handwerker, 2006, S. 182).

- **Mechanosensoren** registrieren mechanische Deformationen. Sie sind angesiedelt in der Haut, den Muskeln sowie im Ohr und Gleichgewichtsorgan.
- **Thermosensoren** sind zuständig für Temperaturänderungen (Abkühlung und Erwärmung).
- **Chemosensoren** sind Geschmacks- und Geruchsrezeptoren, aber auch viele weitere Sensoren, die durch körpereigene Stoffe erregt werden.
- **Sensoren, die auf Photonen reagieren**; Sie können mit den Stäbchen und Zapfen der Retina (Netzhaut im Auge) auf elektromagnetische Schwingungen bestimmter Wellenlängen reagieren.
- **Nozizeptoren** sind Schmerzsinneszellen, die ebenfalls Erwähnung finden und deshalb zum vollständigen Überblick zusätzlich angeführt werden.

Die folgenden Unterpunkte bilden einen Großteil des physiologischen Sinnenreichtums, der unserer Wahrnehmung zugrunde liegt. Multisensorisches und wahrnehmungsbezogenes Arbeiten, wie dies in der Musiktherapie erfolgt, erfordert m.E. neben dem Wissen über auditive und visuelle Wahrnehmung, zumindest ein grundlegendes Verständnis von somatosensorischer, vestibulärer, olfaktorischer, gustatorischer, sensomotorischer, multimodaler Wahrnehmung sowie Schmerzwahrnehmung. Auftretende Veränderungen der Wahrnehmung schließen das Wahrnehmungskapitel ab.

2.3.3.1 Somatosensorische Wahrnehmung

Die Somatosensorik stellt einen wichtigen Baustein in körperorientierter Therapiearbeit dar, vor allem auch dann wenn es um die Selbstwahrnehmung geht. In der Literatur spricht man auch oft von Körperwahrnehmung, worauf später noch eingegangen wird.

Dieses komplexe System fällt in den Bereich der Hautsinne und zeigt, dass das Sinnesorgan Haut nicht nur aus dem Tastsinn besteht. Hautsinne sind lebensnotwendig und daher nicht

nur für die Informationsaufnahme bedeutsam. Dieser Sinnesverlust hat lebensgefährliche Folgen. Zum einen könnten wir keine Berührungen und keinen Schmerz fühlen. Zum anderen hätten wir ständig mit Prellungen, Verbrennungen und Knochenbrüchen zu kämpfen. Die Warnsignalfunktion der Haut wäre nicht vorhanden. (vgl. Goldstein, 2008, S. 334 f.).

Goldstein (2008, S. 334) meint daher zu Recht, dass die Hautsinne fürs Überleben wichtiger sind, als Sehen und Hören. Zudem hält die Haut Körperflüssigkeiten im Körperinneren und schützt uns vor Bakterien, UV-Strahlen oder anderen gefährlichen Substanzen und Schmutz. Auf die Wichtigkeit der Hautsinne auf emotionaler Ebene weisen diese Fragen hin „Wenn wir kein Tastempfinden hätten? Wo bliebe das Gefühl der Liebe? Was wäre unser Leben ohne Körperkontakt, ohne innige und liebevolle Berührungen? Wie würden wir unsere Körpergrenzen wahrnehmen bzw. wie würden wir uns jemals selbst wahrnehmen können?

Unter dem Begriff **Somatosensorik** versteht man sämtliche Hautempfindungen, die durch Reizungen verschiedenartigster Sensoren unseres Körpers hervorgerufen werden. Die **Somatosensorik umfasst daher folgende Bereiche** (vgl. Handwerker, 2006, S. 203)**:**

a. Sensorik der Körperoberfläche (Hautsinne, Haut- bzw. Oberflächensensibilität),
b. Sensorik des Bewegungsapparates (Tiefensensibilität, Propriozeption),
c. Sensorik der inneren Organe (Viszerale Rezeption).
d. Schmerz wird meist ebenfalls zur Somatosensorik gezählt, da er Informationen über den Körperzustand vermittelt.

Häufig wird auch die Bezeichnung „somatoviszerale Sensibilität“ verwendet, bei der alle Körperempfindungen inklusive der Empfindungen der inneren Organe berücksichtigt werden (vgl. Schandry, 2011, S. 229).

a. Sensorik der Körperoberfläche: Tast-, Druck, Berührungs- und Vibrationssinn

Der **Tastsinn** ist wesentlich für die **Gestaltwahrnehmung von Gegenständen** und die **Raumvorstellung**. Die Hand als Tastorgan fungiert somit als eines der wichtigsten Sinnesorgane unseres Körpers. Besonders die Sensoren der Handfläche und der Fingerspitzen können Informationsreize differenziertest verarbeiten. Diese Erkenntnisse der Wissenschaft verdeutlichten, dass sich das Wahrnehmen und Erkennen von Gegenständen durch **Betasten**, als besondere Leistung unseres Zentralnervensystems herausstellte. (vgl. Handwerker, 2006, S. 212)

Es gibt nebenher eigene Sensoren für den **Drucksinn**, zuständig für die Wahrnehmung mechanischer Reize, die auf die Haut einwirken. Andere Sensoren haben wiederum die

Fähigkeit, unterschiedliche Frequenzen mechanischer Schwingungen zu differenzieren und sind Grundlage für den **Berührungs- und Vibrationssinn.** (ebd. S. 213)

Die Wahrnehmung von Vibration meint zum einen das Fühlen eines vibrierenden Gegenstands, aber auch das Bewegen der Finger über feinstrukturierte Oberflächen (wie z.B. bei Sandpapier). Es wird daher unterschieden zwischen **zeitlichen und räumlichen Oberflächenreizen**. Zeitliche Oberflächenreize sind fürs Wahrnehmen von Oberflächen verantwortlich, wo ein Fortbewegen der Finger nötig ist. Größe, Form und Verteilung von Oberfläche wird durch die räumliche Oberflächenstruktur, dem Berührungssinn, bestimmt. (vgl. Goldstein, 2008, S. 344)
Der Vibrationssinn wird nach Handwerker (2006, S. 214) in einem bestimmten Frequenzbereich gleichzeitig mit dem Gehör wahrgenommen, worauf im Kapitel 5.3.5 Vibroakustische Wahrnehmung näher eingegangen wird.

Wie sie vielleicht bei den Nahsinnen schon bemerkt haben, unterscheidet man zwischen dem haptischen System und dem taktilen System. Die Wahrnehmung von Berührung erfolgt entweder aktiv (haptisch) oder passiv (taktil). Das aktive Erkunden von dreidimensionalen Objekten mit der Hand, wie es beim Betasten der Fall ist, basiert auf der **haptischen Wahrnehmung**. Dies ist ein komplexer Prozess, weil für die Objektidentifikation drei Wahrnehmungssysteme zusammenarbeiten müssen, nämlich:

- das sensorische System,
- das motorische System und
- das kognitive System. (vgl. Goldstein, 2008, S. 347)

Eindrücke der Hautsinne wie Berührung, Temperatur und Oberflächenstruktur, sowie Bewegungen und Positionen von Fingern und Händen vermittelt das sensorische System. Über das motorische System werden die Finger und Hände bewegt und letztlich wird mithilfe des kognitiven Systems über die Informationen nachgedacht, die aus den beiden anderen Systemen stammen. Dieses Zusammenspiel erwirkt somit ein anderes Erleben, als wenn man berührt wird. (ebd. S. 347)

Beim passiven Berühren nimmt man eine Stimulation der Haut bzw. der Hautsinne wahr und spricht daher von der **taktilen Wahrnehmung.** Taktile Empfindungen lassen sich unterteilen in: Kitzel, Berührung, Vibration, Druck und Spannung (Schandry, 2011, S. 229). So sind auch andere Körperregionen, die sich kaum zum Betasten von Gegenständen eignen, genauso empfindsam mit ähnlichen Mechanosensoren ausgestattet, wie die Handfläche (Handwerker, 2006, S. 213). Durch die Darstellung des Homukulus („Menschlein“) in Abbildung 3 wird deutlich erkennbar, dass manche Bereiche der Haut neben der Hand überproportional im Kortex repräsentiert sind (Goldstein, 2008, S. 339).

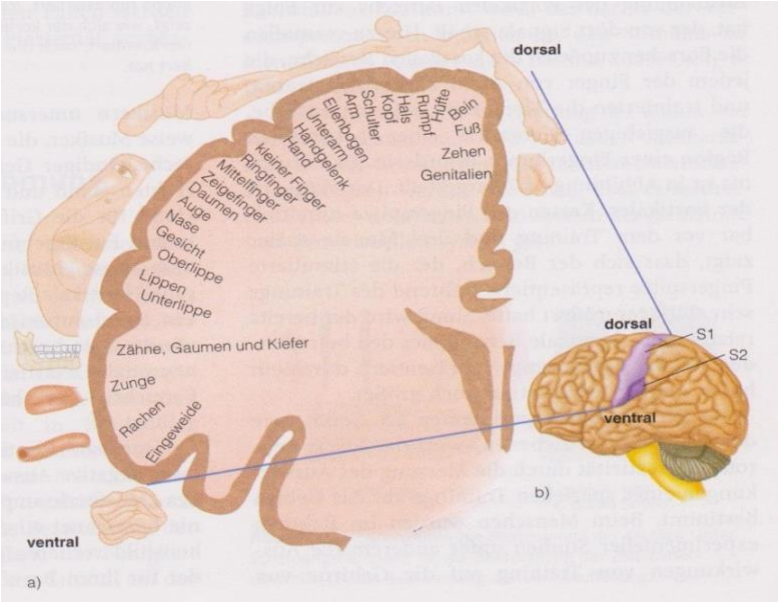


Abbildung 3 (a) Homunkulus des somatosensorischen Kortex; Die Körperteile mit der höchsten taktilen Unterscheidungsfähigkeit werden durch überproportional große Bereiche des Kortex repräsentiert. (b) Der primäre (S1, hellviolett) und der sekundäre (S2, dunkelviolett) somatosensorische Kortex im Paritallappen; S1 erhält Inputs vom ventrolateralen Thalamuskern. (Goldstein, 2008, S. 339).

b. Sensorik des Bewegungsapparats: Tiefensensibilität und Propriozeption

Bei kräftigerem Druck als durch Berührung werden die Sensoren tieferliegender Hautschichten erregt (Handwerker, 2006, S. 215). Ansonsten werden Reize hauptsächlich von Sensoren an Gelenken und Muskeln aufgenommen, darunter auch die Wahrnehmung des Kraftaufwandes der Muskulatur. Die Tiefensensibilität wird in der Literatur oft mit der Propriozeption gleichgesetzt (Schandry 2011 S. 239).

Bei den Sinnessystemen (vgl. 2.1.3) wurden bereits die propriozeptiven Sinne als Körperraumsinne angeführt. Im Detail versteht man unter **Propriozeption** die Summe der Sinneseindrücke, die durch Reizung von Muskeln, Sehnen- und Gelenkmechanosensoren zustande kommen. Sie ermöglichen uns zum einen die Wahrnehmung der Körperstellung – auch als **Positionssinn oder Lagesinn** bekannt – und zum anderen die Bewegungen einzelner Körperteile, sprich **Körperbewegungssinn** (Kinästhesie). Nicht außer Acht gelassen werden darf in diesem Zusammenhang der **Gleichgewichtssinn** im Ohr, der einen wichtigen Beitrag zur Propriozeption leistet und uns zudem die Information über die Stellung des Kopfes liefert. (vgl. Handwerker, 2006, S. 215)

Temperatursinn

Zusätzlich wird an dieser Stelle auch der Temperatursinn erwähnt, der sowohl in der Oberflächen- als auch Tiefensensibilität beheimatet ist. Man kann zwei Aufgabengebiete dieses Systems erkennen. Als erstes informiert es über die **Temperatur von Gegenständen**, wo direkter Hautkontakt stattfindet (z.B. heiße Herdplatte, kaltes Metallstück oder Milchfläschchen fürs Kind). Die Haut der Mund- und Wangenregion ist besonders

empfindsam. Ergänzend kann angeführt werden, dass die Zungenhaut und Zähne ebenfalls zu empfindlichen Tastorganen zählen. Nicht weniger wichtig sind der **Warm- und Kaltsinn** mit ihren Thermosensoren. Ihre Aufgabe ist mitunter die Kontrolle und Steuerung der Hautdurchblutung zur Temperaturregelung des Körpers. (vgl. Handwerker, 2006, S. 216, f.)

c. Sensorik der inneren Organe: Viszerale Rezeption

Die meisten Reizverarbeitungen der inneren Organe führen nicht zum bewussten Empfinden, sondern dienen ausschließlich reflektorischen Regelungen. Beispiele sind das Herz-Kreislaufsystem, die Atemwege, der Eingeweidetrakt und die Harnwege. Viszerale Empfindungen sind in der Regel schlecht lokalisierbar und erschweren die Abgrenzung zu den Nozizeptoren, welche im nächsten Abschnitt behandelt werden. (vgl. Handwerker, 2006, S. 220)

Bei bestimmten Stimulierungen, die in der Musiktherapie Anwendung finden (z.B. Singen, vibroakustische Interventionen), kann es zu bewussten Organempfindungen kommen. Die Wahrnehmung des eigenen Herzschlags und der Arterienpulsation wird allerdings durch propriozeptiven Mechanosensoren ermöglicht. (ebd. S. 220)

d. Schmerzwahrnehmung

Grundsätzlich kommt Schmerz eine **Schutzfunktion** zu und soll uns vor gefährlichen Situationen warnen, um Verletzungen zu vermeiden (Goldstein, 2008, S. 350).

Das nozizeptive System besteht aus der Aktivität spezieller Schmerzrezeptoren (Nozizeptoren) und bildet das schmerzleitende System. Nozizeptoren für Hitze, Chemikalien, Druck und Kälte befinden sich sehr zahlreich in der Haut, den Muskeln, den Gelenken und den inneren Organen. Das nozizeptive System liegt vielerorts neben dem somatosensorischem System, weist einige Parallelen auf und hat teilweise identische Projektionsgebiete im Kortex wie die Somatosensorik. (vgl. Schandry, 2011, S. 294)

Schmerz ist eine bewusste Sinnesempfindung und zugleich ein sensorisches Phänomen. Er wird in den Bereich der Sensorik gezählt, ist jedoch abgrenzend zur somatosensorischen Empfindung mit einer negativen Gefühlsqualität verbunden. Am Phänomen Schmerz ist am deutlichsten zu erkennen, wie eng psychisches Erleben mit körperlichen Prozessen verwoben ist. Subjektive Befindlichkeit und unser Bewusstsein sind vom Schmerz unmittelbar betroffen (vgl. Schandry, 2011, S. 293).

Das Schmerz unterschiedlich empfunden wird, er auf viele verschiedene Arten hervorgerufen werden kann und es vielerlei Assoziationen gibt, erschwert die eindeutige Klärung um das Phänomen. Neben der körperlichen Komponente wurde bereits auf den emotionalen Aspekt hingewiesen. Der soziale Schmerz ausgelöst durch Trennung,

empathische Reaktion oder dem Gefühl des Ausgeschlossenseins stellt wie der chronische Schmerz eine Sonderform dar.

> *„Obwohl ‘sozialer‘ Schmerz durch völlig andere Stimuli hervorgerufen wird als physischer Schmerz, teilen sich diese beiden Arten von Schmerz offenbar einige physiologische Mechanismen“* und kann gleiche Gehirnregionen der Schmerzwahrnehmung aktivieren (Goldstein, 2008, S. 357).

Beim Chronischen Schmerz ging die Signal- und Warnfunktion verloren. Der Schmerz wird als Mittelpunkt des Denkens und Verhaltens erlebt und erlangt selbstständigen Krankheitswert (vgl. Schandry 2011, S. 306)

Bis jetzt wurde ein Großteil der Nahsinne erfasst, die für die Körperwahrnehmung und vor allem auch für die Selbstwahrnehmung grundlegend sind. Um die interozeptiven Sinne (Informationen über innere Körperzustände) zu vervollständigen, muss man das vestibuläre System mit einbeziehen. Hier wird auf folgendes Kapitel verwiesen (siehe Kapitel 2.3.3.5). Nachstehend sind die Fernsinne detaillierter betrachtet – diese Sinnessysteme vermitteln Informationen aus der Umwelt. Aufgrund des beschränkten Rahmens werden diese kürzer behandelt.

2.3.3.2 Visuelle Wahrnehmung

Dieses System besteht aus vielen Teilsystemen, exemplarisch werden in der vorliegenden Arbeit einige erwähnt. Zwei davon sind die **Hell- und Dunkelwahrnehmungen,** die es uns erlauben bei Tag, in der Dämmerung und in der Nacht zu sehen (Eysel, 2006, S. 243). Ein weiteres Spezialgebiet kommt der **Objektwahrnehmung** zu. Goldstein (2008, S. 126) resümiert, dass kein Computer bisher mit der menschlichen „intelligenten“ Objektwahrnehmungsfähigkeit mithalten konnte.

In der Netzhaut werden Detail-, Farb- und Bewegungsinformationen verarbeitet. Nach einer vorrangigen Parallelverarbeitung trennen sich später die Verarbeitungswege in ein **Farb-, Form- und Detailsystem** – Was sehe ich? – und ein **Bewegungs- und Tiefenwahrnehmungssystem** – Wo sehe ich etwas? (vgl. Eysel, 2006, S. 277). Bei der Wahrnehmung von **Szenen** kommt nach Ansorge und Leder (2011, S. 117) der sogenannte Top-Down-Effekt (wissensbasierte Verarbeitung) zum Tragen.

Da ein Gesicht wesentlich mehr und vielseitigere Informationen als andere Objekte vermittelt, kommt bei der **Gesichtserkennung** der soziale Aspekt zum tragen (Ansorge und Leder, 2011, S. 112 f.). Zuletzt werden noch die **Spiegelneuronen** angeführt. Sie reagieren auf spezifisch visuell wahrgenommene Handlungen und erfüllen ihre Funktion beim Imitieren von Handlungen oder beim Beobachtungslernen. Dieses System ist für den Ausdruck von Sensibilität relevant und somit bedeutsam für Empathie (ebd. S. 115).

2.3.3.3 Auditive Wahrnehmung

Hören bereichert unser Leben. Über das Hören der Umweltereignisse und dem „Lauschen“, als aufmerksamere Form des Hörens, gelangen wir zu neuen Bewusstseinserfahrungen, die uns ohne Gehör verwehrt blieben.

Die Fähigkeit Ereignisse zu hören, die wir nicht sehen können hat bei Mensch und Tier eine **wichtige Signalfunktion**. Auch die **Sprachwahrnehmung** ist an dieses System geknüpft (Goldstein, 2008, S. 258). Die durch Schall vermittelte Sprache ist ein wichtiger Bestandteil zwischenmenschlicher Kommunikation (Zenner, 2006 S. 287).

Schall ist eine hörbare Druckänderung in der Luft, im Wasser oder eines anderen elastischen Mediums. Für das Hören sind hauptsächlich die sogenannten **Schallwellen** verantwortlich. Je nach Beschaffenheit der Schallwelle können wir ihre Eigenschaften in Form von Lautstärke, Tonhöhe (Frequenz) und Klangfarbe (Timbre) differenziert wahrnehmen. Wenn die Schallwellen ein zyklisch wiederholendes Muster aufweisen, hören wir diese als Töne und Klänge. Bei nichtwiederholenden, aperiodischen Schallereignissen erkennen wir sie zum Beispiel als Geräusche oder Rauschen. Auch die menschliche Stimme und Sprache fällt in diesen Bereich. (vgl. Goldstein, 2008, S. 259, ff.)

Als Zusatzfunktion, um mit geschlossenen Augen den Ursprungsort von Schallereignissen lokalisieren zu können, dient die **auditive Lokalisation.** Zudem können wir mehrere Musiker getrennt voneinander wahrnehmen, obwohl sie gleichzeitig spielen. Deshalb spricht man vom **auditiven Raum**, der sich vom Kopf ausgehend in alle Richtungen erstreckt (Goldstein, 2008, S. 291). Die Fähigkeit auf beiden Ohren zu hören, gilt nach Zenner (2006, S. 309) als Voraussetzung für die auditorische Raumorientierung.

Obwohl es Unterschiede zwischen Hören und Sehen gibt, fand die moderne Wahrnehmungspsychologie Ähnlichkeiten. Vor allem im Bereich der kortikalen Verarbeitung im Gehirn. Diese Erkenntnisse stammen aus der Forschung mit tauben und blinden Menschen. So wird der auditorische Kortex durch Lippenlesen und das Sehen mimischer Bewegungen aktiviert (vgl. Goldstein, 2008, S. 258). Solche Aktivierungen passieren ebenso im visuellen Kortex, wenn Blinde ihren Tastsinn zum Lesen von Blindenschrift benutzen (ebd. S. 289).

Die **Sprachwahrnehmung** lässt ihren multimodalen Charakter erkennen indem sie durch Informationen von anderen Sinnen beeinflusst wird. In diesem Zusammenhang findet auch der Begriff audiovisuellen Sprachwahrnehmung Verwendung (Goldstein, 2008, S. 324).

2.3.3.4 Vestibuläre Wahrnehmung

Wie schon erwähnt, ist dieses System ein wichtiger Bestandteil der Propriozeption und Tiefensensibilität und fällt in den Bereich der Somatosensorik. Die Gleichgewichtssinnesorgane (Vestibularapparat) befinden sich im Innenohr und erlauben uns Menschen zum einen den aufrechten Gang und zum anderen unsere Kopf- und Körperhaltung bewusst wahrzunehmen. Außerdem befinden sich die 5 wichtigsten Organe für den Raumorientierungs- und Bewegungssinn ebenso im Labyrinth des Innenohrs. Neben den Informationen der insgesamt zehn Vestibularorgane erreichen auch optische und somatosensorische Informationen das Gehirn. Die Gesamtheit aller Informationen ermöglichen es die Skelett- und Augenmuskulatur so zu steuern, dass sich der Körper im Gleichgewicht hält. Störungen der Gleichgewichtsfunktion führen meist zu Schwindel (vgl. Zenner, 2006, S. 312).

Nun gelangen wir zum letzten ausstehenden Sinn der Fernsinne. Vorweg sei allerdings darauf hingewiesen, dass *„wir auditive, visuelle oder olfaktorische Stimuli kaum jemals isoliert wahrnehmen“* (Goldstein, 2008, S. 310).

2.3.3.5 Olfaktorische Wahrnehmung

Dieses Wahrnehmungssystem erfüllt eine Funktion in der zwischenmenschlichen Kommunikation. Meist unbewusst greift er in viele Bereiche des individuellen und sozialen Lebens ein z.B. der Eigengeruch eines Menschen, das Partnerwahlverhalten oder seine Bedeutung für vegetative und hormonelle Steuerungsprozesse (wie Sympathie und Antipathie). In der heutigen Zeit, in der wir teilweise visuell und akustisch völlig überreizt sind, tritt der Geruchssinn laut Hatt (2006, S. 340) wieder mehr in den Vordergrund.

Dass sich mit ansteigender Duftstoffkonzentration meist nicht nur die Empfindungsintensität, sondern auch die Qualität ändert, erklärt Hatt (2006, S. 344) als Besonderheit des Riechsystems, das in sieben Geruchs- bzw. Duftklassen eingeteilt ist. Gerüche beeinflussen zum Teil sehr direkt das Gedächtnissystem. Sie sind nicht selten mit einem Ort oder einem Ereignis der Lebensgeschichte verknüpft. So können durch die Wahrnehmung eines bestimmten Geruchs verschüttete Erinnerungen wieder hervorgerufen werden und so emotionale Reaktionen auslösen (vgl. Schandry, 2011, S. 286).

2.3.3.6 Gustatorische Wahrnehmung

Eine außerordentlich wichtige Rolle nimmt der Geschmackssinn ein, wenn es sich um die Lust bzw. Unlust handelt. *„Diese drückt sich auch gut sichtbar in der Mimik aus. Jeder weiß, was es bedeutet, wenn jemand ‚sauer schaut‘ oder eine ‚bittere Miene‘ macht“* (Hatt, 2006, S. 339).

Neben den 4 klassischen Geschmacksqualitäten von süß, sauer, salzig und bitter versteht man unter „Geschmack“ eine ganzheitliche Betrachtungsweise aller Empfindungen, die während der Nahrungsmittelaufnahme entstehen. Nur die Kombination verschiedenster Sinnesempfindungen erlaubt uns den differenzierten Essgenuss eines „Feinschmeckers“ (Hatt, 2006 S. 328). Der Großteil dessen, was wir „schmecken“ wird uns allerdings über den Geruchssinn vermittelt. Laut Schandry (2011, S. 287) wird der Geschmackssinn meist von drei weiteren Informationskanälen aktiviert: (1.) dem Geruchssinn; (2.) somatosensorische Informationen aus dem Mundbereich; sowie (3.) die Temperaturinformation.

Im letzten Satz wurde bereits auf die Kombination verschiedener Sinnessysteme aufmerksam gemacht. Anschließend wird eine der grundlegendsten Kombination beschrieben, da diese Form der Wahrnehmung für die Entwicklung des Kindes von größter Wichtigkeit ist (Stern, 1992).

2.3.3.7 Sensomotorische Wahrnehmung

Sensomotorik (lat. sensus) bedeutet die Gesamtheit des Zusammenspiels von Sinnesorganen (Sensoren) und Muskeln (Effektoren) und deren zusammenhängende Vorgänge (Brockhaus Psychologie, 2009, S. 550).

Sämtliche Sinnesreize sind unmittelbar an Bewegung gekoppelt und werden vom Gehirn koordiniert. Dort arbeiten das motorische System und sämtliche Wahrnehmungssysteme zusammen. Handlungen und Bewegungen sind an das motorische System gekoppelt, zur Steuerung benötigt es jedoch sensorische und kognitive Prozesse. Das sensorische Feedback tritt propriozeptiv, taktil, visuell und auditiv während und nach der Bewegungsausführung auf. Bewusst wird uns immer nur ein Teil, da während der Bewegungsausführung ständig neue sensorische Informationen auftreten. (vgl. Elsner und Prinz, 2012, S 368-372)

Als Bestandteil der musiktherapeutischen Arbeit spielt der Rhythmus eine wichtige Rolle.

> *„Musik wird nicht nur mit dem Kopf gemacht und erlebt, sondern auch mit dem Körper. Dies zeigt sich am besten am Rhythmus, der uns allen zwar nicht im Blut liegt, aber doch im Körper, genauer, in dessen motorischem System“* (Spitzer, 2009, S. 227).

Die Arbeit mit Rhythmen, aber vor allem mit körpereigenen Rhythmen wie z.B. der Pulsschlag, der Atemrhythmus, die Gehbewegung können der sensomotorischen Wahrnehmung zugeordnet werden (Krepcik, 2010).

Im vorangegangenen Kapitel ist die Wahrnehmung einzelner „Modalitäten“ oder „Sinne“ näher erörtert worden. Die Sinnessysteme arbeiten im alltäglichen Leben nicht getrennt und unabhängig voneinander. Sie beeinflussen sich gegenseitig und werden in die ganzheitliche Wahrnehmungsfähigkeit des Menschen integriert. Die Körper- und Musikwahrnehmung werden als zugeordnete Bereiche der Mulitmodalen Wahrnehmung im Anschluss behandelt.

2.3.4 Multimodale Wahrnehmung

Multimodalität wird von Goldstein (2008, S. 444) beschrieben als *„Beteiligung einer Reihe verschiedener Sinnessysteme an der Wahrnehmung“.*

Definition: Multimodalität bezeichnet eine parallele Nutzung unterschiedlicher Sinneskanäle zur Übermittlung von Information. Es kommt immer wieder zu neuen Kombinationen. Deren Sinn und ästhetische Wirkung entsteht weniger aus den verschiedenen Einzelteilen, sondern aus ihren vielfältigen Verbindungen. An die Gestalttherapie angelehnt, versteht Schauder unter Multimodalität: *„Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“* (Schauder, 2011, S. 83).

Synästhesie ist eine Folge multimodaler Wahrnehmung und bedeutet „Mitempfinden“ (Ansorge und Leder, 2011). Als bekanntestes Beispiel kennen wir die visuelle Farbwahrnehmung, die durch einen akustischen Reiz ausgelöst wird (ebd. S. 139). Die Beteiligung mehrerer Sinne am Eindruck bzw. im Ausdruck lässt die Dichtkunst erkennen. An dieser Stelle sei auf Gedichte von Hermann Hesse und Johann Wolfgang von Goethe oder Clemens Brentano verwiesen.

Multisensorische Integration:
Die multisensorische Interaktion und ihr Einfluss auf Wahrnehmung und Verhalten wird zunehmend erforscht. So stellte sich heraus, entgegen früheren Anschauungen, dass bereits Säuglinge über die Fähigkeit der Koordination von verschiedenen Wahrnehmungskanälen verfügen und Stimulation für Wachstum benötigen (Stern, 1992). **Inter-modale Integration** bei der psychischen Verarbeitung kann nach Ansorge und Leder (2011, S. 138) die Wahrnehmung erleichtern und verbessern bzw. ist die Verarbeitung überhaupt erst durch Intermodalität möglich.

2.3.4.1 Körperwahrnehmung

Sie ist die Voraussetzung für die Differenzierung aller Körpererfahrungen, sowie zu Entwicklung des Körperschemas. Diese Körpererfahrung kann auch als „sinnlich-körperliche Erfahrung vom Selbst“ verstanden werden und ist damit auch verantwortlich für die Entwicklung der Persönlichkeit und das Vorhandensein von körperlich-seelischem Wohlbefinden (Dill-Schmölders und Grün, 2012, S. 351).

Definition: Bezeichnung für die Wahrnehmung der Informationen über den eigenen Körper, über seine Stellung, Bewegung, Spannungsverteilung in seiner Muskulatur und seine Lage im Raum, sowie der viszeralen Reize aus dem Körperinneren (Margraf und Maier, 2012).
Eindeutig dem somatosensorischen System zuordenbar, wird dieses zusammenfassend wiederholt:

- Sensorik der Körperoberfläche (Hautsinne, Oberflächen- und Tiefensensibilität
- Sensorik des Bewegungsapparats (Propriozeption)
- Sensorik der inneren Organe (Viszerozeption, Schmerzverarbeitung über die Nozizeption)

Der Begriff der Körperwahrnehmung wird in der Musiktherapie oft mit Gertrud Katja Loos (1986) in Verbindung gebracht. Wahrnehmung bedeutete für sie *„aus der Vielzahl der Eindrücke einen herausgreifen und ihn sinnlich erfassen“* (Loos, 1986, S. 202). Musik sah sie als Integration und Verschmelzung von Körper und Seele, deshalb gab es in ihren Augen keine Musik ohne Beteiligung des Körpers. Gerade in den nichtsprachlichen Bewusstseinsebenen sprach sie von der musiktherapeutischen Möglichkeit manches vorerst bei sinnlicher und körperlicher Wahrnehmung zu belassen. Damit lag der Fokus am Eröffnen eines Spielraums, wo Körper und Instrument als Realität ergreifbar und fassbar werden (ebd. S. 203).

Körperwahrnehmung fällt in den Bereich der mulitmodalen Wahrnehmung, es umfasst Fühlen, Nachspüren, Erkennen und Erinnern. Genau genommen sprach Loos (2009, S. 241) von *„Eindruck empfangen, der als Ausdruck wiedergegeben werden kann“*. Unser Gleichgewicht kann reguliert werden, vorausgesetzt wir erkennen was uns der Körper signalisiert, braucht oder ablehnt. Ist dies nicht der Fall stellen sich empfindliche Störungen im menschlichen Gleichgewicht ein, was musikalisch ausgedrückt den Dreiklang aus Körper, Geist und Seele missstimmen lässt. *„Die Sinneswahrnehmungen mit ihrem hohen Informationsgewinn sind die Orientierungsgrundlage für den Körper. Verstand und Seele werden dadurch beeinflusst“* (Loos, 2009, S. 241). Körperwahrnehmung ist ihrer Meinung nach tief mit den Sinnen verwurzelt, die als Basis jeglicher weiteren Wahrnehmungsfähigkeit gilt.

Loos war der Ansicht, dass der Körper sämtliche Empfindungen speichert, auch wenn sie nicht in unser Bewusstsein gelangen. Ihre Aussage wird m.E. vom Neurowissenschaftler Manfred Spitzer (2009) untermauert. Er nennt dies Sinnengedächtnis, wo Strukturen des Wahrgenommenen gespeichert sind und darauf zurückgriffen wird (z.B. wenn uns etwas nach langer Zeit bekannt vorkommt oder wir uns plötzlich erinnern, welche Straße wir abbiegen müssen). Geräusche, Gerüche oder Berührungsempfindungen können ebenfalls in uns Bekanntheitserlebnisse hervorrufen (vgl. Spitzer, 2009, S. 118 f.).

Antonio Damasio (1997) bezeichnet solche Gedächtnisspuren als „somatische Marker“. Er geht davon aus, dass sie Bestandteil unseres intuitiven Wissens sind, da die intuitive Wahrnehmung aus unbewussten Vorerfahrungen entspringt. Diese werden durch direkte als auch durch erinnerte Körperwahrnehmungen aktiviert, müssen aber deshalb nicht in das Feld der Aufmerksamkeit rücken. Für Damasio bilden sie den Ursprung unserer Intuition.

Angeregt durch uns selbst, durch andere oder durch Musik als etwas Drittes im Kontakt- und Beziehungsgeschehen kann Neues erfahren oder Altes – in den Hintergrund gerücktes– erinnert werden. *„Der Körper vergisst nichts“* (Loos, 2009, S. 242).

2.3.4.2 Musikwahrnehmung

Musik ist neben der Sprache ein lautliches Kommunikationssystem, das zur Herstellung von sozialer Bindung sowie zu Erzeugung von Emotionen eingesetzt wird. Charakterisiert durch Tonhöhe, Tonfarbe, Klangfarbe, Tondauer und Lautstärke versteht Altenmüller (2012, S. 530) Musik als einen komplexen auditiven Reiz. Zu weiteren Eigenschaften der Musikwahrnehmung zählen:

- Melodie, die mitunter ein Gefühl der Spannung und Entspannung erzeugt;
- Zeitstruktur, hauptsächlich in Form von Rhythmus und Metrum (gleichmäßige Pulsation);
- Harmonieempfindung, die durch die Klangfarbe mit ihrem Obertonspektrum oder durch tonerzeugende Geräusche entstehen, sowie der subjektiven Einordnung von Harmonischem und Dissonantem;
- Dynamik, die sich in ihrer Lautstärke und Geschwindigkeit äußert (ebd. S.530).

Der Mensch legt im Laufe des Lebens eine musikalische Bibliothek an, die mitunter für Musiktherapie von Bedeutung ist. Musikhören unterliegt zudem auditiver Plastizität, da schon nach kurzer Zeit eine Anpassung auf akustische Bedingungen erfolgen kann (z.B. bei Rhythmusspielen). Neu gehörte Musik wird mit bereits Bekanntem verglichen und auf Vertrautheit und Zweckmäßigkeit geprüft (vgl. Altenmüller, 2012, S. 530, ff.).

Die Bandbreite subjektiver Bewertungen reichen von schön, konsonant, angenehm bis zu dissonant und unangenehm. Je nachdem werden unterschiedliche Areale im Gehirn aktiviert. Unter Umständen tritt ein Gefühl von Erleichterung und/oder Wiederbelebung ein, die eine Reaktivierung von unterdrückten Vorstellungen und Wünschen mit sich bringt (Hüther, 2004). Wenn eine emotional sehr positiv Bewertung ausfällt, kann beim intensiven Hören Gänsehaut auftreten. Als vegetative Begleitreaktion führen Gänsehauterlebnisse zur Aktivierung des limbischen Selbstbelohnungssystems und somit zum Glücksmoment (Altenmüller, 2012, S. 535).

Musizieren ist demnach ein besonders sinnesaktivierender Prozess. Bereits beim Zuhören und vor allem beim Spielen, kommt es zu auditorischen, motorischen, analytisch-verbalen (erinnern), taktilen (Instrument spüren) und visuellen Erregungen (Birbaumer und Schmidt, 2006, S. 407). Unabhängig ob Hören, Spielen oder Singen führt Musik zur Stärkung, Festigung und Neubahnung von den beteiligten Nervenzellverschaltungen. Im Besonderen geschieht dies, wenn es zu einer Aktivierung emotionaler Netzwerke im Gehirn kommt (vgl. Hüther, 2004).

Aufmerksamkeit, Kognitionen und Emotionen beeinflussen die Wahrnehmung. So können sich in stärker oder schwächer ausgeprägter Form Wahrnehmungseinschränkungen, Wahrnehmungstäuschungen oder Wahrnehmungsverzerrungen einstellen, worauf nun eingegangen wird.

2.3.5 Wahrnehmungsveränderungen

Wahrnehmungsstörungen oder Perzeptionsstörungen können alle Sinnesmodalitäten betreffen und in den meisten Fällen organisch oder psychisch bedingt. Durch Ausfall, Beeinträchtigung der Wahrnehmungsfunktion (siehe Sensibilitätsstörungen Kapitel 2.2.2) oder Abnormitäten wie Intensitätsminderung/-steigerung sind Wahrnehmungsstörungen gekennzeichnet. Wahrnehmungstäuschung synonym verwendet mit Sinnestäuschung meint eine Trugwahrnehmung, die entweder ein Objekt verkennt (Illusion) oder etwas ohne gegenständliche Reizquelle wahrnimmt (Halluzination). Diese Täuschungen sind bedingt durch eine Fehlinterpretation der Sinneseindrücke. (vgl. Margraf und Maier, 2012)

Schlafstörungen, Psychopharmaka, Alkohol, Drogen oder giftige Substanzen wirken sich ebenfalls auf die Wahrnehmung aus und können für Störungen verantwortlich sein. In manchen Fällen geht die veränderte Wahrnehmung auch mit einem veränderten Verhalten einher, was sich einem psychotischen Verhalten gegenüberstellen lässt und zu unterscheiden ist (Schandry, 2008, 386 f.).

Eine veränderte Wahrnehmung zeigt sich weiters in veränderten Wachbewusstseinszuständen (VWB), wie das bei Trance, in der Meditation oder im Flow-Zustand zutrifft. Der Trancebegriff findet mittlerweile für alle Bewusstseinszustände Verwendung, wo eine nach innen gerichtete und erhöhte Wahrnehmung vorliegt. Das normale Wachbewusstsein bleibt währenddessen aufrecht. Charakteristisch für VWBs sind Veränderung des Zeitempfindens, des Denkens, des Körperschemas, des Bedeutungserleben, Veränderung der Emotionalität, Gefühle von Erneuerung und Wiedergeburt oder unaussprechliche Gefühle (Ludwig, 1966; zit. nach Hess, 1999). Rolf Verres (2009, S. 111) schreibt in Bezug auf das Flow-Erlebnis: *„Es kommt zu einem Empfinden der Nähe zum Selbst“* und somit ist auch die Selbstwahrnehmung im kreativen Fluss eine andere als sonst.

Rückblickend kann gesagt werden, dass es sich bei **Selbstwahrnehmung** ebenfalls um eine multimodale Wahrnehmung handelt. Es benötigt eine Vielzahl von sensorischer und neurophysiologischer Arbeit um sich selbst bewusst zu erleben und zu spüren. Bereits im Vorfeld darauf hingewiesen, lässt sich die Wahrnehmungsfähigkeit beeinflussen. Zudem ist sie von zuvor oben beschriebenen anderen Faktoren abhängig. Nachdem ausführlich auf die Sinne als Basis und ihre Wahrnehmungsvorgänge eingegangen wurde, fehlt noch eine genauere Betrachtung vom Selbst und seinen Anteil bei der Selbstwahrnehmung.

2.4 Das Selbst (Self)

Dem Selbst wird die Rolle des Organisators psychischer Erfahrungen zugeschrieben und nimmt Bezug auf Identität, Kontinuität und Wertigkeit (Mentzos, 1999, S. 42). Als Organisator unserer Gedanken, Gefühle und Handlungen gilt das Selbst als entscheidender Teil der Persönlichkeit (Myers, 2008, S. 632).

Selbstbild und Selbstkonzept (self-concept) meint das Gefühl für die eigene Identität und den eigenen Wert, sowie alle Gedanken und Gefühle, die bei der Frage „Wer bin ich?“ aufkommen (Myers, 2008, S. 174, 605). Die subjektive Sicht des Individuums, weil man sich selbst als Objekt der Wahrnehmung betrachtet, wird häufig mit dem Begriff des Selbstkonzepts definiert (Wiswede, 2004, S. 480).

Wenn das tatsächliche Selbst zu weit von unserem Ideal-Selbst entfernt liegt, fühlen wir uns unzufrieden und unglücklich. Die wiederkehrende Aufgabe liegt darin, sich selbst zu erkennen, zu akzeptieren und zu sich selbst ehrlich zu sein. Dadurch erreichen wir ein positives Selbstkonzept, das mit einem positiveren **Selbstwertgefühl (self-esteem)** einhergeht. (Myers, 2008, S. 605) Ein geringes Selbstwertgefühl und persönliche Probleme korrelieren häufig. Ein defensives Selbstwertgefühl ist zerbrechlich und lässt Versagen und Kritik bedrohlich erscheinen. Ein positiveres Selbstbild mit stärkerem Selbstwertgefühl führt im Gegensatz dazu, Schwierigkeiten besser bewältigen und leichter akzeptieren zu können. Es ist weniger stark von äußeren Bewertungen abhängig und deshalb stabiler (ebd. S. 629-632). Als Folge davon steigert sich das Bedürfnis nach **Selbstverwirklichung (self-actualization).** *„Selbstverwirklichung ist [nach Maslow] die Motivation, das eigene Potential zu verwirklichen“* (Myers, 2008, S. 604).

Jugendliche probieren teilweise unterschiedliche Rollen vom „Selbst“ aus und schärfen dadurch das Gefühl der eigenen Identität. Die eindeutige Identität in der man sich wohl fühlt, ist Voraussetzung für enge und stabile Beziehungen (Myers, 2008, S. 189). Als Erwachsener ist man Veränderungen ausgeliefert, die einem immer wieder aus dem Gleichgewicht bringen. Obwohl die Persönlichkeit auf gewisse Weise konstant bleibt, findet über die Lebensspanne hinweg ein Prozess des Werdens statt. Die lebenslange Entwicklung ist durch Stabilität als auch durch Veränderungen geprägt. Sich auf Aktuelles anzupassen und durch neue Erfahrungen zu wachsen, bietet die Möglichkeit ein stabiles Selbstbild und Wohlbefinden wiederzuerlangen. (vgl. Myers, 2008, S. 210 f.)

Unter **Wohlbefinden** wird das subjektiv wahrgenommene Gefühl von Glück und/oder Zufriedenheit, im weiteren Sinne auch Lebenszufriedenheit, verstanden. Neben objektiven Maßen des Wohlbefindens, wie körperliche und ökonomische Faktoren spielen subjektive Faktoren wie Selbstwert und Selbstwirksamkeit eine wichtige Rolle für die Lebensqualität eines Menschen (vgl. Myers, 2008, S. 576).

2.4.1 Das falsche Selbst

Eine wichtige Erkenntnis zu diesem Thema kommt aus der Säuglingsforschung. Damit eigene Bedürfnisse und ihre Gefühle bewusst wahrgenommen werden können, benötigt das kleine Kind die Wahrnehmung und die darauf angemessene Reaktion auf jene Bedürfnisse durch eine Bezugsperson. Ist dies nicht der Fall, kommt es nach Winnicotts Beschreibung (1988) zu einem „falschen Selbst“. Das Kind lernt die eigenen Bedürfnisse nicht wahrzunehmen und eignet sich, aufgrund dessen, bestimmte Verhaltensweisen an, um Anerkennung und Wertschätzung zu bekommen. Wenn der Mensch nur über solche Verhaltensweisen agiert und reagiert, spricht man von „Scheinanpassung“. Das Verhalten deckt sich nicht wirklich mit den eigenen Bedürfnissen, was weiterführende Konsequenzen mit sich bringt. Die Auswirkungen betreffen die Entwicklung des „Selbst“ als Individuum und Interaktionen mit seinem Umfeld. Selbstwahrnehmung, Identität, Selbstwirksamkeit, Selbstwert und das subjektive Wohlbefinden sind ebenfalls, womöglich bis ins hohe Alter, davon betroffen. (vgl. Hexel, 1999, S. 68 f.)

Stern (1992) spricht von **Abstimmung vs. Fehlabstimmung.** Er meint damit, die Gefühle und Empfindungen des spürenden Kindes müssen von außen auf eine Weise zum Ausdruck gebracht werden. Erst durch wiederholte Abstimmung lernen wir zu empfinden, dass andere an unseren Gefühlen teilhaben können und auch wollen. Ist dies nicht der Fall kommt es zur Fehlabstimmung. Als heilende Erfahrung der Abstimmung kann die therapeutische Beziehung als emotionales Korrektiv gesehen werden. Schumacher (1994) hat in ihrer Arbeit mit autistischen Kindern einen deutlich erkennbaren transmodalen bzw. transsensorischen Ansatz beschrieben, wie Abstimmung nachgereicht werden kann.

Wenn soziale Fähigkeiten und Engagement stärker ausgeprägt sind, als die Fähigkeit seine eigenen Gefühle wahrzunehmen, zu erkennen und zu respektieren, kann dafür der Begriff **„Als-ob-Persönlichkeiten“** verwendet werden. Bei Personen mit hoher sozialer Kompetenz besteht die Gefahr eines unechten gesellschaftlichen Erfolgs. Die ist der Preis statt wahrer Befriedigung der eigenen Bedürfnisse. Die Möglichkeit den eigenen Bedürfnisse und Gefühle gerecht zu werden, wird nicht genügend Raum und Wichtigkeit gegeben. Goleman spricht von der Fähigkeit der sozialen Intelligenz, die im Einklang mit seinen Gefühlen Hand in Hand gehen sollte und ein **„sich selbst treu bleiben“** voraussetzt (vgl. Goleman, 1996, S. 155 f.).

2.4.2 Selbstempfinden nach Stern

Viele musiktherapeutische Konzepte berufen sich auf Erkenntnisse des amerikanischen Entwicklungsforscher und Psychoanalytiker Daniel Stern (1992). Schumacher (2000), Frohne-Hagemann (2001, 2004) aber auch die Therorie der fünf Wirkungskomponenten von

Hegi und Rüdisüli (2011) bezieht sich auf Stern. So bilden sich nach Stern das Empfinden des auftauchenden Selbst (Geburt - 2. Mon.), das Kern-Selbst (3. - 7. Monat), das subjektive Selbst (8. - 16. Monat) und anschließend das verbale Selbst heran. Es sollten diese Phasen allerdings nicht als ablösend betrachtet werden, sondern jede herangebildete Phase wächst weiter und bleibt in vollem Umfang über das ganze Leben bestehen. (vgl. Stern, 1992, S. 25)

Hier soll allerdings nicht näher auf die vier Selbstempfindungen eingegangen werden, sondern auf die Sichtweise Sterns über das Selbstempfinden. Er weist darauf hin, dass niemand wirklich weiß, was das Selbst genau ist und wann Selbstempfinden real beginnt.

> *„Stattdessen können wir uns der vertrauteren Aufgabe zuwenden, die Kontinuitäten und Veränderungen in der Entwicklung eines Phänomens zu beschreiben, das uns in irgendeiner Form von der Geburt bis zum Tode begleitet“* und spricht damit die ganzheitliche Entwicklung über die gesamte Lebensspanne an (Stern, 1992, S. 19).

Selbstempfinden bringt Stern (1992, S. 18) in Verbindung mit:

- dem einzelnen, abgegrenzten und/oder integrierten Körper;
- Handlungsinstanz;
- Gefühlen; Absichten; Pläne schmieden;
- in Sprache umgesetzte Erfahrungen und mitteilbares persönliches Wissen.

Sterns Selbstkonzept revolutionierte die moderne Psychoanalytische Sichtweise. Das **Selbstempfinden** durchläuft in der Selbstentwicklung vier Phasen und **bezieht sich auf folgende Selbsterfahrungen** (Stern, 1992 S. 106; Mentzos, 1999):

(1.) der Urheberschaft der eigenen Handlungen in Abgrenzung von den anderen;
(2.) der Selbstkohärenz, was das Erleben als psychische Einheit mit Grenzen meint;
(3.) der Selbstaffektivität, was die Verfügung über ein auf Erfahrung beruhendes Muster für jeden Affekt bedeutet;
(4.) der Selbstgeschichte, als Empfindung von Dauer und Kontinuität aufgrund des Gedächtnisses einschließlich Erfahrungsinhalten;

„Selbstreflexion und Sprache wirken zu einem späteren Zeitpunkt auf diese präverbalen, existentiellen Selbstempfindungen ein und lassen so nicht nur erkennen, dass sie nach wie vor Bestand haben, sondern wandeln sie auch in neue Erfahrungen um“ (Stern, 1992, S. 19).

Im musiktherapeutischen Kontext werden diese ursprünglichen Selbsterfahrungen auf gewisse Weise wiederbelebt, aktiviert und bewusst gemacht. Diese Bausteine der Selbstwahrnehmung gilt es demnach zu fördern.

2.4.3 Selbstwahrnehmung (Self-awareness)

Selbstwahrnehmung beruht auf einer sehr komplexen Wahrnehmungsfähigkeit. Die schon behandelte Somatosensorik bzw. die Körperwahrnehmung stellen eine Grundlage dar. In diesem Zusammenhang findet ebenfalls der Begriff Leibinnenwahrnehmung/Koenästhesie Verwendung (Ross, 2010; Petersen, 2009).

Die weitverbreitet Ansicht: man kennt sich selbst ganz genau; man kennt sich selbst besser, als andere dazu imstande sind; man weiß selbst bestens Bescheid über die eigenen Empfindungen, Meinungen, Einstellungen, Gefühle, Wünsche, Absichten, Bedürfnisse (Herkner, 2001, S. 349).

Zweifel daran, ermutigte den Sozialpsychologen D. J. Bem (1972), eine Selbstwahrnehmungstheorie zu entwickeln. Seiner Meinung nach bestünde kein grundlegender Unterschied zwischen der Selbstwahrnehmung und der Wahrnehmung anderer Personen (Fremdwahrnehmung). Es wird zwar selbst beobachtet, jedoch aus dem eigenen Verhalten abgeleitet, wie das auch bei anderen Personen der Fall ist. Beobachten und aus deren Verhalten Schlüsse auf Einstellungen, Gefühle und Wünsche ziehen (vgl. Herkner, 2001, S. 350).

Die Theorie der Selbstwahrnehmung nach Bem wird in Wiswede (2004, S. 494) wie folgt zusammengefasst:

> *„a) Menschen erkennen ihre Einstellungen, Gefühle und andere innere Vorgänge teilweise dadurch, dass sie aus der Beobachtung ihres eigenen Verhaltens und/oder der dieses Verhalten begleitenden Umstände Schlussfolgerungen ziehen;*
>
> *b) In dem Maße, in dem innere Hinweisreize schwach, mehrdeutig und uninterpretierbar sind, ist eine Person funktional in der gleichen Position wie ein außenstehender Beobachter, der sich auf äußere Hinweise verlassen muss, wenn er innere Zustände der Person erschließen will.“*

Manche intensive und eindeutige Reize werden jedoch unmittelbar wahrgenommen und nicht aus dem Verhalten abgeleitet, was im Kapitel 3.2. noch deutlich wird. Der Aspekt der Freiwilligkeit spielt eine große Rolle. Eine unangenehme Situation, in die man sich freiwillig begibt, ist weniger unangenehm als eine, in die man gedrängt wird (vgl. Herkner, 2001, S. 351).

In dieser Arbeit wird auf die Fremdwahrnehmung nicht näher eingegangen. Infolge werden musiktherapeutische Sichtweisen von Schwabe, Frohne-Hagemann sowie die emotionale Selbstwahrnehmung von Goleman vorgestellt, bevor dieser Kapitelpunkt mit einer für diese Arbeit geltende Definition abgerundet wird.

a. Selbstwahrnehmung – aus musiktherapeutischer Sicht

Die tiefenpsychologisch orientierte Regulative Musiktherapie nach Schwabe und Röhrborn (1996) definierten Selbstwahrnehmung als **ein Vorgang der Selbstbegegnung oder** als **ein Prozess der Sensibilisierung mit sich**. Das innere Auge bzw. die Aufmerksamkeit bewegt sich ohne steuerndes Eingreifen im Wahrnehmungsraum. Dieser besteht aus Körperempfindungen, dem Außenobjekt, dem Beziehungsobjekt Musik, und anderen akustischen Phänomenen sowie Gedanken, Gefühlen und Stimmungen. Die Reaktionen auf das Wahrgenommene sind ebenfalls von Bedeutung (vgl. Schwabe und Röhrborn, 1996, S. 51).

> *„Vor allem das Verfolgen dieser emotional-kognitiven Reaktionen auf Störungen, seien es Außenreize, belastende Gedanken, Erinnerungen oder von besonderer Wichtigkeit – die angstbesetzten und damit nur noch verzerrt wahrgenommenen Symptome, führt als Wahrnehmung zum Bewusstwerden von intrapsychischen Verknüpfungen“* (Schwabe und Röhrborn, 1996, S. 51).

Über die oben beschriebenen Wahrnehmungsvorgänge und die subjektive „Pforte“ gelangen die Wahrnehmungsinhalte in unser Bewusstsein. Verzerrungen, Einschränkung bzw. Verfälschung von Wahrnehmungsinhalten (siehe Kapitel 2.3.5) ist aus tiefenpsychologischer Sicht eng verbunden mit Abwehr - bzw. Verdrängungsimpulsen. Im Besonderen wenn für das Individuum eine teil- oder unbewusst Bedrohung besteht. Selbstbegegnung bedeutet für die Autoren eine zunehmende Positionsveränderung des Individuums gegenüber den eigenen pathologisch verfestigten Erlebnis- und Handlungseinschränkungen. Damit kann eine zunehmende Korrektur im Sinne eines Aufbaus von neuen Erlebnis- und Handlungsmöglichkeiten geschehen. (vgl. Schwabe und Röhrborn, 1996, S. 47)

Eine andere Sichtweise bietet uns die Integrative Musiktherapie nach Frohne-Hagemann (2001), wo Selbstwahrnehmung als leibliche Ganzheit verstanden wird.

Selbstwahrnehmung bedeutet hier **ein Innesein seiner selbst als Leib.** Erst wenn der Körper als einem selbst zugehörig erlebt wird und man der Körper selbst ist, wird er zum Leib. Deshalb spielt hier die Förderung der Sensomotorik eine wesentliche Rolle, die eine „Besinnung zu sich selbst“ leichter ermöglicht, um Wahrnehmungslücken zu schließen. Dadurch wird eine ganzheitliche Erfahrung und Bewusstwerdung des Körpers ermöglicht. Infolge verbessert sich das eigene Körperbild, Körpergefühl und das Selbstgefühl (vgl. Frohne-Hagemann, 2001, S. 34 f.).

Der Leib wird in der Integrativen Musiktherapie als Einheit von Körper, Seele und Geist in seinem Kontext und in seiner Geschichte verstanden. Als lebendiger Organismus, durch den wir wahrnehmen und handeln stellt er das Aufnahmeorgan für unsere Realität dar. Der Leib

gilt als physiologische Basis für die feinsten emotionalen Regungen und kompliziertesten kognitiven Prozesse. Frohne-Hagemann (2001, S. 34) zitiert und verweist oft auf Merleau-Ponty (1966), der den Leib als „totales Sinnesorgan“ betrachtet. Der Leib ist demnach nicht etwas, das man hat, sondern Ausdruck dessen, was man ist.

> *„Jede Wahrnehmung, sei es die Selbstwahrnehmung oder die Fremdwahrnehmung, erfolgt über die Sinne, und diese können nur dann funktionsgerecht entwickelt werden, wenn die eigene Leiblichkeit als Ausgangspunkt betrachtet wird“* (Frohne-Hagemann, 2001, S. 34).

b. emotionale Selbstwahrnehmung

Goleman (1996) beschreibt das beobachtende Ich (Selbst) als Instanz für Selbstwahrnehmung. Das Selbst sollte im gegenwärtigen Moment aufmerksam und nicht urteilend sein. Die Fähigkeit der Selbstwahrnehmung ermöglicht in turbulenten Situationen die Selbstreflexion und Selbstkontrolle zu bewahren und handlungsfähig zu bleiben. Selbstreflexives Wahrnehmen schließt die Erfahrung und Emotionen mit ein. Deshalb spricht Golemann (1996, S. 65 ff.): auch von der emotionalen Selbstwahrnehmung und versteht darunter:

Das Erkennen eines Gefühls, während es auftritt und sich dessen bewusst wird. Die Fähigkeit Gefühle zu beobachten ist entscheidend für psychologische Einsicht sowie das Verstehen seiner selbst. Mit Emotionen auf angemessene Art und Weise umgehen und sie handhaben, ordnet Goleman der emotionalen Intelligenz zu.

Selbstwahrnehmung als Grundlage für Empathie. Je offener wir für unsere eigenen Emotionen sind, desto besser können Gefühle anderer gedeutet werden. Die zunehmende Anerkennung psychotherapeutischer Arbeit zeigt, dass sich Mängel in den emotionalen Fähigkeiten verbessern und beheben lassen.

Goleman (1996) spricht vom emotionalen Denken in Verbindung mit bewussten oder unbewussten Emotionen. Er geht davon aus, dass manche Menschen die Gabe besitzen, **die Stimme des Herzens** oder die Sprache der Emotionen besser zu verstehen. Wie Damasio (1997) schließt Goleman (1996, S. 77) Emotionen, die unterhalb unserer Wahrnehmungsschwelle brodeln mit ein. Die physiologischen Anfänge einer Emotion treten gegebenenfalls eher auf, als das bewusst wahrgenommene Gefühl. Der Autor weist auf Unterschiede in der Selbstwahrnehmung zwischen Mann und Frau hin. Zudem schreibt er von Menschen, welche mehr bemerken und daher ein reicheres Gefühlsleben besitzen, während anderen Individuen Situationen und Ereignisse nicht so extrem und intensiv erleben (ebd. S. 71).

Die bisherigen Erläuterungen werden nun um folgende Bausteine erweitert, welche auch in den Bereich der Selbstwahrnehmung fallen (vgl. Margraf und Maier, 2012; Goleman, 1996; Frohne-Hagemann, 2001):

- Eigene Gefühle, Bedürfnisse und Wünsche äußern;
- Fähigkeit des Ausdrucks- und Kommunikationsverhalten;
- Fähigkeit Zusammenhänge zwischen Gedanken, Gefühlen und Reaktionen zu erkennen;
- Erkennen von Stärken und Schwächen.

In Bezug auf den empirischen Teil dieser Arbeit und unter Berücksichtigung des oben beschriebenen, entstand folgende **Definition**:

Selbstwahrnehmung ist eine, mit oder ohne Aufmerksamkeitslenkung, entstehende Wahrnehmung der eigenen Person in Ihrer Gesamtheit auf verschiedenen Wahrnehmungsebenen. Neben den sensorischen Inhalten sind die Wahrnehmung von Gedanken, Emotionen (Gefühle), Stimmungen (Atmosphären), Reaktionen und Verhaltensweisen, aber auch die Wahrnehmung von eigenen Bedürfnissen und Wünschen Bestandteil der Selbstwahrnehmung. Sie beinhaltet Werte und Einstellungen der eigenen Person und ist mitverantwortlich und relevant für die Persönlichkeitsentwicklung, die Fähigkeit von Selbstreflexion und Empathie.

Selbstwahrnehmung ist grundlegender Wichtigkeit für die psychologische Einsicht und das eigene Wohlbefinden. Deshalb gilt es diese Fähigkeit zu fördern und zu stärken. Es wurde darauf hingewiesen, dass es generell manchen Menschen leichter fällt sich selbst wahrzunehmen, als anderen. Da seien zum einen das Spüren genannt und zum anderen das Erspürte zum Ausdruck zu bringen. Beides erfordert eine differenzierte Wahrnehmung und infolge auch ein entsprechendes Vokabular. Das Erfassen des momentanen Befindens, stellt für manche Menschen eine große Schwierigkeit dar. In der psychosomatischen Medizin verwendet man dafür den Begriff der **Alexithymie**. Das Unvermögen, Gefühle hinreichend oder angemessen wahrzunehmen und zu beschreiben (Häcker und Stapf, 2009) ist oft Anlass für musiktherapeutische Maßnahmen, welche im Kapitel 5 thematisiert werden.

Es wurde deutlich, auf welch vielseitige Art und Weise uns die Sinne zur Verfügung stehen, woran sie beteiligt und für welche Entwicklungen sie verantwortlich sind. Mit schützender Funktion und als Orientierungshilfe in der ständigen Wechselbeziehung zwischen Innenleben und Außenwelt fungieren unsere Sinne als lebenslange Begleiter.

3 Sinnesaktivierung

In diesem Kapitel wird auf die Beteiligung der Sinne im alltäglichen Leben hingewiesen. Nach der Beschreibung von „Aktivierung“, wird der Zusammenhang mit Emotionen, Genussverhalten und dem richtige Maß betrachtet. Vorbereitend für den fachlichen Teil der Musiktherapie schließt das Kapitel mit der philosophischen Bedeutung der Sinne ab.

Aktivierung meint einen Zustand der Erregung des menschlichen Organismus, der durch innere oder äußere Reize hervorgerufen wird. Diese Veränderungen vollziehen sich nicht nur auf der körperlich-motorischen Erlebnisebene, sondern finden auch auf emotionaler, motivationaler und kognitiver Ebene statt. In der therapeutischen Arbeit werden Sinneswahrnehmungen und Ressourcen des Patienten durch unmittelbare Erfahrungen aktiviert (Margraf und Maier, 2012).

Aktivierung (Aktivation): aktivieren, erregen, stimulieren; in Tätigkeit setzen, in Gang bringen, in Schwung bringen, anregen, wirksam machen; **Sensorische Erregung (sensory arousal)** wird im Zusammenhang mit psychophysiologischen Veränderungen verwendet, die durch Reize hervorgerufen werden. (Fröhlich, 2010, S. 48)

Für diese Arbeit meint Sinnesaktivierung zudem: Sensibilisierung, Intensivierung, Anregung zur bewussteren Wahrnehmung unserer Sinnesfähigkeiten (vgl. Abb. 4); Stimulierung von Lust und Unlustempfinden; zu einem gesteigerten Wohlbefinden bewegen und dieses erlebbar machen; die Genussfähigkeit fördern.

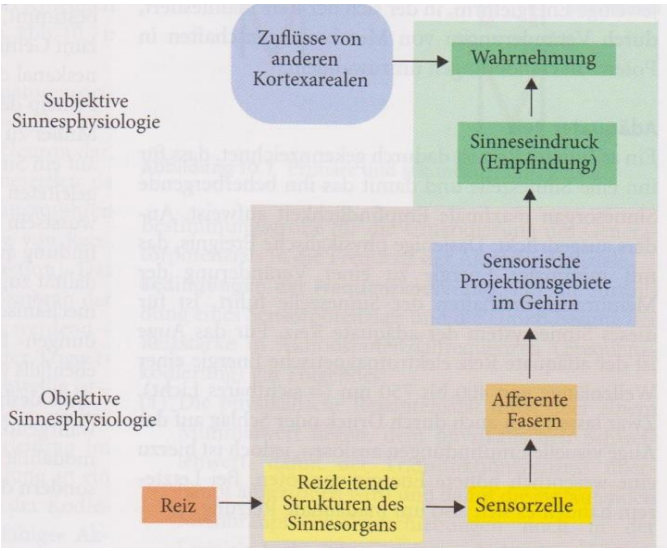


Abbildung 4 Diese Abbildung zeigt ein Ablaufschema des Wahrnehmungsvorgangs. Der rechte untere Teil enthält die Elemente eines Sinneskanals (Schandry, 2011, S. 223).

Nun wird auf das Wort Aktivierung näher eingegangen, um zu verdeutlichen was dabei mit uns Menschen passiert und wie es unser Handeln und Verhalten beeinflusst.

3.1 Aktivierung und ihre Physiologie

In der Medizin und Psychologie spricht man auch von „Arousal“, was Aktivierung oder Steigerung des Erregungszustandes im Zentralnervensystem bedeutet und mit den verschiedenen Wachheitszuständen und Bewusstseinslagen einhergeht (Maderthaner, 2008).

Immer wenn interne oder externe Reize von Bedeutung auf und in uns wirken, erhöht sich das Aktivierungsniveau im ZNS, parallel dazu erfolgt eine Verschärfung der Wahrnehmung, Steigerung der Aufmerksamkeit und eine Intensität der neuronalen Informationsverarbeitung, sowie eine Erhöhung der Reaktionsgeschwindigkeit. Besonders überraschende und vital bedeutsame Ereignisse lösen diesen Vorgang aus und erhöhen die Wahrscheinlichkeit der bewussten Abspeicherung. Vorausgesetzt das Aktivierungsniveau, war nicht zu hoch (Gefahr) oder zu niedrig (Schlaf). Erleichterung, Entspannung und Befriedigung können dem mittleren Aktivierungszustand des Nervensystems zugeordnet werden, wo eine optimale Integration der zuvor erlebten Eindrücke und Handlungen ins Bewusstsein stattfinden kann. (vgl. Maderthaner, 2008, S. 173 f.

Das Tor zum Bewusstsein – Der Thalamus

Alle sensorischen Bahnen, außer die des Geruchs passieren am Weg zum Kortex den Thalamus, welcher als wichtiges Umschaltzentrum fungiert. Dieser sortiert und filtert die sensorischen Informationen, um diese dann an höhere Gehirnstrukturen (siehe Abb. 5) weiterzuleiten. Erst danach findet die bewusste Verarbeitung von Wahrnehmungsinhalten statt (Schandry, 2011, S. 129 f.).

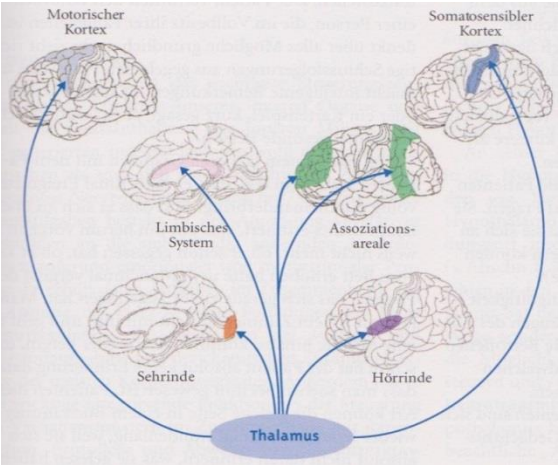


Abbildung 5 Wichtige Verbindungen des Thalamus zu höher gelegenen Gehirnstrukturen (Schandry 2011, S. 129).

Die Bewertung erfolgt durch das Limbische System

Die Einstellung eines positiven oder negativen Gefühls zum Erlebnis erfolgt im Limbischen System, auch als emotionales Gehirn bezeichnet. Es reguliert, ob der Zustand aufrecht bleibt, fortgesetzt, wiederholt, verändert oder in Zukunft vermieden wird. Hier erfolgt die dauerhafte Einprägung von Erlebnissen und Wissensinhalten, wie sie von Damasio (1997) und Spitzer (2009) beschrieben wurden (siehe Kapitel 2.3.4.1).

Der Aktivierungszustand fließt bei der Bewertung mit ein. Langeweile (zu niedrig) oder Stress (zu hoch) werden negativ erlebt, während sich in der goldenen Mitte, positive Emotionen und Stimmungen einstellen können und mit Interesse, Motivation und Unternehmungslust einhergeht. Bei Aha- oder Erfolgserlebnissen wird das Belohnungszentrum im Limbischen System angeregt. Infolge ermöglicht dies eine bessere Integration des Erlebnisses, was sich in den Neuronenverbindungen im ZNS niederschlagen kann. (vgl. Maderthaner, 2008, S. 174-178)

Kortikale Reorganisation

Ein bewusster Umgang mit der Sinneswahrnehmung ist förderlich, da lebenslang Neuverdrahtungen und Neubahnungen im ZNS möglich sind (Hüther, 2004). Reorganisationen können eine Verbesserung von Fertigkeiten oder bestimmten Wahrnehmungsleistungen ermöglichen. Diese Prozesse sind abhängig von der jeweiligen Gehirnaktivität und Erfahrung. Bei folgenden Sinnesmodalitäten (somatosensorisch, auditiv, visuell, motorisch) wurde Reorganisation nachgewiesen. Die Reorganisation ist allerdings gekoppelt an Motivation, Aktivität und Wiederholung (vgl. Elbert und Rockstroh, 2012).

3.2 Die Sinne und Emotionen

Bei Gefühlen bzw. Emotionen handelt es sich um eine Interaktion zwischen Informationen aus der Umwelt, von einem Selbst und kognitiven, physiologischen sowie motorischen Effekten (vgl. Maderthaner, 2008, S. 299). Zum besseren Verständnis sollen diese drei Begriffe (Stimmung, Emotion, Affekt) kurz erklärt werden. Das Wort „Gefühl“ wird in der Alltagssprache oft synonym verwendet, zudem werden uns Emotionen bzw. Gefühle fortan noch oft begegnen.

Emotionen sind komplexe, biologische, soziale und kulturelle Interaktionen und Reaktionen menschlichen Verhaltens. **Stimmung** meint eine diffuse, doch kennzeichnende Grundtönung eines Erlebnisses oder eine Befindlichkeit über eine gewisse Zeit. **Affekte** sind meist spontan, heftig und durch äußere Anlässe ausgelöst. *„Stimmungen unterscheiden sich von Emotionen durch ihre längere Dauer und geringere affektive Intensität“* (Rittner, 2009, S. 497).

Abhängig von der Situation, in der die Wahrnehmung stattfindet, sind das Erlebnis und die damit einhergehende Erfahrung ein Produkt aus den sinnlichen Eindrücken, die wahrgenommen, organisiert und interpretiert werden. Gekoppelt an Erfahrungsinhalten, Motivation und Erwartung entsteht die Wahrnehmung, welche sich in Gedanken, Emotionen und im Verhalten niederschlägt. Das trifft auch für die Wahrnehmung und Emotionen anderer Individuen zu. Die soziale Fähigkeit mit anderen mitfühlen zu können, setzt voraus sich selbst bewusst zu erleben und zu spüren. Erst dadurch kann emotionales Verhalten im

Kontext eingeordnet und kontrolliert werden. (vgl. Adolphs und Ackermann, 2012). Ein entsprechendes soziales Verhalten und Handeln nach eigenen Gefühlen und Bedürfnissen erweist sich als weitere Lebensherausforderung.

Aufgrund **unterschiedlicher Wegen von Emotionen** tritt bewusstes oder unbewusstes Verhalten auf. Beispielshaft lassen sich Sympathien, Abneigungen, Phobien (Ängste) und Stressreaktionen als unbewusstes Verhalten nennen. Komplexe Emotionen werden durchs Denken (Interpretationen, Erinnerungen und Erwartungen) stark beeinflusst (vgl. Goleman, 1996, S.368 f.).

Um den Bogen zur Musiktherapie zu spannen, verweise ich auf den Musiktherapeut Thomas Wosch (2004), welcher sich mit Emotion in aktiver und rezeptiver Musiktherapie ausführlich beschäftigt hat. Er lehnt sich an zwei Definitionen der aktuellen Emotionspsychologie an, jene von Scherer (1990) und Izard (1994).

Einerseits wird Emotion als Komplex, bestehend aus universellen phänomenologischen, neurophysiologischen und neuromuskulären Komponenten, sowie als grundlegende Motivation menschlichen Verhaltens angesehen.
Andererseits sieht man Emotion als Komplex leib-seelischer Zuständlichkeit, Widererfahrnis, Berührtsein und einer Beziehungskomponente sowie vor allem als personenzentriertes Phänomen (vgl. Wosch, 2004, S. 250 f.).

Die phänomenologische Sichtweise ist im deutschsprachigen Musiktherapieraum weitverbreitet. In der Forschung werden jedoch zunehmend mehrere Aspekte berücksichtigt. Als Beispiel sei hier das Verständnis von Resonanz angeführt, wo bisheriges einfließt und einen Ausblick für noch folgendes bietet.

3.3 Resonanz - die feine Art von Sinnesaktivierung

Um **musiktherapeutisches Vokabular** hinzuzufügen, dürfen folgende Bezeichnungen nicht fehlen: berühren, schwingen, in Schwingung versetzen, etwas zum Klingen bringen, anklingen lassen, in Resonanz bringen bzw. kommen, einstimmen, abstimmen, anstimmen, Anklang finden, Anklang fühlen.

Barbara Gindl (2002) widmete sich dem Thema Resonanz mit ihrem Buch „Anklang, die Resonanz der Seele“ und beschreibt Anklang bzw. Resonanz, als ein *„transverbales Phänomen, in dem letztendlich ein Geheimnis des Angerührt-Werdens zum Ausdruck kommt“* (ebd. S. 17). Dort, wo es sich um phänomenologisches, atmosphärisches und emotionales Wahrnehmen handelt, sind jene Bereiche die durch die Musiktherapie berührt, angeregt und aktiviert werden können.

Dem Körper als Instrument liegt Resonanzfähigkeit zugrunde. In der Musiktherapie liegt für Gindl (2002) der aktive Einbezug des Körpers und Körperarbeit nahe und ist evident. Für die Autorin sind diese Resonanzerfahrungen zentral für leib-seelische Schwingungsfähigkeit, Einfühlung, Verstehen, Empathie, Teilhabe am Leben und dem Gefühl des Lebendig Seins. Ihrer Erfahrung nach zeigt es sich häufig in veränderten Körperempfindungen.

> *„Es wird uns warm oder läuft uns kalt den Rücken hinunter, das Gefühl des Durchströmt-Werdens kann sich einstellen, ein inneres Zittern, Kribbeln erfasst uns, wir werden hellwach, und unsere Sinne, aber auch unser Vegetativum sind angeregt, in Hochspannung; auf neuromuskulärer, auf hirnphysiologischer, selbst auf zellulärer Ebene schlägt sich diese Erregung nieder“* (Gindl, 2002, S. 81).

Gindl (2002, S. 30) versteht Resonanz im doppelten Sinne:

(1.) als **physikalisch-akustische Resonanz**, was das Mitschwingen eines Körpers beim Erklingen seines Eigentones meint.
(2.) als **emotionale Resonanz**, worunter das Mitansprechen von Gefühlen bzw. der Widerhall, der im anderen Menschen ausgelöst wird, gemeint ist. Jene umfassen vor allem auch leibliche, emotionale, kognitive, transpersonale und energetische Schwingungsprozesse. Sie ist nur von innen und nicht von außen erfahrbar, mitteilbar und wirksam.

Es handelt sich also um eine Kombination aus der Vermittlung von Sinneswahrnehmungen und dem entsprechendem Bewusstsein. Der Arzt, Therapeut und Musiker Rolf Verres (2010, S. 58) unterscheidet den Begriff Resonanz deshalb in dreierlei Hinsicht:

(1.) Resonanz zwischen Leib und Seele
(2.) Resonanz zwischen Mensch und Mensch
(3.) Resonanz zwischen Mensch und Umwelt

Emotionale Resonanzprozesse umfassen leibliche, emotionale, kognitive, transpersonale und energetische Schwingungsprozesse. Diese Erfahrungen, weil sie an emotionale Zentren anknüpfen, aktivieren neue Bahnungsprozesse im Gehirn, die tiefgreifend und nachhaltig verankert werden, weil sie im emotionalen Gedächtnis gespeichert sind (vgl. Hüther, 2004).

Im Organismus der eigenen Person, im zwischenmenschlichen Geschehen oder in Beziehung mit der Umwelt können die Sinne nicht nur zu einem reichhaltigeren Gefühlsleben sondern auch zum Genussleben beitragen.

3.4 Zur Bedeutung der Sinne bei Genuss

Die meisten Menschen schöpfen bei weitem das Potential der Sinnesfähigkeiten nicht aus. Die Bedeutung des Genießens, das Auskosten und Verweilen im Moment nimmt in der schnelllebigen Zeit rasant zu. Auch das Genusserlebnis resultiert aus der sinnlichen Wahrnehmung.

Beate Handler (2012) entwickelte das Konzept des „Genusstraining – Mit allen Sinnen leben“, was m. E. darauf hinweist, dass eine Verarmung der Genussfähigkeit besonders in der westlichen Zivilisation zunimmt. In der Arbeit mit psychosomatischen Patienten beschreibt Handler (2012, S. 24) das Genusstraining als *„eine Anleitung zur Wahrnehmungsdifferenzierung, Aufmerksamkeitsfokussierung und zum Wiederentdecken und -erforschen der einzelnen Sinne“*. Vordergründig stehen die fünf Sinne. Zusätzlich spricht Handler (2012) die Sinnesfähigkeit des Geistes ins Spiel (siehe Kapitel 2.1.1) an, worauf bei Steiners und Königs Sinneseinteilung bereits hingewiesen wurde. Erkenntnissinne (Wort-, Gedanken- und Ichsinn) sind nach Handler vorrangig den intellektuellen Genüssen zuzuordnen. Diese Genussmomente unterliegen einem mental aktiven Prozess, von Tagträumen bis zur anregenden Diskussion.

Neben den altbekannten Genussinseln Lesen und Filmsehen fallen für Handler (2012, S. 180) Wissenschaften, Forschung, Kunst, Kultur, Spiel, Sport, manuelle Arbeit, geistige Arbeit, Kommunikation, Lernen in den Bereich der geistigen Genüssen. Wie schon angemerkt, geht es um ein richtiges Maß. Dieses bzw. optimale Bedingungen dafür vorzufinden ist keine Selbstverständlichkeit, wovon die nächsten Kapitelpunkte handeln.

3.5 Reizüberflutung

Vorweg muss gesagt werden, dass die Schwelle der Reizüberflutung individuell sehr verschieden. So liegt die Schwelle bei sensiblen Menschen deutlich niedriger. Zum Beispiel können sich manche bei Lärm noch konzentrieren, anderen ist dies unmöglich. Ein Zuviel beginnt, wenn die Wahrnehmung ihre auswählenden Leistungen der selektiven Aufmerksamkeit und Ausfilterung nicht mehr ausreichend erbringt. Dann fühlt man sich dem Reizübermaß ausgeliefert (vgl. Brockhaus 2009).

Definition: Reizüberflutung (flooding) meint eine Überfülle an Eindrücken, die die Fähigkeit des Betreffenden, Sinnesreize auszuwählen und zu verarbeiten, überschreitet (Brockhaus, 2009).

Tagtäglich sind die menschlichen Sinnesorgane mit unzählig verschiedenen Eindrücken konfrontiert werden, sodass wir oft unbewusst einer Reizüberflutung ausgesetzt sind. Oberegelsbacher (2005) spricht von einer Abwehr der Stille im öffentlichen und privaten

Raum, in Form von *„akustischer Vermüllung“*, aber man könnte generell von tönender Umweltverschmutzung sprechen, die sich auch im klinischen Aufenthalt wiederfinden lässt (ebd. S. 7). Das Tempo unserer heutigen Welt bringt Beschleunigung und Informationsflut mit sich, dass die Sinne nicht zur Ruhe kommen lassen, um ein Gleichgewicht zu erhalten (vgl. Koisser, 2007).

Nach Beobachtungen von Dr. Georg Wögerbauer, Arzt für Allgemeinmedizin und psychosomatische Medizin sehnen sich heutzutage viele Menschen nach Ruhe, als etwas wo wesentliches wieder hör- und erlebbar wird. Eine Stille, die einem ermöglicht sich selbst zu begegnen bzw. sich selbst mit allen Sinnen wahrzunehmen. Wie Goleman (1996) schreibt Dr. Wögerbauer von der Stimme des Herzens. Die Sehnsucht nach Stille, wo das Herz und seine Sprache wahrgenommen und verstanden wird, birgt für Patienten die Hoffnung wieder zu einer bewussteren Lebensgestaltung zu gelangen (in Koisser, 2007, S. 73-76).

Unser Gehirn besitzt ursprünglich die Fähigkeit irrelevante sensorische Empfindungen auszufiltern. Wenn sich das allerdings zum Dauerzustand manifestiert, besteht die Gefahr einer Wahrnehmungsabstumpfung. Ein Spiegelbild dessen hält uns die Wirtschaftshand der Werbung vor. Das auf multisensorische und kreativste Art gestaltete Marketing umfasst psychologisch lockende Eindrücke und „Reize“, denen wir uns zum Teil gar nicht entziehen können und denen wir unbewusst ausgeliefert sind (Sutrich, 2003).

3.6 Reizverarmung

Bei Entzug von abwechslungsreichen Umgebungsreizen, extremer Monotonie, der Aufenthalt in einem licht- und schallisolierten Raum und bei Zwang zur Untätigkeit reagiert unser lebender Organismus mit Mattigkeit und Reizhunger. Geschieht dies über einen längeren Zeitraum führt dies zur Abnahme bis hin zum Verlust der Leistungsfähigkeit, Selbstkontrolle, Willenslosigkeit. Auch veränderte Bewusstseinszustände (Halluzinationen) können infolge auftreten. Deshalb setzt man dies leider immer noch als Methode für Folter und der Gehirnwäsche ein (Fröhlich, 2010; Brockhaus, 2009).

Deprivation (Beraubung, Entziehung) ist ein Mangelzustand infolge von fehlender oder unzureichender Befriedigung von biologischen und/oder psychischen Grundbedürfnissen (Brockhaus, 2009).

Reizverarmung oder sensorische Deprivation meint den Mangel an Außenreizen (Folter) aber auch den Mangel an Sinneswahrnehmungen meinen. Letztere entstehen nach Riedel (2007) durch chronische Überforderung der Lebensbewältigung oder infolge von Traumatisierungen, wie sexuelle Übergriffe, Vergewaltigung, körperliche Gewaltanwendung. Zudem spielt die psychische Gewalt ebenfalls eine Rolle wie bei Opfern

ständiger Demütigung und Mobbing. Dadurch wird die Lebensqualität erheblich beeinträchtigt, emotionales Erleben blockiert sowie die Erfahrung von Sinn im Blick auf das eigene Leben, aber auch auf das Leben überhaupt erschwert (Riedel, 2007, S. 17).

Es stellt sich der Autorin dieser Arbeit die Frage, ob nicht auch die Auswirkungen unserer Konsumgesellschaft zur Sinnesverarmung beitragen. Die exterozeptiven Sinne erlangen überhand, kombiniert mit alltäglichen Zeit- und Leistungsdrucks rücken die interozeptiven Sinne automatisch in den Hintergrund. Dies schließt die Selbstwahrnehmungsfähigkeit mit ein, womöglich auch eine Folge von Zeitmangel und fehlender Selbstfürsorge. Der Dienstleistungssektor nimmt sich mit zunehmendem Engagement und Angeboten um unser Wohlbefinden an. Jedoch wird eine starke Tendenz erkennbar, dass unsere Sinne oft nur mehr oberflächlich benutzt werden. Durch ein mangelndes Sinnesbewusstsein können diese in der Gegenwart leichter missbraucht werden (vgl. zur Lippe, 2007, S. 94). Die Sehnsucht nach Wohlbefinden nimmt zu, allerdings kann die rasche Befriedigung, ohne sich selbst zu begegnen, trügerisch und kurzfristig sein. Die aktuelle Herausforderung für das Individuum besteht darin, mit seinen Sinnen in seinem Sinne zu leben, um sich nachhaltig und längerfristig wohlzufühlen (Koisser, 2007, S. 49 f.).

3.7 Über die Sinne zum Sinn

Die menschliche Vorstellungskraft kann als besondere Ressource angesehen werden. Sie ist unmittelbar an die Sinneswahrnehmung gekoppelt, deshalb wird ein erfahrungsgesättigtes Leben meist auch als sinnvoll erlebt. Wenn man allerdings im abstrakten Denken und einem erfahrungsarmen Wissen verweilt, *„findet eine Enteignung der Sinne statt“* (Kast, 2007, S. 8) Deshalb erscheint es als sinnvoll, sich den Sinnen wieder verstärkt zuzuwenden. Als meist gegenwärtig schätzen wir sie oft leider erst, wenn sie uns abhandenkommen. Zudem besteht zwischen den Sinnen und dem Erleben von Sinn ein direkter Zusammenhang. Wenn all unsere Sinne belebt sind, wird eher selten nach dem Sinn des Lebens gefragt, sondern die Fülle des Lebens kann sich uns offenbaren (vgl. Kast, 2007).

Eine stärkere Miteinbeziehung der Sinne bringt uns dem Sinnenbewusstsein (Lippe, 2007) wieder näher. Mit dem Wiedererlangen dieses Sinnenbewusstseins geht auch eine wachsende Wertschätzung einher. Rudolf Prinz zur Lippe (2007) betont, dass unsere Sinne als Organe im *„In-Beziehung-Setzen“* fungieren (ebd. S. 96) und verweist auf die *„Verbindung und die Wechselwirkung zwischen den Sinnesorganen, der Wahrnehmung, der Denkweise sowie der Lebensform“* (ebd. S. 104). Lippes Anliegen entspricht der Wiederentdeckung des Leibes als Einheit und mit all seinen Sinnen, vor allem in der westlichen Zivilisation. Dies entspricht dem „Leib als totales Sinnesorgan“ von Merleau-Ponty (1966). Auch in der Integrativen Therapie nach Petzold werden die Sinne als

Werkzeuge zur ganzheitlichen Erkenntnis von Sinn verstanden werden (Hausmann und Neddermeyer, 2011).

Neben dem körperlichen Erleben regt auch das Erleben von Farben, Musik und kräftigen Geschmacks- und Dufterlebnissen an und lassen Lebensgeister erneut erwachen. Für Riedel (2007) hängen zudem Freudenerfahrungen eng mit Sinneserfahrungen zusammen und als solche sind sie nahe der Sinn-Erfahrung. Emotionen auf sicherem Weg zu erreichen, führe über das sinnenhafte Erlebnis. So können Vorstellungen/Imaginationen, die bereits vieles zur positiven Veränderung beitragen. Selbst um Träume nachvollziehbar erzählen zu können, bedarf es laut Autorin einer Öffnung aller Sinneskanäle (Riedel, 2007, S. 25). Alle Erkenntnis entspringt aus den Empfindungen und deren Reflexion. Somit bilden Sinne mit den Empfindungen die Vorratskammer, aus welchem der Verstand schöpft, da alle Erfahrung und Wissen wieder auf äußere und innere Erlebnisse zurückzuführen sind (ebd. S. 29).

Ingrid Riedel (2007) schreibt von der therapeutischen Relevanz der Sinneserfahrung. Bei Patienten, welche von ihrer Gefühlswelt abgeschnitten sind, lohnt es sich *„bei der Erweckung der Sinneswahrnehmungen anzusetzen“* um die umgebende Wirklichkeit und sich selbst langsam wieder wahrzunehmen (Riedel, 2007, S. 18). Die Musiktherapie, in dieser Arbeit als multisensorische Therapieform betrachtet, findet einen direkteren Zugang zu transsensorischen Ebenen und sinnlichen Gewahrsein, als über das Wort möglich ist.

Dort wo dem Wort Türen versperrt sind, findet die Musik Wege um diese zu öffnen.

4 Musiktherapie

In der Musiktherapie öffnet sich ein Universum an sinnlichen Wahrnehmungen. Die Bedeutung der Sinne im Behandlungsprozess leitet dieses Kapitel ein. Anschließend wird auf Musiktherapie und ihre Methoden eingegangen. Die Sinnesvielfalt der Musiktherapie wird am Ende dieses Kapitels um phänomenologische Aspekte und musikalische Qualitäten erweitert, die ebenso heilende Wirkungen erzielen.

Die Evidence-based Medicine kann allerdings nur einen Teil der therapeutischen Wirkungen erfassen, nicht zuletzt, da die personale Beziehung zwischen Therapeut und Patient nicht berücksichtigt oder auch als störend ausgeschaltet wird. Peter Petersen und Rosemarie Tüpker kritisieren in der künstlerischen Therapie eine Forschung, welche sich ausschließlich auf *„abstrakte Leitlinien-Normen beschränkte High-Tech-Medizin“* (Petersen, 2011, S. 14) beschränkt. Deshalb regt er zu Forschungsmethoden an, welche die Sinnenfülle und den Aspekt der Beziehung in der differenzierten Heilkunde mitberücksichtigen. Petersen (2011) appelliert zur Besinnung auf die eigenen Quellen im therapeutischen Prozess, sowie an eine Erweiterung des Wahrnehmungsspektrums über den dominierenden Sehsinn hinaus.

4.1 Sinne in der Heil-Kunst

Die Intensivierung der Sinneswahrnehmung beschreibt Petersen (1994) als einen wichtigen und fundamentalen Aspekt in der Heil-Kunst. Der Autor setzt sich schon seit langer Zeit mit den künstlerischen Therapien und ihrer heilsamen Wirkung auseinander. Ästhetisches Bewusstsein kann in der Heil-Kunst zur Neubelebung der Sinne führen (Petersen, 1994). Alle Sinneswahrnehmungen, die Wahrnehmung von Gestalten (Ganzheiten) und die Wahrnehmung der eigenen Person werden miteingeschlossen. Damit will er einen Gegenpol zur modernen Medizin darstellen, in der die Sinne teilweise immer noch verdrängt und vernachlässigt werden.

Als Paradebeispiele von sinnes- und leibfeindlicher Medizin, die mit einer sinnlichen Abstumpfung einhergeht, lassen sich die oftmals zu schnell verabreichte und stets wachsende medikamentöse Behandlung sowie sämtliche Eingriffe zur Symptombehandlung nennen. Als Hauptziel wird die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit verfolgt. Durch heutige Zeitnot leidet die Qualität des Arzt-Patienten-Gesprächs. Der heilsame Aspekt einer guten Arzt-Patienten-Beziehung gerät in den Hintergrund. Auch ein Auskurieren in Form von erholsamer „Auszeit“ ist oftmals nicht möglich, gleichbedeutend einer gewinnbringende Zeit für sich, in der Selbstheilungskräfte aktiv und das Kranksein angenommen werden kann. (vgl. Petersen, 1994)

Die Chance für eine Weiterentwicklung der Persönlichkeit wird oftmals außer Acht gelassen. Petersen (1994) weist ausdrücklich darauf hin, dass für die Heil-Kunst und sein integrales Konzept für Psychotherapie und Psychosomatik drei fundamentale Kriterien zusammenwirken müssen: (1.) der therapeutische Dialog als Zwiegespräch; (2.) ein akzeptiertes Kranksein im therapeutischen Prozess, das einer möglichen Wandlung, im Sinne eines Annehmens und Bewältigens der Krankheit sowie (3.) die Intensivierung der Wahrnehmung.

Petersen (2009) greift dabei auch auf neuere Anthropologen (Merleau-Ponty, 1966; Straus, 1976) zurück, die unter Wahrnehmung einen aktiven Vorgang verstehen, ausgehend von der Leib- und Sinneserfahrung als ganzheitlichen Prozess. Verglichen mit Kapitel 2.1.1 (Einteilung der Sinne) wird eine Kombination aus Steiners bzw. Königs und Auers Darstellung erkennbar. So zählen neben der Wahrnehmung von *„Getast, Gleichgewicht, Koenästhesie (Leibinnenwahrnehmung), Bewegung, Geruch, Geschmack, Gehör und Sehsinn“* nach neueren Konzepten auch:

- der **Gestaltsinn** (Wahrnehmung von Ganzheiten aus der Gestaltpsychologie),
- der **Bedeutungssinn** (Wahrnehmung für die Sinnhaftigkeit und Bedeutung eines Vorganges),
- sowie der **Personsinn** (unmittelbare Wahrnehmung einer Person sowie einer individuellen Stilbildung z.B. in der Kunst oder in der Improvisation) dazu (Petersen, 2009, S. 457).

Diese neue Gliederung soll als Beispiel dienen, wie der jahrhunderte lange Dualismus (Trennung von Leib und Seele) aufgehoben werden kann. Dies ist für das Konzept künstlerischer Therapien, wie die Musiktherapie von wesentlicher Bedeutung. *„Personsein, Bedeutung und Gestalt sind der unmittelbaren und spezifischen Wahrnehmung zugänglich“* und die Sinneswahrnehmung erlangt in seinem Sinne eine neue tiefsinnigere Bedeutung (ebd. S. 458).

Die bahnbrechenden Erkenntnisse von Stern (1992) zeigen, dass die frühkindliche Entwicklung noch auf einer ganzheitlichen Wahrnehmung basiert. Das bewusste Erleben einer solchen geht allerdings meist vollständig verloren, *„wenn das Kind in die rationale, fragmentierende Erwachsenenwahrnehmung hineinwächst“* (Petersen, 2009, S. 458). Die Musiktherapie (eine Form der künstlerischen Therapien) kann diese ganzheitliche Erfahrungsmöglichkeit wiedergegeben. Das Medium Musik findet leichter Zugang zu dieser Ebene, als das gesprochene Wort (vgl. Stern, 1992).

Im Speziellen erreicht Musik jeden Menschen und hat eine angenehme oder auch unangenehme Reaktion zur Folge, welche durch die unbewussten nonverbalen Kommunikationssignale erkannt werden können. Als solche gelten der Gesichtsausdruck,

Gesten, Körperhaltungen sowie Körperbewegungen oder auch Sprachmelodie. Es können durch die Sprechstimme emotionale Körpersignale erkannt werden, ohne das Gesicht zu sehen, weil sie den emotionalen Gesichtsausdrücken ähneln (Giese und Gelder, 2012, S. 480).

Diese Erkenntnis decken sich mit der anthroposophischen Beschreibung des Lebens- bzw. Vitalsinns, wie sie bei der Einteilung der Sinne vorweggenommen wurde (siehe Kapitel 2.1.1). Für das Gegenüber wird sichtbar, wie es um das Wohlbefinden des Patienten steht, da sich die Befindlichkeit eines Menschen, in Stimme sowie in mimischen und körperlichen Regungen ausdrückt.

Das Wohlbefinden kann durchaus als regenerativer Zustand betrachtet werden, der Selbstheilungskräfte in Gang setzt. Dieses Befinden ist gekoppelt an das Gefühl einer Einheit aus Körper-, Geist- und Seele. Genau genommen kann dieser Zustand über das vegetative Nervensystem und die somatosensorische Wahrnehmung in Form von An- oder Entspannung erlebt werden. Die Sinne sind wie schon oben beschrieben unsere ständigen Begleiter, auch in psychischen Prozessen.

Die Musiktherapie stellt Zeit und einen geschützten Raum zur Verfügung, um Gefühle wieder besser wahrnehmen zu können, sich zu erinnern, diese zu integrieren und auch auszudrücken. Der Mensch kann in diesem geschützten Übungsfeld Neues ausprobieren, neue Erfahrungen sammeln, neue Verbindungen knüpfen, sich an altbekanntes erinnern oder auch verlernte Fähigkeiten oder verborgene Ressourcen (re)aktivieren. Es wird die Möglichkeit geboten, sich selbstwirksam zu erleben. Erst dadurch können viele Patienten wieder eigene Bedürfnisse wahrnehmen, auf sie ein- und ihnen nachgehen. Es wird mitunter deutlich, warum die Stärkung des Selbstwerts, sowie die Förderung der Selbstwahrnehmung ein so häufiges Therapieziel darstellt.

4.2 Definition Musiktherapie

> *„Musiktherapie ist die gezielte Verwendung des Mediums Musik oder seiner Elemente zu therapeutischen Zwecken. Sie ist immer in eine bewusst gestaltete therapeutische Beziehung eingebunden und verwendet nicht sprachliche und sprachliche Kommunikation sowie psychologische Mittel und Techniken.*
> *Musiktherapie wendet sich an Menschen mit Leidenszuständen, Verhaltensstörungen und Entwicklungsrückständen, um an Wiederherstellung, Erhaltung oder Verbesserung von seelischer, geistiger und körperlicher Gesundheit mitzuwirken“* (Oberegelsbacher, 2004; in Oberegelsbacher, 2008, S. 18).

Die besondere Qualität liegt darin, dass die Musiktherapie einen präverbalen (vorsprachlichen) bzw. extraverbalen (außerhalb der Sprache liegende Kommunikationsaspekte), sprich einen emotionsbetonten Zugang zu Menschen mit unterschiedlichsten Störungen in jedem Lebensalter erreichen kann (vgl. ebd. 2008).

4.3 Musiktherapeutische Methoden und Techniken

Prinzipiell wird zum einen zwischen aktiver und rezeptiver Musiktherapie, zum anderen zwischen Einzel- und Gruppentherapie unterschieden.

Innerhalb der Musiktherapie Einheit gibt es je nach Situation auch verbale Gesprächsanteile. Neben einer verbalen Einstimmung, die Anleitung oder Einführung der musiktherapeutischen Angebote, oder einem Austausch des Erlebten nach einer Improvisation, nimmt auch das therapeutische Gespräch in der Musiktherapie Platz ein. Das Angebot einer verbalen Aufarbeitung (Reflexion) der wahrgenommenen Inhalte ist Teil davon. Zum therapeutischen Gespräch zählt zudem die Informationssammlung (allgemeine und anamnestische Fakten), sowie das Nachfragen, um die Persönlichkeit des Patienten besser kennen zu lernen. Neben den musikalischen Interaktionen stellt auch das Gespräch für den Patienten ein Mittel zur Persönlichkeitsänderung dar. (vgl. Timmermann, 2008)

Bei **Aktiver Musiktherapie** ist der Patient in der Musiktherapie selbst mit Instrumenten oder mit seiner Stimme beteiligt und musiziert. Meistens spielt der Therapeut mit. Gleichzeitig beinhaltet aber jede aktive Musiktherapie auch das Rezeptive, *„weil Musik nur entstehen kann, wenn man zuhört, hinhört und sich auf das Erleben einlässt“* (Frohne-Hagemann, 2004, S. 8).

Rezeptive Musiktherapie meint, dass der Therapeut den musizierenden Part im Dienste des Patienten übernimmt. Der Patient hört zu, hört hin, nimmt auf. Er empfängt sinnlich. Die Musiktherapie ermöglicht einen Raum für ein nach innen gerichtetes Hinhorchen, Hinschauen und Hinspüren. In diesem Klangraum kann der Patient mit sich selbst in Kontakt kommen. Es geht dabei nicht um die direkte Konfrontation, sondern um eine Bezogenheitserfahrung. Durch die Präsenz des Therapeuten soll dem Patienten das Gefühl von Grundvertrauen und Halten vermitteln werden. (vgl. Timmermann, 2008)

Dies kann erfolgen durch ausgewählte Musik von Tonträgern, in seltenen Fällen durch „live“ vorgespielte ausgewählte Musikstücke oder in Form eines **„Für-Spiels“** (Timmermann, 2008). Bei letzterem singt oder spielt der Therapeut für den Patienten Musik die er meist im Moment erfindet bzw. improvisiert. Der Beziehungsaspekt spielt hier eine größere Rolle, als eine medikamentöse Musikwirkung. Je nach musikalischer Strukturen, sowie Befindlichkeit und Bedürfnis des Patienten hat die Musik eher aktivierende (ergotrope) oder eher

beruhigende (trophotrope) Wirkung. Die Anwesenheit des Therapeuten und die therapeutische Beziehung nehmen darauf Einfluss. Darin liegt der Unterschied zur funktionellen Musik, wie sie im Alltag eingesetzt wird. (vgl. Timmermann, 2008)

In einer **Einstimmung**, die als wesentlicher Bestandteil gilt und der Musik vorausgeht, erlebt der Patient einen Moment der Stille. Durch eine Fokussierung auf die eigene Wahrnehmung (Atem, Körper, Klang, seelische Befindlichkeit usw.) wird der Patient auf das Hören vorbereitet. Insofern kann die rezeptive Musiktherapie nicht als passiv bezeichnet werden, da sich der Rezipient auf das Hören einlässt und in seiner Wahrnehmung aktiv ist, wenn ihm innerliche Aktivitäten in Form von körperlichen Wahrnehmungen, Gedanken, Erinnerungen, Assoziationen, Imaginationen, Emotionen begegnen. (vgl. Timmermann, 2008)

Mischformen:
Mischform meint eine Kombination von aktiver und rezeptiver Musiktherapie innerhalb einer therapeutischen Einheit. Im musiktherapeutischen Praxisfeld kommt dies sogar relativ häufig vor. Der Therapeut geht mit einer entsprechenden Offenheit und Flexibilität auf die Bedürfnisse des Patienten im Moment ein und interveniert daher mit aktiven als auch mit rezeptiven Musiktherapieangeboten. Heutzutage arbeiten eher weniger Therapeuten ausschließlich aktiv oder rezeptiv. Prof. Dr. Thomas Stegemann bestätigt dies in einer persönlichen Mitteilung, da er im Zuge einer noch unveröffentlichten wissenschaftlichen Untersuchung zu dieser Erkenntnis kam.

Musiktherapeutisches, multimodales Vorgehen kann übend, konfliktzentriert, erlebniszentriert oder werkzentriert sein, was von der jeweiligen Zielsetzung abhängt. Es werden im Anschluss nur die beiden letzteren näher beschrieben. Im therapeutischen Prozess finden allerdings direkte Übergänge oder auch Überschneidungen statt. Wenn im schöpferischen Prozess ein Werk bzw. eine Gestalt z.B. in Form eines Liedes entsteht, fällt das in den Bereich einer werkzentrierten Arbeitsweise (vgl. Lutz Hochreutener, 2011).

Unter erlebniszentriertem Vorgehen versteht man eine Erweiterung des Erlebnishorizontes und Ergänzung der Sicht-, Fühl- und Verhaltensweisen. *„Es geht um das Lernen, in Beziehung zu treten zu dem, was zu einem möglichen Erlebnis werden kann, und dies kann […] die Natur, die Arbeit, der Mitmensch oder der eigene Leib sein“* (Frohne-Hagemann, 2001, S. 86). Musik ermöglicht dabei eine besondere Seinserfahrung, da sie, wie wir bereits wissen, unmittelbar auf uns wirkt. Es werden Gefühle geweckt, Assoziationen und Verhaltensweisen durch Musik aktiviert. Sie ermöglicht uns aber auch die Erfahrung eines *„Zwischenraumes, in welchem Innen und Außen, Traum und Wirklichkeit, […] ausgeglichen sind“* (vgl. Frohne-Hagemann, 2001, S. 86).

Die Musik wirkt dabei entweder von außen nach innen, von innen nach außen oder wechselseitig und **übernimmt folgende verschiedene Funktionen** (Lutz Hochreutener, 2011, S. 70):

- **Eindruck** (z.B. zur Stimulation, Aktivierung, Beruhigung, Entspannung, Erlebnisintensivierung);
- schöpferischer **Ausdruck** von inneren Befindlichkeiten bis hin zur Katharsis (vom Einhüllen, weil das Bedürfnis nach Schutz vorherrschend ist, bis zur sensomotorischen Auseinandersetzung oder auch Selbstverstärkung);
- **Kommunikation** zur Beziehungsgestaltung, in der Resonanzerleben oder soziokulturelle Faktoren miteinbezogen werden.

Musiktherapeutische Interventionen sind gegenüber dem Patienten abgestimmte Verhaltensweisen des Therapeuten, mit dem Ziel entwicklungsförderliche Prozesse anzuregen, etwas in Gang zu halten bzw. zu vertiefen. Sie können als verbale, rollenspezifische oder als musikalische Interventionen gesetzt werden. Dem Therapeuten stehen an dieser Stelle mit den Instrumenten, der Stimme und den Qualitäten der Musik, viele Mittel zur Verfügung. Er passt sich flexibel auf immer wieder neu auftauchende Situationen an bzw. reagiert empathisch darauf. Als solche gelten z.B. Herstellen von Nähe und Vertrauen, Vermittlung von Empathie oder Anregung zum Ausdruck bzw. zur Kommunikation. Die Hinführung zur Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen setzt eine stabile therapeutische Beziehung voraus (Lutz Hochreutener, 2011, S. 71).

4.4 Vertreter von sensorischer Musiktherapie

Anhand einer Literaturrecherche steht fest, dass sich ein Großteil der Musiktherapeuten auch mit der sinnlichen Wahrnehmung befasst. Je nach Schule oder Zusatzausbildung lässt sich erkennen, wie die Arbeit mit den Sinnen bewertet und eingeordnet wird. Die Wiener Musiktherapieausbildung (welche die Autorin genossen hat) bezeichnet sich seit Mitte der 80er Jahre zunehmend als *„psychotherapeutisch orientierte Musiktherapie“*. Das psychotherapeutische Paradigma aus einer Kombination von tiefenpsychologischen und humanistischen Hintergrund war und ist immer noch vorherrschend (Fitzthum, 2009, S. 560).

In der Musiktherapie der Wiener Schule überwiegt das „Hören“ als vordergründiges Sinneserlebnis, welches von Schmölz zu Recht als wichtiger Bestandteil in der therapeutischen Arbeit manifestiert wurde. Die anderen Sinne werden kaum berücksichtigt. Dass Schmölz auch eine *„Liebe zur Anthroposophie“* sowie eine humanistische körperorientierte und kunsttherapeutische Sichtweise mit seinem geistigen Lehrer Heinrich

Jacoby teilte, blieb während der Ausbildungszeit im Verborgenen. Insofern hält sich die Verwunderung in Grenzen, warum die Sinne immer mehr in den Hintergrund rückten (Fitzthum, 2009, S. 559 f.). Doch es blieb das „Hören“. Smetana (2005) spricht vom sogenannten „Hör-Raum“ der viele weitere Sinne mitanspricht. Das Tor zur Sinnenwelt wird in der Musiktherapie oft über das Ohr geöffnet.

Unsere Sinne werden in der musiktherapeutischen Literatur mit Schöpferischem und Kreativität in Gestalt, Form, Stil und Ästhetischem in Verbindung gebracht und finden daher in jenen Schulen besondere Anerkennung. Zur Vertiefung sie auf das Sammelwerk von Decker-Voigt (2001) verwiesen.

- Orff-Musiktherapie
- antroposophische Musiktherapie
- Ausdruckstherapie
- Altorientalische Musiktherapie
- Gestalt-Musiktherapie
- schöpferische Musiktherapie
- Integrative Musiktherapie
- Ressourcenorientierte Musiktherapie (Schwabe und Stein, 2000)
- Regulative Musiktherapie (Schwabe und Röhrborn, 1996)

Da es den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, kann nicht jede Musiktherapierichtung berücksichtigt bzw. näher betrachtet werden. Allerdings sei noch ein wichtiger Aspekt hinzugefügt, da dieser für die Zukunft immer bedeutender zu werden erscheint. Die Rede ist vom Einbezug der Natur bzw. auch Musiktherapie in der Natur, wie es Elisabeth Bock (2010) beschreibt. Eric Pfeifer (2012) veröffentlichte sogar ein „Outdoor Musiktherapie“ Buch. Die Natur bietet sowohl innerhalb eines Therapieprozesses als auch außerhalb der Therapie vielseitigste Sinnesaktivierungen an. Ein bewussterer Umgang mit Natur kann für Patienten nachhaltig sein, da die Natur auch nach der Therapiezeit unmittelbar gegeben ist.

Die Natur und die Musik teilen sich Phänomene, die nicht immer ganz ergründbar sind. Die folgenden 2 Kapitelpunkte erlauben einen Einblick.

4.5 Ästhetik und Atmosphäre

In der Musiktherapieliteratur stößt man öfters auf den Begriff **Ästhetik**. Die Autoren beziehen sich dabei auf die ursprüngliche Definition, welche sich vom griechischen **„aisthesis“** ableitet, und sich mit **sinnlicher bzw. unmittelbarer Wahrnehmung** übersetzen lässt (Frohne-Hagemann, 2001; Henecka, 2010). Im alltäglichen Sprachgebrauch

wird jedoch meist darunter die Wissenschaft der Kunst bzw. „das Schöne“ in Zusammenhang mit Kunst oder Natur verstanden (Brockhaus, 2009, S. 57).

Bezeichnend für letzteres steht jene Definition (Schröder, 2001, S. 6):

> *„Ästhetisches Erleben ist die gefühlsmäßige und erlebnismäßige Aufnahme des Schönen (Erhabenen, Harmonischen, Vollkommenen) und das schöpferische Schaffen entsprechender Werke. Das Ästhetische wird von den Sinnesorganen aufgenommen, spricht uns gefühlsmäßig an und führt zum Erleben des Schönen in Natur und Kunst“.*

In der **integrativen Musiktherapie** ist *„[...]Ästhetik auf die im Musikalischen sinnlich erlebten, wahrgenommenen, imaginierte, improvisierte, vermittelte und seelisch-geistig-sozial geteilte Wirklichkeit bezogen“,* wobei Ästhetik das „bloß Sinnliche“ übersteigt (Frohne-Hagemann in Decker-Voigt, 2001, S. 176).

Henecka (2010) bringt es mit ihrem Buch **Ästhetik und Musiktherapie** auf den Punkt. Musiktherapeutischen Interaktionen dienen nicht erstrangig der künstlerischen Produktion, da sie, nennen wir es, „Kunstschönen“ nicht entsprechen muss. Auch wird von der „Wissenschaft der sinnlichen Erfahrung“ ausgegangen, im Unterschied zur geistigen Reflexion und ihrer Bedeutung für das ästhetische Produkt. Sinnliche Erfahrung und Handlung sind in der Musiktherapie von grundlegender Bedeutung. Darin liegt der größte Unterschied zu sprachlichen Therapieformen. In der musiktherapeutischen Improvisation nehmen die sinnlich ganzheitliche Wahrnehmung und Intuition einen dominant größeren Raum ein. Zur Vertiefung verweise ich an dieser Stelle auf Martin Drewer (2000) und sein Buch „Gestalt-Ästhetik-Musiktherapie“.

Ästhetisches Erleben besteht auch aus Sinneswahrnehmung, z.B. Schönheit zu empfinden für etwas, was uns zum Lachen bringt oder uns zu Tränen rührt. Im Vergleich zu Körperrepräsentationen kann das ästhetische Erleben als eine Art Metarepräsentation gesehen werden. Henecka (2010) sieht darin einen übergeordneten Zustand, ein Meta-Gefühl in Form von ästhetischer Euphorie, die Gefühle, Affekte und Erlebnisse beinhaltet.

> *„Ästhetisches Erleben ist damit ein Kontextgefühl, das andere Gefühle überlagert und mit einer zusätzlichen Qualität versieht. In diesem Sinne ist auch die Aussage erfahrener Musiktherapeuten zu verstehen, schöne Musik sei in der Therapie immer stimmige Musik“* (Henecka, 2010, S. 15).

Die musiktherapeutische Ästhetik ist zudem für Frohne-Hagemann (2001) eng verbunden mit dem leiblichen Wahrnehmen.

Ebenso können **Atmosphären** einer Metaebene zugeordnet werden, als Kategorie der „Neuen Ästhetik“ (Weymann, 2005), die sich als Lehre der Wahrnehmung versteht. Sein Begründer Gernot Böhme, beschreibt Musik als ein mächtiges Mittel zur Erzeugung von

Atmosphären (Weymann, 2005). Ohne affektiv und leiblich davon betroffen zu sein, lässt sich die atmosphärische Wahrnehmung nicht bestimmen. Daher wird eher von einer Wahrnehmungseinstellung gesprochen, die intuitiv und phänomenologisch fundiert ist. *„Atmosphären kann man nur durch Teilhabe erfassen, man ist in einer Atmosphäre“* (ebd. S. 240).

Atmosphäre kommt einer Raumwahrnehmung oder auch einem „Klangraumgefühl“ (Hegi, 2005) nahe, eine besondere Stimmung, die als solche nicht wiederholbar ist. Sie hat keine Gestalt, keine Handlung und keinen Inhalt, deshalb führt das Atmosphärische in vorgestaltliche und präverbale Erlebnisformen hinein und entzieht sich konkreten Worten. Deshalb wird sie meist mit etwas Fließendes, Schwebendes, Berührendes, Einhüllendes, einem Drinnen-sein oder vagen Gefühlsqualitäten beschrieben (vgl. Weymann, 2005).

Atmosphäre stellt einen Zwischenbereich oder einen Kontakt bzw. Beziehungsraum zwischen Umgebungsqualitäten und menschlichem Befinden dar. Die Musiktherapie arbeitet behutsam mit diesem atmosphärischen Raum. Dazu zählt auch das „gemeinsame Anwesendsein“, ein Raum ohne Vorbedingung wird bereitgestellt (Deuter, 2005). Inwiefern in der musikalischen Improvisation oder im Für-Spiel das Atmosphärische erfahrbar wird, ist abhängig von der bio-psycho-sozialen Verfassung und Motivation der beteiligten Personen (vgl. Weymann, 2005).

Hegi fasst es wie folgt zusammen: *„Was Atmosphäre im Raum, sind Klänge in der Musik und Gefühle im Körper“* (2005, S. 294). Hegi und Rüdisüli (2011) gehen in der folglich vorgestellten Theorie der Wirkungskomponenten von Musik davon aus, dass Musik als eine Verbindung zwischen Musik, Sprache und Körper wirkt und Brücken schlägt.

4.6 Wirkungskomponenten von Musik

An dieser Stelle muss vorweggeschickt werden, dass der Einfluss von Musik von der Einstellung und dem Umgang des Menschen mit der Musik abhängig ist. *„Musik wirkt nicht dadurch, dass sie einfach vorhanden ist, sondern dadurch, dass ein Klient die Musik aufsucht, ihr zuhört oder selbst aktiv improvisiert“* (Bruhn und Frank-Bleckwedel, 1994, zit. nach Frohne-Hagemann, 2004, S. 8). Hüther (2004) bestätigt dies auf neurobiologischer Wissenschaftsebene.

Die subjektive Bewertung (positiv oder negativ) von Musik hat einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Wirkung. Begegnet man der Musik mit einer positiven Erfahrungshaltung und findet der Patient die Musik anregend, stimulierend, harmonisierend oder stärkend, kommt es in der Regel zu psychophysiologischen Effekten, die als gesundheitserhaltend oder fördernd für einen Heilungsprozess einzuordnen sind. Ist das Gegenteil der Fall, sind psychophysiologische Veränderungen messbar, die als

krankmachend einzustufen sind und den Heilungsprozess behindern. Insofern kann man davon ausgehen, dass die genannten musiktherapeutischen Erkenntnisse auf der Erfahrung mit Patienten beruhen, die sich auf das Medium Musik einlassen konnten (Hüther, 2004).

Hegi bezeichnet die Musik als ein Ganzheitsphänomen, gleich wie die Natur. Auch die Musik ist nicht immer mit dem menschlichen Bewusstsein ergründbar. Aus diesem Interesse heraus fand er einen Weg, die Musik und ihre Wirkung zu erforschen. So entstand seine Theorie der fünf Wirkungskomponenten. Dafür untersuchte Hegi im therapeutischen Setting die Wechselwirkung zwischen Musik und Mensch, indem er die Musik und den Menschen – der Musik hört oder spielt – beobachtete. Das Geheimnisvolle, was naturwissenschaftlich bis heute schwer belegbar ist, liegt im *„Dazwischen – im Beziehungsprozess zwischen Mensch zu Musik und von Musik zu Musik“* und seinen Übergängen (vgl. Hegi und Rüdisüli, 2011, S. 16).

Auch auf neurobiologischer Ebene forscht man fleißig und kommt zu erkenntnisreichen Ergebnissen, welch positive Wirkung Musik auf den Mensch hat. Abgesehen von Forschungsergebnissen in den Musikwissenschaften (Altenmüller, 2012), worauf hier nicht eingegangen wird. Das Buch „KunstReiz – Neurobiologische Aspekte in künstlerischen Therapien, 2009“ befasst sich eingehend mit dieser Thematik. Ein erwähnenswertes Argument von Musiktherapeutin Sabine Rittner im Beitrag „Reiz der Klänge“ wird an dieser Stelle wiedergegeben.

> *„Die Magie aber, die in einem einzigen Schlag mit diesem Instrument stecken kann; der Zauber, der mit einem einzigen Klang einen Wendepunkt in einer therapeutischen Behandlung bewirken kann; der unvorhersehbare Moment, der entscheidet, in welche Richtung sich ein Leben weiterentwickelt… – die alles können wir mit naturwissenschaftlichen Meßmethoden nicht erfassen“* (Rittner, 2009b, S. 294).

Bezüglich der phänomenologischen Ebene von Musikwirkung, spricht Hegi zum einen von den Übergängen zwischen der Wahrnehmung und dem Selbstempfinden von Musik, zum anderen von den Übergängen vom seelischen Erleben zum Ausdruck und zur Sprache. Es handelt sich seiner Meinung nach um das Zusammenwirken von Körperbewegung und Körperempfindung in der Musik. Ein grundlegender Aspekt war für ihn, *was* jemanden bewegt (berührt) und *wie* jemand spielt bzw. singt (vgl. Hegi und Rüdisüli, 2011, S. 16).

Erkenntnisse finden wir durch synästhetische Wahrnehmung, wie sie in der vorsprachlichen Zeit stattfinden. Obwohl dieser Aspekt schon erwähnt wurde, sollen nochmals für die Musiktherapie relevante nonverbale Zeichen angeführt werden. Blick; Mimik; Gestik; Ausdruck; Ausstrahlung; Stimme; Töne; Körperbewegungen, auch in Form von Anspannung und Entspannung; und Atembewegungen (vgl. Stern, 1992; Hegi und Rüdisüli, 2011).

Die fünf Komponenten: Klang, Rhythmus, Melodie, Dynamik und Form in der musiktherapeutischen Improvisation

Nun soll das Hauptmedium unserer Arbeit, die Musik mit ihren Qualitäten, verschiedenen Komponenten und ihren psychodynamischen Wirkfähigkeiten in den Vordergrund rücken. Zur Vertiefung wird das Buch „Der Wirkung von Musik auf der Spur“ von Hegi und Rüdisüli (2011) weiterempfohlen. Im Zuge der Thematik dieser Arbeit erscheint der Autorin Fritz Hegis Theorie sehr anschaulich und hilfreich. Zudem wird im empirischen Teil darauf Bezug genommen. Es wird ein Bild vermittelt, wie die Musik (rezeptiv oder aktiv) im musiktherapeutischen Prozess dem Menschen als bio-psycho-soziale Einheit begegnen kann, ihn auf unterschiedliche Weisen berührt und psychische Prozesse anregt.

Es werden zuerst die fünf Komponenten einzeln erklärt und jeweils tabellarisch dargestellt. Welche Parallelen Hegi in seiner Forschung zu sozialen und emotionalen Komponenten entdecken und zuordnen konnte, zeigt die zugehörige Tabelle mit ihren Gegensatzpaaren. Anschließend wird noch auf die Möglichkeiten der musiktherapeutischen Improvisation eingegangen, da sie dynamische Prozesse auslösen und als Vermittler auf sozialen Beziehungsebenen einwirken kann.

Klang = Gefühl, begleitet von Stimmung und Schwingung. der Körper ist Resonanzkörper von wahrgenommenen Klängen und Gefühlen.

Musikalisch: Klang	Harmonisch (Stille)	Disharmonisch (Schrei)
Sozial: Gefühl	Gefühlvoll (Emotionen)	Gefühlsleer (Sachlichkeit)

Tabelle 5 Verbindungsbegriff: Gefühlsklang

Durch Klänge können Atmosphären, Stimmungen und viele unterschiedliche Gefühle ausgelöst werden, von einer vibrierenden, sensiblen Schwingung bis zu einer gefassten oder auch dramatischen Erregung. So kann es sich um Harmonie oder um Lärm handeln. Die Affektpsychologie (Stern, 1992) nahm eine Einteilung von vier Grundgefühlen vor, mit dem Bewusstsein, dass es in der Realität immer Graubereiche und Mischgefühle gibt (Hegi und Rüdisüli, 2011, S. 41).

- Schmerz, Trauer, Leid oder Verlust
- Wut, Zorn und Aggression oder Hass
- Lust, Freude und Liebe oder Glück
- Angst, Furcht und Schrecken oder Bedrohung

Wie wir wissen bereits, Gefühle, Gedanken und Handlungen hinterlassen Spuren. Es handelt sich oft um ein Zuviel oder Zuwenig. Ob wir dieses unterdrücken oder ausdrücken, um eine

Balance zu finden, wiederspiegelt sich oftmals in Krankheit oder in Gesundheit. Hegi und Rüdisüli (2011, S. 60) formulieren es mit ästhetischen Worten:

> *„Klang entsteht durch Anschwingen-lassen und verklingt durch Sein-lassen. So lange er klingt, fühlen wir das Leben, die Schwingung um uns herum und in uns drin. Wenn er verklingt, stirbt ein Gefühl, ein Schwingungsraum, ein Lebendigsein".*

Rhythmus = Leben, begleitet von Bindung und Tanz.

Musikalisch: Rhythmus	Rhythmisch (Puls)	Unrhythmisch (Agogik)
Sozial: Leben	Lebendig (Synchronität)	Leblos (Asychronität)

Tabelle 6 Verbindungsbegriff: Lebensrhythmus

Wiederholungen und Wechsel finden wir in der Natur, in den Lebenskreisläufen und im Kreislauf von Anfängen und Enden, die sich im täglichen Leben finden. Rhythmus wirkt auf die Balance des Zeitempfindens, auf die Auf- und Einteilung, Planung, Strukturierung oder Ritualisierung. Rhythmus wird mit Lebendigkeit verbunden, mit dem Tanz des Lebens und dem Spiel mit Zeiten und Räumen. In der sozialen Entwicklung finden wir rhythmische Prozesse in Symbiose und Trennung, Kontakt und Rückzug vor. Im psychischen Bereich lassen sich Rhythmen z.B. in Form von Aktivität und Passivität, Lust und Unlust, Spannung und Lösung, Zuneigung und Abneigung erkennen (vgl. Frohne-Hagemann, 2001, S. 19). All jenes ist gekoppelt an Selbstwahrnehmung und Sinneswahrnehmung, unabhängig ob sie bewusst oder unbewusst sind. *„Die Bewältigung des täglichen Lebens, das reale Dasein als Verhältnis von Vitalität und Ausgeglichenheit"* ordnet Hegi der Komponente Rhythmus zu (Hegi und Rüdisüli, 2011, S. 64).

Melodie = Ausdruck, begleitet von Bewegung und Betonung.

Musikalisch: Melodie	Melodiös (Lied)	Eintönig (Bordun)
Sozial: Ausdruck	Ausdrucksvoll (Kreativität)	Ausdrucksarm (Zurückhaltung)

Tabelle 7 Verbindungsbegriff: Ausdrucksmelodie

Melodie, als die Geschichtenerzählerin, vertritt wie die Sprache Haltungen, Meinungen oder Überzeugungen. Innere Bewegungen werden gestaltet und eigene Meinungen betont, zudem sei auf ihren Erinnerungscharakter hingewiesen. Erkennbare Figuren und Motive bilden das Lied, was in jeder Kultur eine Gestalt darstellt (ebd. S. 81).

Dynamik = Beziehung, begleitet von Spannung und Faszination. In der Musik finden wir dafür folgende Ausdrücke: Allegro – Adagio (schnell – langsam) und Fortissimo – Pianissimo (Laut – Leise).

Musikalisch: Dynamik	Spannungsvoll (Dramatik)	Spannungsarm (Langeweile)
Sozial: Beziehung	Energetisch (Kraft)	Energielos (Leere)

Tabelle 8 Verbindungsbegriff: Beziehungsdynamik

Psychodynamisch wird Dynamik als Kraft der Wünsche oder auch des Willens zur Bewegung und Verwandlung bezeichnet (vgl. Hegi und Rüdisüli, 2011, S. 94). Im Anschluss werden mögliche Bedeutungen zugewiesen, die Hegi in seiner Forschung herausfand. Diese hatte er mit dem Angst-Konzept von Riemann (1986) verglichen und Übereinstimmungen erkannt.

- **Lauter**: sich öffnen, einlassen, Klarheit, Dominanz, Distanz
- **Leiser**: empfinden, hören, zuhören, Sensibilität, Geheimnis, Nähe
- **Langsamer:** Dauer anstreben, sein lassen, Genauigkeit, Tiefe, Verständnis
- **Schneller:** sich wandeln, loslassen, Vitalität, Rausch, Oberfläche

Form = Wandel, begleitet von Grenzen und Sicherheit.

Musikalisch: Form	Geschlossen (Strukturen)	Offen (Zerfall)
Sozial: Wandel	Begrenzt (Bindung)	Unbegrenzt (Freiheit)

Tabelle 9 Verbindungsbegriff: Formwandel

Ordnung, Chaos und Zufall spielen eine Rolle. Auch das subjektive Erleben, welches sich in Freiheit oder Bindung mit Angst oder Faszination wiederfindet. Im Gefühl von Verloren- oder Gefangensein, mit der Gefahr von zu viel Freiheit oder zu wenig Bindung kann man in der Improvisation spielen (vgl. Hegi und Rüdisüli, 2011, S. 125).

Die musiktherapeutische Improvisation als soziales Modell beinhaltet vielfältige Übergänge. Im Wechsel von der musikalischen zur sozialen Dimension stellt die kommunikative Musik einen wichtigen Schlüssel für musiktherapeutische Erkenntnisse dar. Dafür wurde bereits in den oberen Tabellen die soziale Komponente mitberücksichtigt. Die Improvisation als Kommunikationsraum ist mehrdimensional und kann beziehungsgestaltend zum Selbst, zum Medium und zur Umwelt wirken. Sie bietet einen gesicherten Spielraum an, indem folgendes ermöglicht wird (ebd. S. 140):

- Verbindung von Bekanntem mit Unerwartetem oder Einfachem mit Schwierigem;
- Auflösung von Alten und Bildung von Neuen;
- Bewegung zwischen „sensibler Schwebe“ und festem Boden

Es kann m.E. nun besser nachvollzogen werden, warum die Improvisation als befreiend, schöpferisch, kreativitätsfördernd oder auch als eine Form von Heil-Kunst angesehen wird.
Die Musik, im Besonderen die musikalische Improvisation macht den Fluss des Zeitlichen erlebbar und lässt die Unendlichkeit des Raumes sinnlich erfahren. Wenn wir im wörtlichen Sinne einen solchen Moment des Zeitlosen oder des Schwebens erleben, sind wir in Kontakt mit Atmosphäre, einer anderen Wahrnehmungsebene. In späteren Kapiteln (vgl. 5.3.4 - 5.3.6) wird darauf nochmals eingegangen.

Aus sozialer Sicht kann Improvisation *„grundlegende Verhältnisse des Zusammenlebens und Zusammenwirkens auf verschiedenen Beziehungsebenen vermitteln“* was folgende Tabelle verdeutlicht (Hegi und Rüdisüli, 2011, S. 151 f.). Aufgrund der Einzelfalldarstellung wurden die intrasubjektive und subjektive Ebene fett unterlegt, da diese als Basis besonders zur Geltung kamen.

Intrasubjektive Ebene	***Empfindungsfähigkeit, Sinneswahrnehmung, Sensitivität, Inspiration***
Subjektive Ebene	***Selbstwahrnehmung, Selbsteinschätzung, Vitalität und innere Balance, Momenterleben***
Intersubjektive Ebene	*Beziehungsfähigkeit, Beziehungsgestaltung, Abgrenzungs- und Bindungsvermögen, Kommunikation*
Soziale Ebene	*Risiko- und Sicherheitsbereitschaft, Experimentierfreude und Gruppenverhalten, Verantwortungsgefühl und Abenteuerlust*
Gesellschaftlicher Ebene	*Geschichts- und Biografiebewusstsein, politisches und philosophisches Bewusstsein, kulturelle Verantwortung, Zukunftsplanung und Visionen*
Transpersonal-spirituelle Ebene	*Wissen um höhere Kräfte als das menschliche Handlungsvermögen und Bewusstsein, Intuition, magische und mystische Einflüsse*

Tabelle 10 Improvisation und das Vermittlungsvermögen von Beziehungsverhalten zu sich und zu anderen (Hegi und Rüdisüli, 2011, S. 152).

Improvisation als Schwingungsfeld interagiert auf vielen Ebenen. Sinne und Selbstwahrnehmung sind unmittelbar daran beteiligt. Diese Interaktionen gestalten Beziehungen, seien es zwischen Individuen und Gruppen, zwischen unserem Organismus und der Umwelt, zwischen Blockierung und Flow oder zwischen Struktur und Trance. Nach Hegi und Rüdisüli (2011) kann die musiktherapeutische Improvisation einen Prozess der Entwicklung einleiten und die Verbindung auf eine elementare transsensorische Ebene ermöglichen. Sie greift auf die elementaren Lebensinhalte des Menschen wie Gefühl, Bindung, Ausdruck, Beziehung und Wandel zu, welche genau seinen Musikkomponenten (Klang, Rhythmus, Melodie, Dynamik und Form) entsprechen.

Musikalisch und sozial bietet die Musiktherapie einen sinnlichen Raum, in der *„Vertiefung und Intensivierung der therapeutischen Interventionen in ihrer psychosomatischen Wirkung“* deutlicher zur Geltung kommen kann (Petersen, 2011, S. 13).

5 Musiktherapie in der Psychosomatischen Medizin

Musiktherapie als, kunst- und psychotherapeutisches Verfahren, verfolgt in der Behandlung von psychosomatisch erkrankten Menschen das Ziel, Verständnis und ein Bewusstsein für die Beschwerden zu entwickeln, sowie das leib-seelische Wohlbefinden der Menschen nach Möglichkeit zu verbessern. Es steht also nicht die Krankheit an sich im Vordergrund, sondern der Mensch in seiner ganzheitlichen Existenz bzw. als bio-psycho-soziale Einheit (vgl. Teichmann-Mackenroth, 2009).

In diesem Kapitel wird vorerst auf psychosomatische Medizin und das bio-psycho-soziale Modell eingegangen, bevor die Musiktherapie in diesem Bereich in ihrer Entwicklung, Standpunkte und Sichtweisen in den Vordergrund rückt. Unterschiedliche Formen von sinnesaktivierenden Interventionen bilden den Hauptteil.

5.1 Psychosomatische Medizin

Psychosomatik ist im weiteren Sinne eine ganzheitliche Betrachtungsweise von Krankheitszuständen, unabhängig von ihrer Ätiologie. Ein wichtiger Aspekt liegt im Zusammenwirken von seelischen, biologischen, sozialen, kulturellen und ökologischen Faktoren bei Gesundheit, Krankheit und Heilungsvorgängen (vgl. Ermann, 2007).

Gleichzeitig wird Psychosomatik synonym verwendet für das medizinische Fachgebiet der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Dabei handelt es sich um die Behandlung von meist psychischen Erkrankungen, die seelisch begründet bzw. an deren Entstehung seelische Krankheitsfaktoren beteiligt sind. Hier kommt das Zusammenspiel der oben genannten Faktoren zum Tragen. Psychogene Störungen umfassen vier große Bereiche. Jene sind die neurotischen Störungen, Psychosomatosen, die reaktiven Störungen und posttraumatische Störungen und sind jeweils für sich noch unterteilbar (vgl. Ermann, 2007). Der Fokus dieser Arbeit liegt auf der psychosomatischen Betrachtungsweise von Menschen, die an den unterschiedlichsten psychosomatischen Erkrankungen leiden.

Psychosoziale Faktoren sind bei jeglicher Art von Erkrankung von Bedeutung und haben Einfluss auf den Verlauf oder Ausgang eines medizinischen Krankheitsbildes. Die psychosomatische Medizin betont die psychogene Seite von Krankheit, weil sie zumeist immer noch zu wenig Beachtung in der westlichen Schul-Medizin findet. Die Entstehung psychosomatischer Erkrankungen umfasst mehrere Faktoren.

Um der langjährigen Leib-Seele-Trennung entgegenzuwirken, entstand das in Tabelle 11 gezeigte bio-psycho-soziale Modell (Klußmann und Nickel, 2009, S. 30):

Biologisch-genetische Faktoren sind mitbedingend	Biologische Faktoren wirken Verlaufsbeeinflussend	Biologische Faktoren sind Folge der Erkrankung
Individuelle Erkrankung		
Psychosoziale Faktoren sind mitbedingend	Psychosoziale Faktoren wirken verlaufsbeeinflussend	Psychosoziale Faktoren sind Folge der Erkrankung

Tabelle 11 Biosoziale Bedingungsgefüge von Krankheiten nach Schüßler 2000 (zit. nach Klußmann und Nickel, 2009, S. 30)

Vertiefend wird hier wiederholend aus musiktherapeutischer Sicht auf drei Erlebnisebenen des Menschen hingewiesen. Biologische und psychosoziale Faktoren werden ergänzt um die **Erfahrung der eigenen Person, Erfahrung im sozialen Gefüge** und **Erfahrung der Umwelt.** Dies lässt sich auf die Selbstwahrnehmungsförderung übertragen. Die Förderung der Selbstwahrnehmung stellt für die Musiktherapie im Bereich der Psychosomatik eines der häufigsten Therapieziele dar.

Überblick, Entwicklung und Forschung

Für die Entwicklung der psychodynamisch-orientierten Musikpsychotherapie waren Alfred Schmölz und Peter Gathmann in Wien, sowie Christoph Schwabe und Christa Kohler in Leipzig federführend. Gertrud Katja Loos entwickelte eigene Wege um das Köpererleben zu fördern und setzte damit ebenfalls einen wichtigen Grundstein einer tiefenpsychologisch-psychodynamischen Musiktherapiemethodik.

Hans Ulrich Schmidt und Horst Kächele veröffentlichten in der Fachzeitschrift „Psychotherapeut“ 2009 einen umfassenden Artikel zur Entwicklung der Musiktherapie in der Psychosomatik, mit aktuellem Forschungsstand und Ergebnissen. Zudem wurde die Indikationsfrage übersichtlich behandelt. Als Ziele der Musiktherapie beschreiben Schmidt und Kächele (2009) Wiederherstellen und Produzieren von Objekten, Identifikation, Kommunikation, Ich-Stärkung, Wahrnehmungsförderung von Affekten, Motivations- und Antriebsförderung. Von großer Bedeutung im langjährigen Kampf um Anerkennung im klinischen Kontext nehmen Schmidt und Kächele (2009, S. 15) Stellung.

> *„Musiktherapeutische Angebote sollten nicht mehr länger nur als Heilhilfsmittel betrachtet werden, sondern ihnen kommt eine eigenständige, das therapeutische Areal bereichernde Qualität zu“.*

Dass die sinnliche Wahrnehmung als Brückenbauer fungieren und sich im musiktherapeutischen Dialog gut entfalten kann, blieb unerwähnt (vgl. Teichmann-Mackenroth, 2009).

Musiktherapie in der Psychosomatik war zudem 2009 Thema der 17. Musiktherapie-Tagung am Freien Musikzentrum München mit dem Schwerpunkt „Strukturbezogene Aspekte und musiktherapeutische Ansätze“. Die gesammelten Vorträge umfassen aktuelle praktische Berichte, aber auch theoretisch fundierte Ansätze. Sie wurden von Christian Münzberg (2010) veröffentlicht und werden empfohlen.

5.2 Musiktherapeutischer Umgang mit erwachsenen psychosomatischen Patienten

Musiktherapeutische Standpunkte und Ansichten

Der psychosomatische Patient geht von einem Leib aus, welchen er hat, aber der er nicht ist. Frohne-Hagemann (2001, S. 16) beschreibt den Verlust von der „*Verbindung zu seinem Leibe und zum leiblichen Fühlen“* für den psychosomatisch Erkrankten. Loos (1986) beschreibt diesen Verlust in einem größeren Ausmaß. Der Mensch, in seiner Einschränkung, kann sich nicht mehr auf seine Sinne und Instinkte verlassen.

„*Er leidet […] unter der Trennung […] die er als Leere und Isolation wahrnimmt und die ihn furchtsam und so unsicher macht, dass er handlungsunfähig wird“*(Loos, 1986, S. 203).

Über die Musiktherapie soll der Leib – als Einheit von Körper-Geist und Seele – wiedergewonnen werden, der die psycho-physische Ganzheit in all ihren zeiträumlichen, lebensgeschichtlichen Aspekten umfasst (Frohne-Hagemann, 2001, S. 145).

In der Arbeit mit psychosomatischen Problemen kann die Musiktherapie an die Qualität der Kombination aus physischen Sinnen und den Sinnbezügen untereinander anknüpfen (siehe Kapitel 3.7). Die sinnliche Wahrnehmung vom Selbst ermöglicht die Be- und Verarbeitung von Entbehrungen und Verletzungen aus früherer Zeit. Die Musiktherapie in ihrer Vielschichtigkeit und Vielfalt erreicht und begegnet den Menschen auf verschiedenen leiblichen Ebenen und Entwicklungsstufen, ein Spezifikum der musikalischen Begegnung.

Im musikalischen Dialog kann die technisch-funktionale Sprache umgangen werden, die für psychosomatisch erkrankte Menschen charakteristisch ist. *„Musiktherapie bietet ihnen im „Hier und Jetzt“ der sinnlichen Welt der Klänge die symbolische Durcharbeitung aller leibseelischen Konflikte“* (Teichmann-Mackenroth, 2009, S. 399).

Anregung der Reflexionsfähigkeit, Aktivierung der sozialen Interaktionsfähigkeit, Erweiterung des Wahrnehmungshorizonts und Veränderung der Erlebnis- und Genussfähigkeit stellen Themen der Musiktherapie dar (vgl. Schwabe, 2004). Bei einem erfolgreichen Prozess wächst die „Ich-Stärke“, mit ihr das Gespür und das Bewusstsein im Umgang mit sich und anderen.

Umgang mit Abwehr über zwei Wege

Die Selbstwahrnehmungsförderung führt zum bewussten Umgang mit negativ erlebten Emotionen und ihrer Abwehr. Wahrgenommenes wird beschreibbarer, damit konkreter und fassbarer. Damit geht eine *„Erweiterung der inneren Flexibilität und Akzeptanz gegenüber Störungen der Lebensbalance“* einher (Schwabe und Röhrborn, 1996, S. 58).

Bei der Regulativen Musiktherapie (RMT) nach Schwabe wird die Musik von Wiedergabegeräten abgespielt und ist mit einem Wahrnehmungstraining vergleichbar. Über die Wahrnehmungsdifferenzierung und Wahrnehmungsbeschreibung gelingt eine Hinwendung auf pathologisch relevante Erlebnisinhalte, die verdrängt und abgewehrt werden. Nach Schwabe und Röhrborn (1996) müssen Abwehrmechanismen dafür nicht völlig aufgelöst werden, sondern die Bewusstwerdung soll dazu führen, dass die notwendige Abwehr von Gefühlen bzw. Erlebnisinhalten auf ein notwendiges Maß reduziert werden kann (ebd. S. 54).

Seit vielen Jahren ist diese Methode in der Betreuung von psychosomatischen Patienten erfolgreich. Dies bestätigten Wosch und Röhrborn im Jahr 2009 mit ihrer Studie „Alex – eine Studie zur Differentialdiagnostik von Musiktherapie und Psychotherapie in einer psychosomatischen Klinik“. Die Bewusstwerdung von konkret vorhandenen Abwehrmechanismen und verdrängter Erlebniszusammenhänge ermöglicht über den Selbstwahrnehmungsprozess einen höheren Grad an Flexibilität und Stabilität. Dieser hilft Patienten bisher verdrängte Erlebnisinhalte und -zusammenhänge besser zu verstehen und leichter zu bewältigen. Infolge sind Patienten nicht mehr im gleichen Ausmaß Unsicherheit und Bedrohung ausgesetzt (vgl. Schwabe und Röhrborn, 1996 S. 54).

Die affektive Schonhaltung, als besondere Form von Abwehr steht nach Schwabe und Röhrborn (1996, S. 57) meist in Zusammenhang mit Alexithymie (Gefühlsarmut, siehe S. 49). Laut o.g. Studie wird der aktiven Musiktherapie zur Bearbeitung von Alexithymie eine wichtigere Rolle zugesprochen (Wosch und Röhrborn, 2009, S. 266 f.).

Die Integrative Musiktherapie (IMT) von Frohne- Hagemann (2001), als Methode von aktiver und live-gespielter rezeptiver Musiktherapie, beschäftigt sich mit dem „Leib“ durch Schulung der Sensomotorik. Neben dem leiblichen Vermögen des Wahrnehmens, Erinnerns und Speicherns, des Fühlens, Denkens und aktiven Handelns soll expressives Schaffen, im

Sinne von Erlebnisfähigkeit und Wachstum, ermöglicht werden (Frohne-Hagemann, 2001, S. 98). Resonanzen als ästhetische Erfahrungen stärken „leibliches Erleben“ und „atmosphärisches Erfassen“ (Frohne-Hagemann, 2001, S. 244).

Die Erfahrung eigener kreativer Möglichkeiten führt zu einer Sensibilisierung des sinnlichen und ästhethischen Empfindens (Frohne-Hagemann, 2001, S. 29). Auch dieser Weg kann in weiterer Folge zum Gespräch führen, um psychische Abwehr und körperliche Verspannungen bewusst zu machen und abzubauen. Auf dieser Kreuzung treffen sich Schwabe und Frohne-Hagemann.

Es geht beiden um ein Sich-Besinnen, Spüren, Fühlen, In-Resonanz-Gehen und Sich-Einlassen auf eine Reise, ohne zu wissen, wo sie hingeht. Allerdings dient das Musikerleben in der IMT weniger dem tiefenpsychologischem Aufdecken biografischer Zusammenhänge, sondern mehr der Entfaltung und Förderung der eigenen Kreativität, die geteilt und im Austausch mit anderen erweitert werden kann (Frohne-Hagemann, 2004a, S. 333). *„Dialog ist von existentieller Notwendigkeit, um Gesundheit zu erlangen in dem Sinne, Ganz zu werden“* (Aldridge, 2001 zit. nach Schmid, 2004, S. 118) In dieser Ganzheit entwickelt sich ein kohärentes Selbstgefühl sowie die Daseinsgewissheit (Frohne-Hagemann, 2004a, S. 328).

Im vorherigen Kapitel wurde die multisensorische Wirksamkeit der Musiktherapie, sei es rezeptiv oder aktiv, in der Arbeit mit Erwachsenen angeführt. Auf welche Weise Sinne belebt und aktiviert werden, befasst sich folgender Abschnitt mit seinen Unterpunkten.

5.3 Formen von Sinnesaktivierung in der Musiktherapie

„Was man am eigenen Leib erlebt hat, weiß man“. Dieses alte Sprichwort trifft auf bereits Erfahrenes zu (siehe Kapitel 2.3.4.1). Im folgenden Kapitel werden sinnliche Erfahrungen innerhalb des geschützten Musiktherapierahmens nähergebracht. Die Patienten können mit ihren Sinnen in bewussten Kontakt treten, unter dem Aspekt der Freiwilligkeit. Besinnung meint nicht ausschließlich Entspannung in Form von Einkehr und innerlicher Hinwendung, sondern auch eine Aktivierung unserer Sinnesfähigkeit. Eine Zeit, in der man sich wahr- und ernst nimmt. Ernstgenommen werden muss daher auch eine mögliche Grenzüberschreitung bzw. Reizüberflutung.

Ein aufmerksames „Hinspüren“ hilft schneller zu erkennen, was einem nicht gut tut, gleichzeitig nützt es herauszufinden was einem gut tut. Sinnesaktivierung ermöglicht eine Begegnung mit sich, was man keineswegs als passiven Vorgang bezeichnen kann. In der Musiktherapie werden Brücken zu unseren eigenen Ursprungs- und Lebenswerkzeugen geschlagen, wo Sinnesfähigkeiten erlernt, erinnert und reaktiviert werden können.

5.3.1 Das aktive Instrumentenspiel und Improvisation

Für die aktive Musiktherapie werden leicht spielbare Instrumente angeboten, die keine Vorerfahrung benötigen und durch ihren immanenten Aufforderungscharakter bestechen. Verwendung findet in der Musiktherapie jedoch nicht nur das Instrumentarium, sondern auch der Körper selbst und die Umwelt. Als körpereigene Medien können neben der Stimme die Hände, die Finger, die Füße, die Nase, die Augen, etc. genannt werden. Diese kommen beispielsweise bei der Bodypercussion zum Einsatz, wo der Körper auch als Resonanzkörper fungiert. Musikalische Mittel in uns ordnet Orff (1974, S. 19f.) der „Vibrationserfahrung" zu. Das Mittel um uns repräsentiert die Umgebung, der Raum, der Boden, der Sitzplatz, das Fenster, etc. aber auch ergänzendes Material, das Verwendung findet. Dem Instrumentarium werden daher haptische, taktile, optische und akustische Qualitäten zugesprochen.

An dieser Stelle soll ergänzt werden, dass durchaus, wenn auch in geringerer Form, der Geruchs- und Geschmackssinn mit angesprochen werden. Zum einen ist der Geruchssinn in der Therapie nicht „abgeschalten", sondern aktiv teilnehmend und interpretiert angenehme oder unangenehme Eigenschaften mit. Einige Beispiele für Geruchsreize zu nennen, die in der Therapie auftreten können, aber manchmal unbewusst bleiben sind die Raumluft, Materialien, die mich unmittelbar umgeben, das Material des Instruments und der Geruch von Altem oder Neuem.

Auch der Geschmacksinn wird mit Musiktherapie kaum in Verbindung gebracht. Doch auch hier lassen sich Beispiele nennen. Der Geschmack von Blasinstrumenten oder bestimmte Assoziationen die mit Geschmacklichem in Verbindung gebracht werden (Weihnachten, Blumen, kulinarische Vorlieben).

Die freie Improvisation kann für viele Patienten zu Beginn überfordernd sein. Dann greift man auf formal strukturierte, themengeleitete, kommunikative Improvisationen zurück (Storz, 2011). Nach Hegi (2010) kommt es in der musiktherapeutischen Improvisation zum Erleben von Gestalt-, Bedeutungs- und Stilsinn (siehe Kapitel 2.1.1). Dem persönlichen Ausdruck im gegenwärtigen Moment wird Raum gegeben.

5.3.2 Wahrnehmungsübungen

Vor allem körperorientierte Ansätze, wie beispielshaft Loos (1996), Frohne-Hagemann (2001, 2004), Orff (1974), Schumacher (1994), Udo Baer und Gabriele Frick-Baer (2004), Gindl (2002) oder Bock (2010) sind darauf bedacht, mit Körperarbeit die Körperwahrnehmung als wesentlicher Bestandteil des ganzheitlichen Menschen (Körper-Geist-Seele Wesen) anzuregen.

Jede Wahrnehmung lässt sich in viele Einzelwahrnehmungen unterteilen. Differenzierte Beschreibungen sind daher förderlich für die Wahrnehmungsfähigkeit. Oftmals entdecken Patienten erst über das Üben einer genaueren Beschreibung den vorhandenen Reichtum an schönen, wohltuenden und auch positiven Dingen, die das Leben bereithält. Erst später können sie sich dadurch an belastende Wahrnehmungen hinwagen, die oft abgewehrt werden müssen und für das Leben des Individuums einschränkend sind. (vgl. Schwabe und Röhrborn, 1996, S. 62)

Die Methode der Regulative Musiktherapie (RMT) fußt auf einem sechsstufigen Wahrnehmungstraining zur Wahrnehmungsförderung und Abwehrbearbeitung. Es werden hier nur die ersten beiden Stufen angeführt, welche eine wichtige Grundlage darstellen und basaler Bestandteil der Selbstwahrnehmung sind (Röhrborn, 2004, S. 219). Es erfordert viel Geduld, bevor weiterführend mit emotional-kognitiven Reaktionen und Abwehr gearbeitet werden kann (Röhrborn, 2004, S. 230). In diesem Stufenprogramm sind Wahrnehmungen ausführlich und übersichtlich beschrieben, weshalb die ersten zwei Stufen an dieser Stelle beschrieben werden (Röhrborn, 2004, S. 219 f.).

(1.) **Wahrnehmung in die Breite** meint eine Erweiterung auf die Wahrnehmungsebenen von Körper, Gefühle, Erinnerungen, Gedanken, Musik und Außengeräusche. Der Patient soll mit seinem inneren Auge vertrauter werden um die *„Aufmerksamkeit ohne steuernden Eingriff schweifen zu lassen“*.

(2.) **Wahrnehmung in die Tiefe** dient der Wahrnehmungsdifferenzierung, indem Einzelwahrnehmungen genauer wahrgenommen, erfasst und beschrieben werden

Zur Ergänzung wird auf aktive Sinnes- und Sensibilisierungsübungen hingewiesen, die einen spielerischeren und freieren Ansatz verfolgen. Frohne-Hagemann (2001, S. 52-55). unterteilt diese in vier Bereiche (Musik, Bewegung und Körper, Stimme und Sprache und Szene).

5.3.3 Arbeit mit Imaginationen, Phantasiereisen

Assoziationen und Imaginationen bieten sich an, um die geistige Sinneskapazität zu erweitern. Imaginationen (Vorstellungen) können jeden Sinnesbereich betreffen und fungieren unter anderem als Stimulus für Phantasie und Kreativität (vgl. Orff, 1974, S. 25 ff.). Gerne greift man auf Ereignisse oder Erlebnisse in der Natur zurück.

Eine Besinnung auf etwas bestimmtes, z.B. die leibliche Verfassung im Zuge einer Entspannungs- und Aufmerksamkeitsübung, steht meist am Anfang einer rezeptiven Einheit. Eine imaginäre Reise durch den Körper, mit dem Atem oder eines Einzeltons sind keine Seltenheit. (vgl. Decker-Voigt, 2004; Timmermann, 2004)

5.3.4 Klangreisen, Klangtrance

Jedes intensive Musikerleben kann in eine leichte Trance führen. Diese Erfahrung umfasst sämtliche Bereiche bis hin zum ganzen Sensorium. Die Klangeleitete Trance nach Strobel (1999) oder die musiktherapeutische Tiefenentspannung (MTE) nach Decker-Voigt (2004) sind Methoden der rezeptiven Musiktherapie, wo fast ausschließlich live musiziert wird.

Die vorliegende Arbeit beschränkt sich ebenfalls auf das Live-Spiel oder auch Für-Spiel, wie es Timmermann (2008) nannte. Eine grundsätzliche Voraussetzung besteht in der Freiwilligkeit und Angstfreiheit des Patienten, eingebettet in einer vertrauten therapeutischen Beziehung. Erst dadurch können Ressourcen mobilisiert werden (Decker-Voigt, 2004, S. 290). Im Vergleich zu Phantasiereisen oder verbal geleiteten Entspannungstechniken gibt es nur am Beginn eine verbale Spracheinführung/musikalische Einstimmung, sowie am Ende eine Rückführung durch den Therapeuten (vgl. Decker-Voigt, 2004; Timmermann, 2004).

Ein tief entspannter veränderter Bewusstseinszustand mit intensiven inneren Bildern weist auf eine trophotrope (entspannte) Trance hin. Die Klänge können aber auch einen wacheren, geistig aktiveren (ergotropen) Trancezustand hervorrufen (vgl. Rittner et al. 2009). Neben den psychophysisch messbaren Wirkungen bei Klangtrance, wirken sich nach Strobel (1999) die Klangfarbe eines monotonen Reizes, die Spielweise des Instruments, sowie Kenntnisse und Haltung (Gestimmtheit und Absicht) des Therapeuten auf das Klangerlebnis aus. Dieses muss nicht immer zu inneren Bildern und Visionen führen. Es sollte deshalb zu keiner Fixierung kommen, da sonst andere *„wertvolle Erlebens- und Erfahrungsebenen behindert oder nicht beachtet“* werden (Strobel, 1999, S. 133).

Erlebnisebenen in der Klanggeleiten Trance nach Strobel sind Gedanken und Assoziationen, Gefühle, innere sinnliche Vorstellungen (optische, körperliche, akustische, olfaktorische, gustatorische oder multisensorische) sowie spontane Körperbewegungen und autonome Körperprozesse (Schmucker, 2004, S. 76).

Besonders bei dieser Form von sinnlicher Aktivierung, kommt die spirituelle und transpersonelle Komponente zum Vorschein. Urs Rüegg (2007) bezieht sich daher auf das „Bio-psycho-sozio-spirituelle Modell“ von Evolutionstheoretiker Ken Wilber. In der musikalischen Trance sind nach Rüegg (2007) mystische Erlebnisse keine Seltenheit. Dabei handelt es sich um transmodale Wahrnehmungen, die manches Mal nicht verbalisiert werden können. Inhalte und Atmosphären des veränderten Bewusstseinszustandes bergen des Öfteren Spirituelles (Rüegg, 2007, S. 430). In solchen Momenten geht das menschliche Empfinden und Verhalten mit einem tiefgründigen Wissen des Individuums einher, das sich eingebunden fühlt in ein größeres Ganzes. Diese transsensorische, transpersonelle, teils mystische Erfahrung von Urvertrauen, Selbstvertrauen und Selbstakzeptanz knüpft an „innere“ Kraftquellen, die den *„Heil(ung)sweg“* beeinflussen (ebd. S. 430).

5.3.5 Vibroakustische Wahrnehmung – Klang und Vibration

Es handelt sich hier um eine Verbindung von Hören und Fühlen (Ross, 2010). Im Spiel mit Instrumenten (z.B. Leier, Rassel, Oceandrum, Kalimba, Klangschalen oder sitzend auf der großen Schlitztrommel) kommt es in der aktiven Musiktherapie neben der akustischen auch zur Vibrationserfahrung.

Für die rezeptive Musiktherapie sprechen wir an dieser Stelle von Vibrationserfahrungen, wo der Körper direkt mit dem Instrument verbunden ist und der Patient die Schwingungen der Musik und des Klangkörpers vibrotaktil hört. Schwingungen werden somatosensorisch und akustisch übers Ohr, Haut, Knochenleitung, sowie Körperflüssigkeiten auf den Patienten übertragen (Rittner und Fachner, 2004). Ross (2010, S. 71), der sich mit Klangarbeit neuropsychologisch befasst hat, spricht deshalb von einer *„kinästhetischen Tieftrance“*. Vor allem dort, wo Patienten weniger über innere Bilder wahrnehmen, sondern Fühlung und Bewegungen im Vordergrund stehen (ebd. S. 71).

Dieses ursprüngliche Zusammenwirken von Körper-, Klang- und Resonanzerfahrung regen in uns ein ganzheitliches Empfindungserlebnis an (Dill-Schmölders und Grün, 2012). Ähnliche Erfahrung hatten wir im Mutterleib und frühen Kindheit. Dort erlebten wir die Gleichzeitigkeit von Tast-, Gleichgewichts- und Hörsinn, von Kinästhetik/Propriozeption und Hören, gebunden an den mütterlichen Klangraum (vgl. Gerhard und Abrams, 2003).

Die vom Therapeuten live gespielte Musik entstammt Körperinstrumenten. Der Klangstuhl, das Monochord, die Körpertambura und Klangschalen werden als solche in der Musiktherapie eingesetzt. Die Arbeit mit Körperinstrumenten führt zu einem erweiterten Resonanzraum, wo man selbst zum schwingenden Körper wird (vgl. Zeigert, 2012, S. 7 f.).

Zeigert (2012) beschreibt in seiner Diplomarbeit im Vorfeld Körperinstrumente und widmet sich ausführlich der Körpertambura. Ein Instrument, wo die Vibrationen besonders deutlich wahrnehmbar sind. Der direkte Kontakt zwischen Instrument und Patient, sowie das Live-Spiel lassen einen Vergleich mit dem Ganzkörpermonochord (Klangliege) zu. Die handhabbare Größe und Mobilität der Körpertambura erweist sich m.E. als vorteilshaft. Die Klangtrance wird bei beiden Instrumente durch die Vibrationen noch vertieft (Rittner et al., 2009; Zeigert, 2012, S. 61).

Die Körpertambura befindet sich am oder neben dem Patient und wird hauptsächlich, aber nicht ausschließlich für rezeptive Musiktherapie eingesetzt. Aufgrund ihrer Stimmung eignet sie sich als Basis für aktive Stimmimprovisationen (Zeigert, 2012, S. 18). Im Gegensatz zum Monochord, wird der Klang erdender und zentrierender wahrgenommen und aus harmonikaler Sicht mit einer gewissen „Dur-Lastigkeit“ beschrieben (Zeigert, 2012, S. 143; S. 72).

Nach Zeigert (2012, S. 30) wirken „*Klang und Vibration auf Körper, Geist und Seele des Rezipienten*“, was häufig zu Entspannung führt. Die Übertragung von hör- und spürbaren Schwingungen regt nicht nur die gesamte Somatosensorik (siehe Kapitel 2.3.3.1) an, sondern aktiviert auch Regulationsprozesse und Gehirnregionen. Jene Regionen, die entweder für interozeptive Informationen des Körpers zuständig sind oder für Aufmerksamkeit und Wachheit verantwortlich sind (Ross, 2010, S. 79 f.). Meist begleitet ein angenehmes Wärmeempfinden das entspannte, rezeptive Klang(trance)erlebnis, da sich Gefäße erweitern und die Durchblutung anregen. (Zeigert, 2012, S. 36).

Forschungsergebnisse:

Durch die somatosensorische Aktivierung kommt es zu einer Verbesserung der Körperwahrnehmung. Wenn neuropsychologisch betrachtet, der *„somato-sensorische Informationsweg öfter bestritten wird und hier gehäuft Reize angeboten werden, etwa über die Klangmassage, wird die Körperwahrnehmung der betreffenden Person“* im somato-sensorischen Kortex mit neuen Nervenzellverbindungen entsprechend repräsentiert (Ross, 2010, S. 81).

Entspannung, körperliches Wohlbefinden, Regeneration und Vitalisierung auf körperlicher, emotionaler und mentaler Ebene können durch das Klang- und Vibrationserlebnis hervorgerufen werden. Vor allem für Menschen mit chronischen Schmerzen, schweren Erkrankungen oder jene die ihren Körper als Feind erleben, können die harmonischen Klänge und sanften Vibrationen einen heilsamen Aspekt im Rahmen der Krankheitsverarbeitung, im Behandlungsverlauf oder im Genesungsprozess darstellen (vgl. Koller, 2009, S. 30; Kern, 2011).

Die von Ross (2010, S. 85) zusammengefassten Erlebnisse bei Entspannungsverfahren sind gekennzeichnet durch:

- das Absinken des sympathischen Aktivierungsniveaus;
- Aktivierung des parasympathischen Nervensystems;
- Aktivierung von Gehirnbereichen, welche für Emotionen zuständig sind;
- mentale Frische;
- nach innen gerichtete Aufmerksamkeit;
- Erhöhung der Wahrnehmungsschwellen für äußere Reize;
- vermehrtes assoziatives Denken;
- Stabilisierung und Stärkung des Immunsystems.

Die oben angeführten Wirkungen werden nun um jene von Koller (2009, S. 24) ergänzt und dient dem Brückenschlag zur musiktherapeutischen Ebene.
Vibrotaktile Klangarbeit:

- gibt ein umfassendes Klangangebot durch die stark obertonreichen Klänge;
- stärkt das ursprüngliche Vertrauen des Menschen;
- ermöglicht Zugang zu ungenutzte Ressourcen;
- stärkt Selbstbewusstsein, Kreativität, Schaffenskraft und Motivation;
- trägt zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte bei;
- ermöglicht das Gefühl von Gelassenheit.

Die Musiktherapeutin Kern (2011) erkannte in ihrer vibroakustischen Klangarbeit mit Para- und Tetraplegikern (Patienten mit tiefer und hoher Querschnittslähmung) ebenso deutliche Veränderungen auf somatischer als auch auf psychischer Ebene. Bereichernde Ergebnisse aus ihrer Arbeit sind (Kern, 2011, S. 110, f.):

- Schmerzreduktion, Muskeltonusregulierung und die signifikante Reduktion der Spastik;
- Sensibilisierung der Wahrnehmung und Spürfähigkeit;
- Positives Körpererleben mit deutlicher Veränderung des eigenen Körperbildes (Identitätsstärkung);
- „Spüren-Können“ der gelähmten Extremitäten/Körperteile – auch bei sensibel komplettem Querschnitt; Dies wurde von allen Patienten als äußerst angenehm beschrieben und als wichtigster Effekt beurteilt.

In der Klangtrance – sei es mit oder ohne Vibrationen – werden Empfindungen, Gedanken, Erinnerungen, Assoziationen und Gefühlen angesprochen. Aussagen zu transpersonellen und spirituellen Erfahrungen lassen sich dem Atmosphärischen zuordnen (siehe Kapitel 3.4) „Schweben“, „vom Klang umhüllt sein“, „Gefühl von Schwerelosigkeit“ können als Beispiele genannt werden (Dill-Schmölders und Grün, 2012, S. 351).

5.3.6 Singen, Stimmen, Schwingen

Die Arbeit mit Atem und Stimme, wird von manchen als „Königsweg“ bezeichnet (Loos, 1996; Engert-Timmeramnn, 2011; Rittner, 2008). Innerpsychische und körperliche Prozesse sind an dieser Stelle nicht zu trennen, da es sich um die *„direkteste tönende Erscheinungsform leib-seelischer Einheit“* handelt (Rittner, 2009a, S. 488). Singen geht unter die Haut und aktiviert psychophysische Resonanzphänomene, sowie körperlich heilsame Ressourcen. Da Körper- und Klangwahrnehmung nicht voneinander getrennt werden können, regt die Arbeit mit dem intimsten eigenen Instrument die ganzheitliche

Erfahrung an. Der Atem und die Stimme sind Teil unserer Persönlichkeit und stellen einen Spiegel unserer inneren Ordnung dar. Sie sind Ausdruck der Person und seiner momentanen Stimmung, was sich durch den Atemfluss und den Stimmklang äußert. Das Gehirn kann mit Hilfe des Stimmklangs unmittelbar entschlüsseln, in welcher emotionalen Verfassung sich der Mensch befindet (vgl. Rittner, 2008).

Das Spielen und Erkunden mit der eigenen Stimme, Sprache und des Atems sollen Hemmungen vor dem Sich-Ausdrücken abbauen, denn Stimme ist *„Wesensäußerung, Ausdrucksorgan und leibliches Mittel“* (Frohne-Hagemann, 1990, S. 166). Beschränkungen, Blockaden, Defizite oder Stimmkrisen können durchs Improvisieren mit der Stimme wahrnehmbar und bearbeitet werden.

Eine wunderbare Eigenschaft des tönenden Atems kommt dem Summen zu. Es ermöglicht uns am schnellsten zu erfahren und zu erleben, wie wir vom eigenen, tönenden Atem in Schwingung versetzt werden. Beim Improvisieren mit Vokalen oder Konsonanten wird ebenfalls spürbar, wie sich die Schwingungen überall im Körper Räume schaffen und diese zum Klingen bzw. Schwingen bringen. Man kann im. Der Mensch stellt sich selbst als Instrument zur Verfügung und kann im eigenen Körper auf Entdeckungsreise gehen, wo, was und wie anklingt. Mit zunehmendem Vertrauen wird die Resonanz mit sich spürbarer. Durch das Summen und Singen, werden nicht nur Stimmbänder, Zwerchfell und Beckenbodenmuskeln bewegt. Die Schwingungen breiten sich aus und versetzen viel mehr in Vibration bzw. in Bewegung (vgl. Engert-Timmermann, 2011). Wir sprechen von einer Sinnesaktivierung, in der wir mit uns selbst in Resonanz bzw. ins Schwingen kommen.

Neben jeglichem Liedgut ist die freie Improvisation mit der Stimme (Vokalimprovisation) in der musiktherapeutischen Praxis von großer Relevanz. Sabine Rittner (2008) hat sich intensiv mit dem Phänomen Stimme und ihren Wirkfaktoren der in Psychotherapie und Musiktherapie auseinandergesetzt und bezeichnet Singen immer auch als Körpererfahrung, als Atemtherapie und als Kontakt. Vor allem ist Singen für Rittner eine Schulung der Selbstwahrnehmung. Unter dem Gesichtspunkt Stimme als Ausdrucksmittel führt Stimmentfaltung auch immer zur Persönlichkeitsentfaltung. (vgl. Rittner, 2008)

> *„Im Stimmklang wird die Not unserer Patienten hörbar, die Verlassenheit, die Angst, ebenso aber klingen auch ihre Fähigkeiten an, ihre Kräfte, ihre Wünsche und Sehnsüchte, lange schon, bevor sie sich in Worte fassen lassen“* (Rittner, 2008, S. 211).

Dieser Satz weist auf den atmosphärischen Charakter hin, der ein achtsames Umgehen mit stimmlichen Improvisationen verlangt. Eine unmittelbare Verbalisierung kann die sinnlich-emotionale Erfahrung laut Rittner (2008, S.210) auch *„bagatellisieren, reduzieren, manchmal sogar entweihen“*.

Forschungsergebnisse:
Der Klang der eigenen Stimme kann sich stimulierend und gesundheitsfördernd auswirken. Auch rezeptiv erbringt Gesang Heilsames. Wenn Menschen angenehme Musik hören, werden im Gehirn Areale aktiviert, die fürs Singen zuständig sind. Der Organismus singt/schwingt dann bewusst oder unterschwellig mit (vgl. Koelsch, 2008). Bereits bei Musikwahrnehmung wurde darauf hingewiesen, dass beim Singen aktivierte emotionale Netzwerke im Gehirn zu Neubahnungen (kortikale Reorganisationen) beitragen (vgl. Hüther, 2004).

Die Klangwahrnehmung führt beim aktiven Singen übers Ohr und die Knochenleitungen sowie kinästhetische Vibrationsempfindungen und fördern, dass Singen eine Fokussierung von Aufmerksamkeit bewirkt. Dies kann Tranceprozesse auslösen (Rittner und Fachner, 2007). Die gebündelte Wahrnehmung in der Trance geht mit einer „entspannten Hochspannung“ einher. Hyperwachheit und hohe Aufnahmefähigkeit sind kennzeichnend für eine gleichzeitig aktivierende (ergotrope) und beruhigende (trophotrope) Klangwirkung auf das vegetative Nervensystem (vgl. Rittner, 2008).

Es werden folglich ausgewählte Wirkungen angeführt, die im therapeutischen Prozess des empirischen Teils zutreffen, im Kapitel 7 jedoch nicht extra behandelt werden. Die vollständige Auflistung ist bei Rittner (2008, S. 215) nachzulesen. Singen:

- intensiviert die Interozeption (Körperinnenwahrnehmung);
- stimuliert das Knochensystem und die Beweglichkeit von Gelenken;
- steigert Endorphinproduktion, wirkt schmerzstillend und stimmungsaufhellend;
- stimuliert Atemorgane und sämtlicher Organfunktionen in der Bauchregion;
- stärkt das Immunsystem und weckt physische und psychische Kraftreserven;
- intensiviert das Erleben von positiven wie negativen Gefühlen;

Singen ermöglicht zudem das Finden von innerer Ruhe, den Ausstieg aus lähmenden Gedanken, Auflösung von Erstarrungen und eine Herstellung von Fluss und Bewegung (vgl. Adamek, 1999 in Rittner, 2009a, S. 491).

5.3.7 Stille

Smetana (2005) beschreibt Stille als Empfindungsbegriff, der genussvoll/angenehm oder belastend/unerträglich erlebt werden kann. Auch Stille, als Gegenpol zum Lärm (Reizflut) kann zu einer Verinnerlichung und Besinnung führen.

„Die Wirkung der Stille bestehe darin, dass sie die sinnliche Wahrnehmung mit jenem innersten Ort des Menschen verbindet, wo Fühlen, Denken und Wollen noch ungeschieden beieinander liegen. Stille wirkt klärend und sensibilisierend auf die Sinne. Sie verleiht ihnen Fühlung mit dem Herzen und erschließt einen inneren Wahrnehmungsraum, in dem sich erst die einzelnen Sinneswahrnehmungen zu einer sinnbedeutenden und ganzheitlichen Erfahrung formieren. So führt Stille zu einer Sammlung des Menschen und hilft ihm dabei, sich wieder als leib-seelische Ganzheit wahrnehmen und erfahren zu können“ (Smetana, 2005, S. 18).

Die absolute Stille begleitet von Bewegungslosigkeit existiert nicht. Auch wenn manche Geräusche unterhalb unserer Wahrnehmungsschwelle liegen (z.B. beim Gewöhnungseffekt), dürfen sie nicht mit einer Deprivation der Sinne verwechselt werden. In der Stille entsteht ein **Hör-Raum** für Wichtiges, auch in Form von außen kommende Geräusche, die störend empfunden werden oder körpereigene Geräusche (Smetana, 2005, S. 78 f.). Die Wahrnehmung des eigenen Stille-Erlebens gilt als wichtiger Aspekt der Selbstwahrnehmung. Gefühle, Gedanken und Reaktionen, einschließlich vegetativer Reaktionen sind Begleiter in der Sinneserfahrung mit Stille.

Im therapeutischen Prozess ist Stille oft ungreifbar bzw. unbeschreibbar. In dieser Zeit kann ein tiefes Erleben, Fühlen und Spüren stattfinden. *„Aus der Stille heraus geschieht Begegnung, Vertrauen, Hinwendung und Initiative“* (Smetana, 2005, S. 104). Eine entstandene sinnliche Begegnung mit Neuem und Schöpferischem ist nicht still.

Aktive Besinnung kann helfen, etwas zu tun, was einem gut tut bzw. die Einsicht beschleunigen, wenn einem etwas nicht gut tut. Sie ermöglicht die Begegnung mit sich selbst, was man keineswegs als passiven Vorgang bezeichnen kann. Die erlernten, erinnerten und reaktivierten Fähigkeiten lassen uns die Sprache der eigenen Ursprungs- und Lebenswerkzeuge „Sinne“ wieder besser „hören“. Infolge kann man sich selbst besser spüren und verstehen. Je nachdem, ob man sich Wahrnehmung im Einzelsetting oder in der Gruppe widmet bzw. ob man in Interaktion mit sich selbst oder mit jemand anderen ist, unterscheiden sich Wahrnehmungen.

Um dieses Kapitel abzuschließen sollen die Erkenntnisse der Literaturrecherche zur Förderung von Selbstwahrnehmung und ihre Ziele zusammengefasst werden.

5.4 Förderung von Selbstwahrnehmung

Einer differenzierteren Wahrnehmungs- und Erlebnisqualität folgt zumeist eine Verbesserung der Erlebens-, Befindens- Genuss- und Lebensqualität und bedeutet immer auch eine Erweiterung des inneren und äußeren Wahrnehmungs- und Erlebnisraums. So kann sich die differenziertere Wahrnehmung auch korrigierend auf pathologische Wahrnehmungseinschränkung bzw. -störungen auswirken (vgl. Schwabe und Röhrborn, 1996; Frohne-Hagemann, 2001). Im therapeutischen Setting werden einige Ziele der Selbstwahrnehmung folgend angeführt.

Je nach Schwerpunkt werden die Ziele rückbeziehend auf die 3 Säulen im Einführungskapitel – Sinne, Wahrnehmung und das Selbst – inklusive einer Kombination aus allen zugeordnet. Die Kategorisierung dient der theoretischen Anschaulichkeit, fließende Übergänge und Kombinationen ergeben sich in der praktischen Arbeit in Abstimmung mit dem Patienten. Ein Zugang über die Sinne, sowie deren Aktivierung als Basiskomponente für Selbstwahrnehmungsförderung deckt sich mit dieser Abfolge.

(1.) <u>Sinne</u>

- Sensibilisierung und Aktivierung der sinnlichen Wahrnehmungsfähigkeit;
- Eigene Empfindungen artikulieren lernen;
- Bewusstes Erleben und Akzeptieren der eigenen Körperlichkeit;
- Wahrnehmung der eigenen Befindlichkeit;

(2.) <u>Wahrnehmung</u>

- Wahrnehmung von Stimmungen, Gedanken, Erinnerungen und Gefühlen;
- Wahrnehmungen betrachten in Relation zu gesellschaftlichen Normen sowie Verhaltensweisen im Kontext des Umfelds;
- Wünsche, Bedürfnisse und Motivationen wahrnehmen, ernst nehmen und artikulieren lernen;
- auf die Stimme des Herzens bzw. der Seele hören und verstehen lernen;
- Verhaltensweisen der Mitmenschen reflektieren;
- sich den Raum für bewusstes Erleben nehmen und für sich nutzen lernen;

(3.) <u>Sinne, Wahrnehmung, Selbst</u>

- Bewusstwerdung eigener Grenzen, sowie dem Nähe und Distanzverhalten;
- Erfahrung der leiblichen Ganzheit – als Einheit von Körper-Geist-und Seele;
- Verbesserung von Köperbild, Körpergefühl und Selbstbild;
- Förderung von Kreativität und Genussverhalten;
- Bereicherung der Erlebnisinhalte um atmosphärische, ästhetische und transpersonale Aspekte;

(4.) <u>Selbst</u>

- Ich-Stärkung, durch Entwicklung von Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein;
- eigene Ängste und Hemmungen erkennen lernen und abbauen;
- eigene Verhaltensweisen kennenlernen und diese reflektieren;
- Förderung der Frustrationstoleranz, Kritikfähigkeit und Konfliktverhalten;
- Entwickelung des Verantwortungsgefühls für sich selbst;
- Erkennen und Integrieren der eigenen Stärken und Schwächen.

Da die Musik in der Therapie als etwas Drittes im Raum, neben der körperlichen und der kognitiv-emotionalen Wahrnehmungsebene, wirkt und *„Erinnerungen, Stimmungen, Gedanken und Gefühle anspricht und auslöst, führt sie wiederum auf die Wahrnehmung der eigenen Person zurück“* (Schwabe und Röhrborn, 1996, S. 60).

Das Wissen um eigene Ressourcen im Sinne der gesunden Anteile des Individuums, wie vorhandene Fähig- und Fertigkeiten können ebenfalls als Bestandteil der Selbstwahrnehmung betrachtet werden. Im therapeutischen Prozess werden Ressourcen aktiviert, gestärkt oder auch neu dazu gewonnen. Die reaktivierten oder neuen Erfahrungen und die damit einhergehenden Stimmungen und Gefühle können anhand der gestärkten Selbstwahrnehmung besser integriert werden und führen bei positiv intensiv Erlebem und Wiederholung zu Veränderungen in den kortikalen Netzwerken (vgl. Hüther, 2004).

Dies kommt auch bei Multiple Sklerose Erkrankten zur Geltung. Das nächste Kapitel gibt einen Überblick zum Krankheitsbild und stellt zwei wissenschaftliche Arbeiten vor, die den positiven Effekt von Aktivierung und dem damit verbundenen erweiterten Erlebnisspektrums aufzeigen.

6 Musiktherapie und Multiple Sklerose (MS)

Entwicklungsprozesse finden ein Leben lang statt und können in allen Lebensphasen angeregt und gefördert werden. Davon ausgehend ist eine kontinuierliche Aktivität zur Aufrechterhaltung von Selbstwirksamkeit sowie der Stabilität von emotionaler Befindlichkeit für Patienten mit MS unerlässlich. Schmid (2004) erscheint dies wichtig für die Identitätsfindung und Selbstakzeptanz. Das Erlebnis des Individuums mit sich und der Umwelt bleibt von zentraler Bedeutung (vgl. Schmid, 2004, S. 120). Eine zusätzliche Schwierigkeit für diese Patienten stellt die Unberechenbarkeit der Krankheit dar. So sind die Menschen immer wieder einer neuen Identitätsfindung ausgesetzt (vgl. Grau und Henningsen, 2006). Angst, Resignation, Isolation und nachlassendes Selbstwertgefühl sind unmittelbare Folgen dieser Krankheit. Ein symptomorientierter Zugang, sprich Medikation und Physiotherapie, können diese begleitenden psychischen Probleme kaum verringern (vgl. Aldridge, 1999, S. 99).

Besonders dann, wenn eine Unfähigkeit besteht, Gefühle wahrzunehmen (Alexithymie) oder über eigenes Leid nur schwer gesprochen werden kann, bietet die Musiktherapie Möglichkeiten zur Ausdrucks- und Beziehungsgestaltung (vgl. Hegi und Rüdisüli, 2011). Über die Musikimprovisation (Hegi, 2010), aber auch über die musikalische Trance (Rüegg, 2007) können Wege gegangen und Räume erschlossen werden, wo aus Alters-, Behinderungs- oder Krankheitsgründen verbale Therapieformen nur schwer oder keinen Zugang finden. **Das Erleben von Resonanz** (Gindl, 2002; Verres, 2010) könnte gerade Menschen, *„die durch Rigidität, Rationalisierung und verminderte Emotionalität stark eingeschränkt sind“* und bei denen womöglich medizinisch oder psychologisch wenig Hoffnung auf Heilung besteht, Linderung und ein adaptierteres und umfassenderes Selbstverständnis vermitteln (Rüegg, 2007, S. 434).

6.1 Krankheitsbild Multiple Sklerose

Die Multiple Sklerose als chronisch entzündliche Erkrankung des Zentralnervensystems tritt oft im jüngeren Erwachsenenalter zwischen 20 und 35 Jahren erstmalig auf. Die häufigste Form, die auch für diese Arbeit zutrifft, beginnt meist schubförmig und geht Jahre später in einen sekundär chronisch-progredienten Verlauf über. Dies bedeutet eine schleichende Verschlechterung ohne Schübe (vgl. Grau und Henningsen, 2006).

Viele Faktoren dieser Autoimmunerkrankung sind bis heute nicht geklärt. Tatsache ist jedoch, dass damit schwerwiegende neuropsychologische Symptome einhergehen. Psychosomatische Zusammenhänge in der Diagnostik und Therapie bei Multipler Sklerose ergeben sich aus dem jungen Ersterkrankungsalter, die Ungewissheit über den individuellen

Verlauf, die Auswirkungen psychosozialer Belastungen, Beeinträchtigung der Denk- und Erlebensfähigkeit sowie anhaltende Unklarheit über die Krankheitsursache (vgl. Grau und Henningsen, 2006). Zusätzliche psychosomatische Kennzeichen stellen nach Klußmann und Nickel (2009) die Hemmung aggressiver Impulse, die Anpassungstendenz (ausgeprägtes Pflichtbewusstsein und Perfektionismus) sowie eine erhöhte Erwartungshaltung dar.

Die am häufigsten auftretenden Symptome sind (vgl. Pöhlau und Kallweit, 2010):

- Sensibilitätsstörungen und Schmerzen
- Motorische Beeinträchtigungen (Spasmen, Lähmungserscheinungen, Sprech- und Schluckstörungen);
- Vegetative Beeinträchtigungen der Blasen- und Darmfunktion, im Sexualleben sowie Schlafstörungen
- Kognitive Beeinträchtigungen (Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Gedächtnis)
- Fatigue (pathologische Ermüdbarkeit)
- Seh- und Hörstörungen
- Psychische Beeinträchtigungen (am häufigsten Depression)

Krankheits- und Symptomverleugnung als Abwehrmechanismus spielen bei Patienten mit MS eine große Rolle. Die im Verlauf der Krankheit auftretenden Wahrnehmungsverzerrungen und zunehmende Immobilität wirken sich auf das Erleben und die Lebensqualität aus. Es liegt daher nahe, dass ein erlebnisorientiertes, ressourcenförderndes Therapieangebot für Patienten mit MS notwendig erscheint. Wolfgang Schmid (2004) schreibt:

> *„Musik spielerisch zu erfinden kann der Tendenz zu Verzerrung und Einengung des Erlebens entgegenwirken, da die individuellen Fähigkeiten eines Menschen, seine Ideen und Handlungsmöglichkeiten jenseits von Normen und Skalenpunkten zum Ausgangspunkt des Geschehens werden“* (Schmid, 2004, S. 119).

6.2 Sinnesaktivierung bei Multipler Sklerose

Die folgenden zwei wissenschaftlichen Arbeiten verdeutlichen, welchen Beitrag die Musiktherapie sowohl aktiv als auch rezeptiv zum sinnlichen Erlebnis, zur Krankheitsbewältigung und zur Förderung von Körper- und Selbstwahrnehmung leisten kann.

1. Aktive Improvisation und Singen

Aus der Dissertation von Wolfgang Schmid (2004) geht hervor, dass aktive Musiktherapie durch Anregung der Eigenaktivität neue Handlungsspielräume ermöglicht. Soziale

Interaktion und Dialog können, nach einem häufig auftretenden sozialen Rückzug, wieder entwickelt und erlebt werden. Dieses Erleben von Resonanz trägt zur Selbstakzeptierung als ganzheitliches Wesen, zur emotionalen Stabilisierung und dem Rückgang von Angst und Depression bei (Schmid, 2004, S. 114). *„Die Musik und die Musiktherapie werden insgesamt als ‚etwas Mobiles' erlebt"*, als ein Raum für emotionalen Ausdruck von Wut und Angst, aber auch für Geborgenheit, Freiheit und Spaß (Schmid, 2004, S. 63). Gerade aufgrund ihrer verunsichernden Sinnes-Beeinträchtigungen, sei es für den Patient wichtig in *„con-tact – in sinnlicher Berührung mit sich selbst*" zu kommen (Schmid, 2004, S. 126).

Da bei Patienten mit MS ein großes Bedürfnis nach Sicherheit vorherrscht, verlangt dies bei musiktherapeutischen Angeboten besondere Vorsicht. Das intellektuelle, leistungsorientierte Verständnis der Patienten, die Erwartung einer sofortigen Verbesserung ihres Befindens, birgt Angst vor irritierenden Erfahrungen, die sich auch auf die Therapiemotivation auswirkt (ebd. S. 33 f.).

Nach Schmids (2004, S. 66) Angaben einer Fragebogenauswertung favorisieren Patienten ein *„aktive Therapieangebot, das ihre kreativen Ressourcen stärker als bisher in ihr Behandlungskonzept integriert"*. Demnach führt ein längerfristiges aktives Musiktherapieangebot:

- zu einer signifikanten psychischen und emotionalen Stabilisierung;
- zu einer signifikanten Verbesserung ihrer Selbstakzeptanz;
- zum Rückgang der Fatigue (in kälteren Jahreszeiten);
- zur Verringerung der Angst in der Musiktherapie;
- zu einer gesteigerten und positiveren Selbstwahrnehmung;
- zu wachsendem Selbstvertrauen.

Aus Sicht der Betroffenen erfolgte über das musiktherapeutische Angebot ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität. Vitalität, geistige und seelische Gesundheit, sowie soziale Aktivitäten stufen Patienten – im Gegensatz zur Medizin – höher ein, als motorische Funktionalität. Dort steht nach wie vor die Krankheit im Mittelpunkt und nicht der Mensch in seiner Ganzheit (vgl. Schmid, 2004, S. 65). Schmid analysierte das Kontaktverhalten im Zusammenspiel- bzw. Singen in der Musiktherapie mit MS-Patienten.

Das Kontaktgeschehen zwischen Therapeut und Patient kann (Schmids, 2004, S. 92 f.):

- klar, eindeutig, spontan, offen und wechselseitig sein;
- sich in einem Übergang von Uneindeutigkeit zu mehr Eindeutigkeit befinden;
- bedeuten, dass der Patient erst Kontakt zu seinem eigenen Tun finden muss;
- schwierig sein, weil ein unmittelbarer Kontakt in der gemeinsamen Musik zunächst kaum möglich ist.

2. Vibroakustische Therapie

Die Förderung der Sensibilität und Schärfung der Wahrnehmung für Kinästhetik und Propriozeption fand in der Behandlung mit MS bisher wenig Beachtung. Sensibilitätsstörungen gehören nach Dill-Schmölders und Grün (2012) zu den häufigsten Symptomen und unterscheiden sich einerseits in Missempfindungen, ohne erkennbare physikalische Ursache, die eine Einschränkung des Tastsinns mit sich bringt und sich daher unmittelbar auf die Feinmotorik und die Gehbewegung auswirkt. Andererseits ist die eingeschränkte Vibrationsempfindung (Herabsetzung der propriozeptiven Informationen), mitverantwortlich für Probleme in der Koordination von Grob- und Feinmotorik. Diese Symptome führen unweigerlich zu einer gestörten Eigenwahrnehmung und Bewegungskoordination (ebd. S. 353).

Durch die eingeschränkte Körperwahrnehmung (vgl. 2.3.4.1) und Beweglichkeit sind depressive Verstimmungen eine häufige Folge. In der Studie von Dill-Schmölders und Grün (2012) steht die rezeptive Körpererfahrung am Ganzkörpermonochord daher im Vordergrund. Die 20minütige vibroakustische Stimulation zeigte eine signifikant positive Veränderung der körperlich-seelischen Befindlichkeit bei Patienten mit MS.

Neben den schon erwähnten Wirkungen von vibroakustischer Klangerfahrung (siehe Kapitel 5.3.5) zeigt die Klangliegentherapie bei Patienten mit MS nach Dill-Schmölders und Grün (2012, S. 360 f.) positive Effekte im Bereich:

- **Oberflächen- und Tiefensensibiltät**
  Durch die erzeugte Resonanz im Knochensystem kommt es zur besseren Erfahrung von Länge und Ausdehnung des Körpers und einer intensiveren Hautwahrnehmung als Grenze zwischen innen und außen.
- **Kinästhetik und Propriozeption**
  Das eingeschränkte Erlebnis von Körpersymmetrie wird wieder ermöglicht. Lage- und Orientierungsinn, sowie motorische Fähigkeiten der Handfunktion als auch die Gehfähigkeit werden verbessert.

Die positive Erfahrung des Körpererlebens hat Einfluss auf die emotionale Befindlichkeit. Emotionen, wie Freude, Kraft und Vitalität werden geweckt und wirkt sich auf die Lebenszufriedenheit und Lebensqualität aus.

Dill-Schmölders und Grün (2012) schließen daraus, dass die Förderung der Somatosensorik durch die Klangvibrationen, neben der verbesserten Eigenwahrnehmung und dem besseren Gefühl für die eigene Bewegung und Bewegungskoordination, die Gehfähigkeit positiv beeinflussen kann (S. 361).

7 Einzelfallanalyse einer Patientin mit Multipler Sklerose (MS)

Die Einzelfalldarstellung als empirischer Teil dieser Arbeit beinhaltet den Schwerpunkt Singen und die vibroakustische Klangmassage mit der Körpertamubra als sinnesaktivierende Interventionen. Es wurden im Vorfeld zum Vergleich die beiden o.g. Studien angeführt, weil diese Einzelfallstudie auf gewisse Weise eine Kombination aus beiden darstellt. Zunächst werden anamnestische Fakten und der Erstkontakt mit der Patientin beschrieben. Im weiteren Verlauf werden Setting, Ziele, Prozessverlauf und die methodische Herangehensweise der Auswertung dargestellt.

Anamnese und Erstkontakt:

Die 40jährige verheiratete Patientin und Mutter einer Tochter lebt mit ihrer Familie, den Haushalt selbstständig führend, in einer Wohnung. Als ausgebildete Kinderkrankenschwester ist sie heute noch zweimal wöchentlich im Krankenhaus sitzend tätig.

Die Patientin ist eine Natur- und Musikliebhaberin, singt, wenn es ihr möglich ist, im Chor, nimmt Gesangsunterricht und hat seit letztem Jahr auch Klavierunterricht. Auf einer Singwoche im Sommer 2010 lernten wir uns kennen. Damals hatte ich eine Körpertambura (KT) dabei, die sie unbedingt ausprobieren wollte. Weil die Klangvibrationen nach ihren Aussagen nachhaltige Wirkung zeigte, kamen wir ins Gespräch und beschlossen, im Herbst mit Musiktherapie zu beginnen. Schon damals war sie beim Gehen auf die Hilfe zweier Krücken angewiesen, doch das Probespiel mit dem „Klangbrett“, wie sie es nannte, bewirkte unmittelbar eine Veränderung in ihrer Sensibilität. Sie spürte ihr Bein noch über eine längere Zeit nach und schlief besser. Die Erwartungen der Patientin von der Musiktherapie waren vordergründig eine Verbesserung der Sensibiliätsstörungen sowie Entspannung.

Symptomatik:

Im Alter von 21 Jahren wurde bei ihr MS diagnostiziert. Der Verlauf war zuerst schubhaft und ist laut Angaben der Patientin seit 2007 sekundär progredient (chronisch schleichend). Begleitende Symptome äußern sich durch Inkontinenz, Krämpfe (hauptsächlich in den Beinen), Blutdruckprobleme und Schwindel. Zudem leidet die Patientin nach eigenen Angaben mittlerweile schwer am Fatigue-Syndrom (chronische Ermüdung). Sie berichtete, dass sie dauermüde sei und das Gehen, vor allem der Weg zur Arbeit, schon mit großer Anstrengung verbunden ist. Danach sei sie völlig erschöpft. Mobilität und Einstufung der Behinderung wird nach der EDSS-Skala (Expanded Disability Status Scale) bewertet, welche von 0-10 reicht und vorwiegend die Gehfähigkeit misst (vgl. Pöhlau und Kallweit, 2010, S. 26). Die Patientin ordnet sich bei Stufe 6,5 ein, was bedeutet, dass sie konstant beidseitige Hilfsmittel benötigt, um 20 Meter ohne Rast zu gehen. Ab Stufe 4-6,5 ist man

eingeschränkt gehfähig, mit und ohne Hilfsmittel. Stufe 7 bedeutet, dass man auf den Rollstuhl angewiesen ist und noch den Transfer in und aus dem Rollstuhl bewältigen kann. Stufe 10 bedeutet Tod durch MS (vgl. Pöhlau und Kallweit, 2010, S. 26). Der Pflegebedarf ihrer Behinderung lässt sich der Pflegestufe 4 zuordnen, was mehr als 180 Stunden an Versorgung im Monat darstellen.

Im Bereich der Kognitionsfähigkeit berichtet die Patienten von leichter bis mittlerer Vergesslichkeit, Konzentrationsproblemen und Depression. Seit vielen Jahren nimmt sie daher auch Antidepressiva (unbekannt). „Ohne Medikament bin ich sofort wieder drinnen“, kommentiert sie. Momentane begleitende Therapie, neben der Musiktherapie, stellt die Physiotherapie dar, welche sie einmal pro Woche in Anspruch nimmt. Psychotherapeutische Erfahrungen sammelte die Patientin in einigen Jahren Hypnosetherapie.

7.1 Setting und Ziele

Die Musiktherapie begann am 29.10.2010 und wurde in der Wohnung der Patientin am Boden auf einer Gymnastikmatte abgehalten. Zum Zeitpunkt dieser Diplomarbeit ist die Therapie noch nicht abgeschlossen. Zur Auswertung des Prozessverlaufs werden die ersten 30 Einheiten verwendet. Bis zu Einheit 30 war Therapeutin und Patientin nicht klar, dass das therapeutische Geschehen für eine wissenschaftliche Arbeit herangezogen wird. In Absprache mit der Patientin wurde im Nachhinein eine Einverständniserklärung unterzeichnet. Ursprünglich festgelegt war eine eine 60-minütige Therapieeinheit. Es gab allerdings auch Ausnahmen, fünf Einheiten mit 75 und zwei Einheiten mit 90 Minuten (siehe Abb. 6).

Ausgehend von einem sinnesaktivierenden und erlebnisorientierten Ansatz, der zwar nicht dem Schwerpunkt der Wiener Schule der Musiktherapie entspricht, jedoch sinnvoll erschien, bot sich mir in der Arbeit mit der Patientin ein offenes Feld, um Erfahrung zu sammeln. Der Arbeitsansatz baute auf meine rezeptiven Selbsterfahrungen während des Studiums unter Urs Rüegg auf. Die Körpertambura (KT), zu der ich im Klangreich der Obertöne die Stimme miteinsetzte, ließen uns innerhalb dieses Klangraums in Kontakt treten, sei es atmosphärisch oder improvisierend.

Ein Zugang zur Patientin über das Gespräch erwies sich als schwierig. Unsicherheit, Widerstand, Zweifel, Abwehrverhalten, Euphorie und Erwartungshaltung sowie Pflichtbewusstsein beherrschten die ersten Stunden. Von Beginn an erschein mir der Weg über das Erlebnis als zielführend, um erstmals mit sich selbst in „con-takt“ zukommen, wie es Schmid (2004) formulierte. Eine Zerstreuung war für mich offensichtlich und mithilfe der KT versuchte ich einen warmen und sicheren Raum zu schaffen. Die erste Zeit unserer musiktherapeutischen Zusammenarbeit war geprägt vom Prozess des sinnlichen Erwachens.

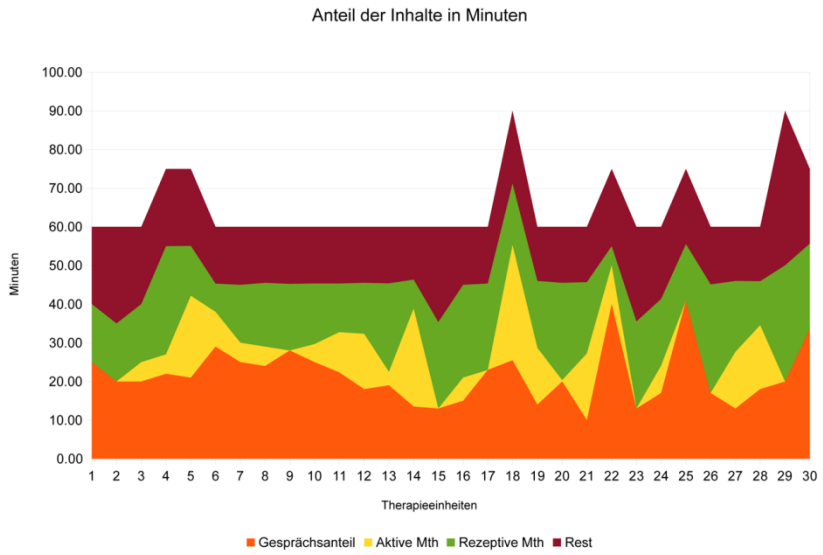
Therapieverlauf:

Es muss vorweg darauf hingewiesen werden, dass der Prozess nicht so durchgängig war, wie es in der Grafik (Abb. 6) erscheint. Zwischen der 21. und 22. Einheit gab es aufgrund der Sommerferien und familiärer Angelegenheiten eine nicht vorhersehbare Unterbrechung von ca. acht Monaten. Die Patientin nahm von sich aus den Kontakt wieder auf, um die Therapie fortzusetzen, da sie ein Ende der Therapie nicht beabsichtigte. Aufgrund der Tatsache, dass es in der therapeutischen Beziehung keinen Abbruch gab, konnte im Teil 2 auf die Erfahrungen aus Teil 1 angeknüpft werden. Die Unterbrechung wies keine negativen Folgen auf, deshalb entschloss ich mich für eine durchgehende Prozessverlaufsdarstellung.

Um die Unterbrechung zu berücksichtigen, wurde der Prozess in vier Phasen unterteilt. Die ersten drei Hauptphasen (1a+1b, 2, 3) bilden den 1. Teil, bestehend aus 21 Einheiten und erstrecken sich über den Zeitraum vom 29.10.2010 bis 06.07.2011. Phase 4 gebildet aus neun Einheiten, stellt nach der Pause den 2. Teil dar. Der 2. Teil erstreckt sich über einen ähnlichen Zeitraum, nämlich vom 15.3.2012 bis 02.10.2012. Daraus lässt sich erkennen, dass in Teil 1 die Musiktherapie fast wöchentlich stattfand. In Teil 2 war es von Anfang an abgesprochen, dass die Patientin nur alle zwei bis drei Wochen Musiktherapie in Anspruch nimmt. Die in Summe häufiger überzogene Therapiezeit im 2. Teil (in Einheit 22, 25, 29, 30) könnte darauf hinweisen, dass die geänderte Frequenz nicht den Bedarf der Patientin deckt. Das gewachsene Vertrauen sich auf die Therapie einzulassen, spielt eine weitere große Rolle.

Im Gesamten handelt es sich um einen Prozessverlauf von 30 Einheiten in einem Zeitraum von zwei Jahren. Die vier Farbanteile werden im methodischen Teil erläutert.

Abbildung 6



Der **Ablauf der Therapieeinheit** lässt sich im Allgemeinen in fünf Stufen unterteilen:

1. **Gespräch:** Zu Beginn wurde meist nach der Befindlichkeit gefragt. Wenn es ihr möglich war, folgten Gespräche über Alltägliches, Arbeit, Familie, Sorgen oder auch nach Wünschen nachgefragt.
2. **aktive Improvisation mit Instrumenten:** Diese Intervention war vor allem zu Beginn hilfreich, wenn die Patientin gar nicht sprechen wollte, sich vor direktem Kontakt und zu viel Nähe schützen musste oder Lust verspürte, etwas auszuprobieren.
3. **Einstimmphase:** Da durch den Orts- und Temperaturwechsel das **Instrument** immer neu **gestimmt** werden musste, war dies ein fixer Bestandteil des Ablaufs. Es stellte sich heraus, dass diese Zeit sowohl für die Patientin, als auch für die Therapeutin sehr wertvoll war. Nach einigen Einheiten erzählte die Patientin, dass ihr das Stimmen helfe im „Hier und Jetzt“ anzukommen. In dieser Zeit wurde ein atmosphärischer Raum geschaffen, wo sich Patientin und Therapeutin auf die Klangrezeption einstimmten.
4. **Körpertamburaspiel:** Die methodische Vorgehensweise für die vibroakustische Musikrezeption mit der obertonreichen Körpertambura war angelehnt an jene von Strobel (1999) und Decker-Voigt (2004), wobei die Initiierung einer Trance nicht im Vordergrund stand. Die Intervention galt dem bewussten Spüren, sowie zur Wahrnehmungserweiterung, annähernd vergleichbar mit der Regulativen Musiktherapie (RMT, Röhrborn, 2004). Die **verbale Einführung als Einladung in die Klangreise** wurde bereits mit ersten musikalischen Klängen begleitet und ging auf das zuvor ermittelte Befinden der Patientin ein. **Sensibilisierung des Körperkomforts, des Atems, auf die Klänge, der Vibrationen, auf Gedanken, Bilder und Gefühle** ähneln dem Vorgehen der oben genannten Autoren. Nach der Einführung, die uns später als Kategorie I (Einklang) begegnen wird, wurde erst wieder nach dem letzten Ton und der Stillephase gesprochen. Es folgte Zeit zum Nachspüren, die langsam in eine Reflexion mündete. Als Übergang dienten des Öfteren Körpermalbilder, welche im Sinne der RMT m.E. auch als Teil der Wahrnehmungsdifferenzierung angesehen werden können und noch genauer beschrieben werden.
5. In der anschließenden **Reflexion** wurde über das Erlebte, Gedanken und Gefühle gesprochen. Diese Ebene wird von den oben genannten Autoren auch als Trancerücknahme und Re-orientierung ins „Hier und Jetzt“ bezeichnet, was in späteren Einheiten manches Mal zutraf.

Therapieziele:

1. Teil: 9 Monate, 1x/Woche, Einheit 1 bis 21
Ziele: Entspannung, eigene Ressourcen finden und fördern, Selbstwahrnehmung fördern, eigene Bedürfnisse erkennen lernen, Platz und Raum für sich nehmen – Wohlfühlinsel, später kam die Arbeit mit der eigenen Stimme dazu
Unterbrechung (ca. 8 Monate)
2. Teil: 8 Monate, 2-3x/Monat, Einheit 22 bis 30
Ziele: Entspannung, Raum und Zeit für sich, auf Bedürfnisse eingehen und einfordern, Spielen mit der eigenen Stimme, sich spüren, sich erlauben Nichts zu tun

Tabelle 12 Ziele der Therapie

7.2 Methodische Herangehensweise der Auswertung

Das KT-Spiel wurde zuerst als rezeptive Methode angeboten. Im „Für-Spiel“ (Timmermann, 2004) kam behutsam die Stimme der Therapeutin zum Einsatz, anfangs vorwiegend summend, mit langen und wenigen Tönen. Da sich die Patientin darauf einließ, selbst ihre Stimme zu verwenden, wird im Falle einer aktiven Beteiligung der Patientin von einer Kombination aus Aktivem und Rezeptiven und nicht von einem rein rezeptiven Musiktherapieangebot gesprochen.

Zuerst soll anhand der Tabelle 13 dargestellt werden, welches Material verwendet wurde und was davon für die Auswertungen relevant war. Alle herangezogenen Werte für die Grafiken entstammen einer übersichtlichen Excel-Tabelle, die im Anhang beigefügt ist.

Verwendetes Material	Inhalte der Auswertung	Wie wurde ausgewertet
30 Therapieprotokolle	Titel der Stunde, Inhalte der verbalisierten Wahrnehmungen in der Reflexion, Gesprächsanteile	Excel-Tabelle, Inhaltsanalyse, grafische Darstellung
22 Audioaufnahmen des Körpertamburaspiels (KT-Spiel)	geschnitten und Kategorien zugeordnet, den musikalischen Ausdruck aufgespalten	Excel-Tabelle, grafische Darstellung
16 Körpermalbilder (KMB)	Position der KT auf dem Körper, wahrgenommene angezeichnete Körperstellen	Excel-Tabelle, grafische Darstellung

Tabelle 13 Überblick des verwendeten Materials und Auswertung

Die Differenz zu den 30 Therapieeinheiten ergibt sich daraus, dass erst ab der fünften Einheit aufgezeichnet wurde, die 7. Einheit fehlt aus technischen Mängeln, die 15. Einheit, die erste Einheit im 2. Teil (22. Einheit), sowie die 29. Einheit wurden auf Wunsch der Patientin nicht aufgezeichnet. In diesen Stunden (1-4, 7, 15, 22, 29) wurde die Excel-Tabelle

siehe Anhang mit Werten ergänzt, die aus den schriftlichen Therapieprotokollen entnommen wurden. Gleichsam geschah es mit den aktiven Instrumentalimprovisationen, die nur sieben Mal und ausschließlich im 1. Teil stattfanden. Dafür standen kleine Perkussionsinstrumente (verschiedene Rasseln, Cabasa, zwei kleine Trommeln), ein Glockenspiel, sowie eine kleine Klangschale zur Verfügung. In der 13. Stunde äußerte sie, dass sie keine Instrumente mehr benötige, da sie nicht spielen wolle. In der 18. Einheit kam es allerdings spontan nochmals zu einer gemeinsamen Improvisation, diesmal auf der Körpertambura, gegenüber sitzend, zupfend und singend.

Wie wurde ausgewertet

Die Audioaufnahmen dienten als Ausgangspunkt des methodischen Vorgehens. Diese wurden nach dem Gehör der Autorin geschnitten. Eine Zäsur wurde immer bei deutlichen Veränderungen in der Musik gesetzt. Die aufgezeichneten Audiodaten beziehen sich für die Auswertung der Zeitabschnitte ab der fünften Einheit ausschließlich auf das KT-Spiel, welche in der Excel-Tabelle im Anhang ersichtlich sind. Erst viel später wurde auch die Reflexion mitaufgezeichnet. Dieses Vorgehen war vor allem für die Patientin wichtig, da ihr die Aufnahme des Gesprochenen, trotz einer stabilen und vertrauten therapeutischen Beziehung lange unangenehm war. Die Zeiten der ersten fünf Einheiten und der aktiven Instrumentalimprovisationen im ersten Teil entstammen daher den schriftlichen Aufzeichnungen.

Der Gesprächsanteil besteht aus dem Gespräch vor und nach dem KT-Spiel (Reflexion), je nachdem ob sich die Patientin auf ein Gespräch einließ, sich distanzierte wurde viel oder wenig gesprochen, aktiv improvisiert oder auch Themen verbalisiert. Er wurde zum einen über die Protokolle ermittelt. Zum anderen wurde der Gesprächsanteil aufgrund der Zeitdauer des KT-Spiels und der übrigen Restzeit eruiert. Der Rest beinhaltet Begrüßung, Verabschiedung, Toilettenpausen, Stimmung des Instruments, passendes Positionieren der Körpertambura und Terminfindung.

Angelehnt an die Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) wurden die in der Reflexion geäußerten einzelnen Wahrnehmungen, kategorisiert und in ihrer Häufigkeit dargestellt, abgeglichen mit den vorhandenen Körpermalbildern (KMB). Bei den KMB konnte die Patientin im Anschluss des Bespielt-werdens auf einem A4-Blatt mit einem weiblichen Abbild (inklusive Körpervorder- und Rückseite) mit Farbstiften anmalen, wo sie etwas verspürte. Diese Möglichkeit wurde ihr ebenfalls erst ab der fünften Stunde angeboten, wobei es ihr frei stand zu malen oder nicht. Diese Intervention sollte das Bewusstwerden ihres Erlebens und das Nachspüren unterstützen und den Übergang zur Reflexion erleichtern. Die Körpermalbilder zeigten zudem die Position der KT und was und wie stark sie etwas aus ihrer Sicht verspürte.

Erste Auswertungsergebnisse

Ein Vergleich des herangenommenen Materials ließ vier Phasen (siehe Tab. 14) erkennen, die jeweils mit einer Erlebnisebene betitelt wurden. Die Hauptthemen des Prozesses wurden psychologischen und musikalischen Begriffen zugeordnet.

Phase	Erlebnisebene	Themen	Psychologisch	Musikalisch
1a	**Kennenlernen**	Therapeutin, Rahmen, Instrument	Eindruck	Einklang
1b		Mit sich selbst		
2	**Kontakt**	Vertrauen, Beziehung, mit ihrer Stimme	Explorieren/Übungsfeld	Anklang
3	**Tiefe**	Gefühle, Erlebniszustände mit sich und der Musik, Atmosphäre, Präsenz der Stimme, Rhythmus	Ein- und Ausdruck	Anklang
4	**Gefangen sein vs. ein Stück Freiheit**	Vom Schlafen bis zum Schreien, spielen, spüren, weinen, träumen, Lebendigkeit, Wut, Angst, Enttäuschung	Ein- und Ausdruck	Anklang

Tabelle 14 Phasenmodell

Spieldauer der Körpertambura

Die ermittelte durchschnittliche Spielzeit der KT pro Phase zeigen folgendes Ergebnis. Zu Beginn in **Phase 1a** wurde die KT ca. 15 Minuten gespielt.

Ab Phase 1b wurden die gerundeten Mittelwerte der Aufnahmen herangezogen, welche in **Phase 1b** (18 Minuten), in **Phase 2** (25 Minuten), in **Phase 3** (28 Minuten) und in **Phase 4** (24 Minuten) ergaben.

Die Audioaufnahmen ließen sich eindeutig in sieben Kategorien einteilen:

I. Einklang mit der KT
II. Tamburaklang (ausschließlich vibroakustisch)
III. Therapeutin summt oder singt für die Patientin
IV. Patientin steigt in die Stimmimprovisation mit ein
V. Patientin singt/summt allein
VI. Therapeutin und Patientin improvisieren stimmlich miteinander
VII. Ausklang der KT

Überblick von rezeptiven und aktiven Anteilen

Die herangezogenen Werte aus den sieben Kategorien ergeben rezeptive und aktive Musiktherapieanteile während des KT-Spiels. Zum rezeptiven Angebot lassen sich eindeutig Kategorie I, II (inklusive der Zwischenspiele, welche in der Excel-Tabelle mit KT gekennzeichnet sind und als II gewertet wurden), sowie III und VII festlegen.

IV, V, VI bilden in einer ursprünglich rezeptiven Musiktherapiemethode den aktiven Anteil.

Teil 1 und Teil 2 weisen Unterschiede auf (siehe Abb. 7 und Abb. 8). Es wurden von beiden Teilen die zeitlichen Mittelwerte errechnet und in ihren methodischen Anteilen verglichen. Daraus resultierte:

- in Teil 1 ein aktiver Anteil von 31,5 % und ein rezeptiver Anteil von 68,5 %.
- in Teil 2 ein aktiver Anteil von 23,8 % und ein rezeptiver Anteil von 76,2 %.

Abbildung 7

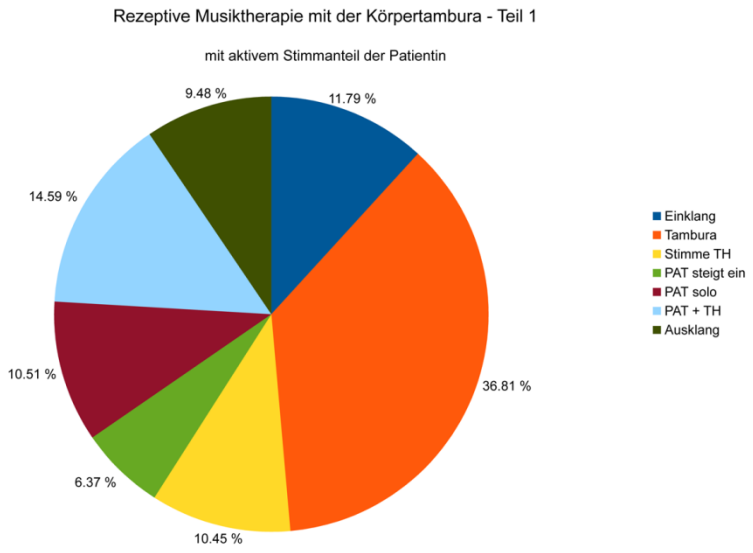
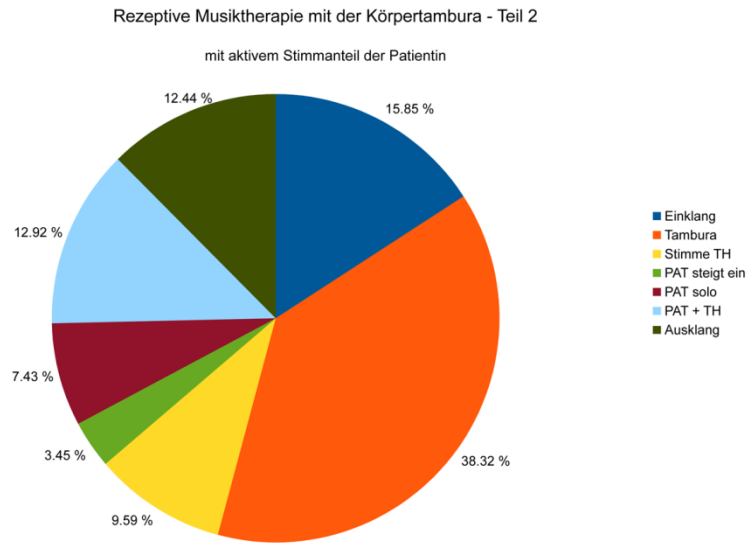


Abbildung 8



Die Differenz von 7,7 % ergab sich zum größten Teil daraus, dass in Teil 2 für Ein- und Ausklang mehr Zeit in Anspruch genommen wurde. Ein Grund waren die Einzeltöne, die erst in Phase 4 vermehrt zum Einsatz kamen, weil die Patientin an den einzelnen Tönen zunehmend Gefallen fand, nachlauschte und diese auf sich wirken ließ. Die Differenzen in Kategorie IV, V und VI werden im nächsten Abschnitt ausführlicher behandelt.

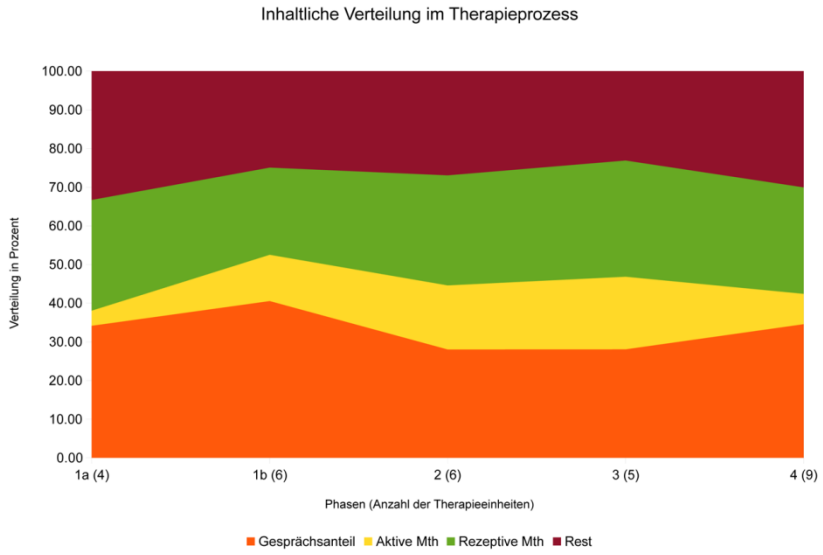
7.3 Therapieprozess

Im Weiteren werden in grafischen Darstellungen das Verhältnis der aktiven und rezeptiven Anteile, der aktive Stimmimprovisationsanteil während des KT-Spiels sowie die Gesprächsanteile im Prozessverlauf verglichen. Letzteres beinhaltet das Gespräch vor dem KT-Spiel inklusive der Reflexion. Für die grafische Auswertung wurden ebenfalls pro Phase jeweils die Mittelwerte der Zeitdauer bestimmt.

Die Ergebnisse des Stimmimprovisationsanteils während des KT-Spiels werden anschließend mit dem Theorieteil dieser Arbeit verknüpft. Dazu wurde die Wirkungskomponententheorie nach Hegi und Rüdisüli (2011) (siehe Kapitel 4.6) und das Kontaktgeschehen nach Schmid (siehe Kapitel 6.2) herangezogen und in das oben beschriebene Phasenmodell integriert.

Im Anschluss daran wird auf die vibroakustische Komponente und die bevorzugte Position des Instruments eingegangen, bevor die Wahrnehmungsinhalte des Reflexionsgesprächs in ihrer Häufigkeit abgebildet sind und die positive Veränderungen der Selbstwahrnehmung (siehe Kapitel 2.4.3) dargestellt.

Abbildung 9

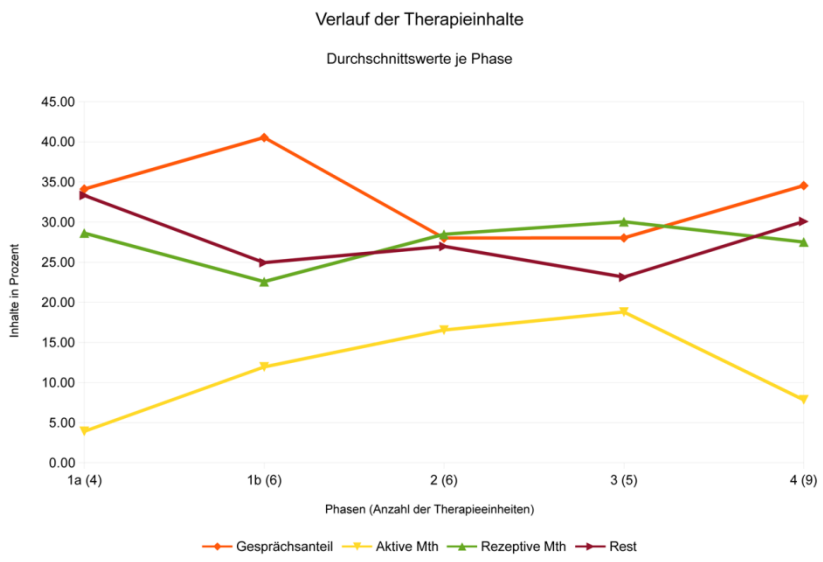


Zur ersten groben Veranschaulichung stellt Abbildung 9 die inhaltliche Verteilung dar. Dabei zeigt sich, dass der Gesprächsanteil in der Kennenlernphase (1b) am größten ist. In dieser Phase wurde das Gespräch von alltäglichen Informationen zu ihrem Leben und Lebensbedingungen bestimmt. Persönliche Inhalte zum Befinden und gegenwärtigen Gefühlen waren zu der Zeit noch rar. In den zwei darauffolgenden Phasen wurde das Gespräch im Vorfeld auch oft abgewehrt. Mit zunehmendem Vertrauen in das Klangerlebnis, was mit den längeren Spielzeiten einhergeht (25 und 28 Minuten), standen das vibroakustische und das singende Erleben im Vordergrund.

Die insgesamt sieben Instrumentalimprovisationen sind in dieser Darstellung im aktiven Anteil mitberücksichtigt. Jeweils zweimal in Phase 1a, 1b und 2 und zuletzt eine längere gemeinsame Improvisation auf der KT in Phase 3, worauf eingangs schon hingewiesen wurde. Zum Großteil besteht die aktive Musiktherapie jedoch aus ihrem stimmlichen Ausdruck, der bei Phase 4 wieder abnimmt (siehe Abb. 10). In der letzten Phase setzte sie von den neun Einheiten nur fünfmal ihre Stimme ein. Davor hatte die Patientin in Phase 2 und 3 bis auf einmal jeweils aktiv improvisiert.

Warum der rezeptive Anteil am Ende wieder abnimmt, der Gesprächsanteil und der Rest zunimmt, wird ebenfalls erst anhand der nächsten Darstellung (Abb. 10) erklärt, die den Verlauf der Inhalte besser darstellt.

Abbildung 10



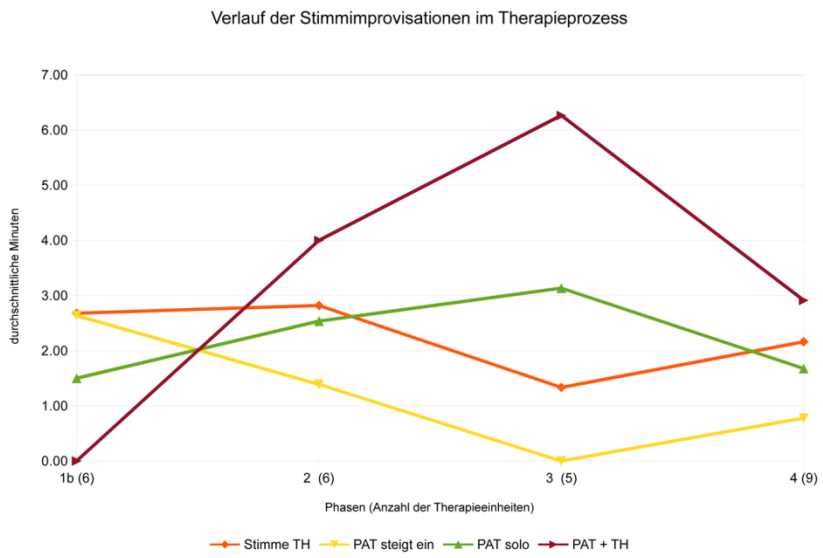
Der höhere Restanteil ergibt sich aus anfänglichen Schwierigkeiten für die Therapeutin sich im Raum zurechtzufinden. Therapeutin und Patientin waren zu Beginn noch beschäftigt mit der Klärung eines geeigneten Platzes für das Stimmen des Instruments, der Position der Patientin während der Rezeption sowie deren Ablauf. Zudem waren in Phase 1a noch vermehrt Zweifel, Unsicherheiten sowie die Sinnhaftigkeit der Therapie präsent, was eine umsichtige Balance der Therapeutin von Nähe und Distanz erforderte. Es gab auch Zeiten des einfach nur „Daseins bzw. Nebeneinanderseins“, ohne Gespräch. Diese wurden im Restanteil berücksichtigt, weshalb im routinierten Ablauf der Restanteil in Phase 4 wieder zunimmt. Die Qualität des Nebeneinanderseins ist jedoch eine andere als zu Beginn.

Phase 4 war gekennzeichnet von Instabilität. Dieser Aspekt trug dazu bei, dass wir uns teilweise nur einmal im Monat für die Musiktherapie trafen. Die durchschnittliche Spielzeit der KT nahm bis dahin stetig zu, verringerte sich in Phase 4 auf 24 Minuten. Dafür nahm der Gesprächsanteil mit persönlichen Inhalten wieder deutlich zu. Momentanes Befinden,

Wünsche, Sorgen und Gefühle konnten die Patientin zulassen und kommunizieren. Wenn sie nicht sprechen konnte und wollte, um sich zu schützen, nahm sie das Angebot der Therapeutin des einfachen „Daseins“ bereitwillig an. Besonders in den letzten beiden Einheiten 29 und 30, als sie in einer sehr schlechten Verfassung war und ihr der Rollstuhl drohte, konnte sie die Nähe des Nebeneinanderseins gut aushalten. Da sie sich zuhause schon so eingesperrt fühlte, bot ich ihr in Einheit 29 (90 Minuten) an, gemeinsam in den nächstgelegenen Park zu gehen und einfach nur nebeneinanderzusitzen, und dann auch so geschah.

Die Veränderungen des stimmlichen Ausdrucks sieht man besonders deutlich in Abbildung 11. Hier wurden die vier Kategorien III, IV, V, und VI im Verlauf gegenübergestellt. Wie bereits erwähnt, kam die Stimme erst ab Phase 1b zum Einsatz, weshalb in dieser Darstellung auf Phase 1a verzichtet wurde.

Abbildung 11



Dieses Abbild spiegelt den größeren aktiven Anteil in Phase 2 und 3 wieder. Die Patientin ließ sich von anfänglichen ruhigen Summen und späteren Vokalimprovisationen anstecken und traute sich zunehmend mehr ihre Stimme zu „befreien“, wie sie später selbst äußerte. Zu Beginn war ihr Ausdruck noch zögerlich, leise und von Unsicherheit begleitet, später genoss sie das gemeinsame Improvisieren. Mit dem wachsenden Vertrauen und einer Freude am stimmlichen Ausdruck gelang ihr, mit wachsendem Selbstvertrauen Eigenes hörbar zu machen und in Phase 3 bis zu drei Minuten solistisch zu improvisieren.

Das Miteinsteigen in die Stimmimprovisation der Therapeutin wurde abgelöst von einer selbstbewussteren und auch musikalisch präsenteren Stimme der Patientin. Zwei Individuen standen sich im musikalischen Dialog auf Augenhöhe gegenüber, bezogen sich aufeinander und wechselten in flüssigen Übergängen die Rollen von Führung und Begleitung. Phase 3

zeigte ihre selbstbewusstere Entwicklung in der aktiven Stimmimprovisation, welche durchschnittlich über sechs Minuten andauerte. In dieser Eigenaktivität wurde musikalisch am meisten experimentiert, eigene Ressourcen reaktiviert, viele neue Erfahrungen gemacht und dadurch Lebensgeister geweckt. Diese Erfahrungen schienen in weiterer Folge nachhaltige Wirkung zu zeigen.

Da nicht von einer längere Pause ausgegangen wurde und es in Phase 4 durchaus eine gewisse Zeit benötigte um erneut anzuknüpfen, stellte die gemeinsame Improvisation immer noch den höheren Wert dar, obwohl sich der aktive Anteil in Phase 4 deutlich verringerte. Zudem wurde anfangs mittels der Tortendiagramme darauf hingewiesen, dass in Teil 2 der rezeptive Anteil durch längere Ein- und Ausklangszeiten, dem Lauschen von Einzeltönen und das „Für-Singen“ der Therapeutin zunahm. Zwei von insgesamt drei Situationsliedern fanden in dieser Phase statt.

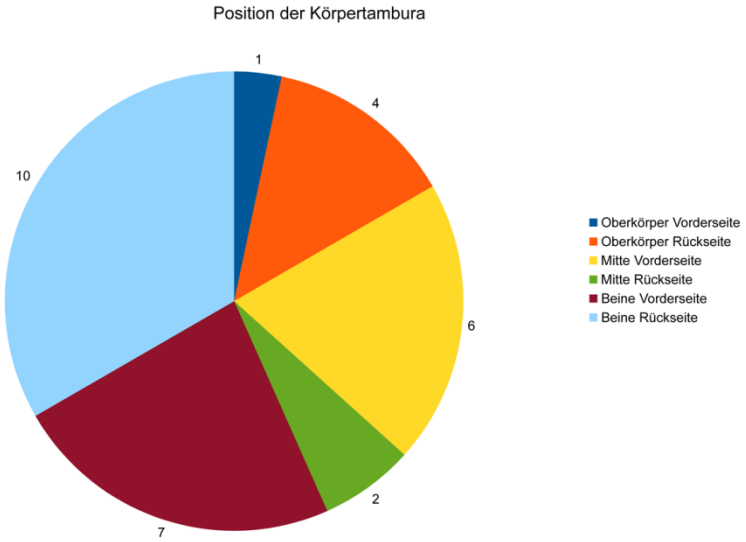
In Phase 4 nahm sich die Patientin insgesamt wieder mehr zurück. Dies kann auch insofern interpretiert werden, als dass sie die rezeptiven Anteile (I, II, III und VII) und das „Für-Spiel“ bzw. „Für-Singen“ der Therapeutin mehr für sich nutzen und genießen konnte. Auf Aspekte des Nichts-Tun-Müssens und des Kontrolle-Abgebens wurde schon bei der Zielsetzung von Teil 2 hingewiesen. Es kann angenommen werden, dass auch eine Besinnung – belebte Sinneswahrnehmungen – dazu beitrugen. Später wird noch deutlich aufgezeigt, dass in Phase 4 die innere Einkehr bzw. das Einlassen auf ihr Wahrnehmungsspektrum beträchtlich anstieg.

Die Körpertambura

Die Patientin bestimmte die Position des aufliegenden Instruments. So konnte sie eigeninitiativ mitentscheiden und war aufgefordert zu spüren, welcher Teil ihres Körpers bespielt werden soll. Im Laufe des Prozesses kamen des Öfteren Aussagen wie z.B. „Ich will das rechte Bein aktivieren“. Die folgende Darstellung (siehe Abb. 12) veranschaulicht an welchen Körperstellen die KT positioniert wurde und welche Positionen die Patientin am häufigsten wählte.

Am meisten, über 50 % der Zeit, wurden die Beine bespielt. Vor allem das rechte Bein, da wesentlich spastischer (steifer) als das linke Bein, wurde sehr oft „aktiviert“. Je nachdem wo sich die Bassseite befand, spürte die Patientin die Vibrationen stärker auf der linken oder rechten Körperhälfte. In der Excel-Tabelle (siehe Anhang) wird die Position der KT in jeder Einheit angeführt. Die Bassseite befand sich demnach 18-mal auf der rechten Körperhälfte und 12-mal auf der linken Körperseite.

Abbildung 12



Die Positionierung auf der Vorderseite des Oberkörpers und auch von der mittleren Wirbelsäule bis zur Mitte der Oberschenkelrückseite stellen keine geeigneten Positionen dar. Neben den Beinen war es für die Patientin passend und angenehm auch ihre Schultern, den Rücken, ihren Bauch und Beckenboden sowie Hüftknochen und Oberschenkel zu bespielen.

Es war für die Patientin eine Genugtuung, vor allem ihr rechtes Bein aber auch andere Körperteile, Organe und Stellen tief im Inneren ihres Körpers zu spüren. Sie äußerte sich mit Worten wie „Aktivieren“ und „mich spüren wollen“, da ihr die KT bzw. in ihren Worten „das Klangbrett“ dazu verhalf. Ihre Mobilität und das verbesserte Gehverhalten waren nach der Stimulierung oft mit freiem Auge zu erkennen. Im Bereich der Sensibilitätsstörungen meldete sie eines Tages freudig zurück, dass sie selbst bei der Überprüfung des Sensibilitätsempfindens in der Arbeit mit der Physiotherapeutin eine deutliche Verbesserung wahrnahm.

Verknüpfung mit Theorie und Wissenschaft

a. Der musikalische Aspekt

Hierfür wurden Hegis und Rüdisülis (2011) Theorie der musikalischen Wirkungskomponenten (siehe Kapitel 4.6) herangezogen und in weiterer Folge um das Kontaktgeschehen im musikalischen Dialog von Schmids Dissertation (2004, siehe Kapitel 6.2) ergänzt. Zusammenfassend seien hier noch einmal die fünf Wirkkomponenten der Musik und ihre Bedeutung im psychologisch übertragenen Sinne kurz erläutert: **Klang** (Gefühle, Stimmung, Schwingung), **Melodie** (Kreativität, Ausdruck innerer Bewegungen), **Dynamik** (Beziehungsgestaltung, Kraft der Wünsche, Spannung, Faszination), **Rhythmus** (Vitalität, Aktivität/Passivität, Lust/Unlust, Lebensenergie) und **Form** (Grenzen, Sicherheit, Freiheit, Verloren- bzw. Gefangensein).

Berücksichtigt wurden hierfür ausschließlich die Kategorien IV, V und VI, welche in der Excel-Tabelle (siehe Anhang) in ihrer weiteren Einteilung ersichtlich sind. Die Unterteilungen des stimmlich-musikalischen Ausdrucks sind als reine Summ- bzw. Vokalimprovisation zu verstehen und werden infolge angeführt:

- **Kategorie IV:** Die **Patientin steigt ein** und tastet sich vorsichtig heran.
- **Kategorie V:** Beim **solistischen Ausdruck** wurde entweder ein musikalisches Motiv der Therapeutin wiederholt oder eine eigene Melodie eingebracht.
- **Kategorie VI** unterscheidet zwischen **Begegnen und Begleiten** und einer eindeutig gemeinsamen und wechselseitigen Improvisation von zwei Individuen. Im Gegensatz zu IV bedeutet Begegnen und Begleiten, dass sich die Patientin bereits autonomer annähert und sich zum Teil schon in führender Rolle ausprobiert. Die Therapeutin ging darauf ein und wirkte als Begleiterin unterstützend.
  Der größte Anteil dieser Zweierimprovisationen bestand eindeutig im musikalischen Kontakt zweier Personen. Die Unterteilung des Dialogs bzw. des Duetts konnten einem **harmonisch/ruhigen, rhythmisch/dynamischen, spielerisch/freien** bzw. einem **disharmonischen Charakter** zugeordnet werden.

Das von mir erstellte Phasenmodell (siehe Tab. 15) wurde anhand des musikalischen Ausdrucks der Patientin und den unterschiedlichen musikalischen Qualitäten der Stimmimprovisation mit den vorherrschenden musikalischen Wirkungskomponenten abgestimmt. Auf Grund einer deutlich erkennbaren Steigerung des Ausdrucks und Kontakts wurden die Werte zusätzlich mit der Einteilung des Kontaktgeschehens zwischen Patientin und Therapeutin von Schmid (2004, siehe S. 83) abgeglichen und um diese ergänzt.

Phase	Erlebnisebene	Themen	Wirkungskomponenten nach Hegi und Rüdisüli (2011)	Kontaktgeschehen nach Schmid (2004)
1a	**Kennenlernen**	Therapeuten, Rahmen, Instrument	Klang	Unmittelbarer Kontakt in der Musik ist zunächst nicht möglich
1b		Mit sich selbst	Klang, Melodie	Patientin muss erst Kontakt zum eigenen Tun finden
2	**Kontakt**	Vertrauen, Beziehung, mit ihrer Stimme	Klang, Melodie, Dynamik	Befindet sich in einem Übergang von Uneindeutigkeit zu mehr Eindeutigkeit
3	**Tiefe**	Gefühle, Erlebniszustände mit sich und der Musik, Atmosphäre, Präsenz der Stimme, Rhythmus	Klang, Melodie, Dynamik, Rhythmus, Form	Klarer, eindeutiger, spontaner, offener und wechselseitiger Kontakt
4	**Gefangen sein vs. ein Stück Freiheit**	Vom Schlafen bis zum Schreien, spielen, spüren, weinen, träumen, Lebendigkeit, Wut, Angst, Enttäuschung	Klang, Melodie, Dynamik, Rhythmus, Form	Wenn es zum musikalischen Ausdruck der Patientin kam, war dieser meist eindeutig, klar, spontan, spielerisch und wechselseitig

Tabelle 15 Phasenmodell verglichen mit dem musikalischen Ausdruck

b. Beziehungsverhalten zu sich und zu anderen

Die Improvisationen hatten demnach Auswirkungen auf das Kontakt- und Beziehungsgeschehen auf mehreren Ebenen, die der Theorie von Hegi und Rüdisüli (2011) entnommen wurden (siehe S. 64) und infolge erläutert werden.

In Phase 1 liegt der Fokus vorwiegend auf der intrasubjektiven und subjektiven Ebene. (Empfindungsfähigkeit, Sinneswahrnehmung, Sensitivität, Inspiration)

In Phase 2 erweiterten sich ihre Erfahrungen um jene der Intersubjektiven Ebene sowie um Aspekte der sozialen Ebene. (Beziehungsgestaltung, Abgrenzungs- und Bindungsvermögen, Kommunikation, Experimentierfreude, Risiko- und Sicherheitsbereitschaft, Verantwortungsgefühl und Abenteuerlust)

In Phase 3 erfuhr sich die Patientin zudem in einer transpersonal-spirituellen Ebene. (atmosphärisches Bewusstsein, Intuition, magische oder mystische innere Kräfte, tiefe Berührungen)
Ihre Bereitschaft zum Experimentieren und ihre wachsende Offenheit für neue Erfahrungen, aber auch verdrängte Gefühle nahmen stets zu und veränderten ihr Verhalten auf der sozialen Ebene. Die Kontaktaufnahme der Patientin um die Therapie fortzusetzen, die konkretere Zielsetzung sowie die erworbene Fähigkeit auf eigene Wünsche einzugehen und diese einzufordern lassen sich als konkrete Beispiele nennen. Die Konfrontation mit ihren Gefühlen und ihrem Erleben ließ sie bewusster werden, sodass sie sich in Phase 4 nochmals neu im sinnlichen Kontakt mit sich erleben konnte.

In Phase 4 lag der Schwerpunkt ein weiteres Mal in der Auseinandersetzung mit dem eigenen Erleben, auf körperlich-geistiger-seelischer Ebene. Gleichzeitig hatte sich zum einen das Beziehungsverhalten zur Therapeutin nachhaltig verändert, zum anderen wurden alle oben genannten Ebenen aus den ersten Phasen um neue Erfahrungen und Qualitäten bereichert.

c. Der vibroakustische Aspekt

In Anbetracht der aktuellen Forschungsergebnisse von Dill-Schmölders und Grün (2012, siehe Kapitel 6.2) kann der Zusammenhang von vibroakustischer Klangmassage und ihre positive Auswirkung auf die Körperwahrnehmung, auf das Sensibilitätsempfinden und auf die Grob- und Feinmotorik (Gehen) bestätigt werden. Damit rücken die Bedeutung der Körpertambura und auch ihr klinisch relevanter Einsatz bei Patienten mit Multipler Sklerose in den Vordergrund. Gleichsam wie beim Ganzkörpermonochord kann die Körpertambura mit der vibroakustischen Stimulierung ihren Beitrag leisten.

Eine Besonderheit bietet die Kombination von Körpertambura und stimmlicher Improvisation, wie sie in der vorliegenden Arbeit vorzufinden ist. Die Patientin konnte sich selbst auf unterschiedliche Art und Weise erleben und wahrnehmen. Die Kombination aus aktiver und rezeptiver Musiktherapie zeigte im vorliegenden Fall eindeutig Erfolge. Zudem stimmen die Ergebnisse mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen von sinnesaktivierenden Interventionen wie sie im Kapitel 5.3 beschrieben wurden überein. Alle Formen kamen zum Einsatz, obwohl hier im Speziellen auf die Punkte Klangreisen, Vibroakustische Wahrnehmung und Singen verwiesen wird.

Die Veränderung der Selbstwahrnehmung

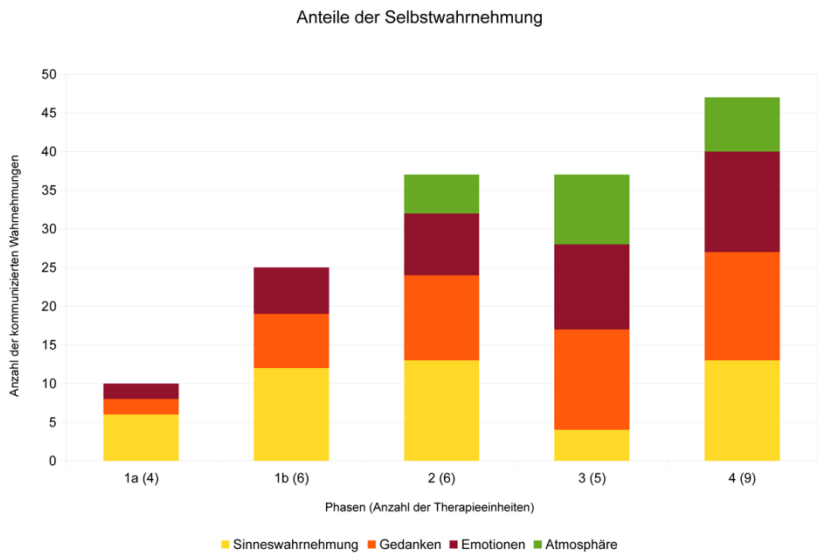
Die somatosensorische Wahrnehmung der Patientin verbesserte sich durch die sinnesaktivierenden Interventionen markant und ließ zusätzlich auch andere Sinnesbereiche erwachen. In der letzten Grafik (Abb. 13) werden Sinneswahrnehmung, Gedanken, Emotionen und Atmosphäre als Bereiche der Selbstwahrnehmung angezeigt.

In den Bereich der Sinnesaktivierungen fielen zum einen die körperlichen Empfindungen wie: Kribbeln, Wärme, Blockaden im Hals und Rumpfbereich, in Organen (Herz, Lunge, Blase, Bauchraum), in Knochen (Schambein, Kniescheibe, Hüfte und Beckenbodenbereich), in Muskelgruppen (An- und Entspannung) sowie in einzelnen Körperteilen (Nase, Beine, Fußsohlen).
Zum anderen wurden zu diesem Bereich auch das innere Sinneserlebnis (Imaginationen) von Farben, Geräuschen, Geruchs- und Hautempfindungen in Zusammenhang mit dem Naturerlebnis mitberücksichtigt. Die Natur erwies sich von Beginn an für die Patientin als persönliche Kraftquelle. Durch die Körpermalbilder und die Reflexionsinhalte wurde die Anzahl der Wahrnehmungen ermittelt und in der Excel-Tabelle (siehe Anhang) ausgewertet.

Zu den Gedanken zählten sämtliche Gedankengänge, Erinnerungen, Assoziationen oder auch innere Bilder und andere sensorische Vorstellungen. Der Bereich Emotionen beinhaltet sowohl negative als auch positive Gefühle. Aussagen, die der Atmosphäre zugeordnet wurden, decken sich mit jenen Begriffen, die bereits in der Literatur (siehe Kapitel 4.5) beschrieben wurden. Zeitlose Momente, Schwebezustand, Weite, Geborgenheit, Freiheitsgefühl, aber auch nicht direkt beschreibbare Erlebnisse von spürbaren Öffnungen im Körperinneren, Schwingungen oder auch eine Begegnung mit „etwas positivem“ in ihr, das sie im anschließenden Gespräch selbst sehr berührte.

Bezugnehmend auf die Definition von Selbstwahrnehmung (siehe S. 38) lässt sich in Abb. 13 unschwer erkennen, dass sich die gesamte Selbstwahrnehmung stetig verbesserte. Abgesehen von der Körperwahrnehmung, welche den größten Teil der Sinneswahrnehmungen (gelb) ausmacht, veränderte sich ihre Wahrnehmung auf allen Ebenen, sowohl in die Breite als auch in die Tiefe. Die achtmonatige Unterbrechung mit anschließend niedrigerer Frequenz lässt keinen Abbruch erkennen, denn die Wahrnehmungsdifferenzierung nahm in Phase 4 nochmals deutlich zu. Verglichen mit Phase 1a zeigt sich ein Anstieg um mehr als das Vierfache.

Abbildung 13



Vor allem in Phase 3, welche den Titel „Tiefe“ trägt, erlebte sich die Patientin neu und blieb offen für weitere Erfahrungen. Im aktiven Tun, aber auch im bewussteren Spüren und sich Einlassen wurden bereits in Phase 2 erste Erfahrungen mit Trance und Atmosphärischem gemacht, welche in Phase 3 den Höhepunkt erreichten. Diese neuen, innerlich tiefen Erlebnisse führten dazu, dass die körperbezogenen Sinneswahrnehmungen nicht mehr im Vordergrund standen. Mutiger und aufgeschlossener gegenüber ihren Gedanken und Gefühlen, im Besonderen Gefühle wie Wut, Trauer, Frustration und Angst nahmen mehr Raum ein.

In Phase 4 (2. Teil) sind die herangezogenen Parameter am ausgeglichensten, obwohl sie dort den größten Instabilitäten an Befindlichkeit ausgesetzt war. Bereits die Zielsetzung vom 2. Teil weist in die Richtung, dass die Patientin auf den Erfahrungsgrundstock aus dem 1. Teil zurückgreifen und darauf aufbauen konnte. Trotz schwieriger Umstände entwickelte sich ihre Wahrnehmungsfähigkeit in allen Bereichen weiter und erreichte in den Bereichen Sinneswahrnehmung, Gedanken und Emotionen jeweils die höchste Anzahl.

Die Zunahme im Bereich der Emotionen spiegelt die deutlich geringere Abwehr wieder. Die verbalisierten Ausdrücke der Patientin sich „Spüren zu wollen“ ließ die „Angst vorm Spüren“ in den Hintergrund treten. Besonders für Patienten mit dieser chronischen Krankheit ist dies von größter Wichtigkeit und Notwendigkeit für Lebensqualität.

Schlussbetrachtung und Nachklang:

Es konnte anhand der Einzelfallanalyse gezeigt werden, dass die Patientin zunehmend ihren Körper und sich selbst als leibliches Ganzes besser wahrnahm. Eigene Bedürfnisse und Wünsche wurden ab Phase 2 schneller erkannt. Der Fokus lag in Phase 4 (2. Teil) demnach darin, diesen nachzugehen bzw. sie einzufordern. Den vertrauten Rahmen und Klangraum konnte die Patientin zunehmend besser für sich nutzen und fand Freude und Interesse am „Spüren“, am Verwenden ihrer Stimme, am kreativen Ausdruck oder auch am „Nichts-Tun-Müssen“. Die Patientin gab im Prozessverlauf vermehrt die Kontrolle ab und konnte ihre Gefühle, vor allem auch ihre negativen Gefühle, besser zulassen und verbalisieren. Auf die Klangerfahrungen ließ sie sich stärker ein und erlebte sich in atmosphärischen Ebenen, die auf sie energie- und kraftbringend wirkten. Die Angst vor ihren Tränen verringerte sich, sodass sie ihren Tränenfluss als reinigende und entlastende Erfahrung (auch in berührenden Momenten) erlebte.

Die Sinnesaktivierung in einer Kombination mit rezeptiven und aktiven Anteilen, legte für die Erfahrung und Erlebnisse auf anderen Ebenen den Grundstein. Der Weg über die Sinne erwiesen sich in diesem Fall als erfolgreich, öffnete Türen und brachte psychische Prozesse in Gang. Über körperliche Empfindungen, zugelassene Gedanken, Erinnerungen sowie die vermehrt zugelassenen Gefühle erlangte sie eine differenziertere Wahrnehmung zurück, die allein schon durch ihre Krankheit beeinträchtigt war. Die verbesserte Wahrnehmungsfähigkeit und aufgrund der neuen Erlebnisse erlangt sie eine innere Lebendigkeit und Stärke zurück, die besonders für Patienten mit Multipler Sklerose relevant und bedeutsam sind. All diese Erfahrungen unter Berücksichtigung des hohen Leistungsanspruchs der Patientin ermöglichten ihr den nötigen Handlungsspielraum zum Selbsterleben, dass sie in Kontakt mit der individuellen Frau kommen ließ. In manchen Erlebniszuständen führte sie ihre wachsende Offenheit dahin, sich als ein ästhetisches Ganzes zu fühlen. In ihrem Körper gefangen und bereits beträchtlich eingeschränkt gewann sie dadurch ein Stück Freiheit zurück. Wiedergefundener Genuss, Lust, Spaß und Lebensfreude wirkten nachhaltig. Es folgten Taten und Handlungen, die sie in ihrem alltäglichen Leben für sich setzte, wünschte oder einforderte.

8 Zusammenfassung und Resümee

Die vorliegende Arbeit versucht einen Beitrag zur Klärung von Selbstwahrnehmung und deren Förderung zu leisten. Dafür wurde eine Definition entwickelt, die mehrere Ebenen mit einschließt. Diese implizieren Sinneswahrnehmungen, Gedanken, Gefühle, Stimmungen (Atmosphären), Reaktionen sowie Wünsche und Bedürfnisse. Der Fokus liegt dabei auf der sinnlichen Wahrnehmung – ihren Qualitäten – und inwiefern die Sinne von Musiktherapiepatienten aktiviert werden und auf deren Selbstwahrnehmung Einfluss nehmen.

Zunächst wurde geklärt, wie es zur Selbstwahrnehmung kommt und worauf sie sich stützt. Daran sind drei wesentliche Säulen beteiligt – Sinne, Wahrnehmung und das Selbst – wobei die Sinne die eigentliche Grundlage darstellen. Ohne Sinne gibt es keine Wahrnehmung und kein Wissen; demnach würde es uns auch an „Lebensinn“ fehlen.

Die sinnliche Wahrnehmung ermöglicht jedem einzelnen von uns auf eine spürbare Weise zu erfahren, dass wir als ein lebender Organismus anwesend sind, der mit den äußeren Gegebenheiten der Umwelt – zwischenmenschliche Beziehungen miteingeschlossen – interagiert und mit diesen in Wechselwirkung steht. Jegliche Wahrnehmung gilt als Beweis unserer Lebendigkeit, auch bei unangenehmen Wahrnehmungen, wie z.B. bei Schmerz.

Gefühle wie Verunsicherung, Angst und Stress werden als Ausdruck eines Ungleichgewichts spürbar und wirken sich auf das Wohlbefinden des Patienten aus. Der Mensch wird ausgehend vom psychosomatischen Standpunkt als bio-psycho-sozial Einheit gesehen, die sich um eine transsensorische und transpersonale Ebene erweitern lässt. Wir alle müssen aktiv sein, um einen Einklang von Denken, Fühlen und Handeln, zwischen Innen- und Außenwelt sowie zwischen Sinnesverarmung und Reizüberflutung auf Dauer in Balance zu halten. Patienten können durch ihre eingeschränkte Wahrnehmung oftmals eigene Bedürfnisse, Wünsche, persönliche Stärken und Schwächen nicht erkennen, was sich auf ihre Gesundheit und Lebensqualität auswirkt. Musiktherapie kann mit harmonisierenden und synchronisierenden Wirkungseffekten auf subjektiver, sozialer sowie transpersonaler-spiritueller Ebene behilflich sein das Potential des Selbst zu erkennen und sich damit einem gesundheitsfördernden Gleichgewicht anzunähern.

Der Zugang über unsere Sinne erweist sich dabei als äußerst hilfreich und förderlich, um Patienten wieder Vertrauen in die eigene Erlebnisfähigkeit zu ermöglichen. Ein bewusster Umgang mit den Sinnen wirkt nachhaltig und kann in das alltägliche Leben integriert werden. In der Musiktherapie werden mit rezeptiven, aktiven und kombinierten Methoden die Sinnesfähigkeiten aktiviert, die Wahrnehmung differenziert und dadurch ein Annäherungsprozess zum Selbst als ganzheitliches Individuum initiiert.

Bezüglich der eingangs gestellten Forschungsfragen ergeben sich folgende Ergebnisse:

Was bedeutet Förderung der Selbstwahrnehmung? Was will in der Musiktherapie damit erreicht werden?

Die „Selbstwahrnehmung“ umfasst in dieser Arbeit grundsätzlich Sinnesempfindungen, wie auch Gedanken, Gefühle und atmosphärische Wahrnehmungen. Alle Bereiche können durch Sinnesaktivierung nachhaltig gefördert werden, da sowohl bewusste als auch unbewusste Wahrnehmung auf der Sinnestätigkeit basiert.

Eine verbesserte Selbstwahrnehmung wirkt sich auf die psychologische Einsicht des Patienten aus und beeinflusst infolge Wohlbefinden, Selbstbewusstsein sowie das Vertrauen in sich selbst und andere Menschen. Dadurch kann die Lebensqualität wesentlich gesteigert werden, da alle beteiligten Komponenten der Selbstwahrnehmung letztendlich mit der Umwelt in Wechselwirkung stehen. Ergänzende Mitteilungen und Feedback von außen durch andere Personen (Fremdwahrnehmung) können in angemessener und wertschätzender Form sehr hilfreich sein. Sie tragen dazu bei, das eigene Blickfeld zu erweitern und sich dadurch einem adäquateren Selbstbild zu nähern. Zusätzlich werden durch die Förderung von Selbstwahrnehmung Wünsche und eigene Bedürfnisse deutlicher erkennbar und können oftmals erst dadurch kommuniziert werden.

In welcher Form findet Sinnesaktivierung im musiktherapeutischen Setting statt? Welche Interventionen werden in diesem Zusammenhang gesetzt?

Für Patienten, die in ihrer Gefühlswahrnehmung beeinträchtigt sind, bietet der sinnesaktivierende und erlebnisorientierte Zugang innerhalb der Musiktherapie die Chance Eigenaktivität in einem geschützten Handlungsspielraum zu erleben.

Zu sinnesaktivierenden Interventionen zählen „Das aktive Instrumtenspiel“, „Wahrnehmungsübungen“, „Imaginationen und Phantasiereisen“, Erfahrungen mit Klanginstrumenten sowie vibroakustisch-taktile Klangmassagen mit Körperinstrumenten, wie z.B. die Körpertambura. Singen, was ebenfalls Klang und Vibration in sich birgt, aber auch Stille führen zur Besinnung und ermöglicht ein Gewahr werden seiner selbst.

Bei Patienten, die psychosomatisch erkrankt sind und zudem unter dem Symptom Alexithymie (Gefühlsarmut) leiden, scheint eine aktive Methode nachhaltigere Wirkung zu zeigen als rein rezeptive Musiktherapieerfahrungen. Auch bei schweren Erkrankungen wie bei Multipler Sklerose konnte der Therapieerfolg von sinnlicher Aktivierung nachgewiesen werden. Im empirischen Teil wurde deutlich, dass sich die Körpertambura für eine kombinierte Methode von aktiven und rezeptiven Anteilen besonders anbietet und in Verbindung mit Stimmimprovisationen ganzheitliche und klinisch relevante Qualitäten aufweist.

Wie beeinflusst Sinnesaktivierung die Selbstwahrnehmung? Wie fördert sie diese?

An jeglicher Wahrnehmung sind die Sinne beteiligt und reichen vom Glücksgefühl über Genuss bis hin zum Schmerz. Selbst bei tranceähnlichen Zuständen, bei intensiven Emotionen oder im Erlebnis mit Stille wird unsere ästhetische Sinneswahrnehmung aktiviert, und bewusst oder unbewusst erlebt. Das Leben selbst speist aus sinnlichen Eindrücken.

Erlebnisse, innere Berührungen und Bewegungen bringen Patienten zu neuen Erfahrungen mit sich selbst, was sich auf die Selbstwahrnehmung, den Selbstwert und Selbstakzeptanz auswirkt. Die neu erlernten oder reaktivierten Fähigkeiten tragen zur Persönlichkeitsentwicklung bei und beeinflussen folglich das Wohlbefinden und wirken sich auf die Lebensqualität aus.

Ein verbessertes, differenzierteres Wahrnehmen der eigenen Person, sowie eine zunehmende Bewusstwerdung sämtlicher physischer, psychischer und emotionaler Vorgänge ermöglichen eigene Stärken und Schwächen besser zu integrieren. Dadurch rückt das Selbstbild in ein realistischeres und positiveres Bild. In Verbindung damit kann das bestehende Vokabular und die Kommunikationsfähigkeit weiterentwickelt werden. Da die Selbstwirksamkeit und das Selbstwertgefühl eng mit dem Erlebten in Zusammenhang stehen, wirkt sich eine verbesserte Selbstwahrnehmung auf die Selbstachtung, die Selbstaktzeptanz und die therapeutische bzw. klinische Einsicht des Patienten aus. Durch sinnesaktivierende Interventionen wird das Wahrnehmungsspektrum erweitert und in ihrer Breite und Tiefe gefördert.

Resümee

Im empirischen Teil dieser Arbeit wird dargestellt, wie es der Patientin gelang mittels des Einsatzes von der Körpertambura in Verbindung mit stimmlichen Summ- und Vokalimprovisationen auf gesundheitsfördernde Ressourcen zurückzugreifen. Die reaktivierte Freude am Spüren kann als Erfolg der sinnesaktivierenden Interventionen betrachtet werden. Das wachsende Vertrauen in sich – resultierend aus Selbstaktivität – und das zunehmende Einlassen auf Klangraumerfahrungen führten zum neuen Selbsterleben. Die eigene Stimme, als unmittelbarstes Instrument und direktes Ausdrucksmittel des Selbst, fand im therapeutischen Prozess, unabhängig von den physischen Beeinträchtigungen im Ausdruck und in der Interaktion zu neuer Stärke.

Anhand der Literaturrecherche und der Einzelfallstudie konnte bestätigt werden, dass ein Zugang über das Sensorium sich als wirkungsvoller Weg zur Förderung von Selbstwahrnehmung darstellt. Sinnesaktivierende Musiktherapieinterventionen, wie rezeptive und aktive Methoden, führen zur gesteigerten Erlebnisfähigkeit und regen das Selbsterleben des Patienten deutlich an.

Die Einzelfallstudie weist zudem auf das Potential des musiktherapeutischen Einsatzes der vibroakustisch-taktilen Körpertambura hin. Das Instrument, kombiniert mit Stimme zeigte eine deutliche Erhöhung des kommunikativen Ausdrucks in der gemeinsamen Stimmimprovisation. In Anbetracht des noch eher unerforschten Instruments kann anhand dieser Arbeit und der Ähnlichkeit zum Ganzkörpermonochord ein klinisch relevanter Einsatz bei Patienten mit MS unterstrichen werden.

Bezüglich des Einsatzes der Körpertambura in anderen musiktherapeutischen Bereichen bleiben Fragen offen, die im Rahmen dieser Arbeit nicht behandelt werden konnten. Interessant wäre beispielsweise in diesem Zusammenhang, ob sich die Klangfarbe und das Klangspektrum, sozusagen die Resonanzerweiterung des Körpers aufgrund von Befindlichkeit und „Durchlässigkeit“ verändern. Weitere Fallstudien bezüglich des Instruments könnten bestimmt einen qualitativen Beitrag im musiktherapeutischen Kontext leisten.

Abschließend sei noch ein Zitat des Arztes Thure von Uexküll erwähnt, der sein Leben der psychosomatischen Medizin widmete und die Sinnesqualitäten, als seelische Funktionen des Körpers, nicht aus den Augen verlor.

> *„Sie weben ein Netz greifbarer, farbiger, tönender, duftender und schmeckender Beziehungen um ihn, die ihn mit festen, aber für jeden anderen mit unsichtbaren Fäden mit den Dingen und Personen der Außenwelt verbinden. In dem Netz, das aus diesen Fäden gesponnen wird, kann der Körper leben, d. h. atmen, trinken, ruhen und sich bewegen. Beraubt man ihn dieses Netzes, geht er in kürzester Zeit zugrunde. Die Fäden des Netzes […] sind für den Außenstehenden unsichtbar, für den Sehenden aber leuchtend und bunt, für jeden anderen unhörbar, für den Hörenden aber tönend“* (Uexküll, 1992, S. 24).

9 Literaturverzeichnis

Adolphs, R., & Ackermann, H. (2012). Physiologie und Anatomie der Emotionen. In H.-O. Karnath, & P. Thier, *Kognitive Neurowissenschaften* (S. 635-643). Berlin: Springer.

Aldridge, D. (1999). *Musiktherapie in der Medizin.* Bern: Huber.

Altenmüller, E. (2012). Musikwahrnehmung und Amusien. In H. O. Karnath, & P. Thier (Hrsg.), *Kognitive Neurowissenschaften* (S. 529-540).

Ansorge, U., & Leder, H. (2011). *Wahrnehmung und Aufmerksamkeit.* Wiesbaden: VS-Verlag.

Auer, W.-M. (2007). *Sinnes-Welten, Die Sinne entwickeln, Wahrnehmung schulen, mit Freude lernen.* München: Kösel.

Baer, U., & Frick-Baer, G. (2004). *Klingen, um in sich zu wohnen. Methoden und Modelle leiborientierter Musiktherapie.* Neukirchen-Vluyn: Affenkönig.

Baumann, M. (2004). Wo steht die Musiktherapie in der Neurorehabilitation. *Musiktherapeutische Umschau, 25*(1), S. 45-56.

Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. In L. Berkowitz (Hrsg.), *Advances in experimental social psychology* (6 Ausg., S. 1-62). New York: Academic Press.

Birbaumer, N., & Schmidt, R. (2006). Wachen, Aufmerksamkeit und Schlafen. In R. F. Schmidt, & H.-G. Schaible, *Neuro- und Sinnesphysiologie* (S. 374-401). Heidelberg: Springer.

Bock, E. (2010). Musiktherapeutische Interventionen im Dialog mit dem Körper. In *Musiktherapie in der Psychosomatik* (S. 39-50). Wiesbaden : Reichert.

Böhme, G. (2001). *Aisthetik. Vorlesung über Ästhetik als allgemeine Wahrnehmungslehre.* München.

Brockhaus. (2009). *Psychologie.* Mannheim: FAB.

Damasio , A. (1997). *Descartes´Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn.* München: DTB.

Decker-Voigt, H. H. (Hrsg.). (2001). *Schulen der Musiktherapie.* München: Reinhardt.

Decker-Voigt, H. H. (2004). Zur Methodik der Musiktherapeutischen Tiefenentspannung. In I. Frohne-Hagemann (Hrsg.), *Rezeptive Musiktherapie* (S. 289-306). Wiesbaden: Reichert.

Decker-Voigt, H. H., Knill, P. J., & Weymann, E. (Hrsg.). (1996). *Lexikon der Musiktherapie.* Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Deuter, M. (2005). Atmosphären - Wahrnehmungseinstellungen und Wirkungen in der musiktherapeutischen Behandlung. *Musiktherapeutische Umschau, 26*(3), S. 222-235.

Dill-Schmölders, C., & Grün, M. (2012). Der Einfluss der Klangliegentherapie auf Körpererfahrung und körperlich-seelische Befindlichkeit von MS-Patienten in der neurologischen Rehabilitation. *Musiktherapeutische Umschau, 33*(4), S. 349-362.

Drewer, M. (2000). *Gestalt - Ästhetik - Musiktherapie : Argumente zur wissenschaftlichen Grundlegung der Musiktherapie als Psychotherapie.* Münster: Lit.

Duden. (2007). *Das Herkunftswörterbuch.* Mannheim: Bibliografisches Institut.

Elber, T., & Rockstroh, B. (2012). Kortikale Reorganisation. In H.-O. Karnath, & P. Thier, *Kognitive Neurowissenschaften* (S. 719-731). Berlin: Springer.

Elsner, B., & Prinz, W. (2012). Psychologische Modelle der Handlungssteuereung. In H.-O. Karnath, & P. Thier, *Kognitive Neurowissenschaften* (S. 368-375). Berlin: Springer.

Engert-Timmermann, G. (2011). Atem und Stimme - Spiegel des Inneren. In W. Kraus (Hrsg.), *Die Heilkraft der Musik* (S. 78-89). München: Beck.

Ermann, M. (2007). *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.* Stuttgart: Kohlhammer.

Eysel, U. (2006). Sehen. In R. F. Schmidt, H.-G. Schaibl, & (Hrsg), *Neuro- und Sinnesphysiologie* (S. 243-286). Heidelberg: Springer.

Faller, A., & Schünke, M. (1999). *Der Körper des Menschen.* Stuttgart: Thieme.

Fitzthum, E. (2009). Wiener Schule der Musiktherapie. In H. H. Decker-Voigt, & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon der Musiktherapie* (S. 558-561). Göttingen: Hogrefe.
Fröhlich, W. D. (2010). *Wörterbuch Psychologie.* München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
Frohne-Hagemann, I. (1990). Phonoodische Therapie und Gong-Singen. *Musiktherapeutische Umschau, 11,* S. 166-168.
Frohne-Hagemann, I. (1999). *Musik und Gestalt: Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Frohne-Hagemann, I. (2001). *Fenster zur Musiktherapie.* Wiesbaden: Reichert.
Frohne-Hagemann, I. (2004). Rezeptive Musiktherapie- Zur Einführung. In I. Frohne-Hagemann (Hrsg.), *Rezeptive Musiktherapie* (S. 1-8). Wiesbaden: Reichert.
Frohne-Hagemann, I. (2004a). Rezeptive Musiktherapie aus der Sicht integrativer Musiktherpie. In I. Frohne-Hagemann (Hrsg.), *Rezeptive Musiktherapie* (S. 307-340). Wiesbaden: Reichert.
Gerhardt, K. J., & Abrams, R. M. (2003). Das fetale Hören: Implikationen für das Neugeborene. In M. Nöcker-Ribaupierre (Hrsg.), *Hören - Brücke zum Leben* (S. 44-60). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Giese, M. A., & de Gelder, B. (2012). Nichtverbale Kommunikation. In H. O. Karnath, & P. (. Thier, *Kognitive Neurowissenschaften* (S. 479-488). Berlin: Springer.
Gindl, B. (2002). *Anklang, die Resonanz der Seele.* Paderborn: Junfermann.
Goldstein, E. (2008). *Wahrnehmungspsychologie.* Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
Goleman, D. (1996). *Emotionale Intelligenz.* München: Hanser.
Grau, A., & Henningsen, P. (2006). Multiple Sklerose. In P. Henningsen, H. Gündel, & A. Ceballos-Baumann (Hrsg.), *Neuro-Psychosomatik. Grundlagen und Klinik neurologischer Psychosomatik* (S. 283-293). Stuttgart: Schattauer.
Häcker, H. O., & Stapf, K.-H. (Hrsg.). (2009). *Dorsch. Psychologisches Wörterbuch.* Bern: Huber.
Hamm, A. O. (2012). Psychologie der Emotionen. In H.-O. Karnath, & P. Thier (Hrsg.), *Kognitive Neurowissenschaften* (S. 628-634). Berlin: Springer.
Handler, B. (2012). *Mit allen Sinnen leben - Tägliches Genusstraining.* Wien: Goldegg.
Handwerker, H. O. (2006). Somatosensorik. In R. F. Schmidt, H.-G. Schaible, & (Hrsg.), *Neuro- und Sinnesphysiologie* (S. 203-228). Heidelberg: Springer.
Hatt, H. (2006). Geruch. In R. F. Schmidt, H.-G. Schaible, & (Hrsg), *Neuro- und Sinnesphysiologie* (S. 340-351). Heidelberg: Springer.
Hatt, H. (2006). Geschmack. In R. F. Schmidt, H.-G. Schaible, & (Hrsg), *Neuro- und Sinnesphysiologie* (S. 328-339). Heidelberg: Springer.
Hausmann, B., & Neddermeyer, R. (2011). *BewegtSein, Integrative Bewegungs- und Leibtherapie in der Praxis.* Wiesbaden: Reichert.
Hegi, F. (2005). Das Klangraumgefühl. *Musiktherapeutische Umschau, 26*(3), S. 293-297.
Hegi, F. (2010). *Improvisation und Musiktherapie. Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik. Neuauflage des Standardwerks.* Wiesbaden: Reichert.
Hegi, F., & Rüdisüli, M. (2011). *Der Wirkung von Musik auf der Spur.* Wiesbaden: Reichert.
Heimes, S. (2010). *Künstlerische Therapien.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Henecka, N. (2010). *Ästhetik und Musiktherapie.* Wiesbaden: Reichert.
Herkner, W. (2001). *Lehrbuch Sozialpsychologie.* Bern: Huber.
Hess, P. (1999). Musikpsychotherapie mit archaischen Klangkörpern. *Musiktherapeutische Umschauc, 20*(1), S. 77-92.
Hess, P., & Koller, C. M. (Hrsg.). (2009). *Klangmethoden in der therapeutischen Praxis.* Uenzen: Peter Hess.
Hexel, M. (1999). Säuglingsforschung und frühkindliche Entwicklung. In G. Sonneck, O. Frischenschlager, M. Hexel, U. Kropiunigg, I. Pucher, & M. Schjerve (Hrsg.), *Medizinische Psychologie* (S. 50-70). Wien: Facultas.
Hüther, G. (2004). Ebenen salutogenetischer Wirkungen von Musik auf das Gehirn. *Musiktherpeutische Umschau, 25*(1), S. 70-80.

Izard, C. E. (1994). *Die Emotionen des Menschen.* Weinheim: Beltz.
Kast, V. (2007). Über die Sinne zum Sinn. In C. Neuen, I. Riedel, & H. G. Wiedemann (Hrsg.), *Sinne-Sinnlichkeit-Sinn, Zur therapeutischen Relevanz der Sinne* (S. 7-9). Düsseldorf: Patmos.
Kern, M. (2011). Ich hör und spür: das Leben kriegt wieder Sinn. Studie zur leiborientierten Ressourcenaktivierung durch vibroakustische Methoden bei Para- und Tetraplegikern. *Musiktherapeutische Umschau, 32*(2), S. 103-113.
Klußmann, R., & Nickel, M. (2009). *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.* Wien: Springer.
Koelsch, S. (2008). Die emotionale Stimme. *Musiktherapeutische Umschau, 29*(3), S. 221-228.
Koisser, H. (2007). *Die Rückeroberung der Stille.* Wien: Orac.
Koller, C. M. (2009). Zentrale Wirkungsaspekte. In P. Hess, & C. M. Koller (Hrsg.), *Klangmethoden in der therapeutischen Praxis* (S. 24-34). Uenzen: Peter Hess.
König, K. (1995). *Sinnesentwicklung und Leiberfahrung.* Stuttgart: Freies Geistesleben.
Krepcik, B. (2010). *Rhythmuswahrnehmung und Rhythmuswirkung : musikpsychologische und neurobiologische Aspekte der musikalischen Rhythmuserfahrung unter besonderer Berücksichtigung der motionalen Dimension und der Bedeutung für die Rhythmisch-musikalische Erziehung.* Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität für Musik und darstellende Kunst Wien.
Loos, G. (1986). *Spiel-Räume.* Stuttgart: Fischer.
Loos, G. K. (2009). Körperwahrnehmung. In H. H. Decker-Voigt, & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (S. 241-243). Göttingen: Hogrefe.
Lutz Hochreutener, S. (2011). Methoden, Modalitäten und Interventionstechniken in der Musiktherapie. Versuch einer Methodologie. In J. Illner, & M. Smetana (Hrsg.), *Wiener Schule der differenziellen klinischen Musiktherapie - ein Update* (S. 65-78). Wien: Praesens.
Maderthaner, R. (2008). *Psychologie.* Wien: Facultas.
Margraf, J., & Maier, W. (Hrsg.). (2012). *Pschyrembel, Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie.* Berlin: de Gryter.
Mayring, P. (2002). *Qualitative Sozialforschung.* Weinheim : Beltz.
Mentzos, S. (1999). Organisation des Selbst. In F. Kröger, & E. R. Petzold (Hrsg.), *Selbstorganisation und Ordnungswandel in der Psychosomatik* (S. 42-50). Frankfurt: VAS.
Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung.* Berlin: de Gruyter.
Münzberg , C. (2010). *Musiktherapie in der Psychosomatik.* Wiesbaden: Reichert.
Myers, D. G. (2008). *Psychologie.* Heidelberg: Springer.
Oberegelsbacher, D. (2005). Vorwort. In M. Smetana, S. Heinze, & K. Mössler, *Stille-Sterben-Erwachen.* Wien: Praesens.
Oberegelsbacher, D. (2008). In H. H. Decker-Voigt, D. Oberegelsbacher, & T. Timmermann, *Lehrbuch Musiktherapie.* München: Reihnardt.
Orff, G. (1974). *Die Orff-Musiktherapie.* München: Kindler.
Petersen, P. (1994). Heil-Kunst, ein integrales Konzept von Psychotherapie und Psychosomatik. *Musiktherapeutische Umschau* (15), S. 3-8.
Petersen, P. (2009). Sinneswahrnehmung. In H. H. Decker-Voigt, & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (S. 457-459). Göttingen: Hogrefe.
Petersen, P. (2011). Künstlerische Therapien - Vorreiter einer zukünftigen Heilkunde. In P. Petersen, H. Gruber, & R. Tüpker (Hrsg.), *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien* (S. 13-28). Wiesbaden: Reichert.
Pfeifer, E. (2012). *Outdoor Musiktherapie.* Wiesbaden: Reichert.
Pöhlau, D., & Kallweit, U. (2010). Symptomatik der MS. In C. Dettmers, P. Bülau, & C. Weiller (Hrsg.), *Rehabilitation der Multiplen Sklerose* (S. 19-30). Bad Honnef: Hippocmpus.

Riedel, I. (2007). Das Leben schmecken. In C. Neuen, I. Riedel, & H. G. Wiedemann (Hrsg.), *Sinne-Sinnlichkeit-Sinn, Zur therapeutischen Relevanz der Sinne* (S. 10-30). Düsseldorf: Patmos.

Riemann, F. (1986). *Grundformen der Angst: eine tiefenpsychologische Studie.* München: Reinhardt.

Rittner, S. (2008). Der Wirkfaktor Stimme in der Psychotherpie / in der Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau, 29*(3), S. 201-220.

Rittner, S. (2009a). Stimme, Stimmforschung, Stimmung. In H. H. Decker-Voigt, & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (S. 481-500). Göttingen: Hogrefe.

Rittner, S. (2009b). Vom Reiz der Klänge. In R. Hampe, P. Martius, D. Ritschl, F. v. Spreti, & P. B. Stalder (Hrsg.), *KunstReiz - Neurobiologische Aspekte künstlerischer Therapien* (S. 293-308). Berlin: Frank & Timme.

Rittner, S., & Fachner, J. (2004). Klang und Trance im EEG. *Musiktherapeutische Umschau, 25*(1), S. 70-80.

Rittner, S., Fachner, J., & Hess, P. (2009). Klangtrance. In H. H. Decker-Voigt, & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (S. 234-240). Göttingen: Hogrefe.

Röhrborn, H. (2004). Regulative Musiktherapie in der Dyade. In I. Frohne-Hagemann (Hrsg.), *Rezeptive Musiktherapie* (S. 217-232). Wiesbaden: Reichert.

Ross, U. H. (2010). Klangarbeit aus neuropsychologischer Sicht. In P. Hess, & C. M. Koller (Hrsg.), *Peter Hess-Klangmethoden im Kontext von Forschung und Wissenschaft* (S. 70-87). Uenzen: Peter Hess.

Rüegg, U. Z. (2007). Psychotherapie und musikinduziertes verändertes Bewusstsein. *Wien Medizinische Wochenschrift, 157*(17-18), S. 429-434.

Schandry, R. (2011). *Biologische Psychologie.* Weinheim: Beltz.

Schauder, S. (2011). Multimodalität in der Kunsttherapie - von der Theorie zur Praxis. In R. Hampe, & P. B. Stalder (Hrsg.), *Multimodalität in den Künstlerischen Therapien* (S. 83-89). Berlin: Frank & Timme.

Scherer, K. R. (1990). *Psychologie der Emotionen.* Göttingen: Hogrefe.

Schmid, W. (2004). *"Swing in my brain" Ein Modell zur Evaluierung des Kontaktgeschehens in der Schöpferischen Musiktherapie mit Multiple Sklerose-Betroffenen.* Inaugural-Dissertation. Universität Witten / Herdecke.

Schmidt, H. U., & Kächele, H. (2009). Musiktherapie in der Psychosomatik, Entwicklung und aktueller Stand. *Psychotherapeut*(54), S. 6-16.

Schmucker, A. (2004). Die Klanggeleitete Trance nach Wolfgang Strobel. In I. Frohne-Hagemann (Hrsg.), *Rezeptive Musiktherapie* (S. 65-88). Wiesbaden: Reichert.

Schröder, H. (2001). *Didaktisches Wörterbuch.* München: Oldenburg.

Schumacher, K. (1994). *Musiktherapie mit autistischen Kinder: Musik-Bewegungs- und Sprachspiele zur Integration gestörter Sinneswahrnehmung.* Stuttgart: Fischer.

Schumacher, K. (2000). *Musiktherapie und Säuglingsforschung.* Frankfurt: Peter Lang.

Schwabe, C. (2004). Regulative Musiktherapie (RMT). In I. Frohne-Hagemann (Hrsg.), *Rezeptive Musiktherapie* (S. 205-216). Wiesbaden: Reichert.

Schwabe, C., & Röhrborn, H. (1996). *Regulative Musiktherapie.* Stuttgart: Fischer.

Schwabe, C., & Stein, I. (2000). *Ressourcenorientierte Musiktherapie. Materialien zur Tagung "Musiktherapie-Lebensgenuss-Freude-?".* Akademie für angewandte Musiktherapie Crossen: Crossener Schriften zur Musiktherapie Band XII.

Smetana, M. (2005). Stille in der Musiktherapie. In M. Smetana, S. Heinze, & K. Mössler, *Stille-Sterben-Erwachen, Musiktherapie im Grenzbereich menschlicher Existenz.* Wien: Praesens.

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

Stern. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Storz, D. (2011). Musiktherapeutische Techniken. In J. Illner , & M. Smetana (Hrsg.), *Wiener Schule der differenziellen klinischen Musiktherapie - ein Update* (S. 47-64). Wien: Praesens.

Straus, E. (1976). *Vom Sinn der Sinne. Ein Beitrag zur Gruhndlegung der Psychologie.* Berlin: Springer.

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

Sutrich, B. (2003). *Hässlichkeit in der Werbung.* (C. Kreuzer , & A. Humenberger, Hrsg.) Wien: FH der Wirtschaft.

Teichmann-Mackenroth, O. (2009). Psychosomatik. In H.-H. Decker-Voigt, & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (S. 398-401). Göttingen: Hogrefe.

Timmermann, T. (2004). Erfahrungen mit dem Unterrichtsfach Rezeptive Musiktherapie an der Universität für Musik und darst. Kunst Wien. In *Rezeptive Musiktherapie* (S. 381-398). Wiesbaden: Reichert.

Timmermann, T. (2008). In H. H. Decker-Voigt, D. Oberegelsbacher, & T. Timmermann, *Lehrbuch Musiktherapie.* München: Reinhardt.

Treue, S. (2012). Neuronale Grundlagen von Aufmerksamkeit. In H.-O. Karnath, & P. Thier (Hrsg.), *Kognitive Neurowissenschaften.* Berlin: Springer.

Uexküll, T. v. (1992). Was ist und was will "Integrierte Psychosomatische Medizin"? In T. v. Uexküll (Hrsg.), *Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik* (S. 17-34). Stuttgart: Schattauer.

Verres, R. (2009). Improvisation als mentaler Reiz. In R. Hampe, P. Martius, D. Ritschl, F. v. Spreti, & P. B. Stalder (Hrsg.), *KunstReiz - Neurobiologische Aspekte künstlerischer Therapien* (S. 105-118). Berlin: Frank & Timme.

Verres, R. (2010). Was uns gesund macht - Resonanz in zwsichenmenschlichen Beziehungen. In P. Hess, & C. M. Koller (Hrsg.), *Peter Hess-Klangmethoden* (S. 56-69). Uenzen: Peter Hess.

Wehner, L., & Schwinghammer, Y. (2009). *Sensorische Aktivierung - Ein ganzheitliches Förderkonzept für hochbetagte und demente Menschen.* Wien: Springer.

Weymann, E. (2005). Atmosphäre- ein Grundbegriff für die Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau, 26*(3), S. 236-249.

Winnicott, D. W. (1988). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Geist und Psyche.* Frankfurt: Fischer.

Wiswede, G. (2004). *Sozialpsychologie-Lexikon.* München: Oldenburg.

Wosch, T. (2004). Emotionspsychologie und ihre Bedeutung bei Regulativer Musiktherapie und Guided Imagery and Music nach Helen Bonny. In I. Frohne-Hagemann (Hrsg.), *Rezeptive Musiktherapie* (S. 233-252). Wiesbaden: Reichert.

Wosch, T., & Röhrborn, H. (2009). Alex - eine Studie zur Differentialdiagnostik von Musiktherapie und Psychiatrie in einer psychosomatischen Klinik. *Musiktherapeutische Umschau, 30*(3), S. 259-274.

Zeigert, O. (2012). *Die Körpertambura - ein vibroakustisches Saiteninstrument für die Musiktherapie.* Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität für Musik und darstellende Kunst Wien.

Zenner, H. (2006). Hören. In R. F. Schmidt, H.-G. Schaible, & (Hrsg), *Neuro- und Sinnesphysiologie* (S. 287-311). Heidelberg: Springer.

Zenner, H. P. (2006). Gleichgewicht. In R. F. Schmidt, H.-G. Schaible, & (Hrsg), *Neuro- und Sinnesphysiologie* (S. 312-327). Heidelberg: Springer.

Zur Lippe, R. (2007). Die Kunst der Wahrnehmung - vom Sinnen-Bewusstsein. In C. Neuen, I. Riedel, & H. G. Wiedemann (Hrsg.), *Sinne-Sinnlichkeit-Sinn, Zur therapeutischen Relevanz der Sinne* (S. 93-108). Düsseldorf: Patmos.

10 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Schematische Einteilung des Nervensystems. Linkerhand zeigt das NS unter dem rein topografischen Gesichtspunkt. Daneben wird es in ihre Funktionen unterteilt. (Schandry, 2011, S.110) 11
Abbildung 2 Einzelschritte sind kreisförmig angeordnet, dies betont den dynamischen Wahrnehmungsprozess (Goldstein, 2008, S. 4). 17
Abbildung 3 (a) Homunkulus des somatosensorischen Kortex; Die Körperteile mit der höchsten taktilen Unterscheidungsfähigkeit werden durch überproportional große Bereiche des Kortex repräsentiert. (b) Der primäre (S1, hellviolett) und der sekundäre (S2, dunkelviolett) somatosensorische Kortex im Paritallappen; S1 erhält Inputs vom ventrolateralen Thalamuskern. (Goldstein, 2008, S. 339). 22
Abbildung 4 Diese Abbildung zeigt ein Ablaufschema des Wahrnehmungsvorgangs. Der rechte untere Teil enthält die Elemente eines Sinneskanals (Schandry, 2011, S. 223). 39
Abbildung 5 Wichtige Verbindungen des Thalamus zu höher gelegenen Gehirnstrukturen (Schandry 2011, S. 129). 40
Abbildung 6 Anteil der Inhalte in Minuten 84
Abbildung 7 Rezeptive Musiktherapie mit der KT Teil 1 89
Abbildung 8 Rezeptive Musiktherapie mit der KT Teil 2 89
Abbildung 9 Inhaltliche Verteilung im Therapieprozess 90
Abbildung 10 Verlauf der Therapieinhalte 91
Abbildung 11 Verlauf der Stimmimprovisationen im Therapieprozess 92
Abbildung 12 Position der Körpertambura 94
Abbildung 13 Anteile der Selbstwahrnehmung 98

11 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 13 Sinne von Sherington (zit. nach Heimes, 2010, S. 16) 7
Tabelle 2 12 Sinne von Steiner 8
Tabelle 3 Körper- und Weltsinne von Auer 9
Tabelle 4 Beispiele der Sensibilitätsüberprüfung aus Margraf & Maier 2012 14
Tabelle 5 Verbindungsbegriff: Gefühlsklang 58
Tabelle 6 Verbindungsbegriff: Lebensrhythmus 59
Tabelle 7 Verbindungsbegriff: Ausdrucksmelodie 59
Tabelle 8 Verbindungsbegriff: Beziehungsdynamik 60
Tabelle 9 Verbindungsbegriff: Formwandel 60
Tabelle 10 Improvisation und das Vermittlungsvermögen von Beziehungsverhalten zu sich und zu anderen (Hegi und Rüdisüli, 2011, S. 152) 61
Tabelle 11 Biosoziale Bedingungsgefüge von Krankheiten nach Schüßler 2000 (zit. nach Klußmann & Nickel, 2009, S. 30) 63
Tabelle 12 Ziele der Therapie 86
Tabelle 13 Überblick des verwendeten Materials und Auswertung 86
Tabelle 14 Phasenmodell 88
Tabelle 15 Phasenmodell verglichen mit dem musikalischen Ausdruck 95

12 Anhang

Siehe die Excel-Tabelle auf der nächsten Seite.

Übersichstabelle für die Grafiken mit Phaseneinteilung

							Auswertung der Audioaufnahmen																			
							I	II	III				IV	V			VI						VII			
													Pat steigt ein	Pat-Stimme solo			Th und Pat									
									Th-Stimme				herantasten	Summen / offene Vokale			Improvisieren miteinander						Ausklang			
Phase	Einheit	Audioaufnahme	Datum	Dauer	Phantasie-reise	Aktive Mth mit Instrument.	Einklang	KT	Summen & Vokalimpro-visation	Namen singen	Lied singen	KT	Summen & Vokalimpro-visation	wiederholt ein Motiv	eigene Melodie	KT	Begegnen & begleiten	harmonisch ruhig	rhythmisch dynamisch	Spielerisch / frei	diss-harmonisch	Ende finden	KT	Stimme (Einh. 10), Einzeltöne	Stille
1a	1	0	29.10.2010	60:0	0:0	0:0	2:0	11:30	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	Th	1:30	0:0	0:0
	2	0	02.11.2010	60:0	0:0	0:0	2:0	11:30	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	Th	1:30	0:0	0:0
	3	0	12.11.2010	60:0	0:0	5:0	2:0	11:30	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	Th	1:30	0:0	0:0
	4	0	19.11.2010	75:0	12:10	5:0	2:0	11:50	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	Th	2:0	0:0	0:0
1b	5	1	03.12.2010	75:0	0:0	15:0	1:14	7:27	1:14	0:0	0:0	0:0	6:9	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	Th	3:0	0:0	0:0
	6	2	17.12.2010	60:0	0:0	0:0	1:50	3:50	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	9:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	Th	2:18	0:0	0:0
	7	0	23.12.2010	60:0	0:0	5:0	2:0	8:0	3:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	Th	2:0	0:0	0:0
	8	3	11.01.2011	60:0	0:0	0:0	3:0	7:0	1:40	0:0	0:0	0:0	5:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	Th	2:50	0:0	2:0
	9	4	21.01.2011	60:0	0:0	0:0	4:0	7:55	3:30	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	Th	0:50	0:0	1:40
	10	5	28.01.2011	60:0	0:0	0:0	2:30	4:15	0:0	6:40	0:0	0:0	4:40	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	Pat + Th	0:0	1:55	1:0
2	11	6	04.02.2011	60:0	0:0	0:0	4:0	3:0	2:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	4:25	0:0	0:0	6:0	0:0	0:0	0:0	Pat	2:35	0:0	1:0
	12	7	08.02.2011	60:0	0:0	6:0	3:0	7:0	1:25	0:0	0:0	0:0	8:20	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	Th	1:35	0:0	0:50
	13	8	18.02.2011	60:0	0:0	0:0	5:0	2:55	13:30	0:0	0:0	0:0	0:0	3:28	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	Pat	0:50	0:0	1:20
	14	9	22.02.2011	60:0	0:0	6:0	3:0	1:15	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	3:20	0:0	0:0	16:0	0:0	0:0	0:0	Pat	1:25	0:0	1:50
	15	10	04.03.2011	60:0	0:0	0:0	0:20	20:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	Th	2:0	0:0	0:0
	16	11	25.03.2011	60:0	0:0	0:0	2:50	19:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	4:0	0:0	2:0	0:0	0:0	0:0	0:0	Pat	2:10	0:0	0:0
3	17	12	29.04.2011	60:0	0:0	0:0	2:0	17:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	Th	2:0	0:0	1:20
	18	13	20.05.2011	90:0	0:0	15:0	2:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	9:40	0:0	4:0	3:15	7:30	0:0	Pat + Th	3:14	0:0	1:0
	19	14	26.05.2011	60:0	0:0	0:0	2:0	10:5	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	4:20	3:0	0:0	4:10	4:10	2:0	0:0	Pat + Th	0:45	0:0	1:30
	20	15	22.06.2011	60:0	0:0	0:0	3:0	9:55	2:0	0:0	4:40	3:0	0:0	0:20	0:0	0:45	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	Th	2:30	0:0	0:0
	21	16	06.07.2011	60:0	0:0	0:0	3:0	11:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	11:0	0:0	0:0	2:0	0:0	0:0	4:15	Pat + Th	4:0	0:0	0:25
4	22	0	15.03.2012	75:0	0:0	0:0	1:30	2:0	0:0	0:0	0:0	0:0	3:0	0:0	0:0	0:0	0:0	7:0	0:0	0:0	0:0	Th	1:30	0:0	0:0
	23	17	03.04.2012	60:0	0:0	0:0	4:0	16:30	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	Th	2:0	0:0	0:0
	24	18	24.04.2012	60:0	0:0	0:0	3:50	8:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	3:50	0:0	0:0	3:15	0:0	0:0	0:0	Pat	3:25	0:0	2:0
	25	19	05.06.2012	75:0	0:0	0:0	3:0	5:50	0:0	3:20	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	Th	2:30	0:0	0:40
	26	20	19.06.2012	60:0	0:0	0:0	5:40	16:55	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	Th	1:25	0:45	4:0
	27	21	17.07.2012	60:0	0:0	0:0	3:40	8:30	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	10:25	1:0	2:0	2:15	0:0	0:0	0:0	Pat	2:0	2:10	1:0
	28	22	07.08.2012	60:0	0:0	0:0	0:50	0:0	0:0	0:0	4:27	2:0	4:0	0:50	0:0	2:45	2:10	0:0	3:18	6:15	0:0	Pat + Th	2:0	0:0	0:0
	29	0	04.09.2012	90:0	0:0	0:0	5:0	20:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	Th	3:0	2:0	0:0
	30	23	02.10.2012	75:0	0:0	0:0	4:20	0:0	0:0	0:0	11:40	0:0	0:0	0:0	0:0	2:50	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	Th	2:10	0:0	1:40

				Therapieinhalte					Selbstwahrnehmungen				Position der Körpertambura	
Phase	Einheit	Audioaufnahme	Datum	Dauer	Gespräch	Summe Aktiv	Summe Rezeptiv	Rest	Gedanken	Sinneswahr-nehmung	Atmosphäre	Emotionen	KT Position	KT Basssaite
1a	1	0	29.10.2010	60:0	25:0	0:0	15:0	20:0	0	1	0	0	Be rü	re
	2	0	02.11.2010	60:0	20:0	0:0	15:0	25:0	0	1	0	0	Be rü	re
	3	0	12.11.2010	60:0	20:0	5:0	15:0	20:0	2	3	0	1	Mi vo	li
	4	0	19.11.2010	75:0	22:0	5:0	28:0	20:0	0	1	0	1	Mi vo	re
1b	5	1	03.12.2010	75:0	21:0	21:9	12:55	19:56	1	2	0	0	OK vo	li
	6	2	17.12.2010	60:0	29:0	9:0	7:18	14:42	0	1	0	0	OK rü	li
	7	0	23.12.2010	60:0	25:0	5:0	15:0	15:0	1	3	0	2	OK rü	re
	8	3	11.01.2011	60:0	24:0	5:0	16:30	14:30	1	2	0	2	Be vo	re
	9	4	21.01.2011	60:0	28:0	0:0	17:15	14:45	3	2	0	1	Be rü	re
	10	5	28.01.2011	60:0	25:0	4:40	15:40	14:40	1	2	0	1	Be vo	li
2	11	6	04.02.2011	60:0	22:20	10:25	12:35	14:40	1	3	1	2	Be vo	re
	12	7	08.02.2011	60:0	18:0	14:20	13:10	14:30	3	3	1	2	Be vo	re
	13	8	18.02.2011	60:0	19:0	3:28	22:55	14:37	2	3	1	0	Mi vo	re
	14	9	22.02.2011	60:0	13:30	25:20	7:30	13:40	3	3	0	3	Mi vo	re
	15	10	04.03.2011	60:0	13:0	0:0	22:20	24:40	1	0	1	0	Mi rü	li
	16	11	25.03.2011	60:0	15:0	6:0	24:0	15:0	1	1	1	1	Mi vo	re
3	17	12	29.04.2011	60:0	23:0	0:0	22:20	14:40	3	1	3	2	Be rü	li
	18	13	20.05.2011	90:0	25:30	29:45	15:54	18:51	3	0	1	2	Be vo	re
	19	14	26.05.2011	60:0	14:0	14:40	17:20	14:0	2	1	2	3	Be rü	re
	20	15	22.06.2011	60:0	20:0	0:20	25:10	14:30	2	2	2	2	Be rü	re
	21	16	06.07.2011	60:0	10:0	17:15	18:25	14:20	3	0	1	2	Be vo	re
4	22	0	15.03.2012	75:0	40:0	10:0	5:0	20:0	1	1	0	1	Mi rü	li
	23	17	03.04.2012	60:0	13:0	0:0	22:30	24:30	0	0	1	1	OK rü	li
	24	18	24.04.2012	60:0	17:0	7:5	17:15	18:40	2	3	1	2	Be vo	re
	25	19	05.06.2012	75:0	40:50	0:0	14:40	19:30	3	3	1	1	OK rü	li
	26	20	19.06.2012	60:0	17:0	0:0	28:5	14:55	0	3	0	1	Be rü	li
	27	21	17.07.2012	60:0	13:0	14:40	18:20	14:0	3	0	1	1	Be rü	re
	28	22	07.08.2012	60:0	18:0	16:33	11:22	14:5	0	2	2	2	Mi vo	li
	29	0	04.09.2012	90:0	20:0	0:0	30:0	40:0	2	1	0	1	Be rü	li
	30	23	02.10.2012	75:0	33:40	0:0	22:0	19:20	3	0	1	3	Be rü	re

Lebenslauf

Person

Name:	Katrin Eckbauer
Geburtsjahr:	1983
Geburtsort:	Neunkirchen in Niederösterreich
Nationalität:	Österreich

Ausbildung

2006 – 2013	Diplomstudium Musiktherapie an der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien
2005 – 2006	Staatliche Schilehrerausbildung in der Bundessportakademie Innsbruck und dem Österreichischen Skischulverband
2002 – 2004	Landesskilehrerausbildung beim Oberösterreichischen Ski- und Snowboardlehrerverband
2001 – 2004	Berufsreifeprüfung in der SKI HAK/HASCH Waidhofen an der Ybbs
1999 – 2001	Schihandelsschule im Trainingszentrum Waidhofen an der Ybbs
1994 – 1998	Schihauptschule Lilienfeld
1990 – 1994	Volksschule Reichenau an der Rax

Beruf

seit 2009	Mitarbeiterin in der österreichischen Parlamentsdirektion
2002 – 2011	Schilehrerin (Forsteralm OÖ, Flachau Sbg., Zürs/Lech am Arlberg Vbg.)
2000 – 2002	Leistungssportlerin im Nationalkader des Österreichischen Schiverbandes

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Ort und Datum Unterschrift