Universität der Künste Berlin
Berlin Career College

Die Körpertambura in der Einzelmusiktherapie bei Angststörungen
- eine Einzelfallanalyse

Masterarbeit zum Abschluss des Masterstudiengangs Musiktherapie am Zentralinstitut für Weiterbildung (ZIW), Universität der Künste Berlin

Erstgutachterin: Prof. Dr. Dorothea Muthesius
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Susanne Bauer

16. August 2021

Vorgelegt von:

Maike Krullmann
Lohmühlenstr. 62
12435 Berlin
maike@krullmann.de
Matrikelnr: 155288

Zusammenfassung

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen. Hinsichtlich ihrer Einschätzung als mit Behinderung gelebter Lebensjahre liegen sie laut WHO weltweit auf dem sechsten, in hoch entwickelten Ländern auf dem vierten Rang aller psychischen und somatischen Erkrankungen. In dieser Einzelfallstudie werden die qualitativen Wirkungen der klang- und körpertherapeutischen Interventionen mit der Körpertambura bei einer Patientin mit Phagophobie (Schluckangst), einer seltenen spezifischen Phobie, untersucht. Es wird gezeigt, dass die Arbeit mit der Körpertambura aufgrund der körperlichen und psychischen Wirkungsmöglichkeiten bestimmte Themenfelder berührt und bewusst macht und so den Verlauf der Therapie positiv beeinflussen kann. Der Falldarstellung steht ein theoretischer Teil voran, in dem die Körpertambura ausführlich beschrieben wird und deren Wirkungen aus verschiedenen Perspektiven dargestellt werden. Die Entstehung, Ursachen und Therapie von Angststörungen werden dargelegt. Die Arbeit ist eine qualitative Einzelfallstudie. Mit Hilfe der Grounded Theory wurden Therapieprotokolle und ein Interview ausgewertet und zu Ergebnissen formuliert.

Schlüsselwörter: Körpertambura, Angststörungen, Phagophobie, körperliche und psychische Wirkungen, Einzelfallstudie

Abstract

Anxiety disorders are some of the most common disorders. According to the WHO, which regards the "years lived with disability" (YLD), they are the sixth most common of all mental or somatic diseases (fourth most common in developed countries). This single case study examines the qualitative effects of therapeutic sound and body interventions using the Body Tambura with a patient with the rare and specific fear of swallowing phobia. It will be shown that the use of the Body Tambura has a positive effect on the therapy. The possible physical and mental effects of the instrument allow particular topics to be touched on or made aware of. The case report begins with a theoretical part which includes a detailed description of the Body Tambura. It's effects will be presented from different perspectives. The origin and causes of anxiety disorders, as well as the therapy for them, will be summarised. This thesis is a qualitative individual case study. Therapy transcripts and an interview will be evaluated with the help of Grounded Theory and the results will be presented.

Keywords: Body Tambura, anxiety disorders, phagophobia, physical and mental effects, single case study

Inhalt

Abbildungsverzeichnis

1. Einleitung 1

2. Die Körpertambura 4

2.1. Entwicklung und Bauart 4

2.2. Forschung 5

2.3. Der Klang und seine Entstehung 6

2.4. Wahrnehmung und Wirkung des Klangs beim Hören und Fühlen 7

3. Möglichkeiten und Wirkung der Körpertambura aus verschiedenen Perspektiven 9

3.1. Klangtherapie als psychotherapeutische Methode 9

3.1.1. Klanggeleitete Trance nach Strobel 12

3.1.2. Musiktherapeutische Tiefenentspannung nach Decker-Voigt 14

3.2. Neurowissenschaftliche Perspektive 15

3.2.1. Entspannung 15

3.2.2. Embodiment 18

3.3. Musikmedizin 18

4. Angst - Angststörungen 19

4.1. Aspekte der Angst 19

4.2. Epidemiologie 20

4.3. Ätiologie und Pathogenese 21

4.3.1. Entstehung der Angst aus kognitiv-behavioraler Sicht 22

4.3.2. Entstehung der Angst aus psychodynamischer Sicht 23

4.4. Spezifische (Isolierte) Phobien 24

4.5. Phagophobie 25

4.5.1. Forschungsstand 26

4.6. (Musik-) Therapeutisches Vorgehen bei Angststörungen 27

4.6.1. Die Körpertambura als musiktherapeutisches Angebot 29

5. Praktischer Teil 30

5.1. Fallbeschreibung 30

5.1.1. Erste Begegnung 30

5.1.2. Diagnosen und therapeutische Vorgeschichte 31

5.1.3. Musiktherapeutischer Verlauf 33

5.2. Forschungsdesign 43

5.3. Ergebnisse 44

5.3.1. Kategorienbildung/ Themenfelder 44

5.3.2. Betrachtung der Themen und Einordnung in den musiktherapeutischen Verlauf . 46

6. Fazit 47

6.1. Diskussion 50

6.2. Ausblick 50

7. Literaturverzeichnis 51

Anhang

Anmerkungen der Patientin zu den Bildern

Einverständniserklärung

Orientierungsfragen

Eidesstattliche Erklärung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Quelle: wikipedia)……. 21
Abbildung 2: Teufelskreis der Angst (nach Margraf & Schneider)……. 23
Abbildung 3: SICHERHEIT (magenta, lila) (Patientin)……... 35
Abbildung 4 und 5: KONTROLLE (blau) (Patientin)…….. 38
Abbildung 6 und 7: LOSLASSEN (orange, gelb) (Patientin)……... 41

1. Einleitung

Der Ursprung dieser Fallstudie findet sich in einer schon lange vor meiner musiktherapeutischen Ausbildung entfachten Faszination für monochrome Klänge und klangtherapeutische Instrumente. Damals gab es zwar noch keine Körpertambura, sie wurde erst 2002 von dem Berliner Instrumentenbauer Bernhard Deutz entwickelt, jedoch kam ich schon vorher in Kontakt mit dem Monochord und dem Klangstuhl. Die Sehnsucht nach dem Gefühl, im Klang zu baden, Teil des Klangs zu werden und die seelisch-physischen Auswirkungen zu spüren und zu erleben und andere daran teilhaben zu lassen, führten 2020 dazu, dass ich mich entschloss, mir selbst eine Körpertambura in der Werkstatt von Deutz zu bauen.

In der Zwischenzeit war ich Musiktherapeutin geworden und arbeitete in einer akutpsychiatrischen Klinik. Mit dem Einsatz der Körpertambura war ich zunächst vorsichtig. So stößt man immer wieder auf warnende Stimmen. Diese raten bei bestimmten, v.a. auch in der Akutpsychiatrie vorherrschenden Erkrankungen wie akuten Psychosen und schweren Depressionen vom Einsatz von Techniken ab, die zur Auflösung der Ich-Grenzen, Kontrollverlust oder Regression führen können.[1] Auch wären viele der Patient*innen aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung gar nicht in der Lage gewesen, sich auf diese Art der Körperwahrnehmung und Introspektion mit einem erforderlichen Maß an Konzentrationsfähigkeit einzulassen.

So fand die Körpertambura zunächst vereinzelt Einsatz in Teambesprechungen, um sie vorzustellen, und dann nach und nach auch öfter auf meiner Station, die sich gerade in einem Prozess der Umstrukturierung zu einer offenen Psychotherapiestation mit vorwiegend psychosomatisch Erkrankten befand. Hier begann ich mit kleinen Entspannungseinheiten und Einzelmusiktherapien mit ausgewählten Patient*innen. Sehr schnell wurde deutlich, dass meine Begeisterung und meine Faszination von vielen Kolleg*innen als auch Patient*innen geteilt wurde. Der Klang schuf Verbindung, Wohlbefinden, setzte Assoziationen frei, löste Emotionen aus oder ließ die Bespielten einfach nur genießen. Ich war gebannt und entschied mich, dieses Thema in meiner Masterarbeit weiter zu erforschen.

Dann begegnete ich Frau M., einer jungen Patientin in der Klinik. Sie ist ein Mensch, der - vielleicht wie die Körpertambura - auffällt, sein Gegenüber in den Bann zieht und sie weckte mein Interesse. Sie machte auf mich einen sehr zarten Eindruck, ihr Gesicht hatte etwas von

[1] vgl. hierzu die Untersuchung von Trost (2021), für die diese Warnungen Anstoß zu ihren eigenen Erkundungen im Hinblick auf die Arbeit mit der Klangliege waren.

Elfenbein. Ihre Haare waren schwarz und sie war groß und sehr schlank. Ihre scheinbare Zerbrechlichkeit löste einen beschützenden Instinkt in mir aus. Eine kraftvolle, ausdrucksstarke Seite erlebte ich in ihren Bildern, die in unserem Flur ausgestellt waren, die extrem künstlerisch, klar, stark im Kontrast und scharf konturiert waren. Ihre Diagnose lautete 'Phagophobie', Schluckangst, eine seltene Angsterkrankungen, die zu den isolierten Phobien gehört.

Von der Körpertambura war sie 'geflasht', wie sie es später beschrieb. Auch durch Vorerfahrungen war sie einer körpertherapeutischen, tranceinduzierenden Intervention sehr zugeneigt. Nach einem Vorgespräch fiel die Wahl schnell auf die musiktherapeutische Intervention mit der Körpertambura mit der Indikation 'Klangmassage mit dem Ziel der Entspannung'. Wir begannen die musiktherapeutischen Sitzungen mit der Körpertambura vorerst mit dem Ziel, eine vertrauensvolle Beziehung zu schaffen, auf deren Basis weitergearbeitet werden kann. Das Instrument zeigte sich als der 'Türöffner in das Innere der menschlichen Psyche', wie Deutz (2013, S. 263) seine therapeutischen Instrumente charakterisiert.

Für mich stand schnell fest, dass diese Einzelmusiktherapie zum Forschungsfeld meiner Masterarbeit werden würde. Ziel der Arbeit sollte sein, die qualitativen Wirkungen der klangtherapeutischen Interventionen mit der Körpertambura und deren Einfluss auf den Verlauf der Phagophobie zu beschreiben. Die Therapie dauerte 7 Monate an[2] und fand in der Regel einmal wöchentlich statt, erst stationär, später ambulant. In die Masterarbeit fließen 17 Sitzungen in einem Zeitraum von 4½ Monaten ein. Folgende Fragestellungen ergaben sich und liegen der Arbeit zugrunde:

- Welche direkten körperlichen und psychischen Wahrnehmungen beschreibt die Patientin nach einer Intervention durch das Spielen der Körpertambura und welche Auswirkungen hat dies auf die Entwicklung der Sitzung?
- Welche Themen werden durch die Körpertambura angesprochen? Gibt es Themenbereiche, die immer wieder anklingen?
- Welche Wirkungen haben die klangtherapeutischen Interventionen mit der Körpertambura auf den Verlauf der Schluckangst?

Der Beginn des Theorieteils der Masterarbeit beschäftigt sich mit der Herkunft und Entwicklung der Körpertambura. Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand zeigt v.a. positive Auswirkungen auf Entspannungszustand, Schmerzreduktion und Wohlbefinden. Die

[2] Sie wurde aufgrund meines Verlassens der Klinik beendet und es gibt Überlegungen, sie ambulant selbständig weiterzuführen.

kurze Beschreibung der Klangentstehung führt zur akustischen und somatosensorischen Wahrnehmung des Klangs und zeigt die daraus resultierenden physischen und psychischen Wirkungen auf den gesamten Menschen.

Im Folgenden werden die Wirkungen aus mehreren Perspektiven und auf Grundlage der Erkenntnisse aus den Disziplinen der Klangforschung, Psychotherapie, Neurowissenschaften und Musikmedizin betrachtet. Ein Kapitel gibt einen Einblick in den Bereich der Klangtherapie, einen Spezialbereich der rezeptiven Musiktherapie, in dem mit veränderten Bewusstseinszuständen gearbeitet wird. Neurowissenschaftliche Erkenntnisse zur Entspannung und Embodimentforschung ergänzen die ganzheitliche Betrachtung der Wirkungsweisen.

Im folgenden Teil beschäftige ich mich mit der Angst als einem uns vertrauten, überlebensnotwendigen Gefühl, das in pathologischer Form zu Angststörungen führt. Die Entstehung, Verbreitung und die Ursachen von Angststörungen werden sowohl aus verhaltenspsychologischer als auch aus psychodynamischer Sicht beschrieben. Phagophobie als eine seltene, spezifische Phobie wird genauer betrachtet und mit dem aktuellen Forschungsstand zu Therapien ergänzt. Die musiktherapeutische, psychodynamisch orientierte Arbeit mit der Körpertambura stellt einen das allgemein empfohlene verhaltenstherapeutische Vorgehen bei Phobien ergänzenden Ansatz dar.

Der Praxisteil beschäftigt sich umfassend mit der Patientin, ihren Diagnosen, den Hintergründen und dem Verlauf. Von der ersten Begegnung bis zu einer 17. Sitzung wird der Prozess beschrieben. Die ausführliche Darstellung soll die Patientin in ihrer Ganzheit zeigen und ein Verstehen der Komplexität ihrer Erkrankung und der Entwicklung ermöglichen.

Das Forschungsdesign entspricht dem einer qualitativen Einzelfallstudie. Zur Untersuchung der Daten, welche durch Therapie- und Supervisionsprotokolle und ein schriftliches Interview generiert wurden, entschied ich mich für ein Vorgehen mit Hilfe der Grounded Theory von Glaser und Strauss, die eine Methodologie der qualitativen Sozialforschung beschreibt. Ziel ist es, zentrale Kategorien herauszuarbeiten, die das Beschreiben einer qualitativen Wirkung der Interventionen mit der Körpertambura im Hinblick sowohl auf körperlich entspannende Mechanismen und die Folgen daraus als auch auf psychische Faktoren ermöglichen. Ebenso soll der Prozess dargestellt werden, der das Zustandekommen von bestimmten Veränderungen nachvollziehbar macht (Flick, 1995, S. 261f.).

Am Ende der Masterarbeit stehen die Darstellung der Ergebnisse und das Fazit, welches auch einen Ausblick auf mögliche weiterführende Überlegungen gibt.

2. Die Körpertambura

In diesem Kapitel beschäftige ich mich mit der Entwicklung des therapeutischen Saiteninstruments Körpertambura und stelle aktuelle Studien (State of the Arts) zu Wirkungen und Einsatzbereichen der Körpertambura vor. Die Entstehung und Wirkweisen allgemein von Klängen, aber auch des spezifischen Klangs der Körpertambura, der hörend und fühlend wahrgenommen wird, werden beschrieben.

2.1. Entwicklung und Bauart

Die Körpertambura, wie sie hier verwendet wird, ist ein von dem Berliner Instrumentenbauer Bernhard Deutz 2002 entwickeltes musiktherapeutisches Saiteninstrument. Es stellt eine Verschmelzung von indischer Tanpura und Monochord dar. Die Tanpura, oder Tambura, ist eines der ältesten Instrumente der klassischen indischen Musik. Sie ist eine gezupfte, 4-saitige Langhalslaute, die einen sehr obertonreichen Klang besitzt und als Borduninstrument der Stimmbegleitung dient. Aufgrund der besonders heilsamen Qualitäten des Klangs wird sie in Indien u.a. zur Geburtsvorbereitung genutzt, indem die werdenden Mütter sie an ihren Bauch halten und dazu singen (Hess, 2005). Das Monochord ist ein von Pythagoras in der Antike entwickeltes, ursprünglich einsaitiges Instrument, welches zum Messen proportionaler Verhältnisse der Saitenteile zueinander diente. Er begann, die Ordnung der Obertöne, die Beziehungen zwischen Musik und Zahlen zu erforschen und darzustellen. Seine Entdeckung war es, dass die grundlegenden Intervalle (Oktave, Quinte, Quarte) auf einfachen Zahlenverhältnissen beruhen, und somit Phänomene der Wahrnehmung von Natur auf einfachen mathematischen Strukturen beruhen. Eine Saite ist über einen hölzernen Resonanzboden gespannt, und mit Hilfe eines verschiebbaren Steges kann die Saitenlänge beliebig verändert werden. So können die Teiltöne in Beziehung zueinander gesetzt und musikalische Intervalle akustisch-visuell nachvollziehbar gemacht werden. In der Weiterentwicklung zum Monochord wurden mehrere gleich gestimmte Saiten (im Primabstand) nebeneinander gespannt. Mit den Fingerkuppen gleichmäßig angestrichen entsteht ein obertonreicher, monochromer, schwebungsfreier Klangteppich, eine vollkommene Konsonanz. Aufgrund seiner klanglichen Eigenschaften bezeichnet Deutz das Monochord als eines der therapeutischen Klanginstrumente auch als '„Türöffner" in das Innere der menschlichen Psyche' (2013, S. 263). Das Monochord und seine vielfältigen Einsatzmöglichkeiten wurde in den letzten Jahrzehnten zunehmend für die Musiktherapie entdeckt. (Deutz & Dietrich, 2005; Dosch & Timmermann, 2005; Spitzer, 2002; Timmermann, 2021).

Durch Anfragen aus der musiktherapeutischen Arbeit mit Wachkomapatient*innen wurde die Körpertambura mit der Intention entwickelt, ein Klanginstrument zu haben, welches durch Auflegen auf den Körper die Möglichkeit bietet, verschiedene Körperregionen zu 'bespielen'. Neben dem Klang kann so auch die feine Vibration am Körper erfahren werden. Boden und Decke des leichten Korpus sind konkav gewölbt. Damit ist das Instrument der Körperform angepasst und kann auf den Körper aufgelegt werden. Die 28 Saiten sind, entsprechend der Idee des Monochords, gleichgestimmt. Allerdings nicht alle auf dem gleichen Ton, sondern, entsprechend der Stimmung der indischen Tanpura, auf drei Tonhöhen, die in gleicher Reihenfolge 7-mal nacheinander erklingen (Quinte - Oktave - Oktave - Grundton: a - d' - d' - d). Die Folge endet mit der letzten Saite auf einem tiefen D. Diese spezielle Stimmung, die durch die Sprünge nach oben und das 'Fallen' auf den Grundton gekennzeichnet ist, verbindet zugleich das Gefühl des Sich-Aufschwingens mit dem des Geerdet-Seins. Klang und Vibrationen wirken unmittelbar auf den Körper und können so therapeutisch eingesetzt werden. Die schwingenden Saiten bringen nicht nur den Instrumentenkorpus zum Schwingen, sondern finden im mitschwingenden menschlichen Körper eine Erweiterung des Resonanzraums (Deutz & Dietrich, 2005).

2.2. Forschung

Seit ihrer Entstehung im Jahr 2002 wird die Wirkung der Körpertambura erforscht. Ein Großteil der Studien ist im Bereich von Palliative Care angesiedelt. Vor allem werden positive Auswirkungen auf Entspannungszustand, Schmerzreduktion und Wohlbefinden beschrieben:

Cordula Dietrich, Musiktherapeutin aus Berlin, berichtet von Schmerzreduktion bei Sterbenden in einem Hospiz in Indien (Dietrich et al., 2015). Eine weitere Studie belegt entspannende und beruhigende Effekte, Auswirkung auf das Körpergefühl (Leichtigkeit) und das Hervorrufen angenehmer Bilder und Visualisierungen (Teut, Dietrich, Deutz, Mittring, & Witt, 2014) bei zu behandelnden Personen einer Palliativstation. Aus dem gleichen Bereich wurde bei 84 Teilnehmenden das Spielen des Monochords mit Vokalimprovisation mit verbal geleiteter Entspannung verglichen. Die musiktherapeutische Intervention wies signifikante Effekte auf im Hinblick auf Entspannung und Wohlbefinden (Messung hochfrequenter Oszillationen in der Herzfrequenz) und eine starke Symptomverbesserung bei Fatigue auf (Warth, Keßler, Hillecke, & Bardenheuer, 2015). In einer Pilot EEG-Studie mit onkologisch erkrankten Personen konnte eine Hirnaktivität gemessen werden, welche einen Anstieg an Theta-Wellen[3] und somit eine

[3] Theta-Wellen sind Gehirnwellen in einem Frequenzbereich von 3-8 Hz und deuten auf einen Entspannungszustand hin.

Entspannungsreaktion zeigt (Lee, Bhattacharya, Sohn, & Verres, 2012). Lelong et al. (2005) beschreiben in ihrer Studie Entspannung und positive Körpergefühle bei Patientinnen während einer Risikoschwangerschaft. Bei 54 von COPD betroffenen Personen wurden signifikante Verbesserungen der Lungenfunktion aufgezeigt (Hartwig, Schmidt, & Hartwig, 2016).

2.3. Der Klang und seine Entstehung

Der 'Zauberklang' (Dosch & Timmermann, 2005, S. 15) begeistert nicht nur mich. Erklingen die Saiten der Körpertambura in der Gruppen- oder Einzeltherapie, innerhalb einer Teamsitzung, im Seminar oder im privaten Zusammenhang, erlebe ich sofort erhöhte Aufmerksamkeit, verzauberte Gesichter, wohlige Laute, mindestens jedoch immer fasziniertes Interesse. Was macht diesen 'Zauberklang' aus? Und wohin kann er uns führen?

Ein Klang, so wie er entsteht, wenn eine Saite gestrichen wird oder ein Blasinstrument angespielt wird, besteht aus einem Grundton und einer Reihe von Obertönen. Diese sind die ganzzahligen Vielfachen der Grundfrequenz und werden auch als Harmonische bezeichnet. In der sogenannten Obertonreihe erklingen Oktave (Schwingungsverhältnis 2:1), Quinte (3:2), Quarte (4:3), Terz (5:4) usw. mit. Die Obertöne werden in der Regel nicht einzeln wahrgenommen, sondern bilden in ihrer Ganzheit und Mischung den Klang. Aber nicht nur aus der Zusammensetzung der Obertöne, sondern auch dem Ein- und Ausschwingvorgang und der Spielweise ergibt sich die Klangfarbe. Die Geschwindigkeit der Bewegung, der Druck, aber auch auf welcher Höhe der Saiten und mit welcher Stelle der Finger gespielt wird, haben Klang formende Auswirkungen.

Die Saiten der Körpertambura sind - wie oben beschrieben - in Quarte, Oktave und Quinte zueinander gestimmt. Das sind die grundlegenden, sogenannten reinen Intervalle der Musik, bei denen der Grad an empfundener Konsonanz[4] am höchsten ist. Sie entsprechen den ersten Obertönen, die bei jeder Saite, wann immer diese angeregt wird, mitschwingen. Timmermann beschreibt die 'Bevorzugung von ganzzahligen Verhältnissen [...] [als] ein Naturgesetz und dem Menschen eingeboren als eine archetypische Grundlage psychischen Lebens' (1989, S. 146). Als eine Basis unserer Musikkultur sind wir an diese grundlegenden Intervalle gewöhnt und

[4] Verschiedene Erklärungstheorien beschäftigen sich mit dem Phänomen der Konsonanz: Pythagoras, der Erfinder des Monochords, fand heraus, dass, je einfacher das Schwingungsverhältnis der Töne zueinander, desto konsonanter ist ihr Intervall. Die Klangverwandtschaftstheorie von Helmholtz sagt, dass zwei Töne konsonant sind, wenn einer oder mehrere ihrer Obertöne zusammenfallen. Nach der Verschmelzungstheorie von Stumpf sind zwei Töne um so konsonanter, je mehr (ungeschulte) Hörer diese als einen einzigen empfinden (Michels, 2008, S. 21).

hören sie als eine harmonische Einheit, erleben sie als etwas Natürliches und Angenehmes (Spitzer, 2002).

2.4. Wahrnehmung und Wirkung des Klangs beim Hören und Fühlen

Klang ist Schall und Schallwellen sind mechanische Schwingungen, die sich über ein Medium wie z.B. Luft, aber auch über Flüssigkeiten oder Feststoffe ausbreiten. Sie wirken über das auditive und das somatosensorische System auf den menschlichen Organismus. Der Hörbereich des Menschen liegt zwischen 20 und 20.000 Hertz[5].

Durch das gleichmäßige Streichen der Saiten entsteht ein Klangkontinuum, ein scheinbar endloser Klang jenseits zeitlicher Strukturen. Er breitet sich im Raum aus und kann als etwas Umhüllendes beschrieben werden. Wir fühlen uns geborgen, aber auch schwebend, ganz leicht, von allen Lasten befreit. Die Aufmerksamkeit kann den an- und abschwellenden Obertönen und den sich dabei herausbildenden Melodien folgen. Durch das als subjektive Klangerscheinung im Innenohr entstehende Phänomen der Kombinationstöne ergibt sich aus einem besonders intensiv hörbaren 5. Oberton eine natürliche Dur-Lastigkeit, die wir als eine heitere, gelöste Grundgestimmtheit empfinden (Deutz & Dietrich, 2005, S. 66). Diese Hörempfindung trägt zum charakteristischen Klang der Körpertambura bei.

Der Klang des Monochords kann durch seine vollkommene Konsonanz paradiesische Gefühle kosmischer Verbundenheit bis hin zu ‘ozeanischer Selbstentgrenzung’ (Strobel, 1999, S. 109) erzeugen. Jedoch wird die Offenheit des Klangs oft auch bodenlos und beängstigend empfunden. Demgegenüber erscheint der Tamburaklang unverfänglicher, Halt gebender und erdender (Deutz & Dietrich, 2005, S. 65). Von Bedeutung ist hier die Abfolge der Töne: ein sich nach oben in himmlische Sphären öffnender Quartsprung, der anschließend wieder sanft auf dem Boden der Bassoktave landet. Die durch die oben beschriebenen Klangqualitäten möglichen, erfahrbaren regressiven Zustände, das völlige Einssein mit der Welt, das Auflösen der Ich-Grenzen führt in der Praxis immer wieder zu zurückhaltenden bis warnenden Stimmen. Christiane Trost untersucht und diskutiert dies eindrucksvoll in ihrer Arbeit mit der Klangliege und kommt zu dem Schluss, dass Klangtherapie ‘äußerst effektiv’ ist und ‘Menschen wieder mit ihren abgeschnittenen und unterdrückten Gefühlen’ verbinden kann (2021, S. 102).

---

[5] Der Frequenzbereich der Körpertambura liegt zwischen 73 Hz (D), 147 Hz (d) und 294 Hz (d’), der höchste Klavierton, das c’’’’’, liegt bei etwa 4.000 Hz.

Das Hören und Fühlen von Klängen gehört mit zu den ersten Erfahrungen, die ein Fötus im Mutterleib macht[6]. Dazu passt auch der Satz Glennies: 'Hearing is basically a specialized form of touch.'[7] Klänge und Töne sind mehr als nur hörbare Erfahrungen, denn sie werden mit dem ganzen Körper aufgenommen. 'Sie sind spürbar, sie schwingen in uns, sie beeinflussen und verändern uns', schreibt der Filmproduzent Thomas Riedelsheimer in den Notizen über seinen Film 'Touch the sound' (2004). Die weltberühmte Percussionistin Evelyn Glennie, die seit ihrer Kindheit nahezu gehörlos ist, hat gelernt, ihren Körper als Resonanzraum zu nutzen und die Klänge zu spüren. Die bei ihr besonders gut ausgebildeten mechanischen Sinne der Haut, also Druck-, Berührungs- und Vibrationssinn und eine große Tiefensensibilität geben ihr die Rückmeldung über Tonhöhe und Lautstärke. Der Film schlägt auf eindrucksvolle Weise eine Brücke zwischen den Sinnen und lässt die Klänge hör- und fühlbar werden (Altenmüller, 2018, S. 239). Kampik (1930, zitiert nach Cramer, 2002, S. 258) fand heraus, dass diese enge Verwandtschaft zwischen Vibrations- und Gehörsempfindungen sogar dazu führt, dass sie miteinander verwechselt werden können.

Hörsinn, wie auch Muskel-, Gleichgewichts-, Druck-, Berührungs- und Vibrationssinn werden vorwiegend über Mechanorezeptoren, die u.a. in der Haut, im Innenohr und an Muskeln und Eingeweiden liegen, angeregt.[8] Einige Mechanorezeptoren reagieren auf Berührung (Meissner-Körperchen) oder auf Vibration (Vater-Pacini-Körperchen) und leiten die verschiedenen Empfindungsqualitäten über sensible Nervenbahnen[9] in wenigen Millisekunden zum Großhirn und zum Kleinhirn weiter, wo sie im somatosensorischen Kortex verarbeitet werden. Die Rezeptoren sorgen für das Wahrnehmen der Schwingungen innerhalb eines Frequenzbereichs zwischen 0 und 400 Hz mit einer Bestfrequenz von 150 - 300 Hz.

Die Körpertambura erweitert und vertieft die Hörerfahrung durch den unmittelbaren Schwingungskontakt und ermöglicht so die Übertragung der Vibrationen über die Haut, die nun mit dem ganzen Körper aufgenommen werden. Die Körpertambura liegt mit ihrem Frequenz-

---

[6] Etwa ab der 22. Schwangerschaftswoche hört das Ungeborene Herzschlag, Atemgeräusche und das Gluckern der Verdauungssäfte.

[7] 'Hören ist im Grunde eine spezielle Form der Berührung.' (Evelyn Glennie, https://www.evelyn.co.uk/hearing-essay/, letzter Zugriff am 15.2.2021)

[8] So kommen z.B. auch sensible Fasern des Nervus vagus, einem der Hauptnerven des Parasympathikus, im äußeren Gehörgang und am Trommelfell an die Oberfläche (Tomatis, 1996, S. 22). Der Nervus vagus, ist u.a. für die Versorgung wichtiger innerer Organe, wie z.B. auch des Kehlkopfs, zuständig.

[9] Sensible Nervenfasern leiten Wahrnehmungen des Tastens wie Druck, Berührung, Vibration, Schmerz und Temperatur zum Zentralnervensystem. Darüber hinaus gibt es sensorische Nervenfasern, die Wahrnehmungen des Geruchs-, Geschmacks-, Hör- und Sehsinns weiterleiten, und die motorischen Nervenfasern, die vom ZNS ausgehend die Kontraktionen der Muskulatur und somit die Bewegungen des Körpers steuern.

bereich (d = 147 Hz, d' = 294 Hz) genau innerhalb dieses Bereichs. Ferner gerät auch das subkutane Weichteilgewebe des Körpers, welches zu circa 68% aus Wasser besteht, in Vibration, wodurch Mechanorezeptoren der Muskeln und Eingeweide gereizt werden (Ross, 2010, S. 109). Man kann also davon sprechen, dass hier ein gesamtes System, der Mensch mit allen Zellen und Gewebestrukturen, über Haut und Knochenleitung in Schwingungen gerät und so zum Bestandteil des Klangkörpers wird.

3. Möglichkeiten und Wirkung der Körpertambura aus verschiedenen Perspektiven

Im folgenden Kapitel werden die Wirkweisen der Körpertambura und deren Möglichkeiten aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet. Die einzelnen Betrachtungen basieren auf Grundlage der Erkenntnisse aus unterschiedlichen Disziplinen: Klangforschung, Psychotherapie, Neurowissenschaften und Musikmedizin. Als klangtherapeutische Methoden werden die klanggeleitete Trance nach Strobel und die musiktherapeutische Tiefenentspannung nach Decker-Voigt eingehender vorgestellt. Erkenntnisse zur Entspannungsreaktion und aus der Embodimentforschung werden die neurowissenschaftliche Perspektive vertiefen. Es wird deutlich, wie eng verwoben die einzelnen Aspekte miteinander sind, und wie ganzheitlich die musiktherapeutische Arbeit ist.

3.1. Klangtherapie als psychotherapeutische Methode

In der rezeptiven Musiktherapie, in der die Klangtherapie ein Teilgebiet darstellt, wird live oder medial eingespielte Musik mit unterschiedlichen Techniken und Zielen in verschiedenen Settings und einer Vielzahl an Praxisfeldern eingesetzt. Das Zuhören steht im Mittelpunkt. Dabei handelt es sich um einen aktiven, bewusst wahrnehmenden und bewusst erlebenden Prozess (Frohne-Hagemann, 2004, S. 7), bei dem Körperempfindungen, Bilder, Assoziationen, Erinnerungen oder Gefühle gleichermaßen im Fokus sein können. In der Klangtherapie kommt eine weitere Ebene dazu: der Klang ermöglicht als schwingendes Element das körperliche Erleben (Cramer, 2002). Die verbale Aufarbeitung des Erlebten ist ein wichtiger Bestandteil der rezeptiven Musiktherapie.

Wirkung von Musik und Klängen auf die menschliche Seele und Psyche beschäftigt die Menschen schon lange. Das Harfen-Spiel des Hirten David für seinen an schwerer Depression

erkrankten König Saul, beschrieben im 1. Buch Samuel[10], ist eines der frühen Zeugnisse aus dem Alten Testament. In der Antike herrschte der Glaube, die Bewegung des Kosmos und die der Menschenseele beruhten auf den gleichen harmonischen Zahlenproportionen. Die Musik sei aufgrund ihres innewohnenden Zahlenprinzips ein Abbild der Weltordnung, nehme jedoch umgekehrt auch Einfluss auf das Gemüt und den Charakter des Menschen. In den philosophischen Traditionen der Pythagoräer, Platons und Aristoteles heißt es weiterhin über die Aufgabe der Musik und der ihr innewohnenden, kosmisch-harmonischen Gesetze, der Klang führe die Seele, 'um wieder in Konsonanz mit der höheren Wirklichkeit zu sein' (Frohne-Hagemann, 2021, S. 532). Auch in der arabischen Welt wurde Musik bereits im 10. Jahrhundert zur Heilung eingesetzt und in Lehrbüchern erwähnt (Altenmüller, 2018, S. 401ff.). Alte schamanische und spirituelle Heilmethoden der Naturvölker, die wohl ältesten der Menschheit, nutzten die in der Musik enthaltenen 'magischen Kräfte' (Wörner, 1980, S.27), um damit andere Bewusstseinszustände und hierdurch andere Wirklichkeiten zu erreichen, die Heilung versprachen. In dieser Tradition steht die Klangtherapie. Sie arbeitet mit weniger komplexen Strukturen, einzelnen Geräuschen oder tranceinduzierenden Klängen und ist zu einem festen Bestandteil der rezeptiven Musiktherapie geworden. Häufig werden therapeutisch beabsichtigte, veränderte Bewusstseinszustände herbeigeführt, die eine Intensivierung der inneren Wahrnehmung ermöglichen, Assoziationen und Phantasien erleichtern. Dem zugrunde liegt eine ganzheitliche, auf seelisches und spirituelles Wachstum ausgerichtete Orientierung. Der Schweizer Psychiater und Musiktherapeut Urs Rüegg erklärt den ganzheitlichen als einen bio-psycho-sozio-spirituellen Ansatz, bei dem Krankheit und Heilung aus möglichst vielen Perspektiven betrachtet werden. Krankheiten oder psychische Erkrankungen sind Ausdruck eines seelischen Ungleichgewichts und vergleichbar mit einem 'Herausfallen aus der Geborgenheit des Ganzen' (2016, S. 3f).

Verschiedene rezeptive Methoden nutzen das Potenzial der Musik für das Arbeiten mit veränderten Bewusstseinszuständen. Beispiele musiktherapeutischer Vorgehensweisen, die mit klassischer Musik arbeiten, sind die *Guided Imagery and Music (GIM)* von Helen Bonny (1976), sowie die *musiktherapeutischen Tiefenentspannung* (MTE) nach Hans-Helmut Decker-Voigt (2009). Mit monochromen Klängen arbeiten die *klanggeleitete Trance* nach Wolfgang Strobel (1988) und die *Klangtrance* nach Rittner, Fachner und Hess (2009).

[10] Erstes Buch Samuel, Kap. 16, Vers 23: 'Sooft nun der böse Geist von Gott über Saul kam, nahm David die Harfe und spielte darauf mit seiner Hand. So wurde es Saul leichter, und es ward besser mit ihm, und der böse Geist wich von ihm.' (Die Bibel)

Alle Ansätze sind psychotherapeutische Methoden, bei denen es nicht um ein 'Wohlfühl- oder Entspannungs-Programm' oder um eine 'Berieselung' im Sinne einer musikalischen Hausapotheke geht. Vielmehr geht es um die Möglichkeiten, mit tieferen Schichten des eigenen Selbst in Kontakt zu kommen, bestimmte Gefühlsqualitäten wahrzunehmen und dieses innere Erleben und Fühlen gemeinsam mit der*dem Therapeut*in zu bearbeiten. Dem dialogischen Prinzip Bubers folgend, können erst durch die innere Haltung des bewertungsfreien, achtsamen Wahrnehmens und der Akzeptanz Gemeinschaft und Verbundenheit entstehen (Steinmetz, 2018). Stabilität und Vertrauen dienen als Basis für die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung. Innerhalb dieser Beziehung kann sich ein Prozess gestalten, der die Grundvoraussetzungen für die therapeutische Arbeit ist.

Für die Entwicklung und Erforschung der Körperinstrumente innerhalb der rezeptiven Musiktherapie und v.a. auch der Musikmedizin spielen die Forschungen des Norwegers Olav Skille eine große Rolle. Er entwickelte 1968 die *Vibroacoustic Therapy (VAT)*, die auf den Grundlagen der Schallvermittlung über den mechano-kutanen Vibrationssinn basiert. Diese erfolgt durch Kontakt des Körpers mit einer schwingenden Materie. Skille erfand das 'Musikbad', bei dem eine Matte zum Einsatz kam, in der über Lautsprecher mit Hilfe tieffrequenter Sinustöne zwischen 30 und 120 Hz in einer Lautstärke von 90 dB Vibrationen erzeugt werden. Im weiteren Verlauf entstanden verschiedene Klangmöbel, die mit Hilfe elektrischer Energie zum Schwingen gebracht werden. Die VAT nutzt die 'Energie musikalischer Schallwellen, die direkt auf den Körper einwirken, um entspannende physiologische und psychologische Wirkungen zu erzielen' (Skille, 1989, zitiert nach Trost, 2021, S. 22).[11] Die positiven physiologischen Effekte, wie u.a. die Absenkung der sympathikotonen Aktivierung, Blutdruckregulation, Sauerstoffanreicherung des Blutes, sind bis heute Gegenstand von Forschungen vor allem im Bereich der Musikmedizin. Unumstritten scheint, dass die Vibrationen der Musik einen Anteil innerhalb des therapeutischen Effektes haben, die Forschungen beschäftigen sich nun mit der Frage, welchen Anteil sie haben (Spintge & Nöcker-Ribaupierre, 2021, S. 552f.).

Die musiktherapeutischen Interventionen mit der Körpertambura, wie ich sie verstehe und anwende, bedienen sich am ehesten der Elemente aus der *klanggeleiteten Trance* und der *musiktherapeutischen Tiefenentspannung*. Daher möchte ich auf diese beiden Methoden im Folgenden näher eingehen.

[11] Detailliert nachzulesen ist die Entwicklung der *Vibroacoustic Therapy* und die Erforschung der Arbeit mit der manuell gespielten Klangliege bei C. Trost - Die Klangliege in der musiktherapeutischen Einzelarbeit (2021).

3.1.1. Klanggeleitete Trance nach Strobel

Als Synthese verschiedener therapeutischer Ansätze wie Musiktherapie, Hypnotherapie, Psychoanalyse und Tiefenpsychologie stellt Wolfgang Strobel seine Arbeit mit der durch monochrome Klänge geleiteten Trance dar. Mit Hilfe monotoner Reize, in diesem Fall die sich wiederholenden Klang- und Rhythmusstrukturen der gespielten Musik, wird eine Trance als ein veränderter Wachbewusstseinszustand (Altered States of Consciousness = ASC) induziert. Charakteristisch für den Zustand der Trance sind die Veränderung des Denkens, des Zeitempfindens und der Selbstkontrolle, außerdem die Veränderung der Emotionalität, des Körperschemas und der Wahrnehmung des Bedeutungserlebens (Ludwig zitiert nach Fachner, 2021). Ein solcher Zustand ermöglicht das Ausblenden der Außenwelt und ein Hinwenden zu inneren Prozessen wie Bildern, Gedankenströmen und Gefühlen.

Untersuchungen zu tranceinduzierender Musik und ASC[12] zeigten eine verringerte funktionelle Konnektivität im Hirnstamm, d.h., das Zusammenspiel verschiedener Hirnregionen war gemindert, was auf eine Entkopplung innerhalb der zentralen Hörbahn und somit auf die Unterdrückung der Wahrnehmung des zentralen Stimulus hinweist. Die Folgen sind eine erhöhte Fokussierung intern und eine reduzierte Wahrnehmung extern. Hinzu kommt, dass die Voraussagbarkeit dessen, was musikalisch-rhythmisch eintritt, dem Gehirn die 'Arbeit' erleichtert und ein Abschalten ermöglicht (Fachner, 2021; Stegemann, 2020).

Die klanggeleitete Trance ist ein rezeptives Verfahren, das mit der Methodik der Tranceinduktion der Hypnotherapie nach Erickson und Rossi (1989) arbeitet. Bei Strobel spielt der Klang des Instruments (Monochord, Ocean-Drum, Rahmentrommel…) in jeder Phase eine besondere Rolle.

Die Phasen der therapeutischen Trance sind:

1) Fixierung der Aufmerksamkeit erfolgt durch den monotonen Sinnesreiz
2) Außerkraftsetzen gewohnter Bezugsrahmen durch die ungewöhnlichen und fremdartigen Klangeindrücke
3) Unbewusste Suche nach neuen Erfahrungen durch indirekt suggestive Wirkung des Klangs
4) Unbewusster Prozess über die Aktivierung persönlicher Themen durch Klangfarbe
5) Hypnotische Reaktion als Antwort auf die durch den Klang initiierten Prozesse
6) Trance-Rücknahme durch Beendigung der akustischen Stimulation oder durch die verbale Intervention (Strobel, 1999, S. 131f.).

---

[12] In der Studie einer Forschergruppe der Harvard Medical School wurde die Hirnaktivität von 15 Männern und Frauen während einer musikinduzierten Trance (Stegemann, 2020, S. 107) untersucht.

Neben dem Auftauchen innerer Bilder werden oft Gedanken, Assoziationen und Gefühle erlebt und erfahren und können Hinweise auf unbewusste Themen und Konflikte enthalten, deren therapeutische Bearbeitung möglich wird. Als Ergänzung zur hypnotherapeutischen Vorgehensweise nach Erickson und Rossi übernimmt der Klang eine Funktion. Strobel verweist auf die unterschiedlichen Klangfarben der verschiedenen monochromen Instrumente. Diese lassen bestimmte Klangarchetypen entstehen, die bestimmten psychischen Themenfeldern zugeordnet werden (Strobel, 1992). Trost zählt aus ihrer therapeutischen Arbeit mit der Klangliege mit Tamburastimmung einige spezifische Wirkungen auf: 'Gefühle ozeanischer Selbstentgrenzung, aber auch das Stärker-in-den-Körper-geholt-Werden, Leichtigkeit, mütterliche Geborgenheitsgefühle' (Trost, 2021, S.34). Einige dieser Beschreibungen treffen auf die auftauchenden Gefühle und Wahrnehmungen in der Einzelarbeit mit meiner Patientin ebenfalls zu, wie auch ein weiterer Zustand, der beim Spielen des Monochords in der klanggeleiteten Trance häufig beschrieben wird: das Gefühl von Geborgenheit in einem Zustand völliger Bedürfnislosigkeit, der dem des intrauterinen Zustands gleicht. Das Sehnen danach begleitet die Menschen ein Leben lang und ein Bad im vollkommenen Klang des Monochords kann im Sinne einer Erholungsregression gesehen werden und zutiefst regenerierende Auswirkungen haben oder entsprechende Mangelerfahrungen in der Therapie an die Oberfläche bringen.

Strobel bietet mit seinen von ihm so genannten sieben Ebenen des Bewusstseins eine wichtige Orientierung innerhalb der musiktherapeutischen Sitzungen, um das Erlebte einzuordnen und somit auch therapeutisch sinnvoll zu verwerten (Strobel, 1999).

Ebenen normalen Wachbewusstseins:

1. *Ebene der kritischen Beschreibung des Außenreizes*: (z.B. Beschreibung physikalischer Phänomene: 'Ich höre einen Ton…')
2. *Ebene der Alltagsassoziationen:* (Klang löst Vergleiche zu ähnlichen akustischen Erfahrungen, z.B. Rasenmäher, aus)
3. *Ebene diffuser Gefühlswahrnehmungen (Lust/ Unlustäußerungen):* (nicht näher charakterisierte Gefühlsqualitäten wie 'Das ist angenehm.')

Ebenen veränderten Wachbewusstseins:

4. *Ebene abstrakter oder ästhetischer Erfahrungen:* (Wahrnehmung von psychedelisch anmutenden Farben, Formen oder Mustern)
5. *Ebene psychodynamisch zu interpretierender Erfahrungen:* (Wiederbelebung von Ereignissen aus der Lebensgeschichte, konkret oder in symbolisierter Form; Themen, Konflikte, psychodynamische Vorgänge)

6. *Ebene prä- und perinataler Erfahrungen:* (Erlebnisse aus intrauteriner Zeit oder in unmittelbarer Nähe zur Geburt)
7. *Ebene transpersonaler Erfahrungen:* (Ausdehnung über die Grenzen des Ichs und die Begrenzung von Raum und Zeit)

Um ein archetypisches Thema erlebbar zu machen, weist Strobel jedoch auf die entscheidende Bedeutung der therapeutischen Beziehung hin. Die besondere Wirkung des Klangs wird erst ermöglicht durch eine Wechselbeziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in. Es entsteht ein wechselseitiger Prozess, der eine gemeinsame Resonanzerfahrung möglich macht und der 'alle Gesetzmäßigkeiten des Dialogischen auf[weist], wie sie in jeder Therapieform auftreten (Übertragung, Gegenübertragung, Präsenz, usw.)' (Rüegg, 2014, S. 57)**.** (Fachner, 2021; Rittner et al., 2009; Rüegg, 2014; Schmucker, 2004; Strobel, 1988, 1999; Trost, 2021).

3.1.2. Musiktherapeutische Tiefenentspannung nach Decker-Voigt

Hans-Helmut Decker-Voigt stellt seine seit den 1980er Jahren entwickelte Methode der *Musiktherapeutischen Tiefenentspannung (MTE)* im Kontext von Musikmedizin, Tiefenpsychologie und Humanistischer Psychologie. Sie stellt einen Ansatz problem- und lösungszentrierten Handelns dar. Auch er entnimmt seine Methodik der Tranceinduktion der Hypnotherapie nach Erickson. Im Unterschied zur klanggeleiteten Trance werden in der MTE entweder die vom Band kommende 'Lieblingsmusik' oder aber die Klangliege und selbst gewählte Instrumente der jeweiligen zu behandelnden Personen genutzt. Es wird während der Sitzung gemeinsam die Musik gehört, bzw. für die Person gespielt. Zunächst kann noch eine meist trophotrope[13] Improvisation angeboten werden. Nach einer *prä-suggestiven Phase*, in der nach dem Prinzip 'Führen durch Folgen' Therapeut*in und Klient*in die Atmosphäre herstellen, folgen verschiedene Schritte der *Induktion*. Es geht in aufeinanderfolgender Reihe um die *Sensibilisierung* auf den Körperkomfort, also die Sitz- oder Liegeposition oder die Bedeckung, auf die Atmung, den Umgang mit äußeren und inneren Bildern oder auch mit Emotionen sowie um die auditive Wahrnehmung. Nach der Rücknahme oder *Exduktion* in das Hier und Jetzt erfolgt nach einer Phase des Nachspürens die *verbale Aufarbeitung,* in der aus Sicht der*des Behandelten Körperwahrnehmung, innere Bilder und alle Erfahrungen mitgeteilt werden können. So können

[13] Trophotrope Musik wirkt entspannungsfördernd und beruhigend, im Gegensatz zu ergotroper Musik, die anregend und antriebsfördernd wirkt. Ob eine bestimmte Musik ergo- oder trophotrop wirkt, hängt von individuellen Faktoren, situativem Kontext etc. ab. Die 'typische Entspannungsmusik' gibt es nicht (Stegemann, 2020, S. 74)**.** Trophotrope Musik meint also eine vom Menschen als angenehm empfundene Musik.

z.B. 'homöostasenahe Empfindungen'[14] benannt und verankert werden und können einem Ressourcenaufbau außerhalb der therapeutischen Sitzung dienen. In dieser Phase gibt es ebenfalls die Möglichkeit einer tiefenpsychologischen Bearbeitung und Deutung. Die sogenannten 'Anbindungsfragen' stellen einen Weg dar, die Bedeutung des Erlebten mit dem Gegenwartserleben und Lebenserfahrungen zu verknüpfen. Am Ende erfolgt mit dem *Rolling back* der Übergang in das Folgegeschehen des Alltags.

Für Decker-Voigt ist die Eigengestaltung und -aktivität der behandelten Person von großer Bedeutung. Und so sind alle Schritte und Übergänge nicht starr, sondern sollen bedürfnisorientiert und flexibel eingesetzt werden.

3.2. Neurowissenschaftliche Perspektive

Für die Neuroplastizität[15] des Gehirns, die Tatsache, dass unser Gehirn bis ins hohe Alter veränderbar ist, neue Verknüpfungen und Vergrößerungen bis hin zu Neubildung von Nervenzellen möglich sind, ist Musik von großer Bedeutung. Sowohl beim Hören von Musik als auch beim aktiven Musizieren kommt es zu Verschaltungen verschiedener Regionen des Gehirns und zur Verknüpfung von Millionen Nervenzellen, je nachdem, was und wie es getan wird. Es gibt kein singuläres Musikzentrum im Gehirn, im Gegenteil, es wird eine Vielzahl von Arealen - wie die Hörrinde, motorische Bereiche, Gedächtnisnetzwerke und das limbische System - aktiviert. Das Musizieren und das Hören von Musik sind ganzheitliche Vorgänge, die auf das Gehirn und damit auch auf den ganzen Menschen bezogen sind, wie weiter unten im Kapitel zur Embodiment-Forschung noch deutlich wird. (Hüther, 2004, 2017; Spitzer, 2002; Altenmüller in Stegemann, 2020).

Betrachtet man die Studienlage zur Körpertambura ist die Entspannungsreaktion eine der am häufigsten festgestellten Wirkung bei der musiktherapeutischen Arbeit mit dem Instrument. Daher soll an dieser Stelle der Zustand der Entspannung genauer betrachtet werden.

3.2.1. Entspannung

Ein als physiologisch und psychologisch angenehm und befriedigend empfundenes Leben erfordert ein Abwechseln von Phasen der Spannung und Entspannung. Um entspannt zu sein, braucht der Mensch eine Zeit der Anspannung und umgekehrt, ein Wechselspiel, das sich eigentlich automatisch aus unseren Aktivitätsrhythmen ergibt. Die Lebensweise unserer heutigen

---

[14] Homöostase ist die Tendenz eines Organismus' oder Systems, einen ausgeglichenen und konstanten inneren Zustand aufrechtzuerhalten und so z.B. Spannungen aufzulösen.

[15] Unter dem Begriff der Neuroplastizität werden ständig stattfindende Anpassungsprozesse im Gehirn als Reaktion auf neue Erfahrungen oder sich verändernde Lebensumstände verstanden.

Zeit[16] mit hoher Leistungsorientierung, permanenter Erreichbarkeit und Reizüberflutung führt zu einer Verschiebung der Phasen zugunsten längerer Zeiten der Rastlosigkeit, des Termindrucks oder der Arbeitsverdichtung. Auch Zeiträume der Krankheit führen oft dazu, dass das Verhältnis von An- und Entspannung in eine Dysbalance gerät. So begünstigen chronischer und akuter Stress in hohem Maße psychische und körperliche Erkrankungen, v.a. Angst- und depressive Störungen und kardiovaskuläre Krankheiten. Aus der Unfähigkeit, Phasen der Beruhigung im Lebensalltag zu finden, ergibt sich oft eine Notwendigkeit, Entspannungsphasen aktiv und bewusst herbeizuführen, bestimmte Verfahren neu zu erlernen und zu üben. Dabei können über die körperliche Entspannung im Sinne einer Reduktion des Sympathikotonus Wohlbefinden, Ressourcenaktivierung, Selbstbesinnung und -erkenntnis, Kreativität bis hin zu spirituellem Wachstum ermöglicht werden (Ross, 2010). Auch trägt das Erlangen der Kontrolle über primär autonome Vorgänge wie z.B. Atmung oder Pulsfrequenz zu dem Gefühl der Selbstwirksamkeit bei und stellt somit einen wichtigen, heilsamen Effekt dar.

Es gibt inzwischen eine Vielzahl an Entspannungsverfahren[17], welche gut bekannt sind und häufig angewandt werden. Ihre Wirksamkeit bei einem breiten Spektrum an Störungsbildern gilt als gesichert (Wöller & Kruse, 2015). So sind sie als eigenständige psychotherapeutische Verfahren oder aber als Elemente sowohl in der Verhaltenstherapie als auch der psychodynamischen Therapie von großer Bedeutung. Zu den Hauptindikationen zählen im Besonderen die Angsterkrankungen und somit ist z.B. die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson ein fester Bestandteil im therapeutischen Leitfaden zu deren Therapie und Bewältigung (Schmidt-Traub, 2014, S. 70).

Nach Ross wird unter dem Begriff Entspannung ein ‘angenehmer Zustand mit gelöster Muskulatur, Ausgeglichenheit im Denken und Fühlen sowie Zufriedenheit’ verstanden (2010, S. 102). Die Entspannungsreaktion umfasst eine Absenkung des sympathikotonen Aktivierungsniveaus und ist durch sowohl physiologische als auch psychologische Veränderungen gekennzeichnet. Die wichtigsten physiologischen Kennzeichen sind (Vaitl, zitiert nach Stegemann, 2020)

1. neuromuskuläre Veränderungen (Muskeltonus und Reflextätigkeit sinken)
2. kardiovaskuläre Veränderungen (Vasodilation[18], RR[19] und Puls sinken)

---

[16] Diese Entwicklung findet ihren Ursprung im 19. Jahrhundert, als in Folge der industriellen Revolution die beschleunigte Entwicklung mechanisierter und strukturierter Arbeit an Bedeutung gewann (Ross, 2010, S. 101).
[17] Zu den gängigen Entspannungsmethoden gehören u.a. (Ross, 2010): Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation, Biofeedback, Imaginative Verfahren, Hypnose, Meditation, Klangmassage
[18] Erweiterung der Blutgefäße, was zu einer besseren Durchblutung führt
[19] ‘Riva-Rocci’, in der Medizin verwendete Bezeichnung für den Blutdruck

3. respiratorische Veränderungen (Atemfrequenz und Sauerstoffverbrauch sinken)
4. elektrodermale Veränderungen (Hautleitfähigkeit sinkt)
5. zentralnervöse Veränderungen.

Aus psychologischer Sicht wird ein Zustand entspannter Wachheit beschrieben, bei dem die Wahrnehmungsschwelle erhöht ist, verbunden mit Gefühlen des Wohlbefindens und der seelischen und körperlichen Gelöstheit. Kennzeichen hierfür sind u.a. mentale Frische und affektive Indifferenz, d.h. eine emotionale Gelassenheit.

Mit anderen Worten beschreiben Eigner und Rüegg die Vorgänge bei der Arbeit mit der Methode der klanggeleiteten Trance: ein Wandel von Ge- bzw. Verspanntheit hin zu Entspannung auf der körperlichen Ebene und auf psychologischer Ebene der Wandel 'von Zielorientiertheit zum Verweilen im Hier und Jetzt und von einer suchenden, u. U. hadernden Gestimmtheit zu einer dankbaren, ergebenen und nachdenklichen Gestimmtheit' (2006, S. 70f.).

Stegemann hat in seiner Dissertation[20] 2013 die Zusammenhänge zwischen Stress, Entspannung und Musik im Hinblick auf rezeptive Musik beleuchtet. Aus verschiedenen Perspektiven untersucht er die der stressreduzierenden und entspannungsfördernden Wirkung von Musik zugrunde liegenden neurobiologischen Mechanismen. Anhand des von ihm entwickelten 'musikbezogenen neurobiologischen Entspannungsmodells' MNEMO lässt sich nachvollziehen, dass und auf welche Weise Musik hinsichtlich einer Entspannungsreaktion wirksam ist:

> 'In diesem Modell wird davon ausgegangen, dass [...] allgemeine musikalische Parameter direkt auf vital relevante Regulationssysteme wirken (Arousal-, Stress- und limbische Systeme), die [...] Entspannung und Stressreduktion vermitteln. Parallel dazu werden [...] Prozesse wirksam, die für die individuell unterschiedlichen - da erfahrungsabhängigen - Wirkungen von Musik auf den menschlichen Organismus verantwortlich sind' (Stegemann, 2020, S. 169).

Von Bedeutung für die vorliegende Fallstudie ist hier besonders die Erkenntnis, dass akustische Informationen ohne den Einfluss höherer kognitiver Vorgänge unabhängig von individuellen Vorlieben direkt auf die Amygdala einwirken. Die Amygdala ist ein Teil des limbischen Systems und spielt eine wichtige Rolle bei der emotionalen Bewertung von Situationen oder äußeren Stimuli, und somit bei der Entstehung von Angst und Furcht. Die Stimulation der Amygdala kann eine emotionale Verstärkung in Richtung Ruhe und Entspannung bewirken und somit Wut und Angst mindern (Stegemann, 2021).

---

[20] Stress, Entspannung und Musik – Untersuchungen zu rezeptiver Musiktherapie im Kindes- und Jugendalter (kostenloser Download unter: https://ediss.sub.uni-hamburg.de/handle/ediss/5168)

3.2.2. Embodiment

Die Embodiment-Forschung beschäftigt sich intensiv mit den Wechselwirkungen zwischen Körper und Psyche. Gedanken oder Gefühle können körperliche Reaktionen auslösen, wie z.B. die Beschleunigung des Herzschlags oder einen Schweißausbruch. Genauso bewirken Veränderungen auf körperlicher Ebene ebensolche im Gehirn und beeinflussen unser Denken, Fühlen und Handeln. 'Körper und Geist, Denken und Fühlen sind untrennbar miteinander verbunden' (Hüther, 2017, S. 77). Diese Verknüpfung macht deutlich, wie wichtig eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen mit seinen Erfahrungen, in seiner aktuellen Situation und im Hinblick auf Genesung und ein Leben im Gleichgewicht ist. Hüther beschreibt eine von immer neuen Erkenntnissen bereicherte neurobiologische Forschung der letzten Jahre, aus der klar wird, dass zunehmend aus dem Körper stammende, neuroaktive Signalstoffe entdeckt werden, die über den Blutkreislauf und sensorische Nervenbahnen zum Hirn gelangen und damit auch psychische Zustände verändern. Somit bietet der Körper also einen leichten Zugang zu Ebenen des Erlebens, Verhaltens, zu Gefühlen, unbewussten Verhaltensmustern und auch frühen Sinneseindrücken. Das Wiederherstellen der 'verloren gegangenen Einheit' (ebd. 2017, S. 91) ist sogar eine Voraussetzung für eine nachhaltige Veränderung von Mustern, die 'reale Erfahrungen [braucht], die die betreffende Person mit all ihren Sinnen macht, und nicht nur verbale Repräsentationen von Erfahrungen' (Grawe 2004, zitiert in Hüther, 2017, S. 94). Die Erregungsmuster aus verschiedenen Sinneskanälen können gekoppelt werden, so dass auch das Auslösen nur eines Reizes zu dem entsprechende Reaktionsmuster führen kann. Von diesen Erkenntnissen ausgehend ist der Kontakt zum eigenen Körper eine ganzheitliche, elementare Erfahrung, durch die der Zugang zu sich selbst ermöglicht wird.

3.3. Musikmedizin

Der Begriff der Musikmedizin wurde in den 70er Jahren durch die Mediziner Spintge und Droh geprägt (Spahn, Bernatzky, & Kreutz, 2015). Vornehmlich geht es hierbei um den funktionalen Einsatz von Musik in der Medizin mittels einer standardisierten Vorgehensweise, wie z.B. das Musikhören als nicht-pharmazeutische Intervention während diagnostischer Untersuchungen oder medizinischer Eingriffe. Therapeutische Interventionen aus dem Bereich der musikmedizinischen Musiktherapie und der neurologischen Musiktherapie, die sich als ein Teilbereich spezialisiert hat, arbeiten u.a. mit der vegetativen Wirkung des Klanges im Hinblick auf Entspannung und Beruhigung oder mit der Wirkung des Elements Rhythmus auf motorische Pro-

zesse. Es gibt weitreichende Forschungen zum Einfluss rezeptiver Musikinterventionen im Bereich der Schmerztherapie, innerhalb derer die musikmedizinisch basierte Musiktherapie inzwischen als ein Regelverfahren eingesetzt wird (Spintge, 2021). Diese kommen zu dem Schluss, dass es eine schmerzlindernde und angstlösende Wirkung gibt. Für diese sogenannte anxioalgolytische Wirkung ist Studien zufolge eine 'Verschiebung des Aufmerksamkeitsfokus in Verbindung mit positivem Erleben von großer Bedeutung' (Stegemann, 2020, S. 102).

Im Kontext der musikmedizinischen Verfahren ist auch die schon weiter oben beschriebene *Vibroacoustic Therapy* nach Skille zu sehen, in deren Zusammenhang umfangreiche Forschungen zu den Auswirkungen der vibro-akustischen Instrumente angestellt und beschrieben wurden.

4. Angst - Angststörungen

In diesem Kapitel geht es zunächst um die allgemeinen Aspekte von Angst und im Folgenden um die Entstehung, Verbreitung und die Ursachen von Angststörungen. Die Entstehung wird sowohl aus verhaltenspsychologischer als auch aus psychodynamischer Sicht betrachtet, da erstere eher dem Ansatz der Klinik entsprach und letztere meiner musiktherapeutischen Vorgehensweise. Die Phagophobie als eine sehr seltene, spezifische Phobie wird genau betrachtet und mit dem aktuellen Forschungsstand zu Therapien ergänzt. Das empfohlene und zum Teil bei der Patientin erfolgte therapeutische Vorgehen wird erläutert. Und am Ende des Kapitels gehe ich auf die musiktherapeutische Arbeit mit der Körpertambura ein.

4.1. Aspekte der Angst

Herzklopfen, Atemnot, Übelkeit, Muskelanspannung, eine erhöhte Alarmbereitschaft, aber auch das Gefühl, gelähmt zu sein, sind Symptome der Angst, und die meisten Menschen haben diese schon einmal in ihrem Leben erlebt. Angst ist ein uns sehr vertrautes Gefühl und erst einmal eine sinnvolle, aus evolutionärer Sicht überlebensnotwendige, psychophysiologische Reaktion auf eine potenzielle Bedrohung. Sie beinhaltet eine essenzielle Schutz- oder Planungsfunktion. In der Angst stecken überlebensnotwendige Botschaften, die zur Änderung der Situation oder gar des Lebensweges führen sollen (Hüther, 2020, S. 9). Wie ein Signal warnt sie uns vor Gefahren und gibt uns gleichzeitig den Impuls, sie zu überwinden. 'Angst gehört unvermeidlich zu unserem Leben', und nehmen wir sie an und meistern sie, entwickeln wir uns und reifen ein Stück (Riemann, 2002, S. 7ff.). Angst ist also ein Motor, führt uns in etwas Neues und fordert uns auf, Gewohntes zu hinterfragen und vielleicht auch loszulassen. Auch Kast

schreibt in ihrem Buch 'Vom Sinn der Angst' (2014), dass uns die Begegnung und Auseinandersetzung mit der Angst einen Zugang sowohl zu dem was uns ängstigt ermöglicht als auch Halt gibt. Wir seien 'mehr mit unseren Gefühlen verbunden, [...] echter und damit lebendiger' (2014, Vorwort). Nicht immer sind wir in der Lage, die Angst als eine solch positive, wegweisende Kraft zu sehen. Menschen geraten in Not, wenn sie aufgrund psychopathologischer Prozesse die Angst als etwas Überwältigendes, Bedrohliches erleben. Dies zeigt sich in exzessiven Angstreaktionen bis hin zu Panikattacken und führt häufig zur Vermeidung des mit der Angst verknüpften Auslösers. Damit einher gehen ein hoher körperlicher und psychischer Leidensdruck und starke Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen und familiären Umfeld. Die Aufgabe sicherer Bindungen und sozialer Kontakte bedeutet für die Betroffenen wiederum ein Verlust der für die psychosoziale Gesundheit sehr wichtigen Resilienzfaktoren, was einer Abwärtsspirale gleichkommt und nicht selten in Depression, Abhängigkeitserkrankungen oder sogar Suizidalität mündet (Metzner, 2012).

4.2. Epidemiologie

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen. Hinsichtlich ihrer Einschätzung als mit Behinderung gelebter Lebensjahre (Years Lived with Disability; YLD) liegen sie laut WHO weltweit auf dem sechsten, in hoch entwickelten Ländern auf dem vierten Rang aller psychischen und somatischen Erkrankungen (WHO, 2017).

Die 12-Monats-Prävalenz[21] bei Erwachsenen in Deutschland liegt bei 15,4 %, Frauen erkranken 2- bis 3-mal so häufig wie Männer. Unterschieden werden die phobischen Störungen (in den klinisch-diagnostischen Leitlinien des ICD 10: F40), bei denen die Angst durch klar definierte, meist ungefährliche Situationen oder Objekte ausgelöst wird (Agoraphobie, soziale Phobie, spezifische (oder isolierte) Phobie) und die Angststörungen (F41), bei denen die Angst nicht auf bestimmte Umgebungssituationen oder Objekte begrenzt ist (Panikstörung, generalisierte Angststörung und Angst und Depression gemischt). Die am häufigsten auftretende Form ist die spezifische Phobie. Hier erkranken Frauen sogar gut 3-mal häufiger[22].

Unbehandelt nehmen Angststörungen meist einen chronischen Verlauf, Spontanremissionen sind äußerst selten und mit Rückfällen ist zu rechnen. Die Komorbidität, d.h. das Auftreten einer Begleitkrankheit, ist bei Angsterkrankungen mit 50 - 90% sehr hoch. Es besteht vor allem

[21] Die 12-Monats-Prävalenz bezeichnet die Häufigkeit der Erkrankung innerhalb eines Jahres.
[22] Der Anteil an Frauen unter den Patientinnen und Patienten mit einer Phagophobie, um die es im hier untersuchten Fallbeispiel geht, beträgt nach Aussage einer Studie, die die Praxisklinik Dr. Weiß z.Zt. durchführt, in Deutschland sogar 77,8% (https://www.weiss.de/forschung/unterseite-forschung.html, letzter Zugriff am 23.1.2021).

ein erhöhtes Risiko für andere Angststörungen, Depressionen, somatoforme Störungen und Suchterkrankungen. Überzufällig häufig sind sie mit körperlichen Erkrankungen wie Schilddrüsenerkrankungen, Atemwegserkrankungen, Arthritis, Migräne oder Allergieerkrankungen verbunden (Berger, 2009; Jacobi et al., 2014; Schmidt, Stegemann, & Spitzer, 2020).

4.3. Ätiologie und Pathogenese

Die Entstehung von pathologischer Angst ist am ehesten über ein Vulnerabilitäts-Stress-Modell erklärbar (Schmidt et al., 2020, S. 173ff.).

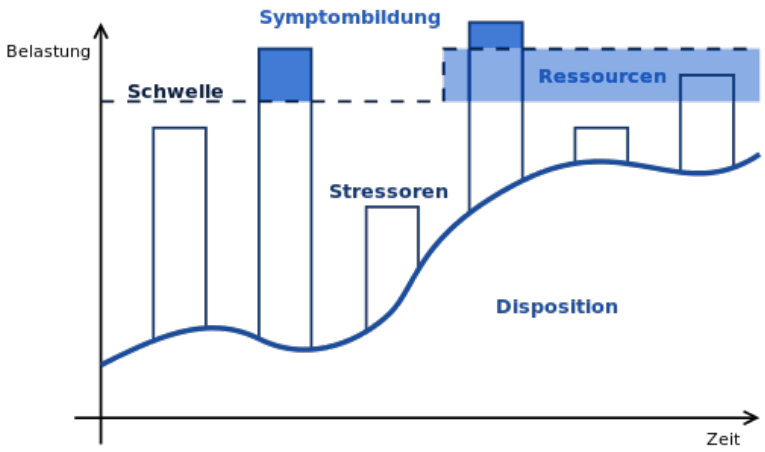

Abb. 1 Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Quelle: wikipedia)[23]

Als Vulnerabilität wird die Anfälligkeit des Menschen verstanden, auf bestimmte Belastungen zu reagieren und zu erkranken. Faktoren wie z.B. die genetische Disposition[24], eine allgemein erhöhte Ängstlichkeit, Erfahrungen von Unkontrollierbarkeit und Unvorhersehbarkeit (Trennung der Eltern, Tod, Alkoholmissbrauch in der Familie), ungünstige Lernerfahrungen und Erziehungsstile (v.a. Überbehütung und Zurückweisung) und Persönlichkeits- und neurobiologische Faktoren können zu einer erhöhten Vulnerabilität führen. Auslösende Faktoren oder auch Stressoren sind z.B. traumatische Erlebnisse, Drogeneinfluss, akute Belastungen im familiären oder beruflichen Umfeld und körperliche Erkrankungen. Eine zentrale Rolle sowohl als symptomauslösender als auch -aufrechterhaltender Faktor spielt psychosozialer Stress. Besonders bei Personen, bei denen eine Empfindlichkeit für die Entwicklung von Angst vorhanden ist, kommt es bei Stress schneller zur Ausbildung von Symptomen (Plag & Ströhle, 2020, S. 330f.).

[23] https://de.wikipedia.org/wiki/Diathese-Stress-Modell, letzter Zugriff am 30.1.21
[24] Der Anteil genetischer Faktoren, die bei Angsterkrankungen (Agoraphobie, soziale Phobie, spezifische Phobien) eine Rolle spielen, liegt zwischen 30 und 67% (Ströhle, Gensichen, & Domschke, 2018).

Positive Lebenserfahrungen wie Bewältigungsstrategien, sichere Bindungsstile, stützende Lernerfahrungen oder ein gutes soziales Netzwerk können im Sinne von Ressourcen die Resilienz erhöhen und für die Anhebung der Angstschwelle, bzw. den Zeitpunkt der Symptombildung oder des Krankheitsausbruchs eine wichtige Rolle spielen (Ströhle, Gensichen, & Domschke, 2018).

4.3.1. Entstehung der Angst aus kognitiv-behavioraler Sicht

Verhaltenstherapeutische Ansätze basieren auf lerntheoretischen Krankheitsmodellen, die von einer Entstehung, Aufrechterhaltung und Chronifizierung der Krankheit durch Lernprozesse ausgehen. Geeignete Lernprozesse können wiederum auch Fehlverhalten wieder verändern. Die Entstehung von Angst ist mit der Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer von 1947 erklärbar. Diesem Erklärungsmodell liegen die Grundlagen der klassischen und operanten Konditionierung zugrunde.

1. Klassische Konditionierung: Ein zufällig in einer traumatischen Situation auftretender neutraler Reiz wird zum gelernten Auslöser für Angst.
2. Operante Konditionierung: Es erfolgt durch ein Vermeidungsverhalten ein Ausbleiben der Panikreaktion und damit die negative Verstärkung der Angst.

Der negativen Verstärkung von Vermeidungsverhalten ist eine wesentliche Rolle als Angst aufrechterhaltender Faktor zuzuschreiben (Bassler, 2002).

Obwohl diese Theorie die Entstehung pathologischer Angst allein nur unzureichend erklärt und inzwischen ‘für ergänzungsbedürftig gehalten’ wird (Schmidt-Traub, 2014, S. 41), ist sie weiterhin zentral für die Ableitung des Behandlungsrationals in der Verhaltenstherapie.

4.3.1.1. Psychoedukation: Teufelskreis der Angst

Das Wissen über bestimmte Aspekte einer Krankheit, ihrer Entstehung, Symptome und Therapien, soll den Erkrankten bei deren Verständnis und Bewältigung helfen. Psychoedukation versteht sich als strukturierte Hilfe, um die Betroffenen zu den spezialisierten Personen ihrer eigenen Erkrankung zu machen. Empirisch gesichert ist die Erkenntnis, dass die Informationen über Angst und Angsterkrankungen Selbstwirksamkeitserfahrungen begünstigen und zu einer erheblichen Reduktion der Angstsymptomatik führen können (Wöller & Kruse, 2015, S. 400).

Der Teufelkreis der Angst beginnt, wenn der Mensch einen Auslöser erlebt, den er als gefährlich oder beängstigend wahrnimmt. Als Auslöser kommen erschreckende Ereignisse, Gedanken oder auch körperliche Erfahrungen in Frage. Es entsteht Angst, die wiederum zu wei-

teren körperlichen Veränderungen im zentralen Nervensystem und den typischen Angstsymptomen führt. Der Mensch nimmt diese wahr und der Teufelskreis beginnt sich zu drehen (Bergenthal & Hemmer-Torhorst, 2015).

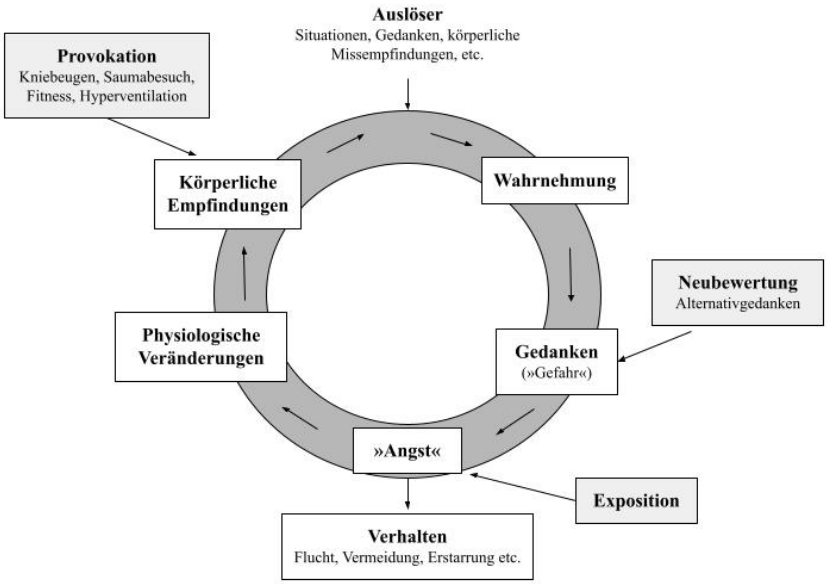

Abb. 2 Teufelskreis der Angst (nach Margraf & Schneider)

4.3.2. Entstehung der Angst aus psychodynamischer Sicht

Ein psychodynamisches Verständnis der Angst fußt auf der Angsttheorie von Freud. Sein *Konfliktmodell* der Angst (1926), welches auch als Signalangsttheorie bezeichnet wird, hat einen hohen Erklärungswert für phobische Ängste (Wöller & Kruse, 2015). Freuds Hypothese war, ‘dass bei den Phobien die bewusst wahrgenommene äußere Bedrohung in Wahrheit symbolisch für eine innerpsychische Bedrohung steht, welche dem Individuum jedoch unbewusst ist’ (Bassler, 2002, S. 1). Somit wird die innere Bedrohung, der unbewusste, intrapsychische Konflikt, durch ein Abwehrverhalten wie eine angstauslösende Bedrohung von außen behandelt, die an eine Situation oder ein Objekt geknüpft ist. So ist auch erklärbar, dass eine vergleichsweise harmlose Situation oder ein ungefährliches Objekt unangemessen beängstigend sein können.

Die Wahl des gefürchteten Objekts ist aus psychodynamischer Sicht jedoch nicht rein zufällig, sondern unbewusst assoziativ verknüpft mit einem intrapsychischen Konflikt. Dieser wird durch Verschiebung abgewehrt und kann nun als ‘Gefahr von außen’ bekämpft bzw. vermieden werden. Die Intensität und qualitative Ausprägung des Angstaffekts lassen dann wiederum

Rückschlüsse auf unbewältigte phasentypische Konflikte aus der Kindheit zu (ebd., S. 2). Die Annahme, dass die gefürchteten Situationen und Objekte eine symbolische Repräsentanz intrapsychischer Konflikte sind, führt zu dem Schluss, dass bei einem konfliktaufdeckenden und -bearbeitenden therapeutischen Vorgehen, die phobische Abwehr überflüssig wird (ebd., S. 10).

Das *Strukturschwächemodell* beschreibt ein Auftreten von Verlustangst bei jemandem, dessen schwach ausgebildetes Selbst durch innere und äußere Krisen, Überforderung oder andere Belastungen in Gefahr gebracht wird. Die Bildung einer resilienten Selbststruktur konnte in Folge ungünstiger lebensgeschichtlicher und evtl. traumatischer Ereignisse nicht geschehen. Panik und Angst sind Ausdruck eines überforderten Selbst.
Dieses Modell erklärt v.a. die Panikstörung und die generalisierte Angststörung, beide Modelle ergänzen sich jedoch (Wöller & Kruse, 2015, S. 395).

Aus der Bindungstheorie von Bowlby (1976) weiß man, dass der menschliche Säugling das angeborene Bedürfnis hat, die Nähe zu seinen Bezugspersonen zu suchen. Droht der Verlust der Bindung oder wird das Bedürfnis nicht erwidert, mobilisiert der Säugling Angst als einen Affekt, der beim Gegenüber Fürsorglichkeit hervorruft und so eine Trennung vermieden werden soll. Diese frühe und prägende Bindungserfahrung wird internalisiert. Psychodynamisch von Bedeutung sind dabei auch die Auswirkungen auf die Ausgestaltung der intrapsychischen Selbst- und Objektrepräsentanzen. So kann eine dauerhaft unsichere Bindung durch einen Mangel an Zugewandtheit und Spiegelung zu einem unsicheren Selbstbild führen und eine Disposition für ein unsicheres Selbstwertgefühl begünstigen. Die unsichere Bindungserfahrung führt oft zu einem ängstlich-unsicheren Verhalten, fehlender Selbststeuerung und dem Angewiesensein auf Außensteuerung.

4.4. Spezifische (Isolierte) Phobien

Eine spezifische Phobie (F40.2) liegt nach den klinisch-diagnostischen Leitlinien des ICD-10 vor, wenn eine deutliche Angst vor einer einzelnen, umschriebenen Situation oder einem Objekt oder deren Vermeidung besteht. Als häufige phobische Objekte oder Situationen gelten Tiere, Höhe, Naturgewalten, Fliegen mit dem Flugzeug, kleine geschlossene Räume, Zahnarztbesuche, der Anblick von Blut oder Injektionen. Die Betroffenen wissen, dass ihre Angst unangemessen und übertrieben ist, können sie jedoch nicht kontrollieren und vermeiden die Situationen oder Objekte, bzw. müssen sie unter großer Belastung ertragen. Phobien können mit panikartigen Angstanfällen verbunden sein. Hierdurch entsteht auch das Phänomen der ‘Angst vor

der Angst', welches wiederum zum Vermeidungsverhalten führt (Hoffmann & Hochapfel, 2009, S. 109).

Für die spezifischen Phobien sind die Symptome hinsichtlich ihrer Art und Dauer nicht genauer definiert. Da einige der 14 Angstsymptome, wie sie für die Agoraphobie und die Panikattacke typisch sind, auch anhaltend und attackenartig bei spezifischen Phobien auftreten und sie im weiteren Verlauf auch für die Falldarstellung von Wichtigkeit sind, werden sie aufgezählt (Morschitzky, 2019):

Vegetative Symptome

1. Herzstolpern, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz
2. Schweißausbrüche
3. fein- oder grobmotorisches Zittern
4. Mundtrockenheit

Symptome im Brust- und Bauchbereich

5. Atembeschwerden
6. Beklemmungsgefühl
7. Schmerzen oder Missempfindungen in der Brust
8. Übelkeit oder Missempfindungen im Bauchbereich

Psychische Symptome

9. Gefühl von Schwindel, Schwäche, Unsicherheit oder Benommenheit
10. Derealisations- oder Depersonalisationsempfinden
11. Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden oder 'auszuflippen'
12. Angst zu sterben

Allgemeine Symptome

13. Hitzewallungen oder Kälteschauer
14. Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle

4.5. Phagophobie

Unter Phagophobie oder Schluckangst (griech. *phagein* = schlucken) wird die Angst verstanden, sich bei der Aufnahme von fester Nahrung, Tabletten und auch Flüssigkeiten zu verschlucken und daran zu ersticken. Auch kann die Angst vor dem Verschlucken am eigenen Speichel bestehen. Es besteht keine Schluckstörung (Dysphagie) und auch keine organische Beeinträchtigung.

Im ICD-10 zählt sie zu den spezifischen (isolierten) Phobien (F40.2). Im seit 2013 existierenden DSM-V wird sie in der Kategorie vermeidende/ restriktive Essstörungen aufgezählt. In Abgrenzung zur Anorexia nervosa besteht bei der Phagophobie der phobische Schluckreiz, der zur Vermeidung von Nahrungsmitteln oder Getränken und letztendlich zu Gewichtsverlust führt. Die Betroffenen wollen essen, vermeiden dies jedoch aus Angst. Weitere Folgen wie sozialer Rückzug, Angstzustände und Depressivität führen zu einem hohen Leidensdruck. Im weiteren Verlauf wird klar, welche weitreichenden Auswirkungen auf alle Lebensbereiche diese Angst haben kann.

4.5.1. Forschungsstand

Die allgemeine Datenlage zur Phagophobie ist überschaubar, die Krankheit gilt als selten. Sowohl mir als auch dem Großteil des Klinikpersonals war sie zu dem Zeitpunkt unbekannt. Es gibt kein Behandlungsmanual, sondern vorwiegend Einzelfallstudien in diesem Bereich, auf die ich später noch eingehen werde.

Aus einer bisher unveröffentlichten, alle Altersgruppen umfassenden Online-Studie einer Spezialklinik in Mannheim[25] in Zusammenarbeit mit der dortigen Universität mit 60 Teilnehmenden können folgende Ergebnisse zusammengefasst werden:

Entgegen bisherigen Annahmen, dass Schluckangst v.a. bei Kindern und Jugendlichen auftritt, zeigt es sich, dass die Angst in jedem Altersabschnitt auftreten kann. Es sind vorwiegend Frauen betroffen (77,8%). Eine Erklärung dafür könnte sein, dass hohe Sensibilität als ein Risikofaktor gilt.

Die Angst besteht vorwiegend vor dem Verschlucken an fester Nahrung, dann folgen Tabletten, Getränke und andere Dinge, z.B. auch der eigene Speichel. Feste und auch flüssige Nahrung sowie das Essen werden vermieden, wenn die Betroffenen völlig allein sind. In Folge führt dies u.a. auch zur Vermeidung von Essen in der Öffentlichkeit, wie Geschäftsessen oder Familienfeiern.

Der häufigste Auslöser einer Phagophobie ist eine ungünstige Erfahrung im Zusammenhang mit dem eigenen Essen, das Verschlucken an fester Nahrung. Es gibt noch eine Vielzahl weiterer Auslöser wie z.B. das Beobachten einer Person, die sich verschluckt oder auch eine Situation beim Schwimmen, die nach dem Verschlucken von Wasser zu heftiger Angst vor dem Ertrinken geführt hat. Gemeinsam ist diesen Situationen das Gefühl sehr großer Angst.

---

[25] Praxisklinik Dr. Weiss, eine Privatpraxis bestehend aus einer medizinischen, psychotherapeutischen und physiotherapeutischen Praxis mit einem systemischen Ansatz und einem multimodalen Therapieangebot (https://www.weiss.de, letzter Zugriff am 23.1.2021). Im Verlauf der Behandlung von Frau M. wurde die Praxis von unserer Psychologin beratend hinzugezogen.

Die Symptomatik der Phagophobie tendiert nicht dazu, schnell vorbeizugehen. Etwa die Hälfte der Betroffenen litt 1 bis 10 Jahre unter den Symptomen, etwa ein Viertel gab an, länger als 10 Jahre davon betroffen zu sein.

Der charakteristische Gegensatz der Phagophobie ist ein seltenes tatsächliches Verschlucken vs. der unablässigen Angst vor dem Verschlucken. Die Folgen sind schwerwiegend. Nach dem WHO-5-Fragebogen zur Einschätzung der Lebensqualität liegt das Mittel bei Menschen mit einer Schluckangst bei 7,5 (<13 entspricht einer depressiven Symptomatik)[26], neben erheblicher Depressivität und Lebensbeeinträchtigung.

4.6. (Musik-) Therapeutisches Vorgehen bei Angststörungen

Nach den S3-Leitlinien von 2014 werden der Einsatz von Psychotherapie und Psychopharmaka bei Angststörungen gleichermaßen empfohlen, abhängig von verschiedenen Kriterien wie u.a. der Schwere der Erkrankung, der Präferenz des*der informierten Patient*in, der Vor- und Nachteile des jeweiligen Ansatzes, sowie der Verfügbarkeit therapeutischer Möglichkeiten. Bei spezifischen Phobien besteht höchster Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad einzig für Psychotherapie, während medikamentöse Behandlung nicht indiziert ist.

Als psychotherapeutischer Ansatz erster Wahl gilt die kognitive Verhaltenstherapie (KVT), gefolgt von psychodynamischer Psychotherapie. So soll den ‘Patienten mit einer spezifischen Phobie [...] eine Expositionstherapie angeboten werden (Ia/A).‘ Weiterhin heißt es bei den meisten Angststörungen, dass ‘eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden [sollte], wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht (IIa/B)’ (Bandelow, Wiltink, & Alpers, 2014).

In der Behandlung der Patientin Frau M., die im späteren Verlauf noch vorgestellt wird, wurde lange Zeit mit dem Expositionsverfahren, einem wesentlichen Element der KVT, gearbeitet. Hier findet nach einer eingehenden Aufklärung der Betroffenen die Konfrontation mit dem angstauslösenden Reiz in graduierten Schritten statt. Da der Körper nur über einen begrenzten Vorrat an Stresshormonen verfügt, sinkt das Angstniveau nach einer gewissen Zeit, obwohl die Situation und somit der Reiz, bestehen bleibt. Diese Behandlung führte in dem hier

[26] Der WHO-5 Fragebogen zum Wohlbefinden wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt. Er umfasst nur 5 Fragen, die zu einer Einschätzung des Wohlbefindens führen sollen, um ggf. in Interviews weiter nachzufragen.
(Quelle: Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital, DK-3400 Hillerød) (https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_German.pdf, letzter Zugriff am 23.1.2021)

vorgestellten Fall zu keiner Verbesserung der Symptomatik, man kann sogar sagen, dass sich der Zustand verschlechterte. Wie sich dann durch eingehende Recherche zum Krankheitsbild herausstellte, ist die Exposition bei Phagophobie sogar kontraindiziert.

In der Psychodynamischen Therapie wird je nach diagnostischer Einordnung (strukturschwach oder konfliktbedingt) konfliktzentriert deutend-konfrontativ oder stabilisierend Ich-stärkend vorgegangen (Wöller & Kruse, 2015, S. 396). Eine Kombinationsbehandlung aus verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Elementen wird immer häufiger in Betracht gezogen und scheint ermutigende Ergebnisse zu liefern (vgl. Bassler, 2002; Herbold et al., 2016). Auch der Einsatz achtsamkeitsbasierter Verfahren wurde von Rodrigues et al. (2017) in einer Literatur-Review untersucht und als eine wirksame Strategie bei Angststörungen erfasst.

Als Therapieziele sind bei allen Angststörungen u.a. die Reduktion der Angstsymptome, der Abbau der Einschränkungen im Alltagsleben und Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus und die Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit zu nennen (Schmidt et al., 2020, S. 175). Ressourcen gelten als ein wichtiger Wirkfaktor der Psychotherapie. Deren Aktivierung und somit die Mobilisierung von Selbstheilungskräften tragen wesentlich zum Erfolg der Therapie bei (Grawe, zitiert nach Wöller & Kruse, 2015, S. 168). Als Ressource sind nicht allein positive Gedanken und Gefühle über die eigene Person zu sehen, vielmehr geht es zusätzlich darum, positive Körperzustände und -gefühle herzustellen (ebd., S. 169). Im Sinne einer erforderlichen Ablenkung vom Schluckvorgang, wie sie in der Behandlung der Phagophobie als ein therapeutisches Ziel formuliert wird, kann die Orientierung an Stärken und Ressourcen und weniger die an Problemen und Defiziten als ein wichtiger Aspekt gesehen werden.

Studien zur Phagophobie beschreiben signifikante Symptomverbesserung nach medikamentöser Behandlung mit Antidepressiva in Verbindung mit Entspannungstechniken und Kognitiver Verhaltenstherapie (Wulandari, 2020), sowie nach 12 Sitzungen mit Hypnotherapie (Reid, 2016). Evans & Pechtel (2011) zitieren in ihrer Einzelfallstudie verschiedene Autoren, die über eine Verschlechterung bei Expositionstherapie berichten und haben gute Ergebnisse erzielt, wenn psychotherapeutische Elemente Entspannungstechniken ergänzten. Nach einer bisher unveröffentlichten, alle Altersgruppen umfassenden Online-Studie mit 60 Teilnehmenden der Spezialklinik in Mannheim[27] in Zusammenarbeit mit der dortigen Universität, umfasst die aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse entwickelte Therapie u.a. körpernahe Entspannungstechniken, Atem- und Schlucktraining und Psychotherapie. Ein Gefühl der Sicherheit zu erzeugen,

[27] Praxisklinik Dr. Weiss (https://www.weiss.de, letzter Zugriff am 27.2.2021)

gilt als ein wesentlicher Teil. Weitere Ziele sind Stressmanagement und die Bewältigung allgemeiner Lebensprobleme, bei deren Bearbeitung der Fokus auf einer Steigerung der Selbstwirksamkeit liegt.

4.6.1. Die Körpertambura als musiktherapeutisches Angebot

Folgt man der Studienlage sind Entspannungsverfahren aufgrund ihrer positiven Auswirkung auf physiologische und psychologische Parameter eine wichtige Komponente in der Behandlung von Angststörungen im Allgemeinen, aber auch Phagophobie im Besonderen. Zwei sich widersprechende Reaktionen, Angst und Entspannung, können nicht gemeinsam auftreten. Die Behandlung mit der Körpertambura ist eine körpernahe, Entspannung erzeugende Methode und kann u.a. deswegen als ein hervorragender Bestandteil der therapeutischen Vorgehensweise gesehen werden.

Das Spiel der Körpertambura erlaubt eine sanfte indirekte Berührung, die die Patientin eine intensive körperliche Zuwendung erfahren lässt. Gerade im Zeitraum der Behandlung während der Corona-Pandemie im Winter 2020/21 ist das Bedürfnis nach Berührung umso größer. Das Bild der Umhüllung, des Sich-Geborgen- und Gehalten-Fühlens spielte in der Therapie mit Frau M. immer wieder eine wichtige Rolle. In Form von Gesten, die eine Hülle um sich selbst andeuteten, oder Metaphern wie ‘eine Decke, die auf mir liegt’ beschrieb sie das vom Klang und dem angenehmen Gewicht der Körpertambura gestillte Bedürfnis. Die musiktherapeutische Vorgehensweise des ‘Für-Spiels’ ermöglicht die Verwirklichung psychotherapeutischer Techniken wie ‚Containing‘, ‘Holding’ oder ‘Nähren’. Der Klang der Körpertambura unterstützt eine mütterlich-haltende Beziehungserfahrung. Zuwendung und elementare Bedürfnisse können ohne Bedingung und Gegenleistung erfahren werden und knüpfen somit an ‘ein entwicklungspsychologisch frühes Gefühl sicheren Gehaltenseins’ an (Timmermann in Decker-Voigt, Oberegelsbacher & Timmermann, 2020, S. 61). Es wird eine Atmosphäre geschaffen, die beruhigend, unterstützend, geborgen, friedlich und liebevoll ist, und somit Regeneration und Heilung ermöglicht (Kölsch, 2019, S. 99).

5. Praktischer Teil

Im Praxisteil beschreibe ich zunächst den Fall von Frau M. Ich beginne mit unserer ersten Begegnung und den gestellten Diagnosen. Ausführlich beschreibe ich den Verlauf der musiktherapeutischen Sitzungen. Ausschnitte aus der Familien- und sozialen Anamnese, die z.T. aus Akteneinsicht und z.T. aus den Erzählungen innerhalb der Sitzungen stammen, fließen mit ein. Darauf folgt eine Beschreibung der methodischen Vorgehensweise und der Ergebnisse in Form der mit Hilfe der Grounded Theory entstandenen Kategorien.

5.1. Fallbeschreibung

Die Identität der Patientin ist durch Anonymisierung gesichert. Die Daten wurden so verändert, dass größtmögliche Anonymität gewährleistet ist, der therapeutische Verlauf jedoch schlüssig und nachvollziehbar bleibt. Therapieprotokolle, Notizen zu Supervisionen und anderen Gesprächen und Texte der Patientin anhand gestellter Orientierungsfragen liegen mir vor, werden aus Datenschutzgründen jedoch nicht abgedruckt, sondern allenfalls in kurzen Auszügen wiedergegeben[28].

5.1.1. Erste Begegnung

Ich begegnete Frau M. häufiger in den Raucherbereichen des geschlossenen Gartens der akutpsychiatrischen Klinik. Sie fiel auf: groß, schlank, schwarze Haare, elfenbeinfarbene Haut. Sie hatte etwas Zerbrechliches, stand oft etwas gebeugt, als ob sie sich kleiner machen wollte und lächelte mich leicht an. Auch wenn ich sie zur Musiktherapie einlud, lächelte sie und lehnte ab. Frau M. war zu dem Zeitpunkt Anfang 30. Zu Beginn ihres Klinikaufenthalts lag sie noch auf einer Station, auf der ich nicht arbeitete. Bei den Teammitgliedern war sie oft Gesprächsthema und ich hörte interessiert zu. Die Diagnose war mir völlig neu, den anderen auch - Phagophobie. Es ging ihr sehr schlecht, die Tatsache, dass sie keine Nahrung und Flüssigkeit zu sich nahm, war lebensbedrohlich. Es kursierten verschiedene Annahmen, z.B. sie hätte doch eine Essstörung. Ihre Geschichte rief bei denen, die mit ihr im Kontakt waren, sehr unterschiedliche Reaktionen und Gefühle hervor und das therapeutische Vorgehen wurde kontrovers diskutiert. Sie war Künstlerin und unsere Ergotherapeutin hatte eine enge Beziehung zu ihr aufbauen können. Im Flur des Hauses, in dem die Kreativtherapien stattfanden und Chefarzt und das Sekretariat verortet waren, hing sie mit Frau M. eine Ausstellung auf. Eine stützende, ressourcenorientierte

[28] Eine Einverständniserklärung hierfür besteht und wird im Anhang abgedruckt.

Intervention, die sowohl bei den Patient*innen als auch Angestellten interessiert wahrgenommen wurde. Die Bilder waren auch für mich ein erster, tieferer Kontakt mit ihr. Dann kam Frau M. aufgrund eines personalbedingten Wechsels auf meine Station und ich kam in einen direkten Austausch, da ich sie - wie alle Patient*innen - aufsuchte und versuchte, sie für die Musiktherapie zu gewinnen.

5.1.2. Diagnosen und therapeutische Vorgeschichte

Die Diagnosen Frau M.s gebe ich an dieser Stelle so wieder, wie sie in den Unterlagen der Klinik stehen[29]. Frau M.s psychiatrische Vorgeschichte begann 2007, als sie aufgrund eines Malignen Melanoms stationär behandelt wurde und sich eine Depression entwickelte. 2011, in dem Jahr, in dem sich ihre Eltern trennten, trat erstmals eine Agoraphobie mit Panikattacken auf, was zu einem 5-wöchigen, stationären Aufenthalt führte. Drei Jahre führte Frau M. eine Verhaltenstherapie durch. Ein weiterer Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik folgte 2013. Ab Dezember 2016 war sie wieder für 3 Jahre in Verhaltenstherapie, Mitte 2017 erfolgte ein 3-monatiger stationärer und tagesklinischer Aufenthalt wegen Depressionen und Panikstörung. Im Juli 2020 wurde Frau M. mit der Phagophobie stationär in einer akutpsychiatrischen Klinik aufgenommen. Der Aufenthalt dauerte bis Anfang Januar 2021.

Die psychotherapeutischen Sitzungen mit Frau M. begannen nach Aufnahme in der Klinik im Juli 2020 mit Expositionstraining und Psychoedukation. In der interozeptiven Exposition sollten Gedanken und Gefühle beim Schlucken wahrgenommen werden und die angstauslösenden Reize und deren Intensität in einer Angsthierarchie gesammelt werden. Frau M. aß gemeinsam mit den Pflegekräften. Sie selbst nahm ihren eigenen Zustand oft als stagnierend wahr, die Exposition wurde jedoch trotzdem nach und nach erweitert. Die Therapie führte bei Frau M. zu massivem Druck, sie zeigte sich verzweifelt und äußerte Suizidabsichten. Es gab von der Psychologin verordnete Pausen, um ‘positiven Dingen nachzugehen’, aber insgesamt verschlechterte sich der Zustand, was sich auch an ihrem Körpergewicht ablesen ließ. Der BMI[30] der Patientin betrug zu Beginn des Aufenthaltes 21,68. Im Oktober 2020 war der Tief- bzw. Wendepunkt erreicht:18,44. Danach war der Wert steigend und lag Mitte Dezember bei 19,83. Anfang Oktober kam es dann personalbedingt zu einem Stations- und Therapeutinnen-Wechsel. Durch

[29] Es ist häufig beeindruckend, wie viele Diagnosen sich im Laufe einer psychiatrischen Karriere anhäufen. Hier zeigt sich, wie stark die Diagnosen von den einschätzenden Personen und ihren Kriterien abhängig sind, bzw. welche Symptome bei der Aufnahme vordergründig sind. Eine ICD-Kodierung ist jedoch aus ökonomischen Gründen notwendig (siehe hierzu auch: https://www.aerzteblatt.de/archiv/185491/Interview-mit-Tom-Levold-Systemischer-Psychotherapeut-Wir-duerfen-Sinn-nicht-medikalisieren, letzter Zugriff am 16.7.2021).

[30] Ein Body-Mass-Index ([Gewicht in kg] : [Größe in m²]) unter 17,5 gilt als pathologisch.

einen von der neuen Psychotherapeutin hergestellten Kontakt zu einer Klinik in Mannheim[31] mit viel Erfahrung und Forschung auf dem Gebiet der Phagophobie erfolgte ein Wechsel der Strategie. Da laut Aussage der Spezialklinik Expositionstraining meist zu Exazerbation führe, wurde dieses beendet und Frau M. begann zunächst mit Atemtherapie, Ablenkung, Refokussierung und Entspannungstraining. Ziele waren erst einmal die Gestaltung einer ruhigen Atmosphäre und die Wiederherstellung von Sicherheit und Stabilität.

Ende 2020 fanden die Therapien aufgrund der Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie auf den Stationen statt. Alle Patient*innen wurden eingeladen, verpflichtend war das Angebot jedoch für niemanden. Das sorgte für eine sehr wechselnde, relativ unvorhersehbare Teilnahme an den Gruppen. Frau M. wurde ebenfalls eingeladen. Die aktive Gruppenmusiktherapie, an der sie einmal teilnahm, fiel ihr jedoch u.a. auch aufgrund sozialphobischer, selbstunsicherer Faktoren schwer und sie vermied die weitere Teilnahme. Es war genau die Zeit, in der meine gerade gebaute Körpertambura auch in der Klinik zum Einsatz kam und gemeinsam mit dem Team entstand die Idee, Frau M. Einzelmusiktherapie mit dem Instrument anzubieten. Die Indikation für eine rezeptive, klangtherapeutische Intervention war für mich gegeben, da eine Entspannung mit Hilfe einer körpernahen Methode und die Wiederherstellung von Sicherheit Ziele im therapeutischen Gesamtkonzept waren. Mit dem Klang der Körpertambura sollte Frau M. zu Beginn v.a. Halt und Stütze erfahren. Im Sinne eines Klangbads sollte eine Phase der Regeneration möglich gemacht werden, durch die es zu einer Entspannung der körperlichen Symptome der Angst wie Atemnot, Engegefühl in der Brust, Schwindel, erhöhter Herzfrequenz kommen sollte. Das Schaffen einer vertrauensvollen Beziehung als Basis für unsere therapeutische Arbeit war ebenfalls ein grundlegendes Ziel der ersten Interventionen.

Bei meinem ersten Besuch bei ihr im Zimmer stellte sich dann zusätzlich heraus, dass Frau M. aufgrund ihrer Vorerfahrungen mit Hypnotherapie und Trance dieser Art von therapeutischer Intervention sehr zugeneigt war. So war der Grundstein für unsere Therapie gelegt. Die ersten 6 Sitzungen fanden im Zimmer von Frau M. statt und dauerten zwischen 30 und 50 Minuten. In diese Arbeit fließen 17 Sitzungen in einem Zeitraum von 4½ Monaten ein. Ab dem siebten Treffen dauerten die Sitzungen immer 50-60 Minuten und fanden im Musiktherapieraum statt.

[31] Die schon weiter oben erwähnte Spezialklinik Dr. Weiß.

5.1.3. Musiktherapeutischer Verlauf

In der ersten Phase der Therapie ging es v.a. um stützende und nährende Aspekte und um den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Ich startete alle Sitzungen mit einem kurzen Gespräch über Frau M.s Befindlichkeit und meistens fanden wir gemeinsam ein Thema, welches in die Klangbehandlung mit hineingenommen wurde. Themen der Anfangsphase waren Vertrauen, Akzeptanz, Loslassen. Die Körpertambura legte ich ihr meist auf die Vorderseite des Oberkörpers, in direktem Kontakt mit der Brust und den Oberschenkeln. Frau M. gefiel schon das Auflegen des Instruments, es sei wie eine schützende Decke. Während der dann folgenden Induktion lenkte ich die Aufmerksamkeit auf das Wahrnehmen von Körper und Atmung, sowie von Geräuschen im Außen und Innen und das Kommen und Gehen von Gedanken. Diese Achtsamkeitsübung bewirkte vor allem das Schulen einer bewussten, bewertungsfreien Selbstwahrnehmung mit dem Ziel, diese zu sensibilisieren und differenzieren.[32] Während des Spielens mit der Körpertambura entstand durch den Klang eine weitere Ebene, die das Hören über das auditive System und das Spüren über das sensomotorische System mit in die Wahrnehmung integrierte. Woher kommt ein Klang? Wie verbreitet er sich? Welche Empfindungen und Anmutungen löst er aus? Wo wird er im eigenen Leibe gespürt und geortet? Ziele waren immer eine ganzheitliche Erfahrung von Resonanz und eine Bewusstwerdung des Körpers, um das eigene Körperbild, Körpergefühl und das Selbstgefühl zu verbessern (Frohne-Hagemann, 2004). Die Klangphase dauerte zwischen 10 und 15 Minuten. Oft summte ich mit. Das hatte ich mir vorher nicht überlegt, ich folgte meiner Intuition. Diese nährte sich u.a. aus dem vorher im Team formulierten Ziel, Frau M. das Gefühl von Sicherheit und Halt zu geben und aus meinem häufig in der Gegenübertragung vorhandenen Bedürfnis, ihr Geborgenheit und Nähe zu vermitteln[33], um eine Beziehung entstehen lassen zu können. So sollte das Mitsingen oder -summen eine 'nachnährend-matrizentrische Dimension des Erlebnisses' (Rittner, 1997, S. 72) fördern. Etwas allgemeiner bezeichnet Loos die Musiktherapie per se als eine 'matrizentrische Behandlungsform, d.h., sie ist nährend und gewährend, wachstumsfördernd, raumgebend, empathisch, spielerisch und leistungsfern' (1995, S. 9). Sie kann das Bedürfnis nach Angenommen-Sein, Nähe

[32] Wetzel schreibt: 'Mit der Grundübung der Achtsamkeit können wir [...] Körperempfindungen, Gefühle und emotionale Reaktionen oder Muster, Grundstimmungen und Gedanken bemerken. Wenn wir sie bemerken, ist das ein erster Schritt heraus aus der vollständigen Identifikation mit ihnen. Wir nehmen eine schöpferische Distanz zu den inneren Prozessen ein, oder in der Sprache des Buddhismus: Wir entdecken den Raum zwischen den Gedanken und Gefühlen' (Reddemann & Wetzel, 2018, S. 60).

[33] 'Die Möglichkeit, mit der Stimme Distanz aufzuheben, [...], ist bereits für das Kleinkind zur Regulation von Verschmelzung in Nähe und Individuation in Distanz von größter angstmindernder Bedeutung' (Rittner, 2021, S. 664).

und Verlässlichkeit befriedigen. Erst später beschrieb Frau M. mir die Wichtigkeit für sie, indem sie dem Summen einen 'erheblichen Einfluss auf die Sitzung' zusprach. Es sei dadurch eine 'Vollkommenheit mit der Körpertambura' entstanden.[34]

Frau M. kam aus einem ostdeutschen Bundesland. Sie wurde kurz vor der Wende geboren und hatte einen jüngeren Bruder (-4). Beide Eltern arbeiteten im sozialen Bereich. Ihr Vater war Jahrgang 1960 und in der DDR groß geworden. Gelobt wurde sie von ihrem Vater 'nie', auch heute nicht. Als sie einmal ein künstlerisches Projekt fertig hatte und dies in einem großen Schaufenster ausgestellt und beworben wurde, habe sie von ihrem Vater nur ein 'Daumenhoch'-Zeichen per Textnachricht geschickt bekommen. 'Wenn sie Kinder hätte, wäre sie vor Begeisterung ausgeflippt.' Auch als Kind habe sie wenig Lob und Anerkennung erhalten. Es habe immer nur geheißen: Sabine, mach das nicht, Sabine, lass das sein. Frau M. beschrieb die Atmosphäre zu Hause einmal so: 'Es wurde immer wahnsinnig viel geredet, aber nie wirklich etwas gesagt.' Eigentlich, sagte sie, wolle sie den Kontakt zu ihrem Vater heute gerne abbrechen. 'Nur weil das Familie ist, muss man doch keinen Kontakt haben.' Zu ihrer Mutter hatte sie einen engeren Kontakt. Diese würde weinen, wenn sie über die aktuelle Situation und die Geschichten von früher sprechen würden. Allerdings war auch diese Beziehung belastet. Eine Geschichte, die mir Frau M. erzählte, sagte vieles: Ihr Bruder und sie mussten ab einem Alter von ca. 13 Jahren das Bad putzen. Jeden Freitag - mit einem Mikrofasertuch. Wenn sie fertig war, kam ihre Mutter und suchte und fand immer Fusseln auf den Fliesen und zeigte ihre Unzufriedenheit. Es war noch nicht genug, obwohl sie sich doch Mühe gegeben hatte. Sie entwickelte mit der Zeit eine enorme Angst und Abneigung gegen den Freitag und gegen Mikrofasertücher. Das Gefühl, dass Frau M. ihr Bestes gab, dieses jedoch nicht genügte, sie kein Lob, keine Anerkennung fand, trat immer wieder auf, auch aktuell. Die Eltern trennten sich, als sie 25 Jahre alt war (2011), was Frau M. schwer belastete. Eine Trennung stand 2005 schon einmal im Raum als sie 19 Jahre alt war. Heute spürte sie keine Trauer und keinen Groll mehr, sagte sie einmal. Sie glaubte, sie habe die Trennung verarbeitet. Die Eltern hatten inzwischen neue Partnerschaften.

Das Leben Frau M.s zeigte sich als eine Ansammlung mangelnder Unterstützung, fehlender elterlicher Zuwendung und der Erfahrung, nicht so gesehen und angenommen worden zu sein,

---

[34] Timmermann schreibt zu dem Bedürfnis, sich als Teil eines Ganzen, also vollkommen, zu fühlen: 'Die Sehnsucht, einen solchen paradiesischen Seinszustand [im klingenden, schwingenden, Einheitsgefühl mit der Mutter, Anm. MK] wiederzuerlangen, ist tief im Menschen verwurzelt. [...] Nun können wir nicht wieder zurück in den Mutterleib, aber wir können uns wieder einschwingen und unsere Teilhabe am Ganzen fühlen' (1989, S. 27).

wie sie war. Diese Verletzung der emotionalen Grundbedürfnisse nach Verbundenheit und Geborgenheit zum einen und nach Autonomie und eigenen Gestaltungsmöglichkeiten zum anderen, erzeugt im Gehirn eine ‘sehr starke Inkohärenz’ (Hüther, 2020, S. 112). Kohärenz ist jedoch der von uns angestrebte Zustand, in dem der Energieverbrauch am geringsten ist und welchen wir u.a. erleben, wenn wir Verbundenheit mit anderen oder auch mit dem ganzen Universum spüren. Durch eine bewusste Auseinandersetzung und Überwinden von schwierigen Gedanken und Gefühlszuständen wird das Kohärenzgefühl immer wieder gestärkt. Den Zustand der Inkohärenz im Sinne eines Fehlens der ‘Ordnung stiftenden Orientierung’ (ebd. 2020, S. 37) galt es also immer wieder wahrzunehmen und zu bearbeiten.

Generell zeigte sich, dass es Frau M. relativ leicht fiel, ihre Wahrnehmung nach innen zu lenken. Durch den Body-Scan wurde ihr meist zu Beginn klar, wie hoch ihr Anspannungslevel war und wie er sich im Laufe der Klangbehandlung veränderte. Das ‘Spüren des Körpers’ war wieder möglich und sie beschrieb es immer wieder als eine ‘schönes und dankbares Erlebnis’. Es war ein lange vermisster Zustand der Entspannung, der eintrat. Die Vibrationen der Körpertambura spürte sie tief im Rumpf und in den Beinen. Die Arme, Hände und manchmal auch die Beine ‘verschwanden’ in ihrer Wahrnehmung, und Frau M. beschrieb dies als einen Zustand von Leichtigkeit.

Abb. 3 - SICHERHEIT (magenta, lila)

Das gezeigte Bild[35] entstand nach einer unserer ersten Sitzungen. Immer wieder berichtete Frau M. von Farben, die vor ihrem inneren Auge entstünden und die miteinander verschwimmen würden, was sie aus ihren Tranceerfahrungen kannte. Lila und magenta - ihre Farben für Sicherheit und das Gefühl des Angenommen-Seins. Die Klangbehandlung war wichtig auch als ein 'Für-Spiel' im Sinne einer Zuwendung durch eine Bezugsperson ohne Bedingung und Gegenleistung (Timmermann, 2020, S. 58). Diese Form der tiefen Entspannung, die auf eine erste Stufe des veränderten Wachbewusstseins deutet, wurde ein ihr 'sehr lieber Zustand'.

Frau M. beschrieb sich als kreativen, empfindsamen und empathischen Menschen. Schon als Teenager war sie künstlerisch sehr interessiert. Nach dem Abitur begann sie eine Lehre in einer Großstadt, auch um aus der Stadt, in der sie aufwuchs herauszukommen und übernahm schon während ihres letzten Lehrjahres viel Verantwortung, zu früh sei das gewesen. Anerkennung und Lob bekam sie nie. Sie arbeitete weiter angestellt und baute sich nebenher selbständig etwas auf, mit eigenen Projekten, in denen sie sich künstlerisch verwirklichen konnte. Frau M. hatte einen sehr hohen Anspruch an ihre eigene Leistung, aber auch an ihre Umwelt. Mit einem hohen Maß an Perfektionismus und selbstkritischer Haltung war sie selten zufrieden mit dem, was sie tat, übernahm aber häufig viel Verantwortung, wollte es anderen recht machen, was als ein altes Muster zu funktionieren schien.

Der Ausbruch der Corona-Pandemie Anfang 2020 und der damit einhergehende Rückgang der Aufträge führte bei Frau M. zu existenziellen Sorgen. Auch das Wegbrechen von Freizeitaktivitäten, die nicht mehr möglichen Besuche von Sportveranstaltungen, die Kontaktbeschränkungen bedeuteten den Wegfall sonstiger stabilisierender Faktoren.

Über die auslösende Situation berichtete Frau M.: Es war in der Nacht vom 5. auf den 6. Juni 2020. Sie schaute sich im Internet Videos rund um die Black Lives Matter Bewegung in den USA an, in denen es um die Demonstrationen im Zuge des gewaltsamen Todes von George Floyd am 25.5.2020 ging[36]. Ein starkes Gefühl von Bedrohung stellte sich ein, da viele ihrer in

---

[35] Ich habe fünf von Frau M. gemalte Bilder als Ergänzung mit in die Beschreibung des Verlaufs aufgenommen. Sie hat sie unmittelbar nach musiktherapeutischen Sitzungen gemalt. Sie passen zu den im Text beschriebenen Sitzungen, sie werden von mir jedoch nicht gedeutet. Ihre persönlichen Anmerkungen dazu sind im Anhang abgedruckt.

[36] Die Proteste wurden durch den gewaltsamen Tod George Floyds durch einen Polizisten ausgelöst und richteten sich gegen Polizeigewalt und strukturellen Rassismus. Sie fanden in großen Städten der USA und auch weltweit statt. Amnesty International belegt, dass es 'im Mai und Juni vielfache und schwere Menschenrechtsverletzungen gegen Protestierende der Black-Lives-Matter-Bewegung, Rettungspersonal, Medienschaffende sowie Rechtsbeobachterinnen und Rechtsbeobachter' durch die Polizei gegeben hat (https://www.amnesty.de/allgemein/pressemitteilung/vereinigte-staaten-von-amerika-amnesty-bericht-belegt-polizeigewalt, letzter Zugriff am 30.3.2021).

Detroit lebenden Freunde ebenso wie ihr Ex-Ehemann dunkelhäutig sind. Das alles habe sie sehr belastet.

Sie merkte, wie sie eine Panikattacke bekam und plötzlich nicht mehr schlucken konnte. Sie nahm eine Tavor[37], die sie durch ihre Erkrankung zu Hause hatte, und konnte sich beruhigen. Am nächsten Tag konnte sie wieder schlucken, aber es wurde nach und nach schlechter, bis im Juli 2020 die Aufnahme in der Klinik erfolgte.

In den ersten Sitzungen erzählte sie mir vorsichtig ein paar Dinge aus ihrem Leben. Wir tasteten uns langsam zu den Themen, die eine Rolle für sie spielten, vor. Es ging viel darum, den Zustand erst einmal wahrzunehmen und zu akzeptieren. Sie funktionierte nicht mehr so, wie sie es gewohnt war und konnte sich und ihrem Körper, der sie nun in diese lebensbedrohliche Situation gebracht hatte, nicht mehr vertrauen. Sie hatte schlecht gelernt, auf ihre eigenen Bedürfnisse zu achten und oft erfüllt, was von außen an sie herangetragen wurde - mit einem hohen Maß an Verantwortung und Pflichterfüllung. Positive Zuwendung und Beziehung waren nicht bedingungslos, sie erhielt sie immer über Leistung. Sie hatte folgendes verinnerlicht: ‘Ich bin nicht gut so wie ich bin, sondern wurde viel über Leistung definiert.’ Frau M. konnte sich zu dem Zeitpunkt nicht mehr vorstellen, dass sie auch um ihrer selbst willen geliebt wurde. Sie spürte immer wieder einen immensen Druck, sofort wieder funktionieren zu müssen und war schnell überfordert. Frau M. hatte während ihrer Kindheit keine stabilen bzw. verlässlichen Objekt- bzw. Selbstrepräsentanzen, die sich über Erfahrungen mit dem Objekt erst konstituieren, internalisieren können, weshalb schon geringe Konfliktspannungen zu intensiven Gefühlen von Überforderung und Hilflosigkeit führten, was zugleich ausgeprägte Angst und Besorgtheit auslöste.

[37] Tavor ist ein beruhigendes und angstlösendes Arzneimittel (Tranquilizer) aus der Wirkstoffgruppe der Benzodiazepine.

Abb. 4 und 5 - KONTROLLE (blau)

In diesen ersten musiktherapeutischen Sitzungen ging es um das Sich-Spüren. Sie schien den Kontakt zu sich selbst verloren zu haben, war verunsichert, suchte Resonanz durch andere.[38] Ihre eigenen Bedürfnisse nahm sie nicht mehr wahr, es schien, als bräuchte sie ihre Umgebung, um dies möglich zu machen. Frau M. liebte das Gefühl, vom Klang der Körpertambura berührt und umarmt zu werden und die Vibrationen zu spüren. Er war ihre Schutzhülle, hielt sie fest, bot Sicherheit. Mir war es wichtig, Frau M. ihren Schutz zu geben, bewusst zu machen und aufzuzeigen, dass Schutzmechanismen eine positive Funktion haben. So galt es auch, ihre Schluckangst als eine Schutzfunktion zu bewerten und dem ‚Warum?' nach und nach auf den

[38] Das zeigte sich unter anderem in einer Sitzung, in der sie mich bat, ein Instrument - in dem Fall die Bassschlitztrommel - in dem Raum zu spielen, welches die Saiten im offenen Resonanzkasten des Klaviers zum Klingen brachte. Sie kroch fast in den Kasten, in den Klang hinein und äußerte, dass sie sich darin sehr beschützt und wohl fühlte. Als sie das Instrument selbst spielte und die Resonanz wahrnahm, hörte sie sofort stark verunsichert auf. 'Das klänge nicht gut, sie könne doch nichts.' Für mich zeigte sich ein starker Wunsch, sich über Resonanz zu spüren, ihre eigene Fähigkeit dazu war jedoch blockiert, das Vertrauen in ihren selbst erzeugten Klang war nicht da.

Grund zu gehen. Was wollte sie nicht schlucken? Wovor musste sie sich schützen? Redewendungen unserer Alltagssprache zeigen eine starke Symbolik auf: ‘Ich habe den Hals voll.’, ‘Ich will das nicht mehr schlucken.’, ‘Diesen Kloß schlucke ich nicht.’, ‘Man hat einen Kloß im Hals.’ Betrachtet man die Psychodynamik dahinter, kann es darum gehen, belastende und angstbesetzte Gefühle oder unangenehme emotionale Botschaften, die zu einer Überforderung oder Ängsten führen, am Hineinströmen zu hindern (Rittner, 1997, S. 80).

Frau M.s Zustand hatte sich so weit stabilisiert, dass sie vor den Weihnachtsfeiertagen entlassen werden konnte. Sie wurde dann am Jahresbeginn noch einmal kurzzeitig stationär aufgenommen, was aber organisatorische und keine medizinischen Gründe hatte. Die Anbindung erfolgte danach über die PIA (Psychiatrische Institutsambulanz). Sie erschien 3x wöchentlich für eine Flüssigkeitsinfusion und 1x wöchentlich konnten weiterhin musiktherapeutische Sitzungen in jeweils 50-minütigen Einheiten stattfinden.

Die Abnabelung von der stationären Versorgung mit der sich ihr bietenden Sicherheit führte zu starker Unsicherheit und Ängsten. Angst vor der mangelnden Fähigkeit, sich selbst zu versorgen, bzw. ausreichend Versorgung zu erhalten. Oder auch Angst vor der eventuell eintretenden Situation, dass ein gerufener Notarzt das Chaos in ihrer Wohnung sehen könnte: ‘Was würde der denn denken?’ Die Ängste und Gedanken gingen in alle Richtungen. Frau M. stellte ihr Selbstvertrauen wieder stark in Frage und es traten vermehrt Überforderungsgefühle auf. Die große Anspannung zeigte sich in unseren Sitzungen in Form eines starken Redebedürfnisses direkt zu Beginn, welches ich kaum zu unterbrechen vermochte. In der Gegenübertragung spürte ich oft selbst die Überforderung sehr stark. Ich bekam die ganzen Gedanken nicht mehr sortiert, fühlte mich hilflos und spürte irgendwann Resignation. Ich musste oft aufpassen, dass die Körpertambura noch zum Einsatz kam und wir hinterher noch Zeit hatten, um das Erlebte zu besprechen und aufzuarbeiten. Zeitgleich mit den Schwierigkeiten, die manchmal wie ein Rückschritt schienen, wurde die Wirkung der Klangbehandlung deutlicher und spürbarer. Frau M. beschrieb nun häufiger einen Prozess: ‘die Gedanken waren wild, dann konnte ich sie gehen lassen’ oder ‘erst fühlte ich mich schwer, dann leicht’. Häufig wanderte der Fokus vom Kopf in den Körper, ein Prozess, den auch Frau M. interessiert wahrnahm. Durch die Eingangsgespräche wurden die belastenden, ‘großen und schweren’ Gedanken thematisiert, die Tatsache, dass sie sie loslassen konnte und sie sie nach der Einheit mit der Körpertambura als nicht mehr so belastend empfand, war für Frau M. ein sehr positives Erlebnis.

Das Loslassen während der Musiktherapie führte dazu, dass Frau M. anfing, mit ihren Gefühlen in Kontakt zu kommen. Es waren Gefühle von Wut, Aggression und Trauer, die sie nun

in ersten kleinen Schritten spürte, diese zulassen konnte und die dann in der Therapie verbalisiert wurden.

Bis 2017 war Frau M. mit einem US-Amerikaner verheiratet, mit dem sie sehr beengt (30 qm) gewohnt hat. Da dieser kein Einkommen hatte und 'auch nicht sonderlich bemüht war, dies zu ändern', entstand bei Frau M. ein großer Leistungs- und Versorgungsdruck. Sie versuchte jedoch, ihrem Ehemann keine Vorwürfe zu machen. Insgesamt war Frau M. sozial gut eingebunden, hatte ein paar sehr gute Freunde, die sie zwar mit abnehmender Frequenz jedoch regelmäßig sah.

Vor der Schluckangst befriedigte Frau M. ihr Bedürfnis nach Genuss u.a. durch Essen und Trinken, was sie 'liebte'. Sie kochte sehr gerne und phantasievoll und aß sehr gerne mit ihren Freundinnen und Freunden. Seit ihrer Erkrankung verwehrte sie sich im Prinzip dieses Grundbedürfnis. Durch die regressiven Phasen der Entspannung fing sie an, das Bedürfnis wieder stärker zu spüren und sich dessen bewusst zu werden, dass sie diesen Zustand schmerzlich vermisste.

In einer Schlüsselsitzung, es war unsere 15. Sitzung, hatte ich das erste Mal das Gefühl, eine 'echte' Frau M. zu sehen. Sie öffnete sich, zeigte sich verletzlich, zeigte ihre Bedürftigkeit. Eine Bedürftigkeit, die anscheinend als Kind nicht genährt wurde, keine Resonanz fand, die sie im Laufe ihres Lebens verstecken gelernt hatte. Es war eine Sitzung, in der wir recht schnell mit der Klangbehandlung begonnen hatten, obwohl der Redebedarf von Frau M. groß war. Wir hatten uns in der Stunde davor explizit eine solche Vorgehensweise vorgenommen, um mehr Zeit für die Nachbesprechung zu haben. Ich schildere diese Sitzung etwas ausführlicher, da sie m.E. nach ein wichtiger Schritt im Therapieprozess war.

Frau M. hatte in der Zeit ihres Krankenhausaufenthalts ein großes Kunstprojekt zu Ende gebracht und wollte aus Dankbarkeit etwas davon an einige Mitarbeitende der Klinik verschenken. Sie wollte dies allerdings nicht direkt tun, sondern bat meine Kollegin, es in ihrem Auftrag zu schenken. Dies wurde ihr jedoch verwehrt, sie sollte es persönlich übergeben, was zu großen inneren Spannungen und Angst führte. Sie wurde sehr stark mit ihrer Angst vor Ablehnung durch die Beschenkten konfrontiert, mit dem 'alten' Gefühl, dass sie ihr Bestes gegeben hatte und dies aber nicht genug war. Mit dieser Anspannung kam sie zu mir in die Musiktherapie und wir begannen nach wenigen Worten mit dem Body-Scan und der Körpertambura. Ich platzierte das Instrument auf der Körpervorderseite, im Bereich des Oberkörpers, zwischen Brust und Oberschenkeln. Die Klangphase dauerte 15 Minuten, nach ca. 5 Minuten begann ich, frei zu summen, während der letzten 4 Minuten spielte ich nur noch. Dann holte ich sie langsam zurück, sie räkelte sich, atmete durch, setzte sich - es herrschte noch Stille. Das Zulassen der Stille

war über die Zeit immer häufiger möglich geworden und die Phase wurde zunehmend länger und selbstverständlicher. Irgendwann fragte ich sie nach ihren Gedanken, Wahrnehmungen und Gefühlen. Es sei heute ‚ziemlich wild' gewesen. Sie zeigte auf ihren Kopf. Am Anfang hätte sie gedacht, das halte sie nicht aus. Die Anspannung sei sehr groß gewesen, das Gefühl, loslassen zu sollen war überfordernd. Es war wie ein 'Überschäumen oder Überkochen von Spannung'. Aber dann hätte es irgendwann aufgehört, Gedanken hätten sich entknotet und es hätte sich eine 'Stille' breit gemacht, die angenehm war. Zwischendurch seien noch viele Dinge passiert, organisatorische Gedanken wären ihr durch den Kopf gegangen, sie hätte aber auch viel Traurigkeit gespürt. Über diese Traurigkeit sprachen wir. Es war die Trauer darüber, dass sie so vieles nicht mehr genießen konnte. Kochen, essen, trinken, den Geschmack von leckeren Dingen, das Alleinsein, aber auch das Zusammensein mit anderen. Beim Spiel der Körpertambura hätte sie irgendwann genießen können, auch das Summen wäre so angenehm gewesen.

Abb. 6 und 7 - LOSLASSEN (orange, gelb)

Frau M. schaffte es in dieser Sitzung, die vielen Spannungen auszuhalten und die Stille zuzulassen. Sie hatte eigentlich Angst vor der Stille, Angst davor, dass durch die Stille oder in sie hinein eine Panikattacke ausgelöst werden könnte. Die Erfahrung war eine sehr positive und - wie sie sagte - auch 'erkenntnisreich'. So konnte sie vom 'Sinn der Angst' sprechen, erkannte, dass die Angst sie vor etwas schützen würde, was es herauszufinden galt. Sie spürte die Trauer, berichtete von der großen Bedürftigkeit, gesehen und geliebt zu werden. Aber gleichzeitig konnte sie nichts annehmen, nichts schlucken, nichts zu sich nehmen, was sie aber doch sehr gerne genommen hätte. Es stellte sich mir die Frage, ob es eine Scham für die Bedürftigkeit gab. Gab es in Frau M. unterbewusst die Vorstellung, dass sie es nicht wert war, geliebt zu werden und Zuwendung zu bekommen, und schämte sie sich unbewusst für dieses Bedürfnis? War also der Zweck der Angst evtl. auch ein Schutz vor der Scham? Sie hatte sich mir gegenüber heute emotional sehr verletzlich gezeigt, hatte ihren nicht erfüllten Bedürfnissen Raum gegeben und ich empfand dies als einen Vertrauensbeweis und als einen großen Schritt für sie. In der folgenden Sitzung wollte ich sehr behutsam vorgehen, auf ihre Signale hören, mich ganz von ihr führen lassen und nicht der Versuchung verfallen, sie auf das Erlebte direkt anzusprechen. Ich wollte, dass Frau M. die Kontrolle über das, was geschah, behielt, wollte keinen Druck aufbauen und weiterhin auf der Wahrnehmungsebene arbeiten.

Die folgenden beiden Sitzungen sind nicht die letzten Sitzungen unserer gemeinsamen Arbeit gewesen, jedoch die letzten, die in der Auswertung der Masterarbeit eine Rolle gespielt haben. Ich möchte sie hier kurz beschreiben und einen Ausblick auf das geben, was folgte.

In den beiden darauffolgenden Sitzungen kam die Körpertambura nicht zum Einsatz, sie lag jedoch neben uns und wirkte wie ein sicheres Objekt. Frau M. suchte vor allem das Gespräch und äußerte dies auch ganz klar. Oft hatte ich die Erfahrung gemacht, dass nach Sitzungen, in denen sich viel bewegte, vermeintliche Rückschritte stattfanden.

In der ersten Sitzung berichtete Frau M. von einer 'sehr emotionalen' Woche. Das Bedürfnis, genießen zu wollen, sei ihr sehr bewusst geworden und der Verlust der Fähigkeit hätte in ihr Gefühle von Trauer und Wut, aber auch Ungeduld im Sinne einer nicht befriedigten Lebenslust und Erschöpfung ausgelöst. Ich stellte in diesem Moment keinen möglichen Zusammenhang zu der vorigen Sitzung her, war mir jedoch sicher, dass der Raum, den wir geöffnet hatten, nachklang. Sie berichtete mir von dem Auslöser und wir sprachen über das möglicherweise Symbolische hinter der Schluckangst. Das nahm sie wahr, ging darauf jedoch nicht weiter vertiefend ein.

In der kommenden Woche verstärkte sich mein Gefühl, dass die Sitzung, in der mir Frau M. mit ihren Tränen etwas von ihrem inneren Zustand gezeigt hatte und sie mit ihren Gefühlen auf

diese Art und Weise in Kontakt kam, einiges in Bewegung gebracht hatte. Diesmal sprühte sie vor Energie. Sie berichtete von einem erfolgreichen, beruflichen Projekt, bei dem sie ihre Stärken gespürt hat. Ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle im Job hatte sogar dazu geführt, dass sie ihre Komfortzone, ihren sicheren Bereich, verlassen hatte und mit dem Auto die Stadt verlassen konnte. Sie spürte Stolz und konnte ihren Erfolg genießen. Ihr Selbstwert wurde in dem Moment gestärkt und sie war sich ihrer selbst sehr bewusst.

Ich möchte mit diesem positiven Ausblick enden. Der Prozess ging langsam weiter, Frau M. musste sich sehr in Geduld üben, da die Fortschritte klein waren. Sie bekam bis zum Ende unserer Zusammenarbeit weiterhin zweimal wöchentlich Infusionen, die sie auch nicht beenden wollte. Sie ließ den Kontakt zu ihren Eltern für eine Weile ruhen, was ein wichtiger Schritt der Loslösung und der Selbstbesinnung war. Von der Musiktherapie mit der Körpertambura und unserer Beziehung, die inzwischen eine sehr vertraute und verlässliche geworden war, konnte sie sich nur schwer trennen. Auch dies war ein Prozess des Loslassens.

5.2. Forschungsdesign

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine qualitative Einzelfallstudie. Ziel ist es, ein ganzheitliches Bild der Patientin in ihrer individuellen Existenz zu zeichnen und ihre vorhandene Wirklichkeit besser verstehen zu lernen. Die qualitative Forschung bietet hierfür die größtmögliche Offenheit gegenüber Entwicklungen und Dimensionen während des Prozesses, welche die Voraussetzung für ein explorierendes Vorgehen ist. Die entwickelten und formulierten Hypothesen leisten einen Beitrag zum Erkenntnisgewinn über die komplexen Vorgänge in einem musik- und psychotherapeutischen Behandlungsprozess.

Als Datenmaterial werden nach dem Grundprinzip ‘All is Data’ (Glaser 2001, zitiert in Mey & Mruck, 2020, S. 523) Therapie- und Supervisionsprotokolle, Anamnese- und Verlaufsdaten des Krankenhauses sowie von der Patientin schriftlich beantwortete Orientierungsfragen verwendet.

Zur Untersuchung der Daten entschied ich mich für ein Vorgehen mit Hilfe der Grounded Theory von Glaser und Strauss, die eine Methodologie der qualitativen Sozialforschung beschreibt. Das Ziel hierbei ist es, durch die Sammlung und Analyse qualitativer Daten Hypothesen zu generieren und neue Theorien zu entwickeln. Die zu entwickelnden Kategorien können durch Beobachtungen und Erfahrungen und vor allem permanentes Vergleichen untereinander immer wieder modifiziert werden. Eine Betrachtung des Prozesses ist bei der Grounded Theory

besonders gut möglich. Phänomene können auf einer Zeitachse in ihren unterschiedlichen Phasen und Stadien betrachtet werden.

Die Auswertung der Daten erfolgt bei der Grounded Theory mittels verschiedener Kodierungstechniken, die durch Interpretation und Zusammenfügen der Ergebnisse zu übergeordneten Kategorien und einer Hypothesenbildung führen. Während des gesamten Kodierprozesses werden Gedanken und Ideen in sogenannten Memos festgehalten, welche für die Interpretation der Daten und die Konzeptualisierung von großer Bedeutung sind.

In einem ersten Schritt, dem offenen Kodieren, werden aus den Daten heraus Konzepte (Codes) entwickelt. Der Text wird in einem sehr feingliedrigen Vorgehen - Satz für Satz - 'aufgebrochen'. Sogenannten 'W-Fragen'[39], theoriegenerierende Fragen, werden gestellt und bieten eine Orientierung, um Einsichten über das untersuchte Phänomen zu bekommen (Böhm, 1994, S. 127). Die Codes werden im weiteren Verlauf zu Kategorien verdichtet. Über das sogenannte axiale Kodieren werden sie in Verbindung zueinander gebracht und Beziehungen untereinander hergestellt. Beim selektiven Kodieren werden die Kategorien zu gemeinsamen, übergeordneten Kernkategorien zusammengefasst, mit denen neue Theorien generiert werden können.

5.3. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse in Form der entwickelten Kategorien vorgestellt und in Bezug zum therapeutischen Verlauf gesetzt.

5.3.1. Kategorienbildung/ Themenfelder

Mit Hilfe der oben beschriebenen Vorgehensweise auf Grundlage der Therapie- und Supervisionsprotokolle und der beantworteten Orientierungsfragen (s. Anhang) konnte ich folgende Kategorien entwickeln, die den Themenfeldern entsprechen, die durch die klangtherapeutische Intervention mit der Körpertambura angesprochen wurden.

- Klang als Schutz/ Hülle
- Wahrnehmung - Körper/ Bedürfnisse/ Gefühle
- Selbstbild/ Selbstwert - Wer war ich? Wer bin ich? Wer will ich sein?

---

[39] ***Was?*** Um welches Phänomen geht es? Welches Phänomen wird angesprochen?
Wer? Welche Personen sind beteiligt? Welche Rollen spielen sie dabei? Wie interagieren sie?
Wie? Welche Aspekte des Phänomens werden angesprochen (oder nicht angesprochen)?
Wann? Wie lange? Wo? Zeit, Verlauf und Ort
Wieviel? Wie stark? Intensitätsaspekte
Warum? Welche Begründungen werden gegeben oder lassen sich erschließen?
Wozu? In welcher Absicht, zu welchem Zweck?
Womit? Mittel, Taktiken, Strategien zum Erreichen des Ziels

- Genuss
- Leistung
- ‘Alles ist im Fluss’ - Auflösung - Veränderung

Innerhalb der Themenfelder fanden sich folgende Aspekte:

Klang als Schutz/ Hülle

- Festhalten
- Mantel
- Decke
- ‘Der Klang legt sich wie eine Schutzhülle um mich.’

Wahrnehmung

Körper	Bedürfnisse	Gefühle
- Leichtigkeit - Auflösung der Körpergrenzen - Hitze, Feuer - ‘Der Körper ist einfach da.’ - Anspannung - Schäumen, Überkochen	- Wunsch nach Angenommen-Sein ‘So wie ich bin.’ - Wunsch nach Akzeptanz - Wahrnehmen, dass die Bedürfnisse nicht gestillt werden. - Verletzbarkeit wird sichtbar	- Schuld - Wut - Trauer - Angst - Scham - Aggression

Selbstbild/ Selbstwert - Wer war ich? Wer bin ich? Wer will ich sein?

- schwacher Selbstwert
- Selbstzweifel
- ‘Ich bin nicht gut so wie ich bin.’
- ‘Ich hatte das Gefühl, nicht richtig und eher fehl am Platz zu sein - zu stören.’
- ‘Bin ich das wert?’

Leistung

- ‘Ich bin nicht gut so wie ich bin, wurde viel über Leistung definiert.‘
- positive Zuwendung über Leistung
- Beziehung über Leistung

- ‘Ich muss funktionieren.’
- Überforderung
- Druck
- ‘Wie soll ich das alles schaffen?’
- ‘Ich soll...’

Genuss

- tiefe Entspannung
- Genießen der Stille

‘Alles ist im Fluss’ - Auflösung - Veränderung

- Auflösung
- Loslassen
- Thema ist groß, dann klein
- Gedanken sind groß und schwer, dann leicht
- schwere Last verändert sich zu Leichtigkeit
- Lösung von fester, schwerer Atmung
- Auflösung der Körpergrenzen

5.3.2. Betrachtung der Themen und Einordnung in den musiktherapeutischen Verlauf

Das Wahrnehmen und Spüren des Körpers (‘Der Körper ist einfach da.’) durch die Vibrationen war für Frau M. ein lange vermisstes Gefühl zu Beginn der musiktherapeutischen Sitzungen. Das Thema ‘Klang als Schutz’ spielte im weiteren therapeutischen Prozess eine große Rolle. Der Klang der Körpertambura und das Auflegen des Instruments kamen für die Patientin einer Schutzhülle gleich. Sie fühlte sich wohl und geborgen. Sicherheit und Wohlbefinden als ein übergeordnetes Grundbedürfnis (Wöller & Kruse, 2015) konnten so als Grundlage der Therapie möglich gemacht werden. Dies war wichtig und beziehungsfördernd, und somit eine Voraussetzung für die gemeinsame Arbeit. Die regressiven, zutiefst entspannten Momente boten Erholung und ließen Frau M. mit ihrem Körper und ihren inneren Themen in Berührung kommen. Ich sehe diese Momente als Momente der wohltuenden, genießenden Hingabe in einem zweckfreien Prozess, in denen Frau M. sich fallen lassen konnte – ganz im Gegensatz zu dem von ihr

als Kind erlernten Prinzip der ‘Akzeptanz und Liebe gegen Leistung’. Sie waren ein Ausdruck des Vertrauens. Verdrängte Versorgungswünsche wie der Wunsch nach Angenommen-Sein ‘so, wie ich bin’ rückten ins Bewusstsein und machten Frau M.s nicht erfüllte Bedürfnisse deutlich.

Das Thema ‘Leistung’ wurde häufig als ein die Patientin begleitendes und hinderndes Thema identifiziert. Es stand dem Genuss im Weg. Vor allem zu Beginn hatte Frau M. das Gefühl, eine ‘gute Patientin’ sein zu müssen und sich entspannen zu müssen, als eine Art Gegenleistung. Jedoch sind Hingabe, Sich-etwas-Überlassen, Es-geschehen-Lassen oder Genießen Vorgänge, die man nicht leisten kann. (Timmermann, 1989). Sie bedeuteten eine Aufgabe der Kontrolle, was für Frau M., deren Kontroll- und Sicherheitsbedürfnis groß war und deren Selbstwert sich stark über Leistung definierte, sehr schwierig war. Dieser Widerspruch wurde im Laufe der Sitzungen deutlich und konnte thematisiert werden. Verschiedene Aspekte ihrer Leistungsbereitschaft und -fähigkeit konnten jedoch auch im Sinne einer Ressource erkannt und aktiviert werden.

In der weiteren musiktherapeutischen Arbeit mit der Körpertambura wurde das Thema ‘Genuss’ ein zentrales. Die Sehnsucht danach wurde deutlich, genießen im Sinne von wahrnehmen, zulassen und Hingabe konnte erspürt und geübt werden. Die Befriedigung des Grundbedürfnisses nach Lustgewinn nach Grawe (2007) war eine wesentliche Säule in der therapeutischen Beziehungsgestaltung.

Sowohl innerhalb einer Sitzung als auch bei Betrachtung des gesamten Prozesses wurden Veränderungen deutlich, die Frau M. immer wieder halfen, die Fortschritte ihres Heilungsprozesses wahrzunehmen. Dies war für sie sehr wichtig. Der Weg war mühsam und auch von Rückschritten durchzogen. Mit der Wahrnehmung auch kleiner Veränderungen ihrer körperlichen und gedanklichen Zustände, die ins Fließen gerieten, schöpfte sie Kraft und Hoffnung.

6. Fazit

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, in Form einer qualitativen Einzelfallstudie die körperlichen und psychischen Wirkungen der klangtherapeutischen Interventionen mit der Körpertambura und deren Einfluss auf den Verlauf einer Phagophobie, einer seltenen Angststörung, zu erforschen und zu beschreiben.

Die Grundlage der Forschung boten die im theoretischen Teil beschriebenen, verschiedenen Perspektiven auf die Körpertambura und ihre Wirkweisen. Es wurde dargelegt, dass Wirkungen der musiktherapeutischen Intervention mit der auf Klang und Berührung basierenden

Vorgehensweise auf zahlreichen Erkenntnissen aus verschiedenen Disziplinen wie u.a. Klangtherapie, Psychotherapie und Neurowissenschaften beruhen. Es konnte aufgezeigt werden, dass der musiktherapeutische Ansatz mit der Körpertambura eine ganzheitliche Vorgehensweise darstellt und die Patientin mit ihrer Erkrankung vor allem in ihrer Ganzheit im Sinne eines bio-psycho-sozio-spirituellen Verständnisses (Rüegg, 2016) betrachtet und behandelt wurde. Erkennbar wird in der Arbeit, dass der klang- und körpertherapeutische Zugang als ein psychodynamisch verstandenes Therapieangebot verstanden wird und für Angststörungen im Allgemeinen und die Phagophobie im Besonderen eine erweiternde bis vollwertige Möglichkeit der bestehenden therapeutischen Interventionen bietet.

Mit Hilfe der Methodologie der Grounded Theory wurden Therapie- und Supervisionsprotokolle sowie von der Patientin beantwortete Orientierungsfragen ausgewertet und zu Kategorien verdichtet. Diese Herangehensweise bot größtmögliche Offenheit innerhalb des therapeutischen Prozesses, indem aufgestellte Codes immer wieder hinterfragt und verglichen werden konnten und das Vorgehen entsprechend modifiziert werden konnte. Die herausgearbeiteten Ergebnisse fließen in die Beantwortung der Forschungsfragen ein:

- Welche direkten körperlichen und psychischen Wahrnehmungen beschreibt die Patientin nach einer Intervention durch das Spielen der Körpertambura und welche Auswirkungen hat dies auf die Entwicklung der Sitzung?

Die beschriebenen Klangwahrnehmungen verknüpfte die Patientin mit einer Schutzhülle, einem Eingehüllt-Werden. Im Sinne einer regressiven Erholung spürte sie hier ein Angenommen-Sein ohne Gegenleistung, was eine wichtige Voraussetzung für Vertrauen war. Das Bedürfnis nach Bindung wurde so genährt. Ein Sich-Öffnen und Sich-Mitteilen war dadurch erst möglich und Voraussetzung für das Gelingen der Therapie. Die Vibrationswahrnehmung wurden v.a. im Oberkörper beschrieben und führten zu einem Gefühl von Leichtigkeit und zu einer Auflösung der Körpergrenzen, wie sie auch in der Trance beschrieben wird. Die Patientin kam durch die körpernahen Interventionen wieder stärker in Kontakt mit ihrem Körper. Hingabe und Loslassen ließen sie ihre Genussfähigkeit entdecken und vermissen. Die Interventionen wirkten spannungsregulierend. Ein Prozess von körperlicher, aber auch gedanklicher Anspannung mit dem Ziel der Entspannung, bzw. dem Auflösen von negativen Gedankenspiralen oder ‘wirren’ Gedanken war spürbar und konnte durch die Verbalisierung nach der Intervention bewusst gemacht werden.

- Welche Themen werden durch die Körpertambura angesprochen? Gibt es Themenbereiche, die immer wieder anklingen?

Die Wahrnehmung und klang- und sensomotorisch geleitete Fokussierung auf körperliche Vorgänge führten zum leibhaftigen Empfinden körperlicher und seelischer Blockaden. Diese rückten durch die Verbalisierung ins Bewusstsein. Themen wie Selbstwert, Leistung, Genuss und das Wahrnehmen von Bedürfnissen klangen häufig an. Durch den Prozess des Nachnährens und Nachreifens wurde das Bedürfnis nach Bindung gestillt und Autonomiebestrebungen geweckt. Das Gewahr-Werden eines Prozesses der Veränderung war ein wichtiger, häufig erlebter Vorgang, welcher die Möglichkeit der Selbstwirksamkeit erlebbar werden ließ.

- Welche Wirkungen haben die klangtherapeutischen Interventionen mit der Körpertambura auf den Verlauf der Schluckangst?

Alle Themen, die im Laufe der Therapie anklangen, spielten meiner Meinung nach eine große Rolle für eine ganzheitliche Wahrnehmung der Patientin mit ihrer Erkrankung. Das Spielen auf der Körpertambura und das damit möglich gewordene Erleben funktionierten zunächst im Sinne des Containments als ein Aushalten schmerzhafter, dissonanter Erfahrungen. Die ganzheitliche Konsonanzerfahrung führte zu einem Prozess des Nachnährens und ließ Ressourcen bewusstwerden und sich verstärken, was für die Behandlung der Angsterkrankung eine erhebliche Rolle spielt. Grundbedürfnisse nach Bindung und Autonomie, Stärkung des Selbstwertes, Lustgewinn (Stucki & Grawe, 2007) wurden befriedigt. Das Bedürfnis nach Kontrolle war in den Sitzungen stark zu spüren und diesem wurde Raum gegeben, da es der Patientin eine große Sicherheit gab. Diese benötigte sie, um langsam loslassen zu können und zu genießen.

Für die Phagophobie und auch für Angsterkrankungen im Allgemeinen spielten die Interventionen insofern eine Rolle, als sie den Prozess unterstützten und die Patientin stärkten und es somit erst möglich war, dass sie sich ihren negativen Gefühlen und Empfindungen stellen und diese zulassen konnte.

Auf die möglichen psychodynamischen Erklärungen für die Ursachen der Angsterkrankungen Bezug nehmend, stellt der klangtherapeutische Zugang mit der Körpertambura eine große Chance dar, mangelnde frühe Bindungserfahrungen nachzunähren und so das Selbst zu stärken. Frühe Konflikte können mit Hilfe der auftauchenden Themen ins Bewusstsein gelangen. In der Therapie mit Frau M. bahnten sich im Laufe der Zeit einige mögliche Ursachen ihren Weg an die Oberfläche, die weiterbearbeitet werden konnten.

6.1. Diskussion

Aufgrund des multimodalen therapeutischen Ansatzes während der gesamten Behandlungsdauer ist es nicht festzustellen, welche Interventionen bestimmte Wirkungen letztendlich zu welchen Anteilen verursacht haben. So kann die direkte Wirkung und Entwicklung während einer Therapiesitzung betrachtet und beschrieben werden, im großen Prozess kommt der gezielten Intervention mit der Körpertambura ein nicht klar bestimmbarer Anteil zu.

Bei der Nutzung der Daten des Interviews besteht eine mögliche Verzerrung, da es sein kann, dass aufgrund der vorhandenen Selbstwertproblematik, die oben schon ausführlich beschrieben wurde, Frau M. die Antworten so formuliert hat, dass es meiner von ihr so angenommenen Erwartung entsprach. Sie war lange nicht in der Lage, sich fallenzulassen und zu öffnen und stark war ihr Bedürfnis, es anderen recht zu machen und Beziehung und Wertschätzung über Pflichterfüllung zu erhalten.

6.2. Ausblick

Die Arbeit mit der Körpertambura hat in mir weitere Interessen geweckt, denen forschend nachgegangen werden könnte:

- Welche Bedeutung hat der Einsatz der Stimme für die Arbeit mit der Körpertambura und für die Arbeit mit Frau M. als einer Patientin mit Schluckangst?[40]
- Was bewirken im Vergleich zur Körpertambura andere Instrumente in der klanggeleiteten Trance in der Therapie mit Frau M.?[41]
- Wie wirkt sich eine Kombination von Körpertambura und aktiver musiktherapeutischer Improvisation aus?
- Inwiefern kann die Körpertambura präventiv eingesetzt werden?

[40] In Kapitel 5.1.3. habe ich den Einsatz der Stimme als eine die nachnährend-matrizentrischen Dimension erweiternde Intervention beschrieben. Für die Patientin hatte das Mitsummen einen 'erheblichen Einfluss auf die Sitzung'. Es half ihr 'im Prozess des Loslassens und Entspannens während der Therapiestunde'. Selbst mitzusummen war jedoch eher kontraproduktiv, führte zu Verspannung und weniger Genuss.

[41] So z.B. die Rahmentrommel, der eine selbstwertstärkende Wirkung zugewiesen wird.

7. Literaturverzeichnis

Altenmüller, E. (2018). *Vom Neandertal in die Philharmonie: Warum der Mensch ohne Musik nicht leben kann*. Berlin: Springer.

Bandelow, B., Aden, I., Alpers, G. W., Benecke, A., Benecke, C., Deckert, J., …, Beutel, M. E. (2021). *Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen, Version 2.* https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-028l_S3_Behandlung-von-Angststoerungen_2021-06.pdf (letzter Zugriff am 11.8.2021)

Bassler, M. (2002). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Angststörungen*. Vortrag im Rahmen der 52. Lindauer Psychotherapiewochen. Lindauer Psychotherapiewochen. 23.4.2002

Bauer, S. (2018). *Musiktherapie*. München: Reinhardt.

Bergenthal, G. & Hemmer-Torhorst, P. (2015). Angst und Angststörungen—Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsansätze. In E. Glogau & A. Wölfl (Hrsg.), *Der Angst begegnen—In der Musiktherapie*. Wiesbaden: Reichert.

Berger, M. (Hrsg.). (2009). *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie* (3., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage mit Online-Zugang). München: Elsevier, Urban & Fischer.

Böhm, A. (1994). Grounded Theory—Wie aus Texten Modelle und Theorien gemacht werden. In A. Böhm, A. Mengel, & T. Muhr (Hrsg.), *Texte verstehen. Konzepte, Methoden, Werkzeuge.* (S. 121-140). Konstanz: UVK

Cramer, A. (2002). *Grundlagen und Möglichkeiten der Musik- und Klangtherapie als Behandlungsmaßnahme bei Tinnitus* (1. Auflage). Köln: Dohr.

Decker-Voigt, H.-H. (2009). *Musiktherapeutische Tiefenentspannung (MTE): Einführung in eine Methodik rezeptiver Musiktherapie*. Lilienthal/Bremen: Eres-Ed.

Decker-Voigt, H.-H., Oberegelsbacher, D. & Timmermann, T. (2020). *Lehrbuch Musiktherapie* (3., aktualisierte Auflage). München: Ernst Reinhardt.

Deutz, B. (2013). »Bauen Sie eigentlich auch Instrumente, mit denen man richtige Musik machen kann?«. *Musiktherapeutische Umschau*, *34*(3), 260–273.

Deutz, B., & Dietrich, C. (2005). Körpertambura—Ein neues musiktherapeutisches Instrument. In Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in Deutschland (Hrsg.), *Jahrbuch Musiktherapie* (Bd. 1, S. 59–82). Wiesbaden: Reichert.

Dietrich, C., Teut, M., Samwel, K. L., Narayanasamy, S., Rathapillil, T. & Thathews, G. (2015). Treating Palliative Care Patients with Pain with the Body Tambura: A Prospective Case Study at St. Joseph's Hospice for Dying destitute in Dindigul South India. *Indian Journal of Palliative Care*, *21*(2), 236–241.

Dilling, H. & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (2014). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (7., überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM (German Modification) 2014). Bern: Huber.

Dosch, J. & Timmermann, T. (2005). *Das Buch vom Monochord: Hören - Spielen - Messen - Bauen*. Wiesbaden: Reichert.

Eigner, D. & Rüegg, U. (2006). Trance, klanggeleitet–rhythmusgeleitet. Östliche und westliche Heilrituale im Vergleich. *Musikerziehung, Organ der AGMÖ*, *61*(12/06), 69–72.

Evans, I. M. & Pechtel, P. (2011). Phagophobia: Behavioral Treatment of a Complex Case Involving Fear of Fear. *Clinical Case Studies*, *10*(1), 37–52.

Fachner, J. (2021). Trance. In H.-H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 639–645). Göttingen: Hogrefe.

Flick, U. (Hrsg.). (1995). *Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (2. Auflage). Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union.

Glogau, E. & Wölfl, A. (Hrsg.). (2015). *Der Angst begegnen - in der Musiktherapie*. Wiesbaden: Reichert.

Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. *Psychotherapeut*, *44*(2), 63–73.

Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.). (2004). *Rezeptive Musiktherapie: Theorie und Praxis*. Wiesbaden: Reichert.

Frohne-Hagemann, I. (2021). Rezeptive Musiktherapie. In H.-H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 532–537). Göttingen: Hogrefe.

Hagena, S. & Gebauer, M. (2014). *Therapie-Tools Angststörungen: Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial* (1. Auflage). Weinheim: Beltz.

Hartwig, B., Schmidt, S. & Hartwig, I. (2016). COPD und Klangtherapie: Pilotstudie zur Wirksamkeit einer Behandlung mit Körpertambura bei COPD-Patienten. *Complementary Medicine Research*, *23*(4), 240–244.

Hess, P. (2005). Der Einsatz des Monochords in der Psychiatrie. In J. Dosch & T. Timmermann (Hrsg.), *Das Buch vom Monochord: Hören—Spielen—Messen—Bauen* (S. 43–55). Wiesbaden: Reichert.

Hoffmann, S. O. & Hochapfel, G. (Hrsg.). (2009). *Neurotische Störungen und psychosomatische Medizin* (8., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Schattauer.

Hüther, G. (2004). Ebenen salutogenetischer Wirkungen von Musik auf das Gehirn. *Musiktherapeutische Umschau*, *25*(1), 16–26.

Hüther, G. (2017). Wie Embodiment neurobiologisch erklärt werden kann. In M. Storch, B. Cantieni, G. Hüther & W. Tschacher, *Embodiment: Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen* (3., unveränderte Auflage, S. 73–97). Bern: Hogrefe.

Hüther, G. (2020). *Wege aus der Angst. Über die Kunst, die Unvorhersehbarkeit des Lebens anzunehmen.* Göttingen: Vandenhoek & Ruprecht.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., … Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, *85*(1), 77–87.

Kast, V. (2014). *Vom Sinn der Angst: Wie Ängste sich festsetzen und wie sie sich verwandeln lassen* (7. Aufl., (13. Gesamtauflage)). Freiburg: Herder.

Kölsch, S. (2019). *Good Vibrations—Die heilende Kraft der Musik*. Berlin: Ullstein.

Lee, E.-J., Bhattacharya, J., Sohn, C. & Verres, R. (2012). Monochord sounds and progressive muscle relaxation reduce anxiety and improve relaxation during chemotherapy: A pilot EEG study. *Complementary Therapies in Medicine*, *20*(6), 409–416.

Lelong, C., Körting, A., Maul, H. & Stammer, H. (2005). Musiktherapeutische Entspannung für Frauen mit einer Risikoschwangerschaft: Erste Erfahrungen und Ergebnisse einer Pilotstudie. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, *73*(10), A55.

Loos, G. K. (1995). Der Dialog in der Musiktherapie zwischen diagnostischen und therapeutischen Dimensionen. *Musiktherapeutische Umschau*, *16*(1), 5–15.

Metzner, S. (2012). Ein Fall von Zimmerlautstärke – Musiktherapie und soziale Angst. *Musiktherapeutische Umschau*, *33*(3), 253–268.

Mey, G. & Mruck, K. (2020). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie.* Wiesbaden: Springer

Michels, U. (2008). *dtv-Atlas Musik, Systematischer Teil: Musikgeschichte von den Anfängen bis zur Renaissance* (Original-Ausgabe, 22., durchgesehene und korrigierte Auflage). München: DTV.

Morschitzky, H. (2019). *Wenn Furcht zur Phobie wird: Ein Selbsthilfeprogramm - Spezifische Phobien verstehen und bewältigen.* Ostfildern: Patmos.

Plag, J. & Ströhle, A. (2020). Angststörungen. In G. Roth, A. Heinz, & H. Walter (Hrsg.), *Psychoneurowissenschaften* (S. 327–354).

Reddemann, L. & Wetzel, S. (2018). *Der Weg entsteht unter deinen Füßen: Achtsamkeit und Mitgefühl in Übergängen und Lebenskrisen* (Neuausgabe). Freiburg Basel Wien: Herder.

Reid, D. B. (2016). A Case Study of Hypnosis for Phagophobia: It's No Choking Matter. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *58*(4), 357–367.

Riedelsheimer, T. (2004). *Touch the sound—A sound journey with Evelyn Glennie*. Piffl Medien.

Riemann, F. (2002). *Grundformen der Angst* (34., überarbeitete und erweiterte Auflage). München; Basel: E. Reinhardt.

Rittner, S. (1997). Vom Sinn der Sinnlichkeit – Körper und Bewußtsein. In H. J. Leuner & M. Schlichting (Hrsg.), *Jahrbuch 1996 des Europäischen Collegiums für Bewußtseinsstudien* (S. 69–85). Berlin: VWB.

Rittner, S. (2021). Vokale Musiktherapie. In H.-H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 663–668). Göttingen: Hogrefe.

Rittner, S., Fachner, J., & Hess, P. (2009). Klangtrance. In H.-H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 234–240). Göttingen: Hogrefe.

Rodrigues, M. F., Nardi, A. E. & Levitan, M. (2017). Mindfulness in mood and anxiety disorders: A review of the literature. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *39*(3), 207–215.

Ross, U. H. (2010). Entspannung: Neuropsychobiologische Aspekte einer vernachlässigten Selbstverständlichkeit. *Schweizerische Zeitschrift für Ganzheitsmedizin/Swiss Journal of Integrative Medicine*, *22*(2), 100–113.

Rüegg, U. (2014). Rezeptive Musiktherapie mit spezieller Berücksichtigung musikinduzierter Veränderter Wachbewusstseinszustände. In T. Stegemann & E. Fitzthum (Hrsg.), *Wiener Ringvorlesung Musiktherapie: Grundlagen und Anwendungsfelder der Musiktherapie; ein Kurzlehrbuch* (S. 51–64). Wien: Praesens.

Rüegg, U. (2016). *Mystische Spiritualität und Ganzheitliche Therapie; Betrachtungen zu einem erweiterten Krankheits- und Heilungsverständnis in Psychotherapie, Psychiatrie und Medizin*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Theologische Fakultät der Universität Zürich.

Schmidt, H. U., Stegemann, T. & Spitzer, C. (Hrsg.). (2020). *Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen* (1. Auflage). München: Elsevier.

Schmidt-Traub, S. (2014). *Panikstörung und Agoraphobie: Ein Therapiemanual* (4., überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Schmucker, A. (2004). Die klanggeleitete Trance nach Wolfgang Strobel. In I. Frohne-Hagemann (Hrsg.), *Rezeptive Musiktherapie: Theorie und Praxis* (S. 65–87). Wiesbaden: Reichert.

Spahn, C., Bernatzky, G. & Kreutz, G. (2015). Musik und Medizin—Ein Überblick. In G. Bernatzky & G. Kreutz (Hrsg.), *Musik und Medizin: Chancen für Therapie, Prävention und Bildung* (S. 17–24). Wien: Springer.

Spintge, R. (2021). MusikMedizin. In H.-H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 390–394). Göttingen: Hogrefe.

Spintge, R. & Nöcker-Ribaupierre, M. (2021). Schmerztherapie. In H.-H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Spitzer, M. (2002). *Musik im Kopf: Hören, musizieren, verstehen und erleben im neuronalen Netzwerk*. Stuttgart; New York: Schattauer.

Stegemann, T. (2021). Neurobiologische Grundlagen. In H.-H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 437–445). Göttingen: Hogrefe.

Stegemann, T. (2020). *Was MusiktherapeutInnen über das Gehirn wissen sollten Neurobiologie für die Praxis*. München: Ernst Reinhardt.

Steinmetz, A. (2018). Leiblichkeit in der Begegnung mit dem kommunikativ eingeschränkten Menschen-Die verkörperte Haltung des Dialogischen Prinzips. *NovaCura*, *49*(4), 21–24.

Strobel, W. (1988). Klang–Trance–Heilung. Die archetypische Welt der Klänge in der Psychotherapie. *Musiktherapeutische Umschau*, *9*(2), 119–139.

Strobel, W. (1992). Die klanggeleitete Trance. Eine analytisch orientierte Form nonverbaler Hypnotherapie. *Hypnose und Kognition*, *9*(1+2), 98–117.

Strobel, W. (1999). Die klanggeleitete Trance in der Psychotherapie. In W. Strobel (Hrsg.), *Reader Musiktherapie: Klanggeleitete Trance, musiktherapeutische Fallsupervision und andere Beiträge* (S. 99–142). Wiesbaden: Reichert.

Ströhle, A., Gensichen, J. & Domschke, K. (2018). Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt*, *115*, 611–620.

Stucki, C., & Grawe, K. (2007). Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung: Hinweise und Handlungsanweisungen für Therapeuten. *Psychotherapeut*, *52*(1), 16–23.

Teut, M., Dietrich, C., Deutz, B., Mittring, N. & Witt, C. M. (2014). Perceived outcomes of music therapy with Body Tambura in end of life care—A qualitative pilot study. *BMC Palliative Care*, *13*(1), 18.

Timmermann, T. (1989). *Die Musen der Musik: Stimmig werden mit sich selbst* (1. Aufl). Zürich: Kreuz.

Timmermann, T. (2020). Praxeologie. In H.-H. Decker-Voigt, D. Oberegelsbacher, & T. Timmermann (Hrsg.), *Lehrbuch Musiktherapie* (3., aktualisierte Auflage, S. 55-65). München: Ernst Reinhardt.

Timmermann, T. (2021). Harmonikale Forschung. In H.-H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 235–238). Göttingen: Hogrefe.

Tomatis, A. (1996). *Der Klang des Lebens: Vorgeburtliche Kommunikation - die Anfänge der seelischen Entwicklung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Trost, C. (2021). *Die Klangliege in der musiktherapeutischen Einzelarbeit*. Wiesbaden: Reichert.

Warth, M., Keßler, J., Hillecke, T. K. & Bardenheuer, H. J. (2015). Music Therapy in Palliative Care. *Deutsches Aerzteblatt Online*.

WHO. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.* Genf: World Health Organization. (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=829EAD6A4E0473EBDE28F4FD23B8D556?sequence=1) (letzter Zugriff am 2.8.2021).

Wöller, W. & Kruse, J. (Hrsg.). (2015). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* (4., aktualisierte Auflage). Stuttgart: Schattauer.

Wörner, K. H. (1980). *Geschichte der Musik: Ein Studien- und Nachschlagebuch* (7. Aufl., durchges. u. erg). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Wulandari, P. (2020). Panic Disorder with Choking Phobia: A Case Report. *Scientia Psychiatrica*, *1*(2), 25–30.

Anmerkungen Frau M.s zu den in der Arbeit abgedruckten Bildern, die sie unmittelbar nach musiktherapeutischen Sitzungen mit der Körpertambura gemalt hat:

Die Themen an sich sind ja Kontrolle, loslassen, Sicherheit und Stabilität.
Für mich ist die Kontrolle irgendwie immer blau, loslassen orange oder auch gelblich und Sicherheit hat irgendwie was lila/magenta-farbenes. Vielleicht sehe ich in Trance deshalb auch immer magenta-lila - da fühle ich mich wie angekommen und sehr sicher.

Bild 1 ist genau das Farbspektrum was ich immer in der Trance sehe - die habe ich durch die Körpertambura von Anfang an erfahren und das ist mein liebster Zustand.

Bilder 2 und 3 habe ich zusammen gemalt - da kann ich mich aber leider nicht mehr an das Thema der Sitzung erinnern.

Bild 4 und 5 habe ich auch zusammen gemalt - da weiß ich noch, dass es die Sitzung war in der wir direkt gestartet haben - wo ich erst voller Gedanken war und dachte ich kann mich gar nicht entspannen, weil mein Kopf noch so voll ist - aber habe dann LOSGELASSEN und am Ende war es leichter als davor und ich habe irgendwie erfahren, dass die Dinge manchmal auch leichter werden können, in einem selbst - ohne sie zu zerreden oder sonstiges.

Masterstudiengang Musiktherapie
Universität der Künste Berlin
Zentralinstitut für Weiterbildung

Maike Krullmann
Lohmühlenstr. 62
12435 Berlin

Einverständniserklärung

- Die Einzelfallstudie trägt den Titel **Die Körpertambura in der Einzelmusiktherapie** und soll die Auswirkungen des Klangs der Körpertambura auf die Patientin untersuchen.
- Die Studie wird im Rahmen der Masterarbeit im Studiengang Musiktherapie an der Universität der Künste durchgeführt.
- Im Rahmen dieser Studie werden folgende Daten erhoben: Therapieprotokolle, Notizen zu Supervisionen und anderen Gesprächen, evtl. entstandene Bilder nach Therapiesitzungen, Texte der Patientin anhand gestellter Orientierungsfragen
- Die Daten und Informationen werden anonymisiert, so dass Rückschlüsse auf die Person nicht möglich sind.
- Verantwortlich für die Auswertung der Daten ist Maike Krullmann
- Bilder und einzelne Aussagen, aus denen die Identität der Patientin nicht hervorgeht, können in der Arbeit abgebildet werden.

Hiermit erkläre ich mich mit oben genannten Punkten einverstanden.

_____

Ort/ Datum Unterschrift

Orientierungsfragen zur Musiktherapie mit der Körpertambura

1. Biografisches (z.B. meine persönliche und/oder familiäre Situation; welche Probleme/Erkrankungen belasten mich, seit wann; Umwelt, Arbeit, Lebenskontext)
2. Welche therapeutischen Erfahrungen gab/gibt es? Welche Hilfe entstand dadurch?
3. Kannte ich die Körpertambura schon? Oder auch allgemein die Musiktherapie?
4. Wenn ja, welche Berührungen damit gab es und welche Erfahrungen?
5. Welche Erfahrungen konnte ich bisher mit der Körpertambura machen?
6. Wie stark ist mein Fokus beim Thema Anspannung-Entspannung? Gibt es körperliche Veränderungen während einer Intervention?
7. Welche Themen wurden durch das 'Bespielt-Werden' zum Klingen gebracht?
8. Welche Rolle spielt für mich das Verbalisieren oder Nichtverbalisieren der eigenen Themen?
9. Welche Rolle spielt das Fokussieren bzw. das Offenlassen eines Themas vor der Intervention mit der Körpertambura?
10. Spielte das Summen der Therapeutin für mich eine Rolle? Wenn ja, welche?
11. Welche Erfahrungen habe ich selber beim Summen gemacht.
12. Gab es Unterschiede, je nachdem ob die Körpertambura am Anfang oder gegen Ende der Sitzung gespielt wurde?
13. Welche Rolle spielte die Vibration? Gab es Unterschiede, je nachdem wo die Körpertambura lag?
14. Gab es eine Sitzung, die mir besonders im Gedächtnis geblieben ist? Warum? Was geschah?
15. Wo stehe ich jetzt? Wie geht es mir? Hat sich für mich etwas verändert?

Diese Fragen sind als Orientierung gedacht und sollen nicht einzeln beantwortet werden, sondern es kann gerne ein freies Schreiben entstehen. Sie müssen auch nicht alle beantwortet werden. Wenn es noch Punkte gibt, die wichtig waren, aber hier nicht angesprochen werden, können die sehr gerne ergänzt werden.

Ganz herzlichen Dank für die Teilnahme!

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit über das Thema ‚**Die Körpertambura in der Einzelmusiktherapie bei Angststörungen – eine Einzelfallanalyse**‘ in der gesetzten Frist selbständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen verwendet habe.
Alle Stellen der Arbeit, die anderen Werken wörtlich und sinngemäß entnommen wurden, sind unter Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht.
Die Zeichnungen, Kartenskizzen, bildlichen Darstellungen, Statistiken und musikalischen Notenbeispiele sind von mir verfasst, soweit nicht als Entlehnung gekennzeichnet.

_____

Ort, Datum Unterschrift