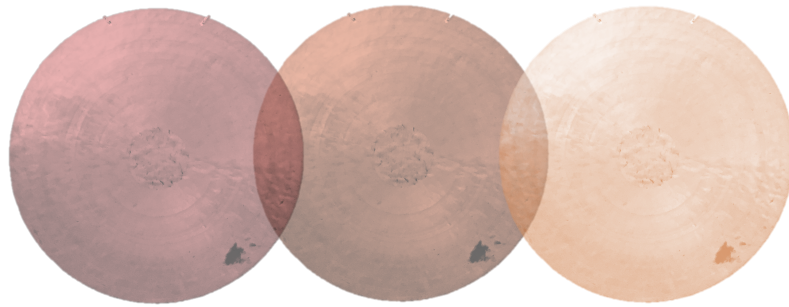


Zürcher Hochschule der Künste
in Kooperation mit der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik
MAS in Klinische Musiktherapie



Weibliche Identität und Sexualität

Ein musiktherapeutisches Angebot für Frauen

Thesis zur Erlangung des Titels
Master of Advanced Studies in Klinische Musiktherapie

Vorgelegt von: Jasmin Andergassen

Mentorin: Felicitas Sigrist
Zweitgutachterin: Beate Roelcke
Luzern, Mai 2021

Abstract

Die vorliegende Arbeit skizziert ein musiktherapeutisches Angebot, um Frauen bei der Integration und Verbindung mit der eigenen weiblichen Identität, Sinnlichkeit und Sexualität zu begleiten. Die Thesis beleuchtet die Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" aus historischer, soziokultureller und gesellschaftlicher Sicht und beschreibt das Körpererleben und die sexuelle Gesundheit von Frauen. Anhand musiktherapeutischer Grundlagen und Ansätzen anderer Therapierichtungen, werden Interventionen und Methoden beschrieben, die sich für eine Auseinandersetzung mit der Thematik eignen könnten. Eine schriftliche Umfrage bei praktizierenden Musiktherapeut*innen untersucht das Auftauchen der Thematik und wie kompetent sich die Teilnehmenden im Umgang mit der Thematik einschätzen. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass gewisse Themenbereiche der Thematik oft auftauchen und sich Musiktherapie für deren Bearbeitung eignet. Für andere in der Literatur beschriebenen Themenbereiche, ergab die Untersuchung wenig musiktherapeutische Interventionen und Methoden, die sich erweisen, respektive bewährt, haben. Im Schlussteil werden theoretische Überlegungen beschrieben, inwiefern sich Musiktherapie auch für tabubehaftete Themenbereiche eignen würde und wie damit umgegangen werden könnte.

Schlüsselwörter

Musiktherapie – Sexualität – Frauen – Weiblichkeit – Identität – Frau-Sein – sexuelle Gesundheit – Gender – Körper – Körperbild – Frauenmusiktherapie

Female Identity and Sexuality

A Music Therapeutic Setting for Women

This master thesis outlines a music therapeutic offer for helping women to integrate and connect with their own female identity, sensuality and sexuality. The thesis looks at the topic "female identity and sexuality" from a historical, social and cultural point of view and describes the body experience and sexual health of women. On the basis of music therapeutic literature and approaches from other therapies, the thesis presents interventions and methods that could be suitable for engaging with the topic. A written survey with practicing music therapists examines the emergence of the topic and how competent the participants assess themselves concerning the handling of the topic. The results of the research show that specific areas of the subject appear often and music therapeutic interventions and methods are suitable for treating those. For other areas of the topic, that are also being described in the references, the research shows only few music therapeutic suitable approaches. In the final part of the paper, theoretical considerations point out to what extent music therapy could be suitable also for taboo subject areas and how they could be approached.

Keywords

music therapy – sexuality – women – femininity – identity – womanhood – sexual health
– gender – body – body image – women music therapy

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	1
THEORETISCHER HINTERGRUND	7
1 Begriffsklärung	7
1.1 Geschlecht – Gender – Sex	7
1.2 Identität und Sexualität.....	9
1.3 Weiblich – die Klientel Frauen	11
1.4 Therapie.....	13
2 Die Thematik "Weibliche Identität und Sexualität"	15
2.1 Historische Dimension	16
2.2 Soziokulturelle und gesellschaftliche Dimension	18
2.3 Körper und Körperbild von Frauen	21
2.4 Entwicklungsaufgaben von Frauen im Erwachsenenalter.....	24
2.5 Sexuelle Gesundheit von Frauen.....	25
3 Musiktherapeutische Grundlagen im Kontext der Thematik.....	29
3.1 Frauenmusiktherapie	29
3.2 Musiktherapeutisches Sein und Handeln	31
3.3 Das Medium Musik.....	33
3.4 Musiktherapeutische Interventionen/Methoden	36
4 Ansätze anderer Therapien im Kontext der Thematik.....	47
4.1 Das Thema Sexualität in der Therapie	48
4.2 Körperpsychotherapie	51
4.3 (Neo-) Tantra	53
4.4 Achtsamkeitstraining.....	55
4.5 Bewegungs- und Tanztherapie	57
4.6 Sexuelle Bildung	58
EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG	61
5 Fragestellungen und Hypothesen	61
6 Untersuchungsmethode: Schriftliche Befragung.....	62
6.1 Datenerhebung.....	63
6.2 Datenaufbereitung	65
6.3 Auswertung	66
7 Ergebnisse.....	68
7.1 Quantitative Resultate	68

7.2	Qualitative Resultate	72
7.3	Kritische Reflexion des Untersuchungsdesign.....	79
DISKUSSION UND SCHLUSSBETRACHTUNGEN		81
8	Bezugnahme auf Fragestellungen und Hypothesen	81
8.1	Musiktherapie eignet sich für die Auseinandersetzung mit der Thematik	81
8.2	Die Thematik in der musiktherapeutischen Praxis.....	84
8.3	Relevanz für die Musiktherapie	86
9	Schlussbetrachtungen und Ausblick.....	88
QUELLENVERZEICHNISSE		92
10	Literaturverzeichnis	92
11	Abbildungsverzeichnis	96
ANHANG		97
12	Fragebogen	97
13	Umfrageergebnisse	103
Dank		114
Erklärung zur Urheberschaft		115

EINLEITUNG

«Jeder Mensch hat etwas, das sich Sexualität nennt. Sexualität – eigentlich ein seltsamer Begriff. Als gäbe es eine irgendwie zusammenhängende Einheit, die man benennen könnte, und nicht eine Fülle von Bedürfnissen, Neigungen, Wünschen, Phantasien, erträumten oder realen Begegnungen, Zeiten von Rausch und Begehren und Zeiten von Fragen und Verwirrungen, alles in einem Menschen und immer wieder im Wandel» (Stokowski, 2016, S. 122)

Meine Themenwahl der Sexualität stellte mich vor viele Herausforderungen und es brauchte Mut und Energie, bei der Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" zu bleiben. Dass ich es schlussendlich gewagt habe, über dieses vielschichtige, komplexe und intime Thema zu forschen und zu schreiben, verdanke ich meiner inneren Stimme. Und meinem Hinhören darauf.

Mir war klar, dass ich für meine Masterarbeit ein Thema wähle, welches mich persönlich interessiert und bewegt. Während der Zeit der Themenfindung beschäftigten mich gesundheitlich Themen, die mich, neben der musiktherapeutischen Selbsterfahrung, zu Literatur und Erfahrungen mit Schamanismus, Movement Medicine, 5 Rhythmen, Yoga, Integrativer Körperpsychotherapie, Meditation, Beckenbodenphysiotherapie und Tantra führten. Durch Anstöße dieser Ansätze wurden bei mir Fragen bezüglich Identität, Körper, Spiritualität, Weiblichkeit und Sexualität präsent. *Was bedeutet Weiblichkeit für mich? Darf, und wie kann ich mich, in der heutigen Zeit weiblich zeigen? Welches Bild von "Frau-Sein" habe ich in meiner Erziehung erfahren und unbewusst übernommen? Möchte ich gleichzeitig arbeitstätig und Mutter sein und wenn ja, erträgt das unsere Gesellschaft? Welchen Bezug habe ich zu meinem Körper? Wie lebe ich Sexualität? Wie praktiziere ich Selbstliebe? Wie erlebe und lebe ich Lust?*

Während mich diese Fragen tagtäglich beschäftigten und ich nach unterstützender Begleitung für die Auseinandersetzung mit diesen Themen suchte, steckte ich doch selber mitten in einer therapeutischen Ausbildung. Ich fragte mich, ob Musiktherapie ein Angebot bieten könnte, um Fragen zur Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" auf den Grund gehen zu können. Mein Gefühl sagte ja, denn «in wohl kaum einem anderen

Lebensbereich sind wir so sprachlos wie in der Sexualität» (Christinger, 2017, S. 94) und Musiktherapie bietet durch das Medium Musik ein Ausdrucksmittel jenseits der gesprochenen Sprache an. Gerade im Bereich von Psychotherapie ist vieles «ungreifbar» und schwer definierbar (Breiter, 1991, S. 83). Musik und Instrumente dagegen sprechen eine deutliche Sprache, sie sind «handfeste Realität und Brücke zwischen Therapeutin und Klientin» (ebda, S. 83f.). Musik enthält ebenso wie Musiktherapie ein Stück Gegenwelt, in welcher versucht wird, in einer wortüberfluteten Welt innezuhalten und sich auf andere Ausdrucksmöglichkeiten zu besinnen. Musik kann in Form von selbst hervorgebrachten Klängen und Tönen für Frauen einen weniger vorbelasteten «Weg der Selbsterkenntnis» anbieten (ebda, S. 79).

Es gibt auch neurologische Untersuchungen die zeigen, dass bei intensiven Musikerlebnissen die gleichen Hirnregionen aktiv sind, respektive die gleichen hormonellen Ausschüttungsprozesse passieren, wie bei sexuellen Aktivitäten (Kreutz & Bernatzky, 2015, S. 231, 343).

Die vorliegende Masterthesis soll untersuchen, ob sich die Annahme, dass sich Musiktherapie für die Begleitung der Auseinandersetzung mit der Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" eignet, bestätigen lässt. Die erste Fragestellung lautet:

Eignen sich musiktherapeutische Interventionen/Methoden¹ für eine Begleitung von Frauen, die sich mit der Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" auseinandersetzen wollen?

Für mich trifft die Auseinandersetzung mit der Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" einen Nerv der Zeit. Der Austausch mit Frauen aus meinem Umfeld bestätigt mir, dass die Thematik für viele sehr gegenwärtig ist. Julia Sparmann ist Sexualwissenschaftlerin, Sexualberaterin und Referentin für Sexuelle Bildung und schreibt (2018, S. 9):

«Trotz der sogenannten »sexuellen Liberalisierung« in der Gesellschaft sind Frauen heute nicht so »sexuell erfüllt«, wie sie es sich wünschen. Die Aneignung der eigenen Lust und Sexualität stellt bis heute eine Herausforderung dar, bei der es kaum Unterstützung gibt».

¹ Für die vorliegende Arbeit werden die Begriffe «Interventionen» und «Methoden» synonym verwendet und als Begrifflichkeit «Interventionen/Methoden» zusammengefasst.

Die zweite Fragestellung dieser Masterthesis zielt darauf ab herausfinden, ob und wie sich die Thematik in der musiktherapeutischen Praxis zeigt und wie kompetent sich praktizierende Musiktherapeut*innen im Umgang damit fühlen. Die zweite Fragestellung lautet:

*Wie und unter welchen Umständen taucht die Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" in der musiktherapeutischen Praxis auf und wie kompetent fühlen sich Musiktherapeut*innen im Umgang damit?*

Diese zwei Fragestellungen brachten die grosse Herausforderung mit sich, die vielschichtige Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" durch eine klare Begriffsklärung einzugrenzen und von angrenzenden Themen und Fragen abzugrenzen. Es drängte sich zum Beispiel der Gender-Diskurs auf und damit die Frage, ob man heute noch von „weiblicher“ Identität sprechen darf. So merkte eine Teilnehmerin der schriftlichen Umfrage der empirischen Untersuchung an², dass sie «Mühe mit dem Begriff der weiblichen Identität» habe und ob das ein «feststehender Begriff aus den Geschlechtertheorien» sei. «Mit der Verknüpfung von Identität und Geschlecht» verbinde sie «die Gefahr, dass sich Identitätsbildung eben nicht von der Identifikation mit einem Geschlecht und der zugesprochenen Rolle lösen» lasse. Die Anmerkung dieser Umfrageteilnehmerin bestätigte die Wichtigkeit einer Begriffsklärung und einer Ein- und Abgrenzung der Thematik auf.

Die Paar-, Sexual- und Körperpsychotherapeutin Doris Christinger (2017, S. 14) schreibt, dass Sexualität alle Lebensbereiche berühre.

«[Sexualität] spielt in unseren Beziehungen eine wichtige Rolle und konfrontiert uns mit unserer Identität als Frau, sie verbindet uns mit unserem Körper und unseren Sinnen, und sie beeinflusst unsere Gesundheit, auf allen Ebenen – physisch, psychisch und geistig» (ebda).

Das Zitat zeigt, dass für die Auseinandersetzung von Frauen mit ihrer Sexualität, der geschlechtlichen Identität eine wichtige Bedeutung zukommt. Auf unserem kulturhistorischen Hintergrund ist für viele Frauen die Entwicklung ihrer eigenen Identität, Stimme und Meinung immer noch und immer wieder eine Herausforderung (Schroeter, 2017, S. 195). Besonders herausfordernd ist die Inbesitznahme der eigenen Sinnlichkeit und Sexualität sowie die Identifikation mit den eigenen Begehren (ebda).

² Sämtliche wörtliche Zitate der Umfrage sind im Anhang zu finden.

Aus diesen Gründen habe ich mich entschieden, meine Masterarbeit über und für Frauen zu schreiben. Damit meine ich nicht, dass die Auseinandersetzung mit der Thematik Identität und Sexualität für Frauen wichtiger ist, als für alle anderen Geschlechter. Die Autorin und Kolumnistin Margarete Stokowski (2016, S. 8) schreibt:

«Eine Frau zu sein oder ein Mann zu sein bedeutet Arbeit. Jemand zu sein, der dazwischen oder jenseits davon liegt oder von einem zum anderen wechselt, bedeutet noch mehr Arbeit».

Ich fände es zum Beispiel wichtig, dass auch über Männer und die männliche Identität und Sexualität geschrieben würde, denn:

«Es gibt tausend Beispiele, die zeigen, dass Frauen heute schon wesentlich mehr können und dürfen als vor fünfzig oder hundert Jahren, sich aber die Spielräume von Männern keineswegs ähnlich stark geöffnet haben. Stattdessen gibt es immer noch weitverbreitet merkwürdige Bilder von Männern, und ich glaube, wenn ich ein Mann wäre, würde ich mich darüber beschweren. Angeblich denken Männer alle sieben Sekunden an Sex, aber das lässt die Frage aufkommen, wie sie es je geschafft haben, die Relativitätstheorie aufzustellen, die Buddenbrooks zu schreiben oder Schachweltmeister zu werden» (Stokowski, 2016, S. 224).

Die Absicht der vorliegenden Arbeit ist es, ein musiktherapeutisches Angebot zu skizzieren, um Frauen bei der Integration und Verbindung mit der eigenen weiblichen Identität, Sinnlichkeit und Sexualität zu begleiten. Die vorliegende Masterthesis soll dazu beitragen, Berührungängste mit dem Thema Sexualität in der Musiktherapie abzubauen und durch die Ergebnisse der Literaturrecherche und der empirischen Untersuchung zu einem sichereren und selbstverständlicheren therapeutischen Umgang mit der Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" beitragen.

Sexualität «geht uns alle an» (Christinger, 2017, S. 14), sie ist ein «zentraler Bestandteil des Menschseins» (BZgA, 2011, S. 18) und «eine als befriedigend erlebte Sexualität leistet einen wichtigen Beitrag an die psychische Gesundheit des Menschen» (EKSG, 2015, S.3).

«Wir können viele laute Forderungen für sexuelle Freiheit und Selbstbestimmung stellen, aber wenn es darum geht, diese Forderungen in unsere Beziehungen einzubringen, bedarf es Fragen, die viel leiser sind als alles, was sich in öffentlichen Diskussionen abspielt: Wie fühlt sich das an? Willst du das? Was wünschst du dir? [...] Nicht über unsere Wünsche und Grenzen zu sprechen bedeutet, Fragen auf Konfliktfälle zu verschieben oder ganz runterzuschlucken, und beides ist nicht gut» (Stokowski, 2016, S. 218).

Aus diesen Gründen erachte ich die Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" als relevant für die musiktherapeutische Praxis und Forschung.

Aufbau der Arbeit

Im ersten Teil der Arbeit wird der theoretische Hintergrund dargelegt. Zuerst erfolgt die Begriffsklärung (Kapitel 1) und anschliessend wird die Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" anhand bestehender Literatur erörtert und aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet (Kapitel 2). Erste Recherchen im Bibliotheksverzeichnis bestätigten die Annahme, dass es keine Quellen zu Musiktherapie mit dem Fokus Sexualität gibt. Um den theoretischen Hintergrund darzulegen, wurde die Literatursuche auf folgende Kriterien ausgeweitet:

1. Musiktherapie und: Körper/Frauen/Weiblichkeit/Sexualität/Identität
2. Musik und: Körper/Frauen/Weiblichkeit/Sexualität/Identität
3. Therapie und: Körper/Frauen/Weiblichkeit/Sexualität/Identität

Ausgeschlossen wurden Quellen mit Fokus auf Missbrauch, Trauma oder spezifischen Diagnosen, da diese Themen nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind. Die Ergebnisse der Literatursuche werden in Kapitel 3 dargestellt. Musiktherapeutische Forschungsergebnisse wurden in Bezug auf die Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" keine gefunden. Die erweiterte Suche nach den obigen Kriterien ergab keine für die vorliegende Arbeit relevanten Ergebnisse.

Da die musiktherapeutische Literatur zwar einige frauenspezifische Therapieansätze, jedoch nur sehr beschränkt in Bezug auf Sexualität ergab, wurde die Suche auf andere therapeutische Ansätze ausgeweitet, die auf die Thematik fokussieren. Diese werden in Kapitel 4 dargelegt.

Den zweiten Teil der Arbeit begründet die empirische Untersuchung. In einem ersten Schritt werden die Forschungsfragen und die daraus resultierenden Hypothesen skizziert (Kapitel 5) und anschliessend die Untersuchungsmethode der schriftlichen Befragung erläutert (Kapitel 6). Danach werden die Resultate der Untersuchung dargelegt und das Untersuchungsdesign kritisch reflektiert (Kapitel 7).

Den letzten Teil der Arbeit bilden die Diskussion und die Schlussbetrachtungen. In der Diskussion werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung zu den Fragestellungen und Hypothesen in Bezug gesetzt und mit der Theorie verknüpft und diskutiert (Kapitel

8). Den Abschluss der Arbeit bilden zusammenfassende Schlussbetrachtungen und weiterführende Gedanken (Kapitel 9).

Schreibweise

In dieser Arbeit geht es um das weibliche Geschlecht. Es wird daher hauptsächlich die weibliche Schreibform verwendet, obwohl mit der weiblichen Form, je nach Kontext, mitunter alle Geschlechter gemeint sind. Wenn explizit hervorgehoben werden soll, dass alle Geschlechter gemeint sind, wird die Schreibform Freund*innen verwendet. Wörtliche Zitate wurden wissenschaftlichkeitshalber in ihrer jeweiligen Schreibweise belassen³.

Um den Lesefluss aufrecht zu erhalten, wird der Hauptgegenstand der vorliegenden Theses – die Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" – mitunter auf die Bezeichnung „Thematik“ verkürzt. Der Autorin ist es wichtig anzumerken, dass das Benennen der tabuisierten Begrifflichkeiten wichtig ist und die Ausführung "Weibliche Identität und Sexualität" in der folgenden Arbeit nur leserlichkeitshalber weggelassen wird.

³ Es darf gestaunt werden, wie oft dies, nach wie vor, die männliche Form ist.

THEORETISCHER HINTERGRUND

In diesem Teil der Arbeit wird der theoretische Hintergrund der vorliegenden Thesis dargelegt. Zuerst erfolgt eine Begriffsklärung, anschliessend wird die Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" anhand bestehender Literatur erörtert und aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet. Danach werden Musiktherapeutische Grundlagen aus der Literatur dargelegt und abschliessend Ansätze, anderer Therapien im Kontext der Thematik aufgeführt.

1 Begriffsklärung

In diesem Kapitel werden die zentralen Begrifflichkeiten erläutert, um so die Thematik der vorliegenden Arbeit definieren und eingrenzen zu können. Folgend werden zuerst die Begriffe *Geschlecht – Gender – Sex* in Beziehung gesetzt und ausdifferenziert, anschliessend wird erläutert, weshalb für die Thematik der Begriff *Identität und Sexualität* gewählt wurde und was darunter zu verstehen ist. Danach werden die Begrifflichkeiten *weiblich* beziehungsweise die *Klientel Frauen* beleuchtet und für die Arbeit definiert. Zum Schluss dieses Kapitels wird dargelegt unter welchem Blickwinkel der Begriff *Therapie* in der vorliegenden Arbeit betrachtet wird.

1.1 Geschlecht – Gender – Sex

Gemäss den 'Standards für die Sexualaufklärung in Europa' des WHO-Regionalbüros und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, bezeichnet der Begriff *Geschlecht* «die biologischen Merkmale, durch die Menschen generell in männlich und weiblich unterschieden werden» (BZgA, 2011, S. 18). Im englischen Originaldokument der WHO (2006)⁴ beinhaltet die Definition, neben dem eben zitierten, noch einen

⁴«Sex refers to the biological characteristics that define humans as female or male. While these sets of biological characteristics are not mutually exclusive, as there are individuals who possess both, they tend to differentiate humans as males and females».

weiteren Satz, welcher darauf hinweist, dass sich diese zwei biologischen Merkmale nicht ausschliessen, weil es Menschen gibt, die beide Anlagen besitzen. Vermutungen darüber, weshalb dieser Satz im oben genannten Dokument des BZgA nicht erwähnt wird, sprengen den Rahmen dieser Arbeit.

Den Anlass für die Verwendung der Begriffe *Sex* und *Gender* gaben die Sexualwissenschaftler John Money und John Hampson, die in den 1950er-Jahren mit Menschen arbeiteten, die biologisch dem weiblichen oder männlichen Geschlecht zugewiesen worden waren, sich selbst jedoch dem jeweils anderen Geschlecht zugehörig fühlten. Um den Prozess der biologischen Geschlechtstransformation professionell begleiten zu können, zogen sie «die in der englischen Sprache zur Verfügung stehende Unterscheidung von Sex (biologisches Geschlecht) und Gender (grammatikalisches Geschlecht) heran» und führten diese in das medizinisch-psychiatrische Feld ein. Damit konnten sie das «Auseinandertreten von Geschlecht (Sex) und Geschlechtsidentität (Gender)» bezeichnen (Abdul-Hussain, 2012, S. 22f.). Die zwei englischen Begriffe *Sex* und *Gender* werden seither für die Unterscheidung von biologischem Geschlecht (Sex) und sozialem Geschlecht (Gender) gebraucht. Mittlerweile wird diese Trennung zum Teil als «verzerrend kritisiert [...] denn auch die Definition des biologischen Geschlechts wird durch soziale, kulturelle und historische Faktoren determiniert» (Steins, 2010, S. 13).

Abschliessend wird (nochmal) betont, dass nicht alle Menschen mit eindeutigen “primären Geschlechtsmerkmalen” geboren werden und sich nicht alle Menschen in die zweigeschlechtliche Ordnung einfügen (Tissberger, 2010, S. 371). Diese Menschen «leben als Transgender, Transsexuelle oder sonst irgendwo auf dem Kontinuum der Geschlechterverhältnisse – quer – zur Achse der Zweigeschlechtlichkeit» (ebda).

Im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit wird es, der Thematik wegen, vor allem um das weibliche Geschlecht in Abgrenzung zum männlichen gehen. Die Autorin der vorliegenden Arbeit erachtet es als wichtig und dringlich, dass der Diskurs über sexuelle und geschlechtliche Vielfalt weitergeführt wird, damit jeder Mensch «frei von Unterdrückung, Diskriminierung und Gewalt» (BZgA, 2011, S.19) leben kann.

1.2 Identität und Sexualität

«Wir können nicht untenrum frei sein, wenn wir es obenrum nicht sind, und umgekehrt. Das «Untenrum» ist der Sex und das «Obenrum» unser Verständnis von uns selbst und den anderen – und beides gehört zusammen: Untenrum frei zu sein bedeutet Freiheit im sexuellen Sinne. Es bedeutet zu wissen, was uns gefällt und was wir uns wünschen, und es bedeutet, uns das Begehren zu erlauben, das in uns ist – immer so weit, dass die Freiheit der anderen respektiert bleibt. Obenrum frei zu sein bedeutet Freiheit im politischen Sinne: frei von einengenden Rollenbildern, Normen und Mythen» (Stokowski, 2016, S.143)

Das obige Zitat von Stokowski beschreibt umgangssprachlich inwiefern sich die zwei Begriffe *Identität und Sexualität* gegenseitig bedingen und zusammen zu betrachten sind. Mit der Identität ist das Bewusstsein der Einmaligkeit und Unverwechselbarkeit verbunden und die Geschlechtszugehörigkeit gehört zu diesem Identitätsbewusstsein (Bischof-Köhler, 2011, S. 69). Gemäss Krüger-Kirn (2017, S. 241) haben «Konflikte, die Menschen in eine therapeutische Praxis führen [...] immer auch mit ihrer geschlechtlichen und sexuellen Identität und Zufriedenheit zu tun». Den Umgang mit Sexualität erschweren nicht nur gesellschaftliche Konventionen und ein immer noch existierender Hauch von Peinlichkeit, sondern auch das Faktum, dass dieser «vielschichtig, multifaktoriell zusammenhängend – und deshalb zwingend notwendig interdisziplinär – zu betrachten ist» (Aigner, 2013, S. 25). Indem die vorliegende Thesis für die Thematik die Begrifflichkeit *Identität und Sexualität* wählt, nimmt sie sich dieser Vielschichtigkeit an. Folgend wird erläutert, was darunter zu verstehen ist und was nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist.

Sexualität ist ein zentraler Bestandteil menschlicher *Identität* (BZgA, 2011, S. 24). «Alle Menschen werden als sexuelle Wesen geboren und müssen ihr sexuelles Potential [...] entwickeln» (ebda). Die WHO-Arbeitsdefinition von «Sexualität» lautet:

«Sexualität bezieht sich auf einen zentralen Aspekt des Menschseins über die gesamte Lebensspanne hinweg, der das biologische Geschlecht, die Geschlechtsidentität, die Geschlechterrolle, sexuelle Orientierung, Lust, Erotik, Intimität und Fortpflanzung einschließt. Sie wird erfahren und drückt sich aus in Gedanken, Fantasien, Wünschen, Überzeugungen, Einstellungen, Werten, Verhaltensmustern, Praktiken, Rollen und Beziehungen. Während Sexualität all diese Aspekte beinhaltet, werden nicht alle ihre Dimensionen jederzeit erfahren oder ausgedrückt. Sexualität wird beeinflusst durch das Zusammenwirken biologischer, psychologischer, sozialer, wirtschaftlicher, politischer, ethischer, rechtlicher, religiöser und spiritueller Faktoren» (BZgA, 2011, S. 18).

Aus dieser Definition geht für die vorliegende Arbeit hervor, dass Sexualität ein zentraler Bestandteil des Menschseins ist. Sie beschränkt sich nicht auf bestimmte Altersgruppen und ist von einer Vielzahl von Einflussfaktoren abhängig.

Wenn es um Sexualität geht, beschäftigt sich unsere Kultur und Gesellschaft vor allem mit Fragen der Häufigkeit sexueller Aktivität und der Anzahl Orgasmen. Die diffuseren und unteilbaren Aspekte der Sexualität sind weniger präsent in den Medien und Statistiken (Perel, 2006, S. 113). Da für viele Frauen vor allem die Inbesitznahme der eigenen Sinnlichkeit und Sexualität sowie die Identifikation mit dem eigenen Begehren eine Herausforderung ist (Schroeter, 2017, S. 195), nimmt die vorliegende Thesis den Fokus weg vom «sexuellen Leistungs- und Orgasmusdruck» (ebda, S. 212).

«Es ist diese aktiv-rezeptive Inbesitznahme ihrer Körperlichkeit, die den Frauen ihr sexuelles Selbstbewusstsein zurückgeben kann, sie [...] ihre Leidenschaft erleben lässt, die dabei erst einmal unabhängig vom Partner stattfindet [...] Frauen können [...] vor allem eine therapeutische Unterstützung gebrauchen, um eine freundliche, wohlwollende und zweifelsarme Beziehung zu ihrer eigenen, weiblichen Körperlichkeit und wie auch immer gearteten Lust oder Unlust aufzunehmen, die dem Druck, wie und für wen auch immer »richtig« sein zu müssen, das Erleben des unmittelbaren Selbstgefühls entgegengesetzt» (ebda, S. 201f.)

In der vorliegenden Arbeit ist die Auseinandersetzung mit *Identität und Sexualität* zusammenfassend so zu verstehen, dass es um das Entwickeln eines sexuellen Selbstbewusstseins unabhängig von einem Partner geht, «denn eine selbstwirksame Handlungsfähigkeit im Kontext von sexuellem Begehren ist ohne erfahrungsbasierte Kenntnisse über den eigenen Körper nicht möglich» (Krüger-Kirn, 2017, S. 250). Es geht um das Aufnehmen einer Beziehung zur eigenen weiblichen Körperlichkeit, Sinnlichkeit, Sexualität, Lust oder Unlust, und um die Identifikation mit dem eigenen Begehren. Oder um es mit den Worten von Sparmann (2017, S. 259) zu umschreiben:

«Trotz der sogenannten »sexuellen Liberalisierung« in der Gesellschaft ergibt sich »sexuelle Erfüllung« jedoch immer erst durch die subjektive Aneignung des Körpers und der sexuellen Lust. Es bedarf also auch einer persönlichen sexuellen Revolution im eigenen Leben. Diese stellt für viele eine Herausforderung dar, für die es kaum Unterstützung gibt.»

Die Auseinandersetzung mit der vorliegenden Thematik *Identität und Sexualität*, ist als Prozess dieser persönlichen sexuellen Revolution zu verstehen. «Eine Frau zu sein [...] bedeutet Arbeit» (Stokowski, 2016, S. 8) und «es ist letzten Endes immer die Suche nach uns selber, und diese Suche ist dringlicher geworden in der tiefgreifenden Unorientierung unserer Zeit» (Loos in Zimmer, Loos-Frank & Volker, 2006, S. 216). Die

Auseinandersetzung mit der Thematik *Identität und Sexualität* bedeutet diese «Arbeit» und diese «Suche».

1.3 Weiblich – die Klientel Frauen

«Männliche Pulsationen haben die Körnernatur weiblicher Eigenfrequenzen überlastet, überlagert, „verstimmt“, verletzt und zerstört» (Latz, 1991, S. 87)

«Es ist eine tiefgreifende Erfahrung für uns Frauen, wenn wir beginnen, unsere vergessene Geschichte wieder in Besitz zu nehmen, indem wir über unseren Körper, Menstruation, Kindergebären und Göttinnen lesen, und zwar alles vom weiblichen Standpunkt aus beschrieben» (Northrup, 2020, S. 645)

In der vorliegenden Thesis geht es um die therapeutische Arbeit mit der *Klientel Frauen*. Damit sind, für die vorliegende Thesis, Menschen gemeint, die sich sowohl im biologischen als auch im sozialen Geschlecht (siehe Kapitel 1.1) dem *weiblichen* Geschlecht zugehörig fühlen. Um die Klientel klar zu definieren und von anderen abzugrenzen, meint die vorliegende Arbeit mit *Frauen*, explizit erwachsene⁵ Frauen unserer westeuropäischen Kultur. Diese Eingrenzung gründet darauf, dass die Thematik zwar auch für jüngere und ältere Frauen relevant ist, die Themenbereiche für diese Altersgruppen jedoch andere sind. Das gleiche gilt für Frauen aus anderen Kulturen. Die Fokussierung auf das weibliche Geschlecht gründet darauf, dass die weibliche Geschichte eine gänzlich andere als die männliche ist⁶. Wenn man den Hintergrund dieser daraus folgenden anders erlebten Körperlichkeit, die gerade in Bezug auf die Sexualität besonders relevant ist, ausser Acht lässt, läuft man Gefahr, konventionelle Klischees zu Weiblichkeit und stereotypem Rollenverhalten unreflektiert zu befördern (Schroeter, 2017, S. 190). Auch die Identitätsfindung ist für Frauen ein anderer Prozess als für andere Geschlechter, so schreibt Wirtz (1991, S. 7):

⁵ Als Richtlinie für die Definition von «erwachsene Menschen» wird die Einteilung der Altersspannen im Grundlagenbericht von Gesundheitsförderung Schweiz (2016) herangezogen. Diese Einteilung grenzt «Erwachsene» nach unten von «Jugendlichen» bis 21 Jahre (ebda, S. 70) und nach oben von «älteren Menschen» ab 65 Jahren (ebda, S. 107) ab.

⁶ Dazu ein “Not-fun-fact” zur unterschiedlichen Ausgangslage: Laut einer Onlinestudie befürchten die meisten Frauen beim Onlinedating einem Frauenmörder zu begegnen, während die grösste Angst der Männer ist, die Frau könnte übergewichtig sein (Schroeter, 2017, S. 197).

«Zum Prozess der weiblichen Identitätsfindung gehört für Frauen ein Bewusstwerden ihrer selbst, ein Erkennen patriarchaler Verformungen und ein Vertrautwerden mit den ihrem Geschlecht eigenen Möglichkeiten und Bedürfnissen in dieser Gesellschaft».

Die vorliegende Arbeit fokussiert auf die *Klientel Frauen* und die *weibliche* Identität und Sexualität, weil Angebote von Frauen für Frauen nach wie vor «die einzige Möglichkeit für Frauen» sind, sich mit ihrer weiblichen Identität auseinanderzusetzen, denn nur «in einem weiblichen Bezugsrahmen konzentriert sich das Interesse auf Frauen, ihr Dasein, ihre Begrenzungen und ihre Entwicklungsmöglichkeit» Frauen sind dann der Mittelpunkt des Interesses (Scherl, 1991, S. 55).

Das weibliche Prinzip

Neben der Abgrenzung vom weiblichen zum männlichen Geschlecht, wird für die vorliegende Thematik auch die Unterscheidung von weiblichem und männlichem „Prinzip“ (Christinger, 2017; Fischer, 2018; Fischer & Fischer, 2016; Fuchs, 2009; Hennig, 1991; Loos in Zimmer et al., 2006; Northrup, 2020; Renz, 1996) relevant. Auf diese Unterscheidung wird hier kurz eingegangen, da sie in verschiedenen folgenden Kapiteln vorkommt. Gewisse Autorinnen verbinden die Gegenüberstellung vom weiblichen und männlichen Prinzip mit dem Animus/Anima Denkmodell von C.G. Jung (Christinger, 2017; Fuchs, 2009; Loos in Zimmer et al., 2006). Dieses spielt in der analytischen Psychologie eine wichtige Rolle (Christinger, 2017, S. 204). Der vorliegenden Thematik näher ist die Veranschaulichung durch die, aus dem Taoismus und der Traditionellen Chinesischen Medizin stammenden, Begriffe Yin und Yang.

«Yin steht für das weibliche Energieprinzip und Yang für das männliche. Yin und Yang sind abstrakte Bilder, die mit weiblichen bzw. männlichen Attributen und Beschreibungen assoziiert werden [...] Das Yin-Yang-Symbol verdeutlicht, dass alle Menschen – unabhängig von ihrem Geschlecht – eine weibliche und eine männliche Seite in sich haben» (Christinger, 2017, S.201).

Diese Ausführung deckt sich mit dem Verständnis von Fischer und Fischer, die das «masculine und feminine Prinzip als sich gegenseitig ergänzende Konzepte» verstehen, die «nicht identisch mit dem biologisch männlichen oder weiblichen Organismus» und «als Potential in jedem Organismus vorhanden» sind (Fischer & Fischer, 2016, S. 246).

Christinger (2017, S. 219) beschreibt einen Aspekt der *weiblichen* – im Sinne des weiblichen Prinzips, das in jedem Menschen vorhanden ist – Sexualität folgendermassen:

«Wir lernen von Kindesbeinen an, das Leben perfekt zu organisieren und alles unter Kontrolle zu haben. Über Hingabe – den weiblichen Aspekt der Sexualität – lernen wir aber kaum etwas. So ist es kein Wunder, dass es uns häufig schwerfällt, uns in den kurzen Erholungspausen völlig hinzugeben, präsent und mit dem Moment verbunden zu sein».

Für die vorliegende Thematik ist die Unterscheidung von weiblichem und männlichem Prinzip dahingehend relevant, «weil das Männliche in unserer Gesellschaft anerkannter ist als das Weibliche» und sich daher viele Frauen lieber mit der männlichen Seite identifizieren (Christinger, 2017, S. 212). Hennig (1991, S. 170) schreibt dazu:

«Frauen müssen sich ihrer eigenen weiblichen Kostbarkeit bewusst werden und dabei erfahren, dass Männliches in ihnen selbst gegründet liegt und zur Ausformung kommen will. So brauchen wir Männer nicht zu kopieren und können kraft unseres weiblichen Selbstbewusstseins neu auf sie zugehen, ohne uns im Geschlechterkampf zu verlieren»

Und in den Worten von Loos: «Es kann nicht unsere Devise sein, die maskulinen Attribute einzuholen oder zu übertreffen» (Loos in Zimmer et al., 2006, S. 217). Ein sich Auseinandersetzen mit der vorliegenden Thematik könnte demnach auch bedeuten, dem weiblichen Prinzip «wieder zu Gültigkeit und zu mitbestimmender Kraft» (ebda) zu verhelfen.

1.4 Therapie

«Ich bin nicht der Ansicht, dass Psychologie eine Wissenschaft oder Therapieform für Kranke sein sollte, ich glaube, dass Prävention etwas zu tun hat mit reif, frei und verantwortungsbewusst werden. In Zukunft wird jeder Mensch, der etwas auf sich hält, sich einige Jahre mit seinem Inneren beschäftigen, den Ausgleich des Männlichen und Weiblichen in sich suchen, die von den älteren Generationen übernommenen destruktiven Muster auflösen und so zu einem Menschen werden, der Probleme besser lösen kann, als wir dies jetzt noch tun» (Fuchs, 2009, S. 219)

Die Klientel der vorliegenden Thematik sind «Frauen, die sich mit der Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" auseinandersetzen wollen». Das "Auseinandersetzen wollen" setzt voraus, dass keine sexuellen Traumata oder sonstige pathologische Diagnosen in diesem Zusammenhang bestehen⁷. Aus diesem Grund ist der Begriff *Therapie* in der vorliegenden Arbeit in einem differenzierten Licht zu betrachten. Dem obigen Zitat der Gesundheitspsychologin und Psychotherapeutin Anneliese Fuchs ist zu entnehmen, dass

⁷ Im Einleitungstext der Umfrage, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführt wurde, stand als kurze Erläuterung: «Der Fokus der Arbeit liegt auf der Thematik: «Weibliche Identität und Sexualität» im Bereich von Selbsterfahrung und Gesundheitsförderung und schliesst die Bearbeitung von sexuellen Traumata und Transsexualität aus.»

Psychologie nicht nur eine Therapieform für “Kranke” sein soll. Wenn sexuelle Gesundheit, im Sinne der WHO-Arbeitsdefinition, als «Zustand körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens bezogen auf die Sexualität» und nicht nur als «die Abwesenheit von Krankheit, Funktionsstörungen oder Schwäche» (BZgA, 2011, S. 19) verstanden wird, soll *Therapie* so begriffen werden, dass diese mehr kann als Symptome bekämpfen und mehr ist als «Be-Handlung und Methode» (Renz, 1996, S. 294). *Therapie* «will und muss im letzten als Begleitung zur Heilung begriffen werden» (ebda). Um die Sexualenergie in Bewegung zu bringen, muss frau viel an sich arbeiten, sich mit ihrer Biografie beschäftigen und sich alte Themen und Verletzungen genau anschauen (Christinger, 2017, S. 240). *Therapie* ist in der vorliegenden Thesis als Begleitung dieses “Arbeitens” zu verstehen. Fischer und Fischer (2016, S. 246) schreiben, dass Frauen mit intensiven Gefühlen «Fifty Shades of Gray» verschlingen und sich im Bett langweilen würden. Worte wie «geil» seien in der Alltagssprache omnipräsent und die Klientin in der Sitzung spreche von «da unten», weil sie kein Wort für ihr Genital habe. Diese Spannungsfelder gelte es zu integrieren und eine Akzeptanz des individuellen Sexuell-Seins, selbstregulierte Erregungsfähigkeit und einen genussvollen Umgang mit Lust anzustreben.

In der *Therapie*, wie sie in der vorliegenden Thesis betrachtet wird, geht es neben dem „Heilen“ von Verletzungen auch darum durch Psychoedukation und durch das Entdecken des eigenen Körpers, neue Aspekte der eigenen Sexualität zu entdecken, darüber zu sprechen und das Thema dadurch zu enttabuisieren. Aus diesem Grund fliessen für die vorliegende Arbeit Ansätze der «sexuellen Bildung» mit in den therapeutischen Ansatz ein. Sparmann (2017, S. 258) beschreibt, was unter sexueller Bildung zu verstehen ist:

«Sexuelle Bildung kann in erster Linie als eine Erweiterung von Sexualaufklärung und Sexualpädagogik verstanden werden [...]. Der Bildungsbegriff setzt sich insofern bewusst von der Pädagogik ab, als er den Akzent von einer lenkenden Erziehung auf ein selbstbestimmtes, eigenaktives Lernen verlagert und sich von [...] erzieherischen Anliegen abgrenzt. Sexuelle Bildung öffnet sich konzeptionell einem ganzheitlichen Spektrum von Sexualität und integriert kognitive, emotionale, spirituelle und physische Dimensionen gleichermassen. Aufgrund der Erkenntnisse über lebenslange Lernprozesse wendet sie sich [...] auch an Erwachsene».

Gemäss Sparmann stellt das Format der sexuellen Bildung eine ressourcenorientierte, professionelle Begleitung von Menschen im Zusammenhang mit ihrer Sexualität jenseits therapeutischer Kontexte dar (ebda). In eine *Therapie*, im Sinne der vorliegenden Arbeit,

können jedoch Methoden und Übungen aus der *sexuellen Bildung* einfließen. Diese werden in Kapitel 4.6 aufgeführt.

Als Abschluss dieses Kapitels wird erwähnt, dass die vorliegende Arbeit in ihren Anfängen nicht explizit auf das therapeutische Einzelsetting abzielte. Da jedoch in den Antworten der Umfrage fast ausschliesslich vom Einzelsetting die Rede war und auch viele Quellen der Literatur über das Einzelsetting berichten, fokussiert die Thesis auf das therapeutische Einzelsetting.

2 Die Thematik "Weibliche Identität und Sexualität"

«Da wir über Jahrtausende patriarchalen Werten innerhalb der Gesellschaft ausgesetzt sind, deren Merkmale sich auch in extremer Leibfeindlichkeit, der Abwertung der Frau und damit des Weiblichen schlechthin zeigten und überwiegend immer noch zeigen, haben gerade wir Frauen es schwer, einen positiven Bezug zur eigenen, leibhaftig weiblichen Persönlichkeit zu finden»
(Hennig, 1991, S. 169)

In diesem Kapitel werden die, auf die Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" einwirkenden Einflussfaktoren, detailliert beleuchtet. Da sich diese Faktoren alle gegenseitig bedingen und in Verbindung stehen, lassen sie sich nicht endgültig voneinander isoliert betrachten. Im Wissen darum sind die folgenden Unterkapitel als grobe Gliederung zu verstehen.

Das Betrachten der Einflussfaktoren ist wichtig, weil «[...] erst eine reflexive Verknüpfung von Sexualität und Gesellschaft ein angemessenes Verstehen sexueller Identitätswürfe und deren Überschreitungen ermöglicht» (Krüger-Kirn, 2017, S. 243). Für Therapeut*innen impliziert «ein gesellschaftskritisches Bewusstsein von geschlechtsspezifischen Rollenzuschreibungen, Verkörperungen und innerpsychischen Haltungsmustern» im Umgang mit einzelnen Klientinnen «eine andere Art des Blicks auf Phänomene des therapeutischen Prozesses weg von einer Individualisierung der möglichen Pathologie hin zu einem erweiterten Verständnis kulturgeschichtlich geprägter Rollenmuster und des geschlechtsabhängigen physischen Habitus [...]» (Schroeter, 2017, S. 212).

«Dies kann im Einzelfall bedeuten, der Klientin nicht mit individualistischer Problemorientierung zu begegnen, sondern ihr durch den Verweis auf kollektive Prägungsmuster Erleichterung zu verschaffen. So kann sie ermutigt werden, sich mit den zwar individuell erlebten Hemmungen und Ängsten in einem erweiterten Verständnis des Zeitgeistes, der Kulturgeschichte und Geschlechtscharaktere zu verorten» (ebda).

Im Folgenden werden dieses erweiterte Verständnis kulturgeschichtlich geprägter Rollenmuster und des geschlechtsabhängigen physischen Habitus sowie die kollektiven Prägungsmuster aufgeklärt.

2.1 Historische Dimension

«Über die Jahrhunderte der Kulturgeschichte wurde dem Körper der Frau zuweilen jegliche Lust abgesprochen, zuweilen wurde sie als von Lust und Laster durchdrungen dargestellt. Sie wurde auf ihren Körper reduziert, aber es war nicht ihr Körper, den sie in Besitz hätte nehmen können. Sie wurde auf Begehren reduziert, aber es war nicht ihr Begehren, das im Fokus stand.»

(Schroeter, 2017, S. 192)

Jahrhunderte- bzw. jahrtausendlang wurde die Körperlichkeit und Sexualität von Frauen in der patriarchal organisierten Gesellschaft extrem gespalten angesehen (Christinger, 2017; Gamma, 2015; Perel, 2006; Schroeter, 2017). Einerseits als Inbegriff von Schönheit «assoziiert mit Reinheit, Opferbereitschaft und Zerbrechlichkeit» (Perel, 2006, S. 78) und «ohne eigene Subjektivität, ohne eigene Begehrlichkeiten» (Schroeter, 2017, S. 192). Andererseits als «die derbe, sinnliche und unverhohlenen lustvolle Frau, die ihre Respektabilität zugunsten sexueller Ausschweifung aufgegeben hat» (Perel, 2006, S. 78). Vor allem die Kirchväter der jüdisch-christlichen Tradition spalteten das Bild der Frau in die zwei Teile der reinen und der sündigen Frau (Christinger, 2017, S. 243). In dieser Dichotomie – symbolisiert mit dem Bild der Heiligen und der Hure – wurde die Leidenschaft der Frau, «ihre selbstdefinierte und selbstbestimmte Lust, ihr Wissen um ihren eigenen Körper und seine Wünsche», erstickt (Schroeter, 2017, S. 192). Ausserdem wurde Sexualität dadurch von Spiritualität abgespalten (Christinger, 2017, S. 243). Auch wenn jemand keinen religiösen Hintergrund hat, beeinflusst diese Spaltung die Sexualität von Frauen nachhaltig (ebda). Um dieser Spaltung entgegenwirken zu können, brauchen Frauen neue Bilder. Northrup (2020, S. 631) meint, dass Frauen für ihre Meditationen ein Bild von Macht und Schönheit brauchen, welches sie in ihrer Geschlechtszugehörigkeit bestätigt, also Vorstellungen von einer Göttin, als nötigen Ausgleich zu Gott als einem männlichen Wesen.

Auch in Bezug auf Natur und Musik haben Frauen eine prägende Geschichte erfahren. Im Mittelalter wurden Frauen, die vertraut waren mit den Kräften der Natur und ihren Geheimnissen, als Hexen gefoltert und getötet (Bauer, 2002; Gamma, 2015; Northrup, 2020). In Bezug auf Musik schreibt Bauer (2002, S. 39):

«Schamanische Musik ist in unserer abendländischen Kultur ins Unbewusste verdrängt und ausgegrenzt worden. Und das *wissen* Frauen. Frauen haben die Angst gleichzeitig mit der Erinnerung an die Kraft dieser Musik irgendwo in ihrem Gedächtnis abgespeichert: In der Tradition schamanischer Musik selber zu komponieren, die Trommel zu spielen und *magische* Gesänge zu singen, bedeutete für Frauen, die acht Generationen vor uns lebten, ihr Lebens auf's Spiel zu setzen»

Historisch gesehen fehlt Frauen ausserdem eine Tradition von Frauenbündnissen (Scherl, 1991, S. 54). Dies zeigt sich in den schwierigen Themen von gegenseitigen Bewertungen und Konkurrenzgefühlen unter Frauen, die selten besprochen werden (ebda).

«Frauensolidarität, Unterstützung von Frauen durch Frauen, ist im Zusammenhang mit Frauenunterdrückung – Frauen als Opfer – entstanden. [...] Wir müssen noch lernen, uns nicht nur über Schwäche zu definieren und darüber in Kontakt zu treten, sondern uns üben, Stärke anzuerkennen und darin zu unterstützen» (ebda).

Emanzipations- und Frauenbewegung

Seit den 1970er Jahren und der zweiten Frauenbewegung haben sich Frauen «ihren persönlichen wie politischen Körper zurückerobert» (Schroeter, 2017, S. 194f.). In Bezug auf die Sexualität von Frauen äussert sich Perel (2006) kritisch dazu. Ihrer Meinung nach haben sich die frühen Feministinnen gedacht „das Wichtigste zuerst“ und sich vor allem für das Thema sexuelle Souveränität und weniger für das der Lust interessiert. Zweifellos hätte ihr Wirken eine Verbesserung für Frauen in Bezug auf sexuelle Freiheit initiiert. Die Fokussierung auf Gleichberechtigung und respektvollen Sex, hätte jedoch das Wesen erfüllender Erotik verfehlt (ebda, S. 93). Kritisch äussert sich auch Fuchs (2009), indem sie sagt, dass einige Ziele der Emanzipationsbewegung überholt seien. «Wir müssen nicht mehr beweisen, dass wir genauso intelligent, leistungsfähig, kreativ und initiativ sind wie Männer. [...] In der Emanzipationsbewegung wollten die Frauen bessere Männer sein» (ebda, S. 224).

Viele Errungenschaften, die mit den Frauenbewegungen zusammenhängen, sind historisch gesehen ausserordentlich jung. So ist es naheliegend, dass historisch über Jahrhunderte gewachsene Strukturen in den Köpfen und Körpern beider Geschlechter nachwirken

(Schroeter, 2017, S. 194f.) und die Arbeit noch nicht zu Ende ist. Stokowski (2016, S. 193) schreibt:

«Ich will nicht, [...] dass wir uns heute umschauen und sagen: Mehr geht nicht. Wir würden damit alle verarschen, die uns hierhergebracht haben, und ich verarsche nicht gern Menschen, die etwas für mich getan haben».

Beeindruckend ist, dass Klein (1992, S. 265f.) bereits vor knapp 30 Jahren schrieb:

«[...] obwohl sich die Widersprüche zuspitzen, hat der Geschlechterkonflikt bislang keineswegs seinen Höhepunkt erreicht; ein Ende ist noch nicht absehbar. Vielmehr scheint die «Neue Unübersichtlichkeit» in der Geschlechterfrage erst den Anfang einer umfassenden Freisetzung der Menschen aus den gesellschaftlichen Zuschreibungen ihres Geschlechts zu markieren».

2.2 Soziokulturelle und gesellschaftliche Dimension

«Einerseits wird von Frauen immer wieder gefordert, sich doch bitte zu nehmen, was sie wollen: Jobs, faire Bezahlung, Männer. Andererseits gibt es aber eben das fast schon archetypische Bild der Feministin, die sich viel zu schnell aufregt, hysterisch wird und alles scheisse findet. Mädchen und Frauen sollen wollen und begehren und beanspruchen – aber sie sollen dabei bitte nicht anstrengend werden: ein unauflöslicher Widerspruch» (Stokowski, 2016, S. 42)

«Während das soziale Geschlecht, also festgelegte Rollen, wie »Mann« und »Frau« zu sein haben, weitgehend in Frage gestellt wird, bleibt [...] das »kulturelle« Geschlecht stark besetzt [...] (Aigner, 2013, S. 82). Stokowski (2016, S. 13) schreibt: «Wenn Unterdrückung weniger wird oder sich verändert, ist sie schwerer zu benennen». Viele Menschen hätten ausserdem das Bedürfnis, es möge jetzt «endlich mal gut sein mit dem sexuellen Befreiungskram». Das sei verständlich, denn gerade bei so persönlichen, körperlichen Themen schein es schwer vorstellbar, dass «etwas Gesellschaftliches quasi mit im Bett liegen soll» (ebda). Aigner (2013, S. 75) schreibt dazu, dass es in Therapien eine fast alltägliche Erfahrung sei, wie intensiv sich normierende Ideale bis ins private Sexualleben fortsetzen.

Ein zentrales Thema scheint – nach wie vor – die Vereinbarkeitsfrage von Familie und Beruf, denn obwohl Frauen heute zwar «wesentlich grössere Freiheitsspielräume in ihrer Lebensgestaltung» haben, übernehmen sie immer noch den grössten Teil der Sorgearbeit (Wippermann, 2016, S. 8). Bei den meisten Paaren findet eine Retraditionalisierung bezüglich Geschlechterrollen statt, sobald Kinder ins Spiel kommen (Stokowski, 2016;

Wippermann, 2016). Männer finden es richtig, dass Frauen sich beruflich verwirklichen, wünschen sich ein partnerschaftliches Verhältnis und wollen sich mehr mit ihren Kindern abgeben (Bischof-Köhler, 2011, S. 360). Für Frauen ist der Gedanke der beruflichen Selbstverwirklichung zu einer Selbstverständlichkeit geworden, sie fordern die Beteiligung der Männer an der Familienarbeit und sind nicht mehr ohne Weiteres bereit, sich für die Karriere des Mannes zu opfern. Wenn man aber die tatsächlichen Verhältnisse in Betracht zieht, hat sich an der traditionellen Rollenaufteilung wenig geändert (ebda).

Majce-Egger (1991, S. 215ff.) meint, dass die aktuelle Wirklichkeit von Frauen, die Bestätigung weiblicher Identität in verschiedene Lebensbereiche unterteile. In den gesellschaftlichen Arbeitsbereich, in welchem Rationalität, Leistung, Autonomie und Selbstbehauptung zählen, in den Bereich des Lebens nach der Moral der Fürsorge, dem Dasein für andere, der Entfaltung sozialer Kompetenzen und dem Anerkennen von Bedürfnissen und Gefühlen und in den Bereich des Frauseins, der weiblichen Bestätigung, Anerkennung und Sexualität. Diese Vielfalt gleichzeitig zu leben, führe zu Überforderung, könne krank machen und der Verzicht auf einen Bereich scheinere Erleichterung zu schaffen. Majce-Egger (ebda, S. 221) schreibt weiter, dass sich die Problematik auch im Körper zeige, in dem sich die Trennung in mehrere Lebensbereiche als Behinderung des Energieflusses und von Bewegung manifestiere. Im körperlichen Trennen von Lebensbereichen würde die Vielheit mit ihren Widersprüchen sichtbar und die Notwendigkeit der Verbindung dieser Bereiche spürbar.

Die Frage der Vereinbarkeit von verschiedenen Lebensbereichen betrifft zwar grundsätzlich auch Männer, aber während ein engagierter Vater ein gesellschaftlich positiv besetztes Bild ist (bei einer relativ moderaten Erwartungshaltung an den Umfang des Engagements), sehen sich Frauen mit widersprüchlichen Zuschreibungen konfrontiert (Wippermann, 2016, S. 8). «Zwischen der „arbeitenden Rabenmutter“ und dem „unemanzipierten und abhängigen Hausmütterchen“ fehlt es an Orientierung» (ebda). Dies macht auch Stokowski (2016, S. 176) sichtbar, wenn sie schreibt:

«Dass wir das Wort «Karrierefrau» noch verwenden, wenn Frauen etwas auf die Reihe kriegen, zeigt, dass es noch keine Normalität ist. Niemand würde einen erfolgreichen Mann als «Karrieremann» bezeichnen oder als «Powermann»».

Schroeter (2017, S. 198) meint dazu, dass die alten Dichotomien von weiblichen Rollenmodellen im Sinne eines Entweder-Oder (Hausfrau oder Erwerbstätigkeit, sinnlich oder intellektuell) einem neuen Perfektionismus weichen, in welchem die moderne Frau alles zugleich gut können soll: Mutter sein und beruflich kompetent und erfolgreich, attraktiv und begehrenswert, selbstbewusst und weiblich. Problematisch ist auch, dass die aufgespaltenen Lebensentwürfe von Karrierefrau oder Hausfrau, Mutter oder Nicht-Mutter auch von Frauen untereinander bewertet und auch abgewertet werden (Brandl & Büchele 1991, 58). Der Mangel an Wertschätzung von Frauen untereinander setzt die gesellschaftliche Abwertung von Frauen, sowie Abwertungen, die eine Frau persönlich erfährt, fort (ebda).

Neben dieser Aufspaltung der Lebensbereiche, spielen noch weitere soziokulturelle gesellschaftliche Fakten eine Rolle. So schreibt Stokowski (2016, S. 142), dass ein «öffentliches Bild von Frauen, die sexuell aktiv sind, das nichts mit Schande zu tun hat» in unserer Gesellschaft fehle:

«Hätte es wirklich eine sexuelle Revolution gegeben, wäre die Palette breiter und das Bild der sexuell attraktiven Frau wäre nicht auf eine reine, junge, glatte und «unverbrauchte» Version beschränkt. Es gäbe dann nicht das traurige Dilemma, dass Frauen, sobald sie ein Kind bekommen haben, schleunigst versuchen, ihren «After Baby Body» wieder in Form zu bringen, weil sie ansonsten entwertet werden. Es gäbe auch nicht das Problem, «dass junge Frauen in Werbung und Medien konsequent sexualisiert werden, aber «Schlampe» genannt werden, wenn sie «zu billig» aussehen oder «zu viel» Sex haben» (ebda).

Gemäss Schroeter (2017, S. 198), findet heute bereits eine neue Pathologisierung weiblicher Sexualität statt. Jahrhundertlang seien die weibliche Lust und das weibliche Begehren tabuisiert, verpönt, verleugnet, verachtet oder bestraft worden. Seit der sogenannten sexuellen Liberalisierung hätten sich die Verhältnisse verkehrt. «Lust wird zum Muss und der Mangel an sexuellem Appetit zur neuen weiblichen Pathologie».

Ein soziokulturelles Hauptproblem sei gemäss Stokowski (2016, S. 78) auch, dass Frauen «stärker als Körper bewertet» würden als Männer. Es sei für Männer kein Hindernis, wenn sie nicht den Schönheitsnormen entsprechen. Frauen hingegen würden immer auch danach bewertet, wie sie aussehen. Man könne leider nicht davon ausgehen, dass sich diese Ungleichheit so bald erledigen wird. Es stimme zwar, dass der Schönheitsdruck für Männer inzwischen zunehme, «aber er wird dadurch für Frauen nicht kleiner» (ebda).

2.3 Körper und Körperbild von Frauen

«Nicht der biologische Unterschied, aber seine ideologischen Folgen müssen restlos abgeschafft werden» (Stokowski, 2016, S. 136)

«Viele Frauen, so ist zu vermuten, haben Schwierigkeiten sich [...] dem Leib hinzugeben, weil sie den Leib nicht spüren oder ihm misstrauen. Sie erleben ihn als enteignet, als umstellt von sozialen Ansprüchen, als bereits von anderen gedeutet und bestimmt und als von Sorgen und Ängsten kontrolliert» (Abraham, 2017, S. 181)

In diesem Kapitel werden die, für die Thematik relevanten, Aspekte bezüglich des Körpers und des Körperbildes von Frauen beleuchtet. Das ganze Kapitel ist aus einer gesellschaftlich geprägten Perspektive zu verstehen.

«Der Begriff «Körperbild» schafft den Bezug zur Gesellschaft. Die Wahrnehmung und Einschätzung des Körpers genauso wie die Gefühle gegenüber dem eigenen Körper sind subjektive Empfindungen. Ein Körperbild entsteht bei einem Individuum nicht nur gegenüber seinem eigenen Körper, sondern auch in der Interaktion zwischen dem Individuum und der Gesellschaft» (Gesundheitsförderung Schweiz, 2013, S. 13).

Gemäss Bischof-Köhler (2011, S. 43f.) kann die Befürchtung, dass Anlageunterschiede dazu missbraucht werden könnten, eine Diskriminierung von Frauen zu rechtfertigen, gar nicht ernst genug genommen werden. Es dürfe aber nicht so weit gehen, die wissenschaftlichen Diskussionen über Anlageunterschiede einzuschränken oder gar zu verbieten, wie das bei Kreisen, die dem Gender-Mainstream nahestehen, die Tendenz sei. «Ich denke, dass man den Frauen – und im Übrigen auch den Jungen und Männern – keinen guten Dienst erweist, wenn man wichtige Einsichten unterbindet [...]» (ebda).

Die anatomischen Strukturen und physiologischen Prozesse unseres Körpers bilden den Boden, auf dem wir Sexualität erleben und Kenntnisse darüber sind sowohl für die Therapeutin als auch für die Klientin von Bedeutung (Fischer & Fischer, 2016, S. 246).

«Eine gesunde Wahrnehmung des Körpers ist wichtig» (Gesundheitsförderung Schweiz, 2013, S. 4). Körper und Psyche lassen sich nicht trennen, sie beeinflussen sich gegenseitig und müssen als Einheit, «im Sinne vom Bewohnen des eigenen Körpers», verstanden werden (ebda, S. 7). Ein gesundes Körperbild bringt ein besseres Selbstwertgefühl mit sich, ein negatives Körperbild dagegen oft ein geringeres Selbstwertgefühl (ebda). Der überwiegende Teil von Körperbildstörungen entsteht, wenn die Eigenschaften des

Körpers einer Person nicht mit den kulturell determinierten Schönheitsnormen übereinstimmen, die wir verinnerlicht haben (ebda, S. 16). Blickt man nun speziell auf die weibliche Entwicklung, zeigen vielfältige Untersuchungen, dass weibliche Kinder zunächst einen positiven und lustvollen Körperbezug haben, dieser jedoch im Laufe ihrer Entwicklung abnimmt, da zunehmend «kulturelle Definitionen des Weiblichen in die psychosexuelle Entwicklung» eingreifen (Krüger-Kirn, 2017, S. 249). Mädchen und Frauen scheinen demnach häufig ein besonders negativ geprägtes Körperbild zu haben. Gesundheitsförderung Schweiz (2013, S. 19) schreibt, dass Mädchen ihren Körper vermehrt als Objekt sehen würden, «das von den anderen bewundert oder kritisiert werden muss – und nicht als Körper, der ihnen gehört und positive Funktionen hat, die man wertschätzen kann».

In Bezug auf Sexualität schreiben Eberhard-Kaechele und Gnirss-Bormet (2017, S. 107f.), dass es in der Sexualität eine grosse Rolle spiele, die eigenen Wünsche und Bedürfnisse spüren zu können. Darüber hinaus könne nur jemand, der seinen eigenen Körper mag, sich vorstellen, dass ein anderer Mensch sich diesem Körper liebevoll widmet. «Viele Patienten mit sexuellen Störungen sind ihrem eigenen Körper fern oder ihm gegenüber negativ eingestellt. Sie fühlen sich in ihm seit jeher unwohl, empfinden häufig eine Unsicherheit bezüglich ihrer eigenen Geschlechtsrolle [...]» (ebda). Die äussere Wahrnehmung und Bewertung des eigenen Körpers prägen das Gefühl der eigenen Attraktivität entscheidend (Sparmann, 2018, S. 27). Sexocorporel, ein sexualtherapeutischer Ansatz (siehe Kapitel 4.2), spricht im Zusammenhang mit der sexuellen Selbstsicherheit von dem «Stolz auf die eigene Geschlechtlichkeit» (ebda).

Der Zusammenhang von Sexualität und weiblichem Körperbild wird durch Abraham (2017, S. 179) dargestellt:

«Bezeichnend ist, dass sich Gefühle der Fremdheit und eine distanzierende, ignorierende oder ablehnende Haltung dem eigenen Körper gegenüber genau an solchen Punkten bilden, die Mädchen und Frauen als weibliches Geschlecht ansprechen, die als »weiblich« gelten und/oder dem Körper von Mädchen und Frauen exklusiv zugehörig bestimmt werden. Unzufriedenheit und Ablehnung sind in diesem Sinne (1) das Feld der Schönheit, (2) alle Vorgänge, die mit der Reproduktionsfähigkeit von Mädchen und Frauen verbunden sind (Menstruation, Empfängnis, Geburt, Stillen) und (3) das Feld sexuellen Erlebens».

So wird zum Beispiel vor allem die Menstruation in unserer Gesellschaft pathologisiert und mit einem negativen Bild versehen (Fischer, 2018; Northrup, 2020). Ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur weiblichen Gesundheit liege darin, die traditionellen negativen

Mythen über den Menstruationszyklus durch sachliche Information zu ersetzen, so Northrup (2020, S. 137). Die Menstruation begleitet und kennzeichnet die mittlere Lebensphase von Frauen, denn das Blut fließt rund 40 Jahre lang jeden Monat aus ihrem Schoss, dies «prägt die Einstellung zu unserer eigenen Körperlichkeit» (Christinger, 2017, S. 88). Northrup (2020, S. 145) meint, dass der Fakt, dass die Mehrzahl aller Frauen in unserer Gesellschaft von Menstruationsproblemen betroffen sei, ein «deutliches Anzeichen für ein gestörtes Verhältnis zum weiblichen Körper» sei. Physische Symptome würden von unbewussten Einstellungen begleitet und verstärkt. Das «Aufdecken und Heilen negativer Einstellungen gehört zur Heilung» (ebda, S. 52). Die hormonelle und emotionale Heilung von Frauen beginne, wenn sie den Menstruationszyklus als Bestandteil der inneren Stimme akzeptiere (ebda, S. 131) und ihre schmerzlichen Menstruationserfahrungen positiv umdeute (ebda, S. 183). Dieses Aufdecken und Umdeuten kommt dem Entwickeln eines positiveren Körperbildes und einer positiveren Beziehung zum eigenen Körper gleich. Für einen achtsameren Umgang mit der Menstruation findet Fischer (2018, S. 95), dass die Monatsblutung in unserer Kultur als ein Ereignis, das «die Frauen mit ihrer kreativen Schöpfungskraft verbindet», verankert werden müsse. Konkret nennt sie das Potential, wenn der Bewegung, dem Rhythmus und dem Wesen des Mondzyklus (in der ersten Zyklushälfte aktiv nach aussen und in der zweiten eher nach innen gerichtet) gefolgt würde und von kollektiven Ritualen, die die Menstruation feiern würden.

Die Gynäkologin und Geburtshelferin Christiane Northrup (2020, S. 32) schreibt, dass Erkrankungen an Organen die nur Frauen besitzen⁸ Äusserungsformen des Körpers seien, mit denen dieser eine tiefere, oft unbewusste Verletzung signalisiere, «die der Heilung bedarf» (Northrup, 2020, S. 32).

«Heilung geht tiefer als Symptombeseitigung und muss immer von innen kommen. [...] Die Botschaften, die einem Symptom zugrunde liegen, lassen sich nicht anhand irgendwelcher Formeln entschlüsseln. Letztlich kann nur die jeweils Betroffene entscheiden, um welche Botschaft es sich handelt. [...] Jede Frau, die sich um ein Verständnis der ganz eigenen Sprache ihres Körpers bemüht, muss deshalb ihren Symptomen genau «zuhören» und sich für sie öffnen, ohne sie zu bewerten» (ebda, S. 56f.).

⁸ Zum Beispiel chronische Beckenschmerzen, Vaginitis (Entzündung der Scheide), Eierstockzysten, Warzen im Genitalbereich, Endometriose (Versprengungen der Gebärmutter Schleimhaut) und Dysplasie des Gebärmutterhalses (anomale Zellen beim Krebs-Abstrich) etc. (Northrup, 2020, S.32).

Krüger-Kirn (2017, S. 252) meint, dass Handlungs- und Begehrungsimpulse, die für eine sozial akzeptierte geschlechtliche Entwicklung nicht sinnstiftend in das Körper- und Selbstkonzept integriert werden können, einhergehen mit entsprechenden Abwehrbewegungen und Symptombildungen und in den körperlichen Strukturen gespeichert seien. «Dieser Prozess gilt auch für Körper- und Erfahrungsaspekte, die sich im Zuge der biografischen Entwicklung als soziokulturelle Ideale in den Körper einschreiben, nicht aber mit den subjektiv empfundenen Erfahrungen übereinstimmen» (ebda).

Über Erfahrungen, die im Körper gespeichert werden, schreibt Gamma (2015, S. 82) in einem historischen Kontext. Sie sei betroffen, dass sie von vielen Frauen höre, dass sie «keinen oder nur wenig Zugang zu ihrer Gebärmutter haben». Klitoris, Schamlippen und Vagina würden die Frauen noch spüren, dann sei die Wahrnehmung zu Ende. Für die Frauen scheine das zentrale weibliche Sexualorgan hinter dicken Mauern verschlossen und jene, die es wagten, diese Mauern zu berühren, kämen mit viel Trauer, Schmerz und Wut in Berührung. Es seien nicht nur persönliche Geschichten, die in diesen Mauern verborgen sind. «In unseren Zellen scheint geheimnisvoll das leidvolle Erbe – Schmerz und Schuld – aller Frauen in unserer Ahnenreihe gespeichert». Die Heilung der Erinnerungen des Körpers brauchen nicht nur Zeit, sondern auch Schutzräume, wie zum Beispiel Frauenfreundschaften, so Gamma (ebda).

Da die «Entwicklung und Aufrechterhaltung eines positiven Körperbilds» dem Menschen «Lebensmut und die Bereitschaft, sich dem Innen- und dem Aussenleben zu stellen» verleiht, gilt es die «wichtige Verknüpfung von Gesundheit und eigenem Körpererleben aufzuzeigen» und «die Kopplung von physischer und psychischer Gesundheit zu verdeutlichen» (Gesundheitsförderung Schweiz, 2013, S. 13). Ein gesundes Körperbild ist ein zentraler Protektor für ein gesundes Selbstwertgefühl und damit für viele Risikofaktoren (ebda, S. 24).

2.4 Entwicklungsaufgaben von Frauen im Erwachsenenalter

Wie bereits in Kapitel 1 dargelegt, ist Sexualität ein zentraler Bestandteil des Menschseins und beschränkt sich nicht auf eine bestimmte Altersgruppe (BzgA, 2011, S. 18). Da die vorliegende Arbeit auf die Arbeit mit erwachsenen Frauen fokussiert, wird in diesem Kapitel die Entwicklungsphase Erwachsenenalter in Bezug auf Sexualität genauer

betrachtet. Diese Betrachtung fällt kurz aus, da viele Faktoren bereits in den Kapiteln 2.1, 2.2 und 2.3 differenziert beleuchtet wurden.

Frauen stehen im Erwachsenenalter «im Spannungsfeld ihrer individuellen biografischen Entwicklung und den verinnerlichten medial geprägten Vorstellungen und Bildern» (Sparmann, 2017, S. 259). Durch biografische Erfahrungen im Elternhaus, in der Peer-group oder in Partner*innenschaften haben sie sich bewusst oder unbewusst einen Umgang mit ihrem Körper und kognitive, emotionale und körperliche sexuelle Kompetenzen angeeignet (ebda). Als besonders einschneidend für das weibliche Körperempfinden im Erwachsenenalter gelten «die Veränderungen und Erfahrungen, die mit der Mutterschaft einhergehen» (ebda). Mit einer Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit (ebda), aber auch mit Fehlgeburten, Abtreibung oder Unfruchtbarkeit verändert sich das Körpererleben von Frauen (Northrup, 2020, S. 405ff.). Auch die Menopause und Alterungsprozesse können sich auf die Körperwahrnehmung auswirken und einen Einfluss auf die Sexualität haben (Sparmann, 2017, S. 259), denn die Zeit des Klimakteriums ist eine Zeit, in der die Identitätsproblematik noch einmal auftritt (Grünberger, 1991, S. 156).

2.5 Sexuelle Gesundheit von Frauen

«Die kulturelle Spaltung von Körper und Intellekt, von Sexualität und Geist war und ist immer noch wirksam: Sexualität, Genitalien und Lust »da unten« werden von vielen heute noch als besonders und nicht zum normalen Leben gehörig wahrgenommen» (Fischer & Fischer, 2017, S. 78)

«Die sexuelle Energie ist eine der stärksten Energien für die Gesundheit» (Northrup, 2020, S. 277)

Um zu veranschaulichen, was in der vorliegenden Arbeit unter sexueller Gesundheit zu verstehen ist, wird eine Strukturierung der eidgenössischen Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG) herangezogen. Diese teilt das Erreichen der Oberziele sexueller Gesundheit in der Schweiz in fünf Handlungsfelder ein. Die Thematik der Thesis gliedert sich klar Handlungsfeld 1 «Förderung, Erhalt und Wiederherstellung der sexuellen Gesundheit als Teil der psychischen Gesundheit»⁹ (EKSG, 2015, S. 3) an. Die EKSG (ebda)

⁹ Die anderen Handlungsfelder, «Förderung, Erhalt und Wiederherstellung der reproduktiven Gesundheit», «Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) sowie von reproductive tract

schreibt, dass «eine als befriedigend erlebte Sexualität [...] einen wichtigen Beitrag an die psychische Gesundheit des Menschen» leiste.

Die WHO definiert «Sexuelle Gesundheit» folgendermassen:

«Sexuelle Gesundheit ist der Zustand körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens bezogen auf die Sexualität und bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, Funktionsstörungen oder Schwäche. Sexuelle Gesundheit erfordert sowohl eine positive, respektvolle Herangehensweise an Sexualität und sexuelle Beziehungen als auch die Möglichkeit für lustvolle und sichere sexuelle Erfahrungen, frei von Unterdrückung, Diskriminierung und Gewalt [...]» (BzgA, 2011, S.19).

Für die vorliegende Arbeit, welche auf die gesundheitsfördernden Aspekte von Therapie fokussiert, sind aus dieser Definition vor allem der Begriff des Wohlbefindens, die Betonung der Notwendigkeit einer positiven Herangehensweise und der wesentliche Aspekt der Lust relevant. Für die Thematik ausserdem zentral ist die Betonung, «dass zu sexueller Gesundheit nicht allein körperliche, sondern auch emotionale, geistige und soziale Aspekte gehören» (BzgA, 2011, S.19). Christinger (2017, S. 19f.) schreibt, dass die Sexualenergie elementar für die Gesundheit sei. Die Kraft der Sexualenergie könne jederzeit für die körperliche, psychische und geistige Gesundheit genutzt werden, da sie auf all diesen Ebenen, der Körperebene, der Gefühlsebene und der mentalen Ebene, wahrgenommen werden könne. Gemäss Bischof (2017, S. 122) können als Voraussetzung für das sexuelle Lusterleben physiologische, emotionale und kognitive Komponenten unterschieden werden. In Bezug auf die eigene Gesundheit betont Northrup (2020, S. 24) ausserdem das Vertrauen auf die *innere Stimme*. Sie schreibt:

«Letztlich bin ich zu der Erkenntnis gelangt, dass keine wissenschaftliche Untersuchung wirklich exakt erklären kann, wie und warum sich mein Körper so verhält, wie er es tut. Das hat mich im Grunde sehr gestärkt, weil sie bedeutet, dass man sich letztlich auf die innere Stimme und die eigenen Gefühle verlassen muss» .

Die innere Stimme äussert sich über Gedanken, Emotionen, Träume und Körpergefühle, so Northrup (ebda, S. 66). Der Körper besitze die Fähigkeit, Energie und Informationen zu empfangen und auszustrahlen, Kontakt zur inneren Stimme bedeute, «mit dem ganzen Wesen zu leben: mit Verstand, Körper, Psyche und Geist».

Folgend werden die körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Aspekte in Bezug auf die vorliegende Thematik beleuchtet.

infections (RTI)», «Prävention von sexueller Gewalt» und «Bildung zur sexuellen Gesundheit», sind nicht Gegenstand der vorliegenden Theses.

Körperliche Aspekte

Auf der körperlichen Ebene empfinden viele Frauen «Geschlechtsverkehr wiederholt als schmerzhaft» oder haben «chronische Schmerzen in diesem Zusammenhang entwickelt» (Abraham, 2017, S. 180). Besonders diese Frauen würden deutlich an der Vorstellung festhalten, dass die Penetration zur normalen Sexualität gehöre und die Gestaltung der Situation nicht in ihrer Hand liege. Abraham bringt die Problematik noch deutlicher auf den Punkt indem sie schreibt, dass sich dieser Befund mit der feministischen Erkenntnis decke, «dass Frauen massive Probleme damit haben, ihre sexuellen Bedürfnisse und Wünsche zu artikulieren und einzufordern und weiter noch: dass sie es sich bisher versagt haben, solche Bedürfnisse überhaupt zu haben und für sich zu entdecken» (ebda).

Hier wird denn auch das Thema Selbstbefriedigung/Selbstliebe relevant. In den Medien wird viel über Sex berichtet, das Thema Selbstliebe findet jedoch wenig bis keine Resonanz (Christinger, 2017, S. 189). «Frauen reden viel über Beziehungen, aber kaum darüber, wie sie ihre Sexualität leben und was sie dabei erfahren» (ebda). Die wenigsten sprechen darüber, ob und wie sie sich selbst berühren, was sie anmacht und was nicht (ebda). Und auch Stokowski (2016, S. 119) postuliert, dass «etwas im Kopf zu haben, was mir erlaubt, darüber nachzudenken, was mir eigentlich gefällt», sicher niemandem schaden würde, sondern im Gegenteil eine «Voraussetzung für sexuelle Freiheit» sei.

Aus der Sicht von Frauen geht es um Möglichkeiten «sexuelle Körperräume zu erkunden und neu entdeckte und unter Umständen Angst machende Begehrensweisen als Wendepunkt für den eigenen sexuellen Gestaltungsraum zu entdecken» (Krüger-Kirn, 2017, S. 253). Massgebliches Ziel der Gesundheitspolitik für Frauen, sollte die Ermöglichung eigenleiblicher Erkundungen sein, die die Lust am eigenen Leib weckt (Abraham, 2017, S. 185).

Emotionale Aspekte

Viele Frauen können Wut und Aggression schlecht ausdrücken (Aigner, 2013; Northrup, 2020; Stokowski, 2016). Frauen sind rollenspezifisch eingeschränkt, denn sie tun sich «von Erziehung und Sozialisation her schwer», Aggressionen auszudrücken und reagieren «eher rückzüglich und depressiv, anstatt wütend zu werden und auf den Tisch zu hauen» (Aigner, 2013, S. 189).

Das Zurückhalten von Gefühlen, sei es nun Freude, Wut oder Ärger kostet Energie (Christinger, 2017, S. 146). Frauen sind ständig darum bemüht, «Haltung zu bewahren und die Situation zu meistern» (ebda). Das Unterdrücken von Gefühlen ist ein Verhaltensmuster, das von Generation zu Generation weitergegeben wurde (Northrup, 2020, S. 621). Viele Frauen haben einen natürlichen Zorn, den sie seit Jahrzehnten unter Kontrolle halten (ebda). «Unausgedrückte Gefühle bleiben wie kleine Zeitbomben im Körper «stecken» – sie sind Krankheiten im Inkubationsstadium» (ebda, S. 29). Krankheit ist eine Reaktion auf krankmachende Lebensbedingungen, auf Misstöne verschiedenster Art (Breiter, 1991, S. 80). Sie ist eine Antwort auf Erfahrungen, die aber auch Fragen nach «unerfüllten Wünschen und Bedürfnissen, nach verschütteten Gefühlen und Konflikten» enthält (ebda).

Geistige Aspekte

Bei Mädchen und Frauen hapert es an Selbstvertrauen (Bischof-Köhler, 2011, S. 248). Wenn eine Frau ihre Realität und ihren Gesundheitszustand verändern oder verbessern möchte, muss sie zuerst ihre Einstellung über das verändern, was ihr möglich erscheint. (Northrup, 2020, S. 54).

Christinger (2017, S. 138) schreibt, dass viele Frauen Angst hätten, mit ihrer Erotik zu spielen, weil sie glaubten, immer halten zu müssen, was sie versprechen. Schon junge Frauen würden Leitsätze verinnerlichen wie: «Wenn du so sinnlich und vibrierend durchs Leben gehst, muss du auch mit mir schlafen». So ist es denn kein Wunder, dass Frauen enorme Probleme damit haben, ihre sexuellen Bedürfnisse und Wünsche zu artikulieren und einzufordern und weiter noch, dass sie sich bisher nicht zugestanden haben, solche Bedürfnisse überhaupt zu haben und für sich zu entdecken (Abraham, 2017, S. 180).

Hier werden denn auch sexuelle Fantasien relevant. Sexuelle Fantasien sind «komplexe psychische Kreationen» voller Symbolgehalt, die sich nicht in konkrete Absichten übersetzen lassen (Perel, 2006, S. 226). Vor allem Frauen, denen es allgemein schwerer fällt, sich ihre sexuellen Sehnsüchte zu eigen zu machen, neigen zur Auffassung, dass sie nur dann fantasieren, wenn ihre Vorstellung wie ein durchkomponierter Film abläuft (ebda, S. 218). Perel rät daher ihren Klientinnen: «Denken Sie poetisch, nicht in Prosa» (ebda, S. 226).

Soziale Aspekte

Unterschiede in der Gesundheit von Frauen und Männern können im Zusammenhang mit sozialen Einflussfaktoren, wie zum Beispiel verschiedene Positionen der Geschlechter in der Gesellschaft und deren Auswirkungen, und biologischen Einflussfaktoren stehen (Weber, 2020, S. 55). Die Förderung von Ressourcen und Resilienz nehmen mit Blick auf die sozialen Gesundheitsdeterminanten einen zentralen Stellenwert ein und es werden Interventionen empfohlen, die gezielt genderspezifische Ungleichheiten ausgleichen und beispielsweise psychosoziale Ressourcen von Frauen fördern (ebda, S. 77).

3 Musiktherapeutische Grundlagen im Kontext der Thematik

«Über Musiktherapie zu schreiben ist ähnlich schwierig wie der Versuch, psychoanalytische Theorie in Form von Klängen zu vermitteln – ein Anspruch, der allerdings an AnalytikerInnen nicht ernsthaft gestellt wird. Sicherlich liegt darin ein grundsätzliches Problem unserer Kultur – die Dominanz des geschriebenen Wortes über andere Mittel und Wege, Erfahrungen auszutauschen, Wissen weiterzugeben» (Breiter, 1991, S. 79)

In diesem Kapitel werden musiktherapeutische Grundlagen und Ansätze im Kontext der vorliegenden Thematik dargestellt. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, ergab die Literaturrecherche wenig theoretischen Hintergrund in Bezug auf die Thematik. In den folgenden Unterkapiteln wird erläutert, was die musiktherapeutische Literatur bezüglich der Thematik im weitesten Sinne beschreibt und allgemeine Grundlagen der Musiktherapie, die für die Thematik relevant sind, dargelegt.

3.1 Frauenmusiktherapie

«Der erfolgreiche Kampf gegen äussere Barrieren bedarf auch der Befreiung von inneren, symbolischen Fesseln. So betrachtet bedeutet Frauenmusiktherapie einen Weg der Selbstentfesselung» (Breiter, 1991, S.83)

Im Buch 'Musik ist eine Zauberin. Frauen Musik Therapie' von Eva Bauer (2002) und im Buch 'Von Frau zu Frau. Feministisch Ansätze in Theorie und Praxis psychotherapeutischer Schulen' von Diana Voigt und Hilde Jawad-Estrak (Hrsg.) (1991) in den Beiträgen

von Marianne Breiter, Inge Latz und Eva Bauer, ist von *Frauenmusiktherapie* die Rede. Da es in der vorliegenden Thesis explizit um Musiktherapie mit Frauen geht, sind diese Quellen besonders relevant. In diesem Kapitel werden die Ausführungen dieser vier Quellen, spezifisch in Bezug auf den Begriff der *Frauenmusiktherapie* dargelegt.

Latz (1991, S. 94) begründet die Relevanz von Frauenmusiktherapie indem sie schreibt, dass fraueneigenes Musikerleben fraueneigene methodische Arbeitsansätze voraussetzen würden, die von den feministischen Erfahrungs-, Forschungs- und Entwicklungsprozessen der letzten Jahrzehnte nicht zu trennen seien. In vielen Bereichen der Frauenbewegung, vor allem in der beratenden, therapeutischen und kreativen Arbeit mit Frauen aller Altersstufen, hätten sich frauenspezifische Ausrichtungen durchgesetzt. Gemäss Breiter (1991, S. 82f.) ist es wichtig, über die zahlreichen, mehr oder weniger subtilen Erschwerisse, die Frauen unserer Kultur bei ihrer musikalischen Entwicklung entgegengesetzt worden sind, Bescheid zu wissen. Einschränkungen «in einem derart vitalen Kraftfeld, wie es die Musik verkörpert» könnten sich auch auf andere Bereiche der Persönlichkeitsentwicklung hemmend auswirken. Als Umkehrschluss liegt nahe, dass «bewusste Befreiung von patriarchalen Normen und Werten im Bereich der Musikausübung, die Wieder-Aneignung von Musikinstrumenten und die Wieder-Herstellung weiblichen Zusammenspiels» einen wichtigen Schritt in Richtung «Selbst-Ermächtigung, selbstbestimmter Weiblichkeit und Lebensweise» bilden (ebda).

Breiter (ebda, S. 85) betont die Relevanz von schöpferischen Prozessen in der Frauenmusiktherapie indem sie schreibt:

«Ein zentrales Anliegen von Frauenmusiktherapie besteht im bewussten Aktivieren schöpferischer Kräfte. Denn Phantasie und Kreativität können, wenn sie erst einmal als Teile der eigenen Person wahrgenommen worden sind, der Lösung von Lebensproblemen dienen und helfen, selbstzerstörerische Auswege in körperliche und seelische Krankheiten zu vermeiden. Sie sind wichtige Selbstheilungskräfte. Indem eine Frau dabei unterstützt wird, die eigene innere Musik wahrzunehmen und ihr Ausdruck zu verleihen, stärkt sie die Achtsamkeit sich selbst gegenüber».

Gemäss Latz (1991, S. 89), kommen Frauen näher an ihre persönlichen Probleme, Kränkungen und Schmerzen heran, je mehr sie in selbstgewählten Klängen und Tönen ihre Identität als Frau erspüren. Der «Ausweg aus dem weiblichen Leidens- und Krankheitsghetto» führe über die Suche nach den «eigenen Körpertönen, nach der eigenen Körper-

Musik» (ebda, S. 88). Wenn Frauen ihre eigene innere Musik wiederentdecken, rührt das an innerste Erfahrungsschichten (Bauer, 1991, S. 99).

Der Ausdruck der eigenen Befindlichkeit über Musik könne viel eher als eigene Stärke erlebt werden als der verbale Ausdruck, so Breiter (1991, S. 80). Eine Frau, die ihren Schmerz hinauströmmle, spüre gleichzeitig sehr deutlich ihre Kraft, damit fertigzuwerden (ebda). Bei anderen Therapiemethoden bestünde oft die Gefahr bei den Schwachstellen der Klientin zu verharren und dies treffe Frauen ganz speziell, da sie dazu erzogen wurden, «sich als das „schwache Geschlecht“ zu fühlen» (ebda). Für die vorliegende Thematik relevant ist auch der Aspekt, dass im Rahmen von Frauenmusiktherapie von der «Einheit Körper-Geist-Seele und von einem zyklischen Verständnis für Gesundheit und Krankheit» ausgegangen wird (ebda).

Der Begriff Sexualität findet sich nur an einer Stelle in den Quellen, wo es um Frauenmusiktherapie geht. Das folgende Zitat von Breiter (ebda, S. 86) ist die einzige Aussage die in der Literatur gefunden wurde, welche die vorliegende Thematik in allen Aspekten trifft:

«[...] das Ausleben schöpferischer Energien durch Singen und Musikmachen [ist] – bei allem Schmerz, der dabei vielleicht geäußert wird – ein sehr lustvoller Prozess, der auch die persönliche Genussfähigkeit und Sinnlichkeit verstärkt. [...] Selbstbestimmte weibliche Lust könnte patriarchale Strukturen sprengen und wird daher entsprechend tabuisiert. [...] Frauenmusiktherapie kann viel dazu beitragen, mit sich selbst, dem eigenen Körper und der eigenen Sexualität liebevoller umzugehen».

3.2 Musiktherapeutisches Sein und Handeln

«Bewusste und verantwortungsvolle Arbeit mit Frauen setzt [...] rationale Überlegungen und Wissen über Sozialisations- und Lebensbedingungen von Frauen in unserer Kultur voraus – Bedingungen, welche Therapeutin und Klientin grundsätzlich gemeinsam betreffen und benachteiligen. Das Bewusstsein dieser gemeinsamen Betroffenheit ist eines der wichtigsten Prinzipien von feministischer Therapie im Allgemeinen» (Breiter, 1991, S. 81)

Als zentrale Voraussetzung des therapeutischen Handelns gilt eine Geborgenheit spendende Atmosphäre, in welcher Sicherheit, Wärme, Halt, Verständnis und Wertschätzung erlebt werden können. Durch das Bereitstellen eines Safe-Place, kann sich die Klientin geschützt fühlen, Resonanz erfahren und innerlich loslassen (Lutz Hochreutener, 2009,

S. 94). Für die Haltung der Therapeutin werden schulenübergreifend «Basisvariablen wie Interesse und Wertschätzung, Offenheit und Respekt, Empathie und Compassion, Echtheit, Geduld, Klarheit und Präsenz sowie Flexibilität, Humor und Gelassenheit» genannt (ebda, S. 98). Folgend werden Handlungs- und Seinsweisen beschrieben, die explizit in Zusammenhang mit der vorliegenden Thematik stehen¹⁰.

Im Rahmen frauenspezifischer Therapie können die Werte unterschiedlich gesetzt werden. Ob der Akzent mehr darauf liegt, die eigene Sexualität zu entdecken, eigene Bedürfnisse zu formulieren und für die vielfältigen Formen Unterdrückung sensibler zu werden, oder ob sich die therapeutische Arbeit eher an Werten von «Ganzheit» und «Heilwerden» orientiert (Wirtz, 1991, S. 12) liegt an der persönlichen Gewichtung der Klientin und der Begleitung der Therapeutin.

«Wie bei allen anderen Therapieformen trägt die innere Haltung der Musik-Therapeutin, ihre Welt-Anschauung und ihre Sicht des Zusammenhangs von Gesellschaft, Gesundheit und Krankheit wesentlich zum Verlauf des therapeutischen Prozesses bei» (Breiter, 1991, S. 80).

Wichtig ist eine individuelle Herangehensweise der Therapeutin, sprich dass sie jeder Klientin neu, offen und unvoreingenommen begegnet (Breiter, 1991; Krüger-Kirn, 2017; Latz, 1991; Lutz Hochreutener, 2009; Perner, 2006; Renz, 1996). Krüger-Kirn (2017, S. 253) schreibt, dass Interventionen so auszuwählen seien, dass sie einen «Gestaltungsraum öffnen ohne erneut festzuschreiben, welche Richtung eine *selbstbestimmte weibliche Sexualität* nehmen soll». Gemäss Perner (1991, S. 252) sollte sich eine Therapeutin, die eine Klientin auf dem Weg zu ihrer sexuellen Selbstbestimmung begleiten will, hüten, vorgezeichnete Wege vorzuschlagen. Und auch Latz (1991, S. 96) äussert sich dazu, dass «Rezepte, Regeln oder bewährte Verfahren» ihre Wirkung verlieren würden, «wenn sie unflexibel, unreflektiert bei der individuellen Gegebenheit eingesetzt werden».

Breiter (1991, S. 81) meint, dass ihr die Umsetzung des Postulats, «auf die Selbstheilungskräfte der Klientin zu vertrauen und lediglich eine förderliche Umgebung für ihre Entfaltung herzustellen», im musiktherapeutischen Setting leichter falle als in der personenzentrierten Gesprächstherapie¹¹.

¹⁰ Da die musiktherapeutische Literatur keine Ergebnisse für das therapeutische Sein und Handeln in Bezug auf das Thema Sexualität ergab, wird der Gegenstand erneut in Kapitel 4.1 aufgegriffen und ergänzt.

¹¹ Breiter absolvierte eine therapeutische Grundausbildung nach C. Rogers personenzentrierter Gesprächstherapie (Breiter, 1991, S. 79).

«Indem eine Musiktherapeutin verschiedene Instrumente zur Verfügung stellt und erlebt, wie sich eine Frau das für sie und ihre Stimmung richtige Instrument aussucht und wie sie damit ihre ganz persönliche innere Musik zum Ausdruck bringt, ist für sie die Rolle der Therapeutin besonders klar spürbar: Sie hat die Aufgabe, Begleiterin beim Selbstfindungsprozess der Klientin zu sein, ohne deren Weg zu dominieren. Beide sind in dieser Situation schöpferisch tätig – ein Tatbestand, der das Hierarchiegefälle zwischen Therapeutin und Klientin zu reduzieren hilft» (ebda).

Gemäss Renz (1996, S. 235) liegen von Seiten der Therapeutin «Gewährenlassen, Stützen und Konfrontieren» nahe beieinander. Es geht darum bewusste und unbewusste Signale wie, «Träume, spontane Assoziationen, Stimmtöne, Körperreaktionen» der Klientin und auch eigene, «aus der Übertragung und Gegenübertragung entstandene Zeichen», wahrzunehmen.

Wenn es um Therapie geht, gleicht die Arbeit mit dem Unbewussten «einem gemeinsamen Tappen im Dunkeln» (Renz, 1996, S. 235). Die Arbeit geschieht in der konkreten Situation intuitiv, aus zwischenmenschlicher Betroffenheit, Liebe und aufgrund der je eigenen Wegerfahrungen und Begrenzungen» (ebda). Und Breiter (1991, S. 85) meint, dass der ungreifbare Teil der therapeutischen Ausrüstung in der Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung, die durch Selbsterfahrung verstärkt würde, und im Vertrauen auf Intuition bestehe. Die Intuition sei ein Körpergefühl und bedeute, «mit allen Sinnen im Moment da zu sein und für einen Dialog auf mehreren Ebenen (Klang, Sprache, Bewegung) bereit zu sein» (ebda).

3.3 Das Medium Musik

«Was Musiktherapie ist und was Musik wie bewirkt, lässt sich nicht bis ins letzte in Worte fassen, das Wesentliche liegt im Wortlosen!» (Renz, 1996, S. 33)

In diesem Kapitel wird das Medium Musik in Hinblick auf die vorliegende Thematik beleuchtet. Lutz Hochreutener (2009, S. 217) beschreibt das Potential von Musik gegenüber der Sprache folgendermassen:

«[Die Musik] besteht zwar auch aus Komponenten, doch sind sie im Gegensatz zu den Wörtern der Sprache nicht Einheiten mit unabhängiger Bedeutung. Vielmehr fügen sie sich durch ihre Form des gleichzeitig „In-Bewegung-Seins“ zu einem einmaligen, sinnlich unmittelbaren Ganzen zusammen. Diese, als präsentativ bezeichnete Symbolik, eignet sich besonders gut, atmosphärische Qualitäten auszudrücken. Sie kann Tiefe und Vieldeutigkeit erreichen, da sie der logischen Ordnung fern steht und die Ganzheit einer Erlebnissituation erfasst, während Sprache als zerteilendes, zuordnendes Zeichensystem mehr die konkreten Einzelheiten zu erfassen vermag»

Über die Möglichkeit des Mediums Musik eine Ausdrucksmöglichkeit jenseits der gesprochenen Sprache zu bieten schreibt Breiter (1991, S.85f.):

«Da klangliche Äusserungen von unserem Bewusstsein weniger stark zensuriert werden als verbale, ist es auch viel eher möglich, alten Konflikten und verdrängten Gefühlen in dieser Weise Ausdruck zu verleihen. Musik ist schuldfrei und daher ein gutes Medium, um belastende Erinnerungen oder verbotene Reaktionen herzuzeigen»

Diese grössere Freiheit gilt auch für den Ausdruck der Therapeutin, denn das aus der Gesprächstherapie bekannte Prinzip der Empathie wird in der Musiktherapie auf musikalische Weise umgesetzt und auch die Form des musikalischen Dialogs, wo es um die Gefühle der Therapeutin geht und um das, was die Klientin in ihr auslöst, ist wichtig (Breiter, 1991, S. 81). «In Form von Klängen kann auf beiden Seiten sehr viel mehr ausgesprochen werden als Worte vermögen und vielleicht auch mehr, als wir verbal zulassen würden» (ebda).

Ohne verbale Einschränkungen würden Regungen und Bewegungen zu klingenden Gebilden ineinanderfliessen, so Latz (1991, S. 89). Bauer (2002, S. 16) berichtet von Frauen, die in die Therapie gekommen seien und sich mit sich selbst, ihren Ängsten, Wünschen und ihrer Wut auseinandersetzen wollten. Sie schreibt: «[Diese Frauen] wussten im Voraus instinktiv, obwohl die meisten betonten, dass sie überhaupt nicht wüssten, was da nun auf sie zukomme, dass Musik ein direktes Ventil sein würde für ihre Empfindungen» (ebda). Hennig (1991, S. 169) sieht in allen künstlerischen Medien eine «Schale [...], in die sich die Klientin ohne Gefahr „hineinlegen“ kann, um sich von den kreativen Kräften ihres Wesenskernes erreichen zu lassen».

Folgend wird kurz auf das (Musik)-Spiel und die Instrumente in Bezug auf die vorliegende Thematik eingegangen.

Das (Musik-) Spiel

Lutz Hochreutener (2009, S. 22) schreibt, dass Spielen eine «intrinsisch motivierte Tätigkeit» sei, die um ihrer selbst willen ausgeführt werde und nicht auf ein bestimmtes Ziel ausgerichtet sei. Das Erleben von Flow wirke «ich-stärkend und identitätsbildend», innerhalb der Aktivität könne nichts falsch gemacht werden. Diese «Zweckfreiheit» (ebda) des Spiels ist für die vorliegende Thematik insofern relevant, weil dadurch im therapeutischen Prozess eine «leistungsfreie Atmosphäre» (ebda, S. 29) entstehen kann.

Instrumente

Breiter (1991, S. 83f.) schreibt, dass das Handwerkszeug der Musiktherapeutin zum Teil aus sehr greifbaren Dingen bestehe. Die Instrumente in der Musiktherapie seien denn «beinahe Co-Therapeutinnen», die dabei seien, mitreden und «Provokation, Kraftquelle und Schutz gleichzeitig» sein könnten. Für Musiktherapie gut geeignet seien Musikinstrumente, die nicht sofort die Assoziation mit Virtuosität hervorrufen. Dies schrecke gerade Frauen leicht ab, da diese mitunter ihr Gefühl von Unzulänglichkeit verstärken können. Einladender wirken würden dagegen:

«[...] einfache, perkussive Instrumente (wie z.B. Rasseln, Trommeln, Glocken)», Naturmaterialien (z.B. Holunderstäbe, Kürbisse, Klanghölzer) und Melodieinstrumente, die frau gar nicht „spielen können“ kann, weil sie hierzulande kaum bekannt sind (z.B. lateinamerikanische Ton-Flöten, afrikanische Kalimbas und Xylophone etc.) oder weil sie absichtlich nicht „richtig“ gestimmt sind, folglich auch „falsch“ klingen können (z.B. kleine Harfen).

Laut Bauer (2002, S. 81) mögen Frauen Trommeln, «wenn sie sie selbst spielen; sobald sie Trommeln nur hören, haben sie schnell das Gefühl, von einem fremden Rhythmus dominiert zu werden». Manche Frauen würden mit Angst oder Panik reagieren, wenn sie Trommeln sehen, weil sie fürchten würden, ihnen entgegengesetzten Rhythmen ausgesetzt zu werden und Frauenkörper seien sehr empfindlich «gegenüber solchen subtilen Formen von Gewalt» (Bauer, 1991, S. 100).

Als Instrumente, die über Klangreisen Befindlichkeiten jenseits von Zeit und Begrenzung auslösen können, nennt Renz (1996, S. 91) «z.B. die Klangschale, das Monochord, manchmal auch der Gong, das Didgeridoo oder elektronisch erzeugte, sphärisch wirkende Klänge». Doch auch «Schamanenrituale mit Trommelmusik, Rasselmusik und/oder speziellen Gesängen» könnten in solche Tiefen führen (ebda). Als kontraindiziert sieht Bauer (2002, S. 83) das Monochord für Frauen, die Schwierigkeiten haben, den Boden unter den Füßen zu spüren, sich zu erden, in der Wirklichkeit zu sein. Diese würden von den unstrukturierten, weit schwingenden Klängen eines Monochords häufig überfordert (ebda).

Das intensivste und ausdrucksstärkste Instrument ist die eigene Stimme (Bauer, 1991; Bauer 2002; Breiter, 1991; Latz, 1991; Lutz Hochreutener, 2009). In Bezug auf die vorliegende Thematik ergab die Literatur viel Material zur Stimme, deshalb wird diese als eigene Intervention/Methode in Kapitel 3.4 aufgeführt und beschrieben.

3.4 Musiktherapeutische Interventionen/Methoden

«Musik hat keine zwingende Wirkung und ist insofern nicht vergleichbar mit einem Medikament oder einer Droge. Lässt sich der Einzelne aber auf die Tiefenwirkungen der Musik ein, so wird er an seine eigenen Themen [...] herangeführt. Bei grosser innerer Durchlässigkeit kann selbst das Vogelgezwitscher im Wald, die Stille eines Kirchen- oder Meditationsraumes, das Eintauchen in die Nachtruhe im Bett zur allumfassenden Musik werden» (Renz, 1996, S. 92)

In der Literatur wurden keine konkreten musiktherapeutischen Interventionen/Methoden für die Auseinandersetzung mit der Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" gefunden. In diesem Kapitel werden daher Ausführungen und Ansätze aufgeführt, die ansatzweise im Zusammenhang mit der Thematik stehen und sich möglicherweise für eine Auseinandersetzung damit eignen könnten. Die musiktherapeutische Methodensammlung von Sandra Lutz Hochreutener (2009) im Buch 'Spiel–Musik–Therapie. Methoden der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen'¹² ist einzigartig in dieser Form und daher stammen die meisten Ausführungen dieses Kapitels aus dieser Quelle.

Stille/Meditation

Innere Stille wird als Seinsqualität der Achtsamkeit beschrieben, die die Absenz von Müssen und Wollen, von Werten und Vergleichen und von Zielgerichtetheit, beinhaltet (Lutz Hochreutener, 2009, S. 142). Sie bedeutet Hingabe an den Moment und Vertrauen in einer grossen kosmischen Ordnung drin zu sein (ebda).

«In allen Zeiten galt Musik als Weg, sich zu sammeln, innerlich still zu werden und sich in etwas Grösserem aufgehoben zu fühlen» (ebda, S. 143)

Mithilfe von meditativer Musik wird versucht, den Geist der Meditation mit Musik zu verbinden und so einen Zugang zu Übungen der Stille zu schaffen (ebda, S. 144). Um innerlich still zu werden, hilft Musik ritualartig, in eine Haltung der Achtsamkeit zu kommen, zu entspannen und sich zu sammeln (ebda).

Auch im Fluss des Therapieverlaufs gibt es Momente, in denen sich die Therapeutin zurückhalten kann, um mit der Klientin gemeinsam stille Sequenzen zu teilen, auszuhalten oder abzuwarten, was sich daraus entwickeln will. Stille kann so zur schöpferischen Pause

¹² Lutz Hochreutener schreibt im Buch über Musiktherapie mit der Klientel Kinder und Jugendliche. Für die folgende Darstellung wurde «das Kind» jeweils durch «die Klientin» ersetzt, sofern dies den Inhalt sinngemäss nicht veränderte, sprich, sich die Aussage auf die Klientel Frauen übertragen liess.

werden, in welcher Neues entstehen kann (ebda, S. 149). Die Bedeutung von Stille zeigt sich zum Beispiel im *Betroffen- und Berührtsein*, wenn ein Thema, eine Musik oder eine Szene die Klientin so tief berühren, «dass nur Stille auszudrücken vermag, was jetzt ist» (ebda, S. 150).

Als Interventionsmöglichkeiten für Erfahrungen mit Stille eignen sich zum Beispiel die *post- oder prämusikalische Stille*, indem vor oder nach dem Musikspiel aufmerksam in die Stille gelauscht wird (ebda, S. 154). Es kann manchmal wichtiger sein, die Stille nach dem Musikmachen auf sich wirken zu lassen und den eigenen Klängen nachzulauschen, anstatt darüber zu sprechen (Breiter, 1991, S. 81). Eine *Körperwahrnehmung* in der Stille (ohne Bewegung der Klientin) mit musikalischer Begleitung der Therapeutin, meditativer Musik vom Tonträger (Lutz Hochreutener, 2009, S. 154) oder ohne Musik kann auch eine Erfahrung mit „Stille“ ermöglichen. Die *Therapeutische Berührung*, z.B. das Auflegen einer Hand, kann eine starke Wirkung entfalten und der Klientin helfen, äusserlich und innerlich still zu werden (ebda).

Improvisation

Ein detailliertes Eingehen auf diese umfassende musiktherapeutische Methode sprengt den Rahmen dieser Arbeit. An dieser Stelle wird daher eher symbolhaft und in Bezug auf die vorliegende Thematik darauf eingegangen.

Improvisierte Musik entsteht im Hier und Jetzt. Sie bedeutet Freiraum, sich jenseits von richtig und falsch musikalisch auszudrücken (Lutz Hochreutener, 2009, S. 157), ästhetisierende Normen sind nicht gefragt (Breiter, 1991, S. 81). Jeder Ton hat Bedeutung, Legitimation und Gültigkeit (Latz, 1991, S. 97). In der «musiktherapeutischen Improvisation» liegt die Betonung auf dem therapeutischen Aspekt (Lutz Hochreutener, S. 158). Der Improvisationsprozess erfordert von der Spielerin Erlebnisoffenheit, Neugier, Interesse, Faszination an Unvorhergesehenem, Geduld und Mut zum Risiko (ebda). Wenn dies gelingt, ergibt sich durch das Improvisieren aus dem Moment heraus «die Chance, ohne Fremdbeeinflussung, ohne Überlagerung durch andere Meinungen, ohne den angstauslösenden Druck von Beobachtungen, Einmischungen oder Kontrollmechanismen, Eigenes zu entdecken» (Latz, 1991, S. 89). In Bezug auf Improvisation speziell mit Frauen schreibt Latz (ebda, S. 95f.):

«Klänge, die Frauen für sich oder für andere Frauen entstehen lassen, werden immer wieder deutlich von dem Wunsch gelenkt, Vergangenes wieder aufleben zu lassen. Sie spüren

instinktiv, dass sie auf dieser Reise ihre Störungen und Unsicherheiten, ihre Ohnmacht und Schwäche, ihre Verzweiflung oder Wut ohne Umschweife regulieren können, verarbeiten können».

Für die vorliegende Thematik kommt die Improvisation vor allem als «lustvolles, zweckfreies Spiel», als «Raum für schöpferisches Gestalten», als «Medium für Selbstwahrnehmung», als «Medium für Ausdruck» und als «Bearbeitung eines Themas» (Lutz Hochreutener, S. 163ff.) zur Anwendung.

Lieder/Songs/Songwriting

Bereits bestehende Lieder können in der Therapie zur Anwendung kommen, wenn diese von der Klientin aus ihrem Alltag mitgebracht oder in einer therapeutischen Situation erinnert werden (Lutz Hochreutener, 2009, S. 187). Sie können mit innerpsychischen Themen oder mit konkreten Situationen aus dem Alltag korrespondieren (ebda, S.188). Manchmal drücken sie auch ein aktuelles Lebensgefühl aus oder knüpfen an emotional stark besetzte Momente in der Biographie an (ebda, S.189). Das was im Anhören oder Singen von Songs erlebt und erspürt wird, kann in Gesprächen über die Texte benannt und vertieft werden. Dies ist eine gute Interventionsmöglichkeit, um über das sogenannte Dritte, das Lied, einen Bezug zu persönlichen Themen herzustellen (ebda, S. 190).

Dem Selbergestalten und Schreiben von Liedern, dem Songwriting, kommt für die vorliegende Thesis eine besondere Bedeutung zu. Das Selbergestalten von Melodie und Text, setzt direkt bei der Klientin, ihrer Lebenswelt, ihrer musikalisch-stilistischen Vorlieben und ihrer Thematik an (Lutz Hochreutener, 2009, S. 184). Der therapeutische Fokus, so Lutz (ebda) liege beim schöpferischen Prozess, bei der symbolischen Aussage und beim ihm innewohnenden Potential für die Verarbeitung belastender und einengender Themen. Die Wiederholbarkeit ermögliche, emotional tief berührende oder konflikthafte Inhalte so oft als notwendig durchzuspielen und zu singen. Sie würden so handhabbar gemacht und könnten integriert werden.

Körperzentriertes Erleben

In der Musiktherapie wird die Körperebene berücksichtigt, weil eine natürlich gegebene, untrennbare Verbindung zwischen ihr und der Musik besteht, so Lutz Hochreutener (2009, S. 196). Für die vorliegende Arbeit sind einige Aspekte, welche die Verbindung

von Musik und Körper aufzeigen, besonders zentral. Musik, gespielt und/oder gehört, kann körperliche Reaktionen hervorrufen, die leibhaftig gespürt und beobachtet werden können (ebda, S. 197). Dazu kann auch die Berührung durch Musik gezählt werden.

«Klänge berühren unsere Körper, sie berühren die Energiehülle, sie berühren die Haut, sie dringen ein in die Poren und in die innersten Körperschichten» (Bauer, 1991, S. 101).

Bauer (ebda, S. 102) berichtet von ihrer Arbeit mit Frauen, die körperliche Berührung nicht mehr ertragen hätten können, obwohl sie sich gleichzeitig nach ihr gesehnt hätten. Mit diesen Frauen habe sie erlebt, wie über die Berührung durch Klänge wieder erste freie und tiefe Kontakte möglich geworden seien. Die Berührung durch Klänge habe den Anfang für den Weg einer Heilung gesetzt, «zum Wiedererlangen der körperlichen Ganzheit und zum Annehmen des eigenen Selbst».

Die Verbindung von Körper und Musik wird ausserdem fühlbar, wenn der Körper als Musikinstrument dient, indem die Stimme tönender Atem und der Körper ihr Resonanz- und Klangraum ist (Lutz Hochreutener, 2009, S. 197). Zur Stimme und dem Singen als Intervention/Methode wurde in mehreren Quellen anschauliches Material in Bezug auf die vorliegende Thematik gefunden. Um diesem Ergebnis gerecht zu werden, wird *Stimme/Singen* als eigene Intervention/Methode aufgeführt.

Dem Wahrnehmen des Körpers kommt für die vorliegende Thematik besondere Bedeutung zu.

«Körperwahrnehmung umfasst das Erspüren und Kennenlernen der eigenen Körpergestalt mit ihren Grenzen und Innenräumen sowie der Bewegungen von Atem und Herz» (Lutz Hochreutener, 2009, S. 198)

Selbst-Wahrnehmung und Selbst-Bewusstsein bedeutet, die eigenen Innenräume als Lebensräume wahrzunehmen und zu verstehen (ebda, S. 199). Eine erweiterte Sensibilität kann auch dazu führen, sich selbst wirklich als Einheit von Körper-Geist-Seele zu spüren und «die spirituelle Dimension von Musik zu erleben» (Breiter, 1991, S.86).

Gemäss Lutz Hochreutener (2009, S. 199ff.) lassen sich methodisch verschiedene Formen der Körperwahrnehmung herauskristallisieren.

1. *Körperwahrnehmung durch Aktivität*: Tanzen, Klopfen oder Streichen einzelner Körperteile, rhythmisches Sich-Schütteln
2. *Meditative Körperwahrnehmung*: Langsame, ruhige Bewegungen, die von innerer Aufmerksamkeit begleitet werden.
3. *Körperwahrnehmung in der Ruhe*: Diese Körperwahrnehmung erfolgt im Liegen oder im bequemen Sitzen, wenn möglich mit geschlossenen Augen. Als Vertrauen aufbauende und vertiefende Einstimmung werden die Wahrnehmung des Kontaktes zur Aufliege-, bzw. Sitzfläche und/oder zum Boden angeregt. Diese Körperwahrnehmung kann als *imaginative Körperreise*, angeleitet durch die Therapeutin, oder als *Wahrnehmung des Körperinnenraums durch Nachspüren des Atemflusses* durchgeführt werden.
4. *Körperwahrnehmung durch Berührung und Bewegt-Werden*: In dieser Körperwahrnehmung berührt und/oder bewegt die Therapeutin achtsam und gezielt einzelne Körperteile der Klientin.
5. *Körperwahrnehmung durch Materialien und Vibration*: Die Klientin bekommt so nicht nur über das Ohr, sondern auch über das taktil-kinästhetische Empfinden des Körpers Impulse, die ihre Selbstwahrnehmung anregen können. Die Vibrationen können entweder beim Selbst-Spielen gespürt werden oder indem die Therapeutin das Instrument auf verschiedene Körperstellen legt und für die Klientin spielt.

Sprache/Gespräch

Vor dem Hintergrund der vorliegenden Thematik, kann der gleichwertige Einbezug von diskursiver Sprache, in Form von Gesprächen, als Gegenpol zur metaphorischen Freiheit der Musik, für die Musiktherapie folgendermassen begründet werden (Lutz Hochreutener, 2009, S. 221f.). Die gesprochene Sprache ist das hauptsächliche Medium, mit dem in der Alltagsrealität kommuniziert wird. Als *Übungsfeld für Kommunikation im Alltag*, kann die Klientin lernen ihre Bedürfnisse, Meinungen, Gefühle und Gedanken verständlich mitzuteilen. Durch *Verbalisierung und Reflexion des nonverbalen Geschehens*, werden Empfindungen, Gefühle und Gedanken, die im Musikspiel aufgetaucht sind, gemeinsam reflektiert. Dies ermöglicht ein Überprüfen der eigenen Wahrnehmung, Einsicht in den Sinnzusammenhang von Handlungs- und Erlebensweisen sowie einen entwicklungsförderlichen Transfer in die Lebenswirklichkeit. Und Sprache kann *Einordnen und*

Abgrenzen. Da Musik ins Unendliche, Unfassbare wachsen und über die Realität hinausgehen kann, hilft die Sprache die notwendige Distanz zu gewinnen, um Kontakt zur Realität herzustellen und Erfahrungen einzuordnen (ebda).

Durch Anregung das Musikspiel zu beschreiben, kann die Klientin Zugang zur Selbstreflexion erhalten. Im Nachdenken über die äusseren Faktoren wie Instrumentenwahl, Dynamik, Impulse und Interaktionen während des Musikspiels wird es möglich, in einer «nach innen führenden Spiralbewegung» auch tieferreichenden, persönlich bedeutungsvolleren (ebda, S. 224) und allenfalls auch intimeren Themen nachzugehen.

Rollenspiel

Im Rollenspiel werden alte Erfahrungen wiederholt und integriert, neue Ideen gestaltet und erhoffte, zukünftige Ereignisse entworfen (Lutz Hochreutener, 2009, S. 232). Meist wird mit einer Grundidee begonnen, aus der sich prozesshaft Szenen entwickeln (ebda), die dann weiterverfolgt werden. Manchmal leitet die Musik durch das Geschehen des Rollenspiels, manchmal sind es Sequenzen nur mit Sprache und Gesten (ebda, S. 234).

Das musiktherapeutische Rollenspiel ist wegen des Ineinanderwirkens von Musik, Sprache und Körperausdruck ein komplexes Geschehen, worin übersichtliche räumliche Strukturen Orientierung hineinbringen können (ebda).

Inhalte, die zum Beispiel im Gespräch auftauchen und auf eine konkrete Lebenssituation Bezug nehmen, können im Rollenspiel szenisch dargestellt und bearbeitet werden. Dazu gehören das Experimentieren mit neuen Verhaltensweisen in herausfordernden Situationen sowie Familienaufstellungen (ebda, S. 238). Die verschiedenen Rollen oder Personen können mit Instrumenten als Stellvertreter besetzt und ihre Interaktionen mit verbalen oder musikalischen Dialogen verdeutlicht werden (ebda, 246).

Imagination

Imagination wird mehr oder weniger bewusst in allen Therapierichtungen einbezogen, denn letztlich kommen überall, wo mit Erinnerungen, Erwartungen, Befürchtungen und Hoffnungen gearbeitet wird, auch automatisch die imaginativen Fähigkeiten des Menschen zum Tragen (Lutz Hochreutener, 2009, S. 250).

«Klänge, Rhythmen, Melodien und Geräusche rufen spontan bildhafte Assoziationen hervor. Konkrete Erinnerungen und Szenen aus Alltagssituationen können ebenso auftauchen wie archetypische Symbole, Sehnsuchtsbilder oder Visionen» (ebda).

Umgekehrt werden auch musikalische Improvisationen von inneren Bildern und Atmosphären gespeist. In der Musiktherapie wird diese Verbindung zwischen den zwei Sinneskanälen bewusst genutzt, indem einerseits Imaginationen gezielt durch Musik hervorgerufen werden und andererseits innere Bilder, die im Therapieprozess auftreten, mit musikalischen Mitteln vertieft (ebda). Lutz Hochreutener spricht von *imaginativem Musikerleben*, «wenn zu einer improvisierten oder komponierten Musik – beim Zuhören oder beim Selbst-Spielen – innere Bilder auftauchen», die Musik wirkt dabei von aussen nach innen (ebda, S. 252). Die Therapeutin muss dabei Zugang zu ihren eigenen inneren Bildern haben, um die notwendige Offenheit auch für «hässliche, angstvolle, aggressive, vielleicht sogar „perverse“ Bilder» zu entwickeln, damit keine Gegenübertragungen diese Prozesse zu negativen Erlebnissen werden lassen (ebda).

In allen Behandlungsverfahren wird empfohlen, eine zentrierende, die Selbstwahrnehmung anregende, Einstimmung anzuleiten, da ein psychophysiologischer Entspannungszustand die Bilder «ich-näher» werden lässt (ebda, S. 253). Bauer (2002, S.78) schreibt, dass sie je nach Zustand der Klientinnen mit Übungen aus der Bewegungstherapie oder eine Anleitung zum entspannten Liegen beginne. Sie erwähnt ausserdem, dass der Gewöhnungseffekt helfe, in die Entspannung einzutauchen, weil die Ohren schon wüssten, was auf sie zukomme.

Wenn möglich wird zu Musik imaginiert, ohne dass die Therapeutin mit verbalen Interventionen oder Anregungen in den Bilderfluss eingreift (Lutz Hochreutener, 2009, S. 254). Es wird davon ausgegangen, dass sich die relevanten Themen so zur richtigen Zeit und im passenden Tempo als innere Bilder manifestieren können. Ausserdem erfährt die Klientin so Wertschätzung und Respekt gegenüber ihrer ureigenen Bilderwelt und kann Vertrauen in ihr schöpferisches Potential aufbauen (ebda). Damit jede Frau ihre ganz persönliche Reise machen könne, verzichtet auch Bauer (2002, S. 79) bewusst auf eine Anleitung während der Musik.

Imaginieren in Form von rezeptivem Musikerleben ist zu live von der Therapeutin oder vom Tonträger gespielter Musik möglich. Der Vorteil von live gespielter Musik durch die Therapeutin (Für-Spiel) ist, dass sie so intuitiv und prozesshaft spielen kann und flexibel auf nonverbale Signale der Klientin eingehen kann (Lutz Hochreutener, 2009, S.

255f.). Latz (1991, S. 97) schreibt, dass sie bei der therapeutischen Entspannung zu Musik keine vorgefertigten Klänge nehme, sondern für die Frauen, improvisiere Klänge an verschiedenen Instrumenten spiele. Manchmal lasse sie auch Frau für Frau oder Frauen für Frauen spielen. Bei dieser direkten Form gegenseitiger Zuwendungen entstehe Vertrauen, Verstehen und Nähe. Der Vorteil von Musik vom Tonträger ist, dass es entlastend wirken kann, dass die Musik von einer neutralen Stelle kommt (Lutz Hochreutener, 2009, S. 256). Das gemeinsame Lauschen kann stärkend und ermutigend wirken (ebda).

Neben dem Imaginieren in Form von rezeptivem Musikerleben, kann die Klientin auch während dem Selber-Improvisieren imaginieren. Der Schwerpunkt des Musikspiels liegt auf der Begleitung des nach innen gerichteten Imaginationsprozesses (ebda, S. 259). Es ist auch möglich zuerst in der Stille, ohne Musik, zu imaginieren und die aufgetauchten Bilder danach in einer Improvisation zu verarbeiten und weiterzuführen (ebda), oder nach einer Improvisation über die gespielte Musik zu imaginieren (ebda, S. 261). Um diesen Prozess anzuregen, kann die Therapeutin zum Beispiel nach Bildern, Szenen oder Symbolen, die der Klientin zur Musik einfallen, fragen. Renz (1996, S. 31f.) schreibt, dass sie in der Therapie mit Erwachsenen häufig in der Kombination von Musik und Symbol, über Imaginationen zu Musik oder über das musikalisch-aktive Re-Inszenieren eines Traumes oder sonstigen Themas arbeite. «Die Musik löst aus, das Symbol fängt auf und trägt, das Wort benennt und macht verständlich» (ebda).

Stimme/Singen

«Kein Instrument rührt so unmittelbar an tiefe emotionale Schichten, löst derart heftige körperliche Reaktionen aus und öffnet so unmittelbar Tore zu den eigenen Ressourcen wie [die Stimme]» (Lutz Hochreutener, 2009, S. 75)

Die eigene Stimme ist das intensivste und ausdrucksstärkste Instrument (Bauer, 2002; Breiter, 1991; Latz, 1991; Lutz Hochreutener, 2009). Sie ist reflektorisch untrennbar mit den Grundfunktionen von Atem und Bewegung verbunden und bleibt während des ganzen Lebens unser primäres Ausdrucksmittel (Lutz Hochreutener, 2009, S. 74). «Sie ist die direkteste Ausdrucksmöglichkeit leibseelischer Einheit, die dem Menschen möglich ist» (ebda, S. 75). Singen ist eine «ganzheitliche Tätigkeit» (Hegi & Rüdüsli, 2013, S. 62) durch die frau sich selbst «wirklich als Einheit von Körper-Geist-Seele» spüren und so, «die spirituelle Dimension von Musik» erleben kann (Breiter, 1991, S.86).

In der Stimme wird die Persönlichkeit und auch die jeweilige Befindlichkeit eines Menschen hörbar, denn die Stimme steht in enger Verbindung zu unseren Gefühlen und Gedanken (Bauer, 2002; Breiter, 1991; Christinger, 2017; Lutz Hochreutener, 2009; Northrup, 2020). Physiologisch liegt dies darin begründet, dass der Kehlkopf durch den Nervus vagus innerviert wird und die Stimme dadurch unmittelbar mit dem vegetativen Nervensystem verknüpft ist (Lutz Hochreutener, 2009, S. 75). Die Gynäkologin Christiane Northrup (2020, S. 621f.) schreibt dazu: «Töne von sich zu geben, zum Beispiel durch Singen, spielt bei der Freisetzung von Gefühlen eine wichtige Rolle».

Jede Stimme ist einzigartig und unverwechselbar, ihre Ausdrucksmöglichkeiten sind unendlich vielfältig (Lutz Hochreutener, 2009, S. 75) und sie erlaubt feinste Nuancen auszudrücken (Christinger, 2017, S. 153)

Die grosse Bedeutung der Stimme wird metaphorisch deutlich, wenn man sprachliche Wendungen betrachtet, in denen Stimme, Macht und Handlungsfähigkeit verknüpft sind wie z.B. Stimmrecht, die Stimme erheben, abstimmen, mitbestimmen (Breiter, 1991, S. 84). Für die therapeutische Arbeit ist der stimmliche Ausdruck enorm wichtig, weil dabei kein Steckenbleiben möglich ist – «wenn der Atem tönend hörbargemacht wird, entsteht Bewegung» (Lutz Hochreutener, 2009, S. 75). Wenn Verspannungen im Kehlkopf gelassen werden, kann sich der ganze Körper entspannen (Gamma, 2015, S. 67).

Und Breiter (1991, S. 85) schreibt:

«[...] die Befreiung der Stimme zu vielfältigen Ausdrucksmöglichkeiten setzt auch unterdrückte Gefühle und Energien frei und bildet so einen wichtigen Schritt auf dem Weg zur Heilung und zur Selbstbestimmung [sic]».

Sich selbst mit den Tönen der eigenen Stimme zu nähren ist eine beglückende Erfahrung, die Vertrauen gibt in die eigene Kraft, so Bauer (1991, S.100). Wenn Frauen ihrer eigenen Stimme mehr vertrauen, stärken sie «ihr Selbstbewusstsein und ihr Selbstvertrauen ebenso wie ihre Ausdruckskraft und die Fähigkeit, sich inneren und äusseren Konflikten zu stellen, sie nicht zu überhören» (Breiter, 1991, S. 85).

Bauer berichtet in ihrem Buch 'Musik ist eine Zauberin. Frauen Musik Therapie' explizit von *Gesangstherapie*. Diese beschreibt sie folgendermassen:

«Wenn eine Frau anfängt, singend durch ihren eigenen Körper zu reisen, ihn spüren lernt, gerade auch in Bereichen, in denen sie das Spüren vergessen hat, dann durchsingt sie noch einmal alle Phasen ihrer eigenen Entwicklung, vom kleinen Mädchen zur Frau. Es begegnen ihr auf der Reise durch ihren Körper die Erfahrungen, die sie als Frau mit ihrem

Körper gemacht hat. Und es wird ihr möglicherweise bewusst, dass sie mit einigen Körperteilen weniger gut spüren kann. Das sind die Körperbereiche, die aus unterschiedlichen Gründen blockiert oder tabuisiert sind und die Frau nun singend sich neu aneignet. Tönend erspürt sie Resonanzräume in den Oberschenkeln, im Becken im sogenannten Schambeereich, in Bauch, Rücken und Brust. Aber auch die Nase, die Mundhöhle, der Rachenraum, die Nebenhöhlen gehören dazu. Alles ist beteiligt, das Gesicht, die Augen, die Wangen, die Lippen, der Ausdruck ihres Gesichts, die Sprache ihrer Bewegungen, ihre Art zu stehen und zu gehen – nichts bleibt unberücksichtigt» (Bauer, 2002, S. 59).

In der Arbeit mit Erwachsenen muss jedoch auch mit Hemmungen, Ängsten und Widerständen gerechnet werden (Lutz Hochreutener, 2009, S. 76). Diese gilt es therapeutisch miteinzubeziehen und die Stimme behutsam wieder zu befreien. Dies gelinge am ehesten, wenn der stimmliche Ausdruck im Klangschutz eines gleichzeitig gespielten Instrumentes gewagt und geübt werden könne, so Lutz Hochreutener (ebda). Gemäss Bauer (2002, S. 61) ist es wichtig, sich Zeit zu nehmen für das Singen ohne Worte mit für die jeweilige Sprache der eigenen Kultur bedeutungslosen Silben, die nicht als Sprach-, sondern als Klangbotschaft in die Welt geschickt werden. Wenn Vokale und Silbenverbindungen als freie Improvisation gesungen würden, seien das Äusserungen der Stimme, die noch nicht notwendigerweise vom sprachlichen Drill überlagert seien und an vorsprachliche Erfahrungen anknüpfen würden. Ihr seien immer wieder Frauen begegnet, die vor allem in den höheren Lagen eine Mädchenstimme behalten hätten, sprich, die die höheren Töne nicht in die Frauenstimme integrieren konnten. Die Gründe dafür seien jeweils sehr individuell, würden jedoch immer «um die Schwierigkeiten mit der Aneignung des Körpers und der Sexualität» kreisen. Auch Gamma (2015, S. 67) schreibt von dieser nicht integrierten Frauenstimme im Zusammenhang mit Sexualität.

«Die meisten Frauen singen und sprechen mit Kopfstimme, zart und fein. Über die Jahrtausende haben sich einige Barrieren im Körper der Frau gebildet, die den Zugang zum Klangraum der Lebensstimme verbaut haben: die Kontrolle der Stimmbänder, die eingeschnürten, gefangenen Herzen, das Korsett um die «Wespentaille» und die im «Keuschheitsgürtel» gebundene weibliche Sexualität, die trotz der sexuellen Revolution der Sechzigerjahre im letzten Jahrhundert nicht wirklich befreit werden konnte. Um Leben zu retten und weiterzugeben, haben wir innere Stacheldrähte aufgebaut»

Die Psychologin und Zen-Meisterin Anna Gamma ist zwar nicht Musiktherapeutin, sie führt in ihrem Buch 'Schön, wild und weise. Frauen auf dem Weg zu sich selbst und in die Welt' jedoch unter anderen die Übung «Gesang der Wolfsfrau» auf, worin es um das Entdecken des Gesangs für den eigenen Körper und die weiblichen Organe geht (ebda, S. 71). Diese Übung wird an dieser Stelle erwähnt, weil Gamma damit die Verbindung von

Gesang und der Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" beschreibt. Ihre Anleitung dazu lautet:

«Ziehe dich in einen Raum zurück, in dem du nicht gestört wirst. Umgib dich mit Schönheit. Zünde eine Kerze an. Setze dich bequem hin. Schliesse die Augen und beginne zu summen oder tönen. Lass den Klang deiner Stimme in die Innenräume deines Körpers wandern – Kopf, Gesicht, Hals, Schultern, Arme, Hände, Brustraum, Rücken, Bauchraum, Becken, Beine und Füße. Singe das Lied, das nur für dein Herz bestimmt ist. Singe für deine Brüste, für deine Taille, für deine weiblichen Geschlechtsorgane. Lass dir Zeit ... und genieße den Nachklang in deinem Körper» (ebda).

Singen ist Körpererleben (Bauer, 2002; Breiter, 1991; Christinger, 2017; Latz, 1991; Lutz 2009; Sparmann, 2018). So führt Lutz Hochreutener (2009) die Stimme unter der Methode «Körperzentrierte Musikspiele» auf. Christinger (2017, S. 53f.) schreibt, dass Summen, eine machtvolle Meditation sei. Über das Summen könne jede Körperzelle erreicht werden, die in Schwingung gebracht werden will. Das Summen wirke «stimulierend und heilend». Lange Vokalklänge haben die Kraft, den ganzen Körper zum Vibrieren zu bringen und die Schwingungen können die Körperzellen so verändern, dass sie eine «belebende Wirkung auf den Körper» haben (Sparmann, 2018, S. 62). Gemäss Bauer (2002, S. 64) können «durch Tönen und Singen [...] Körper Räume als Resonanzräume aufgespürt werden». Dabei könne es passieren, dass frau abgespaltenen Erinnerungen begegne, die schmerzvoll seien die manchmal gar nicht in Worte gefasst werden könnten, und die nur insofern wahrgenommen werden, als der Körper mit unterschiedlichen Ausdrucksformen, wie Übelkeit, Schmerz oder Verspannung, reagiere. Wenn sich Frauen singend in ihrem Frauenkörper einrichten, bedeutet das, die verschiedenen Energiezentren der Stimm säule wieder mit heiler Kraft zu füllen (Bauer, 1991, S. 99).

Neben den Auswirkungen auf den Körper, kann sich Singen auch auf den Geist auswirken. So berichtet Bauer (2002, S. 68), dass sie die Erfahrung gemacht habe, dass Übungen mit Stimm-Tönen helfen könnten, Gedankenkreisen zu stoppen. Übungen mit der Zunge und der Kehle durch Tönen auf Vokalen würden ganz direkt helfen, sich der Musik zu überlassen.

4 Ansätze anderer Therapien im Kontext der Thematik

*«Gerade auf dem Gebiet der Sexualität, wo derart viele äussere Normen, Moden und Zwänge wirksam werden, ist es für mich mittlerweile [...] kaum mehr vorstellbar, die Beachtung des Körpers und bestimmte körperliche Reaktionen nicht explizit in die Therapie mit aufzunehmen»
(Aigner, 2013, S. 187)*

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, dass die musiktherapeutische Literatur nur wenig Interventionen/Methoden, die in direktem Bezug zur vorliegenden Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" stehen, ergeben hat. In diesem Kapitel wird deshalb auf Ansätze anderer Therapien, die auf die Thematik fokussieren und die sich in ein musiktherapeutisches Angebot integrieren lassen würden, eingegangen.

Josef Christian Aigner ist Psychoanalytiker und betont, dass, obwohl sich der Mensch immer «entlang körperlicher Empfindungen und körperlicher Veränderungen [...], was für den Bereich der Sexualität besonders bedeutsam ist», entwickelt, der Körper in seiner Relevanz in psychotherapeutischen Theorien, ausser den körperorientierten Methoden, oft «sträflich vernachlässigt» werde (Aigner, 2013, S. 145). Gemäss der Paar-, Sexual- und Körperpsychotherapeutin Doris Christinger (2017, S. 10), geschehen wirkliche Veränderungen erst «wenn der Körper und die Gefühle mit einbezogen sind» und der Körper deshalb «eine zentrale Rolle» auf dem Weg zum Frausein und zur Sexualität spielt. Und die Psychoanalytikerin und Dozentin für analytische Paar- und Familientherapie und Körperpsychotherapie Helga Krüger-Kirn (2017, S. 254) meint, dass «erst eine Bezugnahme auf die verkörperte und sinnlich-leibhaftig erfahrbare weibliche Körperlichkeit» die «Basis für eine eigenmächtige Transformation» der weiblichen sexuellen Selbstbestimmung «vor dem Hintergrund des gegenwärtigen Geschlechterdiskurses» darstelle. Die Gynäkologin und Geburtshelferin Christiane Northrup (2020, S. 644) merkt an, dass die Arbeit am und mit dem Körper eine Möglichkeit sei, «die Einheit von Körper und Geist zu erkennen und zu erleben».

Diese Ausführungen zeigen, dass der Körper zentral für die vorliegende Thematik ist. Im Folgenden werden daher Theorien, Ansätze und Interventionen/Methoden aus Therapien vorgestellt, die den Körper, das Körpererleben und die Körperwahrnehmung ins Zentrum ihres Behandlungsansatzes stellen.

Die Betrachtung von Ansätzen der *Körperpsychotherapie* liegt nahe. Um das Spektrum zu erweitern, werden nach dieser „westlichen“ Therapierichtung, Ansätze aus dem *Neo-Tantra* beschrieben. Diese Auswahl gründet darauf, dass die Grundannahmen dieser zwei Ansätze in Bezug auf Sexualität nahe beieinander liegen. Rosenberg, Rand und Asay (1989, S. 30f.) schreiben über die integrative Körperpsychotherapie:

«Unser Ansatz der Sexualität entspricht der tantrischen Betrachtungsweise von Energie. Das heisst, wir betrachten uns selbst als Gefässe für die Lebenskraft».

Da im *Achtsamkeitstraining* der Fokus auf das gegenwärtige, wertefreie Erleben gelegt wird (Sparmann, 2017, S. 261), ist dieses für die vorliegende Thematik relevant und wird anschliessend beleuchtet. Durch ihre Nähe zur Musiktherapie verfügt die *Bewegungs- und Tanztherapie* über Ansätze, die sich gut in ein musiktherapeutisches Setting integrieren lassen würden. Ansätze aus der *sexuellen Bildung* machen, wie in Kapitel 1.4 beschrieben, Sinn für die vorliegende Thematik und werden abschliessend aufgeführt.

Da in der musiktherapeutischen Literatur ausserdem nichts über *das Thema Sexualität in der Therapie* gefunden wurde, wurden auch hierfür Quellen aus anderen Therapien beigezogen. Bevor auf die ausgewählten Therapierichtungen eingegangen wird, werden folgend das Thema Sexualität in der Therapie allgemein und das therapeutische Sein und Handeln dargelegt.

4.1 Das Thema Sexualität in der Therapie

«Viele Therapeuten haben immer noch eine Scheu, Sexualität von sich aus anzusprechen. Sie nehmen dieses «heisse Eisen» nur aus dem Feuer, wenn es von den Klienten selbst thematisiert wird» (Fischer & Fischer, 2016, S. 267)

Die Thematisierung der Sexualität in der Psychotherapie ist in den letzten Jahren zurückgegangen, so Harms und Thielen (2017, S. 9). Dies hänge unter anderem damit zusammen, dass in den 1990er Jahren in der Psychotherapie im grösseren Ausmass über sexuellen Missbrauch diskutiert wurde, was zum Schutz der Klient*innen wichtig gewesen sei und immer noch sei. Eine sicherlich nicht intendierte Auswirkung daraus sei allerdings auch gewesen, dass die Sexualität in den Psychotherapien zunehmend weniger thematisiert und bearbeitet wurde (ebda). Auch in den meisten Curricula an Fachhochschulen, Universitäten und in psychotherapeutischen oder beratungsorientierten Ausbildungen

sind sexuelles Erleben und Verhalten heute immer noch so gut wie kein Thema (Aigner, 2013, S. 13). Fischer und Fischer (2016, S. 266) meinen, dass viele Therapeut*innen auf keinen Fall Fehler machen möchten und daher das Thema Sexualität in ihrer Arbeit meiden oder es nur sehr distanziert angehen würden. Rosenberg et al. (1989, S. 60) sind der Meinung, dass es schwierig ist «jemandem Fragen über seine Sexualität zu stellen, ohne aufdringlich zu wirken». Da das Erforschen der Sexualität einer Klientin, jedoch «ein wesentlicher Bestandteil von Therapie» sei (ebda, S. 30) laute ihr Credo: «Wenn man nicht fragt, bekommt man auch keine Auskunft» (ebda, S. 61). Fischer und Fischer (2016, S. 267) empfehlen schon im Erstgespräch auch eine Frage zur Sexualität zu stellen, wie zum Beispiel: «Sind sie zufrieden mit ihrer Sexualität?» So wüssten die Klienten, dass das Thema grundsätzlich willkommen ist (ebda).

Für die vorliegende Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" relevant ist, dass Rosenberg et. al (1989, S. 43, 59f.) beim Aufnehmen der Körpergeschichte, weibliche Klientinnen jeweils fragen, ob sie irgendwelche problematische gynäkologischen Untersuchungen mitgemacht, chronische Menstruationsbeschwerden oder andere gynäkologische Probleme hätten, denn all dies könne die emotionale Einstellung zu den Genitalien und zum Beckenbereich beeinflussen.

Therapeutisches Sein und Handeln

Um die Thematik der Sexualität in der Therapie ansprechen zu können, ist eine «offene, entspannte, klare und selbstregulierte Grundhaltung» der Therapeut*in, «die nichts für sich braucht und trotzdem nah und direkt an sexuelle Themen herangehen kann», wichtig (Fischer & Fischer, 2016, S. 265). Die Psychotherapeutin und international bekannte Autorin Esther Perel (2006, S. 260) schreibt, dass es zur Rolle einer Therapeutin gehöre, «den kulturellen Status quo in Frage zu stellen».

«Wir ermutigen unsere Patienten immer wieder dazu, zu überprüfen, was sie für normal, akzeptabel und geboten halten. Wenn es jedoch um die Grenzen der Sexualität geht, machen sich, wie es scheint, die meisten Therapeuten die vorherrschenden Ansichten zu diesem Thema unkritisch zu eigen. Monogamie ist die Norm, und sexuelle Treue wird mit den Attributen reif, verantwortlich und realistisch ausgezeichnet» (ebda).

Konkrete Handlungs- und Seinsweisen für die Therapeutin im Umgang mit dem Thema der Sexualität, wurden auch in der erweiterten Literatur nur in einer Quelle gefunden. Die folgenden Schilderungen fassen alle auf den Ausführungen von Fischer und Fischer

(2016). Sie zählen auf, was zum Lernprozess von Therapeutinnen gehören könne (wörtlich zitiert nach: ebda, S. 269):

- Wissen um Macht und Wesen der Übertragung vertiefen.
- Sich in eigener Sexualität und erotischen Gefühlen wohl fühlen, gute sexuelle Selbstregulation und Selbstfürsorge.
- Bewusstsein für eigene sexuelle Geschichte: sexuelle Spiegelung als Kind und Jugendlicher, Missbrauchserfahrungen, homo- und heterosexuelle Erfahrungen.
- Reflexion der eigenen sexuellen Fantasien und Träume, Autoerotik, eigene Beziehungssituation.
- Bewusstsein darüber, welche Menschen uns wegen ihrer sexuellen Attraktivität ins Wanken bringen können, und warum das so ist.
- Die eigene Resonanz im Körper als Instrument für Gegenübertragung nutzen lernen.

Fischer und Fischer messen der eigenen Körperwahrnehmung der Therapeutin besondere Bedeutung zu. Therapeut*innen würden die beste Resonanz anbieten, wenn die «eigene Körperwahrnehmung entspannt und lebendig im Becken» ruhe. Viele professionelle Begleitende hätten «jedoch Scheu oder Angst, ihre eigene Lebendigkeit als Mann oder Frau im therapeutischen Prozess zuzulassen, weil sie nicht wissen, wie sie gleichzeitig klar abgegrenzt bleiben können» (ebda, S. 267). Für eine klare Abgrenzung ist die Reflexion von erotischen und sexuellen Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen wichtig (ebda).

In der Übertragung können unbewusste sexuelle Gefühle auf die Therapeutin übertragen werden, «im Bestreben, unabgeschlossene Erlebnisse der Vergangenheit in der Gegenwart zufriedenstellender zu erleben» (ebda, S. 268). Die Übertragung ist somit als ein Versuch, «offene Gestalten zu schliessen und die blockierte natürliche Reifung zu vollziehen», zu verstehen. «Klienten sollten sich frei und sicher fühlen, diese Übertragungsgefühle auf ihre Therapeutin ausdrücken zu können» (ebda). Fischer und Fischer schreiben, dass die Klientinnen dafür «einen sicheren Rahmen» brauchen. Als Therapeutin genüge es «einfach da zu sein, sich über erotische Gefühle zu freuen und absolut nichts für sich zu wollen». Dies ermögliche «einen offenen Explorationsraum für alle sexuellen Gefühle der Klienten». Klare Grenzen seien dabei unabdingbar und die Therapeutin könne

diese bei Bedarf auch explizit machen, indem sie zum Beispiel sage, dass eine private sexuelle Beziehung zu Klienten ausgeschlossen sei (ebda).

Zur Gegenübertragung schreiben Fischer und Fischer, dass erotische Gefühle gegenüber Klientinnen «keineswegs ungewöhnlich» seien, jedoch von den betroffenen Therapeut*innen häufig als «unprofessionell empfunden» würden, entsprechend schambesetzt seien und selten in der Supervision thematisiert würden.

«Im bewussten Umgang mit Gegenübertragungspänomenen können wir durch die vegetative Körperresonanz Informationen über den Prozess des Klienten erhalten. Die Reaktionen, die wir in unserem Körper spüren, können so für den therapeutischen Prozess benutzt werden» (ebda).

Wenn Therapeut*innen aufgrund eigener Hemmungen, Ängste oder Unsicherheiten eine erotische Übertragung nicht thematisieren, verpassen sie die Gelegenheit, der Klientin «einen sicheren Rahmen für die Erforschung und Zuordnung» ihrer Gefühle anzubieten. Wenn Therapeut*innen Angst vor ihren erotischen Gegenübertragungsgefühlen haben, besteht oft die Tendenz, sexuelle Themen und Gefühle im therapeutischen Prozess zu vermeiden (ebda, S. 269). Fischer und Fischer postulieren, dass erotische Anziehung und Verliebtheitsgefühle gegenüber Klientinnen wahrgenommen und in der «Supervision im Hinblick auf die eigene Übertragung [...] und Gegenübertragung» untersucht werden sollen (ebda).

4.2 Körperpsychotherapie

«Sexualität findet im Körperkontakt und im zwischenmenschlichen Austausch statt. Daher bietet ein körperpsychotherapeutischer Zugang optimale Werkzeuge, um sexuelle Themen zu begleiten. Zu uns kommen viele Klienten, die nicht «nur darüber reden» wollen, sondern bewusst den Einbezug des Körpers suchen» (Fischer & Fischer, 2016, S. 267)

Unter Körper(psycho)therapien lassen sich verschiedene körperorientierte Therapierichtungen fassen, die «eine an der Ganzheit orientierte Perspektive, in der die körperliche Dimension menschlichen Erlebens und menschlicher Erfahrung gleichwertig neben der psychischen Dimension steht» verbindet (Sparmann, 2018, S. 11). Die Literatur hat in Bezug auf die Arbeit mit sexuellen Themen konkrete Therapiekonzepte, wie zum Beispiel

die 'Sexual Grounding Therapy'¹³ oder die 'Sexocorporel-Sexualtherapie'¹⁴, ergeben. Beide Konzepte beinhalten eigene theoretische Grundlagen und Behandlungsansätze. Ein vertieftes Eingehen auf diese Konzepte sprengt den Rahmen dieser Thesis. In diesem Kapitel werden allgemeine Ausführungen und einzelne Interventionen/Methoden dargelegt, die sich für die Auseinandersetzung mit der vorliegenden Thematik eignen.

Die Heilpraktikerin und Körperpsychotherapeutin Bettina Schroeter (2017, S. 201) schreibt, dass körperpsychotherapeutische Interventionen/Methoden Frauen dabei unterstützen könnten, «ihre eigene Körperlichkeit und Sinnlichkeit in Besitz zu nehmen, sich in den Innenräumen ihres Körpers, ihres Beckens niederzulassen [...] und damit ein sinnlich fundiertes Selbstbewusstsein in Hinblick auf die subjektiv erlebte Körperlichkeit zu entwickeln». Ein besonderer Schwerpunkt liege dabei darauf, «Blockierungen innerhalb des Körpers, die den Fluss der Empfindungen zwischen Becken, Brust und Kopfbereich unterbrechen und Spaltungen zwischen Lust- und Liebesgefühlen» aufrechterhalten, zu lösen (Schroeter, 2017, S. 212).

Die Fachärztin für Frauenheilkunde und klinische Sexologin Karoline Bischof (2017, S. 137) beschreibt ihre Arbeit folgendermassen. Ausgehend von einer umfassenden Evaluation der physiologischen, emotionalen und kognitiven Beziehungskomponenten der Klienten, würden die Erregungsfähigkeit, das Lusterleben und das erotische Selbstbild durch individuell angepasste Interventionen gefördert. In der Muskelspannung zeige sich die «enge Wechselwirkung zwischen Körper, Emotionen und sozialer Interaktion» (ebda, S. 128). Die Fähigkeit, Zärtlichkeit wahrzunehmen und zu geniessen, könne durch ein Variieren der Muskelspannung gesteigert werden. Spannungen in Brustkorb, Zwerchfell und Bauch würden auch die Reizübermittlung aus dem Unterleib hemmen, was Erregung, Lusterleben und den Weg zum Orgasmus erschweren könne. Tiefe Atmung und Beckenbodenbewegung hingegen, würden die Wahrnehmung des Genitals verbessern.

Der Körperpsychotherapeut Manfred Thielen (2017, S. 68) reinszeniert mit Klientinnen Schlüsselszenen aus ihrer Biografie mit biodramatischen Rollenspielen. Das Rollenspiel komme ursprünglich aus dem Psychodrama, wobei im Biodrama in besonderer Weise auf

¹³ Siehe: Fischer & Fischer, 2017, S. 79

¹⁴ Siehe: Bischof, 2017, S.121

die körperlichen Empfindungen und Gefühle fokussiert würde. Er arbeite auch mit den verschiedenen Anteilen der Patientinnen, zum Beispiel mit dem «erwachsenen» und dem «kindlichen» Teil, respektive dem «inneren Kind» (ebda, S. 69).

Ein wichtiger Faktor für therapeutische Arbeit zum Thema Sexualität ist die Sprache, denn «Sprache prägt mit, wie wir Sexualität verstehen und erleben» (Fischer & Fischer, 2016, S. 251). Sprache gibt dem sexuellen Erleben in der Selbstexploration und in der Beziehung einen Namen und wirkt dadurch verbindend, klärend, inspirierend und Intimität fördernd (ebda). Der Entwicklung eines individuellen, adäquaten Vokabulars kommt daher eine Wichtigkeit zu.

4.3 (Neo-) Tantra

Tantra ist eine philosophisch-religiöse Strömung, die zur Zeit der Veden in Indien entstanden ist und in der es um einen grundsätzlich spirituellen Weg zu seelisch-geistigem Wachstum geht (Christinger, 2017, S. 250).

Das Neo-Tantra hat seine Wurzeln in den klassischen Lehren, bezieht aber das jetzige Wissen über die Ganzheit des menschlichen Körpers und der Seele mit ein (ebda, S. 253). In den 1960er und 1970er Jahren wurden unter dem Begriff Neo-Tantra, östliche Philosophie und Spiritualität in neue Formate transformiert, um sie für westlich sozialisierte Menschen verstehbar zu machen und für das Bestreben nach persönlicher und sexueller Entwicklung einzusetzen (Sparmann, 2018, S. 11). Zu den traditionell tantrischen Elementen wie Meditationsübungen, Visualisationstechniken und Atem- und Yogaübungen kommen Übungen hinzu, die auf den Erkenntnissen der westlichen Sexualwissenschaft, der humanistischen Psychologie und der modernen Körpertherapie beruhen (Christinger, 2017, S. 253).

Die tantrische Lehre geht davon aus, dass die Sexualenergie antreibt, im Lebensstrom mitzufliessen, dass sie aber nicht der Sinn und das Zentrum des Lebens ist (ebda, S. 237). Damit ist gemeint, dass wenn frau die Sexualenergie befreit und einen bewussten Umgang damit lernt, sie diese weder zwanghaft ausleben noch negieren muss (ebda). Im Tantra geht es darum, die eigene weibliche¹⁵ und männliche Seite gleichwertig zu leben

¹⁵ Hier ist der Begriff *weiblich* im Sinne von *weiblichem Prinzip* wie in Kapitel 1.3 beschrieben, zu verstehen.

und zu balancieren, um in einen «Zustand der Fülle» zu kommen und an «Autonomie und Unabhängigkeit» zu gewinnen (ebda, S. 198).

(Neo-) Tantra eignet sich insofern für die vorliegende Thematik, weil der Frau im Tantra ein besonderer Stellenwert zugestanden wird und es auch Frauen als Lehrerinnen, Wegweiserinnen und Meisterinnen gibt (ebda, S. 12). Ausserdem bietet sich das Vokabular des Tantra an. Der für das weibliche Genital verwendete Begriff «Yoni», stammt aus dem Sanskrit und bedeutet «Vulva, Schoss, Ursprung und Quelle» und ruft weder klinische noch abwertende Assoziationen hervor (ebda, S. 96).

Fischer (2018, S. 117) schreibt, dass es im Tantra heisse: «Du selbst bist die Quelle deiner Lust». Für sie resultiert daraus, dass körperliche Selbstliebe die Basis für die Intimität und den Austausch mit anderen Menschen bilde.

Im Tantra wird davon ausgegangen, dass Krankheiten in der Aura beginnen und sich erst später auf der körperlichen Ebene äussern. Wenn man den physischen, emotionalen und geistigen Körper gesund erhalten möchte, muss das Chakra-System in Balance gebracht werden (Christinger, 2017, S. 171). Die Lehre der Chakren wird, im Unterschied zur östlichen Medizin, von der traditionellen westlichen Medizin bis jetzt noch nicht anerkannt (Northrup, 2020, S. 92). Der Begriff Chakra kommt aus dem Sanskrit und bedeutet «Rad des Lichts». In der Lehre der Chakren wird die menschliche Energie anhand sieben Energiezentren des Körpers, der Chakren, beschrieben. Jeder Mensch, egal welchen Geschlechts, hat dieselben Chakren, die jeweils bestimmten psychischen Bereichen zugeordnet sind. Diese Energiezentren verbinden Nerven, Hormone und Gefühle und sind parallel zum neuroendokrinen Immunsystem des Körpers angeordnet (ebda). In Bezug auf die vorliegende Thematik kommen den unteren drei Chakren besondere Bedeutung zu, da «sich des eigenen Körpers schämen», eine Belastung für diese Chakren sein kann (ebda, S. 97) und bei vielen Frauen, die Energie meistens in den Bereichen der unteren drei Energiezentren steckengeblieben ist (Christinger, 2017, S.241). Die Autorin der vorliegenden Arbeit erachtet die Lehre der Chakren als relevant für die therapeutische Begleitung der Auseinandersetzung mit der Thematik "Weibliche Identität und Sexualität", ein vertieftes Eingehen darauf übersteigt jedoch den Umfang dieser Arbeit.

4.4 Achtsamkeitstraining

Achtsamkeit beschreibt die absichtsvolle Orientierung auf das gegenwärtige Erleben, die durch Offenheit, Akzeptanz und Wertefreiheit gekennzeichnet ist. Im Zuge des globalisierten Kulturtransfers des 19. Jahrhunderts, kamen buddhistische Lehren und darin verankerte Ansätze der Achtsamkeit in die USA und nach Europa. Gesteigerte Aufmerksamkeit gewann der Begriff durch das 1997 entwickelte Übungsprogramm Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (Mindfulness-Based Stress Reduction – MBSR) durch Dr. Jon Kabat-Zinn. Kabat-Zinn greift buddhistische Meditationstechniken wie die stille ungerichtete Meditation, aufmerksamkeitsfokussierende Meditationen (z.B. auf den Atem oder den ganzen Körper gerichtet) und *Yoga* auf, säkularisiert diese und untersucht deren medizinisch-therapeutischen Nutzen (Sparmann, 2017, S. 261). In der Achtsamkeitspraxis geht es vor allem darum «in Kontakt zu kommen mit sich selbst» (Kabat-Zinn, 2015, S. 19, 22.).

«Achtsamkeit ist eine einfache und gleichzeitig hochwirksame Methode, uns wieder in den Fluss des Lebens zu integrieren, uns wieder mit unserer Weisheit und Vitalität in Berührung zu bringen. Sie gibt uns die Möglichkeit, Richtung und Qualität unseres Lebens verantwortlich zu bestimmen, einschliesslich unserer Beziehung zu Familie, Arbeit und zur Welt als Ganzes sowie – und das ist das Wesentlichste – unsere Beziehung zu uns selbst als Person» (ebda, S. 21).

Durch die praktische Methode der Achtsamkeit, streben wir an mit der «Ganzheit unseres Seins» in Kontakt zu kommen (ebda, S. 22). Dies wird erreicht durch Selbstbeobachtung, Selbsterforschung und achtsames Handeln. Die Grundhaltung dieser Methode ist nicht kühl, analytisch oder gefühllos, sondern «sanft, akzeptierend und nährend» (ebda).

Achtsamkeitsansätze haben sich heute erweitert und werden verschiedentlich interdisziplinär eingebunden (Sparmann, 2017, S. 261). Wissenschaftliche Studien untermauern zahlreiche positive Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheit (Sparmann, 2018, S. 12). Es werden Zusammenhänge zwischen Achtsamkeitstraining und Verbesserungen des Körpergewahrseins, der Aufmerksamkeit, dem Umgang mit Emotionen und Veränderungen auf die Perspektive auf das eigene Selbst angenommen (Sparmann, 2017, S. 261f.). Folgend werden diese, für die vorliegende Thesis relevanten, Aspekte von Achtsamkeit einzeln beleuchtet.

Körpergewahrsein durch Achtsamkeit

Körpergewahrsein ist die Fähigkeit, subtile Körperempfindungen zu bemerken (Sparmann, 2017, S. 262). Die Sensibilisierung des Körpergespürs von „innen“ ist für das Lust-erleben sehr bedeutsam (Sparmann, 2018, S. 27). Je präsenter wir in unserem Körper sind, desto höher ist unsere Wahrnehmungsoffenheit und allgemeine Körperempfindungen und sexuelle Impulse wie Erregung, Begehren, Lust, Unlust und Genuss können bewusster erfahren und dadurch intensiver erlebt werden (ebda). Körpergewahrsein ist eine wichtige Basis, um sexuelle Situationen selbstbestimmt zu gestalten (Sparmann, 2017, S. 262).

Aufmerksamkeitsregulation durch Achtsamkeit

Achtsamkeitstraining steigert verschiedene Aufmerksamkeitsleistungen (Sparmann, 2017, S. 262). Für die Sexualität ist die exekutive Aufmerksamkeitsleistung, sprich das Ausrichten der Aufmerksamkeit auf einen oder wenige Reize (zum Beispiel auf den Atem oder auf einzelne Körperregionen), relevant (ebda). Diese Art der Aufmerksamkeit kann dabei unterstützen, „bei der Sache“ zu bleiben und damit weniger anfällig für mentale Ablenkungen, wie Gedanken des Alltags, Sorgen über das Aussehen oder die sexuelle Performance zu sein (ebda).

Emotionsregulation durch Achtsamkeit

Achtsamkeitsmeditationen erhöhen die Wahrnehmungsfähigkeit der eigenen Emotionen samt ihren körperlichen Komponenten und helfen, diese nicht zu bewerten und zu beurteilen, sondern so zu akzeptieren, wie sie sich zeigen (Sparmann, 2017, S. 263). Dadurch können Gefühle in ihrer Aktualität offener und flexibler empfunden werden (ebda). Für die Sexualität bedeutet dies, dass angenehme und unangenehme Gefühle, die sich in intimen Situationen ereignen, sensibel wahrgenommen werden können. Dies ermöglicht, authentisch zu agieren und zu kommunizieren (ebda).

Perspektive auf das Selbst durch Achtsamkeit

Alle obigen Komponenten haben einen Einfluss auf unser Selbsterleben, sprich auf die Art, wie wir uns selbst wahrnehmen, mit uns selbst in Beziehung stehen und womit wir uns identifizieren (Sparmann, 2017, S. 263). Vor allem die nicht-wertende Gegenwärtigkeit ermöglicht, von der «Identifikation mit einem statischen Selbst» abzulassen und das

«Selbst als Prozess» zu erkennen (ebda). Achtsamkeitstraining kann insgesamt zu einer höheren Selbstwertschätzung und Selbstakzeptanz führen und sich damit auch positiv auf die sexuelle Selbstsicherheit auswirken (Sparmann, 2018, S. 27).

4.5 Bewegungs- und Tanztherapie

«Der Tanz steht in der Therapie als Bewegung im Raum zwischen der Frau und ihrer Weiblichkeit und Sexualität» (Grünberger, 1991, S. 152)

Ansätze der Bewegungs- und Tanztherapie eignen sich insofern für die Auseinandersetzung mit der vorliegenden Thematik, weil darin «die Lustkomponente, und damit im Besonderen die körperliche Lust einschliesslich der Sexualität» (Grünberger, 1991, S. 151) angesprochen wird. Grünberger (ebda, S. 157) beschreibt ein Beispiel aus ihrer Arbeit mit Frauen, die in oder nach der Menopause sind und mittels Tanztherapie an ihrem eigenen Selbstbild arbeiten. Das Ziel sei «den Körper und seine Bewegungen so anzunehmen, wie er ist, einen dynamischen, fließenden Prozess der Integration von seinen Möglichkeiten zu finden» und die Fähigkeit zu entwickeln, diesen Prozess selbstständig in Gang halten zu können. Dabei seien zum Beispiel die Polaritäten von: «gross/klein, gerade/krumm, aufrecht/gebeugt, beweglich/unbeweglich, jung/alt, männlich/weiblich, aktiv/passiv, stark/schwach, Sonne/Mond etc.», von Bedeutung (ebda).

Eine weitere Relevanz für bewegungstherapeutische Ansätze ergibt sich daraus, dass äussere Bewegung auch eine innere Bewegung auslöst (Christinger, 2017, S. 150) und um das Frausein frei auszudrücken, Bewegung nötig ist (ebda, S. 64).

Klein (1992, S. 92) bringt den Aspekt von weiblichen und männlichen Anteilen ein. Der imaginäre Dialog mit einem idealisierten Gegenüber sei eine Metapher für den inneren Dialog mit den eigenen und fremden, weiblichen und männlichen Anteilen – «Der Solotanz ist eine Ethnologie am eigenen Leib». Durch die im Innern hergestellte Spannung erscheine die Tanzende nach aussen als vollkommen, als Einheit, als ein «androyner

Menschentyp». Auch Klein betont, die nötige Balance zwischen dem weiblichen¹⁶ und dem männlichen Prinzip in jedem Menschen (ebda). Über den Tanz als Medium schreibt sie, dass trotz der Aufbrüche aus traditionellen Rollenklischees und Hierarchien die «Ästhetik [...] eine weibliche» bleibe, denn die Tänzer*innen würden mit ihrem Körper das künstlerisch gestalten, was sie „innerlich“ bewege. Eine, «die menschliche Subjektivität thematisierende Tanzkunst» arbeite auf jener «unterirdischen Ebene», die «das gesellschaftlich verdrängte Weibliche und Körperliche» repräsentiere (ebda, S. 289f.).

«Indem sie eine Sprache jenseits der dem Männlichen zugeschriebenen Sprache von Rationalität und instrumenteller Vernunft ausfindig zu machen sucht, thematisiert eine solche Tanzkunst [...], das historisch verdrängte Weibliche» (ebda).

Daraus kann gefolgert werden, dass in der Musiktherapie über das Medium Musik, welches seinerseits eine Sprache jenseits von «Rationalität» bietet, auch auf jener Ebene, die «das gesellschaftlich verdrängte Weibliche und Körperliche» repräsentiert, gearbeitet werden kann.

4.6 Sexuelle Bildung

Wie in Kapitel 1.4 erwähnt, ist für die vorliegende Thesis der Ansatz der sexuellen Bildung relevant. Julia Sparmann ist Sexualwissenschaftlerin, Sexualberaterin und Referentin für Sexuelle Bildung. In ihrem Buch ‘Lustvoll körperwärts. Körperorientierte Methoden für die Sexuelle Bildung von Frauen’ beschreibt sie konkrete Methoden und Übungen für die sexuelle Bildung von Frauen. Die Sammlung basiert vordergründig auf Körperwissen und Methoden aus den vier Traditionen: Körper(psycho)therapie, dem klinisch-sexologischen Ansatz Sexocorporel, dem Neo-Tantra und dem Achtsamkeitstraining (Sparmann, 2018, S. 11). Das Methodenhandbuch wird durch musik- und theaterpädagogische Ansätze angereichert (ebda, S. 12). Diese Methoden und Übungen fokussieren explizit auf das Thema Sexualität und einige davon lassen sich, unverändert oder adaptiert, auf ein musiktherapeutisches Setting übertragen. Diese werden im Folgenden dargestellt. Da ein wörtliches Aufführen der Methodenbeschreibungen den Umfang dieser Arbeit übersteigt, wurden Sparmanns Ausführungen von der Autorin der vorliegenden Arbeit

¹⁶ Für den ganzen folgenden Abschnitt ist der Begriff *weiblich* im Sinne von *weiblichem Prinzip* wie in Kapitel 1.3 beschrieben, zu verstehen.

bedeutend vereinfacht. Die folgenden Ausführungen sind daher nicht als Anleitungen, sondern als zusammenfassende Aufzählung zu verstehen¹⁷.

Bodyscan

Der Bodyscan wurde von Jon Kabat-Zinn in die westlichen Therapieformen aufgenommen. In dieser Methode wird die volle Aufmerksamkeit auf das Körpererleben gerichtet, ohne dabei Urteile über das Erlebte zu fällen. Das eigene Körper- und Lebensgefühl wird so gestärkt, differenziert und vitalisiert. Der Bodyscan kann im Liegen oder im Sitzen durchgeführt werden. Die Therapeutin leitet verbal die Reise durch den ganzen Körper, an (Sparmann, 2018, S. 28ff.), wobei in der Methode der sexuellen Bildung auch das Genital und die Brüste miteinbezogen werden (Sparmann, 2017, S. 268). Die Frauen spüren bewusst und visualisieren «die gesamte Vulva, die genitalen Lippen, die Klitoris-Perle, den Eingang der Vagina sowie das innere Geschlecht, den vaginalen Innenraum», als auch die Brüste von innen und von aussen (ebda).

Yoni¹⁸-Atmung

Diese Methode ist eine Form der Atemmeditation, in welcher in der Vorstellung über das Genital ein- und ausgeatmet wird. Wie in allen Aufmerksamkeitsprozessen wird darüber eine neuronale Aktivierung ausgelöst, die die Wahrnehmung verfeinert. In dieser Verfeinerung der Wahrnehmung des Genitals liegt das Potential zur Steigerung des sexuellen Lusterlebens. Ausserdem entspannt der sanft gerichtete Atem die genitale Muskulatur und das Gewebe (Sparmann, 2018, S. 58f.).

Yoni-Talk

In dieser Methode wird der eigenen Yoni eine Stimme verliehen, sie wird spielerisch personifiziert. Die Klientin wird Sprachrohr für ihre Yoni, indem sie aus der Ich-Perspektive schreibt oder spricht. Das Sprechen über das körperliche und emotionale Empfinden des eigenen Genitals steigert die persönliche Beziehung zum Genital und unterstützt, die Yoni von innen heraus zu „bewohnen“. Lustvolle, freudige, schmerzhaft und traurige

¹⁷ Für die effektive praktische Anwendung der Methoden, empfiehlt die Autorin die Originalquelle (Sparmann, 2018) zu benutzen.

¹⁸ Begriffsklärung *Yoni* siehe Kapitel 4.3.

Erfahrungen, können das genitale Erleben prägen und so zu einem Ausdruck finden. Der Yoni-Talk kann durch thematische Schwerpunkte wie zum Beispiel «Yonis Wünsche und Ärgernisse» oder «Yonis sexuelle Vorlieben oder Abneigungen» spezifiziert werden (Sparmann, 2018, S. 77ff.).

Brust-Meditation

Die Brustmeditation und die Selbstmassage der Brüste sind Methoden aus dem Neo-Tantra und können Frauen dabei unterstützen, ihre Brüste von innen heraus zu beleben und sie in den fortwährenden Veränderungsprozessen des Körpers immer wieder neu zu „bewohnen“ und wertzuschätzen. Durch Brustmeditation bzw. Brustmassagen wird die Wahrnehmung verfeinert und die Beziehung zu den Brüsten und dem Erleben gestärkt, wodurch sich auch die Genussfähigkeit der Brüste steigert (Sparmann, 2018, S. 138f.).

EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

In diesem Teil der Arbeit wird die empirische Untersuchung der vorliegenden Thesis dargestellt. Um die Literatur mit der Praxis zu verbinden und Antworten für die Fragestellungen zu erhalten, wurde eine empirische Untersuchung durchgeführt. Mittels einer schriftlichen Umfrage wurden praktizierende Musiktherapeut*innen nach ihren Erfahrungen in der Praxis befragt. Die Antworten wurden je nach Art der Frage unterschiedlich ausgewertet. Bei geschlossenen Fragen wurden die Antworten quantitativ, bei offenen Fragen qualitativ mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Bortz & Döring, 2006, S. 331), ausgewertet. Folgend werden zuerst die Fragestellungen und die daraus hergeleiteten Hypothesen dargestellt und anschliessend die Untersuchungsmethode erläutert. Danach werden die Ergebnisse der Datenerhebung präsentiert.

5 Fragestellungen und Hypothesen

Wie im theoretischen Teil dargelegt ist die Sexualität ein wichtiger Bestandteil der psychischen Gesundheit eines Menschen. Die vorliegende empirische Untersuchung erforscht, ob sich Musiktherapie für die Bearbeitung von Themen im Bereich "Weibliche Identität und Sexualität" eignet. Die Fragestellung A lautet daher:

Eignen sich musiktherapeutische Interventionen/Methoden für eine Begleitung von Frauen, die sich mit der Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" auseinandersetzen wollen?

Untergeordnete Fragestellungen sind:

- *Welche Themen, die die Identität und Sexualität von Frauen betreffen, tauchen in der Musiktherapie auf?*
- *Welche musiktherapeutischen Interventionen/Methoden haben sich für die Bearbeitung dieser Themen in der Praxis ergeben, beziehungsweise bewährt?*

Die daraus resultierende Hypothese A lautet:

Musiktherapie eignet sich für die Begleitung von Frauen, welche sich mit der Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" auseinandersetzen wollen, und die Musiktherapie verfügt über Interventionen/Methoden für die Bearbeitung dieser Thematik.

Wie im theoretischen Teil dargelegt, taucht die Thematik der Sexualität selten auf im therapeutischen Kontext. Die vorliegende empirische Untersuchung erforscht, wie es diesbezüglich in der musiktherapeutischen Praxis aussieht.

Die Fragestellung B lautet daher:

*Wie und unter welchen Umständen taucht die Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" in der musiktherapeutischen Praxis auf und wie kompetent fühlen sich Musiktherapeut*innen im Umgang damit?*

Die daraus resultierende Hypothese B heisst:

*Die Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" taucht selten in der musiktherapeutischen Praxis auf und Musiktherapeut*innen fühlen sich wenig kompetent in diesem Bereich.*

6 Untersuchungsmethode: Schriftliche Befragung

Als Untersuchungsmethode für die Beantwortung der obigen Fragestellungen wurde eine schriftliche Befragung gewählt. Um ein möglichst flächendeckendes Ergebnis zu erhalten wurde mittels einer Onlinebefragung eine schriftliche Umfrage bei praktizierenden Musiktherapeut*innen durchgeführt. Qualitativ interessierten dabei die konkreten Interventionen/Methoden, welche von den Umfrageteilnehmenden in offen gestellten Fragen beschrieben wurden. Quantitativ wurden Angaben zum therapeutischen Setting, zu den Umständen des Auftauchens der Thematik und zur Person und Ausbildung der Therapeutin erfragt.

6.1 Datenerhebung

Da für die vorliegende Befragung kein bereits veröffentlichter Fragebogen als Vorlage in Frage kam, wurde mit dem Umfragetool von www.umfrageonline.ch ein Onlinefragebogen erstellt. Der Fragebogen wurde per Email am 26. Oktober 2020 und erneut am 20. November 2020 an alle deutsch- und zweisprachigen Mitglieder des Schweizerischen Fachverbandes für Musiktherapie SFMT, das sind 218 Personen, verschickt. Durch die Verteilung via Fachverband wurde sichergestellt, dass die befragten Musiktherapeut*innen über eine fundierte musiktherapeutische Ausbildung verfügen. Ausserdem wurde dadurch eine Beeinflussung durch die Autorin ausgeschlossen, indem eine Vorselektion der befragten Personen umgangen wurde. Für die Umfrage wurden keine Teilnahmebedingungen gestellt, da die Ergebnisse der Untersuchung einen Eindruck über die Häufigkeit und die Einbettung der Thematik in der musiktherapeutischen Praxis liefern sollen.

Der Fragebogen wurde so erstellt, dass der zu untersuchende Gegenstand durch eine sorgfältige Fragensauswahl möglichst umfassend abgedeckt wurde. Es wurden vorwiegend Fragen mit Antwortvorgaben gestellt, da diese in der schriftlichen Befragung gegenüber offenen Fragen vorzuziehen sind (Bortz & Döring, 2006, S. 253f.). Den meisten geschlossenen Fragen wurde jedoch eine Restkategorie – “Andere“ – angefügt und die Frage dadurch zu einer halboffenen Frage gemacht. Dies, weil erstens die möglichen Antworten zwar gut abgeschätzt, aber nicht definitiv bestimmt werden konnten und zweitens, weil durch eine Restkategorie die Motivation der Teilnehmenden aufrechterhalten werden kann (Porst, 2014, S. 59). Für die zwei Fragen zur Nennung von Interventionen/Methoden und für zusätzliche Spezifizierungen der Antworten wurde bewusst die offene Frageform verwendet, weil das Universum an möglichen Antworten sehr gross war (ebda, S.67).

Um zu Beginn die Thematik kurz und prägnant einzugrenzen, wurde im einleitenden Text des Fragebogens darauf hingewiesen, dass die Umfrage das Ziel habe, die Erfahrungen von praktizierenden Musiktherapeut*innen zu sammeln und der Fokus dabei auf der Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" im Bereich von Selbsterfahrung und Gesundheitsförderung liege und die Bearbeitung von sexuellen Traumata und Transsexualität ausschliesse.

Zu Beginn des Fragebogens wurden drei Einstiegsfragen gestellt, die von allen Teilnehmenden beantwortet werden konnten, was bedeutet, dass alle Teilnehmenden die Fähigkeit hatten, diese beantworten zu können (Porst, 2014, S. 144). Es war ausserdem wichtig, dass die Einstiegsfragen einigermaßen spannend und themenbezogen sind und die Befragungsperson persönlich betreffen, ohne sie aber "betroffen" zu machen (ebda, S. 141). Es wurde das Praxisfeld der Teilnehmenden erfragt, ob sie mit erwachsenen Frauen arbeiten und, ob sie in ihrer musiktherapeutischen Praxis Momente erlebt haben, in welchen die Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" aufgetaucht. Damit nicht der Eindruck entstand, die Umfrage "passe" für jemanden nicht, war erst die dritte Frage eine Filterfrage (ebda, S. 146). Wenn sie mit 'nein' beantwortet wurde, übersprang der Onlinefragebogen automatisch die Fragen 4-9 und führte direkt zu Frage 10, damit sie nicht mit Fragen konfrontiert wurden, die sie nicht betreffen (ebda, S.154).

Die Fragen 4-9 richteten sich gezielt auf die Arbeit mit der Thematik "Weibliche Identität und Sexualität". Zuerst wurde gefragt, welche spezifischen Themenbereiche ihnen begegnet sind, danach, wie diese Themen in der Therapie aufgetaucht sind und dann, ob sie erlebt haben, dass sich eine Klientin explizit mit dieser Thematik angemeldet hat. Diese drei Fragen wurden bewusst den folgenden zwei offen formulierten Kernfragen der Umfrage vorangestellt, um die Verfügbarkeit der Informationen, die zum Beantworten dieser zwei Fragen benötigt wurden, schrittweise zu erhöhen (ebda, S. 28). Die erste offene Frage, fragte nach Interventionen/Methoden, die sich für die Bearbeitung der Thematik ergeben haben. Die zweite offene Frage zielte darauf ab, ob und wenn ja, welche, Interventionen/Methoden sich für spezifische Themenbereiche besonders bewährt haben. Wie bereits zu Beginn dieses Kapitels beschrieben, wurden diese Fragen bewusst offen gestellt. Es gab für diese zwei Fragen keine Antwortkategorien, damit die Teilnehmenden in ihren eigenen Worten antworteten (ebda, S. 56). Um zu respektieren, dass gewisse Teilnehmende keine Informationen zu diesen zwei Fragen zur Verfügung hatten, war es möglich auf «Weiter» zu klicken und das Textfeld leer zu lassen.

Frage 10-15 richteten sich auf die Ausbildung und die Erfahrung der Teilnehmenden in Bezug auf die vorliegende Thematik. An dieser Stelle des Fragebogens machten jene wieder weiter, die bei Frage 3 angegeben hatten, dass sie keine Momente erlebt haben, in

welchen die Thematik auftauchte. Zuerst wurde gefragt, ob die Thematik 'Sexualität' Teil ihrer musiktherapeutischen Ausbildung war und falls ja, als offen formulierte Frage, in welchem Rahmen. Als nächstes wurde gefragt, wie kompetent sie sich als Therapeut*in mit der Thematik fühlen. Da es sich hierbei um eine Frage zur Einstellung handelt, wurden die Antwortvorgaben als endpunktbenannte Skala dargeboten (ebda, S. 95) und bewusst als ungerade Skala dargestellt, damit die Teilnehmenden nicht zu einer Antwort "gezwungen" (ebda, S. 84) wurden. Danach wurde eine freiwillige Folgefrage gestellt, was mögliche Gründe sein könnten, wenn sie sich eher nicht kompetent fühlen. Anschliessend wurde gefragt, ob sie neben ihrer musiktherapeutischen Ausbildung eine spezifische Expertise (Ausbildung, persönliche Weiterbildung...) im Bereich "Weibliche Identität und Sexualität" mitbringen und falls ja, wieder offen formuliert, welche. Erst am Schluss des Fragebogens wurden zwei demographische Fragen zum Alter und Geschlecht der Teilnehmenden gestellt, da diese leicht zu beantworten aber nicht sonderlich interessant für die Befragten sind (ebda, S. 147).

Abgerundet wurde der Fragebogen mit einer 'letzten Seite' (ebda, S. 161f.). Nach dem Dank für die Teilnahme folgte der Hinweis, dass bei Interesse an den Ergebnissen der Masterarbeit eine E-mail an die Autorin geschickt werden kann. Ein leeres Textfeld für allfällig abschliessende Ergänzungen und Anmerkungen, schloss den Fragebogen ab.

Die Umfrage wurde an 218 Personen verschickt, an der Umfrage teilgenommen haben 52 Personen, wovon 35 den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben. Die Rücklaufquote beträgt somit 23.9%, respektive 16%.

6.2 Datenaufbereitung

Insgesamt haben 52 Personen an der Umfrage teilgenommen, wovon 17 Personen die Umfrage nicht fertig ausgefüllt, respektive abgebrochen haben. Das Umfragetool von www.umfrageonline.ch zählt die Ergebnisse automatisch aus und stellt diese grafisch dar. Für diese Darstellung gab es entweder die Optionen, dass alle Antworten in die Statistik einfließen, oder nur jene von Personen, die den Fragebogen ganz ausgefüllt haben. Um die Statistik nicht zu verfälschen, wurden für die quantitative Auswertung nur die Antworten der 35 Teilnehmenden berücksichtigt, die die Umfrage abgeschlossen haben. Damit keine Antworten der zwei offenen Fragen für die qualitative Auswertung verloren

gingen, musste manuell aufbereitet werden, ob es Teilnehmende gab, welche Antworten für die offenen Fragen formulierten, die Umfrage aber nicht abschlossen. Dies war bei einer Person der Fall. Ihre Antwort floss zusätzlich in die qualitative Inhaltsanalyse ein.

6.3 Auswertung

Die Antworten der geschlossenen und halboffenen Fragen wurden quantitativ ausgewertet. Da bei den zwei offenen Kernfragen nicht der quantitative, sondern der qualitative Aspekt, also auch markante Einzelbeispiele, interessierten, wurden diese mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2002, S. 114) ausgewertet. An dieser Stelle macht es Sinn, die genaue Formulierung der offenen Fragen darzulegen.

Die erste Frage (Frage 8) hiess: «Welche Interventionen/Methoden haben sich in Ihrer musiktherapeutischen Praxis für die Bearbeitung der Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" ergeben?» Hinweis: «Bei dieser Frage bitte alle Interventionen/Methoden auflisten, die Ihnen einfallen. In der nächsten Frage geht es dann darum, ob sich gewisse Interventionen/Methoden besonders bewährt haben.»

Die zweite Frage (Frage 9) lautete: «Haben sich bestimmte Interventionen/Methoden für spezifische Themenbereiche bewährt? Wenn ja, welche?» Hinweis: «Bitte wenn möglich zuerst den spezifischen Themenbereich nennen und dann welche Intervention/Methode sich inwiefern bewährt hat.»

Die freiformulierten Antworten der zwei offenen Fragen wurden je einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Das Vorgehen wird im Folgenden detailliert erläutert.

Qualitative Inhaltsanalyse

Dieses Auswertungskonzept umfasst die drei Schritte *zusammenfassende Inhaltsanalyse*, *explizierende Inhaltsanalyse* und *strukturierende Inhaltsanalyse* (Bortz & Döring, 2006, S. 332), welche folgend in Bezug auf die vorliegende Untersuchung detailliert dargelegt werden.

Mittels der *zusammenfassenden Inhaltsanalyse* wird das zu untersuchende Material auf eine überschaubare Kurzversion reduziert, die nur noch die wichtigsten Inhalte umfasst (ebda). Da die offenen Fragen von allen Teilnehmenden stichwortartig beantwortet wurden, umfasste dieser Schritt vor allem das Entfernen von nicht relevantem Material (Kommentare, Meinungen etc.).

Die Technik der *inhaltsanalytischen Zusammenfassung* wurde ausserdem für eine induktive Kategorienbildung verwendet. Dafür erfolgte in einem ersten Schritt das deduktive Festlegen der Kategorisierungsdimension und des Selektionskriteriums für die Kategorienbildung (Mayring, 2002, S. 115f.). Die erste Fragestellung der vorliegenden Untersuchung zielt darauf ab, mit der qualitativen Inhaltsanalyse, musiktherapeutische Interventionen/Methoden, für die Auseinandersetzung mit der vorliegenden Thematik, zu finden. Die Kategorisierungsdimension hiess demnach *Interventionen/Methoden*, respektive *Themenbereiche* der vorliegenden Thematik. Das Selektionskriterium für die Kategorienbildung *Interventionen/Methoden* fusst auf den theoretischen Grundlagen des Kapitels 3 und 4. Die Kategorisierungsdimension wurde weit gefasst und als Kategorien kamen sämtliche Nennungen zu "musiktherapeutischem Tun" und "therapeutischem Tun mit Fokus auf die Thematik "Weibliche Identität und Sexualität"" in Frage. Das Selektionskriterium für die Kategorienbildung *Themenbereiche* fusst auf den Antwortvorgaben von Frage 4 (siehe Kapitel 7.1) und den theoretischen Grundlagen des Kapitels 1 und 2. Um für die Fragestellung relevante Ergebnisse zu erzielen, wurde die Kategorisierungsdimension *Themenbereiche* eng gefasst. Es wurden ausschliesslich Nennungen zu spezifischen Themenbereichen der vorliegenden Thematik berücksichtigt.

Auf dieser Basis wurden die Kategorien anschliessend induktiv erstellt. Wenn beim Durcharbeiten des Materials eine zur Kategoriendimension passende Textstelle gefunden wurde, wurde dafür eine Kategorie erstellt. Dieser Begriff wurde möglichst nahe am Material formuliert und diente somit als Kategorienbezeichnung. Wenn im weiteren Analyseverlauf wieder eine dazu passende Textstelle gefunden wurde, wurde sie dieser Kategorie zugeordnet (Subsumption). Wenn die neue Textstelle die allgemeine Kategoriendefinition erfüllte, jedoch nicht zu der (den) bereits induktiv gebildete(n) Kategorie(n) passte, wurde eine neue Kategorie induktiv formuliert (ebda, S. 116f.).

Mittels der *explizierenden Inhaltsanalyse* wurden unklare Textbestandteile verständlich gemacht, indem andere Antworten der gleichen Befragungsperson herangezogen wurden (Bortz & Döring, 2006, S. 332).

In der *strukturierenden Inhaltsanalyse* wurde die zusammenfassende und explizierte Kurzversion anhand der Fragestellungen der Untersuchung geordnet und gegliedert

(ebda). Die Kodierung, sprich die Zuordnung der Textelemente zu den Kategorien, erfolgte durch mehrere voneinander unabhängige Personen.

Die weitere Auswertung erfolgte je nach Antworten qualitativ oder quantitativ. Qualitativ bedeutete, dass das Categoriesystem in Bezug auf die Fragestellung und die dahinter liegende Theorie interpretiert wurde. Quantitativ bedeutete, dass die Kodierungen von Kategorien gezählt wurden und quantitativ ausgewertet wurden. An diesem Punkt wurde deutlich, «wie wenig qualitative und quantitative Analyseschritte als Gegensätze verstanden werden können, wie eng sie miteinander verbunden werden können, oft sogar müssen» (Mayring, 2002, S. 117).

7 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der schriftlichen Umfrage dargestellt, erläutert und eingeordnet. Wie im vorhergehenden Kapitel dargelegt, wurden die Daten entweder quantitativ oder qualitativ mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. In den folgenden zwei Unterkapiteln werden zuerst die quantitativen Resultate und anschliessend die qualitativen dargestellt.

7.1 Quantitative Resultate

35 teilnehmende Personen (TN¹⁹) haben die folgenden Fragen beantwortet. Bei den halb-offenen Fragen wurden die Antworten unter der Rubrik «Andere» wie bei der qualitativen Inhaltsanalyse auf das Relevante reduziert, indem Meinungen, Bemerkungen und nicht auf die Frage passende Antworten weggestrichen wurden.

Die demographischen Angaben lassen sich folgendermassen zusammenfassen. 31 TN sind weiblich, 4 männlich. 22 der TN sind über 50 Jahre alt, 13 jünger als 50, davon 4 TN jünger als 40.

¹⁹ Für sämtliche folgende Kapitel wird für „teilnehmende Person“ die Abkürzung „TN“ verwendet.

Die erste Frage nach dem Arbeitsfeld, Mehrfachnennung war möglich, ergab folgendes Resultat:

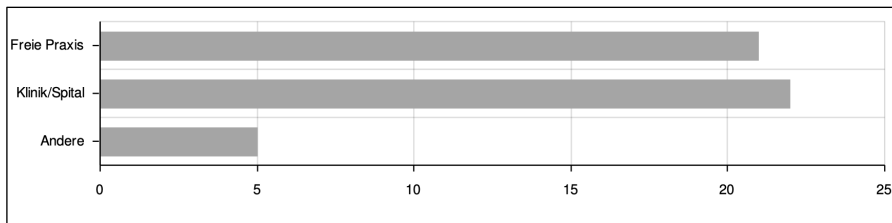


Abb. 1: Grafik Arbeitsfeld der TN

Unter «Andere» wurde genannt: 2x Musikschule, 1x Forschung, 1x ich bin nun in Rente, 1x Mehrere.

Die Frage, ob sie in ihrer musiktherapeutischen Praxis mit Frauen zu tun haben oder hatten, Mehrfachnennung war möglich, ergab folgendes Resultat:

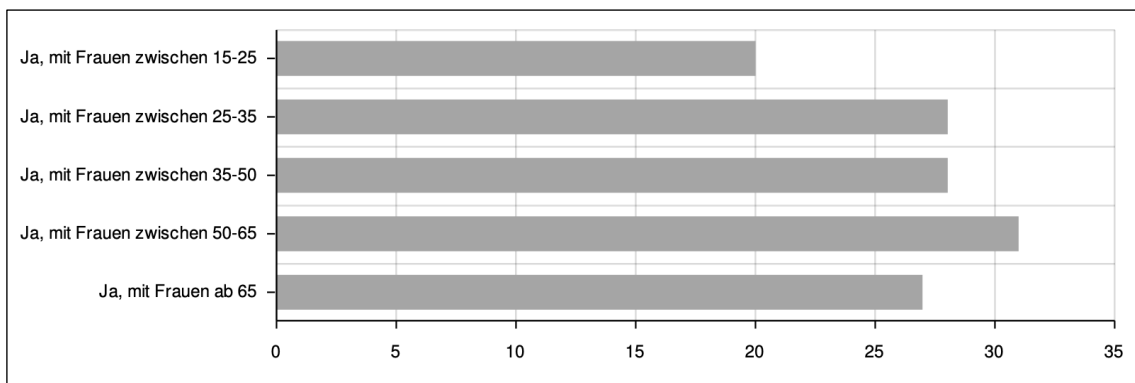


Abb. 2: Grafik Klientel der TN

Niemand hat die Frage mit «Nein» beantwortet. Bei der dritten Frage, ob die TN in ihrer musiktherapeutischen Praxis Momente erlebt hätten, wo es um die Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" ging, antworteten 33 TN mit «ja», 2 TN mit «nein».

Ob die Thematik Sexualität Teil der musiktherapeutischen Ausbildung war beantworteten 15 TN mit «ja», 20 mit «nein». Die Spezifikationsfrage, «Wenn ja, in welchem Rahmen?» ergab folgende Antworten:

2x	Supervision
10x	Selbsterfahrung/Selbsterfahrung Einzeltherapie/ Einzeltherapie/Lehrtherapie/ Einzelselbsterfahrung/ Einzel-lehrtherapie
5x	Unterrichtseinheit
2x	Gruppen(lehr)musiktherapie/Gruppenselbsterfahrung
1x	Fallarbeit in MT-Praktika

Auf die Skala-Frage, wie kompetent sie sich als Therapeut*in fühlen in der Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" waren die Antworten:

2x	(1) nicht kompetent
2x	(2)
10x	(3)
16x	(4)
5x	(5) sehr kompetent

Die Folgefrage: "Wenn Sie sich (eher) nicht kompetent fühlen, was sind mögliche Gründe dafür?" war freiwillig und wurde von 16 TN beantwortet. Mehrfachnennung war möglich. 7 TN wählten als Grund «Fehlende Ausbildung», 5 TN «Hemmung Themen, welche die Sexualität betreffen, anzusprechen» und 3 TN «Geschlechtsspezifische Gründe (von Frau zu Frau, von Mann zu Frau)». Als «Andere» wurden genannt: 3x wenig Erfahrung/Übung, 2x Alter (ältere Klientel), 1x «zu wenig Beschäftigung mit diesem Thema».

Die Frage, ob sie neben ihrer musiktherapeutischen Ausbildung über eine spezifische Expertise (Ausbildung, persönliche Weiterbildung...) im Bereich «Identität und Sexualität» verfügen, beantworteten 11 TN mit «ja», 24 mit «nein».

Die Spezifikationsfrage, «Wenn ja, welche?» ergab folgende Antworten:

Ausgebildeter Paartherapeut
Weiterbildung bei Wolfgang Strobel
Eigentherapie zur eigenen Sexualität, Literatur, Module in Bachelor
Seit Jugendzeit Auseinandersetzung (Literatur, Musik, Theater; Arbeit in Frauengruppen...) mit und Engagement für die Thematik. Sehr wichtige Weiterbildung= meine vielen Patientinnen. Ich lerne so viel von ihnen und immer wieder neue Aspekte. Entdecke durch sie auch immer wieder eigene "blinde Flecken".
Kunsttherapeutin und weibliche Sexualität, Supervision
Eigene therapeutische Begleiten, Paartherapie, Selbsterfahrung in Frauengruppen, Körperarbeit/Wahrnehmung
Weiterbildung in Integrativer Körperpsychotherapie, Undercurrents (Inhalt siehe IBP) traumatherapeutische Weiterbildung
4 Semester Kursteilnahme zu Gender-Theories an den Universitäten Basel und Wien
Viele Bücher gelesen
Identität in Form der Identitätstheorie der Integrativen Therapie, Sexualität ist wie gesagt nicht fokussiert worden aber es wurde darauf geachtet, dass es nicht übersehen und stattdessen mitberücksichtigt wird
Eigene Therapien, Selbsterfahrung

Die folgenden drei Fragen wurden nur von 33 TN beantwortet, da 2 angegeben hatten, dass die Thematik nicht aufgetaucht ist in ihrer Praxis.

Die Frage nach den spezifischen Themenbereichen, die aufgetaucht sind, ergab folgende Antworten. Mehrfachnennung war möglich.

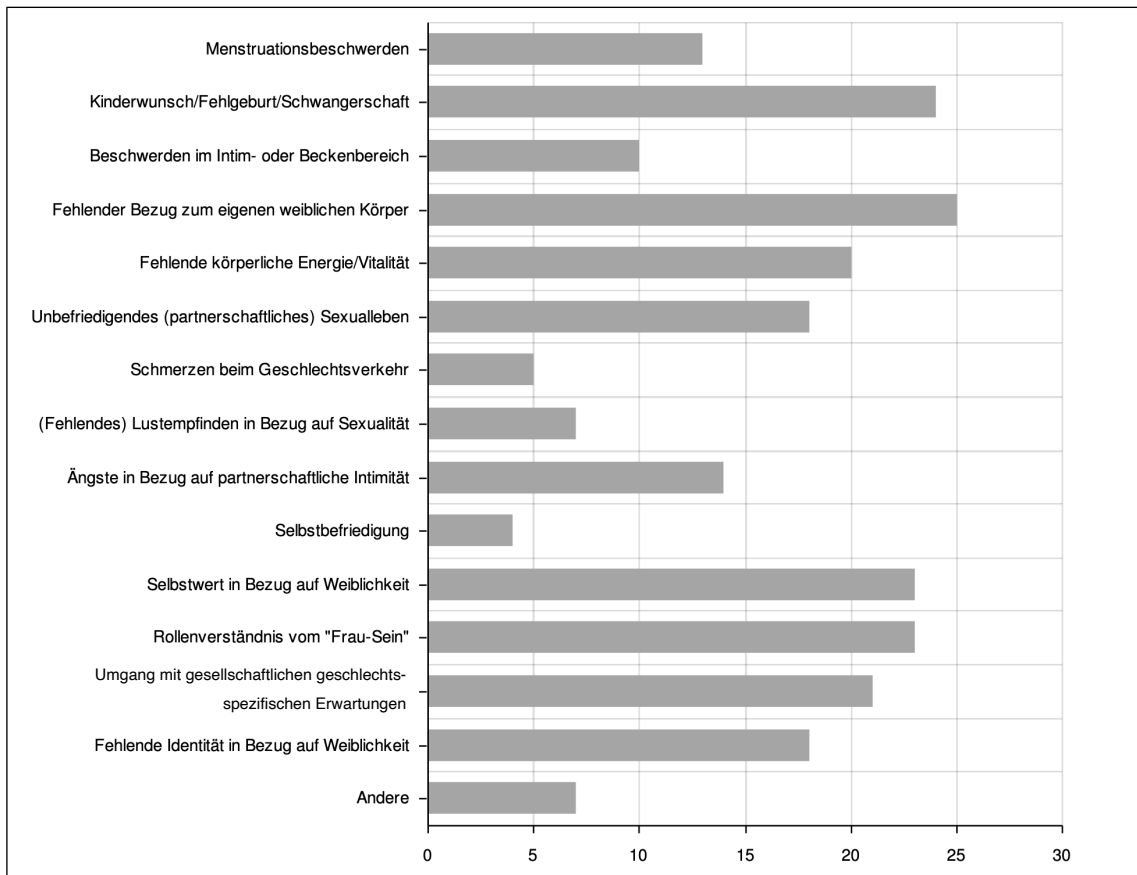


Abb. 3: Grafik aufgetauchte Themen

Als «Andere» wurde Folgendes genannt:

Krebserkrankung, Attraktivität im Alter
Sexualität während der Schwangerschaft
Spannungsfeld Partnerinsein – Muttersein – Beruf
Ängste/Zweifel, ob ihre sexuellen Phantasien "normal" seien
Übermäßige, krankhafte sexuelle Fantasien, Übergriffe
[...] obige Themen meist in Zusammenhang mit Mutterschaft/Fruchtbarkeit

Die Frage, wie diese Themen in der Therapie aufgetaucht sind, ergab:

17x	Haben sich während dem Prozess langsam herauskristallisiert
6x	Klientin hat sie explizit eingebracht
1x	Therapeut*in hat die Klientin direkt auf die Themen angesprochen
9x	Andere

Unter «Andere» wurde genannt:

	Momentweise von Klientin angesprochen worden (als aktuell wichtige, jedoch nicht generell zentrale Themen)
2x	Alle oben genannten Antworten treffen zu
	Direktes Nachfragen im Kontext übergeordneter Themen (Paarbeziehung, Bezug zum eig. Körper u.a.)
	meist ersteres, manchmal zweiteres, sehr selten drittes (als allgemeines Phänomen in den Raum gestellt, so dass Pat. einhaken könnte.
	Mal direkt drauf angesprochen, mal langsam herauskristallisiert
	Punkt zwei und punkt drei treffen zu

Die Frage, ob sie erlebt haben, dass sich eine Klientin explizit mit dieser Thematik für die Therapie angemeldet hat, ergab 10x «ja», 23x «nein». Die Spezifikationsfrage: «Wenn ja, mit welchem Anliegen?» wurde von 10 TN beantwortet. Die Antworten waren:

	Partnerschaftskrisen
	Verarbeitung einer Krebserkrankung, Erhaltung und Neugestaltung der weiblichen Attraktivität
	Transsexualität – Geschlechteridentität
	Schwangerschaftswunsch, Schwangerschaftsabbruch, Schwierigkeiten mit weiblicher Sexualität in der Partnerschaft
	Zugang zur eig. Vitalität «sich spüren», Lebens-Lust wiederfinden (Thema Sexualität im Erstgespräch von Kl. benannt)
	Geschlechtsumwandlung und Umgang v.A. mit der Stimme
	Identität als Frau
	Identität und Rolle in der Gesellschaft
	Meine Klientinnen melden sich nicht selbst an, werden aber häufig mit Fragestellungen angemeldet: Themenkreise von: Menstruationsbeschwerden über Körperbild, Selbstwert, Vitalität, Identität, Partnerkonflikte (hier wird Sexualität meist erst nach erfolgreichem Beziehungsaufbau thematisiert)
	Selbstwert, Selbstwahrnehmung, Frau-Sein

7.2 Qualitative Resultate

Die erste offen formulierte Frage zielte darauf ab, Interventionen/Methoden, die in der Praxis im Zusammenhang mit der vorliegenden Thematik angewendet werden, zu sammeln. Die zweite offen formulierte Frage zielte darauf ab, zu erfahren, ob sich bestimmte Interventionen/Methoden für einen spezifischen Themenbereich in der Praxis bewährt haben. Die Auswertung für diese zwei Fragen erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse wie in Kapitel 6.3 beschrieben. Alle Antworten sind im Anhang zu finden.

Interventionen/Methoden Sammlung

Die erste offene Frage wurde von 30 TN beantwortet. Folgend werden sämtliche genannte Interventionen/Methoden dargestellt. Um diese zu gliedern wurden sie, wie in Kapitel 6.3 beschrieben, Kategorien zugeordnet. Um eine spezifische Sammlung von Interventionen/Methoden zu erhalten, werden nach der Anzahl Nennungen der Kategorie die konkreten Ausformulierungen aufgeführt.

Körper: Diese Kategorie wurde 19-mal genannt. Konkret wurden aufgeführt: Körperarbeit; Mudras; musikbegleitetes Qi Gong; Klangmassage zur verbesserten Körperwahrnehmung; aktive und rezeptive Körperwahrnehmungsübungen, stimmliche Körperarbeit; körperzentrierte Arbeitsweisen mit/ohne Musik in Form von Wahrnehmung, Bewegung oder Entspannung; Körperfocusing und Improvisation; Körperwahrnehmung und Achtsamkeit; geführte Körperwahrnehmung aus integrativer Körperpsychotherapie und Yoga Atemübungen; frei improvisierter Tanz, dabei auf die Führung des Körper vertrauen, mit speziell gewählter Musik ab Tonträger; achtsames Wahrnehmen des Körpers auf dem Liegemonochord; sich zu Musik bewegen.

Improvisation: wurde 19- mal genannt. Konkret erwähnt wurde in dieser Kategorie: Aktives Trommeln; Spiel mit Didgeridoo; freie Improvisation um in den Fluss zu kommen, Intuition zu stärken; thematische Improvisation; Improvisation und Identitätsarbeit; körperorientierte Improvisation; freie oder regelgeleitete Improvisation als Aufspüren eigener Motivation oder Vertonen des eigenen Rollenbildes, Ausdruck eigener Gefühle, Sehnsüchte; Klänge suchen und ausdrücken in einer Improvisation für entsprechende Thematik, z.B. Schmerzen, Gefühle, Atmosphären, Probleme; Klänge suchen für Ziel, wie möchte ich mich fühlen, zeigen.

Gespräch: wurde 13- mal genannt. Die Nennung wurde nur von zwei TN konkretisiert: Gespräche, welche Identität als Mutter, als Frau, als Partnerin fokussieren; Sprache: Reflektion, sich angenommen und wahrgenommen fühlen, Psychoedukation, Enttabuisierung von Frauenthemen.

Rollenspiel/Aufstellungsarbeit: wurde 11-mal genannt. Konkret aufgeführt wurde: musiktherapeutisches Rollenspiel; Arbeit mit innerer Vielfalt/Anteilen/Zugehörigkeiten (polyphone Identität: Skulptur- und Aufstellungsarbeit); Rollenspiel mit Instrumenten; Rollenspiele mit musikalischer Improvisation; Rollenspiel: mit oder ohne Instrumente - Verdeutlichung von eingeübten Verhaltensweisen, Probehandeln, vorwegnehmen schwieriger Situationen; Aufstellen/spielen von Persönlichkeitsmerkmalen, zu denen ein positiver/schwieriger Bezug besteht.

Stimme/Singen: wurde 9-mal genannt. Konkret wurden aufgeführt: Mantras; Atem- und Stimmübungen; gemeinsames Singen; Musizieren und Singen fürs ungeborene Kind; Singen; Lieder singen; Stimmarbeit (Stimme spielerisch, achtsam explorieren); Stimmübungen; Stimme mit und ohne Instrument.

Imagination: wurde 8-mal genannt. Konkret wurde hierbei aufgeführt: Klangreisen; musiktherapeutisch geleitete Imagination; Imagination und Musik; Imaginationsreisen; imaginatives Klangerleben; imaginatives Musikerleben: Fürspiel - Behandlungsmonochord (Selbstwahrnehmung, Identifikation von Wünschen/Sehnsüchten).

Musik hören/Lieder/Songs: wurde 6-mal genannt. Konkret wurde erwähnt: Liedtexte und Musik hören, besprechen, interpretieren; Rezeptiv: Klientin sucht (während oder zwischen den Sitzungen) nach Songs/Musik/Stücken, die sie mit ihrer eigenen Weiblichkeit/Sexualität/Frau-Sein verbindet oder ihr helfen, sich damit zu identifizieren, inklusive Teilaspekte von positiver vs. negativer Identifikation, spezielle Suche nach Sängerinnen, mit denen sich die Klientin gerne identifiziert/die ihr gutes Körpergefühl vermitteln; Situationslied, gemeinsames Musikhören; Identität stiftende Lieder.

Songwriting: wurde 4-mal genannt. Konkret genannt wurde: Therapeutisches Songwriting; Songwriting; neue Lieder erfinden.

Für-Spiel: wurde 3-mal genannt. Als Konkretisierung wurden von einer TN Instrumente aufgezählt: Klangliege, Monochord, Körpertambura, Klanginstallation mit Klangschalen, Klangspielen, Monochord, Keyboard und Gesang.

Die nachfolgenden Ausführungen liessen sich nicht eindeutig einer Kategorie zuteilen und werden daher einzeln aufgeführt: Gestaltmusiktherapeutisches Vorgehen; Hypnosystemische Arbeitsweisen; Biografiearbeit; Containig von Affekten (z.B. weibliche, unterdrückte Wut); Hantieren mit Instrumenten: ein Objekt und sich selbst neu entdecken, entgegen der Erwartung benutzen, Umfunktionieren; Arbeit mit Rhythmus - Fokus auf 3er-Rhythmen; Genusstraining über Hören/Spielen/Gespräch; Instrument symbolisch für eigenen Körper aussuchen, darauf experimentieren; Musikalisches Selbstportrait; Spielen eines Wunsches nach Erleben und Explikation des Erlebens.

Bewährte Interventionen/Methoden für spezifische Themenbereiche

Die zweite offene Frage wurde von 24 TN beantwortet. Hier interessierte, für welche Themenbereiche sich welche Interventionen/Methoden bewährt haben. Die Antworten wurden, wie in Kapitel 6.3 beschrieben, Kategorien zugeordnet. Folgend werden die genannten Themenbereiche mit der Anzahl Nennungen und den dafür genannten Interventionen/Methoden dargestellt.

Bezug zum eigenen Körper herstellen: wurde 10-mal genannt. Als bewährte Interventionen/Methoden wurden aufgeführt: «Rezeptive Musiktherapie mit Instrumenten, welche versch. Sinne erreichen»; «Themenorientierte Improvisation: z.B. musikalische Reise durch den Körper; Beckenmusik»; «Körperzentrierte Interventionen: z.B. Hände auf verschiedenen Körperstellen legen - Atembewegung spüren - beim Ausatmen summen / Vokal singen; Vibrationen der Instrumente spüren beim selber Spielen sowie rezeptiv (Auflegen von Instrumenten; Klangliege); mit Musik den Körper bewegen lassen (von kleinsten Impulsen bis zu raumgreifender Bewegung; das Becken zu Musik tanzen lassen); Rollenspiel für Dialoge zwischen Becken - Herz – Kopf; «Becken als grossen Kessel imaginieren aus dem Kraftmusik entsteht»; «Körperzentrierte Ansätze. Ganz besonders in Verbindung mit Stimmarbeit und/oder Improvisation»; «Selbstanbindung mittels Achtsamkeits"übung" und vibroakustischer Körper-Entspannung»; «Improvisation und imaginatives Klangerleben»; «Entspannung mittels Klang»; «Liegemonochord für die Wahrnehmung des Körpers an sich».

*Rollenverständnis/Identität*²⁰: wurde 16-mal genannt. Als bewährte Intervention/Methode dafür wurde aufgeführt: «Lieder [...] die Erarbeitung der Identität mit Musikbeispielen»; weibliche Identität musikalisch darstellen; themenorientierte Improvisation zur eigenen «Weiblichkeit (Zärtlichkeit - Leidenschaft - Lust - Lebendigkeit)»; themenorientierte Improvisation zu «Ich bin stark UND emotional»; «Songwriting: Lied für mich als junge Frau»; Rollenspiel für «Familienaufstellungen (ich als Mädchen / Jugendliche / junge Frau in meiner Herkunftsfamilie)», für «ich als Frau in meiner jetzigen Partnerschaft / Familie», für «Aufstellungen innerer Stimmen (ich darf - darf nicht - muss etc.)» für «Rollendialoge Partnerin - Mutter – Berufsfrau»; «sich als Frau unterwegs imaginieren»; «Wundermusik - erwünschte weibliche Identität imaginieren»; «Identifikation: rezeptive Arbeit mit Songs/Musik/Sängerinnen»; «Arbeit mit polyph. Identität: innerer Vielfalt/innere Anteile erforschen & integrieren»; «Exploration der eig. Stimme»; «Stimmübungen: sehr mit Geschlechtsidentität verbunden und Stimme als Ausdruck von einem selber»; «alte kontraproduktive Vorstellungen abbauen, indem so improvisiert wird, wie frau sich sehen möchte: übertreiben, Theater spielen, so tun als ob, Vorbilder interpretieren».

Umgang mit Bedürfnissen, Wünschen, Fantasien: wurde 2-mal genannt. Als bewährte Intervention/Methode dafür wurde aufgeführt: Musikalische Rollenspiele für den Umgang mit tabuisierten Themen, «wenn die Sprache zu schwierig, zu limitiert oder zu behaftet ist» können «Rollenspiele dafür eingesetzt werden Bedürfnisse, Wünsche, Fantasien zu kommunizieren. Beispiel: Stuhlarbeit mit Bedürfnissen, Weibliche und männliche Anteile erarbeiten»; themenorientierte Improvisation für «meine Bedürfnisse zu Nähe – Distanz».

Selbstfürsorge: wurde 2-mal genannt. Als bewährte Intervention/Methode dafür wurde aufgeführt: Fürspiel mit verschiedenen Instrumenten (Klanginstallation, Stimme); «Klänge suchen, die 'gut tun', Sicherheit geben, beruhigen»

²⁰ Bei den Antworten wurde oft kein Unterschied zwischen Rollenverständnis und Identität gemacht, daher wurden sämtliche Nennungen einer Kategorie zugeteilt.

Umgang mit Gefühlen: wurde 2-mal genannt. Als bewährte Intervention/Methode dafür wurde aufgeführt: «Rollenspiele mit und ohne Instrumente»; «Gegenteilige Gefühlszustände mittels Instrumente ausdrücken für Sicherheit».

Umgang mit Beziehungen: wurde 3-mal genannt. Als bewährte Intervention/Methode dafür wurde aufgeführt: «Rücken an Rücken sitzen - summen - Vibrationen des Gegenübers an Kontaktstelle spüren» und «Führen - Folgen bei Tanzimprovisation zu zweit»; «Rollenspiele für die Klärung von interpersonellen Problemen, die z.B. aus falschen Überzeugungen über sich selbst und über Beziehungen resultierten».

Selbstwert: wurde 3-mal genannt. Als bewährte Intervention/Methode dafür wurde aufgeführt: «Selbstwert: Improvisation, Gefühle aufkommen lassen, Transformieren»; «Stärkung des Selbstvertrauens mit ungewohnten, unbekanntem Instrumenten, dynamisches Spiel üben; Pausen aushalten; Solospiel halten»; «Instrument symbolisch für eigenen Körper: mehrmals sehr berührte Patientinnen erlebt, die den Wert im Instrument sehen, worüber ein Gespräch über sie selbst entstehen kann».

Zuteilung zu Themenbereich nicht möglich: wurde 5-mal genannt. Eine TN schrieb es liesse sich «nicht generalisieren» und es würde «je nach Präferenzen der Kl. unterschiedlich gewichtet» und das Gespräch sei «für alle Themenbereiche zentral für Einkreisung, Ausdifferenzierung der Thematik und (reflektierende) Verankerung der Erfahrungen und Erkenntnisse», eine andere TN schrieb: es hätten sich alle Interventionen/Methoden bewährt, «die in Achtsamkeit mit der Befindlichkeit der Klientin gewählt wurden», eine weitere TN schrieb, es hätten sich die Methoden bewährt, «wo zuerst der Kontakt zum eigenen Körper im Voraus erfolgt ist», egal welchen Themenbereich es betreffe und welche Intervention danach erfolgt sei. Eine andere TN schrieb, dass sie eine «Zuordnung im Sinne eines "Manuals"» für «sehr schwierig und am Ende einschränkend» halte und eine weitere TN meinte: «Nein, die einzelnen Interventionen bzw. Methoden können bei diesem Themenbereich sehr treffend bis völlig unpassend und zu nah sein, sie müssen wirklich ganz individuell auf die Person und auf die Situation abgestimmt werden».

Die folgenden Nennungen entsprechen sehr wohl der Thematik, wurden jedoch nur einmal genannt und werden daher einzeln aufgeführt: Themenorientierte Improvisation als Musik für das ersehnte/verlorene/unerwünschte Kind; «Atem, Stimme, Entspannung sowie Auseinandersetzung mit Thema "Frauenbild/was darf/kann/muss eine Frau" (Gespräch)» für Schmerzen beim Geschlechtsverkehr; «sich zu Musik bewegen: unterschiedlich erlebt; kann helfen, Scham abzubauen»; «musiktherapeutisch - Körperbereiche "spielen", dem Thema (oder dem Teilthema / problematischen Aspekt davon) so zu einer Form verhelfen, mit der sich weiter arbeiten lässt»; «Vibroakustik, wenn Schwingungsfähigkeit/Genuss schwierig».

Freiwillige Bemerkungen der TN

Abschliessend werden die, für die Thesis relevanten, Bemerkungen der freiwilligen Frage am Schluss des Fragebogens beschrieben. Die offen formulierten Anmerkungen lassen sich folgendermassen zusammenfassen.

Schwangerschaft/Geburt/Mutterschaft: Eine TN merkt an, dass hospitalisierte Frauen auf der Pränatalabteilung oft in ihrer weiblichen Identität „erschüttert“ seien. Eine andere TN schreibt, dass sie in der Arbeit mit Neugeborenen viel Kontakt mit Frauen habe, die gerade Mutter geworden sind. Die Sexualität werde da nicht explizit eingebracht aber das Thema weibliche Identität sei natürlich sehr im Mittelpunkt, da sie sich im Moment des Mutterwerdens stark verändere.

Thema Sexualität in therapeutischen Ausbildungen: Eine TN merkt an, dass sie die Frage nach entsprechender Ausbildung innerhalb eines Musiktherapiestudiums für grundlegend wichtig halte. Ihres Erachtens dürfe der Themenbereich Sexualität in einer (auch kunst-)therapeutischen Ausbildung nicht vernachlässigt oder weggelassen werden. «Ob Ihre Arbeit entsprechende Anregungen geben wird? – Gutes Gelingen!». Eine andere TN findet, dass diese Thematik umfassender in den Ausbildungen genannt, erprobt werden dürfte. Die eigene Sexualität oder Geschlechtsidentifikation in der Lehrmusiktherapie zu erarbeiten, fände sie besonders wichtig, vor allem auch in Bezug auf Gegenübertragung/Übertragungsphänomene.

Wichtigkeit der Thematik: Eine TN schreibt, dass sie diese Thematik sehr wichtig finde und eine andere TN: «Ein absolut wichtiges Thema und ich finde es super, dass Sie dieses Thema untersuchen» und eine dritte: «Das Thema ist sicher wichtig und spannend». Eine TN bedankt sich für die Anfrage, eine andere für die Themenwahl, eine dritte für die Arbeit.

Wie bereits in der Einleitung dargelegt, merkt eine TN an, dass sie Mühe mit dem *Begriff der weiblichen Identität* habe, weil für sie das Frau-Sein ein Teil ihrer Identität, aber nicht die fettgedruckte Überschrift sei.

Eine TN weist darauf hin, dass in *heterogenen Gruppen* geschlechtliche Rollenverteilung und gesellschaftliche Zuschreibungen häufiger ein Thema seien. Sexualität tauche hin und wieder auf, vor allem in Form von „Sprüche klopfen“ oder selbst erfundenen Rap-Texten.

7.3 Kritische Reflexion des Untersuchungsdesign

Die Rücklaufquote von 23.9% lässt auf ein generelles Interesse für die Thematik schließen. Fragebögen über aktuelle, interessante Inhalte werden schneller und vollständiger zurückgesandt als Fragebögen, die sich mit, den Befragten unwichtig erscheinenden, Themen befassen (Bortz & Döring, 2006, S.257). Der Umstand, dass von den 52 Teilnehmenden, 17 die Umfrage nicht abgeschlossen haben, könnte darauf zu schließen sein, dass offene Fragen in einer Umfrage viel Gedächtnisleistung erfordern und die Umfrage daher bei diesen Fragen abgebrochen wurde. Es ist eine Limitation der Studie, dass eine hohe Eigenleistung von den TN erwartet wurde.

Die Aussagekraft der zweiten offenen Frage ist limitiert, weil die Einschätzung der TN, welche Themenbereiche zur Thematik gehören, sehr unterschiedlich ausfiel, sodass es schwierig war, Kategorien zu bilden und die Antworten zu kodieren. Es ist eine Limitation der Studie, dass nicht klar abgegrenzt werden kann, welche Themenbereiche zur Thematik gehören, und welche nicht.

Der Fakt, dass sich nur wenige TN an den Hinweis hielten, zuerst einen spezifischen Themenbereich und dann die bewährte Intervention/Methode dazu zu nennen, erschwerte das Kodieren zusätzlich. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass die Frage zu nahe

an der ersten, oder zu unverständlich formuliert war. Eine ungenaue Formulierung würde auch den Umstand erklären, dass die zweite offene Frage nur von 24 TN und die erste von 30 TN beantwortet wurde. Der Umstand könnte aber auch damit erklärt werden, dass sich zwar viele Interventionen/Methoden ergeben, aber keine Speziellen bewährt haben. Es ist eine Limitation der Studie, dass unklar bleibt, weshalb die zweite offene Frage weniger relevante Resultate ergab.

Die Aussagekraft der Umfrage ist limitiert, weil sich die Antworten auf verschiedene therapeutische Settings (Klinik/eigene Praxis) und Klientel (Frauen mit/ohne pathologische Diagnose) beziehen. Eine explizite Therapieanmeldung mit der Thematik zum Beispiel, ist in einer Klinik nur bedingt möglich, da sich die Klientinnen dort meistens nicht selber für die Therapie anmelden.

DISKUSSION UND SCHLUSSBETRACHTUNGEN

In diesem letzten Teil der Arbeit werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung in Bezug auf die Fragestellungen und Hypothesen diskutiert und mit den theoretischen Hintergründen verknüpft. Die Hypothesen werden überprüft und die Fragestellungen beantwortet. Den Abschluss der Arbeit bilden die Schlussbetrachtungen und der Ausblick.

8 Bezugnahme auf Fragestellungen und Hypothesen

In den folgenden zwei Unterkapiteln werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung mit den theoretischen Inhalten der Literatur zusammengebracht. Die zwei Fragestellungen werden beantwortet und die Hypothesen überprüft. Abschliessend wird die Relevanz für die Musiktherapie dargelegt.

8.1 Musiktherapie eignet sich für die Auseinandersetzung mit der Thematik

Um die Fragestellung A: *Eignen sich musiktherapeutische Interventionen/Methoden für eine Begleitung von Frauen, die sich mit der Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" auseinandersetzen wollen?* zu beantworten, werden zuerst die zwei untergeordneten Fragestellungen betrachtet.

Welche Themen, die die Identität und Sexualität von Frauen betreffen, tauchen in der Musiktherapie auf?

Die Ergebnisse der Umfrage zeigen, dass viele verschiedene, die Thematik betreffende, Themen auftauchen. Am meisten aufgetaucht ist *fehlender Bezug zum eigenen weiblichen Körper*, dicht gefolgt von *Kinderwunsch/Fehlgeburt/Schwangerschaft*. Diese zwei Themen lassen sich als Themenbereich, der den Körper betrifft, zusammenfassen. In diesem Themenbereich sind auch die Themen *fehlende körperliche Energie/Vitalität*; *Menstruationsbeschwerden* und *Beschwerden im Intim- oder Beckenbereich* aufgetaucht. Am zweithäufigsten tauchten *Selbstwert in Bezug auf Weiblichkeit* und *Rollenverständnis*

vom *“Frau-Sein”*; dicht gefolgt von *Umgang mit gesellschaftlichen geschlechtsspezifischen Erwartungen* und *fehlende Identität in Bezug auf Weiblichkeit* auf. Diese vier Themenbereiche lassen sich als Themen zusammenfassen, die das weibliche Rollenverständnis/Identität betreffen. Zusätzlich zu den von der Autorin vorgeschlagenen Antworten, haben 7 TN in der Umfrage noch andere Themen wie zum Beispiel *Spannungsfeld Partnerinsein – Muttersein – Beruf* und *sexuelle Fantasien* aufgeführt. Die Literatur, dargelegt in Kapitel 2, hat gezeigt, dass diese Themen Frauen beschäftigen und die Umfrageergebnisse bestätigen dies.

Gemäss der Umfrage sind *Schmerzen beim Geschlechtsverkehr*; *(Fehlendes) Lustempfinden in Bezug auf Sexualität* und *Selbstbefriedigung* selten aufgetaucht. Daraus kann gefolgert werden, dass diese Themen Frauen entweder weniger beschäftigen oder, dass diese zwar beschäftigen, in der musiktherapeutischen Praxis jedoch wenig auftauchen. Aus der Literatur geht hervor, dass viele Frauen «Geschlechtsverkehr wiederholt als schmerzhaft» erleben oder «chronische Schmerzen in diesem Zusammenhang entwickelt» haben (Abraham, 2017, S. 180). Der Themenbereich Lust/Unlust wird von mehreren Autorinnen ins Feld geführt (Krüger-Kirn, 2017; Schroeter, 2017; Sparmann; 2017). Sparmann (2017, S. 259) schreibt, dass sich sexuelle Erfüllung immer erst durch die «subjektive Aneignung des Körpers und der sexuellen Lust» ergebe und, dass diese für viele Frauen «eine Herausforderung» darstelle. Auch das Thema Selbstbefriedigung taucht bei mehreren Autorinnen auf (Christinger, 2017; Fischer, 2018; Stokowski, 2016). Fischer (2018, S. 117) betont, dass körperliche Selbstliebe die Basis für die Intimität und den Austausch mit anderen Menschen bilde. Die Themen sind gemäss der Literatur aktuell und beschäftigen Frauen grundsätzlich. Daraus kann entweder gefolgert werden, dass sich das musiktherapeutische Setting nicht eignet, um die Themen zu bearbeiten oder, dass die Themen für die Klientin und/oder Therapeut*in zu tabubehaftet sind, um auftauchen zu können.

Welche musiktherapeutischen Interventionen/Methoden haben sich für die Bearbeitung dieser Themen in der Praxis ergeben, beziehungsweise bewährt?

Für die allgemeine Bearbeitung, respektive Begleitung der Auseinandersetzung mit, der Thematik, haben sich viele musiktherapeutische Interventionen/Methoden ergeben. Am meisten genannt wurden *Körper* und *Improvisation*. Die therapeutische Arbeit mit

körperzentrierten Methoden ist naheliegend, da es «diese aktiv-rezeptive Inbesitznahme» der eigenen Körperlichkeit ist, «die den Frauen ihr sexuelles Selbstbewusstsein zurückgeben kann [...]» (Schroeter, 2017, S. 201). Körperwahrnehmung umfasst daserspüren und Kennenlernen des eigenen Körpers (Lutz Hochreutener, 2009, S. 198) und Selbstwahrnehmung und Selbst-Bewusstsein bedeutet, die eigenen Innenräume als Lebensräume wahrzunehmen und zu verstehen (ebda, S. 199). Ein achtsames «Körpergewahrsein» ist entscheidend für die Fähigkeit Erregung, Begehren, Lust, Unlust und Genuss wahrzunehmen und bewusst zu erleben (Sparmann, 2017; 2018).

Die Improvisation ist insofern naheliegend, dass der «Ausweg aus dem weiblichen Leidens- und Krankheitsghetto» über die Suche nach den «eigenen Körpertönen, nach der eigenen Körper-Musik» führt (Latz, 1991, S. 88). Die Improvisation ist «lustvolles, zweckfreies Spiel», bietet «Raum für schöpferisches Gestalten», ist Medium für Selbstwahrnehmung und Ausdruck und eignet sich für die Bearbeitung von Themen (Lutz Hochreutener, S. 163ff.). Häufig genannt wurden auch die Interventionen/Methoden *Gespräch; Rollenspiel/Aufstellungsarbeit; Stimme/Singen; Imagination; Songwriting; und Für-Spiel*. All diese musiktherapeutischen Interventionen/Methoden wurden in der Literatur (Kapitel 3) beschrieben und die Ergebnisse der Umfrage haben gezeigt, dass sie sich für die Auseinandersetzung mit der Thematik eignen.

Wenn nun das Ergebnis der Umfrage betrachtet wird, welche Interventionen/Methoden sich für bestimmte Themenbereiche bewährt haben, zeigt sich, dass sich musiktherapeutische Interventionen/Methoden fast ausschliesslich für die Themenbereiche «Fehlender Bezug zum eigenen weiblichen Körper» und «Rollenverständnis/Identität» bewährt haben. Andere Themenbereiche, die gemäss der Literatur auch relevant für die Thematik sind, wurden in der Umfrage nur 1-2mal genannt. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass musiktherapeutische Interventionen/Methoden keinen spezifischen Themenbereichen zugeordnet werden können. In Kapitel 3.2 wurde beschrieben, wie wichtig eine individuelle Herangehensweise der Therapeutin ist und, dass jeder Klientin neu, offen und unvoreingenommen begegnet werden muss (Breiter, 1991; Krüger-Kirn, 2017; Latz, 1991; Lutz Hochreutener, 2009; Perner, 2006; Renz, 1996). Auch die Umfrage hat ergeben, dass sich einige TN dafür ausgesprochen haben, dass eine fixe Zuteilung nicht möglich sei. Für die zwei Bereiche «Fehlender Bezug zum eigenen weiblichen Körper» und «Rollenverständnis/Identität» liess sich gemäss den Ergebnissen der Umfrage jedoch eine klare Zuteilung

machen, denn diese wurden 10-mal, respektive 16-mal, genannt. Daraus lässt sich schließen, dass sich musiktherapeutische Interventionen/Methoden für diese zwei Themenbereiche bewährt haben.

Aufgrund der Umfrageergebnisse lässt sich die Hypothese A: *Musiktherapie eignet sich für die Begleitung von Frauen, welche sich mit der Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" auseinandersetzen wollen, und die Musiktherapie verfügt über Interventionen/Methoden für die Bearbeitung dieser Thematik* teilweise bestätigen und muss auseinandergenommen werden. Die empirische Untersuchung zeigt, dass sich musiktherapeutische Interventionen/Methoden für die Auseinandersetzung mit der Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" eignen, wenn es um das Herstellen des Bezugs zum eigenen Körper und/oder um die Bearbeitung von Themen in Bezug auf das Rollenverständnis und die Identität geht. Für andere, für die Thematik relevante, Themenbereiche, lässt sich die Hypothese nicht bestätigen, da die Umfrage wenig musiktherapeutische Interventionen/Methoden, die sich dafür bewährt hätten, ergab.

8.2 Die Thematik in der musiktherapeutischen Praxis

Folgend wird nun auf die Fragestellung B *Wie und unter welchen Umständen taucht die Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" in der musiktherapeutischen Praxis auf und wie kompetent fühlen sich Musiktherapeut*innen im Umgang damit?* eingegangen.

Die TN der Umfrage arbeiten ausgeglichen sowohl in freier Praxis als auch im klinischen Setting, der Fragebogen wurden von 31 weiblichen und 4 männlichen TN ausgefüllt. Von den 35 TN ist die Thematik bei 33 TN aufgetaucht. Dieses Resultat bestätigt die Aktualität der Thematik. Da die Thematik auch bei allen männlichen TN aufgetaucht ist, lässt sich beim Auftauchen der Thematik keine Abhängigkeit vom Geschlecht der therapierenden Person folgern. Auffällig ist, dass 63 % der TN älter als 50 Jahre alt sind. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich jüngere Therapeut*innen mit weniger Berufserfahrung nicht zugetraut haben, den Fragebogen auszufüllen. Oder auch darauf, dass jüngere Therapeut*innen möglicherweise weniger in einem Setting arbeiten, in welchem Langzeittherapien möglich sind (freie Praxis) und die Thematik daher weniger auftaucht in ihrem Berufsalltag.

Von den TN haben 51.5% angegeben, dass sich die Themen langsam während dem Prozess herauskristallisiert haben, 6 TN, dass die Thematik explizit von der Klientin eingebracht wurde und nur 1 TN hat «Therapeut*in hat die Klientin direkt auf die Themen angesprochen» angewählt. Im Feld «Andere» haben 5 TN angegeben, dass mehrere Antworten zutreffen würden. Eine TN hat angemerkt, dass das direkte Nachfragen im Kontext übergeordneter Themen (z.B. Paarbeziehung, Bezug zum eigenen Körper) erfolge, eine andere TN, dass die Thematik als «allgemeines Phänomen in den Raum» gestellt würde, «sodass die Patientin einhaken könnte». Diese Ergebnisse decken sich mit der Aussage aus der Literatur, dass viele Therapeut*innen auf keinen Fall Fehler machen möchten und daher das Thema Sexualität in ihrer Arbeit meiden oder es nur sehr distanziert angehen (Fischer und Fischer, 2016, S. 266). Dass sich eine Klientin, explizit mit der Thematik für die Therapie angemeldet hat, haben 1/3 der TN erlebt. Die Anliegen dieser Klientinnen beinhalten Themen aus dem Bereich «Bezug zum eigenen Körper» und «Rollenverständnis/Identität». Aus diesen Umfrageergebnissen lässt sich folgern, dass die Thematik in der Musiktherapie auftaucht, wenn sie von der Klientin explizit eingebracht wird oder wenn sich die Themen langsam während dem Prozess herauskristallisieren. Aus den Gründen, mit welchen Themen sich Klientinnen explizit anmelden und aus den Ergebnissen der Fragestellung A geht hervor, dass es sich die Thematik in der Musiktherapie vor allem in den Themenbereichen «Bezug zum eigenen Körper» und «Rollenverständnis/Identität» auftaucht.

Wie kompetent sich Musiktherapeut*innen im Umgang mit der Thematik fühlen wurde in der Umfrage mittels einer Skala von 1 (nicht kompetent) bis 5 (sehr kompetent) erfragt. Die Aussagekraft dieser Frage ist insofern eingeschränkt, da es sich um eine subjektive Einschätzung handelt. Trotzdem lässt sich aus dem Ergebnis etwas ableiten. Die Umfrage ergab, dass 2 TN (1) wählten, 2 TN (2), 10 TN (3), 16 TN (4) und 5 TN (5). Dieses Ergebnis wird interessant, wenn beachtet wird, dass die darauffolgende freiwillige Spezifikationsfrage «Wenn Sie sich (eher) nicht kompetent fühlen, was sind mögliche Gründe dafür?» von 16 TN beantwortet wurde, obwohl nur 4 angegeben haben, dass sie sich (eher) nicht kompetent fühlen. Dies lässt schlussfolgern, dass viele TN das Bedürfnis verspürten, anzugeben, warum sie sich nicht so kompetent fühlen, wie sie dies vielleicht könnten. Als Grund wurden am meisten fehlende Ausbildung (7 TN) und Hemmungen

Themen, welche die Sexualität betreffen, anzusprechen (5 TN), genannt. Von den 35 TN gaben 15 TN an, dass die Thematik Sexualität Teil ihrer musiktherapeutischen Ausbildung war und als Spezifikation wurde am meisten die Selbsterfahrung in Einzeltherapie genannt. Der Grund, dass am meisten fehlende Ausbildung genannt wurde, könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Thematik nur selten als Unterrichtseinheit (5-mal) auftauchte. Die Tatsache, dass sexuelles Erleben und Verhalten heute in den meisten Curricula an Fachhochschulen, Universitäten und in psychotherapeutischen oder beratungsorientierten Ausbildungen immer noch so gut wie kein Thema sind (Aigner, 2013, S. 13) bestätigt diese Schlussfolgerung. Auch der Umstand, dass sich jene Umfrageteilnehmende, die neben ihrer musiktherapeutischen Ausbildung eine spezifische Ausbildung im Bereich „Identität und Sexualität“ mitbringen, grundsätzlich kompetenter eingestuft haben, lässt darauf schließen, dass die musiktherapeutische Ausbildung nicht ausreicht für eine kompetente therapeutische Begleitung der Thematik. An dieser Stelle seien auch die freiwilligen Abschlussbemerkungen der zwei TN erwähnt, welche sich dafür aussprachen, dass der Themenbereich Sexualität nicht vernachlässigt oder weggelassen werden und umfassender in den Ausbildungen genannt und erprobt werden dürfte.

Auch die Hypothese B *Die Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" taucht selten in der musiktherapeutischen Praxis auf und Musiktherapeut*innen fühlen sich eher nicht kompetent in diesem Bereich*, lässt sich analog zur ersten teilweise bestätigen und muss auseinandergenommen werden. Die Thematik taucht häufig in der musiktherapeutischen Praxis auf, wenn es sich um die Themenbereiche «Bezug zum eigenen Körper» und «Rollenverständnis/Identität» handelt. Die Thematik taucht selten auf, wenn es um andere, die Thematik betreffende, Themen geht. Praktizierende Musiktherapeut*innen fühlen sich in der Thematik zwar “eher kompetent”, geben aber trotzdem an, dass Hemmungen bestehen und sie sich mehr Ausbildung in diesem Bereich wünschen.

8.3 Relevanz für die Musiktherapie

«Der therapeutische Auftrag, weibliche Klientinnen darin zu unterstützen ein verkörpertes und damit innerlich fühlbares sinnliches Selbstbewusstsein zu entwickeln, bleibt [...] trotz aller Emanzipationsrhetorik hochaktuell» (Schroeter, 2017, S. 198)

Als Abschluss der Bezugnahme auf die Fragestellungen wird an dieser Stelle das besondere Potential der Musiktherapie für die Begleitung der Auseinandersetzung mit der Thematik und daher die Relevanz für die Musiktherapie dargelegt.

Das obige Zitat von Schroeter bringt auf den Punkt, weshalb die therapeutische Begleitung der Auseinandersetzung mit der vorliegenden Thematik relevant für therapeutische Angebote und demnach auch für die Musiktherapie ist. Die Heilung von Erinnerungen des Körpers braucht nicht nur Zeit, sondern auch Schutzräume (Gamma, 2015, S. 82), die die Musiktherapie, im Sinne des Safe Place (Lutz Hochreutener, 2009, S. 94), bietet. Auch Thielen (2017, S. 69) merkt an, dass sich mit der «Entwicklung des Selbstwertgefühls, der Selbstakzeptanz und der Selbstliebe» eine sexuelle Problematik selbstregulativ verbessern könne, für eine zunehmende Lösung jedoch «gezielte körperpsychotherapeutische Übungsangebote und Interventionen hilfreich und notwendig» seien.

Die Literatur hat gezeigt, dass Musik eine Ausdrucksmöglichkeit bieten kann, wo die verbale Sprache begrenzt. Die Komponenten der Musik fügen sich zu einem «sinnlich unmittelbaren Ganzen zusammen» (Lutz Hochreutener, 2009, S. 217). Musik eignet sich besonders gut atmosphärische Qualitäten auszudrücken und sie kann Tiefe und Vieldeutigkeit erreichen (ebda). Die Literatur hat auch gezeigt, dass es in der Auseinandersetzung mit der Thematik darum geht, dass Frauen ihre sexuellen Bedürfnisse und Wünsche artikulieren und einfordern (Abraham, 2017, S. 180). Es geht darum, auf die innere Stimme zu hören (Northrup, 2020, S. 24) und darum, sexuelle Fantasien und Sehnsüchte poetisch und nicht in Prosa denken (Perel, 2006, S. 226). Musikalische Äusserungen bieten die Möglichkeit Bedürfnisse, Wünsche, Fantasien und Sehnsüchte weniger zensuriert auszudrücken als verbale dies vermögen (Breiter, 1991, S.85f.). Als Paar-, Sexual- und Körperpsychotherapeutin meint Christinger (2017, S. 94) wohl nicht Musik, wenn sie schreibt:

«Da die Energie dem Gedanken und somit dem Wort folgt, sollten wir für das Thema Sexualität eine Sprache finden, die uns entspricht und uns die Tore zu Erotik und uns Sinnlichkeit, Lust und Liebe, öffnet».

Aus der Literatur geht jedoch hervor, dass sich Musik als „diese Sprache“ eignet und die Musiktherapie verfügt damit über ein Potential für die Begleitung der Auseinandersetzung mit der Thematik "Weibliche Identität und Sexualität".

9 Schlussbetrachtungen und Ausblick

«Dass wir die Natur, die Frauen und das Weibliche herabsetzen, muss jetzt aufhören – sonst kann auch alles andere nicht helfen. Die Wissenschaft, wie sie derzeit praktiziert wird, wird uns nicht retten, weil sie sich überlebt hat. Ihr fehlt die Stimme der Intuition, die weibliche Stimme, die Stimme, die aus dem Körper spricht. Wir brauchen jetzt ein Gleichgewicht»
(Northrup, 2020, S. 800)

Die Ergebnisse der Umfrage und die freiwilligen Wortmeldungen am Schluss des Fragebogens zeigen die Aktualität und Wichtigkeit der Thematik auf. Die empirische Untersuchung hat ergeben, dass sich Musiktherapie für die Auseinandersetzung mit der Thematik eignet, wenn es um das Herstellen des Bezugs zum eigenen Körper und um die Auseinandersetzung mit dem Rollenverständnis und der Identität geht. Für andere Themenbereiche, wie die Auseinandersetzung mit Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und im Intim- und Beckenbereich oder mit sexuellen Bedürfnissen, Wünschen, Fantasien, mit Lust/Unlust und mit Selbstliebe, haben sich nur wenig musiktherapeutische Interventionen/Methoden ergeben und eine Eignung der Musiktherapie konnte daher nicht nachgewiesen werden. Die empirische Untersuchung lässt unbeantwortet, ob sich Musiktherapie für die Bearbeitung dieser Themenbereiche nicht eignet oder ob sich musiktherapeutische Interventionen/Methoden zwar eignen würden, diese Themen jedoch zu tabubehaftet sind, um aufzutauchen.

Betrachtet man die Literatur und geht davon aus, dass physische und psychische Gesundheit gekoppelt sind (Gesundheitsförderung Schweiz, 2013, S. 13) und Erkrankungen an Organen, die nur Frauen besitzen, Äusserungsformen des Körpers sind, mit denen dieser eine tiefere, oft unbewusste Verletzung signalisiert «die der Heilung bedarf» (Northrup, 2020, S. 32), würden sich, gemäss der Literatur beschrieben in Kapitel 3, musiktherapeutische Interventionen/Methoden anbieten, um diese tieferen, unbewussten Verletzungen aufzuspüren und zu bearbeiten. Da es in der musiktherapeutischen Literatur nicht explizit um den Intimbereich und die Geschlechtsorgane geht, würden sich für ein musiktherapeutisches Angebot Interventionen/Methoden aus anderen Therapien, die sich ergänzend einbetten liessen, anbieten. Zum Beispiel der in Kapitel 4.6 erwähnte *Bodyscan*, die *Yoni-Atmung* oder die *Brust-Meditation* liessen sich eins zu eins in ein musiktherapeutisches Angebot integrieren.

Auch für die Auseinandersetzung mit sexuellen Bedürfnissen, Wünschen, Fantasien und mit Selbstliebe würde sich, gemäss der Literatur, das Medium Musik – und daher auch die Musiktherapie – eignen. Zusätzlich zu den musiktherapeutischen Interventionen/Methoden beschrieben in Kapitel 3, könnte zum Beispiel der *Yoni-Talk* (Kapitel 4.6), für ein musiktherapeutisches Angebot adaptiert werden, indem der Yoni – im Sinne der musiktherapeutischen Improvisation oder des Rollenspiels – musikalisch eine Stimme verliehen wird.

Zusätzlich zur Literatur lassen einige Einzelnennungen der Umfrage darauf schliessen, dass sich musiktherapeutische Interventionen/Methoden auch für die Bearbeitung dieser Themenbereiche eignen würden. Eine TN hat zum Beispiel «Atem, Stimme, Entspannung sowie Auseinandersetzung mit Thema "Frauenbild/was darf/kann/muss eine Frau" (Gespräch)» bei Schmerzen beim Geschlechtsverkehr genannt. Eine andere TN hat geschrieben, dass «Vibroakustik» genutzt werden könnte «wenn Schwingungsfähigkeit/Genuss schwierig» und «Genusstraining über Hören/Spielen/Gespräch». Und eine weitere TN hat das «Spielen eines Wunsches nach Erleben und Explikation des Erlebens» genannt.

Aus diesen Überlegungen kann gefolgert werden, dass sich Musiktherapie theoretisch für die gesamte Auseinandersetzung mit der Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" eignen würde.

Der Umstand, dass gewisse Themenbereiche weniger auftauchen in der Praxis, kann darauf zurückzuführen sein, dass sich Musiktherapeut*innen im Umgang mit diesen Themen unsicherer fühlen und die Hemmungen grösser sind, als bei den Themenbereichen «Körper spüren» und «Identität». Die Umfrage hat gezeigt, dass persönliche Weiterbildungen und eine umfangreichere Verankerung in der musiktherapeutischen Ausbildung Abhilfe schaffen könnten.

Ausblick

Die Absicht der vorliegenden Masterthesis war es, einen theoretischen Entwurf eines musiktherapeutischen Angebotes zu skizzieren, um Frauen bei der Integration und Verbindung mit der eigenen weiblichen Identität, Sinnlichkeit und Sexualität zu begleiten. Die Autorin verfolgt die Absicht, diesen theoretischen Entwurf in der nahen Zukunft in die Praxis umzusetzen. Das Ziel ist ein musiktherapeutisches Angebot zu schaffen, welches spezifisch auf die Begleitung der Auseinandersetzung mit der Thematik "Weibliche

Identität und Sexualität" fokussiert und Gesundheitsförderung, Prävention und Therapie zusammenfliessen können. Mit dem Angebot möchte die Autorin nicht (nur) auf die Abwesenheit von Krankheit fokussieren, sondern das sexuelle Wohlbefinden von Frauen fördern. Für die vorliegende Thematik bedeutet dies, Ansätze und Übungen aus der sexuellen Bildung (siehe Kapitel 4.6) einzubetten. Mittels musiktherapeutischer Interventionen/Methoden wie Atem-, Stimm- und Körperübungen, Singen, Imagination und Improvisation, werden die Frauen im Entdecken der Lust am eigenen Körper und der eigenen Sexualität begleitet. Sinnlichkeit und Genussfähigkeit werden durch Achtsamkeitsübungen, Meditation, Selbstmassage und das Nutzen von Vibroakustik erfahren und weiterentwickelt.

Das Angebot beinhaltet auch die therapeutische Begleitung von Schwierigkeiten und negativen Erfahrungen im Bereich "Weibliche Identität und Sexualität". Mittels musiktherapeutischer Interventionen/Methoden werden blockierte oder verschüttete Energien wieder ins Fliessen gebracht. Als Basis dafür dienen das Körper- und Gesundheitsverständnis der Lehre der Chakren (siehe Kapitel 4.3) und Ansätze aus der Körperpsychotherapie (siehe Kapitel 4.2).

Sowohl der eigenen Lust und sexuellen Bedürfnissen als auch Verletzungen, Symptomen und Schmerzen, werden durch die sinnlichen, vielschichtigen Ausdrucksmöglichkeiten der Musik, eine Stimme verliehen. Die ganz individuellen Geschichten der Klientinnen werden so hörbar gemacht und sind essentieller Bestandteil des Therapieprozesses.

Neben dem Einzelsetting wird auch das Gruppensetting angeboten. In der Literatur liessen sich viele Interventionen/Methoden für das Gruppensetting finden. Gemäss Northrup (2020, S. 640) kann die Arbeit in einer Gruppe sehr wirkungsvoll sein, weil dabei erfahren werden kann, dass viele andere die gleichen Probleme haben. Ausserdem sei es für viele Frauen «wichtig, regelmässig Zeit nur mit Frauen zu verbringen» (ebda, S. 642). Die persönliche Erfahrung der Autorin hat gezeigt, dass das Gruppensetting besonderes Potential für die Auseinandersetzung mit der Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" bietet. Die Gruppe trägt sowohl geteiltes Leid wie auch geteilte Freude und das gemeinsam Erlebte stärkt jede Einzelne nachhaltig.

Aus der Thesis geht hervor, dass die Auseinandersetzung mit der eigenen Geschlechtlichkeit einen wichtigen Teil der Identitätsbildung und der Entwicklung eines gesunden Selbstbewusstseins ausmacht. Die Autorin ist überzeugt, dass ein musiktherapeutisches Angebot für Frauen, die sich mit der Thematik "Weibliche Identität und Sexualität" auseinandersetzen wollen, Anklang finden wird.

Die Ergebnisse der Umfrage lassen auf die Nachfrage schliessen, dass therapeutisches Handeln und Sein in Bezug auf Sexualität (siehe Kapitel 4.1) expliziter in der musiktherapeutischen Ausbildung, Forschung und Literatur thematisiert, untersucht und beleuchtet wird. Für die Ausbildung könnte dies bedeuten, dass spezifische theoretische und praktische Module zum Thema Sexualität bestehen, in welchen erotische und sexuelle Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene benannt und reflektiert werden und der Umgang mit dem Thema Sexualität anhand von Übungen erprobt und geübt wird. Das Reflektieren von Fragen zur eigenen sexuellen Biografie könnte als fester Bestandteil von Gruppen- oder Einzelselbsterfahrung verankert werden.

Für die Forschung und Literatur würde es bedeuten, das Thema Sexualität mehr als natürlichen und selbstverständlichen Bestandteil der menschlichen Identität zu betrachten und zu benennen.

Die Autorin hofft, mit dieser Masterarbeit eine Anregung zum eigenen lustvollen Weiterforschen geben zu können. Ob die Thesis einen Beitrag leisten kann, um Berührungsängste mit dem Thema Sexualität in der Musiktherapie abzubauen, und inwiefern die Thesis für Musiktherapeut*innen eine Unterstützung in der praktischen Arbeit sein kann wird sich zeigen und entscheidet letzten Endes jede*r Leser*in für sich selbst.

«Immer wieder fragen mich Frauen, was es heisst, in der heutigen Gesellschaft Frau zu sein. Es wäre vermessen, diese Frage mit Rezepten zu beantworten, denn für jede Frau sieht der Weg anders aus – abhängig davon, woher sie kommt, wo sie im Moment gerade ist und wohin sie gehen will» (Christinger, 2017, S. 13)

Für die Autorin war das Verfassen dieser Masterthesis ein Teil ihrer Auseinandersetzung mit der Thematik "Weibliche Identität und Sexualität". Möge diese Arbeit dazu beitragen, andere Frauen auf ihrem Weg zu begleiten.

QUELLENVERZEICHNISSE

10 Literaturverzeichnis

- Abdul-Hussain, Surur (2012). *Genderkompetenz in Supervision und Coaching: Mit einem Beitrag zur Genderintegrität von Ilse Orth und Hilarion Petzold*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Abraham, Anke (2017). Wider die Lust? In: Harms, T. & Thielen, M. (Hg.) *Körperpsychotherapie und Sexualität. Grundlagen, Perspektiven und Praxis*. Giessen: Psychosozial-Verlag. 171-187.
- Aigner, Josef Christian (2013). *Vorsicht Sexualität! Sexualität in Psychotherapie, Beratung und Pädagogik – eine integrative Perspektive*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bauer, Eva (1991). Singen und Musizieren als Weg zur Neu-Geburt des eigenen Ich. In: Voigt, D. & Jawad-Estrak, H. (Hrsg.). *Von Frau zu Frau: Feministische Ansätze in Theorie und Praxis psychotherapeutischer Schulen*. Wien: Wiener Frauenverlag. 99-102.
- Bauer, Eva-Maria (2002). *Musik ist eine Zauberin. Frauen Musik Therapie*. München: Life-Musik-Verlag.
- Bischof, Karoline (2017). Sexocorporel-Sexualtherapie. In: Harms, T. & Thielen, M. (Hg.) *Körperpsychotherapie und Sexualität. Grundlagen, Perspektiven und Praxis*. Giessen: Psychosozial-Verlag. 121-138.
- Bischof-Köhler, Doris (2011). *Von Natur aus anders. Die Psychologie der Geschlechtsunterschiede* (4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Brandl, Martina & Büchele, Agnes (1991). Der «Offene Abend». Ein steter Ort für Frauen. In: Voigt, D. & Jawad-Estrak, H. (Hrsg.). *Von Frau zu Frau: feministische Ansätze in Theorie und Praxis psychotherapeutischer Schulen*. Wien: Wiener Frauenverlag. 57-65.
- Breiter, Marianne (1991). Feministische Grundelemente von Frauenmusiktherapie. In: Voigt, D. & Jawad-Estrak, H. (Hrsg.). *Von Frau zu Frau: Feministische Ansätze in Theorie und Praxis psychotherapeutischer Schulen*. Wien: Wiener Frauenverlag. 79-86.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2011). *Standards für die Sexuaufklärung in Europa*. WHO-Regionalbüro und BZgA. Köln.
- Bortz, Jürgen & Döring, Nicola (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (4. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.

- Christinger, Doris (2017). *Auf den Schwingen weiblicher Sexualität. Eine Liebesschule für Frauen* (7. Aufl.). München: Piper.
- Eberhard-Kaechele, Marianne & Gnirss-Bormet, Ruth (2017). Sexualität beginnt im Tanz zwischen Eltern und Kind. In: Harms, T. & Thielen, M. (Hg.) *Körperpsychotherapie und Sexualität. Grundlagen, Perspektiven und Praxis*. Giessen: Psychosozial-Verlag. 97-119.
- Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG) (2015). *Sexuelle Gesundheit – eine Definition für die Schweiz*. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/p-und-p/eksg/sexuelle-gesundheit-definition-schweiz.pdf.download.pdf/sexuelle-gesundheit-definition-schweiz.pdf> [01.02.2021].
- Fischer, Notburga & Fischer, Robert (2016). Arbeit mit Sexualität in der Psychotherapie. In: Kaul, E. & Fischer, M. (Hrsg.). *Einführung in die Integrative Körperpsychotherapie IBP (Integrative Body Psychotherapy)*. Bern: Hogrefe. 245-270.
- Fischer, Robert & Fischer, Notburga (2017). Ressourcen für die psychosexuelle Entwicklung. In: Harms, T. & Thielen, M. (Hg.) *Körperpsychotherapie und Sexualität. Grundlagen, Perspektiven und Praxis*. Giessen: Psychosozial-Verlag. 77-95.
- Fischer, Notburga (2018). *Reifestufen der sexuellen Liebe. Wie Herkunft prägt und intime Beziehungen (dennoch) gelingen* (2. Aufl.). Köln: Innenwelt Verlag.
- Fuchs, Anneliese (2009). *Endlich Kooperation. Verbindung von Männlichem und Weiblichem in uns und in der Gesellschaft*. Wien, Köln, Weimar: Böhlau.
- Gamma, Anna (2015). *Schön, Wild und Weise. Frauen auf dem Weg zu sich selbst und in die Welt*. Bielefeld: Theseus Verlag.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2013). *Gesundes Körperbild – Healthy Body Image. Arbeitspapier 3*. Verfügbar unter: https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/arbeitspapiere/Arbeitspapier_003_GFCH_2013-03_-_Healthy-Body-Image.pdf [29.12.20].
- Gesundheitsförderung Schweiz (2016). *Bericht 6. Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht*. Verfügbar unter: https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/berichte/Bericht_006_GFCH_2016-04_-_Psychische_Gesundheit_ueber_die_Lebensspanne.pdf [29.12.2020].
- Grünberger, Elisabeth (1991). Tanztherapie mit Frauen. In: Voigt, D. & Jawad-Estrak, H. (Hrsg.). *Von Frau zu Frau: Feministische Ansätze in Theorie und Praxis psychotherapeutischer Schulen*. Wien: Wiener Frauenverlag. 143-166.
- Harms, Thomas & Thielen, Manfred (2017). *Körperpsychotherapie und Sexualität. Grundlagen, Perspektiven und Praxis*. Giessen: Psychosozial-Verlag.

- Hegi, Fritz & Rüdüsüli, Maja (2013). *Der Wirkung von Musik auf der Spur. Theorie und Erforschung der Komponenten* (2. Aufl.). Wiesbaden: Reichert.
- Hennig, Barbara (1991). Initiatische Leibtherapie mit Frauen. In: Voigt, D. & Jawad-Estrak, H. (Hrsg.). *Von Frau zu Frau: Feministische Ansätze in Theorie und Praxis psychotherapeutischer Schulen*. Wien: Wiener Frauenverlag. 167-184.
- Kabat-Zinn, Jon (2015). *Im Alltag Ruhe finden. Meditationen für ein gelassenes Leben*. München: Knauer.
- Klein, Gabriele (1992). *FrauenKörperTanz. Eine Zivilisationsgeschichte des Tanzes*. Berlin: Quadriga.
- Kreutz, Gunter & Bernatzky, Günther (2015). *Musik und Medizin: Chancen für Therapie, Prävention und Bildung*. Wien: Springer.
- Krüger-Kirn, Helga (2017). Der Traum von einer weiblichen selbstbestimmten Sexualität. In: Harms, T. & Thielen, M. (Hg.) *Körperpsychotherapie und Sexualität. Grundlagen, Perspektiven und Praxis*. Giessen: Psychosozial-Verlag. 241-255.
- Latz, Inge (1991). Fraueneigenes Musikerleben als Weg in die Heilung. Musikalität als Lebensprinzip. In: Voigt, D. & Jawad-Estrak, H. (Hrsg.). *Von Frau zu Frau: Feministische Ansätze in Theorie und Praxis psychotherapeutischer Schulen*. Wien: Wiener Frauenverlag. 87-97.
- Lutz Hochreutener, Sandra (2009). *Spiel - Musik - Therapie: Methoden der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Majce-Egger, Maria (1991). Frauenleben in und mit der Vielfalt – im Widerspruch der Vielheit. In: Voigt, D. & Jawad-Estrak, H. (Hrsg.). *Von Frau zu Frau: Feministische Ansätze in Theorie und Praxis psychotherapeutischer Schulen*. Wien: Wiener Frauenverlag. 215-223.
- Mayring, Philipp (2002). *Qualitative Sozialforschung* (5. überarb. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz. 114-121.
- Northrup, Christiane (2020). *Frauenkörper Frauenweisheit. Wie Frauen ihre ursprüngliche Fähigkeit zur Selbstheilung wiederentdecken können* (4. Aufl.). München: ZS Verlag.
- Perel, Esther (2006). *Wild Life. Die Rückkehr der Erotik in die Liebe*. München: Pendo.
- Perner, Rotraud (1991). Lust auf Leere. Ein Weg von der integrativen Sexualtherapie. In: Voigt, D. & Jawad-Estrak, H. (Hrsg.). *Von Frau zu Frau: Feministische Ansätze in Theorie und Praxis psychotherapeutischer Schulen*. Wien: Wiener Frauenverlag. 235-252.

- Porst, Rolf (2014). *Fragebogen. Ein Arbeitsbuch* (4. Aufl.). Wiesbaden: Springer.
- Renz, Monika (1996). *Zwischen Urangst und Urvertrauen. Therapie früher Störungen über Musik-, Symbol- und Spirituelle Erfahrungen*. Paderborn: Junfermann.
- Rosenberg, Jack Lee, Rand, Marjorie L. & Asay, Diane (1989). *Körper, Selbst und Seele: ein Weg zur Integration*. Oldenburg: Transform.
- Scherl, Margot (1991). Grenzen grenzenloser Gemeinschaft. In: Voigt, D. & Jawad-Estrak, H. (Hrsg.). *Von Frau zu Frau: Feministische Ansätze in Theorie und Praxis psychotherapeutischer Schulen*. Wien: Wiener Frauenverlag. 45-55.
- Schroeter, Bettina (2017). Zum Liebesleben der Geschlechter. Betrachtungen zum weiblichen Begehren und männlicher Hingabefähigkeit. In: Harms, T. & Thielen, M. (Hg.) *Körperpsychotherapie und Sexualität. Grundlagen, Perspektiven und Praxis*. Giessen: Psychosozial-Verlag. 189-216.
- Sparmann, Julia (2017). Persönliche sexuelle Revolutionen – Körperorientierte Sexuelle Bildung für Frauen. In: Harms, T. & Thielen, M. (Hg.) *Körperpsychotherapie und Sexualität. Grundlagen, Perspektiven und Praxis*. Giessen: Psychosozial-Verlag. 257-274.
- Sparmann, Julia (2018). *Lustvoll körperwärts. Körperorientierte Methoden für die Sexuelle Bildung von Frauen*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Steins, Gisela (2010). Einführung in „Psychologie und Geschlechterforschung“. In: Steins, G. (Hrsg.). *Handbuch Psychologie und Geschlechterforschung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 11-23.
- Stokowski, Margarete (2016). *Untenrum frei*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Thielen, Manfred (2017). Historischer Abriss und therapeutische Praxis. In: Harms, T. & Thielen, M. (Hg.) *Körperpsychotherapie und Sexualität. Grundlagen, Perspektiven und Praxis*. Giessen: Psychosozial-Verlag. 49-76.
- Tissberger, Martina (2010). Dark Continent. Über das Unbewusste von Sexismus und Rassismus. In: Steins, G. (Hrsg.). *Handbuch Psychologie und Geschlechterforschung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 371-394.
- Voigt, Diana & Jawad-Estrak, Hilde (Hrsg.). *Von Frau zu Frau: Feministische Ansätze in Theorie und Praxis psychotherapeutischer Schulen*. Wien: Wiener Frauenverlag.
- Weber, Dominik (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz. Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. Bern: GFCH, BAG, GDK.

WHO (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva*. Verfügbar unter: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf [09.02.21].

Wippermann, Carsten (2016). *Was junge Frauen wollen. Lebensrealitäten und familien- und gleichstellungspolitische Erwartungen von Frauen zwischen 18 und 40 Jahren*. Studie des Delta-Instituts für Sozialforschung im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. Verfügbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/dialog/12633.pdf> [28.12.20]

Wirtz, Ursula (1991). Therapeutische Arbeit mit Frauen. In: Voigt, D. & Jawad-Estrak, H. (Hrsg.). *Von Frau zu Frau: Feministische Ansätze in Theorie und Praxis psychotherapeutischer Schulen*. Wien: Wiener Frauenverlag. 7-13.

Zimmer, Marie-Luise, Loos-Frank, Brigitte & Bernius, Volker (2006). *Musiktherapie mit Leib und Seele. Gertrud Katja Loos: Leben – Werk – Erinnerungen*. Wiesbaden: Reichert.

11 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Grafik Arbeitsfeld der TN.....	69
Abb. 2: Grafik Klientel der TN.....	69
Abb. 3: Grafik aufgetauchte Themen.....	71

ANHANG

12 Fragebogen

Musiktherapie mit dem Themenfokus «Weibliche Identität und Sexualität»

Seite 1

Liebe Musiktherapeut*innen

Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage "Musiktherapie mit dem Themenfokus: «Weibliche Identität und Sexualität»" teilnehmen. Die Umfrage hat zum Ziel, die Erfahrungen von praktizierenden Musiktherapeut*innen zu sammeln. Der Fokus der Arbeit liegt auf der Thematik: «Weibliche Identität und Sexualität» im Bereich von Selbsterfahrung und Gesundheitsförderung und schliesst die Bearbeitung von sexuellen Traumata und Transsexualität aus. Die Umfrage dauert zwischen 5-20 Minuten und erfolgt vollständig anonymisiert.

Vielen Dank für Ihr Zeitnehmen – Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag für meine Masterthesis.

Herzlich,
Jasmin Andergassen

Seite 2

1. In welchem Arbeitsfeld sind Sie tätig? *

Wenn mehrere zutreffen, bitte mehrere anwählen.

- Freie Praxis
- Klinik/Spital
- Anderes:

Seite 3

2. Haben/hatten Sie in ihrer musiktherapeutischen Praxis mit erwachsenen Frauen zu tun? *

Bitte wenn zutreffend mehrere Antworten angeben.

- Nein
- Ja, mit Frauen zwischen 15-25
- Ja, mit Frauen zwischen 25-35
- Ja, mit Frauen zwischen 35-50
- Ja, mit Frauen zwischen 50-65
- Ja, mit Frauen ab 65

Seite 4**3. Haben Sie in Ihrer musiktherapeutischen Praxis Momente erlebt, in welchen es um die Thematik «Weibliche Identität und Sexualität» ging? ***

Wenn Sie nicht sicher, was alles unter der Thematik zu verstehen ist, wählen Sie "ja", auf der nächsten Seite sind spezifische Themenbereiche aufgelistet. Wenn Sie da nichts finden, können sie wieder auf "Zurück" klicken. Wenn Sie "nein" anwählen, werden die nächsten vier Fragen automatisch übersprungen.

ja

nein

Seite 5**4. Welche spezifischen Themenbereiche sind Ihnen begegnet? ***

- Menstruationsbeschwerden
- Kinderwunsch/Fehlgeburt/Schwangerschaft
- Beschwerden im Intim- oder Beckenbereich
- Fehlender Bezug zum eigenen weiblichen Körper
- Fehlende körperliche Energie/Vitalität
- Unbefriedigendes (partnerschaftliches) Sexualleben
- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- (Fehlendes) Lustempfinden in Bezug auf Sexualität
- Ängste in Bezug auf partnerschaftliche Intimität
- Selbstbefriedigung
- Selbstwert in Bezug auf Weiblichkeit
- Rollenverständnis vom "Frau-Sein"
- Umgang mit gesellschaftlichen geschlechtsspezifischen Erwartungen
- Fehlende Identität in Bezug auf Weiblichkeit
- Andere:

Seite 6**5. Wie sind diese Themen in der Therapie aufgetaucht? ***

Wenn mehrere zutreffen, bitte für das Häufigste entscheiden oder unter "Andere" differenziert erläutern.

- Haben sich während dem Prozess langsam herauskristallisiert
- Klientin hat sie explizit eingebracht
- Therapeut*in hat die Klientin direkt auf die Themen angesprochen
- Andere:

Seite 7**6. Haben Sie erlebt, dass sich eine Klientin explizit mit dieser Thematik für die Therapie angemeldet hat? ***

- ja
- nein

7. Wenn ja, mit welchem Anliegen?**Seite 8****8. Welche Interventionen/Methoden haben sich in Ihrer musiktherapeutischen Praxis für die Bearbeitung der Thematik «Weibliche Identität und Sexualität» ergeben?**

Bei dieser Frage bitte alle Interventionen/Methoden auflisten, die Ihnen einfallen. In der nächsten Frage geht es dann darum, ob sich gewisse Interventionen/Methoden besonders bewährt haben.

9. Haben sich bestimmte Interventionen/Methoden für spezifische Themenbereiche bewährt? Wenn ja, welche?

Bitte wenn möglich zuerst den spezifischen Themenbereich nennen und dann welche Intervention/Methode sich inwiefern bewährt hat.

Seite 9

10. War die Thematik "Sexualität" Teil Ihrer musiktherapeutischen Ausbildung? *

ja

nein

11. Wenn ja, in welchem Rahmen?

z.B. Unterrichtseinheit Modul, Supervision, Selbsterfahrung Einzeltherapie...

Seite 10

12. Wie kompetent fühlen Sie sich als Therapeut*in in der Thematik «Weibliche Identität und Sexualität»? *

nicht kompetent

sehr kompetent

Seite 11**13. Wenn Sie sich (eher) nicht kompetent fühlen, was sind mögliche Gründe dafür?**

Wenn mehrere zutreffen, bitte entsprechend ankreuzen. Wenn Sie sich kompetent fühlen, klicken Sie einfach auf "Weiter".

- Fehlende Ausbildung
- Hemmung Themen, welche die Sexualität betreffen, anzusprechen
- Geschlechtsspezifische Gründe (von Frau zu Frau, von Mann zu Frau)
- Andere:

Seite 12**14. Bringen Sie, neben Ihrer musiktherapeutischen Ausbildung, eine spezifische Expertise (Ausbildung, persönliche Weiterbildung...) im Bereich «Identität und Sexualität» mit? ***

- ja
- nein

15. Wenn ja, welche?**Seite 13****16. Wie alt sind Sie? ***

- Unter 30
- 30 – 40
- 40 – 50
- 50 – 60
- 60 – 70
- über 70

Seite 14**17. Sind Sie männlich oder weiblich? ***

Die Frage nach dem Geschlecht der Therapeutin/des Therapeuten wird erfragt, um geschlechtsspezifische Faktoren in Bezug auf auftauchende Themen analysieren zu können.

- weiblich
- männlich

Seite 15**18. Vielen Dank für Ihre Teilnahme. Die Umfrage ist beendet.**

Falls Sie an den Ergebnissen meiner Masterarbeit interessiert sind, schreiben Sie mir bitte eine Email an jasmin.anderghassen@zhdk.ch

Wenn Sie noch etwas ergänzen möchten, schreiben Sie Ihre Anmerkungen bitte in das folgende Textfeld.

Klicken Sie auf "Fertig", um die Umfrage abzuschliessen.

» [Umleitung auf Schlussseite von Umfrage Online \(ändern\)](#)

13 Umfrageergebnisse

Musiktherapie mit dem Themenfokus «Weibliche Identität und Sexualität»

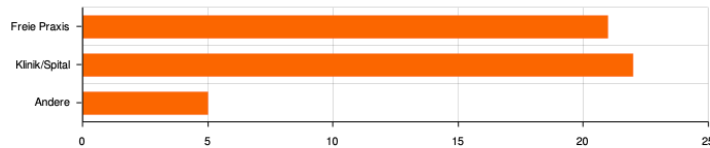
1. In welchem Arbeitsfeld sind Sie tätig? *

Anzahl Teilnehmer: 35

21 (60.0%): Freie Praxis

22 (62.9%): Klinik/Spital

5 (14.3%): Andere



Antwort(en) aus dem Zusatzfeld:

- Ich bin nun in Rente
- Musikschule
- Musikschule
- Forschung
- Mehrere

2. Haben/hatten Sie in ihrer musiktherapeutischen Praxis mit erwachsenen Frauen zu tun? *

Anzahl Teilnehmer: 35

- (0.0%): Nein

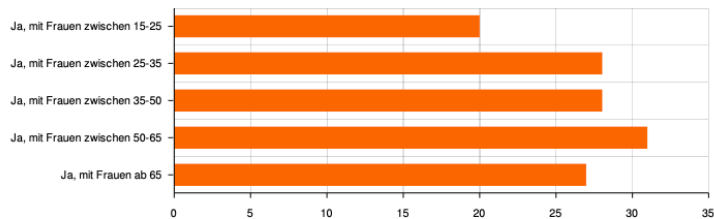
20 (57.1%): Ja, mit Frauen zwischen 15-25

28 (80.0%): Ja, mit Frauen zwischen 25-35

28 (80.0%): Ja, mit Frauen zwischen 35-50

31 (88.6%): Ja, mit Frauen zwischen 50-65

27 (77.1%): Ja, mit Frauen ab 65



3. Haben Sie in Ihrer musiktherapeutischen Praxis Momente erlebt, in welchen es um die Thematik «Weibliche Identität und Sexualität» ging? *

Anzahl Teilnehmer: 35

33 (94.3%): ja

2 (5.7%): nein



4. Welche spezifischen Themenbereiche sind Ihnen begegnet? *

Anzahl Teilnehmer: 33

13 (39.4%): Menstruationsbeschwerden

24 (72.7%):

Kinderwunsch/Fehlgeburt/Schwangerschaft

10 (30.3%): Beschwerden im Intim- oder Beckenbereich

25 (75.8%): Fehlender Bezug zum eigenen weiblichen Körper

20 (60.6%): Fehlende körperliche Energie/Vitalität

18 (54.5%): Unbefriedigendes (partnerschaftliches) Sexualleben

5 (15.2%): Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

7 (21.2%): (Fehlendes) Lustempfinden in Bezug auf Sexualität

14 (42.4%): Ängste in Bezug auf partnerschaftliche Intimität

4 (12.1%): Selbstbefriedigung

23 (69.7%): Selbstwert in Bezug auf Weiblichkeit

23 (69.7%): Rollenverständnis vom "Frau-Sein"

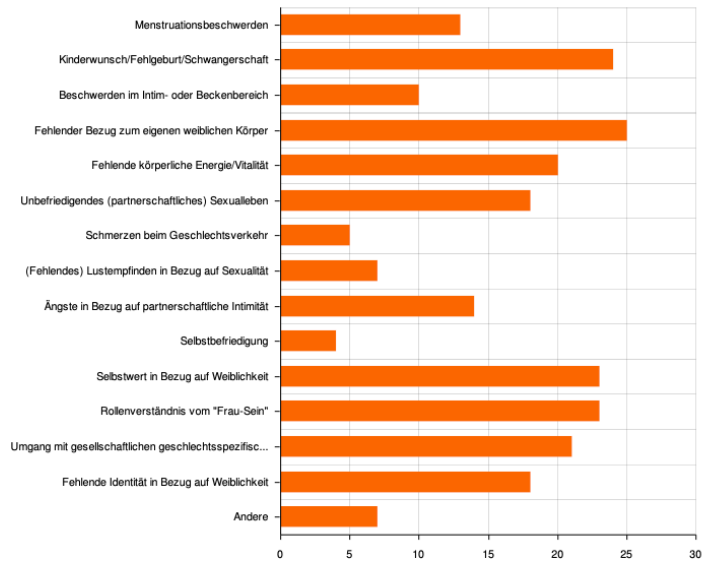
21 (63.6%): Umgang mit gesellschaftlichen geschlechtsspezifischen Erwartungen

18 (54.5%): Fehlende Identität in Bezug auf Weiblichkeit

7 (21.2%): Andere

Antwort(en) aus dem Zusatzfeld:

- Krebserkrankung, Attraktivität im Alter
- Sexualität während der Schwangerschaft
- Xxx
- Spannungsfeld Partnerinsein - Muttersein
- Beruf
- Ängste/Zweifel, ob ihre sexuellen Phantasien "normal" seien
- übermäßige, krankhafte sexuelle Fantasien, Übergriffe
- sexueller Missbrauch (selten); obige Themen meist in Zusammenhang mit Mutterschaft/Fruchtbarkeit



5. Wie sind diese Themen in der Therapie aufgetaucht? *

Anzahl Teilnehmer: 33

17 (51.5%): Haben sich während dem Prozess langsam herauskristallisiert

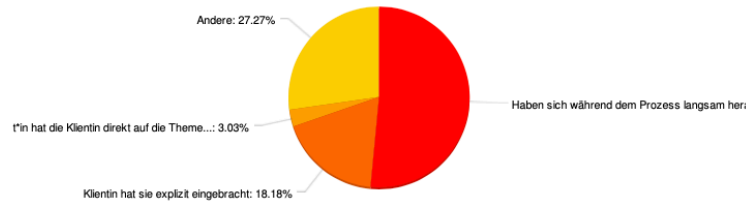
6 (18.2%): Klientin hat sie explizit eingebracht

1 (3.0%): Therapeut*in hat die Klientin direkt auf die Themen angesprochen

9 (27.3%): Andere

Antwort(en) aus dem Zusatzfeld:

- Momentweise von Klientin angesprochen worden (als aktuell wichtige, jedoch nicht generell zentrale Themen)
- Alle oben genannten Antworten treffen zu
- Xxxx
- Alle drei Varianten treten auf. Es gab aber auch Klientinnen, die spezifisch wegen solcher Themen, v.a. Schwangerschaftswunsch, Schwangerschaftsabbruch, die explizit der Grund für die Therapie waren.
- Immer erst im Verlauf des Prozesses; von Kl. explizit eingebracht; direktes Nachfragen im Kontext übergeordneter Themen (Paarbeziehung, Bezug zum eig. Körper u.a.)
- meist ersteres, manchmal zweiteres, sehr selten drittes (als allgemeines Phänomen in den Raum gestellt, so dass Pat. einhaken könnte.
- Im Bereich der Ess- und Körperbildstörungen stehen diese Themen häufig im Fokus, manchmal auch im Rahmen einer Angst- oder Zwangsstörung. Bei jüngeren Frauen mit Entwicklungsthemen kristallisieren sie sich meist im Therapieverlauf heraus oder werden von der Therapeutin angesprochen - manchmal sehr schambesetzt, im Zuge der Altersdepressionen ebenfalls häufig auftauchend
- mal direkt drauf angesprochen, mal langsam herauskristallisiert
- punkt zwei und punkt drei treffen zu



6. Haben Sie erlebt, dass sich eine Klientin explizit mit dieser Thematik für die Therapie angemeldet hat? *

Anzahl Teilnehmer: 33

10 (30.3%): ja

23 (69.7%): nein



7. Wenn ja, mit welchem Anliegen?

Anzahl Teilnehmer: 10

- Partnerschaftskrisen
- Verarbeitung einer Krebserkrankung, Erhaltung und Neugestaltung der weiblichen Attraktivität
- Transsexualität - Geschlechteridentität als Thematik
- Schwangerschaftswunsch, Schwangerschaftsabbruch, Schwierigkeiten mit weiblicher Sexualität in der Partnerschaft
- Zugang zur eig. Vitalität, "sich spüren", Lebens-Lust wiederfinden (Thema Sexualität im Erstgespräch von Kl. benannt).
- Geschlechtsumwandlung und Umgang vA mit der Stimme
- Identität als Frau
- Identität und Rolle in der Gesellschaft
- meine Klientinnen melden sich nicht selbst an, werden aber häufig mit Fragestellungen angemeldet: Themenkreise von Menstruationsbeschwerden über Körperbild, Selbstwert, Vitalität, Identität, Partnerkonflikte (hier wird Sexualität meist erst nach erfolgreichem Beziehungsaufbau thematisiert
- Selbstwert, Selbstwahrnehmung, Frau-Sein

8. Welche Interventionen/Methoden haben sich in Ihrer musiktherapeutischen Praxis für die Bearbeitung der Thematik «Weibliche Identität und Sexualität» ergeben?

Anzahl Teilnehmer: 30

- keine angewandt
- Gestaltmusiktherapeutisches Vorgehen
- Aktives Trommeln, Spiel mit Didgeridoo, Körperarbeit, Mantras, Mudras, Klangreisen
- Atem- und Stimmübungen, musikbegleitetes Qi Gong, Fürspiel mit Klangliege (Monochord) und Körpertambura, Fürspiel mit verschiedenen Instrumenten (Klanginstallation mit Klangschalen, Klangspielen, Monochord, Keyboard und Gesang), gemeinsames Singen, therapeutisches Songwriting.
- Musizieren und Singen fürs ungeborene Kind
- Klangmasssge zur verbesserten Körperwahrnehmung
- Freie Improvisationen um in Fluss zu kommen, Intuition zu stärken
- Gespräche welche Identität als Mutter, als Frau, als Partnerin fokussieren
- Systemisches Stellen mit Instrumenten
- Lied
- Nur Gespräch - keine auf die von Ihnen erfragte Thematik unmittelbar fokussierenden musiktherapeutischen Interventionen
- musiktherapeutisches Rollenspiel, musiktherapeutisch geleitete Imagination
- Lied: Liedtexte und Musik hören, besprechen, interpretieren
- Körperwahrnehmungsübungen mit aktiver und rezeptiven Methoden
- Improvisation und Identitätsarbeit

- Rollenspiele
- Freie Improvisation
(Verbales) Gespräch
- Improvisation, Gespräch, vertiefte Eigenerfahrungen im Musikalischen, Stimmliche Körperarbeit, Singen
- Improvisation
Songwriting
Körperzentrierte Interventionen
Rollenspiel
Imaginationen & Musik
- - Gespräch
 - Improvisation (frei; thematisch)
 - Körperzentrierte Arbeitsweisen (mit/ohne Musik) -> Körperwahrnehmung, Bewegung, Entspannung
 - Arbeit mit innerer Vielfalt/Anteilen/Zugehörigkeiten (polyphone Identität: Skulptur- und Aufstellungsarbeit)
 - Hypnosystemische Arbeitsweisen (bsp Heldinnenreise -> weibl. Identifikationsfiguren)
 - Biographiearbeit -> Lifeline; speziell auch mit hypnosyst. Fokus Arousal
 - Stimmarbeit -> Stimme spielerisch, achtsam explorieren -> was fühlt sich gut, "richtig", lustvoll an?; Explorieren, ob sich Vorstellung von "weiblicher" / "männlicher" Stimme mit der eig. EMPFINDUNG von "Das ist alles meine Stimme" deckt.
 - Rezeptiv: Kl. geht (ad hoc während oder zwischen Sitzgen) auf die Suche nach Songs/Musik/Stücken, die sie mit ihrer eig. Weiblichkeit/Sexualität/Frau-Sein verbindet oder ihr hilft, sich damit zu identifizieren. Inkl. Teilaspekt: pos. vs. neg. Identifikation; Diskrepanzgefühle (Bsp. Songs, die musikal. gefallen - ev. als Teenager od. Erwachsene mitgesungen/getanzt - im Text Rollenbild vermitteln, mit dem sie sich nicht id. kann/will); speziell ergiebig Suche nach Sängerinnen, mit denen sie sich gerne identifiziert / die ihr gutes Körpergefühl vermitteln
- Liegemonochord
- Gespräch, Rollenspiel mit Instrumenten, Situationslied
- freie Improvisation
Gespräch
- Stimmübungen und Körperwahrnehmung, Lieder singen, Gespräch,
- Themenspezifischen musikalische Ausdrucksspiele
Improvisationsspiele
Musikalische Dialogspiele
Imaginationsreisen und musikalische Ausdrucksspiele
Therapeutische Gespräche
Körperfocusing und Improvisation
- Fürsorgliches Führ-Musikspiel, Klang-Körpererfahrungen, focusing-körperorientierte Improvisationen, Rhythmuspiel, gemeinsames Musikspiel, neue Lieder erfinden,
- Diese Themen lassen sich einbringen wenn genügend Vertrauen aufgebaut ist, sich Pat. sicher fühlt.
Da oft mit Körperwahrnehmung und Achtsamkeit gearbeitet wird in den Mthpt. Interventionen bereiten diese ein Stück weit wohl auch den Boden dafür, im thpt. Gespräch.
Manchmal werden Themen von der Pat. auch nur angedeutet, nicht ausgesprochen, liegen vage "im Raum" als Eventualität z. B. sex. Missbrauch.
- gemeinsames Musikhören, Rollenspiele mit musikalischer Improvisation, Songwriting, freie Improvisation
- geführte Körperwahrnehmung (aus integrativer Körperpsychotherapie und Yoga Atemübungen), Klangliege, frei improvisierter Tanz, dabei auf die Führung des Körpers vertrauen, mit speziell gewählter Musik ab Tonträger, Stimme mit und ohne Instrument, frei improvisierte Musik
- Gespräch, Improvisation, Rollenspiel, Imaginatives Klangerleben
- Integration verschiedener Persönlichkeitsanteile
Nährende Interventionen (Fürspiel, Improvisation)
Containig von Affekten (z.B. weibliche, unterdrückte Wut)
- imaginatives Musikerleben: Fürspiel - Behandlungsmonochord (Selbstwahrnehmung, Identifikation von Wünschen/Sehnsüchten)
- Improvisation: frei oder regelgeleitet, z.B. Aufstellen von Rollenverteilungen, -erwartungen, -belastungen, Aufspüren eigener Motivationen oder Vertonen des eigenen Rollenbildes, Ausdruck eigener Gefühle, Sehnsüchte usw.
- Lied: Situationslieder, Identität stiftende Lieder, Selbstwahrnehmung, Selbsta Ausdruck
- Körper: Bewegung, Tanz, Haltung, Akzeptanz
- Sprache: Reflektion, sich angenommen und wahrgenommen fühlen, Psychoedukation, Enttabuisierung von Frauenthemen
- hantieren mit Instrumenten: ein Objekt und sich selbst neu entdecken, entgegen der Erwartung benutzen, Umfunktionieren etc.
- Rollenspiel: mit oder ohne Instrumente - Verdeutlichung von eingeübten Verhaltensweisen, Probehandeln, vorwegnehmen schwieriger Situationen
- Selbstwahrnehmung
Körperwahrnehmung
Entspannung
 Klänge suchen und ausdrücken in einer Improvisation für entsprechende Thematik, zBsp Schmerzen, Gefühle, Atmosphären, Probleme...
 Klänge suchen für Ziel: wie möchte ich mich fühlen, zeigen...
- ich habe keine bestimmte "Methode", aber es gehört zum (diagnostischen) Prozess, dass das gesamte Thema Leiblichkeit auch thematisiert wird (nicht nur, wenn es von der Pat. eingebracht wird). In diesem Rahmen kommt dann auch die Sexualität die

weibliche Identität zur Sprache.

- Arbeit mit Rhythmus - Fokus auf 3er-Rhythmen
- Improvisation, Körperarbeit, Imagination, Entspannung, Klangreise, Klangwiege/Liegemonochord, Gespräch
- Musikalisches Selbstportrait, Rollenspiel mit Instrumenten, Genusstaining über Hören/Spielen/Gespräch, Aufstellen/spielen von Persönlichkeitsmerkmalen, zu denen ein positiver/schwieriger Bezug besteht; Spielen eines Wunsches nach Erleben und Explikation des Erlebens

9. Haben sich bestimmte Interventionen/Methoden für spezifische Themenbereiche bewährt? Wenn ja, welche?

Anzahl Teilnehmer: 24

- keine angewandt
- siehe oben
- Probleme im Beckenbereich
Klangreisen mit Trommeln, Didgeridoo
Eigenes Improvisieren mit Percussionsinstrumenten und Hang
- Fürspiel mit verschiedenen Instrumenten (Klanginstallation, Stimme) in besonders belasteten Momenten (Schmerzbelastung, psychische Belastung) als safe place. Sanfter Einstieg (Iso-Prinzip) mit Komponente Klang, übergehend in Komponente Melodie, manchmal dynamisch aufbauend mit Rhythmus (je nach Tagesform der Klientin).
- Therapeutisches Songwriting und gemeinsames Singen (mit instrumentaler Begleitung am Keyboard durch die MT)
- s.o.
- Lieder: Meine Erfahrung zeigt, dass sich Menschen mit dieser Thematik oft auf die Suche nach Rollenbildern machen mit denen sie sich identifizieren können. Öfters spielt vor allem bei jüngeren Patienten die Musik in der Identitätsfindung eine wichtige Rolle. Die Erarbeitung der Identität mit Musikbeispielen ist dabei eine wichtige Intervention.
- Körperwahrnehmung: Rezeptive Musiktherapie mit Instrumenten, welche versch. Sinne erreichen bewähren sich gut in der Körperarbeit. Der Fokus ist dabei eher die Versöhnung mit dem Körper und nicht der Fokus auf die Definition (Behandlungsmonochord).
- Musikalische Rollenspiele bewähren sich im Umgang mit tabuisierten Themen, wenn die Sprache zu schwierig, zu limitiert oder zu behaftet ist, können Rollenspiele dafür eingesetzt werden Bedürfnisse, Wünsche, Fantasien zu kommunizieren. Beispiel: Stuhlarbeit mit Bedürfnissen, Weibliche und männliche Anteile erarbeiten.
- Weibliche Identität musikalisch darstellen
- Die stimmliche Körperarbeit bewährt sich sehr. Dafür und daneben sind die musikalischen Erfahrungen aber gute Vorbereiter und Begleiter, zum differenzierten Hören- und Spürenlernen als vertiefte Selbsterfahrung
- Freie Improvisation: sich selber neu wahrnehmen durch lustvolles Explorieren, Experimentieren, Spielen.
Themenorientierte Improvisation: z.B. musikalische Reise durch den Körper; Beckenmusik; Musik für das ersehnte / verlorene / unerwünschte Kind; meine Weiblichkeit (Zärtlichkeit - Leidenschaft - Lust - Lebendigkeit); meine Bedürfnisse zu Nähe - Distanz; Ich bin stark UND emotional
Songwriting: Lied für mich als junge Frau
Körperzentrierte Interventionen: z.B. Hände auf verschiedenen Körperstellen legen - Atembewegung spüren - beim Ausatmen summen / Vokal singen; Vibrationen der Instrumente spüren beim selber Spielen sowie rezeptiv (Auflegen von Instrumenten; Klangliege); mit Musik den Körper bewegen lassen (von kleinsten Impulsen bis zu raumgreifender Bewegung); das Becken zu Musik tanzen lassen; Rücken an Rücken sitzen - summen - Vibrationen des Gegenübers an Kontaktstelle spüren; Führen - Folgen bei Tanzimprovisation zu zweit
- Rollenspiel: Familienaufstellungen (ich als Mädchen / Jugendliche / junge Frau in meiner Herkunftsfamilie; ich als Frau in meiner jetzigen Partnerschaft / Familie); Aufstellungen innerer Stimmen (ich darf - darf nicht - muss etc.); Dialoge Becken - Herz - Kopf; Rollendialoge Partnerin - Mutter - Berufsfrau
Imaginationen: Becken als grossen Kessel imaginieren aus dem Kraftmusik entsteht; sich als Frau unterwegs imaginieren;
Wundermusik - erwünschte weibliche Identität imaginieren
- Es lässt sich nicht generalisieren -> je nach Präferenzen der Kl. unterschiedlich gewichtet.
- Gespräch für alle Themenbereiche zentral für Einkreisung, Ausdifferenzierung der Thematik und (reflektierende) Verankerung der Erfahrungen und Erkenntnisse
- Identifikation: rez. Arbeit mit Songs/Musik/Sängerinnen; Heldinnenreise; Arbeit mit polyph. Identität: innerer Vielfalt/innere Anteile erforschen & integrieren; Exploration der eig. Stimme.
- Zugang zu lustvollerem, "freundlicherem" Körpererleben / Akzeptanz des eig. So-Seins: Körperzentrierte Ansätze. Ganz besonders in Verbindung mit Stimmarbeit und/oder Improvisation (speziell Fokus Grundbedürfnisse Grawe -> Lustgewinn)
- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr: Atem, Stimme, Entspannung sowie Auseinandersetzung mit Thema "Frauenbild/was darf/kann/muss eine Frau" (Gespräch)
- Liegemonochord
- alles zusammen

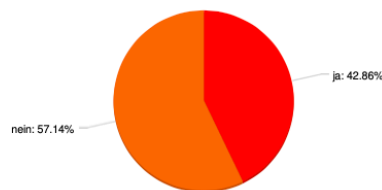
- Stimmübungen: sehr mit Geschlechtsidentität verbunden und Stimme als Ausdruck von einem selber. Die anderen 2 Themen oben sind in diesem Rahmen hilfreiche Unterstützung
 - bewährt haben sich alle Interventionen/Methoden, die in Achtsamkeit mit der Befindlichkeit der Klientin gewählt wurden. Insofern kann ich keine besondere Interventionen oder Methoden nennen.
 - Selbstanbindung mittels Achtsamkeits"übung" und vibroakustischer Körper-Entspannung.
 - dazu kann ich keine Angaben machen
 - es haben sich vor allem die Methoden bewährt, wo zuerst der Kontakt zum eigenen Körper im Voraus erfolgt ist, egal welcher Themenbereich und egal welche Intervention danach erfolgt ist.
 - eigener Körper erfahren- Improvisation und imaginatives Klangerleben
 - Rollenverständnis in der Gesellschaft: so sein dürfen, annehmen
Selbstwert: Improvisation, Gefühle aufkommen lassen, Transformieren
Affekte: Rollenspiele mit und ohne Instrumente
 - Leider konnte ich trotz der Fülle des Erscheinens des Themenbereichs keine Intervention oder Methode ausmachen, die sich einem Themenbereich zuordnen liesse. Am ehesten könnten Vorlieben für bestimmte Instrumente, Musikstile oder Interventionen den einzelnen Altersgruppen zugeordnet werden. Eine Zuordnung im Sinne eines "Manuals" halte ich für sehr schwierig und am Ende einschränkend. Meine persönliche Erfahrung zeigt, dass Themen zum Frau-Sein, Weiblichkeit etc. vermehrt in meinen Therapien erscheinen, seit ich mich in einem fortgeschritteneren Alter befinde: Ich führe dies auf die vielfältigeren Übertragung- und Gegenübertragungsmöglichkeiten zurück und auf die Möglichkeit, dass Frauen Ü-50 mehr Erfahrungswerte und eine erfolgte, eigene Auseinandersetzung mit der Thematik unterstellt wird, die ich persönlich, neben der authentischen Integration der eigenen Weiblichkeit und Rollenbilder, für essentiell halte, um Frauen mit diesen Themen begegnen zu können.
 - * Entspannung mittels Klang für die Körperwahrnehmung
* Stärkung des Selbstvertrauens mit ungewohnten, unbekanntem Instrumenten, dynamisches Spiel üben; Pausen aushalten; Solospiel halten
* Gegenteilige Gefühlszustände mittels Instrumenten ausdrücken für Sicherheit
* Klänge suchen, die 'gut tun', Sicherheit geben, beruhigen
* alte kontraproduktive Vorstellungen abbauen, indem so improvisiert wird, wie frau sich sehen möchte: übertreiben, Theater spielen, so tun als ob, Vorbilder interpretieren
*
 - Körperbilder malen oder - musiktherapeutisch - Körperbereiche "spielen", dem Thema (oder dem Teilthema / problematischen Aspekt davon) so zu einer Form verhelfen, mit der sich weiter arbeiten lässt.
 - Nein, die einzelnen Interventionen bzw. Methoden können bei diesem Themenbereich sehr treffend bis völlig unpassend und zu nah sein, sie müssen wirklich ganz individuell auf die Person und auf die Situation abgestimmt werden.
 - Rollenspiele für die Klärung von interaktionellen Problemen, die z.B. aus falschen Überzeugungen über sich selbst und über Beziehungen resultierten
- Vibroakustik, wenn Schwingungsfähigkeit/Genuss schwierig
- da müsste ich länger drüber nachdenken, tut mir leid ..(-:

10. War die Thematik "Sexualität" Teil Ihrer musiktherapeutischen Ausbildung? *

Anzahl Teilnehmer: 35

15 (42.9%): ja

20 (57.1%): nein



11. Wenn ja, in welchem Rahmen?

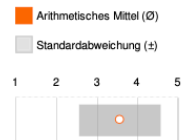
Anzahl Teilnehmer: 16

- Weiterbildung bei Wolfgang Strobel
- Supervision, Selbsterfahrung Einzeltherapie
- Selbsterfahrung, Unterrichtseinheit
- Gruppen(lehr)musiktherapie
- Lehrtherapie
- Supervision
- Einzeltherapie
- Entwicklungspsychologie; Tiefenpsychologische Grundlagen; Fallarbeit in MT-Praktika (Psychosomatik, Psychiatrie und Sozialpädagogischer Begleitung)
- Selbsterfahrung
- ausserhalb des Studiums in Selbsterfahrung und Hypnosetherapie
- Selbsterfahrung und Weiterbildungen
- Selbsterfahrung Einzeltherapie
- Gruppenselbsterfahrung und Einzellehrtherapie
- Selbsterfahrung Einzeltherapie
- ein Unterrichts-Wochenende
- Einzelselbsterfahrung; Sozial- und Entwicklungspsychologie (Sexuelle Entwicklung, Sexuelle Identität)

12. Wie kompetent fühlen Sie sich als Therapeut*in in der Thematik «Weibliche Identität und Sexualität»? *

Anzahl Teilnehmer: 35

links	1. Spalte (1)		2. Spalte (2)		3. Spalte (3)		4. Spalte (4)		5. Spalte (5)		rechts	Ø	±
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%			
nicht kompetent	2x	5.71	2x	5.71	10x	28.57	16x	45.71	5x	14.29	sehr kompetent	3.57	1.01



13. Wenn Sie sich (eher) nicht kompetent fühlen, was sind mögliche Gründe dafür?

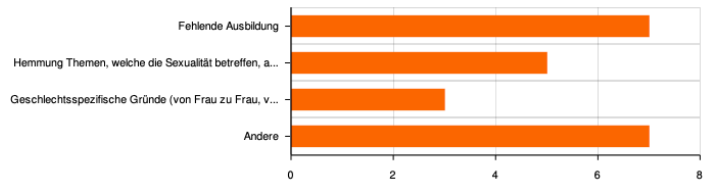
Anzahl Teilnehmer: 16

7 (43.8%): Fehlende Ausbildung

5 (31.3%): Hemmung Themen, welche die Sexualität betreffen, anzusprechen

3 (18.8%): Geschlechtsspezifische Gründe (von Frau zu Frau, von Mann zu Frau)

7 (43.8%): Andere



Antwort(en) aus dem Zusatzfeld:

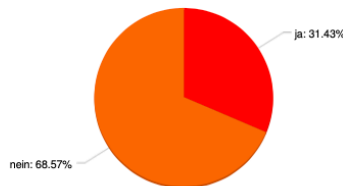
- Wenig Erfahrung, da die Thematik von meinen Klientinnen nur recht selten angesprochen worden ist
- wenig Erfahrung
- Alter (bei älteren Frauen schwieriger)
- wenig "Übung", habe das Thema auch theoretisch nicht sehr vertieft
- zu wenig Beschäftigung mit diesem Thema
- Ältere Klientel
- Ich habe keine spezifischen WB dazu gemacht, hoffe aber denke, einen positiven und entspannten Umgang und Zugang zu meiner eigenen Sexualität zu haben

14. Bringen Sie, neben Ihrer musiktherapeutischen Ausbildung, eine spezifische Expertise (Ausbildung, persönliche Weiterbildung...) im Bereich «Identität und Sexualität» mit? *

Anzahl Teilnehmer: 35

11 (31.4%): ja

24 (68.6%): nein



15. Wenn ja, welche?

Anzahl Teilnehmer: 11

- ausgebildeter Paartherapeut
- Weiterbildung bei Wolfgang Strobel
- Eigentherapie zur eigenen Sexualität, Literatur, Module in Bachelor
- Seit Jugendzeit Auseinandersetzung (Literatur, Musik, Theater; Arbeit in Frauengruppen...) mit und Engagement für die Thematik. Sehr wichtige Weiterbildung = meine vielen Patientinnen. Ich lerne so viel von ihnen und immer wieder neue Aspekte. Entdecke durch sie auch immer wieder eigene "blinde Flecken".
- Kunsttherapeutin und weibliche Sexualität, Supervision
- Eigene therapeutische Begleiten, Paartherapie, Selbsterfahrungen in Frauengruppen, Körperarbeit/Wahrnehmung
- Weiterbildung in Integrativer Körperpsychotherapie, Undercurrents (Inhalt siehe IBP) traumatherapeutische Weiterbildung
- 4 Semester Kursteilnahme zu Gender-Theories an den Universitäten Basel und Wien
- viele Bücher gelesen
- Identität ja in Form der Identitätstheorie der Integrativen Therapie, Sexualität wie gesagt ist nicht fokussiert worden, aber es wurde darauf geachtet, dass es nicht übersehen und stattdessen mitberücksichtigt wird
- Eigene Therapien, Selbsterfahrung

16. Wie alt sind Sie? *

Anzahl Teilnehmer: 35

1 (2.9%): Unter 30

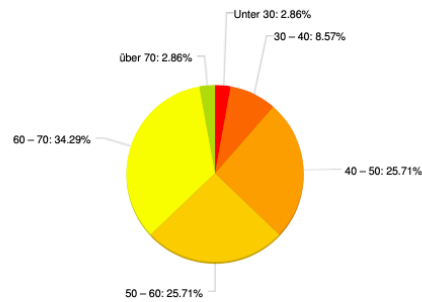
3 (8.6%): 30 - 40

9 (25.7%): 40 - 50

9 (25.7%): 50 - 60

12 (34.3%): 60 - 70

1 (2.9%): über 70



17. Sind Sie männlich oder weiblich? *

Anzahl Teilnehmer: 35

31 (88.6%): weiblich

4 (11.4%): männlich



Vielen Dank für Ihre Teilnahme. Die Umfrage ist beendet.

Falls Sie an den Ergebnissen meiner Masterarbeit interessiert sind, schreiben Sie mir bitte eine Email an jasmin.anderghassen@zhdk.ch

Anzahl Teilnehmer: 13

- Ich arbeite mit hospitalisierten Frauen auf einer Pränatalabteilung. Oftmals sind die Frauen „erschüttert“, in ihrer weiblichen Identität.
- Ihre Frage nach entsprechender Ausbildung innerhalb eines Musiktherapie-Studiums halte ich für grundlegend wichtig: Meines Erachtens dürfte der Themenbereich 'Sexualität' in einer (auch kunst-) therapeutischen Ausbildung nicht vernachlässigt oder weggelassen werden! Ob Ihre Arbeit entsprechende Anregungen geben wird? - Gutes Gelingen!
- Ich finde diese Thematik sehr wichtig und freue mich dann die Arbeit zu lesen.

Was mir auffällt, ist dass ich als weibliche Therapeutin teilweise ungeübt bin mit Männern über ihre sexuellen Bedürfnisse oder sogar Hindernisse zu sprechen. Ich fände diese Thematik dürfte umfassender in den Ausbildungen genannt, erprobt werden. Die eigene Sexualität oder Geschlechts Identifikation in der Lehrmusiktherapie zu erarbeiten, finde ich besonders wichtig vor allem auch in Bezug auf Gegenübertragung / Übertragungsphänomene.

Toi Toi Toi!!!

- Ihre Arbeit interessiert mich.

Aita Biert
Wiesentalstrasse 88
7000 Chur

Herzliche Grüsse

- In der Arbeit mit Neugeborenen habe ich viel Kontakt mit Frauen, die gerade Mutter geworden sind. Die Sexualität wird hier nicht explizit eingebracht aber das Thema weibliche Identität ist natürlich sehr im Mittelpunkt, da sie sich im Moment des Mutterwerdens stark verändert!
- Beobachtung in der Arbeit mit Frauen die Frauenbeziehungen leben und/oder immer wieder suchen;
 - gleiche Themen wie bei Frauen die Männerbeziehungen oder keine sexuelle Beziehungen leben tauchen auf
 - Die Auswirkungen, Folgen, Auswirkungen auf den Alltag unterscheiden sich
 - z.B. wechseln von der Männerbeziehung auf Frauenbeziehungen,
- Danke für ihre Anfrage. Da wir mit den Menschen und ihren kurzen oder langen Biografien arbeiten, kommen wir um die Themen nicht herum, auch wenn sie vielleicht nicht unbedingt explizit in der Therapie zum Ausdruck und zur Bearbeitung kommen.
- Ein absolut wichtiges Thema und ich finde es super, dass Sie dieses Thema untersuchen.

Der Fragebogen ist einfach und klar gestaltet. Das macht auch Lust diesen auszufüllen.

Ja bitte senden Sie mir die Ergebnisse zu: info@musicmoves.ch

Alles Gute für Sie

- Sehr interessante Arbeit!
- ich habe Mühe mit dem Begriff der weiblichen Identität - ist das ein feststehender Begriff aus den Geschlechtertheorien? Mit der Verknüpfung von Identität und Geschlecht verbinde ich die Gefahr, dass sich Identitätsbildung eben nicht von der Identifikation mit einem Geschlecht und der zugesprochenen Rolle lösen lässt ... für mich ist Frau-Sein ein Teil meiner Identität, aber nicht die fettgedruckte Überschrift ☺ mit herzlichen (feministischen) Grüßen & Dank für diese Themenwahl !!!
- In den heterogenen Gruppen sind geschlechtliche Rollenverteilung und gesellschaftliche Zuschreibungen häufiger Thema. Sexualität taucht auch hin und wieder auf, vor allem in "Sprüche klopfen" oder selbst erfundenen Rap-Texten.
- Ich wünsche für Erfolg bei der Masterarbeit
- Liebe Jasmin

Danke für deine Arbeit! Ich bin gespannt auf die Ergebnisse.

Ist die Medizin nicht sowieso dabei, mehr dazu zu erforschen, dass Geschlechter auch medizinische viel mehr berücksichtigt werden müssten - z.B. bei Medikationen oder dass sich Krankheiten bei unterschiedlichen Geschlechtern (z.B. Herzinfarkt) anders zeigen? Genauer dazu weiss ich leider nicht. Das Thema ist sicher wichtig und spannend. Ich denke, dass es mir selbst gut tun würde, mich mal intensiver damit zu beschäftigen, wenn ich ehrlich bin.

Gerne bekomme ich die Masterthese! VIEL ERFOLG, Durchhaltewillen und Freude beim Schreiben! Hoffentlich höre ich Dich mal als Referentin. Fändest Du es grundsätzlich spannend, mal zum Referieren zum Thema eingeladen zu werden?

Bitte entschuldige die späte Zuschrift. Hoffentlich kannst du sie noch brauchen. Ich mache Berufspolitik und werde manchmal etwas überflutet mit E-Mails, finde es aber wichtig, dass wir Kollegen auch mitmachen, wenn sich Leute schon einsetzen und nach unserer Meinung/Erfahrung fragen.

LG

Rahel Roth (roth.rahel@gmx.ch)

Dank

Als erstes danke ich meinen Vorfahrinnen, die, seit es mich gibt, auf ihre Art ein Vorbild für mein Frau-Sein sind – meine Mutter Linda, mein Grosi Rösli, mein Grosi Agathe und meine, 2017 im Alter von 106 Jahren verstorbene, Urgrossmutter Nonna Lydia.

Mein herzlichster Dank geht an Manuel. Für das Da-Sein, Mann-Sein und Mensch-Sein, fürs mich ermutigen, herausfordern und mich halten, für deine Liebe, deine Zeit und dein Raumgeben- und lassen in dieser intensiven Zeit.

Ich danke meiner Mentorin, Felicitas Sigrist, für die motivierende und kompetente Begleitung während dem Entstehungsprozess, sowie der Zweitgutachterin, Beate Roelcke.

Dank geht auch an meine drei Schwestern und all meine Freundinnen und Freunde für die zahlreichen bereichernden und wertvollen Gespräche über die Thematik meiner Masterthesis und an meine Mitstudent*innen des MAS 17-21 für ihr Mit-Eifern und Mit-Sein.

Speziell danke ich meiner Tante Susanna Fluri. Sie hat 2011 das Buch 'Im Krebsgag vorwärts. Eine nicht allzu todernste Betrachtung' über ihr Leben mit Brustkrebs veröffentlicht. Ihre darin enthaltenen Zitate wie «Ich stehe auch als Frau meinen Mann. Das habe ich nun davon. Nur nicht jammern», «Ich hätte schon erwartet, dass mich meine Brust zum Arzt schickt und nicht mein Vorgesetzter» oder «Sind Sie unzufrieden mit Ihrem Busen? Versuchen Sies mal mit Brustkrebs! Sie werden staunen, wie sehr Sie an Ihrem Busen hängen! Auch wenn er hängt» haben mich zum Lachen und zum Weinen gebracht und mir, neben vielem anderem, die Wichtigkeit für diese Thesis aufgezeigt. Susi ist 2014 an Krebs gestorben. Beim Verfassen dieser Arbeit habe ich in Gedanken an sie oft eine Kerze angezündet.

Erklärung zur Urheberschaft

Die Autorin bestätigt, dass die Arbeit selbständig und in eigener Verantwortung ohne fremde Schreibhilfe verfasst wurde.

Luzern, 09. Mai 2021

Unterschrift: _____

