

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform „Polyloge“

Heilkraft der Sprache und Kulturarbeit

Internetzeitschrift für Poesie- & Bibliothherapie,
Kreatives Schreiben, Schreibwerkstätten, Biographiearbeit,
Kreativitätstherapien, Kulturprojekte
(Peer Reviewed)

Begründet 2015 von *Ilse Orth* und *Hilarion Petzold*
herausgegeben mit *Elisabeth Klempnauer*, *Brigitte Leeser* und *Chae Yonsuk* für
„Deutsches Institut für Poesietherapie, Bibliothherapie, Sprachkultur
und literarische Werkstätten“
an der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“ (EAG) in Verbindung mit der
„Deutschsprachigen Gesellschaft für Poesie- und Bibliothherapie“ (DGPB)

Thematische Felder:

Poesietherapie – Poesie – Poetologie
Bibliothherapie – Literatur
Kreatives Schreiben – Schreibwerkstätten
Biographiearbeit – Narratologie
Narrative Psychotherapie – Kulturarbeit
Intermethodische und Intermediale Arbeit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen, Heilkraft der Sprache ISSN 2511-2767

Ausgabe 18/2021

**Körper/Leib-Bewegungs-Musik-Partitur zur phänomenologisch-
hermeneutischen initialen und prozessualen
Leib- und Musik-Therapeutik und -Diagnostik
in der *Integrativen Therapie***
Theoretische Grundlagen und praktische Anwendung *

Hanna Skrzypek, Bad Wildungen

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dipl.-Sup. Ilse Orth, MSc), Hückeswagen. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>.

EAG-Weiterbildung ‚*Integrativen Leib- und Körperpsychotherapie / Bewegungstherapie*‘. BetreuerIn/GutachterIn: Ulrike Mathias-Wiedemann, Hilarion G. Petzold.

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort. Mein Weg zur *Integrativen Therapie*
2. Einleitung. Der Entwicklungs-Weg der Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur
3. Ausgewählte theoretische Konzepte und Positionen der Integrativen Therapie als konzeptueller Rahmen für die Implementierung der Körper/Leib-Bewegungs-Musik-Partitur
 - 3.1 Die Multipluralität und die Mehrperspektivität des Integrativen Ansatzes
 - 3.2 Der „Tree of Science“
 - 3.3 Das komplexe Menschenbild und Anthropologische Grundformel
 - 3.4. Die Integrative Therapie als intermediale Kunstpsychotherapie
 - 3.4.1 Die Musik als kreatives Medium
 - 3.5 Der komplexe Leib-Begriff des Integrativen Ansatzes
 - 3.5.1 Der Leib-Begriff in der Musiktherapie. Eine genealogische Skizze
 - 3.5.1.1 *Frederik Jacobus Johannes Buytendijk*
 - 3.5.1.2 *Gabriel Marcel*
 - 3.5.1.3 *Maurice Merleau-Ponty*
 - 3.5.1.4 *Hermann Schmitz*
 - 3.5.1.5 *Nikolaj Aleksandrovič Bernštejn*
 - 3.5.1.6 *Hilarion Petzold*
 - 3.5.1.7 *Isabelle Frohne-Hagemann*
 - 3.6 Der Leib-Begriff
 - 3.6.1 Die Anthropologie des „Schöpferischen Menschen“
 - 3.6.2 Das Leib-Subjekt
 - 3.6.3 Der Leib als „totales Sinnesorgan“
 - 3.6.4 Der „informierte Leib“
 - 3.6.5 Die Aspekte des Leibes
 - 3.6.6 Die Dimensionen des Leibes

- 3.6.7 Die Leibebenen
- 3.6.8 Inkarnation, Koinkarnation, Dekarnation
- 3.6.9 Der Resonanz-Leib
- 3.6.10 4E Kognition
- 3.6.11 Leib und Musik
- 3.7 Der diagnostische Prozess in der Integrativen Therapie
 - 3.7.1 Die „herakliteische Spirale“
 - 3.7.2 Die „hermeneutische Spirale“
 - 3.7.3 Die „agogische“ und die „therapeutische“ Spirale“
- 3.8 Die Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur
 - 3.8.1 Der Körper-Begriff in der Integrativen Therapie
 - 3.8.2 Der Körper-Begriff in der Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur
 - 3.8.3 Der Bewegungs-Begriff in der Integrativen Therapie
 - 3.8.4 Der Bewegungs-Begriff in der Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur
 - 3.8.5 Emotive Cluster
 - 3.8.6 Emotive Bewegungszyklen
 - 3.8.7 Körperformen, Beziehungskonstellationen und Bewegungsprototypen
- 3.9 Körper/Leib/Bewegungs-Part. Teil 1. Beobachtungsmerkmale und Potenziale
 - 3.9.1 Körperposition, Körperhaltung und Körper in Bewegung
 - 3.9.2 Raum und Kinesphäre
 - 3.9.3 Körperstruktur
 - 3.9.4 Spannung, Energie, Intensität und Kraft
 - 3.9.5 Artikulation
 - 3.9.6 Zeit
 - 3.9.7 Richtungen und Ebenen
 - 3.9.8 Formen
 - 3.9.9 Modulation
 - 3.9.10 Körperkontakt, Berührung, körperliche Nähe und Distanz
- 3.10 Körper/Leib/Bewegungs-Part. Teil 2. Beobachtungsmerkmale und Potenziale
 - 3.10.1 Blick

- 3.10.2 Atmung
- 3.11 Spiel/Sing/Sprecharten-Part. Beobachtungsmerkmale und Potenziale
 - 3.11.1 Sing- und Sprecharten
 - 3.11.2 Klanggesten und musikalische Gesten
 - 3.11.3 Spielarten von Musikinstrumenten
 - 3.11.4 Auswahl von Musikinstrumenten
- 3.12 Musik-Part
 - 3.12.1 Der Musik-Begriff in der Integrativen Musiktherapie
 - 3.12.2 Der Musik-Begriff in der Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur
 - 3.12.3 Musik-Part. Beobachtungsmerkmale und Potenziale
 - 3.12.3.1 Rhythmus, Metrum, Takt
 - 3.12.3.2 Melodie
 - 3.12.3.3 Klang
 - 3.12.3.4 Dynamik
 - 3.12.3.5 Tempo und Agogik
 - 3.12.3.6 Artikulation und Phrasierung
 - 3.12.3.7 Tonalität und Harmonie
 - 3.12.3.8 Form
- 3.13 Einführung in die Anwendung der Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur
 - 3.13.1 Körper/Leib/Bewegungs-Part. Teil 1. Binäre Matrix 1
 - 3.13.2 Körper/Leib/Bewegungs-Part. Teil 2. Binäre Matrix 2
 - 3.13.3 Spiel/Sing/Sprecharten-Part. Binäre Matrix
 - 3.13.4 Musik-Part. Binäre Matrix
 - 3.13.5 Notationssystem
- 4. Praktische Anwendung der Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur für initiale und prozessuale Diagnostik
 - 4.1 Musiktherapie im klinischen akutpsychiatrischen Kontext
 - 4.1.1 Leib-, Bewegungs-, Musiktherapeutin als „ein kreatives Medium“. Mein inneres Arbeitsmodell
 - 4.2 Improvisation als kreativer Prozess aus der Sicht der Integrativen Therapie
 - 4.3 Der Patient
 - 4.3.1 Biographische Anamnese
 - 4.3.2 Behandlungsauftrag und Behandlungsziel
 - 4.4 Symptomatik der Schizophrenie

- 4.4.1 Diagnostische Kriterien DSM-5
- 4.4.2 Klinisch-diagnostische Leitlinien ICD-10
- 4.5 Wahrnehmen. Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Chart 1
 - 4.5.1 Körper/Leib/Bewegungs- Chart 1. Teil 1
 - 4.5.2 Körper/Leib/Bewegungs- Chart 1. Teil 2
 - 4.5.3 Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 1
 - 4.5.4 Musik-Chart 1. Instrumentale Musik
 - 4.5.5 Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Chart 1. Zusammenfassung
- 4.6 Erfassen. Szene 1
 - 4.6.1 Die therapeutische Intervention
- 4.7 Verstehen und Erklären. Szene 1 – initiale Diagnostik mit DSM-5, ICD-10 und KLBMP
 - 4.7.1 DSM-5 und KLBMP
 - 4.7.2 ICD-10 und KLBMP
 - 4.7.3 Zusammenfassung
- 4.8 Das Körperbild
- 4.9 Wahrnehmen. Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Chart 2
 - 4.9.1 Körper/Leib/Bewegungs- Chart 2. Teil 1
 - 4.9.2 Körper/Leib/Bewegungs- Chart 2. Teil 2
 - 4.9.3 Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 2
 - 4.9.4 Musik-Chart 2. Vokale Musik
 - 4.9.5 Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Chart 2. Zusammenfassung
- 4.10 Erfassen. Szene 2
 - 4.10.1 Die therapeutische Intervention
- 4.11. Verstehen und Erklären. Szene 2 - prozessuale Diagnostik mit DSM-5, ICD-10 und KLBMP
 - 4.11.1 DSM-5 und KLBMP
 - 4.11.2 ICD-10 und KLBMP
 - 4.11.3 Zusammenfassung
- 4.12 Wahrnehmen. Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Chart 3
 - 4.12.1 Körper/Leib/Bewegungs-Chart 3. Teil 1
 - 4.12.2 Körper/Leib/Bewegungs-Chart 3. Teil 2
 - 4.12.3 Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 3
 - 4.12.4 Musik-Chart 3. Vokale Musik

- 4.12.5 Musik-Chart 3. Instrumentale Musik
- 4.12.6 Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Chart 3. Zusammenfassung
- 4.13 Erfassen. Szene 3
 - 4.13.1 Die therapeutische Intervention
 - 4.13.2 Verstehen und Erklären. Szene 3 - prozessuale Diagnostik mit DSM-5, ICD-10 und KLBMP
- 4.14 Zusammenfassung

5. Fazit und Ausblick

6. Zusammenfassung/Summary

7. Literaturverzeichnis

8. Tabellenverzeichnis

9. Abbildungsverzeichnis

Ich lebe mein Leben in wachsenden Ringen

*Ich lebe mein Leben in wachsenden Ringen,
die sich über die Dinge ziehn.
Ich werde den letzten vielleicht nicht vollbringen,
aber versuchen will ich ihn.*

*Ich kreise um Gott, um den uralten Turm,
und ich kreise jahrtausendlang;
und ich weiß noch nicht: bin ich ein Falke, ein Sturm
oder ein großer Gesang.*

Rainer Maria Rilke, 20.9.1899, Berlin-Schmargendorf

1. Vorwort. Mein Weg zur Integrativen Therapie

Das Gedicht von *Rainer Maria Rilke* „Ich lebe mein Leben in wachsenden Ringen“ empfinde ich als eine Metapher, mit der ich meinen Weg zur Integrativen Therapie beschreiben möchte.

Der Beginn des Weges, der sich dann als eine Spirale aus vielen Ringen gestaltet hat, führt zuerst in das – damals sozialistische – Polen, wo ich meine Kindheit und die frühe Jugendzeit verbrachte. Als ich fünf Jahre alt wurde, beschloss ich Klavier spielen zu lernen. Mein Wunsch wurde ernst genommen und mein Klavierunterricht begann.

Da ich als ein sechsjähriges Kind fließend lesen und schreiben konnte, wurde ich ein Jahr früher, als es damals üblich war, eingeschult. Als eine fünfjährige betrat ich die bewusst die Welt der Musik, die ein verleblichter Teil meines Lebens wurde. Ich war immer - so weit meine Erinnerung reicht – von Musik umgeben. Ich bin in einem musikalischen Haus aufgewachsen: sowohl die Großeltern, bei denen ich vorwiegend aufgewachsen bin, als auch meine Mutter sangen.

Meine Mutter beherrschte das Spielen auf mehreren Instrumenten: Akkordeon, Klavier, Blockflöte, Geige und Elektroorgel. Sie hatte ihre eigene Band. Bei Veranstaltungen und Wettbewerben für musikalisch begabte Kinder, trat ich mit ihr und ihrer Band auf.

Dieser Ring, der Musik-Ring erweiterte sich rasant. Nach einer erfolgreich bestandenen Aufnahmeprüfung wurde ich in die Staatliche Musikschule des ersten Grades aufgenommen, die ich parallel zu einer Grundschule besuchte. Zusätzlich zum Klavierspielen lernte ich Akkordeon, Geige, Klarinette und Querflöte und besuchte Pflichtfächer wie Rhythmik und Tanz, Chorsingen, Ensemblespiel, Kammermusik und Musiktheorie. Die Teilnahme an Wettbewerben gehörte zu meinem Alltag. Mit 13 Jahren ging ich zur musikalischen Ausbildung in eine weiterführende Schule, ein Musiklyzeum nach Posen. Ich wohnte in einem Internat, das Mädchen und Jungen, welche sich in Musik, Kunst und Balletttanz ausbildeten, beherbergte. In dieser Zeit kam ich in Verbindung mit bildenden und gestaltenden Künsten, mit dem Tanz, Literatur und mit noch mehr Musik.

Die polnische musikalische Ausbildung war von Anfang sehr professionell und diszipliniert ausgerichtet. Schon in den frühen Lebensjahren sollten solide Grundsteine für einen Beruf als Musiker gelegt werden. Das führte dazu, dass ich mit dem Erreichen der Volljährigkeit mein Abitur und mein Diplom als Instrumentalmusikerin im Hauptfach Klavier bereits erworben hatte und als Musikerin zu arbeiten begann. Ich gab Korrepetitionen, begleitete Kolleginnen und Kollgen am Klavier und unterrichtete in einer Musikschule.

Die anspruchsvolle polnische musikalische Ausbildung wurde nach meiner Übersiedlung nach Deutschland im Jahr 1989 durch das Bayerische Staatsministerium für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst in München als staatliche Musikreifeprüfung im Hauptfach Klavier an einer bayerischen Fachakademie anerkannt.

Die Anerkennung meines Diploms ermöglichte es mir als Musiklehrerin für Klavier, Querflöte (mein Nebenfach), Musikalische Früherziehung und Grundausbildung sowie als Kinder-Chorleitung an diversen Musikschulen in Bayern tätig zu sein.

Ich unterrichtete Kinder, Jugendliche sowie Erwachsene. Bei manchen meiner Schülerinnen und Schüler merkte ich, dass meine fachlichen pädagogischen Kompetenzen nicht ausreichend waren, um sie angemessen zu begleiten. Diese Schülerinnen und Schüler brauchten etwas von mir, was ich ihnen nicht geben konnte. Sie suchten in der Musik und im Musikunterricht nach Trost, Geborgenheit, Unterstützung, nach Ausdrucksmöglichkeiten für ihre Emotionen, für ihren Kummer, Zorn, Traurigkeit. Sie suchten nach Ausdrucksmöglichkeiten für sich selbst. Und zum damaligen Zeitpunkt konnte ich sie zwar beim Erlernen des Instrumentenspiels musikpädagogisch unterstützen aber nicht musiktherapeutisch begleiten.

Durch die Teilnahme an den Sommerkursen, die jährlich am Orff-Institut in Salzburg veranstaltet werden, nahm ich im Jahr 1995 an einer Präsentation zum Thema „Musiktherapie mit autistischen Kindern“ bei Prof. Dr. *Karin Schumacher* (von der damaligen Hochschule der Künste in Berlin). Dies machte einen so nachhaltigen Eindruck auf mich, dass ich mich entschied, selbst Musiktherapie zu studieren.

Unerwartet wurden weder mein polnischer Abschluss als Diplom-Instrumentalmusikerin noch mein Abitur in Berlin anerkannt. Ich konnte mich mit meinen Zeugnissen nicht für die Aufnahme-Prüfung im Studiengang Musiktherapie an der damaligen Hochschule der Künste in Berlin bewerben.

Ich entschied mich einen Umweg zu machen: Noch während meiner polnischen Ausbildungszeit interessierte ich mich sehr für die Kunst des Tanzes und für die Rhythmik, der Verbindung von Musik und Bewegung.

Aus diesem Grund beschloss ich Rhythmik an der Staatlichen Hochschule für Musik und Darstellende Kunst in Stuttgart zu studieren (die Voraussetzung für das Rhythmik-Studium war eine bestandene Aufnahme-Prüfung, insofern konnte ich mich für das Studium mit meinem polnischen Abiturzeugnis und der Anerkennung meiner musikalischen Ausbildung bewerben) und parallel dazu an der Weiterbildung in der Integrativen Tanztherapie bei *Heidrun Weidelich, Dr. Elke Willke* u. a. in Tübingen teilzunehmen. Diese Weiterbildung, die im Jahr 1995 begann, war mein erster Kontakt mit dem Integrativen Verfahren. Das Kompakt-Curriculum Tanztherapie absolvierte im Jahr 1997.

Während meiner Rhythmik-Studienzeit habe ich mehrere kreative, pädagogische Projekte mit Studierenden der Hochschule für Musik und Darstellende Künste - und Musikschülern der Musikschule Korntal – in Rahmen eines Kulturaustauschs mit Studierenden am Tschaikowsky-Musikkonservatorium in Moskau konzipiert und durchgeführt. In all diesen Projekten wurden Musik, Bewegung, Sprache und kreative Medien wie Tücher, Bälle, Seile, Kunstbilder und selbstgebaute Objekte integriert. Das Rhythmik-Studium schloss ich im Jahr 2000 als Diplom-Musiklehrerin ab. Anschließend absolvierte ich im Jahr 2003 das Aufbau-Curriculum Tanztherapie als *„Leiterin für den therapeutischen Tanz“*.

Im Jahr 2002 führte mich mein Weg nach Berlin, wo ich für das Musiktherapie-Studium an der Universität der Künste zugelassen wurde. In demselben Jahr begann ich als Tanztherapeutin in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik zu arbeiten. Während der 12 Monate in der ich dieser Klinik beschäftigt war, behandelte ich im Stundentakt durchschnittlich 14 PatientInnen pro Gruppe, die unter Essstörungen, Depressionen, Erschöpfungszuständen, Angstzuständen, Borderline-Symptomatik und Posttraumatischen Belastungsstörungen litten und einer Patientin mit der Diagnose Schizophrenie. Diese Patientin war mein erster Kontakt mit einem Menschen mit dieser Diagnose. Sowohl die Person, ihr Innenleben als auch die Erkrankung faszinierten mich so sehr, dass ich die psychosomatische Rehabilitationsklinik verließ um mit Patientinnen und Patienten mit Psychosen und Schizophrenien zu arbeiten. Für diesen Zweck ist es mir gelungen, im Jahr 2004 eine

Stelle als Musiktherapeutin (in der akutpsychiatrischen Klinik, in der ich bisher tätig bin) zu konzipieren und aufzubauen.

In dieser Zeit - bis 2005 - studierte ich berufsbegleitend zuerst Musiktherapie an der Universität der Künste in Berlin und danach (2007-2008) „Musik und Tanz in der sozialen Arbeit und integrativen Pädagogik“ am Orff-Institut/Universität für Musik bei *Mag. Shirley Day-Salmon*, *Mag. Michael Widmer* und *Dr. Manuela Widmer* in Salzburg. Durch das postgraduierte Studium am Orff-Institut erweiterte sich das Repertoire meiner musik-, bewegungs- und tanztherapeutischen Interventionen erheblich. In dieser Zeit führte ich zwei integrative Musik-Projekte mit psychiatrischen PatientenInnen und MitarbeiterInnen des Krankenhauses St. Josef in Braunau am Inn durch.

Um die Beziehungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten einzuschätzen, nahm ich an der Weiterbildung „Das EBQ-Instrument und seinen entwicklungspsychologischen Grundlagen“ bei *Karin Schumacher* und *Claudine Calvet* an der Universität der Künste Berlin teil. Die Weiterbildung in der Prozessorientierten Aufstellungsarbeit bei *Christiane Lier* und *Holger Lier* am Odenwald-Institut in Wald-Michelbach erweiterte meinen therapeutischen Blick, mein Wissen und mein inneres Arbeitsmodell um die Bedeutung der systemischen Betrachtung der Herkunftsfamilie von meinen Patientinnen und Patienten.

In der praktischen Arbeit als Musiktherapeutin begleitete mich weiter das Gefühl, dass mir die Musik als Medium alleine nicht ausreichte um die psychiatrischen Patientinnen und Patienten zu verstehen und zu behandeln.

In folge dessen begab ich mich auf die weitere Suche. Ich besuchte viele Fortbildungen und Kongresse, welche sich mit dem Körper und seinen Potenzialen in verschiedenen Psychotherapie- und Körpertherapie-Formen auseinandersetzten und betrieb intensive Selbsterfahrung in *Feldenkrais*-Lehre, Eutonie nach *Gerda Alexander*, im Kommunikativen Bewegen nach *Volkmar Glaser*, in der *Alexander-Technik*, in der Konzentrativen Bewegungstherapie, Tai Chi und Qi Gong.

Das Thema des Körpers in der Musiktherapie wurde zum Gegenstand meiner Diplom-Arbeit im Fach Musiktherapie an der Universität der Künste Berlin. Ich erstellte eine Genealogie des Körpers in der Musiktherapie. Diese Arbeit ist als ein Kapitel im Buch „*Der Körper in der Musiktherapie*“, das ich mit meinen Promotionsbetreuern – *Prof. Dr. Tonius Timmermann* und *Prof. Dr. Hans Ulrich Schmidt* - verfasst habe, erschienen (*Skrzypek, Schmidt, Timmermann 2016*).

Im Jahr 2005 (ein Jahr nach dem Beginn meiner Tätigkeit in der akutpsychiatrischen Klinik) begann ich die Einzel- und Gruppen-Sitzungen mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten zu videographieren und detailliert zu beschreiben. Dabei konzentrierte ich mich auf den körperlichen Ausdruck, auf die Bewegungen und auf den musikalischen Ausdruck. Im Prozess der Beschreibung und der Beobachtung merkte ich, dass mir das Vokabular fehlte, um die Phänomene, die ich wahrnehmen konnte, zu beschreiben und zu verstehen.

Ich las *Labans* und *Kestenbergs* Schriften zum Thema der Bewegungsanalyse, habe Selbsterfahrung bei *Petra Kugel*, einer Tanztherapeutin und *Laban-*Bewegungsanalytikerin in Berlin gemacht.

Das bewegungsanalytische Modell „Emotorics-Body Movement Mind Paradigm“ von *Yona Shahar-Levy*, einer israelischen Tanz- und Bewegungstherapeutin, bot mir ein Vokabular, das ich in meiner musiktherapeutischen Arbeit anwenden konnte. In den Jahren 2012 und 2013 ging ich für mehrere Wochen nach Israel und bildete mich in Rahmen eines intensiven Studiums bei *Shahar-Levy* in Bewegungsanalyse aus.

Davor, im Jahr 2011 fand ich Raum und Zeit um in die Welt der Integrativen Therapie einzutauchen, einem Verfahren, in welchem der **Zugang zum Menschen über den Leib und über seine Bewegung als Ausgangspunkt aller therapeutischen Bemühungen und theoretischen Überlegungen** als grundlegend erachtet und das **Spezifikum der Integrativen Therapie** ist. Nach vielen Jahren praktischer Arbeit und körperlicher/leiblicher und bewegungsmäßiger Selbsterfahrung fand ich Schritt für Schritt im Integrativen Verfahren **meine praxeologisch-wissenschaftliche leibliche Heimat mit kreativen Medien: Musik, Bewegung, Tanz, Malen und mit kreativen Medien gestalten, Sprache und Naturerleben.**

Parallel zum Kompaktcurriculum in der ***Integrativen Leibtherapie und Körperpsychotherapie*** am FPI/EAG bei ***Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold*** und ***Diplom-Supervisorin Ilse Orth*** verfasste ich meine Dissertation zum Thema *„Körper, Bewegung und Musik als Partitur für künstlerische Therapien“* an der Philosophisch-Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Augsburg.

Ausgangspunkt für die Entwicklung der Körper-Bewegungs-Musik-Partitur war die Arbeit mit Menschen, die auf der rein musikalischen und verbalen Ebene nicht erreicht werden konnten – mit schizophrenen Patienten.

Die Dissertation gestaltete sich als ein dreifaches Pilotprojekt: zu einem habe ich einen Versuch unternommen den Körper und seinen Ausdruck in der musiktherapeutischen Behandlung zu beschreiben, zu zweitem habe ich das bewegungsanalytische Modell „Emotorics-Emotive-Body-Mind-Movement-Paradigm“ von Yona Shahar-Levy für die Musiktherapie evaluiert und zum dritten habe ich das „EBQ-Instrument“ von *Karin Schumacher* und *Claudine Calvet*, das ursprünglich für Musiktherapie mit autistischen Kindern entwickelt wurde, für Musiktherapie mit schizophrenen Patientinnen und Patienten, evaluiert.

Zusammenfassend kann ich feststellen, dass ich einen Versuch unternommen habe, den Körper, die Bewegung, die Musik und die Beziehung, wie sie sich in der musiktherapeutischen Behandlung schizophrener Menschen und in der Beziehung mit mir als Musiktherapeutin gestalteten, **wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen, zu erklären und in Handlung umzusetzen** – im Sinne der hermeneutischen Spirale.

Mit dem Beginn der Beobachtung und Durchdringung der therapeutischen Prozesse in der klinischen Arbeit, der Verfassung der Dissertationsschrift und dieser Graduierungsarbeit habe ich einen Weg von den Phänomenen zu den Strukturen beschrritten.

Im Jahr 2017 entsteht ein neuer „Spiralring“: die Teilnahme an der Ausbildung zur ***Integrativen Leib- und Bewegungstherapeutin FPI/EAG*** bei ***Hilarion G. Petzold, Ilse Orth und Cornelia Jacob-Krieger***. Ein Anfang einer weiter kreisenden Bewegung in der Spirale im Sinne des „*herakliteischen Prinzips*“: ***Die Integrative Therapie und die Implementierung der Körper/Leib-Bewegungs-Musik-Partitur zur Leib- und Musik-Diagnostik in das Integrative Verfahren.***

2. Einleitung. Der Entwicklungs-Weg der Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur

Welche Rolle spielt der Körper in der Musiktherapie? Woher kommt der Einbezug des Körpers in die Musiktherapie? Welche Formen von Körperarbeit gibt es in der Musiktherapie? Und wozu braucht man den Körper in der Musiktherapie? Woher kommen all die Körperbegriffe in die Musiktherapie und was bedeuten sie? Warum werden sie in unterschiedlichen Kontexten verwendet?

All diese Fragen beschäftigten mich seit dem Anfang meines Musiktherapie-Studiums am der UdK Berlin. Dies führte dazu, dass ich, im Jahr 2004 zum Thema Körper in der Musiktherapie intensiv zu recherchieren begann.

In der Musiktherapie, im deutschsprachigen Raum, also in Deutschland, in Österreich und in der Schweiz gibt es ca. 12 (sic!) musiktherapeutische Schulen, Methoden oder methodische Ansätze. Diese musiktherapeutischen Schulen (*Decker-Voigt* 2001; *Decker-Voigt et al.* 2021) wie z. B.:

- die Wiener Schule der Musiktherapie (*Schmölz* 1987; *Fitzthum, Mössler* 2021),
- die Orff-Musiktherapie (*Orff, G.* 1974; *Voigt* 2012)
- die analytische Musiktherapie (*Priestley* 1980, 1982, 1983, 1994; *Metzner* 1996; *Eschen* 2002),
- die Auditive Stimulation (*Nöcker-Ribaupierre* 1995, 2003),
- die tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie (*Loos* 1994; *Timmermann* 2004),
- die Gestalt-Musiktherapie (*Frohne* 1986; *Frohne-Hagemann* 1996; *Hegi* 2001),
- die Integrative Musiktherapie (*Frohne-Hagemann* 1999, 2001; *Moser* 2021),
- leiborientierte Musiktherapie (*Baer, Frick-Baer* 2004; *Barnowski-Geiser* 2021),
- die entwicklungspsychologisch orientierte Musiktherapie (*Schumacher, Calvet-Kruppa* 2001; *Schumacher, Calvet* 2021).

Allerdings führt diese Vielfalt von Musiktherapie-Schulen mit ihren unterschiedlichen theoretischen und praktischen Ansätzen, was einerseits die Spannweite des musiktherapeutischen Arbeitens aufzeigt und geschichtlich und genealogisch gerechtfertigt und zu erklären ist, andererseits aber, zu einer gewissen Verwirrung und Unübersichtlichkeit führt.

Ist es unter solchen Umständen möglich, sich einen Überblick zu verschaffen und zu bewahren? Und wenn ja, wie?

Seit Beginn meines Musiktherapie-Studiums beschäftigten mich diese Fragen sehr, aber ich fand keine eindeutigen Antworten. Dies war meine Motivation, mich auf die Suche zu begeben um diesem komplexen Thema Strukturen zu geben.

Ziemlich rasch wurde mir klar, dass ich all diese Fragen im Rahmen dieser Diplomarbeit nicht werde beantworten können. Ich fasste deshalb den Beschluss, mich mit den historischen Grundlagen zu beschäftigen und diese zu analysieren, um Verbindungen aufzudecken und Strukturen sowie Übersichten zu schaffen.

Aus diesem Grund wurde die Geschichte und Genealogie von körperbezogenen Einflüssen in der Musiktherapie, beginnend in den Reformbewegungen am Anfang des 20. Jahrhunderts bis zur Gegenwart, analysiert. Ich setzte mich dabei mit den genealogischen Wurzeln der Musiktherapie, speziell mit der Herkunft von körperlichen Ansätzen in ausgewählten Musiktherapie-Schulen, Methoden und Ansätzen, auseinander.

Die Tatsache, dass der Körper Eingang in die Musiktherapie gefunden hat, ist eine sehr wichtige Entwicklung. Insbesondere dann, wenn die neuesten Erhebungen der Gehirnforschung bezüglich der Wichtigkeit des Blickes auf den Körper/Leib und seiner Entwicklung in der Lebensspanne in der Integrativen Therapie, berücksichtigt werden.

Die ersten Ergebnisse meiner Forschung zum Thema „Körper in der Musiktherapie“ führten zur Erstellung einer „Genealogie von körperbezogenen Einflüssen in der Musiktherapie“. Dieses Thema habe ich in meiner Diplom-Arbeit im Musiktherapie-Studiengang behandelt.

Ich konnte herausfinden, dass die historischen Wurzeln der Musiktherapie, speziell in Bezug auf den Körper, in den Reformbewegungen des ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts, liegen und dass musiktherapeutische Schulen und Methoden, die den Körper in die praktische musiktherapeutische Arbeit einbeziehen, aus musikpädagogischen und körpertherapeutischen sowie körperpsychotherapeutischen Verfahren, schöpfen.

Die theoretischen Grundlagen in Bezug auf den Körper in der Musiktherapie stützen sich auf die Theorien der Gestalttherapie, der Integrativen Therapie, auf philosophischen Überlegungen und den Ergebnissen der Säuglingsforschung.

Das Einbeziehen des Körpers in das therapeutische Geschehen in der Musiktherapie hat zum Ziel, eine Empfindungs- und Erlebnisdimension zu aktivieren und die diagnostischen Möglichkeiten zu erweitern, welche über die rein musikalische Ebene nicht gänzlich oder nur bedingt verfügbar sind, und gleichzeitig die Wirkung von Musik auf den Menschen und den Körper, nicht außer Acht zu lassen. Das war das Ergebnis meiner damaligen Arbeit.

Das Thema des Körpers, der Bewegung und der Musik beschäftigten mich weiter. Auf der weiteren Suche nach einem - meines Erachtens - geeigneten diagnostischen Beobachtungsinstrument führte zur Erprobung in der Musiktherapie bestehender Skalen und Instrumente **und** zur Ausbildung als Bewegungsanalytikerin in „*EpiMotorics-Emotive-Body-Movement-Mind-Paradigm*“ bei Yona Shahar-Levy in Israel.

Aus der Reihe der Methoden, die in den letzten 30 Jahren in der Musiktherapieforschung entwickelt und eingesetzt wurden, werden im Folgenden diejenigen dargestellt, die **zusätzlich** zur Musik, Körperlichkeit und Bewegung in die Evaluation miteinbeziehen.

Diese lassen sich in vier Kategorien mit unterschiedlichen Schwerpunkten einteilen (siehe *Tab. 1*):

- a) In den ersten drei Kategorien werden Skalen und Forschungsansätze vorgestellt, die das aktive Musizieren als Hauptquelle zur Analyse des Kommunikations- und Interaktionsverhaltens nutzen:
 - Kategorie I: Musik und Körperlichkeit,
 - Kategorie II: Musik und Bewegung,

- Kategorie III: Musik, Körperlichkeit und Bewegung.

Mimik, Gestik, Atem, Blick- und Blickkontakt, Körperkontakt und Berührung, Körpersprache und Körperausdruck, Körperspannung und Körperempfinden werden als **zusätzliche** Merkmale beobachtet.

b) Die vierte Kategorie beinhaltet ein Modell, in dem Körperausdruck und Bewegungsverhalten als **gleichwertige, sich ergänzende** Beobachtungs- und Beschreibungskriterien in der musiktherapeutischen Behandlung gesehen werden. Sie stehen damit ebenso im Focus der Betrachtung wie das musikalische Verhalten und der musikalische Ausdruck:

- Kategorie IV: Körperlichkeit, Bewegung und Musik.

Tab.1: Musiktherapeutische Skalen und Forschungsansätze

Musiktherapeutische Skalen und Forschungsansätze						
Land	Autor	Skala Forschungsansatz	Kategorie I	Kategorie II	Kategorie III	Kategorie IV
Belgien	Jos De Backer	Qualitativ- phänomenologischer Ansatz	Analysis of Notated Music Examples Selected from Improvisation of Psychotic Patients			
Deutschland	Thomas Maler	Skala	Beobachtungsskalen des Lübecker Musiktherapiemodells			
Großbritannien, USA, Deutschland	Paul Robbins Clive Nordorff	Skala		Rating Scales for Improvisational Individual Music Therapy		
USA	Kenneth Bruscia	Skala			Improvisation Assessment Profiles	
Deutschland	Christine Pfahl	Skala			KAMUTHE	
Deutschland	Julie Scholtz Melanie Voigt Thomas Wosch	Skala			MIMT	
Deutschland	Karin Schumacher Claudine Calvet Silke Reimer	Skala			Das EBQ-Instrument	
Deutschland	Thomas Bergmann	Skala			MUSAD	
Dänemark	Ulla Holck	Ethnographischer Ansatz			An Ethnographic Descriptive Approach to Video Microanalysis	
Norwegen	Gro Trondalen	Phänomenologischer Ansatz			A phenomenologically Inspired Approach to Microanalysis of Improvisation in Music Therapy	
Österreich	Hanna Skrzypek	Phänomenologisches Modell				Körper-Bewegungs- Musik-Partitur

Musik und Körperlichkeit - Skalen und Forschungsansätze

In dieser Kategorie werden eine Skala und ein Forschungsansatz vorgestellt, welche zusätzlich zur Musik die Körperlichkeit berücksichtigen:

- Observation scales of the Lübeck music therapy model/ Beobachtungsskalen des Lübecker Musiktherapiemodells von *Thomas Maler (Maler et al. 1994)*.

Messinstrument: Skala zur Fremdbeurteilung

Fokus der Untersuchung: musikalischer Ausdruck in der aktiven Instrumentalimprovisation

Setting: Gruppen-Musiktherapie

Population: Erwachsene psychosomatische und psychiatrische Patienten

Musikalische Beobachtungskriterien: *Instrument – Größe des Instrumentes, Tonraum, Lautstärke, Zeitmaß, Modulation, Stereotypie (den Klang betreffend), Gestalt (Klangbild und Klangelemente betreffend)*

Körperliche Beobachtungskriterien: *Energie und körperliche Kraft, Körper-Ich*

- Analysis of Notated Music Examples Selected from Improvisation of Psychotic Patients von *Jos de Backer (De Backer, Wigram 2007)*.

Methode: qualitative Untersuchung mit phänomenologischen Ansätzen

Fokus der Untersuchung: Musikanalyse

Setting: Einzel-Musiktherapie

Population: Psychotische Patienten

Musikalische Beobachtungsmerkmale: *Form, Phrasierung, Melodie, Rhythmus, Dynamik, Agogik, Tempo*

Körperliche Beobachtungsmerkmale: *Körperspannung in der Körperhaltung, Gesichtsausdruck*

Musik und Bewegung - Skala

In dieser Kategorie gibt es eine Skala, die zusätzlich zur Musik die Bewegung berücksichtigt:

- Rating Scales for Improvisational Individual Music Therapy

Ratingskalen für Improvisatorische Einzel-Musiktherapie von *Paul Nordoff und Clive Robbins (Nordoff, Robbins 1980a, 1980b)*.

Messinstrument: Skala zur Fremdbeurteilung

Fokus der Untersuchung: Kommunikation, Beziehungsaufnahme und -entwicklung zwischen Kind und Therapeut

Setting: Einzel-Musiktherapie mit zwei Musiktherapeuten

Population: Kinder mit mehrfachen Behinderungen, tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (Autismus), Trisomie 21, hirnorganischen Störungen und psychischen Erkrankungen

Musikalische Beobachtungsmerkmale: *Rhythmus, Form, Tempo, Melodie, Harmonie, Agogik*

Bewegungsmäßige Beobachtungsmerkmale: *Bewegungskoordination und Bewegungskontrolle beim Instrumentengebrauch*

Musik, Körperlichkeit und Bewegung - Skalen und Forschungsansätze

Zu dieser Kategorie gehören fünf Messinstrumente (Skalen) und zwei Forschungsansätze:

- **Improvisation Assessment Profiles** von Kenneth Bruscia (*Bruscia 1987*).

Messinstrument: Skala zur Fremdbeurteilung

Fokus der Untersuchung: Analyse der Musik in der Improvisation

Setting: Einzel- und Gruppenmusiktherapie

Population: diverse Patientenpopulation

Musikalische Beobachtungsmerkmale: *Rhythmus, Melodie, Harmonie, Phrasierung, Dynamik, Klangfarbe, Metrum, Tonalität, Musikstil.*

Körperliche und bewegungsmäßige Beobachtungsmerkmale: *Einsatz der Körperteile beim Spielen, Körperhaltung, Körperspannung, Körpersprache, Bewegungs-Muster, Gesichtsausdruck, Atem*

- **KaMuThe** (Kategoriensystem Musiktherapie) von *Christine Plahl (Plahl 2007)*.

Messinstrument: Kategoriensystem zur Fremdbeurteilung

Fokus der Untersuchung: Kommunikationsverhalten

Setting: Einzel-Musiktherapie

Population: Kinder mit Entwicklungsverzögerungen

Musikalische Beobachtungsmerkmale: *Rhythmus, Melodie, Form*

Körperliche und bewegungsmäßige Beobachtungsmerkmale: *Gestik, Bewegung*

- **Microanalysis of Interaction in Music Therapy (MIMT)** von *Julia Scholtz, Melanie Voigt und Thomas Wosch (Scholtz, Voigt, Wosch 2007)*.

Messinstrument: Kategoriensystem zur Fremdbeurteilung

Fokus der Untersuchung: Verhaltensbeobachtung

Setting: Einzel-Musiktherapie

Population: Kinder mit Entwicklungsverzögerungen und -störungen

Musikalische Beobachtungsmerkmale: *vokale Aktivität*

Körperliche und bewegungsmäßige Beobachtungsmerkmale: *Blick, Gestik, Bewegungsaktivität*

- Das EBQ-Instrument /The „AQR-instrument“ (Assessment of the Quality of Relationship) von *Karin Schumacher, Claudine Calvet* und *Silke Reimer* (*Schumacher, Calvet, Reimer* 2013).

Messinstrument: Skala zur Fremdbeurteilung

Fokus der Beobachtung: Einschätzung der Beziehungsfähigkeit zwischen Kind und Therapeut

Setting: Einzel-Musiktherapie

Population: Kinder mit frühkindlichen Autismus

Musikalische Beobachtungsmerkmale: *Klang, Tonhöhe, Rhythmus, Dynamik, Form, Melodie*

Körperliche und bewegungsmäßige Beobachtungsmerkmale: *Körperempfinden, Körperwahrnehmung, Körperkontakt, körperliche Berührung, Mimik, körperliche Verhaltensweisen in Bewegung, Blick und Blickkontakt, Atem*

- MUSAD - Music-based scale for diagnosing autism (Musikbasierte Skala zur Autismusdiagnostik) von *Thomas Bergmann* und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (*Bergmann, Sappok, Diefenbacher, Dziobek* 2012)

Messinstrument: Skala zur Fremdbeurteilung

Fokus der Untersuchung: Musik, Diagnostik

Setting: Einzel-Musiktherapie

Population: Autismus Spektrum Störung, Intelligenzminderung

Musikalische Beobachtungsmerkmale: *Musik*

Körperliche und bewegungsmäßige Beobachtungsmerkmale: *körperlicher Kontakt, Körperbezug, körperlicher Ausdruck beim Tanzen*

- An Ethnographic Descriptive Approach to Video Microanalysis von *Ulla Holck*

(Holck 2007).

Forschungsansatz: Ethnographisch informierter Ansatz

Fokus der Untersuchung: Kommunikation und soziale Interaktion

Setting: Einzel- Musiktherapie

Population: Kinder mit schwerwiegenden funktionellen Einschränkungen, Kinder mit Autismus

Musikalische Beobachtungsmerkmale: *Musik (Rhythmus, Tempo), Prosodie*

Körperliche und bewegungsmäßige Beobachtungsmerkmale: *Gestik, Gesichtsausdruck, Körperbewegung*

- A phenomenologically Inspired Approach to Microanalysis of Improvisation in Music Therapy von *Gro Trondalen (Trondalen 2007)*.

Forschungsansatz: phänomenologischer Ansatz

Fokus der Beobachtung: Beschreibung von musikalischen und sprachlichen Ausdruck

Setting: Einzel-Musiktherapie

Population: junge Erwachsene Patientin mit Anorexia Nervosa

Musikalische Beobachtungsmerkmale: *Dynamik, Klang, Metrum, Harmonie, Rhythmus*

Körperliche und bewegungsmäßige Beobachtungsmerkmale: *Bewegung*

All diese Methoden, Skalen, Techniken und Forschungsansätze analysieren und beschreiben, zusätzlich zur Musik, in verschiedenen Kontexten und mit unterschiedlichen Zielen den Körper und/oder körperliche Verhaltens- und Ausdrucksweisen wie Gesichtsausdruck (Mimik) und Gestik, Atem, Blick- und Blickkontakt, Körperkontakt und Berührung, Körpersprache und Körperausdruck, Körperspannung und Körperempfinden und/oder die Bewegung.

Allerdings stellten sich mir weitere Fragen auf: Können der Körper und seine Bewegung eine gleichwertige Bedeutung mit der Musik in der musiktherapeutischen Behandlung bekommen? Wie können der Körper und die Bewegung in Verbindung mit der Musik in der musiktherapeutischen Behandlung beobachtet und beschrieben werden?

Die Idee für die Entwicklung der **Körper-Bewegungs-Musik-Partitur** entstand parallel zu den historischen Untersuchungen und Nachforschungen aus meiner

praktischen musiktherapeutischen Arbeit mit erwachsenen psychiatrischen Patienten. Als ich im Jahr 2004 als Musiktherapeutin zu arbeiten begann, begegnete ich vielen Patienten, die nicht in der Lage waren, sich musikalisch und/oder verbal mitzuteilen und auszudrücken.

Mein Ziel bei der Entwicklung der Körper-Bewegung-Musik-Partitur war es, ein Modell zu entwickeln, das über ein entsprechendes Vokabular verfügt um das körperliche Verhalten und den körperlichen Ausdruck, das Bewegungsverhalten und den Bewegungsausdruck, das Spielverhalten und den musikalischen Ausdruck der Patienten **zu beschreiben**, ohne ihn zu deuten und zu interpretieren. Dieses Ziel habe ich in meiner Dissertation zum Thema „*Körper, Bewegung und Musik als Partitur für künstlerische Therapien*“ an der Philosophisch-Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Augsburg erreicht.

Die Weiterbildung in der Integrativen Leibtherapie und Körperpsychotherapie sowie die Ausbildung in der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie und schließlich in der Integrativen Therapie mit ihrem Basis-Konzept des „informierten Leibes“ ermöglichte mir die Fragen, meine Forschungsfragen, die mich seit 2004 – in einer Zeitspanne von über 17 Jahren – bis dato, beschäftigten, erstmals zu beantworten und in dieser Graduierungsarbeit zusammenzufassend darzustellen.

Diese Graduierungsarbeit ist in zwei Hauptteile, einen theoretischen und einen praktischen Teil, gegliedert.

Im ersten Teil werden ausgewählte theoretische Konzepte und Positionen der Integrativen Therapie, die den konzeptuellen Rahmen für die Implementierung der Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur bilden, vorgestellt, dazu gehören: die **Multipluralität und die Mehrperspektivität des Integrativen Ansatzes**, der „**Tree of Science**“, das integrative, **komplexe Menschenbild** und die **Anthropologische Grundformel**, die Integrative Therapie als **intermediale Kunstpsychotherapie**, die **Musik als ein kreatives Medium**, das Konzept des „**Informierten Leibes**“.

In dem Kapitel über den „informierten Leib“ werden die wichtigsten Positionen zum Leib-Konzept - eine **genealogische Skizze zum Leib-Begriff in der Integrativen Musiktherapie**, das Konzept der **Anthropologie des schöpferischen Menschen**, das **Leib-Subjekt**, der **Leib als ein „totaler Sinnesorgan“**, der „**informierte Leib**“, die **Aspekte, Dimensionen und Ebenen des Leibes**, **Inkarnation, Koinkarnation, Deinkarnation**, der **Resonanz-Leib**, **4E Kognition** und der **Musik-Leib** - des

Integrativen Verfahrens zusammen getragen und auf den gegenwärtigen Wissensstand gebracht.

Des Weiteren wird der diagnostische Prozess im Sinne der „herakliteschen Spirale“ in der Integrativen Therapie beschrieben.

Anschließend folgt ein Kapitel über die Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur und eine Einführung in ihre praktische Anwendung.

Als erstes werden die **Körper-Begriffe** und die **Bewegungs-Begriffe** in der Integrativen Therapie und in der KLBMP definiert. Es wird der erste Part der KLBMP – der **Körper/Leib/Bewegungs-Part** vorgestellt. Der Körper/Leib/Bewegungs-Part besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil beschäftigt sich mit der Beschreibung folgende **Beobachtungsmerkmale: Körperposition, Körperhaltung, Körper in Bewegung, Raum und Kinesphäre, Körperstruktur, Spannung, Energie, Intensität und Kraft, Artikulation, Zeit, Richtungen und Ebenen, Formen, Modulation, Körperkontakt, Berührung, körperliche Nähe und Distanz** und **binäre Potenziale** (P0- und P1-Potenziale). Der zweite Teil des Körper/Leib-Bewegungs-Parts fokussiert die Beschreibung des **Blickes** und der **Atmung** und ihrer Potenziale.

Der zweite Part der KLBMP, der **Spiel/Sing/Sprecharten-Part** konzentriert sich auf die Beobachtung und Beschreibung von **Spiel-, Sing- und Sprecharten** sowie den **Körper als Musikinstrument** und die **Klassifikation von Musikinstrumenten**.

Der dritte Part der KLBMP, der **Musik-Part** widmet sich der Beschreibung von Musik und ihren Elementen: **Rhythmus, Metrum, Takt, Melodie, Klang, Dynamik, Tempo und Agogik, Artikulation und Phrasierung, Tonalität, Harmonie und Form** und den, aus diesen Elementen generierten, binären Potenzialen.

Der zweite Hauptteil dieser Arbeit beschäftigt sich mit der praktischen Anwendung der Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur.

„Habe ich meinen Körper verloren, so habe ich mich selbst verloren. Finde ich meinen Körper, so finde ich mich selbst. Bewege ich mich, so lebe ich und bewege die Welt. Ohne diesen Leib bin ich nicht, und als mein Leib bin ich. Nur in der Bewegung aber erfahre ich mich als meinen Leib, erfährt sich mein Leib, erfahre ich mich. Mein Leib ist die Koinzidenz von Sein und Erkenntnis, von Subjekt und Objekt. Er ist der Ausgangspunkt und das Ende meiner Existenz.“

**Paris 1965, Vladimir Nikolajewitsch Iljine
(in Petzold, Sieper 2012a, 29)**

3. Ausgewählte Konzepte und Positionen des Integrativen Verfahrens als konzeptueller Rahmen für den Implementierungsprozess der Körper-Bewegungs-Musik-Partitur in die Integrative Therapie

Die Integrative Therapie umfasst einen psychophysiologisch ausgerichteten Ansatz der Leibtherapie. Ein Kernkonzept des Integrativen Verfahrens ist die „**Leiborientierung**“ (Petzold 2003a, 68). Zugrunde liegt das *anthropologische* Konzept der „**Leiblichkeit**“ bzw. des „**Leibsubjektes**“, das *neurophilosophische* Konzept des „**informierten Leibes**“ und das kulturalistische des **enkulturierten/sozialisierten Leibes** (Petzold 2003a, 68):

*„Mit dem Basiskonzept des „**Informierten Leibes**“ bietet die „Integrative Therapie“ eine moderne Position zum „psychophysischen Problem“, verstanden als „Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse“, die neurobiologische, leibphilosophische Perspektiven verbindet und die „implizierten Dualismen“ und „individualisierenden“ Tendenzen der Begriff „Körpertherapie“ oder „Psychotherapie“ vermeidet. Stattdessen wurde das Leitbild eines in die ökologische und soziale Welt eingebetteten (embedded) Menschen entwickelt, der Mensch-Welt-Verhältnisse erlebniskonkret wahrnimmt, verarbeitet und sich – sie verkörpernd (embody) – als „Leibsubjekt“ konstituiert.“ (Petzold, Sieper 2012a, 1)*

Das Konzept der „**Leiblichkeit**“, als ein zentrales anthropologisches Thema (Petzold, Sieper 2012a, 4), verbindet die Welt der Dinge, des Physikalisch-Materiellen, mit der Welt des Lebendigen, des Biologisch-Organischen und – in diesen gegründet – mit der Welt des Geistigen und des Kulturell-Transmateriellen in einer Synergie in der das Wesen des Menschen als personales Subjekt gründet (Petzold 2003a).

„Das Konzept `des informierten L e i b e s in Kontext/Kontinuum` ist ... von herausragender Bedeutung. Das `Leib-Subjekt in der Lebenswelt` d. h. der leibhaftig in permanenter Entwicklung stehende Mensch mit den relevanten Mitgliedern seines Netzwerks/Konvois in seinem ökologischen Lebensraum und seiner Sozialwelt“ (Petzold 2003a, 1051), in seinen „Raum-Zeit-Verhältnissen“ (Petzold, Sieper 2012a, 2) ist die Grundlage der Integrativen Humantherapie. Sie

versucht, Entwicklungen bezüglich des Leib-Seele-Problems anhand des Leibbegriffes immer wieder neu aufzunehmen und zu integrieren (*Petzold* 2003a; *Stefan* 2020, 2).

Der Begriff „**Leib**“ bietet einen breiten und erkenntnisstiftenden Rahmen für das Verstehen des Menschen in seinem Lebenszusammenhang und der „*Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*“ und ist ein Inbegriff und Gesamterscheinung des Menschen (*Petzold* 2000j, 2003a). Das Konzept des „**Informierten Leibes**“ vereint neurobiologische, entwicklungspsychologische und leibphilosophische Perspektiven, welche als „Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse“ zusammengetragen werden (*Petzold* 2003a).

Für die Implementierung der Körper-Bewegungs-Musik-Partitur in das Verfahren der Integrativen Therapie wird die „**Leiborientierung als Hermeneutik vom Leibe her**“ (*Petzold* 2003a, 68) als Grundlage des Integrationsprozesses gewählt.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Körper/Leib-Bewegungs-Musik-Partitur als ein System für die phänomenologisch-hermeneutische initiale und prozessuale Leib- und Musik-Diagnostik im Integrativen Verfahren und seinen Methoden, der Integrativen Leib-, Bewegungs- und Musiktherapie zu etablieren.

Im folgenden Kapitel werden ausgewählte Konzepte und Positionen des Integrativen Verfahrens vorgestellt, die den konzeptuellen Rahmen des Implementierungsprozesses bilden.

3.1 Die Multipluralität und die Mehrperspektivität des Integrativen Ansatzes

Integrative Therapie (IT) ist als eine „**Humantherapie**“ in differentieller Weise auf den „ganzen Menschen“ als vergesellschaftetes **Leib-Subjekt** in und mit seinem „**sozialen Netzwerk/Konvoi**“ ... und seiner „ökologischen **Lebenswelt**“ ... gerichtet. Er wird damit nie isoliert zu betrachten sein, sondern stets in seinem lebensweltlichen, **mundanen Kontext** (lat. *mundus*, Welt, Erde) und im Fluss der Zeit, im **undanen Kontinuum** (lat. *unda*, Welle, Strom, Fluss) ...(*Petzold, Orth* 2019, 900).

Die Integrative Therapie (IT) als ein multiplurales, methodenübergreifendes, bio-psycho-sozial-ökologisches psychotherapeutisches Verfahren einer ganzheitlichen,

differentiellen und integrativen Humantherapie und Kulturarbeit im Rahmen des „neuen Integrationsparadigmas“ (Petzold 2001g, 2002a, 2002b/2006; Petzold, Orth 2019, 886) berücksichtigt die psychophysiologische Leiblichkeit d. h. Kognitionen, Emotionen und Volitionen (Sieper, Orth, Schuch 2007) und das soziale Netzwerk. Sie umfasst Psychotherapie, Körpertherapie, Soziotherapie, Ökologische Interventionen (Petzold 2006p, 2018c) und Agogische Arbeit (Sieper 2007). Die integrative Arbeit ist immer von einer „**Theorie-Praxis-Verschränkung**“ gekennzeichnet und von einer „**phänomenologischer und hermeneutischer Grundlagenarbeit**“ (Petzold, Orth 2019, 887) bestimmt.

Ein Spezifikum der Integrativen Therapie ist die Arbeit mit " **kreativen Medien**" und "**künstlerischen Ausdrucksformen**" in Behandlung und Diagnostik (Petzold 1977c/2012; Orth, Petzold 1990c/2015; Petzold, Orth, Sieper 2019b). Die therapeutische Praxis ist immer „**eine kreative bzw. ko-kreative Leibtherapie**“ (Petzold, Sieper 2012a, 5).

Die Integrative Therapie befindet sich - unter Berücksichtigung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse aus Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und moderner Psychotherapie - in beständiger Weiterentwicklung im Sinne der „**herakliteschen**“ Grundeinstellung - „**panta rhei**“ („Alles fließt“) (Petzold, Sieper 2012a, 20) - und definiert die „Wellen« der Erkenntnis und Erfahrungsfortschritts“ in der Theorie, Praxeologie – und Praxisentwicklung als »Positionen auf Zeit«. Seit der Millenniumwende befindet sich die Integrative Therapie in der »dritten Welle« der Entwicklung des Verfahrens (Stefan, Petzold 2019).

Die IT wurde „schulenübergreifend“ in den 1960er-Jahren von **Hilarion Petzold, Johanna Sieper, Hildegund Heini** und **Ilse Orth** als ein sozialwissenschaftlich ausgerichteter, tiefenhermeneutisch fundierter, phänomenologisch orientierter und entwicklungszentrierter, ganzheitlicher, methodenpluraler und psychotherapeutischer Ansatz begründet (Petzold 2003a; Petzold 2011e).

Der Begriff »Integrative Therapie« wurde erstmalig um 1965 von **Hilarion Petzold** in der Gerontotherapie, Geragogik und in der Kindertherapie verwendet (Petzold 2011e). In der Ausarbeitung des Verfahrens legten **Hilarion Petzold** und **Hildegund Heini** Fundamente für die differenzierte ökopsychosomatische Konzeption der Integrativen Therapie vor (Petzold 2011e). **Johanna Sieper** als

Mitbegründerin der Integrativen Therapie mit »kreativen Medien« und der komplexen Lerntheorie leistete eine kulturtheoretische Grundlagenarbeit und erarbeitete die agogisch-didaktische Ausbildungskonzeption der Integrativen Therapie (Sieper, Orth, Schuch 2007; Petzold 2011e). **Ilse Orth** ist die Integration von poesietherapeutischen, kreativtherapeutischen und leibtherapeutischen Entwicklungen in das Verfahren zu verdanken (Orth, Petzold 1990c/2015; Sieper, Orth, Schuch 2007; Petzold 2011e; Petzold 2014d, 4; Petzold, Orth, Sieper 2019b).

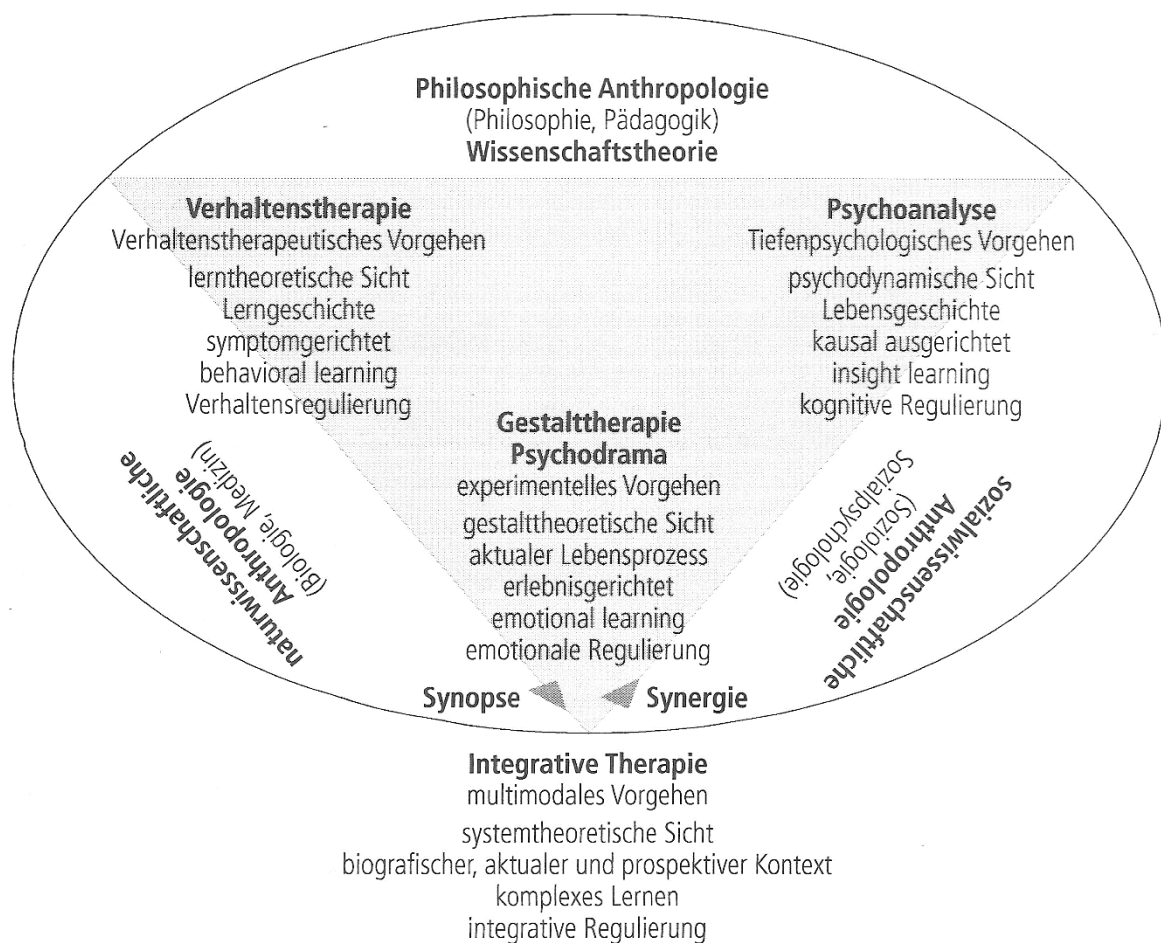


Abb. 1: Entwicklung der Integrativen Therapie (Petzold 2003a, 64)

3.2 Der „Tree of Science“

Der „**Tree of Science**“ als Modell der Wissensstruktur ist als eine „Metafolie“ zu verstehen. Diese Metastruktur ermöglicht, philosophisch, psychologische, soziologische, ökologische, kulturwissenschaftliche, entwicklungstheoretische, neurobiologische, medizinische Perspektiven zu verbinden, für die Praxis fruchtbar

zu machen, und die Praxis selbst wiederum in den verschiedenen theoretischen Dimensionen einfließen zu lassen (Petzold 2003a, 396; Stefan 2020, 9).

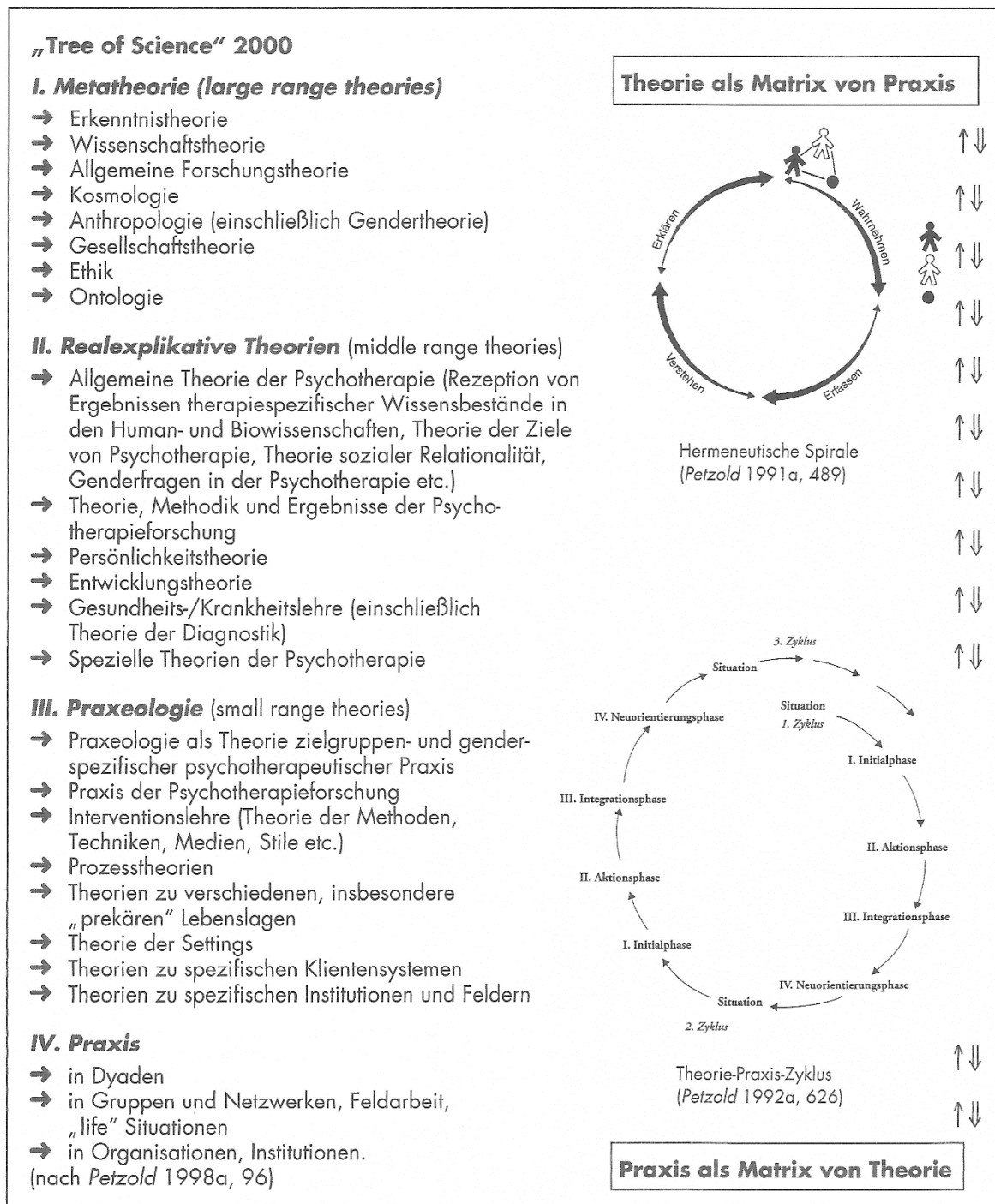


Abb. 2: „Tree of Science“ (Petzold 2003a, 396)

Die Metatheorie (large range theories) umfasst die Bereiche der Erkenntnis-, Wissenschafts-, Allgemeinen Forschungs-, Gesellschafts- und Gendertheorie, Anthropologie, Kosmologie, Ethik und Ontologie. Es sind Theorien mit großer Reichweite: über das Wesen des Menschen, den Sinn des Lebens und über Werte,

die Entstehung und die Geheimnisse der Welt, über sozialpolitische Annahmen sowie das menschliche Bewusstsein und Erkenntnisprozesse (Petzold 2003a, 383ff.; Waibel, Jakob-Krieger 2009, 3f.; Stefan 2020, 9).

Die Realexplikative (klinische) Theorie (middle range theories) beinhaltet die Bereiche der allgemeine Theorie der Psychotherapie, der Theorie der Psychotherapieforschung, Persönlichkeitstheorie, Entwicklungstheorie, Gesundheits- und Krankheitslehre sowie spezieller Theorien der Psychotherapie (insbesondere die Störungsspezifische Behandlungspraxis). Dieses Wissen ist unerlässlich für die Praxis, z. B. für die Indikationsstellung, die Interventions- und Methodenauswahl (Petzold 2003a, 383ff.; Waibel, Jakob-Krieger 2009, 3f.; Stefan 2020, 9).

Die Praxeologie (small range theories) umfasst die Lehre vom praktischen therapeutischen Handeln und von der Forschungspraxis, von der Theorie der Settings, der Institutionen und Felder (Petzold 2003a, 383ff.; Waibel, Jakob-Krieger 2009, 3f.; Stefan 2020, 9).

Die Praxis besteht aus Strukturen und Prozessen, welche von den Phänomenen zu den Strukturen zu den Entwürfen voranschreitet, theoretisch fassbar wird und in die Theorie zurückwirkt (Petzold 2003a, 383ff.; Waibel, Jakob-Krieger 2009, 3f.; Stefan 2020, 9). Praxis in Dyaden, in Gruppen und Netzwerken, Feldarbeit, „life“ Situationen, in Organisationen und Institutionen (Petzold 2003a, 65).

Die **Theorie** ist „*leiblich erfasste, mental durchdrungene und verkörperte Wirklichkeit*“ (Orth, Petzold 2017a; Petzold, Leeser, Klempnauer 2018, 43).

Die **Praxeologie** in Therapie und Kulturarbeit: „*ist die Wissenschaft von der Praxis als Umsetzung von Theorie in Handeln*“ (Orth, Petzold 2004; Petzold, Leeser, Klempnauer 2018, 337).

Praxis in Therapie und Agogik „*ist Gestaltung von der Welt, von zwischenmenschlichen Miteinander und die des eigenen Lebens*“ (Orth, Petzold 2015). Die Bereiche Praxeologie und Praxis verflechten und durchweben sich, deswegen können sie nicht immer scharf voneinander abgegrenzt werden (Orth, Petzold 2015; Petzold, Klempnauer, Leeser 2018, 611).

Für den konzeptuellen Rahmen des Implementierungsprozesses der Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur in die Integrative Therapie sind folgende **Theorien** von Bedeutung:

I. Metatheorien:

1. Die Erkenntnistheorie (phänomenologisch-struktural und hermeneutisch).
2. Die Anthropologie (existenzialistisch, intersubjektiv, ko-kreativ).

II. Realexplikative Theorien:

1. Allgemeine Theorie der Therapie (intersubjektivistisch, tiefenhermeneutisch, empirisch fundiert).
2. Persönlichkeitstheorie (entwicklungsbezogen-relational, polylogisch).
3. Entwicklungstheorie (synoptisch: interaktional, ökologisch, lebenslaufbezogen).
4. Gesundheits- und Krankheitslehre (kontextbezogen, multifaktorell, prozessual).
5. Spezielle Theorie der Therapie (mehrperspektivistisch, systematisch-heuristisch).

III. Praxeologie:

1. Prozesstheorie (differentiell, variabel).
2. Interventionslehre (multimodal, multilateral).
3. Methodenlehre (elastisch, pluriform, integrativ)
4. Theorie der Institutionen, Praxisfelder, Zielgruppen (systemisch, differentiell)

IV. Praxis:

1. Die Institution.
2. Das Setting.

3.3 Das komplexe Menschenbild und die Anthropologische Grundformel

„Menschen – Frauen und Männer – verfügen in ihrer Hominität, ihrem Menschenwesen, über körperliche, seelische, geistige Dimensionen und leben in sozialen und ökologischen Lebenskontexten und in einem Vergangenheits-Gegenwarts-Zukunfts-Kontinuum. Sie sind Leib-Subjekte in der Lebenswelt – subjects embodied and embedded, das macht ihre Menschennatur aus, die in beständigen Gestaltungsprozessen steht“ (Petzold 2011e, 3).

Das mehrdimensionale und zugleich integrative Menschenbild in der IT zählt mit seiner **„bio-psycho-sozial-ökologischen“** Ausrichtung zu den aktuellsten im gegenwärtigen psychotherapeutischen, gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Diskurs in dem der Mensch als ein Körper-Seele-Geist-Wesen im sozialen und ökologischen Kontext im Zeitkontinuum erfasst wird (Petzold 2003a).

„Der Mensch (...) wird im Integrativen Ansatz als Körper-Seele-Geist-Wesen gesehen, d .h. als Leib, als Leib-Subjekt, das eingebettet ist in die Lebenswelt, in ein ökologisches und ein soziales Kontext-Kontinuum, in dem es mit seinen Mitmenschen seine Hominität und eine Kultur der Humanität verwirklicht“ (Petzold 2003e).

Der Mensch ist ein multisensorisches, multiperzeptives und multiexpressives Wesen, das unterschiedlichste Sinneseindrücke von außen und innen empfängt und multiple Stimulierung, also vielfältige Anregungen, in der Zwischenleiblichkeit interpersonalen Beziehung, benötigt. Diese Anregungen führen zu multiexpressivem Verhalten und vielfältigen Ausdrucksmöglichkeiten in Sprache, Gesang, Bewegung, Mimik und Gestik, Musizieren, Malen, Tanzen, Poesie oder anderen künstlerischen Ausdrucksformen (Frohne-Hagemann 2001; Müller, Petzold 1997; Orth 2012; Orth, Petzold 1990c/2015); Peter-Boalender 1992; Petzold 1972, 1977, 1977c/2012, 1979, 1982, 1985, 1988n3,1992m/1993, 1993; Petzold, Orth 1990, 2017; Petzold, Leeser, Klempnauer 2019; Petzold, Sieper 1996; Willke 1991, 2007).

Die anthropologische Formel des Integrativen Ansatzes basiert auf verschiedenen Theoriemodellen und der Asklepiadischen Therapeutik (Petzold 1992m/1993). Auf dieser anthropologischen Formel aufbauend und entwickelt, geht es in der Integrativen Therapie mit ihren Methoden um den „**Leib als Subjekt**“, der in der „Lebensspanne“ eingewurzelt ist (embedded), der die Eindrücke der Welt verleiblicht hat (embodied) und so lange er lebt, „einleibt“. In all seinen leiblichen Bewegungsqualitäten – den motorischen, emotionalen, volitionalen, kognitiven, aktionalen durchschreitet das bewegte und bewegende Leib-Subjekt in seiner ganzen „Körper-Seele-Geist-Realität“ die „Lebenswelt“, soziale und ökonomische Räume, in der es mit den wichtigen Menschen seines „Konvois“ als ko-existierendes Wesen unterwegs ist (Petzold 2003a; Petzold 2011e).

Der Mensch gilt dabei als Wahrnehmender, Fühlender, Erinnernder, Denkender, Handelnder und als ein – in ständigen Metamorphosen begriffener (Petzold, Orth 1990c/2015) – lebendig sich wandelndes Wesen.

In diesem Zusammenhang spezifiziert Petzold fünf Zugangsweisen zum Menschen, die das Leib-Konzept und das biopsychosoziale Modell der Integrativen Therapie verdeutlichen: Körper, Seele, Geist, sozialer Kontakt, und ökologischer Kontext (Petzold 2000j; 2003a):

- **Der Körper/Soma/Organismus** wird definiert als die Gesamtheit aller physiologischen (biologischen, biochemischen, bioelektrischen) Prozesse des Organismus nebst der im genetischen und physiologischen (immunologischen) Körpergedächtnis als differentielle Information festgehaltenen Lernprozesse und Lernergebnisse/Erfahrungen, die zur Ausbildung kulturspezifischer *somatomotorischer Stile* führen. Für die Praxis bedeutet dies, dass die Dimension des Körpers, die körper- bzw. leibtherapeutische Behandlungsansätze zur Beeinflussung körperlicher Prozesse wie z. B. Verspannungen, Stressphysiologien, Erschöpfungszustände verlangt, z. b. durch Atem-, Bewegungs-, und Lauftherapie (*Hausmann, Neddermeier 2003; Petzold 2003a; Höhmann-Kost 2002, 2018*) mit dem Ziel der Förderung integrierter Leiblichkeit und leiblicher Bewusstheit/body awareness;
- **Die Seele/Psyche** wird definiert als die in körperlichen Prozessen gründende Gesamtheit aller aktuellen Gefühle, Motive/Motivationen, Willensakte und schöpferischen Impulse, nebst den durch sie bewirkten und im „Leibgedächtnis“ (neocortikal, limbisch, reticulär, low-level-neuronal) archivierten Lernprozessen und Erfahrungen und den auf dieser Grundlage möglichen Antizipationen (Hoffnungen, Wünsche, Befürchtungen). All dieses ermöglicht als *Synergem* das Erleben von Selbstempfinden, Selbstgefühl und Identitätsgefühl und führt zur Ausbildung kulturspezifischer *emotionaler Stile*.
Die Dimension des Seelischen verlangt psychotherapeutische Behandlungsansätze zur Beeinflussung seelischer Prozesse an der „Schnittstelle“ des Emotionalen und Kognitiven: Stimmungsprobleme, Negativkognitionen, Affektregulation, emotionale Differenziertheit, Entscheidungs- und Willenskraft, Selbstregulation, Selbstverwirklichung, Kreativität und Empathie (*Petzold, Sieper 2008*). Methoden aus der emotionsorientierten Gestalttherapie, dem kreativitätsfördernden Psychodrama oder der Imaginationsarbeit, die die Integrative Therapie aufgenommen hat (*Petzold 2003a*) und mit ihren eigenen Ansätzen der Arbeit mit kreativen Medien verbunden hat, sind hier erforderlich (*Petzold, Orth 1990; Petzold, Sieper 1996*). Ziel ist die Förderung eines integrierten emotionalen Erlebens und Lebens und eines komplexen Bewusstseins/complex awareness & consciousness;
- **Der Geist/Nous** wird definiert als die Gesamtheit aller neurophysiologisch gegründeten *kognitiven bzw. mentalen Prozesse* mit ihren personenspezifischen,

aber auch kulturspezifischen *kognitiven bzw. mentalen Stilen* und den durch sie hervorgebrachten *Inhalten: individuelle* (z. B. persönliche Überzeugungen, Glaubenshaltungen, Werte) und *kollektive* (Güter der Kultur, Wertesysteme, Weltanschauungen, Religionen, Staatsformen, Strömungen der Kunst und Ästhetik, der Wissenschaft und Technik), nebst der im individuellen zerebralen Gedächtnis und der im kollektiven, kulturellen Gedächtnis (Bibliotheken, Monumenten, Bildungsinstitutionen) archivierten gemeinschaftlichen Lernprozesse, Erfahrungen und Wissensbestände sowie der auf dieser Grundlage möglichen antizipatorischen Leistungen und Perspektiven (Ziele, Pläne, Entwürfe, Visionen). All dieses ermöglicht im *synergetischen* Zusammenwirken Selbstbewusstheit, persönliche *Identitätsweisheit*, d. h. *Souveränität* und das individuelle Humanbewusstsein als Mitglied der menschlichen Gemeinschaft an *Kulturen* zu partizipieren: der Kultur des Volkes, einer Region, aber auch an der mundanen Kultur und ihren „sozial repräsentierten Wissensständen“ sowie an einem „übergeordneten Milieu generalisierter Humanität“ teilzuhaben. Geist wird als bewusst, also reflektierend/interpretierend und reflexionsfähig/sinnschöpfend gesehen, als kasual, als begründetes Handeln ermöglichend und dieses evaluierend und wertend, sowie als regulativ fungierend, z. B. Bedürfnisse steuernd und soziale/politische Erfordernisse entscheidend. Die Dimension des Geistigen verlangt einerseits kognitive Behandlungsansätze zur Beeinflussung kognitiver Prozesse, z. B. negative oder dysfunktionale Kognitionen, Attributionsstile, Kontrollüberzeugungen durch Methoden kognitiver Therapie, der Gedankensteuerung, der gelenkten Imagination (*Petzold 2003a*), die schon früh in der Integrativen Therapie praktiziert wurden. Andererseits – weil der Begriff des Geistigen mit Blick auf seine Inhaltsdimensionen und die kulturellen Phänomene „kollektiver Geistigkeit“ breit zu fassen ist – werden Wege der Behandlung erforderlich, die sich mit Fragen des Lebenssinnes, der Werte (z. B. Altruismus, Konvivialität), der Ästhetik mit existentiellen Problemen, Grenzerfahrungen, religiösen Fragestellungen, ontologischen Erfahrungen befassen. Angesagt sind Formen der philosophischen Therapeutik – des (sokratischen) Sinngesprächs, der (stoischen) Gewissensarbeit (*Petzold 2003a*). Wichtig werden können auch Wege der ästhetischen Erfahrung, der „narrativen Praxis“ (*Petzold 2003a*), der meditativen Besinnung und Betrachtung. Das alles wird unter dem Begriff „Nootherapie“ (*Petzold 2003a*) zusammengefasst als Behandlung noetischer Probleme (von griechisch *vouç* = Geist). Medita-

tionstechniken, Arbeit mit kreativen Medien, Erzähl- und Poesie-therapie, philosophische Reflexion (*Petzold, Orth* 1990) werden von der Integrativen Therapie in diesem Kontext in verschiedenen Kombinationen verwandt (*Petzold, Orth* 1990; *Petzold* 2003a), weil kognitive, emotionale und körperliche Ebenen – d.h. personale Leiblichkeit – angesprochen werden müssen. Ziele sind eine optimale kognitive Selbststeuerung, persönliche Souveränität (*Petzold, Orth* 1998/2014), klare Wertorientierung als eine integrierte Existenz mit einem hyperexzentrischen Klarbewusstsein und einer Sensibilität für ontologische Erfahrungen/hyperconsciousness, ontological sensitivity;

- **Das soziale Umfeld** als die Gesamtheit aller sozial-kommunikativen Prozesse mit Anderen. Die Dimension des Sozialen ist mit allen vorangehenden verbunden (*Petzold* 1988n3), weil Leiblichkeit als Zwischenleiblichkeit (Sexualität, Zärtlichkeit, Körpersprache, Rollenverkörperung, social body etc, vgl. *Petzold* 1988n3), als in Polylogen – nach vielen Seiten hin sprechender und handelnder - Leib geliebt wird, weil zentrale Bereiche der Emotionalität konfiguratativ sind (Aggression/Angst, Sicherheit/Vertrauen usw.), weil Geistigkeit an „kollektive mentale Repräsentationen“, „social worlds“, kulturelle Prozesse rückgebunden ist. Das zeigt sich auf der Mikroebene auch im Klima, in der Kultur, im Lifestyle sozialer Netzwerke, in denen sich „soziale Repräsentationen“, in „social worlds“ - das sind gemeinsam geteilte Weltsichten niederschlagen. Soziotherapeutische Interventionen sind darauf gerichtet, derartige kollektive mentale Repräsentationen in Gruppen und Netzwerken zu beeinflussen, durch Netzwerktherapie Ressourcen zu aktivieren, durch Familientherapie Familienpathologien zu verändern und Familienklimata und –interaktionen zu verbessern (*Petzold* 2003a). Ziele sind die Reduktion von Entfremdung und Bestärkung von Beziehungsfähigkeit und Zugehörigkeit, die Realisierung integrierter sozialer Bezüge, die Förderung von sozialem Engagement, eines Eintretens für Gerechtigkeit und eines kultivierten Altruismus auf der Grundlage sozialen Bewusstseins/social awareness & consciousness;
- **Das ökologische Umfeld** - als die Gesamtheit der Aspekte, die „Lebenswelt“ ausmachen wie der Wohn- und Lebensbereich (*Petzold* 2003a). Die Ebene des Ökologischen kann in Zeiten ökologischer Katastrophen einerseits und ökologischer Sensibilisiertheit andererseits nicht ausgeblendet werden. Die Ergebnisse

der mikroökologischen Konzeptualisierung zeigen die Bedeutung „persönlicher Ökologien“ für die Gesundheit, das heisst einer „Ökopsychosomatik“ (Petzold, Orth 1998/2014; Petzold 2018c). Ökotherapie zielt in der Mikroebene auf die Gestaltung des persönlichen Wohn- und Lebensraumes in Wohn- und Arbeitssituation zur Stressreduktion, Steigerung des Wohlbefindens, zur Beseitigung der Wirkung von Umwelttoxinen wie z. B. Lärm, Hitze, Geruch und in der Makroebene auf die Förderung des Engagements und der Verantwortung in einer „ökosophischen“ Haltung (Petzold 2002a, 407) für unsere mundane Ökologie, die unser Lebensraum ist. Es geht also um den Aufbau integrierter ökologischer Bezüge und einer ökologischen Bewusstheit/ecological awareness (nach Petzold 1988n3, 188).

Der MENSCH ist ein	BEREICHE	INSTRUMENTE	ZIELE
KÖRPER-	Körpertherapie	Integrative Bewegungs- u. Tanztherapie, thymopraktische Leib- und Atemtherapie, Expression Corporelle, IDR Diätetik	<i>Integrierte Leiblichkeit</i> Gewinn von Mitte, Gesundheit, Sensibilität, Spannkraft, Anmut, Kongruenz innerer und äußerer Haltung – body awareness
SEELE-	Psychotherapie	aktive Analyse, narrative Praxis, Gestalttherapie, Psychodrama, intermediale Kunstpsychotherapie	<i>Integrierte Emotionalität</i> Gewinn an Selbstregulation, Willenskraft, Selbstverwirklichung, Spontaneität, Kreativität, Empathie, emotionaler Flexibilität u. Differenziertheit – complex awareness & consciousness
GEIST- WESEN (= Leib-Subjekt) im	Nootherapie	Meditative Wege der Besinnung, Betrachtung, Versenkung, dialogisches Sinngespräch, kreative Medien	<i>Integrierte Existenz</i> Gewinn von Positionen zu den Fragen nach Lebenssinn u. -zielen, nach Werten, der Liebe, dem Tod, der Transzendenz – ontological awareness & consciousness
SOZIALEN und	Soziotherapie	Netzwerktherapie, Soziodrama, Familientherapie, Selbsthilfegruppen, Wohngemeinschaften, Projektarbeit	<i>Integrierte soziale Bezüge</i> Gewinn von tragfähigen sozialen Netzwerken, Freundschaften, Familien, von vielfältigen „social worlds“, Reduktion von Entfremdung – social awareness & consciousness
ÖKOLOGISCHEN KONTEXT UND KONTINUUM (= Lebenswelt)	Ökotherapie	Interventionen auf der Mikro-, Meso-, Makro- u. Megacbene, environmental modelling, Projektarbeit	<i>Integrierte ökologische Bezüge</i> Bewahrung und Gestaltung des Wohn- und Lebensraumes – ecological awareness & consciousness

Abb. 3: Das komplexe anthropologische Modell der Integrativen Therapie und seine Praxeologie (Petzold 2003a, 27)

Diese therapeutischen Umsetzungskonsequenzen, die aus einer differentiellen und integrativen Anthropologie wie der oben umrissenen folgen, zeigen - blickt man auf das Faktum, dass auf all diesen Ebenen pathogene Schädigungen eintreten können – die Notwendigkeit „komplexer Perspektiven“ (Petzold 1988n3, 188).

Die Integrative Therapie betont die Neuroplastizität des Gehirns - das menschliche Gehirn ist bis das hohe Alter veränderbar (wie die Vernetzungen von Synapsen im Gehirn neu geknüpft werden können, die Nervenzellen können sich vergrößern und sich in manchen Regionen sogar neu bilden) (Altenmüller in Stegemann 2018, 13) - und zeichnet sich dadurch durch den „**lifespan developmental approach**“ - „**einen hochkomplexen Prozess der Veränderung auf der biologischen, psychischen, sozialen ökologischen und geistigen Ebene**“ aus (Petzold 2003a, 69; Sieper 2007c/2018). So entwickelt sich das Leibsubjekt entsprechend der Persönlichkeits- theorie des Integrativen Ansatzes im Laufe des gesamten Lebens (Petzold 2003a, 570f.), wobei neben Tendenzen zu Selbstaktualisierung Impulse zur Entwicklung des Menschen aus dem sozio-ökologischen Kontext (Petzold 2003a) zum Tragen kommen – „**interacting Leib - embodied and embedded**“ (Petzold, Sieper 2012a).

Die Entwicklung von Gesundheit und Krankheit wird somit auch „multifaktoriell und lebenslaufbezogen“ (Petzold 2002b/2006, 47) betrachtet. So gilt es nach Petzold (2003a, 70) beim Blick auf die Entwicklung eines Menschen Risikofaktoren, protektive Faktoren und Resilienzen, gesundes Verhalten, Salutogenese, Ressourcenperspektiven, Ketten positiver, negativer und defizitärer Ereignisse, positive Vergangenheitseinflüsse (Propulsoren), unterstützende Gegenwartskräfte (Generatoren), Ziele und positive Zukunftsaussichten (Attraktionen) und entsprechend auch Negativeinflüsse und Belastungsfaktoren zu berücksichtigen (Petzold 2003a, 70). Folglich geht die Integrative Therapie von einer karrierebezogenen Gesundheits- und Krankheitstheorie aus (Petzold 2003a).

Das expressive Vermögen des Leibes und die Kunstformen werden wiederum die Basis für spezifische therapeutische Zugänge und *Therapiemethoden*, die im Verfahren der „Integrativen Therapie“ auf dem Hintergrund der Anthropologie, Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie, Krankheitslehre und Gesundheitslehre, Prozessmodelle und Praxeologie indikationsspezifisch je für sich „differentiell“, d. h. „*intra- bzw. intermedial*“ kombiniert, eingesetzt werden als „**Integrative Therapie mit Kreativen Medien**“ (Petzold, Sieper 1996).

3.4 Die Integrative Therapie als intermediale Kunstpsychotherapie

„Integrative Therapie mit kreativen Medien als intermediale Kunstpsychotherapie ist die Behandlung somatisch, psychisch, psychosomatisch und psychosozial kranker Menschen in ihren sozialen Netzwerken und sozialen Welten mit künstlerischen Methoden und Medien durch theoriegeleitete Beeinflussung von Haltungen und Verfahren, die Förderung von Kreativität und Phantasie sowie die Konstituierung von „Sinn“ als leiblich-konkreter, sinnenhafter Erfahrung und Aneignung der eigenen Lebensgeschichte, ko-kreative Gestaltung der Lebensgegenwart und der persönlichen Zukunftsentwürfe im Rahmen des intersubjektiven Prozesses einer therapeutischen Beziehung. Die Methode ist darauf gerichtet, mit klinisch erprobten und empirisch abgesicherten Behandlungsstrategien und -techniken beschädigte Subjektivität zu restituieren, persönliche Potenziale zu entwickeln und eine intersubjektive Lebenspraxis zu ermöglichen durch die Förderung der perzeptiven, expressiven, memorativen und kommunikativen Fähigkeiten des Menschen vermittels eines breiten Spektrums an Formen künstlerischen Ausdrucks in intermedialer Arbeit, die Verbalität und Nonverbalität, Leib, Sprache und Phantasie verschränkt. Grundlage bildet der metatheoretische, theoretische, praxeologische und empirische Fundus der Integrativen Therapie.“ (Petzold, Orth, Sieper 2019b, 3)

Die "**intermediale Arbeit mit kreativen Medien und Methoden**" die auf den Metatheorien und der Praxeologie der Integrativen Therapie aufbaut, ist das gemeinsame Lebenskunstwerk - ein Beitrag zum Gesamtfeld der Psychotherapie - von **Hilarion G. Petzold, Ilse Orth und Johanna Sieper** (Petzold, Orth, Sieper 2019b, 2). Als intermediale Kunstpsychotherapie ist sie für Behandlung somatisch, psychisch, psychosomatisch und psychosozial kranker Menschen in ihren sozialen Netzwerken und sozialen Welten mit **künstlerischen Methoden und Medien** konzipiert.

Mit "kreativen Medien" wurde in der Integrativen Therapie seit den Anfängen 1965 in ihrer beziehungsorientierten, therapeutischen und agogischen Praxis **intermedial** und **erlebnisaktivierend** auf der Grundlage von **Ko-kreativität** und **Konflux** gearbeitet.

Die Methode ist darauf gerichtet, mit klinisch erprobten und empirisch abgesicherten Behandlungsstrategien und -techniken beschädigte Subjektivität zu restituieren, persönliche Potentiale zu entwickeln und eine intersubjektive Lebenspraxis zu ermöglichen. Das breite Spektrum an Formen des künstlerischen Ausdrucks in

intermedialer Arbeit fördern die perzeptive Wahrnehmung, den expressiven Ausdruck, den memorativen (Biographie) und reflexiven Leib (Selbstbewusstheit) sowie die kommunikativen Fähigkeiten des Menschen.

Die Persönlichkeit als Ganze wird in den Blick genommen. So werden z. B. für je eingegrenzte Indikationsbereiche spezifische Interventionen entwickelt, die es erlauben, unter Verwendung etwa von Wachsmalkreiden, flüssigen Farben, Ton, Maskenarbeit, Imagination, Musik, Poesie, Skulpturen, Photographien, Szenischem Spiel und Bewegungsimprovisationen einen sehr lebendigen Zugang zu bewussten oder bewusstseinsnahen Geschichten, aber auch zu dissoziierten, verdrängten, bewusstseinsfernen *Narrativen* und ihren Inhalten zu schaffen. Was Menschen über ihre verbale *Narration* hinaus mit Hilfe "kreativer Medien" aus sich heraus schaffen, ist natürlicher Ausdruck und gleichzeitig immanente Interpretation ihres Erlebens.

Die kreativen Techniken, Methoden und Medien ermöglichen - eingebettet in ein intersubjektiv orientiertes Auslegungsverfahren schon im anamnestischen Prozedere ein natürliches Evidenzerleben bezüglich der dargestellten, angesprochenen und aufgedeckten Inhalte. Auch Therapieziele lassen sich hier ableiten. *Medien* ermöglichen Patienten durch die bildhafte Plastizität und Vergegenständlichung psychischer Inhalte in der Regel einen höheren Grad an *Exzentrizität* und *Mehrperspektivität* gegenüber sich selbst und ihren "Themen". Sie erfüllen darüber hinaus eine vermittelnde bzw. "intermediäre Funktion" (*Petzold, Osten* 1998, 126f.).

Das Ziel ist es das "**multisensorische**" und "**multimnestische**" **Leib-Subjekt** mit all seinen exterozeptiven und viszeralen-interozeptiven Sinnen und in all seinen Gedächtnisarealen anzuregen:

„Deshalb arbeiten wir in einer beziehungsorientierten und aktiven Weise mit Hilfe von Methoden, die neue Erfahrungen fördern (therapeutisches Malen, Musik, Poesie, Imagination, Bibliodrama, insgesamt also mit kreativen Medien in einer kreativen Therapie“. (*Petzold, Orth, Sieper* 2019b, 1).

Das Medium als Selbstaussdruck der Person vermag dieser durch die nichtintendierten Anteile der Ladung Aufschluss über sich selbst zu geben. Wenn z. B. das Medium Ton dadurch geladen wird, dass es zu einer Plastik gestaltet wird, so vermag der Hersteller in der Aussage seines Tongebildes Anteile seiner selbst zu entdecken, die er neben der intendierten Information hineingegeben hat. Das Medium vermittelt ihm also selbst Informationen, die zuvor nicht zugänglich waren. Auf diese Weise kann

über den Ausdrucksaspekt des Mediums eine Kommunikation des Herstellers mit sich selbst geschehen, und es entsteht ein kommunikatives Feld. Praktisch alle künstlerische Gestaltungen können auf diesem Hintergrund betrachtet werden. Der Maler gibt in sein Bild eine Aussage hinein, die für andere Menschen bestimmt ist, die aber auch für ihn selbst bedeutungsvoll werden kann und im Prozess des Entstehens seines Bildes wird sein Selbstaussdruck ihm immer wieder neue Information übermitteln, die die Darstellung entfaltet und vorantreibt.

Die Betrachtung von Medien unter dem Aspekt von Kommunikation und Ausdruck erschließt insbesondere für das Verständnis von Material-Medien (Ton, Collagen, Farben, Musik usw.) wichtige Aspekte wie den der Autokommunikation, d. i. der Dialog mit sich selbst über ein Medium, oder der projektiven Produktion, d. i. das Zutagekommen von »unbewußten«, nichtintendierten Ladungsanteilen aus der eigenen Persönlichkeit über das Medium (*Petzold* 1977c/2012, 3).

Intermediale Arbeit setzt bei den leiblichen Sinnes- und Ausdrucksvermögen an. Sie ist darauf gerichtet, Sinn aus der unmittelbaren Erfahrung zu konstituieren, und das ist zunächst einmal die Erfahrung im zwischenmenschlichen Bereich, die Erfahrung des "Du", des "Anderen". So ist der integrativen Ansatz stringent an der "Intersubjektivitätstheorie" ausgerichtet (*Petzold et al.* 2019, 3).

3.4.1 Die Musik als kreatives Medium

„[...] die Musik (ist) eine hervorragende psychische Kraft, eine dem Seelenleben und dem Ausdruckswillen zugleich entspringende Kraft, die durch ihre anregende und ordnende Gewalt unsere sämtlichen vitalen Funktionen zu regeln vermag.“ (Jaques-Dalcroze 1994, 75)

Musik und ihre heilende Kraft spielen im Leben aller Völker und in allen Kulturen eine wesentliche Rolle. Die Wirkungen von Klängen und Rhythmen sind menschliche Urerfahrungen (*Decker-Voigt* 1999; *Becker* 1996, 2009, 2021, 365). Musik galt bei Krankheiten aller Art zu allen Zeiten als ein Heilmittel. *Giovanni Pico della Mirandola* (1557) beschreibt die Wirkung der Musik, die sich aus der engen Beziehung von Körper und Seele ergibt, folgendermaßen:

„Die Medizin heilt die Seele auf dem Wege über den Körper, die Musik aber den Körper auf dem Wege über die Seele.“ (Kümmel 1977, 411)

Die Geschichte der Musik ist mit der Geschichte der Menschheit untrennbar verbunden. Die Bedeutung von Musik für das menschliche Leben ergibt sich, historisch betrachtet, sowohl aus der Geschichte des einzelnen Menschen (Ontogenese) als auch der Menschheit als Ganzes (Phylogenese), (vgl. *Alvin* 1984, 23; *Schmölz* 1987, 42; *Regner* 1988, 133; *Timmermann* 1994, 69; *Hesse* 2003, 3; *Becker* 2021, 365). Ihre Anwendung zu therapeutischen und medizinischen Zwecken ist inzwischen selbstverständlich und wissenschaftlich belegt. Es gibt Darstellungen aus der Frühzeit auf den musizierende und tanzende Menschen zu sehen sind. Musizieren und Tanzen oder Bewegung zur Musik als zeremonielle und kultische Handlungen, Heilungsrituale, Arbeitsleben und Politik waren eng miteinander verbunden. Musik ist stets mit Bewegung gekoppelt, z. B. in bestimmten Lebensphasen, wenn die Mutter ihrem Kind ein Wiegenlied vorsingt, wird sie es in um die Wirkung des Liedes zu verstärken, wiegen oder schaukeln. Der Trauermarsch - eine Musik, die den letzten Weg des Menschen begleitet – drückt sich in langsamen, majestätischen Bewegung aus (*Nöcker-Ribaupierre* 2002, 30). Musik ist Bedeutungsträger für persönliche Erfahrungen. Das Hören und Spielen und Gestalten von und mit Musik lösen deshalb bei PatientenInnen Gedanken, Emotionen und Erinnerungen aus. Musik erinnert an Situationen die mit Menschen, Orten und Zeiten verbunden sind (*Nöcker-Ribaupierre* 2002, 37). Und diese Erinnerungen sind mit Gefühlen verbunden, leiblich spürbar und im Leib gespeichert.

Es ist schwierig, die physiologischen und psychologischen Wirkungen der Musik zu trennen. Durch die Jahrhunderte gab es verschiedene Auffassungen und Schulen bei Philosophen, Ärzten und Musikern, die zu erklären versuchten, in welcher Weise Musik auf den Menschen wirkt. Sie schwankten zwischen zwei Theorien: einige glaubten, dass die Musik in erster Linie die Gefühle anspricht und Stimmungen erzeugt, die wiederum auf den Körper wirken und andere stellten sich den Vorgang umgekehrt, vom physiologischen zum seelischen Musikerlebnis (*Alvin* 1984, 65).

Die ersten Untersuchungen über die Wirkung von Musik fokussierten die Analyse von körperlichen (biologischen, chemischen und physiologischen) Prozessen, wie Pulsschlag, Blutdruck, Sauerstoffverbrauch, Hautwiderstand oder Muskelspannung als Reaktion auf das Hören von bestimmten Musikwerken. Damals ging man davon

aus, dass durch die gezielte Auswahl von Musikstücken sich eine Möglichkeit erschließen würde, eine Art "musikalische Apotheke" zu erstellen, in der bestimmter Musikwerke, konkrete Wirkung erzielen. Die naturwissenschaftliche Erforschung von der Wirkung der Musik zeigte aber widersprüchliche Ergebnisse. Aus dieser funktionalen Wirkung von Musik entwickelte sich zuerst in den USA und dann in Deutschland und anderen europäischen Ländern das Fach Musik-Medizin (Nöcker-Ribaupierre 2002, 32), welcher in dieser Arbeit nicht berücksichtigt wird.

„Die Musik wendet sich an den ganzen Menschen, an seinen Körper und sein Gefühl, an seine Intelligenz und seinen Geist“ (Alvin 1973, 75).

Musik berührt das Seelenleben jedes Menschen und wirkt auf die Dynamik seines körperlichen/leiblichen - somit des emotionalen - Erlebens. Musik in der Musiktherapie dient der Kommunikation, der Kontaktetablierung, dem emotionalen und körperlichen/leiblichen **Ausdruck**, ermöglicht den affektiven Austausch und die Affektregulierung (Hegi 1998, 2001; Langenbach 1998, 22; Gindl 2002, 254; Nöcker-Ribaupierre 2002, 37; Schumacher 1994, 2000c).

„Menschen werden durch Klänge angerührt, bewegt und geheilt“ (Nöcker-Ribaupierre 2002, 38).

Die psychologische und physiologische Wirkung von Musik auf den Menschen, die die Grundlage von Musiktherapie bildet, wurde aus unterschiedlichen Perspektiven mehrfach und ausführlich beleuchtet und beschrieben*.

*In alphabetischer Reihenfolge: Alvin 1973, 1984, 1988; Becker 1996, 2009, 2021; Benenzon 1983; Brunner-Danuser 1984; Bruscia 1998; Brzozowska-Kuczkiewicz 1991; Bunt 1998; Bunt, Stige 2014; Chominski, Lissa 1957; Cubasch 1997; Decker-Voigt 1991, 1995, 1999, 2001; Decker-Voigt, Oberegelsbacher, Timmermann 2008; Engert-Timmermann, Timmermann 1997, 2001; Frohne 1976, 1981, 1983, 1985, 1986; Frohne-Hagemann 1996a, 1996b, 1996c, 2001; Frohne-Hagemann, Pleß-Adamczyk 2005; Gindl 2000, 2002; Hegi 1996, 1997, 1998, 2001; Hegi-Portmann 2001; Hegi-Portmann, Lutz Hochreutener, Rüdüsüli-Voerkerl 2006; Hesse 2003; Jaques-Dalcroze 1994; Jacoby, Ludwig 1995, 2004; Keller 1975; Keller, Oberborbeck, Regner 1996; Kohler 1971; Kraus 2002; Langenbach 1998; Loos 1994, 1995, 1996a, 1996b; Loos, Eibach 1983; Mahns 1984; Möller 1971; Müller, Petzold 1997; Nöcker-Ribaupierre 1995, 2002; Nöcker-Ribaupierre, Münzberg 1999; Nöcker-Ribaupierre, Zimmer 2004; Nygaard Pedersen 2002a; Orff 1976; Orff, G. 1974, 1976, 1984; Pahlen 1973; Petzold 1979; Plahl, Koch-Temming 2005; Priestley 1975, 1980, 1983, 1982, 1994; Regner 1989; Salmon, Schumacher 2001; Scheiblauer 1973; Schmölz 1982; Schumacher 1994, 1995, 1999, 2000a; 2000b; 2000c; Schumacher, Muthesius, Frohne-Hagemann 2004; Smeijsters 1994, 1999; Stegemann 2018; Storz, Oberegelsbacher 2001; Strobel, Huppmann 1997; Strobel, Timmermann 1990; Timmermann 1987, 1994, 2004, 2008, 2012; Toch 2005; van Deest 1997; Wärja-Danielsson 1999; Wolfgart 1978; Wigram, Nygaard Pedersen, Bonde 2002; Zimmer 2006; Zur Lippe 1997.

Eine umfassende methoden- und schulenübergreifende Definition von Musik hat im Jahr 1998 die Vereinigung deutscher Musiktherapieverbände, die Kasseler Konferenz, in den Kasseler Thesen formuliert:

„These 4

Musik ist vom Menschen gestalteter Schall. Als akustisches, zeitstrukturierendes Geschehen ist sie Artikulation menschlichen Erlebens mit Ausdrucks- und Kommunikationsfunktion. Sie befindet sich im dialektischen Spannungsfeld individueller – körperlicher, psychischer, spiritueller, sozialer – und gesellschaftlich-kultureller Bedingungen und ist dort wirksam. Musik wird zum subjektiven Bedeutungsträger über den Prozess des Wiedererkennens interiorisierter Erfahrungen, die im Zusammenhang der Menschheitsgeschichte, dem Enkulturationsprozess und der aktuellen Situation stehen.

Zu »gestaltet«

Bei der musikalischen Gestaltung werden Töne, Klänge und Geräusche in übergreifende rhythmische, melodische und harmonische Sktrukturzusammenhänge gebracht. Dieser Vorgang ist die Grundlage aller künstlerischen Schaffensprozesse in der Musik. Gestaltung schließt auch unbeabsichtigte Schallergebnisse ein, sofern diese vom Rezipienten als bedeutsam wahrgenommen werden.

Zu »Schall«

Schall ist Bezeichnung für die hörbaren Schwingungsvorgänge und schließt die Begriffe Ton und Klang als Phänomene universaler harmonikaler Gesetzmäßigkeiten und den Begriff Geräusch mit ein.

Zu »zeitstrukturierend«

Musik beinhaltet Erfahrungen von und mit der Zeit.

Zu »Artikulation«

Diese Artikulation ist nonverbal und präverbal (...)“ (Kasseler Konferenz 1998, 232ff).

Beim Musizieren werden:

„Die Sinne – Ohr, Auge, Tastsinn-, die Nervenbahnen, der Intellekt, Imagination und Phantasie, der Körper, der in kleinen und größeren Bewegungen den Vorstellungen und Forderungen nachzukommen versucht (...) geübt. Sie wirken zusammen. Im vollendeten Zusammenspiel ergeben sie eine vollendete Musik“ (Regner 1988, 16).

In der Musik, insbesondere beim und durch das Musizieren werden Stimmungen und Körpergefühle - leibliche Regungen - artikuliert und gestaltet.

3.5 Der komplexe Leib-Begriff des Integrativen Ansatzes

In diesem Kapitel wird ein Versuch unternommen den komplexen Leib-Begriff des Integrativen Ansatzes zu erfassen. Als erstes erfolgt eine historisch-genealogische Skizze, die den Weg des Leibes, der Leiblichkeit und des Leib-Begriffs in die Integrative Musiktherapie aufzeichnet.

3.5.1 Der Leib-Begriff in der Integrativen Musiktherapie. Eine genealogische Skizze

Phänomenologie ist ein Oberbegriff für Erscheinungslehre und Wesensforschung. Philosophen wie *Hans-Georg Gadamer, Wilhelm Friedrich Hegel, Edmund Husserl, Max Scheler* und *Martin Heidegger* beschäftigten sich mit ihren Abzweigungen (*Apel, Ludz 1976, 18f.*).

Die für die Integrative Musiktherapie relevanten philosophischen Erkenntnisse stammen vorwiegend von *Frederik Jacobus Johannes Buytendijk, Gabriel Marcel, Maurice Merleau-Ponty* und *Hermann Schmitz* (*Frohne-Hagemann 2001b*).

Phänomenologie geht davon aus, dass alle Probleme durch Wesensbestimmungen gelöst werden können: als Bestimmung des Wesens, der Wahrnehmung und des Wesen des Bewusstseins. *Merleau-Ponty* formulierte:

„Phänomenologie ist Transzendentalphilosophie, die die Thesen der natürlichen Einstellung, um sie zu verstehen, außer Geltung setzt – und doch eine Philosophie, die lehrt, daß Welt vor aller Reflexion und unveräußerlicher Gegenwart `je schon da‘ ist, eine Philosophie, die auf nichts abzielt, als

diesem naiven Weltbezug nachzugehen, um ihm endlich eine philosophische Satzung zu geben. (...) sie ist Besinnung auf Raum, Zeit und Welt des „Lebens“. Sie ist der Versuch einer direkten Beschreibung aller Erfahrung (...)“ (Merleau-Ponty 1966, 3).

Das psychologische Interesse französischer Phänomenologen betont die Bedeutung menschlicher Existenz, welche im Fokus ihrer phänomenologischen Aufmerksamkeit liegt. Als Erster, der die menschliche Existenz in seinen psychologischen und anthropologischen Schriften anvisiert, gilt *Max Scheler* (1874-1928).

Anthropologische Phänomenologen wie *Hans-Georg Gadamer* (1900-2002) und *Maurice Merleau-Ponty* haben das neue Konzept vorbereitet: Ausgangspunkt ist die Leibese Erfahrung und Sinneserfahrung als ganzheitlicher Prozess. Der Wahrnehmungsvorgang ist ein aktiver: das wahrnehmende Subjekt konstituiert durch seine Intention das wahrgenommene Objekt mit. Die statische Objekt-Subjekt-Spaltung wird durch eine dynamische Polarität von Identifizieren und Vergegenständlichen aufgehoben; dabei müssen phänomenologisch bestimmte Wahrnehmungskriterien gewahrt sein: Erkennen, Spezifität des jeweiligen Wahrnehmungsbereiches und Intentionalität. Bei konsequenter Anwendung dieser Wahrnehmungskriterien ergibt sich eine neue Gliederung der Wahrnehmungsbereiche. Zu den bisher bekannten Sinnen: dem taktilen und haptischen Tastsinn, dem Gleichgewicht, der Koenästhesie (Leibinnenwahrnehmung), der Bewegung (instrumentiert z.B. durch Muskelgruppen), dem Geruch, dem Geschmack, dem Gehör, dem Sehsinn, kommen nach dem neuem Konzept mindestens noch drei weitere Bereiche: Gestaltsinn (Wahrnehmung von Ganzheiten, die durch die Gestaltpsychologie des 20. Jahrhunderts beschrieben werden), der Bedeutungssinn (Wahrnehmung für Sinnhaftigkeit und Bedeutung eines Vorganges) und der personenbezogene Sinn (unmittelbare Wahrnehmung einer Person sowie einer individuellen Stilbildung z. B. in der Kunst). Die Phänomenologen versuchen, die lebendige Beziehung zwischen Natur und Bewusstsein wiederherzustellen (*Zundel, Zundel* 1991, 196). Stets handelt es sich um die Integration des Menschen in seiner Leib-Seele-Geist-Einheit in Verbindung mit seinem Umfeld. Der Mensch handelt immer als ganze Person.

Nach *Marcel, Merleau-Ponty, Dürckheim, Buytendijk, Iljine* und *Petzold*, die auf der Grundlage des Existenzialismus und der Phänomenologie eine leiborientierte Anthropologie entwickelt haben (vgl. *Petzold* 1994, 8f.), liegt die Einheit des Subjekts

als Identität „*in seinem leibhaftigen Inderweltsein*“ (Frohne 1981, 36) im Sinn der „*Conditio Humana*“ von Plessner (Plessner 1983). Im Leib sind die Spuren der Geschichte, der Lebens-, Familien, Gattungs- und Kulturgeschichte eingepägt. In diesem Kontinuum bewegt sich der Mensch. Er steht aber auch im Kontext eines ökologischen Umfelds, er wird zu dem, was er ist, durch andere (Petzold 2003a).

Die Leibphilosophische Tradition hat Petzold aus zwei Richtungen beeinflusst. Leitfiguren der einen Richtung waren Leibphilosophen, wie *Friedrich Nietzsche* und *Michel Foucault*. Diese Linie hat den "objektivierten" Körper, den bestrafte, ausgegrenzten, verletzten, gefolterten, kriegstraumatisierten Leib, das Verhältnis von Körper und Macht analysiert. Die andere Linie kommt aus der Tradition der französischen, niederländischen und deutschen Phänomenologen wie Gabriel Marcel, der die Unterscheidung Körper-Sein und Körper-Haben begründete, *Pierre Ricoeur*, der Leib und Identität hermeneutisch erfasste, *Maurice Merleau-Ponty*, der den Wahrnehmungsleib mit der Welt verband, *Helmuth Plessner*, Protagonist der Exzentrizität, der bei *Frederik Jacobus Johannes Buytendijk* arbeitete und *Hermann Schmitz*, der mit seiner neophänomenologischen Leibtheorie einen klinisch höchst relevanten Beitrag leistete (vgl. Petzold 2005, 31f.).

Die Neue Phänomenologie ist eine vom Philosophen *Hermann Schmitz* in den 1960er Jahren eingeführte und seither stetig weiterentwickelte Variante der Phänomenologie. Sie ist als anwendungsorientierte Philosophie konzipiert (Schmitz 2010).

Grundlage der Neuen Phänomenologie ist die Wiederentdeckung der unwillkürlichen Lebenserfahrung, ausgehend von dem, was jeder Mensch vortheoretisch an seinem eigenen Leib spürt. Die Neue Phänomenologie untersucht die meist unbeachteten Phänomene der Lebenswelt. Diese Untersuchungen bilden den Ausgangspunkt für zahlreiche weitergehende Untersuchungen. Von grundlegender Bedeutung für all diese Bereiche ist die Theorie der Subjektivität.

Die phänomenologischen Einflüsse bilden theoretische Grundlagen der Integrativen Therapie, Leib- und Bewegungstherapie und der Integrativen Musiktherapie (Petzold 2003a, Frohne-Hagemann 2001b).

3.5.1.1 *Frederik Jacobus Johannes Buytendijk*

Frederik Jacobus Johannes Buytendijk (1887-1974) war Biologe, Anthropologe, Psychologe und Physiologe und Mitbegründer der psychologischen Anthropologie. Kein anderer Biologe hat so viel Wissen in biologischer Wissenschaft, in Forschung und Lehre verknüpft und gezeigt. Auf der Basis der Philosophie und Phänomenologie hat er die wissenschaftliche Physiologie beschrieben. Auf diese Art übersteigt Buytendijk die Grenzen der gegenwärtigen Studien über die Phänomenologie in Psychologie und Psychiatrie.

Wichtig für seinen Werdegang war der Kontakt mit *Max Scheler*, seinen Schülern und dem Umfeld, in dem sich Impulse der Phänomenologie mit Fragestellungen der Philosophischen Anthropologie, der Gestalttheorie, der theoretischen Biologie und der Verhaltensforschung verbanden. Er war seit 1918 mit Helmuth Plessner befreundet; einige Aufsätze verfassten sie zusammen. In den 1920er Jahren befreundete er sich mit *Viktor von Weizsäcker*.

Als wichtig für Buytendijks Denkweise erwies sich die Entwicklung der Phänomenologie in Frankreich, insbesondere die Theorie von Sein und Haben von *Marcel* und *Merleau-Pontys* Phänomenologie der Wahrnehmung (*Buytendijk* 1956, 365f.; *Spiegelberg* 1972, 283f.).

Buytendijks größtes Werk ist die „Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung“, eine Studie über die menschliche Bewegung und ihre Phänomene (*Buytendijk* 1956).

Buytendijks Allgemeine Bewegungslehre beeinflusste *Petzold*, *Frohne-Hagemann*, *Petzold* und *Schmitz* Seine Philosophie beeinflusste *Merleau-Ponty*. *Scheler* übernahm *Buytendijks* phänomenologischen Ansatz in seine philosophische Anthropologie.

3.5.1.2 *Gabriel Marcel*

Gabriel Marcel (1889-1973) war u.a. Lektor, Herausgeber, Autor, Musik-, Literatur und Theaterkritiker. Er studierte Philosophie an der Sorbonne.

Marcel's Bedeutung als Philosoph, Dramatiker und Kritiker liegt im Versuch, sich dem „Mysterium des Seins“ anzunähern. Er schafft intermediäre Übergänge in den Künsten, indem er Poesie vertonte und improvisierte. Musik, Drama und Philosophie gingen – seines Erachtens - miteinander verwobene Wege. Wie *Camus* und *Sartre* verbindet er als Autor von Dramen philosophische Aussagen mit literarischen. *Marcel* wollte Menschen Wege weisen, wie eigene Wege zu finden seien: keine Philosophie als System vorgefertigter Lösungen. Er lud sie zu einer vom Leibe her sich zum Anderen hin ausstreckenden Intensität des Denkens ein.

Sein endgültiges Anliegen war jedoch nicht Psychologie, sondern die Metaphysik und noch mehr das ontologische Geheimnis des Seins – dem Mysterium des Seins - und die Beteiligung des Menschen an existentiellen Handlungen als Verpflichtung, Hoffnung und Vertrauen. Im Zentrum seiner Denkweise stand der eigene Körper, besser gesagt der Leib und seine Erfahrung und die Seele, die er als eine Wanderin bezeichnete, die nie aufhört, unterwegs zu sein (*Marcel* 1969, 113ff.; 1985, 16ff.). Das Erleben des Leibes ist eine Basis für eine kohärente Weltwahrnehmung. Unser leibliches Sein ist, wie die Welt, die wir haben:

"Indem ich Leib bin, habe ich einen Körper - aber zugleich verfüge ich nur scheinbar über diesen Körper, weil ich Leib bin. (...) Der Leib ist die Wurzel des Habens und die Bedingung jedes dinghaften Besitzes. Trotzdem ist und bleibt er unverfügbar. Leibhaftig bin ich mir selber gegeben, ohne die Möglichkeit zu haben, diese Gabe auszuschlagen. Leiblich bin ich mir selber ein Geheimnis" (Marcel 1985, 18f.).

Marcel's Aufzeichnungen klingen wie Appelle an die Phänomenologie. Seine phänomenologische Psychologie wird von seinen hintergründigen philosophischen Zielen und zugrundeliegenden metaphysischen Vorstellungen von Existenz und Wesen bestimmt. Was er zur existentiellen Psychologie beitrug, war das Pionierinteresse an noch nicht gesehenen Phänomenen, um diese ins neue Licht zu bringen. Er wandte sich der Zwischenleiblichkeit intersubjektiver Beziehung zu. Intersubjektivität ist „*nichts anderes als die Liebe selbst*“. Dabei geht der *"Weg, der von mir zum Anderen führt, durch meine eigenen Tiefen"* (*Marcel* 1969, 32). *Marcel's* Philosophie ist wichtig, weil sie sich Grundgefühlen des Menschen konkret zuwendet: Liebe, Treue, Zugehörigkeit, Freundschaft und Hoffnung, Gerechtigkeit, Verfügbarsein, Vertrauen, Freiheit, guter Wille, Unsterblichkeit- und ihre Antipoden: Erniedrigung, Verrat, Unrecht, Entfremdung, liebesleere Welt, böser Wille, Gewalt

und Tod (*Spiegelberg* 1972, 22ff.; *Lutz* 1999, 308.f; *Röhrich* 2000, 2; *Stumm, Pritz* 2005, 307ff.).

Marcel's Denken inspirierte *Hilarion Petzold* und beeinflusste *Buytendijk, Merleau-Ponty* und *Frohne-Hagemann*.

3.5.1.3 Maurice Merleau-Ponty

Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) ist eine Schlüsselfigur der französischen Philosophie, insbesondere der Phänomenologie. Er war Philosoph, Psychologe und Kulturwissenschaftler. Er hat die modernen Sozial- und Humanwissenschaften sowie die Leib- und Bewegungstherapie beeinflusst. Nach *Edmund Husserl* war er derjenige, der den bedeutendsten Beitrag zur Phänomenologie leistete. Sein wichtigstes Werk ist „Die Phänomenologie der Wahrnehmung“. Durch ihn wurde endlich die Bedeutung des menschlichen Körpers in der Philosophie anerkannt. Er bestand darauf, dass die menschliche Identität grundlegend ist, wir physische Objekte sind und als solche einen unterschiedlichen und einzigartigen Platz in Raum und Zeit einnehmen. *Merleau-Ponty* verlieh dem Körper eine Stimme: ohne den Körper können wir weder wahrnehmen noch handeln.

Der Leib in der Welt war für ihn wie das Herz im Organismus, der Leib erhält uns in der Welt, ernährt und beseelt uns, bildet ein einziges System. Was immer wir sagen oder tun, stets haben wir den Kontakt mit der Welt. Die Grundlage der Erfahrung ist der Leib. Das Leibkonzept überwindet Dualismen zwischen Körper und Bewusstsein. Der Leib ist ein totales Sinnesorgan, Ausdrucksfeld und Gedächtnisarchiv. *Merleau-Ponty* kommt in seiner phänomenologischen Analyse zu dem Schluss, dass die menschliche Wahrnehmung und das menschliche Verhalten schon von Anfang dem Sinnlosen einen Sinn geben (*Merleau-Ponty* 1966).

Merleau-Ponty's Philosophie entwickelte sich in Zeiten des Umbruchs. Der Zweite Weltkrieg veränderte das Denken. Leben als Ganzes ist Handlung, Vermittlung von Natur an Kultur in der Wahrnehmung, in einer Dialektik der Sinnsuche und schöpferischen Sinnverwirklichung. Er wurde u.a. von *Edmund Husserl, Max Scheler, v. Weizsäcker, Buytendijk* und *Marcel* beeinflusst. Sein modernes Leib- und Verkörperungskonzept bereitete die "embodied cognitive

science" vor (*Merleau-Ponty* 1966, 519ff.; *Spiegelberg* 1972, 25f.; *Zundel, Zundel* 1991, 196ff.; *Lutz* 1999, 321ff.; *Stumm, Pritz* 2005, 322ff.; *Magee* 2007, 217).

Sein Werk „Phänomenologie der Wahrnehmung“ fand Eingang in die Integrative Therapie und somit auch in die Integrative Musiktherapie. Für *Petzolds* Integrative Therapie ist *Merleau-Ponty* ein bedeutender Referenzphilosoph, weil seine Arbeitsmethodik auf dem Boden "integraler Erfahrung" des wahrnehmenden und handelnden Leibes psychologische, physiologische und klinische Erkenntnisse der Humanwissenschaften mit der Philosophie verbindet.

3.5.1.4 Hermann Schmitz

Hermann Schmitz (1928-2021) war Philosoph und Begründer der Neuen Phänomenologie und der modernen Leibtheorie. Er studierte Philosophie, Geschichte und Literaturwissenschaft. Er begründete mit seinem „System der Philosophie“ eine neue philosophische Richtung, die Neue Phänomenologie. Diese zielt darauf ab, das Feld der alltäglichen und unmittelbaren Erfahrungen zu erfassen. Die "Neue Phänomenologie" bietet ein präzises System, das alle Dimensionen menschlichen Lebens, ohne Rückgriff auf Konstrukte, beansprucht. In seiner Konzeptualisierung zieht *Schmitz* immer wieder Materialien, Erkenntnisse, Forschungen aus Psychiatrie und Psychologie heran. Theoretischer Kernbegriff seiner Philosophie ist der Begriff des Leibes. Hier greift *Schmitz* auf Vordenker wie *Ludwig Klages, Max Scheler, Maurice Merleau-Ponty* zurück. Für *Schmitz* ist das leibliche Befinden ein Oberbegriff für die Charakteristik des spürbaren Leibes (*Schmitz* 1985, 1992, 2005, 2010).

Wichtige (Wieder-)Entdeckungen: Der gespürte Leib, der sich bedeutsam vom sicht- und tastbaren Körper unterscheidet, da er nur leibliche Richtungen kennt, die aus der Enge in die Weite gehen - Blick, Gesten - die Grundlage aller komplexen Fertigkeiten z.B. des Klavierspielens sind, sowie Leibinseln mit diffusem Rand. Der vitale Antrieb, gespeist von den antagonistischen Tendenzen Enge und Weite, teilt sich in einer Situation mit einem bedeutsamen Anderen auf und sorgt für wechselnde oder einseitige, antagonistische oder solidarische Einleibung in die gemeinsame Situation. In diesem Sinne sind auch vielsagende Eindrücke Situationen, nämlich das

unmittelbar Wahrgenommene, nicht erst im Nachhinein Zusammensetzende. Gefühle, neophänomenologisch analysiert, sind Atmosphären im prägeometrischen Raum, die Menschen affektiv-leiblich betreffen.

Seine Arbeit widmete er dem Aufbau der Philosophie als einer empirisch breit fundierten, von Metaphysik befreiten "Neuen Phänomenologie". Er gilt als der bedeutendste Leibphilosoph, seine Neue Phänomenologie kann als Leibphilosophie bezeichnet werden. Vom Leib als zentralen Gegenstand der Analyse gelangt Hermann Schmitz auf nahezu allen Gebieten der Philosophie zu neuen Einsichten, die er zu seinem „System der Philosophie“ zusammengefasst hat (*Schmitz* 1992). Die Arbeiten von *Schmitz* haben in der Psychotherapie und Psychiatrie Eingang gefunden. Petzold bezieht sich auf das Leib- und Atmosphärenkonzept.

Das Werk von Schmitz mit seiner Fundierung in Leiblichkeit, Situation, Kommunikation, Gefühl/Atmosphäre, hat für die Psychotherapie/Körpertherapie höchste Relevanz und ermöglicht Brückenschläge zur aktuellen Neurobiologie und medizinischen Somatik (*Stumm, Pritz* 2005, 428 ff.).

Schmitz bezog in seine Neue Phänomenologie Erkenntnisse von: *Buytendijk, Gindler, Graf Dürckheim, Marcel, Merleau-Ponty, Petzold, Stolze und Reich* (*Schmitz* 2008, 333ff.).

Die Neue Phänomenologie hat in die Integrative Therapie ihren Eingang gefunden dadurch auch in die Integrative Musiktherapie.

3.5.1.5 Nikolaj Aleksandrovič Bernštejn

Nikolaj Aleksandrovič Bernštejn (1896-1966) war ein russischer Physiologe und Biomechaniker. Aufgewachsen in einer höchst musikalischen Familie, galt sein Interesse der Fotografie und Musik, Physik und Mathematik sowie den Sprachen und Literatur. In seiner Arbeit untersuchte er Bewegung und Verhalten insbesondere ganz basaler Phänomene wie das Gehen, Laufen und Springen (*Bernstein* 1975, 11; *Apfalter, Stefan, Höfner* 2021).

Seine Arbeit begann mit der Erforschung der menschlichen Bewegung im Arbeitsprozess :

„Ausgangspunkt und Ziel dieser Untersuchungen war die Steigerung der Arbeitsproduktivität im jungen Sowjetstaat“, die „Ausschaltung überflüssiger und ungeschickter Bewegungen, ... [sowie die] Ausarbeitung der richtigen Arbeitsmethoden“ (Bernštejn 1975, 13).

Er verstand Bewegungsabläufe als Strukturganzheiten welche durch folgende Grundaussagen charakterisiert werden können:

1. *Zielfunktion und Regulativ der motorischen Handlung ist das Handlungsziel.*
2. *Ausgehend vom Handlungsziel und von der Analyse der Situation, erfolgt mit der Formulierung des Bewegungsprogramms die „Vorausnahme des erforderlichen Künftigen“.*
3. *Die sensorische Informationsaufnahme und -verarbeitung ist unerläßliche Grundlage für die ständige Regelung des Bewegungsverlaufs und des motorischen Lernens.*
4. *Motorisches Lernen besteht weniger im Ausbilden unveränderlicher Bewegungsprogramme als vielmehr im Ausbilden von „Korrekturen“ (Korrektur- und Regelmechanismen),*
5. *Der „innere“ Regelkreis (über die kinästhetische Sensibilität) und der „äußere“ Regelkreis (vorwiegend über die optische Informationsaufnahme) sind für die Feinregulierung der Bewegungen unterschiedlich eingestellt und geeignet. In der Regel erfolgt im Lernprozeß eine Umschaltung der Bewegungssteuerung und -regelung auf das am meisten geeignete Korrekturniveau, d. h. zumindestens in wesentlichen Teilen auf die Führung des „inneren“ Kreises. (Bernstein 1975, 16).*

Darüber hinaus widmete sich Bernštejn hauptsächlich der Erforschung der Biomechanik der Lokomotionen. Im Mittelpunkt standen dabei das Gehen, Laufen, Springen (z.B. in seinem Studium verschiedener Sportbewegungen), aber auch die Handbewegungen beim Schreiben. Er ging von der Tatsache aus, dass das „Gehen zu den am höchsten automatisierten“ und „außerordentlich alten Bewegungen“ (Bernštejn 1975, 19) gehöre und deshalb besonders aufschlussreich sei. Ein zentraler Wechselwirkungszyklus liege den Bewegungsabläufen zugrunde. In dem Zyklus verändern die effektorischen Impulse die Muskelspannungen und führen zu Beschleunigungen der Glieder und Systeme. Die Beschleunigungen haben Veränderungen der Stellungen und Geschwindigkeiten zur Folge, und diese erzeugen, wie auch schon die Veränderungen der Muskelspannungen selbst, propriozeptive

Signale. Diese Signale beeinflussen den Ablauf der effektorischen Impulse, indem sie an ihnen entsprechende Korrekturen anbringen und die effektorischen zentralen Apparate veranlassen, sich den sich ändernden Bedingungen in der Peripherie plastisch anzupassen (*Bernštejn* 1975, 21; *Sirotkina* 2020, 97ff.; *Reisecker-Schauffler* 2021, 35ff.) .

Petzold hat die Theorien von *Nikolaj Aleksandrovič Bernštejn* und anderer Wissenschaftler der „russischen Schule“ des Psychologen *Aleksandr Romanovič Lurija*‘s (1902-1977) und *Lev Seměnovič Vygotskij*‘s (1896-1934) schon sehr früh rezipiert und ihre Erkenntnisse in die grundlegenden Theorien der Integrativen Therapie integriert (*Petzold* 2003a; *Apfalter, Stefan, Höfner* 2021; *Reisecker-Schauffler* 2021).

3.5.1.6 Hilarion Petzold

Im Zentrum des integrativen Ansatzes steht der Leib, der mit dem Konzept des inkarnierten Seins, philosophisch von *Merleau-Ponty* und dem Konzept der Leiblichkeit von *Marcel* begründet wurde. Demnach hat der Mensch einen Körper und ist ein Leib. Er ist ein Leibsubjekt, ein mit dem Leib Wahrnehmender, der kontinuierlich Informationen aus dem Leben und seiner Umwelt aufnimmt und somit zu einem informierten Leib wird (*Petzold* 2003; *Geuter* 2008, 36ff.). Der integrative Ansatz geht immer von der sinnlichen Wahrnehmung und vom Leibe aus (*Frohne-Hagemann* 2001, 17). Die Integrative Therapie erweitert diese Ansätze und verbindet sie um das übergreifende Konzept der „Ko-respondenz“. Ko-respondenz bedeutet, dass ein Mensch nicht zu verstehen und zu behandeln ist, wenn er nicht als ko-existierendes Wesen verstanden und behandelt wird, als Wesen, das immer, auch wenn es allein ist, in Beziehung steht und auf Beziehung angewiesen ist (vgl. *Rahm et al.* 1999, S.18f). Das bedeutet, dass der Mensch immer ein Bezogener ist, d. h. in und durch Beziehungen lebt und sich entwickelt. Hier liegt der Zusammenhang von Sozialität der Leiblichkeit und der Kommutilität. Der sich bewegende Mensch - und Bewegung ist gleich Verhalten – bewegt sich mit der Welt, mit anderen Menschen, in der Interaktion schwingt er mit, mit seinen Gebärden, Gesten und mit Gegenständen. Auf diese Weise entsteht der Raum für die individuelle Wahrnehmung und den persönlichen Ausdruck. In Gestik, Mimik, Bewegungsformen, schon ganz früh in dem

intuitiven Zwiegespräch zwischen Mutter und Kind, in den komplexen Bewegungsabläufen, die zwei Tanzende gemeinsam vollbringen, erfolgt eine genaue gegenseitige Wahrnehmung und Feinabstimmung der Bewegungsaktionen. Die Kommutilität ist keine motorische Mitbewegung, sie ist auch Ausdruck einer Abstimmung mit anderen (*Petzold 1995; Petzold 2003*).

Die Integrative Therapie strebt an den Menschen in seiner körperlich-seelisch-geistigen Ganzheit in seinem Lebenskontext- und -kontinuum zu behandeln.

Im Zentrum der Integrativen Therapie und der Denkweise von Petzold stehen der subjektive, erlebte, informierte Leib und die Prämisse ein Leib zu sein und einen Körper zu haben, Subjekt zu sein und sich selber zum Objekt zu haben. Es geht um die vieldeutige Beziehung, die Menschen mit sich selber und mit der Welt verbindet. Petzold unterscheidet zwischen dem perzeptiven (wahrnehmenden) Leib, dem memorativen Leib (im Leibgedächtnis gespeicherte Emotionen und Erlebnisse) und dem expressiven leiblichen Vermögen des Menschen (*Petzold 2003a*). Den informierten Leib bildet die lebenslange psychophysiologische Sozialisation in der Wahrnehmung-Verarbeitung-Handlung in Kontext-/Kontinuum (*Petzold 2003a*).

Hilarion Gottfried Petzold (*1944) ist Begründer der "Integrativen Therapie in der Lebensspanne" und der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie, der Integrativen Supervision sowie der Integrativen Agogik, Gründer des Fritz Perls Instituts für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung und Pionier der Methodenintegration.

Er entwickelte die "Integrative Therapie" als entwicklungsorientierte Psychotherapie und Humantherapie "in der Lebensspanne", die somatisch-sensomotorische, emotionale, kognitive, sozioökologische Dimensionen, die Interaktion von Problemen, Ressourcen, Potenzialen, von Risiko- und Schutzfaktoren berücksichtigt (*Stumm, Pritz 2005, 368*).

Petzold studierte russisch-orthodoxe Theologie, Philosophie, Psychologie mit Schwerpunkten Anthropologie, klinische Psychologie, Entwicklungspsychologie, Sozialpsychologie, russische Psychologie und Psychophysiologie. Diesen Studien folgte die Auseinandersetzung mit der Verhaltenstherapie. Während seines Studienaufenthaltes in Paris begegnete und studierte er u.a. bei *Jean-Paul Sartre, Michel Foucault, Paul Ricoer, Maurice Merlau-Ponty* und *Gabriel Marcel*.

In Paris formte sich die philosophische und anthropologische Grundüberzeugung *Petzolds*. Sie entfaltet sich am Begriff Leiblichkeit. Insbesondere die leibphilosophische Tradition hat *Petzold* nachhaltig beeinflusst. Leitfiguren dieser Tradition waren Leibphilosophen, bei denen in Frankreich zwei Linien differenziert werden können: die eine geht u.a. von *Nietzsche* und *Foucault* aus. Diese Linie hat den "objektivierten" Körper, den bestraften, ausgegrenzten, verletzten, gefolterten, kriegstraumatisierten Leib, das Verhältnis von Körper und Macht analysiert. Die andere Linie beginnt beim Phänomenologen *Marcel*, der die Unterscheidung Körper-Sein und Körper-Haben begründete. *Ricoeur*, verbindet hermeneutisch Leib und Identität. *Merleau-Ponty* verschränkt den Wahrnehmungsleib mit der Welt. *Hermann Schmitz*, der mit seiner neophänomenologischen Leibtheorie einen klinisch höchst relevanten Beitrag leistete. Die Entwicklungslinie *Marcel, Merleau-Ponty, Buytendijk, H. Schmitz, Petzold* ist für die Integrative Therapie und die Integrative Musiktherapie wichtig (*Frohne-Hagemann 2001; Petzold 2005, 31f.*).

Weitere Studien (Medizin, Soziologie, Erziehungswissenschaften) führten *Petzold* nach Düsseldorf und nach Frankfurt (Heil- und Sonderpädagogik) (*Zundel 1991, 193*). In den USA knüpfte *Petzold* Kontakt zu *Jakob Levy Moreno*, dem Begründer des Psychodramas. Von ihm lernte er die Techniken des Psychodramas. In den USA kam *Petzold* mit neuen Therapien, insbesondere der Körperarbeit, der Transaktionsanalyse, Bioenergetik und der Gestalttherapie von *Fritz Perls* in Kontakt. Beeindruckt hat *Petzold* die „awareness“, das feinspürige Wahrnehmen und der Reichtum von Techniken und Methoden in der Gestalttherapie (*Zundel, Zundel 1991, 200ff.*).

Seine Therapieausbildung umfasst: therapeutisches Theater, die "aktive Psychoanalyse" *Ferenczis* bei *Iljine*; Psychodrama bei *Moreno*, Gestalttherapie bei *Perls*, Körpertherapie bei *Raknes*, Gestalttherapie und neue Körpertherapien (u. a. Sheleens Expression Corporelle, Bioenergetiker nach *Alexander Lowen*) (*Petzold 1994, 10; Zundel, Zundel 1991, 202*). Die Körpertherapie und Bewegungstherapie sind wichtige Elemente der Integrativen Therapie: Eurythmie und Kampfkünste wie Budo, Judo, Aikido und Kung Fu.

Petzold hat bei verschiedenen Atem- und Bewegungstherapeuten in Europa und in den USA gelernt. Er hat beim Norweger *Ola Raknes*, einem Schüler von *Wilhelm Reich*, die Arbeit mit dem Körper erlebt (*Zundel, Zundel 1991, 201; Petzold 2005, 32*).

Petzold gilt als einer der kreativsten Protagonisten moderner Psycho-, Sozio-, Körpertherapie und Supervision. Er selbst bezeichnet sich als "Leibphilosoph", definiert sich als Leibtherapeut, und als Psycho- und Neuromotoriker (*Petzold* 2005, 34; *Stumm, Pritz* 2005, 368ff.).

„Der Leib ist das Instrument, auf dem (der Mensch) seine Lebensmelodie zu spielen hat“ (*Jacobs* 1985, 152).

Die Integrative Musiktherapie ist eine Methode der Integrativen Therapie (*Frohne-Hagemann* 2001b).

3.5.1.7 Isabelle Frohne-Hagemann

Isabelle Frohne-Hagemann (*1947) studierte Erziehungswissenschaften, Medizin, Rhythmik und Musiktherapie und absolvierte mehrere psychotherapeutische Weiterbildungen am Fritz Perls Institut (FPI) sowie Guided Imagery of Music nach *Helen Bonny*. Im Jahr 1977 lernte *Frohne-Hagemann* den wissenschaftlichen Leiter des FPI, *Hilarion Petzold* und die von ihm begründete Integrative Therapie kennen. Diese Begegnung und das Studium seiner Schriften mündeten in die Begründung der Integrativen Musiktherapie. 1982 begann *Frohne-Hagemann* mit Mitarbeitern am Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung, Integrative Musiktherapie als Weiterbildung zu konzipieren und dort als Methode zu etablieren (*Frohne-Hagemann* 2001b, 6ff.).

Integrative Musiktherapie bezieht sich als eine kunsttherapeutische Therapie auf die Theorie der Integrativen Therapie, in der die Leiblichkeit des Menschen von zentraler Bedeutung ist. Der Mensch wird integrativ in all seinen kulturhistorischen und soziokulturell geprägten Lebenswirklichkeiten wahrgenommen und behandelt (*Petzold*, 2003a). Da sich die Integrative Musiktherapie ebenfalls als eine Arbeit „vom Leibe aus“ versteht (*Frohne-Hagemann*, 1996a; *Frohne-Hagemann, Pleß-Adamczyk* 2005), spielt das Spüren, Fühlen und Ordnen von leiblichen Wahrnehmungen eine wichtige Rolle. Im musiktherapeutischen Vorgehen ist besonders die Arbeit mit so genannten Resonanzen wichtig (*Frohne-Hagemann* 1996b, 2001, 2004b). Die Integrative Musiktherapie vereint im therapeutischen Vorgehen auch Techniken anderer kreativer Therapien wie Kunst-, Bewegungs-, Leib-, und Poesietherapie.

IMT geht von einer leibzentrierten Anthropologie aus, die den "Leib", d.h. den Menschen in seiner unauflöslichen Verbindung mit seinem Umfeld, sowie das leibliche Vermögen des Wahrnehmens, Erinnerns und Speicherns, des Fühlens, Denkens, Handelns und des expressiven Schaffens zu entwickeln und auszubilden sucht. Der Leib ist ein Produkt von Kreativität. Kreativität entfaltet sich über eine "kreative Spirale" (*Petzold, Sieper* 1996) im Sinne des "Rhythmischen Prinzips" (*Frohne-Hagemann* 2001b, 98f.).

Der breit angelegte psychotherapeutische Ansatz der Integrativen Therapie überzeugte *Frohne-Hagemann* insbesondere mit dem Konzept des Leib-Subjekts, der Mehrperspektivität und dem multimedialen Vorgehen in der Therapie, mit seinen vier Wegen der Heilung - ferner die intermediale Arbeit mit den verschiedenen Künsten sowie die anthropologische und sozialökologische Sichtweise des schöpferischen, ko-kreativen Menschen (*Frohne-Hagemann* 2001b).

Der Aspekt der Leiblichkeit hat Konsequenzen für die Integrative Musiktherapie, in dem eine Bewusstheit für die Gleichsetzung Leib und Person entsteht, auf deren Grundlage Musik als das Phänomen erscheint, welches sowohl die körperliche als auch die seelische Ebene berücksichtigt.

Die Metatheorien der Integrativen Therapie bilden den philosophisch-psychologisch-therapeutischen Rahmen für die Praxeologie der Integrativen Musiktherapie. Die Integrative Therapie liefert die zum Verständnis der musiktherapeutischen Handlungskonzepte notwendigen Metatheorien aus Anthropologie, Erkenntnistheorie, Gesellschaftstheorie, Ethik, sowie die sich aus diesen Konzepten ableitenden allgemeinen und speziellen Theorien der Therapie, die daraus abgeleitete spezifische leib- und identitätsbezogene Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie, sowie die sowohl klinisch als auch anthropologisch ausgerichtete Krankheitslehre.

Frohne-Hagemann ging anfangs von Musiktherapie als einer Methode der Integrativen Gestalttherapie aus. Die Gestalttherapie war u.a. aufgrund ihrer Erlebnis- und Körperzentrierung und der Betonung der Awareness, eine sehr wichtige Methode der Integrativen Therapie. In der Integrativen Musiktherapie ist dem entsprechend die Einbeziehung von Bewegungs- und Körperarbeit unabdingbar: denn der Patient bekommt damit die Möglichkeit, sich akustisch und körperlich zu äußern und in Erscheinung zu treten (*Frohne* 1985, 137).

Die Grundlage musiktherapeutischen Handelns von *Frohne-Hagemann* bilden das Rhythmische Prinzip und das Konzept der Leiblichkeit (*Frohne-Hagemann* 2001b, 5; *Frohne-Hagemann* 2005).

Das Rhythmische Prinzip, eine „*anthropologische, philosophische und psychologische Grundformel*“ (*Frohne-Hagemann* 2009, 416), aus dem Polaritätsprinzip abgeleitet, besagt, dass das Leben in rhythmisch fließenden Perioden und Bewegungsvorgängen verläuft. Der Leib fungiert als Medium, durch das sich das Rhythmische Prinzip äußern und realisieren kann.

Der Leib ist der Ort der sinnhaften Wahrnehmung; er nimmt das Wahrgenommene auf wie ein Speicher und wird damit zu unserer individuellen Geschichte. Der ‚Leib ist Geschichte‘, wie *Gabriel Marcel* formuliert hat, in ihm ist Bewusstes und Unbewusstes festgehalten.

Die jeweilige, aktuelle Leiblichkeit ist nicht nur das Ergebnis des Gewesenen, sie ist auch der Speicher des Vergangenen und Ausgangspunkt für das Zukünftige. Die Arbeit am Leib kann Erinnerungen, Bilder, Emotionen, Erlebnisse und Assoziationen freisetzen.

Die Beziehung Leib und Musik formuliert *Frohne-Hagemann* als „*leibmusikalische Ko-respondenz*, (*Frohne-Hagemann* 200b1, 12f.), die sich als leibmusikalische Ursprache in musikalischen Ausdrucksgesten und Gebärden, musikalischen Bewegungssuggestionen, musikalischen Gefühlsbewegungen, usw. artikuliert.

3.6 Der Leib-Begriff

Der Leib – im Kontext/Kontinuum eingebettet (embedded) – wird definiert als die Gesamtheit aller sensorischen, motorischen, emotionalen, volitiven, kognitiven und sozial-kommunikativen Schemata bzw. Stile in ihrer aktuellen, intentionalen (d. h. bewussten) und sublimal-unbewussten Relationalität mit dem Umfeld und dem Verleiblichten (embodied), als differenzielle Information mnestisch archivierten Niederschlags ihrer Inszenierungen, die in ihrem Zusammenwirken als „informierter Leib“ das personale „Leibsubjekt“ als Synergem konstituieren. (Petzold 2000j, 8f.)

„**Leib** (ahd. *lip* „leib“) ... ist von der Wurzel her mit „leben“ verbunden ... , besitzt also die Qualität des lebendigen **Körpers**, der aber darüber hinaus noch über eine Qualität von **Personalität** bzw. **Subjekthaftigkeit**, verfügt.“ (*Petzold, Sieper* 2012a, 14). Der Begriff „Leib“ wurde gewählt, weil er mit der Vorstellung von Subjekthaftigkeit und Personalität verbunden ist. Jede Lach- und Grammfalte, die

Charakteristik von Mimik, Gestik, Haltung, Bewegung zeigen das „Wesen eines Menschen“. Kulturspezifische Körpersprachen, genderspezifischer leiblicher Habitus, eingefleischte Gewohnheiten, soziale Rollen, die Menschen „in Fleisch und Blut“ übergegangen sind, weil sie ihnen in Sozialisationsprozessen „auf den Leib“ geschrieben wurden, machen deutlich, dass Leiblichkeit und Persönlichkeit, Zwischenleiblichkeit und Sozialität aufs engste verschränkt sind. Die subjektive Interpretation der eigenen Leiblichkeit als Mann und Frau (die Genderperspektive ist unverzichtbar) ist von den kultur-, schicht-, ideologiebestimmten Einflüssen untrennbar (Petzold 2003a, 1052).

„Der Leib als „transmaterielle“ Wirklichkeit (von Perzeptionen, Informationen, Memorationen), die ihren Grund im „materiellen“ Substrat des lebendigen Organismus hat, ist die Basis aller Lebensprozesse, die Koinzidenz von Sein und Erkenntnis, von Subjekt und Objekt und damit der Anfangspunkt und Endpunkt des Lebens und allen therapeutischen Handelns (Iljine 1942).“ (Petzold, Orth 1993e/2017, 520).

Mit dem Leibbegriff wurde im Integrativen Verfahren der Versuch unternommen, den Dualismus und die Innen/Außentrennung zu überwinden, die die traditionelle Psychotherapie und Psychosomatik schon von der Begrifflichkeit her bestimmen. Im Sinne eines „*differentiellen, interaktionalen Monismus*“ (Petzold 2000j, 8; Waibel, Jakob-Krieger 2009, 38) ist der Leib das Zusammenspiel von materieller und transmaterieller Wirklichkeit (Petzold, Sieper 2012a) als der belebte, beseelte, geisterfüllte, lebendige Körper.

3.6.1 Die „Anthropologie des Schöpferischen Menschen“

*„Der Mensch ist Leib-Subjekt in der Lebenswelt, das bedeutet, er ist ein Körper-Seele-Geist-Subjekt in Kontext und Kontinuum und steht in der lebenslangen Entwicklung einer souveränen und **schöpferischen** Persönlichkeit.“ (Petzold 2003a).*

Die Integrative Therapie hat einen eigenständigen Ansatz der „**Anthropologie des Schöpferischen Menschen**“ (Orth, Petzold 1996; Petzold, Sieper 2012a), auf der Grundlage des Konzeptes des „Informierten Leibes“ (Petzold 2003a) ausgehend vom

Wahrnehmungs-, Gedächtnis-, und Ausdruckspotenzial des Leib-Subjektes, entwickelt (Orth, Petzold 1996, 99).

Der integrative Ansatz ist einer "Entwicklungspsychologie der Lebensspanne" verpflichtet und betrachtet den Menschen als ein Wesen, als einen Künstler, das in lebenslanger Entwicklung steht, Entwicklungsaufgaben zu bewältigen hat und Entwicklungschancen kreativ aufzugreifen und Ressourcen effizient zu nutzen vermag. Die leibhaftige "*Lebenskunst*" (Foucault) ermöglicht, dass der Mensch "**Selbst als Künstler und Kunstwerk**" (Petzold 1999q/2006) sich Selbst und seine Lebensbezüge schöpferisch gestalten kann (Hömann-Kost 2018, 9). Auf dieser Weise betrachtet, ist der Mensch ein eigener Schöpfer und das aus der Schöpfung entstandene Kunstwerk, das im Konzept der „Anthropologie des Schöpferischen Menschen“ zusammengefasst wird (Orth, Petzold 1996).

Der Mensch ist ein multisensorisches, multiperzeptives und multiexpressives Wesen, ein Wesen, das unterschiedlichste Sinneseindrücke von außen und innen empfängt und multiple Stimulierung, also vielfältige Anregungen, in der Zwischenleiblichkeit interpersonaler Beziehung, benötigt. Diese Anregungen führen zu multiexpressivem Verhalten, vielfältigen Ausdrucksmöglichkeiten wie **Musik, Sprache und Gesang, Bewegung und Tanz, Gestik und Mimik, Malen und Gestalten** (Petzold, Orth, Sieper 2019b). Durch die leiblichen Wahrnehmungsfähigkeiten und schöpferischen Ausdrucksmöglichkeiten formt der Mensch eine eigene Lebenswelt und sich in ihr (Petzold 1999q/2006).

„Durch unsere Sinne, mit denen wir spezifische „Wahrnehmungsfenster zur Welt“ haben, nehmen wird unseren Kontext wahr und auf, und da Sensorik und Motorik unlösbar miteinander verschränkt sind, führt uns Wahrnehmung immer auch in Handlung, wobei Handlung reaktiv oder aktiv-kreativ sein kann (...) denn ohne Wahrnehmung können wir uns in der Welt nicht orientieren, wird unsere Möglichkeit eingeschränkt (...).“ (Petzold, Sieper 1993a, 100).

Unsere Außenwelt und Innenwelt werden durch die Sinne tastend, sehend, hörend, schmeckend und riechend miteinander verbunden. Die einzelnen perzeptiven Wahrnehmungen (Monästhesien) ergeben die Polyästhesie, d. h. die Sinne in ihrer Gesamtheit, einer „Total-Empfindung“, z. B. einer Atmosphäre. Das Zusammenwirken aller Sinne wird Synästhesie genannt. Die einzelnen Ausdrucksformen des expressiven Leibes (Monekthesien) ergeben die Polyekthesie,

d. h. die Ausdrucksformen des expressiven Leibes in seiner Gesamtheit. Das Zusammenwirken der vielfältigen Formen des Ausdrucks wird Synekthesie genannt. Es werden in intermedialer Weise (Petzold, Sieper 1996) verschiedene expressive Therapieformen (z. B. Mal-, Kunst-, Musik-, Poesie-, Aroma-, Tanz- und Bewegungstherapie) genutzt.

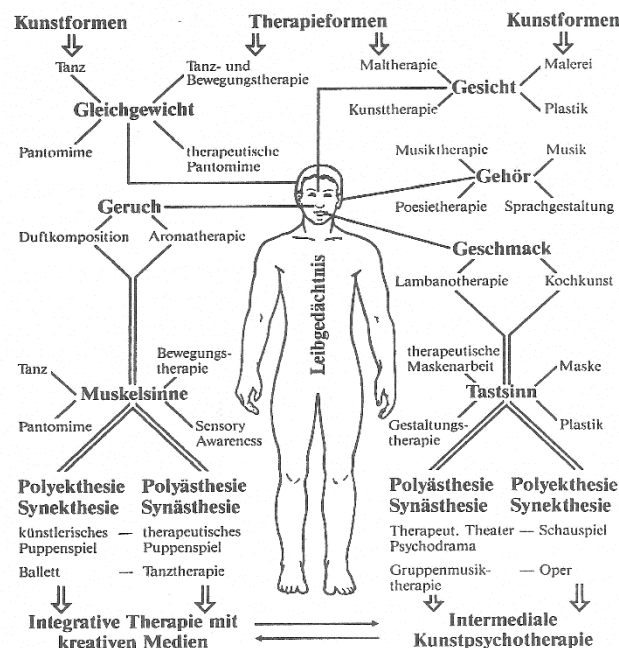


Abb. 4: „Anthropologie des schöpferischen Menschen“: Das Leib-Subjekt als „totales Sinnes- und Handlungsorgan“ – perzeptiver, memorativer, reflexiver und expressiver Leib. Der intermediale Ansatz in der Integrativen Therapie und seine Grundlagen in Monästhesien, Polyästhesie und Synästhesie (Abb. aus Petzold 1988n, 3, 196).

Legende: Integrative Therapie geht aus von einer „Anthropologie des schöpferischen Menschen“, vom „perzeptiven“, „memorativen“, „reflexiven“ und „expressiven“ Leib-Subjekt. Im „totalen Sinnesorgan des Leibes“ laufen die jeweils als einzelne Perzeptionen möglichen **Monästhesien** zu vielfältigen, differentiellen Wahrnehmungen und Empfindungen zusammen, zu **Polyästhesien** (polychromen „Sinnesquarellen“, polyphonen „Sinnessonorellen, (...), die sich zu einem „Konzert alles Sinne“, zu einem Zusammenklang (Symphonie), einem Zusammenspiel verdichten können (...). Wir sprechen hier von **Synästhesien**. Diese verschiedenen Perzeptionen (*Eindrücke*) und die auf sie erfolgenden Reaktionen (*Ausdrucksverhalten*) werden im *Leibgedächtnis*, im **memorativen Leib**, d. h. in den entsprechenden zerebralen Zentren und neuronalen Strukturen, *differentiell* (...), modul- und hemisphärenspezifisch (...) und *holographisch* (...) gespeichert und verarbeitet. Damit wird – ontogenetisch betrachtet – die Basis für ein **exzentrisches Ich**, für den **reflexiven Leib**, geschaffen. Der perzeptive und memorative Leib ist die Grundlage der einzelnen

expressiven Vermögen (**Monekthesien**), die Wurzel aller Kunstformen, von denen jede einem oder mehreren Sinnen zugeordnet werden kann. (...) Die expressiven Vermögen des Leibes und die Kunstformen werden wiederum die Basis für spezifische therapeutische Zugänge und *Therapiemethoden*, die im *Verfahren* der „Integrativen Therapie“ auf dem Hintergrund ihrer Anthropologie, Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie, Krankheitslehre, Prozessmodelle und Praxeologie indikationsspezifisch je für sich „differenziell“. d. h. „*intra-* und *intermedial*“ kombiniert, eingesetzt werden als „Integrative Therapie mit Kreativen Medien“ (Petzold, Orth, Sieper 2008/2010/2019b, 11).

Die „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ basiert auf dem komplexen „Leib-Begriff“. Im „*totalen Sinnesorgan des Leibes*“ (Petzold, Sieper 1996; Petzold 2003a) laufen die jeweils als einzelne Perzeption möglichen **Monästhesien** zu vielfältigen, differentiellen Wahrnehmungen und Empfindungen zusammen, zu **Polyästhesien**. Durch das Zusammenwirken aller Sinne entstehen sogenannte **Synästhesien**. Diese verschiedenen Perzeptionen (Eindrücke) und die auf die erfolgenden Reaktionen (Ausdrucksverhalten) werden im „*Leibgedächtnis*“, im **memorativen** Leib, (d. h. in den entsprechenden zerebralen Zentren und neuronalen Strukturen), *differenziell*, modul- und hemisphärenspezifisch und holographisch gespeichert und verarbeitet.

Der **perzeptive** und **memorative** Leib stellt die Grundlage des einzelnen expressiven Vermögens (**Monekthesie**) dar. Sie ist die Wurzel aller Kunstformen, von denen jede einem oder mehreren Sinnen zugeordnet werden kann. Die Ausdrucksformen des expressiven Leibes in seiner Gesamtheit, im szenischen Spiel oder in der szenischen Gestaltung bildet die **Polyekthesie**. Im Zusammenwirken dieses Ausdrucks, in Mimik und Tanz, Wort und Ton, in instrumentalem Spiel entsteht die **Synekthesie**.

3.6.2 Das Leib-Subjekt

Leib ist der belebte, beseelte, geisterfüllte, lebendige Körper in Beziehung. Leib ist das, was sich durch die persönliche Lebensgeschichte als individuelle Form entwickelt hat. Leib meint immer den ganzen Menschen, die ganze Person, die in ökologische und soziale Welt eingebettet (*embedded*) ist, die die Mensch-Welt-Verhältnisse erlebniskonkret wahrnimmt, diese verarbeitet und verkörpert (*embodied*). In diesem Zusammenhang wird der Mensch als ein „**Leib-Subjekt**“ definiert:

*„Der Mensch als **Leibsubjekt** ist durch ein differenzielles und integriertes „Wahrnehmen-Verarbeiten-Handeln“ unlösbar mit der **Lebenswelt** verflochten – mit den Menschen in Zwischenleiblichkeit, mit den Dingen durch Gebrauch und Handhabung. Er wird von den Gegebenheiten der Lebenswelt bewegt, beeinflusst, gestaltet, und er wiederum bewegt, bearbeitet, beeinflusst sie ko-kreativ durch sein Tun und Wirken – in konstruktiver und auch destruktiver Weise.“ (Petzold 2009a, 39)*

„Der Mensch ist Leib-Subjekt als Mitsubjekt in seiner je gegebenen Lebenswelt.“ (Petzold 2003a, 1060)

Leib ist das, was sich durch die persönliche Lebensgeschichte in Beziehungen zu anderen - *„das Leibsubjekt lebt in intersubjektiver Zwischenleiblichkeit“* (Petzold 2009a, 40) - als individuelle Form entwickelt hat:

*„Mensch wird man durch den Mitmenschen, Subjektivität ist intersubjektiv verfasst, Menschen wachsen nicht nur und dominierend in **Dyaden** auf („Mutter-Kind-Dyade“), sondern in **Polyaden** („Mutter-Vater-Kind-Geschwister-Polyaden (...), in Nahraumbeziehungen, die mit der vorgeburtlichen Verbundenheit des Fötus mit der Mutter in „primordialer Zwischenleiblichkeit“ beginnt.“ (Petzold, Sieper 2012a, 28)*

Der lebendige Vollzug der Lebenserzählung (Biosodie), des Lebensdramas, wie er sich in zwischenmenschlichen Interaktionen und in der leiblichen Welterfahrung realisiert, wird von Perzeptoren ganzheitlich und differentiell aufgenommen. Es erfolgt ein zerebrales „processing“ in „mentalenen Prozessen“. Das Material wird monomodal und multimodal gespeichert. Wahrnehmung und Speicherung beziehen sich aber nicht nur auf den **Eindruck**, sondern auf die leiblichen Resonanzen: hormonale Ausschüttung, Herzschlag, Atemfrequenz, muskuläre Verspannung und das damit verbundene leibliche **Ausdrucksverhalten**. Diese „inneren Szenen“, die Teil der äußeren Szene (Leib, Szene, Atmosphäre) (Petzold, Orth 1993e/2017, 529) sind, werden gleichfalls archiviert: Gutes wie Schlechtes, Lustvolles wie Schmerzliches.

Ein Mensch als ein Leib-Subjekt ist immer in ein soziales und ökologisches Umfeld eingebettet. Das soziale Umfeld gestaltet sich durch die Einflüsse von anderen wichtigen Menschen. Das ökologische Umfeld ist der persönliche Wohn-, Arbeits-, und Lebensraum des „Leib-Subjektes“. Im Zusammenspiel mit den biographischen Erfahrungen des Menschen beeinflussen beide Umfelder die Entwicklung des Individuums und alles gestaltet das Leib-Subjekt mit (Hömann-Kost 2011, 23f.)

3.6.3 Der Leib als „totales Sinnesorgan“

„Das **Leib-Subjekt**, das „**totale Sinnesorgan Leib**“, vermag über die Fähigkeit der „sensorischen Systeme“ vielfältige Wirklichkeit aus unterschiedlichsten Blickwinkeln *wahrzunehmen*, mit seinem „mnestischen System“ sie aufgrund einer Vielfalt aktivierter Erfahrungen zu *erfassen*, und mittels des „kognitiven Systems“ sie mit ihren spatiotemporalen und soziokulturellen Zusammenhängen zu *verstehen* und die vorhandene Komplexität zu *erklären* – so der neurokognitive und hermeneutische Prozess, der bei jedem Schritt Rückkoppelungen erzeugt“ (Petzold, Sieper 2012a, 39).

Der Leib wird als das "totale Sinnesorgan" (Merleau-Ponty, 1966) angesehen, mit dem wir unsere Welt wahrnehmen und beeinflussen und deren Einflüsse umgekehrt ihren Niederschlag im Leib finden, in unlösbarer Vernetzung und Wechselwirksamkeit. In der Integrativen Therapie wird in diesem Zusammenhang vom "informierten Leib" gesprochen. Der Leib "ist der Ausgangspunkt und das Ende meiner Existenz" (vgl. Iljine 1942/1993). Damit ist der Leib auch meine Zeit. Indem er geboren wird, ist er der Anfang meiner Lebensspanne, und er beendet sie mit dem Tod. Diese Spanne ist meine "Leibzeit". Der Leib ist auch "totales Handlungsorgan" wobei der Handlungsbegriff weit gefasst wird und sprachliches und nichtsprachliches Handeln miteinbezieht. Der Leib ist wahrnehmender, erinnernder und ausdrucksfähiger Leib. Der Leib ist auch die Grundlage des Selbst. Petzold spricht von Leib-Selbst: *„Leibphilosophisch ist das Leib-Selbst das einfache Da-Sein, in gewisser Weise passive Gegebenheit, ein Schweigendes, etwas nicht an Bewusstsein gebunden ist. Es gehört zu Welt der Strukturen, ist in seiner Verkörperung das Da-Sein in überdauernder Stabilität von Vergangenheit - Gegenwart - Zukunft. Das Leib-Selbst ist die Voraussetzung für die Ich-Entwicklung. Das Ich ist eine Funktion des Selbst, ist "Selbst in actu", ein Prozess des Zusammenspiels aller Ich-Funktionen. Die wesentlichsten sind bewusstes Wahrnehmen, Denken, Handeln, Fühlen, Wollen, Erinnern und Kommunizieren“* (Hömann-Kost 2018, 22).

3.6.4 Der „informierte Leib“

Der „komplexe Leibbegriff“ (Petzold 2000j, 9) des Integrativen Ansatzes ermöglicht die Konnektivierung von philosophisch-phänomenologischer Leibtheorie und neurowissenschaftlichen Perspektiven. Zentral ist hier der Begriff der „**Information**“ und das Konzept des „**informierten Leibes**“.

Die Welt ist nicht in einem inneren Bildarchiv „abgebildet“. Sie durchzieht vielmehr den mit seiner Umwelt verschränkten Leib in Form von biochemischen und bioelektrischen Informationsströmen, Informationen, die von Eiweißmolekülen, Botenstoffen transportiert werden, welche aufgrund äußerer und/oder innerer auslösender bzw. auffordernder Reizkonstellationen produziert wurden und in ihren vielfältigen Empfängerorten Phänomene auslösen, die wiederum durch ihre **Synergie** „ganzleibliche Zustände in der Welt“ bewirken. In diese fließen mnestisch archivierte und im Prozess aktualisierte Informationen ein – Petzold nennt sie „**informationale Hologramme**“, die sich als *aktuelle*/aktualisierte Szenen und Szenenfolgen inszenieren. Sie werden dem Leibsujet in unterschiedlichen Intensitäten, Wahrnehmungsqualitäten und Bewusstseisgraden im *leibhaftigen* Erleben „Seiner-Selbst-in-der-Welt“ zugänglich. Wenn in der Integrativen Therapie von „Repräsentationen“ gesprochen wird, dann immer im Sinne solcher „**informationalen Hologramme** oder Hologrammsequenzen“, die der lebende/erlebende „Leib-in-Situationen“ konstellierte. Das Leib-Subjekt als Ganzes ist eingebettet in seine Lebenswelt, das wahrnimmt.

„Der „informierte Leib“ ist ein Leib, der sich in der Welt und mit ihr bewegt.“ (Petzold 2003, 1060)

Der Mensch hat die Erfahrungen mit der Welt, deren Teil er ist, und sein Erleben von und mit sich „in-Formen“ gebracht: **In-formation**, die er prozessual nutzen kann als lebendiges Wissen eines lebendigen Leibsujektes (Petzold 2003, 1059).

„Der wahrnehmungs-, handlungs- speicherfähige menschliche Körper/Organismus, ... der eingebettet ist in die Lebenswelt, wird durch seine Fähigkeiten zur „**Verkörperung**“, zur „**Einleibung**“, zur „**schöpferischen Gestaltung**“ in Enkulturations- und Sozialisationsprozessen zum „**subjektiven Leib**“, zum „**bewegten Leibsujet**“, das sich mit seinen Mitsubjekten *kokreativ* interagierend in seinem Kontext/Kontinuum bewegt (*interacting subject embodied and embedded*). Dieses anthropologische Konstrukt des „**Leibsujektes**“ wird definiert als die in der somatischen Basis und ihrer evolutionär-phylogenetischen Geschichte sowie in der autobiographisch-ontogenetischen Lebensgeschichte gegründete „Gesamtheit aller

sensorischen, motorischen, emotionalen, volitiven, kognitiven und sozial-kommunikativen *Schemata* bzw. *Stile* in ihrer aktuellen Performanz. Darunter ist das fungierende und intentionale Zusammenspiel mit dem Umfeld zu verstehen, die bewusst und unbewusst erlebten Inszenierungen (enactments/reenactments) und die in ihnen ablaufenden **dynamischen Regulationsprozesse des Leibsubjekts**. Sie werden als Prozesse „komplexen Lernens“ mit ihren Lernergebnissen mnestisch im „Leibgedächtnis“ archiviert. Der verleiblichte Niederschlag *differenzieller Information* über das Zusammenwirken von somatischen Binnenraumerleben und Kontexterleben in der „Selbsterfahrung“ (d. i. im „Leibgedächtnis“ festgehaltene Erfahrung multipler Stimulierung) ist Grundlage des „**informierten Leibes**“, aus dem als *Synergem* ein „**personales Leib-Selbst**“ *emergiert*, das ein reflexives/metareflexives **Ich** und dadurch eine hinlänglich konsistente, gedächtnisgesicherte **Identität** entwickeln kann. Das anthropologische Konstrukt des **Leibsubjekts** wird damit zu einem persönlichkeits-theoretischen Konzept erweitert. Die „**leibhaftige Person**“ als **Selbst-Ich-Identität** konstituiert sich durch die jeweils erinnerten und in ihrer aktuellen Performanz im *Kontext-Kontinuumbezug* erlebten und mit Anderen inszenierten Schemata/Stile. Sie kann sich fungierend-regulationsfähig und reflektierend-handlungsfähig in ihren Interaktionen mit Anderen in der Welt in präintentionalen und intentionalen Willensakten steuern und entwickeln.“ (Petzold, Sieper 2012a, 65f.)

Das Konzept des "informierten Leibes in Kontext/Kontinuum" ist für das Integrative Verfahren von herausragender Bedeutung. Das "Leib-Subjekt in der Lebenswelt", d. h. der leibhaftig in permanenter Entwicklung stehende Mensch mit den relevanten Mitgliedern seines Netzwerkes/Konvois in seinem ökologischen Lebensraum und seiner Sozialwelt ist der Ansatzpunkt aller sozialinterventiven Arbeit. (Petzold 2003, 1051)

Der Mensch bringt die Erfahrungen mit der Welt, deren Teil er ist, und sein Erleben von und mit sich „in-Form“: **In-formation**, die er prozessual nutzen kann, als lebendiges Wissen eines lebendigen Leibsubjektes (Petzold 2003, 1059).

„Der Leib ist der Ort, in dem die Lebensgeschichte mit ihren positiven und negativen, pathogenen und salutogenen Ereignissen eingeschrieben ist, der chains of adversive events und chains of protective factors ausgesetzt war. (Petzold, Orth 1993e/2017, 520f.)

Der Leib ist ein *Archiv* und *Chronik* der Geschichte des Menschen, der alle Widerfahrnisse des Lebens - gute wie belastende - in sich aufgenommen hat, der Haltungen *eingeleibt* hat und Rollen *verkörpert* hat. Der Leib ist der *Ort*, in dem sich Lebensereignisse *eingegraben* und *niedergeschlagen* haben die bis zur

Deformierung von Leiblichkeit geführt haben. Gleichzeitig ist der Leib der *Ort*, an dem Veränderung geschehen kann (Petzold, Orth 1993e/2017, 520f.).

3.6.5 Die Aspekte des Leibes

Im Integrativen Verfahren werden folgende Leibaspekte spezifiziert:

- **Aspekt des Körpers** das die die Gesamtheit aller biologischen, genetischen, physiologischen Prozesse des Organismus bezeichnet;
- **Aspekt des Psychischen/Seelischen** das die Gesamtheit aller Prozesse des Fühlens und Wollens, Motivationen und schöpferischen Impulse zusammenfasst;
- **Aspekt des Geistes** das die Gesamtheit aller erkenntnismäßigen bzw. geistigen Prozesse, die persönliche Werte, Glaubenshaltungen, Ethik und kulturspezifische Inhalte beinhaltet;
- **Aspekt des Sozialen** das alle sozial-kommunikative Prozesse mit Anderen subsumiert;
- **Aspekt des Ökologischen** das den Menschen als ein Natur-Wesen, als die Gesamtheit aller persönlich relevanten ökologischen Bezüge, geprägt durch Einflüsse aus Landschaften, Gärten, Wohngebieten, beschreibt (Höhmann-Kost 2018, 20f.)

Das ökologische Umfeld ist der persönliche Wohn-, Arbeits-, und Lebensraum des „Leib-Subjektes“:

„Der in Kontext und Kontinuum wahrnehmende und handelnde, bewegte und bewegende `Leib als Subjekt` ist Teil seiner Lebenswelt. In diese eingebettet gehört er einer `Welt der Zwischenleiblichkeit` zu, einer Sozialwelt, deren Qualitäten er aufnimmt und verleibt und zu deren Möglichkeiten er zugleich kokreativ beiträgt, die aber immer auch von einer spezifischen Ökologie - des Zimmers, Hauses, der Landschaft, Region umfassen ist, die - Stadt oder Dorf – spezifisch prägend wirksam wird.“ (Petzold 1969c)

Der Mensch trägt in jedem Moment seiner Gegenwart, die Ergebnisse seiner Vergangenheit und die Möglichkeiten seiner Zukunft in sich. Er ist als Person in diesem zeitlichen *Kontinuum* zu begreifen. In gleicher Weise steht er im einem sozio-

kulturellen und einem sozio-physikalischen bzw. ökologischen *Kontext* (Petzold 2003a, 481).

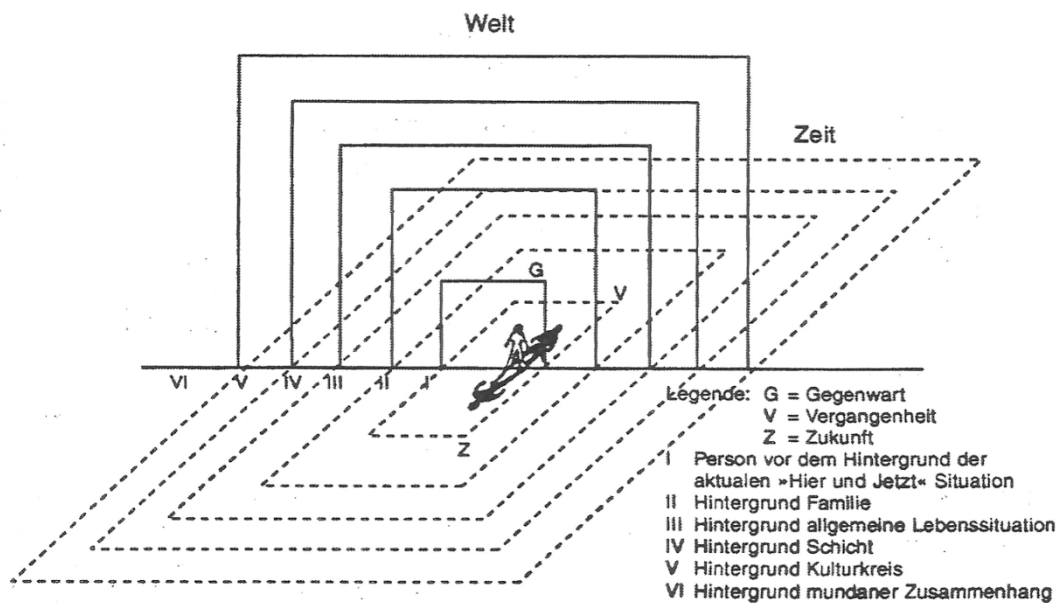


Abb. 5: Mehrebenenmodell (Petzold 2003a, 481)

„**Integrative Therapie** arbeitet mit dem Menschen in seiner personalen „Leiblichkeit“, d. h. in seiner biopsychosozialökologischen Realität. Dabei richtet sich die Behandlung auf die „ganze Zeit“ (...), aus die memorierte **Vergangenheit**, die Leib-Geschichte des Subjekts, wo das wesentlich ist. Biographisches wird dann in der leiborientierten, „thymopraktischen“ therapeutischen Arbeit „aufgerufen“ und leibhaftig „gegenwärtig gesetzt“, d. h. einsichtsorientiert und begriffen und in neuer Weise **kognitiv** eingeschätzt (**appraisal, corrective cognitive experience**). Dabei werden auch vergangene Gefühlserfahrungen **emotional** auf neue Weise erlebt und neu bewertet (**valuation, corrective emotional experience**), und dann auf dieser Basis in der leiblich gelebten **Gegenwart** an der persönlichen Identität und am persönlichen Lebensstil zu arbeiten (...). In willensgestütztem, bahnenden Umüben (**training, corrective volitional experience**) und durch kreatives Experimentieren (**experimenting, corrective style of creating**) kann es dann gelingen, Neuorientierungen zu finden, die ein bewältigbare, ja gestaltbare, sinnerfüllte **Zukunft** ermöglichen.“ (Petzold, Sieper 2012a, 10f.)

3.6.6 Die Dimensionen des Leibes

Der bewegte und bewegende Leib: ist mit der Idee der **Lebendigkeit** konnotiert, die immer eine bewegte ist: „*Leben ist Bewegung, Bewegung ist Leben*“ – das Klopfen des Pulses, jeder Atemzug, jeder Lidschlag, jeder Schritt, den ein Mensch tut, machen das deutlich. Die Bewegtheit des Leibes verbindet ihn in unlösbarer Weise mit der Welt, in der er sich bewegt, der Lebens- und Sozialwelt, in der der Mensch leibhaftig Erfahrungen sammelt.

Der „Zeitleib“ - der Begriff „Leib“ ist mit dem der **Zeit** verbunden: „*Leiblichkeit ist Zeitlichkeit*“. Ein wachsender, sich entwickelnder, aber auch abnehmender, sterblicher Leib. Dieser Leib ist „*Zeitleib*“. Die Zeit als erlebter Fluss, als erfahrenes biografisches Entwicklungsgeschehen ist „*Leibzeit – und eine Lebensspanne*“ (Petzold 2009, 39). Und alles, was auf der „*Lebensstrasse*“ (Petzold 2009, 39) erfahren wurde, findet im Leibgedächtnis, den immunologischen, neuronalen und zerebralen Speichern, als leibgegründete somatisch-seelisch-geistige Lebenserfahrung Niederschlag. Demnach ist der Mensch ein Wesen, das in lebenslanger Entwicklung mit anderen Menschen steht (Petzold 2009, 40).

Der soziale Leib: Der Leib ist mit dem **Sozialen** verbunden, ist „*social body*“, der auf Interaktion/Kommunikation/Intersubjektivität mit mehreren Personen in „Polyaden“, „sozialen Netzwerken“, „Konvois“ ausgelegt ist, in denen Dyade als Sonderkonstellation in der Polyade gesehen und „Bindung“ als multiple Bindung betrachtet wird – Hominisation geschah in Polyaden, Sprache entstand in Polylogen (Petzold 2009, 40).

3.6.7 Die Leibebenen

Der Leib verfügt über perzeptive, memorative und expressive Fertigkeiten. Wenn diese beeinträchtigt werden oder verloren wurden, entstehen Veränderungen von Verhaltensformen und Persönlichkeitsstrukturen. Diese können sich durch muskuläre Verspannungen, dysfunktionale Atmungs-, Bewegungs-, und Kommunikationsmuster als Niederschlag pathogener biographischer Erfahrungen zeigen. (Petzold, Sieper 1993a, 519)

- **Perzeption (Wahrnehmungspotenziale des Leibes):** Der **perzeptive Leib**, der "Wahrnehmungsleib", verfügt über sogenannte Interozeptoren, die die Organempfindungen vermitteln, Propriozeptoren, die z. B. über die Stellung der Gelenke, Muskelspannung, Lage des Körpers, seine Drehbewegungen informieren und Exterozeptoren, die Informationen über die Umwelt vermitteln. Letztere werden unterteilt in Kontakt-rezeptoren (Tast-, Geschmacks-, Druck-, Berührungs-, Temperatur- und Schmerzsinne) und Distanzrezeptoren (Gesichts-, Gehör- und Geruchssinn). Die Aufnahme von Information aus der Umwelt geschieht über diese Rezeptorsysteme. Darüber hinaus gibt es komplexe funktionale Verarbeitungssysteme, die über die eigentlichen, von Sinnesorganen vermittelten Informationen hinausgehen und das Bewusstsein, die Wahrnehmung transmaterielle Phänomene ermöglichen, z. B. Atmosphären, Stimmungen, Gedanken, Phantasien (*Petzold 2003a*). **Der Leib** ist es, der von „**Atmosphären** als ergreifenden Gefühlsmächten“ (*Schmitz 1989 in Petzold, Sieper 2012a, 37*) erfasst wird.

Petzold definiert den Atmosphärenbegriff neuropsychologisch auf folgende Weise:

„Atmosphären entstehen im Zusammenwirken von sublimalen und supraliminalen Sinneseindrücken, die das t o t a l e S i n n e s o r g a n L e i b aufnimmt, und die durch die Resonanzen aus dem Leibgedächtnis angereichert werden (Petzold 2003a, 864), welche wiederum subliminal bleiben oder bewusst werden können“. (*Petzold, Sieper 2012a, 37*).

Leib mit seinen vielfältigen Sinnesvermögen durch exterozeptive Wahrnehmung aus der Außenwelt und propriozeptive bzw. interozeptive Wahrnehmung aus der Innenwelt des Leibes selbst über sich und seine Befindlichkeit in der Welt informiert wird. Die gesamte somatische Sphäre ist mit dem Gehirn verschränkt und der Leib ist mit seiner Mikroökologie, seinem Umfeld beständig verbunden. Er ist auf Interaktion und Kommunikation mit dem Mitmenschen ausgerichtet. Die Wahrnehmungsausstattung des Leibes wird als perzeptiver Leib bezeichnet, ein multisensorischer Leib, die Ausdrucksmöglichkeiten, Verbalsprache, Nonverbalität, Gesang, Tanz, bildnerisches Gestalten werden als expressiver Leib bezeichnet. Wahrnehmen und Handeln sind miteinander verschränkt und werden im szenischen und atmosphärischen Gedächtnis archiviert, wir sprechen hier vom memorativen Leib, vom Gedächtnisleib. Wir erinnern nie isolierte Einzelfakten, sondern sie sind beständig kontextualisiert. Sie sind verbunden mit leiblichen Empfindungen,

emotionalen Erregungen, Umwelteindrücken, mit leibhaftigen Reaktionen, Handlungen sowie in ganzen Szenen und Szenenfolgen gleichsam holographisch erinnert. Jede Form von Therapie greift auf den memorativen Leib zurück, in dem sprachlich gefasste Erinnerungen, Erinnerungsbilder und Szenen und sensorische Erfahrungen wie Gerüche oder Geräusche und natürlich Handlungen, die eigenen und die anderer Menschen, Fokus therapeutischer Arbeit werden (*Orth, Petzold* 2008, 107).

- **Expression (Ausdrucks- und Handlungspotenzial des Leibes):** Die **expressive Leibebene**, die auch als Ausdrucksleib bezeichnet werden kann, bringt die verarbeiteten Eindrücke des perzeptiven Leibes in die Handlung. Ausdruck hilft Menschen schwierige Lebenserfahrungen zu bewältigen. Eindruck braucht Ausdruck. Der Leib - totales Sinnes- und Ausdrucksorgan des Menschen (*Petzold* 2003a).

Es wurde schon von dem perzeptiven, expressiven und memorativen Leib gesprochen. Mit diesem Konzept werden zugleich praxeologische Prinzipien gewonnen. Kunst- und kreativtherapeutische Arbeit sollte multimedial und intermedial erfolgen. Es sollte also nicht nur Tanztherapie angeboten werden, sondern auch die bildnerischen Wahrnehmungs- und Ausdrucksvermögen gilt es einzubeziehen. Gestaltetes in Ton und Farben muss dann aber zu Begriffen und Worten führen. Es sollte beim erwachsenen und vollsinnigen Menschen nicht in der Sprachlosigkeit verbleiben, sondern Erleben ist benennbar, sollte zur Sprache kommen (*Petzold* 2008). Der Leib ist sprechender Leib, wir sehen das im gesamten Bereich der Nonverbalität (*Petzold* 2004h), wo Mimik und Gestik das verbal Gesagte unterstreichen und mit Fülle versehen. Der Leib ist damit nicht nur Sinnes-, sondern Ausdrucksorgan, Medium der Kommunikation. Man vermittelt sich leibhaftig und wo diese Fähigkeit verlorengegangen ist oder eingeschränkt wurde, finden wir sehr häufig auch Krankheit. Die bizarren Kommunikationsformen psychotischer Menschen, die Zurückgezogenheit und Sprachlosigkeit Schwersttraumatisierter, die Einseitigkeit und Manierismen in verbaler Sprache und Körpersprache, die wir bei Zwangs- und Angststörungen finden, oder die Wortlosigkeit bei schweren depressiven Störungen zeigen, Leib und Sprache sind Ausdrucksindikatoren - auch für Gesundheit und Krankheit. Deshalb ist in diagnostischer Hinsicht Verbalität und Nonverbalität große Aufmerksamkeit zuzuwenden und in therapeutischer Hinsicht wären dann festgestellte Defizite und Störungen auf der Leibsphäre zu beseitigen.

Jede Therapie hat damit auch leibtherapeutische Dimensionen (*Orth, Petzold 2008, 110*).

- **Memoration (Erinnerungsvermögen):** Die **memorative Leibebene** betrifft den Erinnerungsleib, der die Wahrnehmungen des perzeptiven Leibes und die Handlungen des expressiven Leibes speichert. Positiv gespeichertes Gedankengut und leibliche Erfahrungen, die ggf. von negativen Erinnerungen überlagert wurden, könnten aktiviert und nutzbar gemacht werden. Wobei einmal gespeicherte Wahrnehmungen und Handlungen die Struktur zukünftiger Wahrnehmungen und Handlungen bestimmen (*Petzold 2003a*).

Folgende Leibgedächtnisformen werden spezifiziert:

- Viszerales/propriozeptives Leibgedächtnis, eigenleiblich, unmittelbar, erfahr-/erlebar, auf die Sensorik/Motorik gerichtet,
- Atmosphärisches Leibgedächtnis – Gesamteindruck aller Sinneseindrücke,
- Ikonisches Leibgedächtnis – abrufbare bildhafte Erinnerungen,
- Szenisches Leibgedächtnis – Schauplatz/Ort mit Handlungen und Handlungssequenzen,
- Verbales Leibgedächtnis – mit Worten/Sprache (*Räuchle in Petzold 2019, 52*).

- **Reflexion (Bewusstmachen und Benennen von Wahrgenommenen und Erlebtem):** Die **reflexive** Leibebene ermöglicht uns, über uns selbst nachzudenken, um so Distanz zu unseren Lebenserfahrungen herzustellen. Auf diese Weise sind wir in der Lage, mit dem Blick von außen auf uns selbst zu schauen und so Möglichkeiten zu schaffen, alternative Sicht- und Verhaltensweisen zu entwickeln. Das kann über eigenes Nachdenken, aber auch durch Ko-Reflexion der anderen angestoßen werden (*Petzold 2003a*).

Die **prospektive** Leibebene wird die Perspektive erschlossen in der durch Phantasie und Voraussicht, die "Zukunft des Leibes" - Gesundheit und Entwicklung, aber auch Krankheit und Verfall - gesehen wird (*Petzold 2003a, Stefan 2020*).

3.6.8 Inkarnation, Koinkarnation, Dekarnation

Die Verschränkung der materiellen und transmateriellen Realität des Menschen formt den Leib. Transmaterielle Realität bezeichnet u. a. Informationen, Erfahrungen wie z. B. genetische Programme oder Sozialisationseinflüsse, die im informierten Leib gespeichert sind/werden und in der Individualität zum Ausdruck kommen. Die

Speicherung der Extero- und Propriozeptionen von den Zeiten früher, fötaler Entwicklung an führt zur Ausbildung des „Leibes“ als „*Personalisierung*“ des individuellen Körpers. Der Organismus als biologisches Substrat der Person wird von Personalität und natürlich Sozialität durchtränkt. Mimik, Gestik und Haltung gewinnen einen persönlichen „Stil“. Der Mensch beginnt, sich leibhaftig kennenzulernen, und wird dadurch zum *Subjekt*. Die sich evolutionsgeschichtlich herausgebildete Fähigkeit des Menschen, die Außenwelt in sich aufzunehmen wird, bezugnehmend auf Merleau-Ponty und Marcel als Inkarnation bezeichnet. Der Individuationsvorgang gründet im Prozess der „**Inkarnation**“, die wesentlich im zwischenleiblichen Zusammenspiel der frühen Sozialisation gründet, d. h. in der durch „**Koinkarnation**“ beginnenden Entwicklung des „Leib-Subjekts“. Da prägender Erfahrungen immer aktiv in Bezogenheit stattfindet. Ko-inkarnationsprozesse finden lebenslang statt. Sie kann nun gelingen oder misslingen, abhängig von der Qualität und Intensität des koinkarnativen Geschehens. Gerade ein Mangel an körperlicher Zuwendung, an emotionaler Wärme, an Berührung, an Bewegungsspielen, an multipler, sensorisch-perzeptueller, motorischer, emotionaler, kognitiver, sozialer Stimulierung, aber auch der Einfluss verwirrender Impulse lassen gestörte **Koinkarnationen** und **Inkarnationsdefizite** entstehen. Der Mensch wird in seiner Wahrnehmung diffus. Er kann zu sich und zu anderen wenig in Kontakt treten. Kann sich nicht gut spüren usw. *Petzold und Orth* (*Petzold, Orth* 1993e/2017, 526) sprechen dann von einer „**schwachen Inkarnation**“, wohingegen die Förderung der persönlichen Entwicklung durch ausreichende und angemessene multiple Stimulierung in qualitativer und quantitativer Hinsicht zu einer „**starken Inkarnation**“ führt. Das Leib-Subjekt spürt sich dann gut, Selbst- und Fremdwahrnehmung sind differenziert ausgeprägt, es „fühlt sich wohl in seiner Haut“, es „hat Boden“, einen guten Bezug zu seiner Leiblichkeit, ist zu „Zwischenleiblichkeit“ fähig, zu emotionaler Erlebnisfülle und -tiefe. *Körperbild* und *Selbstbild* sind prägnant. Eine „fördernde Umwelt“ hat zur Ausbildung einer gesunden, ressourcenorientierten Persönlichkeit mit einer Fülle von Potentialen (im Sinne der Salutogenese) geführt. Personale Leiblichkeit ist prägnant. In Mimik, Gestik, Sensibilität und Expressivität lässt sich die spezifische Eigenart der „fleischgewordenen Person“ ausmachen: ein „bestimmtes Lächeln“ ein unverwechselbarer Gang, ein lebendiger, kräftiger Händedruck, wache Augen, eine facettenreiche Mimik. Alle Bereiche des *Körpers*, sind durch „*Einleibungen*“ (*H. Schmitz*) beseelt, personalisiert. Eine solche „*starke Inkarnation*“ ist nicht

ungefährdet. Sie kann durch Traumata, Misshandlungen, Unterstimulierung beschädigt werden, so dass „**Dekarnationen**“ eintreten können. Der Mensch kann im Lauf des Lebens nicht nur Erfahrungen sammeln und verleiblichen sondern auch z. B. auf Grund von Erkrankungen oder repressiven Erfahrungen gewonnen leibliche Potenziale verlieren – Dekarnation. Diese sind von „**Inkarnationsdefiziten**“ dadurch unterschieden, dass sich schon vorhandene Kompetenzen und Performanzen zurückbilden, dass sich der *Leib* gleichsam aus dem *Körper* zurückzieht, der zwar in seiner organismischen Funktion noch unversehrt ist - auf Dauer können sich aber auch organopathologische Befunden einstellen -, der Leib aber dann unbelebt, matt, blass und leblos wird: Augen, die „tot“ sind, ein Gesicht, das „erstarrt“ ist, eine Haltung, die verknöchert ist, eine Ausstrahlung die „stumpf“ ist. Dieser Mensch wirkt irgendwie „unlebendig“. Sein emotionales Leben ist wie abgestorben. Er ist völlig starr, funktioniert nur noch wie ein Automat, wie eine Maschine. Als ob in ihm alles abgestorben wäre. Derartige **Dekarnationen** können den ganzen Leib oder einzelne Teile (abgestorbene Hände) oder Organe (hartes, steinernes Herz) bzw. Sinne (taube Ohren) erfassen. Diese Symptome verweisen auf auf **Dekarnationsphänomene** und/oder schwache **Inkarnationen** bzw. **Inkarnationsdefizite** hin, wohingegen Wendungen wie „sensible Hand“, „Feinhörigkeit“, „wacher Blick“ „gute Nase“, „sprechende Mimik“ bei einem Menschen, der eine „lebendige und gute Ausstrahlung“ hat und „das Herz auf rechten Fleck“, auf eine „**starke Inkarnation**“ verweisen. Die *Leibmetaphorik* der deutschen Sprache erschließt uns die Dimension des Leibes, der von der Sprache durchdrungen und dessen Ausdruckskraft in die Sprache gedrungen ist und sie mitprägt und geformt hat bis in die kognitive Begriffe hinein: **er-fassen, be-greifen, er-fahren**. Es liegen hier für „eine Hermeneutik der Körpersprache“, ein Verständnis des „sprechendes Leibes“, ungehobene Schätze, die für die praktische, therapeutische Arbeit, aber auch für das Verständnis von Pathogenes und Salutogenese, d. h. auch für die Phänomene der „**Inkarnation**“ bzw. „**Koinkarnation**“ und ihrer Gefährdungen (**Inkarnationsdefizite, Koinkarnationsstörungen, Dekarnationen**), eine Vielfalt von Möglichkeiten psychotherapeutischen und thymopraktischen Handelns erschließen, aber auch eine spezifische Methodik erfordern (Petzold, Orth 1993e/2017, 526ff.).

3.6.9 Der Resonanz-Leib

Im Integrativen Ansatz ist Resonanz konsequent vor dem Hintergrund des Leib-Begriffes zu fassen. Der Leib ist hier ‚Resonanzorgan. Resonanz ist dementsprechend eine stets vorhandene, wenn auch nicht immer bewusste Qualität. Resonanz liefert, dem Integrativen Ansatz folgend, in einer Situation, in einem aktuellen Erleben eine Erinnerung an einen im Leib gespeicherten Eindruck, der zum aktuellen Geschehen gehört oder dazu kontrastiert. Resonanz in der Integrativen Therapie verweist auf den Leib als den mit der Welt verwobenen Speicher aller Informationen, der bewussten wie der unbewussten, die ersteren vorausgehen. Die Integrative Therapie geht davon aus, dass sich im Nachspüren der im Leib gespeicherten Eindrücke drei Ausrichtungen ergeben: der aspektive Gegenwartsbezug (Phänomene) in Empfindung, Emotion, Kognition, Volition und Expression, der retrospektivische Bezug in die Vergangenheit (Strukturen) im Nachempfinden, Nachspüren, Nachfühlen, Nachdenken und Nachsinnen und der prospektiv-antizipatorische Bezug (Entwürfe) im Vorausschauen, Planen, Entwerfen und Imaginieren. Der Leib ist schwingungsfähig. Menschen haben das intrinsische Bedürfnis nach Verbundenheit. Mit der Schwingungsfähigkeit des Leibes können Menschen sowohl die Verbundenheit als auch das Ausgeschlossenein fühlen. (Petzold, Orth 2019, 893).

3.6.10 4E Kognition

In den Neuro- und Kognitionswissenschaften, an die phänomenologische Philosophie anschließend, entwickelten sich seit den 1980er Jahren folgende Begriff: *embodied, enacted, embedded cognition* (Stefan 2020, 91).

Gegenwärtig wird der Begriff „4E cognition“- *embodied, enacted, embedded, extended* - angewandt, der in aktuellen Theoriebildungen der kognitiven und sozialen Neurowissenschaften diskutiert wird.

Der Begriff „**Embodiment**“ definiert eine Verkörperung von Geistig-Psychischen , Kognition oder mentalen Prozessen. Es gibt schwache oder starke Verkörperungen:

„Dass Geistig-Psychisches zumindestens schwach verkörpert ist, ergibt sich aus der Einsicht, dass der lebendige Körper eine unabdingbare Voraussetzung für Geistig-Psychisches ist. Ein stärkerer Begriff von Verkörperung würde zusätzlich meinen, dass gewissermaßen der ganze Körper eines lebendigen Organismus eine Materialisierung des Geistig-Psychischen ist.“ (Stefan 2020, 91).

„Enacted“ basiert auf der Vorstellung des lebendigen Körpers, *des Leibes*, der als ganzer Organ der Ausdruck des Geistig-Psychischen in der Interaktion mit der Welt ist:

„(...) lebendige Organismen, qua embodiment ihre Umwelt nicht in einer Art Beobachterperspektive wahrnehmen und dann handeln, sondern sich schon im Handeln und Agieren Wahrnehmung und Denken, also auch Kognition, vollzieht.“ (Stefan 2020, 92).

Dieser Gedanke ist in der Integrativen Therapie in ihrer Definition der Anthropologie des Schöpferischen Menschen inbegriffen: der Mensch wird bezeichnet als ein schöpferisches Wesen, dass **"Selbst als Künstler und Kunstwerk"** (Petzold 2002) zu verstehen ist. Er kann sich Selbst und seine Lebensbezüge schöpferisch gestalten (Höhmann-Kost 2018, 9). Der Mensch ein eigener Schöpfer und das aus der Schöpfung entstandene Kunstwerk (Petzold, 2002).

„Embedded“ bedeutet, dass Kognition immer eingebettet ist:

„Leibliche, enaktive, kognitive Prozesse vollziehen sich in einer für sie konstitutiven Umwelt, in einem historischen und sozialen Kontext, in den sie eingebettet sind.“ (Stefan 2020, 92).

In der Integrativen Therapie wird dies als prozessuales Geschehen im Kontext/Kontinuum, das auch die Natur und die Ökologisation miteinschließt bezeichnet (Petzold et al. 2018; Petzold, Orth 2017; Stefan 2020).

Stefan schreibt **„Extended cognition“** dass *„Kognition sich in aller Regel schon auf Gegenstände der näheren Umwelt des Organismus und auf andere organische und auch nicht organische Entitäten ausdehnt, (...) (bzw.) diese für ihre Zwecke benutzt.“ (Stefan 2020, 92).* Dabei kann nicht klar unterschieden werden, ob keinen Unterschied macht, *ob kognitive Prozesse sich biologischer Substrate wie Gehirn*

und Körper oder sich nicht biologischer, dem Organismus physikalisch äußerlicher Objekte bedienen, um sich zu realisieren. (Stefan 2020, 92).

3.6.11 Leib und Musik

„Es ist der Leib, der die Musik macht, (...) hört und erlebt. (...) Jeder aktive wie rezeptive Umgang mit Musik schließt von Haus aus bereits körperliche Aktionen bzw. Reaktionen mit ein. Musizieren ist (...) stets mit körperlicher Bewegung verbunden“ (Pütz 1999, 9).

In der Musiktherapie werden der Körper, die Stimme und der Atem (der Leib) als primäre Instrumente bezeichnet. Die Musik wird durch den Körper zum Ausdruck gebracht, in und mit ihm fängt die Musik an.

Der Körper wird als das angeborene Instrument betrachtet aus welchen Ausdrucksformen entstehen. Decker-Voigt vergleicht die Rolle des Körpers in menschlichen Leben mit der Funktion des Instrumentes für die Musik: *„Der Körper ist das für das menschliche Leben, was für die Musik das Instrument ist“* (vgl. Decker-Voigt 1991, 273f.).

Der Körper ist die Voraussetzung dafür, dass Musik erklingt weil sie aus der emotionalen Bewegtheit entspringt und aus der physischen Bewegung entsteht. Die Musik bewirkt, dass im Körper Prozesse auf der physiologischen und emotionalen Ebene hervorgerufen werden, auch um Musik körperlich zu erfahren (Haselbach 1990, 83; Pütz 1999, 9). Der menschliche Körper ist musikalisch und rhythmisch zugleich, seine Bewegung ist mit Musik verwandt und verbunden. Musik, Bewegung und Körper gelten als die bedeutendsten Kommunikationsmittel in der Musiktherapie (Cubasch 1997; Hegi-Portmann et al. 2006, 56).

„Musik bewegt, und zwar körperlich-motorisch wie sinnlich-emotional“ (Loos 1994, 92).

Die besondere Kraft der Musik liegt darin, dass sie Gefühle auslöst. Der Körper ist der Sitz der Gefühle, Affekte, Erfahrungen und Träume, er ist der *„Übersetzer der Seele ins Sichtbare“* (Christian Morgenstern, <http://www.zitate-online.de>).

„Musik und Bewegung beeinflussen sich gegenseitig.“ (Petzold 1988n3, 408).

Musik bringt Menschen in körperliche Bewegung. Sie fangen an zu tanzen oder können, wenn die Musik erklingt, Hände und Füße nicht still halten. Dieses Phänomen ermöglicht es, mit Hilfe des Körpers, Erfahrungen und Gefühle, die in bestimmten Stellen des Körpers feststecken, aufs Neue erleben zu lassen und anschließend zu verarbeiten. Die Bewegung, die Musik bei Menschen auslöst, hat auch physiologischen und neurologischen Charakter.

In der Bewegung wird der kinästhetische Sinn spürbar, die Muskeln reagieren auf den Klang und Rhythmus und erzeugen entsprechende Bewegungen dazu. Die Bewegung vollzieht sich in der Zeit, indem sie den Raum einbezieht und von einer Position zur anderen verläuft, mit einer bestimmten Kraft und in einer bestimmten Form. Auch wenn Bewegung in der Musik, vor allem psychischer Art ist, kann sie als solche einen Einfluss auf die Motorik haben und die motorischen Bewegungen koordinieren. Musik und Bewegung ordnen die Zeit und strukturieren den Raum. Sie sind der Schlüssel zum Erleben des eigenen Rhythmus (*Tauscher* 1967, 8; *Haselbach* 1991, 21; *van Deest* 1997, 139; *Smeijsters* 1999, 209f.).

Das Wort Bewegung wird in der deutschen Sprache gleich für die innere wie die äußere Bewegung verwendet. Das entsprechende lateinische Wort „motio“, die Bewegung, hängt mit „emotio“, die innere Bewegung, zusammen. Beide Worte kommen vom Verbum movere, sich bewegen (*Orff* 1974, 47). Das bedeutet, dass der emotionale Ausdruck von Musik tief im Leiblichen wurzelt.

Die musikalischen Gesten korrespondieren weitgehend mit körperlichen und das Hören und Erleben von Musik geht mit innersensorischen, auch physiologisch messbaren Körperempfindungen und –gefühlen einher. Demgemäß zahlreich und vielfältig sind die Formen und Gestalten des Zusammenspiels zwischen Musik und Körper (*Pütz* 1999, 9).

Wenn man davon ausgeht, dass durch Musik das Innere des Menschen zum Ausdruck kommt und die Bewegung der äußere Ausdruck davon ist, dann ist die Bewegung die Brücke zwischen dem Innen und Außen des Menschen (*Jacobs* 1985).

Unter dem Einfluss von Musik und durch die sinnliche Erfahrung des Hörens, Sehens, Erspürens und Ertastens folgt auf das Wahrgenommene eine subjektive Bewegungsreaktion im Handeln und Verhalten. Diese Reaktion geschieht in der Zeit, im Raum, mit einem Kraffteinsatz in einer Form (*Jacobs* 1985). Innere Bewegung

fließt in die äußere Bewegung, nur aus dieser Bewegung heraus erklingen die Stimme und die Musikinstrumente (*Hegi-Portmann et al. 2006, 60ff.*).

Musik und Bewegung besitzen gemeinsame Eigenschaften und Analogien, die auf folgende Weise spezifiziert werden können:

Tab. 2 : Entsprechungen zwischen Musik und körperlichen Bewegung (Entlehnung aus Artus, Paulissen-Kaspar 1999, 22).

Musik	Bewegung
Tonhöhe	Lage und Richtung der bewegten Körperteile im Raum
Tonstärke	Dynamik des Muskelspiels
Klangfarbe	Verschiedenheit der Körperformen
Dauer (Zeitwerte)	Dauer (Zeitwerte)
Takt	Takt
Rhythmik	Rhythmik
Pause	Stillstand
Melodie	Stetige Folge von Einzelbewegungen
Kontrapunkt	Gegenbewegungen
Akkorde	Fixierungen von gleichzeitigen Gebärden (eines Einzelnen) oder von Gruppengebärden
Harmoniefolge	Abfolge von zusammenklingenden Bewegungen (einer Einzelperson) oder von Gruppengebärden
Phrasierung	Phrasierung
Aufbau (Form)	Verteilung der Bewegungen in Raum und Zeit
Orchestrierung	Gegenüberstellung und Verbindung mannigfaltiger Körperformen

Körperliche Bewegung im Wechselspiel von Musik und Bewegung spielt eine wichtige Rolle in der freien und/oder gebundenen Improvisation. Die Wirkung der aus der Improvisation kommenden Gestaltung steigt, wenn der Darsteller gleichzeitig der Schöpfer seines eigenen Ausdrucks ist (*Plahl, Koch-Temming 2005, 175*). Bewegung

zur Musik in Form einer musiktherapeutischen Intervention bindet die Aufmerksamkeit, fördert die Körperwahrnehmung und Körperkoordination, eröffnet Möglichkeiten zu bewusster Wahrnehmung von Körpergefühlen und ermöglicht das propriozeptive und sinnliche Erleben, welches zum Entstehen von Körperbild und Körperschema führt (Strobel, Huppmann 1991, 87f.; Plahl, Koch-Temming 2005, 87; Engert-Timmermann, Timmermann 1997, 2001).

Musik- und Körperausdruck sind miteinander verflochten, der Klang zeigt in der Resonanz, Frequenz und im Raum, der Rhythmus im Atem, Puls, Stoffwechsel und Gang, die Dynamik in der Spannung, im Tempo, in der Kraft und Intensität, die Melodie in Bewegung, Betonung und Linie, die Form in der Größe, im Gewicht, in den Proportionen und in der Haltung. Musikalische Klänge sind körperlich, symbolisch und sinnhaft (Loos 1994, 19; Hegi-Portmann et al. 60ff.).

So wie es Gemeinsamkeiten zwischen Musik und Bewegung, zwischen Musik- und Körperausdruck gibt, lassen sich Verwandtschaften zwischen Musik und Körper in der körperlichen Bewegung aufzeigen:

„Musik ist Bewegung in der Zeit – Tanz in Bewegung im Raum“ (Hegi-Portmann et al. 2006, 60).

„(...) der Mensch, der Körper ist das Instrument. (...). Der Mensch - Körper, Geist und Seele - beherbergen die Musik. Der Mensch bringt sich zum Klingen, indem er Musik zum Klingen bringt. Musik ist das Singen, das aus dem Inneren nach außen dringt“ (Giora Feidman 1999).

Um Musik zu erzeugen, bedarf es des menschlichen Körpers und der Musikinstrumente. Musik und Körper bilden eine Einheit. Musik wird immer körperlich und/oder leiblich erfahren:

„Mein Körper ist die (großartige) Antenne, die Musik empfängt (...)" (Bücken 1982, 5).

Die gespielte Musik spiegelt sich in der Bewegung, der Körperhaltung und im Körperausdruck der Musizierenden wider. Der Mensch als „ein Körper-Seele-Verstand-Dreiklang“ (Loos 1996a, 183) zeigt sein seelisches und geistiges Erleben von und in der Musik körperlich, in seinem Körperausdruck. Schon die Art des

Musizieren, der musikalischen Darbietung, das aus der Stille heraus kommende Einatmen, die Vorbereitung auf die Musik, lassen erahnen, wie die gespielte Musik erklingen wird und welches musikalisch-atmosphärische Erlebnis erfolgt.

„(...) im Körpergefühl wird der Klang erlebt, in der Körperbewegung der Rhythmus (auch Polaritäten weich –hart). Mimik und Gestik befinden sich in der Melodie, auch in der Sprachmelodie. Die Körperspannung bildet sich in der Dynamik ab, und der Körperhaltung entspricht die Form, der Verwandlung der Haltung das Formenspiel“ (Küsel-Glogau 1993, 65).

Weitere Ähnlichkeit gibt es zwischen Körper und dem Umgang mit Musikinstrumenten: Die Art des Umgangs mit dem Instrument entspricht der Umgangsart mit sich, mit anderen und dem eigenen Körper (Bücken 1982; Decker-Voigt 1991, 273).

Außer der psychologischen Wirkung von Musik auf den Menschen gibt es noch die Reaktionen auf der physiologischen Ebene:

- a) Die ergotropen Reaktionen (zur stimulierenden und aktivierenden Musik):
 - Pulsschlag, Herzfrequenz und Blutdruck steigen,
 - Vermehrte rhythmische Kontraktion der Muskel,
 - Größerer Hautwiderstand,
 - Emotionale Erregung und Rauschzustand,
- b) Die trophotropen Reaktionen (zu beruhigender und entspannender Musik):
 - Entspannung der Muskulatur und der Muskelenergie,
 - Abfallen des Blutdrucks,
 - Verlangsamung der Atmung,
 - Verengung der Pupillen,
 - Geringerer Hautwiderstand
 - Beruhigung und Lustgefühl bis zur Schläfrigkeit.

Zusätzlich wird die Wirkung sensorischer Reize beeinflusst, der Körperstoffwechsel steigert sich oder die Energie nimmt ab. Auch die Absonderung von Hormonen und Neurotransmittern und die damit zusammenhängenden vegetativen Reaktionen, sind durch Musik beeinflussbar (Benenzon 1983, 22; Strobel, Huppmann 1991, 22; van Deest 1997, 24; Decker-Voigt 1991, 74; Hegi-Portmann et al. 2006; Nöcker-Ribaupierre 2002, 32).

Es ist nicht einfach zu unterscheiden, welche psychologischen und physiologischen Reaktionen Musik zuerst auslöst. Dazu gibt es viele Theorien: die eine meint, dass der psychischen Reaktion auf die Musik die physische Reaktion folgt, ihr geht ein affektiver Auslöser als Impuls voran (vgl. Möller 1971, 33). Die andere behauptet, dass die physiologischen Reaktionen zum seelischen Musikerlebnis führen (vgl. Alvin 1984, 65).

Sicher ist, dass das Musikerlebnis den ganzen Menschen – Körper, Seele und Geist - erfasst und erreicht (Schmölz 1982; Alvin ebd.; Priestley 1983, 1994; Loos 1994; Engert-Timmermann, Timmermann 2001; Frohne-Hagemann 2001; Hegi-Portmann 2001, 47; Gindl 2002; Nöcker-Ribaupierre 2002; Schumacher 2002b).

„Der Leib (ist) das Instrument, auf dem die Seele spielt“ (Jacobs 1985, 15).

Der Körper ist auch ein Ort der sinnlichen Wahrnehmung von Anfang des Lebens an. Die Sinneswahrnehmung evoziert die Entwicklung von Ich und Selbst, das „Selbst ist immer das Körperselbst“ (Schumacher 1995, 67) und Körperschema.

Körperausdruck in der Haltung, Gestik und Mimik, der Gesichtsausdruck und der Klang der Stimme liefern die ersten Eindrücke im Kontakt mit anderen Menschen. Das Wahrnehmen dieser Elemente geschieht von Beginn des Lebens an direkt auf der emotionalen Ebene.

Die ersten Erfahrungen des Ungeborenen sind sinnlich-körperlicher Art. Durch die Sinne erlebt es sich und sein erstes Zuhause, die Gebärmutter. Der Fötus nimmt akustische Signale wahr: den Klang der menschlichen Stimme und die Geräusche im Körper der Mutter sowie aus der Umgebung (Timmermann 1994, 180; Nöcker-Ribaupierre 1995, 2003a, 2003b; Papoušek 2005, 1ff.). Für das Neugeborene bilden die Stimme und der Körper der Mutter eine Brücke zwischen der intrauterinen Umgebung und der Welt (Nöcker-Ribaupierre ebd.). Um sich zu spüren und das Selbsterleben zu erlernen, braucht das Neugeborene andere Menschen, die Eltern oder andere Bezugspersonen. Die ersten Eindrücke, die es vernimmt sind sinnliche Wahrnehmungen. Diese frühen Erfahrungen prägen es für das ganze Leben und speichern sich in seinem Körpergedächtnis in Form von Atmosphären und Empfindungen ab. Aus den Wahrnehmungen entstehen Gefühle. Diese sind verkörpert und durch sinnliche Stimuli auslösbar, d. h. die sinnlichen Reize, die der

Körper aufnimmt, werden mit Gefühlen besetzt. All diese Körperempfindungen, die Atmosphären und Stimmungen, die das Baby umgeben, speichert es in seinem Körpergedächtnis ab. Sie sind die Basis dafür, dass das Baby ein Bild - das Körperbild - von sich selbst entwickeln kann (*Langenbach* 1998, 9; *Schumacher* 1995, 2000b).

Eine intakte, gesunde Wahrnehmung über die Sinne ist die Prämisse und Grundlage für die Entwicklung der Affekte und des affektiven Austausches in Beziehungen. Die Muster für die Gestaltung von Beziehungen im Verlauf des Lebens werden in der frühen Kindheit entwickelt. Musik evoziert Affekte und reguliert sie (*Schumacher* 2000c). Musik in der Musiktherapie aktiviert und löst emotionale Prozesse aus, ermöglicht Kommunikation und stiftet Beziehung.

Der Körper ist das wichtigste Erfahrungsinstrument des Menschen. In der Musiktherapie eröffnet er Potenziale und Kanäle des Zugangs zum tieferen Verständnis und zum Ausdruck von seelischem und körperlichem Leid. Der erfahrene und erfahrbare Körper hat seine Lebensgeschichte im Körpergedächtnis gespeichert und bringt sie im Körperausdruck zum Vorschein. Der Körper ist erfahrbar als der Ort der unmittelbaren Erfahrung im Hier und Jetzt. Körperliche Empfindungen und Verhaltensmuster bilden die entscheidende Grundlage für das Entstehen von Bewusstsein und das Identitätsgefühl. Als der interaktionelle Körper ist er Vermittler von Beziehungen und Kommunikation, welche in der Musiktherapie auf drei Ebenen der Aktivität umgesetzt und verwirklicht werden: instrumental, vokal und in der Körperbewegung (*Schmölz* 1982; *Alvin* ebd.; *Priestley* 1983, 1994; *Loos* 1996; *Engert-Timmermann, Timmermann* 2001; *Frohne-Hagemann* 2001; *Hegi-Portmann* 2001; *Gindl* 2002; *Nöcker-Ribaupierre* 2002; *Schumacher* 2002b; *Hegi-Portmann et al.* 2006).

Der Leib ist der Ort der sinnhaften Wahrnehmung; er nimmt das Wahrgenommene auf wie ein Speicher und wird damit zu unserer individuellen Geschichte. Der ‚Leib ist Geschichte‘, wie Gabriel Marcel formuliert hat, in ihm ist Bewusstes und Unbewusstes festgehalten.

Die jeweilige, aktuelle Leiblichkeit ist nicht nur das Ergebnis des Gewesenen, sie ist auch der Speicher des Vergangenen und Ausgangspunkt für das Zukünftige. Die

Arbeit am Leib kann Erinnerungen, Bilder, Emotionen, Erlebnisse und Assoziationen freisetzen.

Die Beziehung Leib und Musik formuliert Frohne-Hagemann als *"leibmusikalische Ko-respondenz"*, (Frohne-Hagemann 2001, 12f.), die sich als leibmusikalische Ursprache in musikalischen Ausdrucksgesten und Gebärden, musikalischen Bewegungssuggestionen, musikalischen Gefühlsbewegungen, usw. artikuliert. Musizieren eignet ist in besonderer Weise im die Verbindung zwischen diesen Ebenen des Leibes, zwischen Innen und Außen herzustellen. Damit Musik entstehen kann, ist „leibliche Präsenz“ notwendig (Frohne-Hagemann 2001, 145).

Das Musizieren ist stets mit Bewegung verbunden. Die Bewegung ist das verbindende Glied zwischen Leib und Musik. Die Musik entsteht aus der inneren und äußeren Bewegung des Leibes.

Gleichzeitig weisen Musik und Leiblichkeit Gemeinsamkeiten auf, wie:

Atmosphären, Stimmungen, Bewegungssuggestionen (z. B. Engung - Weitung, Anschwellen - Abschwollen, Beschleunigung - Verlangsamung, Spannung - Lösung, etc.), Gefühlsbewegungen bzw. Ausdrucksgesten.

3.7 Der diagnostische Prozess in der Integrativen Therapie

„Ausgangslage für die Integrative Therapie sind die *Phänomene*, wie sie sich den Sinnen des Leibes darbieten. Der in der *Wahrnehmung* erfolgende phänomenologische Zugriff auf die dem Leibe gegebene Lebenswelt (an der er partizipiert), verbindet sich im Akt des *Erfassens* mit dem Niederschlag vorgängiger Wahrnehmungen, wie sie in den Leibarchiven festgehalten sind. Damit wird der Zugang „von den *Phänomenen* zu den *Strukturen*“ als sich im Zeitkontinuum gleichförmig wiederholenden Konstellationen und ein Ausgreifen auf *kreative Entwürfe* möglich, und es erfolgt eine Überschreitung der *Phänomenologie* in die *Hermeneutik*, ja *Tiefenhermeneutik*, in dem Moment nämlich, in dem die Dimension des Unbewußten mit Hilfe eines anderen ko-respondierend ausgelotet und auf diese Weise verdrängtes verstehbar wird und erklärbar wird. Unbewußtes kann damit auch in seinen Auswirkungen verändert werden, wenn der hermeneutische Verstehensprozeß in praktischem Handeln Konsequenzen hat. Wird dieser Prozess auf seine kulturhistorischen und neurobiologischen Voraussetzungen reflektiert, eröffnet sich die transversale Ebene der *Metahermeneutik*.“ (Petzold 2003a, 13f.)

Phänomenologie und Hermeneutik und die damit verbundenen Dimensionen des Bewussten und Unbewussten, des Sprachlichen und Nicht-Sprachlichen, des Verstehens und Handelns, der Diagnostik und Intervention sind für das Verfahren der

Integrativen Therapie von größter Wichtigkeit (*Petzold* 2003a, 14). Das gilt auch für alle Methoden der Integrativen Therapie: die Integrative Leib- und Bewegungstherapie, die Integrative Musiktherapie, Integrative Tanztherapie, die Integrative Kunsttherapie und Integrative Poesie- und Bibliothherapie. Leib-, handlungs-, und ausdrucksorientierte Therapieverfahren, die neben der Sprache auch den nicht-sprachlichen Ausdruck einbeziehen und die auf den Menschen als „Leib-Subjekt“ in seinem lebensweltlichen und lebensgeschichtlichen Bezug zentriert sind, bedürfen einer spezifischen Hermeneutik (*Petzold* 2003a, 141). Das Ausgangsmaterial des hermeneutischen Vorgehens wird durch die Besonderheit der therapeutischen Situation bestimmt, wie sie die Arbeit in der Integrativen Therapie charakterisiert. Die Konzepte und Modelle des Integrativen Verfahrens wurden aus der Beobachtung und Reflexion von Behandlungssituationen, aus dem konkreten Umgang mit Patienten entwickelt: es soll *Wahrgenommen, erfasst, verstanden und erklärt* werden. Die Therapie ist der Ort der Hermeneutik in dem sich eigenleiblich Gespürtes, Atmosphärisches, Szenisches, Ikonisches, Aktionales, Gesprochenes, Gedachtes, Phantasiertes, Gestaltetes zeigt. Dieses phänomenale Material gehört überwiegend dem Reich des sinnhaft-leiblich Wahrnehmbaren zu: dem Kinästhetischen, Visuellen, Auditiven usw., das in der Interaktion zwischen Therapeut und Patient oder Gruppenmitgliedern aufkommt und in das Feld der Awareness bzw. den Fokus der Bewusstheit tritt, wenn es in den Blick fällt oder an das Ohr dringt. Es sind Perzeptionen aus dem konkreten Handeln in der jeweils gegebenen Situation, aus dem Arrangement der Szene, der Handlungsfolge eines Stückes, den Klängen einer Partitur, der Komposition eines Bildes, dem lebensvollen Ablauf einer Narration, die mehr sind als nur verbale Berichte. Ein Zugang zu solchem Material erfordert neben dem inhaltlichen Verstehen des Gehörten zugleich auch ein Be-greifen des Geschehenen und Erfassen des Wahrgenommenen. Es wird eine „Hermeneutik des Sichtbaren und Spürbaren“ notwendig, die nicht nur über das Wort Zugang zur Wirklichkeit zu finden versucht, sondern die auch den Bildern und Zeichen – „ikonischen Narrationen“ – Platz lässt, die offen ist für die „tacit dimension“ des sprachlosen Raumes. Sie muss den Sinn der „reinen Geste“, den Gehalt einer Bewegung, den Ausdruckswert einer Haltung, die Tiefe eines Blickes zu erfassen vermögen und das aus dem gramgebeugten Rücken einen Lebensbericht herauslesen können. Eine Hermeneutik der leiblichen Erfahrung und des leiblichen Ausdrucks stellt sich zur Aufgabe, den „offenen Leib“ als Ensemble materieller

kosmischer Verhältnisse und den „sprechenden Leib“ als Leib, der sich im Netz transmaterieller Zeichengefüge deutet, zu integrieren und zu versöhnen: durch ein Wahrnehmen, Be-greifen, Er-fassen, Verstehen, Auslegen, Erklären und Teilen fleischgewordener Geschichte und inkarnierten Sinnes (*Petzold 2003a*).

Aus diesen Gründen wird in der integrativ-therapeutischen Behandlung grundsätzlich nach der Regel „*von den Phänomenen zu den Strukturen, zu den Entwürfen*“ vorgegangen (*Leitner 2010, 213*).

3.7.1 Die „heraklitemische“ Spirale

Die „**heraklitemische Spirale**“ des Erkenntnisgewinns, des Lernens, Handelns und des Veränderns im Ko-respondenzprozess die als „schöpferische Metamorphose“ zu verstehen ist, bildet den Rahmen theragnostischer Prozesse – der sich verschränkenden Therapeutik und Diagnostik in der Integrativen Therapie (*Petzold 2003a, 498ff.*). Sie bestimmt die Prozesse der Theoriebildung und des praktischen Handelns der Integrativen Therapie.

Die heraklitemische Spirale umfasst drei Systeme, die in ihrem Erkenntnis-, Lern-, und Handlungsprozess miteinander gekoppelt sind:

- **I. Die „hermeneutische Spirale“** (wahrnehmen, erfassen, verstehe, erklären),
- **II. Die „agogische Spirale“** (explorieren, agieren, integrieren, reorientieren/kreieren),
- **III. Die „therapeutische Spirale“** (erinnern, wiederholen, durcharbeiten, verändern).

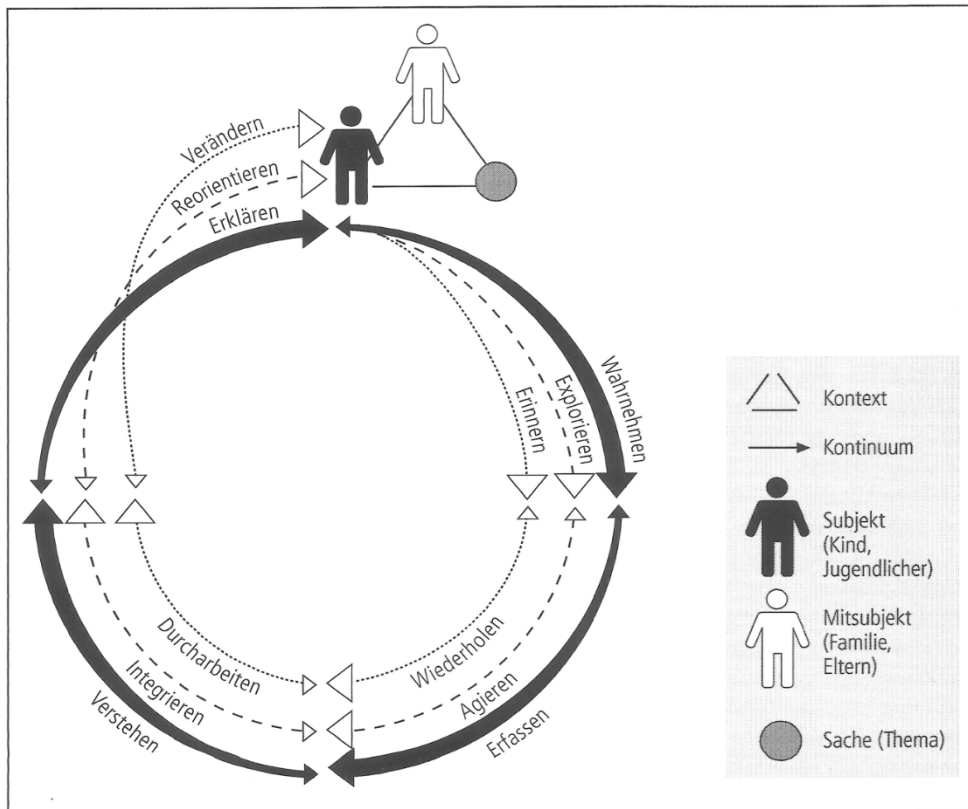


Abb. 1-4 Die herakliteische Spirale des Erkenntnisgewinns, des Lernens und Handelns und des Veränderns im Ko-respondenzprozess (nach Petzold 2003a, S. 498)

Abb. 6: Die „herakliteische Spirale“

Die Abläufe der Spiralen sind miteinander verflochten und die Prozesse jeweils ko-respondierend, kooperativ und kokreativ. Die einzelnen Schritte erfolgen nach einer bestimmten Reihenfolge und wiederholen sich spiralförmig.

3.7.2 Die hermeneutische Spirale

Leiblich-sinnenhaftes **Wahrnehmen**, mnestisches **Erfassen**, kognitiv-wertendes **Verstehen** und reflexiv-metareflexives **Erklären** begründet das, was Petzold als die „hermeneutische Spirale“ der Erkenntnis genannt hat (Petzold, Sieper 2012a, 39).

In Integrativen Ansatz entsteht Erkenntnis durch hermeneutisches Vorgehen. In einer sich spiralförmig vertiefenden Suchbewegung (Tiefenhermeneutik) des Wahrnehmens, Erfassens, Verstehens und Erklärens werden Phänomene im ko-respondierenden Austausch zwischen Therapeut/in und Patient gemeinsam analysiert, interpretiert und in ihrem Sinn verstanden. Über den sprachlichen Ausdruck hinaus dienen dazu das eigenleibliche Spüren, atmosphärisches Erfassen

und szenisches Verstehen von Kontexten (Galas 2013, 5). Das Leibkonzept setzt integrativtherapeutisch beim Leibe an, das bedeutet, dass sie primär bei der **Wahrnehmung** beginnt, mit der die „**Hermeneutische Spirale**“ von **Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären** ihren Ausgang nimmt. Jede Schritt der hermeneutischen Spirale hat eine körperliche/leibliche Basis, weil der Ausgangspunkt für den hermeneutischen Prozess das integrale Leibgedächtnis ist. Die Wahrnehmung umfasst Selbst- und Fremdwahrnehmung, d. h. sich wahrnehmen, den anderen wahrnehmen sowie wahrgenommen werden und gemeinsam wahrnehmen. Die Wahrnehmungen treffen auf abgespeicherte Informationen, die im propriozeptiven, atmosphärischen, szenischen, ikonischen und verbalen Leibgedächtnis abgelegt sind:

- Im viszeralem und propriozeptiven Leibgedächtnis – eigenleiblich, unmittelbar, erfahr- und erlebbar, auf die Sensorik und Motorik gerichtet,
- Im atmosphärischen Leibgedächtnis – Gesamteindruck aller Sinne,
- Im ikonischen Leibgedächtnis – abrufbare bildhafte Erinnerungen,
- Im szenischen Leibgedächtnis – Schauplatz und Ort mit Handlungen und Handlungsprozessen,
- Im verbalen Leibgedächtnis – mit Worten und Sprache (Räuchle 2019, 52)
- Im musikalischen Leibgedächtnis – mit musikalischen Elementen (Skrzypek 2019).

In der Integrativen Therapie an sich ist die *hermeneutische Spirale* der Weg für Erkenntnisgewinn. Über den Prozess von *Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen* und *Erklären* kann ein Patient von den Phänomenen seines Verhaltens zu den Strukturen seines Verhaltens finden. Ausgehend von der Wahrnehmung, kann er seine Befindlichkeit z. B. als Empfindungen oder Gestimmtheiten erfassen. Im kognitiven Verstehen geht es darum, den Sinn des Erlebten durch Worte begrifflich zu fassen, damit die subjektive Bedeutung intersubjektiv kommuniziert werden kann (Petzold 2003a). Ein individueller Sinn kann sich schließlich aus dem individuellen Erfahrungshintergrund und vernetzenden Zusammenhängen ergeben. Ziel ist es, das aktive und passive Wahrnehmen zu schärfen, damit die emotionalen Qualitäten einer Situation in ihrer Komplexität und Bedeutung immer differenzierter erfasst werden können. Dies gilt als Grundlage dafür, den Sinn eines Phänomens oder Verhaltens immer besser zu verstehen und es dann schließlich im

Zusammenhang erklären zu können. Damit wird eine vorläufige Erkenntnis vom Selbst oder von geteilter Lebenswelt möglich (Petzold 2003a, 175).

Wesentlich ist, dass sich der Prozess der hermeneutischen Spirale sowohl vor und zurück als auch zurück und vor bewegen kann, es gibt also im Prozess Rückkoppelung auf vorgängige Erkenntnisschritte. Außerdem gibt es eine Metaebene, Metaprozesse. Sie entstehen durch den Therapeuten als exzentrische Feedback-Instanz und ggf. sogar durch einen Supervisor bzw. Supervisorin, deren Input den Prozess bereichern kann, indem eine „transversale Mehrebenenreflexion“ entsteht (Petzold 2007a; Petzold, Orth 1999, 112).

Positive sowie negative Erinnerungen und Wertungen werden gleichermaßen einbezogen. Das Arbeiten mit intermedialen Quergängen bzw. kreativen Medien nutzt im Gestaltungsprozess nonverbale Ausdrucksformen, die über leibliche und leib-musikalische Resonanzprozesse und „dichte Beschreibungen“ (Orth, Petzold 2008) – wenn diese möglich sind, wieder zum begrifflichen Verstehen führen. Im Erfassen und Begreifen kristallisieren sich Bedeutung und Zusammenhang heraus, so dass ein Verstehen von wachsender Komplexität möglich wird. Durch Verstehen wird Erkenntnis gewonnen. Damit liegt ein neues Fundament zum Handeln und Gestalten vor:

„Im Tun mit kreativen Medien sind wir den Lebensprozessen ganz nahe. In ihnen wird die Hermeneutik nicht verbal verkürzt sondern in die Ebene der Wahrnehmung und des Handelns ausgedehnt, in die Bereiche der Bilder und Symbole, der Klänge und Atmosphären, der konkreten Lebensvollzüge als Handlungen, die ihre eigene Textur haben und von der Sprache allenfalls noch im poetischen Sagen und seinen Metaphern und Bildern eingefangen werden kann ... In dem Moment aber, wo es die Determinierungen überwunden, wird das Ausgeliefertsein an ein Schicksal aus dem Bereich der Ohnmacht geführt in den Bereich des Schöpferischen.“ (Petzold, Orth 2007, 764).

Aus dem Verstehen resultiert ein Erklären. Morphogenese (Entstehung der Form) sowie Metamorphose (Umgestaltung, Wandlung) setzen ein und Prozesse des schöpferischen Wandels werden erlebt. Dabei kommt es zu weiteren Wahrnehmungen, so dass sich die Spirale beständig fortbewegt (Petzold 2003a).

In der Integrativen Therapie an sich ist die *hermeneutische Spirale* der Weg für Erkenntnisgewinn. Über den Prozess von *Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen* und

Erklären kann ein Patient von den Phänomenen seines Verhaltens zu den Strukturen seines Verhaltens finden. Ausgehend von der Wahrnehmung, kann er seine Befindlichkeit z. B. als Empfindungen oder Gestimmtheiten erfassen. Im kognitiven Verstehen geht es darum, den Sinn des Erlebten durch Worte begrifflich zu fassen, damit die subjektive Bedeutung intersubjektiv kommuniziert werden kann (Petzold 2003a). Ein individueller Sinn kann sich schließlich aus dem individuellen Erfahrungshintergrund und vernetzenden Zusammenhängen ergeben. Ziel ist es, das aktive und passive Wahrnehmen zu schärfen, damit die emotionalen Qualitäten einer Situation in ihrer Komplexität und Bedeutung immer differenzierter erfasst werden können. Dies gilt als Grundlage dafür, den Sinn eines Phänomens oder Verhaltens immer besser zu verstehen und es dann schließlich im Zusammenhang erklären zu können. Damit wird eine vorläufige Erkenntnis vom Selbst oder von geteilter Lebenswelt möglich (Petzold 2003a, 175). Wesentlich ist, dass sich der Prozess der hermeneutischen Spirale sowohl vor und zurück als auch zurück und vor bewegen kann, es gibt also im Prozess Rückkoppelung auf vorgängige Erkenntnisschritte. Außerdem gibt es eine Metaebene, Metaprozesse. Sie entstehen durch den Therapeuten als exzentrische Feedback-Instanz und ggf. sogar durch einen Supervisor bzw. Supervisorin, deren Input den Prozess bereichern kann, indem eine „transversale Mehrebenenreflexion“ entsteht (Petzold 2007a; Petzold, Orth 1999, 112).

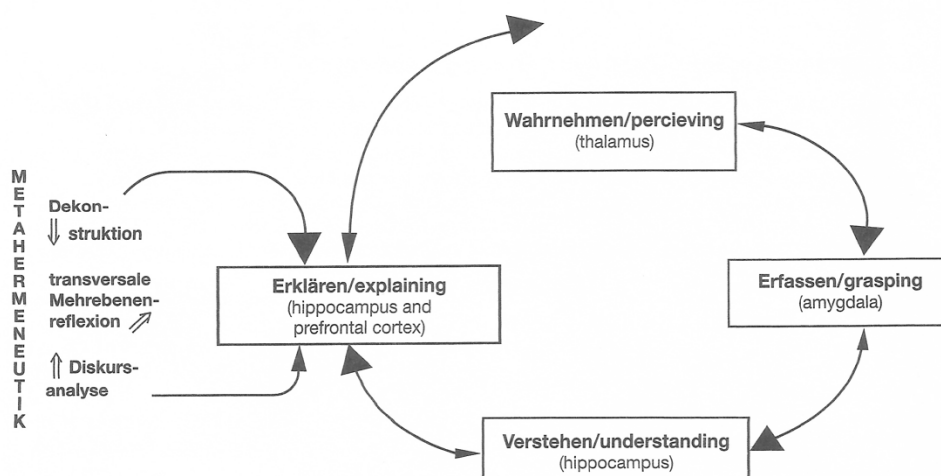


Abb. 5: Die hermeneutische Spirale „Wahrnehmen ⇒ Erfassen ⇒ Verstehen ⇒ Erklären“ und ihre meta-hermeneutische Überschreitung des Erklärens durch „↑ Diskursanalyse ↓ (Foucault), ↓ Dekonstruktion ↑“ (Derrida), transversale Mehrebenenreflexion ↗ (Petzold)

Abb. 7: Die hermeneutische Spirale (Petzold 2003a, 68)

„Dieser spiraling progredierende, in sich rückbezügliche Prozess beginnt mit dem *Wahrnehmen* (Innen- und Außenwahrnehmung) als der Grundfunktion, die auch in der Diagnostik von Wahrnehmungsstörungen als Basis zahlreicher Verhaltens- bzw. Persönlichkeitsstörungen besondere Aufmerksamkeit erhält („Wie nimmt der Patient sich und die Welt wahr?“), denn damit ist die zweite Funktion des *Erfassens*, d. h. des *Aufnehmens*, des Erkennens bzw. Wiedererinnerns, Behaltens, Verarbeitens verbunden („Wie nimmt der Patient sich und die Welt auf, wie erfaßt er, verarbeitet der das Wahrgenommene?“). Auf diesem Prozeß gründet das **Verstehen** und das **Erklären**. Die Spirale ist damit in zwei Doppeldialektiken organisiert: *Wahrnehmen* ↔ *Erfassen* ↔ **Verstehen** ↔ **Erklären**, die erste als leibnahe Dialektik, die zweite als vernunftnahe Dialektik. In ihnen konstituiert sich leibhaftige Erkenntnis, in der die Polarisierung „Aktion und Kognition“ überwunden werden kann. Im Bereich des **Erklärens** können die habituellen Erklärungsdiskurse auf der Ebene der Alltagsreflexion oder der fachdisziplinären Reflexivität durch „Diskursanalysen“ (sensu Foucault), „Dekonstruktionen“ (sensu Derrida) und „transversale Mehrebenenreflexionen“ (sensu Petzold) überschritten werden zu einem „**polyvalenten Erklären**“, das um Aufklärung der Bedingungen seiner Erklärensprozesse (der kulturellen wie der neurobiologischen) bemüht ist und die Mehrwertigkeit der **Erklärungen** hinlänglich zu überschauen versucht, wie es für die **Metahermeneutik** im Verständnis des Integrativen Ansatzes charakteristisch ist (Petzold 2016j, 5).

3.7.3 Die „agogische“ und die „therapeutische“ Spirale

Für meine musiktherapeutische Arbeit mit der Technik der „musikalischen Improvisation“ gelten als Modell die „**agogische Spirale**“: **Explorieren, Agieren, Integrieren, Reorientieren** und die „**therapeutische Spirale**“: **Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten, Verändern**. Petzold schreibt dazu:

„In *agogischen* (pädagogischen, andragogischen, soziotherapeutischen, supervisorischen Prozessen) finden sich ganz ähnliche Abläufe wie in *therapeutischen* – in beiden geht es ja um Erkennen, Lernen und Handeln/Veränderung. ... Die Strukturierung der „*agogischen Spirale*“ kommt deshalb vielfach in therapeutischen Prozessen zum Tragen, und die „*therapeutische Spirale*“ kann umgekehrt auch für agogische Prozesse ein Erklärungsraster bieten ... es handelt sich um Akzentuierungen *eines* Erkenntnis-, Lern-, und Handlungs-/Veränderungsprozesses, eines Prozesses „**schöpferischen Metamorphose**“ (Petzold 2003a, 498).

Für meine musiktherapeutische Arbeit mit der Technik der „musikalischen Improvisation“ gilt als Modell die „**agogische Spirale**“: **Explorieren, Agieren, Integrieren, Reorientieren**. Petzold schreibt dazu:

„In *agogischen* (pädagogischen, andragogischen, soziotherapeutischen, supervisorischen Prozessen) finden sich ganz ähnliche Abläufe wie in *therapeutischen* – in beiden geht es ja um Erkennen, Lernen und Handeln/Veränderung. ... Die Strukturierung der „*agogischen Spirale*“ kommt deshalb vielfach in therapeutischen Prozessen zum Tragen, und die „*therapeutische Spirale*“ kann umgekehrt auch für agogische Prozesse ein Erklärungsraster bieten: es handelt sich um Akzentuierungen *eines* Erkenntnis-, Lern-, und Handlungs-/Veränderungsprozesses, eines Prozesses „**schöpferischen Metamorphose**“ (Petzold 2003a, 498).

3.8 Die Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur

Die **Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur (KLBMP)** ist ein System zur Erweiterung der phänomenologisch-hermeneutischen initialen und prozessualen Leib- und Musik-Diagnostik in der Integrativen Therapie. KLBMP dient der Beobachtung und Beschreibung von Phänomenen, die sich im Körperlichen/ Leiblichen, in der Bewegung, in Spiel-, Sing- und Sprecharten sowie in der Musik im Verlauf therapeutischer Prozessen zeigen.

Die KLBMP wurde kontinuierlich seit 2004 aus reflektierter Praxeologie, auf der Grundlage einer systematischen Beobachtung von Phänomenen in der Musiktherapie mit erwachsenen psychiatrischen Patienten, von der Autorin entwickelt.

Die musiktherapeutischen Prozesse wurden akribisch dokumentiert. Die Dokumentation besteht aus Videomaterial, Stundenprotokollen und Beschreibung von Prozessverläufen aus klinischer und eigener Praxis mit Patientinnen und Patienten, die unter Depressionen, Psychosen, Schizophrenien, Suchterkrankungen, Borderline-Störungen, affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen litten und leiden.

Diese Dokumentation fokussiert Beschreibungen von körperlichen und musikalischen Phänomenen, welche ihren Ausdruck im Körper/Leib, in der Bewegung und in der

Musik gefunden haben und in der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne sichtbar und hörbar sind.

Dem Prozess der Reflexion und Elaboration des Praxiswissens und einer intensiven Suche, einer Suchbewegung, nach entsprechendem Vokabular für die Beschreibung dieser beobachtbaren Phänomene folgend, kristallisierte sich über viele Jahre die Struktur des KLBMP-Systems heraus.

Die KLBMP wurde ursprünglich auf folgenden Grundlagen entwickelt:

- Rhythmik von *Émile Jaques-Dalcroze* und seinen NachfolgerInnen (*Brunner-Danuser* 1984; *Brzozowska-Kuczkiewicz* 1991; *Bünner-Röthig* 1975; *Hoellering* 1976; *Jaques-Dalcroze* 1994; *Feudel* 1926/1996, 1995; *Frohne* 1976, 1981, 1996c; *Kugler* 2000; *Scheiblaue* 1973; *Tauscher* 1967),
- *Orff-Schulwerk* (*Keller* 1975, 1979, 2002; *Keetman* 1981; *Orff* 1976, 1984; *Haselbach* 1975, 1990, 1991; *Regner* 1989; *Salmon, Schumacher* 2001; *Widmer* 1997),
- polnische Musikwissenschaft - *Zofia Lissa* (*Lissa* 1953; *Lissa, Lindstedt* 2017), *Józef Chomiński* (*Chomiński, Lissa* 1957), *Franciszek Wesolowski* (*Wesolowski* 2004),
- Aufführungspraxis der Neuen Musik (*Adorno* 2019) und Werke von *György Ligeti* 1923-2006, *Luigi Nono* 1924-1990, *Helmut Lachenmann* *1935,
- Musiktherapeutische Schulen, Methoden und Ansätze, welche den körperlich-leiblichen Ausdruck beachten: entwicklungsorientierte *Orff-Musiktherapie* (*Orff* 1974), *Gestalt-Musiktherapie* (*Hegi* 2001), „*Psychodynamic Movement*“ (*Nygaard Pedersen* 2002a, 2002b, 2007), tiefenpsychologisch orientierte *Musiktherapie* (*Loos* 1994; *Timmermann* 2004), *Auditive Stimulation* (*Nöcker-Ribaupierre* 1995), *Gestalt-Musiktherapie* (*Hegi* 1996), entwicklungspsychologisch orientierte *Musiktherapie* (*Schumacher, Calvet* 2007, 2021), leiborientierte *Musiktherapie* (*Baer, Frick-Baer* 2004; *Barnowski-Geiser* 2021) und *Integrative Musiktherapie* (*Frohne-Hagemann* 2001; *Moser* 2021).
- *Bewegungsanalyse* – “*Emotorics-Emotive Body Movement Mind Paradigm*” von *Yona Shahar* (*Shahar-Levy* 2001a, 2001b, 2004, 2009, 2012) und “*KMP – Kestenberg Movement Profiles*” von *Judith Kestenberg* (*Bender* 2010, 2014; *Kestenberg Amighi* 1999; *Loman* 2007; *Kestenberg Amighi, Loman, Sossin*

2018), *Laban-Bewegungsanalyse* (Koch, Bender 2007; Bender 2014) phänomenologische Bewegungsanalyse von F. J. J. Buytendijk (Buytendijk 1956),

- Erfahrungen aus der 15-jährigen musik- und bewegungspädagogischen und danach folgenden 18-jährigen klinischen (musik- und tanztherapeutischen) Praxis der Autorin.

Die erste Version der KLBMP (damals Körper-Bewegungs-Musik-Partitur) wurde im Rahmen der Dissertation mit dem Titel „Körper, Bewegung und Musik als Partitur für künstlerische Therapien“ an der Sozialwissenschaftlich-Philosophischen Fakultät der Universität Augsburg entwickelt und evaluiert (Skrzypek 2018).

Die Überarbeitung und Weiterentwicklung des Systems begann in der Postdoc-Phase im Jahr 2019 und wurde von den Metatheorien, Theorie und Praxeologie der Integrativen Therapie (Petzold 2003a; Sieper, Orth, Schuch 2007; Leitner 2010; Petzold, Leeser, Klempnauer 2019) und ihren Methoden: der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie (Petzold 1988n3; Waibel, Jakob-Krieger 2009; Höhmann-Kost 2018) sowie der Integrativen Musiktherapie (Müller, Petzold 1997; Frohne-Hagemann 1999, 2001; Barnowski-Geiser 2021; Moser 2021) maßgeblich beeinflusst.

Im zweijährigen Prozess der Überarbeitung und Weiterentwicklung der KBMP wurden ihre Grundlagen ergänzt und durch das Basiskonzept der Integrativen Therapie, den „informierten Leib“ (Petzold, Sieper 2012a; Petzold 2003a) fundiert. Die ausführliche Beschreibung von Beobachtungsmerkmalen, befindet sich in der Publikation „Körper, Bewegung und Musik als Partitur für künstlerische Therapien“ (Skrzypek 2019). Beobachtungsmerkmale und Potenziale, die neu hinzugefügt worden sind, werden in folgendem Text beschrieben.

In Konsequenz der Überarbeitung änderte sich auch der Name des Modells: aus der Körper-Bewegungs-Musik-Partitur ist die **Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur (KLBMP)** geworden.

Partitur

Eine musikalische Partitur ist ein komplexes System zur Aufzeichnung mehrstimmiger, vokaler oder/und orchestraler Musik in Notenschrift. In der Regel besteht eine Partitur aus mehreren Sätzen (Parts oder Teile). In einer Partitur werden

die einzelnen Stimmen zwar übereinander angeordnet aber sie können sich verweben und aneinander ergänzen.



Abb. 8: Partitur-Beispiel. J.S. Bach: Matthäus Passion

Der Gedanke der sich verwebenden und ergänzenden Mehrstimmigkeit – **der Polyphonie - des Körperlichen/Leiblichen, der Bewegung und der Musik** ist in der Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur inbegriffen.

Die KLBMP besteht aus drei Parts: dem Körper/Leib/Bewegungs-, dem Spiel/Sing/Sprecharten- und dem Musik-Part.

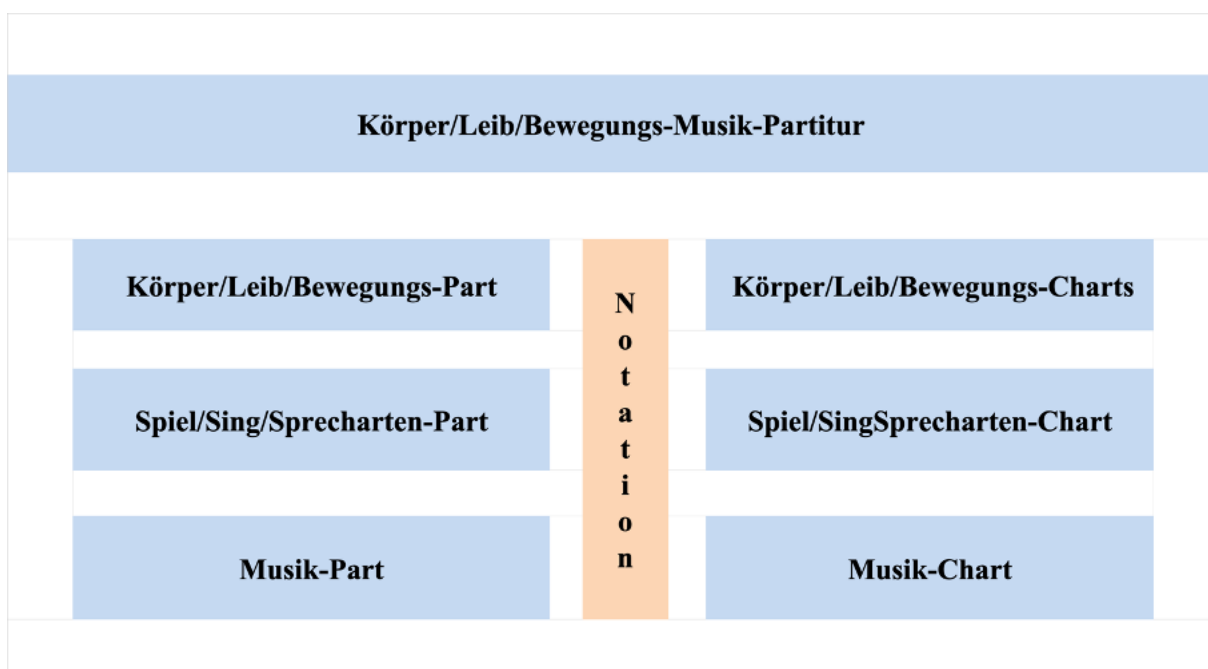


Abb. 9: Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur - Organigramm

In jedem Part werden dem jeweiligen Part immanente Beobachtungsmerkmale spezifiziert. Aus diesen Beobachtungsmerkmalen werden binäre Potenziale generiert.

Die binären P0- und P1-Potenziale bilden das Vokabular für die Bezeichnung der leiblichen, körperlichen, bewegungsmäßigen und musikalischen Phänomene, welche sich von Anfang an im Verlauf von therapeutischen Prozessen zeigen. Die Beobachtung und Beschreibung der Phänomene dient für diagnostische Zwecke, sowohl für die initiale als auch für die prozessuale leiblich-musikalische Diagnostik sowie für die Behandlungsplanung und Therapieevaluierung.

Das Körperliche/Leibliche und die Bewegung sind sehr komplexe Vorgänge, die die Grundlage jeglichen Ausdrucks sind. Sie können nicht voneinander getrennt betrachtet werden. In Konsequenz dessen ist der erst Part der KLBMP - der Körper/Leib/Bewegungs-Part - der umfangreichste. Er besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil des KLB-Parts beschäftigt sich mit der Beschreibung von körperlichen Strukturen und Formen. Das Wissen über die Struktur Körpers ist grundlegend, um zu verstehen, welche Phänomene im „materiellen Körper“ sichtbar werden und wodurch und wie der Körper zum „informierten Leib“ transformiert (Petzold 2000j; 2003a; Petzold, Sieper 2012a):

„Im bewussten Erleben der Geschichte als Selbst-Erleben wandelt sich der Körper zum Leib, zum Leib-Subjekt, das durch Raum und Zeit als „homo viator“ (Marcel 1945 in Petzold, Sieper 2012a, 11) den **WEG** des Lebens durchmisst (...), die den Menschen als Leib-Subjekt als „Zeitleib“ mit seiner jeweils gegebenen „Leibzeit“ sieht“ (Petzold, Sieper 2012a, 11).

In diesem Teil werden körperliche und bewegungsmäßige Aspekte wie **Körperposition, Raum, Körperstruktur, Spannung, Energie, Intensität und Kraft, Artikulation, Zeit, Richtungen und Ebenen, Formen, Modulation und Körperkontakt** und **Berührungsfunktion** sowie **körperliche Nähe und Distanz** beobachtet und beschrieben.

Der zweite Teil beinhaltet die Beobachtung des **Blickverhaltens**, des **Augenausdrucks** und der **Atembewegung** und des **Atemausdrucks**.

Aus dem ursprünglichen Musikinstrumente und Spielarten-Part ist ein **Spiel/Sing/Sprecharten-Part** geworden. Dieser Part wurde erweitert. Zu der Klassifikation von Musikinstrumenten und den Spielarten von Musikinstrumenten werden die Stimmlage sowie Arten des gesanglichen und sprachlichen Ausdrucks hinzugefügt.

Der **Musik-Part** wurde strukturell überarbeitet.

Die Ergebnisse der Beschreibung der körperlichen/leiblichen, bewegungsmäßigen und musikalischen Phänomene ermöglichen die Erstellung von Körper/Leib- und Bewegungs-, Spiel/Sing/Sprecharten- und Musik-Charts. Für die Erstellung der Charts ist ein Notationssystem entwickelt worden. Dieses beinhaltet eine jeweils binäre Matrix für die zwei Körper/Leib/Bewegungs-Teile, den Spiel/Sing/Sprecharten- und den Musik-Part. Die Anwendung der Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur wird im praktischen Abschnitt - anhand einer Prozessdokumentation - der Arbeit vorgestellt.

3.8.1 Der Körper-Begriff in der Integrativen Therapie

„Der Leib kann ohne Körper nicht sein ... „ (Petzold 2003a, 69)

Unter Körper wird im Integrativen Verfahren das physikalische und biochemische Substrat des Leibes, die räumlich gegliederte Gesamtheit aller Zellen und Zellzwischenräume, verstanden:

„Der Körper in Raum und Zeit, in Sozialität und Geschichte ist (...) (die) Grundlage der Lebensprozesse und wird damit auch Basis der Erkenntnisprozesse im Leiblichen, Lebensweltlichen, Lebenszeitlichen, weiterhin im Naturbereich und im Kulturbereich.“ (Petzold, Sieper 2012a, 35)

„ein Körper eine Geschichte ist, genauer gesagt, der Abschluß, die Fixierung einer Geschichte. Das Lebensschicksal (von) Patienten ist die Geschichte ihre Leibes“.
(Marcel 1974, 5 in Petzold, Sieper 2012a, 11)

Im leibbezogenen Ansatz des integrativen Verfahrens wird zwischen „Körper“ und „Leib“ unterschieden um den *objektiven Körper* vom *subjektiv empfundenen Körper* zu unterscheiden (Petzold, Sieper 2012a, 8).

Der Körper ist der biologische Organismus, die somatische Basis des Menschen, die materielle Grundlage aller psychischen und geistigen Lebens- und Lernprozesse. Aus dieser Perspektive betrachtet, ist der Körper ein „Objekt“, ein „Dingkörper“, der angefasst, beobachtet und erforscht werden kann. Er ist eine physikalische Größe und eine beobachtbare, sichtbare Struktur. Er besteht aus Zellen, Knochen, Muskeln und Gelenken. Somit ist der Körper objektivierbar.

Als ein subjektiv empfundener Körper ist er ein Teilaspekt, eine Dimension des Leibes als die Gesamtheit aller biologischen, genetischen, physiologischen Prozesse des Organismus (Höhmman-Kost 2018, 20f.). Als diese materielle Basis für alle anderen Aspekte und Dimensionen des Leibes, hat er eine herausragende Funktion (Höhmman-Kost 2018, 24; Hübner, Petzold 2018, 13).

Nun ist der Körper auch Subjekt: mittels unseres Körpers nehmen wir mit allen unseren Sinnen wahr, haben Gefühle, kommunizieren, denken und handeln in der Welt und nehmen dabei auch uns wahr. Den Körper in seiner Subjekthaftigkeit, beziehungsweise den Menschen in seiner subjektiv wahrgenommenen Körperlichkeit anzusprechen wird in der Integrativen Therapie größte Bedeutung beigemessen. Um den Unterschied zwischen dem Körper als Objekt und dem Körper als Subjekt zu markieren spricht die Integrative Therapie vom **„Leib als dem Körper in seiner Subjekthaftigkeit“** (Hübner, Petzold 2018, 13).

Der Körper in seiner Subjekthaftigkeit wird im Zusammenspiel von materieller Wirklichkeit und transmaterieller Wirklichkeit als **„Qualia“** (Lanz 1996) erlebt. Als *Qualia* (singl. *quale*, von lat. *qualis*, wie beschaffen, „beschaffen von der Art wie“, auch *raw feels* genannt) werden *„die subjektiven Erlebnisgehalte eines mentalen Zustandes“* (Lanz 1996; Beckermann 2001 in Petzold, Sieper 2012a, 14):

„(als) erlebte Qualitäten von Farben, Gerüchen, Klängen, von Personen- und Situationswahrnehmungen, von eigenleiblichen Spüren und Selbstempfindungen usw. die letztlich nur dem Wahrnehmenden und

Empfindenden selbst zugänglich und damit für andere schwer zu erfassen sind (bezeichnet). Für therapeutisches Geschehen indes haben Qualia zentrale Bedeutung“ (Petzold, Sieper 2012a, 14; Petzold, Petzold-Orth 2012, 3f. in: Kreidner-Salahshour, Petzold, Petzold-Orth 2012)

3.8.2 Der Körper-Begriff in der Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur

„Denn so wie jeweils die Mischung in den immer schwankenden Körperteilen ist, so widerfährt den Menschen die Erkenntnis. Denn die Beschaffenheit der Körperteile ist dasselbe, was sie denkt. Das Mehrere ist nämlich ihre Erkenntnis.“ (Parmenides in Stopczyk-Pfundstein 2003, 6)

Der Körper ist ein komplexer Organismus, der über allgemeine und universelle Eigenschaften und Potenziale verfügt, wie die Struktur der Gelenke, die Organisation des Muskelsystems und über einen hierarchischen Aufbau der Wirbelsäule und der Gliedmaßen (Shahar-Levy 2001a, 5ff.; 2004; 2009). Einzelne Körperteile können verschiedene Aspekte von Gefühlen mitteilen. Innerhalb dieses Organismus gibt es ein vielfältiges Spektrum von möglichen Variationen, allerdings bestimmen die universalen Gegebenheiten des Körpers, wie z. B. die Körperstruktur, allen Menschen gemeinsame psychophysische Eigenschaften und Potenziale (Shahar-Levy 2009, 270; Argyle 2005, 108).

Musikalisch betrachtet kann der Körper als Instrument des körperlichen und bewegungsmäßigen Ausdrucks im körperlichen Verhalten und in der Bewegung mit einem Orchester verglichen werden, *„in dem jeder einzelne Teil zu den anderen Teilen in Beziehung steht und ein Teil des Ganzen ist“* (Laban, Vial 1981, 43; Jaques-Dalcroze 1994). Die Körperteile können in der Bewegungsaktion zusammenwirken. Jeder Körperteil kann auch einen Solopart oder die Führung übernehmen, während die anderen Körperteile pausieren und/oder begleiten. Jede Aktion eines bestimmten Körperteils oder Körpersegments steht in einer komplementären Beziehung zum Ganzen, das immer auf irgendeine Art und Weise körperlich beteiligt ist, entweder durch Mitgestalten, Gegen-Bewegung oder durch Pausieren (Jaques-Dalcroze 1994; Laban, Vial 1981, 43; Rolf 1989, 15).

Die Körperstruktur ist wichtig für die bewusste Wahrnehmung des Körpers, sie vermittelt das Wissen über den Aufbau des Körpers und die Beziehung der

Körperteile zueinander (*Dychtwald 1982; Olsen, McHose 1999; Shahar-Levy 2001a; Benthien, Wulf 2001; Todd 2003; Szpakowska 2008; Bender 2014, Aldersey-Williams 2015*).

Shahar-Levy bezeichnet den Körper als die physische Grundlage für die primäre Erfahrung des Selbst und als den ersten Bezugspunkt in Relation zu sich selbst, zu anderen und zur Welt (*Shahar-Levy 2001a, 2001b, 2004, 2009*). Der sich bewegende Körper wird von seelischen Kräften, Gefühlen, Motivationen, Trieben und Antrieben, Konflikten und Abwehrmechanismen gesteuert. Diese Kräfte bestimmen, in welche Richtung der Körper mobilisiert wird, ob er seine Bewegung ausführen oder anhalten, Gefühle ausdrücken oder verstecken kann, initiativ oder passiv bleiben soll (*Shahar-Levy 2001a, 2004, 2009*).

Der Körper speichert Erinnerungen in kodierter Form als Muskelspannungen oder Bewegungsformen. Seine grundlegenden motorischen Mechanismen reagieren schon am Anfang des Lebens auf Sinnesreize und Gefühle und vergessen diese Reaktionen nicht mehr (*Shahar-Levy 2012, 327*).

In der Musiktherapie werden Musikinstrumente mit Hilfe von Körperteilen gespielt. Aus diesen Gründen ist es sinnvoll und wichtig zu beobachten, welche Körperteile der Patient in der musiktherapeutischen Behandlung benutzt, wie er sie bei Bewegung einbezieht, und in welcher Beziehung sie zueinanderstehen.

Die neuroanatomische Konfiguration des Körpers bestimmt den Bereich der potenziellen Bewegungsmuster. Der Aufbau des Muskel-Skelett-Systems ermöglicht uns, die Bewegung von innen nach außen durchzuführen (*Bernard, Stricker, Steinmüller 2003*). Jede Bewegung kann entweder weg vom Körper, nach außen (wachsen) oder zurück zum Körper führen (schrumpfen) (*Kestenberg Amighi et al. 1999, 12; Bender 2014, 125*). Dies erzeugt die subjektive Illusion, dass der Körper der Mittelpunkt eines kugelartigen Raumes sein kann (*Abb. 10: Körperpotenziale*) (*Shahar-Levy 2009, 270*).

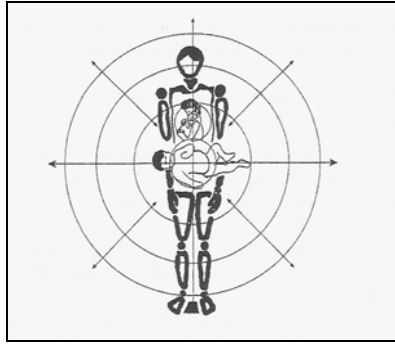


Abb.10: Körperpotenziale (Shahar-Levy 2009, 270)

Shahar-Levy schreibt dazu:

From a similar point of view, the infant's physiomotor development can be seen as a process of activating its biological potentials for gradual motor expansion from its body to the surrounding space. (Shahar-Levy 2009, 270)

Die Unterteilung des Körpers in Körperteile basiert auf den universalen anatomischen Gegebenheiten des Körperbaus und der Körperstruktur (Olsen, McHose 1999; Shahar-Levy 2009, 270).

In der strukturellen Unterteilung des Körpers werden die rechte und linke Körperseite sowie die Körpermitte mit den dazugehörigen Körperteilen im Einzelnen benannt (Eshkol, Wachmann 1958) (Abb. 10: Körperstruktur):

- die rechte Körperseite (1.1a): Schultergelenk/Schultern (1), Oberarm (2), Ellenbogengelenk/Ellenbogen (3), Unterarm (4), Handgelenk/ Hand (5) und Finger (6), Hüftgelenk/Oberschenkel (7), Kniegelenk/Knie (8), Unterschenkel (9), Sprunggelenk/Fuß (10) und Fersen/Zehen (11);
- die Körpermitte (1.1b): Kopf (1), Hals (2), Rumpf (3) und Becken (4);
- die linke Körperseite (1.1c): Schultergelenk/Schultern (1), Oberarm (2), Ellenbogengelenk/Ellenbogen (3), Unterarm (4), Handgelenk/ Hand (5) und Finger (6), Hüftgelenk/Oberschenkel (7), Kniegelenk/Knie (8), Unterschenkel (9), Sprunggelenk/Fuß (10) und Fersen/Zehen (11).

1.1a Die rechte Körperseite 1.1b Die Körpermitte 1.1c Die linke Körperseite

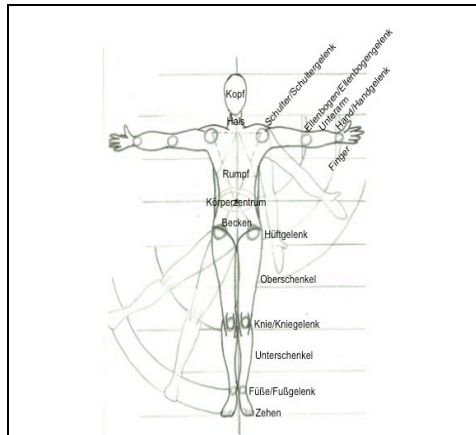


Abb. 11: Körperstruktur

Definition Körperstruktur

Unter dem Begriff Körperstruktur ist der physische Körper - Knochen, Muskeln und Gelenke - also Körperteile aus denen der Körper besteht, gemeint. Die Körperstruktur wird durch das Erbe und die Erfahrungen des Lebens wie Ernährung, Krankheit, Gebrauch und Missbrauch des Körpers bestimmt. (Olsen, McHose 1999, 15)

Die neuroanatomischen Strukturen des menschlichen Gehirns und Körpers bilden die „universelle“ (Shahar-Levy 2009, 267) Basis für alle individuellen Bewegungsmuster und bestimmen ihren potentiellen Raum (Shahar-Levy 2009, 267).

Die Knochen

Die Knochen bilden das Gerüst – das Skelett des Körpers, das aus 206 Knochen besteht. Knochen sind u. a. durch Muskeln, Sehnen und Gelenke miteinander verbunden. Knochen verändern sich im Lauf des Lebens. Beim Fötus existieren sie als Knorpel bereits im vierten oder fünften Monat (Olsen, McHose 1999, 45).

Knochen wachsen, leben und übertragen das Körpergewicht auf die Erde. Knochen absorbieren den Stoß der Bewegung und bilden Ansatzpunkte für Muskulatur. Sie stellen das Gerüst dar, mit dessen Hilfe sich der Mensch bewegen und im Gleichgewicht halten kann. Knochen reagieren ständig auf Gebrauch und Missbrauch. Sie sind durch das evolutionäre und genetische Erbe, durch propriozeptive Stimulation, Balance der Zentren des Körpergewichtes, durch Ernährung, Training, Trauma, Krankheiten und Verletzungen, emotionale Erlebnisse und Lebensmuster aus Arbeit und Spiel bestimmt (Keleman 1999, 54; Olsen, McHose 1999, 45f.; Todd 2003, 21).

Die Muskeln

Muskeln legen sich in Schichten um das Skelett und halten das Knochengestüt zusammen. Sie sind mit jeder Schicht des Gehirns und des Rückenmarks verbunden.

Die Muskel-Gehirn-Verbindung ist für die soziale und persönliche Entwicklung des Menschen verantwortlich. Muskeln können sich dehnen und verkürzen, spannen und entspannen, sie dienen den Bewegungsfunktionen und unterstützen die Körperhaltung. Muskeln reagieren unmittelbar auf Erfahrung und tragen dazu bei, ob der Mensch sich angespannt, straff oder handlungsfähig fühlt (Alexander 1981; Keleman 1999, 48; Todd 2003, 37ff.).

Im Körpergedächtnis werden Erinnerungen in kodierter Form als Muskelspannungen oder Bewegungsformen gespeichert (Shahar-Levy 2009, 328). Muskelgewebe kann sich durch physische und psychische Traumata verhärten und versteifen. Das führt dazu, dass der Muskeltonus sich verändert, der Körper seine Vitalität, seine Beweglichkeit und sein Gleichgewicht verliert (Shahar-Levy 2012, 328). Die anhaltende Verhärtung und Verspannung der Muskulatur verursachen eine Einschränkung der emotionalen Beweglichkeit, zu der der wohl gespannte oder entspannte Körper normalerweise fähig ist (Dychtwald 1982, 26).

Wir drücken unsere Furcht, Kummer oder Wut in der Körperhaltung aus (Todd 2003, 42f.). Wenn ein solcher Zustand immer wiederkehrt oder bestehen bleibt, formen sich Verhaltensmuster im Körper. Shahar-Levy bezeichnet diese Verhaltensmuster als „*emotive-motor memory cluster*“ (Shahar-Levy 2012, 328). Rolf beschreibt das Phänomen auf folgende Weise:

Das Zusammenspiel der Muskeln und Gelenke verfestigt sich. Dies bedeutet, dass einige Muskelpartien sich verkürzen und verdicken, auf andere greift Bindegewebe über, andere wiederum werden in Verbindung mit dem dazugehörigen Gewebe unbeweglich. Wenn dies einmal geschehen ist, ist die körperliche Grundlage nicht mehr veränderbar; sie ist unwillkürlich. Sie kann nun nicht mehr grundlegend durch Überlegungen oder selbst durch geistige Beeinflussung korrigiert werden. (Rolf in Dychtwald 1982, 26)

Dadurch wird die subjektive, emotionale Stimmung zunehmend beengter, sie wird tendenziell in einem eng begrenzten Bereich verharren. Was der Mensch dann empfindet, ist keine Emotion mehr, keine Reaktion auf eine bestimmte Situation,

sondern er lebt und bewegt sich nach diesem Muster (*Dychtwald* 1982, 26f.; *Shahar-Levy* 2012, 328).

Die Gelenke

Das grundlegende Merkmal der Körperstruktur ist die Zusammensetzung von Extremitäten (Arme und Beine) und Rumpf, die durch Gelenke und einzelne Verbindungsteile verbunden sind. Jedes Gelenk verbindet und trennt gleichzeitig die einzelnen Gliederteile. *Trautmann-Voigt* und *Voigt* bezeichnen das Gelenk als eine „Schaltstelle, an welcher der Körper über die Stellung der Extremitäten und ihre Veränderungen entscheiden kann“ (*Trautmann-Voigt, Voigt* 2009, 154). Damit ist es möglich den persönlichen Bewegungsraum - die Kinesphäre - zu erweitern oder einzuschränken (*Shahar-Levy* 2001a, 2ff.).

In der Kinesphäre gestalten wir unsere Beziehung zu Menschen und Gegenständen (z. B. Musikinstrumenten). Wir können nehmen und geben, Objekte heranziehen und wegschieben, jemanden umarmen oder wegstoßen. *„Dank der Gelenke sind wir auch in der Lage, unsere Arme so eng um den Körper zu legen, dass wir uns selbst umarmen können. Damit kann sich jeder Mensch durch seine Bewegung eine Art tröstende ‚zweite Haut‘ verschaffen, eine Art Eigenumhüllung“* (*Trautmann-Voigt, Voigt* 2009, 154).

Die Gelenke können motorische Impulse, die vom Gehirn ausgehen, stoppen oder fließen lassen. Das bedeutet, dass die Strukturen der Gelenke den motorischen Fluss oder motorische Blockaden ermöglichen (*Shahar-Levy* 2009, 269f.). Darüber hinaus können mit Hilfe der Gelenke Bewegungen wie Beugung, Streckung und Rotation ausgeführt werden (*Shahar-Levy* 2001a, 2004, 2009). Ein Merkmal des motorischen Systems ist, dass seine Glieder - also die Extremitäten und der Rumpf - aus Gelenken und Körperteilen zusammengesetzt sind. Diese Struktur ermöglicht Grobmotorik und Feinmotorik. Die Tatsache, dass wir Gelenke haben, schafft ein reiches Potenzial an Variation, Modulation und Differenzierung in der Körperhaltung und in der Bewegung, was uns ermöglicht, verschiedene Zustände von Nähe und Distanz der Körperteile zueinander und gegenüber anderen zu etablieren und auch zu verändern (*Shahar-Levy* 2009, 269ff.).

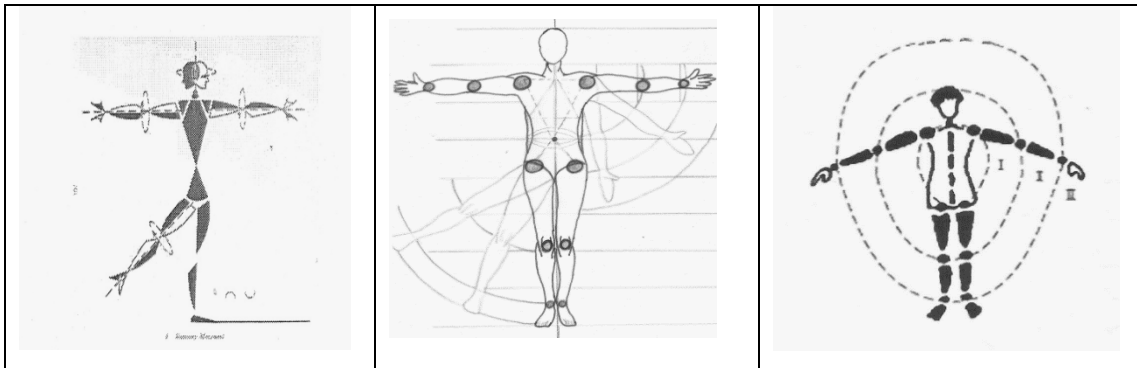


Abb. 12: Gelenke I (Eshkol, Wachmann 1958, 9); Gelenke II; Gelenke III (Shahar-Levy 2004, 5)

Der Kopf

Der Kopf und das Gesicht sind die Körperteile, die am meisten exponiert sind. Sie werden als initiiierende und wichtigste Körperteile zur Kommunikation eingesetzt. Mit dem Gesicht kann eine ganze Vielfalt von Gefühlen ausgedrückt werden (Bender 2014, 222).

Im körperlichen Verhalten kann manchmal eine Kopf-Körper-Spaltung beobachtet werden, z. B. wenn der Kopf nach vorne oder hinten in der sagittalen Körperebene verschoben ist (Bender 2014, 228).

Der Hals

Der Hals ist die Verbindung zwischen Kopf und Körper. Im körperlichen Verhalten wird der Hals mit sich verbeugen und den Nacken zeigen in Verbindung gebracht.

Trautmann-Voigt und *Voigt* beschreiben den Hals als „hoch gefährdet und sensibel“ (Trautmann-Voigt, Voigt 2009, 30).

Die Schultern

Die Schultern sind mit dem Brustkorb verbunden. Sie liegen quer über den Rippen und erstrecken sich über die gesamte Vorderseite der Brust, wo sie mit dem Brustbein verknüpft sind. *Dychtwald* schreibt folgendes: „Die Schultern sind für die Vermittlung zwischen den emotionalen Kräften des Rumpfes und den expressiven Elementen der Arme und Hände verantwortlich“ (Dychtwald 1982, 176). Gefühle wie Glück, Angst, Zorn, Trauer, Müdigkeit, Niedergeschlagenheit, Übermut, Überbelastung, Stolz, Selbstsucht und Bescheidenheit können in den Schultern ihren Ausdruck finden (Dychtwald 1982, 176; Todd 2003).

Arme und Hände

Arme und Hände hängen mit vielen emotionalen Bedürfnissen und Funktionen zusammen und bilden ausdruckskräftige Möglichkeiten für nonverbale Kommunikation (*Dychtwald* 1982, 191). Mit den Armen und Händen können die Menschen etwas tun: sie können damit spielen, streicheln, gestikulieren, stoßen, packen, halten, nehmen, geben, ausführen, sie können damit manipulieren, schlagen, fühlen, sich schützen oder sich ausdehnen. Die Arme und Hände untermalen emotional und bildhaft verbale Aussagen durch vielfältige Gesten. Die Bewegungen der Arme und Hände verstärken sich, wenn ein Mensch Schwierigkeiten hat, sich verbal auszudrücken (*Dychtwald* 1982, 185; *Todd* 2003; *Bender* 2014, 223).

Wenn die Arme vom Körper abgespalten werden (Arme-Körper-Spaltung) wirken sie leblos. Entweder werden die Arme nur peripher (also wie eine Geste) bewegt, ohne dass der Rumpf beteiligt ist oder der Rumpf bewegt sich und die Arme hängen bewegungslos am Körper (*Bender* 2014, 229).

Der Rumpf

Der Rumpf ist der schwerfälligste Körperteil (*Jaques-Dalcroze* 1994, 182), der viele Organe beherbergt. Der Rumpf besteht aus dem Brust-, Bauch- und Beckenbereich.

Die meisten Gefühle werden im Brust- oder Bauchbereich lokalisiert (*Abb. 14: Bodily topography of basic (Upper) and nonbasic (Lower) emotions associated with words* (www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1321664111)).

Gefühle und Energien fließen durch den Brustraum aufwärts in die Schultern und Arme und durch den Hals in das Gesicht. Im Brustbereich werden Gefühle gebündelt, verstärkt und umgeformt. Die Gefühle, die vom Bauch aus durch das Zwerchfell aufwärts strömen, werden mit Leidenschaften und zwischenmenschlichen Beziehungen in Verbindung gebracht (*Dychtwald* 1982, 156).

Der Brustraum ist geprägt durch das Herz und die Lungen, die Organe des Kreislaufs und des Atems. In unserem Kulturkreis ist das Herz das Organ des Gefühls, gleichzeitig ist der gesamte Brustraum der Ort, in dem sich das Wollen, das Müssen, das Sich-Zeigen und das Kämpfen abspielen (*Richter, Mittelsten Scheid* 2006, 52f.).

Der obere Rücken entspricht dem Abschnitt der Wirbelsäule im Bereich der zwölf Brust- oder Rückenwirbel. Wenn in diesem Bereich die Gefühle blockiert

werden, der Energiefluss unterbrochen wird, der Gefühlsausdruck verhindert oder die Handlungsfähigkeit eingeschränkt werden, kann neben dem direkt betroffenen Bereich des Körpers der Druck der Energie auch irgendwo in und entlang der Wirbelsäule gelagert sein. Auf diese Art und Weise kann z. B. die gesamte Rückenmuskulatur angestaute Wut halten (*Dychtwald 1982, 192f.; Todd 2003*).

Das Zwerchfell

„Das Zwerchfell ist der flache, scheibenförmige Muskel, der sich unter den Lungen unmittelbar über dem Magen, dem Solarplexus, der Bauchspeicheldrüse, der Leber, der Gallenblase, dem Zwölffingerdarm und den Nieren befindet“ (*Dychtwald 1982, 151*). Das Zwerchfell spielt eine wichtige Rolle beim Atmungsvorgang (*Todd 2003; Richter, Mittelsten Scheid 2006, 52f.*).

Das Körperzentrum

Die Kreuzung der drei primären Körperebenen bildet den geometrischen Mittelpunkt des Körpers, der als Körperschwerpunkt bezeichnet wird (*Olsen, McHose 1999, 38*) (*Abb. 13: Körperschwerpunkt*). Um den Körperschwerpunkt werden alle Bewegungen organisiert und das Gleichgewicht stabilisiert, damit der Mensch balanciert und beweglich sein kann. Im menschlichen Körper liegt der Schwerpunkt im Allgemeinen hinter dem Bauchnabel zwischen dem vierten und fünften Lendenwirbel auf der Vorderseite der Wirbelsäule und bildet das Körperzentrum (*Feudel 1965, 50; Olsen, McHose 1999, 38*). Es bezeichnet genau das, was das Wort aussagt: Die Mitte des menschlichen Körpers. Schoop bezeichnet das körperliche Zentrum *„als Stabilisator für unser Gleichgewicht, als Kompass für unsere Orientierung und Koordination für unsere Bewegungen, ist Beziehungspunkt für unsere körperlichen Grenzen - es sagt uns, wo wir anfangen und wo wir aufhören“* (*Schoop 1981, 81*).

Die Muskulatur des Körperzentrums kann sich zusammenziehen und dehnen. Wenn sie sich kontrahiert, schließt sich der Körper konzentrisch nach innen - dehnt sie sich, öffnet er sich strahlenförmig nach außen. Die Bewegung beginnt im Zentrum, der Körper kann sich öffnen oder schließen: *„Der Körper hat keine andere Alternative: Jede Bewegung geht entweder auf die Mitte zu oder von ihr fort, genau so wie jedes Gefühl sich auf das Selbst zu oder von ihm hinweg auf andere, auf die Welt richtet“* (*Schoop 1981, 81*).

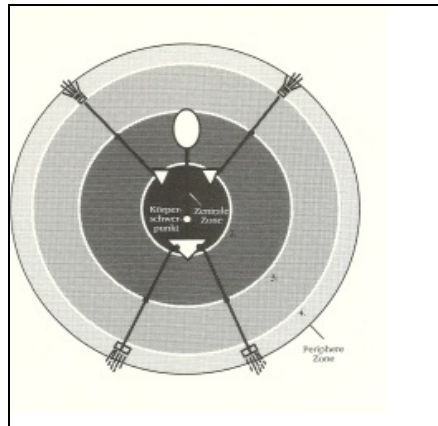


Abb. 13: Körperschwerpunkt (Olsen, McHose 1999, 120)

Der Bauch

Dychtwald bezeichnet den Bauchbereich und den Brustbereich als „Gefühlszentren des KörperBewußtseins“ (Dychtwald 1982, 133). Viele Emotionen und Leidenschaften sind in diesen Bereichen angesiedelt (Dychtwald 1982, 133; Todd 2003).

Das Becken

Strukturell betrachtet ist das Becken das Fundament, auf dem der ganze Oberkörper ruht. Je nachdem ob das Becken, nach unten oder nach oben geneigt ist, finden sich, entsprechend der Charakterstruktur des Menschen, seine Leiden in der Region des Unterleibes, der Gedärme und der inneren Geschlechtsorgane (Dychtwald 1982, 94).

Die Beine

Die Beine dienen zur Stabilität und Mobilität. Mit ihrem Wechselspiel von Mobilität und Stabilität sorgen sie für die emotionale Verwurzelung des Menschen. Sie ermöglichen, den Standpunkt zu verlassen und neue Standpunkte einzunehmen (Dychtwald 1982, 88; Todd 2003; Bender 2014, 223).

Bei einer Bein-Körper-Spaltung sind die Beine leblos was dazu führen kann, dass der Mensch über eine geringere Stabilität und Mobilität verfügt (Bender 2014, 229).

Die Knie

Die Knie sind am Gang beteiligt. Mit den Knien kann der Mensch seine Körpergröße regulieren und die räumliche Perspektive wechseln. Vom Stand zum Sitzen bis zum Knien können wir uns verkleinern oder vergrößern (Bender 2014, 226).

Die Füße

Die Aufgabe der Füße ist es, „*die Last des Körpers zu tragen, einen festen, aber reaktionsbereiten Stand zu garantieren und den Menschen fortzubewegen. Sie müssen auf Veränderungen flexibel reagieren*“ (Bender 2014, 225). Die Füße verteilen das Körpergewicht auf dem Boden, informieren den Menschen über die Stabilität der Standfläche und reagieren mit Hilfe von Tausenden kleiner Muskeleinstellungen mit dynamischen Bewegungsmöglichkeiten. Für *Dychtwald* sind „*die Füße eines Menschen und die Art und Weise, wie er sie als Stütze für sein Gleichgewicht benutzt, (...) ausgezeichnete Informationsquellen, um herauszufinden, wie stabil die Person ist und ob sie fest auf der Erde steht, denn die Weise, wie ein Mensch auf dem Boden steht, ist oft identisch mit der Festigkeit seines emotionalen Standes* (Dychtwald 1982, 66).

Die aufrechte Haltung

Die korrekte Aufrichtung des Körpers umfasst drei zentrale Bereiche des Körpergewichtes:

- Schädel: Aufgerichteter und eingemitteter Kopf,
- Brustkorb: Entspannte und horizontale Schultern, aufgerichteter Brustkorb, Oberkörper gerade,
- Becken: Aufgerichtetes horizontales Becken (*Calais-Germain* 1994, 9).

Diese drei Körperteile sind um die vertikale Körperachse herum organisiert. Der hoch gelegene Schwerpunkt - der Punkt hinter dem Bauchnabel - wird sorgfältig über die Basis, die Füße, im Gleichgewicht gehalten. Die Kniegelenkstellung ist gerade und die Füße berühren den Boden in hüftbreiter Stellung, die Arme hängen am Oberkörper herunter (*Rolf* 1989; *Calais-Germain* 1994, 9; *Olsen, McHose* 1999, 41).

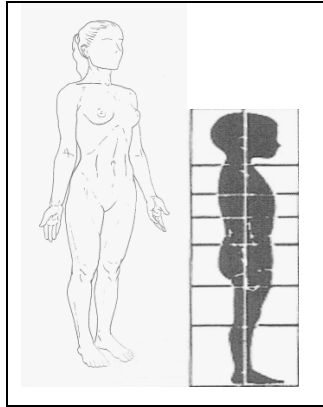


Abb. 14: Die aufrechte Haltung: Frontalansicht (Calais-Germain 1994, 9), Seitenansicht (Rolf 1989, 15)

Körper/Leib und Emotionen

Emotionen, Gefühle und Affekte sind körperlich-leibliche Zustände, die sich im Körper kartographieren lassen (Wärja-Danielsson 1999, 145).

Ein Wissenschaftler-Team aus Finnland, Lauri Nummenmaa, Enrico Gleean, Riitta Hari und Jari K. Hietanen, veröffentlichte (Nummenmaa et al. 2013) eine Studie zu diesem Thema. Vierzehn emotionale Zustände wie Ärger, Angst, Ekel, Glück, Trauer, Überraschung, Neutral, Unruhe, Liebe, Verachtung, Stolz, Scham und Neid wurden im Körper topographiert. Die Probanden werteten körperliche Empfindungen in Verbindung von unterschiedlichen Emotionen und unter Verwendung von Selbstberichten, aus.

Die warmen Farben (Abb. 15) zeigen die erhöhte Aktivierung, die kühlen Farben die verringerte Aktivierung in den Körperteilen (Nummenmaa et al. 2013).

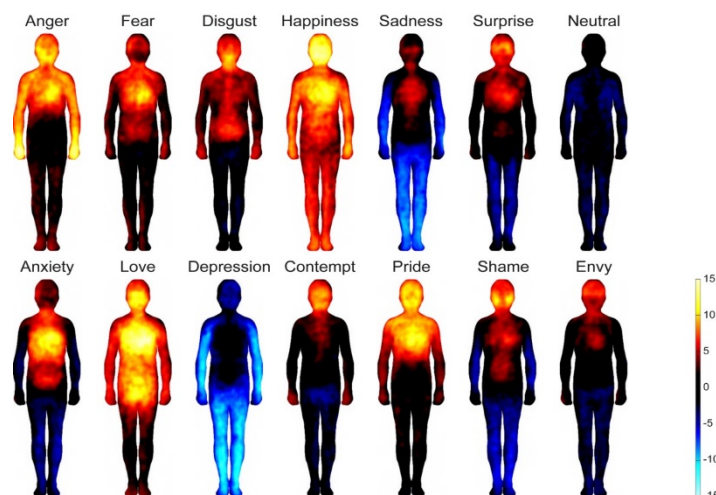


Abb. 15: Bodily topography of basic (Upper) and nonbasic (Lower) emotions associated with words (www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1321664111)

In der Analyse der Körpereigenschaften wird zwischen Dimension und Körperebene unterschieden. Es werden drei Dimensionen im Raum differenziert:

- „*horizontale Dimension: Bewegungen, die seitlich vom Körper weggehen,*
- *vertikale Dimension: Bewegungen, die nur hoch oder tief gehen,*
- *sagittale Dimension: Bewegungen, die nur vor- und zurückgehen*“ (Bender 2014, 117).

Sind Zwei Dimensionen in einer Bewegung verbunden, werden sie als Körperebene bezeichnet. Eine Bewegung findet in einer Körperebene statt, wenn der Mensch sich gleichzeitig durch zwei Dimensionen bewegt (Kugel 2000).

Der Begriff Körperebene erschließt die drei Dimensionen des Körpers und teilt ihn in vorne und hinten, rechts und links, oben und unten (Olsen, McHose 1999; Kugel 2000).

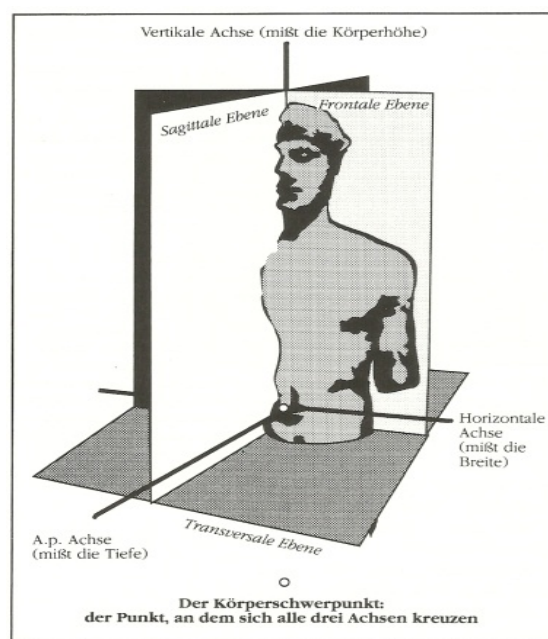


Abb. 16: Ebenen, Achsen und Körperschwerpunkt (Olsen, MacHose 1999, 38)

Der Mensch führt seine Körperbewegungen auf drei Körperebenen durch, der horizontalen, der vertikalen und der sagittalen, um die vertikale, horizontale oder/und die sagittale Körperachse. Dies geschieht in einer vieldimensionalen Struktur. Die Höhe, Tiefe und Breite helfen, das Volumen der Bewegung im Raum zu beschreiben (Kugel 2000; Olsen, McHose 1999).

Die horizontale Körperebene (1)

Die horizontale Körperebene teilt den Körper in oben und unten. Diese Ebene verläuft horizontal durch die Körpermitte wie eine Tischplatte, der Brustkorb liegt oberhalb, Becken und Beine unterhalb.

Die horizontale Körperebene besteht aus der horizontalen (seit/seit) und sagittalen (vor/rück) Dimension. Diese Bewegungen integrieren und differenzieren die obere und untere Körperhälfte. Eine hoch-tief-Bewegung ist in dieser Ebene nicht möglich. Die horizontale Körperebene wird auch „*Tischebene*“ (Bender 2014, 117) genannt, weil man z. B. beim Tisch abwischen, sich auf der horizontalen Ebene bewegt. Dies kann häufig in Bewegungen der Kommunikation, Aufmerksamkeit, Empfänglichkeit oder des Suchens beobachtet werden. Als erste Körperebene in der menschlichen Entwicklung, ist sie im ersten Lebensjahr zu beobachten. Sie unterstützt die Kommunikation zwischen den Kindern und ihren Bezugspersonen. In der horizontalen Ebene präsentierte Informationen vermitteln Kommunikation. Ein Kreis entsteht, wenn sich Menschen in einer Gruppe horizontal aufeinander beziehen. Sie können wechselseitig kommunizieren, diskutieren oder miteinander spielen (Bender 2014, 117).

Die vertikale Körperebene (2)

Die vertikale Körperebene teilt den Körper in vorne und hinten und setzt sich aus der horizontalen (seit/seit) und vertikalen (hoch/tief) Dimension zusammen. Eine vor/rück-Bewegung findet nicht statt. Bewegungen in der vertikalen Ebene differenzieren und integrieren die vordere und hintere Hälfte des Körpers. Typische Bewegungen in der vertikalen Körperebene sind stehen, seitwärtsgehen und Rad schlagen. Diese Körperebene wird auch als „*Türfläche*“ (Bender 2014, 118) bezeichnet: Wenn man in einem Türrahmen steht und den Rahmen abfährt, bewegt man sich in der vertikalen Körperebene (Bender 2014, 118).

Eine sitzende oder stehende Körperhaltung in der vertikalen Körperebene drückt aus, dass der Mensch sich nicht vom Platz bewegen will. Diese Bewegung ist häufig in Bewegungen der Präsentation, Intention, Analyse und Überlegung zu beobachten. Die vertikale Körperebene wird auch am häufigsten beim Singen benutzt, manchmal beim Musizieren in kleineren Besetzungen. In der vertikalen Ebene präsentierte Informationen vermitteln Interesse und Autorität (Bender 2014, 118).

Menschen, die hauptsächlich in der vertikalen Ebene agieren, sitzen sehr aufrecht. Häufig ist ihre Muskulatur gut entwickelt. Die vertikale Ebene ist im zweiten bis dritten Lebensjahr zu beobachten, weil sie dem Kind die Stabilität gibt, die es zum Laufen entwickeln muss (*Bender 2014, 118*).

Die sagittale Körperebene (3)

Die sagittale Körperebene (*Bender 2014, 119*) teilt den Körper in eine rechte und eine linke Seite ("*Sagittal*" wörtlich: in Pfeilrichtung, das heißt rechts oder links von der Körpermitte liegend, wenn man sich die seitlich ausgestreckten Arme als Pfeile vorstellt). Sie besteht aus der sagittalen (vor/rück) und vertikalen (hoch/tief) Dimension. Es fehlt eine seit/seit-Bewegung. Bewegungen in der sagittalen Ebene differenzieren und integrieren die rechte und die linke Hälfte des Körpers. Als typische Bewegungen in dieser Ebene können das Aufstehen von einem Stuhl, Purzelbaum schlagen und Springen genannt werden. Diese Ebene wird auch als „*Radebene*“ (*Bender 2014, 119*) bezeichnet: Ein Rad, das durch den Raum gerollt wird, bewegt sich in der sagittalen Ebene. Diese Körperebene kann in Bewegungen der Handlung, Konfrontation, Erinnerung und Planung beobachtet werden, wenn z. B. eine Person hauptsächlich in der sagittalen Ebene agiert, sitzt sie entweder zurückgelehnt oder vorgebeugt. In der Entwicklung ist die sagittale Ebene im dritten und vierten Lebensjahr zu beobachten, wenn sich das Kind im Laufen und Klettern erprobt. Die Körperbewegung in der sagittalen Körperebene erzeugt Individuation (*Kugel 2000; Olsen, McHose 1999, 37; Bender 2014, 119*).



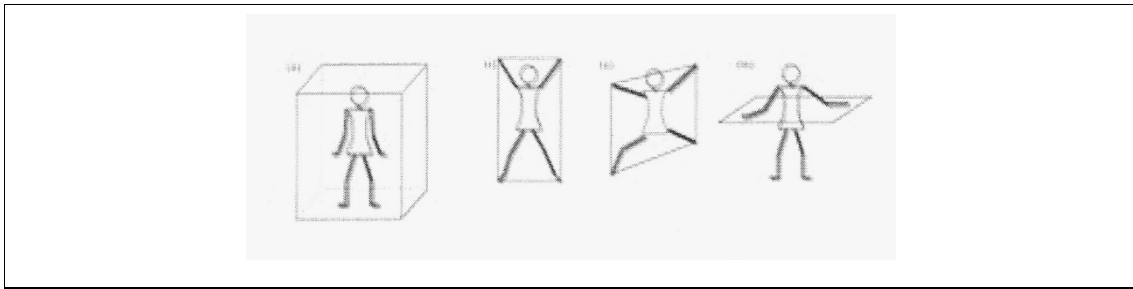


Abb.17: Körperebenen (Calais-Germain 1999, 8ff.; Thiriot 2013, 10)

Körperachsen und Schwerkraft

In diesem Unterkapitel werden die Körperachsen und ihre Funktionen, die Bedeutung der Schwerkraft und Formen des Umgangs mit der Schwerkraft beschrieben und ihre Bedeutung für das körperliche Verhalten erläutert. Des Weiteren werden weitere Formen der Gravitation, die radiale und die interpersonale Gravitation erklärt.

Definition Körperachse

Die Körperachse ist eine - durch den menschlichen Körper gedachte Linie – „die bei der Kreuzung zweier beliebiger Körperebenen entsteht.“ (Olsen, McHose 1999, 37)

Für die Analyse der Körpereigenschaften sind folgende Körperachsen relevant:

Die horizontale Achse (1) (Abb. 17: rote Linie) (rechts - links) misst die Körperbreite und wird an der Kreuzung der horizontalen Körperebene mit der vertikalen Körperebene gebildet.

Die vertikale Körperachse (2) (Abb. 17: schwarze Linie) (hoch - tief) entsteht an der Kreuzung der sagittalen Körperebene und der vertikalen Körperebene und misst die Körperhöhe. Die vertikale Körperachse ist wichtig für die Körpereigenschaften- und Bewegungsanalyse, weil sie mit der universalen Schwerkraft in Verbindung steht.

Die sagittale Körperachse (3) (Abb. 17: blaue Linie) (hinten - vorn) entsteht an der Kreuzung der sagittalen und horizontalen Körperebene und misst die Körpertiefe (Olsen und McHose 1999, 37; Shaha-Levy 2001, 6).

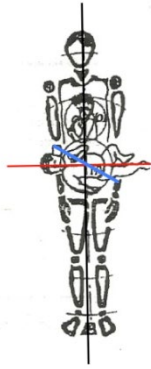


Abb. 18: Vertikale, horizontale und sagittale Körperachse (überarbeitet nach *Shahar-Levy* 2004; 2)

Eine Achse (eindimensional) hat zwei Dimensionen (Richtungen), zwei Achsen (zweidimensional) bilden eine Ebene, drei Achsen bilden einen Körper (dreidimensional).

Schwerkraft

„Alle Bewegungen, ganz gleich, welchem Zweck sie dienen (...) sind letzten Endes gegen die Schwerkraft gerichtet.“ (Feldenkrais 1994, 155)

Motorische Aktivität wird immer durch die Schwerkraft gebunden, die entlang der vertikalen Achse nach unten wirkt. Die Achse der Schwerkraft ist nicht sichtbar, aber sie beeinflusst die Körperhaltung und die Bewegung. Die Aufwärtsbewegungen, also Bewegungen gegen die Schwerkraft, benötigen mehr Muskelkraft als Abwärtsbewegungen, die mit der Schwerkraft kooperieren. Um dem Zug der Schwerkraft entgegen zu wirken brauchen wir Motivation, um den Körper nach oben aufzurichten. Die Quellen dieser Motivation finden sich sowohl in den physikalischen und biologischen Mechanismen als auch in den innerseelischen Energien, Antrieben, Affekten, Gefühlen und Absichten. Die dynamische Beziehung zwischen Schwerkraft und Motivation bestimmt die Wirksamkeit der eigenen Motorik (*Feldenkrais* 1994, 97ff.; *Shahar-Levy* 2001a, 6; 2004, 3; 2009, 271).

Der Musiktherapeut kann am instrumentalen Spiel erkennen, wie der Patient mit der Schwerkraft umgeht. Der Körper kann in der Spielbewegung und in der allgemeinen Bewegung entweder nachgeben und sinken oder motorische Energien gegen die Schwerkraft mobilisieren. Das motorische System ist derart strukturiert,

dass es uns möglich ist, die Körpergestalt/Körperform im Bezug zur Schwerkraft zu modifizieren.

Die Fähigkeit, Kräfte zu mobilisieren und eine der Schwerkraft entgegengesetzte Bewegung auszuführen, hängt von der seelischen Verfassung und der Motivation des Menschen ab. Der Körper eines depressiven, traurigen oder deprimierten Menschen hat die Tendenz, sich nach unten sinken zu lassen und sich der Schwerkraft hinzugeben.

Der Körper eines motivierten und lebensfrohen Menschen kann sich der Schwerkraft widersetzen und nach oben streben. Auf diese Weise informieren uns die Körperhaltung und die Körperkonturen über das Motivationssystem und insbesondere über das eigene Energieniveau (*Shahar-Levy* 2001a, 6; 2009, 271; *Todd* 2003, 30; *Bender* 2014, 56ff.).

Je höher die Motivation des Menschen ist, sich gegen die Schwerkraft zu bewegen, desto höher ist seine Bereitschaft, mit ihr vertraut zu sein und zu kooperieren (*Shahar-Levy* 2009, 271; *Trautmann-Voigt, Voigt* 2009, 155). Dies spiegelt sein emotionales und motivationales Profil in der wirklichen Zeit (*Shahar-Levy* 2001a, 2004, 2009).

Im Umgang mit der Schwerkraft können verschiedene Modi und Variationen von Körperhaltung in Raum und Kinesphäre entstehen (*Shahar-Levy* 2001a, 2004, 6; 2009).

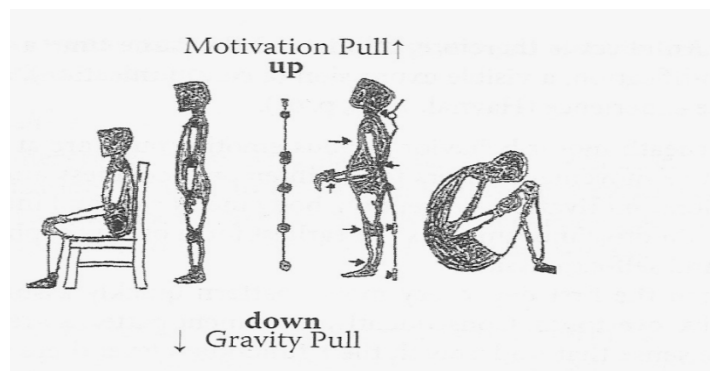


Abb. 19: Umgang mit Schwerkraft (*Shahar-Levy* 2009, 271)

Shahar-Levy unterscheidet drei Gravitationsformen: die Schwerkraft, die radiale Gravitation und die interpersonale Gravitation (*Shahar-Levy* 2001a, 6) (Abb. 20).

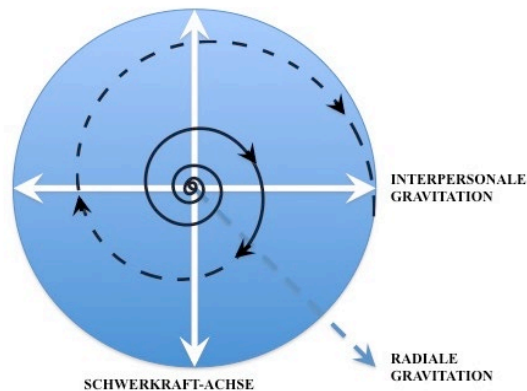


Abb. 20: Schwerkraft-Achse, interpersonale Gravitation, radiale Gravitation

Als radiale Gravitation bezeichnet Shahar-Levy die Energie und die Kraft, die aus der Mitte eines Menschen entstehen, wachsen und sich ausbreiten kann (Shahar-Levy 2001a, 6).

Definition Interpersonale Gravitation

„Interpersonal Gravitation is a psychological pull between the self and others along the horizontal axes.“ (Shahar-Levy 2009, 271)

Die interpersonale Gravitation ist eine zwischenmenschliche Anziehungskraft von Mensch zu Mensch in der horizontalen Achse. Im Unterschied zur physischen Gravitation, die nach unten geht, ist die zwischenmenschliche Gravitation bi-direktional: Es bezeichnet eine Annäherung an eine andere Person oder einen Rückzug aus dem Kontakt. In der interpersonalen Gravitation offenbaren sich die physikalischen Interaktionen mit anderen Menschen, indem sich die universellen Gesetze von Körperstrukturen in Beziehung zu ihnen formen.

Alle Körperteile, einschließlich Gesicht, Brust, Arme und Beine, sind anatomisch so konstruiert, dass sie separat oder im Zusammenspiel die Kommunikation in den zwischenmenschlichen Beziehungen auf der Horizontalebene und in unterschiedlichen Niveaus ermöglichen (Shahar-Levy 2001a, 6; 2009, 271).

In der Therapie kann anhand der interpersonalen Gravitation erkannt werden, wie der Patient in Beziehungen zu Mitpatienten oder zum TherapeutenInnen tritt.

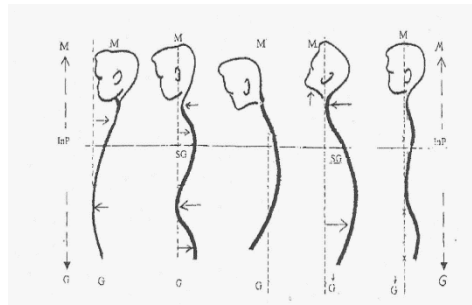


Abb. 21: Interpersonale Gravitation (Shahar-Levy 2004, 4)

Der menschliche Körper ist mit vielen immanenten Eigenschaften und Potenzialen ausgestattet. Die intrapersonellen körperlichen Eigenschaften eines Menschen beziehen sich auf den Körperbau, das heißt auf die körperlichen strukturellen Eigenschaften und auf die Art und Weise, wie er seine Körperteile und Körperseiten nutzt.

Die Nutzung der Körperteile geschieht intrapersonal und dreidimensional auf drei Körperebenen (Abb. 22): Auf der horizontalen Körperebene (rote Linie 1), der vertikalen Körperebene (blaues Quadrat 2) und auf der sagittalen Körperebene (grüne Linie 3) entlang der horizontalen Körperachse (schwarze Linie 1), der vertikalen Körperachse (schwarze Linie 2) oder der sagittalen Körperachse (schwarze Linie 3).

Der Körper ist plastisch und hat die Fähigkeit, verschiedene Positionen im Raum einzunehmen, sich zu formen und die Körperform im Raum zu gestalten. Er kann den Raum um sich herum einnehmen oder meiden. Das körperliche Verhalten geschieht im persönlichen Bewegungsraum, der Kinesphäre, einer Art Bewegungskugel um den Menschen herum - in der engen (grauer Ring 1), der mittleren (grauer Ring 2) und der weiten Kinesphäre (grauer Ring 3). Darüber hinaus kann der Mensch sein Nähe- und Distanz-Verhältnis zu anderen Menschen und/oder Objekten regulieren.

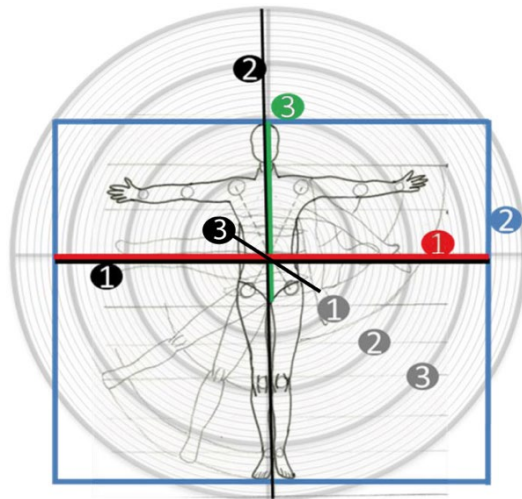


Abb. 22: Körperstruktur, Körperebenen, Körperachsen und Kinesphäre

3.8.3 Der Bewegungs-Begriff in der Integrativen Therapie

Der Bewegungsbegriff in der Integrativen Therapie ist nicht nur ein *sensu-motorischer*, er ist ein *e-motionaler* und ein auf *kognitive „fluency“* gerichteter (Petzold, Orth 1993e/2017, 521). Petzold definiert den Bewegungsbegriff der Integrativen Therapie wie folgt:

„Der Bewegungsbegriff der Integrativen Therapie und Agogik ist vielfältig. Er zentriert auf die Verschränkung von Wahrnehmung und Handlung, auf dynamische, nonlinear organisierte Koordination, auf Verbindungen von Psychischem und Motorischem, aber er begrenzt sie nicht auf „bloße Lokomotion“, die Fortbewegung eines Dingkörpers von einer Stelle im Raum zu einer anderen. Er ist auf das Lebensphänomen „Bewegung“ gerichtet, schließt an die „Grundbewegtheit des Daseins“, an die „e-motio“, die nach außen in die Welt gerichtete Bewegung des berührten, affizierten Leibes. Sie schließt gedankliche Beweglichkeit, die „movements of thought“ ein. Geistige Regsamkeit und innere Bewegtheit, die Bewegungen im sozialen Miteinander, Zu-neigungen oder Ab-neigungen, Hin-wendung oder Weg-wendungen ... diese Formulierungen verweisen auf die ganze Breite eines solchen Bewegungskonzeptes, das die intrapersonale und die interindividuelle Ebene einbezieht, mit Mikrobereich wie den Makrobereich.“ (Petzold 2003a, 978)

Orth fügt hinzu:

„Bewegung ist die natürliche Gegebenheit des lebendigen Körpers, sei er nun gesund oder krank. Der gesunde Körper als bewegter verfügt über ein Bewegungspotential, über Möglichkeiten, Bewegungen zu vollziehen, auszuführen, die durch seine Wahrnehmung, seine Muskelkraft, die Bewegungsmöglichkeiten der Gelenke und durch seinen psychophysiologischen Allgemeinzustand vorgegeben sind.“ (Orth 1996, 1)

Im integrativen Ansatz wird Bewegung *„als körperliche Motilität, emotionale Bewegtheit, geistige Beweglichkeit, soziales Aufeinanderzugehen oder Voneinandergehen, als Bewegung im sozioökologischen Raum“* komplex aufgefasst (Orth 1996, 2). Das Verständnis von Bewegung im Integrativen Verfahren macht deutlich, dass rein physiologische, biomechanische, funktionale Sichtweisen grundsätzlich überschritten werden müssen. Die *Sinnstruktur von Bewegung*, ihre Bedeutungsdimension – und dies ist nicht nur für die „nonverbale Kommunikation“ auszusagen, da der Sinncharakter der Bewegung durch seine Einlassung in Kontexte immer auch Bedeutungen freisetzt – kennzeichnet die kognitive, emotionale und soziale Qualität von Bewegung:

„Menschliche Bewegung ist die aufgrund der genetisch vorgegebenen sensumotorischen Organisation des Körpers und seinen ökologischen, sozialen und kulturellen Prägungen und Eingebundenheiten ausgebildete Lebens- und Ausdrucksform eines konkreten Subjekts, die es durch den Aufforderungscharakter (affordance) eines gegebenen Kontext/Kontinuums in jeweils einzigartiger Weise aktualisiert“ definiert (Petzold, Orth 1993e/2017, 521ff.)

Petzold schreibt, dass Bewegung immer eine *„Aktivität in einer gegebenen Gegenwart (ist), heißt immer auch Herkommen und stets auch Fortgang. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft kennzeichnen „Bewegung im Ablauf“* (Petzold 2003a, 978), denn Leben findet in Bewegung statt: *„Da sein ist nicht statisch, es ist Bewegung“* (Petzold 2003a, 983).

Die sensumotorische Verschränkung gibt der sinnhaften Wahrnehmung immer eine Bewegungsqualität mit. Der Begriff „Sinn“ trägt in sich stets eine Bewegungskomponente, das Moment einer Orientierung in Kontext/Kontinuum, in Raum - Bewegung ist gerichtet, auf den Raum bezogen - und Zeit:

Bewegung ist Verlaufsgestalt innerhalb des spatio-temporalen Rahmens, ist also über ihre sinnhafte Orientierung hinaus sinnhaft. Wie stark dabei auch affektive

Dimensionen miteinbezogen werden müssen, macht die unlösbare Verflechtung von Gefühl, Bewegung und Ausdruck, Emotion Motion und Expression klar, wie auch die Verflechtung mit dem Bereich des Kognitiven wird augenfällig, wenn man den Ursprungskontext in den Blick nimmt, der für viele kognitive Begrifflichkeiten eine motorische Dimension aufweist: be-greifen, er-fahren, er-fassen, ver-stehen, be-deuten. Es kommt damit wieder das grundsätzlich relationale Moment von Bewegung in den Blick: „Leib ist Bewegung“, der sich orientiert, den Raum durchmisst mit allem, was dieser enthält, den Raum, der keineswegs als statischer, ruhender Rahmen gesehen werden darf, sondern der selbst bewegt ist, in Bewegung ist, wodurch eine Kommutibilität zwischen Leib und Raum, Raum und Räumen entsteht. Diese Bewegung ist synchron und dissipativ, rhythmisch und arrhythmisch, kontinuierlich und diskontinuierlich. Das macht die Lebendigkeit aus, weil sie an den Bewegungen des Lebens partizipiert, denen die thymoi, die Gefühlsregungen, unmittelbar entfließen. (Petzold, Orth 2017, 524f.)

„In der Bewegung zeigt sich die Befindlichkeit der biographisch gewordenen Persönlichkeit eines Menschen im Zusammenspiel (Kommutibilität) mit den Gegebenheiten seiner Situation und seiner Geschichte, an die er sich autoplastisch anpaßt, in die er sich ideoplastisch einpaßt oder die er kooperativ in alloplastischer Weise verändert.“ Petzold, Orth 1993e/2017, 522)

Petzold und Orth spezifizieren folgende Bewegungen:

- **Autoplastische Bewegungen** sind nicht als destruktiv oder negativ zu sehen, weil Leiblichkeit und Bewegungspotential über eine Plastizität verfügen, über eine gewisse Formbarkeit, die allerdings zur Deformation degenerieren kann in dem das Leib-Selbst fremdbestimmte Gestaltungsimpulse in einem Maße absorbieren muss, die seine Identität disfigurieren und seine Potentiale verkrüppeln (Petzold 2003a, 981; Petzold, Orth 2017, 522ff.)
- **Ideoplastische Bewegungen** geben den Aktivitäten des „Ich“ Spielraum. Sie stellen die selbstbestimmten Formungsprozesse in das Zentrum, Impulse, die nicht nur als Widerfahrnis erlitten werden, sondern eine aktive Eigengestaltung des Selbst und des Kontextes erkennen lassen.
- **Alloplastische Bewegungen** wirken gestaltend in die Welt als die Situationen und Gegenständen formende Aktivitäten des *Selbst* und des *Ichs* in kooperativen Unternehmungen mit anderen Subjekten. Natürlich ist auch hier eine Gefährdung gegeben, wenn die Gestaltung der Welt eine deformierende Qualität gewinnt. Das geschieht meist, wenn nicht mehr wahrgenommen wird, dass

Leib und Welt *koexistieren*, dass sie *in einer Textur verwoben sind*, und eine kolonisierende Alloplasie auch immer in destruktiverweise auf den Leib des Gestalters zurückschlagen wird, weil sie Verdinglichung, Entfremdung, Devolution produziert (Petzold, Orth 2017, 522; Petzold 2003a, 981).

Im Integrativen Verfahren ist menschliche Bewegung ein individuelle Lebens- und Ausdrucksform eines konkreten Subjektes, als Zeugnis seines bisherigen Lebens mit allen guten und schmerzlichen Erfahrungen und Einflüssen die sich "eingefleischt" haben. Sie ist subjektiver Handlungsvollzug in der aktuellen lebensweltlichen Realität deswegen geht es in der Therapie immer darum den persönlichen Sinn einer bestimmten Geste, Körperhaltung oder Bewegungsqualität zu erfassen und zu verstehen und in den persönlichen Lebenszusammenhang zu setzen (Höhmann-Kost 2018, 27ff.).

In der Bewegung liegen die Möglichkeiten des Leib-subjektes, sich unter Ausschöpfung der Potentiale der Wahrnehmung, Mobilität, Expressivität, seiner Einbildungskraft, Gefühle, Stimmungen, Bedürfnisse im sozialen und ökologischen Kontext zu artikulieren, ja zu transzendieren, um die Welt – in Interaktion mit ihr – in *funktionaler, kommunikativer* und *ästhetischer* Hinsicht *kokreativ* zu gestalten. In *funktionaler Hinsicht* erledigt Bewegung zu leistende Arbeit, in *kommunikativer Hinsicht* vermittelt sie Informationen, in *ästhetischer Hinsicht* ermöglicht sie die Gestaltung vorfindlicher Materialien in einer Weise, dass sie eine künstlerische Ausdrucksqualität gewinnen. In diesen drei genannten Situationen verbindet Bewegung vorgegebene Realität in einer „**kokreativen**“ Art und Weise – Bewegung ist Ausdruck eines „*social interplay*“ (Petzold 2003a, 980) die strukturierte Zusammenhänge erkennbar machen lässt und den ihnen innewohnenden Sinn sichtbar macht; denn sinn scheint nur in Zusammenhängen auf, und unter der Perspektive der Bewegung sind solche Zusammenhänge nichts Statisches, sondern in lebendiger Bewegtheit, „im Fluss“, „im Prozess“ (Petzold 2003a, 980; Petzold, Orth 2017, 523).

Entsprechend dem integrativen Leibkonzept wird Bewegung als komplexes Phänomen definiert, welches folgende Eigenschaften besitzt:

- *die körperliche Motilität, die motorisch-funktionale Arbeit von Muskeln, Bändern, Sehnen etc., die zu Lageveränderung und zur Bewegung im Raum führt,*

- die gefühlsmäßige Bewegung, welche die "innere Bewegung" des berührten Menschen, das Angerührt-Sein, das Bewegt-Sein, die geistige Beweglichkeit, flexibles Reagieren auf gegebene Situationen, ein Kluges-Sich-entscheiden und Mobilität,

- die sozial-kommunikative Bewegungen als Bewegungen im sozialen Raum, z. .B. Auf-einander-zugehen, Sich-aus-dem-Weg-gehen, Sich-abwenden oder-zuneigen, alle mimischen und gestischen Ausdrucksbewegungen in kommunikativer Hinsicht,

- Entschluss- und Willenskraft, als durch zentrierte, kraftvoll-geballte in die Tat umgesetzte Willensentscheidung, als Umsetzungs- und Durchhaltekraft,

- Bewegungen im Ablauf der Zeit, als ein-Auf-dem-Weg-Sein, im Sinne eines persönlichen und gemeinschaftlichen Entwicklungs- und Reifungsprozesses, als ein grundsätzliches Lebensphänomen,

- sowie Einfluss haben auf die Welt und Veränderungsprozesse mit beeinflussen, sensu Ijline: "Bewege ich mich, so lebe ich und bewege die Welt" (Ijline),

- als ästhetische Gestaltung, harmonische Stimmigkeit, Geschmeidigkeit und Schönheit in Bewegungen, die heilende Qualitäten freisetzen können (Petzold, Orth 2017, 524ff.; Höhmann-Kost 2018, 27ff.).

Diese umfassende Sichtweise der Bewegung - als einer Bewegungsform/Lebensform, eines Bewegungsstils/Lebensstils und Lebensprinzips - wird in der Integrativen Therapie sowohl im diagnostischen Prozess als auch im gesamten Therapieverlauf berücksichtigt. Bewegungsformen und Bewegungsstile sind Ausdruck eines Lebensstils, d.h. dass das rein physiologische, biomechanische, funktionale Sichtweisen grundsätzlich überschritten werden müssen. Die *Sinnstruktur von Bewegung*, ihre Bedeutungsdimension und ihr Kontext kennzeichnen die kognitive, emotionale und soziale Qualität von Bewegung. Die sensumotorische Verschränkung gibt der sinnhaften Wahrnehmung immer eine Bewegungsqualität mit. Bewegung setzt dort an wo die Worte nicht mehr greifen, wo der „sprachlose Raum“ beginnt, die Sprache der Blicke, der Gesten, der Mimik der Berührung in Bewegung.

Bewegung für **diagnostische und theragnostische Zwecke** wenn

funktionsanatomische Überlegungen und phänomenologische Analysen sensu Buytendijk (1956) vorgelegt werden, bieten einen Zugang zum „Phänomen Bewegung“ und in besonderer Weise die Möglichkeit, dass subjektive Momente und soziokulturelle Faktoren durch die **Phänomenbetrachtung** mit Bezug auf einen konkreten Menschen und eine je spezifische Situation angemessen interpretiert und bewertet werden. Die im phänomenologischen Zugriff unter Bezug auf spezifische Beobachtungsparameter gewonnenen Daten können dann im Prozess einer intersubjektiven Hermeneutik, d. h. einem Zusammenarbeiten zwischen Therapeut und Patient, auf ihren *Sinn* und ihre *Bedeutung* hin ausgewertet werden.

3.8.4 Der Bewegungsbegriff in der Körper-/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur

Der hier von *Shahar-Levy* definierte Bewegungs-Begriff als die Grundlage von EpiMotorics-Emotive Body Movement Paradigm und wurde ursprünglich für KBMP (*Skrzypek* 2019, 104) übernommen:

„Emotive Movement is the interwoven expression of drives, emotions, perceptions, and interpersonal relation through motor channels.“ (*Shahar-Levy* 2009, 267)

Shahar-Levy versteht „Emotive Bewegung“ (*Shahar-Levy* 2001a; 2009, 267) als eine Verwobenheit von Bewegungen, Emotionen, Antrieben, Motivationen, Wahrnehmungen, Körpererinnerungen und zwischenmenschlichen Beziehungen im körperlich-motorischen Ausdruck (*Shahar-Levy* 2001a, 3ff.).

Shahar-Levy spezifiziert folgende Eigenschaften Emotiver Bewegung:

- 1. Emotive movement creates experiential bridges between sensory receptivity and motor activation. It constitutes a connecting link between the ‚body‘ and the ‚mind‘.*
- 2. Emotive movement is the earliest form of self-expression. It is a major channel of emotive discharge and expression.*
- 3. Movement plays a significant role in all aspects of development. In infancy, movement is emotion in action and in interaction.*
- 4. Ego organization develops in complex interdependent processes of sensory-motor activity, perception, emotive expression and cognition.*

5. *Emotive-relational movement undergoes developmental stages.* (Shahar-Levy 2001a, 4)

Emotive Bewegung ist für *Shahar-Levy* zu einem eine Verbindung zwischen Körper und Geist, die Erfahrungsverbindungen zwischen sensorischer Aufnahmefähigkeit und motorischer Aktivität schafft und zum anderen die früheste Form des Selbst-Ausdrucks, die physische Manifestation von psychischen Prozessen und externalisiert die verinnerlichten Geschichten des Sich-Bewegenden (*Shahar-Levy* 2001a, 4; 2009, 272). Sie geht davon aus, dass alle psychologischen, entwicklungspsychologischen und Objekt bezogenen Phänomene entsprechende Korrelate im Körper und in der Bewegung haben (*Shahar-Levy* 2001a, 4; 2009, 267ff.).

Wenn wir uns bewegen, werden unsere Emotionen und zwischenmenschlichen Interaktionen in Form von Spannungskonfigurationen und Bewegungsabläufen sichtbar. Wenn wir emotional bewegt sind, formen und gestalten die Emotionen spontan unseren Körper (*Shahar-Levy* 2001a, 4ff.; 2009, 272f.).

Die grundlegende Prämisse von Emotorics-EBMMP besagt, dass geistige Prozesse in den Konturen der emotiven Bewegung in Echtzeit reflektiert werden. Paradigmatisch betrachtet deutet das auf die Unterscheidung zwischen der Phänomenologie des individuellen emotiv-motorischen Verhaltens und den allgemeinen biologischen Qualitäten des emotiv-motorischen Handelns (*Shahar-Levy* 2001a, 4ff.; 2009, 272).

Allgemeine Gegebenheiten wie Körperstruktur und Schwerkraft bestimmen das individuelle emotive Bewegungsrepertoire. In diesen physikalischen Manifestationen finden psychologische intra- und interpersonale Phänomene ihre körperlichen und bewegungsmäßigen Entsprechungen.

Das motorische System überträgt Gefühle und Emotionen und hilft uns Entscheidungen zu treffen: Welche Körperteile brauche ich um meine Bewegungen durchzuführen? Wie viel Energie brauche ich, um diese Bewegung auszuführen? Ist der Energieeinsatz für die Durchführung der Bewegung zu intensiv oder warum ist er nicht intensiv genug? Wie viel Kraft muss ich mobilisieren? Und wo geht die Kraft hin? In welche Richtung geht die Bewegung hin? Welche Bedeutung hat die Bewegungsrichtung? Welche Distanz wird mit welcher Kraft überwunden? (*Shahar-Levy* 2001a; 2009, 267).

Für mich als Musiktherapeutin stellten sich noch weitere Fragen: Wie viel Kraft und Energie wenden die Patienten beim Spielen von Musikinstrumenten auf? Welche Bewegungen sind beim Spielen von Musikinstrumenten nötig und möglich? Wie bewegen sich die Patienten beim Singen oder beim Tanzen?

Das motorische System als ein Aspekt der Gehirnfunktion und als Übersetzer der psychischen Prozesse in sichtbare Formen gibt Antworten durch die Reaktionen auf der körperlichen Ebene. Es spricht die Sprache der sichtbaren Körperhaltungen, Körperformen, Spannungskonturen und rhythmischen Muster. Die grundlegende Grammatik dieser Sprache besteht aus Muskelkontraktion und Muskelentspannung, aus Bewegungsfluss und Bewegungshemmung, aus Zusammenspiel von Körperteilen und Gelenken und den unterschiedlichen körperlichen Relationen zum Raum, zu der Zeit und zu den Objekten. Das motorische System kodiert Erinnerungen aus verschiedenen Alters- und Entwicklungsstufen in komplexen emotiven „*Clustern*“ (Shahar-Levy 2001a, 4; 2001b, 381; 2009, 267ff.).

3.8.5 Emotive Cluster

In diesem Unterkapitel wird die Bedeutung von emotiven Cluster in der emotiven Bewegung und in emotiv-motorischen Verhalten aufgezeigt.

In der Musik wird die Bezeichnung **Cluster** (engl. *Cluster* - Gruppe, Tontraube) verwendet, um ein akkordähnliches Klanggebilde, dessen Töne nahe beieinander liegen und gleichzeitig erklingen, zu definieren. Analog zu der musikalischen Bezeichnung und Bedeutung verwendet Shahar-Levy den Begriff „*Cluster*“ (Shahar-Levy 2001a, 4), um die gleichzeitig auftretenden Verbindungen von den aktiven P0- oder P1-Potenzialen, wie sie sich in den Bewegungsmustern abbilden, zu beschreiben.

Der menschliche Körper speichert die impliziten und expliziten emotiv-motorischen Körpererinnerungen als Verflechtungen von sensorischen, motorischen, emotiven Elementen, Beziehungserfahrungen und motorischen Beziehungen zu Raum, Zeit und Objekten in Form von kodierten Spannungskonturen, Bewegungsmustern und Körperhaltungen (Abb. 23: Emotive Cluster und aufrechte Körperhaltung). Shahar-Levy bezeichnet diese emotiv-motorischen Körpererinnerungen als „*emotive Cluster*“ (Shahar-Levy 2001a, 4; 2001b, 381; 2004, 7) und beschreibt das Konzept von emotiven Cluster auf folgende Weise:

The concept of emotive-motor memory clusters is based on the assumption that the motor system in all ages retains emotive imprints by codes of tension contours and motility patterns. By ,emotive' I mean the subjective experience of being emotionally aroused either by inner drives and motivations or as a result of the ministrations of others. (Shahar-Levy 2001b, 381)

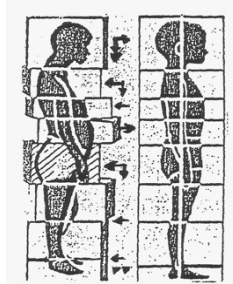


Abb. 23: Emotive Cluster und aufrechte Körperhaltung (Shahar-Levy 2001a, 19)

Die elementare Eigenschaft von emotiven Clustern ist das Verweben von physischen und psychischen Erinnerungen zu einer dynamischen Einheit (Shahar-Levy 2001a, 4).

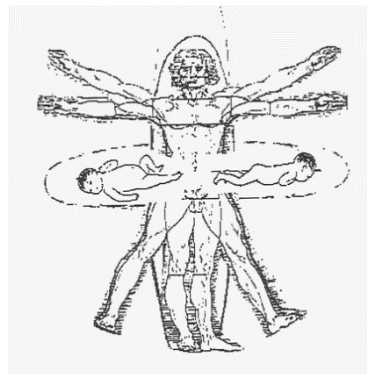


Abb. 24: Emotive Cluster und Bewegung (Shahar-Levy 2001a, 4)

Die Tatsache, dass das motorische System die primären, präverbalen Körpererinnerungen in Bewegungsmustern und Körperhaltungen speichert, ermöglicht uns auch in der Musiktherapie - mit äußerster Vorsicht - den inneren Gemütszustand des Sich-Bewegenden auf der Grundlage seiner Körperformen und Haltungen zu erfassen.

Die Möglichkeit, den Körper als eine Partitur ablesen zu lassen, vertieft das Konzept der emotionalen Bewegung. Der visuelle Aspekt dieser Körperpartitur in den Körperformen und Raumformen kann die verborgene Gegenwart des impliziten

Gedächtnisses in Gedächtnis-Clustern reflektieren. Als solche können sie als diagnostische Marker verwendet werden (*Shahar-Levy* 2009, 275).

3.8.6 Emotive Bewegungszyklen

Im folgenden Unterkapitel werden die emotiven Bewegungszyklen beschrieben und ihre Funktion verdeutlicht.

Paradigmatisch betrachtet gibt es zwei Arten von emotiven Bewegungszyklen: Frei fließende und blockierte bzw. fragmentierte Zyklen. Diese Bewegungszyklen bestehen aus Antrieben, Emotionen, Motivationen und Körpererinnerungen. Sie werden durch Rhythmen der Erregungsaktivierung und der Entspannung reguliert. Bei der Beschreibung der Bewegungszyklen bezieht sich *Shahar-Levy* auf die menschliche Entwicklung vom Säugling zum Erwachsenen (*Shahar-Levy* 2001a; 2009, 274).

Frei fließende Zyklen

Frei fließende Bewegung verursacht freie und wohltuende, nicht blockierte oder fragmentierte Bewegungszyklen. Sie zeigen sich durch ungestörte Übergänge von neutraler Stimulation zur aktiven Bewegung, gefolgt von Muskelentspannung. Motorische Aktivitätszyklen wirken energetisch auf den ganzen Körper und stärken die Gefühle der Selbstachtung und der Selbstwirksamkeit (*Shahar-Levy* 2009, 274).

Blockierte und/oder fragmentierte Zyklen

Emotive Bewegungszyklen werden durch subjektive Gefühle, Motivationen und durch externe Stimuli gesteuert. Systematische Unterdrückung des emotionalen Ausdrucks, vor allem in den ersten Lebensjahren, kann weitreichende pathologische Auswirkungen haben. Sie kann allgemeine Angst, permanente Kontraktion der Muskeln und psychomotorische Konflikte verursachen. Blockierte Bewegungszyklen sind durch blockierten oder unterbrochenen Energiefluss und undifferenzierte Muskelkontraktion gekennzeichnet, gefolgt von Bewegungsstarre, Fixierung und wenig oder keine Belastbarkeit (*Shahar-Levy* 2009, 274).

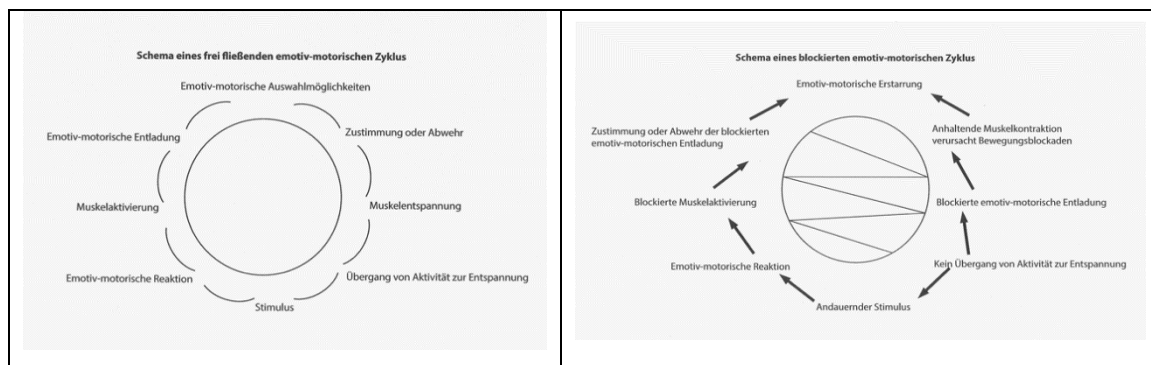


Abb. 25: Schema eines frei fließenden und eines blockierten emotiv-motorischen Zyklus (Shahar-Levy 2009, 274)

3.8.7 Körperformen, Beziehungskonstellationen und Bewegungsprototypen

In diesem Unterkapitel werden „archetypische Körperformen“ (Shahar-Levy 2009), die runde und die lineare Körperform, und Beziehungskonstellationen, die Konstellation der „*elterlichen Umhüllung*“ und die „*Von-Gesicht-zu-Gesicht*“-Beziehungskonstellation beschrieben und ihre Bedeutung für die Entwicklung des emotiv-motorischen Verhaltens aufgezeigt. In der KLBMP werden die Formen als eine runde und eine gerade, lineare Körperform bezeichnet. Des Weiteren wird dargestellt, wie aus diesen archetypischen Körperformen und Beziehungskonstellationen Bewegungsprototypen entstehen und welche Bedeutung sie für die Bewegungsanalyse mit Emotivics-EBMMP haben.

Die Körperstruktur und die Körperform stehen miteinander im Dialog und bedingen und beeinflussen sich gegenseitig. Die Körperformen und Konturen geben ein sichtbares Abbild von der Organisation der seelischen inneren Welt. Alle Menschen teilen dieselben Körperstrukturmerkmale, aber sie leben unterschiedlich in ihren körperlichen Strukturen (Olsen, McHose 1999, 15; Shahar-Levy 2004).

Definition Körperform

Als Körperform wird „die vom Körper und seinen Gliedern im Raum geschaffene Form“ bezeichnet. (Laban 2001, 152)

Mit dem Begriff Körperform ist nicht die natürlich gewachsene Form des Körpers gemeint, sondern die momentane Stellung im Raum. Die Fähigkeit, über

verschiedene Körperformen flexibel zu verfügen und situationsangemessen und den eigenen Bedürfnissen entsprechend auszuwählen, kennzeichnet die gesunde Bewegungsfähigkeit (Laban 2001, 42; Trautmann-Voigt, Voigt 2009, 291).

Der Körper hat eine dreidimensionale Form mit vielen Gelenkverbindungen, somit bildet die räumliche Form des Körpers keine Umrisslinie eines flächigen Musters (wie z. B. auf einem Foto), sondern hat den plastischen und räumlichen Charakter einer Skulptur (Laban 2001, 142).

Für die Entwicklung des emotiv-motorischen Verhaltens bestimmt *Shahar-Levy* zwei archetypische, durch immanente spezifische Qualitäten und Merkmale gekennzeichnete Körperformen und Beziehungskonstellationen: die runde und die lineare Körperform sowie die Beziehungskonstellation der „*elterlichen Umhüllung*“ und die „*Von-Gesicht-zu-Gesicht*“-Beziehungskonstellation (Shahar-Levy 2001a, 8ff.; 2009, 275ff.).

Körperformen

Für die Bewegungsanalyse von *Shahar-Levy* haben zwei Körperformen eine besondere Bedeutung. Sie werden von *Shahar-Levy* als „*archetypische Körperformen*“ (Shahar-Levy 2001a, 8f.) bezeichnet. Die erste Körperform ist die runde, in sich geschlossene Form, analog der Körperform eines Fötus im Uterus.

Die zweite Körperform ist die gerade, aufgerichtete Form des menschlichen Körpers, der sich aus eigener, autonomer Kraft aufrecht halten kann, z. B. der aufgerichtete Körper eines erwachsenen Menschen (Shahar-Levy 2001a, 8ff.; 2009, 275ff.).

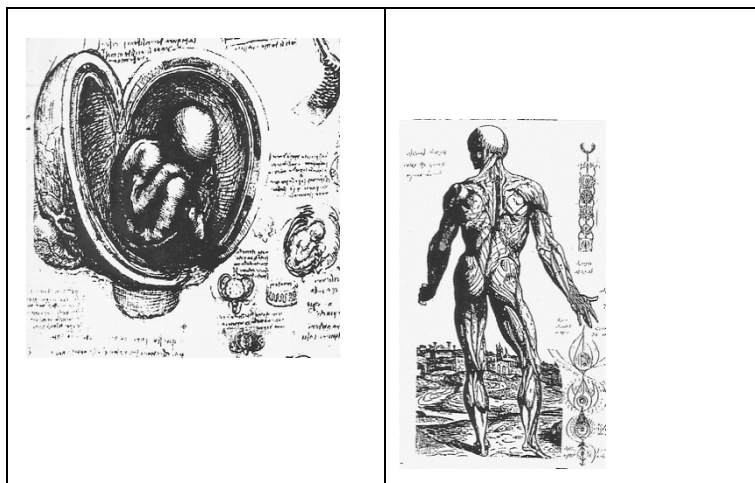


Abb. 26: Runde und lineare Körperform (Leonardo da Vinci: *Fötus im Uterus*; Leonardo da Vinci: *Der nackte Mann von hinten* in Shahar-Levy 2001a, 19)

Beziehungskonstellation der „elterlichen Umhüllung“

Nach Shahar-Levy ist die Konstellation der **elterlichen Umhüllung** die primäre archetypische Beziehungskonstellation:

In the primal stage of human development an infant's tiny selfbody is held by parenting others whose bodies, voices, smells, muscle tension, rhythms and movement form a physical parental envelope. (Shahar-Levy 2009, 275)

Das Neugeborene beginnt sein Leben in der Beziehungskonstellation der elterlichen Umhüllung. Sein Körper wird durch Berührung, Bewegung, Stimme und den Körper der Eltern eingehüllt. In den ersten Lebensmonaten ist der Körper des Säuglings klein und zierlich und verfügt über solch einen schwachen Muskeltonus, dass er unfähig ist, sich aus eigener Kraft zu erheben und aufrecht zu halten. Er braucht die Unterstützung von Erwachsenen, um seinen Körper gegen die Schwerkraft zu richten. Die Ausmaße seines Körpers sind so winzig, dass jeder Erwachsene, der den Säugling hochhebt, seinen Körper unterstützend umhüllen muss. Der Säugling ist noch nicht in der Lage, sein Rückgrat in eine aufrechte Position zu bringen und gegen die Schwerkraft zu handeln. Dadurch ist er ganz von anderen Menschen abhängig und braucht Unterstützung bei der Veränderung seiner Körperhaltung und bei der Bewegung von einem Ort zum anderen.

Die elterliche Umhüllung funktioniert also zu einem wie eine Art Ersatzhaut, die den Strom der Reize von außen nach innen reguliert und zum anderen bietet sie dem Säuglingskörper äußeren Halt. Sowohl die positiven als auch die negativen Qualitäten der elterlichen Umhüllung beeinflussen die Entwicklung des Körperschemas, des Körperbildes und die Einstellung zum eigenen Körper. In der Beziehungskonstellation der elterlichen Umhüllung passen sich die Konturen der elterlichen Körper den Konturen des Säuglings an (Shahar-Levy 2001a, 8f.; 2009, 275ff.). Sie hat einen nachhaltigen Einfluss auf die ersten Bewegungsmuster.

Die elterliche Umhüllung schränkt den Raum der Bewegung ein, weil sie einen geschlossenen Raum darstellt. Es ist möglich, bestimmte Bewegungen zu vollziehen, andere müssen vorerst ausbleiben. Diese Beziehungskonstellation bildet das Fundament, auf das der Mensch in späteren Lebensphasen zurückgreift (Shahar-Levy 2001a, 8f.; 2009, 275ff.).



Abb. 27: Die elterliche Umhüllung-Beziehungskonstellation (Shahar-Levy 2009, 276)

Hauptmerkmale der Bewegung und der Körperhaltung in der elterlichen Umhüllung-Beziehungskonstellation sind:

1. Die Unfähigkeit, sich vertikal gegen die Schwerkraft aufzurichten.
2. Die Unfähigkeit, die Wirbelsäule aufzurichten.
3. Niedrige willkürliche Kontrolle über die Bewegungen und Haltungen des Körpers sowie keine kognitive Intentionalität.
4. Dominanz der gebeugten Körperhaltung, runde Körperformen und Körperkonturen.
5. Dominanz der Muskelplastizität, die die körperliche Anschließbarkeit zwischen dem Säugling und seinen Eltern ermöglicht.
6. Dominanz der grobmotorischen Bewegungen.
7. Generalisierte, wenig differenzierte Aktivierung des Körpers.
8. Unreife Wahrnehmungsdifferenzierung.
9. Abwehrformen, die auf somatischen Mechanismen basieren, wie Fragmentierung und/oder Erstarrung statt Kampf oder Flucht (Shahar-Levy 2001a, 10; 2009, 277f.).

Bewegungsprototyp der runden Bewegung

In der Beziehungskonstellation der elterlichen Umhüllung ist es die natürliche Aufgabe des Säuglings, die harmonische Verbindung mit der elterlichen Umhüllung zu bewahren und die Konturen seines Körpers denen des elterlichen Körpers anzupassen. Die Bewegungsmuster in dieser Phase bestehen aus verhältnismäßig schwachen runden oder sich wiegenden Bewegungen. Diese Bewegungen beruhen vor allem auf dem Prinzip der Beugung und des Sich-rund-machens, sie haben nur eine geringe Reichweite, dringen nicht aus dem engen Raum der elterlichen Umhüllung hinaus. Vor dem Beginn der Differenzierung arbeitet der Körper des

Säuglings in der Regel nach dem Grundsatz „*Alles oder Nichts*“ (Shahar-Levy 2009, 278): entweder kontrahiert sich der ganze Körper oder der ganze Körper entspannt sich. Dies gibt dem Säugling ein Gefühl grundlegender Harmonie mit seinem Körper: Kontraktion und Entspannung, Beugung und Streckung sind der Grundwortschatz der primären Sprache durch Bewegung (Shahar-Levy 2001a; 2009, 275ff.).

Chronologisch betrachtet dominiert die Beziehungskonstellation der elterlichen Umhüllung im ersten Lebensjahr des Kindes. Am Ende des ersten Lebensjahres wird die zweite archetypische Beziehungskonstellation dominanter – die „Von-Gesicht-zu-Gesicht“-Konstellation mit ihren kraftvolleren, ballistischen und progressiven Qualitäten (Shahar-Levy 2001a; 2009, 275ff.).

Die beiden archetypischen Konstellationen gehen ineinander über und verweben sich miteinander in komplexe Bewegungsmuster (Abb. 27: Emotive Bewegungsentwicklung) (Shahar-Levy 2001a; 2009, 278).

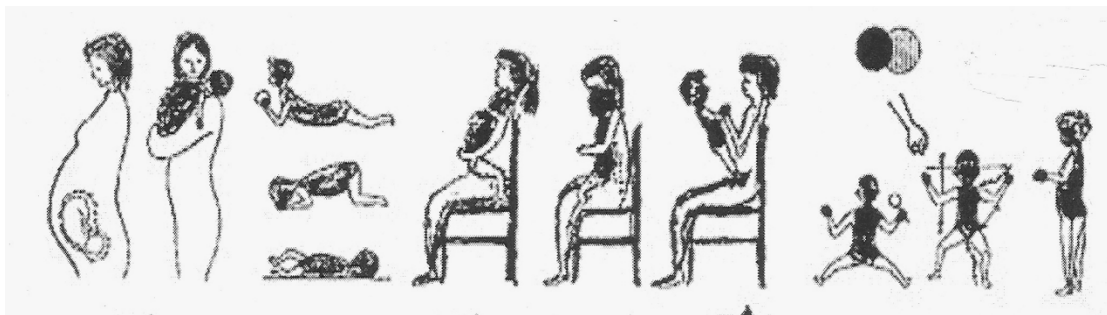


Abb. 28: Emotive Bewegungsentwicklung (Shahar-Levy o. A.)

„Von-Gesicht-zu-Gesicht“-Beziehungskonstellation

Die zweite archetypische Beziehungskonstellation ist die „**Von-Gesicht-zu-Gesicht**“-Beziehungskonstellation, in der das Kind autonom und aufgerichtet einem anderen Menschen begegnet (Shahar-Levy 2009, 277).

„The vertical face-to-face setting emerges during the second and third year of life, when the motor and postural skills reach maturation.“ (Shahar-Levy 2009, 277)

Nach und nach verlässt jedes gesunde Kind den geschlossenen Raum elterlicher Umhüllung, erweitert den Radius seiner Bewegung, vergrößert seine Kinesphäre und begibt sich in den neuen Raum von Gegenständen und Menschen. Es entwickelt sich aus dem Zustand eines gehaltenen Körpers zu einem Körper, der sich dank

seines Skeletts und seiner Muskelkraft selbst halten und der Welt gegenüberstehen kann. Die aufrechte Haltung bahnt ihm den Weg in die menschliche Gesellschaft und die Welt der zu entdeckenden Gegenstände und zu erforschenden Objekte.

Der Körper wird kraftvoller und autonomer, das Kind vergrößert sukzessive seinen eigenen Bewegungsraum. Aus physischer Perspektive hängt der lange Prozess des Heraustretens aus der Umhüllung zur Entwicklung der Autonomie mit der zunehmenden Beherrschung der Motorik und der Vervollkommnung emotiver Bewegung zusammen (*Shahar-Levy* 2001a; 2009, 278).

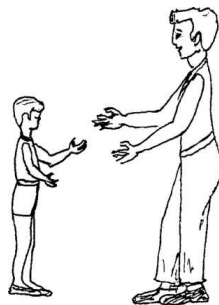


Abb. 29: Von-Gesicht-zu-Gesicht - Beziehungskonstellation (Shahar-Levy 2009, 276)

Hauptmerkmale der Bewegung und der Körperhaltung in der „Von-Gesicht-zu-Gesicht“-Beziehungskonstellation sind:

1. Streckung von Extremitäten und Rumpf, die das Bewegungsrepertoire erweitert und die Körperhaltung verändert.
2. Dominanz der grobmotorischen Aktivität, die den emotiven Ausdruck in beiden Konstellationen bestimmt.
3. Fähigkeit, die vertikale Haltung zu erreichen, weil die Wirbelsäule kräftig genug ist, um sich zu strecken.
4. Bewegungen und Körperhaltungen gegen die Schwerkraft.
5. Ausbreitende, expandierende, progressive, ballistische Bewegungen.
6. Unabhängige Erdung und Fortbewegung.
7. Willkürliche motorische Aktivität.
8. Abwehrformen, die auf motorischen Fähigkeiten basieren, wie die Fähigkeiten zum Fliehen, Kämpfen oder Rückzug (*Shahar-Levy* 2001a, 10; 2009, 278f.).

Charakteristisch für die „Von-Gesicht-zu-Gesicht“-Beziehungskonstellation sind die aufgerichtete Körperhaltung und die progressive, expandierende, ballistische Bewegung, die sich im zweiten und dritten Lebensjahr entwickeln. Diese neuen Eigenschaften ermöglichen dem Kind, motorische Fähigkeiten, die Wirbelsäule und

die Extremitäten so zu entwickeln, dass sie die Prozesse der Separation und Individuation vorbereiten können. Sie enthalten Potenziale positiver und negativer Aggressivität (*Shahar-Levy* 2001a, 8f.; 2009, 277ff.).

Das Repertoire der Bewegungsformen muss erweitert werden, um den Übergang aus der Konstellation der Umhüllung in die des autonomen Gegenüberstehens zu vollziehen. Die Möglichkeit, den Körper selbst zu bewegen, befähigt das Kind, sich als ein von den Eltern getrennter Körper mit einzelnen Gliedern wahrzunehmen und schafft die Fähigkeit zur Differenzierung. In der Bewegung werden die eigenen Körperteile und Gelenke konkret erlebbar. Mit jeder Bewegung erlebt und erlernt das Kind die verschiedenen Bewegungsachsen im Raum und den Faktor der Zeit. Die Bewegung ist also unerlässlich für die Entwicklung der Wahrnehmung. Die beiden Konstellationen schließen sich nicht aus. Sie sollten Seite an Seite für eine gesunde Balance sorgen. Wenn das Kind wächst, entwickelt sich die „Von-Gesicht-zu-Gesicht“-Konstellation als die dominierende Organisation in den sozialen Interaktionen und interpersonalen Beziehungen (*Shahar-Levy* 2001a, 9; 2009, 277ff.).

Der Bewegungsprototyp der autonomen Kraft

Der Bewegungsprototyp der autonomen Kraft zeichnet sich durch intensiven Gebrauch der Grobmotorik und durch Bewegungen von ballistischer und expansiver Wucht aus. Die ballistische Bewegung ist charakterisiert durch Wurfbewegungen, ein vehementes Ausbrechen aus den Grenzen des eigenen Körpers in den umgebenden Raum. Die ballistischen Bewegungen sind ein zentraler Bestandteil des primären emotionalen Erlebens und der primären emotiven Sprache. Die Bewegungen der autonomen Kraft nutzen die Kraft und Beweglichkeit der Wirbelsäule und der Extremitäten und stärken das Muskelsystem und das Skelett (*Shahar-Levy* 2009, 277ff.).

Diese beiden frühen Bewegungsprototypen bilden gemeinsam die biologische Wurzel, aus der sich alle persönlichen Bewegungsmuster entwickeln. Aus dieser doppelten Wurzel entwickelt jeder Mensch unter dem Einfluss autobiographischer Faktoren seinen eigenen Bewegungsstil. Die universalen neurophysiologischen Mechanismen besitzen das Potenzial, sowohl den weichen, sich anschmiegenden Bewegungen als auch den Bewegungen der autonomen Kraft zu dienen (*Shahar-Levy* 2009, 277ff.).

In der folgenden Tabelle werden die zentralen Qualitäten der Bewegungsprototypen zusammengefasst.

Tab. 3 : Zentrale Qualitäten von Bewegungsprototypen

Zentrale Qualitäten der Bewegungsprototypen	
P0-Bewegungsprototyp	P1-Bewegungsprototyp
	
<ul style="list-style-type: none"> - Rumpf-Bewegung ist dominierend. - Dominanz der gebeugten Haltung. - Dominanz von groben motorischen Bewegungen. - Unfähigkeit, mit der Schwerkraft umzugehen. - Unfähigkeit, eine vertikale Position aufrechtzuerhalten. - Generalisierte Körperaktivierung. - Der Körper funktioniert nach den Grundsätzen „Alles auf einmal“ oder „Alles oder nichts“. 	<ul style="list-style-type: none"> - Erweiterung und Vergrößerung von Bewegungsmöglichkeiten verschiedener Körperteile und des Rumpfes. - Fähigkeit zu vertikalen Haltungen und Aufrichtung der Wirbelsäule. - Bewegungen und Körperformen gegen die Schwerkraft. - Progressive, ballistische Bewegungen. - Unabhängige Haltung und Fortbewegung. - Motorische Entscheidungsfreiheit. - Dominanz der motorischen Aktivierung in der Entladung von Emotionen. - Dominanz der motorischen Aktivierung in der Lösung emotionaler Blockaden.

Das Wissen um die besonderen Qualitäten der beiden verschiedenen Beziehungskonstellationen ermöglicht es uns, zwischen zwei frühen psychomotorischen Prototypen zu entscheiden, aus denen sich die persönlichen

emotiven Bewegungsmuster entwickeln. Zu jeder der beiden Beziehungskonstellationen gehört ein eigener psychomotorischer Prototyp:

1. In der Beziehungskonstellation der elterlichen Umhüllung dominiert der Prototyp der runden, sich anschmiegenden Bewegung und der runden Körperform.
2. In der „Von-Gesicht-zu-Gesicht“-Beziehungskonstellation dominiert der Bewegungsprototyp der autonomen Kraft und der linearen, geraden und aufgerichteten Körperform.

3.9 Körper/Leib/Bewegungs-Part. Teil 1. Beobachtungsmerkmale und Potenziale

Der erster Teil des Körper/Leib/Bewegungs-Parts beschäftigt sich mit der Beobachtung der „*allgemeinen Merkmale von Haltung und Bewegung*“ (Buytendijk 1956, 4, 43ff.) wie **Körperposition (1)**, **Raum (2)**, **Körperstruktur (3)**, **Spannung, Energie, Kraft und Intensität (4)**, **Artikulation (5)**, **Zeit (6)**, **Richtungen und Ebenen (7)**, **Formen (8)**, **Modulation (9)**, **Körperkontaktes** und der **Berührungsfunktion** sowie **körperlichen Nähe und Distanz (10)**. Aus diesen zehn Beobachtungsmerkmalen werden 72 P0- und P1-Potenziale generiert.

Tab. 4: Körper/Leib/Bewegungs-Part. Teil 1

Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur									
I	Körper/Leib/Bewegungs-Part								
I.1	Teil 1								
Beobachtungsmerkmale	P0	P0-Potenziale	Körperstruktur Raum Kraft Zeit Richtung Formen	PI-Potenziale	P1				
0	Ausgangspunkt	0	keine sichtbare Bewegung		sichtbare Bewegung	0			
		1	liegen		hocken	1			
1	Körperposition	2	sitzen	1	knien	2			
		3	stehen		laufen	3			
		4	gehen		tanzen	4			
		5	Raum nehmend		2.1	Umgang mit Raum	Raum vermeidend	5	
2	Raum	6	nahe Kinesphäre	2.2	Kinesphäre	weite Kinesphäre	6		
		7	mittlere Kinesphäre		Expansion	7			
		8	Grenzen respektierend		2.3	Territorialverhalten	Grenzen überschreitend	8	
		9	runde, kurvige Körperform		3.1	Körperformen	gerade, lineare Körperform	9	
		10	flächige Körperform				verwungene Körperform	10	
		11	Rumpf				Extremitäten	11	
3	Körperstruktur	12	linke Körperseite	3.2	Einsatz der Körperteile/Körperseiten	rechte Körperseite	12		
		13	vordere Körperseite			hintere Körperseite	13		
		14	obere Körperhälfte			untere Körperhälfte	14		
		15	Beugung			3.3	Bewegungsform in den Gelenken	Streckung	15
		16	Rotation					Verdrehung	16
4	Spannung Energie Intensität Kraft	17	Entspannung	4.1	Muskeltonus	Kontraktion	17		
		18	Wohlspannung (Futonus)			Hemmung/Blockade	18		
		19	freier, lebendiger Fluss			gebundener Bewegungsfluss	19		
		20	angepasster, regulierter, adaptierender Fluss			gleichmäßiger, gleichbleibender Fluss	20		
		21	niedrige Intensität	4.2	Bewegungsfluss Spannungsfluss	hohe Intensität	21		
		22	zunehmend			abnehmend	22		
		23	abrupt			graduell	23		
		24	kanalisierend	4.3	Einsatz der Kraft	flexibel	24		
		25	sanft, behutsam			vehement, angestrengt	25		
		26	vorsichtig			wuchtig	26		
		27	Schwere			Leichtigkeit	27		
		28	mit der Schwerkraft			gegen die Schwerkraft	28		
		29	Einsatz des Körpergewichtes		Einsatz der Kraft	29			
		30	ankämpfend	4.4	Energienobilisierung	nachgebend	30		
31	unkontrolliert	kontrolliert	31						
32	zitternde, vibrierende, wellenförmige Bewegung	ballistische, progressive Bewegung	32						
5	Artikulation	33	fragmentierte, unterbrochene Bewegungen	5	Artikulation	kontinuierlich, gleichmäßig fließende Bewegungen	33		
		34	plötzlich			zögerlich	34		
6	Zeit	35	allmählich schneller werden, Beschleunigung	6	Tempo	allmählich langsamer werdend, Verlangsamung	35		
		36	schnell			langsam	36		
		37	zentrifugale Bewegung			zentripetale Bewegung	37		
		38	zur Körperachse hin, einwärts			von der Körperachse weg, auswärts	38		
		39	symmetrisch			7.1	Bewegungsrichtung	asymmetrisch	39
		40	bi-direktional, hin und her, vor- und zurück					in eine Richtung strebend	40
		7	Richtungen Ebenen			41	indirekt, ungerichtet	7.2	Richtungsbewegungen
42	seitwärts			quer	42				
43	aufwärts			abwärts	43				
44	vorwärts			rückwärts	44				
45	ausbreitend			einschließend, umschließend	45				
46	aufsteigend			sinkend/absteigend	46				
47	fortschreitend			zurückweichend, zurückziehend	47				
48	wachsend/weitend			7.4	Formfluss	schrumpfend/engend	48		
8	Formen	49	verbreitern/ausdehnen	8.1	Bipolarer Formfluss	verschmälern/verengen	49		
		50	verlängern			verkürzen	50		
		51	auswölben			aushöhlen	51		
		52	seitliches verbreitern			mittiges verschmälern	52		
		53	verlängern nach oben			verkürzen nach oben	53		
		54	verlängern nach unten			verkürzen nach unten	54		
		55	auswölben nach vorne			aushöhlen nach vorne	55		
		56	auswölben nach hinten			aushöhlen nach hinten	56		
		57	Schleifen, schlingende/windende Bewegungen			8.3	Formflusseigenschaften	Linien, lineare Bewegungen	57
		58	niedrige Schwingungsamplitude					hohe Schwingungsamplitude	58
59	runde Umkehrung/Wendung	eckige Umkehrung/Wendung	59						
9	Modulation	60	Wiederholung	9.1	Modulation	Fixierung	60		
		61	Variation			Transformation	61		
		62	wenig Differenziertheit			9.2	Differenziertheit	hohe Differenziertheit	62
		63	diffuse, zerstreute Aufmerksamkeit					konzentrierte, fokussierte Aufmerksamkeit	63
		64	auf die eigene Tätigkeit gerichtet			9.3	Fokus der Aufmerksamkeit	auf die gemeinsame Tätigkeit gerichtet	64
65	kein Körperkontakt	Körperkontakt	65						
10	Körperkontakt Berührung körperliche Nähe und Distanz	66	passives Zulassen	10.1	Körperkontakt Berührungsfunktion	Ablehnung	66		
		67	explorative Selbstberührung			autoaggressive, autodestruktive Selbstberührung	67		
		68	Berührung des Anderen			Vermeidung der Berührung	68		
		69	kommunikative, interaktive Berührung			aggressive, possessive Berührung	69		
		70	körperlich unterstützende Berührung			emotional unterstützende Berührung	70		
		71	intime Distanz			10.2	Körperliche Nähe und Distanz	soziale Distanz	71
		72	persönliche Distanz					öffentliche Distanz	72

3.9.1 Körperposition, Körperhaltung und Körper in Bewegung

Jede Körperhaltung, jede Körperposition und jede Körperbewegung sind physische Erscheinungen und gleichzeitig Echos einer Geschichte von Emotionen, Beziehungen und Erinnerungen. Sie sind nach außen gewandte und somit sichtbare Teile der inneren Erfahrungen (*Todd 2003, 42f.; Bender 2014*). Die Körperhaltungen und ihre Varianten sind Indikatoren für den Ausdruck von innerem Erleben und Gefühlszuständen, entweder durch direkte physiologische Auswirkungen der Gefühle oder aus Gründen einer symbolischen Ausdrucksweise.

Argyle spezifiziert bei Menschen folgende Hauptkörperhaltungen:

- **liegen (P0-1),**
- **hocken (P1-1),**
- **sitzen (P0-2),**
- **knien (P1-2),**
- **stehen (P0-3)** (*Buytendijk 1956; Argyle 2005, 258*).

Davon gibt es weitere Variationen, die mit der jeweils ausgeübten Tätigkeit in Zusammenhang, entsprechend den verschiedenen Haltungen der Arme und Beine und den verschiedenen Beugungsmöglichkeiten des menschlichen Körpers sowie der Atmung, gebracht werden können (*Argyle 2005, 255ff.; Höhmann-Kost 2018, 95ff.; Kestenberg Amighi et al. 2018*).

Jede Körperhaltung und jede Bewegung sind physische Erscheinungen und gleichzeitig Echos einer Geschichte von Emotionen, Beziehungen und Erinnerungen, sie sind nach außen gewandte und somit sichtbare Teile der inneren Erfahrungen (*Todd 2003, 42f.; Bender 2014*).

Die Körperhaltungen und ihre Varianten sind Indikatoren für den Ausdruck von innerem Erleben und Gefühlszuständen, entweder durch direkte physiologische Auswirkungen der Gefühle oder aus Gründen einer symbolischen Ausdrucksweise (*Argyle 2005, 258; Trautmann-Voigt, Voigt 2009, 3; Bender 2014*).

Das körperliche Sein, wie der Patient beispielsweise sitzt, ob starr, gerade und angespannt, ob schlaff zusammengesackt, oder aber aufrecht und zugleich gelöst und entspannt, kann davon abhängig sein. Auch die Fähigkeit zu horchen, aufzunehmen und wahrzunehmen, was während der Musiktherapie geschieht - wird davon mitbestimmt. So kann z. B. seine Kontaktbereitschaft an der Art und Weise des Sitzens erkannt werden. Wenn sich der Patient während des Musizierens

oder/und Zuhörens nach vorne beugt, entsteht ein anderer Kontakt, als wenn er den Kopf abwendet oder gar einzieht (Jacobs 1985, 14; Polster et al. 2003, S. 153f.).

Im Integrativen Verfahren, das kreative Methoden und Techniken in den therapeutischen Prozess integriert, können noch folgende körperliche Ausdrucksformen beobachtet werden:

- **laufen (P1-3),**
- **gehen (P0-4),**
- **tanzen (P1-4)** (Petzold, Orth 1990; Peter-Bolaender 1992; Willke 1991, 2007; Petzold, Sieper 1996; Bender 2014; Höhmann-Kost 2018, 103ff.).

3.9.2 Raum und Kinäsphäre

Die Raum-Beobachtungsmerkmale fokussieren die Beobachtung des Umgangs mit dem Raum (2.1) und die Kinesphäre (2.2) und des Territorialverhaltens (2.3).

Umgang mit dem Raum (2.1)

Der Raum kann eingenommen werden

- **Raum nehmend (P0-5)** oder er kann gemieden werden
- **Raum vermeidend (P1-5)** (Waibel, Jakob-Krieger 2009, 49).

Kinesphäre (2.2)

Rudolf von Laban definiert die Kinesphäre wie folgt:

“The sphere around the body whose periphery can be reached by easily extended limbs without stepping away from that place which is the point of support when standing on one foot.” (Laban 1966, 10)

Als Kinesphäre wird der persönliche dreidimensionale Bewegungsraum des Menschen bezeichnet – der Umraum (Rollwagen 2010, 91), der mit normal ausgestreckten Armen und Beinen ohne Veränderung des Standorts erreicht werden kann. Sie beschreibt den persönlichen Raum, den der Mensch mitnimmt, wo immer er sich bewegt (Laban, Vial 1981, 44).

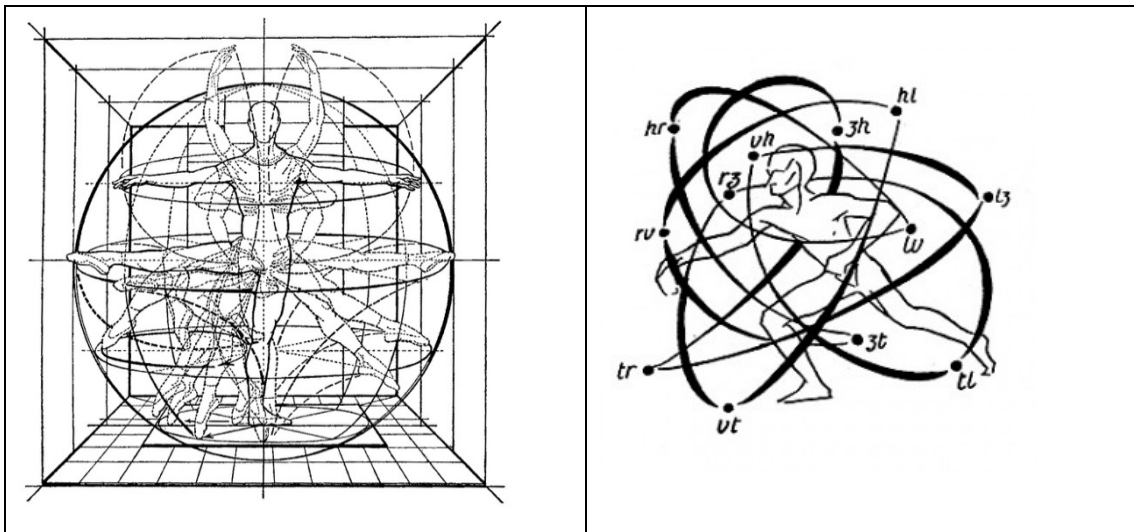


Abb. 30: Kinesphäre (Thriot 2013, 2)

Die Kinesphäre bleibt in Bezug auf den Körper konstant, auch wenn er sich vom ursprünglichen Standort wegbewegt; sie begleitet den Körper im allgemeinen Raum. Bewegungen und Gesten können weit vom Körper weg oder nahe zu ihm hinführen, sie können sich auch zwischen weit und nah bewegen. Manchmal sind sie zurückgehalten und eng, dann wieder weit und ausladend und den ganzen Rumpf einbeziehend, so dass die Kinesphäre dabei entweder zusammenschrumpft oder sich ausdehnt und der persönliche Raum entweder gemieden oder eingenommen wird (Laban, Vial 1981, 44f.).

Petra Kugel schreibt zur Kinesphäre folgendes:

Das Gefühl für den eigenen Bewegungsraum ist unbewußt und erfüllt sich mit dem räumlichen Ausmaß der persönlichen Bewegung. Die Kinesphäre kann bewußt verändert werden; sie kann verkleinert, erweitert oder in andere Form gebracht werden, zum Beispiel indem man Richtungen übt, die sonst gemieden werden, oder indem auf das körperliche Ausmaß von Möglichkeiten in der Bewegung oder im Ruhezustand eingegangen wird. Hier spielen auch die sogenannte Aura, die spürbare Ausstrahlung des Körpers, und der Blick mit hinein. (Kugel 2000, 12)

Außerhalb dieses unmittelbaren Raums liegt der größere oder allgemeine Raum, in den man nur eintreten kann, wenn man sich vom ursprünglichen Standort fortbewegt. Man verlagert dabei den persönlichen Raum an einen neuen Standort, an eine andere Stelle im allgemeinen Raum. Das bedeutet, man verlässt in Wirklichkeit nie seine eigene Kinesphäre, sondern trägt sie wie eine Hülle um sich herum (Laban

2001, S. 100). Unterschiedliche Menschen leben in unterschiedlichen persönlichen Kinesphären, obwohl sie denselben Raum teilen (*Shahar-Levy* 2001a; 2004).

Eine charakteristische Qualität des persönlichen Raumes ist die Ausdehnung (naher und ferner Raum) (*Buytendijk* 1956, 49). Wo immer auch der Körper sich bewegt oder steht, ist er vom Raum umgeben: Jede Bewegung vollzieht sich mit einer Verlagerung des Körpers oder seiner Teile von einer Position im Raum zu einer anderen. Die zweite Möglichkeit bezieht sich auf solche Bewegungen, bei denen das Zentrum des ganzen Körpers oder der sich bewegenden Körperteile verlagert wird und somit eine Fortschreitung im Raum vollzieht. Die Körpermitte sucht eine neue Position im Raum. In allen Fortbewegungsarten wie Schreiten, Springen, Hüpfen, Rollen usw. wird der Körperschwerpunkt an einen neuen Platz bewegt (*Laban* 2001, 136).

Die Aktivität des motorischen Systems beeinflusst die Körperhaltung und die persönliche Kinesphäre (*Shahar-Levy* 2001a).

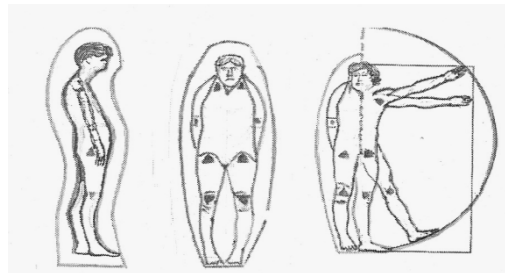


Abb. 31: Nahe/Enge Kinesphäre (*Shahar-Levy*, o. A.)

Als Kinesphäre wird der persönliche dreidimensionale Bewegungsraum des Menschen bezeichnet - der Umraum (*Rollwagen* 2010, 91), der mit normal ausgestreckten Armen und Beinen ohne Veränderung des Standorts erreicht werden kann. Die Kinesphäre beschreibt den persönlichen Raum, den der Mensch mitnimmt, wo immer er sich hinbewegt (*Laban, Vial* 1981, 44).

Die Kinesphäre kann folgendermaßen unterteilt werden:

- **nahe Kinesphäre (P0-6)** beschreibt den Bewegungsraum, der nah am Körper stattfindet und unmittelbar an die eigene Haut grenzt. In der engen Kinesphäre finden alle Tätigkeiten statt, die direkt am Körper passieren. Sie kennzeichnet den selbstbezogenen Kontaktbereich. Die körperliche Verhaltensauffälligkeit von

psychiatrischen Patienten besteht häufig in der engen Kinesphäre (*Trautmann-Voigt, Voigt 2009, 139; Bender 2014, 120f.*).

- **weite Kinesphäre (P1-6)** beschreibt den Bewegungsraum, der erreicht wird, wenn die Beine und Arme sich in voller Ausstreckung bewegen. Die weite Kinesphäre reicht von der mittleren Kinesphäre bis hin zur größtmöglichen Ausstreckung der Gliedmaßen und kennzeichnet die Ebene des leichten, spielerischen und tänzerischen Kontaktes (*Trautmann-Voigt, Voigt 2009, 139; Bender 2014, 120f.*).

- **mittlere Kinesphäre (P0-7)** beschreibt den Bewegungsraum, den jemand einnimmt, wenn er in einem Radius tätig wird, der ungefähr dem Abstand seines Unterarmes entspricht (ca. 40 cm). Die mittlere Kinesphäre reicht von der engen Kinesphäre bis an die Raumpunkte, die noch mit den Ellenbogengelenken erreicht werden können. Sie ist die Alltagskinesphäre, in der die Menschen gestikulieren, schreiben, etc., sie gilt als die Ebene der Auseinandersetzung (*Trautmann-Voigt, Voigt 2009, 139; Bender 2014, 120f.*).

- **Expansion (P1-7)** meint den Wechsel aus dem persönlichen Raum in den öffentlichen Raum – die Erweiterung der Kinesphäre durch die „Eroberung“ des Raumes (*Skrzypek 2019, 47; Shahar-Levy o. J.*).

Die menschliche Entwicklung vollzieht sich in der Lebensspanne von der horizontalen Körperebene bis hin zur vertikalen Körperebene. Die Kinesphäre expandiert nach Außen in der Relation zur Schwerkraft (*Abb. 31: Expansion der Kinesphäre*). Nach dem Erreichen der Lebensmitte verkleinert sich allmählich die Kinesphäre und der Mensch kehrt, unter Einsatz des Körpergewichtes und der Schwerkraft, aus der vertikalen Körperebene in die horizontale Körperebene und somit Stück für Stück aus dem Leben zurück.

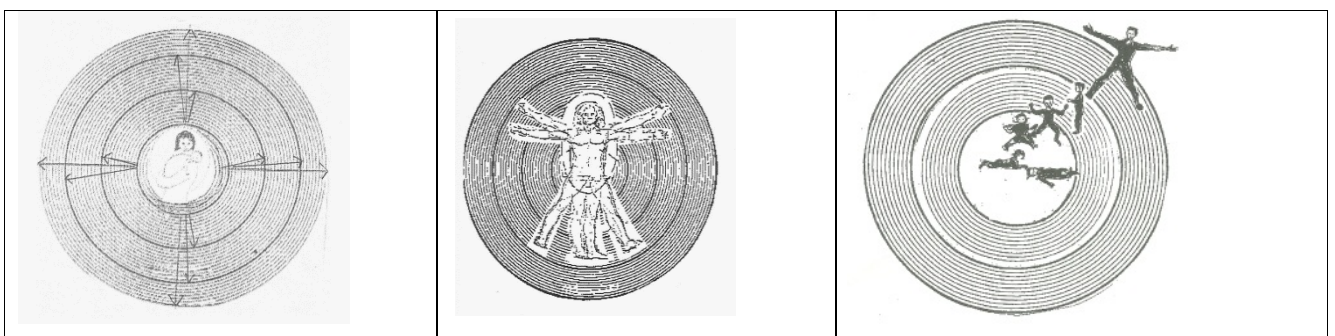


Abb. 32: Expansion der Kinesphäre (nach *Shahar-Levy o. A.*)

Territorialverhalten (2.3)

Das Territorialverhalten bezeichnet den Umgang der Person mit dem Raum und mit anderen Menschen. Der Mensch kann die

- **Grenzen respektierend (P0-17)** oder diese
- **Grenzen überschreitend (P1-17)** (*Waibel, Jakob-Krieger 2009, 49*).

3.9.3 Körperstruktur

In der Beobachtungskategorie, die die Körperstruktur betrifft, werden die Körperformen (3.1), der Einsatz der Körperteile/Körperseiten (3.2) bei der Ausführung von Bewegung und Bewegungsform in den Gelenken (3.3) beschrieben.

Körperformen (3.1)

Der Körper hat eine dreidimensionale Form mit vielen Gelenkverbindungen, somit bildet die räumliche Form des Körpers keine Umrisslinie eines flächigen Musters (wie z. B. auf einem Foto), sondern hat den plastischen und räumlichen Charakter einer Skulptur (*Laban 2001, 142*). Als Körperform wird die vom Körper und seinen Gliedern geschaffene räumliche Gestalt des Körpers in der persönlichen Kinesphäre bezeichnet (*Laban 2001, 152; Trautmann-Voigt, Voigt 2009, 291*).

Auf Grund seiner Plastizität kann der Körper folgende (tendenzielle) Formen annehmen:

- **runde, kurvige Körperform (P0-9)** (wie eine Kugel oder ein Ball) (*Trautmann-Voigt, Voigt 2009, 291; Shahar-Levy 2009, 276*),
- **gerade lineare Körperform (P1-9)** (längliche Form wie ein Pfeil oder eine Nadel) (*Trautmann-Voigt, Voigt 2009, 291; Shahar-Levy 2009, 277*),
- **flächige Körperform (P0-10)** (flache Form wie eine Wand) (*Trautmann-Voigt, Voigt 2009, 291*),
- **verwungene Körperform (P1-10)** (Form wie eine Schraube) (*Trautmann-Voigt, Voigt 2009, 291*).

Meistens erscheint der Körper als eine Mischform der oben genannten Körperformen (*Trautmann-Voigt, Voigt 2009, 291*).

Einsatz der Körperteile/Körperseiten (3.2)

Unter dem Begriff Körperstruktur ist der physische Körper - Knochen, Muskeln und Gelenke - also Körperteile aus denen der Körper besteht – gemeint (*Olsen, MachHose* 1999, 15).

Die Aktivität im Rumpf und/oder Extremitäten bezieht sich auf den Einsatz der Körperteile bei der Ausführung der Bewegung. Die Bewegung kann tendenziell mehr im

- **Rumpf (P0-11)** oder/und in den
- **Extremitäten (P1-11)** stattfinden.

Körperspaltung/Körpertrennung

Bei der Beobachtung der Körperspaltung wird es für den Therapeuten ersichtlich, wie der Patient seinen Körper, insbesondere die Körperseiten oder Körpersegmente, nutzt und ob der Körper kohärent ist oder nicht.

Der Körper kann in links/rechts, vorne/hinten, oben/unten und Rumpf/Extremitäten unterteilt werden. Durch diese Unterteilung kann man beobachten, welche Körperseiten im körperlichen Verhalten, beim Musizieren oder Singen zum Einsatz kommen, wie sie benutzt werden und ob zwischen den Körperseiten eine Körperspaltung oder eine Körpertrennung vorhanden ist (*Shahar-Levy* 2004, 5; *Bender* 2014, 228f.).

Die vertikale Körperspaltung in die linke und rechte Seite

Die erste Unterteilung meint die Teilung des Körpers in die rechte und linke Seite. Beide Körperseiten erscheinen ähnlich, sind aber nicht symmetrisch, und sie beherbergen unterschiedliche Aspekte des Charakters und der Persönlichkeit. In dieser Unterteilung kann erkannt werden, in welchem Verhältnis sich die Körperteile der rechten und linken Seite zueinander bewegen (*Dychtwald* 1982, 44 ff.; *Bender* 2014, 228f.).

Falls die beiden Körperseiten einen auffallend anderen Eindruck vermitteln – obwohl keine organischen Erkrankungen vorliegen - wäre es sinnvoll, die Ausgewogenheit der Gehirnhälften zu erforschen. Die Gehirnhälften finden sich im

Körper spiegelverkehrt. Die beiden Gehirnhälften, Hemisphären genannt, sind für unterschiedliche Bewegungen verantwortlich (Bender 2014, 231). Bender schreibt dazu folgendes:

„Die rechte Hemisphäre ist für spontane, vertraute, emotional motivierte Bewegungen und räumliche Konzeptualisierung der Bewegung zuständig (...). Die linke Hemisphäre ist für gelernte Bewegungen, z. B. beim Imitieren oder Spiegeln, willentliche Konzeptualisierung und Ausführung von Bewegungen, z. B. beim Problemlösen oder auf Aufforderung und symbolische Bewegungen, z. B. bei der Pantomime zuständig.“ (Bender 2014, 231)

Die beiden Gehirnhälften kooperieren über den Hirnbalken – Corpus Callosum – und vergleichen und verarbeiten Informationen (Bender 2014, 231).

Vertikale Körperspaltung in vordere und hintere Körperseite

Eine andere Unterscheidung ist die der Vorder- und Rückseite des Körpers. Für Dychtwald scheinen *„diese beiden Seiten (...) von verschiedenen Emotionen und psychologischen Haltungen belebt zu sein“ (Dychtwald 1982, 54)*. Die Vorderseite spiegelt das soziale und bewusste Selbst wider, sie ist die bewusstere Hälfte des Körpers. Sie ist für das soziale Selbst zuständig, weil der Mensch sich mit ihr präsentiert, über sie in Kontakt tritt und kommuniziert (Bender 2014, 227ff.).

Die Vorderseite ist auch die, die der Mensch gewöhnlich als Ich betrachtet, die er am meisten sieht und zu der er die größte Beziehung hat. Diese Seite scheint vorrangig für die Aspekte des Selbst verantwortlich zu sein, sie ist ein aktiver Teil des täglichen Lebens. Traurigkeit, Glücklich sein, Sehnen, Besorgnis, Liebe, Wünsche sind emotionale Bereiche, die die Bewegung und Entwicklung der Vorderseite des Körpers aktivieren (Dychtwald 1982, 55).

Die Rückseite des Körpers spiegelt die privaten und unbewussten Elemente des Selbst wider. Diese Seite wird oft zum Lager all der Aspekte des Selbst, von denen der Mensch nichts wissen will oder andere Menschen nichts wissen sollen. Aus diesem Grund werden diese Empfindungen nach hinten verschoben. Eine Menge von unerwünschten Emotionen wird in der Rückseite des Körpers gelagert: entlang der Wirbelsäule und in den Rückseiten der Beine (Dychtwald 1982, 55f.; Bender 2014, 227ff.).

Horizontale Körperspaltung in obere und untere Körperhälfte

Eine andere wichtige Unterteilung im Körper ist die in die obere und untere Körperhälfte. Bei vielen Menschen erscheint diese Trennung grundlegender und offensichtlicher als die rechts/links Trennung (*Bender 2014, 230*).

Da im oberen Körperteil die meisten Sinnesorgane angesiedelt sind, repräsentiert er die damit verbundenen Funktionen: Hören, Sehen, Sprechen, Denken, Handeln, Ausdrücken, Streicheln, Schlagen, Halten, Kommunizieren und Atmen. Aus psychosozialer Sicht ist die untere Hälfte auf Privatleben, Unterstützung, Selbstprüfung, Häuslichkeit, emotionale Stabilität, Konfrontation und Durchsetzungsvermögen, Abhängigkeit und Bewegung-Ruhezustand ausgerichtet. Eine der einfachsten Methoden, festzustellen, wie ein Mensch diesen Aspekten des Lebens gegenübersteht, ist die Beobachtung, wie sein Gewicht über seinen gesamten Körper verteilt ist (*Dychtwald 1982, 48f.; Bender 2014, 230*).

Körperspaltung in Rumpf und Extremitäten

Die nächste Trennung im Körper ist die Rumpf- und Gliedmaßen-Trennung. Allgemein ausgedrückt kann festgestellt werden, dass der Rumpf zum "Sein" in Beziehung steht, während die Gliedmaßen einen Bezug zum Handeln haben. Obwohl der Rumpf selbstverständlich ein Teil des gesamten Körpers ist, kann er als ein körperlicher Rückzugsort betrachtet werden. Wenn sich der Mensch dorthin zurückzieht, kann es so wirken, als sei die Lebendigkeit aus der Peripherie in die Mitte verlagert, um sich innerhalb des "Kerns" (*Bender 2014, 229*) zu schützen. Dem gegenüber sind die Gliedmaßen die Teile von uns, die wir von unserem Zentrum aus in die Welt hinausstrecken, uns über den begrenzenden Rumpf hinaus ausbreiten und ausdehnen. Wenn wir in der Welt Stellung beziehen, Kontakt mit anderen Menschen aufnehmen, lenken wir unsere Gefühle und unsere Energie durch die psychophysischen Funktionen unserer Arme und Beine nach außen in die Peripherie unseres Körpers (*Dychtwald 1982, 58; Bender 2014, 229f.*).

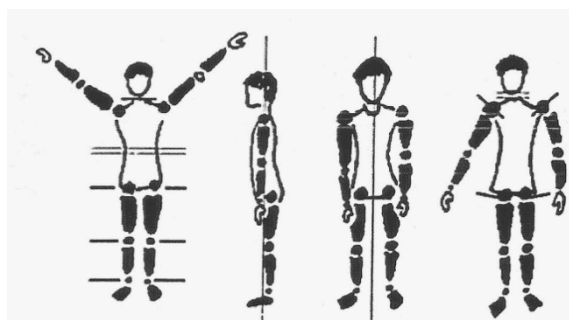


Abb. 33: Körperspaltung (Shahar-Levy 2004, 5)

Der Körper kann in links/rechts, vorne/hinten, oben/unten und Rumpf/Extremitäten unterteilt werden (Buytendijk 1956, 47). Bei der Beobachtung der Bewegung im Körper - Körperteile/Körperseiten - wird ersichtlich, wie der Mensch seinen Körper, insbesondere die Körperseiten oder Körpersegmente, nutzt und ob der Körper kohärent oder gespalten ist oder nicht (Shahar-Levy 2004, 5; Bender 2014, 228f.). In links/rechts Unterteilung kann erkannt werden, in welchem Verhältnis sich die Körperteile der rechten und linken Seite zueinander bewegen und auch der Raum der Bewegung erkennen (Buytendijk 1956, 47):

- **linke Körperseite (P0-12),**
- **rechte Körperseite (P1-12)** (Buytendijk 1956, 47; Dychtwald 1982, 44ff.; Bender 2014, 228f.).

Eine weitere Unterteilung ist die vorne/hinten Trennung oder Spaltung zwischen der Vorder- und der Rückseite des Körpers:

- **vordere Körperseite (P0-13),**
- **hintere Körperseite (P1-13)** (Buytendijk 1956, 47; Bender 2014, 227ff.).

Eine andere wichtige Unterteilung im Körper ist die:

- **obere Körperhälfte (P0-14)** und die
- **untere Körperhälfte (P1-14)** (Buytendijk 1956, 47; Bender 2014, 230).

Bewegungsform in den Gelenken (3.3)

Die Aktivität in Gelenken beschreibt das Wechselspiel zwischen Beugung und Streckung, die jeweils eine Bedeutung haben. In gebeugter Haltung und in Beugebewegungen sind vorsprachliche Erinnerungen der Passivität, der Abhängigkeit, des Sich-Anlehns, der Trauer, der Verletzlichkeit und der Sehnsucht nach körperlicher Verbundenheit kodiert. Dagegen drückt sich das Gefühl der Stärke in Bewegungen der Streckung und in aufrechter Körperhaltung aus, in Bewegungen also, die emotional mit dem Prozess der Individuation und der Loslösung aus der elterlichen Umhüllung einhergehen (Shahar-Levy 2009, 279).

Die Aktivität in Gelenken beschreibt das Wechselspiel zwischen

- **Beugung (P0-15)** und
- **Streckung (P1-15),**

- **Rotation (P0-16)** (*Shahar-Levy* 2009, 279) und/oder
- **Verdrehung (P1-16)** (*Bartienieff, Lewis* 2013).

3.9.4 Spannung, Energie, Intensität und Kraft

In dieser Beobachtungskategorie werden Merkmale definiert, die den Muskeltonus (5.1), den Bewegungs-/Spannungsfluss (5.2), den Einsatz der Kraft (5.3) und die Energiemobilisierung (5.4) beschreiben (*Shahar-Levy* 2009, 272ff.: *Kestenberg Amighi et al.* 2018, 74ff.).

Muskeltonus (4.1)

Jede Bewegung braucht eine bestimmte Art der Muskelspannung. Die Aktivität der Muskeln bezieht sich auf den Zustand der Muskulatur. Die Muskeln können

- **entspannt (Entspannung) (P0-17)** oder
- **kontrahiert (Kontraktion) (P1-17)** sein (*Shahar-Levy* 2009, 272ff.) oder sich im Zustand einer
- **Wohlspannung (Etonus) (P0-18)** befinden (*Alexander* 1981) oder
- **blockiert und gehemmt sein (P1-18)** (*Shahar-Levy* 2009, 272ff.).

Bewegungsfluss/Spannungsfluss (4.2)

Bewegungs- oder Spannungsfluss ist der Wechsel von Muskelspannung im Körper. Der grundlegende Rhythmus ist ein Wechsel von gebundener, kontrollierter und freier, unkontrollierter Spannung in Bewegung (*Bender* 2014, 9).

Es werden folgende Flussformen beschrieben:

- **freier, lebendiger Fluss (P0-19)** entsteht, wenn die Energie der Bewegung frei durch

den Körper und sogar aus dem Körper herausfließt. Die Bewegung kann nicht unbedingt gestoppt werden. Der Agonist funktioniert alleine ohne große Kontrolle des antagonistischen Muskels (*Bender* 2014, 10). Die Bewegung beginnt meist in der Körpermitte und fließt dann durch Gelenkverbindungen in die Peripherie des Körpers (Schwung oder Ausschütteln) (*Bender* 2014, 10). Er ist oft mit der Freisetzung von Gefühlen verbunden: Freiheit von Angst oder Vorsicht und Platz für

Sicherheitsgefühle, Leichtigkeit und Vergnügen (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 75f.*).

- **gebundener Fluss (P1-19)**, eine gebundene Bewegung ist geführt, planvoll, kontrolliert und kann daher jederzeit gestoppt werden. Die Energie wird gebunden, sie wird im Körper festgehalten, was zu einer Beherrschung oder Hemmung der Bewegung führt (*Bender 2014, 9*). Der gebundene Fluss beginnt meist an den Körperenden, wird einwärts gerichtet und scheint zur Körpermitte zurückzuströmen (Fangen und Festhalten). Er entspringt einer inneren Bereitschaft, die Bewegung zu jedem beliebigen Zeitpunkt anzuhalten. Er ist notwendig um eine Bewegung zu verlangsamen (*Bender 2014, 9*). Unter Verwendung des gebundenen Flusses ziehen sich sowohl Antagonisten- als auch Agonistenmuskeln zusammen. Die Bewegung wirkt angespannt und eingeschränkt. Gebundener Fluss wird auch bei Versuchen verwendet, den Ausdruck von Emotionen einzuschränken, aber seine Anwesenheit kann als Ausdruck von Angst, Stress, Wut oder Angst interpretiert werden. Er wird oft mit einem Gefühl von Unbehagen, Missfallen oder Aggression in Verbindung gebracht (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 75*).

Der Spannungsfluss ist eine Reaktion auf psychologische und biologische Bedürfnisse. Diese Bedürfnisse verändern und formen den Spannungsfluss. Die Spannungsflussattribute helfen dabei, die Qualitäten von Emotionen in Bezug auf die Bewegung zu definieren:

- **angepasster, regulierter, adaptierender Fluss (P0-20)** entsteht durch kleinen, subtilen Wechsel der Muskelspannung. In kleinen Bewegungen des Rumpfes oder der Gliedmaßen verändert sich der Spannungswechsel ständig. Es findet eine Anpassung und Adaptierung an die Umgebung statt (*Bender 2014, 18*). Die Anpassung des Spannungsflusses kann dazu dienen, die Aufmerksamkeit von einem Objekt oder einer Person auf ein anderes zu lenken und den Blick zu verlagern. Sie hilft einer Person auch dabei, sich von einer Art von Gefühl zu einem anderen Gefühl zu wechseln oder von einer Gefühlsintensität zu einer anderen, z. B. von Frustration zu Wut (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 79*).

- **gleichmäßiger, gleichbleibender Fluss (P1-20)** besteht aus gleichmäßig gehaltenen Spannungsniveaus. Wenn die Muskeln beständig auf dem gleichen Spannungsniveau gehalten werden, sich also weder weiter entspannen, noch weiter anspannen, entsteht ein gleichbleibender Spannungsfluss. Gleichmäßigkeit stellt die

emotionale Grundlage dar, die erforderlich ist, um trotz Ablenkungen oder Unterbrechungen festzuhalten, konzentriert zu bleiben und auf dem richtigen Weg zu bleiben (Bender 2014, 17; Kestenberg Amighi et al. 2018, 17). Gleichmäßiger Fluss wird als Kampfattribut angesehen, da er die Grundlage für eine unnachgiebige Reaktion bildet. Der Einsatz von gleichbleibendem Fluss stabilisiert ein Gefühl oder hält eine Stimmung auf dem gleichen Level (Bender 2014, 17).

Der Intensitätsgrad bezieht sich auf die Intensität in der Qualität der binären Potenziale: Mit dem Grad der Intensität kann jedes der P0- und P1-Potenziale beschrieben werden, z. B. wie hoch oder wie niedrig die Muskelspannung oder die Energiemobilisierung ist bzw. wie intensiv die Fixierung oder die Aufmerksamkeit. Wenn die gebundene Spannung oder das freie Loslassen im Körper nur sehr wenig vorhanden sind, sehen wir eine

- **niedrige Intensität (P0-21)**. Sie entsteht aus einer geringen Intensität des Spannungsflusses. Sie zeigt sich in mildem, ruhigem, zurückhaltendem und schüchternem Verhalten (Bender 2014, 20; Kestenberg Amighi et al. 2018, 82). Die Gefühle scheinen gedämpft zu sein. Die Bewegung weist wenig Energie auf (Bender 2014, 20).

Wird im Körper durch intensive Gefühle ein sehr freier oder sehr gebundener Fluss erzeugt, entsteht eine

- **hohe Intensität (P1-21)** des Spannungsflusses (frei oder gebunden). Hochintensive Gefühle wie Bewegungen mit hoher Intensität und freiem Fluss können überschwänglich und unkontrolliert verlaufen. Hohe Intensität ist selbst bei extremem Glück ein Kampfattribut, weil sie ein Gefühl auf die Spitze treibt (Kestenberg Amighi et al. 2018, 81).

- **zunehmend (P0-22)** tritt auf, wenn die Intensität allmählich mehr wird
- **abnehmend (P1-22)** tritt auf, wenn die Intensität allmählich weniger wird und im Abklingen begriffen ist (Kestenberg Amighi et al. 2018).

Wenn die Bewegung schnell wechselnde Spannungslevel enthält – von frei zu gebunden, von hoher und niedriger Intensität - sehen wir einen abrupten Spannungsfluss (Bender 2014, 21):

- **abrupt (P0-23)** kann Übergänge und Wechsel charakterisieren. Es vermittelt die

Qualität eines schnellen Wandels der Emotionen sowie des Wechsels von einer Aktivität zur anderen. In der Bewegung zeigt sich abrupt oft als verblüffend, überraschend, dynamisch, undiplomatisch und es zeichnet sich ein schneller Gefühlswechsel ab (*Bender 2014, 21; Kestenberg Amighi et al. 2018, 83*).

Das Gegenteil von einem abrupten Wechsel ist in einer graduellen, stufenweise verlaufenden Veränderung des Spannungsflussniveaus sichtbar:

- **graduell (P1-23)** Gradualität ist charakteristisch für Menschen, die sich mit gemessenen Übergängen in neue Gefühle, Gedanken und Aktivitäten hineinbewegen. Sie können langsam den Ärger aufbauen und langsam darüber hinwegkommen. Wenn gebundener Fluss im Körper aufgebaut werden muss, so geht die Person schrittweise dazu über, immer gebundener zu werden. Dies geschieht nicht schnell sondern allmählich. Bewegt sich die Person gebunden, so wechselt sie nur langsam zum einen freien Fluss. Emotional zeigt sich Gradualität in einem langsamen Auf- und Abbau von Gefühlen (*Bender 2014, 22; Kestenberg et al. 2018, 83*).

Wenn eine Person versucht aufmerksam zu sein, oder vorgeben möchte aufmerksam zu sein, aber eigentlich keine Interesse am Außen (Raumaufmerksamkeit) hat, sehen wir folgendes Phänomen:

- **kanalisierend (P0-24)**. Beim Kanalisieren kann sich die Person auf ein Ziel zu bewegen, ohne wirklich einen Fokus zu haben, oder auf einen Punkt starren, ohne diesen wirklich anzusehen, bzw. „durch eine Person hindurch“ schauen (*Bender 2014, 32; Kestenberg 2018, 94*).

- **flexibel (P1-24)** entsteht aus der Anpassung des Spannungsflusses der darin besteht, freie Formen im Raum zu schaffen. Einzelpersonen können Flexibilität in ihren Händen, Handgelenken, Knöcheln, Schultern, Oberkörpern, Teilen des Gesichts und des Beckens verwenden. Flexibilität entsteht in den Gelenken, indem der Spannungsfluss angepasst wird (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 95*) und ermöglicht der Person, sich von einer Ebene in die nächste zu bewegen (*Bender 2014, 33f.*).

Einsatz der Kraft (4.3)

Der Einsatz von Kraft ist notwendig um Einfluss auf die Umwelt zu haben (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 119*). Wer in der Welt etwas bewirken möchte, muss

sich seiner eigenen Intention bewusst sein, um zu entscheiden, wie er ein Vorhaben angehen möchte. Wenn diese Intention noch nicht ausgereift ist oder in einer unbekanntem Situation unklar ist, sehen wir folgende Phänomene:

- **sanft, behutsam (P0-25)** und
- **vorsichtig (P0-26)**. Sie entstehen aus einem Spannungsfluss geringer Intensität und sind die Vorläufer der Kraft, die eine Reaktion auf die Schwerkraft darstellt. Die Bewegungsqualität von Sanftmut kann weichen, sanften und sogar mitfühlenden Verhaltensweisen dienen. Sanftmut ist eine geeignete Bewegungsqualität, um jemanden zu streicheln und zu beruhigen (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 101*). Wenn jemand versucht etwas behutsam zu behandeln, sehen wir die Vorsicht (*Bender 2014, 36*).
- **vehement, angestrengt (P1-25)** und
- **wichtig (P1-26)**, basieren auf der Kombination von hoher Intensität mit freiem Fluss. Die Person versucht mit hoher Intensität an freien oder gebundenen Fluss ihrer Intention Ausdruck zu verleihen (*Bender 2014, 35*). Mit Vehemenz hat ein Individuum eine innere Orientierung von hoher Intensität, die leidenschaftliche Gefühle hervorruft. Das Gefühl drückt sich aus, aber nicht die Entschlossenheit zu handeln (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 97*). Wenn man hohe Intensität mit gebundenem Fluss kombiniert, um eine Aufgabe zu erfüllen, wird es anstrengend. Es kann defensiv eingesetzt werden, um Ängste vor Schwäche oder Unzulänglichkeitsgefühle zu überwinden (*Bender 2014, 35; Kestenberg Amighi et al. 2018, 99*).

Wenn sich jemand bewegt, wird nicht nur der Wechsel des Platzes oder die Veränderung der Körperform wahrgenommen, sondern es wird auch seine innere Einstellung zur Bewegung sichtbar sowie wie die Energie - die für Ausführung der Bewegung notwendig ist - mobilisiert wird (*Shahar-Levy 2009, 270f.; Bender 2014, 43*).

Die Bewegung kann die Qualität

- **Schwere (P0-27)** oder
- **Leichtigkeit (P1-27)** haben.

Die Schwere kann der Ausdruck für Ernsthaftigkeit, Trauer oder Belastung sein. Die Leichtigkeit erzeugt federnde Bewegungen und eine lebhaftige Haltung gegenüber

dem Gewicht. Leichtigkeit wird in Humor, Takt und Ausdruck von Glück verwendet (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 119*).

Die Relation des Körpers zur Schwerkraft beschreibt das Verhältnis des Körpers zur Schwerkraft-Achse: Beobachtet werden Umgang, Verhältnis und Auseinandersetzung des Körpers mit der Schwerkraft. Die Bewegung kann mit oder gegen die Schwerkraft erfolgen.

Die Bewegungen können

- **mit der Schwerkraft (P0-28)** kooperieren oder
- **gegen die Schwerkraft (P1-28)** erfolgen (*Shahar-Levy 2009, S. 272ff.;* *Kestenberg Amighi et al. 2018, S. 119*).

Der Krafteinsatz beschreibt das Wechselspiel zwischen dem Einsatz des eigenen Körpergewichtes oder dem Einsatz der Kraft bei der Ausführung einer Bewegung.

Die **Energiemobilisierung** beschreibt das Wechselspiel zwischen dem

- **Einsatz des eigenen Körpergewichtes (P0-29)** oder dem
- **Einsatz der Kraft (P1-29)** bei der Ausführung der Bewegung (*Shahar-Levy 2009, 272ff.*).

Die unterschiedlichen Einstellungen zu jedem Bewegungsfaktor können sich in der Bandbreite zwischen folgenden Extremen abzeichnen:

- **ankämpfend (P1-30)** (aggressiv) reagierend auf die Realität, indem die Menschen sich mit ihr konfrontieren, sie bekämpfen und/oder sich ihr widersetzen (*Bender 2014, 69*).
- **nachgebend (P0-30)** reagierend auf die Realität, indem diese akzeptiert wird, und die Person sich ihr anpassen kann (*Bender 2014, 69*) oder die Bewegungen können
- **unkontrolliert (P0-31)** ausströmen und werden als übertrieben und schamlos beschrieben. Die Kontrolle über die Bewegung ist reduziert oder Bewegungen die
- **kontrolliert, beherrscht (P1-31)** erscheinen. Diese Bewegungen weisen eine reduzierte Gewandtheit und Gelöstheit auf. Sie können Limitierung, Vorsicht und Achtsamkeit bedeuten (*Bender 2014, 69*).

3.9.5 Artikulation

Die Bewegungsartikulation definiert wie sich die Bewegung artikuliert und wie die Bewegungssphrase verläuft.

Die Bewegung kann sich

- **zitternd, vibrierend, wellenförmig (P0-32)** oder
- **ballistisch, progressiv (P1-32)** artikulieren oder entladen (*Shahar-Levy* 2009, 270ff.).

Die Bewegung kann

- **fragmentiert oder unterbrochen (P0-33)** oder
- **kontinuierlich, gleichmäßig fließend (P1-33)** verlaufen (*Shahar-Levy* 2009, 270ff.).

3.9.6 Zeit

Die Zeit-Beobachtungsmerkmale beschreiben die Agogik (Agogik bezieht sich auf das Tempowechsel in der Bewegung) und das Tempo der Bewegung. Die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt für eine Aktion oder eine Entscheidung ist eine lebenslange Herausforderung.

Der zeitliche Bewegungsverlauf kann

- **plötzlich (P0-34)** erfolgen. Plötzlichkeit basiert auf abrupten Änderungen des Spannungsflusses und ist der Vorläufer für die Kraftbeschleunigung. Eine Person benutzt eine plötzliche Bewegung, um mit hoher Geschwindigkeit zu starten oder abrupt anzuhalten. Plötzlichkeit führt jedoch zu einer sofortigen Veränderung und setzt sich nicht rechtzeitig fort. Sie ist häufig in aufgeregten Situationen zu beobachten, wo die Person vielen Tätigkeiten nachgeht, ohne wirklich etwas zu erledigen. Es dient lediglich der Spannungsabfuhr, aber nicht der Bewältigung von Aufgaben in einer bestimmten Zeit. Die Person fühlt sich innerlich getrieben (*Bender* 2014, 37).
- **zögerlich (P1-34)** basiert auf einer allmählichen Änderung des Spannungsflusses und ist der Vorläufer der Kraftverzögerung, die Zeit in Anspruch nimmt. Eine Person weiß um die Notwendigkeit, jetzt in Aktion treten zu müssen,

hegt aber innere Bedenken, sodass sie nur zögerlich an das Vorhaben herangeht (Bender 2014, 38). Aus diesem Vorantrieb entwickelt sich die Intuition, wann eine Bewegung und Aktion verlangsamt und getragener werden muss (Bender 2014, 38).

Die Tempo- und Agogik-Merkmale beschreiben wie schnell oder langsam die Bewegungen ausgeführt werden und reflektiert die Beziehung der Bewegung zu der Zeit, in der sie stattfindet. In der Musik entsprechen diese Beobachtungsmerkmale den musikalischen Elementen Tempo und Agogik:

- **allmählich schneller werden, Beschleunigung (P0-35)**. Beschleunigende Bewegungsaktionen werden verwendet, um Dinge schneller voranzutreiben. Man beschleunigt, indem man das Tempo einer Bewegung erhöht. Beschleunigung wird zu Beginn eines Rennens und beim Schwingen eines Arms gesehen (Kestenberg Amighi et al. 2018, 121).

- **allmählich langsamer werden, Verzögerung (P1-35)** ist der Prozess der Verlangsamung und des Ausklingsens (Kestenberg Amighi et al. 2018, 121).

Das Bewegungstempo beschreibt wie

- **schnell (P0-36)** oder
- **langsam (P1-36)** Bewegungen verlaufen (Shahar-Levy 2009, 270ff.).

3.9.7 Richtungen und Ebenen

Bewegungsrichtung

Die Bewegungsrichtung beschreibt die Art und Weise, wie sich Bewegungen im Raum und im Bezug zum eigenen Körper formen:

- **zentrifugale Bewegung (P0-37)** ist eine Bewegung, die vom Körper weg gerichtet ist. Um auf Personen oder Gegenstände zuzugehen, etwas zu dehnen oder wegzuwerfen, müssen Zentrifugalbewegungen ausgeführt werden (Kestenberg Amighi et al. 2018, 172).

- **zentripetale Bewegung (P1-37)** ist solche, die sich auf den eigenen Körper richtet. Sich zu umarmen, sich zu kratzen und viele sich selbst berührende Gesten beinhalten zentripetale Bewegungen. Obwohl eine vorläufige Bewegung vom Körper weg auftreten kann, ist der Hauptimpuls der Bewegung die Selbstrichtung (Kestenberg Amighi et al. 2018, 172).

Die Relation der Bewegung oder der Körperform zur Körpermitte beschreibt, wie sich die Bewegung in Bezug auf die Körpermitte formt. Die Körperform oder die Bewegung können symmetrisch oder asymmetrisch sein oder verlaufen. Die Relation der Körperteile zur Körperachse definiert das Verhältnis der Extremitäten zur Körperachse: Entweder

- **zur Körperachse hin, einwärts (P0-38)** oder
- **weg von der Körperachse, auswärts (P1-38)** (Shahar-Levy 2009, 272ff.).

Die Bewegungssymmetrie beschreibt, wie die Bewegung in Bezug auf die Körpermitte verläuft. Die Bewegung formt sich

- **symmetrisch (P0-39)** oder
- **asymmetrisch (P1-39)** (Shahar-Levy 2009, 272ff.).

Die Bewegungen im Raum können

- **bi-direktional, hin und zurück (P0-40)** verlaufen oder
- **in eine Richtung streben (P1-40)** (Shahar-Levy 2009, 272ff.).

Die Zielgerichtetheit der Bewegung beschreibt die Richtung, Absicht und Tendenz in der Bewegung. Die Bewegungen können:

- **indirekt und ungerichtet (P0-41)** verlaufen. Indirekte Bewegungen weisen einen eher räumlich großzügigen Charakter. Die Bewegung neigt mehr dazu, den Raum auszufüllen, als ihn zu durchqueren (Bender 2014, 46; Kestenberg Amighi et al. 2018, 115f.).
- **direkt und gerichtet (P1-41)** zum Ziel führen (Shahar-Levy 2009, 272ff.). Die innere Konzentration ist nur auf ein Ziel, einen Punkt gerichtet. Mit einer direkten und gerichteten Bewegung kann man den Raum teilen und/oder geometrische Formen im Raum schneiden. Direktheit kann als Grundlage für gezielte Aufmerksamkeit gelten (Bender 2014, 46; Kestenberg Amighi et al. 2018, 114).

Richtungsbewegungen

Definition Richtungsbewegungen

„Richtungsbewegungen sind einfache, maximal zweidimensionale Bewegungen (...), die geradlinig oder bogenförmig eine Richtung im Raum beschreiben, um entweder ein Objekt zu lokalisieren, zu definieren, zu kennzeichnen oder sich gegen Objekte oder Menschen zu verteidigen oder diese abzuwehren.“ (Bender 2014, 147)

Die Richtungsbewegungen beschreiben die Richtungen im Raum. Diese Bewegungen ermöglichen eine Beziehung zum umliegenden Bewegungsraum aufzubauen. Diese Bewegungen können vom Körper aus linear oder bogenähnlich verlaufen (Bender 2014, 147). Die linearen Bewegungen entstehen aus Bewegungen viele Körperteile in eine Richtung. Bogenähnliche Bewegungen involvieren Gelenke (Bender 2014, 148). Die Richtungsbewegungen beschreiben sechs Richtungen in den Dimensionen.

Als Formen und Richtungen werden Richtungsbewegungen bezeichnet. Richtungsbewegungen sind einfache, maximal zweidimensionale Bewegungen, die geradlinig oder bogenförmig eine Richtung im Raum beschreiben. Diese Bewegungen dienen dazu entweder ein Objekt zu lokalisieren, zu definieren, zu kennzeichnen oder sich gegen Objekte oder Menschen zu verteidigen oder diese abzuwehren (Bender 2014, 147; Kestenberg Amighi et al. 2018, 193).

Kestenberg Amighi et al. definierten sechs Richtungsbewegungen (Kestenberg Amighi et al. 2018, 176):

- **seitwärts (P0-42)** besteht aus linearen (von der Körpermitte bis zur Peripherie) oder bogenartigen Bewegungen zur Seite in der horizontalen Dimension. Seitwärts umfasst lineare Bewegungen des Arms von der Schulter direkt zur Seite oder von der Seite nach außen zurück zur Brust in einer bogenartigen Bewegung. Die Augen können sich auch seitwärts bewegen, wenn Kinder seitwärts zu ihren Betreuern schauen (Bender 2014, 151; Kestenberg Amighi et al. 2018, 176).
- **quer (P1-42)** besteht aus Bewegungen, die den Körper kreuzen und die Mittellinie vorne oder hinten am Körper in der horizontalen Dimension passieren. Zu den Bewegungen gehören das Überkreuzen von Armen oder Beinen, das Überführen eines Armes über das Gesicht und das Drehen des Kopfes, um hinüberzuschauen (über die Mittellinie). Alle diese Bewegungen verhindern den Zugang zu mindestens einem Teil des Körpers (Bender 2014, 149; Kestenberg Amighi et al. 2018, 178)
- **aufwärts (P0-43)** ist eine Form der unipolaren Verlängerung und Verkürzung. Diese Form bedeutet das Aufstehen und das Aufschauen (Kestenberg Amighi et al. 2018, 179). Aufwärts Bewegungen sind Bewegungen nach oben (Bender 2014, 154).
- **abwärts (P1-43)** - Abwärtsbewegungen treten in der vertikalen Dimension auf

und können häufig bei Aktivitäten wie Hocken, Klettern, Greifen nach unten, Werfen und Hinunterblicken verwendet werden (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 181*).

Bewegungen, die nach unten verlaufen, sind abwärts Bewegungen (*Bender 2014, 152*).

- **vorwärts (P0-44)** - Vorwärtsbewegungen werden in der Geh- oder Laufbewegung beobachtet (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 184*). Eine Vorwärtsbewegung ist nach vorne gerichtet (*Bender 2014, 157*).
- **rückwärts (P1-44)** - Rückwärtsbewegungen entstehen, wenn jemand einen Schritt zurückgeht oder den Kopf, den Oberkörper oder die Beine rückwärts bewegt (*Bender 2014, S. 156*). Man kann zurücktreten, rückwärts zeigen oder rückwärts schauen. Rückwärtsbewegen wird üblicherweise defensiv als Schutzgeste verwendet (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 185*).

Kestenberg Amighi et al. spezifizieren sechs Formen in Ebenen (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 194*):

- **Ausbreiten (P0-45)** erzeugt eine offene Form. Wenn jemand die Arme ausbreitet, um jemanden oder ein Objekt zu umarmen. Mit dem Ausbreiten öffnet sich die Person der Umwelt, ein großer Raum wird erforscht und der Horizont erweitert sich (*Bender 2018, 173; Kestenberg Amighi et al. 2018, 196*).
- **Ein/Umschließen (P1-45)** erzeugt eine geschlossene Form. Beim Einschließen Des Armes oder der Hand oder des Beins einer Person wird die horizontale Ebene durchquert, um den Raum zu schließen (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 195*). Wenn ein Mensch in den Armen gehalten wird, schließt sich die Körperhaltung und der Körper passt sich dem Körper des Partners an (*Bender 2018, 171*).
- **Aufsteigen (P0-46)** erzeugt eine offene Form und ist mit der Bewegung des ich Nach oben Streckens verbunden (*Bender 2014, 177; Kestenberg Amighi et al. 2018, 201*).
- **Sinken/Absteigen (P1-46)** ist eine geschlossene Form, eine Bewegung, die nach unten sinkt. Absteigende Bewegungen finden in den vertikalen Ebenen, der Ebene der Konfrontation und Präsentation statt (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 199*).
- **Fortschreiten (P0-47)** ist eine offene Form und bedeutet voranschreiten oder vorrücken. Fortschreitende Bewegungen werden oft verwendet, um einen Ball zu werfen, Hände zu schütteln, ein kleines Kind in die Luft zu heben und sich mit Begeisterung zu bewegen (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 204*).

- **Zurückweichen, zurückziehen (P1-47)** erzeugt eine geschlossene Form. Dies sind alle Bewegungen, die sich beim Rückzug typischerweise durch die Sagittalebene bewegen z. B. beim Rückzug aus einer unbekanntem oder unangenehmen Situation (Bender 2014, 179, Kestenberg Amighi et al. 2018, 204).

3.9.8 Formen

Als Formen werden die Körperformen, die Bewegungsformen in den Gelenken, der Formfluss (der bipolarer und der unipolarer), Formen und Richtungen, Formen und Flächen/Ebenen und Formflusseigenschaften beobachtet und beschrieben.

Formfluss

„Formfluss sind Bewegungen, die sich nur mit der Beziehung der Körperteile zueinander beschäftigen und ausgehend vom Atem als ursprüngliches Wachsen und Schrumpfen, Ausbreiten und Zusammenziehen die Körperform verändern.“ (Bender 2014, 125)

Kestenberg beschreibt den Formfluss auf folgende Weise:

„...eine Abfolge von Veränderungen in der Form des Körpers. Der Grundrhythmus des Formflusses besteht in einem Wechsel von Wachsen (wie beim Einatmen und Lächeln) und Schrumpfen (wie beim Ausatmen und Stirnrunzeln). Der Atemrhythmus ist der Kernmechanismus, der dem Körper die Form gibt. Alle Ausdrucksbewegungen basieren auf Ableitungen oder auf dem direkten Ausdruck von Veränderung in der Atmung. (...) Das Ausmaß an Vertrauen und Misstrauen basiert auf der Aufnahme von dem, was gut ist, und der Zurückweisung dessen, was schlecht ist. Das richtige Gleichgewicht zwischen beiden ruft ein Gefühl des Vertrauens – Selbst und anderen gegenüber – hervor“ (Kestenberg 1985, 162).

Die Form des Körpers wird durch den Prozess des Ein- und Ausatmens verändert. Beim Einatmen weitet sich der Brustkorb, die Körperform wird runder und breiter. Beim Ausatmen schrumpft der Brustkorb zusammen, die Körperform wird etwas flacher und schmaler. Das Wachsen und Schrumpfen der Körperform kann in vielen Körperteilen beobachtet werden (Bender 2014, 125).

Der Formfluss ist ein „Regulativ“ (Bender 2014, 126): Er strukturiert und formt den Wechsel der Spannungen im Körper. Durch innere Spannungen reguliert er die Bedürfnisbefriedigung oder Frustration in Beziehungen zu sich selbst, zu anderen oder zu Objekten. Zuerst wird er sichtbar in der intrapersonalen Beziehung, also in der Beziehung, die der Mensch zu sich selbst entwickelt, und in Folge dessen in den

interpersonalen Beziehungen, in den Beziehungen zu anderen. Der Formfluss ist ein subtiler regulativer Prozess, der nicht auf Handlung, sondern auf die Tiefenregulation von inneren Spannungen und Bedürfnissen ausgerichtet ist. Es braucht viel Schulung in der Bewegungsbeobachtung, um die Veränderungen zu erkennen.

In der musiktherapeutischen Behandlung ist die Beachtung des Formflusses von Bedeutung, weil sie dem Musiktherapeuten ermöglicht wahrzunehmen, wie der momentane auf die Körperspannung gerichtete Ist-Zustand des Patienten in der intra- und interpersonalen Beziehung ist, und wie nuanciert der Patient seine Bedürftigkeit, sein Wohl- und Unwohlsein zum Ausdruck bringt (*Bender 2014, 125ff.*). In den Formflussmustern werden innere Gefühle über Beziehungen zum Ausdruck gebracht. Wenn sich die Patienten sicher fühlen, haben sie die Tendenz in alle Dimensionen (horizontal, vertikal und sagittal) über die Körpergrenzen zu wachsen. Und umgekehrt, wenn sie sich unwohl fühlen, ziehen sie sich in den eigenen Körper zurück. Ein Konflikt entsteht dann, wenn es innerlich zu Diskrepanzen zwischen Wachsen in einer unsicheren Umgebung stattfinden muss, in der zwischen den Gefühlen und ihren Ausdruck eine Blockade oder eine Störung eintritt (*Loman 2007, 96*).

Der Prozess des Ein- und Ausatmens verändert die Form des Körpers. Beim Einatmen weitet sich der Brustkorb, die Körperform wird runder und breiter. Beim Ausatmen schrumpft der Brustkorb zusammen, die Körperform wird etwas flacher und schmaler. Das Wachsen und Schrumpfen der Körperform kann in vielen Körperteilen beobachtet werden. Dieser Prozess wird als **Formfluss** bzw. Körperformfluss genannt (*Bender 2014, 127; Kestenberg Amighi et al. 2018, 130*). Der Formfluss ist ein „Regulativ“ (*Bender 2014, 127*): Als ein subtiler regulativer Prozess, der nicht auf Handlung sondern auf die Tiefenregulation von inneren Spannungen und Bedürfnissen ausgerichtet ist, strukturiert und formt (reguliert) er den Wechsel von Spannungen im Körper (*Bender 2014, 125ff.*). Er betrifft die Bewegungsmuster von Wachsen/Weitung und Schrumpfen/Engung (*Kestenberg Amighi et al. 1999 17; Bender 2014, 125*):

- **Wachsen/Weitung (P0-48)** im Formfluss ist mit Gefühlen des Wohlbehagens und der Annäherung verbunden (*Bender 2014, 142; Kestenberg Amighi et al. 2018, 130f.*). Weitende, wachsende Bewegungen kennzeichnen das Einatmen, das Lachen, den Bauch herausstrecken oder die Augen aufreißen (*Bender 2014, 125f.*).
- **Schrumpfen/Engung/ (P1-48)** entsteht beim Ausatmen. Der Brustkorb verengt sich und zieht sich in Richtung Körpermitte zusammen. Das Schrumpfen ist ein Ausdruck für Unwohlsein, Unbehagen und Rückzug (*Bender 2014, 142*). Im Gesicht verursacht die Verengung das Zusammenziehen der Augenbrauen und die Zuspitzung der Lippen. Weitere häufige Bereiche der Verengung sind Schultern, Hüften, Gesicht, Hände und Füße. Schrumpfende Bewegungen können beim Ausatmen, Bauch einziehen oder Stirnrunzeln beobachtet werden (*Bender 2014, 125; Kestenberg Amighi et al. 2018, 130f.*).

Kestenberg Amighi et al. unterscheiden zwischen dem bipolaren und dem unipolaren Formfluss (*Bender 2014, 125ff.; Kestenberg Amighi et al. 2018, 130ff.*).

Bipolarer Formfluss

„Im bipolaren Formfluss wächst oder schrumpft der Körper eindimensional symmetrisch und drückt ein generalisiertes Bedürfnis an die Umwelt aus.“ (Bender 2014, 127)

Wie wir unsere allgemeine Bedürftigkeit regulieren, kann durch das Beachten des bipolaren Körperformflusses erkannt werden. Das ist am deutlichsten bei Säuglingen zu beobachten. Beim Unwohlsein äußert der Säugling seine Befindlichkeit unter anderem durch das Zusammenziehen – die Kontraktion - oder das Verschmälern, was häufig vom Schreien begleitet wird. Wenn der Säugling sich wohlfühlt, drückt er dies durch das Wachsen (die Expansion), wie z. B. beim Schlafen aus (*Bender 2014, 127*).

Loman beschreibt den bipolaren Fluss auf folgende Weise:

Von Geburt an dient der bipolare Formfluss (das beidseitige Wachsen und Schrumpfen) dem Ausdruck von Selbstgefühlen und ist die nonverbale Demonstration von Gefühlen und Stimmungen, die in Verbindung mit Lust oder Unlust stehen (Loman 2007, 97).

Im bipolaren Formfluss wächst oder schrumpft der Körper symmetrisch in beide Richtungen: horizontal nach rechts und links, vertikal nach oben und unten und sagittal nach vorne und hinten. Bipolarer Formfluss bezieht sich speziell auf symmetrische Expansion und Kontraktion. Weil diese Veränderungen symmetrisch verlaufen, vermittelt der bipolare Formfluss das Gefühl von Stabilität und ein inneres Gefühl von Gleichgewicht (*Bender* 2014, 127ff.).

Der bipolare Fluss ist ein allgemeiner Ausdruck von Wohlsein und Unwohlsein, er ist nicht auf eine bestimmte Person oder Beziehung ausgerichtet (*Bender* 2014, 127ff.). Im bipolaren Formfluss weitet sich/wächst oder engt sich ein/schrumpft der Körper – wie beim Ein- und Ausatmen - symmetrisch. Der bipolare Formfluss bezieht sich speziell auf die symmetrische Expansion und Kontraktion. Die Symmetrie in der Bewegung fördert die Stabilität und den inneren Gleichgewichtssinn. Es unterstützt auch die Zentrierung des Selbst. Der bipolare – beidseitige - Formfluss ist auf die Beziehung zu sich selbst bezogen und drückt ein generalisiertes Bedürfnis an die Umwelt aus (*Bender* 2014, 127; *Kestenberg Amighi et al.* 2018, 132).

Vom bipolaren

- **Verbreitern/Ausdehnen (P0-49)** in der horizontalen Dimension spricht man, wenn jemand zu beiden Seiten gleichzeitig wächst. Es kennzeichnet sich eine sich vergrößernde Körperform. Beim Einatmen dehnt sich der Brustkorb auf beiden Seiten aus und bietet Atem- und Rumpfunterstützung für die Streckung der Arme und Beine. Die bipolare Verbreiterung kann auch im Gesicht, in den Händen, im Becken und in den Zehen auftreten (*Bender* 2014, 129; *Kestenberg Amighi et al.* 2018, 134).

Eine bipolares

- **Verschmälern/Verengen (P1-49)** in der horizontalen Dimension entsteht beim Ausatmen, wenn die Körperseiten schmal oder die Arme an den Körper angedrückt werden (*Bender* 2014, 128). Es drückt das Gefühl der Beengtheit und Schüchternheit aus (*Bender* 2014, 142). Beim Ausatmen verengt sich der Brustkorb und zieht sich in Richtung Körpermitte zusammen. Im Gesicht verursacht die Verengung das Sich Zusammenziehen der Augenbrauen und die Zuspitzung der Lippen. Andere häufige Bereiche der Verengung sind Schultern, Hüfte, Gesicht, Hände und Füße (*Kestenberg Amighi et al.* 2018, 136).

Durch Verlängerung und Verkürzung in der vertikalen Dimension ändert sich die vertikale Verbindung zwischen dem Kopf und dem Steißbein.

- **Verlängern (P0-50)** tritt auf, wenn sich jemand von der Mitte des Körpers aus nach oben und unten verlängert (*Bender 2014, 131*). Es hängt mit den Gefühlen der Begeisterung und des Größerwerdens zusammen. Die Vertikalität ist eines der frühesten Kennzeichen der menschlichen Evolution. Sie kann beim Einatmen beobachtet werden: Der Brustkorb steigt nach oben in Richtung Kopf, während sich das Zwerchfell nach unten in die Bauchhöhle bewegt (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 138*).

Neugeborene verlängern und verkürzen sich bipolar, wenn sie den gesamten Körper in die intrauterine Position hinein und sich aus dieser heraus strecken und beugen. Das Kind verwendet bipolare Verlängerungs- und Verkürzungsbewegungen zum Krabbeln, Klettern, Stehen und Bücken (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 138*).

- **Verkürzen (P1-50)** entsteht, wenn sich der Unter- und der Oberkörper (z. B. beim Ausatmen zur Körpermitte) zusammenziehen. Ebenso wie im Gesicht (beim Stirn runzeln oder Lippen zusammenpressen) oder in den Händen (eine Faust machen) zeigen. Während des Ausatmens und Ausscheidens besteht die Beugung oder Kompression des Körpers in Richtung des Zentrums in der vertikalen Dimension. Es wird auch zum Klettern und Bücken, Schieben, Ausdrücken von Wut, Schmerz oder Demut verwendet. Es hängt mit den Gefühlen der Niedergedrücktheit und des Kleinerwerdens zusammen. Eine bipolare Verkürzung kann im Gesicht, an der Hand, an den Füßen oder am ganzen Oberkörper auftreten. Verkürzung kann auch in solchen Gesten wie Achselzucken (Verkürzung der Schultern und Verkürzung mit dem Kopf) gesehen werden (*Bender 2014, 130; Kestenberg Amighi et al. 2018, 140*).

Das Auswölben und das Aushöhlen bewirken eine Veränderung in der sagittalen Dimension:

- **Auswölben (P0-51)** wird durch die Einatmung in der Brust und im Bauchbereich sowie im oberen und unteren Rückenbereich sichtbar. Es besteht die Tendenz, in der sagittalen Dimension sowohl frontal als auch dorsal (nach hinten) zu wachsen (*Bender 2014, 133; Kestenberg Amighi et al. 2018, 141*). Es drückt das Gefühl von Fülle, Befriedigung und Sättigkeit aus (*Bender 2014, 142*). Eine bipolare Auswölbung zeigt sich, wenn jemand beim Einatmen sowohl den Bauch- und Brustraum als auch den Rückenbereich ausfüllt (*Bender 2014, 133*).

- **Aushöhlen (P1-51)** entsteht wenn jemand beim Ausatmen sowohl den Bauch- und Brustraum als auch den Rückenbereich aushöhlt. Der Körper schrumpft von vorn und hinten nach innen (*Bender 2014, 132*). Beim Aushöhlen beim Ausatmen, Urinieren und Weinen schrumpft der Oberkörper nach innen. Sowohl die Rückseite als auch die Vorderseite des Körpers sind zur Mitte hin hohl. Wenn die bipolare Aushöhlung dauerhaft im gesamten Körper angewendet wird, kann dies zu einem *"abgemagerten Modell"* führen oder den Anschein von Anorexie oder Hunger erwecken (*Bender 2014, 142*). Das Aushöhlen unterstützt die biologischen Funktionen des Transports von Lebensmitteln auf dem Weg der Verdauung (Verschlucken, Verarbeiten und anschließendes Entleeren) durch Vorwärts- und Rückwärtsschrumpfen (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 143*).

Unipolarer Formfluss

Beim bipolaren Formfluss wächst der Körper symmetrisch, erhöht die Exposition gegenüber der Umgebung und schrumpft, wodurch die Exposition gegenüber der Umgebung verringert wird. Durch den symmetrischen Prozess des Wachstums und Schrumpfens bildet der bipolare Formfluss die Grundlage für Stabilität (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 151*).

Im Gegensatz dazu bilden grundlegende biologische Muster, die asymmetrisches Wachstum und Schrumpfen fördern, die Basis für einseitige Bewegungen und für die Mobilität. Asymmetrische oder einseitige Formflussveränderung wird als unipolarer Formfluss bezeichnet. Diese Veränderung kann in der Reaktion auf Menschen und/oder Objekten beobachtet werden (*Bender 2014, 135; Kestenberg Amighi et al. 2018, 151*). Ein wichtiger Aspekt des unipolaren Formflusses ist seine Rolle als Entwicklungsbrücke zwischen dem bipolaren Formfluss (3.4) und den Formen in Richtungen (3.6) (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 154*).

Kestenberg benennt folgende Formen des unipolaren Flusses:

- **seitliches Verbreitern (P0-52)** sieht man im Oberkörper der nur zu einer Seite hin wächst. Es ist im Rumpf, Schultern, Brust, Becken, Gesicht, Kopf, Füßen und Händen zu sehen, z. B. bei einem einseitigen Lächeln oder einer horizontalen Ausdehnung eines Arms nach außen. Die unipolare Verbreiterung wird verwendet, um sich einem angenehmen Reiz zuzuwenden (*Bender 2014, 136; Kestenberg Amighi et al. 2018, 154*).

- **mittiges Verschmälern (P1-52)** ist hauptsächlich in den Schultern, im Oberkörper oder in der Hüfte sichtbar, wenn sich eine Person von einer ihr unangenehmen Person oder einem Objekt an ihrer Seite zu ihrem Zentrum zurückzieht. Mediale unipolare Verengung, das Schrumpfen zur Mittellinie des Körpers, ist hauptsächlich an Schulter, Rumpf, Gesicht, Händen, Füßen und Becken zu beobachten, z. B. einseitiges Stirnrunzeln oder einseitige Verengung der Stirnhand oder des Fußes. Typischerweise verengen sich Personen unipolar von unangenehmen Personen oder Gegenständen in der Nähe ihrer Seiten, indem sie sich im Brustkorb- oder Schulterbereich medial verengen (*Bender 2014, 136; Kestenberg Amighi et al. 2018, 154*).

- **Verlängern nach oben (P0-53)** kommt beispielsweise bei einem Sitztanz vor, wenn der Oberkörper in Richtung Decke gestreckt wird. Auch das Hochziehen einer Augenbraue ist eine Verlängerung nach oben. Verlängerung - Wachstum in Richtung Kopf und/oder darüber zeigt sich darin, größer zu werden, etwas oder jemanden zu erreichen. Es gibt oft ein begleitendes Gefühl der Hochstimmung, das mit einer Verlängerung verbunden ist (*Bender 2014, 138; Kestenberg Amighi et al. 2018, 157*).

- **Verkürzen nach oben (P1-53)** wird durch einen unangenehmen Stimulus von unten verursacht. Eine Verkürzung nach oben ist ein Versuch, sich von diesem Stimulus zu entfernen. Der Mensch erscheint kürzer, obwohl das Verkürzen nach oben geht (*Bender 2014, 137*). Das Verkürzen - vom Steißbein weg oder von unten weg schrumpfen - wird in Kombination mit dem Verlängern verwendet, wenn ein Kind nach oben klettert oder vom Boden in eine stehende Position steigt (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 159*). Es bringt Vertrautheit mit der vertikalen Dimension. Es wird auch in Bezug auf bestimmte Reize verwendet, wie z. B. das Zurückschrecken vor schädlichen Reizen von unten (*Bender 2014, 137; Kestenberg Amighi et al. 2018, 160*).

- **Verlängern nach unten (P0-54)** entsteht, wenn sich jemand einseitig nach unten streckt. Verlängerung nach unten - Wachstum in Richtung Steißbein und/oder darunter zeigt sich darin, nach etwas zu greifen, indem man sich mit den Zehen von einem hohen Stuhl auf den Boden streckt und in der Abwärtsbewegung des Mundes in Ausdruck von Traurigkeit (*Bender 2014, 138; Kestenberg Amighi et al. 2018, 158*).

- **Verkürzen nach unten (P1-54)** entsteht, wenn ein unangenehmer Stimulus von unten verursacht, dass wir uns nach unten verkürzen, um auf diese Weise dem Stimulus zu entkommen. Verkürzung - Schrumpfen vom Kopf weg oder darüber wird

beim Schrumpfen in sich selbst gesehen. Es wird häufig beim Stuhlgang und als Reaktion auf Magen-Darm-Schmerzen eingesetzt. Häufiges Verkürzen in den Bauch kann auf eine Veranlagung für Darmstörungen hinweisen. Das Verkürzen wird auch verwendet, um Hochachtung auszudrücken - das Kürzen von Kopf und Hals in die Schultern, wodurch sich jemand zurückzieht. Man verkürzt sich, um unangenehme oder gefährliche Reize zu vermeiden, und verkürzt sich in den Brauen, um Bestürzung auszudrücken. Verkürzung ist auch eng mit Traurigkeit verbunden (*Bender* 2014, 137; *Kestenberg Amighi et al.* 2018, 159).

- **Auswölben nach vorne (P0-55)** zeigt sich in der Auswölbung des Bauchs oder des Brustkorbs nach vorne. Das Auswölben - das zur Vorderseite des Körpers hin wächst - ist typisch für Kinder, die in die sagittale Dimension eintreten und sich von Kleinkindern zu Wanderern entwickeln. Erwachsene und Kinder beugen sich zu angenehmen Reizen wie duftenden Blumen oder dem Versprechen eines gewünschten Kusses vor. Das Auswölben deutet auf Kontaktbereitschaft hin (*Bender* 2014, 139; *Kestenberg Amighi et al.* 2018, 161).

- **Aushöhlen nach vorne (P1-55)** wird durch einen unangenehmen Stimulus von hinten verursacht und die Person versucht, sich davon zurück zu ziehen. Das Aushöhlen nach vorne - vom Körper zurückschrumpfen - wird verwendet, um sich von unangenehmen Reizen von hinten zurückzuziehen. Kinder, die Wutanfälle haben, biegen oft den Rücken, um sich von den Betreuern zu entfernen, welche versuchen, sie zu beruhigen oder zu kontrollieren. Erwachsene können sich nach vorne aushöhlen, um sich von einem unerwünschten Schlag auf den Rücken zurückzuziehen oder um Platz für jemanden zu schaffen, der hinten vorbeikommt. Der Unterschied zwischen Aushöhlen und Auswölben ist nicht immer leicht an der Bewegung allein zu erkennen sondern an dem Reiz, der die Bewegung auslöst (*Bender* 2014, 140; *Kestenberg Amighi et al.* 2018, 162f.).

- **Auswölben nach hinten (P0-56)** entsteht beim Versuch mit dem Rücken sich an einer andere Person zu kuscheln (*Bender* 2014, 140). Es ist eine typische Reaktion auf einen Stimulus, der von vorne kommt, wie z. B. eine Überraschung oder einen Schreck. Dies kann in verschiedenen Körperteilen beobachtet werden: Im Brustkorb, in der Hüfte oder im Gesicht. Nach hinten gewölbt - in Richtung Körperrücken wachsend - wird häufig von einem Kind verwendet, das sich in den Schoß einer Person oder einen bequemen Stuhl zurückkuschelt, oder von einem Erwachsenen, der eine Rückenmassage erhalten möchte. Man kann auch

beobachten, wie sich bestimmte Haustiere nach hinten wölben, beispielsweise wenn eine Katze den Rücken krümmt, um Zuneigung zu erhalten (*Bender 2014, 140; Kestenberg Amighi et al. 2018, 161*).

- **Aushöhlen nach hinten (P1-56)** ist eine typische Reaktion auf einen Stimulus, der von vorne kommt, wie z. B. eine Überraschung oder einen Schreck und Angst (*Bender 2014, 139*). Dies kann in verschiedenen Körperteilen ausgedrückt werden: Es kann im Oberkörper, im Becken, im Gesicht, in den Handflächen, in der Fußsohle und im Nacken auftreten. Es kann auch eine schamhafte Reaktion auf einen verletzenden Kommentar sein oder wenn jemand rennt und plötzlich stoppen muss. In der Musik kann dies z. B. bei Rappern als Grundhaltung der Ablehnung beobachtet werden (*Bender 2014, 139*). Das Aushöhlen nach hinten wird auch verwendet, um unangenehme Reize vor sich selbst zurückzuhalten oder zu vermeiden. Es tritt häufig bei jemandem auf, der Bauchschmerzen (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 162*).

Formen und Ebenen/Flächen

In der Beobachtung von Formen und Ebenen/Flächen wird zwischen Dimension und Körperebene unterschieden. Es werden drei Dimensionen im Raum differenziert:

- „*horizontale Dimension: Bewegungen, die seitlich vom Körper weggehen,*
- *vertikale Dimension: Bewegungen, die nur hoch oder tief gehen,*
- *sagittale Dimension: Bewegungen, die nur vor- und zurückgehen“* (*Bender 2014, 117*).

Sind Zwei Dimensionen in einer Bewegung verbunden, werden sie als Körperebene (Fläche) bezeichnet. Eine Bewegung findet in einer Körperebene statt, wenn der Mensch sich gleichzeitig durch zwei Dimensionen bewegt (*Kugel 2000*). Beim Formen werden Teile des Körpers oder der ganze Körper durch die Bewegung mehrdimensional konkav (nach innen gewölbt) oder konvex (nach außen gewölbt) verändert, um sich den Charakteren von Objekten oder Menschen anzupassen oder Menschen und Objekte dazu zu bringen sich anzupassen (*Bender 2014, 169*).

Die Hauptfunktionen, die beim Formen in Ebenen erfüllt werden, sind das Inkrafttreten, Verkörpern, Beeinflussen, Ausdrücken von Konzepten und Ideen, das Ausdrücken sozialer Beziehungen, die gestische Ausarbeitung von Erzählungen und die Bereitstellung von Struktur für Motivationen (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 194*).

Formflusseigenschaften

Als Formflusseigenschaften werden Bewegungen benannt, mit denen Menschen den Raum um sich herum durchqueren. Dieser Raum wird als Kinesphäre bezeichnet (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 170*). Innerhalb des persönlichen Raums können sich Bewegungen in einer nahen, mittleren oder weiten Kinesphäre befinden.

Außerhalb des Reichweitenraums treten Bewegungen in den allgemeinen Raum ein (Expansion). (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 172*). Diese Bewegungen spiegeln individuelle und kulturelle Beziehungsstile zu anderen wider. Die Bewegungen, die als Formflusseigenschaften bezeichnet werden, können bei allen Personen von der Geburt bis ins hohe Alter beobachtet werden (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 169ff.*).

Bei der Beobachtung der Formflusseigenschaften werde drei Aspekte der Bewegung berücksichtigt: die Nutzung des umgebenden persönlichen Raums, die grundlegende Gestaltung räumlicher Wege der Zentrifugalbewegung (vom Körper weg) oder des Zentripetalbewegung (zum Körper hin) und folgende Bewegungsfaktoren:

- **Schleifen, schlingende/windende Bewegungen (P0-57)** bilden Schaltkreise und können einen angenehmen, sympathischen Beziehungsstil in sozialen Interaktionen widerspiegeln (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 172*).
- **Linien, lineare Bewegungen (P1-57)** bilden gerade Pfade und können einen entfernten Interaktionsstil widerspiegeln. Sie werden häufig verwendet, um Anweisungen zu geben, Disziplin zu üben und sich selbst zu verteidigen (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 172*).

Niedrige oder hohe Schwingungsamplituden beziehen sich auf den Umfang einer Bewegung:

- **Niedrige Schwingungsamplitude (P0-58)** bedeutet, dass die Bewegungen eingeschränkt sind, während die
- **Hohe Schwingungsamplitude (P1-58)** in expansiven Bewegungen beobachtet wird (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 173*).

Eckige- oder runde Umkehrungen/Wendungen beeinflussen die Art und Weise, in der Bewegungen die Richtung ändern. Die Richtungsänderung können als

- **runde Umkehrung/Wendung (P0-59)** erscheinen. Runde Umkehrungen wirken harmonisierend, verschmelzend und laden zum Kontakt ein,
- **eckige Umkehrung/Wendung (P1-59)** können einen ruckartigen Beziehungsstil erzeugen, der kurz oder flippig erscheint (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 173*).

Säuglinge weisen eine Dominanz eckiger Wendungen, linearer Bewegungen und der Nutzung des nahen Raums auf. Änderungen der Zentrifugal- und Zentripetalmuster sind häufig, wenn Säuglinge ihre Arme und Beine nach außen schleudern und sie dann wieder nach innen ziehen. Jugendliche nutzen in der Regel mehr Reichweite und Zwischenraum als Säuglinge oder ältere Erwachsene (*Kestenberg Amighi et al. 2018, 169ff.*).

3.9.9 Modulation

Die Bewegungsmodulation reflektiert die Fähigkeit des Sich-Bewegenden, die eigene Körperform und die Bewegung zu modulieren, zu differenzieren und zu verändern sowie die den Fokus der Aufmerksamkeit.

Modulationsfähigkeit (9.1)

Die Bewegungsmuster können als

- **Wiederholungen (P0-60)** auftreten oder der Mensch bleibt in seinen Bewegungsmustern fixiert:
- **Fixierung (P1-60)** (*Shahar-Levy 2009, 270ff.*).

Die Bewegungsmuster können variieren:

- **Variation (P0-61)** oder der Mensch kann seine Bewegungsmustern transformieren
- **Transformation (P1-61)** (*Shahar-Levy 2009, 270ff.*).

Differenziertheit (9.2)

Die Bewegungsdifferenzierung meint das Ausmaß der Differenzierung beim Einsatz des Körpers und des Bewegungsrepertoires. Die Bewegung kann mit

- **wenig Differenziertheit (P0-62)** verlaufen oder
- **hoch differenziert (P1-62)** sein (*Shahar-Levy 2009, 270ff.*).

Fokus der Aufmerksamkeit (9.3)

Die Art der Aufmerksamkeit äußert sich in der Körperhaltung, in der Blickrichtung und/oder in den Gesten. Die Qualität der Aufmerksamkeit kann als

- **diffuse, zerstreute (P0-63)** oder
- **konzentrierte, fokussierte (P1-63)** bezeichnet werden (*Shahar-Levy* 2009, 270ff.).

Die Aufmerksamkeit kann sich

- **auf die eigene Tätigkeit (P0-64)** oder auf
- **die gemeinsame Tätigkeit (P1-64)** gerichtet sein (*Schumacher, Calvet, Reimer* 2013).

3.9.10 Körperkontakt, Berührung, körperliche Nähe und Distanz

Diese Beobachtungsmerkmale fokussieren den körperlichen Kontakt und die Berührungsfunktion (10.1), die körperliche Nähe und Distanz (10.2) sowie das Territorialverhalten (10.3).

Körperkontakt und Berührungsfunktion

„Körperkontakt bezeichnet die aktive oder passive Berührung des eigenen oder fremden Körpers. Der Körperkontakt findet durch Berührungen statt, die Intensität und Art des Körperkontaktes kann in verschiedener Weise stattfinden.“ (Argyle 2005, 267)

Der Körperkontakt und die Berührung sind die ursprünglichsten Formen der sozialen Kommunikation in interpersonalen Beziehungen. Der Körperkontakt kann auf vielfältige Weise herbeigeführt werden: streicheln, klapsen, schlagen, kneifen, schütteln, küssen, festhalten, führen, lecken, umarmen, einhaken, auflegen, treten, kratzen oder kitzeln (*Argyle* 2005, 267f., 2013).

Körperkontakt und Berührung sind in der Musiktherapie insbesondere mit heranwachsenden und erwachsenen Patienten noch unerforschte Themen, weil sie meist mit Sexualität assoziiert werden. Dabei haben sie auch andere wichtige, oft lebenserhaltende und gesundheitsfördernde Funktionen. Beispielsweise stärkt Streicheln die Abwehrkräfte und das emotionale Gleichgewicht sowohl bei Kindern

als auch bei Erwachsenen. Sanfte Berührungen begünstigen die Bildung der körpereigenen Glückshormone und senken das Stresshormon Kortisol (Mertens 2005, 5). Außerdem ermöglicht Körperkontakt durch das Empfinden der Körpergrenzen die Wahrnehmung körperlicher Kohärenz und Kontinuität. Langfristig ist das eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung der eigenen Identität, denn über die Empfindung der eigenen Körpergrenzen kann das Kind sich als eigene Person („*das bin ich*“) und den anderen als getrennt von sich erleben („*das bist du*“) (Ayres 1998, 38f.). Vielleicht, aber dies können wir natürlich nur ahnen, beginnt diese Entwicklung schon mit der Erfahrung der eigenen Körpergrenzen im Mutterleib. Indem pränatale Berührungskontakte dem Kind erste Erfahrungen mit seiner Körperoberfläche ermöglichen, ist das der rudimentäre Beginn der Selbstwahrnehmung – eine der wichtigsten psychischen Fähigkeiten des Menschen (Ayres 1998, 38f.).

Körperkontakt und Berührung ermöglichen und beeinflussen die Entstehung und Entwicklung von emotionalen Bindungen. In der intrapersonalen Beziehung dienen sie der Exploration des eigenen Körpers und der Entwicklung des Körperselbstgefühls. Tasten, Fühlen und Berühren stellen eine Verbindung zu sich selbst und zum anderen Menschen her. Das befähigt uns, die eigene Körpergrenze zu spüren und zwischen Selbst und Anderen zu unterscheiden. Die Berührung vermittelt uns das Wissen von Form, Struktur und Tiefe. Die Menschen fühlen und empfinden durch die Tastkörperchen ihrer Haut (Montagu 1992, 267ff.; Hüther, Krens 2007, 69ff.; Leathers et al. 2009, 139; Skrzypek 2017, 107ff.).

In der Integrativen Therapie wird auf das therapeutische Potenzial von Berührung hingewiesen:

1. *als physikalische Geste: Wärme, Gewicht, Druck, Vibration der Hand können lösen, relaxieren, aktivieren etc.;*
2. *als emotionale Geste – des Trostes, der Zuwendung, der Zärtlichkeit, der mitmenschlichen Präsenz;*
3. *als Übertragungsgeste, wenn die Patienten mit „mütterlicher Zärtlichkeit“, mit „väterlicher Güte“ – aus der Übertragungsposition berührt werden. (Petzold 1988n3, 403).*

Musizieren, Spielen, Singen

Beim Musizieren, Spielen oder Singen kann zwischen zwei Arten von Körperkontakt unterschieden werden. Es kann der Kontakt zum eigenen Körper hergestellt werden wie z. B. bei Bodypercussion oder durch Spielen eines Musikinstruments. Die andere Art des Körperkontaktes entsteht z. B. beim Szenischen Spiel als Intervention oder beim Singen (z. B. Singen eines Körperlieds) zu anderen Mitpatienten oder dem Musiktherapeuten.

Tanzen

Der Körperkontakt findet beim Tanzen (z. B. Kreistanz, Tanz- oder Bewegungsimprovisation) in der Hand- oder Schulterfassung statt.

Die Berührung ist die wesentlichste Sinnesempfindung des Körpers. Der Berührungssinn entwickelt sich beim Fötus als zuerst. Der Fötus reagiert schon im Alter von acht Wochen und zu diesem Zeitpunkt etwa 2,5 Zentimeter groß, wenn er an den Lippen berührt wird. Im Laufe der Zeit weitet sich die Berührungsempfindlichkeit immer mehr aus: In der 14. Schwangerschaftswoche werden Berührungen am ganzen Körper, außer am Rücken und der Schädeldecke wahrgenommen. Die Empfindsamkeit entwickelt sich zuerst in den Körperbereichen die später besonders sensibel sind, wie Lippen, Gesicht und Genitalien (*Montagu 1992, 7; Mertens 2005, 5; Hüther, Krens 2007, 69ff.*).

Durch Berührungen liefert die Haut dem Gehirn Informationen über die Oberfläche des eigenen Körpers. Körperkontakt stimuliert Rezeptoren, die auf Berührung, Druck, Temperatur und Schmerz reagieren. So entsteht eine Art innere Landkarte der Körperoberfläche. Ein großer Teil des Gehirns ist permanent mit dem Empfangen, Verarbeiten und Interpretieren solcher Informationen beschäftigt (*Hüther, Krens 2007, 69ff.; Leathers et al. 2009, 139ff.*).

Der Tastsinn hat eine besondere Bedeutung für die Entwicklung des Menschen. Die Haut ist ein sehr großflächiges Sinnesorgan, das kontinuierlich Informationen über die Umgebung liefert. Damit ist die Haut das Organ, das den Körper für Empfindungen sensibilisiert. Diese Empfindungen werden im Organismus hinsichtlich ihrer Qualität bewertet und mit entsprechendem Verhalten beantwortet. Die Bewertungskategorien beschränken sich zunächst wahrscheinlich auf angenehm oder unangenehm, implizieren aber dennoch eine gewisse rudimentäre psychische Aktivität. Körperliches Empfinden und seelisches Fühlen bauen also aufeinander auf

und werden miteinander verknüpft: Denn das was wir empfinden, hat Einfluss darauf, was und wie wir uns fühlen (Argyle 2005, 267; Hüther, Krens 2007, 69ff.; Leathers et al. 2009, 139ff.).

In der Musiktherapie gibt es eine besondere Variante der Berührung: Die Berührung durch den Klang. Die Klangberührung geschieht durch die Schallwellen, die von einem gespielten Musikinstrument durch die Luft die Haut berühren (Alvin 1988, 115).

Der Körperkontakt und die Berührung sind die ursprünglichsten Formen der sozialen Kommunikation in interpersonalen Beziehungen: „*Körperkontakt bezeichnet die aktive oder passive Berührung des eigenen oder fremden Körpers. Der Körperkontakt findet durch Berührungen statt, die Intensität und Art des Körperkontaktes kann in verschiedener Weise stattfinden.*“ (Argyle 2005, 267). Der Körperkontakt ermöglicht das Empfinden eigener Körpergrenzen und dadurch die Wahrnehmung körperlicher Kohärenz und Kontinuität (Skrzypek 2017, 108). Die körperlich-leibliche Berührung hat eine spezifische Bedeutung als Interventionsform in den zwischenleiblichen Ko-respondenzprozessen in der Integrativen Therapie (Waibel, Jakob-Krieger 2009, 49; Höhmann-Kost 2018, 37ff.) Die leibzentrierte Arbeit bezieht körperliche – zwischenleibliche - Berührung, die Verbindung und Abgrenzung und ein breites Spektrum von Kontaktverhalten erlaubt, in die therapeutische Einzel- und Gruppenarbeit ein (Petzold 1988n3, 51; Cubasch 1997, 65; Waibel, Jakob-Krieger 2009, 49).

In der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie wird gezielt mit unterschiedlichen Berührungsinterventionen gearbeitet. Es wird unterschieden zwischen

- Non-touching-Approach – bedeutet die Berührung über Blicke, Stimme, Gestik, Körperhaltung, Raumkonstellationen und Sprache. Der Kontakt entsteht ohne taktile Berührung,
- Self-touching-Approach – bezieht die eigenleibliche Berührung ein. Der Patient wird ermutigt, den eigenen Leib selbst zu berühren und zu erkunden,
- Touching-Approach – der Therapeut berührt den Patienten körperlich in unterschiedlicher Absicht und Intensität (Waibel, Jakob-Krieger 2009, 8).

Für die Beobachtung des Körperkontaktes und der Berührungsfunktion können folgende jeweils 5 P0- und P1-Potenziale definiert werden:

- **kein Körperkontakt (P0-65)**

Es findet kein Körperkontakt statt.

- **Körperkontakt (P1-65)**

Der Körperkontakt ist sichtbar, wird zugelassen und findet statt.

- **passives Zulassen (P0-66)**

Der Körperkontakt wird zugelassen und passiv ausgehalten.

- **Ablehnung (P1-66)**

Der körperliche Kontakt wird verbal und/oder körperlich deutlich abgelehnt.

- **explorative Selbstberührung (P0-67)**

Der Körperkontakt bezieht sich auf die eigene Person und dient der Exploration des eigenen Körpers.

- **autoaggressive, autodestruktive Selbstberührung (P1-67)**

Der Patient verhält sich autoaggressiv und autodestruktiv. Er fügt dem eigenen Körper durch Berührung Schaden zu, indem er sich kratzt, schlägt, ritzt oder sich an den Haaren reißt.

- **Berührung des Anderen (P0-68)**

Der Patient sucht durch Berührung den Körperkontakt zum Therapeuten.

- **Vermeidung der Berührung (P1-68)**

Der Körperkontakt wird körperlich gemieden. Der Patient wünscht den Körperkontakt nicht, kann dies verbal nicht artikulieren und meidet den Kontakt körperlich.

- **kommunikative, interaktive Berührung (P0-69)**

Die Berührung hat eine kommunikativ-interaktive Funktion, sie wird durch Hand geben oder Umarmen bei Begrüßung und Abschied sowie bei Ritualen, wie z. B. Wünschen und Gratulieren, zelebriert.

- **aggressive, possessive Berührung (P1-69)**

Diese Berührungsfunktionen hängen mit der Entladung von Affekten oder der Demonstration von Macht zusammen. Sie können gewalttätige Formen annehmen, z. B. können auf diese Art in der Therapie Objekte zerstört oder der Therapeut und/oder die Mitpatienten angegriffen werden.

- **körperlich unterstützende Berührung (P0-70)**

Die körperlich unterstützende Funktion der Berührung kann geschehen, wenn dem Patienten Hilfe beim Aufstehen oder das Einhängen beim Gehen angeboten wird.

- **emotional unterstützende Berührung (P1-70)**

- Der emotional unterstützenden Berührung gebührt besondere Beachtung.

Die sanfte Berührung wie Streicheln der Hand oder beider Hände, Hand halten und Umarmen können Wärme vermitteln, Trost, Geborgenheit, Sicherheit spenden, Unterstützung bieten, Halt geben und beruhigen.

Der emotional unterstützenden Berührung gebührt besondere Beachtung. Diese Art von Berührung und Körperkontakt ist für die Patienten oft von existenzieller Bedeutung, jedoch soll diese nur von geschulten und (selbst)erfahrenen Therapeuten durchgeführt werden (*Petzold 1988n3, 402ff.; Leathers 2009, 139ff.; Waibel, Jakob-Krieger 2009, 49; Argyle 2013, 281*).

Körperliche Nähe und Distanz

Die Gestaltung der körperlichen Nähe und Distanz gibt Auskunft darüber wie die Person die Nähe und Distanz zu anderen Menschen und/oder zu Objekten reguliert (*Waibel, Jakob-Krieger 2009, 49*). Die Sphären der körperlichen Nähe und Distanz können in vier Zonen unterteilt werden, um den kommunikativen und körperlichen Nähe- und Distanz Aspekt zu verdeutlichen (*Trautmann-Voigt, Voigt 2009, 21; Bender 2014, 122*):

- **Intime Distanz (P0-71)** kann nah (15 cm) bis fern (45 cm) sein. Es ist möglich, den

anderen zu riechen, seine Wärme zu fühlen, ihn aus naher Distanz zu sehen und mit ihm flüsternd zu reden. In der intimen Distanz ist man sich des anderen Menschen völlig bewusst (*Trautmann-Voigt, Voigt 2009, 21; Bender 2014, 122*).

- **Soziale Distanz (P1-71)** ist der Abstand 120 cm - 300 cm zwischen Menschen. In dieser Kinesphäre fühlen sich die Menschen wohl. Alltägliche soziale Interaktionen mit Bekannten als auch mit Fremden sind möglich (*Trautmann-Voigt, Voigt 2009, 21; Bender 2014, 122*).

- **Persönliche Distanz (P0-72)** - die nahe persönliche Distanz beträgt 45 cm – 75 cm, die ferne persönliche Distanz ist der Abstand zwischen 75 cm und 120 cm. Es ist nicht mehr möglich, den anderen einfach so zu berühren, eine Unterhaltung ist jedoch möglich (*Trautmann-Voigt, Voigt 2009, 21; Bender 2014, 122*).

- **Öffentliche Distanz (P1-72)** - im öffentlichen Raum beträgt der Abstand von 300 cm und mehr in Bezug auf Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens sowie bei öffentlichen Anlässen wie z. B. bei einer Vorlesung. Die Interaktionen werden als unpersönlich und relativ anonym wahrgenommen (*Trautmann-Voigt, Voigt 2009, 21; Bender 2014, 122*).

3.10 Körper/Leib/Bewegungs-Part. Teil 2. Beobachtungsmerkmale und Potenziale

Im zweiten Teil des Körper/Leib/Bewegungs-Parts werden die Beobachtungsmerkmale **Blick (1)** und **Atmung (2)** zusammengefasst.

Tab. 5: Körper/Leib/Bewegungs-Part. Teil 2

Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur						
I	Körper/Leib/Bewegungs-Part					
I.2	Teil 2					
Beobachtungsmerkmale	P0	P0-Potenziale	Blick	P1-Potenziale	P1	
0	Ausgangspunkt	0	geschlossene Augen	Atmung	offene Augen	0
		1	schauen		anschauen	1
		2	sich umschauen		betrachten	2
		3	vorbeischaun		hindurchschaun	3
		4	zusammengekniffene Augen		weit aufgerissene Augen	4
		5	blinzeln		zwinkern	5
		6	kein Blickkontakt		Blickkontakt	6
		7	Blick nach oben gerichtet		Blick nach unten gerichtet	7
		8	Blick nach rechts gerichtet		Blick nach links gerichtet	8
		9	den Blick vermeidend		den Blickkontakt suchend	9
		10	den Blick abwendend		ein direkter Blickkontakt	10
		11	Blickaustausch		Blickdialog	11
		12	nach Rückversicherung suchend		ein rückversichernder Blick	12
		13	nach Bestätigung suchend		ein bestätigender Blick	13
		14	ein aufmerksamer Blick		ein unafmerksamer Blick	14
		15	ein gerichteter Blick		ein ungerichteter Blick	15
		16	ein fokussierter Blick		ein schweifender, flüchtiger, unfokussierter Blick	16
		17	ein direkter Blick		ein indirekter Blick	17
		18	ein klarer Blick		ein benommener Blick	18
		19	ein fragender Blick		ein beantwortender Blick	19
		20	ein frischer Blick		ein müder Blick	20
		21	ein lebendiger, vitaler Blick		ein erloschener Blick	21
		22	ein hoffnungsvoller Blick		ein hoffnungsloser Blick	22
		23	ein wacher Blick		ein resignierter Blick	23
		24	ein trauriger Blick		ein lustiger Blick	24
		25	ein sehnsuchtsvoller Blick		ein nachdenklicher Blick	25
		26	ein melancholischer Blick		ein verletzlicher Blick	26
		27	ein verzweifelter Blick		ein zuversichtlicher Blick	27
		28	ein wohlwollend interessierter Blick		ein gleichgültiger Blick	28
		29	ein warmer Blick		ein kalter Blick	29
		30	ein freundlicher Blick		ein unfreundlicher Blick	30
		31	ein liebevoller Blick		ein liebloser Blick	31
		32	ein lustvoller Blick		ein lustloser Blick	32
		33	ein verspielter Blick		ein frivolster Blick	33
		34	ein gutmütiger Blick		ein böswilliger Blick	34
		35	ein tröstender Blick		ein fordernder Blick	35
		36	ein tiefer Blick		ein oberflächlicher Blick	36
		37	ein beobachtender Blick		ein fixierender, starrer Blick	37
		38	ein kontrollierender Blick		ein provokativer Blick	38
		39	ein dominierender Blick		ein verächtlicher Blick	39
		40	ein überheblicher Blick		ein unterwürfiger Blick	40
		41	ein abwertender Blick		ein wertschätzender Blick	41
		42	ein vernichtender Blick		ein aufbauender Blick	42
		43	ein abweisender Blick		ein annehmender Blick	43
		44	ein sicherer Blick		ein unsicherer Blick	44
		45	ein ruhiger Blick		ein unruhiger Blick	45
		46	ein mutiger Blick		ein schüchterner Blick	46
		47	ein intensiver Blick		ein leerer Blick	47
		48	ein respektvoller Blick		ein respektloser Blick	48
		49	ein faszinierter Blick		ein gelangweilter Blick	49
		50	ein misstrauischer Blick		ein vertrauensvoller Blick	50
		51	ein wirrer Blick		ein verwirrter Blick	51
		52	ein neugieriger Blick		ein stauer Blick	52
		53	ein eifersüchtiger Blick		ein neidischer Blick	53
		54	ein gieriger Blick		ein bescheidener Blick	54
		55	ein ängstlicher Blick		ein aggressiver Blick	55
		56	ein wütender Blick		ein zorniger Blick	56
		57	ein ironischer Blick		ein skeptischer Blick	57
		58	ein strenger Blick		ein weicher Blick	58
		59	ein enttäuschter Blick		ein ermutigender Blick	59
60	ein demütiger Blick	ein gedemütigter Blick	60			
0	Ausgangspunkt	keine sichtbare/keine hörbare Atmung	2.1 Atembewegung	sichtbare/hörbare Atmung	0	
2	Atmung	1		eine rhythmische Atmung	eine arrhythmische Atmung	1
		2		eine regelmäßige Atmung	eine unregelmäßige Atmung	2
		3		ein angehaltener Atem	ein befreiender Atem	3
		4		Einatmung betont	Ausatmung betont	4
		5		ein angehaltener Atem bei der Einatmung	ein angehaltener Atem bei der Ausatmung	5
		6		ein lautes Atmen	ein leises Atmen	6
		7		ein flacher und kurzer Atem	ein tiefer und langer Atem	7
		8		eine heftige, kurze Atmung	eine aussetzende Atmung	8
		9		schmaufen	seufzen	9
		10		hauchen	hecheln	10
		11		eine erleichternde, loslassende Atmung	eine stockende Atmung	11
12	Hyperventilation	eine frei fließende Atmung	12			
			2.2 Atemausdruck			

3.10.1 Blick

„Der Mensch muss angeschaut werden, um zur Person zu werden.“ (Petzold 1995, 13)

Das Blickverhalten ist für die Entwicklung der menschlichen Kommunikation und Persönlichkeit von zentraler Bedeutung. Insbesondere für die Psychotherapie gilt dem Blick, (Blickdauer, Dauer des Augenkontaktes, Pupillengröße) und dem Blickverhalten – insbesondere den Blickdialogen, dem Erkennen, dem Spiegeln eine fundamentale Bedeutung zu (Petzold 1988n, 3; Petzold 2003, 593ff.). Als Blickkontakt bezeichnet man den wechselseitigen Blick zweier Personen, wenn dieser von beiden wahrnehmbar ist. Der Augenausdruck und die Qualität von Blicken umfassen die ganze Palette menschlicher Gefühle, sie spiegeln die emotionale Befindlichkeit wider (Hausmann, Neddermeyer 2003, 265; Leathers 2009, 70ff.; Waibel, Jakob-Krieger 2009, 49; Argyle 2013, 210).

Im zwischenmenschlichen Austausch mit einem Baby, in dem sich vieles nicht in Worte fassen lässt, entstehen Qualitäten des Einverständnisses, die der Sprache nicht bedürfen, die über sie hinausgehen. Im wechselseitigen Anschauen, einander Erkennen, wird evident, dass Sein Mit-Sein ist. Die anthropologische Grunderkenntnis wird durch die moderne Säuglings- und Kleinkindforschung in eindrücklicher Weise bestätigt. Die „gazing dialogs“ beginnen in den frühesten Lebenstagen. Die „Sprache der Blicke“ ist über die gesamte Lebensspanne hin Grundlage der wichtigsten zwischenmenschlichen Erfahrungen bis hin zu den letzten Blickdialogen in der Begleitung Sterbender (Petzold 1995, 13).

Blickverhalten und Augenausdruck

Um den Blickverhalten und den Augenausdruck zu beschreiben wurden jeweils 60 P0- und P1-Potenziale spezifiziert:

- **geschlossene Augen (P0-0)**
- **offene Augen (P1-0)**
- **schauen (P0-1)**
- **anschauen (P1-1)**
- **sich umschaun (P0-2)**
- **betrachten (P1-2)**

- vorbeischauen (P0-3)
- hindurchschauen (P1-3)
- zusammengekniffene Augen (P0-4)
- weit aufgerissene Augen (P1-4)
- blinzeln (P0-5)
- zwinkern (P1-5)
- kein Blickkontakt (P0-6)
- Blickkontakt (P1-6)
- Blick nach oben gerichtet (P0-7)
- Blick nach unten gerichtet (P1-7)
- Blick rechts unten gerichtet (P0-8)
- Blick nach links gerichtet (P1-8)
- den Blickkontakt vermeidend (P0-9)
- den Blickkontakt suchend (P1-9)
- den Blick abwendend (P0-10)
- ein direkter Blickkontakt (P1-10)
- Blickaustausch (P0-11)
- Blickdialog (P1-11)
- nach Rückversicherung suchend (P0-12)
- ein rückversichernder Blick (P1-12)
- nach Bestätigung suchend (P0-13)
- ein bestätigender Blick (P1-13)
- ein aufmerksamer Blick (P0-14)
- ein unaufmerksamer Blick (P1-14)
- ein gerichteter Blick (P0-15)
- ein ungerichteter Blick (P1-15)
- ein fokussierter Blick (P0-16)
- ein schweifender, flüchtiger, unfokussierter Blick (P1-16)
- ein direkter Blick (P0-17)
- ein indirekter Blick (P1-17)
- ein klarer Blick (P0-18)
- ein benommener Blick (P1-18)
- ein fragender Blick (P0-19)
- ein beantwortender Blick (P1-19)

- ein frischer Blick (P0-20)
- ein müder Blick (P1-20)
- ein lebendiger, vitaler Blick (P0-21)
- ein erloschener Blick (P1-21)
- ein hoffnungsvoller Blick (P0-22)
- ein hoffnungsloser Blick (P1-22)
- ein wacher Blick (P0-23)
- ein resignierter Blick (P1-23)
- ein trauriger Blick (P0-24)
- ein lustiger Blick (P1-24)
- ein sehnsuchtsvoller Blick (P0-25)
- ein nachdenklicher Blick (P1-25)
- ein melancholischer Blick (P0-26)
- ein verletzlicher Blick (P1-26)
- ein verzweifelter Blick (P0-27)
- ein zuversichtlicher Blick (P1-27)
- ein wohlwollend interessierter Blick (P0-28)
- ein gleichgültiger Blick (P1-28)
- ein warmer Blick (P0-29)
- ein kalter Blick (P1-29)
- ein freundlicher Blick (P0-30)
- ein unfreundlicher Blick (P1-30)
- ein liebevoller Blick (P0-31)
- ein liebloser Blick (P1-31)
- ein lustvoller Blick (P0-32)
- ein lustloser Blick (P1-32)
- ein verspielter Blick (P0-33)
- ein frivoler Blick (P0-33)
- ein gutmütiger Blick (P0-34)
- ein böswilliger Blick (P1-34)
- ein tröstender Blick (P0-35)
- ein fordernder Blick (P1-35)
- ein tiefer Blick (P0-36)
- ein oberflächlicher Blick (P1-36)

- ein beobachtender Blick (P0-37)
- ein fixierender, starrender Blick (P1-37)
- ein kontrollierender Blick (P0-38)
- ein provokativer Blick (P1-38)
- ein dominierender Blick (P0-39)
- ein verächtlicher Blick (P1-39)
- ein überheblicher Blick (P0-40)
- ein unterwürfiger Blick (P1-40)
- ein abwertender Blick (P0-41)
- eine wertschätzender Blick (P1-41)
- ein vernichtender Blick (P0-42)
- ein aufbauender Blick (P1-42)
- ein abweisender Blick (P0-43)
- ein annehmender Blick (P1-43)
- ein sicherer Blick (P0-44)
- ein unsicherer Blick (P1-44)
- ein ruhiger Blick (P0-45)
- ein unruhiger Blick (P1-45)
- ein mutiger Blick (P0-46)
- ein schüchterner Blick (P1-46)
- ein intensiver Blick (P0-47)
- ein leerer Blick (P1-47)
- ein respektvoller Blick (P0-48)
- ein respektloser Blick (P1-48)
- ein faszinierter Blick (P0-49)
- ein gelangweilter Blick (P1-49)
- ein misstrauischer Blick (P0-50)
- ein vertrauensvoller Blick (P1-50)
- ein wirrer Blick (P0-51)
- ein verwirrter Blick (P1-51)
- ein neugieriger Blick (P0-52)
- ein staunender Blick (P1-52)
- ein eifersüchtiger Blick (P0-53)
- ein neidischer Blick (P1-53)

- ein gieriger Blick (P0-54)
- ein bescheidener Blick (P1-54)
- ein ängstlicher Blick (P0-55)
- ein aggressiver Blick (P1-55)
- ein wütender Blick (P0-56)
- ein zorniger Blick (P1-56)
- ein ironischer Blick (P0-57)
- ein skeptischer Blick (P1-57)
- ein strenger Blick (P0-58)
- ein weicher Blick (P1-58)
- ein enttäuschter Blick (P0-59)
- ein ermutigender Blick (P1-59)
- ein demütiger Blick (P0-60)
- ein gedemütigter Blick (P1-60) (*Hausmann, Neddermeyer 2003, 265; Leathers 2009, 70ff.; Waibel, Jakob-Krieger 2009, 49; Argyle 2013, 210*).

3.10.2 Atmung

„(...) die Atmung (...) ist eine Bewegung, und zwar die erste des selbstständig in die Welt tretenden Neugeborenen, und, wie man glaubt, auch die letzte vor dem Tod. (...) Wer atmet, tut etwas, und so betrachtet man die Atmung häufig als ein unverkennbares Kriterium des Lebens.“ (Buytendijk 1956, 23)

Die Atmung ist ein vegetativer, unwillkürlich ablaufender Vorgang, der im Zusammenspiel mit Körperhaltung und individueller Bewegungsqualität immer unmittelbaren Aufschluss über die gesamte Person, das Leib-Subjekt Mensch, gibt. Die Atmung ist die Grundlage jeder Bewegungsarbeit. Eine optimale Atmung ist trotz des individuellen Rhythmus, der jedem Menschen eigen ist, von Gleichmäßigkeit, Tiefe, Fülle und Kraft gekennzeichnet (*Petzold 1988n3, 542f.*). Durch die Beobachtung der Atmung wird ermöglicht die Störungen des seelischen Gleichgewichts abzulesen. Somit bietet der Atem wichtige diagnostische Hinweise (*Höhmann-Kost 2018, 95ff.*)

Für die Beschreibung der Atmung und der Atembewegung wurden jeweils 12 P0- und P1-Potenziale benannt:

- **keine sichtbare/hörbare Atmung (P0-0)**
- **sichtbare/hörbare Atmung (P1-0)**
- **eine rhythmische Atmung (P0-1)**
- **eine arrhythmische Atmung (P1-1)**
- **eine regelmäßige Atmung (P0-2)**
- **eine unregelmäßige Atmung (P1-2)**
- **ein angehaltener Atem (P0-3)**
- **ein befreiender Atem (P1-3)**
- **die Einatmung betont (P0-4)**
- **die Ausatmung betont (P1-4)**
- **ein angehaltener Atem bei der Einatmung (P0-5)**
- **ein angehaltener Atem bei der Ausatmung (P1-5)**
- **lautes Atmen (P0-6)**
- **leises Atmen (P1-6)**
- **ein flacher und kurzer Atem (P0-7)**
- **ein tiefer und langer Atem (P1-7)**
- **eine heftige, kurze Atmung (P0-8)**
- **eine aussetzende Atmung (P1-8)**
- **schnaufen (P0-9)**
- **seufzen (P1-9)**
- **hauchen (P0-10)**
- **hecheln (P1-10)**
- **eine erleichternde, loslassende Atmung (P0-11)**
- **eine stockende Atmung (P1-11)**
- **Hyperventilation (P0-12) (ICD10-Code: R06.4)**
- **eine frei fließende Atmung (P1-12)**

3.11 Spiel/Sing/Sprecharten-Part. Beobachtungsmerkmale und Potenziale

*„Zwischen Klang und Gebärde besteht ein enger Zusammenhang.“
(Jaques-Dalcroze 1994, 191)*

Mit dem Körper fängt die Musik erst an, denn in der Musiktherapie gilt der Körper ist das primäre Instrument (Skrzypek et al. 2016).

Beim Musizieren und Improvisieren werden Stimmungen, Gefühle, Affekte und Körpergefühle durch Musikinstrumente körperlich gestaltet und musikalisch artikuliert.

*„Man sollte selbst Musik sein und den Körper als Instrument fungieren lassen“
(Priestley 198, 206).*

Der Mensch musiziert mit seinem Körper, beim Singen wird der Körper zum Musikinstrument, beim sich zur Musik Bewegen oder beim Tanzen – zum Ausdrucksinstrument (Loos 1996, Cubasch 1997; Hegi-Portmann et al. 2006, 60ff). Der Körper als ein Musikinstrument erzeugt Töne und Geräusche mit bestimmten Körperteilen wie z.B. Stimmbänder, Mund, Hände und Füße. Musik ist immer eng mit dem Körper verbunden, weil sie aus dem Körper entsteht. Eindrücke und Impulse aus der Umgebung und aus einer inneren Bewegtheit werden empfangen und durch den atmenden, pulsierenden Körper übertragen und in Rhythmen und Klangmuster verwandelt (Haselbach 1990, 84; Wärja-Danielsson 1999, 145).

In der Musiktherapie ist der Körper auch ein Klangkörper und drückt sich durch die Stimme und Klanggesten aus: die Hände klatschen und patschen auf unterschiedlichen Körperteilen, reiben sich gegenseitig, Finger schnalzen, Beine stampfen, schleifen und tippen, die Zunge schnalzt, der Mund pfeift, brummt, lallt und prustet, die Stimme haucht, summt, flüstert, spricht oder schreit. Der Begriff Klanggesten deutet auf das Besondere hin: Klang hat mit Musik zu tun und Gesten mit Bewegung. Beim Spielen mit Klanggesten bilden Musik und Bewegung eine Einheit. Der Spieler ist gleichzeitig Tänzer und sein eigenes Instrument. Dadurch werden multisensorische Erfahrungen möglich und es entsteht die „Bodymusic“ (Cubasch 1997, 58ff.). Dieser Ansatz hat viele Gemeinsamkeiten mit der Klanggesten-Arbeit. Auch hier sind Musik und Bewegung eine Einheit, und der Spieler kann sich ganzheitlich erleben. Für die Musiktherapie kann Bodymusic zusätzliche Bedeutung gewinnen, wenn es darum geht, spielend und ühend den eigenen Körper und die Körpergrenzen zu verdeutlichen, intensive kinästhetische und multisensorische Erfahrungen zu machen, die sensorische Integration zu fördern (Smeijsters 1999, 142). Mit den körpereigenen Instrumenten kann improvisiert werden. Der menschliche Körper ist durch und durch musikalisch und produziert auch innere Klänge und Rhythmen wie: Puls und Herzschlag, Stoffwechsel und

Peristaltik, Muskel- und Skelettbewegungen (Decker-Voigt 1991; Loos in Zimmer 2006, 170).

Der Spiel/Sing/Sprecharten-Part ist der zweite Part der Körper/Leib-Bewegungs-Musik-Partitur. In diesem Part werden vokale und instrumentale Ausdrucksarten beobachtet und beschrieben, die Musikinstrumente klassifiziert und die Arten des Spielens von Musikinstrumenten sowie der menschliche Körper als Musikinstrument und die Sing- und Sprecharten in den Fokus genommen. Folgende 4 Merkmale werden spezifiziert: **Sing- und Sprecharten (1), Klanggesten und musikalische Gesten (2), Spielarten von Musikinstrumenten (3), Auswahl des Musikinstrumentes (4)**. 44 binäre Potenziale ermöglichen das Beschreiben dieser Spiel-, Sing- und Sprecharten.

Tab. 6: Spiel/Sing/Sprecharten-Part

Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur								
II Spiel/Sing/Sprecharten-Part								
Beobachtungsmerkmale	P0	P0-Potenziale	Singen Sprechen	Spielen	P1-Potenziale	P1	Beobachtungsmerkmale	
0	Ausgangspunkt	0	vokales/visuelles Ausdrück	Sinnanlage	instrumentaler Ausdruck	0	Ausgangspunkt	0
		1	Sopran			1		Klopfen
		2	Mezzosopran			2		stilklopfen, beiklopfen
		3	Alt			3		blasen
		4	Countertenor			4		fröhen
		5	Tenor			5		drücken
		6	Bassbariton			6		greifen
		7	schweigen			7		anschlagen, gegenschlagen
		8	vokalisieren			8		rasseln
		9	lautisieren			9		rütteln
1	Sing- und Sprecharten	10	rufen	Singen Sprechen Gestaltungswort der Sprache	Spielarten von Musikinstrumenten	10	Spielarten von Musikinstrumenten	3
		11	krächzen, schreien			11		knitzen
		12	murmeln, brummen			12		schleppen
		13	knurren			13		schütteln
		14	schlucken			14		tippen
		15	klagen			15		ziehen
		16	raunen			16		auflegen
		17	dichten			17		ansetzen
		18	rapen			18		dämmen
		19	nachsprechen			19		gleiten
		20	nachsingen			20		klirren
		21	flüstern			21		rieseln
		22	flühen			22		ratschen
		23	summen, monoton			23		reiben
2	Klanggesten musikalische Gesten	24	jodeln	Klanggesten und musikalische Gesten	Auswahl des Musikinstrumentes	24	Musikinstrumente	4
		25	zischen			25		schrapfen
		26	hellen			26		ruhen
		27	stottern			27		streicheln
		28	krächzen			28		wischen
		29	psalmisieren			29		zupfen
		30	Narrensprache			30		mit dem Finger/den Fingern
		31	erzählen			31		mit der Hand/den Händen
		32	Redefluss			32		mit dem Fuß/den Füßen
		33	sprechen			33		mit dem Bogen
		34	singen			34		mit dem Schlägel
		35	poischen			35		mit den Sticks/Besem
		36	klatschen			36		Selbstgebaute Tonzeuge und Klangobjekte
		37	tippen			37		Idiophone
		38	schmalzen			38		Aerophone
		39	schleppen			39		Membranophone
		40	reiben			40		Tasten-Chordophone
		41	streicheln			41		Zupf-Chordophone
		42	stampfen			42		Streich-Chordophone
		43	taktieren			43		Elektrophone
		44	dingern			44		Körperinstrumente

Die in diesem Kapitel beschriebenen vokalen und instrumentalen Ausdrucksformen- und -arten können sowohl in der Aufführungspraxis Neuer Musik, als auch in der Musiktherapie beobachtet und beschrieben werden.

Ausgangspunkt (0)

Die Ausdrucksart kann

- **der vokale oder der körperliche Ausdruck (P0-0)** wie das Singen oder das Sprechen oder/und Klanggesten und musikalische Gesten oder/und
- **der instrumentale Ausdruck (P1-0)** wie das Spielen sein.

3.11.1 Sing- und Sprecharten

Höhmman-Kost bezeichnet die Sprache als „Ausdruck des Leibes“ (*Höhmman-Kost* 2018, 67). Die Voraussetzung für das gesprochene Wort ist der Leib. Der ganze Mensch formt und gestaltet die Sprache. Lippen, Zunge, Kehlkopf, Stimmbänder, Zwerchfell usw. sind die „*anatomischen, körperlichen Voraussetzungen*“ der Ton- und Sprachbildung. Klang, Tonhöhe, Kraft, Lautstärke, Rhythmik und Intensität sind Ausdruck der „*Persönlichkeit*“ des Sprechers bzw. Ausdruck seiner gefühlsmäßigen Schwingungsfähigkeit. Die Stimme ist der affektive Spiegel. Die Art und Weise wie sich die Patienten vokal ausdrücken, wie die Sprache gestalten zeigt viel über ihre momentane Stimmung, ihre Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit, ihre Bewusstheit und ist Ausdruck ihrer aktuellen Interpersonalität zwischen den Patienten untereinander und den Therapeuten/innen (*Petzold* 1988n3; *Höhmman-Kost* 2018 13).

Stimmlage (1.1)

Als Stimmlage werden in der Musik Singstimmen oder Musikinstrumente anhand ihres Tonumfangs bezeichnet. Dabei gilt der Tonumfang, der bei normaler Funktion des Stimmorgans physisch oder des Instruments physikalisch erzeugt werden kann. Die häufigsten Stimmlagen sind Sopran, Alt, Tenor und Bass, welche sich ursprünglich auf die Vokalmusik beziehen.

- **Sopran (P0-1)** - ist die hohe Frauen- oder Kinderstimme,
- **Countertenor (P0-2)** – ist die sehr hohe Männerstimme,
- **Mezzosopran (P0-3)** – ist die mittelhohe Frauenstimme,

- **Tenor (P0-4)** – ist die hohe Männerstimme,
- **Alt (P0-5)** – ist die tiefere Frauen- oder Knabenstimme,
- **Bariton/Bass (P0-6)** – ist die tiefe Männerstimme (*Schneider 1992*).

Singen, Sprechen, Gestaltungsarten der Sprache (1.2)

Der vokale Ausdruck kann in folgenden Sing- und Sprecharten beschrieben werden:

- **schweigen (P0-7)**
- **flüstern (P0-8)**
- **vokalisieren (P0-9)**
- **lautieren (P0-10)**
- **rufen (P0-11)**
- **kreischen, schreien (P0-12)**
- **murmeln, brummen (P0-13)**
- **lamentieren (P0-14)**
- **schluchzen (P0-15)**
- **klagen (P0-16)**
- **reimen (P0-17)**
- **dichten (P0-18)**
- **rappen (P0-19)**
- **nachsprechen (P0-20)**
- **nachsingen (P0-21)**
- **tönen (P0-22)**
- **summen, mormorando (P0-23)**
- **jodeln (P0-24)**
- **zischen (P0-25)**
- **lallen (P0-26)**
- **stottern (P0-27)**
- **krächzen (P0-28)**
- **psalmodieren (P0-29)**
- **Nonsenssprache (P0-30)**
- **erzählen (P0-31)**
- **Redefluss (P0-32)**
- **sprechen (P0-33)**
- **singen (P0-34)**

3.11.2 Klanggesten und musikalische Gesten

In der Musiktherapie ist der Körper auch ein Klangkörper: die Hände klatschen und patschen auf unterschiedlichen Körperteilen, reiben sich gegenseitig, Finger schnalzen, Beine stampfen, schleifen und tippen, die Zunge schnalzt, der Mund pfeift, brummt, lallt und prustet, die Stimme haucht, summt, flüstert, spricht oder schreit. Der Begriff Klanggesten deutet auf das Besondere hin: Klang hat mit Musik zu tun und Gesten mit Bewegung. Beim Spielen mit Klanggesten bilden Musik und Bewegung eine Einheit.

Definition Klanggesten

Töne, Klänge und Geräusche, welche mit Körperteilen wie dem Mund, den Händen oder den Füßen erzeugt werden, bezeichnet man als „Klanggesten“. (vgl. Haselbach 1990, 84; Wärja-Danielsson 1999, 145)

Klanggesten als präinstrumentale Ausdrucksformen bilden eine Verbindung von Bewegung und Klang, sie werden mit dem Körper erzeugt. Bei der Beschreibung der Klanggesten werden grundsätzlich Klatschen, Patschen, Stampfen und Schnalzen genannt sowie ihre zahlreiche Variationen, wie mit den Fingern tippen oder mit der Handinnenfläche die Handaußenfläche streicheln oder reiben.

Der Körper ist auch ein Musikinstrument, ein Klangkörper: die Hände klatschen und patschen auf unterschiedlichen Körperteilen, reiben sich gegenseitig, Finger schnalzen, Beine stampfen, schleifen und tippen, die Zunge schnalzt, der Mund pfeift, brummt, lallt und prustet, die Stimme haucht, summt, flüstert, singt, spricht oder schreit. Der Begriff Klanggesten deutet auf das Besondere hin: Klang hat mit Musik zu tun und Gesten mit Bewegung. Beim Spielen mit Klanggesten bilden Musik und Bewegung eine Einheit (Keller 1979, 2002; Cubasch 1997, 58ff.).

Als Klanggesten werden Töne, Klänge und Geräusche, welche mit Körperteilen wie dem Mund, den Händen oder den Füßen erzeugt werden, bezeichnet.

- Als **Patschen (P0-35)**

wird das Aufschlagen der flachen Hände auf die Oberschenkel oder andere Körperteile bezeichnet,

- **Klatschen (P0-36)**

ist das Gegeneinanderschlagen der Handinnenflächen. Eine andere Art des Klatschens ist das einseitige Schlagen der einen Hand auf die andere Hand, oder das Hohlklatschen – wenn die Handinnenflächen nach innen gewölbt sind, oder das Flachklatschen – wenn die Finger beider Hände gestreckt bleiben. Klatschen ist das Gegeneinanderschlagen der Handinnenflächen. Eine andere Art des Klatschens ist das einseitige Schlagen der einen Hand auf die andere Hand, oder das Hohlklatschen – wenn die Handinnenflächen nach innen gewölbt sind, oder das Flachklatschen – wenn die Finger beider Hände gestreckt bleiben.

- Als **Tippen (P0-37)**

ist das Fingertippen auf den Handaußenflächen oder anderen Körperteilen gemeint.

- **Schnalzen (P0-38)**

ist das Aufschlagen der Zunge gegen den Gaumen.

- Als **Schnippen (P1-39)**

wird das Schnalzen mit dem Daumen- und Mittel- oder Ringfinger bezeichnet.

- **Reiben (P1-40)**

bedeutet ein gleitendes Berühren der Hände, das deutlich stärker als das Streicheln ist.

- Beim **Streicheln (P1-41)**

können die Handinnenflächen, Handaußenflächen oder andere Körperteile sanft gleitend berührt werden.

- **Stampfen (P1-42)**

ist das betonte Aufsetzen eines Fußes neben dem anderen auf dem Boden im Sitzen und auch im Stehen (*Cubasch* 1997, 58ff.).

Als **Musikalische Gesten**

werden Bewegungen bezeichnet, die durch das Taktieren oder beim Dirigieren entstehen.

- **Taktieren (P0-43)**

In der Musik wird das festgelegte gestische Vorgeben von Taktarten als Taktieren bezeichnet. Taktieren bezieht sich auf gerade und ungerade Taktarten (*Schneider* 1992, 32).

Manchmal wird das Taktieren in der Musiktherapie von Patienten oder auch Musiktherapeuten verwendet, um durch Bewegung musikalische Strukturen körperlich zu vermitteln.

- **Dirigieren (P1-44)**

Als Dirigieren werden üblicherweise Bewegungen bezeichnet, welche ein Dirigent – zusätzlich zu Gestikulation/Taktieren und Gesichtsausdruck – verwendet, um eine Gruppe von Musikern zu motivieren, einen bestimmten musikalischen Ausdruck zu vermitteln (*Johannsen, Nakra* 2010, 264).

In der Musik wird das festgelegte gestische Vorgeben von Taktarten als Taktieren bezeichnet. Taktieren bezieht sich auf gerade und ungerade Taktarten (*Schneider* 1992, 32).

Manchmal wird das Taktieren in der Musiktherapie von Patienten oder auch Musiktherapeuten verwendet, um durch Bewegung musikalische Strukturen körperlich zu vermitteln.

3.11.3 Spielarten von Musikinstrumenten

Aus der Stille heraus, mit dem ersten Ton beginnt die Musik. Der Ton kann ein Klang oder ein Geräusch sein. Er ist das grundlegendste Element der Musik.

Timmermann schreibt dazu:

„Der Ton macht die Musik, der Stimmklang, aber auch die damit verbundene Gestik, Mimik, Körpersprache“. (Timmermann 1994, 118)

Inspiziert von der Kreativität der Patienten - insbesondere von psychotischen und schizophrenen - bei der Art der Tonerzeugung und der Handhabung der Musinstrumente und beim Umgang mit dem eigenen Körper als Klangobjekt und Musikinstrument oder dem Raum als Klangraum wird eine Tabelle erstellt, in der die Spielarten zusammengefasst werden.

Die Musikinstrumente können auf verschiedene Art – je nach Beschaffenheit - gespielt werden (*Moser* 1997, 186ff.).

Das Merkmal Spielarten erfasst folgende Möglichkeiten von instrumentalen Spiel, welche in der praktischen Arbeit beobachtet wurden zusammen:

- klopfen (P1-1)
- abklopfen, beklopfen (P1-2)
- blasen (P1-3)
- frullato (P1-4)
- drücken (P1-5)
- greifen (P1-6)
- anschlagen, gegenschlagen (P1-7)
- rasseln (P1-8)
- rattern (P1-9)
- kratzen (P1-10)
- scheppern (P1-11)
- schütteln (P1-12)
- tippen (P1-13)
- ziehen (P1-14)
- auflegen (P1-15)
- ansingen (P1-16)
- anblasen (P1-17)
- dämmen (P1-18)
- gleiten (P1-19)
- klirren (P1-20)
- rieseln (P1-21)
- ratschen (P1-22)
- reiben (P1-23)
- schrappen (P1-24)
- rühren (P1-25)
- streichen (P1-26)
- wischen (P1-27)
- zupfen (P1-28)
- mit dem Finger/den Fingern (P1-29)
- mit der Hand/den Händen (P1-30)
- mit dem Fuß/ den Füßen (P0-31)
- mit dem Bogen (P1-32)
- mit den Schlägeln (P0-33)

- mit den Sticks/Besen (P1-34)

3.11.4 Auswahl von Musikinstrumenten

Ein Musikinstrument (von lateinisch *instrumentum*, „Werkzeug“; gleichbedeutend: griechisch ὄργανον *organon*) ist ein Gegenstand, der mit dem Ziel konstruiert oder verändert wurde, Musik zu erzeugen. Im Prinzip kann jeder Gegenstand, der Töne oder auch nur Geräusche hervorbringt, als Musikinstrument dienen, jedoch wird der Ausdruck normalerweise nur für solche Gegenstände verwendet, die zu diesem Zweck hergestellt oder verändert wurden.

Die Systematik der Musikinstrumente für den Spiel/Sing/Sprecharten-Part wird an die von *Curt Sachs* verfasste Musikinstrumentensystematik angelehnt. Hierin teilt Sachs die Instrumente nach Art der Tonerzeugung ein, und infolgedessen die Musikinstrumente in folgende Gruppen: Idiophone, Aerophone, Membranophone, Chordophone und Elektrophone (*Sachs 1971; Sachs 1972; Sikorski 1975, Drobner 1997, 12; Sachs, Olędzki 2005, 436ff.*).

Dem Spiel/Sing/Sprecharten-Part werden noch zwei weitere Kategorien von Musikinstrumenten hinzugefügt:

- selbstgebaute Tonerzeuger und Klangobjekte (*Widmer 1997*) sowie
- Körperinstrumente (*Cubasch 1997, 58; Deutz, Dietrich 2005; Dosch, Timmermann 2005*).

Diese Musikinstrumente sind zusammen mit den Idiophonen, Membranophonen, Chordophonen, Aerophonen und Elektrophonen Teil der integrativen und musiktherapeutischen Praxis. Alle Musikinstrumente haben eine eigene Charakteristik (*Moser 1997, 186*) und können als Verlängerung des Körpers betrachtet werden (*Hegi 1997, 76*).

Selbstgebaute Tonerzeuger und Klangobjekte (P1-35)

bilden eine Gruppe von Musikinstrumenten, die nicht eindeutig den oben beschriebenen Instrumentengruppen zugeordnet werden können. Die Instrumente werden aus Materialien hergestellt, die ursprünglich nicht für den Musikinstrumentenbau bestimmt sind, aber durch einen kreativen Umgang mit ihnen zu reichen Klangquellen und Tonerzeugern werden können. Dazu gehören Plastikrohre, alte Schlüssel, Papierknäuel, Hupen, Holzstückchen, Steinchen,

Murmeln, Gummibändchen, Styroporschalen, Kapseln, Stäbe, Bambusstäbchen, Bohnen, Glasscherben, Plastikbecher und vieles anderes mehr - alles, was klingt (*Martini 1991; Widmer 1997*).

- **Als Idiophone (P0-36)**

(von altgriechisch ἴδιος (*ídios*) - eigen, φωνή (*phōnḗ*) - Klang, Ton) werden Musikinstrumente bezeichnet, die selbst schwingend den Klang erzeugen oder schwingungsfähige Teile enthalten. Idiophone werden auch Selbstklinger genannt, weil der Klang durch die natürliche Elastizität des Instrumentes entsteht. Idiophone bringen auf unterschiedlichste Art und Weise Töne, Klänge und Geräusche hervor (*Sachs 1971; Sachs 1972, 195; Sachs, Olędzki 2005*).

Die Idiophone haben sich aus der präinstrumentalen, körperlich gestalteten Musik heraus entwickelt, speziell aus der Musik der aneinander klatschenden Hände, gegen den Körper klatschenden und schlagenden Hände und der stampfenden Füße. Diese Gruppe der Idiophone wird Schlagidiophone genannt. Sie können in Gegenschlag-Idiophone und Aufschlag-Idiophone unterteilt werden.

Gegenschlag-Idiophone bestehen aus Paaren von gleichen Instrumenten. Jeweils ein Teil des Paares wird in einer Hand gehalten und gegeneinander – wie beim Klatschen – geschlagen. Zu den Gegenschlagidiophonen gehören z. B. Klappern, Schlagstäbe (Claves), Plattenklappern, Kastagnetten, Bin sasara und Becken (*Sachs 1971, 4ff.; Sachs, Olędzki 2005, 436*).

Zu den Aufschlag-Idiophonen gehören Triangel, Zimbeln und Schlagstabspiele wie Xylophon (Holzklinger), Metallophone – wenn das Holz durch Metallstäbe ersetzt wird, Krystallophone – wenn Glas als Stäbe eingesetzt wird (*Sachs 1971, 21ff.*) oder Lithophone - wenn die Stäbe aus Stein hergestellt sind. Ansonsten zählt Sachs Schlagplatten, Schlagröhren, Gongs, Klingsteine und Glocken als Aufschlag-Idiophone auf. Diese Gruppe bildet die Gruppe der unmittelbar geschlagenen Idiophone.

Die mittelbar geschlagene Idiophone sind Instrumente, die geschüttelt oder gerasselt werden, wie z. B. Schellenreif, Schellenbaum, Maracas, Rainmaker, Kalebasse, Sistrum oder Rasseln (*Sachs 1971, 47ff.*).

Bei den Schrap-Idiophonen wird der Klang durch das Schrappen wie beim kubanischen Guiro, Wooden Agogo, Reco-reco oder durch das Schnarren, wie bei den Ratschen oder Schnarren ausgelöst (*Sachs 1971, 55ff.*).

Bei den Zupf-Idiophonen wird der Ton durch das Zupfen erzeugt, wie bei der Kalimba, Sansa, Sansula oder Maultrommel (*Klöwer 1996, 60ff.*) Auch die Spieldose gehört hierzu (*Sachs 1971, 64*).

Schüttel-Idiophone werden bei der Tonerzeugung geschüttelt wie das Flexaton und Schlag-Idiophone angeschlagen, wie der Vibraslap (*Sachs, Olędzki 2005; Radewski, Abrashev, Gadjev 2006*).

- **Aerophone (P0-37)** (von gr. ἀήρ „Luft“ und φωνή „Klang“) werden alle Musikinstrumente genannt, bei denen der Klang durch direkte Schwingungsanregung der Luft erzeugt wird. Als Aerophone bezeichnet man Blasinstrumente oder Luftklinger: Die Tonerzeugung beruht auf einer in Schwingung versetzten Zunge bzw. Luftsäule. Je nachdem aus welchem Material die Aerophone gebaut sind, wird zwischen Holz- und Blechblasinstrumenten unterschieden. Zu den Aerophonen gehören Schwirrhölzer, Brummscheiben, Brummkreisel, Pfeifen, Flöten (Panflöten, Blockflöten, Traversflöten, Querflöten, Lotusflöten), Schalmeien, Trompeten, Klarinetten, Hörner, Mundharmonika, Okarina und Akkordeon (*Sachs 1971; Sachs, 1972; Sachs, Olędzki 2005; Radewski, Abrashev, Gadjev 2006*).

- **Membranophone (P0-38)** (von griech. Δέρμα (derma) - Haut) – nennen wir alle Instrumente, deren wesentlicher, d. h. die Tonhöhe bestimmender Klangerreger eine ausgespannte Membran – Tierhaut, Blase oder Papier – ist, gleichgültig ob diese durch Schlagen, Zupfen, Reiben oder Ansingen bewegt wird. Membranophone werden auch Fellklinger genannt, weil die Tonerzeugung durch die Vibration eines schwingendes Fells oder einer angespannten Membran entsteht (*Sachs 1971; Sachs 1972, 258; Sikorski 1975; Klöwer 1996, 26; Sachs, Olędzki 2005*).

Zu den Membranophonen gehören:

- unmittelbar geschlagene Trommeln wie Kesseltrommeln, Schellentrommeln oder Pauken (*Sachs 1971, 82ff.*),
- Reibtrommeln wie der Waldteufel oder die Springdrum (*Sachs 1971, 116ff.*),
- Handtrommeln: Djembe, Cajon, Conga, Darabuka, Cuica, Bongos, Wood Drum, Udu, Zupftrommel, Frame Drum, Riq, Oceandrum, Crashbox,
- Stocktrommeln: Schlitztrommel, Tambourin, Tischtrommel, Talkingdrum, Steeldrum (*Sachs 1971; Sachs 1972; Klöwer 1996, 29ff.; Sachs, Olędzki 2005; Radewski, Abrashev, Gadjev 2006*).

Chordophone oder Saiteninstrumente (griechisch χορδή (chordē) – Saite, (φωνή) phōnē - Stimme, Klang) nennen wir alle Instrumente, deren wesentlicher Klangerreger ausgespannte Saiten sind. Je nach der Art und Weise der Tonerzeugung werden Chordophone in drei Gruppen aufgeteilt: in Zupf-, Streich- und Tasten-Chordophone (*Sachs 1971; Sachs 1972; Sikorski 1975, 12; Sachs, Olędzki 2005, 444; Radewski, Abrashev, Gadjev 2006*).

- **Tasten-Chordophone (P1-39)**

Zu den Tasten-Chordophonen zählen das Klavier und der Flügel, weil die Saiten in den Instrumenten durch das Drücken einer Taste in Bewegungen versetzt werden.

- **Zupf-Chordophone (P1-40)**

Zu den Zupf-Chordophonen gehören Leier, Zither, Kantele, Psalterium, Gitarre, Laute, Mandoline, Ukulele, Monochord, Koto, Theorbe, Harfe, Banjo und Sitar. Der Ton entsteht durch das Zupfen der Saiten: mit den Fingern oder mit dem Plektrum.

- **Streich-Chordophone (P1-41)**

Zu den Streich-Chordophonen zählen Rebab, Geige, Bratsche, Cello und Kontrabass, die mit einem Bogen gestrichen werden.

- **Elektrophone (P1-42)**

(von gr. ἀήρ „Luft“ und φωνή „Klang“) werden alle Musikinstrumente genannt, bei denen der Klang durch elektrische Schwingungen erzeugt wird. Elektrophone gehören zu den am meisten charakteristischen Musikinstrumenten des 20. Jahrhunderts. In den elektronischen Instrumenten werden mechanische Vibrationen durch elektrische Vibrationen ersetzt (*Sachs, Olędzki 2005*). Zu den in der musiktherapeutischen Praxis verwendeten Elektrophenen gehören Elektrogitarren, elektrische Klaviere, Keyboards oder Synthesizer.

- **Als Körperinstrumente (P1-43)**

werden alle Musikinstrumente bezeichnet, die von den Therapeuten auf den Körper oder neben den Körper der Patienten/Klienten gelegt und gespielt werden, dazu gehören u. a. die Körpertambura, das Monochord oder die Klangschale (*Deutz, Ditrich 2005; Dosch, Timmermann 2005*).

- **Raum als Klangraum (P1-44)**

in der Therapie kommt es vor, dass der Raum (der Musiktherapie-Raum oder andere Räume in der Einrichtung, Praxis, Klinik etc.) als Klangräume benutzt werden in dem die Wände mit Schlägeln abgeklopft werden, oder die Stühle oder andere Gegenstände im Raum als klingende Objekte verwendet werden.

3.12 Musik-Part

Integrative Musiktherapie bezieht sich als eine kunsttherapeutische Therapie auf die Theorie der Integrativen Therapie, in der die Leiblichkeit des Menschen von zentraler Bedeutung ist. Der Mensch wird integrativ in all seinen kulturhistorischen und soziokulturell geprägten Lebenswirklichkeiten wahrgenommen und behandelt (*Petzold* 2003a). Da sich die Integrative Musiktherapie ebenfalls als eine Arbeit „vom Leibe aus“ versteht (*Frohne-Hagemann* 1996b; *Frohne-Hagemann, Pleß-Adamczyk* 2005), spielt das Spüren, Fühlen und Ordnen von leiblichen Wahrnehmungen eine wichtige Rolle. Im musiktherapeutischen Vorgehen ist besonders die Arbeit mit so genannten Resonanzen wichtig (*Frohne-Hagemann* 1996b, 2001). Die Integrative Musiktherapie vereint im therapeutischen Vorgehen auch Techniken anderer kreativer Therapien wie Kunst-, Bewegungs-, Leib,- und Poesietherapie.

IMT geht von einer leibzentrierten Anthropologie aus, die den "Leib", d.h. den Menschen in seiner unauflöslichen Verbindung mit seinem Umfeld, sowie das leibliche Vermögen des Wahrnehmens, Erinnerns und Speicherns, des Fühlens, Denkens, Handelns und des expressiven Schaffens zu entwickeln und auszubilden sucht. Der Leib ist ein Produkt von Kreativität. Kreativität entfaltet sich über eine "kreative Spirale" (*Petzold, Sieper* 1996) im Sinne des "Rhythmischen Prinzips" (*Frohne* 1981; *Frohne-Hagemann* 2001b, 98f.; 2009).

Der breit angelegte psychotherapeutische Ansatz der Integrativen Therapie überzeugte *Frohne-Hagemann* insbesondere mit dem Konzept des Leib-Subjekts, der Mehrperspektivität und dem multimedialen Vorgehen in der Therapie, mit seinen vier Wegen der Heilung - ferner die intermediale Arbeit mit den verschiedenen Künsten sowie die anthropologische und sozialökologische Sichtweise des schöpferischen, ko-kreativen Menschen (*Frohne-Hagemann* 2001b).

Der Aspekt der Leiblichkeit hat Konsequenzen für die Integrative Musiktherapie, in dem eine Bewusstheit für die Gleichsetzung Leib und Person entsteht, auf deren Grundlage Musik als das Phänomen erscheint, welches sowohl die körperliche als auch die seelische Ebene berücksichtigt.

3.12.1 Der Musik-Begriff in der Integrativen Musiktherapie

Frohne-Hagemann beschreibt Musik

„als kulturelles und soziales Ereignis sowie als emotionales Geschehen“, das die Möglichkeit bietet „die leibzentrierte Identitätsarbeit (Leib: Körper, Seele, Geist im biopsychosozialen Kontext und historisch-kulturellem Kontinuum) auf den verschiedenen Wegen der Heilung und Förderung auf vielfältig kreative Weise zu unterstützen.“ (Frohne-Hagemann 2001a, 261).

Das Konzept der Leiblichkeit kann Musikbegriffen eine solide Basis geben (*Frohne-Hagemann 2001a, 261*) Die Integrative Musiktherapie rückt das Leib-Sein des Menschen in den Mittelpunkt.

Frohne-Hagemann meint, dass die Einbeziehung von Bewegungs- und Körperarbeit gute Dienste leisten kann weil die Musik immer flüchtig und unsichtbar bleibt. Dabei sollten aber die PatientInnen und die KlientInnen nicht nur akustisch in Erscheinung treten, sondern auch körperlich sichtbar werden: „Solche Arbeit kann von Übungsangeboten ausgehen nach Gesichtspunkten wie: was fühle ich wie und wie in meinem Körper, welche Gefühle lösen gehörte Musiken aus und wo nehme ich sie wie in meinem Körper wahr, kann ich Gefühle, Verhaltensweisen, Einstellungen, Vorstellungen usw. körperlich ausdrücken in Form z. B. von Pantomimen, die von der Gruppe musikalisch gespiegelt werden, kann ich meine musikalischen Vorstellungen einer Gruppe zu dirigieren durch Mimik, Gestik und Körpersprache" (*Frohne-Hagemann 2001a, 106*).

3.12.2 Der Musikbegriff im Musik-Part

In der ursprünglichen Version der Körper-Bewegungs-Musik-Partitur, aus dem Standpunkt meiner damaligen Position, habe ich den altgriechischen Musik-Begriff ***musiké*** als Grundlage meiner leib-musiktherapeutischen Arbeit gewählt (*Skrzypek 2019, 185*).

Musiké (*Chomiński, Lissa 1957*) ist eine Beschreibung der Musik der alten Griechen, den *Carl Orff* (*Orff, C. 1967*) in seinem *Orff-Schulwerk* aufgegriffen und den *Gertrud Orff* (*Orff, G. 1974*) in die Musiktherapie eingeführt hat. Ursprünglich wurden folgende musikalischen Betätigungen von »musiké« bezeichnet: »singen«, »singen und tanzen« und »auf der Kitharis spielen«. In der Frühzeit hingen Vers, Musik und Tanz aufs engste zusammen, es gab keinen Begriff, der nur »Musik« meinte.

Sprache, Musik und Bewegung verbunden galten als eine »einigende Kraft« (Orff 1976, 17):

„Musik begriffen als **musiké** ist eine synkretische Kunst, die eine Einheit von Klang, Tanz, Wort in der szenischen Darstellung dieser Elemente bildet und Musik in einem umfassenden Sinn definiert (Chomiński, Lissa 1957, 15; Orff, C. 1976, 17; Orff, G. 1974, 9; Schumacher 1994, 146; Timmermann 1994, 102; Loos in Zimmer 2006, 271; Skrzypek 2019, 185).

Musiké verleiht allgemeiner musischer Betätigung des Menschen, die verschiedene Künste vereint, eine weitreichende Grundlage: Dem Begriff Klang entspricht Melos und die Fülle musikalischer Elemente, die seine Qualitäten und Eigenschaften ausmachen, der Tanz integriert Bewegung, Mimik und Gestik im körperlichen Ausdruck, das Wort findet Ausdruck in der Sprache, dem Sprechgesang und dem Singen. Die Vielfalt von *musiké* ermöglicht das Erschließen verschiedener Ausdrucksmöglichkeiten des Menschen und neue Zugangskanäle und -weisen. Als *musiké* begriffene Musik wirkt wirksamer, wenn sie in ein Beziehungsgeschehen eingebettet wird von denjenigen, die am therapeutischen und musikalischen Prozess beteiligt sind (Orff G. 1974, 9; Orff C. 1976, 17; Schumacher 1994, 146; 1999, 6; Timmermann 1994, 17f; Kugler 2000, 163).

Für die leib-musiktherapeutische Arbeit habe ich den Begriff übernommen und erweitert: In einer leib-musiktherapeutischen Arbeitsweise werden körperlich-musikalische **Ausdrucksformen** wie Spielen, Singen, Sprechen, Tanzen, sich zu Musik bewegen, den Körper als Musikinstrument zu nutzen, szenisches Spielen und Darstellen gleichzeitig als **Interventionsformen, und -techniken** angewendet. Aus meiner gegenwärtigen Position - und **Positionen** sind „Standpunkt auf Zeit“, die noch in Arbeit und noch nicht endgültig entschieden sind, wie *Petzold, Orth* und *Sieper* es zusammenfassen (*Petzold, Orth, Sieper* 2020, 140) – definiere ich den Musik-Begriff und das Verständnis von Musik neu und wähle diese als grundlegende Musik-Definition für die Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur und meine leib-musiktherapeutische Arbeit:

Musik ist menschlicher Ausdruck und kreatives Medium zugleich. Sie ist der subjektive emotionale Ausdruck und gleichzeitig der subjektive emotionale Eindruck im Sinne von Qualia. Der Ausdruck und Eindruck bedingen einander. Sie wird durch den materiellen Körper, durch und in der Bewegung des Körpers durch den Leib-Subjekt körperlich, als instrumentale (musica instrumentalis) oder vokale (musica

vocalis) oder als körperliche (Klanggesten, musikalische Gesten) (in Summe aller musikalischer Ausdrucksformen die „musica humana“) menschliche Äußerung und Handlung im Kontext/Kontinuum kreiert. Die Musik kann, je nach Kontext, von Menschen als einzelnen, in Gruppen und in intersubjektiven und ko-kreativen Prozessen gestaltet werden.

Musik ist objektivierbar: musikalische Elemente/Phänomene wie Rhythmus, Metrum, Takt, Melodie, Klang, Dynamik, Tempo und Agogik, Artikulation und Phrasierung, Tonalität, Harmonie und Form können analysiert und beschrieben werden. Die Beobachtung, Analyse und Beschreibung musikalischer Elemente/Phänomene, die als diagnostische Merkmale und Potenziale verwendet werden, ermöglicht die Erstellung von leib-musikalischer Diagnostik, einer Form kreativer Diagnostik in der Integrativen Therapie und die Planung und Durchführung theragnostischer Prozesse.

3.12.3 Musik-Part. Beobachtungsmerkmale und Potenziale

Der Musik-Part der dritte Part der KLBMP und beschäftigt sich mit der Beschreibung improvisierter vokaler und/oder instrumentaler Musik in der musiktherapeutischen Behandlung.

Die theoretischen Grundlagen des Musik-Parts beziehen sich auf die musikwissenschaftlichen Theorien zur Musik der polnischen Musikwissenschaftlerin *Zofia Lissa* und des Musikwissenschaftlers *Józef Chomiński* (Lissa 1953; Lissa, Lindstedt 2007) sowie des Musikers und Musiktheoretikers *Franciszek Wesolowski* (2004).

Es werden folgende 8 Beobachtungsmerkmale spezifiziert: **Rhythmus, Metrum und Takt (1), Melodie (2), Klang (3), Dynamik (4), Tempo und Agogik (5), Artikulation und Phrasierung (6), Tonalität und Harmonie (7) und Form (8)**. Aus diesen 8 Beobachtungsmerkmalen wurden 44 binäre Potenziale generiert.

Tab. 7: Musik-Part

Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur								
III	Musik-Part							
Beobachtungsmerkmale	P0	P0-Potenziale	Musik	P1-Potenziale	P1			
0	Ausgangspunkt	0	keine hörbare Musik	hörbare Musik	0			
1	Rhythmus Metrum Takt	1	arrhythmisch/prärhythmisch	Rhythmische Zeitgliederung	rhythmisches Motiv	1		
		2	einfacher Rhythmus		polyrhythmisch	2		
		3	Pause/Fermate/Stille		Synkope	3		
		4	ametrisch, unregelmäßig, wechselhaft		metrisch, regelmäßig pulsierend	4		
		5	einfache Taktarten		zusammengesetzte Taktarten	5		
2	Melodie	6	prämelodisch	Melodieentwicklung	melodisches Thema	6		
		7	melodisches Motiv	Melodische Formbildung	Kontrastmotiv	7		
		8	Sequenz/Phrase		Satz	8		
		9	Tonsprünge	Verlauf melodischer Linie	Tonschritte	9		
		10	Aufwärtsbewegung/Frage		Abwärtsbewegung/Antwort	10		
		11	Tonrepetition	Umfang melodischer Linie	Ambitus	11		
		12	Diminution	Klangqualitäten	Augmentation	12		
		13	warm, resonanzvoll, umhüllend		kalt, trocken, abweisend	13		
		14	süß, lieblich		betrübt, bitter	14		
		15	sanft, zärtlich, mild		schrill, scharf, grob	15		
16	leidenschaftlich, glühend	zitternd, vibrierend	16					
17	phantasievoll	langweilig, gelangweilt	17					
18	frivol, kokett, lustvoll	leer, starr, rigide	18					
19	lebendig, vital, voluminös	dunkel, dumpf, düster	19					
20	hell, strahlend, lustig	traurig, schwach, resigniert	20					
21	leicht, beschwingt, beweglich	schwer, schwermütig, melancholisch	21					
3	Klang	22	heiter, hoffnungsvoll	sehnsüchtig, wehmütig	22			
		23	tröstlich, beruhigend	schmerzvoll, klagend, kummervoll	23			
		24	standhaft, konstant	beliebig, gleichgültig	24			
		25	flüchtig, unsicher, schüchtern	betont, hervorgehoben	25			
		26	unbestimmt, unterdrückt	pompös, pathetisch	26			
		27	ängstlich, zittrig	impulsiv, aggressiv, explosiv, kämpferisch	27			
		4	Dynamik	28	sehr leise	niedrige Intensität	leise, mittelleise	28
				29	sehr laut	hohe Intensität	mittellaut, laut	29
				30	lauter werdend	Übergänge zwischen den Intensitätsgraden	leiser werdend	30
		5	Tempo Agogik	31	sehr langsam, gedehnt	Geschwindigkeitsmodi	gemäßigt, moderato	31
32	sehr schnell			rasch, lebhaft	32			
6	Artikulation Phrasierung	33	schneller werdend	Übergänge zwischen den Tempi	langsamer werdend	33		
		34	staccato		legato	34		
		35	portato	Arten der Tonverbindung	portamento oder glissando	35		
		36	akzentuiert, betont, abrupt		Phrasenbildung	gehalten, beständig fließend	36	
7	Tonalität Harmonie	37	atonal/chromatisch	Tonskala	tonal: Dur oder Moll	37		
		38	Pentatonik		Blues	38		
		39	Konsonanzen	Art der Intervallbildung	Dissonanzen	39		
		40	Homophonie	Art der Stimmführung	Polyphonie	40		
8	Form	41	Ostinato	Organisation formaler Strukturelemente	Kanon	41		
		42	Imitation		Kontrapunkt	42		
		43	Kinderlied	Formbildung	Lied	43		
		44	gebundene Improvisation		freie Improvisation	44		

3.12.1.1 Rhythmus, Metrum, Takt

Rhythmus (griech. *rhythμός*) ist ein regulativer Faktor, der die Abfolge von Tönen in einem Musikstück zeitlich reguliert und in bestimmte Gruppierungen organisiert (Lissa, Lindstedt 2007, 19; Wesolowski 2011, 23).

Als **Takt** wird ein durch Taktstriche markierter Bereich eines Musikstückes genannt, der eine bestimmte Summe von Noten- und Pausenwerte beinhaltet. Takte

als Gliederung eines Musikstückes ordnen den Ausdruck regulärer Gruppierungen von akzentuierten und nicht akzentuierten Noten. Die Taktarten werden in einfache oder zusammengesetzte Taktarten aufgeteilt (*Schneider 1992, 25; Lissa, Lindstedt 2007, 19; Wesolowski 2011, 23*).

Metrum (griech. métron) ist ein ordnender Faktor, der rhythmische Gruppierungen mit Hilfe von regelmäßig wiederkehrenden metrischen Akzenten ordnet. Metrische Akzente betonen die Töne, die in einer durch Betonungen definierten Position im Verhältnis zu den benachbarten Tönen stehen und unterstützen den Rhythmusverlauf (*Wesolowski 2011, 35*).

Rhythmische Zeitgliederung:

- Arrhythmisch/prärrhythmisch (P0-1)

bedeutet die Unfähigkeit, rhythmisch zu spielen oder zu singen. Das Spiel ist entweder zu schnell oder verzögert, es kann nicht beschleunigt oder verlangsamt werden, es ist ruckartig, wo es fließend sein soll oder umgekehrt, es wird zu spät oder zu früh begonnen oder beendet. Es findet eine rhythmische Unordnung statt. Eine rhythmische Ordnung ist nicht erkennbar.

„Prärrhythmisch“ ist ein Begriff, den *Gertrud Orff* geprägt hat und bedeutet „*meist keine feste Taktform, aber ein rhythmischer Fluß. Typisch für das Instrumentalspiel des Kleinkindes. (...) Das prärrhythmische Spielen auf Trommeln, Triangel etc. aber auch auf melodischen Stabspielen hat Kleinformen, typisch dabei die Fermate und das Neubeginnen*“ (*Orff G. 1984, 43*). Prärrhythmisches Spielen erlebt man oft im Spiel schizophrener Patienten.

- Ein rhythmisches Motiv (P1-1)

ist ein Begriff aus der musikalischen Formenlehre und bedeutet die Abfolge von verschieden langen Tönen, die die grundlegendste rhythmische Einheit bilden (*Lissa, Lindstedt 2007, 117*).

- Der Rhythmus ist einfach (P0-2),

wenn er eine klare Struktur hat, von kurzer Dauer und leicht wiederholbar ist.

- Polyrhythmie (P1-2)

entsteht, wenn in einem Musikstück oder während einer Improvisation jede Stimme oder jeder Spielende seinen eigenen Rhythmus beibehält und fortsetzt (*Lissa, Lindstedt 2007, 151*).

- **Pause/Fermate/Stille (P0-3)**

bedeuten Stille in der Musik. In der Regel entsprechen die Pausenwerte den Notenwerten. Eine besondere Funktion hat die Fermate, weil sie das Innehalten des Spielenden bei einer musikalischen Darbietung bedeutet (*Lissa, Lindstedt 2007, 146, Wesolowski 2011, 25*).

- Die **Synkope (P1-3)**

ist ein musikalisches Gestaltungsmittel und meint die Verschiebung der Betonung vom starken Taktteil auf einen schwachen Taktteil, womit unbetonte Taktteile betont werden (*Lissa, Lindstedt 2007, 169; Wesolowski 2011, 59*).

- **Ametrisch, unregelmäßig, wechselhaft (P0-4)**

ist das Gegenteil von metrisch. Der durchgehende Puls ist nicht konstant. Er ist brüchig und wechselhaft. Die Musik scheint keine metrische Struktur zu haben.

- Als **metrisch, regelmäßig pulsierend (P1-4)**

werden Musikstücke oder Improvisationen bezeichnet, die durch einen durchgehenden Puls – Beat oder Groove – bestimmt sind. Der Zuhörer hat den Eindruck, dass ein konstanter, regelmäßiger Puls die Musik durchströmt (*Wesolowski 2011, 35*).

- Als **einfache Taktarten (P0-5)**

werden Takte genannt, die nur eine metrische Gruppierung beinhalten: der Zweier-Takt oder der Dreier-Takt (*Lissa, Lindstedt 2007, 154*).

Takte, die mehrere metrische Gruppierungen beinhalten, werden als

- **zusammengesetzte Taktarten (P1-5)** bezeichnet (*Lissa, Lindstedt 2007, 154*).

3.12.3.2 Melodie

Melodie ist eine Abfolge von unterschiedlich hohen und tiefen Tönen, die eine spezifische Linie bilden. Die melodische Linie wird durch Rhythmus und Metrum strukturiert. Die Struktur einer Melodie wird durch die Entwicklung und Bildung der

melodischen Linie und durch formale und rhythmisch-metrische Elemente bestimmt (Lissa, Lindstedt 2007, 19; Wesółowski 2011, 23).

Melodieentwicklung:

- Prämelodisch (P0-6)

ist ein Begriff, den Gertrud Orff in die Musiktherapie eingeführt hat und bedeutet „eine Ausdrucksweise in Tönen, ohne daß eine Melodie (im bekannten Sinn) erkennbar wird oder wiederholbar wäre. (...) Es sind Impulsbewegungen gegen eine melodische Fläche, die prämelodisches Spiel ergeben.“ (Orff G. 1984, 46).

- Als melodisches Thema (P1-6)

ist das individuelle melodische Thema des Spielenden gemeint, das sich aus dem prämelodischen Spiel herauskristallisiert.

Melodische Formbildung (2.2):

- Ein melodisches Motiv (P0-7)

ist die kleinste musikalische Einheit. Während ein rhythmisches Motiv lediglich aus einem kurzen Rhythmus besteht, wird ein melodisches Motiv aus Rhythmus und Melodie konstruiert. Ein Motiv kann aus einem Ton und einer Pause oder aus mindestens zwei Tönen bestehen (Lissa, Lindstedt 2007, 118).

- Ein Kontrastmotiv (P1-7)

ist ein Motiv, das im Gegensatz also im Kontrast zu seinem vorausgebildeten Motiv steht (Lissa, Lindstedt 2007, 118).

- Eine melodische Sequenz/Phrase (P0-8)

ist eine musikalische formale Einheit, die aus mehreren Motiven gebildet wird. Ähnlich wie in der Sprache verhält es sich in der Musik: Aus Buchstaben werden Worte gebildet, aus Worten – Sätze: Hauptsätze und Nebensätze, aus Sätzen ganze Erzählungen.

- Ein Satz (P1-8)

ist ebenfalls ein formaler struktureller Musikbestandteil, der aus mehreren Sequenzen gebildet wird (Swolkieñ 1975; Wesółowski 2011, 168).

Verlauf der melodischen Linie:

- Sprünge (P0-9)

entstehen, wenn eine Melodie aus Intervallen gebildet wird, die nicht in Intervall-Schritten nacheinander folgen.

- Als **Schritte (P1-9)**

werden nacheinander folgende Töne einer Melodie bezeichnet.

- Eine **Aufwärtsbewegung/Frage (P0-10)**

ist ein formales melodisches Merkmal, wie eine einfache Liedform. Die Aufwärtsbewegung in einer Melodie bildet eine melodische Frage, meistens den ersten Satz eines Liedes (*Hempel 2001, 215*).

- Eine **Abwärtsbewegung/Antwort (P1-10)**

ist ebenfalls ein formales melodisches Merkmal und entspricht ebenfalls der einfachen Liedform. Die Abwärtsbewegung in einer Melodie bildet eine melodische Antwort, meist den zweiten Satz eines Liedes (*Hempel 2001, 215*).

Umfang melodischer Linie:

- **Tonrepetition (P0-11)**

meint das Repetieren desselben Tones bei der Bildung und dem Verlauf der melodischen Linie.

- Als **Ambitus (P1-11)**

oder Tonumfang wird die Spannweite zwischen dem höchsten und dem tiefsten Ton eines melodischen Verlaufs bezeichnet (*Lissa, Lindstedt 2007, 125*).

Zeitliches Merkmal:

- **Diminution (P0-12)**

ist eine Imitationstechnik. Diminution meint eine Verkleinerung von Notenwerten (z. B. von halben Noten zu Viertelnoten). So ist es beispielsweise möglich, dass ein musikalisches Thema im Verlauf eines Stückes auch einmal in diminuiert Form, in kürzeren Notenwerten, und damit schneller erklingt. Werden Notenwerte hingegen vergrößert, spricht man von Augmentation (*Lissa, Lindstedt 2007, 260*).

- **Augmentation (P1-12)**

ist ebenfalls eine Imitationstechnik. Wenn ein musikalisches Thema im Verlauf eines Stückes langsamer erklingen, werden Notenwerte vergrößert, dann spricht man von Augmentation (*Lissa, Lindstedt 2007, 260*).

3.12.3.3 Klang

Mit Klang wird Schall bezeichnet, der in eine musikalische Komposition aufgenommen ist bzw. der als Musik empfunden wird. Er wird gebildet aus einem Ton, aus einem Geräusch oder aus einer beliebigen Komposition aus diesen

Bestandteilen. Der Klang ist ein musikalisches Element, das am intensivsten mit Gefühlen, Affekten, Emotionen und Stimmungen in Verbindung gebracht wird (*Hegi* 1997, 75; *Schaper* 2000, 12; *Loos in Zimmer* 2006, 272ff.).

Für die Beschreibung der Klangqualitäten und ihrer Verbindung mit Gefühlen werden folgende Gefühlszustände ausgewählt: Freude, Glück, Hoffnung und Trost, Angst, Frust und Hoffnungslosigkeit, Unzufriedenheit und Ohnmacht, Schuld und Scham, Gleichgültigkeit und Ärger, Wut sowie Einsamkeit und Trauer.

Klangqualitäten:

- **warm, resonanzvoll, umhüllend (P0-13)**
- **kalt, trocken, abweisend (P1-13)**
- **süß, lieblich (P0-14)**
- **betrübt, bitter (P1-14)**
- **sanft, zärtlich, mild (P0-15)**
- **schrill, scharf, grob (P1-15)**
- **leidenschaftlich, glühend (P0-16)**
- **zitternd, vibrierend (P1-16)**
- **phantasievoll (P0-17)**
- **langweilig, gelangweilt (P1-17)**
- **frivol, kokett, lustvoll (P0-18)**
- **leer, starr, rigide (P1-18)**
- **lebendig vital, voluminös (P0-19)**
- **dunkel, dumpf, düster (P1-19)**
- **hell, strahlend, lustig (P0-20)**
- **traurig, schwach, resigniert (P1-20)**
- **leicht, beschwingt, beweglich (P0-21)**
- **schwer, schwermütig, melancholisch (P1-21)**
- **heiter, hoffnungsvoll (P0-22)**
- **sehnsüchtig, wehmütig (P1-22)**
- **tröstlich, beruhigend (P0-23)**
- **schmerzvoll, klagend, kummervoll (P1-23)**
- **standhaft, konstant (P0-24)**
- **beliebig, gleichgültig (P1-24)**
- **flüchtig, unsicher, schüchtern (P0-25)**
- **betont, hervorgehoben (P1-25)**

- **unbestimmt, unsicher (P0-26)**
- **pompös, pathetisch (P1-26)**
- **ängstlich, zittrig (P0-27)**
- **impulsiv, aggressiv, explosiv, kämpferisch (P1-27)**

3.12.3.4 Dynamik

Dynamik ist ein musikalisches Gestaltungselement und bezieht sich auf die Lautstärke und Lautstärkeveränderungen. Sie hängt mit dem Spannungsaufbau, -wechsel und –abbau einer musikalischen Darbietung zusammen. Der dynamische Spannungsaufbau oder –abbau kann allmählich oder abrupt erfolgen. Die Spannung kann schnell entstehen und sich langsam wieder lösen. Alle Varianten von dynamischen Spannungszuständen sind in der Musik möglich. Die Dynamik hängt mit dem energetischen Niveau und dem Gefühlszustand des Spielenden zusammen (*Lissa, Lindstedt 2007, 188; Wesolowski 2011, 79*).

Niedrige Intensität:

- Unter **sehr leise (P0-28)** oder **mittelleise (P1-28)**

sind Lautstärkegrade oder dynamische Intensitätsgrade gemeint, die sich durch niedrige Intensität kennzeichnen. In den Potenzialen sehr leise bis mittelleise sind folgende dynamische Bezeichnungen inbegriffen (*Lissa, Lindstedt 2007, 189; Wesolowski 2011, 79*).

Hohe Intensität (4.2):

- **Sehr laut (P0-29)** oder **mittellaut (P1-29)**

bezieht sich auf die dynamische Intensität. Mit sehr laut oder mittellaut sind Lautstärkegrade gemeint. In den Potenzialen sehr laut sind folgende Bezeichnungen für die dynamische Ausdrucksweise inbegriffen (*Lissa, Lindstedt 2007, 189; Wesolowski 2011, 79*).

Übergänge zwischen den Intensitätsgraden:

- **Lauter werden (P0-30)** oder **leiser werdend (P1-30)**

betrifft die Übergänge zwischen den dynamischen Intensitätsgraden.

Lautstärkeverläufe werden in der Musiktheorie mit italienischen Bezeichnungen oder mit sich öffnenden bzw. schließenden Klammern bezeichnet. Crescendo heißt lauter

werdend und decrescendo/diminuendo - leiser werdend (*Lissa, Lindstedt 2007, 189; Wesolowski 2011, 79*).

3.12.3.5 Tempo und Agogik

Tempo bedeutet Zeitmaß oder die Geschwindigkeit, in der ein Musikstück dargeboten wird (*Lissa, Lindstedt 2007, 180ff.; Wesolowski 2011, 75ff.*).

Geschwindigkeitsmodi:

- Unter den Begriffen **sehr langsam, gedehnt (P0-31) oder gemäßigt, moderato (P1-31)**

sind Geschwindigkeitstypen gemeint, die zu den langsamen bis mittleren Tempi gehören (*Lissa, Lindstedt 2007, 180ff.; Wesolowski 2011, 75ff.*).

Unter den Potenzial-Begriffen

- **sehr schnell (P0-32) oder lebhaft, rasch (P1-32)** sind Tempi subsumiert, welche sich durch eine hohe Geschwindigkeit abzeichnen (*Lissa, Lindstedt 2007, 180ff.; Wesolowski 2011, 75ff.*).

Agogik bezieht sich auf alle Tempoveränderungen innerhalb eines Musikstückes. Sie entfaltet ihre Wirkung, wenn sie mit Dynamik gekoppelt wird (*Lissa, Lindstedt 2007, 145; Wesolowski 2011, 75*).

Übergänge zwischen den Tempi:

- Die Begriffe **schneller werdend (P0-33) und langsamer werdend (P1-33)** beziehen sich auf die Tempoveränderungen in der Musik (*Lissa, Lindstedt 2007, 181ff., Wesolowski 2011, 75ff.*).

3.12.3.6 Artikulation und Phrasierung

Artikulation ist die Art der Verbindung der Töne untereinander. Erst durch die Artikulation bekommt die melodische Linie eine vollkommen plastische Gestalt (*Lissa, Lindstedt 2007, 184; Wesolowski 2011, 148*).

Arten der Tonverbindung:

- **Staccato (P0-34) und legato (P1-34)**

sind Artikulationsarten und beziehen sich auf die Art von Verbindung der Töne miteinander. Staccato bedeutet, dass die Töne sehr kurz angespielt werden. Legato heißt, dass die Töne miteinander verbunden werden. Staccato wird durch Punkte und legato wird durch Bögen markiert (*Lissa, Lindstedt 2007, 184; Wesolowski 2011, 149*).

- **Portato (P0-35)**

ist eine Artikulationsart, die zwischen staccato und legato angesiedelt ist. Portato bedeutet, dass die Töne getrennt, voneinander abgesetzt gespielt werden.

- **Portamento (P1-35)**

bedeutet einen fließenden, gleitenden Übergang von einem zum anderen Ton durch die Reihe der zwischen den Tönen liegenden Nachbarstöne. Das Gleiten wird als „glissando“ bezeichnet.

Phrasierung ist eine Gliederung von bestimmten musikalischen Motiven oder Phrasen in eine musikalisch sinnvolle Einheit innerhalb eines Musikstückes. Phrasierung hängt mit der Interpretation eines Musikstückes zusammen. Die Phrasen werden durch Bögen markiert, wie bei der Markierung der Artikulationstechnik „legato“. Die Phrasierungsbögen haben jedoch eine andere Funktion (*Lissa, Lindstedt 2007, 185; Wesolowski 2011, 148*).

Phrasenbildung

Phrasierung ist eine Gliederung von bestimmten musikalischen Motiven oder Phrasen in eine musikalisch sinnvolle Einheit innerhalb eines Musikstückes. (*Lissa, Lindstedt 2007, 187; Wesolowski 2011, 152*)

Die Phrase kann

- **akzentuiert, betont und abrupt (P0-36)**

beginnen oder enden. Sie kann auch

- **gehalten, getragen, fließend (P1-36)**

und in sich geschlossen gespielt werden (*Lissa, Lindstedt 2007, 187*). In der Musiktherapie ist die Phrasengestaltung sehr unterschiedlich und entspricht nicht der üblichen Interpretationspraxis.

3.12.3.7 Tonalität und Harmonie

Tonalität ist ein musikalisches Element, das die tonalen Beziehungen, ihre Zusammenhänge und Zusammenklänge analysiert. Harmonische Zusammenhänge können erst dann analysiert werden, wenn es um die Führung von mehreren Stimmen geht. Im Musik-Part werden die Bildung von Intervallen und die Art der Stimmführung fokussiert (*Lissa, Lindstedt 2007, 19; Wesolowski 2011, 167*).

Tonskala

Die Tonskala ist eine konstante Anordnung von Tönen unterschiedlicher Höhe, die nach ihrer Tonhöhe geordnet sind und sich auf einen bestimmten Grundton beziehen. Der Grundton einer Skala ist der Ton, mit dem die Skala beginnt und mit dem sie endet (*Lissa, Lindstedt 2007, 90; Wesolowski 2011, 133*).

Die Begriffe

- **atonal (P0-37)** oder
- **tonal (P1-37)**

bezeichnen die Beziehung der Töne zueinander. In der tonalen Musik beziehen sich die Töne auf einen gemeinsamen Grundton (die Tonika), in der atonalen Musik sind die Töne untereinander gleichwertig (*Schaper 2000, 73*).

Die Atonalität basiert auf der chromatischen Tonskala, ihre Töne beziehen sich nicht auf einen Grundton. Im tonalen System wird zwischen Dur- und Moll-Tonarten unterschieden. „Durus“ (lat.) bedeutet hart und „Mollis“ (lat.) – weich. Diese Bezeichnungen spiegeln den Charakter dieser Skalen wider (*Lissa, Lindstedt 2007, 92; Wesolowski 2011, 112ff.*).

- **Die Pentatonik (P0-38)**

besteht aus einer 5-Ton-Reihe, die nur Ganztöne beinhaltet. Grundsätzlich gibt es drei Arten der Pentatonik-Skala. Der Unterschied zwischen den Skalen besteht darin, wo sich der zentrale Ton der Skala befindet. Der Zentralton liegt immer in der Mitte zwischen zwei Ganztönen. Die Pentatonik kommt in vielen Kinderlieder vor (*Lissa, Lindstedt 2007, 82; Wesolowski 2011, 139*).

- **Die Blues-Tonskala (P1-38)**

wurde von der Pentatonik Moll-Tonleiter durch das Hinzufügen der verminderten Quinte abgeleitet. Die Blues-Tonskala entstammt aus der Improvisation und enthält die charakteristischen „Blue Notes“. Im Jazz dient die Tonskala nicht ausschließlich

der Tonalitätsbildung, sondern auch als melodisches Material für die Improvisation (*Berendt 1957; Hempel 2001, 123*).

Art der Intervallbildung:

- Als **Konsonanzen (P0-39)**

werden stimmig zusammenklingende Intervalle bezeichnet.

- **Dissonanzen (P1-39)**

sind Intervalle, die nicht stimmig zusammenklingen und nach einer konsonanten Auflösung streben (*Wesołowski 2011, 103*).

Art der Stimmführung:

- Die **Homophonie (P0-40)**

bedeutet, dass alle Stimmen der melodischen Stimme untergeordnet sind. Die melodische Stimme wird von den anderen Stimmen begleitet, meistens durch Akkorde.

- In der **polyphonischen (P1-40)**

Stimmführung entwickelt jede Stimme ihre eigene Melodie und setzt sie fort (*Lissa, Lindstedt 2007, 19; Wesołowski 2011, 167f.*).

3.12.3.8 Form

Der Begriff Form in der Musiktheorie hat eine mehrfache Bedeutung. Zu einem bezieht er sich auf die formalen Strukturen und den Inhalt. Zu anderem integriert er die musikalische Konstruktion eines Musikstückes (*Frączkiewicz, Skołyszewski 1979; Lissa, Lindstedt 2007, 264ff.*).

Organisation formaler Strukturelemente:

- **Ostinato (P0-41)**

ist eine sich stetig wiederholende rhythmische, melodische oder rhythmisch-melodische Figur, die als Begleitung verwendet wird (*Keetman 1976, 77*).

- **Kanon (P1-41)**

ist eine polyphonische Form und eine Imitationstechnik mit zeitlich verzögerten, einander nachahmenden Stimmen (*Lissa, Lindstedt 2007, 276*).

- **Imitation (P0-42)**

ist eine polyphone Technik. Ein Motiv oder ein Thema wird von einer zweiten Stimme auf gleicher oder anderer Tonstufe wiederholt (Lissa, Lindstedt 2007, 258).

- Ein **Kontrapunkt (P1-42)**

ist eine polyphone, lineare Kompositionstechnik und bedeutet „Note-gegen-Note“. Im Kontrapunkt gibt es Zusammenklänge, aber keine Akkorde. Die Führung der melodischen Linie der Zusammenklänge ist hier dominierend. Die Hauptstimme – der Cantus Firmus – wird von einer oder mehreren Stimmen begleitet (Lissa, Lindstedt 2007, 255).

In der KLBMP werden folgende musikalische Formen spezifiziert:

- Unter das Potenzial **Kinderlied (P0-43)**

werden alle Lieder, die inhaltlich und thematisch in Zusammenhang mit der Kindheit gebracht werden können, z. B. Spiellieder, Nonsenslieder, Jahreszeitenlieder, Situationslieder usw. subsumiert.

- Im Potenzial **Lied (P1-43)**

sind alle Lieder integriert, die über die Kindheit hinaus reichen, wie Volkslieder, Kirchenlieder, Lieder aus der Unterhaltungsmusik: Jazz-, Pop-, Rock-Lieder oder auch selbstkomponierte Lieder sein.

Improvisation ist eine Form der musikalischen Darbietung eines oder mehrerer Spielenden. Sie ist ein Prozess, der aus dem Moment heraus entsteht und deren Tonmaterial und Klanggestaltung sich während des Spielens entwickelt. Es wird zwischen der

- **gebundenen Improvisation (P0-44)** und der **freien Improvisation (P1-44)**

unterschieden. Im Gegensatz zu einer freien Improvisation ist die gebundene Improvisation an vereinbarte oder vorgegebene thematische Spielanweisungen oder Spielregeln gebunden (Friedemann 1973, 1983; Wigram 2004, 5).

3.13 Einführung in die Anwendung der Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur

„Diese andere Art von Analyse können wir als Zerlegung eines komplexen und einheitlichen Ganzen in Einheiten bezeichnen. Unter Einheit verstehen wir ein solches Analyseergebnis, das - im Unterschied zu den Elementen – über alle grundlegenden Eigenschaften verfügt, die das Ganze kennzeichnen, und das nicht weiter zerlegbare Teile dieses einheitlichen Ganzen darstellt. Nicht die chemische

Formel des Wassers, sondern das Studium der Moleküle und der Molekularbewegung ist der Schlüssel zur Erklärung der konkreten Eigenschaften des Wassers.“ (Vygotskij 2002, 47)

Für die Anwendung der Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur in der Praxis wurden insgesamt 4 binäre Matrizen entwickelt. Diese Matrizen fassen Beobachtungsmerkmale und P0- und P1-Potenziale zusammen:

- eine binäre Matrix für den Körper/Leib/Bewegungs-Part - Teil 1 (Körper/Leib/Bewegung)
- eine binäre Matrix für den Körper/Leib/Bewegungs-Part - Teil 2 (Blick und Atem)
- eine binäre Matrix für den Spiel/Sing/Sprecharten-Part (vokale und körperliche sowie instrumentale Formen des Ausdrucks) und
- eine binäre Matrix für den Musik-Part.

3.13.1 Körper/Leib/Bewegungs-Part. Teil 1. Binäre Matrix

Die binäre Matrix für den Teil 1 des Körper/Leib/Bewegungs-Parts besteht aus zehn Beobachtungsmerkmalen und 72 P0- und 72 P1-Potenzialen.

Es werden folgende Merkmale beobachtet: Körperposition (1), Raum (2), Körperstruktur (3), Spannung, Energie, Intensität und Kraft (4), Artikulation (5), Zeit (6), Richtungen und Ebenen (7), Formen (8), Modulation (9) und Körperkontakt, Berührung, körperliche Nähe und Distanz (10).

Tab. 8: Körper/Leib/Bewegungs-Part. Teil 1. Binäre Matrix

Körper/Leib-Bewegungs-Musik-Partitur							
I Körper/Leib/Bewegungs-Part							
Teil 1 - binäre Matrix							
Datum							
Szene/Name							
Beobachtungsmerkmale	P0	P0-Potenziale	P0	ÜV	P1	P1-Potenziale	P1
0	Ausgangspunkt	0	keine sichtbare Bewegung	⊙	⊙	sichtbare Bewegung	0
		1	liegen	⊙	⊙	hocken	1
1	Körperposition	2	sitzen	⊙	⊙	knien	2
		3	stehen	⊙	⊙	laufen	3
		4	gehen	⊙	⊙	tanzen	4
		5	Raumnahme	⊙	⊙	Raumvermeidung	5
		6	nahe Kinesphäre	⊙	⊙	weite Kinesphäre	6
2	Raum	7	mittlere Kinesphäre	⊙	⊙	Expansion	7
		8	Grenzen respektierend	⊙	⊙	Grenzen überschreitend	8
		9	runde, kurvige Körperform	⊙	⊙	gerade, lineare Körperform	9
		10	flächige Körperform	⊙	⊙	verwungene Körperform	10
3	Körperstruktur	11	Rumpf	⊙	⊙	Extremitäten	11
		12	linke Körperseite	⊙	⊙	rechte Körperseite	12
		13	vordere Körperseite	⊙	⊙	hintere Körperseite	13
		14	obere Körperhälfte	⊙	⊙	untere Körperhälfte	14
		15	Beugung	⊙	⊙	Streckung	15
		16	Rotation	⊙	⊙	Verdrehung	16
		17	Entspannung	⊙	⊙	Kontraktion	17
		18	Wohlspannung (Etonus)	⊙	⊙	Hemmung/Blockade	18
4	Spannung Energie Intensität Kraft	19	freier, lebendiger Fluss	⊙	⊙	gebundener Fluss	19
		20	angepasster, regulierter, adaptierender Fluss	⊙	⊙	gleichmäßiger, gleichbleibender Fluss	20
		21	niedrige Intensität	⊙	⊙	hohe Intensität	21
		22	zunehmend	⊙	⊙	abnehmend	22
		23	abrupt	⊙	⊙	graduell	23
		24	kanalisierend	⊙	⊙	flexibel	24
		25	sanft, behutsam	⊙	⊙	vehement, angestrengt	25
		26	vorsichtig	⊙	⊙	wuchtig	26
		27	Schwere	⊙	⊙	Leichtigkeit	27
		28	mit der Schwerkraft	⊙	⊙	gegen die Schwerkraft	28
5	Artikulation	29	Einsatz des Körpergewichtes	⊙	⊙	Einsatz der Kraft	29
		30	ankämpfend	⊙	⊙	nachgebend	30
		31	unkontrolliert	⊙	⊙	kontrolliert	31
		32	zitternde, vibrierende, wellenförmige Bewegung	⊙	⊙	ballistische, progressive Bewegung	32
		33	fragmentierte, unterbrochene Bewegungen	⊙	⊙	kontinuierlich, gleichmäßig fließende Bewegungen	33
		34	plötzlich	⊙	⊙	zögerlich	34
		35	allmählich schneller werden, Beschleunigung	⊙	⊙	allmählich langsamer werdend, Verlangsamung	35
6	Zeit	36	schnell	⊙	⊙	langsam	36
		37	zentrifugale Bewegung	⊙	⊙	zentripetale Bewegung	37
		38	zur Körperachse hin, einwärts	⊙	⊙	von der Körperachse weg, auswärts	38
		39	symmetrisch	⊙	⊙	asymmetrisch	39
		40	bi-direktional, hin und her, vor- und zurück	⊙	⊙	in eine Richtung strebend	40
		41	indirekt, ungerichtet	⊙	⊙	direkt, gerichtet	41
		42	seitwärts	⊙	⊙	quer	42
		43	aufwärts	⊙	⊙	abwärts	43
		44	vorwärts	⊙	⊙	rückwärts	44
		45	ausbreitend	⊙	⊙	einschließend, umschließend	45
7	Richtungen Ebenen	46	aufsteigend	⊙	⊙	sinkend/absteigend	46
		47	fortschreitend	⊙	⊙	zurückweichend, zurückziehend	47
		48	wachsend/weitend	⊙	⊙	schrumpfend/engend	48
		49	verbreitern/ausdehnen	⊙	⊙	verschmälern/verengen	49
		50	verlängern	⊙	⊙	verkürzen	50
		51	auswölben	⊙	⊙	aushöhlen	51
		52	seitliches verbreitern	⊙	⊙	mittiges verschmälern	52
		53	verlängern nach oben	⊙	⊙	verkürzen nach oben	53
		54	verlängern nach unten	⊙	⊙	verkürzen nach unten	54
		55	auswölben nach vorne	⊙	⊙	aushöhlen nach vorne	55
8	Formen	56	auswölben nach hinten	⊙	⊙	aushöhlen nach hinten	56
		57	Schleifen, schlingende/windende Bewegungen	⊙	⊙	Linien, lineare Bewegungen	57
		58	niedrige Schwingungsamplitude	⊙	⊙	hohe Schwingungsamplitude	58
		59	runde Umkehrung/Wendung	⊙	⊙	eckige Umkehrung/Wendung	59
		60	Wiederholung	⊙	⊙	Fixierung	60
9	Modulation	61	Variation	⊙	⊙	Transformation	61
		62	wenig Differenziertheit	⊙	⊙	hohe Differenziertheit	62
		63	diffuse, zerstreute Aufmerksamkeit	⊙	⊙	konzentrierte, fokussierte Aufmerksamkeit	63
		64	auf die eigene Tätigkeit gerichtet	⊙	⊙	auf die gemeinsame Tätigkeit gerichtet	64
10	Körperkontakt Berührung	65	kein Körperkontakt	⊙	⊙	Körperkontakt	65
		66	passives Zulassen	⊙	⊙	Ablehnung	66
		67	explorative Selbstberührung	⊙	⊙	autoaggressive, autodestruktive Selbstberührung	67
10	körperliche Nähe und Distanz	68	Berührung des Anderen	⊙	⊙	Vermeidung der Berührung	68
		69	kommunikative, interaktive Berührung	⊙	⊙	aggressive, possessive Berührung	69
		70	körperlich unterstützende Berührung	⊙	⊙	emotional unterstützende Berührung	70
		71	intime Distanz	⊙	⊙	soziale Distanz	71
		72	persönliche Distanz	⊙	⊙	öffentliche Distanz	72

3.13.2 Körper/Leib/Bewegungs-Part. Teil 2. Binäre Matrix

Die binäre Matrix für den Teil 2 des Körper/Leib/Bewegungs-Parts beinhaltet zwei Beobachtungsmerkmale: den Blick (1) und die Atmung (2) sowie 60 binäre Potenziale für die Beschreibung des Blickverhaltens und des Augenausdrucks und 12 binäre Potenziale für die Beschreibung des Atemvorgangs und des Atemausdrucks.

Tab. 9: Körper/Leib/Bewegungs-Part. Teil 2. Binäre Matrix

Körper/Leib-Bewegungs-Musik-Partitur							
I Körper/Leib/Bewegungs-Part							
Teil 2 - binäre Matrix							
Datum							
Szene/Name							
Beobachtungsmerkmale	P0	P0-Potenziale	P0	ÜV	P1	P1-Potenziale	P1
0	Ausgangspunkt	0	geschlossene Augen	⊙	⊙	offene Augen	0
		1	schauen	⊙	⊙	anschauen	1
		2	sich umschauen	⊙	⊙	betrachten	2
		3	vorbeischaun	⊙	⊙	hindurchschaun	3
		4	zusammengekniffene Augen	⊙	⊙	weit aufgerissene Augen	4
		5	blinzeln	⊙	⊙	zwinkern	5
		6	kein Blickkontakt	⊙	⊙	Blickkontakt	6
		7	Blick nach oben gerichtet	⊙	⊙	Blick nach unten gerichtet	7
		8	Blick nach rechts gerichtet	⊙	⊙	Blick nach links gerichtet	8
		9	den Blick vermeidend	⊙	⊙	den Blickkontakt suchend	9
		10	den Blick abwendend	⊙	⊙	ein direkter Blickkontakt	10
		11	Blickaustausch	⊙	⊙	Blickdialog	11
		12	nach Rückversicherung suchend	⊙	⊙	ein rückversichernder Blick	12
		13	nach Bestätigung suchend	⊙	⊙	ein bestätigender Blick	13
		14	ein aufmerksamer Blick	⊙	⊙	ein unaufmerksamer Blick	14
		15	ein gerichteter Blick	⊙	⊙	ein ungerichteter Blick	15
		16	ein fokussierter Blick	⊙	⊙	ein schweifender, flüchtiger, unfokussierter Blick	16
		17	ein direkter Blick	⊙	⊙	ein indirekter Blick	17
		18	ein klarer Blick	⊙	⊙	ein benommener Blick	18
		19	ein fragender Blick	⊙	⊙	ein beantwortender Blick	19
		20	ein frischer Blick	⊙	⊙	ein müder Blick	20
		21	ein lebendiger, vitaler Blick	⊙	⊙	ein erloschener Blick	21
		22	ein hoffnungsvoller Blick	⊙	⊙	ein hoffnungsloser Blick	22
		23	ein wacher Blick	⊙	⊙	ein resignierter Blick	23
		24	ein trauriger Blick	⊙	⊙	ein lustiger Blick	24
		25	ein sehnsuchtsvoller Blick	⊙	⊙	ein nachdenklicher Blick	25
		26	ein melancholischer Blick	⊙	⊙	ein verletzlicher Blick	26
		27	ein verzweifelter Blick	⊙	⊙	ein zuversichtlicher Blick	27
		28	ein wohlwollend interessierter Blick	⊙	⊙	ein gleichgültiger Blick	28
		29	ein warmer Blick	⊙	⊙	ein kalter Blick	29
		30	ein freundlicher Blick	⊙	⊙	ein unfreundlicher Blick	30
		31	ein liebevoller Blick	⊙	⊙	ein liebloser Blick	31
		32	ein lustvoller Blick	⊙	⊙	ein lustloser Blick	32
		33	ein verspielter Blick	⊙	⊙	ein frivoler Blick	33
		34	ein gutmütiger Blick	⊙	⊙	ein böswilliger Blick	34
		35	ein tröstender Blick	⊙	⊙	ein fordernder Blick	35
		36	ein tiefer Blick	⊙	⊙	ein oberflächlicher Blick	36
		37	ein beobachtender Blick	⊙	⊙	ein fixierender, starrer Blick	37
		38	ein kontrollierender Blick	⊙	⊙	ein provokativer Blick	38
		39	ein dominierender Blick	⊙	⊙	ein verächtlicher Blick	39
		40	ein überheblicher Blick	⊙	⊙	ein unterwürfiger Blick	40
		41	ein abwertender Blick	⊙	⊙	ein wertschätzender Blick	41
		42	ein vernichtender Blick	⊙	⊙	ein aufbauender Blick	42
		43	ein abweisender Blick	⊙	⊙	ein annehmender Blick	43
		44	ein sicherer Blick	⊙	⊙	ein unsicherer Blick	44
		45	ein ruhiger Blick	⊙	⊙	ein unruhiger Blick	45
		46	ein mutiger Blick	⊙	⊙	ein schüchterer Blick	46
		47	ein intensiver Blick	⊙	⊙	ein leerer Blick	47
		48	ein respektvoller Blick	⊙	⊙	ein respektloser Blick	48
		49	ein faszinierter Blick	⊙	⊙	ein gelangweilter Blick	49
		50	ein misstrauischer Blick	⊙	⊙	ein vertrauensvoller Blick	50
		51	ein wirrer Blick	⊙	⊙	ein verwirrter Blick	51
		52	ein neugieriger Blick	⊙	⊙	ein staunender Blick	52
		53	ein eifersüchtiger Blick	⊙	⊙	ein neidischer Blick	53
		54	ein gieriger Blick	⊙	⊙	ein bescheidener Blick	54
		55	ein ängstlicher Blick	⊙	⊙	ein aggressiver Blick	55
		56	ein wütender Blick	⊙	⊙	ein zorniger Blick	56
		57	ein ironischer Blick	⊙	⊙	ein skeptischer Blick	57
		58	ein strenger Blick	⊙	⊙	ein weicher Blick	58
		59	ein enttäuschter Blick	⊙	⊙	ein ermutigender Blick	59
60	ein demütiger Blick	⊙	⊙	ein gedemütigter Blick	60		
1	Blick	0	keine sichtbare/keine hörbare Atmung	⊙	⊙	sichtbare/hörbare Atmung	0
		1	eine rhythmische Atmung	⊙	⊙	eine arrhythmische Atmung	1
		2	eine regelmäßige Atmung	⊙	⊙	eine unregelmäßige Atmung	2
		3	ein angehaltener Atem	⊙	⊙	ein befreiender Atem	3
		4	Einatmung betont	⊙	⊙	Ausatmung betont	4
		5	ein angehaltener Atem bei der Einatmung	⊙	⊙	ein angehaltener Atem bei der Ausatmung	5
		6	ein lautes Atmen	⊙	⊙	ein leises Atmen	6
		7	ein flacher und kurzer Atem	⊙	⊙	ein tiefer und langer Atem	7
		8	ein heftige, kurze Atmung	⊙	⊙	eine aussetzende Atmung	8
		9	schnaufen	⊙	⊙	seufzen	9
		10	hauchen	⊙	⊙	hecheln	10
		11	eine erleichternde, loslassende Atmung	⊙	⊙	eine stockende Atmung	11
		12	Hyperventilation	⊙	⊙	eine frei fließende Atmung	12
2	Atmung	0	keine sichtbare/keine hörbare Atmung	⊙	⊙	sichtbare/hörbare Atmung	0
		1	eine rhythmische Atmung	⊙	⊙	eine arrhythmische Atmung	1
		2	eine regelmäßige Atmung	⊙	⊙	eine unregelmäßige Atmung	2
		3	ein angehaltener Atem	⊙	⊙	ein befreiender Atem	3
		4	Einatmung betont	⊙	⊙	Ausatmung betont	4
		5	ein angehaltener Atem bei der Einatmung	⊙	⊙	ein angehaltener Atem bei der Ausatmung	5
		6	ein lautes Atmen	⊙	⊙	ein leises Atmen	6
		7	ein flacher und kurzer Atem	⊙	⊙	ein tiefer und langer Atem	7
		8	ein heftige, kurze Atmung	⊙	⊙	eine aussetzende Atmung	8
		9	schnaufen	⊙	⊙	seufzen	9
		10	hauchen	⊙	⊙	hecheln	10
		11	eine erleichternde, loslassende Atmung	⊙	⊙	eine stockende Atmung	11
		12	Hyperventilation	⊙	⊙	eine frei fließende Atmung	12

3.13.3 Spiel/Sing/Sprecharten-Part. Binäre Matrix

Die binäre Matrix für den Spiel/Sing/Sprecharten-Part beinhaltet 44 P0-Potenziale für die Beschreibung der vokalen und körperlichen Ausdrucksformen, die zu zwei Beobachtungsmerkmalgruppen gehören: Sing- und Sprecharten sowie Klanggesten und musikalische Gesten (2).

Die 44 P1-Potenziale beschreiben die Spielarten von Musikinstrumenten (3) und die Auswahl des Musikinstrumentes (4).

Tab. 10: Spiel/Sing/Sprecharten-Part. Binäre Matrix

Körper/Leib-Bewegungs-Musik-Partitur								
II Spiel/Sing/Sprecharten-Part								
Spielen Singen Sprechen - binäre Matrix								
Datum								
Szene/Name								
Beobachtungsmerkmale	P0	P0-Potenziale	P0	V	P1	P1-Potenziale	P1	Beobachtungsmerkmale
0 Ausgangspunkt	0	vokaler/körperlicher Ausdruck	☉		☉	instrumentaler Ausdruck	0	Ausgangspunkt 0
	1	Sopran	☉		☉	klopfen	1	
	2	Mezzosopran	☉		☉	abklopfen, beklopfen	2	
	3	Alt	☉		☉	blasen	3	
	4	Countertenor	☉		☉	frullato	4	
	5	Tenor	☉		☉	drücken	5	
	6	Bariton/Baß	☉		☉	greifen	6	
	7	schweigen	☉		☉	anschlagen, gegenschlagen	7	
	8	vokalisieren	☉		☉	rasseln	8	
	9	lautieren	☉		☉	rattern	9	
	10	rufen	☉		☉	kratzen	10	
	11	kreischen, schreien	☉		☉	scheppern	11	
	12	murmeln, brummen	☉		☉	schütteln	12	
	13	lamentieren	☉		☉	tippen	13	
	14	schluchzen	☉		☉	ziehen	14	
	15	klagen	☉		☉	auflegen	15	
	16	reimen	☉		☉	ansingen	16	
1 Sing- und Sprecharten	17	dichten	☉		☉	anblasen	17	Spielarten von Musikinstrumenten 3
	18	rappen	☉		☉	dämmen	18	
	19	nachsprechen	☉		☉	gleiten	19	
	20	nachsingen	☉		☉	klirren	20	
	21	flüstern	☉		☉	rieseln	21	
	22	tönen	☉		☉	ratschen	22	
	23	summen, mormorando	☉		☉	reiben	23	
	24	jodeln	☉		☉	schrappen	24	
	25	zischen	☉		☉	rühren	25	
	26	lallen	☉		☉	streichen	26	
	27	stottern	☉		☉	wischen	27	
	28	krächzen	☉		☉	zupfen	28	
	29	psalmodieren	☉		☉	mit dem Finger/den Fingern	29	
	30	Nonsenssprache	☉		☉	mit der Hand/den Händen	30	
	31	erzählen	☉		☉	mit dem Fuß/den Füßen	31	
	32	Redefluss	☉		☉	mit dem Bogen	32	
	33	sprechen	☉		☉	mit den Schlägeln	33	
	34	singen	☉		☉	mit den Sticks/Besen	34	
2 Klanggesten musikalische Gesten	35	patzen	☉		☉	Selbstgebaute Tonerzeuger und Klangobjekte	35	Musikinstrumente 4
	36	klatschen	☉		☉	Idiophone	36	
	37	tippen	☉		☉	Aerophone	37	
	38	schmalzen	☉		☉	Membranophone	38	
	39	schnippen	☉		☉	Tasten-Chordophone	39	
	40	reiben	☉		☉	Zupf-Chordophone	40	
	41	streicheln	☉		☉	Streich-Chordophone	41	
	42	stampfen	☉		☉	Elektrophone	42	
	43	taktieren	☉		☉	Körperinstrumente	43	
	44	dirigieren	☉		☉	Raum als Klangraum	44	

3.13.4 Musik-Part. Binäre Matrix

Die binäre Matrix für den Musik-Part beinhaltet acht Beobachtungsmerkmale: Rhythmus, Metrum und Takt (1), Melodie (2), Klang (3), Dynamik (4), Tempo und Agogik (5), Artikulation und Phrasierung (6), Tonalität und Harmonie (7), Form (8) sowie 44 P0- und 44 P1-Potenziale.

Tab. 11: Musik-Part. Binäre Matrix

Körper/Leib-Bewegungs-Musik-Partitur							
III	Musik-Part						
Musik - binäre Matrix							
Datum							
Szene/Name							
Beobachtungsmerkmale	P0	P0-Potenziale	P0	ÜV	P1	P1-Potenziale	P1
0	Ausgangspunkt	0	keine hörbare Musik	☉	☉	hörbare Musik	0
		1	arrhythmisch/prärhythmisch	☉	☉	rhythmisches Motiv	1
1	Rhythmus Metrum Takt	2	einfacher Rhythmus	☉	☉	polyrhythmisch	2
		3	Pause/Fermate/Stille	☉	☉	Synkope	3
		4	ametrisch, unregelmäßig, wechselhaft	☉	☉	metrisch, regelmäßig pulsierend	4
		5	einfache Taktarten	☉	☉	zusammengesetzte Taktarten	5
		6	prämelodisch	☉	☉	melodisches Thema	6
		7	melodisches Motiv	☉	☉	Kontrastmotiv	7
2	Melodie	8	Sequenz/Phrase	☉	☉	Satz	8
		9	Tonsprünge	☉	☉	Tonschritte	9
		10	Aufwärtsbewegung/Frage	☉	☉	Abwärtsbewegung/Antwort	10
		11	Tonrepetition	☉	☉	Ambitus	11
		12	Diminution	☉	☉	Augmentation	12
3	Klang	13	warm, resonanzvoll, umhüllend	☉	☉	kalt, trocken, abweisend	13
		14	süß, lieblich	☉	☉	betrübt, bitter	14
		15	sanft, zärtlich, mild	☉	☉	schrill, scharf, grob	15
		16	leidenschaftlich, glühend	☉	☉	zitternd, vibrierend	16
		17	phantasievoll	☉	☉	langweilig, gelangweilt	17
		18	frivol, kokett, lustvoll	☉	☉	leer, starr, rigide	18
		19	lebendig, vital, voluminös	☉	☉	dunkel, dumpf, düster	19
		20	hell, strahlend, lustig	☉	☉	traurig, schwach, resigniert	20
		21	leicht, beschwingt, beweglich	☉	☉	schwer, schwermütig, melancholisch	21
		22	heiter, hoffnungsvoll	☉	☉	sehnsüchtig, wehmütig	22
		23	tröstlich, beruhigend	☉	☉	schmerzvoll, klagend, kummervoll	23
		24	standhaft, konstant	☉	☉	beliebig, gleichgültig	24
		25	flüchtig, unsicher, schüchtern	☉	☉	betont, hervorgehoben	25
		26	unbestimmt, unterdrückt	☉	☉	pompös, pathetisch	26
		27	ängstlich, zittrig	☉	☉	impulsiv, aggressiv, explosiv, kämpferisch	27
4	Dynamik	28	sehr leise	☉	☉	leise, mittelleise	28
		29	sehr laut	☉	☉	mittellaut, laut	29
		30	lauter werdend	☉	☉	leiser werdend	30
5	Tempo Agogik	31	sehr langsam, gedehnt	☉	☉	gemäßigt, moderato	31
		32	sehr schnell	☉	☉	rasch, lebhaft	32
		33	schneller werdend	☉	☉	langsamer werdend	33
6	Artikulation Phrasierung	34	staccato	☉	☉	legato	34
		35	portato	☉	☉	portamento oder glissando	35
		36	akzentuiert, betont, abrupt	☉	☉	gehalten, beständig fließend	36
7	Tonalität Harmonie	37	atonal/chromatisch	☉	☉	tonal: Dur oder Moll	37
		38	Pentatonik	☉	☉	Blues	38
		39	Konsonanzen	☉	☉	Dissonanzen	39
		40	Homophonie	☉	☉	Polyphonie	40
8	Form	41	Ostinato	☉	☉	Kanon	41
		42	Imitation	☉	☉	Kontrapunkt	42
		43	Kinderlied	☉	☉	Lied	43
		44	gebundene Improvisation	☉	☉	freie Improvisation	44












3.13.5 Notationssystem

Für die praktische Arbeit mit den Matrizen wurde ein Notationssystem entwickelt. Die binären Matrizen werden mit Zeichen gefüllt:

- für die Markierung der Potenziale, die die Körper/Leib/Bewegungs-Phänomene beschreiben, wurden der Kreis als Symbol für ein aktives oder inaktives Potenzial und
- für die Markierung der Spiel/Sing/Sprecharten- und Musik-Phänomene ein Oval (weil dieses Symbol ein Notenkopf symbolisiert) gewählt,
- die markanten P0-Potenziale werden durch einen roten Kreis und die markanten der P1-Potenziale durch ein rotes Viereck markiert,
- die Verbindungen oder Cluster-Bildung zwischen den Potenzialen werden durch gerade Linien gezeichnet,
- die Übergängen und Verwobenheit werden durch entsprechende Symbole dargestellt:
 - blockiert Φ
 - fragmentiert \mathcal{N}
 - fließend \sim
 - oder komplementär ∞ bezeichnet werden.

Die ausgefüllten Matrizen bilden Charts:

- einen Chart für den ersten Teil des Körper/Leib/Bewegungs-Parts,
- einen Chart für den zweiten Teil des Körper/Leib/Bewegungs-Parts,
- einen Chart für den Spie/Sing/Sprecharten-Part und
- einen Chart für den Musik-Part.

Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur		
Notation		
Funktion	Notationszeichen	Beschreibung
Körper/Leib/Bewegungs-Charts Aktivität der P0- und P1-Potenziale		inaktives Potenzial
		aktives Potenzial
Spiel/Sing/Sprecharten- und Musik-Charts Aktivität der P0- und P1-Potenziale		inaktives Potenzial
		aktives Potenzial
Markante Potenziale		markantes P0-Potenzial
		markantes P1-Potenzial
Verbindungen zwischen den P0- und P1-Potenzialen		Cluster-Bildung
Übergänge und Verwobenheit zwischen den P0- und P1-Potenzialen		blockiert
		fragmentiert
		fließend
		komplementär

4. Praktische Anwendung der Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur für initiale und prozessuale Diagnostik

Im Mai 2004 begann ich als Musik- und Tanztherapeutin in einer akutenpsychiatrischen Klinik zu arbeiten. Mein Ausbildungshintergrund (zu damaligen Zeitpunkt) war ein Diplom als Instrumentalmusikerin im Hauptfach Klavier, ein Diplom als Musiklehrerin im Hauptfach Rhythmik, eine Zertifizierung als Leiterin für den therapeutischen Tanz (Deutsche Gesellschaft für Tanztherapie e. V.) und ein, im Jahr 2002 begonnenes, berufsbegleitendes Musiktherapie-Studiengang an der Universität der Künste Berlin. Fast von Beginn meiner Tätigkeit in der Klinik habe ich – mit einer schriftlichen Bewilligung der Patientinnen, Patienten und der Klinikleitung, die Therapie-Stunden und die Prozessverläufe zu videographieren.

Einen dieser Prozesse habe ich in meiner Dissertation an der Philosophisch-Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Augsburg vorgestellt. Anhand von drei Videosequenzen aus der ambulanten musiktherapeutischen Behandlung eines schizophrenen Patienten habe ich seinen körperlichen und musikalischen Ausdruck - mit der im Rahmen der Dissertation entwickelten und evaluierten Körper-Bewegungs-Musik-Partitur - analysiert und beschrieben sowie die Bewegung des Patienten mit dem bewegungsanalytischen Modell - EpiMotorics-Emotive Body Mind Movement Paradigm (*Shahar-Levy* 2009) analysiert. Darüber hinaus habe ich die Beziehungsfähigkeit des Patienten mit dem EBQ-Instrument (*Schumacher, Calvet,*

Reimer 2013), das für die Einschätzung der Beziehungsqualität von autistischen Kindern in der Musiktherapie entwickelt wurde, eingeschätzt (Skrzypek 2018).

In diesem praktischen Teil dieser Arbeit werde ich die praktische Anwendung der überarbeiteten Version der KBMP, jetzt KLBMP - der Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur - anhand der selben Szenen, die ich in meiner Dissertation analysiert habe, vorstellen und ich werde den Behandlungsprozess aus der Sicht der Integrativen Therapie beschreiben.

Die theoretischen Grundlagen der Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur sowie die ausgewählten Konzepte des Integrativen Verfahrens - mit besonderer Hervorhebung des Konzeptes des „*Informierten Leibes*“ in der Integrativen Therapie - der für die Implementierung des KLBMP-System in das Integrative Verfahren - grundlegend ist, wurden im Teil I dieser Arbeit beschrieben.

In diesem Teil wird die Musiktherapie im akutpsychiatrischen klinischen Kontext, die musikalische Improvisation als kreativer Prozess aus der Sicht integrativer Therapie und der Patient vorgestellt. Des Weiteren wird die Symptomatik der Schizophrenie beschrieben und die klinisch-diagnostischen Leitlinien und Kriterien nach DSM-5 und ICD-10, welche die Diagnose F20.09 (DSM-5), die Katatonie F06.1 (DSM-5) und F.20.2 (ICD-10) zusammenfassen, erfasst.

Das Hauptziel der folgenden Kapitel besteht darin, aufzuzeigen, wie ein therapeutischer Prozess im Sinne der „*hermeneutischen Spirale*“ von **Wahrnehmen – Erfassen – Verstehen – Erklären** mit der Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur beobachtet und beschrieben werden kann.

Des Weiteren wird erläutert wie die Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur für die initiale und prozessuale Diagnostik angewendet werden kann.

4.1 Musiktherapie im klinischen akutpsychiatrischen Kontext

Die akutpsychiatrische Klinik, in der die hier beschriebene Behandlung stattfand, war damals – im Jahr 2004 – im Entstehen und sich strukturieren begriffen. Die Klinik existierte seit sieben Monaten in einem provisorischen Betrieb mit 17 Betten und einer kleinen Ambulanz. Ein Chefarzt, ein Oberarzt, eine Stationsärztin, eine

Psychologin, ein Sozialarbeiter, Pflegekräfte, eine Ergo- und eine Physiotherapeutin und ich als Musik- und Tanztherapeutin bildeten das Team.

Es gab noch keine geeigneten Räumlichkeiten, außer einem Büro des Chefarztes, einem Vorzimmer für seine Sekretärin und einem Büro für den Oberarzt. Der Psychologin stand ein Zimmer im personal Wohnheim zur Verfügung, der Sozialarbeiter arbeitete dort, wo etwas Platz für ihn war.

Ich teilte den Therapie-Raum mit einer Ergotherapeutin und einer Physiotherapeutin. In dem Raum standen große, schwere Tische und Regale für den ergotherapeutischen Bedarf und die Werke der Patientinnen und Patienten.

Die Musikinstrumente wurden in einem Abstellraum gelagert. Damals war ich an zwei Nachmittagen pro Woche, montags und donnerstags, beschäftigt. Jedes Mal transportierte ich die Musikinstrumente auf einem Wagen in den Ergotherapie-Raum, baute diese auf, und nach den Musiktherapie-Stunden transportierte ich diese wieder in den Abstellraum zurück. Die kleineren Musikinstrumente stellte ich auf die in der Mitte des Raumes stehenden Tische; die Trommeln standen auf dem Boden in den freien Ecken des Raumes. In diesem Raum habe ich ca. zwei Jahre Musik- und Tanztherapie angeboten.

Danach wurde das Gebäude für die Klinik neugebaut. Bei der Fertigstellung des Neubaus hat sich herausgestellt, dass die Errichtung eines Musiktherapie-Raumes vergessen wurde. Stattdessen wurde ein Kunsttherapie-Raum geplant, obwohl es keine Kunsttherapeutin im Team gab. Infolge dessen durfte ich zuerst den Kunsttherapie-Raum als einen Musiktherapie-Raum nutzen. Die Kunsttherapeutin, die im Jahr 2006 eingestellt wurde, bekam einen Wagen mit kunsttherapeutischen Materialien und hat ihre Arbeit auf den Stationen in der Essecke verrichtet. Der Musiktherapie-Raum wurde dann ein Jahr später in einem Notausgang untergebracht, dem entsprechen ist er für Musiktherapie einfach zu klein und die maximale Patienten-Gruppe konnte 5 Personen betragen. In diesem Raum arbeitete ich bis zur Beendigung meines Dienstverhältnisses mit Ende August 2021. Während der ersten 5 Jahre konnte ich die Musiktherapie-Stelle von 8 auf 30 Stunden pro Woche aufbauen und erweitern und die Ausstattung - die Musikinstrumente nach und nach beantragen und bestellen. Zum jetzigen Zeitpunkt hat die Klinik zwei Stationen mit jeweils 30 Betten, das bedeutet mit stationären Plätzen für 30 bis 36 Patienten. In eine der Stationen ist ein Unterbringungsbereich mit 7 Plätzen integriert. Es gibt eine Tagesklinik in der bis 17

Patienten behandelt werden, die durchschnittlich drei Wochen, mit der Möglichkeit der Verlängerung bleiben. In der Ambulanz gibt es die Möglichkeit der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung aus den dazugehörigen Wohngebieten. Vor dem Ausbruch der Covid-19 Pandemie war ich auf beiden Stationen, in der Tagesklinik und in der Ambulanz beschäftigt. Ich bat für jede Station jeweils zwei Gruppen á 60 Minuten pro Woche und einige wenige Einzeltherapien. In der Tagesklinik fand zwei Mal pro Woche eine Gruppe und in der Ambulanz zwei Gruppen wöchentlich, eine Gruppe für schizophrene Patienten und eine Gruppe für Patienten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen, statt. Ansonsten bot ich Einzeltherapie-Stunden an, nahm an allen vier Teams (Patientenbesprechungen) teil und an den klinischen Supervisionen. Darüber hinaus gehörten die Dokumentation, die Musikinstrumentenwartung- und pflege, die Organisation der Terminplanung für die Gruppenbelegung und Einzeltermine zu meinen Aufgaben. Ich behandelte die Patienten nach der Zuweisung von den Ärzten oder Psychologen und kümmerte mich auch darum, dass die Patienten an den Therapien teilnahmen.

Das vorgegebene Ziel in einer akutpsychiatrischen war es, die Menschen vor Suizidalität zu bewahren, medikamentös einzustellen und soweit zu stabilisieren, dass sie möglichst schnell in eine andere therapeutische Einrichtung (psychosomatische Klinik, Reha, ambulante Psychotherapie, betreutes Wohnen) überwiesen oder in das heimliche Umfeld entlassen werden können.

Für mich, als Leib/Bewegungs/Musiktherapeutin, bedeutete das, dass ich die Patientinnen und Patienten, wenn sie stationär in der Klinik sind, ein bis drei Mal therapeutisch begleiten durfte. Wenn die Patienten*innen in die Tagesklinik aufgenommen wurden, arbeitete ich mit Ihnen in zwei geteilten Gruppen, die ich jeweils ein Mal pro Woche – leib-, bewegungs- und musiktherapeutisch – ca. drei bis vier Stunden während des Aufenthaltes behandeln konnte.

Der Betrieb einer akutpsychiatrischen Klinik ließ keine längeren und tiefgehenden therapeutischen Verläufe zu. Es gab Zeiten, in den ich pro Woche ca. 75 Patienten-Kontakte und/oder Begegnungen hatte. Ich nannte es gezielt Kontakte und/oder Begegnungen, weil von einer therapeutischen Beziehung in diesem klinischen Zusammenhang nicht mehr gesprochen werden konnte.

In den Jahren 2004-2010 waren längere ambulatorische Prozesse möglich, in den danach folgenden Jahre verwandelte sich das Krankenhaus und somit die in das

Allgemeinkrankenhaus integrierte akutpsychiatrische Klinik aus einem Ordensspital in ein Holding-Konzern. Der gegenwärtige Behandlungsauftrag in der Klinik lautete: „So viele Patienten wie möglich mit einem niedrighwelligen Angebot zu beschäftigen“. Dieser Auftrag verursachte, dass eine leib-bewegungs-musiktherapeutische Behandlung nicht mehr möglich sein konnte, weil in Konsequenz dessen es sich um eine quantitative musikalische Beschäftigung und nicht um eine qualitative leib-bewegungs-musiktherapeutische Behandlung der Patient*innen handelte.

4.1.1 Leib-, Bewegungs-, Musiktherapeutin als ein „kreatives Medium“. Mein inneres Arbeitsmodell

Mein inneres Arbeitsmodell entwickelte und verwandelte sich während meiner Arbeitsjahre. Als Musiktherapie-Studentin an der Universität der Künste in Berlin erlernte ich zwei Arbeitsansätze, die ich versuchte in meiner klinischen Arbeit anzuwenden.

Der eine Ansatz folgte der psychoanalytischen Schule, der andere orientierte sich an der Entwicklungspsychologie der frühen Kindheit. Mit beiden Ansätzen konnte ich in einer akutpsychiatrischen Klinik, in der erwachsene Menschen in kurzen stationären Aufenthalten behandelt wurden und werden, nicht wirklich etwas anfangen und bewirken. Durch die Teilnahme an zahlreichen Fortbildungen, Weiterbildungen, Supervisionen und Lehrtherapien entwickelte, transformierte und kristallisierte sich allmählich mein inneres Arbeitsmodell und meine Identität als Leib-, Bewegungs- und Musiktherapeutin.

Besonders viel - was den Einsatz kreativer Medien und Techniken anbelangt, lernte ich im postgraduierten Studiengang „Musik und Tanz in der sozialen Arbeit und integrativen Pädagogik“ am *Carl Orff-Institut/Universität Mozarteum* in Salzburg. Die Teilnahme an der Weiterbildung in Prozessorientierter Aufstellungsarbeit bei *Christiane Lier* und *Holger Lier* ermöglichte es mir, durch die systemische Betrachtung von Familienstrukturen, meinen Blick zu erweitern.

Das intensive Studium der Bewegungsanalyse half mir die Befindlichkeit der Patienten im bewegungsmäßigen Verhalten zu erkennen und zu beschreiben. Die Ausbildung zur Integrativen Therapeutin hat meine therapeutische Identität von Grund auf verändert. Das Modell der „herakliteschen Spirale“ das ich in der

Integrativen Therapie fand, gilt als mein Arbeitsmodell. Ich nutze das Modell sowohl in der klinischen Arbeit als auch in meiner Praxis.

Inzwischen bezeichne ich mich selbst als „ein kreatives Medium“, als eine Person, die sich in einem immerwährenden Entwicklungsprozessen befindet, das intra- und interpersonale „messages“ transportiert, auf dem Weg und unterwegs ist und sich, als ein kreativer, schöpferischer, auf Menschen, Wissen und Künste neugieriger Mensch, selbst gestaltet (*Sieper, Petzold 2001b*).

Ich nutze folgende kreative Medien in meiner therapeutischen Arbeit:

1. Musikinstrumente: Klavier, Gitarre, Metallophon, Xylophon, Altmetallklangbausteine, Baßklangbausteine, Kambala, Djemben, Congas, Tempelblocks, Monochord, Körpertamburas, Sansulas, Kalimba, Klangschale, Klangauge, Riqq, Glockenspiel, Schellenring, Schellentrommel, Waterphone, Boomwhackers, Kalebasse, Springdrum, Steeldrum, Handtrommeln, Darbuka, Oceandrum, kleine Gongs, Kantele, Streichpsalter, Crashbox, Triangel, Cymbeln, tybetanische Glocken, Metallröhrenspiel, Vogelstimmeninstrumente, Rainmaker, Schlitztrommel (BigBom), Cabasa, Metalshaker, Maracas, Cowbells, Castagnetten, Wooden Agogo, Holzblocktrommel, Claves, Eggshaker, Caxixi, Rührtrommel, Quiro, Flex-A-Ton, Vibra Slap, Schlagzeug, diverse Streichbögen und Schlägel.
2. Malstifte, Papier, Farben und Ton,
3. Seile, Bälle, Trampolin, Bambusstöcke, selbstgebastelte Objekte, Masken und andere Requisite.

4.2 Improvisation als kreativer Prozess aus der Sicht der Integrativen Therapie

„Eine freie Improvisation ist etwas Schöpferisches, ein kreativer Prozess. Vorhandenes und Bekanntes in neue Zusammenhänge zu bringen (zu konnektivieren) und so etwas Einmaliges, zuvor noch nicht Dagewesenes zu schaffen ist ... Kreativität.“ (Vieth-Fleischhauer, Petzold 1999, 139)

Nach *Petzold (Petzold 1975h)* ist Kreativität *„kein Zustand, sondern ein Prozess mit variablen Sktrukturmustern oder Phasen und Subphasen, die zwar idealtypische eine Drei- oder Viergliederung aufweisen können, realiter jedoch äußerst unterschiedlich verlaufen können, je nach Kontexteinflüssen, Aufgaben, Ressourcen, Dynamiken“*

(Vieth-Fleischhauer, Petzold 1999, 140). Kreative Prozesse konnektivieren Materialien, Elemente, Teilprozesse, eine Fülle von Informationen und Informationseinflüssen, so dass *Konflux* entsteht, Synergien aus dem Zusammenfluss und Zusammenspiel. In der Musiktherapie bedeutet dies, dass Materialien – Musikinstrument und Elemente – Elemente der Musik in ko-kreativen Prozessen konnektiviert und aus denen Informationen gewonnen werden.

Kreativität als vernetzende Ko-Kreativität führt zu Emergenzen, das bedeutet, dass durch neue Impulse neue Formen und neue Muster entstehen und therapeutische Interventionen gezielt intensiviert werden. *Petzold* spricht in diesem Zusammenhang von *Fluktualisierung und Metamorphose*, in dem „Schemata, bzw. Formen absichtsvoll instabil gemacht werden, damit sie sich in Transitionen, transversalen Quergängen neu organisieren“ können (Vieth-Fleischhauer, Petzold 1999, 140).

Eine musikalische Improvisation ist ein kreativer Prozess. In der Improvisation werden bestehende Muster, Schemata und Formen *fluktualisiert* (Vieth-Fleischhauer, Petzold 1999, 140) und Neuformungen ermöglicht – **darin** liegt die Erklärung für die Wirksamkeit von Musiktherapie im Sinne der *herakliteischen Orientierung* – durch beständige „**Überschreitungen, Querungen und Übergänge: Transgressionen ..., Transversale ..., Transitionen**“ (Vieth-Fleischhauer, Petzold 1999, 140; Petzold 2003a).

Demnach ist eine musikalische Improvisation ein kreativer Prozess und Ereignis, das sich spontan und intuitiv gestaltet. Sie ist Ausdruck seelischer Verhältnisse, ein Erkenntnismittel. Die aktiven und rezeptiven Wahrnehmungsmodi - „*es fällt mir ins Auge/ich sehe/es dringt in mein Ohr/ich höre*“ (Vieth, Petzold 1999, 146) – verbinden sich und werden als „*leib-musikalische Resonanzen*“ (Frohne-Hagemann 2002) als Reaktion auf das, was akustisch, mimisch, gestisch, in Blicken und Bewegung während der Improvisation geschieht, erlebt. Resonanzprozesse können auch mit Hilfe von Klangresonanzen angeregt werden. Das musiktherapeutische Instrumentarium bietet hier ein reiches Repertoire, das in Resonanzarbeit genutzt werden kann oder durch den Wechsel von Medien – vom Klang ins Bild, vom Bild in den Tanz, von dort ins Gedicht – es auch zu *intermedialen* Resonanzphänomenen kommt, die für hermeneutische Prozesse kognitiven Verfahrens und emotionalen Erfassens fruchtbar sein können.

Wahrnehmen-Verarbeiten-Handlung verschränken sich im Prozess. Im Spiel können atmosphärische und szenische, frühere Erfahrungen anklingen und mit musikalischen Mitteln ausgedrückt werden. In der musikalischen Improvisation spiegeln sich Lebenserfahrungen wider, welche durch die Möglichkeit der Neu- und Umgestaltung eine umwandelnde Verinnerlichung im Sinne einer heilsamen Verwandlung, eine „**Metamorphose**“ (Orth, Petzold 1990c/2015) – ermöglicht werden kann.

4.3 Der Patient

Herr C. kam über die Ambulanz zur stationären Behandlung am 20.10.2004, nachdem er im Straßenverkehr aufgefallen war, weil er Schlangenlinien fuhr. Eine Woche davor, hatte er sein Medikament – Zyprexa – ohne Absprache mit seinem Arzt abgesetzt. Bei der Aufnahme fiel ihm das Sprechen schwer, er brauchte lange, bis er die Worte aus sich heraus bringen konnte. Auf Nachfragen gab er an, dass er manchmal misstrauisch sei, dass andere über ihn sprechen könnten. Manchmal beziehe er Nachrichten aus dem Fernsehen auf sich, z. B. komme es vor, dass er denke ein guter Fußballer zu sein. Er würde auch meinen, dass väterlicherseits eine adelige Abstammung gäbe.

Bevor Herr C. in die Klinik stationär aufgenommen wurde, war er einige Wochen ängstlich, zurückgezogen, verschlossen und über mehrere Monate untätig. Wegen fraglicher Schluckstörungen konnte er kaum essen und trinken, auch keine Medikamente einnehmen.

Ich lernte Herrn C. im November 2004 kennen. Ein Aufnahme- und Anamnese-Gespräch gestaltete sich schwierig. Herr C. konnte mir keine Antworten auf meine Fragen geben. Er bildete Neologismen, was die verbale Kommunikation zwischen uns erschwerte und unverständlich machte. Seine Kontaktfähigkeit war deutlich eingeschränkt, er wirkte verlangsamt, in der Grundstimmung subdepressiv, abwesend, zurückgezogen, nachdenklich, ängstlich und schüchtern. Seine Affekte wirkten erloschen, in der Mimik reagierte er skeptisch oder mit Grimassieren und Manierismen, er rümpfte die Nase oder runzelte die Stirn. Er machte kaum gestische Äußerungen und wenn er welche machte, wollte er gestisch die Musik zum Stillstand

bringen. Er war im Antrieb deutlich herabgesetzt. Er war deutlich verlangsamt, redete vorbei, stellenweise inkohärent aber er war sehr freundlich und bemüht.

Er wurde nach einem stationären Aufenthalt der am 20.10.2004 begann und am 17.11.2004 endete in die ambulante Musik- und Tanztherapie mit der Diagnose ICD-10 F20.3 - undifferenzierte Schizophrenie - zugewiesen.

Im Jahr 2006 wechselte Herr C. in die ambulante Musiktherapie-Gruppe und nahm an der Gruppe weitere 6 Jahre mit fünf anderen chronisch schizophrenen Patienten teil.

4.3.1 Biographische Anamnese

Die Daten zur Biographie sind aus den klinischen Akten entnommen.

- Angaben zur Familie (fremdanamnestisch durch die Mutter des Pat.):

Herr C. wurde im Jahr 1964 als viertes von insgesamt sechs Kindern geboren. Er ist mit den Eltern und den Geschwistern auf einem Bauernhof aufgewachsen. Der Vater sei im Alter von 39 Jahren durch Ertrinken verstorben, wobei der Verdacht besteht, dass es sich um einen Suizid gehandelt haben könnte. Bei den Großeltern des Patienten seien keine psychischen Erkrankungen bekannt.

- Angaben zur Entwicklung:

Herr C. habe zuerst das Gymnasium besucht und dann an einer Handelsakademie Abitur gemacht. Anschließend habe er 5 Jahre im Büro einer Spedition gearbeitet. Nach dem Ausbruch der Erkrankung sei er in unterschiedlichen Firmen beschäftigt gewesen, meist nur jeweils wenige Monate. Die Mutter des Patienten gab an, dass alle 6 Kinder ein Abitur gemacht hätten, dass aber im Jahr 1990 (nachdem sie ihrem ältesten Sohn den Hof übergeben hatte), drei ihrer Kinder psychisch erkrankt seien (Psychosen und Depressionen). Bei der jüngsten Schwester von Herrn C. ist eine Schizophrenie diagnostiziert worden und ihr ältester Sohn habe im Jahr 2004 an einer akuten psychotischen Episode gelitten.

- Angaben zur psychischen Erkrankung:

Die Mutter gibt an, dass Herr C. bereits im Alter von 25 (im Jahr 1989) Jahren zum ersten Mal an einer Psychose gelitten habe. Inzwischen sei er vier mal in

drei verschiedenen Kliniken in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen. Rückfälle entstünden immer dann, wenn Herr C. das Neuroleptikum absetzte.

4.3.2 Behandlungsauftrag und Behandlungsziel

Den Behandlungsauftrag für die Musiktherapie habe ich von dem damaligen Oberarzt erhalten. Herr C. sollte an der Musiktherapie teilnehmen um die Möglichkeit zu erhalten sich auszudrücken und kontaktfähiger zu werden. Aus dem Behandlungsauftrag ergibt sich auch das Behandlungsziel: nonverbale Ausdrucksmöglichkeiten zu finden und in Kontakte zu anderen treten zu können.

4.4 Symptomatik der Schizophrenie

Die Beschreibung des Krankheitsbildes stützt auf der allgemeinen Beschreibung des Psychopathologie des Schizophrenie, auf der Klassifizierung der schizophrenen Symptomatik von *Christian Scharfetter*, der die Leiblichkeit in den besonderen Fokus gestellt hatte sowie der Beschreibung des Körpererlebens schizophrener Patienten von *Frank Röhrich* (*Scharfetter* 1995; *Röhrich* 1998).

Des Weiteren werden diagnostische Kriterien und Leitlinien nach DSM-5 und ICD-10 aufgeführt.

Frith und *Johnstone* beschreiben Schizophrenie als eine schwere Form der Geistesstörung, die sich durch eine Störung des Realitätsbezugs kennzeichnet, in allen Ländern und Kulturen besteht und eine hohe Prävalenz aufweist. Bei ungefähr einer Person von 100 kann diese Erkrankung in ihrem Lebensverlauf auftreten (*Frith, Johnstone* 2003, 1).

Huber spezifiziert folgende Leitsymptome der Schizophrenie (*Huber* 1999, 252ff.):

- Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung,
- Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten deutlich bezogen auf Körper oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen,
- kommentierende oder dialogische Stimmen,
- anhaltende Wahnideen,

- anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität ohne deutliche affektive Beteiligung,
- formale Denkstörungen wie Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt,
- katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien, wächserne Biegsamkeit, Mutismus oder Stupor,
- negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, Affektverflachung, sozialer Rückzug und allgemeine Verringerung der Leistungsfähigkeit, die nicht durch eine Depression oder eine neuroleptische Medikation verursacht werden.

In der Fachliteratur anderer Autoren wird die Schizophrenie durch drei Hauptsymptomkomplexe gekennzeichnet (*Benedetti 1975; Scharfetter 1995; Vetter 1998; Exner, Lincoln 2012*):

- Positivsymptomatik: visuelle und akustische Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Unfähigkeit zu unterscheiden, was real und was unreal ist,
- Negativsymptomatik: Apathie, Anhedonie, Katatonie, Unfähigkeit einen adäquaten emotionalen und emotional-körperlichen Ausdruck zu finden, Ziellosigkeit im Verhalten und Handeln, Isolation, fehlende soziale Kontakte und emotionale Beziehungen,
- kognitive Defizite: Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Störung im Kreieren von logischen Denkvorgängen (*Benedetti 1975; Scharfetter 1995; Vetter 1998; Johnstone 2003; Exner, Lincoln 2012*).

Scharfetter (Scharfetter 1995, 74) beschreibt folgende Ich-Psychopathologie der Schizophrenen:

Tab. 13: Ich-Psychopathologie (*Scharfetter 1995, 74*)

Ich-Psychopathologie	
Ich-Vitalität	Angst vor oder Erleben von dem eigenen Absterben, Tod, Untergang, Nicht-mehr-Sein, Weltuntergang, Untergang anderer Menschen
Ich-Aktivität	Fehlen der Eigenmächtigkeit im Handeln und Denken

	Fremdsteuerung, -beeinflussung, Kontrolliert-Werden im Handeln, Erleben, Fühlen, Denken, Lahmgelegtsein, Besessen sein
Ich-Konsistenz	Änderung des Zusammenhanges (Kohärenz) und der Beschaffenheit des Leibes. Aufhebung des Zusammenhanges des Leibes oder seiner Teile, der Gedanken-Gefühls-Verbindungen, der Gedankenketten, der Willens- und Handlungsimpulse, der Seele, der Welt, des Universums
Ich-Demarkation	Unsicherheit, Schwäche oder Aufhebung der Ich/Nicht-Ich-Abgrenzung, Fehlen eines (privaten) Eigenbereichs im Leiblichen, im Denken und im Fühlen, Störung der Innen-Außen- und Eigen-Fremd-Unterscheidung
Ich-Identität	Unsicherheit über die eigene Identität, Angst vor Verlust der eigenen Identität, Verlust der eigenen Identität. Physiognomische und Gestaltänderung, Geschlechtsänderung, Verwandlung in ein anderes Wesen, Änderung der Herkunftsidentität

Scharfetter brachte die klinische Symptomatologie und Störungen der Ich-Vitalität, Ich-Aktivität, Ich-Konsistenz, Ich-Demarkation und Ich-Identität in Beziehung und fasste diese wie folgt zusammen (*Scharfetter 1995, 77ff.*):

1. Störung der **Ich-Vitalität**. Gefühl des eigenen Lebendigseins:
 - **Erleben/Verhalten des Patienten:** Erstarren in Ratlosigkeit und Schreck, Panik, sich vergewissern, dass noch lebendig, wahnhaftes Interpretation als Leibkrankheit, wahnhaftes Interpretation, gerichtet auf die Welt (expansive projizierende Externalisation), wahnhaftes Interpretation, Deutung als Bedrohung von Außen,
 - **Klinische Symptomatik:** katatoner Stupor, katatone Erregung, katatone Hyperventilation, persönlicher Untergang, nihilistischer Wahn, Weltuntergangswahn, Verfolgungswahn,
 - **Überkompensation:** Heilswahn, Omnipotenzwahn, anderer Größenwahn, Weltverbesserungswahn, Welterneuerungswahn, Heilands-, messianischer Wahn.
2. Störung der **Ich-Aktivität:**

- **Erleben/Verhalten des Patienten:** Sich vergewissern, dass noch eine Bewegungsmöglichkeit vorhanden ist, Erstarren in Angst, Panik mit Bewegungssturm, wahnhafte Interpretation,
 - **Klinische Symptomatik:** Vermehrte Intentionsanstrengung, motorische Kontrolle (Kontrollzwang), Echopraxie, Echolalie, katatoner Stupor, katatone Erregung, Fremdbeeinflussungswahn (im motorischen Denken, Fühlen, Sensorischen u. a.), Verfolgungswahn (negative Fremdbeeinflussung),
 - **Überkompensation:** Omnipotenzwahn.
3. Störung der **Ich-Konsistenz** (Ich-Zerfall, Zersplitterung):
- **Erleben/Verhalten des Patienten:** Erstarren in Angst, Panik mit Bewegungssturm, wahnhafte Interpretation Selbstwahrnehmung,
 - **Klinische Symptomatik:** katatoner Stupor, katatone Erregung, Gefühl der inneren Zerissenheit, Zersplitterung, Auflösung des Auseinandergezogen-werdens, Selbstuntergang, Selbstzersplitterung, Pluralität des Ich, Duplizität des Ich, expansive Externalisation: Weltuntergang,
 - **Überkompensation:** Weltverbesserungs-, Heilswahn, Heilandswahn (Omnipotenzwahn).
4. Störung der **Ich-Demarkation** (Ich-Grenze, Ich/Nicht-Ich-Unterscheidung, Unterscheidung innen/außen bestimmt, Subjekt-/Objekt-Diskrimination, Realitätskontrolle):
- **Erleben/Verhalten des Patienten:** Angst und Ratlosigkeit, Angst und Bewegungssturm, Unsicherheit der Orientierung am Gewohnten, Gefühl der Verlorenheit, Gefühl: Welt ist nicht mehr Heimat, Gefühl der Isolation ängstlicher Rückzug, Ich/Außenwelt-Konfusion,
 - **Klinische Symptomatik:** katatoner Stupor, katatone Erregung, Fremdheitsgefühl, Derealisation, Wahnstimmung, Autismus, Transivitivismus, Appersonierung,
 - **Überkompensation:** maniforme All-Kommunikation, Wahn göttlichen Aufgehobenseins, „altruistischer“ Wahn: Heilswahn, Heilandswahn, Weltverbesserungswahn, Liebeswahn.
5. Störung der **Ich-Identität:**

- **Erleben/Verhalten des Patienten:** erstarren in Ratlosigkeit und Panik, Panik mit Bewegungsturm, („Anrennen“ zur Selbstwahrnehmung), Selbstüberprüfung der Physiognomie, wahnhafte Interpretation,
- **Klinische Symptomatik:** katatoner Stupor, wahnhafter Identitätswandel, Verwandlungswahn, wahnhafter Geschlechtswandel, Abstammungswahn, Pluralität des Ich, Duplizität des Ich (mit doppelter Buchführung).

Röhricht beschreibt folgende Störungen des Körpererlebens in der Schizophrenie (*Röhricht* 1998, 13):

1. *Störungen im neurophysiologischen Teilbereich des Körpererlebens (Körperwahrnehmung):* - Coenästhesien (abnorme Leibgefühle),
 - Körper-/Leibhalluzinationen,
 - Störungen der Schmerzwahrnehmung (Hyp- und Analgesien, Hyperalgesien) und andere Sinnesmodalitäten,- Störungen der Körpergrößenwahrnehmung (Körperschemastörungen).
2. *Störungen im psychologisch-phänomenologischen Teilbereich des Körpererlebens. Den Körper betreffende Kognitionen/Denkstörungen:*
 - Körperbildstörungen (abnorme Gedanken und Einstellungen zum Körper),
 - körperbezogener Wahn.
2. *Den Körper betreffende emotional-affektive Störungen:*
 - Störungen der Körper-Kathexis (mangelnde Zufriedenheit mit dem Körper, insuffiziente Körperbesetzung),
 - körperbezogene Ängste (z. B. Dymorphophobie, wahnhafte Hypochondrie).
3. *Störungen des Erlebens der leiblichen Integrität (Kognition und Wahrnehmung):*
 - somatopsychisches Depersonalisationssyndrom,
 - Autoskopie (Mehrfachsehen der eigenen Gestalt),
 - Out-of-body-experiences,
 - Ich-Verdoppelung (leibhaftiges Insichhaben des anderen, der gedanklich und körperlich intern wahrgenommen wird),
 - Syndrom der multiplen Persönlichkeit.
4. *Störungen im Ausdrucks- und Bewegungsverhalten:*
 - Autoaggressive Fehlhandlungen (Selbstverletzung und Selbstverstümmelung),

Psychomotorische Störungen:

- *motorische Unruhe, Lokomotion, tic-artige Bewegungsmuster,*
- *motorische Stereotypien und Automatismen,*
- *mimische und gestische Manierismen,*
- *katatone Symptomatik mit Parakinesen (Kataplexie, Flexibilitas cerea),*

Autismus.

4.4.1 Diagnostische Kriterien DSM-5

Das DSM-5 beschreibt folgende Diagnostische Kriterien Schizophrenie F20.9:

„A. Zwei (oder mehr der folgenden Symptome, jedes bestehend für einen erheblichen Teil einer einmonatigen Zeitspanne (oder kürzer, wenn erfolgreich behandelt). Mindestens eines dieser Symptome muss (1), (2) oder (3) sein.

- 1. Wahn.*
- 2. Halluzinationen.*
- 3. Desorganisierte Sprechweise (z. B. häufiges Entgleisen oder Zerfahrenheit).*
- 4. Grob desorganisiertes oder katatones Verhalten.*
- 5. Negativsymptome (z. B. verminderter emotionaler Ausdruck oder reduzierte Willenskraft (Avolition)).*

B. Für eine erhebliche Zeitspanne seit dem Beginn der Störung sind eine oder mehrere zentrale Funktionsbereiche wie Arbeit, zwischenmenschliche Beziehungen oder Selbstfürsorge deutlich unter dem Niveau, das vor dem Beginn erreicht wurde (oder falls der Beginn in der Kindheit oder Adoleszenz liegt, wird das zu erwartende Niveau der zwischenmenschlichen, geistigen oder beruflichen Leistungen nicht erreicht)“. (Falkai, Wittchen 2020, 133f.).

Katatonie

Katatonien können im Zusammenhang mit zahlreichen Störungen, einschließlich Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung, (...) auftreten (Falkai, Wittchen 2020, 160f.).

„Eine Katatonie wird bei Vorhandensein von mindestens 3 von 12 psychomotorischen Merkmalen der diagnostischen Kriterien für Katatonie in Verbindung mit einer anderen Psychischen Störung (Zusatzkodierung Katatonie) und Katatonie aufgrund eines anderen Medizinischen Krankheitsfaktors diagnostiziert.

Das charakteristische Merkmal der Katatonie ist eine ausgeprägte Veränderung der Psychomotorik, die eine beeinträchtigte Bewegungsaktivität, eine reduzierte Teilnahme am Explorationsgespräch oder bei der körperlichen Untersuchung sowie übermäßige oder anderweitig auffällige Bewegungen umfassen kann. Das klinische Bild der Katatonie kann mitunter sehr auffällig wirken, da die psychomotorischen Beeinträchtigungen von Teilnahmelosigkeit bis hin zu deutlicher körperlicher Erregung reichen können. Die Bewegungsarmut kann schwergradig (Stupor) oder moderat (Katalepsie und wächserne Biagsamkeit) ausgeprägt sein. Gleichsam kann auch der Aktivitätsverlust schwer (Mutismus) oder moderat (Negativismus) sein. Übermäßige oder anderweitig auffallende Bewegungen können komplex (z. B. stereotyp) oder einfach (Agitation) sein und auch Echolalie oder Echopraxie umfassen. In extremen Fällen kann die motorische Aktivität der Betroffenen zwischen reduzierter und übermäßiger motorischer Aktivität wechseln. Die scheinbar gegensätzlichen klinischen Merkmale und die wechselnden Krankheitsmanifestationen tragen zu einer reduzierten Beachtung und verminderten Diagnosestellung der Katatonie bei“ (Falkai, Wittchen 2020, 160f.).

Zusatzcodierung Katatonie F06.1

„A. Das klinische Bild wird von drei (oder mehr) der folgenden Symptome gekennzeichnet:

- 1. Stupor (d. h. keine psychomotorische Aktivität, kein aktiver Austausch mit der Umgebung).*
- 2. Katalepsie (d. h. passive Einnahme einer Körperhaltung, die gegen die Schwerkraft gehalten wird).*
- 3. Wachserne Flexibilität (flexibilitas cerea, d. h. leichter, gleichmäßiger Widerstand gegenüber einer Veränderung der Körper- oder Extremitätenhaltung des Betroffenen durch den Untersucher).*
- 4. Mutismus (d. h. keine oder nur geringe verbale Antwort (**Ausschlusskriterium:** bekannte Aphasie)).*
- 5. Negativismus (d. h. widerständliche oder keine Befolgung von Anweisungen oder bei anderen äußeren Reizen).*
- 6. Verharren (d. h. spontanes und aktives Aufrechterhalten einer einmal eingenommen Körperhaltung gegen die Schwerkraft).*

7. *Manierismen (d. h. eigentümliche, umständliche Karikatur normaler Handlungen).*
8. *Stereotypien (d. h. repetitive, abnorm häufige, nicht zielgerichtete Bewegungen).*
9. *Agitation, nicht durch äußere Reize beeinflusst.*
10. *Grimassieren.*
11. *Echolalie (d. h. Nachahmen der Sprache eines anderen).*
12. *Echopraxie (d. h. Nachahmen der Bewegungen des anderen).“ (Falkai, Wittchen 2020, 161).*

4.4.2 Klinisch-diagnostische Leitlinien ICD-10

Das Krankheitsbild des Patienten entsprach den unter F20.2 katatonen Schizophrenie zusammengefassten diagnostischen Leitlinien - ICD-10 Kapitel V (F):

- „1. *Stupor (eindeutige Verminderung der Reaktionen auf die Umgebung sowie Verminderung spontaner Bewegungen und Aktivität) oder Mutismus.*
2. *Erregung (anscheinend sinnlose motorische Aktivität, die nicht durch äußere Reize beeinflusst ist).*
3. *Haltungstereotypien (freiwilliges Einnehmen und Beibehalten unsinniger und bizarrer Haltungen).*
4. *Negativismus (anscheinend unmotivierter Widerstand gegenüber allen Aufforderungen oder Versuchen, bewegt zu werden; stattdessen Bewegung in die entgegengesetzte Richtung).*
5. *Rigidität (Beibehaltung einer starren Haltung bei Versuchen, bewegt zu werden).*
6. *Flexibilitas cerea bzw. wächserne Biegsamkeit (Verharren der Glieder oder des Körpers in Haltungen, die von außen auferlegt sind).*
7. *Andere Symptome wie Befehlsautomatismen (automatische Befolgung von Anweisungen) und verbale Perseveration“ (Dilling et al. 2011, 134).*

4.5 Wahrnehmen. Körper/Leib/Bewegung/Musik-Chart 1

In diesem Kapitel wird der Körper/Leib/Bewegung/Musik-Chart 1 erstellt. In diesem Chart werden die, in der Szene 1 sichtbaren und hörbaren Phänomene die sich im

Körper/Leib, in der Bewegung, im Spiel, Gesang und Sprache und in der Musik zeigen, erfasst.

Ein KLBMP-Chart beinhaltet insgesamt vier Charts:

- den Körper/Leib/Bewegungs-Chart 1. Teil 1,
- den Körper/Leib/Bewegungs-Chart 1. Teil 2,
- den Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 1 und
- das instrumentale Musik-Chart 1.

Als erstes werden aktive P0- und P1-Potenziale, die den körperlich/leiblichen und bewegungsmäßigen, den Spiel/Sing/Sprecharten und den musikalischen Ausdruck betreffen markiert und auf Markanz, Übergänge und Verwobenheit zwischen den P0- und P1-Potenzialen und Clusterbildung untersucht.

4.5.1 Körper/Leib/Bewegung-Chart 1. Teil 1

In diesem Chart werden aktive P0- und P1-Potenziale, die die Körperposition, den Raum, die Körperstruktur, die Spannung, die Intensität, die Energie, die Kraft, die Artikulation, die Zeit, die Richtungen, die Ebenen, die Formen, die Modulation, den Körperkontakt und die Berührung, die körperliche Nähe und Distanz betreffen markiert, auf Markanz, Übergänge und Verwobenheit und Clusterbildung untersucht.

Tab. 14: Körper/Leib/Bewegungs-Chart 1. Teil 1

Körper/Leib-Bewegungs-Musik-Partitur							
I Körper/Leib/Bewegungs-Part							
Teil 1 - Chart 1							
Datum	25. November 2004						
Szene/Name	Szene 1						
Beobachtungsmerkmale	P0	P0-Potenziale	P0	ÜV	P1	P1-Potenziale	P1
0	Ausgangspunkt	0	keine sichtbare Bewegung	⊙	●	sichtbare Bewegung	0
1	Körperposition	1	liegen	⊙	⊙	hocken	1
		2	sitzen	●	⊙	knien	2
		3	stehen	⊙	⊙	laufen	3
		4	gehen	⊙	⊙	tanzen	4
2	Raum	5	Raum nehmend	⊙	●	Raum vermeidend	5
		6	nahe Kinesphäre	●	⊙	weite Kinesphäre	6
		7	mittlere Kinesphäre	⊙	⊙	Expansion	7
		8	Grenzen respektierend	●	⊙	Grenzen überschreitend	8
3	Körperstruktur	9	runde, kurvige Körperform	⊙	⊙	gerade, lineare Körperform	9
		10	flächige Körperform	⊙	⊙	verwungene Körperform	10
		11	Rumpf	●	⊙	Extremitäten	11
		12	linke Körperseite	⊙	⊙	rechte Körperseite	12
		13	vordere Körperseite	⊙	⊙	hintere Körperseite	13
		14	obere Körperhälfte	●	⊙	untere Körperhälfte	14
		15	Beugung	●	⊙	Streckung	15
		16	Rotation	⊙	⊙	Verdrehung	16
4	Spannung Energie Intensität Kraft	17	Entspannung	●	●	Kontraktion	17
		18	Wohlspannung (Eutonus)	⊙	●	Hemmung/Blockade	18
		19	freier, lebendiger Fluss	⊙	●	gebundener Bewegungsfluss	19
		20	angepasster, regulierter, adaptierender Fluss	⊙	⊙	gleichmäßiger, gleichbleibender Fluss	20
		21	niedrige Intensität	⊙	●	hohe Intensität	21
		22	zunehmend	⊙	⊙	abnehmend	22
		23	abrupt	⊙	⊙	graduell	23
		24	kanalisierend	⊙	⊙	flexibel	24
		25	sanft, behutsam	●	⊙	vehement, angestrengt	25
		26	vorsichtig	●	⊙	wuchtig	26
		27	Schwere	⊙	⊙	Leichtigkeit	27
		28	mit der Schwerkraft	⊙	●	gegen die Schwerkraft	28
		29	Einsatz des Körpergewichtes	⊙	⊙	Einsatz der Kraft	29
		30	ankämpfend	⊙	●	nachgebend	30
31	unkontrolliert	⊙	⊙	kontrolliert	31		
5	Artikulation	32	zitternde, vibrierende, wellenförmige Bewegung	⊙	⊙	ballistische, progressive Bewegung	32
		33	fragmentierte, unterbrochene Bewegungen	●	●	kontinuierlich, gleichmäßig fließende Bewegungen	33
6	Zeit	34	plötzlich	⊙	●	zögerlich	34
		35	allmählich schneller werden, Beschleunigung	⊙	⊙	allmählich langsamer werdend, Verlangsamung	35
		36	schnell	⊙	●	langsam	36
		37	zentrifugale Bewegung	⊙	⊙	zentripetale Bewegung	37
7	Richtungen Ebenen	38	zur Körperachse hin, einwärts	●	⊙	von der Körperachse weg, auswärts	38
		39	symmetrisch	●	⊙	asymmetrisch	39
		40	bi-direktional, hin und her, vor- und zurück	●	⊙	in eine Richtung strebend	40
		41	indirekt, ungerichtet	⊙	⊙	direkt, gerichtet	41
		42	seitwärts	●	⊙	quer	42
		43	aufwärts	⊙	⊙	abwärts	43
		44	vorwärts	⊙	⊙	rückwärts	44
		45	ausbreitend	⊙	⊙	einschließend, umschließend	45
8	Formen	46	aufsteigend	⊙	⊙	sinkend/absteigend	46
		47	fortschreitend	⊙	⊙	zurückweichend, zurückziehend	47
		48	wachsend/weitend	●	⊙	schrumpfend/engend	48
		49	verbreitern/ausdehnen	⊙	●	versmälern/verengen	49
		50	verlängern	●	⊙	verkürzen	50
		51	auswölben	⊙	⊙	aushöhlen	51
		52	seitliches verbreitern	⊙	⊙	mittiges verschmälern	52
		53	verlängern nach oben	⊙	⊙	verkürzen nach oben	53
		54	verlängern nach unten	⊙	⊙	verkürzen nach unten	54
		55	auswölben nach vorne	●	⊙	aushöhlen nach vorne	55
		56	auswölben nach hinten	⊙	⊙	aushöhlen nach hinten	56
		57	Schleifen, schlingende/windende Bewegungen	⊙	●	Linien, lineare Bewegungen	57
9	Modulation	58	niedrige Schwingungsamplitude	⊙	●	hohe Schwingungsamplitude	58
		59	runde Umkehrung/Wendung	⊙	●	eckige Umkehrung/Wendung	59
		60	Wiederholung	●	⊙	Fixierung	60
		61	Variation	⊙	⊙	Transformation	61
		62	wenig Differenziertheit	⊙	⊙	hohe Differenziertheit	62
		63	diffuse, zerstreute Aufmerksamkeit	⊙	●	konzentrierte, fokussierte Aufmerksamkeit	63
10	Körperkontakt Berührung körperliche Nähe und Distanz	64	auf die eigene Tätigkeit gerichtet	⊙	⊙	auf die gemeinsame Tätigkeit gerichtet	64
		65	kein Körperkontakt	●	⊙	Körperkontakt	65
		66	passives Zulassen	⊙	⊙	Ablehnung	66
		67	explorative Selbstberührung	⊙	⊙	autoaggressive, autodestruktive Selbstberührung	67
		68	Berührung des Anderen	⊙	⊙	Vermeidung der Berührung	68
		69	kommunikative, interaktive Berührung	⊙	⊙	aggressive, possessive Berührung	69
		70	körperlich unterstützende Berührung	⊙	⊙	emotional unterstützende Berührung	70
		71	intime Distanz	⊙	⊙	soziale Distanz	71
		72	persönliche Distanz	●	⊙	öffentliche Distanz	72

Ausgangspunkt: sichtbare Bewegung (P1-0)

Beobachtungsmerkmal: Körperposition

Aktive P0-Potenziale:

- sitzen (P0-2)

Aktive P1-Potenziale: keine

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Raum

Aktive P0-Potenziale:

- nahe Kinesphäre (P0-6)

Aktive P1-Potenziale:

- Raum vermeidend (P1-5)
- Grenzen respektierend (P0-8)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Körperstruktur

Aktive P0-Potenziale:

- Rumpf (P0-11)
- obere Körperhälfte (P0-14)
- Beugung (P0-15)

Aktive P1-Potenziale:

- gerade, lineare Körperform (P1-9)
- Extremitäten (P1-11)
- Streckung (P1-15)

Markante P0-Potenziale:

- **Rumpf (P0-11)**

Markante P1-Potenziale:

- **gerade, lineare Körperform (P1-9)**
- **Extremitäten (P1-11)**

Übergänge und Verwobenheit:

- Zwei **blockierte** Übergänge: Rumpf (P0-20) und Extremitäten (P1-20); Beugung (P0-24) und Streckung (P1-24)

Beobachtungsmerkmale: Spannung, Energie, Intensität und Kraft

Aktive P0-Potenziale:

- sanft, behutsam (P0-25)
- vorsichtig (P0-26)

Aktive P1-Potenziale:

- Kontraktion (P1-17)
- Hemmung/Blockade (P1-18)
- gebundener Fluss (P1-19)
- hohe Intensität (P1-21)
- vehement, angestrengt (P1-25)
- gegen die Schwerkraft (P1-28)
- nachgebend (P1-30)
- kontrolliert (P1-31)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale:

- **Kontraktion (P1-17)**
- **Hemmung/Blockade (P1-18)**
- **gebundener Fluss (P1-19)**
- **hohe Intensität (P1-21)**
- **vehement, angestrengt (P1-25)**
- **gegen die Schwerkraft (P1-28)**

Übergänge und Verwobenheit:

- ein **blockierter** Übergang: sanft, vorsichtig (P0-25) und vehement, angestrengt (P1-25)

Beobachtungsmerkmal: Artikulation

Aktive P0-Potenziale:

- fragmentierte, unterbrochene Bewegungen (P0-33)

Aktive P1-Potenziale:

- kontinuierlich, gleichmäßig fließende Bewegungen (P1-33)

Markante P0-Potenziale:

- **fragmentierte, unterbrochene Bewegungen (P0-33)**

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Zeit

Aktive P0-Potenziale: keine

Aktive P1-Potenziale:

- zögerlich (P1-34)
- langsam (P1-35)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmale: Richtungen und Ebenen

Aktive P0-Potenziale:

- zur Körperachse hin, einwärts (P0-38)
- symmetrisch (P0-39)
- bi-direktional, hin und her, vor und zurück (P0-40)
- seitwärts (P0-42)

Aktive P1-Potenziale:

- quer (P1-42)

Markante P0-Potenziale:

- **zur Körperachse hin, einwärts (P0-38)**
- **symmetrisch (P0-39)**

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit:

- ein **fragmentierter** Übergang: seitwärts (P0-42) und quer (P1-42)

Beobachtungsmerkmal: Formen

Aktive P0-Potenziale:

- wachsend/weitend (P0-48)
- auswölben nach vorne (P0-55)

Aktive P1-Potenziale:

- schrumpfend/engend (P1-48)

- verschmälern/verengen (P1-49)
- Linien, lineare Bewegungen (P1-57)
- eckige Umkehrung/Wendung (P1-59)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit:

- ein **blockierter** Übergang: wachsend/weitend (P0-48) und schrumpfend/engend (P1-48)

Beobachtungsmerkmal: Modulation

Aktive P0-Potenziale:

- Wiederholung (P0-60)
- wenig Differenziertheit (P0-62)

Aktive P1-Potenziale:

- Fixierung (P1-60)
- konzentrierte, fokussierte Aufmerksamkeit (P1-63)

Markante P0-Potenziale:

- **Wiederholung (P0-60)**

Markante P1-Potenziale:

- **Fixierung (P1-60)**
- **konzentrierte, fokussierte Aufmerksamkeit (P1-63)**

Übergänge und Verwobenheit:

- ein **blockierter** Übergang: Wiederholung (P0- 60) und Fixierung (P1-61)

Beobachtungsmerkmale: Körperkontakt, Berührung und körperliche Nähe und Distanz

Aktive P0-Potenziale:

- kein Körperkontakt (P0-65)
- persönliche Distanz (P0-72)

Aktive P1-Potenziale: keine

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Zusammenfassung KMB-Chart 1. Teil 1

Aktive P0-Potenziale: 20

Aktive P1-Potenziale: 22

Markante P0-Potenziale: 6

Markante P1-Potenziale: 10

Übergänge und Verwobenheit:

- 5 blockierte
- 1 fragmentierter

Cluster:

- Cluster 1: **Rumpf (P0-11), gerade, lineare Körperform (P1-9), Kontraktion (P1-17), Hemmung (P0-18), hohe Intensität (P0-21) und Fixierung (P1-60)**
- Cluster 2: **Extremitäten (P1-11), fragmentierte, unterbrochenen Bewegungen (P0-33), zur Körperachse hin, einwärts (P0-38) und symmetrisch (P0-39)**

Verbindungen:

- vehement, angestrengt (P1-25) und konzentrierte, fokussierte Aufmerksamkeit (P1-63)

4.5.2 Körper/Leib/Bewegungs-Chart 1. Teil 2

In diesem Chart werden aktive P0- und P1-Potenziale, die den Blick und die Atmung betreffen markiert, auf Markanz, Übergänge und Verwobenheit und Clusterbildung untersucht.

Tab. 15: Körper/Leib/Bewegungs-Chart 1. Teil 2

Körper/Leib-Bewegungs-Musik-Partitur							
I Körper/Leib/Bewegungs-Part							
Teil 2 - Chart 1							
Datum	25. November 2004						
Szene/Name	Szene 1						
Beobachtungsmerkmale	P0	P0-Potenziale	P0	ÜV	P1	P1-Potenziale	
0	Ausgangspunkt	0	geschlossene Augen	⊙	●	offene Augen	0
		1	schauen	●	⊙	anschauen	1
		2	sich umschauen	⊙	⊙	betrachten	2
		3	vorbeischaun	⊙	⊙	hindurchschaun	3
		4	zusammengekniffene Augen	⊙	⊙	weit aufgerissene Augen	4
		5	blinzeln	●	⊙	zwinkern	5
		6	kein Blickkontakt	⊙	⊙	Blickkontakt	6
		7	Blick nach oben gerichtet	⊙	●	Blick nach unten gerichtet	7
		8	Blick nach rechts gerichtet	⊙	⊙	Blick nach links gerichtet	8
		9	den Blick vermeidend	⊙	⊙	den Blickkontakt suchend	9
		10	den Blick abwendend	⊙	⊙	ein direkter Blickkontakt	10
		11	Blickaustausch	⊙	⊙	Blickdialog	11
		12	nach Rückversicherung suchend	●	⊙	ein rückversichernder Blick	12
		13	nach Bestätigung suchend	⊙	⊙	ein bestätigender Blick	13
		14	ein aufmerksamer Blick	●	⊙	ein unaufmerksamer Blick	14
		15	ein gerichteter Blick	●	⊙	ein ungerichteter Blick	15
		16	ein fokussierter Blick	⊙	⊙	ein schweifender, flüchtiger, unfokussierter Blick	16
		17	ein direkter Blick	⊙	⊙	ein indirekter Blick	17
		18	ein klarer Blick	⊙	⊙	ein benommener Blick	18
		19	ein fragender Blick	⊙	⊙	ein beantwortender Blick	19
		20	ein frischer Blick	⊙	⊙	ein müder Blick	20
		21	ein lebendiger, vitaler Blick	⊙	⊙	ein erloschener Blick	21
		22	ein hoffnungsvoller Blick	⊙	⊙	ein hoffnungsloser Blick	22
		23	ein wacher Blick	⊙	⊙	ein resignierter Blick	23
		24	ein trauriger Blick	⊙	⊙	ein lustiger Blick	24
		25	ein schnuchtsvoller Blick	⊙	⊙	ein nachdenklicher Blick	25
		26	ein melancholischer Blick	⊙	⊙	ein verletzlicher Blick	26
		27	ein verzweifelter Blick	⊙	⊙	ein zuversichtlicher Blick	27
		28	ein wohlwollend interessierter Blick	⊙	⊙	ein gleichgültiger Blick	28
		29	ein warmer Blick	⊙	⊙	ein kalter Blick	29
		30	ein freundlicher Blick	●	⊙	ein unfreundlicher Blick	30
		31	ein liebevoller Blick	⊙	⊙	ein liebloser Blick	31
		32	ein lustvoller Blick	⊙	⊙	ein lustloser Blick	32
		33	ein verspielter Blick	⊙	⊙	ein frivoler Blick	33
		34	ein gutmütiger Blick	⊙	⊙	ein böswilliger Blick	34
		35	ein tröstender Blick	⊙	⊙	ein fordernder Blick	35
		36	ein tiefer Blick	⊙	⊙	ein oberflächlicher Blick	36
		37	ein beobachtender Blick	⊙	⊙	ein fixierender, starrer Blick	37
		38	ein kontrollierender Blick	⊙	⊙	ein provokativer Blick	38
		39	ein dominierender Blick	⊙	⊙	ein verächtlicher Blick	39
		40	ein überheblicher Blick	⊙	⊙	ein unterwürfiger Blick	40
		41	ein abwertender Blick	⊙	⊙	ein wertschätzender Blick	41
		42	ein vernichtender Blick	⊙	⊙	ein aufbauender Blick	42
		43	ein abweisender Blick	⊙	⊙	ein annehmender Blick	43
		44	ein sicherer Blick	⊙	●	ein unsicherer Blick	44
		45	ein ruhiger Blick	⊙	⊙	ein unruhiger Blick	45
		46	ein mutiger Blick	⊙	⊙	ein schüchterner Blick	46
		47	ein intensiver Blick	⊙	⊙	ein leerer Blick	47
		48	ein respektvoller Blick	⊙	⊙	ein respektloser Blick	48
		49	ein faszinierter Blick	⊙	⊙	ein gelangweilter Blick	49
		50	ein misstrauischer Blick	⊙	⊙	ein vertrauensvoller Blick	50
		51	ein wirrer Blick	⊙	⊙	ein verwirrter Blick	51
		52	ein neugieriger Blick	⊙	⊙	ein staunender Blick	52
		53	ein eifersüchtiger Blick	⊙	⊙	ein neidischer Blick	53
		54	ein gieriger Blick	⊙	⊙	ein bescheidener Blick	54
		55	ein ängstlicher Blick	●	⊙	ein aggressiver Blick	55
		56	ein wütender Blick	⊙	⊙	ein zorniger Blick	56
		57	ein ironischer Blick	⊙	⊙	ein skeptischer Blick	57
		58	ein strenger Blick	⊙	⊙	ein weicher Blick	58
		59	ein enttäuschter Blick	⊙	⊙	ein ermutigender Blick	59
60	ein demütiger Blick	⊙	⊙	ein gedemütigter Blick	60		
2	Atmung	0	keine sichtbare/keine hörbare Atmung	⊙	●	sichtbare/hörbare Atmung	0
		1	eine rhythmische Atmung	⊙	⊙	ein arrhythmische Atmung	1
		2	eine regelmäßige Atmung	⊙	⊙	ein unregelmäßige Atmung	2
		3	ein angehaltener Atem	●	⊙	ein befreiender Atem	3
		4	Einatmung betont	⊙	⊙	Ausatmung betont	4
		5	ein angehaltener Atem bei der Einatmung	⊙	⊙	ein angehaltener Atem bei der Ausatmung	5
		6	ein lautes Atmen	⊙	⊙	ein leises Atmen	6
		7	ein flacher und kurzer Atem	⊙	⊙	ein tiefer und langer Atem	7
		8	eine heftige, kurze Atmung	⊙	⊙	eine aussetzende Atmung	8
		9	schnaufen	⊙	⊙	seufzen	9
		10	hauchen	⊙	⊙	hecheln	10
		11	eine erleichternde, loslassende Atmung	⊙	⊙	eine stockende Atmung	11
12	Hyperventilation	⊙	⊙	eine frei fließende Atmung	12		

Ausgangspunkt: offene Augen (P1-0)

Beobachtungsmerkmal: Blick

Aktive P0-Potenziale:

- schauen (P0-1)
- blinzeln (P0-5)
- nach Rückversicherung suchend (P0-12)
- ein aufmerksamer Blick (P0-14)
- ein gerichteter Blick (P0-15)
- ein freundlicher Blick (P0-30)
- ein ängstlicher Blick (P0-55)

Aktive P1-Potenziale:

- Blick nach unten gerichtet (P1-7)
- ein unsicherer Blick (P1-44)

Markante P0-Potenziale:

- **blinzeln (P0-5)**

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Zusammenfassung. Blick

Aktive P0-Potenziale: 7

Aktive P1-Potenziale: 2

Markante P0-Potenziale: 1

Markante P1-Potenziale: 0

Übergänge und Verwobenheit: 0

Cluster: 0

Ausgangspunkt: hörbare/sichtbare Atmung (P1-0)

Beobachtungsmerkmal: Atmung

Aktive P0-Potenziale:

- angehaltener Atem (P0-3)

Aktive P1-Potenziale: keine

Markante P0-Potenziale:

- **angehaltener Atem (P0-3)**

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine
Cluster: keine

Zusammenfassung. Atmung

Aktive P0-Potenziale: 0

Aktive P1-Potenziale: 1

Markante P0-Potenziale: 1

Markante P1-Potenziale: 0

Übergänge und Verwobenheit: 0

Cluster: 0

4.5.3 Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 1

In diesem Chart werden aktive P0- und P1-Potenziale, die den Spiel/Sprecharten, die Klanggesten, Spielarten von Musikinstrumenten und die Auswahl der Musikinstrumente, betreffen markiert, auf Markanz, Übergänge und Verwobenheit und Clusterbildung untersucht.

Tab. 16: Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 1

Körper/Leib-Bewegungs-Musik-Partitur										
II Spiel/Sing/Sprecharten-Part										
Spielen Singen Sprechen - Chart 1										
Datum		25. November 2004								
Szene/Name		Szene 1								
Beobachtungsmerkmale	P0	P0-Potenziale	P0	ÜV	P1	P1-Potenziale	P1	Beobachtungsmerkmale		
0	Ausgangspunkt	0	vokaler/körperlicher Ausdruck	●	Φ	●	instrumentaler Ausdruck	0	Ausgangspunkt	0
1	Sing- und Sprecharten	1	Sopran	☉		☉	klopfen	1	Spielarten von Musikinstrumenten	3
		2	Mezzosopran	☉		☉	abklopfen, beklopfen	2		
		3	Alt	☉		☉	blasen	3		
		4	Countertenor	☉		☉	frullato	4		
		5	Tenor	●		☉	drücken	5		
		6	Bariton/Baß	☉		☉	greifen	6		
		7	schweigen	●		●	anschlagen, gegenschlagen	7		
		8	flüstern	●		☉	rasseln	8		
		9	vokalisieren	☉		☉	rattern	9		
		10	lautieren	☉		☉	kratzen	10		
		11	rufen	☉		☉	scheppern	11		
		12	kreischen, schreien	☉		☉	schütteln	12		
		13	murmeln, brummen	☉		☉	tippen	13		
		14	lamentieren	☉		☉	ziehen	14		
		15	schluchzen	☉		☉	auflegen	15		
		16	klagen	☉		☉	ansingen	16		
		17	reimen	☉		☉	anblasen	17		
		18	dichten	☉		☉	dämmen	18		
		19	rappen	☉		☉	gleiten	19		
		20	nachsprechen	☉		☉	klirren	20		
		21	nachsingen	☉		☉	rieseln	21		
		22	tönen	☉		☉	ratschen	22		
		23	summen, mormorando	☉		☉	reiben	23		
		24	jodeln	☉		☉	schrappen	24		
		25	zischen	☉		☉	rühren	25		
		26	lallen	☉		☉	streichen	26		
		27	stottern	☉		☉	wischen	27		
		28	krächzen	☉		☉	zupfen	28		
		29	psalmodieren	☉		☉	mit dem Finger/den Fingern	29		
		30	Nonsenssprache	●		☉	mit der Hand/den Händen	30		
		31	erzählen	☉		☉	mit dem Fuß/den Füßen	31		
		32	Redefluss	☉		☉	mit dem Bogen	32		
		33	sprechen	☉		●	mit den Schlägeln	33		
		34	singen	☉		☉	mit den Sticks/Besen	34		
2	Klanggesten musikalische Gesten	35	patschen	☉		☉	Selbstgebaute Tonerzeuger und Klangobjekte	35	Musikinstrumente	4
		36	klatschen	☉		●	Idiophone	36		
		37	tippen	☉		☉	Aerophone	37		
		38	schnalzen	☉		☉	Membranophone	38		
		39	schnippen	☉		☉	Tasten-Chordophone	39		
		40	reiben	☉		☉	Zupf-Chordophone	40		
		41	streicheln	☉		☉	Streich-Chordophone	41		
		42	stampfen	☉		☉	Elektrophone	42		
		43	taktieren	☉		☉	Körperinstrumente	43		
		44	dirigieren	●		☉	Raum als Klangraum	44		

Ausgangspunkt: vokaler/körperlicher Ausdruck (P0-0) und instrumentaler Ausdruck (P1-0)

Übergänge:

- **ein blockierter** Übergang: vokaler Ausdruck (P0-0) und instrumentaler Ausdruck (P1-0)

Beobachtungsmerkmal: Sing- und Sprecharten

Aktive P0-Potenziale:

- Tenor (P0-5)
- schweigen (P0-7)
- flüstern (P0-8)
- Nonsenssprache (P0-30)

Aktive P1-Potenziale: keine

Markante P0-Potenziale:

- **schweigen (P0-7)**
- **flüstern (P0-8)**
- **Nonsenssprache (P0-30)**

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Cluster: keine

Beobachtungsmerkmal: Klanggesten und musikalische Gesten

Aktive P0-Potenziale:

- dirigieren (P0-44)

Aktive P1-Potenziale: keine

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Cluster: keine

Beobachtungsmerkmal: Spielarten von Musikinstrumenten

Aktive P0-Potenziale:

- anschlagen (P1-7)
- mit den Schlägeln (P1-33)

Aktive P1-Potenziale: keine

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine
Übergänge und Verwobenheit: keine
Cluster: keine

Beobachtungsmerkmal: Musikinstrumente

Aktive P0-Potenziale:

- Idiophone (P1-36)

Aktive P1-Potenziale: keine

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Cluster: keine

Zusammenfassung Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 1

Aktive P0-Potenziale: 5

Aktive P1-Potenziale: 3

Markante P0-Potenziale: 2

Markante P1-Potenziale: 0

Übergänge und Verwobenheit: 1 B

Cluster: keine

4.5.4 Musik-Chart 1. Instrumentale Musik

In diesem Chart werden aktive P0- und P1-Potenziale, die die instrumentale Musik betreffen markiert, auf Markanz, Übergänge und Verwobenheit und Clusterbildung untersucht.

Tab. 17: Musik-Chart 1. Instrumentale Musik

Körper/Leib-Bewegungs-Musik-Partitur								
III	Musik-Part							
Musik-Chart 1 - instrumentale Musik								
Datum		25. November 2004						
Szene/Name		Szene 1						
Beobachtungsmerkmale		P0	P0-Potenziale	P0	ÜV	P1	P1-Potenziale	P1
0	Ausgangspunkt	0	keine hörbare Musik	☉		●	hörbare Musik	0
1	Rhythmus Metrum Takt	1	arrhythmisch/prärhythmisch	☉		●	rhythmisches Motiv	1
		2	einfacher Rhythmus	☉		☉	polyrhythmisch	2
		3	Pause/Fermate/Stille	☉	●	☉	Synkope	3
		4	ametrisch, unregelmäßig, wechselhaft	☉		☉	metrisch, regelmäßig pulsierend	4
		5	einfache Taktarten	☉		☉	zusammengesetzte Taktarten	5
2	Melodie	6	prämelodisch	☉		☉	melodisches Thema	6
		7	melodisches Motiv	☉		☉	Kontrastmotiv	7
		8	Sequenz/Phrase	☉		☉	Satz	8
		9	Tonsprünge	☉		☉	Tonschritte	9
		10	Aufwärtsbewegung/Frage	☉		☉	Abwärtsbewegung/Antwort	10
		11	Tonrepetition	☉	●	☉	Ambitus	11
		12	Diminution	☉		☉	Augmentation	12
3	Klang	13	warm, resonanzvoll, umhüllend	☉		☉	kalt, trocken, abweisend	13
		14	süß, lieblich	☉		☉	betrübt, bitter	14
		15	sanft, zärtlich, mild	☉		☉	schrill, scharf, grob	15
		16	leidenschaftlich, glühend	☉		☉	zitternd, vibrierend	16
		17	phantasievoll	☉		☉	langweilig, gelangweilt	17
		18	frivol, kokett, lustvoll	☉		☉	leer, starr, rigide	18
		19	lebendig, vital, voluminös	☉		☉	dunkel, dumpf, düster	19
		20	hell, strahlend, lustig	☉		☉	traurig, schwach, resigniert	20
		21	leicht, beschwingt, beweglich	☉		☉	schwer, schwermütig, melancholisch	21
		22	heiter, hoffnungsvoll	☉		☉	sehnsüchtig, wehmütig	22
		23	tröstlich, beruhigend	☉		☉	schmerzvoll, klagend, kummervoll	23
		24	standhaft, konstant	☉		☉	beliebig, gleichgültig	24
		25	flüchtig, unsicher, schüchtern	☉	●	☉	betont, hervorgehoben	25
		26	unbestimmt, unterdrückt	☉	●	☉	pompös, pathetisch	26
		27	ängstlich, zittrig	☉	●	☉	impulsiv, aggressiv, explosiv, kämpferisch	27
4	Dynamik	28	sehr leise	☉		●	leise, mittelleise	28
		29	sehr laut	☉		☉	mittellaut, laut	29
		30	lauter werdend	☉		☉	leiser werdend	30
5	Tempo Agogik	31	sehr langsam, gedehnt	☉		☉	gemäßigt, moderato	31
		32	sehr schnell	☉		☉	rasch, lebhaft	32
		33	schneller werdend	☉		☉	langsamer werdend	33
6	Artikulation Phrasierung	34	staccato	☉		☉	legato	34
		35	portato	☉	●	☉	portamento oder glissando	35
		36	akzentuiert, betont, abrupt	☉		●	gehalten, beständig fließend	36
7	Tonalität Harmonie	37	atonal/chromatisch	☉		☉	tonal: Dur oder Moll	37
		38	Pentatonik	☉		☉	Blues	38
		39	Konsonanzen	☉		☉	Dissonanzen	39
		40	Homophonie	☉		☉	Polyphonie	40
8	Form	41	Ostinato	☉		☉	Kanon	41
		42	Imitation	☉		☉	Kontrapunkt	42
		43	Kinderlied	☉		☉	Lied	43
		44	gebundene Improvisation	☉		☉	freie Improvisation	44

Ausgangspunkt: hörbare Musik (P1-0)

Beobachtungsmerkmale: Rhythmus, Metrum, Takt

Aktive P0-Potenziale:

- Pause/Fermate/Stille (P0-3)

Aktive P1-Potenziale:

- rhythmisches Motiv (P1-1)

Markante P0-Potenziale:

- **Pause/Fermate/Stille (P0-3)**

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Melodie

Aktive P0-Potenziale:

- Tonrepetition (P0-11)

Aktive P1-Potenziale: keine

Markante P0-Potenziale:

- **Tonrepetition (P0-11)**

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Klang

Aktive P0-Potenziale:

- flüchtig, unsicher und schüchtern (P0-25)
- unbestimmt, unterdrückt (P0-26)
- ängstlich (P0-27)

Aktive P1-Potenziale: keine

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Dynamik

Aktive P0-Potenziale: keine

Aktive P1-Potenziale:

- mitteleise (P1-28)

Markante P0-Potenziale: keine
Markante P1-Potenziale: keine
Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmale: Tempo, Agogik

Aktive P0-Potenziale: keine
Aktive P1-Potenziale:
- gemäßigt, moderato (P1-31)
Markante P0-Potenziale: keine
Markante P1-Potenziale: keine
Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Artikulation, Phrasierung

Aktive P0-Potenziale: keine
Aktive P1-Potenziale:
- portato (P1-35)
- gehalten (P1-36)
Markante P0-Potenziale: keine
Markante P1-Potenziale: keine
Übergänge und Verwobenheit: keine

Zusammenfassung Musik-Chart 1

Aktive P0-Potenziale: 6
Aktive P1-Potenziale: 3
Markante P0-Potenziale: 2
Markante P1-Potenziale: 0
Übergänge und Verwobenheit: 0
Cluster: keine

4.5.5 Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Chart 1. Zusammenfassung

In dieser Zusammenfassung werden alle P0- und P1-Potenziale, alle markanten P0- und P1-Potenziale, Übergänge und Verwobenheit und Clusterbildung im KLBMP-Chart 1 dargestellt.

Legende für die Tabelle Chart 1. Zusammenfassung:

KLB-1 - Körper/Leib/Bewegungs-Chart 1. Teil 1

KLB-2 B - Körper/Leib/Bewegungs-Chart 1. Teil 2. Blick

KLB-2 A - Körper/Leib/Bewegungs-Chart 1. Teil 2. Atem

SSS-v/k - Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 1 (vokal/körperlich)

SSS-i - Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 1 (instrumental)

vM - vokaler Musik-Chart 1

iM - instrumentale Musik-Chart 1

AP0 – aktive P0-Potenziale

IP0 – inaktive P0-Potenziale

MP0 – markante P0-Potenziale

AP1 – aktive P1-Potenziale

IP1 – inaktive P1-Potenziale

MP1 – markante P1-Potenziale

ÜV – Übergänge und Verwobenheit

B – blockierte ÜV

Fr -fragmentierte ÜV

K – komplementäre ÜV

FI – fließende ÜV

Tab. 18: KLBMP-Chart 1. Zusammenfassung 1

KLBMP-Chart 1. Zusammenfassung 1							
KLB-1							
AP0	IP0	MP0	AP1	IP1	MP1	ÜV	C
20/72	52/72	6/20	22/72	50/72	10/22	5b, 1f	2
27,77%	72,22%	30,00%	30,55%	69,44%	45,45%		
KLB-2 B							
7/60	53/60	1/7	2/60	58/60	0	0	0
11,66%	88,33%	14,28%	3,33%	96,66%			
KLB-2 A							
1/12	11/12	1/1	0	0	0	0	0
8,33%	91,66%	100%					
SSS -v/k							
5/44	39/44	3/5	0	0	0	0	0
11,36%	88,63%	60%					
SSS-i							
3/44	41/44	0	0	0	0	0	0
6,81%	93,18%						
vM							
0	0	0	0	0	0	0	0
iM							
6/44	38/44	2/6	3/44	41/44	0	0	0
13,63%	86,36%	33,33%	6,81%	93,18%			

KLB-1

Im Körper/Leib/Bewegungs-Chart 1, Teil 1 sind 20 (27,77%) P0-Potenziale aktiv und 52 (72,22%) inaktiv. Es gibt 6 (30% der P0-Potenziale) markante P0-Potenziale. 22 (30,55%) der P1-Potenziale sind aktiv und 50 (69,44%) P1-Potenziale sind inaktiv. 10 (45,45%) der P1-Potenziale sind markant. Insgesamt gibt es 6 Übergänge: 5 blockierte und 1 fragmentierten und 2 Cluster.

KLB-2 B

Im Körper/Leib/Bewegungs-Chart 1, Teil 2 (Blick) gibt es 7 (11,66%) aktive P0-Potenziale und 53 (88,33%) inaktive P0-Potenziale, 1 (14,28%) der P0-Potenziale ist markant. 2 (33,33%) P1-Potenziale sind aktiv und 58 (96,66%) sind inaktiv. Keine markante P1-Potenziale, keine Übergänge und Verwobenheit, keine Cluster.

KLB-2 A

Im Körper/Leib(Bewegungs-Chart 1, Teil 2 (Atem) gibt es 1 (8,33%) aktives P0-Potenzial und 11 inaktive P1-Potenziale (91,66%). 1 (100%) P1-Potenziale ist markant. Keine Übergänge und Verwobenheit, keine Cluster.

SSS-v/k

Im Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 1 (vokal/körperlich) von insgesamt 44 P0-Potenzialen sind 5 (12,82%) Potenziale aktiv und 39 (88,63%) sind inaktiv. 3 (60%) P0-Potenziale sind markant.

SSS-i

Im Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 1 (instrumental) sind 3 (6,81%) P0-Potenziale aktiv und 41 (93,18%) sind inaktiv. Keine markante P0-Potenziale, keine Übergänge und Verwobenheit, keine Cluster.

iM

Im Musik-instrumentale Musik-Chart 1 gibt es 6 (13,63%) aktive P0-Potenziale und 38 (86,36%) inaktive P0-Potenziale. 2 (33,33%) P0-Potenziale sind markant. 3 (6,81%) P1-Potenziale sind aktiv und 41 (93,18%) sind inaktiv. Keine markante P1-Potenziale, Übergänge und Verwobenheit, kein Cluster.

vM

Keine Aktivitäten.

Tab. 19: KLBMP-Chart 1. Zusammenfassung 2

KLBMP-Chart 1. Zusammenfassung 2							
AP0/API1	KLB 1	KLB 2 B	KLB 2 A	SSS v/k	SSS i	vM	iM
Total	44/144	9/120	1/24	5/44	3/44	0	9/88
%	30,00%	7,50%	4,10%	11,30%	6,80%	0%	10,20%

Im Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Chart 1:

- im Körper/Leib/Bewegungs-Chart 1, Teil 1 – ca. 30%,
- im Körper/Leib/Bewegungs-Chart 1, Teil 2 (Blick) – ca. 7,5%,
- im Körper/Leib/Bewegungs-Chart 1, Teil 2 (Atem) – ca. 4%,
- im Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 1 (vokal/körperlich) – ca.11%,
- im Spiel/Sing/Sprecharten- Chart 1 (instrumental) – 7% ,
- im vokale Musik-Chart 1 – 0%,
- im instrumentale Musik-Chart 1 (instrumental) – ca. 10 %

theragnostischer Informationen erhoben werden.

Das bedeutet, dass 30% der theragnostischen Informationen aus der Beobachtung des Körpers/Leibes und der Bewegung, ca. 7,5% der Informationen aus der Beobachtung des Blickes, ca. 4% Informationen aus der Beobachtung der Atmung, ca. 11% aus der Beobachtung der vokalen und körperlichen Ausdrucksformen und ca. 7% aus der Beobachtung der instrumentalen Ausdrucksformen und ca. 10% aus der Beschreibung der instrumentalen Musik, stammen.

Der nächste Schritt der hermeneutischen Spirale ist das Erfassen und Erklären des Wahrgenommenen.

4.6 Erfassen. Szene 1

Die Bewegung des Patienten ist sichtbar. Es besteht Blickkontakt zwischen den Patienten und der Therapeutin. Der Atem des Patienten ist sichtbar und kaum hörbar. Der Patient drückt sich vokale und instrumental aus. Die Musik ist hörbar. Die Therapeutin drückt sich instrumental und verbal und instrumental.

Der Patient sitzt auf einem Stuhl am Tisch vor dem Metallophon. Der Patient tendiert dazu, den Raum zu vermeiden. Das ist der Grund dafür, dass seine Bewegungen in einer nahen Kinesphäre, und, auf Grund der sitzenden Körperposition, in der oberen Körperhälfte stattfinden.

Er überschreitet die persönlichen Grenzen der Therapeutin nicht.

Sein Kopf, der Rumpf sowie seine oberen Extremitäten sind an der Bewegung beteiligt. Der Rumpf des Patienten bildet eine lineare, gerade Form. Die Ausführung der Bewegungen zwischen dem Rumpf und den Extremitäten ist blockiert genauso wie der Übergang zwischen Beugung und Streckung in den Handgelenken. Die Bewegungen der Arme und Hände sind sanft und vorsichtig obwohl die Muskeln mit hoher Intensität kontrahiert sind. Der Fluss psychomotorischer Impulse ist blockiert, gehemmt. Der Bewegungsfluss ist gebunden. Die Bewegungen richten sich gegen die Schwerkraft.

Vehement versucht der Patient das Spiel nicht stattfinden zu lassen. Seine Aufmerksamkeit ist mit hoher Intensität darauf gerichtet der Therapeutin zu vermitteln, dass sie ihr instrumentales Spiel beendet. Er zeigt gestisch - er dirigiert mit dem Schlägeln - der Therapeutin, dass sie das Spiel beenden soll.

In der Mobilisierung der Energie ist eine nachgebende, aber kontrollierte Haltung wahrnehmbar.

Die Bewegungen der Arme verlaufen auffallend symmetrisch, einwärts, zur Körperachse hin, bi-direktional, hin und her, seitwärts und quer in der horizontalen Ebene. Der Übergang zwischen der Bewegungsrichtung quer und seitwärts verläuft fragmentiert.

Der Patient zeichnet mit den Armen kurze Linien (er dirigiert) mit den Schlägeln in der Luft.

Die Bewegungen artikulieren sich am meisten fragmentiert, unterbrochen. In kurzen Sequenzen verläuft die Bewegung gleichmäßig.

Das Tempo der ist langsam und zögerlich.

Die Form des Rumpfes tendiert zum Wachsen und zum Schrumpfen. In den Übergängen zwischen Sich ausweiten und sich Einengen besteht eine Blockierung. In der Tendenz zum Wachsen zeichnet sich ein auswölben des Bauches nach vorne. Das Schrumpfen ist beim verengen und verschmälern des Rumpfes sichtbar. Die Bewegungen wiederholen sich und sind allgemein wenig differenziert.

Es kann eine hohe Intensität von Fixierung der linearen, geraden Körperform im Rumpf, die von einer Muskelanspannung bedingt ist, beobachtet werden.

Der Patient blinzelt auffallend viel und oft richtet er seinen Blick nach unten. Wenn er seinen Blick hebt, schaut er die Therapeutin freundlich an. Sein Blick ist aufmerksam und wirkt fragend. Sein Augenausdruck wirkt schüchtern, ängstlich und unsicher. Die Atmung des Patienten ist für die Therapeutin kaum sichtbar und nicht hörbar. Es fällt aus, dass der Patient den Atem anhält und dass der Atem nicht frei fließen kann. Es findet kein Körperkontakt zwischen dem Patienten und Therapeutin statt. Der Patient und die Therapeutin befinden sich in einer fernen persönlichen Distanz zueinander.

Der Übergang zwischen dem vokalen und instrumentalen Ausdrucksformen des Patienten ist blockiert. Er schweigt viel oder flüstert. Seine Sprache ist unverständlich und inkohärent. Die verbale Aussage ergibt keinen Sinn – es entsteht eine Art von Nonsenssprache.

Der Patient versucht ein Instrument aus der Gruppe der Idiophone – ein Metallophon - mit den Schlägeln anzuschlagen.

Bevor er die Therapeutin zum Stillstand sanft auffordert, spielt er ein rhythmisches Motiv, deren drei gleiche Töne repetiert werden. Vor dem Spiel, während des Spiels und nach dem Spiel ist es still. Die Pausen sind markant und dominieren den instrumentalen und vokalen – Ausdruck des Patienten.

Die drei Töne auf dem Metallophon klingen unsicher, schüchtern und flüchtig, unterdrückt und ängstlich. Sie werden leise gespielt, die Artikulation ist portato und gehalten in einem gemäßigten Tempo.

Der Rhythmus ist einfach. Die vielen Pausen fallen auf.

Das Hauptmerkmal ist die hohe affektive Spannung im Körper, die besonders im Oberkörper des Patienten sichtbar ist. Körper und Mimik des Patienten drücken eine hohe innerliche Anspannung aus.

Der Blick des Patienten ist auf das Musikinstrument (Metallophon) gerichtet. Der Patient blickt immer wieder zu Therapeutin und blinzelt viel. Sein Blick zeigt rückversichernde Qualität.

Der Patient macht die Erfahrung, dass er von eigenen hohen Affekten überflutet werden könnte und blockiert den Ausdruck seines Affektes im eigenen Körper. Die blockierte Affektivität ist in der hohen Anspannung der Muskulatur des Rumpfes und des Kiefers sichtbar.

Das Musikinstrument wird in seiner Funktion als resonanz- und klanggebendes Objekt erkannt und zum Klingen gebracht. Die Augen folgen dem eigenen Tun, die Hand-Auge-Koordination ist nachweisbar. Das Spiel wird vom Patienten durch Abwinken beendet und somit auch der Kontakt zum Instrument.

4.6.1 Die therapeutische Intervention

Hauptmerkmal der therapeutischen Intervention ist die Intention, dem Patienten seine Äußerungen bewusst zu machen. Die Therapeutin ist an den Äußerungen des Patienten interessiert und auf diese konzentriert - Einführendes Verstehen, Empathie. Sie imitiert und erweitert die Handlungen des Patienten, was mit einer entsprechenden aufmerksamen Affektlage verbunden ist. Ausgangspunkt der Intervention ist die Äußerung bzw. Handlung des Patienten: In dieser Sequenz der erste Ton auf dem Metallophon.

Die Therapeutin spielt ein Metallröhrenspiel, das auf dem Tisch zwischen der Therapeutin und dem Metallophon (dem Instrument, das von Patienten gespielt wird), liegt.

Die Therapeutin reagiert in derselben Ausdrucksform, die der Patient gewählt hat. Der instrumentalen Äußerung des Patienten auf dem Metallophon wird in der ähnlichen Klangfarbe auf dem Tischröhrenspiel begegnet. Die Parameter Rhythmus, Dynamik und musikalischer Ausdruck werden aufgegriffen und erweitert, insbesondere der Ambitus und die Dynamik werden gesteigert.

Die erste Intervention besteht im Zuhören. Daraus ergibt sich unterstützendes Begleiten und Verstärken des Spiels des Patienten - Emotionale Annahme und Stütze. Die Therapeutin ist auf einen musikalischen, instrumentalen Dialog ausgerichtet. Das Angebot des Dialogs wird vom Patienten nicht angenommen. Die Therapeutin bringt eine neue Idee ein – sie erweitert den Ambitus der von ihr gespielten Melodie - mehrere aufsteigende Tonschritte und steigert die Dynamik von mezzopiano auf mezzoforte.

Das Spiel wird vom Patienten beendet: Er winkt das Angebot der Therapeutin ab und beendet damit das gerade beginnende musikalische Spiel.

4.7 Verstehen und Erklären. Szene 1 - initiale Diagnostik mit DSM-5, ICD-10 und KLBMP

Um zu verstehen und zu erklären, was in den drei Szenen (Videosequenzen) und Charts wahrgenommen (beobachtet) und erfasst (beschreiben) wurde, wird in diesem Kapitel ein Versuch unternommen die Ergebnisse der Beobachtung und der Beschreibung mit der Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur mit den diagnostischen Kriterien und Leitlinien nach DSM-5 und ICD-10 zu bringen und nach Korrelaten zu untersuchen.

Es werden insgesamt drei Beispiele – ein Beispiel für die initiale Diagnostik - und zwei Beispiele für die prozessuale Diagnostik mit der Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur kreiert.

Zuerst werden die markanten P0- und P1-Potenziale und Übergänge zusammenfassend dargestellt und im nächsten Schritt mit den diagnostischen Kriterien und Leitlinien DSM-5 und ICD-10 zusammengeführt.

Als erstes wird ein Beispiel für die initiale Diagnostik vorgestellt. In weiteren Unterkapiteln folgen zwei Beispiele für die prozessuale Diagnostik.

Im ersten Schritt des diagnostischen Prozesses werden alle im KLBMP-Chart 1 erfassten markanten P0- und P1-Potenziale und Übergänge zwischen den P0- und P1-Potenzialen zusammengefasst.

Tab. 20: KLBMP-Chart 1. Markante Potenziale und Übergänge

Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur-Chart 1. Markante Potenziale und Übergänge			
Körper/Leib/Bewegungs-Part. Teil 1	Körper/Leib/Bewegungs-Part. Teil 2	Spiel/Sing/Sprecharten-Part	Musik-Part
Rumpf (P0-11)	blinzeln (P0-5)	schweigen (P0-7)	Pause/Fermate/Stille (P0-3)
fragmentierte, unterbrochene Bewegungen (P0-33)	angehaltener Atem (P0-3)	flüstern (P0-8)	Tonrepetition (P0-11)
zur Körperachse hin, einwärts (P0-38)		Nonsenssprache (P0-30)	
symmetrisch (P0-39)			
bi-direktionale, hin und her (P0-40)			
Wiederholung (P0-60)			
gerade, lineare Körperform (P1-9)			
Extremitäten (P1-11)			
Kontraktion (P1-17)			
Hemmung/Blockade (P1-18)			
gebundener Bewegungsfluss (P1-19)			
hohe Intensität (P1-21)			
gegen die Schwerkraft (P1-28)			
Fixierung (P1-60)			
Blockierung (5 blockierte Übergänge)			
Fragmentierung (1 fragmentierter Übergang)			

Im nächsten Schritt werden die markanten P0- und P1-Potenziale aus des KLBMP-Systems und die diagnostischen Kriterien, welche die Schizophrenie und Katatonie betreffen, und in den diagnostischen Manualen DSM-5 und IDC-10 beschrieben wurden zusammengeführt und auf Gemeinsamkeiten und Korrelate untersucht.

Tab. 21: Zusammenfassung der diagnostischen Merkmale. Szene 1 - initiale Diagnostik

Zusammenfassung der diagnostischen Merkmale. Initiale Diagnostik. Szene 1			
DSM-5 F.20.9	KLBP	ICD-10 F.20.2	KLBP
1. Wahn.		1. Stupor (eindeutige Verminderung der Reaktionen auf die Umgebung sowie Verminderung spontaner Bewegungen und Aktivität) oder Mutismus	Rumpf (P0-11), gerade, lineare Körperform (P1-9), Kontraktion (P1-17), Hemmung (P0-18), hohe Intensität (P0-21) und Fixierung (P1-60) Blockierung
2. Halluzinationen.		2. Erregung (anscheinend sinnlose motorische Aktivität, die nicht durch äußere Reize beeinflusst ist)	
3. Desorganisierte Sprechweise (z. B. häufiges Entgleisen oder Zerfahrenheit).	Nonsenssprache (P0-30)	3. Haltungstereotypien (freiwilliges Einnehmen und Beibehalten unsinniger und bizarrer Haltungen)	Extremitäten (P1-11), fragmentierte, unterbrochenen Bewegungen (P0-33), zur Körperachse hin, einwärts (P0-38) und symmetrisch (P0-39)
4. Grob desorganisiertes oder katatonisches Verhalten.	Rumpf (P0-11), gerade, lineare Körperform (P1-9), Kontraktion (P1-17), Hemmung (P1-18), hohe Intensität (P1-21) und Fixierung (P1-60) Blockierung	4. Negativismus (anscheinend unmotivierter Widerstand gegenüber allen Aufforderungen oder Versuchen, bewegt zu werden; stattdessen Bewegung in die entgegengesetzte Richtung)	
5. Negativsymptome (z. B. verminderter emotionaler Ausdruck oder reduzierte Willenskraft (Avolution)).	Hemmung/Blockade (P1-18); Fixierung (P1-60)	5. Rigidität (Beibehaltung einer starren Haltung bei Versuchen, bewegt zu werden)	Hemmung/Blockade (P1-18), gebundener Bewegungsfluss (P1-19), Fixierung (P1-60)
Zusatzcodierung Katatonie F06.1		6. Flexibilitas cerea bzw. wächserne Biegsamkeit (Verharren der Glieder oder des Körpers in Haltungen, die von außen auferlegt sind)	
1. Stupor (d. h. keine psychomotorische Aktivität, kein aktiver Austausch mit der Umgebung)	Rumpf (P0-11), gerade, lineare Körperform (P1-9), Kontraktion (P1-17), Hemmung (P1-18), hohe Intensität (P1-21) und Fixierung (P1-60); Blockierung	7. Andere Symptome wie Befehlsautomatismen (automatische Befolgung von Anweisungen) und verbale Perseveration	Nonsenssprache (P0-30)
2. Katalepsie (d. h. passive Einnahme einer Körperhaltung, die gegen die Schwerkraft gehalten wird)	gegen die Schwerkraft (P1-28)		
3. Wachserne Flexibilität (flexibilitas cerea, d. h. leichter, gleichmäßiger Widerstand gegenüber einer Veränderung der Körper- oder Extremitätenhaltung des Betroffenen durch den Untersucher)			
4. Mutismus (d. h. keine oder nur geringe verbale Antwort)	schweigen (P0-7), flüstern (P0-8)		
5. Negativismus (d. h. widerständige oder keine Befolgung von Anweisungen oder bei anderen äußeren Reizen)			
6. Verharren (d. h. spontanes und aktives Aufrechterhalten einer einmal eingenommen Körperhaltung gegen die Schwerkraft)	angehaltener Atem (P0-3); Rumpf (P0-11), gerade, lineare Körperform (P1-9), Kontraktion (P1-17), Hemmung (P1-18), hohe Intensität (P1-21) und Fixierung (P1-60); gegen die Schwerkraft (P1-28)		
7. Manierismen (d. h. eigentümliche, umständliche Karikatur normaler Handlungen)			
8. Stereotypien (d. h. repetitive, abnorm häufige, nicht zielgerichtete Bewegungen)	fragmentierte, unterbrochene Bewegungen (P0-33); Wiederholung (P0-60); Tonrepetition (P0-11)		
9. Agitation, nicht durch äußere Reize beeinflusst			
10. Grimassieren	blinzeln (P0-5)		
11. Echolalie (d. h. Nachahmen der Sprache eines anderen)			
12. Echopraxie (d. h. Nachahmen der Bewegungen des anderen)			

4.7.1 DSM-5 F20.9 und KLBMP

Bei der Zusammenführung der klinischen Leitlinien nach DSM-5 F20.9 und F06.1 sowie der markanten Potenziale in der KLBMP gibt es folgende Korrelate die die Symptomatik betreffen:

1. Desorganisierte Sprechweise (z. B. häufiges Entgleisen oder Zerfahrenheit) und Nonsenssprache (SSS v/k P0-30) und Schweigen (SSS v/k P0-7).
2. Grob desorganisiertes oder katatonisches Verhalten sind im Körper insbesondere in der hohen Intensität (KLB 1 P1-21) der Kontraktion (KLB 1 P1-17) von Muskeln im Rumpf (KLB 1 P0-11) und der Fixierung (KLB 1 P0-60) der geraden, linearen Körperform (KLB 1 P1-9) sichtbar und in der Blockierung (ÜV) im Körper und Fragmentierung (ÜV) der Bewegungen.
3. Negativsymptome (z. B. verminderter emotionaler Ausdruck oder reduzierte Willenskraft (Avolition) die in der Blockierung (ÜV) des Überganges zwischen dem vokalen und instrumentalen Ausdruck sichtbar und wahrnehmbar sind.
4. Stupor (d. h. keine psychomotorische Aktivität, kein aktiver Austausch mit der Umgebung) sind im Körper insbesondere in der hohen Intensivität (KLB 1 P1-21) der Kontraktion (KLB 1 P1-17) von Muskeln im Rumpf (KLB 1 P0-11) und der Fixierung (KLB 1 F1-60) der geraden, linearen Körperform (KLB 1 P1-9) sichtbar. Im sprachlichen/vokalen Ausdruck fallen das Schweigen (SSS v/k P0-7) und in der Musik die Pause (iM P0-3) sowie die Stille auf. Der gesamte körperlich/leibliche und musikalische Ausdruck ist blockiert und gehemmt.
5. Katalepsie (d. h. passive Einnahme einer Körperhaltung, die gegen die Schwerkraft gehalten wird) und die Bewegungen der oberen Extremitäten (KLB 1 P1-11) gegen die Schwerkraft (KLB 1 P1-28).
6. Mutismus (d. h. keine oder nur geringe verbale Antwort) drückt sich im Schweigen (SSS v/k P0-7) und Flüstern (SSSv/k P0-8) aus.
7. Verharren (d. h. spontanes und aktives Aufrechterhalten einer einmal eingenommenen Körperhaltung gegen die Schwerkraft) sind im Körper insbesondere **in der hohen Intensivität der Kontraktion von Muskeln im Rumpf und der Fixierung der geraden, linearen Körperform – Cluster 1**, im Schweigen (SSSv/k P0-7) und nicht spielen wollen und in der Stille und Pause (iM P0-3) in der Musik erkennbar.

8. Stereotypien (d. h. repetitive, abnorm häufige, nicht zielgerichtete Bewegungen) fallen instrumental in der Tonrepetition (iM P0-11) und körperlich-bewegungsmäßig in fragmentierten, unterbrochenen (KLB 1 P0-33), sich wiederholenden (KLB P0-60) Bewegungen auf.

9. Grimassieren kann im häufigen Blinzeln (KLB 2 P0-5), das Hochziehen der Augenbrauen und Stirnrunzeln beobachtet werden.

4.7.2 ICD-10 und KLBMP

Bei der Zusammenführung der klinischen Leitlinien ICD-10 F.20.2 katatone Schizophrenie und der markanten KLBMP-Potenziale und Übergänge gibt es Korrelate in den Punkten:

1. Stupor (eindeutige Verminderung der Reaktionen auf die Umgebung sowie Verminderung spontaner Bewegungen und Aktivität) oder Mutismus sind im Körper insbesondere in der **hohen Intensivität der Kontraktion von Muskeln im Rumpf und der Fixierung der geraden, linearen Körperform** – KLB 1 **Cluster 1** erkennbar. Im sprachlichen/vokalen Ausdruck fallen: das Schweigen (SSSv/k P0-3) und in der Musik die Pause (iM P0-3) und Stille auf. Der gesamte körperlich/leibliche und musikalische Ausdruck ist blockiert und gehemmt.
2. Haltungsstereotypien (freiwilliges Einnehmen und Beibehalten unsinniger und bizarrer Haltungen) sind in den fragmentierten, unterbrochenen Bewegungen (KLB 1 P0-33) der oberen Extremitäten (KLB 1 P0-11) die, zur Körperachse hin, einwärts (KLB 1 P0-38) und auffallend symmetrisch (KLB 1 P0-39) verlaufen, sichtbar.
3. Rigidität (Beibehaltung einer starren Haltung bei Versuchen, bewegt zu werden) zeigt sich in der Hemmung/Blockade des Bewegungs- und Spannungsflusses und in der Fixierung (KLB 1 P0-60) der linearen, geraden Körperform (KLB 1 P1-9) im Rumpf (KLB 1 P1-11).
7. Andere Symptome wie Befehlsautomatismen (automatische Befolgung von Anweisungen) und verbale Perseveration sind in dem sprachlichen Ausdruck - der Nonsenssprache (SSSv/k P0-30) - feststellbar.

Die in den KLBMP-Charts erfassten Merkmale und Potenziale entsprechen der Beschreibung des Körpererlebens nach Röhricht (Röhricht 1998, S. 13) in folgenden Punkten:

1. Störungen im Ausdrucks- und Bewegungsverhalten
2. Psychomotorische Störungen:
 - tic-artige Bewegungsmuster und blinzeln,
 - motorische Stereotypien und Automatismen und sich wiederholenden Bewegungen und Tonrepetition,
 - mimische (blinzeln, Stirnrunzeln) und gestische Manierismen und
 - katatone Symptomatik - die hohe Intensivität der Muskeln-Kontraktion im Rumpf und die Fixierung der geraden, linearen Körperform.

4.7.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es 3 Korrelate in den 5 Kriterien nach DSM-5 F20.9 und 6 Korrelate in den 12 Kriterien nach DSM-5 F.06.1 mit KLBMP gibt.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass 4 Korrelate von 7 Kriterien nach ICD-10 F20.2 und KLBMP gibt.

Um zwei Beispiele für die prozessuale Diagnostik zu kreieren, wird das Verhalten des Patienten in der zweiten und in der dritten videographierten Szene untersucht.

4.8 Das Körperbild

Während der zweiten Musiktherapie-Sitzung blieb er über ein Metallröhrenspiel über einen Zeitraum von 20 Minuten im Körper erstarrt. Er litt unter katatonen Symptomen und Haltungstereotypien, zeitweise war er psychomotorisch auffällig, wobei er das Xylophon auf einem Bein stehend und balancierend, spielte. Sein Körper schien fragmentiert und nicht kohärent zu sein, sein Kopf fiel nach vorne als wäre er vom Nacken abgetrennt, er schob seinen Kiefer vor, er blinzelte viel. Seine musikalische Ausdrucksfähigkeit war fast nicht vorhanden.

In der initialen Phase der Musiktherapie wurde es möglich ein Stück Ton von der Ergotherapie zu bekommen. Aus diesem Ton hat der Patient ein Körperbild

geknetet. Das Betrachten des Körperbildes führte zur Veränderung der therapeutischen Interventionen.

„*Body Charts* ... sind Landkarten für eine phänomenologisch zugängliche „Topographie des Unbewußten“ – jenseits aller transpersonalen Spekulationen -, eine Kartierung für das unbekannte, unwegsame Land ... des „*corps phantasmatique*“, das dennoch betreten und erkundet werden muß, *weil es das eigene Territorium ist*, dessen Aneignung uns zur Person reifen läßt und unsere Identität begründet.“ (Petzold 2003a, 896)

Körper-Bilder/Body Charts – als eine kreativ-mediale Prozesstechnik - wurden in den Anfängen der therapeutischen und agogischen und sozialinterventiven Praxis von *Hilarion Petzold*, Mitte der 1960er Jahre, entwickelt und dann mit *Hildegund Heini* und *Ilse Orth* weiterentwickelt (Petzold 2003a, 885; Petzold, Orth 2017a, 1ff.). Die Körperbilder, auch *body charts* genannt, gelten in der Integrativen Therapie als eine "kreativ-mediale Prozesstechnik" mit zahlreichen diagnostisch-therapeutischen Zugangsweisen (Petzold 2003a, 885; Petzold, Orth 2017a, 5).

Die Körperbildarbeit nutzt „kreative Medien“ wie Farben, Formen und gestaltete Bilder „im Sinne der integrativen Medientheorie: stimulierend, aktivierend, informationsübermittelnd, um in therapeutischen Prozessen zu deren Strukturierung und Intensivierung beizutragen, also in prozessualer Verwendung“ (Petzold, Orth 2017a, 5).

Das hier abgebildete Körperbild des Patienten wurde aus Ton in der zweitnachfolgenden – nach dem der Patient über das Metallröhrenspiel erstarrte - Therapie-Stunden vom Patienten gestaltet.

Auffallend in der Darstellung des Körpers ist - die vom Röhricht als eine Störungen im Körpererleben der schizophrenen Patienten- bezeichnete - „Störung der Körpergrößenwahrnehmung (Körperschemastörungen)“ und - „Körperbildstörungen (abnorme Gedanken und Einstellungen zum Körper)“ (Röhricht 1998, 13).



Abb. 34: Das Körperbild des Patienten

Die Körperschema und Körperbildstörung sind insbesondere in den oberen und unteren Extremitäten sichtbar. Diese scheinen nicht vollständig ausgebildet zu sein:

- die Arme sind nicht ausgebildet. Sie sehen aus, als wurden sie amputiert, es fehlen Oberarme, Ellenbögen, Unterarme, Hände und Finger,
- die Ansätze der Arme sind nach beide Seiten ausgestreckt,
- die Beine scheinen ebenso wie amputiert aus und nicht vollständig ausgebildet. Es fehlen Oberschenkel, Knie, Unterschenkel, Füße und Zehen,
- die Ansätze der Beine sind auffallend breit platziert,
- die rechte Körperseite neigt sich nach rechts und eine Aushöhlung nach Innen ist sichtbar.

Die Tonskulptur sind mehr wie ein liegender Säugling mit nicht entwickelten Ober- und Unterarmen und Beinen als eine erwachsene männliche Person.

4.9 Wahrnehmen. Körper/Leib/Bewegungs-Musik – Chart 2

In diesem Unterkapitel wird KLBMP-Chart 2 erstellt.

KLBMP-Chart beinhaltet insgesamt vier Charts:

- den Körper/Leib/Bewegungs-Chart 2. Teil 1,
- den Körper/Leib/Bewegungs-Chart 2, Teil 2,
- den Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 2 und
- den vokalen Musik-Chart 2.

4.9.1 Körper/Leib/Bewegungs-Chart 2. Teil 1

In diesem Chart werden aktive P0-und P1-Potenziale, die die Körperposition, den Raum, die Körperstruktur, die Spannung, die Intensität, die Energie, die Kraft, die Artikulation, die Zeit, die Richtungen, die Ebenen, die Formen, die Modulation, den Körperkontakt und die Berührung, die körperliche Nähe und Distanz betreffen markiert und auf Markanz, Übergänge und Verwobenheit zwischen den P0-und P1-Potenzialen und Clusterbildung untersucht. Abschließend findet eine Zusammenfassung statt.

Tab. 22: Körper/Leib/Bewegungs-Chart 2. Teil 1

Körper/Leib-Bewegungs-Musik-Partitur							
Körper/Leib/Bewegungs-Part							
Teil 1 - Chart 2							
Datum		31. März 2005					
Szene/Name		Szene 2					
Beobachtungsmerkmale	P0	P0-Potenziale	P0	ÜV	P1	P1-Potenziale	P1
0	Ausgangspunkt	0	keine sichtbare Bewegung	○	●	sichtbare Bewegung	0
1	Körperposition	1	liegen	○	○	hocken	1
		2	sitzen	●	○	knien	2
		3	stehen	○	○	laufen	3
		4	gehen	○	○	tanzen	4
2	Raum	5	Raum nehmend	●	○	Raum vermeidend	5
		6	nahe Kinesphäre	●	○	weite Kinesphäre	6
		7	mittlere Kinesphäre	●	○	Expansion	7
		8	Grenzen respektierend	●	○	Grenzen überschreitend	8
3	Körperstruktur	9	runde, kurvige Körperform	○	●	gerade, lineare Körperform	9
		10	flächige Körperform	○	○	verwungene Körperform	10
		11	Rumpf	●	●	Extremitäten	11
		12	linke Körperseite	●	○	rechte Körperseite	12
		13	vordere Körperseite	●	○	hintere Körperseite	13
		14	obere Körperhälfte	●	○	untere Körperhälfte	14
		15	Beugung	●	○	Streckung	15
		16	Rotation	○	○	Verdrehung	16
4	Spannung Energie Intensität Kraft	17	Entspannung	○	●	Kontraktion	17
		18	Wohlspannung (Etonus)	○	●	Hemmung/Blockade	18
		19	freier, lebendiger Fluss	○	○	gebundener Bewegungsfluss	19
		20	angepasster, regulierter, adaptierender Fluss	○	○	gleichmäßiger, gleichbleibender Fluss	20
		21	niedrige Intensität	●	●	hohe Intensität	21
		22	zunehmend	○	○	abnehmend	22
		23	abrupt	○	○	graduell	23
		24	kanalisierend	○	○	flexibel	24
		25	sanft, behutsam	●	○	vehement, angestrengt	25
		26	vorsichtig	●	○	wuchtig	26
		27	Schwere	○	○	Leichtigkeit	27
		28	mit der Schwerkraft	●	●	gegen die Schwerkraft	28
		29	Einsatz des Körpergewichtes	○	○	Einsatz der Kraft	29
		30	ankämpfend	○	○	nachgebend	30
31	unkontrolliert	○	○	kontrolliert	31		
5	Artikulation	32	zitternde, vibrierende, wellenförmige Bewegung	○	○	ballistische, progressive Bewegung	32
		33	fragmentierte, unterbrochene Bewegungen	●	○	kontinuierlich, gleichmäßig fließende Bewegungen	33
6	Zeit	34	plötzlich	●	○	zögerlich	34
		35	allmählich schneller werden, Beschleunigung	○	○	allmählich langsamer werdend, Verlangsamung	35
		36	schnell	○	○	langsam	36
7	Richtungen Ebenen	37	zentrifugale Bewegung	○	○	zentripetale Bewegung	37
		38	zur Körperachse hin, einwärts	○	○	von der Körperachse weg, auswärts	38
		39	symmetrisch	●	○	asymmetrisch	39
		40	bi-direktional, hin und her, vor- und zurück	○	○	in eine Richtung strebend	40
		41	indirekt, ungerichtet	○	○	direkt, gerichtet	41
		42	seitwärts	●	○	quer	42
		43	aufwärts	●	○	abwärts	43
		44	vorwärts	●	○	rückwärts	44
		45	ausbreitend	●	○	einschließend, umschließend	45
		46	aufsteigend	○	○	sinkend/absteigend	46
8	Formen	47	fortschreitend	○	○	zurückweichend, zurückziehend	47
		48	wachsend/weitend	●	○	schrumpfend/engend	48
		49	verbreitern/ausdehnen	○	○	verschmälern/verengen	49
		50	verlängern	○	○	verkürzen	50
		51	auswölben	○	○	aushöhlen	51
		52	seitliches verbreitern	○	○	mittiges verschmälern	52
		53	verlängern nach oben	○	○	verkürzen nach oben	53
		54	verlängern nach unten	○	○	verkürzen nach unten	54
		55	auswölben nach vorne	○	○	aushöhlen nach vorne	55
		56	auswölben nach hinten	○	○	aushöhlen nach hinten	56
		57	Schleifen, schlingende/windende Bewegungen	○	○	Linien, lineare Bewegungen	57
		58	niedrige Schwingungsamplitude	○	○	hohe Schwingungsamplitude	58
59	runde Umkehrung/Wendung	○	○	eckige Umkehrung/Wendung	59		
9	Modulation	60	Wiederholung	○	○	Fixierung	60
		61	Variation	○	○	Transformation	61
		62	wenig Differenziertheit	○	○	hohe Differenziertheit	62
		63	diffuse, zerstreute Aufmerksamkeit	○	○	konzentrierte, fokussierte Aufmerksamkeit	63
		64	auf die eigene Tätigkeit gerichtet	○	○	auf die gemeinsame Tätigkeit gerichtet	64
10	Körperkontakt Berührung körperliche Nähe und Distanz	65	kein Körperkontakt	○	○	Körperkontakt	65
		66	passives Zulassen	○	○	Ablehnung	66
		67	explorative Selbstberührung	○	○	autoaggressive, autodestruktive Selbstberührung	67
		68	Berührung des Anderen	○	○	Vermeidung der Berührung	68
		69	kommunikative, interaktive Berührung	○	○	aggressive, possessive Berührung	69
		70	körperlich unterstützende Berührung	○	○	emotional unterstützende Berührung	70
		71	intime Distanz	○	○	soziale Distanz	71
		72	persönliche Distanz	○	○	öffentliche Distanz	72

Ausgangspunkt: sichtbare Bewegung (P1-0)

Beobachtungsmerkmale: Körperposition

Aktive P0-Potenziale:

- sitzen (P0-2)

Aktive P1-Potenziale: keine

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Raum

Aktive P0-Potenziale:

- Raum nehmend (P0-5)
- nahe Kinesphäre (P0-6)
- mittlere Kinesphäre (P0-7)
- Grenzen respektierend (P0-8)

Aktive P1-Potenziale:

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Körperstruktur

Aktive P0-Potenziale:

- Rumpf (P0-11)
- linke Körperseite (P0-12)
- vordere Körperseite (P0-13)
- obere Körperhälfte (P0-14)
- Beugung (P0-15)

Aktive P1-Potenziale:

- gerade, lineare Körperform (P1-9)
- Extremitäten (P1-11)
- rechte Körperseite (P1-12)
- Streckung (P1-15)
- Verdrehung (P1-16)

Markante P0-Potenziale:

- Rumpf (P0-11)

Markante P0-Potenziale:

- gerade, lineare Körperform (P1-9)

Übergänge und Verwobenheit:

- zwei **fragmentierte** Übergänge: Rumpf (P0-11) und Extremitäten (P1-11); Beugung (P0-15) und Streckung (P1-15)

Beobachtungsmerkmale: Spannung, Energie, Kraft und Intensität

Aktive P0-Potenziale:

- niedrige Intensität (P0-21)
- abrupt (P0-23)
- sanft, behutsam (P0-25)
- vorsichtig (P0-26)
- mit der Schwerkraft (P0-28)
- Einsatz des Körpergewichtes (P0-29)

Aktive P1-Potenziale:

- Kontraktion (P1-17)
- Hemmung/Blockade (P1-18)
- gebundener Bewegungsfluss (P1-19)
- hohe Intensität (P1-21)
- gegen die Schwerkraft (P1-28)
- Einsatz der Kraft (P1-29)
- kontrolliert (P1-31)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale:

- **Kontraktion (P1-17)**
- **Hemmung/Blockade (P1-18)**
- **hohe Intensität (P1-21)**

Übergänge und Verwobenheit:

- zwei **fragmentierte** Übergänge: mit der Schwerkraft (P0-36) und gegen die Schwerkraft (P1-36); Einsatz des Körpergewichtes (P0-37) und Einsatz der Kraft (P1-37).

Beobachtungsmerkmal: Artikulation

Aktive P0-Potenziale:

- fragmentierte, unterbrochene Bewegungen (P0-33)

Aktive P1-Potenziale: keine

Markante P0-Potenziale:

- **fragmentierte, unterbrochene Bewegungen (P0-33)**

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Zeit

Aktive P0-Potenziale:

- plötzlich (P0-34)

Aktive P1-Potenziale:

- zögerlich (P1-34)
- langsam (P1-35)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit:

- **ein fragmentierter** Übergang: plötzlich (P0-42) und zögerlich (P1-42)

Beobachtungsmerkmale: Richtungen und Ebenen

Aktive P0-Potenziale:

- symmetrisch (P0-39)
- bi-direktional, hin und her, vor und zurück (P0-40)
- seitwärts (P0-42)
- aufwärts (P0-43)
- vorwärts (P0-44)
- ausbreitend (P0-45)

Aktive P1-Potenziale:

- zentripetale Bewegung (P1-37)
- von der Körperachse weg, auswärts (P1-38)
- asymmetrisch (P1-39)
- in eine Richtung strebend (P1-40)
- quer (P1-42)
- abwärts (P1-43)
- sinkend, absteigend (P1-46)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit:

- zwei **fragmentierte** Übergänge: symmetrisch (P0-39) und asymmetrisch (P1-39), bi-direktional, hin und her, vor und zurück (P0-40) und in eine Richtung strebend (P1-40)

Beobachtungsmerkmal: Formen

Aktive P0-Potenziale:

- wachsend/weitend (P0-48)
- verbreiternd, ausdehnend (P0-49)
- verlängern nach oben (P0-53)

Aktive P1-Potenziale:

- schrumpfend/einengend (P1-48)
- verkürzen nach unten (P1-54)
- Linien, lineare Bewegungen (P1-57)
- hohe Schwingungsamplitude (P1-58)
- eckige Umkehrung/Wendung (P1-59)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit:

- ein **fragmentierter** Übergang: wachsend/weitend (P0-56) und schrumpfend/engend (P1-56)

Beobachtungsmerkmal: Modulation

Aktive P0-Potenziale:

- auf die eigene Tätigkeit gerichtet (P0-64)

Aktive P1-Potenziale:

- Fixierung (P1-60)
- konzentrierte, fokussierte Aufmerksamkeit (P1-63)
- auf die gemeinsame Tätigkeit gerichtet (P1-64)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale:

- **Fixierung (P1-60)**

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmale: Körperkontakt, Berührung und körperliche Nähe und Distanz

Aktive P0-Potenziale:

- passives Zulassen (P0-66)
- explorative Selbstberührung (P0-67)
- Berührung des Anderen (P0-68)
- persönliche Distanz (P0-72)

Aktive P1-Potenziale:

- Körperkontakt (P1-65)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Verbindungen: keine

Cluster: Rumpf (P0-11), gerade, lineare Körperform (P1-9), Kontraktion (P1-17), Hemmung (P0-18), hohe Intensität (P0-21) und Fixierung (P1-60)

Zusammenfassung KMB-Chart 1. Teil 2

Aktive P0-Potenziale: 32

Aktive P1-Potenziale: 29

Markante P0-Potenziale: 2

Markante P1-Potenziale: 5

Übergänge und Verwobenheit: 8 fragmentierte

Cluster: 1

4.9.2 Körper/Leib/Bewegungs-Chart 2. Teil 2

In diesem Chart werden aktive P0- und P1-Potenziale, die den Blick und die Atmung betreffen markiert, auf Markanz, Übergänge und Verwobenheit und Clusterbildung untersucht.

Tab. 23: Körper/Leib/Bewegungs-Chart 2. Teil 2

Körper/Leib-Bewegungs-Musik-Partitur							
I Körper/Leib/Bewegungs-Part							
Teil 2 - Chart 2							
Datum	31. März 2005						
Szene/Name	Szene 2						
Beobachtungsmerkmale	P0	P0-Potenziale	P0	ÜV	P1	P1-Potenziale	P1
0	Ausgangspunkt	0	geschlossene Augen	○	●	offene Augen	0
1	Blick	1	schauen	●	○	anschauen	1
		2	sich umschauen	○	○	betrachten	2
		3	vorbeischaun	○	○	hindurchschaun	3
		4	zusammengekniffene Augen	○	○	weit aufgerissene Augen	4
		5	blinzeln	●	○	zwinkern	5
		6	kein Blickkontakt	○	○	Blickkontakt	6
		7	Blick nach oben gerichtet	○	●	Blick nach unten gerichtet	7
		8	Blick nach rechts gerichtet	○	○	Blick nach links gerichtet	8
		9	den Blick vermeidend	○	○	den Blickkontakt suchend	9
		10	den Blick abwendend	○	○	ein direkter Blickkontakt	10
		11	Blickaustausch	○	○	Blickdialog	11
		12	nach Rückversicherung suchend	●	○	ein rückversichernder Blick	12
		13	nach Bestätigung suchend	○	○	ein bestätigender Blick	13
		14	ein aufmerksamer Blick	●	○	ein unaufmerksamer Blick	14
		15	ein gerichteter Blick	●	○	ein ungerichteter Blick	15
		16	ein fokussierter Blick	●	○	ein schweifender, flüchtiger, unfokussierter Blick	16
		17	ein direkter Blick	○	○	ein indirekter Blick	17
		18	ein klarer Blick	○	○	ein benommener Blick	18
		19	ein fragender Blick	○	○	ein beantwortender Blick	19
		20	ein frischer Blick	○	○	ein müder Blick	20
		21	ein lebendiger, vitaler Blick	○	○	ein erloschener Blick	21
		22	ein hoffnungsvoller Blick	○	○	ein hoffnungsloser Blick	22
		23	ein wacher Blick	○	○	ein resignierter Blick	23
		24	ein trauriger Blick	○	○	ein lustiger Blick	24
		25	ein sehnsuchtsvoller Blick	○	○	ein nachdenklicher Blick	25
		26	ein melancholischer Blick	○	○	ein verletzlicher Blick	26
		27	ein verzweifelter Blick	○	○	ein zuversichtlicher Blick	27
		28	ein wohlwollend interessierter Blick	○	○	ein gleichgültiger Blick	28
		29	ein warmer Blick	○	○	ein kalter Blick	29
		30	ein freundlicher Blick	●	○	ein unfreundlicher Blick	30
		31	ein liebevoller Blick	○	○	ein liebloser Blick	31
		32	ein lustvoller Blick	○	○	ein lustloser Blick	32
		33	ein verspielter Blick	○	○	ein frivoler Blick	33
		34	ein gutmütiger Blick	○	○	ein böswilliger Blick	34
		35	ein tröstender Blick	○	○	ein fordernder Blick	35
		36	ein tiefer Blick	○	○	ein oberflächlicher Blick	36
		37	ein beobachtender Blick	○	○	ein fixierender, starrender Blick	37
		38	ein kontrollierender Blick	○	○	ein provokativer Blick	38
		39	ein dominierender Blick	○	○	ein verächtlicher Blick	39
		40	ein überheblicher Blick	○	○	ein unterwürfiger Blick	40
		41	ein abwertender Blick	○	○	ein wertschätzender Blick	41
		42	ein vernichtender Blick	○	○	ein aufbauender Blick	42
		43	ein abweisender Blick	○	○	ein annehmender Blick	43
		44	ein sicherer Blick	○	○	ein unsicherer Blick	44
		45	ein ruhiger Blick	●	○	ein unruhiger Blick	45
		46	ein mutiger Blick	○	○	ein schüchterner Blick	46
		47	ein intensiver Blick	○	○	ein leerer Blick	47
		48	ein respektvoller Blick	○	○	ein respektloser Blick	48
		49	ein faszinierter Blick	○	○	ein gelangweilter Blick	49
		50	ein misstrauischer Blick	○	○	ein vertrauensvoller Blick	50
		51	ein wirrer Blick	○	○	ein verwirrter Blick	51
		52	ein neugieriger Blick	○	○	ein stauender Blick	52
		53	ein eifersüchtiger Blick	○	○	ein neidischer Blick	53
		54	ein gieriger Blick	○	○	ein bescheidener Blick	54
		55	ein ängstlicher Blick	○	○	ein aggressiver Blick	55
		56	ein wütender Blick	○	○	ein zorniger Blick	56
		57	ein ironischer Blick	○	○	ein skeptischer Blick	57
		58	ein strenger Blick	○	○	ein weicher Blick	58
		59	ein enttäuschter Blick	○	○	ein ermutigender Blick	59
		60	ein demütiger Blick	○	○	ein gedemütigter Blick	60
0	Ausgangspunkt	0	keine sichtbare/keine hörbare Atmung	○	●	sichtbare/hörbare Atmung	0
2	Atmung	1	eine rhythmische Atmung	○	○	eine arrhythmische Atmung	1
		2	eine regelmäßige Atmung	○	●	eine unregelmäßige Atmung	2
		3	ein angehaltener Atem	○	○	ein befreiender Atem	3
		4	Einatmung betont	○	○	Ausatmung betont	4
		5	ein angehaltener Atem bei der Einatmung	○	●	ein angehaltener Atem bei der Ausatmung	5
		6	ein lautes Atmen	○	○	ein leises Atmen	6
		7	ein flacher und kurzer Atem	○	○	ein tiefer und langer Atem	7
		8	eine heftige, kurze Atmung	○	○	eine aussetzende Atmung	8
		9	schnaufen	○	○	seufzen	9
		10	hauchen	○	○	hecheln	10
		11	eine erleichternde, loslassende Atmung	○	○	eine stockende Atmung	11
		12	Hyperventilation	○	○	eine frei fließende Atmung	12

Ausgangspunkt: offene Augen (P1-0)

Beobachtungsmerkmal: Blick

Aktive P0-Potenziale:

- schauen (P0-1)
- blinzeln (P0-5)
- nach Rückversicherung suchend (P0-12)
- ein aufmerksamer Blick (P0-14)
- ein gerichteter Blick (P0-15)
- ein fokussierter Blick (P0-16)
- ein freundlicher Blick (P0-30)
- ein ruhiger Blick (P0-45)

Aktive P1-Potenziale:

- Blick nach unten gerichtet (P1-7)

Markante P0-Potenziale:

- **blinzeln (P0-5)**

Markante P1-Potenziale:

- **Blick nach unten gerichtet (P1-7)**

Übergänge und Verwobenheit: keine

Zusammenfassung Blick

Aktive P0-Potenziale: 8

Aktive P1-Potenziale: 1

Markante P0-Potenziale: 1

Markante P1-Potenziale: 1

Übergänge und Verwobenheit: 0

Cluster: 0

Ausgangspunkt: hörbare/sichtbare Atmung (P1-0)

Beobachtungsmerkmal: Atmung

Aktive P0-Potenziale:

Aktive P1-Potenziale: keine

- eine unregelmäßige Atmung (P1-2)
- ein angehaltener Atem bei der Ausatmung (P1-5)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine
Übergänge und Verwobenheit: keine
Verbindungen: keine
Cluster: keine

Zusammenfassung Atem

Aktive P0-Potenziale: 0
Aktive P1-Potenziale: 2
Markante P0-Potenziale: 0
Markante P1-Potenziale: 0
Übergänge und Verwobenheit: 0
Cluster: 0

4.9.3 Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 2

In diesem Chart werden aktive P0- und P1-Potenziale, die den vokalen, körperlichen und instrumentalischen Ausdruck betreffen markiert, auf Markanz, Übergänge und Verwobenheit und Clusterbildung untersucht.

Tab. 24: Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 2

Körper/Leib-Bewegungs-Musik-Partitur									
II Spiel/Sing/Sprecharten-Part									
Spielen Singen Sprechen - Chart 2									
Datum		31. März 2005							
Szene/Name		Szene 2							
Beobachtungsmerkmale		P0	P0-Potenziale	P0	ÜV	P1	P1-Potenziale	P1	Beobachtungsmerkmale
0	Ausgangspunkt	0	vokaler/körperlicher Ausdruck	●	○	○	instrumentaler Ausdruck	0	Ausgangspunkt 0
1	Sing- und Sprecharten	1	Sopran	○	○	○	klopfen	1	Spielarten von Musikinstrumenten 3
		2	Mezzosopran	○	○	○	abklopfen, beklopfen	2	
		3	Alt	○	○	○	blasen	3	
		4	Countertenor	○	○	○	frullato	4	
		5	Tenor	●	○	○	drücken	5	
		6	Bariton/Baß	○	○	○	greifen	6	
		7	schweigen	●	○	○	anschlagen, gegenschlagen	7	
		8	flüstern	○	○	○	rasseln	8	
		9	vokalisieren	○	○	○	rattern	9	
		10	lautieren	○	○	○	kratzen	10	
		11	rufen	○	○	○	scheppern	11	
		12	kreischen, schreien	○	○	○	schütteln	12	
		13	murmeln, brummen	○	○	○	tippen	13	
		14	lamentieren	○	○	○	ziehen	14	
		15	schluchzen	○	○	○	auflegen	15	
		16	klagen	○	○	○	ansingen	16	
		17	reimen	○	○	○	anblasen	17	
		18	dichten	○	○	○	dämmen	18	
		19	rappen	○	○	○	gleiten	19	
		20	nachsprechen	●	○	○	klirren	20	
		21	nachsingen	●	○	○	rieseln	21	
		22	tönen	○	○	○	ratschen	22	
		23	summen, mormorando	○	○	○	reiben	23	
		24	jodeln	○	○	○	schrappen	24	
		25	zischen	○	○	○	rühren	25	
		26	lallen	○	○	○	streichen	26	
		27	stottern	○	○	○	wischen	27	
		28	krächzen	○	○	○	zupfen	28	
		29	psalmodieren	●	○	○	mit dem Finger/den Fingern	29	
		30	Nonsenssprache	○	○	○	mit der Hand/den Händen	30	
		31	erzählen	○	○	○	mit dem Fuß/den Füßen	31	
		32	Redefluss	○	○	○	mit dem Bogen	32	
		33	sprechen	○	○	○	mit den Schlägeln	33	
		34	singen	○	○	○	mit den Sticks/Besen	34	
2	Klanggesten musikalische Gesten	35	patzen	○	○	○	Selbstgebaute Tonerzeuger und Klangobjekte	35	Musikinstrumente 4
		36	klatschen	●	○	○	Idiophone	36	
		37	tippen	●	○	○	Aerophone	37	
		38	schmalzen	○	○	○	Membranophone	38	
		39	schnippen	○	○	○	Tasten-Chordophone	39	
		40	reiben	○	○	○	Zupf-Chordophone	40	
		41	streicheln	○	○	○	Streich-Chordophone	41	
		42	stampfen	○	○	○	Elektrophone	42	
		43	taktieren	○	○	○	Körperinstrumente	43	
		44	dirigieren	○	○	○	Raum als Klangraum	44	

Ausgangspunkt: vokaler Ausdruck (P0-0)

Beobachtungsmerkmal: Sing- und Sprecharten

Aktive P0-Potenziale:

- Tenor (P0-5)
- schweigen (P0-7)
- nachsprechen (P0-20)
- nachsingen (P0-21)
- psalmodieren (P0-29)

Aktive P1-Potenziale: keine

Markante P0-Potenziale:

- **schweigen (P0-7)**
- **nachsprechen (P0-20)**
- **nachsingen (P0-21)**

Markante P1-Potenziale: keine

Verwobenheit, Übergänge: keine

Beobachtungsmerkmal: Klanggesten und musikalische Gesten

Aktive P0-Potenziale:

- klatschen (P0-36)
- tippen (P0-37)

Aktive P1-Potenziale:

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Spielarten von Musikinstrumenten

Aktive P0-Potenziale: keine

Aktive P1-Potenziale: keine

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Musikinstrumente

Aktive P0-Potenziale: keine

Aktive P1-Potenziale: keine
Markante P0-Potenziale: keine
Markante P1-Potenziale: keine
Übergänge und Verwobenheit: keine
Verbindungen: keine
Cluster: keine

Zusammenfassung. Spiel/Sing/Sprecharten – Chart 2

Aktive P0-Potenziale: 7
Aktive P1-Potenziale: 0
Markante P0-Potenziale: 3
Markante P1-Potenziale: 0
Übergänge und Verwobenheit: 0
Cluster: 0

4.9.4 Musik-Chart 2. Vokale Musik

In diesem Chart werden aktive P0- und P1-Potenziale, die den vokalen musikalischen Ausdruck betreffen markiert, auf Markanz, Übergänge und Verwobenheit und Clusterbildung untersucht.

Tab. 25: Musik-Chart 2. Vokale Musik

Körper/Leib-Bewegungs-Musik-Partitur								
III Musik-Part								
Chart 2 - vokale Musik								
Datum		31. März 2005						
Szene/Name		Szene 2						
Beobachtungsmerkmale		P0	P0-Potenziale	P0	ÜV	P1	P1-Potenziale	P1
0	Ausgangspunkt	0	keine hörbare Musik	☉		●	hörbare Musik	0
1	Rhythmus Metrum Takt	1	arrhythmisch/prärhythmisch	☉		●	rhythmisches Motiv	1
		2	einfacher Rhythmus	●		☉	polyrhythmisch	2
		3	Pause/Fermate/Stille	●		☉	Synkope	3
		4	ametrisch, unregelmäßig, wechselhaft	☉		☉	metrisch, regelmäßig pulsierend	4
		5	einfache Taktarten	☉		☉	zusammengesetzte Taktarten	5
2	Melodie	6	prämelodisch	☉		☉	melodisches Thema	6
		7	melodisches Motiv	●		☉	Kontrastmotiv	7
		8	Sequenz/Phrase	☉		☉	Satz	8
		9	Tonsprünge	☉		☉	Tonschritte	9
		10	Aufwärtsbewegung/Frage	☉		☉	Abwärtsbewegung/Antwort	10
		11	Tonrepetition	●		☉	Ambitus	11
		12	Diminution	☉		☉	Augmentation	12
3	Klang	13	warm, resonanzvoll, umhüllend	☉		☉	kalt, trocken, abweisend	13
		14	süß, lieblich	☉		☉	betrübt, bitter	14
		15	sanft, zärtlich, mild	☉		☉	schrill, scharf, grob	15
		16	leidenschaftlich, glühend	☉		☉	zitternd, vibrierend	16
		17	phantasievoll	☉		☉	langweilig, gelangweilt	17
		18	frivol, kokett, lustvoll	☉		☉	leer, starr, rigide	18
		19	lebendig, vital, voluminös	☉		☉	dunkel, dumpf, düster	19
		20	hell, strahlend, lustig	☉		☉	traurig, schwach, resigniert	20
		21	leicht, beschwingt, beweglich	☉		☉	schwer, schwermütig, melancholisch	21
		22	heiter, hoffnungsvoll	☉		☉	sehnsüchtig, wehmütig	22
		23	tröstlich, beruhigend	☉		☉	schmerzvoll, klagend, kummervoll	23
		24	standhaft, konstant	☉		☉	beliebig, gleichgültig	24
		25	flüchtig, unsicher, schüchtern	●		☉	betont, hervorgehoben	25
		26	unbestimmt, unterdrückt	●		☉	pompös, pathetisch	26
		27	ängstlich, zittrig	☉		☉	impulsiv, aggressiv, explosiv, kämpferisch	27
4	Dynamik	28	sehr leise	☉		●	leise, mittelleise	28
		29	sehr laut	☉		☉	mittellaut, laut	29
		30	lauter werdend	☉		☉	leiser werdend	30
5	Tempo Agogik	31	sehr langsam, gedehnt	☉		●	gemäßigt, moderato	31
		32	sehr schnell	☉		☉	rasch, lebhaft	32
		33	schneller werdend	☉		☉	langsamer werdend	33
6	Artikulation Phrasierung	34	staccato	☉		●	legato	34
		35	portato	☉		☉	portamento oder glissando	35
		36	akzentuiert, betont, abrupt	☉		☉	gehalten, beständig fließend	36
7	Tonalität Harmonie	37	atonal/chromatisch	☉		●	tonal: Dur oder Moll	37
		38	Pentatonik	☉		☉	Blues	38
		39	Konsonanzen	☉		☉	Dissonanzen	39
		40	Homophonie	☉		☉	Polyphonie	40
8	Form	41	Ostinato	☉		☉	Kanon	41
		42	Imitation	●		☉	Kontrapunkt	42
		43	Kinderlied	☉		☉	Lied	43
		44	gebundene Improvisation	●	~	●	freie Improvisation	44

Ausgangspunkt: hörbare Musik (P0-1)

Beobachtungsmerkmale: Rhythmus, Metrum, Takt

Aktive P0-Potenziale:

- einfacher Rhythmus (P0-2)
- Pause/Fermate/Stille (P0-3)

Aktive P1-Potenziale:

- **rhythmisches Motiv (P1-1)**

Markante P0-Potenziale:

- **Pause/Fermate/Stille (P0-3)**

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Melodie

Aktive P0-Potenziale:

- melodisches Motiv (P0-7)
- Tonrepetition (P0-11)

Aktive P1-Potenziale: keine

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Verwobenheit, Übergänge: keine

Beobachtungsmerkmal: Klang

Aktive P0-Potenziale:

- flüchtig, unsicher, schüchtern (P0-25)
- unbestimmt, unterdrückt (P0-26)

Aktive P1-Potenziale: keine

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Verwobenheit, Übergänge: keine

Beobachtungsmerkmal: Dynamik

Aktive P0-Potenziale: keine

Aktive P1-Potenziale:

- leise, mittelleise (P1-28)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine
Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmale: Tempo, Agogik

Aktive P0-Potenziale: keine
Aktive P1-Potenziale:
- gemäßigt, moderato (P1-31)

Markante P0-Potenziale: keine
Markante P1-Potenziale: keine
Verwobenheit, Übergänge: keine

Beobachtungsmerkmale: Artikulation, Phrasierung

Aktive P0-Potenziale: keine
Aktive P1-Potenziale:
- legato (P1-34)
Markante P0-Potenziale: keine
Markante P1-Potenziale: keine
Übergänge und Verwobenheit,: keine

Beobachtungsmerkmale: Tonalität, Harmonie

Aktive P0-Potenziale: keine
Aktive P1-Potenziale:
- tonal: Dur-Skala (P1-37)
Markante P0-Potenziale: keine
Markante P1-Potenziale: keine
Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Form

Aktive P0-Potenziale:
- Imitation (P0-41)
- gebundene Improvisation (P0-44)
Aktive P1-Potenziale:
- freie Improvisation (P1-44)
Markante P0-Potenziale:

- **Imitation (P0-42)**

Markante P1-Potenziale: keine
Übergänge und Verwobenheit: keine

Zusammenfassung. Musik-Chart 2

Aktive P0-Potenziale: 8
Aktive P1-Potenziale: 6
Markante P0-Potenziale: 1
Markante P1-Potenziale: 0
Übergänge und Verwobenheit: 1 fließend
Cluster: keine

4.9.5 Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Chart 2. Zusammenfassung

In dieser Zusammenfassung werden alle P0- und P1-Potenziale, alle markanten P0- und P1-Potenziale, Übergänge und Verwobenheit und Clusterbildung im KLBMP-Chart 2 erfasst.

Legende für die Tabelle Chart 2. Zusammenfassung:

KLB-1 - Körper/Leib/Bewegungs-Chart 2. Teil 1

KLB-2 B - Körper/Leib/Bewegungs-Chart 2. Teil 2. Blick

KLB-2 A - Körper/Leib/Bewegungs-Chart 2. Teil 2. Atem

SSS-v/k - Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 2 (vokal/körperlich)

SSS-i - Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 2 (instrumental)

vM - vokaler Musik-Chart 2

iM - instrumentaler Musik-Chart 2

AP0 – aktive P0-Potenziale

IP0 – inaktive P0-Potenziale

MP0 – markante P0-Potenziale

AP1 – aktive P1-Potenziale

IP1 – inaktive P1-Potenziale

MP1 – markante P1-Potenziale

ÜV – Übergänge und Verwobenheit

B – blockierte ÜV

Fr -fragmentierte UV
K – komplementäre UV
FI – fließende UV

KLBMP-Chart 2. Zusammenfassung 1							
KLB-1							
AP0	IP0	MP0	AP1	IP1	MP1	ÜV	C
32/72	40/72	2/32	29/72	43/72	5/29	8 fr.	1
44,44%	55,55%	6,25%	40,27%	59,72%	17,24%		
KLB-2 B							
8/60	52/60	1/8	1/60	59/60	1/1	0	0
13,33%	86,66%	12,50%	1,66%	98,33%	100,00%		
KLB-2 A							
0/12	12/12	0	2/12	10/12	0	0	0
0,00%	0,00%	0%	16,66%	83,33%			
SSS -v/k							
7/44	37/44	3/7	0	0	0	0	0
15,90%	84,09%	43%	0,00%	0,00%	0,00%		
SSS-i							
0	0	0	0	0	0	0	0
0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%		
vM							
8/44	36/44	2/8	6/44	38/44	0	0	0
18,18%	81,81%	25,00%	13,63%	86,36%			
iM							
0	0	0	0	0	0	0	0

KLB-1

Im Körper/Leib/Bewegungs-Chart 2, Teil 1 sind 32 (44,44%) P0-Potenziale aktiv und 40 (55,55%) inaktiv. Es gibt 2 (6,25% der P0-Potenziale) markante P0-Potenziale. 29 (40,27%) der P1-Potenziale sind aktiv und 43 (59,72%) P1-Potenziale sind inaktiv. 5 (17,24%) der P1-Potenziale sind markant. Insgesamt gibt es 8 fragmentierte Übergänge und 1 Cluster.

KLB-2 B

Im Körper/Leib/Bewegungs-Chart 2, Teil 2 (Blick) gibt es 8 (13,33%) aktive P0-Potenziale und 52 (86,66%) inaktive P0-Potenziale, 1 (12,50%) der P0-Potenziale ist markant. 1 (1,66%) P1-Potenzial ist aktiv und 59 (98,33%) sind inaktiv. Keine markante P1-Potenziale, keine Übergänge und Verwobenheit, kein Cluster.

KLB-2 A

Im Körper/Leib(Bewegungs-Chart 2, Teil 2 (Atem) gibt es 0 (0,00%) aktive P0-Potenzial und 12 inaktive P0-Potenziale (0,00%). 2 aktive P1-Potenziale (16,66%) und 10 inaktive P1-Potenziale (83,33%). Kein markantes Potenzial. Keine Übergänge und Verwobenheit, kein Cluster.

SSS-v/k

Im Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 2 (vokal/körperlich) von insgesamt 44 P0-Potenzialen sind 7 (15,90%) Potenziale aktiv und 37 (84,09%) sind inaktiv. Kein markantes Potenzial.

SSS-i

Im Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 2 (instrumental) sind alle Potenziale inaktiv.

vM

Im Musik-vokale Musik-Chart 2 gibt es 8 (18,18%) aktive P0-Potenziale und 36 (81,81%) inaktive P0-Potenziale. 2 (25%) P0-Potenziale sind markant. 6 (13,63%) P1-Potenziale sind aktiv und 38 (86,36%) sind inaktiv. Keine markante P1-Potenziale, keine Übergänge und Verwobenheit, kein Cluster.

Tab. 27: KLBMP-Chart 2. Zusammenfassung 2

KLBMP-Chart 2. Zusammenfassung 2							
AP0/AP1	KLB 1	KLB 2 B	KLB 2 A	SSS v/k	SSS i	vM	iM
Total	61/144	9/120	2/24	7/44	0	14/88	0
%	42,36%	7,50%	8,33%	15,90%	0,00%	16%	0,00%

Im Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Chart 2 können:

- im Körper/Leib/Bewegungs-Chart 2, Teil 1 – ca. 61,00%,
- im Körper/Leib/Bewegungs-Chart 2, Teil 2 (Blick) – ca. 7,5%,
- im Körper/Leib/Bewegungs-Chart 2, Teil 2 (Atem) – ca. 8,33%,
- im Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 2 (vokal/körperlich) – ca. 16%,
- im Spiel/Sing/Sprecharten- Chart 2 (instrumental) - 0%,
- im vokale Musik-Chart 2 – ca. 16 % und
- im instrumentale Musik-Chart 2 – 0%

theragnostischer Informationen gewonnen werden.

4.10 Erfassen. Szene 2

Die Bewegung des Patienten ist sichtbar. Es besteht Blickkontakt zwischen dem Patienten und der Therapeutin. Die Atmung des Patienten ist sichtbar. Der Patient drückt sich körperlich, in der Bewegung und vokal aus.

Die Therapeutin interveniert vokal und körperlich. Sie sitzt am Tisch, an der Ecke des Tisches, diagonal zum Patienten.

Der Patient sitzt auf einem Stuhl an einer Ecke des Tisches und gestaltet sitzend mit seinen Händen und Armen. Der Patient nimmt den Raum ein. Wenn er es schafft, den persönlichen Bewegungsraum zu erweitern, wechselt er die Nutzung der nahen Kinesphäre in die mittlere Kinesphäre. Der Patient überschreitet die Grenzen des persönlichen Bewegungsraumes der Therapeutin nicht. Die körperliche Distanz zwischen dem Patienten und der Therapeutin kann als ein ferne, persönliche definiert werden.

An der Bewegung des Patienten sind der Rumpf – die linke, die rechte und die vordere Körperseite sowie die obere Körperhälfte, der Kopf und die oberen Extremitäten beteiligt.

Der Rumpf des Patienten bildet mit hoher Intensität eine lineare, gerade Form. Eine Fixierung der linearen, geraden Form im Rumpf, mit einer intensiven Kontraktion der Muskeln ist sichtbar.

Die Bewegungen zwischen dem Rumpf und den Extremitäten, zwischen Beugung und Streckung der Arme und Hände verlaufen fragmentiert. Die Finger und Hände werden verdreht.

Der Bewegungsfluss ist teilweise abrupt, dann wieder sanft, behutsam und vorsichtig, mit der Schwerkraft und gegen die Schwerkraft, mit dem Einsatz der Kraft und des Körpergewichtes in fragmentiert verlaufenden Übergängen.

Die Bewegungen folgen der Schwerkraft oder richten sich gegen die Schwerkraft.

Der Patient setzt die Kraft mit niedriger Intensität ein, genauso wie sein Körpergewicht - sanft, behutsam und vorsichtig. Die Bewegungen werden kontrolliert ausgeführt. Markant sind fragmentierte, unterbrochene Bewegungen. Und auch der Umgang mit der Zeit erfolgt abrupt zwischen plötzlich und zögerlich. Wenn die Bewegungen stattfinden sind sie langsam, differenziert, konzentriert.

Die Bewegungen der Arme der Patienten verlaufen abwechselnd symmetrisch und asymmetrisch, bi-direktional und in eine Richtung strebend in fragmentierten Übergängen.

Die Arme bewegen sich seitwärts und quer, aufwärts und abwärts, vorwärts. Die Arme breiten sich in ihrer vollen Länge aus und zeichnen in der Luft gerade Linien mit eckigen Umkehrungen mit einer hohen Schwingungsamplitude. Mit dem Zeigefinger der rechten Hand tippt der Patient auf seine linke Hand.

Der Körper hat die Tendenz zum Schrumpfen, sich einzuengen und die Tendenz zum Wachsen und sich zu weiten. Der Wechsel dazwischen verläuft fragmentiert. Die Tendenz zum Wachsen ist im Verlängern nach oben sichtbar. Das Schrumpfen ist in verkürzen nach unten wahrnehmbar.

Die Aufmerksamkeit des Patienten ist auf die eigene und die gemeinsame Tätigkeit gerichtet.

Es findet Körperkontakt statt. Der Patient lässt eine Berührung seiner Handinnenflächen zu, er exploriert seine Hände und berührt die Therapeutin mit den

Fingerspitzen beider Hände an den Handinnenflächen der Therapeutin. Er tippt mit dem Zeigefinger auf seine Handoberfläche und klatscht in die Hände.

Es findet Blickkontakt statt. Der Patient erwidert den Blick der Therapeutin. Er schaut zu ihr. Es ergeben sich Blickdialoge und ein Blickaustausch. Immer wieder senkt der Patient seinen Blick und schaut nach unten oder er blinzelt viel. Sein Blick ist aufmerksam, fokussiert und gerichtet. Seine Augen haben einen fragenden Ausdruck, der Blick ist freundlich. Manchmal beobachtet er, was die Therapeutin macht.

Seine Atmung ist sichtbar, der Atem ist bei der Ausatmung angehalten. Die Atembewegung verläuft unregelmäßig.

Der Patient drückt sich auch vokal aus. Seine Stimmlage ist Tenor, er singt nach, er spricht nach, psalmodiert oder schweigt.

Die Musik ist hörbar. Der Rhythmus ist einfach. Die Pausen dominieren den vokalen Ausdruck des Patienten. Das sprechgesangliche melodische, tonale Motiv verläuft im gemäßigten, moderaten Tempo, in mittelleiser Dynamik. Die Töne des Motivs werden repetiert.

Der Klang ist einfach, bescheiden, schüchtern, unbestimmt und unsicher.

Die vokale Phrase verläuft fließend, gehalten. Der Sprechgesang des Patienten klingt bescheiden, schüchtern, unbestimmt und unsicher.

Hauptmerkmal ist die hohe innere Anspannung des Patienten. Diese Anspannung ist im Körper und in der Mimik des Patienten sichtbar.

Der Blick des Patienten hat eine ruhige beobachtende und rückversichernde Qualität und folgt eigenen Handlungen und Bewegungen.

Zum Schluss wünscht sich der Patient den körperlichen Kontakt: Dies zeigt sich deutlich in seiner Körperhaltung. Er lässt die Berührung zu, exploriert seine eigenen Hände und berührt aus eigener Initiative die Hände der Musiktherapeutin.

Der Patient zeigt Interesse an der Therapeutin und der gemeinsamen Tätigkeit. Der Körper wird zur interpersonalen Erfahrung eingesetzt.

Ein weiteres Hauptmerkmal in dieser Szene ist die entwickelte Fähigkeit zum Nachmachen. Der Patient zeigt seine erste Idee. Im dialogischen Austausch von Motiven wird das Aufeinander-Bezug-Nehmen möglich und deutlich. Die sprechgesanglichen Äußerungen haben einen dialogischen Charakter und werden zur Imitation von Motiven, zum Lückelied und zum gegenseitigen Austausch von

Motiven eingesetzt. Eine interpersonelle Beziehung ist in der aufeinander bezogenen Vokalisationen hörbar. Klang, Tonhöhe, Rhythmus und Dynamik vokaler Äußerungen werden gegenseitig in Form eines Lückeliedes ergänzt und vom Patienten initiiert.

4.10.1 Die therapeutische Intervention

Hauptmerkmal ist der Wunsch der Musiktherapeutin, in einen sprechgesanglichen und körperlichen Dialog zu kommen, aber auch das Bedürfnis des Patienten nach Rückversicherung seiner Wahrnehmung und Empfindung des eigenen Körpers.

Die Therapeutin fühlt sich als eine vom Patienten getrennte Person und wird zur Dialogpartnerin. Der Patient nimmt die Motive der Therapeutin auf und gibt sie wieder, der Wunsch des Patienten nach Austausch ist sichtbar.

Die Therapeutin ist positiv involviert. Dies zeigt sich an ihrer Mimik und Gestik - Einführendes Verstehen, Empathie und Emotionale Annahme und Stütze.

Die Therapeutin tritt als eigene Person mit eigenen Wünschen, Ideen, Vorstellungen und Gefühlen in Erscheinung. Sie geht davon aus, dass ihre vokalen und körperlichen Ideen vom Patienten aufgegriffen werden können.

Die Intervention ist auf die zwischenmenschliche Interaktion gerichtet - Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit, aber auch auf die Äußerungen und Handlungen des Patienten Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation, psychophysischer Entspannung. Der Patient richtet seine Aufmerksamkeit auf die Therapeutin und ihre vokale und körperliche Handlung, so dass ein gemeinsames Thema - ein Hände- und Finger-Spiel entsteht. Die Aufmerksamkeit auf das gemeinsame Spiel wird von beiden Spielpartnern geteilt - Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft.

Ein vokal-körperlicher Dialog ist von Ausdrucksphänomenen und Motiven (Bewegungen des Oberkörpers, Arme und Hände sowie Sprechgesang) die gegenseitig übernommen werden, gekennzeichnet. Imitations- und Lückenspiel werden durch ein sich ergänzendes Spiel fortgeführt. Eigenständige Motive werden in Form eines Körperliedes aufeinander bezogen, sie ergeben das Gefühl, miteinander körperlich und sprechgesanglich zu kommunizieren - Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d. h. „persönlicher Souveränität“.

Der Spielraum wird von beiden Spielern geteilt.

4.11 Verstehen und Erklären. Szene 2 - prozessuale Diagnostik mit DSM-5, ICD-10 und KLBMP

Im ersten Schritt des diagnostischen Prozesses werden alle mit der KLBMP erfassten markanten Merkmale und markante Übergänge zwischen den P0- und P1-Potenzialen zusammengefasst.

Tab. 28: KLBMP-Chart 2. Markante Potenziale und Übergänge

Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur-Chart 2. Markante Potenziale und Übergänge			
Körper/Leib/Bewegungs-Part. Teil 1	Körper/Leib/Bewegungs-Part. Teil 2	Spiel/Sing/Sprecharten-Part	Musik-Part
Rumpf (P0-11)	blinzeln (P0-5)	schweigen (P0-7)	Pause/Fermate/Stille (P0-3)
fragmentierte, unterbrochene Bewegungen (P0-33)	Blick nach unten gerichtet (P1-7)	nachsprechen (P0-20)	Imitation (P0-42)
gerade, lineare Körperform (P1-9)		nachsingen (P0-21)	
Extremitäten (P1-11)			
Kontraktion (P1-17)			
Hemmung/Blockade (P1-18)			
hohe Intensität (P1-21)			
Fixierung (P1-60)			
Fragmentierung (8 Übergänge)			

Im nächsten Schritt werden die markanten P0- und P1-Potenziale aus des KLBMP-Systems und die diagnostischen Kriterien, welche die Schizophrenie und Katatonie betreffen, und in den diagnostischen Manualen DSM-5 und IDC-10 beschrieben wurden zusammengeführt und auf Gemeinsamkeiten und Korrelate untersucht.

Tab. 29: Zusammenfassung der diagnostischen Merkmale. Szene 2 – prozessuale Diagnostik

Zusammenfassung der diagnostischen Merkmale. Prozessuale Diagnostik. Szene 2			
DSM-5 F.20.9	KL BMP	ICD-10 F.20.2	KL BMP
1. Wahn.		1. Stupor (eindeutige Verminderung der Reaktionen auf die Umgebung sowie Verminderung spontaner Bewegungen und Aktivität) oder Mutismus	Rumpf (P0-11), gerade, lineare Körperform (P1-9), Kontraktion (P1-17), Hemmung (P1-18), hohe Intensität (P1-21) und Fixierung (P1-60)
2. Halluzinationen.		2. Erregung (anscheinend sinnlose motorische Aktivität, die nicht durch äußere Reize beeinflusst ist)	
3. Desorganisierte Sprechweise (z. B. häufiges Entgleisen oder Zerfahrenheit).		3. Haltungsstereotypien (freiwilliges Einnehmen und Beibehalten unsinniger und bizarrer Haltungen)	Rumpf (P0-11), gerade, lineare Körperform (P1-9), Kontraktion (P1-17), Hemmung (P1-18), hohe Intensität (P1-21) und Fixierung (P1-60)
4. Grob desorganisiertes oder katatonisches Verhalten.	Rumpf (P0-11), gerade, lineare Körperform (P1-9), Kontraktion (P1-17), Hemmung (P1-18), hohe Intensität (P1-21) und Fixierung (P1-60); Pause/Fermate/Stille (P0-3)	4. Negativismus (anscheinend unmotivierter Widerstand gegenüber allen Aufforderungen oder Versuchen, bewegt zu werden; stattdessen Bewegung in die entgegengesetzte Richtung)	
5. Negativsymptome (z. B. verminderter emotionaler Ausdruck oder reduzierte Willenskraft (Avolition)).		5. Rigidität (Beibehaltung einer starren Haltung bei Versuchen, bewegt zu werden)	
Zusatzcodierung Katatonie F06.1		6. Flexibilitas cerea bzw. wächserne Biegsamkeit (Verharren der Glieder oder des Körpers in Haltungen, die von außen auferlegt sind)	
1. Stupor (d. h. keine psychomotorische Aktivität, kein aktiver Austausch mit der Umgebung)	Rumpf (P0-11), gerade, lineare Körperform (P1-9), Kontraktion (P1-17), Hemmung (P1-18), hohe Intensität (P1-21) und Fixierung (P1-60)	7. Andere Symptome wie Befehlsautomatismen (automatische Befolgung von Anweisungen) und verbale Perseveration	schweigen (P0-7), nachsprechen (P0-20), nachsingen (P0-21); Imitation (P0-42)
2. Katalepsie (d. h. passive Einnahme einer Körperhaltung, die gegen die Schwerkraft gehalten wird)			
3. Wachserne Flexibilität (flexibilitas cerea, d. h. leichter, gleichmäßiger Widerstand gegenüber einer Veränderung der Körper- oder Extremitätenhaltung des Betroffenen durch den Untersucher)			
4. Mutismus (d. h. keine oder nur geringe verbale Antwort)			
5. Negativismus (d. h. widerständige oder keine Befolgung von Anweisungen oder bei anderen äußeren Reizen)			
6. Verharren (d. h. spontanes und aktives Aufrechterhalten einer einmal eingenommenen Körperhaltung gegen die Schwerkraft)			
7. Manierismen (d. h. eigentümliche, umständliche Karikatur normaler Handlungen)			
8. Stereotypien (d. h. repetitive, abnorm häufige, nicht zielgerichtete Bewegungen)			
9. Agitation, nicht durch äußere Reize beeinflusst			
10. Grimassieren	blinzeln (P0-5)		
11. Echolalie (d. h. Nachahmen der Sprache eines anderen)	nachsprechen (P0-20), nachsingen (P0-21); Imitation (P0-42)		
12. Echopraxie (d. h. Nachahmen der Bewegungen des anderen)			

4.11.1 DSM-5 F20.9 und KLBMP

Bei der Zusammenführung der klinischen Leitlinien nach DSM-5 F20.9 und F06.1 und markanten Potenziale KLBMP ergibt sich ein Korrelat in den Punkten:

1. Grob desorganisiertes oder katatonisches Verhalten und sind im Körper insbesondere in der hohen Intensivität (KLB 1 P0-11) der Kontraktion (KLB 1 P1-17) von Muskeln im Rumpf (KLB 1 P0-11) und der Fixierung (KLB 1 P1-60) der geraden, linearen Körperform (KLB 1 P1-9) sichtbar und in der Blockierung im Körper und Fragmentierung der Bewegungen.
2. Stupor (d. h. keine psychomotorische Aktivität, kein aktiver Austausch mit der Umgebung) sind im Körper insbesondere in der hohen Intensivität der Kontraktion von Muskeln im Rumpf und der Fixierung der geraden, linearen Körperform sichtbar. Im sprachlichen/vokalen Ausdruck fallen das Schweigen und in der Musik die Pause sowie Stille auf. Der gesamte körperlich/leibliche und musikalische Ausdruck ist blockiert und gehemmt.
3. Grimassieren kann im häufigen Blinzeln beobachtet werden.
4. Echolalie – ist im Nachsprechen (SSS v/k P0-20) und Nachsingen (SSS v/k P0-21; vM P-42) hörbar.

14.11.2 ICD-10 und KLBMP

Bei der Zusammenführung der klinischen Leitlinien ICD-10 F.20.2 katatone Schizophrenie und der markanten KLBMP-Potenziale und Übergänge gibt es Korrelate in den Punkten:

1. Stupor (eindeutige Verminderung der Reaktionen auf die Umgebung sowie Verminderung spontaner Bewegungen und Aktivität) oder Mutismus sind im Körper insbesondere in der hohen Intensivität der Kontraktion von Muskeln im Rumpf und der Fixierung der geraden, linearen Körperform erkennbar. Im sprachlichen/vokalen Ausdruck fallen: das Schweigen und in der Musik die Pause und Stille auf. Der gesamte körperlich/leibliche und musikalische Ausdruck ist blockiert und gehemmt.

2. Haltungsstereotypien (freiwilliges Einnehmen und Beibehalten unsinniger und bizarrer Haltungen) sind in den fragmentierten, unterbrochenen Bewegungen der oberen Extremitäten die, zur Körperachse hin, einwärts und auffallend symmetrisch verlaufen, sichtbar.

7. Andere Symptome wie Befehlsautomatismen (automatische Befolgung von Anweisungen) und verbale Perseveration ist in dem sprachlichen Ausdruck – im Nachsprechen und Nachsingen und Schweigen feststellbar.

4.11.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es 1 Korrelat in den 5 Kriterien nach DSM-5 F20.9 und 3 Korrelate in den 12 Kriterien nach DSM-5 F.06.1 mit KLBMP gibt.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass 3 Korrelate von 7 Kriterien nach ICD-10 F20.0 und KLBMP gibt.

Die in den DSM-5 und ICD-10 beschriebenen Symptome der Schizophrenie werden weniger, bzw. es zeigen sich andere Symptome, die mit allen Systemen in manchen Punkten korrelieren.

4.12 Wahrnehmen. Körper/Leib/Bewegungs-Musik - Chart 3

In diesem Kapitel wird der KLBMP-Chart 3 erstellt.

KLBMP-Chart beinhaltet insgesamt fünf Charts:

- den Körper/Leib/Bewegungs-Chart 3. Teil 1,
- den Körper/Leib/Bewegungs-Chart 3, Teil 2,
- den Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 3 und
- den vokale Musik-Chart 3,
- den instrumentale-Musik-Chart 3.

4.12.1 Körper/Leib/Bewegungs-Chart 3. Teil 1

In diesem Chart werden aktive P0-und P1-Potenziale, die die Körperposition, den Raum, die Körperstruktur, die Spannung, die Intensität, die Energie, die Kraft, die Artikulation, die Zeit, die Richtungen, die Ebenen, die Formen, die Modulation, den

Körperkontakt und die Berührung, die körperliche Nähe und Distanz betreffen markiert und auf Markanz, Übergänge und Verwobenheit zwischen den P0- und P1-Potenzialen und Clusterbildung untersucht. Abschließend findet eine Zusammenfassung statt.

Tab. 30: Körper/Leib/Bewegungs-Chart 3. Teil 1

Körper/Leib-Bewegungs-Musik-Partitur							
Körper/Leib/Bewegungs-Part							
Teil 1 - Chart 3							
Datum		8. September 2005					
Szene/Name		Szene 3					
Beobachtungsmerkmale	P0	P0-Potenziale	P0	ÜV	P1	P1-Potenziale	P1
0	Ausgangspunkt	0	keine sichtbare Bewegung	⊙	●	sichtbare Bewegung	0
1	Körperposition	1	liegen	⊙	⊙	hocken	1
		2	sitzen	●	⊙	knien	2
		3	stehen	⊙	⊙	laufen	3
		4	gehen	⊙	⊙	tanzen	4
2	Raum	5	Raum nehmend	●	⊙	Raum vermeidend	5
		6	nahe Kinesphäre	●	⊙	weite Kinesphäre	6
		7	mittlere Kinesphäre	●	⊙	Expansion	7
		8	Grenzen respektierend	●	⊙	Grenzen überschreitend	8
3	Körperstruktur	9	runde, kurvige Körperform	●	~	gerade, lineare Körperform	9
		10	flächige Körperform	⊙	⊙	verwungene Körperform	10
		11	Rumpf	●	~	Extremitäten	11
		12	linke Körperseite	●	~	rechte Körperseite	12
		13	vordere Körperseite	●	⊙	hintere Körperseite	13
		14	obere Körperhälfte	●	⊙	untere Körperhälfte	14
		15	Beugung	●	~	Streckung	15
		16	Rotation	●	⊙	Verdrehung	16
4	Spannung Energie Intensität Kraft	17	Entspannung	●	~	Kontraktion	17
		18	Wohlspannung (Eutonus)	⊙	⊙	Hemmung/Blockade	18
		19	freier, lebendiger Fluss	●	⊙	gebundener Bewegungsfluss	19
		20	angepasster, regulierter, adaptierender Fluss	●	⊙	gleichmäßiger, gleichbleibender Fluss	20
		21	niedrige Intensität	●	~	hohe Intensität	21
		22	zunehmend	●	~	abnehmend	22
		23	abrupt	●	⊙	graduell	23
		24	kanalisierend	⊙	⊙	flexibel	24
		25	sanft, behutsam	●	⊙	vehement, angestrengt	25
		26	vorsichtig	●	⊙	wuchtig	26
		27	Schwere	⊙	●	Leichtigkeit	27
		28	mit der Schwerkraft	●	∞	gegen die Schwerkraft	28
		29	Einsatz des Körpergewichtes	●	∞	Einsatz der Kraft	29
		30	ankämpfend	●	∞	nachgebend	30
		31	unkontrolliert	⊙	●	kontrolliert	31
5	Artikulation	32	zitternde, vibrierende, wellenförmige Bewegung	●	⌘	ballistische, progressive Bewegung	32
		33	fragmentierte, unterbrochene Bewegungen	●	●	kontinuierlich, gleichmäßig fließende Bewegungen	33
6	Zeit	34	plötzlich	●	⌘	zögerlich	34
		35	allmählich schneller werden, Beschleunigung	●	~	allmählich langsamer werdend, Verlangsamung	35
		36	schnell	●	~	langsam	36
7	Richtungen Ebenen	37	zentrifugale Bewegung	●	~	zentripetale Bewegung	37
		38	zur Körperachse hin, einwärts	⊙	●	von der Körperachse weg, auswärts	38
		39	symmetrisch	●	~	asymmetrisch	39
		40	bi-direktional, hin und her, vor- und zurück	●	~	in eine Richtung strebend	40
		41	indirekt, ungerichtet	●	~	direkt, gerichtet	41
		42	seitwärts	●	⊙	quer	42
		43	aufwärts	●	⊙	abwärts	43
		44	vorwärts	●	⊙	rückwärts	44
8	Formen	45	ausbreitend	●	⊙	einschließend, umschließend	45
		46	aufsteigend	●	~	sinkend/absteigend	46
		47	fortschreitend	⊙	●	zurückweichend, zurückziehend	47
		48	wachsend/weitend	●	~	schrumpfend/engend	48
		49	verbreitern/ausdehnen	●	~	verschmälern/verengen	49
		50	verlängern	●	⊙	verkürzen	50
		51	auswölben	⊙	⊙	aushöhlen	51
		52	seitliches verbreitern	⊙	⊙	mittiges verschmälern	52
		53	verlängern nach oben	●	⊙	verkürzen nach oben	53
		54	verlängern nach unten	⊙	●	verkürzen nach unten	54
		55	auswölben nach vorne	⊙	●	aushöhlen nach vorne	55
		56	auswölben nach hinten	⊙	●	aushöhlen nach hinten	56
		57	Schleifen, schlingende/windende Bewegungen	●	~	Linien, lineare Bewegungen	57
		58	niedrige Schwingungsamplitude	⊙	●	hohe Schwingungsamplitude	58
		59	runde Umkehrung/Wendung	●	~	eckige Umkehrung/Wendung	59
9	Modulation	60	Wiederholung	●	⊙	Fixierung	60
		61	Variation	●	●	Transformation	61
		62	wenig Differenziertheit	⊙	●	hohe Differenziertheit	62
		63	diffuse, zerstreute Aufmerksamkeit	⊙	●	konzentrierte, fokussierte Aufmerksamkeit	63
		64	auf die eigene Tätigkeit gerichtet	●	~	auf die gemeinsame Tätigkeit gerichtet	64
10	Körperkontakt Berührung körperliche Nähe und Distanz	65	kein Körperkontakt	●	⊙	Körperkontakt	65
		66	passives Zulassen	⊙	●	Ablehnung	66
		67	explorative Selbstberührung	⊙	⊙	autoaggressive, autodestruktive Selbstberührung	67
		68	Berührung des Anderen	⊙	⊙	Vermeidung der Berührung	68
		69	kommunikative, interaktive Berührung	⊙	⊙	aggressive, possessive Berührung	69
		70	körperlich unterstützende Berührung	⊙	⊙	emotional unterstützende Berührung	70
		71	intime Distanz	⊙	⊙	soziale Distanz	71
72	persönliche Distanz	●	⊙	öffentliche Distanz	72		

Ausgangspunkt: sichtbare Bewegung (P1-0)

Beobachtungsmerkmale: Körperposition

Aktive P0-Potenziale:

- sitzen (P0-2)

Aktive P1-Potenziale: keine

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Raum

Aktive P0-Potenziale:

- Raum nehmend (P0-5)
- nahe Kinesphäre (P0-6)
- mittlere Kinesphäre (P0-7)
- Grenzen respektierend (P0-8)

Aktive P1-Potenziale: kein

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Körperstruktur

Aktive P0-Potenziale:

- runde, kurvige Körperform (P0-9)
- Rumpf (P0-11)
- linke Körperseite (P0-12)
- vordere Körperseite (P0-13)
- obere Körperhälfte (P0-14)
- Beugung (P0-15)
- Rotation (P0-16)

Aktive P1-Potenziale:

- gerade, lineare Körperform (P1-9)
- Extremitäten (P1-11)
- rechte Körperseite (P1-12)
- Streckung (P1-15)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P0-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit:

- vier **fließende** Übergänge: - runde, kurvige Körperform (P0-9)

und gerade, lineare Körperform (P1-9); Rumpf (P0-11) und Extremitäten (P1-11);

linke Körperseite (P0-12) und rechte Körperseite (P1-12); Beugung (P0-15) und

Streckung (P1-15)

Beobachtungsmerkmale: Spannung, Energie Kraft und Intensität

Aktive P0-Potenziale:

- Entspannung (P0-17)

- freier, lebendiger Fluss (P0-19)

- angepasster, regulierter, adaptierender Fluss (P0-20)

- niedrige Intensität (P0-21)

- zunehmend (P0-22)

- abrupt (P0-23)

- sanft, behutsam (P0-25)

- vorsichtig (P0-26)

- mit der Schwerkraft (P0-28)

- Einsatz des Körpergewichtes (P0-29)

- ankämpfend (P0-30)

Aktive P1-Potenziale:

- Kontraktion (P1-17)

- hohe Intensität (P1-21)

- abnehmend (P1-22)

- Leichtigkeit (P1-27)

- gegen die Schwerkraft (P1-28)

- Einsatz der Kraft (P1-29)

- nachgebend (P1-30)

- kontrolliert (P1-31)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit:

- drei **fließende** Übergänge: Entspannung (P0-17) und Kontraktion (P1-17); niedrige Intensität (P0-21) und hohe Intensität (P1-21); zunehmend (P0-22) und abnehmend (P1-22).

- drei **komplementäre** Übergänge: mit der Schwerkraft (P0-28) und gegen die Schwerkraft (P1-28); Einsatz des Körpergewichtes (P0-29) und Einsatz der Kraft (P1-29); ankämpfend (P0-30) und nachgebend (P1-30).

Beobachtungsmerkmal: Artikulation

Aktive P0-Potenziale:

- zitternde, vibrierende Bewegung (P0-32)
- fragmentierte, unterbrochene Bewegungen (P0-33)

Aktive P1-Potenziale:

- ballistische, progressive Bewegung (P1-32)
- kontinuierlich, gleichmäßig fließende Bewegungen (P1-33)

Markante P0-Potenziale:

- **zitternde, vibrierende Bewegung (P0-32)**
- **fragmentierte, unterbrochene Bewegungen (P0-33)**

Markante P1-Potenziale:

- **ballistische, progressive Bewegung (P1-32)**

Übergänge und Verwobenheit:

- ein **fragmentierter** Übergänge: zitternde, vibrierende Bewegung (P0-32) und ballistische, progressive Bewegung (P1-32).

Beobachtungsmerkmal: Zeit

Aktive P0-Potenziale:

- plötzlich (P0-34)
- allmählich schneller werdend (P1-35)
- schnell (P0-36)

Aktive P1-Potenziale:

- zögerlich (P1-34)
- allmählich langsamer werdend (P1-35)
- langsam (P1-36)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit:

- ein **fragmentierter** Übergang: plötzlich (P0-34) und zögerlich (P1-34)
- zwei **fließende** Übergänge: allmählich schneller werdend (P0-35) und allmählich langsamer werdend (P1-35); schnell (P0-36) und langsam (P1-36)

Beobachtungsmerkmale: Richtungen und Ebenen

Aktive P0-Potenziale:

- zentrifugale Bewegung (P0-37)
- zur Körperachse hin, einwärts (P0-38)
- symmetrisch (P0-39)
- bi-direktional, hin und her, vor und zurück (P0-40)
- indirekt, ungerichtet (P0-41)
- seitwärts (P0-42)
- aufwärts (P0-43)
- vorwärts (P0-44)

Aktive P1-Potenziale:

- zentripetale Bewegung (P1-37)
- von der Körperachse weg, auswärts (P1-38)
- asymmetrisch (P1-39)
- in eine Richtung strebend (P1-40)
- direkt, gerichtet (P1-41)
- sinkend, absteigend (P1-46)
- zurückweichend, zurückziehend (P1-47)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit:

- fünf **fließende** Übergänge: zentrifugale Bewegung (P0-37) und zentripetale Bewegung (P1-37); zur Körperachse hin, einwärts (P0-38) und von der Körperachse weg, auswärts (P1-38); symmetrisch (P0-39) und asymmetrisch (P1-39); bi-direktional, hin und her, vor und zurück (P0-40) und in eine Richtung strebend (P1-40); indirekt, ungerichtet (P0-41) und direkt, gerichtet (P1-41)

Beobachtungsmerkmal: Formen

Aktive P0-Potenziale:

- wachsend/weitend (P0-48)
- verbreitern, ausdehnen (P0-49)
- verlängern nach oben (P0-53)
- Schleifen, schlingende Bewegungen (P0-57)
- runde Umkehrung, Wendung (P0-59)

Aktive P1-Potenziale:

- schrumpfend/engend (P1-48)
- verschmälern, verengen (P1-49)
- verkürzen nach unten (P1-54)
- Linien, lineare Bewegungen (P1-57)
- hohe Schwingungsamplitude (P1-58)
- eckige Umkehrung/Wendung (P1-59)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit:

- vier **fließende** Übergänge: wachsend/weitend (P0-48) und schrumpfend/engend (P1-48); verbreitern, ausdehnen (P0-49) und verschmälern, verengen (P1-49); Schleifen, schlingende Bewegungen (P0-57) und Linien, lineare Bewegungen (P1-57); runde Umkehrung, Wendung (P0-59) und eckige Umkehrung/Wendung (P1-59).

Beobachtungsmerkmal: Modulation

Aktive P0-Potenziale:

- Wiederholung (P0-60)
- Variation (P0-61)
- auf die eigene Tätigkeit gerichtet (P0-64)

Aktive P1-Potenziale:

- Transformation (P0-61)
- konzentrierte, fokussierte Aufmerksamkeit (P1-63)
- auf die gemeinsame Tätigkeit gerichtet (P1-64)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale:

- **Transformation (P0-61)**

Übergänge und Verwobenheit:

- ein **fließender** Übergang: auf die eigene Tätigkeit gerichtet (P0-64) und auf die gemeinsame Tätigkeit gerichtet (P1-64)

Beobachtungsmerkmale: Körperkontakt, Berührung und körperliche Nähe und Distanz

Aktive P0-Potenziale:

- kein Körperkontakt (P0-65)
- persönliche Distanz (P0-72)

Aktive P1-Potenziale: keine

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Zusammenfassung. KLB-Chart 3. Teil 1

Aktive P0-Potenziale: 48

Aktive P1-Potenziale: 37

Markante P0-Potenziale: 1

Markante P1-Potenziale: 1

Übergänge und Verwobenheit: 24

Cluster: 0

4.12.2 Körper/Leib/Bewegungs-Chart 3. Teil 2

In diesem Chart werden aktive P0- und P1-Potenziale, die den Blick und die Atmung betreffen markiert, auf Markanz, Übergänge und Verwobenheit und Clusterbildung untersucht.

Körper/Leib-Bewegungs-Musik-Partitur							
I	Körper/Leib/Bewegungs-Part						
Teil 2 - Chart 3							
Datum	8. September 2005						
Szene/Name	Szene 3						
Beobachtungsmerkmale	P0	P0-Potenziale	P0	ÜV	P1	P1-Potenziale	P1
0	Ausgangspunkt	0	geschlossene Augen	⊙	●	offene Augen	0
1	Blick	1	schauen	●	⊙	anschauen	1
		2	sich umschauen	⊙	⊙	betrachten	2
		3	vorbeischaun	⊙	⊙	hindurchschaun	3
		4	zusammengekniffene Augen	⊙	⊙	weit aufgerissene Augen	4
		5	blinzeln	●	⊙	zwinkern	5
		6	kein Blickkontakt	⊙	⊙	Blickkontakt	6
		7	Blick nach oben gerichtet	⊙	●	Blick nach unten gerichtet	7
		8	Blick nach rechts gerichtet	⊙	⊙	Blick nach links gerichtet	8
		9	den Blick vermeidend	⊙	⊙	den Blickkontakt suchend	9
		10	den Blick abwendend	⊙	⊙	ein direkter Blickkontakt	10
		11	Blickaustausch	⊙	●	Blickdialog	11
		12	nach Rückversicherung suchend	⊙	⊙	ein rückversichernder Blick	12
		13	nach Bestätigung suchend	⊙	⊙	ein bestätigender Blick	13
		14	ein aufmerksamer Blick	●	⊙	ein unaufmerksamer Blick	14
		15	ein gerichteter Blick	●	⊙	ein ungerichteter Blick	15
		16	ein fokussierter Blick	●	⊙	ein schweifender, flüchtiger, unfokussierter Blick	16
		17	ein direkter Blick	●	⊙	ein indirekter Blick	17
		18	ein klarer Blick	●	⊙	ein benommener Blick	18
		19	ein fragender Blick	●	⊙	ein beantwortender Blick	19
		20	ein frischer Blick	⊙	⊙	ein müder Blick	20
		21	ein lebendiger, vitaler Blick	●	⊙	ein erloschener Blick	21
		22	ein hoffnungsvoller Blick	⊙	⊙	ein hoffnungsloser Blick	22
		23	ein wacher Blick	●	⊙	ein resignierter Blick	23
		24	ein trauriger Blick	⊙	⊙	ein lustiger Blick	24
		25	ein schnuchsvoller Blick	⊙	⊙	ein nachdenklicher Blick	25
		26	ein melancholischer Blick	⊙	⊙	ein verletzlicher Blick	26
		27	ein verzweifelter Blick	⊙	⊙	ein zuversichtlicher Blick	27
		28	ein wohlwollend interessierter Blick	⊙	⊙	ein gleichgültiger Blick	28
		29	ein warmer Blick	⊙	⊙	ein kalter Blick	29
		30	ein freundlicher Blick	⊙	⊙	ein unfreundlicher Blick	30
		31	ein liebevoller Blick	⊙	⊙	ein liebloser Blick	31
		32	ein lustvoller Blick	⊙	⊙	ein lustloser Blick	32
		33	ein verspielter Blick	⊙	⊙	ein frivoler Blick	33
		34	ein gutmütiger Blick	⊙	⊙	ein böswilliger Blick	34
		35	ein tröstender Blick	⊙	⊙	ein fordernder Blick	35
		36	ein tiefer Blick	⊙	⊙	ein oberflächlicher Blick	36
		37	ein beobachtender Blick	●	⊙	ein fixierender, starrender Blick	37
		38	ein kontrollierender Blick	●	●	ein provokativer Blick	38
		39	ein dominierender Blick	⊙	⊙	ein verächtlicher Blick	39
		40	ein überheblicher Blick	⊙	⊙	ein unterwürfiger Blick	40
		41	ein abwertender Blick	⊙	⊙	ein wertschätzender Blick	41
		42	ein vernichtender Blick	⊙	⊙	ein aufbauender Blick	42
		43	ein abweisender Blick	⊙	⊙	ein annehmender Blick	43
		44	ein sicherer Blick	⊙	⊙	ein unsicherer Blick	44
		45	ein ruhiger Blick	⊙	⊙	ein unruhiger Blick	45
		46	ein mutiger Blick	⊙	⊙	ein schüchterner Blick	46
		47	ein intensiver Blick	⊙	⊙	ein leerer Blick	47
		48	ein respektvoller Blick	⊙	⊙	ein respektloser Blick	48
		49	ein faszinierter Blick	⊙	⊙	ein gelangweilter Blick	49
		50	ein misstrauischer Blick	⊙	⊙	ein vertrauensvoller Blick	50
		51	ein wirrer Blick	⊙	⊙	ein verwirrter Blick	51
		52	ein neugieriger Blick	⊙	⊙	ein stauender Blick	52
		53	ein eifersüchtiger Blick	⊙	⊙	ein neidischer Blick	53
		54	ein gieriger Blick	⊙	⊙	ein bescheidener Blick	54
		55	ein ängstlicher Blick	⊙	⊙	ein aggressiver Blick	55
		56	ein wütender Blick	⊙	⊙	ein zorniger Blick	56
		57	ein ironischer Blick	⊙	⊙	ein skeptischer Blick	57
		58	ein strenger Blick	⊙	⊙	ein weicher Blick	58
		59	ein enttäuschter Blick	⊙	⊙	ein ermutigender Blick	59
		60	ein demütiger Blick	⊙	⊙	ein gedemütigter Blick	60
0	Ausgangspunkt	0	keine sichtbare/keine hörbare Atmung	⊙	●	sichtbare/hörbare Atmung	0
2	Atmung	1	eine rhythmische Atmung	●	⊙	eine arrhythmische Atmung	1
		2	eine regelmäßige Atmung	⊙	⊙	eine unregelmäßige Atmung	2
		3	ein angehaltener Atem	⊙	⊙	ein befreiender Atem	3
		4	Einatmung betont	⊙	⊙	Ausatmung betont	4
		5	ein angehaltener Atem bei der Einatmung	⊙	⊙	ein angehaltener Atem bei der Ausatmung	5
		6	ein lautes Atmen	⊙	⊙	ein leises Atmen	6
		7	ein flacher und kurzer Atem	⊙	⊙	ein tiefer und langer Atem	7
		8	eine heftige, kurze Atmung	⊙	⊙	eine aussetzende Atmung	8
		9	schnaufen	⊙	⊙	scufzen	9
		10	hauchen	⊙	⊙	hecheln	10
		11	eine erleichternde, loslassende Atmung	⊙	⊙	eine stockende Atmung	11
		12	Hyperventilation	⊙	⊙	eine frei fließende Atmung	12

Ausgangspunkt: offene Augen (P1-0)

Beobachtungsmerkmal: Blick

Aktive P0-Potenziale:

- schauen (P0-1)
- blinzeln (P0-5)
- ein aufmerksamer Blick (P0-14)
- ein gerichteter Blick (P0-15)
- ein fokussierter Blick (P0-16)
- ein direkter Blick (P0-17)
- ein klarer Blick (P0-18)
- ein fragender Blick (P0-19)
- ein fordernder Blick (P0-20)
- ein lebendiger, vitaler Blick (P0-21)
- ein wacher Blick (P0-23)
- ein beobachtender Blick (P0-37)
- in kontrollierender Blick (P1-38)

Aktive P1-Potenziale:

- Blick nach unten gerichtet (P1-7)
- Blickdialog (P1-11)
- ein provokativer Blick (P1-38)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Zusammenfassung. Blick

Aktive P0-Potenziale: 12

Aktive P1-Potenziale: 3

Markante P0-Potenziale: 0

Markante P1-Potenziale: 0

Übergänge und Verwobenheit: 0

Cluster: 0

Ausgangspunkt: hörbare/sichtbare Atmung (P1-0)

Beobachtungsmerkmal: Atmung

Aktive P0-Potenziale:

- eine rhythmische Atmung (P0-1)

Aktive P1-Potenziale: keine

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Markante Übergänge und Verwobenheit: keine

Zusammenfassung: Atmung

Aktive P0-Potenziale: 0

Aktive P1-Potenziale: 1

Markante P0-Potenziale: 0

Markante P1-Potenziale: 0

Übergänge und Verwobenheit: 0

Cluster: 0

4.12.3 Spiel/Sing/Sprecharten - Chart 3

In diesem Chart werden aktive P0- und P1-Potenziale, die den vokalen, körperlichen und instrumentalischen Ausdruck betreffen markiert, auf Markanz, Übergänge und Verwobenheit und Clusterbildung untersucht.

Tab. 32: Spiel/Sing/Sprecharten - Chart 3

II Spiel/Sing/Sprecharten-Part									
Spielen Singen Sprechen - Chart 3									
Datum		8. September 2005							
Szene/Name		Szene 3							
Beobachtungsmerkmale	P0	P0-Potenziale	P0	ÜV	P1	P1-Potenziale	P1	Beobachtungsmerkmale	
0	Ausgangspunkt	0	vokaler/körperlicher Ausdruck	●	●	instrumentaler Ausdruck	0	Ausgangspunkt	0
1	Sing- und Sprecharten	1	Sopran	⊖	⊖	klopfen	1	Spielarten von Musikinstrumenten	4
		2	Mezzosopran	⊖	⊖	abklopfen, beklopfen	2		
		3	Alt	⊖	⊖	blasen	3		
		4	Countertenor	⊖	⊖	frullato	4		
		5	Tenor	●	⊖	drücken	5		
		6	Bariton/Baß	⊖	⊖	greifen	6		
		7	schweigen	●	⊖	anschlagen, gegenschlagen	7		
		8	flüstern	⊖	●	rasseln	8		
		9	vokalisieren	⊖	⊖	rattern	9		
		10	lautieren	⊖	⊖	kratzen	10		
		11	rufen	⊖	●	scheppern	11		
		12	kreischen, schreien	⊖	●	schütteln	12		
		13	murmeln, brummen	⊖	⊖	tippen	13		
		14	lamentieren	⊖	⊖	ziehen	14		
		15	schluchzen	⊖	⊖	auflegen	15		
		16	klagen	⊖	⊖	ansingen	16		
		17	reimen	⊖	⊖	anblasen	17		
		18	dichten	⊖	⊖	dämmen	18		
		19	rappen	⊖	⊖	gleiten	19		
		20	nachsprechen	⊖	⊖	klirren	20		
		21	nachsingen	●	⊖	rieseln	21		
		22	tönen	⊖	⊖	ratschen	22		
		23	summen, mormorando	⊖	⊖	reiben	23		
		24	jodeln	⊖	⊖	schrappen	24		
		25	zischen	⊖	⊖	rühren	25		
		26	lallen	⊖	⊖	streichen	26		
		27	stottern	⊖	⊖	wischen	27		
		28	krächzen	⊖	⊖	zupfen	28		
		29	psalmodieren	⊖	⊖	mit dem Finger/den Fingern	29		
		30	Nonsenssprache	⊖	●	mit der Hand/den Händen	30		
		31	erzählen	⊖	⊖	mit dem Fuß/den Füßen	31		
		32	Redefluss	⊖	⊖	mit dem Bogen	32		
		33	sprechen	⊖	⊖	mit den Schlägeln	33		
		34	singen	●	⊖	mit den Sticks/Besen	34		
2	Klanggesten musikalische Gesten	35	patschen	⊖	⊖	Selbstgebaute Tonerzeuger und Klangobjekte	35	Musikinstrumente	4
		36	klatschen	⊖	●	Idiophone	36		
		37	tippen	⊖	⊖	Aerophone	37		
		38	schnalzen	⊖	⊖	Membranophone	38		
		39	schnippen	⊖	⊖	Tasten-Chordophone	39		
		40	reiben	⊖	⊖	Zupf-Chordophone	40		
		41	streicheln	⊖	⊖	Streich-Chordophone	41		
		42	stampfen	⊖	⊖	Elektrophone	42		
		43	taktieren	⊖	⊖	Körperinstrumente	43		
		44	dirigieren	⊖	⊖	Raum als Klangraum	44		

Ausgangspunkt: vokaler Ausdruck (P0-0) instrumentaler Ausdruck (P1-0)

Beobachtungsmerkmal: Sing- und Sprecharten

Aktive P0-Potenziale:

- Tenor (P0-5)
- schweigen (P0-7)
- nachsingen (P0-21)
- singen (P0-34)

Aktive P1-Potenziale: keine

Markante P0-Potenziale: keine
Markante P1-Potenziale: keine
Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Klanggesten und musikalische Gesten

Aktive P0-Potenziale: keine
Aktive P1-Potenziale: keine
Markante P0-Potenziale: keine
Markante P1-Potenziale: keine
Übergänge und Verwobenheit: keine
Cluster: keine

Beobachtungsmerkmal: Spielarten von Musikinstrumenten

Aktive P0-Potenziale: keine
Aktive P1-Potenziale:

- rasseln (P1-8)
- scheppern (P1-11)
- schütteln (P1-12)
- mit den Händen (P1-30)

Markante P0-Potenziale: keine
Markante P1-Potenziale: keine
Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Musikinstrumente

Aktive P0-Potenziale:

- Idiophone (P1-36)

Aktive P1-Potenziale: keine
Markante P0-Potenziale: keine
Markante P1-Potenziale: keine
Übergänge und Verwobenheit: keine

Zusammenfassung Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 3

Aktive P0-Potenziale: 4
Aktive P1-Potenziale: 5
Markante P0-Potenziale: 0

Markante P1-Potenziale: 0

Übergänge und Verwobenheit: 0

Cluster: 0

4.12.4 Musik-Chart 3. Vokale Musik In diesem Chart werden aktive P0- und P1-Potenziale, die den vokalen musikalischen Ausdruck des Patienten betreffen markiert, auf Markanz, Übergänge und Verwobenheit und Clusterbildung untersucht.

Tab. 33: Musik-Chart 3. Vokale Musik

Körper/Leib-Bewegungs-Musik-Partitur									
III Musik-Part									
Musik-Chart 3 - vokale Musik									
Datum		8. September 2005							
Szene/Name		Szene 3							
Beobachtungsmerkmale	P0	P0-Potenziale	P0	ÜV	P1	P1-Potenziale	P1		
0	Ausgangspunkt	0	keine hörbare Musik	☉	●	hörbare Musik	0		
1	Rhythmus Metrum Takt	1	arrhythmisch/prärhythmisch	☉	●	rhythmisches Motiv	1		
		2	einfacher Rhythmus	●	☉	polyrhythmisch	2		
		3	Pause/Fermate/Stille	●	☉	Synkope	3		
		4	ametrisch, unregelmäßig, wechselhaft	☉	●	metrisch, regelmäßig pulsierend	4		
		5	einfache Taktarten	●	☉	zusammengesetzte Taktarten	5		
2	Melodie	6	prämelodisch	☉	●	melodisches Thema	6		
		7	melodisches Motiv	●	☉	Kontrastmotiv	7		
		8	Sequenz/Phrase	●	~	Satz	8		
		9	Tonsprünge	●	~	Tonschritte	9		
		10	Aufwärtsbewegung/Frage	●	~	Abwärtsbewegung/Antwort	10		
		11	Tonrepetition	●	~	Ambitus	11		
3	Klang	12	Diminution	☉	☉	Augmentation	12		
		13	warm, resonanzvoll, umhüllend	☉	☉	kalt, trocken, abweisend	13		
		14	süß, lieblich	☉	☉	betrübt, bitter	14		
		15	sanft, zärtlich, mild	☉	☉	schrill, scharf, grob	15		
		16	leidenschaftlich, glühend	☉	☉	zitternd, vibrierend	16		
		17	phantasievoll	☉	☉	langweilig, gelangweilt	17		
		18	frivol, kokett, lustvoll	☉	☉	leer, starr, rigide	18		
		19	lebendig, vital, voluminös	●	☉	dunkel, dumpf, düster	19		
		20	hell, strahlend, lustig	☉	☉	traurig, schwach, resigniert	20		
		21	leicht, beschwingt, beweglich	☉	☉	schwer, schwermütig, melancholisch	21		
		22	heiter, hoffnungsvoll	☉	☉	sehnsüchtig, wehmütig	22		
		4	Dynamik	23	tröstlich, beruhigend	☉	☉	schmerzvoll, klagend, kummervoll	23
24	standhaft, konstant			☉	☉	beliebig, gleichgültig	24		
25	flüchtig, unsicher, schüchtern			●	☉	betont, hervorgehoben	25		
26	unbestimmt, unterdrückt			☉	☉	pompös, pathetisch	26		
27	ängstlich, zittrig			☉	☉	impulsiv, aggressiv, explosiv, kämpferisch	27		
28	sehr leise			☉	●	leise, mittelleise	28		
29	sehr laut			☉	●	mittellaut, laut	29		
30	lauter werdend			●	~	leiser werdend	30		
5	Tempo Agogik			31	sehr langsam, gedehnt	☉	☉	gemäßigt, moderato	31
				32	sehr schnell	☉	☉	rasch, lebhaft	32
		33	schneller werdend	●	~	langsamer werdend	33		
6	Artikulation Phrasierung	34	staccato	●	~	legato	34		
		35	portato	☉	☉	portamento oder glissando	35		
		36	akzentuiert, betont, abrupt	☉	●	gehalten, beständig fließend	36		
7	Tonalität Harmonie	37	atonal/chromatisch	☉	●	tonal: Dur oder Moll	37		
		38	Pentatonik	☉	☉	Blues	38		
		39	Konsonanzen	☉	☉	Dissonanzen	39		
		40	Homophonic	☉	☉	Polyphonic	40		
8	Form	41	Ostinato	☉	☉	Kanon	41		
		42	Imitation	☉	☉	Kontrapunkt	42		
		43	Kinderlied	☉	☉	Lied	43		
		44	gebundene Improvisation	●	~	freie Improvisation	44		

Ausgangspunkt: hörbare Musik (P1-0)

Beobachtungsmerkmale: Rhythmus, Metrum, Takt

Aktive P0-Potenziale:

- einfacher Rhythmus (P0-2)
- Pause/Fermate/Stile (P0-3)
- einfache Taktart (P0-5)

Aktive P1-Potenziale:

- rhythmische Motive (P1-1)
- metrisch, regelmäßig, pulsierend (P1-4)

Markante P0-Potenziale:

- **Pause/Fermate/Stile (P0-3)**

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Melodie

Aktive P0-Potenziale:

- melodische Motive (P0-7)
- Sequenz/Phrase (P0-8)
- Tonsprünge (P0-9)
- Aufwärtsbewegung/Frage (P0-10)
- Tonrepetition (P0-11)

Aktive P1-Potenziale:

- melodisches Thema (P1-6)
- melodischer Satz (P1-8)
- Tonschritte (P1-9)
- Abwärtsbewegung/Antwort (P1-10)
- Ambitus (P1-11)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Klang

Aktive P0-Potenziale:

- lebendig, vital, voluminös (P0-19)

- flüchtig, unsicher, schüchtern (P0-25)

Aktive P1-Potenziale: keine

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Dynamik

Aktive P0-Potenziale:

- lauter werdend (P0-30)

Aktive P1-Potenziale: keine

- leise, mittelleise (P1-28)

- mittellaut, laut (P1-29)

- leiser werdend (P1-30)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmale: Tempo, Agogik

Aktive P0-Potenziale:

- schneller werdend (P0-33)

Aktive P1-Potenziale:

- langsamer werdend (P1-33)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmale: Artikulation, Phrasierung

Aktive P0-Potenziale:

- staccato (P0-34)

Aktive P1-Potenziale:

- legato (P1-34)

- gehalten, beständig fließend (P1-36)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmale: Tonalität und Harmonie

Aktive P0-Potenziale: keine

Aktive P1-Potenziale:

- Dur-Tonart (P1-37)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmale: Form

Aktive P0-Potenziale:

- gebundene Improvisation (P0-44)

Aktive P1-Potenziale:

- freie Improvisation (P1-44)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Verwobenheit und Übergänge:

- sieben **fließende** Übergänge: Sequenz/Phrase (P0-8) und Satz (P1-8); Tonsprünge (P0-9) und Tonschritte (P1-9); Aufwärtsbewegung/Frage (P0-10) und Abwärtsbewegung/Antwort (P1-10); Tonrepetition (P0-11) und Ambitus (P1-11); lauter werdend (P0-30) und leiser werdend (P1-30); schneller werdend (P0-31) und langsamer werdend (P1-31); gebundene Improvisation (P0-44) und freie Improvisation (P1-44)

Zusammenfassung. Musik-vokale Musik-Chart 3

Aktive P0-Potenziale: 14

Aktive P1-Potenziale: 15

Markante P0-Potenziale: 1

Markante P1-Potenziale: 0

Übergänge und Verwobenheit: 8

Cluster: keine

4.12.5 Musik-Chart 3. Instrumentale Musik

In diesem Chart werden aktive P0-und P1-Potenziale, die den instrumentalen musikalischen Ausdruck betreffen markiert, auf Markanz, Übergänge und Verwobenheit und Clusterbildung untersucht.

Tab. 34: Musik-Chart 3. Instrumentale Musik

Körper/Leib-Bewegungs-Musik-Partitur								
III	Musik-Part							
Musik-Chart 3 - instrumentale Musik								
Datum	8. September 2005							
Szene/Name	Szene 3							
Beobachtungsmerkmale	P0	P0-Potenziale	P0	ÜV	P1	P1-Potenziale	P1	
0	Ausgangspunkt	0	keine hörbare Musik	☉		●	hörbare Musik	0
1	Rhythmus Metrum Takt	1	arrhythmisch/prärhythmisch	●	h	●	rhythmisches Motiv	1
		2	einfacher Rhythmus	●		☉	polyrhythmisch	2
		3	Pause/Fermate/Stille	●		☉	Synkope	3
		4	ametrisch, unregelmäßig, wechselhaft	●	h	●	metrisch, regelmäßig pulsierend	4
		5	einfache Taktarten	☉		☉	zusammengesetzte Taktarten	5
2	Melodie	6	prämelodisch	☉		☉	melodisches Thema	6
		7	melodisches Motiv	☉		☉	Kontrastmotiv	7
		8	Sequenz/Phrase	☉		☉	Satz	8
		9	Tonsprünge	☉		☉	Tonschritte	9
		10	Aufwärtsbewegung/Frage	☉		☉	Abwärtsbewegung/Antwort	10
		11	Tonrepetition	☉		☉	Ambitus	11
		12	Diminution	☉		☉	Augmentation	12
3	Klang	13	warm, resonanzvoll, umhüllend	☉		☉	kalt, trocken, abweisend	13
		14	süß, lieblich	☉		☉	betrübt, bitter	14
		15	sanft, zärtlich, mild	☉		☉	schrill, scharf, grob	15
		16	leidenschaftlich, glühend	☉		☉	zitternd, vibrierend	16
		17	phantasievoll	☉		☉	langweilig, gelangweilt	17
		18	frivol, kokett, lustvoll	☉		☉	leer, starr, rigide	18
		19	lebendig, vital, voluminös	●		☉	dunkel, dumpf, düster	19
		20	hell, strahlend, lustig	☉		☉	traurig, schwach, resigniert	20
		21	leicht, beschwingt, beweglich	☉		☉	schwer, schwermütig, melancholisch	21
		22	heiter, hoffnungsvoll	☉		☉	sehnsüchtig, wehmütig	22
		23	tröstlich, beruhigend	☉		☉	schmerzvoll, klagend, kummervoll	23
		24	standhaft, konstant	☉		☉	beliebig, gleichgültig	24
		25	flüchtig, unsicher, schüchtern	☉		☉	betont, hervorgehoben	25
		26	unbestimmt, unterdrückt	☉		☉	pompös, pathetisch	26
		27	ängstlich, zittrig	●	h	●	impulsiv, aggressiv, explosiv, kämpferisch	27
4	Dynamik	28	sehr leise	☉		●	leise, mittelleise	28
		29	sehr laut	●	h	●	mittellaut, laut	29
		30	lauter werdend	☉		☉	leiser werdend	30
5	Tempo Agogik	31	sehr langsam, gedehnt	☉		☉	gemäßigt, moderato	31
		32	sehr schnell	●	h	●	rasch, lebhaft	32
		33	schneller werdend	☉		☉	langsamer werdend	33
6	Artikulation Phrasierung	34	staccato	☉		☉	legato	34
		35	portato	☉		☉	portamento oder glissando	35
		36	akzentuiert, betont, abrupt	●		☉	gehalten, beständig fließend	36
7	Tonalität Harmonie	37	atonal/chromatisch	☉		☉	tonal: Dur oder Moll	37
		38	Pentatonik	☉		☉	Blues	38
		39	Konsonanzen	☉		☉	Dissonanzen	39
		40	Homophonie	☉		☉	Polyphonie	40
8	Form	41	Ostinato	☉		☉	Kanon	41
		42	Imitation	●	h	●	Kontrapunkt	42
		43	Kinderlied	☉		☉	Lied	43
		44	gebundene Improvisation	☉		●	freie Improvisation	44

Ausgangspunkt: hörbare Musik (P1-0)

Beobachtungsmerkmale: Rhythmus, Metrum, Takt

Aktive P0-Potenziale:

- arrhythmisch/prärrhythmisch (P0-1)
- einfacher Rhythmus (P0-2)
- Pause/Fermate/Stille (P0-3)
- ametrisch, unregelmäßig und wechselhaft (P0-4)
- einfache Taktart (P0-5)

Aktive P1-Potenziale:

- rhythmische Motive (P1-1)
- metrisch, regelmäßig, pulsierend (P1-4)

Markante P0-Potenziale:

- **Pause/Fermate/Stille (P0-3)**

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Melodie

Aktive P0-Potenziale: keine

Aktive P1-Potenziale: keine

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Markante Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Klang

Aktive P0-Potenziale:

- lebendig, vital und voluminös (P0-19)
- ängstlich, zittrig (P0-27)

Aktive P1-Potenziale:

- impulsiv, aggressiv, explosiv, kämpferisch (P1-27)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale:

- **impulsiv, aggressiv, explosiv, kämpferisch (P1-27)**

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Dynamik

Aktive P0-Potenziale:

- sehr laut (P0-29)

Aktive P1-Potenziale:

- mitteleise (P1-28)
- mittellaut (P1-29)

Markante P0-Potenziale:

- laut (P0-29)

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmale: Tempo und Agogik

Aktive P0-Potenziale:

- sehr schnell (P0-32)

Aktive P1-Potenziale:

- rasch, lebhaft (P1-32)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmale: Artikulation und Phrasierung

Aktive P0-Potenziale:

- akzentuiert, betont (P0-36)

Aktive P1-Potenziale: keine

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale: keine

Übergänge und Verwobenheit: keine

Beobachtungsmerkmal: Form

Aktive P0-Potenziale:

- Imitation (P0-42)

Aktive P1-Potenziale:

- Kontrapunkt (P1-42)

- freie Improvisation (P1-44)

Markante P0-Potenziale: keine

Markante P1-Potenziale:

- **Kontrapunkt (P1-42)**

Verwobenheit und Übergänge:

- sechs **fragmentierte** Übergänge: arrhythmisch/prärhythmisch (P0-1) und rhythmisches Motiv (P1-1); ametrisch, unregelmäßig (P0-4) und metrisch, regelmäßig (P1-4); ängstlich, zitterig (P0-27) und impulsiv, aggressiv, explosiv, kämpferisch (P1-27); sehr laut (P0-29) und mittellaut, laut (P1-29); sehr schnell (P0-32) und rasch, lebhaft (P1-32); Imitation (P0-42) und Kontrapunkt (P1-42)

Zusammenfassung. Musik-Chart 3. Instrumentaler Ausdruck

Aktive P0-Potenziale: 10

Aktive P1-Potenziale: 8

Markante P0-Potenziale: 2

Markante P1-Potenziale: 2

Übergänge und Verwobenheit: 6

Cluster: keine

4.12.6 KLBMP-Chart 3. Zusammenfassung

In dieser Zusammenfassung werden alle P0- und P1-Potenziale, alle markanten P0- und P1-Potenziale, Übergänge und Verwobenheit und Clusterbildung im KLBMP-Chart 2 dargestellt.

Legende für die Abkürzungen in der Tabelle: Zusammenfassung. KLBMP-Chart 3

KLB-1 - Körper/Leib/Bewegungs-Chart 3. Teil 1

KLB-2 B - Körper/Leib/Bewegungs-Chart 3. Teil 2. Blick

KLB-2 A - Körper/Leib/Bewegungs-Chart 3. Teil 2. Atem

SSS-v/k - Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 3 (vokal/körperlich)

SSS-i - Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 3 (instrumental)

vM - vokaler Musik-Chart 3

iM - instrumentaler Musik-Chart 3

AP0 – aktive P0-Potenziale

IP0 – inaktive P0-Potenziale
MP0 – markante P0-Potenziale
AP1 – aktive P1-Potenziale
IP1 – inaktive P1-Potenziale
MP1 – markante P1-Potenziale
ÜV – Übergänge und Verwobenheit
B – blockierte ÜV
Fr -fragmentierte ÜV
K – komplementäre ÜV
FI – fließende ÜV

Tab. 35: KLBMP-Chart 3. Zusammenfassung 1

KLBMP-Chart 3. Zusammenfassung 1							
KLB-1							
AP0	IP0	MP0	AP1	IP1	MP1	ÜV	C
48/72	24/72	1/48	37/72	35/72	2/37	2 fr, 19 fl, 3 k	0
66,66%	33,33%	2,08%	51,38%	48,61%	5,40%		
KLB-2 B							
11/60	49/60	0	3/60	57/60	0	0	0
18,33%	81,66%	0,00%	5,00%	95,00%	0,00%		
KLB-2 A							
1/12	11/12	0	0	0	0	0	0
8,33%	91,66%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%		
SSS-v/k							
4/44	40/44	0	0	0	0	0	0
9,09%	90,90%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%		
SSS-i							
0	0	0	5/44	39/44	0	0	0
0,00%	0,00%	0,00%	11,36%	88,63%	0,00%		
vM							
14/44	30/44	1/14	15/44	29/44	0	8 fl	0
31,81%	68,18%	7,14%	34,09%	65,90%	0,00%		
iM							
10/44	34/44	2/10	8/44	36/44	2/8	6 fr	0
22,72%	77,27%	2,00%	18,18%	81,81%	25%		

KLB-1

Im Körper/Leib/Bewegungs-Chart 3, Teil 1 sind 48 (66,66%) P0-Potenziale aktiv und 24 (33,33%) inaktiv. Es gibt 1 (2,08% der P0-Potenziale) markantes P0-Potenzial. 37 (48,61%) der P1-Potenziale sind aktiv und 35 (48,61%) der P1-Potenziale sind inaktiv. 2 (5,4%) der P1-Potenziale sind markant. Insgesamt gibt es 24 Übergänge zwischen den P0- und P1-Potenzialen: 2 fragmentierte, 19 fließende und 3 komplementäre. Kein Cluster.

KLB-2 B

Im Körper/Leib/Bewegungs-Chart 3, Teil 2 (Blick) gibt es 11 (18,33%) aktive P0-Potenziale und 49 (81,66%) inaktive P0-Potenziale. Keine markanten P0-Potenziale. 3 (5%) der P1-Potenziale sind aktiv und 57 (95%) sind inaktiv. Keine markante P1-Potenziale, keine Übergänge und Verwobenheit, kein Cluster.

KLB-2 A

Im Körper/Leib(Bewegungs-Chart 3, Teil 2 (Atem) gibt es 1 (8,33%) aktives P0-Potenzial und 11 inaktive P1-Potenziale (91,66%). 1 (100%) P1-Potenzial ist markant. Keine Übergänge und Verwobenheit, kein Cluster.

SSS-v/k

Im Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 3 (vokal/körperlich) von insgesamt 44 P0-Potenzialen sind 4 (9,09%) Potenziale aktiv und 40 (90,90%) sind inaktiv. Keine markanten Potenziale, keine Übergänge und Verwobenheit, kein Cluster.

SSS-i

Im Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 3 (instrumental) sind 5 (11,36%) P0-Potenziale aktiv und 39 (88,63%) sind inaktiv. Keine markante P0-Potenziale, keine Übergänge und Verwobenheit, kein Cluster.

M-v

Im Musik-vokale Musik-Chart 3 gibt es 14 (31,81%) aktive P0-Potenziale und 30 (68,18%) inaktive P0-Potenziale. 1 (7,14%) P0-Potenzial ist markant. 15 (34,09%) P1-Potenziale sind aktiv und 29 (65,9%) sind inaktiv. Keine markanten P1-Potenziale, 8 fließende Übergänge und kein Cluster.

M-i

Im Musik-instrumentale Musik-Chart 3 gibt es 10 (22,72%) aktive P0-Potenziale und 34 (77,27%) inaktive P0-Potenziale, 2 (2%) der P0-Potenziale sind markant. 8 (18,18%) P1-Potenziale sind aktiv und 36 (81,81%) P1-Potenziale sind inaktiv, 2 (25%) P1-Potenziale sind markant. Es gibt 6 fragmentierte Übergänge und kein Cluster.

Tab. 36: KLBMP-Chart 3. Zusammenfassung 2

KLBMP-Chart 3. Zusammenfassung 2							
AP0/API	KLB 1	KLB 2 B	KLB 2 A	SSS v/k	SSS i	vM	iM
Total	85/144	14/120	1/24	4/44	5/44	29/88	18/88
%	59,02%	11,66%	4,16%	9,09%	11,30%	33%	20,45%

Im Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Chart 3 konnten:

- im Körper/Leib/Bewegungs-Chart 3, Teil 1 – ca. 59%,
- im Körper/Leib/Bewegungs-Chart 3, Teil 2 (Blick) – ca. 12%,
- im Körper/Leib/Bewegungs-Chart 3, Teil 2 (Atem) – ca. 4%,
- im Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 3 (vokal/körperlich) – ca. 9%,
- im Spiel/Sing/Sprecharten- Chart 3 (instrumental) – ca. 11%
- Musik-vokaler Musik - Chart 3 – ca. 33 %
- Musik-instrumentaler Musik - Chart 3 – ca. 20%

theragnostischer Informationen erhoben werden.

In der Zusammenfassung wird der prozentuale Anteil der zusammengefassten P0- und P1-Potenziale für jedes Chart der KLBMP dargestellt und abschließend beschrieben.

Tab. 37: KLBMP-Chart 1, 2, 3. Zusammenfassung

KLBMP-Chart 1, 2, 3. Zusammenfassung			
Charts	KLBMP 1	KLBMP 2	KLBMP 3
KLB 1	30%	42%	60%
KLB 2 B	7,50%	7,50%	12%
KLB 2 A	4%	8,00%	4%
SSSv/k	11%	16%	9%
SSSi	7%	0%	11%
vM	0%	16%	33%
iM	10%	0%	20%

Im KLBMP-Chart 1 konnten folgende theragnostische Informationen gewonnen werden:

- 30% aus dem körperlich/leiblichen und bewegungsmäßigen Ausdruck des Patienten,
- 7,5% aus dem Blickverhalten und Augenausdruck,
- 4% aus der Atembewegung und -ausdruck,
- 11% aus den vokalen und körperlichen Spielarten,
- 7% aus der instrumentalen Spielart und Musikinstrumentenwahl,
- keine Informationen aus der vokalen Musik (in dieser Szene gibt es keine vokale Musik),

- 10% aus dem Ausdruck in der instrumentalen Musik.

Im KLBMP-Chart 2 konnten folgende theragnostische Informationen gewonnen werden:

- 42% aus dem körperlich/leiblichen und bewegungsmäßigen Ausdruck des Patienten,
- 7,5% aus dem Blickverhalten und Augenausdruck,
- 8,3% aus der Atembewegung und -ausdruck,
- 16% aus den vokalen und körperlichen Spielarten,
- 0% aus der instrumentalen Spielart und Musikinstrumentenwahl (in dieser Szene äußert sich der Patient körperlich und vokal, aber nicht instrumental),
- 16% aus der vokalen Musik.

Im KLBMP-Chart 3 konnten folgende theragnostische Informationen gewonnen werden:

- 60% aus dem körperlich/leiblichen und bewegungsmäßigen Ausdruck des Patienten,
- 12% aus dem Blickverhalten und Augenausdruck,
- 4% aus der Atembewegung und -ausdruck,
- 9% aus den vokalen und körperlichen Spielarten,
- 11% aus der instrumentalen Spielart und Musikinstrumentenwahl,
- 33% aus der vokalen Musik und
- 20% aus der instrumentalen Musik.

4.13 Erfassen. Szene 3

Die Bewegung des Patienten ist sichtbar. Es besteht Blickkontakt zwischen den Patienten und der Therapeutin. Die Atmung ist sichtbar.

Der Patient drückt sich körperlich, bewegungsmäßig, vokal und instrumental aus.

Die Therapeutin interveniert körperlich, bewegungsmäßig, vokal und instrumental.

Die Therapeutin sitzt am Tisch, dem Patienten gegenüber. Auf dem Tisch- zwischen dem Patienten und der Therapeutin – befinden sich Musikinstrumente, die zu der Idiophone-Gruppe gehören: Caxixi, Calebasa, Rührtrommeln und eine Klangschaale.

Der Patient sitzt am Tisch und spielt mit den Musikinstrumenten. Er nimmt den Raum an. Grundsätzlich respektiert er die Grenzen der Therapeutin. Seine Bewegungen finden in der nahen und mittleren Kinesphäre statt.

Die Körperform wechselt fließend zwischen einer runden, kurvigen und einer linearen, geraden Form. Der Rumpf und die oberen Extremitäten des Patienten sind an der Bewegung beteiligt. Die Bewegung fließt vom Rumpf zu den Extremitäten, von der linken zur rechten Körperseite in vordere Körperseite und die obere Körperhälfte. In den Gelenken finden Beugung und Streckung in fließenden Übergängen statt. Die Caxixi wird mit einer rotierenden Bewegung im Handgelenk gespielt.

Der Bewegungsfluss fließt frei und lebendig, angepasst, adaptiert, sanft, behutsam und vorsichtig, ab- und zunehmend, mit niedriger und hoher Intensität in fließenden Übergängen. Leichtigkeit in der Bewegung ist erkennbar.

Die Bewegungen, welche der Schwerkraft folgen und sich der Schwerkraft widersetzen sowie der Einsatz der Kraft und des Körpergewichts und der ankämpfende und nachgebende Antrieb verweben sich komplementär untereinander. Der Übergang zwischen den zitternden, vibrierenden und der ballistischen, progressiven Bewegung ist fragmentiert und auch der Übergang zwischen plötzlich und zögerlich.

Das Tempo - Beschleunigung und Verlangsamung, schnell und langsam – wechselt fließend.

Die wachsenden, weitenden und schrumpfenden Bewegungen wechseln fließend.

Das Wachsen ist im Verbreitern, ausdehnen und verlängern nach oben und das Schrumpfen ist im Verschmälern und Verkürzen nach unten sichtbar.

Die Bewegungen richten sich seitwärts, aufwärts, vorwärts, sie sind ausbreitend, steigend, sinkend und zurückweichend in fließenden Übergängen und Verwobenheit.

Der Patient zeichnet mit den Armen schleifende und lineare Bewegungen die fließend ineinander übergehen mit einer hohen Schwingungsamplitude im fließenden Übergang zwischen runden Umkehrungen und eckigen Wendungen.

Es finden Wiederholungen, Variation und Transformation in der Bewegung statt. Die Bewegung ist hoch differenziert. Die Aufmerksamkeit ist konzentriert und fokussiert.

Sie ist auf die eigene und auf die gemeinsame Tätigkeit in fließenden Übergängen gerichtet.

Es findet kein direkter Körperkontakt statt. Die Distanz zur Therapeutin ist eine ferne persönliche Distanz.

Es bestehen Blickkontakt und Blickdialoge zwischen dem Patienten und der Therapeutin. Manchmal schaut der Patient nach unten und blinzelt. Der Blick ist aufmerksam, gerichtet, fokussiert, und klar. Und auch lebendig, vital und wach. Manchmal schaut der Patient fragend, kontrollierend und provokativ, beobachtend und fordernd.

Die Atmung ist sichtbar und hörbar und rhythmisch.

Der Patient spricht und schweigt, spricht nach und singt nach. Er spielt Instrumenten aus der Gruppe der Idiophone: Caxixi. Er rasselt, scheppert und schüttelt mit beiden Händen.

In der vokalen Äußerung des Patienten ist ein melodisches Thema das rhythmische Motive enthält, erkennbar. Der Rhythmus ist einfach. Die Melodie wird aus Tonsprüngen, Tonschritten, Konsonanzen und Tonrepetitionen gebildet. Der Ambitus ist mittel. Der Verlauf der melodischen Linie besteht aus einer Aufwärtsbewegung/Frage und einer Abwärtsbewegung/Antwort. Die Übergänge zwischen melodischen Sprüngen und Schritten, zwischen der melodischen Frage und Antwort sowie zwischen der Tonrepetition und dem Ambitus verlaufen fließend.

Der Klang ist manchmal einfach, bescheiden und schüchtern und manchmal lebendig und vital. Dynamisch wird die Melodie anfänglich lauter und zum Schluss leiser, agogisch betrachtet werden die ersten zwei Töne schneller, die letzten drei Töne langsamer. Die Übergänge zwischen lauter und leiser werdend sowie zwischen schneller und langsamer werdend sind fließend.

Die Artikulation ist staccato und legato. Der Übergang zwischen staccato und legato ist fließend. Die Phrase verläuft ebenfalls fließend.

Die vokale Äußerung ist tonal und in Dur. Sie hat die Form einer freien Improvisation.

Im instrumentalen Spiel des Patienten oszilliert der Rhythmus zwischen Arrhythmizität und Bildung von rhythmischen Motiven. Der Rhythmus ist einfach. Der Rhythmusverlauf wird von lang andauernden und spannungsvollen Pausen dominiert.

Das Metrum ist zeitweise unregelmäßig und wechselhaft und zeitweise geht das Metrum durch die freie Improvisation metrisch und pulsierend durch. Die Taktart ist einfach.

Der Klang der instrumentalen Äußerung wechselt zwischen ängstlich, zittrig, zurückhaltend, kämpferisch, impulsiv und lebendig, vital.

Das Tempo verändert sich, es wechselt zwischen rasch, lebhaft und sehr schnell.

Die Artikulation ist staccato. Die Phrasen beginnen mit einer Akzentuierung, betont oder abrupt.

In der Formgestaltung sind rhythmische Motive im Rahmen einer freien Improvisation erkennbar.

Das dynamische Spektrum erstreckt sich zwischen mittelleise, mittellaut und sehr laut.

Der Patient imitiert die rhythmischen Motive der Therapeutin und setzt eigenen Motive dagegen – Kontrapunkt. Der Übergang zwischen der Imitation und dem Kontrapunkt ist fragmentiert.

In beiden Ausdrucksformen ist die Musik hörbar. Sowohl in der vokalen als auch in der instrumentalen Äußerung gibt es rhythmische Motive. Der Rhythmus ist einfach. Das Metrum ist regelmäßig und pulsierend. Die Taktart ist einfach. Der Klang ist lebendig und vital. Das Tempo oszilliert zwischen schneller und langsamer werdend und rasch, lebhaft. Die Artikulation ist staccato. Die Form ist eine freie Improvisation. Die Dynamik ist mittelleise.

Das instrumentale Spiel ist durch Pausen gekennzeichnet, während die vokalen Äußerungen geschlossene Phrasen bilden. Im instrumentalen Spiel ist das Metrum abwechselnd ametrisch und regelmäßig. In der vokalen Äußerung geht das Metrum regelmäßig pulsierend durch.

Der Patient spielt Musikinstrumente, auf welchen keine Melodiebildung möglich ist. Sein Gesang besteht aus einem melodischen Thema mit Sprüngen, Schritten und Konsonanzen. Die Melodie gestaltet sich wie eine Liedform, die aus einer Aufwärtsbewegung/Frage und einer Abwärtsbewegung/Antwort besteht. Die Töne der Melodie werden repetiert. Die Melodie hat einen mittleren Ambitus. Sie klingt einfach, bescheiden und schüchtern.

Das instrumentale Spiel klingt dagegen mal impulsiv, explosiv und kämpferisch und dann auch ängstlich und zittrig. In beiden Formen wechselt der Klang und wird lebendig und vital.

Das Tempo beim Singen ist mal gemäßigt, moderato und dann rasch, lebhaft. Beim Spielen wechselt das Tempo zwischen sehr schnell und rasch.

Beim Singen werden die Töne legato und staccato artikuliert, beim Spielen dagegen staccato.

Die Phrase beginnt beim Spielen akzentuiert und betont, beim Singen ist sie fließend.

Der Patient singt mittelleise und wird dabei anfänglich lauter und zum Schluss leiser. Beim Spielen ist die Musik mittelleise, mittellaut und sehr laut.

Die Tonalität des Gesangs ist in Dur.

Die Übergänge beim Spielen sind fragmentiert und beim Singen fließend.

Hauptmerkmal ist der vom Patienten und der Therapeutin gewünschte Kontakt mit dialogischem Charakter. Die länger andauernde Inter-Attentionalität führt zur Verdichtung der intersubjektiven Beziehung. Die Beziehung ist etabliert, Patient und Musiktherapeutin reagieren dialogisch aufeinander. Beide Partner befinden sich in einem positiven Affekt. Die längerfristige Interaktion im Sinne von Mit- und Nachmachen bzw. eines Frage- und Antwort-Spiels ist von einer positiven Stimmung begleitet. Es findet ein regelmäßiger Blickaustausch statt. In dialogischem Austausch von Motiven werden das Aufeinander-Bezug-Nehmen sowie das Einhalten von Wechselpausen deutlich.

Kurzfristig zeigt der Patient einen aggressiven Impuls, die Therapeutin streckt dem Patienten die Hand entgegen, der Patient transformiert seinen Affekt und nimmt das Angebot der Therapeutin an, somit wird die Fortsetzung des gemeinsamen Spiels möglich.

Die stimmlichen Äußerungen haben dialogischen Charakter und werden zum Lückenlied, zur Imitation von Motiven sowie zum gegenseitigen Austausch von Motiven im Sinne eines Frage-und-Antwort-Spiels eingesetzt.

Eine interpersonelle Beziehung ist durch die aufeinander bezogenen Vokalisationen nachweisbar.

Klang, Tonhöhen, Rhythmus und Dynamik vokaler Äußerungen werden gegenseitig ergänzt, imitiert und wechselseitig initiiert. Eine Form entsteht durch eine gegenseitige Wahrnehmung und ein größeres Bewusstsein der vokalen Äußerungen.

Hauptmerkmal ist die entwickelte Fähigkeit zum Nachmachen und Mitmachen. Im dialogischen Spiel werden der gegenseitige Austausch von Motiven, Aufeinander-Bezug-Nehmen sowie das Einhalten von Wechselformen deutlich. Das Instrument wird bewusst und dialogisch gespielt, oft auch in Verbindung mit vokalen Äußerungen. Ein länger andauerndes Spiel wird möglich. Das eigene Spiel wird mit dem Spiel des Anderen in dialogischer Weise ausgetauscht. Synchronie Momente werden im gemeinsamen instrumentalen Spiel erlebt – der Patient spielt mit beiden Händen die Caxixi, die Musiktherapeutin spielt die Cabasa - in der synchronen Bewegung der Arme und Hände. Rhythmische und melodische Motive werden wechselseitig initiiert und imitiert. Dynamik und Ausdruck werden von beiden Spielern wahrgenommen. Eine Form entsteht durch ein bewussteres Spiel und führt zu Wiederholungen. Der Spielraum wird mit dem Anderen geteilt.

4.13.1 Die therapeutische Intervention

Hauptmerkmal ist der musikalische Dialog. Die Musiktherapeutin fühlt sich als eine vom Patienten getrennte Person und wird zur Dialogpartnerin. Ausgangspunkt sind die Fähigkeiten des Patienten, Motive der Therapeutin aufzunehmen und wiederzugeben, sowie der spürbare Wunsch des Patienten nach Austausch. Die Therapeutin ist positiv involviert. Dies zeigt sich in ihrer Mimik und Gestik. Die Intervention ist auf die zwischenmenschliche Interaktion ausgerichtet. Die Therapeutin nimmt die Motive des Patienten auf und erlebt, dass auch ihre Ideen beantwortet werden. Motive in der Melodie und in den rhythmischen Sequenzen werden gegenseitig übernommen.

4.14 Verstehen und Erklären. Szene 3 - prozessuale Diagnostik mit DSM-5, ICD-10 und KLBMP

Zuerst findet eine diagnostische Auswertung mit KLBMP statt.

Tab. 38: KLBMP-Chart 3. Markante Potenziale und Übergänge

Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur-Chart 3. Markante Potenziale und Übergänge			
Körper/Leib/Bewegungs-Part. Teil 1	Körper/Leib/Bewegungs-Part. Teil 2	Spiel/Sing/Sprecharten-Part	Musik-Part
zitternde, vibrierende Bewegungen (P0-32)			Pause/Fermate/Stille (P0-3)
ballistische, progressive Bewegungen (P1-32)			ängstlich, zittrig (P0-27)
Transformation (P1-61)			impulsiv, kämpferisch (P1-27)
Fließend (19 fließende Übergänge)			Kontrapunkt (P1-42)
Komplementär (3 komplementäre Übergänge)			
Fragmentiert (2 fragmentierte Übergänge)			

Im nächsten Schritt werden die markanten P0- und P1-Potenziale aus des KLBMP-Systems und die diagnostischen Kriterien, welche die Schizophrenie und Katatonie betreffen, und in den diagnostischen Manualen DSM-5 und IDC-10 beschrieben wurden zusammengeführt und auf Gemeinsamkeiten und Korrelate untersucht.

Tab. 39: Zusammenfassung der diagnostischen Merkmale. Szene 3 – prozessuale Diagnostik

Zusammenfassung der diagnostischen Merkmale. Prozessuale Diagnostik . Szene 3			
DSM-5 F.20.9	KLBMF	ICD-10 F.20.2	KLBMF
1. Wahn.		1. Stupor (eindeutige Verminderung der Reaktionen auf die Umgebung sowie Verminderung spontaner Bewegungen und Aktivität) oder Mutismus	
2. Halluzinationen.		2. Erregung (anscheinend sinnlose motorische Aktivität, die nicht durch äußere Reize beeinflusst ist)	
3. Desorganisierte Sprechweise (z. B. häufiges Entgleisen oder Zerfahrenheit).		3. Haltungsstereotypien (freiwilliges Einnehmen und Beibehalten unsinniger und bizarrer Haltungen)	
4. Grob desorganisiertes oder katatonisches Verhalten.		4. Negativismus (anscheinend unmotivierter Widerstand gegenüber allen Aufforderungen oder Versuchen, bewegt zu werden; stattdessen Bewegung in die entgegengesetzte Richtung)	
5. Negativsymptome (z. B. verminderter emotionaler Ausdruck oder reduzierte Willenskraft (Avolition)).		5. Rigidität (Beibehaltung einer starren Haltung bei Versuchen, bewegt zu werden)	
Zusatzcodierung Katatonie F06.1		6. Flexibilitas cerea bzw. wächserne Biogsamkeit (Verharren der Glieder oder des Körpers in Haltungen, die von außen auferlegt sind)	
1. Stupor (d. h. keine psychomotorische Aktivität, kein aktiver Austausch mit der Umgebung)		7. Andere Symptome wie Befehlsautomatismen (automatische Befolgung von Anweisungen) und verbale Perseveration	
2. Katalapsie (d. h. passive Einnahme einer Körperhaltung, die gegen die Schwerkraft gehalten wird)			
3. Wachserne Flexibilität (flexibilitas cerea, d. h. leichter, gleichmäßiger Widerstand gegenüber einer Veränderung der Körper- oder Extremitätenhaltung des Betroffenen durch den Untersucher)			
4. Mutismus (d. h. keine oder nur geringe verbale Antwort)			
5. Negativismus (d. h. widerständige oder keine Befolgung von Anweisungen oder bei anderen äußeren Reizen)			
6. Verharren (d. h. spontanes und aktives Aufrechterhalten einer einmal eingenommenen Körperhaltung gegen die Schwerkraft)			
7. Manierismen (d. h. eigentümliche, umständliche Karikatur normaler Handlungen)			
8. Stereotypien (d. h. repetitive, abnorm häufige, nicht zielgerichtete Bewegungen)			
9. Agitation, nicht durch äußere Reize beeinflusst			
10. Grimassieren			
11. Echolalie (d. h. Nachahmen der Sprache eines anderen)			
12. Echopraxie (d. h. Nachahmen der Bewegungen des anderen)			

Es gibt keine Korrelate zwischen den diagnostischen Kriterien nach DSM-5 F20.9 und F06.1 und ICD-10 F20.0 und KLBMP.

In der Auswertung der Szene 3 mit der KLBMP-Chart 3 sind folgende Potenziale und Übergänge markant:

- zitternde, vibrierende Bewegungen,
- ballistische, progressive Bewegungen,
- Transformation,
- fließende, komplementäre und fragmentierte Übergänge und Verwobenheit.

Das kann bedeuten, dass die in der ersten Szene erfasste Symptomatik des Patienten (initiale Diagnostik) sich während der Behandlung verändert hat. Die Symptome der Schizophrenie, wie sie in DSM-5 und ICD-10 erfasst wurden, treten in den Hintergrund.

4.14 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde die praktische Anwendung der Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur systematisch dargestellt. Es wurde ein musiktherapeutischer Prozessverlauf, anhand von drei videographierten Szenen aus einer 13 Monate dauernden ambulanten Behandlung eines schizophrenen Patienten, stichprobenartig beschrieben.

Es wurden drei Körper/Leib/Bewegungs-Charts, drei Spiel/Sing/Sprecharten-Charts und drei Musik-Charts erstellt. Mit Hilfe der Charts wurde der körperliche-leibliche, bewegungsmäßige und musikalische Ausdruck des Patienten beobachtet und beschrieben. Die Ergebnisse der Beobachtung und Beschreibung wurden für diagnostische Zwecke und für die initiale und prozessuale Diagnostik verwendet. Für diesen Zweck wurden drei Beispiele kreiert.

Die Charts erfassen die Beschreibung von Phänomenen, welche sich während eines therapeutischen Prozesses abzeichnen. Sie können stichprobenartig für einzelne Therapiestunden oder therapeutische Prozessverläufe herangezogen werden um diese zu dokumentieren, zu beforschen und zu evaluieren. Darüber hinaus kann die Körper-Bewegungs-Musik-Partitur als System zu phänomenologisch-

hermeneutischen initialen und prozessualen Theragnostik in der Integrativen Therapie angewendet werden.

Die Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur beinhaltet den Körper/Leib/Bewegungs-Part (KLBP), den Spiel/Sing/Sprecharten-Part (SSSP) und den Musik-Part (MP). Der Körper/Leib/Bewegungs-Part kann zur Beobachtung und Beschreibung des Körpers/Leibes und der Bewegung in der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie (IBT) angewandt werden. Interessant wäre es den KLBP auch in der Integrativen Tanztherapie (ITT) und in der Integrativen Kunsttherapie (IKT) sowie anderen kreativen Methoden der Integrativen Therapie auf seine Anwendbarkeit zu überprüfen.

Der Spiel/Sing/Sprecharten-Part und der Musik-Part sind für die Integrative Musiktherapie konzipiert. Mit SSSP und MP können Spiel-, Sing-, und Sprecharten, -formen, und -gestaltungsarten sowie der vokale und der instrumentale Ausdruck in der Musik beobachtet und beschrieben werden.

Der Patient und sein körperlicher, bewegungsmäßiger, vokaler und instrumentaler Ausdruck:

Der Patient musiziert und singt und bewegt dabei den Oberkörper, insbesondere die Schultern, Schultergelenke, Oberarme, Ellenbogengelenke, Ellenbögen, Unterarme, Handgelenke, Hände, Finger, Kopf, Hals, Rumpf und in der letzten Sequenz auch sein Becken. Damit erweitert er die Nutzung seiner Körperteile und hebt die Körperspaltung zwischen oben und unten auf.

Die sitzende Position des Patienten bleibt bestehen. Das kann mit dem Setting erklärt werden. Der Therapie-Raum lässt fast keine andere Körperposition außer Sitzen oder Stehen zu. Die Bewegungsebenen sowie Körperachsen sind während der drei Sequenzen gleichgeblieben – wahrscheinlich hängt dies auch mit den räumlichen Bedingungen zusammen. Der Patient führt seine Bewegungen in der horizontalen Körperebene in der vertikalen Körperachse durch. Die Kinesphäre erweitert sich von eng in der ersten Videosequenz, bis mittel in der zweiten und dritten Videosequenz. Die Nutzung des Raumes verändert sich ebenfalls im Verlauf der musiktherapeutischen Behandlung. In der ersten Sequenz wird der Raum gemieden. In der zweiten und dritten Sequenz wird der persönliche Raum vom Patienten eingenommen. Die körperliche Distanz bleibt im fernen persönlichen Abstand.

Die Körperspaltungen verändern und reduzieren sich im Verlauf der Musiktherapie. Die bedeutsamste Veränderung der körperlichen Eigenschaften des Patienten betrifft den Formfluss. In der ersten Videosequenz im bipolaren Formfluss tendiert der Patient zum Schrumpfen und Verschmälern in der horizontalen Dimension, in der zweiten wächst er und verbreitert sich - der Oberkörper streckt sich nach oben und nach vorne. In der dritten Videosequenz bleibt die Tendenz zum Verbreitern und Wachsen bestehen. Im unipolaren Formfluss treten das Auswölben nach vorne, das Verlängern nach oben.

Die Richtungsbewegungen erweitern sich, von seitwärts und quer in der ersten Videosequenz, seitwärts und vorwärts in der zweiten Videosequenz bis seitwärts, aufwärts und vorwärts in der dritten Videosequenz.

Der Körperkontakt und die Berührungsfunktion treten in Erscheinung: In der ersten Szene finden kein Körperkontakt und keine Berührung statt, in der zweiten Videosequenz wird der Körperkontakt passiv zugelassen, gewünscht und initiiert: Der Patient berührt die Therapeutin beim Singen und Spielen.

In der ersten und zweiten Videosequenz sind die Muskeln kontrahiert, in der dritten abwechselnd entspannt und kontrahiert. Der Fluss motorischer Impulse ist zuerst blockiert. Im Verlauf der Behandlung verändert sich die Form des Flusses motorischer Impulse von blockiert und fragmentiert zu fließend. Am Anfang der Behandlung finden die Bewegungen des Patienten mit dem Einsatz der Kraft statt, später auch mit dem Einsatz des eigenen Körpergewichtes. Sowohl der Rumpf als auch die Extremitäten sind an der Aktion beteiligt. Die Gelenke werden gebeugt und gestreckt. Die Körperform ist gerade im Rumpf, linear.

Je nach Spielsituation folgen die Bewegungen der Schwerkraft oder richten sich gegen sie. Sie gehen zur Körperachse hin und weg von der Körperachse, nach außen.

In der ersten Videosequenz dominieren blockierte Übergänge. In der zweiten Videosequenz dominieren die fragmentierten Übergänge. In der dritten Videosequenz verringert sich die Zahl der fragmentierten Übergänge. Die fließenden Übergänge zwischen den Potenzialen und die komplementäre Verwobenheit bestimmen nach und nach die Bewegungen des Patienten. In der ersten Videosequenz sind die Bewegungen überwiegend symmetrisch, in den weiteren Videosequenzen abwechselnd symmetrisch und asymmetrisch. In der ersten Videosequenz fällt auf, dass sowohl die wellenförmigen, zitternden als auch die

ballistischen, progressiven Bewegungen fehlen. Das Selbe betrifft die rotierenden als auch die regulierten, gleichmäßig geführten Bewegungen. In der zweiten Videosequenz fehlt die ballistische, progressive Bewegung. In der dritten Videosequenz können zitternde und ballistische Bewegungen beim Spielen der Caxixi beobachtet werden. Rotierende und regulierte, gleichmäßige Bewegungen kommen in der dritten Videosequenz vor. Die Bewegungsrichtung oszilliert in allen Videosequenzen zwischen bi-direktional, hin und her und in eine Richtung strebend. In allen drei Videosequenzen befindet sich der Körper in der vertikalen Lage im Raum.

In den ersten beiden Videosequenzen werden die Bewegungen langsam ausgeführt, in der dritten Videosequenz kommt eine neue Bewegungsqualität hinzu: Das Bewegungstempo wechselt zwischen schnell und langsam allmählich schneller werden und allmählich langsamer werden.

Die Bewegungen sind in der ersten und dritten Videosequenz fragmentiert und unterbrochen. In der Videosequenz 2 werden sie auch gleichmäßig, fortschreitend ausgeführt.

Repetition in der Bewegung ist in der ersten Videosequenz sichtbar. In der zweiten und dritten Videosequenz kommen die Qualitäten der Modulation und Variation hinzu. In der dritten Videosequenz wird die Bewegung differenzierter und gerichteter. Die Aufmerksamkeit des Patienten ist stets fokussiert und konzentriert.

In der ersten und dritten Videosequenz äußert sich der Patient instrumental und benutzt dazu verschiedene Musikinstrumente. In der zweiten Videosequenz drückt er sich körperlich aus. Er wählt die Musikinstrumente aus der Gruppe der Idiophone aus: In der ersten Videosequenz ist das ein Metallophon – ein Schlagstabspiel, in der dritten Videosequenz sind das die Cabasa, die Caxixi und die Rührtrommel. Er schlägt das Metallophon mit den Schlägeln drei Mal an. Die Cabasa, die Caxixi und Rührtrommel werden mit den Händen geschüttelt, gerasselt und gescheppert.

In der ersten Videosequenz nutzt der Patient einmal die musikalische Geste des Dirigierens um sich auszudrücken. In der zweiten wählt er eine Klanggeste und klatscht einmal in die Hände.

In der ersten Videosequenz ist die instrumentale Aussage kurz. Das Motiv klingt einfach, bescheiden, schüchtern, unbestimmt und unsicher, ängstlich,

unterdrückt sowie zurückhaltend. Die Töne sind portato artikuliert in einem gemäßigten, moderaten Tempo und einer mittelleisen Dynamik.

In der zweiten Videosequenz gibt es keine instrumentale Äußerung. In der dritten Videosequenz ist der Patient im instrumentalen Spiel präsent. Er nutzt die Musikinstrumente und ihre Potenziale, um sich musikalisch auszudrücken. Sein Spiel ist dynamisch, klanglich differenziert, das Metrum und die Tempi wechseln. Es lässt das Entstehen von längeren Motiven zu. Der Rhythmus ist klar erkennbar. Der Beginn von Phrasen wird deutlich akzentuiert. Auffallend sind die Pausen, die in der ersten Videosequenz als dominant gekennzeichnet wurden.

In der ersten Videosequenz ist keine vokale Äußerung des Patienten hörbar. In der zweiten Videosequenz drückt sich der Patient ausschließlich stimmlich aus. In der dritten Videosequenz kommen beide Ausdrucksformen vor.

In der zweiten Videosequenz dominieren viele Pausen die vokale Gestaltung des Patienten. Ein kurzes melodisches Motiv erklingt leise und unsicher. Es gibt eine Cluster-Bildung. In diesem Cluster zeichnet sich folgendes musikanalisches Muster ab: ein melodisches, tonales Motiv, die ersten Töne werden repetiert und legato in gemäßigten, moderaten Tempo artikuliert. Die vokale Phrase verläuft fließend, gehalten. Der Sprechgesang des Patienten klingt bescheiden, schüchtern, unbestimmt und unsicher. Dieser Cluster im vokalen Ausdruck des Patienten ist dem Cluster im instrumentalen Ausdruck in Videosequenz 1 ähnlich und zeigt ein sich wiederholendes Muster.

In der dritten Videosequenz entsteht eine rhythmisch-melodische Phrase, die einfach und bescheiden klingt, jedoch akzentuiert und betont beginnt. Die Phrase ist gekennzeichnet von wechselnden Tempi, agogischen und dynamischen Veränderungen. Der Takt ist gerade, das Metrum durchgehend.

Das am deutlichsten erscheinende Merkmal ist die hohe körperliche Anspannung des Patienten, die einen starken Affekt im Körper unterdrückt, um ihn vor der Affektüberflutung zu schützen.

In der Videosequenz 1 wird das Musikinstrument in seiner Funktion erkannt und kurz zum Klingen gebracht. Der Patient beendet den Kontakt zum Instrument durch Abwinken.

In der Videosequenz 2 kann anfänglich noch eine starke Anspannung beobachtet werden, der Blick des Patienten bleibt aber ruhig. Die Art der Anspannung verändert sich während der Szene, der Patient öffnet sich im

Oberkörper durch die Ausbreitung der Arme gegenüber der Therapeutin. Er traut sich, seinen Wunsch nach körperlicher Berührung nonverbal durch seine Gestik zu signalisieren und lässt sich durch die Therapeutin kurz berühren. Er zeigt deutlich sein Interesse an der gemeinsamen Tätigkeit und setzt seinen Körper für die intra- und interpersonelle Erfahrung ein.

In der Videosequenz 2 bringt der Patient seine ersten stimmlichen Ideen ein und kann die sprechgesanglichen Äußerungen der Therapeutin nachahmen und sich auf diese beziehen. Eine interpersonelle Beziehung entsteht in Form eines Lückelieds, das vom Patienten initiiert wird.

Der stimmlichen Äußerungen des Patienten haben einen dialogischen Charakter und werden zum Lückelied, zur Imitation von Motiven und einen vokalen Dialog eingesetzt.

In der Videosequenz 3 wird es möglich, einen körperlichen Dialog in Form eines Frage-Antwort-Spiels zu führen. Der Patient fühlt sich sicher genug, sodass er in der Lage ist, seinem kurzen aggressiven Impuls Ausdruck zu verleihen und diesen auch zu transformieren, um das gemeinsame Spiel fortzusetzen.

In der Videosequenz 3 ist ein instrumentaler Dialog deutlich hörbar. Der Patient spielt die Caxixi und bringt sein Spiel in Verbindung mit seinen vokalen Äußerungen. Ein länger andauerndes Spiel ist möglich, in dem sich synchrone Momente ereignen und wiederholen. Der Spielraum wird geteilt.

Die therapeutischen Interventionen

In der Videosequenz 1 versucht die Therapeutin, dem Patienten seine Äußerungen bewusst zu machen. Sie imitiert und erweitert die Handlungen des Patienten. Die Intervention ist auf die Einladung zum gemeinsamen dialogischen Spiel ausgerichtet. Sie bringt neue Ideen ein, die vom Patienten nicht beantwortet, sondern beendet werden.

In der Videosequenz 2 ist der Wunsch der Therapeutin körperlich und sprechgesanglich zu dialogisieren, sichtbar und hörbar sowie das Bedürfnis des Patienten nach Rückversicherung seiner Wahrnehmung und Empfindung seines Körpers.

Die Therapeutin kann als eigene Person mit eigenen Wünschen, Ideen, Vorstellungen und Gefühlen in Erscheinung treten. Die Intervention ist auf die

zwischenmenschliche Interaktion ausgerichtet. Ein gemeinsames Spiel entsteht, der Spielraum wird von beiden Spielern geteilt.

In der Videosequenz 3 steht der musikalische Dialog im Vordergrund. Die Musiktherapeutin wird zur Dialogpartnerin. Die Therapeutin bringt eigene Ideen ein und erlebt, dass diese vom Patienten beantwortet werden. Rhythmische und melodische Motive werden gegenseitig übernommen.

Im Verlauf der Therapie war es der Therapeutin möglich dem Patienten empathisch und einführend verstehend zu begegnen, ihn emotional anzunehmen und ihn zu stützen. Auch die Förderung seines emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft, die Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit, Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation, psychophysischer Entspannung, Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte waren möglich.

5. Fazit und Ausblick

In dieser Graduierungsarbeit habe ich den Versuch unternommen, die Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur als ein System zur Leib-, Bewegungs-, und Musik-Therapeutik und -Diagnostik in die Integrative Therapie zu implementieren. Die Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur wurde aus reflektierter Praxis systematischen Praxishandelns entwickelt. Im Prozess der Elaboration des Praxiswissens - einer Praxis-Theorie-Verschränkung wurden theoretische Konzepte und Konstrukte generiert. Dieses Konzept wurde um die Theorien und Metatheorien – insbesondere um den komplexen Leib-Begriff - der Integrativen Therapie fundiert und erweitert.

Leib-musiktherapeutische Diagnostik und leib-musiktherapeutische therapeutische Interventionen stehen in einem engen Zusammenhang und bedingen sich gegenseitig. Diagnostik dient als Grundlage für therapeutische Entscheidungen und therapeutisches Handeln. Sie ermöglicht die Festlegung von Zielen sowie die Wahl angemessener Methoden, Techniken und Medien.

Der Erfolg jeder Therapie hängt mit einer möglichst umfassenden und differenzierten initialen und im Behandlungsgeschehen weitergeführten prozessualen Diagnostik ab. Diese geschieht in Absprache und Kooperation mit dem Patienten, d. h. unter

Einbeziehung seiner subjektiven Theorien, seiner Beschwerden, Symptome, Probleme, Ressourcen und Potenziale. Es gilt Protektive, Belastungs- und Risikofaktoren im Kontext und Kontinuum seiner Lebenssituation wahrzunehmen, zu erfassen und zu verstehen. Die Situation selbst, die Lebens- und Sozialwelt des Patienten mit ihren bestimmenden pathogenen und salutogenen Einflüssen im Kontext „sozialen Sinnverstehens“ miteinbeziehen.

Eine leib-musiktherapeutische diagnostische Erhebung selbst ist als eine leib-musiktherapeutische Intervention zu sehen. Das therapeutische Handeln als ein Prozess, der beständig neue diagnostische Informationen generiert und eine fortwährende Adaptierung von Zielen und Ressourcenlage des Patienten, seines aktuellen Kontextes und antizipierbarer Entwicklung gerecht zu werden.

Neben der verbalen Exploration und Anamnese, der gesamten Breite des Instrumentariums wissenschaftlicher Psychodiagnostik, wie der psychiatrischen Standarddiagnostik (ICD-10 und DSM-5) soll die Implementierung der KLBMP in die Integrative Therapie eine Leib- und Musikdiagnostische Lücke schließen. Die Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur will den integrativ behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten ein diagnostisches Instrument zur Verfügung stellen. Des Weiteren stellt die Koppelung des diagnostischen Instrumentes KLBMP mit den entsprechenden leibmusiktherapeutischen Interventionen ein Handwerkszeug zur Verfügung, welches in der praktischen Arbeit genutzt werden kann.

Für die weitere Entwicklung der KLBMP in der Praxis ist es geplant, Rater-Gruppen zu bilden, zu schulen, um das System an unterschiedlichen Patientenpopulationen anzuwenden, um therapeutische Prozessverläufe zu untersuchen und das System auf seine Reliabilität zu überprüfen.

Für die Zukunft wäre ein Anschluss an die Grundlagenwissenschaften wie Leibphänomenologie, Entwicklungspsychologie und Neurowissenschaften und in folge dessen an die klinische und empirische Forschung wünschenswert.

6. Zusammenfassung / Summary

Zusammenfassung: Körper/Leib-Bewegungs-Musik-Partitur zur phänomenologisch-hermeneutischen initialen und prozessualen Leib- und Musik-Therapeutik und -Diagnostik in der Integrativen Therapie. Theoretische Grundlagen und praktische Anwendung

Diese Graduiierungsarbeit beschäftigt sich mit der Implementierung der Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur zur Erweiterung der phänomenologischen und hermeneutischen initialen und prozessualen Diagnostik in der Integrativen Therapie.

Es werden ausgewählte theoretischen Grundlagen der Integrativen Therapie mit der besonderen Fokussierung des komplexen Begriffes des „informierten Leibes“ zusammengefasst. Des Weiteren wird die Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur und ihre theoretischen Grundlagen vorgestellt. Anhand eines Beispiels aus der ambulanten musiktherapeutischen Behandlung eines schizophrenen Patienten wird die praktische Anwendung der KLBMP für die initiale und prozessuale Diagnostik und die Beschreibung eines diagnostischen Prozesses im Sinne der „hermeneutischen Spirale“ beschrieben.

Schlüsselwörter: „*Integrative Therapie*“, Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur, Körper/Leib/Bewegung/Musik-Charts, Phänomenologie, Hermeneutik, Diagnostik

Summary: Body-Movement-Music-Score for the phenomenological-hermeneutic initial and procedural body-movement- and music therapy and diagnosis in Integrative Therapy. Theoretical foundations and practical application

This graduation thesis deals with the implementation of the Body-Movement-Music-Score to expand the phenomenological and hermeneutic initial and procedural diagnostics in Integrative Therapy.

Selected theoretical basics of Integrative Therapy are described with a special focus on the complex concept of the "informed body". Furthermore, the Body-Movement-Music-Score and its theoretical basics are presented. This is followed by an introduction to the use of the BMMS. Using an example from the outpatient music therapy treatment of a schizophrenic patient and the Body/Movement/Music-Charts, the practical application of the BMMS for the initial and procedural diagnosis and the description of a diagnostic process in the sense of the "hermeneutic spiral" is described.

Keywords: „*Integrative Therapy*“, Body/Movement-Music-Score, Body/Movement/Music-Charts, phenomenology, hermeneutics, diagnostic

7. Literaturverzeichnis

Adorno, Th. W. (2019): Philosophie der Neuen Musik. 8. Auflage 2019. Frankfurt am Main: suhrkamp taschenbuch wissenschaft.

Aldersey-Williams, H. (2015): Anatomien. Kulturgeschichten vom menschlichen Körper. München: dtv.

Alexander, G. (1981): Eutonie. Ein Weg der körperlichen Selbsterfahrung. München: Kösel.

- Altenmüller, E.* (2018): Vorwort. In: *Stegemann, T.* (2018): Was MusiktherapeutInnen über das Gehirn wissen sollten. Neurobiologie für die Praxis. München: Reinhardt.
- Alvin, J.* (1973): Die Grundlagen der Musiktherapie. In: *Pahlen, K.* (Hg.): Musiktherapie. [Behandlung und Heilung geistiger und seelischer Störungen durch Musik]. München: Heyne (Heyne-Broschur), S. 73–80.
- Alvin, J.* (1984): Musiktherapie. Ihre Geschichte und ihre moderne Anwendung in der Heilbehandlung. München: Deutscher Taschenbuch-Verlag.
- Alvin, J.* (1988): Musik für das behinderte Kind. Stuttgart: Fischer [u.a.] (Praxis der Musiktherapie, 8).
- Apfalter, I., Stefan, R., Höfner, C.* (2021): Grundbegriffe der Integrativen Therapie. Ein Nachschlagewerk. Wien: facultas.
- Argyle, M.* (2005): Körpersprache und Kommunikation. 2. Aufl. Paderborn: Junfermann (Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, 5).
- Argyle, M.* (2013): Körpersprache & Kommunikation. Nonverbale Ausdruck und Soziale Kommunikation. Paderborn: Junfermann.
- Artus, H.-G., Paulissen-Kaspar, M.* (1999): Tänzerische Körperbildung. Lehrweise Rosalia Chladek. Wilhelmshaven: Noetzel.
- Ayres, A. J.* (1998): Bausteine der kindlichen Entwicklung. Die Bedeutung der Integration der Sinne für die Entwicklung des Kindes. 3., korr. Aufl. Berlin: Springer.
- Baer, U.; Frick-Baer, G.* (2004): Klingen, um in sich zu wohnen. Methoden und Modelle leiborientierter Musiktherapie. Neukirchen-Vluyn: Affenkönig (Fachbücher Therapie kreativ, Bd. 3).
- Barbara, J.-G., Dupont, J.-C., Sirotkina, I.* (2011): The History of Neuroscience in France and Russia. Paris: Herman.
- Barnowski-Geiser, W.* (2021): Leiborientierte Musiktherapie. In: *Decker-Voigt, H. H. et al.* (Hg.): Lexikon Musiktherapie. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag. 319–323.
- Bartenieff, I., Lewis, D.* (2013): Body Movement. Coping with the Environment. Hoboken: Taylor and Francis. Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1460939>.
- Becker, M.* (1996): Musikbegriff. In: *Decker-Voigt, H.-H., Knill, P. J., Weymann, E.* (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie. 230–232.
- Becker, M.* (2009): Musikbegriff. In: *Decker-Voigt, H.-H.* (Hg.) (2009): Lexikon Musiktherapie. 2., überarb. und erw. Aufl. Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe. 285–289.
- Becker, M.* (2021): Musikbegriff. In: *Decker-Voigt, H.-H. et al.* (Hg.): Lexikon Musiktherapie. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag. 365–371.
- Bender, S.* (Hrsg.) (2010): Bewegungsanalyse von Interaktionen. Movement Analysis of Interaction. Berlin: Logos Verlag.
- Bender, S.* (2014): Die psychophysische Bedeutung der Bewegung. Ein Handbuch der Laban Bewegungsanalyse und des Kestenberg Movement Profiles. Berlin: Logos Verlag.
- Benedetti, G.* (1975): Ausgewählte Aufsätze zur Schizophrenielehre. Göttingen: Verlag für Med. Psychologie im Verl. Vandenhoeck u. Ruprecht.
- Benenzon, R. O.* (1983): Einführung in die Musiktherapie. München: Kösel. Online verfügbar unter <http://www.gbv.de/dms/hbz/toc/ht002571903.pdf>.
- Benthien, C., Wulf, Ch.* (Hg.) (2001): Körperteile. Eine kulturelle Anatomie. Reinbek: Rowohlt.
- Berendt, J. E.* (1957): Blues. München: Nymphenburger Verlagshandlung.
- Bergmann, T., Sappok, T., Diefenbacher, A., Dziobek, I.* (2012): Musikbasierte Autismusdiagnostik (MUSAD). In: *Musiktherapeutische Umschau*, Band 33, Heft 2, 126–140. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bernard, A. Stricker, U. Steinmüller, W.* (2003): Ideokinese. Ein kreativer Weg zu Bewegung und Körperhaltung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Bernstein, N. A.* (1975): Bewegungsphysiologie. Leipzig: Barth.

- Brooks, Charles V. W.* (1997): *Erleben durch die Sinne (Sensory Awareness)*. Paderborn: Junfermann.
- Brunner-Danuser, F.* (1984): *Mimi Scheiblauser. Musik und Bewegung*. Zürich: Atlantis-Musikbuch-Verl.
- Bruscia, K. E.* (1987): *Improvisational Models of Music Therapy*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Bruscia, K. E.* (1998): *Defining music therapy*. 2nd ed. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Brzozowska-Kuczkiewicz, M.* (1991): *Emil Jaques-Dalcroze i jego Rytmika*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Bunt, L.* (1998): *Musiktherapie. Eine Einführung für psychosoziale und medizinische Berufe*. Weinheim: Beltz (Edition sozial).
- Bunt, L.; Stige, B.* (2014): *Music Therapy: An art beyond the words*. London, New York: Routledge.
- Buytendijk, F. J. J.* (1956): *Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung. Als Verbindung und Gegenüberstellung von physiologischer und psychologischer Betrachtungsweise*. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer.
- Bücken, E.* (1982): *Musik und Körper – einige klanglich leibliche Gedanken*. In: *Musik und Kommunikation*, H. 9, S.4-5. Lilienthal: Eres.
- Bünner, G., Röthig, P.* (Hg.) (1975): *Grundlagen und Methoden rhythmischer Erziehung*. Stuttgart: Klett Verlag.
- Calais-Germain, B.* (1994): *Anatomie der Bewegung. Technik und Funktion des Körpers*. Dt. Erstaussg. nach der 3., überarb. Ausg. von 1999. Wiesbaden: Marix-Verl.
- Chaiklin, S., Wengrower, H.* (Hg.) (2009): *The art and science of dance/movement therapy. Life is dance*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Chomiński, J. M., Lissa, Z.* (Hg.) (1957): *Historia Muzyki Powszechnej. Do renansansu włącznie*. Kraków: Polskie Wydawnictwo Muzyczne; Państwowy Instytut Sztuki.
- Cubasch, P.* (1997): *Heilende Rhythmen*. In: *Müller, L. und Petzold, H.* (Hg.): *Musiktherapie in der klinischen Arbeit. Integrative Modelle und Methoden*. Stuttgart, Jena, New York: Gustav Fischer. 56–74.
- De Backer, J., Wigram, T.* (2007): *Analysis of Notated Music Examples Selected from Improvisations of Psychotic Patients*. In: *Wosch, T., Wigram, T.* (2007): *Microanalysis in Music Therapy. Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators und Students*. London: Jessica Kingsley Publishers. 120-133.
- Decker-Voigt, H.-H., Anderl, A.* (Hg.) (1983): *Handbuch Musiktherapie. [Funktionsfelder, Verfahren und ihre interdisziplinäre Verflechtung; lexikalische Stichwörter]*. Lilienthal/Bremen: Eres-Ed. (Eres, 2350).
- Decker-Voigt, H.-H.* (Hg.) (1991): *Aus der Seele gespielt. Eine Einführung in die Musiktherapie*. München: Goldmann (Mosaik, 13561).
- Decker-Voigt, H.-H.* (1995): *Höhle und Heilung. Wirkungsweise und Hauptmethoden der Musiktherapie*. In: *Spiegel Special* (12). 43–44.
- Decker-Voigt, H.-H.* (1999): *Mit Musik ins Leben. Wie Klänge wirken: Schwangerschaft und frühe Kindheit*. Kreuzlingen: Ariston-Verl.
- Decker-Voigt, H.-H.* (Hg.) (2001): *Schulen der Musiktherapie*. München: Reinhardt.
- Decker-Voigt, H.-H.* (2008): *Der pränatale Raum oder: "An-Stoß und An-Spiel"*. In: *Decker-Voigt, H.-H., Oberegelsbacher, D., Timmermann, T.* (Hg.): *Lehrbuch Musiktherapie. Mit 4 Tabellen*. München: Reinhardt (UTB Psychologie, Medizin, 3068). 104–126.
- Decker-Voigt, H.-H., Knill, P. J., Weymann, E.* (Hg.) (1996): *Lexikon Musiktherapie*. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie.
- Decker-Voigt, H.-H., Weymann, E.* (Hg.) (2009): *Lexikon Musiktherapie. 2., überarb. und erw. Aufl.* Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe.
- Decker-Voigt, H.-H., Weymann, E.* (Hg.) (2021): *Lexikon Musiktherapie. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

- Decker-Voigt, H.-H., Oberegelsbacher, D., Timmermann, T.* (Hg.) (2008): Lehrbuch Musiktherapie. Mit 4 Tabellen. München: Reinhardt (UTB Psychologie, Medizin, 3068).
- Deutz B., Dietrich, C.* (2005): Körpertambura - ein neues musiktherapeutisches Instrument. Jahrbuch Musiktherapie (1). Wiesbaden: Reichert.
- Dilling, H. Schulte-Markwort, E.* (Hg.) (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation. 8., überarb. Aufl., unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2011. Bern: Huber.
- DMTG e. V.* (1998): Kasseler Konferenz Musiktherapeutischer Vereinigungen in Deutschland. Kasseler Thesen zur Musiktherapie. In: *Musiktherapeutische Umschau*, Band 19, Heft 3. 232-235.
- Dosch, J.; Timmermann, T.* (2005): Das Buch vom Monochord. Hören, Spielen, Messen, Bauen. Wiesbaden: Reichert (zeitpunkt musik).
- Drobner, M.* (1997): Instrumentoznawstwo i akustyka. Wyd. 7. Kraków: Polskie Wydawnictwo Muzyczne.
- Dychtwald, K.* (1982): Körperbewußtsein. 2. Aufl. Essen: Synthesis-Verl.
- Engert-Timmermann, G., Timmermann, T.* (1997): Atem- und Musiktherapie im Zusammenwirken. In: *Zeitschrift für Musik-, Tanz-, und Kunsttherapie*, Bd. 8 (1). 63–68.
- Engert-Timmermann, G., Timmermann, T.* (2001): Körper - Atem - Musik: eine ganzheitliche Methode in der nonverbalen Psychotherapie. In: *Storz, D., Oberegelsbacher, D.* (Hg.): Wiener Beiträge zur Musiktherapie. Theorie und klinische Praxis. Bd. 3. Wien: Präsens. 113–125.
- Eschen, J. Th.* (Hg.) (2002): Analytical Music Therapy. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Eshkol N., Wachmann, A.* (1958): Movement Notation. London: Weidenfeld & Nicolson.
- Exner, C., Lincoln, T.* (2012): Neuropsychologie schizophrener Störungen. Göttingen: Hogrefe (Fortschritte der Neuropsychologie, 11).
- Falkai, P., Wittchen, H.-U.* (Hg.) (2018): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Feidman, G.* (1999): The magic of music. Heidelberg: Umschau/Braus.
- Feldenkrais, M.* (1994): Der Weg zum reifen Selbst. Phänomene menschlichen Verhaltens. Paderborn: Junfermann.
- Feldenkrais, M.* (1996): Bewußtheit durch Bewegung. Der aufrechte Gang. 1. Aufl., [Nachdr.]. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch, 2638).
- Feudel, E.* (1965): Durchbruch zum Rhythmischen in der Erziehung. 2. Aufl. Stuttgart: Klett.
- Feudel, E.* (Hg.) (1926/1996): Rhythmik. Theorie und Praxis der körperlich-musikalischen Erziehung. Seelze-Velber: Kallmeyer.
- Feudel, E.* (1965): Durchbruch zum Rhythmischen in der Erziehung. Stuttgart: Klett.
- Fitzthum, E., Mössler, K.* (2021): Wiener Schule der Musiktherapie. In: *Decker-Voigt, H.-H., Weymann, E.* (Hg.) (2021): Lexikon Musiktherapie. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag. 675-681.
- Frączkiewicz, A., Skołyszewski, F.* (1979): Formy muzyczne I. Wydanie drugie. Kraków: Polskie Wydawnictwo Muzyczne.
- Friedemann, L.* (1973): Einstiege in neue Klangbereiche durch Gruppenimprovisation. Wien: Universal Edition.
- Friedemann, L.* (1983): Trommeln-tanzen-tönen. 33 Spiele für Große und Kleine. Wien: Universal Edition (Rote Reihe, 69).
- Frith, Ch. D., Johnstone, E. C.* (2003): Schizophrenia. Oxford, New York: Oxford University Press (A very short introduction).
- Frohne, I.* (1976): Rhythmik als therapeutisches Verfahren innerhalb der Musiktherapie. In: *Musik und Medizin*, H. 6.

- Frohne, I.* (1981): Das Rhythmische Prinzip. Grundlagen, Formen und Realisationsbeispiele in Therapie und Pädagogik. Univ., Diss.--Hamburg, 1980, Lilienthal/Bremen: Eres-Ed. (Therapie und Erziehung durch Musik Sonderreihe, 5).
- Frohne, I.* (1983): *Zur Bedeutung der verschiedenen künstlerischen Medien.* In: *Decker-Voigt, H.-H., Anderl, A.* (Hg.): Handbuch Musiktherapie. [Funktionsfelder, Verfahren und ihre interdisziplinäre Verflechtung; lexikalische Stichwörter]. Lilienthal/Bremen: Eres-Ed. (Eres, 2350). 175–181.
- Frohne, I.* (1986): Musiktherapie auf der Grundlage der integrativen Gestalttherapie. In: *Musiktherapeutische Umschau, Bd. 13* (7). 111–123.
- Frohne-Hagemann, I.* (1996a): Gestalttherapie und Musiktherapie. In: *Decker-Voigt, H.-H. et al.* (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie. 114–117.
- Frohne-Hagemann, I.* (1996b): Integrative Musiktherapie. In: *Decker-Voigt, H.-H., et al.* (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie. 150–155.
- Frohne-Hagemann, I.* (1996c): Rhythmisches Prinzip. In: *Decker-Voigt, H.-H. et al.* (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie. 331–334.
- Frohne-Hagemann, I.* (Hg.) (1999): Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Frohne-Hagemann, I.* (Hg.) (1999a): Integrative Musiktherapie als psychotherapeutische, klinische und persönlichkeitsbildende Methode. In: *Frohne-Hagemann, I.* (Hg.): Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 101-123.
- Frohne-Hagemann, I.* (2001a): Musiktherapie vor dem Hintergrund integrativer Theorie und Therapie. In: *Decker-Voigt, H.-H.* (Hrsg.): Schulen der Musiktherapie. Basel: Reinhardt. 159–182.
- Frohne-Hagemann, I.* (2001b): Fenster zur Musiktherapie. Musik-therapie-theorie 1976 - 2001. Wiesbaden: Reichert (zeitpunkt musik).
- Frohne-Hagemann, I.* (2009): Rhythmisches Prinzip. In: *Decker-Voigt, H.-H. et al.* (Hrsg.) (2009): Lexikon Musiktherapie. 2., überarb. und erw. Aufl. Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe.
- Frohne-Hagemann, I., Pleß-Adamczyk, H.* (Hg.) (2005): Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD-10. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Godøy, R. I., Leman, M.* (2010): Musical Gestures. Sound, Movement, and Meaning. New York and London: Routledge.
- Gindl, B.* (2000): Der Leib als Resonanzkörper in der musiktherapeutischen Behandlung von frühgestörten und psychosomatisch kranken Menschen. In: Symposium "Bilder einer Landschaft". Wien, 1997. Wien: Ed. Praesens (*Wiener Beiträge zur Musiktherapie*, Bd. 2). 142–156.
- Gindl, B.* (2002): Anklang - die Resonanz der Seele. Über ein Grundprinzip therapeutischer Beziehung. Univ. Diss. Zürich, 2001. Paderborn: Junfermann.
- Harrer, G., Bock, L.* (Hg.) (1975): Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie. Stuttgart: Fischer.
- Haselbach, B.* (1975): Orff-Schulwerk - elementare Musik- und Bewegungserziehung. In: *Bünner, G., Röthig, P.* (Hg.): Grundlagen und Methoden rhythmischer Erziehung. 1. Aufl. Stuttgart: Klett. 151–169.
- Haselbach, B.* (1991): Tanzerziehung. Grundlagen und Modelle für Kindergarten, Vor- und Grundschule. Stuttgart: Klett-Verl. für Wissen und Bildung.
- Haselbach, B.* (1990): Zur elementaren Erfahrung leib-haften Musizierens. In: *Pütz, W.* (Hg.): Musik und Körper. Essen: Die Blaue Eule. 83–86.
- Heerkens, A.* (1982): Musikinstrumente, selbst bauen, selbst spielen. Kassel: Johannes Stauda.
- Hausmann, B., Neddermeyer, R.* (2003): Bewegt sein. Integrative Bewegungs- und Leibtherapie in der Praxis ; Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentwicklung. 2.

- Aufl. Paderborn: Junfermann (Reihe Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, 57).
- Hegi, F. (1996): Komponenten. In: *Decker-Voigt, H.-H.* (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie. 173–183.
- Hegi, F. (1997): Improvisation und Musiktherapie. Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik. 5. Aufl. Paderborn: Junfermann (Kunst, Therapie, Kreativität, 4).
- Hegi, F. (1998): Übergänge zwischen Sprache und Musik. Die Wirkungskomponenten der Musiktherapie. Hochsch. für Musik und Theater, Diss.--Hamburg, 1997. Paderborn: Junfermann.
- Hegi, F. (2001): Gestalt-Musiktherapie. In: *Decker-Voigt, H.-H. et al.* (Hg.): Schulen der Musiktherapie. München: Reinhardt.
- Hegi-Portmann, F. (2001): Die Wirkungskomponenten der Musik. In: Herbert von Karajan Centrum (Hg.): *Musik & Medizin. Musik, Emotion, Therapie.* Wien. 46–54.
- Hegi-Portmann, F., Lutz Hochreutener, S., Rüdüsüli-Voerke, M. (Hg.) (2006): Musiktherapie als Wissenschaft. Grundlagen, Praxis, Forschung und Ausbildung. Zürich.
- Hegi, F. Rüdüsüli-Voerke, M. (2011): Der Wirkung von Musik auf der Spur. Theorie und Erforschung der Komponenten. Unter Mitarbeit von Lilot Hegi. Wiesbaden: Reichert (Forum Zeitpunkt - Zeitpunkt Musik).
- Hempel, Ch. (2008): Neue allgemeine Musiklehre. Mit Fragen und Aufgaben zur Selbstkontrolle. 6. Aufl. Mainz: Schott (Serie Musik).
- Hesse, H.-P. (2003): Musik und Emotion. Wissenschaftliche Grundlagen des Musik-Erlebens. Wien, New York: Springer.
- Holck, U. (2007): An Ethnographic Descriptive Approach to Video Microanalysis. In: *Wosch, T., Wigram, T.* (2007): *Microanalysis in Music Therapy. Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students.* London: Jessica Kingsley Publishers. 29-40.
- Höhmnn-Kost, A. (2002): Bewegung ist Leben. Integrative Leib- und Bewegungstherapie – eine Einführung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Höhmnn-Kost, A. (2011): "Eigenleibliches Spüren" und "körperliche Reaktionen". Ein leibphänomenologischer Zugang in der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. Online verfügbar unter <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=hoehmann-kost-eigenleibliches-spueren-koerperliche-reaktionen-leibphaenomenologischer-zugang-IBT-03-2011pdf.pdf>
- Höhmnn-Kost, A. (Hg.) (2018): Integrative Leib- und Bewegungstherapie (IBT). Theorie und Praxis. Unter Mitarbeit von Frank Siegele und Martin J. Waibel. Verlag Hans Huber. 3., aktualisierte und ergänzte Auflage. Bern: Hogrefe.
- Hoellering, A. (1976): Zur Theorie und Praxis der rhythmischen Erziehung. Berlin: Marhold.
- Huber, G. (1999): Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Hübner, L., Petzold H. G. (2018): Integrative Bewegungs-Therapie und Körperbilder/Body Charts bei der Behandlung von TraumapatientInnen in der Psychosomatik - Der "informierte Leib" öffnet seine Archive (2001/2017). In Memoriam Hildegund Heini (1919-2005). Polyloge. Online verfügbar unter <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/23-2018-huebner-l-petzold-h-g-2001-2017-integrative-bewegungs-therapie-und-koerperbilder/>.
- Hüther, G., Krens, I. (2007): Das Geheimnis der ersten neun Monate. Unsere frühesten Prägungen. 5. Aufl. Düsseldorf: Patmos.
- Hüther, G., Petzold, H. G. (2012): Aus der Suche nach einem neurowissenschaftlich begründbaren Menschenbild. In: *Petzold, H. G.* (Hg.): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. 1. Aufl. Wien: Krammer. 205–242.
- Ilijine, V. N. (1993): *Das therapeutische Theater.* In: *Petzold, H.* (Hg.): Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik und Theater. Paderborn: Junfermann (Reihe innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, 2). 168–176.

- Illi, U., Breithecker, D., Mundigler, S.* (Hg.) (1998): *Bewegte Schule. Gesunde Schule.* Zürich: Internationales Forum für Bewegung (IFB).
- Jacobs, D.* (1985): *Bewegungsbildung - Menschenbildung.* Wolfenbüttel: Kallmeyer.
- Jacoby, H., Ludwig, S.* (1995): *Jenseits von "musikalisch" und "unmusikalisch". Die Befreiung der schöpferischen Kräfte dargestellt am Beispiele der Musik.* 2. Aufl. Hamburg: Christians.
- Jacoby, H., Ludwig, S.* (2004): *Jenseits von Begabt und Unbegabt. Zweckmäßige Fragestellung und zweckmäßiges Verhalten - Schlüssel für die Entfaltung des Menschen; Kursdokumente.* 6., durchges. Aufl. Hamburg: Christians.
- Johannsen, G., Nakra, T. M.* (2010): *Conductors' Gestures and Their Mapping to Sound Synthesis.* In: *Godøy, R. I., Leman, M.* (2010): *Musical Gestures. Sound, Movement, and Meaning.* New York and London: Routledge. 264-298.
- Jaques-Dalcroze, E.* (1994): *Rhythmus, Musik und Erziehung.* 2. Aufl. Seelze: Kallmeyer.
- Keetman, G.* (1981): *Elementaria. Erster Umgang mit dem Orff-Schulwerk.* 3. Aufl. Stuttgart: Klett.
- Keleman, S.* (1992): *Verkörperte Gefühle. Der anatomische Ursprung unserer Erfahrungen und Einstellungen.* München: Kösel.
- Keller, W.* (1979): *Ludi musici 1. Spielliederbuch für Kindergarten und Grundschule.* Koblenz: Fidula-Verlag.
- Keller, W.* (2002): *Ludi musici 3. Sprachspiele. Buch incl. CD. Neubearbeitet 2002: Für die Früh- bis Späterziehung in der Vor-, Zwischen und Nachschulzeit.* Koblenz: Fidula-Verlag.
- Keller, W.* (1975): *Orff-Schulwerk in Musiktherapie und Pädagogik.* In: *Harrer, G., Bock, L.* (Hg.): *Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie.* 3 Tabellen. Stuttgart: Fischer. 175–185.
- Keller, W., Oberborbeck, K. W., Regner, H.* (1996): *Musikalische Lebenshilfe. Ausgewählte Berichte über sozial- und heilpädagogische Versuche mit dem Orff-Schulwerk.* Mainz, London, Madrid, New York, Paris, Tokyo, Toronto: Schott.
- Kestenberg Amighi, J.* (1985): *The flow of empathy and trust between mother and child.* In: *Anthony, E. J., Pollack, G. H.* (Eds.): *Parental influences: in health and disease.* Boston: Little Brown. 137-163.
- Kestenberg Amighi, J., Loman, S. Lewis, P., Sossin, M.* (1999): *The Meaning of Movement. Developmental and Clinical Perspectives of the Kestenberg Movement Profile.* New York, London. Routledge.
- Kestenberg Amighi, J., Loman, S. Sossin, M.* (2018): *The Meaning of Movement. Embodied Developmental, Clinical, and Cultural Perspectives of the Kestenberg Movement Profile.* New York, London. Routledge.
- Klöwer, T.* (1996): *Die Welten der Trommeln und Klanginstrumente.* 2. Aufl. Diever, Holland: Verlag Binkey Kok (Weltmusik).
- Koch, S. C.* (Hg.) (2012): *Body memory, metaphor and movement.* Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins Pub. Co. (Advances in consciousness research (AiCR), v. 84).
- Koch, S. C., Bender, S.* (2007): *Movement Analysis – Bewegungsanalyse. The Legacy of Laban, Bartenieff, Lamb and Kestenberg.* Berlin: Logos Verlag.
- Kohler, Ch.* (Hg.) (1971): *Musiktherapie. Theorie und Methodik.* Jena: Fischer.
- Kraus, W.* (Hg.) (2002): *Die Heilkraft der Musik. Einführung in die Musiktherapie.* Orig.-Ausg., 2., aktualisierte Aufl. München: Beck (Beck'sche Reihe, 1260).
- Kreidner-Salahshour, K-Petzold, H. G.; Orth-Petzold, S.* (2012): *Langzeittherapeutische Psychosebehandlung - ein Behandlungsjournal narrativer Biographieerarbeitung.* Online verfügbar unter www.fpi-publikationen/journale.
- Kugel, P.* (2000): *Labans Bewegungsanalyse in der Tanztherapie. Ein Erfahrungsbericht.* In: *Tanzdrama* (1). 12–14.
- Kugler, M.* (2000): *Die Methode Jaques-Dalcroze und das Orff-Schulwerk "Elementare Musikübung". Bewegungsorientierte Konzeption der Musikpädagogik.* Univ., Habil.-

- Schr.--München, 1994. Frankfurt am Main: Lang (Beiträge zur Geschichte der Musikpädagogik, 9).
- Kussmann, Th.* (1971): *Bewußtsein und Handlung. Probleme und Ergebnisse der sowjetischen Psychologie.* Bern, Stuttgart, Wien: Hand Huber.
- Kümmel, K. F.* (1997): *Musik in der Medizin. Ihre Wechselbeziehungen in Theorie und Praxis von 800 bis 1800.* Freiburg/München: Karl Alber.
- Küsel-Glogau, E.* (1993): *Der Körper in der Musiktherapie. Eine Tagung im Freien Musikzentrum München.* In: *Musiktherapeutische Umschau*, Band 14, H.2. 165-166.
- Laban, R. v.* (1966): *Choreutics.* Dance Book Ltd, Alton, UK, 2011.
- Laban, R. v.* (2001): *Der moderne Ausdruckstanz in der Erziehung. Eine Einführung in die kreative tänzerische Bewegung als Mittel zur Entfaltung der Persönlichkeit.* 5. Aufl. Wilhelmshaven: Noetzel (Heinrichshofen-Bücher).
- Laban, R. v. Vial, K.* (1981): *Kunst der Bewegung.* Wilhelmshaven: Noetzel Heinrichshofen-Bücher.
- Langenbach, M.* (1998): "Nervenmesser" - Zur körperlichen Qualität von Musik und Musiktherapie und der Angemessenheit ihrer graphischen Notation. In: *Musiktherapeutische Umschau* (Band 19, Heft 1). 15–28.
- Lanz, P.* (1996): *Das phänomenale Bewußtsein. Eine Verteidigung.* Philosophische Abhandlungen Band 69. Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann
- Leathers, D. G.; Trzcińska, M., Nęcki, Z.* (2007): *Komunikacja niewerbalna. Zasady i zastosowania.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Leitner, A.* (2010): *Handbuch der Integrativen Therapie.* Wien: Springer-Verlag.
- Levitin, D. J.* (2009): *Der Musik-Instinkt. Die Wissenschaft einer menschlichen Leidenschaft.* Heidelberg: Spektrum, Akad. Verl (Spektrum-Akademischer-Verlag-Sachbuch).
- Lissa, Z.* (1953): *O specyficie muzyki.* Kraków: Polskie Wydawnictwo Muzyczne.
- Lissa, Z., Lindstedt, I.* (2007): *Zarys nauki o muzyce.* Wyd. 6. Warszawa, Rzeszów: Instytut Muzykologii Uniwersytetu Warszawskiego; Ad Oculos.
- Loman, S.* (2007): *Das KMP als Klassifizierungsinstrument für die Tanztherapie.* In: *Koch, S. C., Bender, S.* (2007): *Movement Analysis – Bewegungsanalyse. The Legacy of Laban, Bartenieff, Lamb and Kestenber.* Berlin: Logos Verlag. 87-102.
- Loos, G., Eibach, H.* (1983): *Der meditative Tanz.* In: *Musiktherapeutische Umschau*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Bd. 4, H. 4. 281–290.
- Loos, G. K.* (1994): *Spiel-Räume der Magersucht. Musiktherapie und Körperwahrnehmung mit frühgestörten Patienten.* 2., durchges. Aufl. Stuttgart: G. Fischer [u.a.] (Praxis der Musiktherapie, 7).
- Loos, G. K.* (1995): *Herzschlag als Auftakt zur Lebensmusik.* In: Institut für Musiktherapie am Freien Musikzentrum München (Hg.): *Der Mensch braucht Musik. Der Körper in der Musiktherapie. Beiträge zur Musiktherapie* (1). 50–60.
- Loos, G. K.* (1996a): *Meine Seele hört im Sehen. Spielarten der Musiktherapie von und mit Gertrud Katja Loos.* Videokassette mit Begleitheft. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Loos, G. K.* (1996b): *Körperwahrnehmung.* In: *Decker-Voigt, H.-H., Knill, P. J., Weymann, E.* (Hg.): *Lexikon Musiktherapie.* Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie. 183–186.
- Lutz, B.* (Hg.) (1999): *Die großen Philosophen des 20. Jahrhunderts.* Biographisches Lexikon. München: dtv.
- Magee, B.* (2007): *Geschichte der Philosophie.* München: Dorling Kindersley (Coventgarden).
- Mahns, W.* (1984): *Das Musikkonzept in der Musiktherapie.* In: *MU H.5.* 295-305.
- Maler, T., von Wietersheim, J., Schurbohm, E., Nagel, A., Feiereis, H., Jantschek, G.* (1994): *Beschreibung des musikalischen Ausdrucks und erste Ergebnisse im Lübecker Musiktherapiemodell.* In: *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie.* 44, 122-127. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Marcel, G.* (1969): *Dialog und Erfahrung.* Frankfurt am Main: Josef Knecht.

- Marcel, G.* (1985): Leibliche Begegnung. Notizen aus einem gemeinsamen Gedankengang. In: *Petzold, H.* (Hg.): *Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven.* Paderborn: Junfermann (Reihe innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, 25). 15–46.
- Martini, U.* (1991): *Musikinstrumente - erfinden, bauen, spielen. Anleitungen und Vorschläge für die pädagogische Arbeit.* Stuttgart: Klett.
- Merleau-Ponty, M.* (1966): *Phänomenologie der Wahrnehmung.* Berlin: Walter De Gruyter.
- Mertens, M.* (2005): Der erste Sinn. In: *Tagesspiegel*, 2005, 08.08.2005. 5.
- Metzner, S.* (1996): Psychodynamic Movement. In: *Decker-Voigt, H.-H.; Knill, P. J.; Weymann, E.* (Hg.): *Lexikon Musiktherapie.* Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie. 310–311.
- Montagu, A.* (1992): *Körperkontakt. Die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen.* 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta (Konzepte der Humanwissenschaften).
- Moser, J.* (1997): Die Wirkung von Musikinstrumenten in psychotherapeutischen Prozessen. In: *Müller, L., Petzold, H.* (Hg.): *Musiktherapie in der klinischen Arbeit. Integrative Modelle und Methoden.* [Schweizerischer Kongress "Was wirkt in der Musiktherapie" (Zürich, 7.-9.Oktober 1994)]. Stuttgart: G. Fischer (Praxis der Musiktherapie, 16). 186–207.
- Moser, J.* (2021): Integrative Musiktherapie. In: *Decker-Voigt, H.-H., Weymann, E.* (Hg.): *Lexikon Musiktherapie.* 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag. 277–281.
- Müller, L., Petzold, H. G.* (Hg.) (1997): *Musiktherapie in der klinischen Arbeit. Integrative Modelle und Methoden.* [Schweizerischer Kongress "Was wirkt in der Musiktherapie" (Zürich, 7.-9.Oktober 1994)]. Schweizerischer Kongreß Was Wirkt in der Musiktherapie; Schweizerischer Kongreß "Was wirkt in der Musiktherapie". Stuttgart: G. Fischer (Praxis der Musiktherapie, 16).
- Möller, H.-J.* (1971): *Geschichte und Gegenwart musiktherapeutischer Konzeptionen.* Stuttgart: Fink.
- Morgenstern, Ch.* (o.J.): <http://www.zitate-online.de/literaturzitate/allgemein/19738/der-koerper-ist-der-uebersetzer-der-seele-ins-sichtbare.html> am 21.11.2010.
- Nitsch-Berg, H., Kühn, H.* (2000): *Kreative Medien und die Suche nach Identität. Methoden Integrativer Therapie und Gestaltpädagogik für psychosoziale Felder.* 2 Bände. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Nordoff, P., Robbins, C.* (1980a): Ratingskalen für Improvisatorische Einzel-Musiktherapie. Teil I. In: *Musiktherapeutische Umschau, 1.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 99-121.
- Nordoff, P., Robbins, C.* (1980b): Ratingskalen für Improvisatorische Einzel-Musiktherapie. Teil II. In: *Musiktherapeutische Umschau, 1.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 185-202.
- Nöcker-Ribaupierre, M.* (1995): *Auditive Stimulation nach Frühgeburt. Ein Beitrag zur Musiktherapie.* Hamburg, Univ.--Diss., 1993. Stuttgart, Jena, New York: G. Fischer (Heidelberger Schriften zur Musiktherapie, 7).
- Nöcker-Ribaupierre, M.* (2002): *Geschichte, Methoden und Anwendungsgebiete der Musiktherapie.* In: *Kraus, W.* (Hg.): *Die Heilkraft der Musik. Einführung in die Musiktherapie.* München: Beck (Beck'sche Reihe, 1260). 30–49.
- Nöcker-Ribaupierre, M.* (Hg.) (2003a): *Hören - Brücke ins Leben. Musiktherapie mit früh- und neugeborenen Kindern. Forschung und klinische Praxis.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Nöcker-Ribaupierre, M.* (2003b): *Die Mutterstimme - eine Brücke zwischen zwei Welten.* In: *Nöcker-Ribaupierre, M.* (Hg.): *Hören - Brücke ins Leben. Musiktherapie mit früh- und neugeborenen Kindern ; Forschung und klinische Praxis.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 151–169.

- Nöcker-Ribaupierre, M., Münzberg, Ch. (Hg.) (1999): Innere Bewegung - äußere Bewegung. In der Dynamik der Gruppe. *Beiträge zur Musiktherapie*. München: Institut für Musiktherapie am Freien Musikzentrum e.V München (3).
- Nöcker-Ribaupierre, M., Zimmer, M.-L. (2004): Förderung frühgeborener Kinder mit Musik und Stimme. München: Reinhard.
- Nummenmaa, L., Glerean, E., Hari, R., Hietanen, J. K. (2013): Bodily maps of emotions. Online verfügbar unter www.pnas.org/content/early/2013/12/26/1321664111.full.pdf+html?with-ds=yes, zuletzt geprüft am 04.03.2014.
- Nygaard Pedersen, I. (2002a): Psychodynamic Movement - A Basic Training Methodology for Music Therapists. In: *Eschen, J. Th.* (Hg.): *Analytical Music Therapy*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. 190–215.
- Nygaard Pedersen, I. (2002b): Self-Experience for Music Therapy Students. In: *Eschen, J. Th.* (Hg.): *Analytical Music Therapy*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. 168–189.
- Nygaard Pedersen, I. (2007): Psychodynamic Movement – a basic Training methodology for music therapist. <http://www.musik.aau.dk/bib/psychodynamic%20movement.htm>. 21.05.2007
- Oberhaus, I., Stange, Ch. (Hg.) (2017): Musik und Körper. Interdisziplinäre Dialoge zum körperlichen Erleben und Verstehen von Musik. Bielefeld: Transcript. Musik und Klangkultur.
- Olsen, A. McHose, C. (1999): Körpergeschichten. Das Abenteuer der Körpererfahrung. 3. Aufl. Kirchzarten bei Freiburg: VAK Verlags.
- Orff, C. (1967): Das Schulwerk - Rückblick und Ausblick. In: Orff-Institut an der Akademie "Mozarteum" Salzburg (Hg.): *Orff-Schulwerk Informationen*, Bd. 4. 1–8.
- Orff, C. (1976): Schulwerk. Elementare Musik. Tutzing: Hans Schneider (3).
- Orff, G. (1974): Die Orff-Musiktherapie. Aktive Förderung der Entwicklung des Kindes. München: Kindler.
- Orff, G. (1976): Multisensorischer Einsatz der Musik in der Therapie mit entwicklungsgefährdeten Kindern. In: *Praktische Psychiatrie*, Sonderdruck Musiktherapie in der Psychiatrie. 36–41.
- Orff, G. (1984): Schlüsselbegriffe der Orff-Musiktherapie. Darst. u. Beisp. Weinheim: Beltz.
- Orth, I. (1996): Heilung durch Bewegung - Überlegungen zu Diagnostik, Indikation und Therapeutik in der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. *Integrative Bewegungstherapie*. Internetzeitschrift für klinische Bewegungstherapie, Körperpsychotherapie und bio-psycho-sozial-ökologische Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=orth-heilung-durch-bewegung-ueberlegungen-zu-diagnostik-indikation-therapeutik-IBT-04-1996.pdf>.
- Orth, I. (1998): Heilende Bewegung. Die Perspektive der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. In: *Illi, U., Breithecker, D., Mundigler, S.* (Hg.): *Bewegte Schule. Gesunde Schule*. Zürich: Internationales Forum für Bewegung (IFB). 183–199.
- Orth, I. (2005): Leibliche Begegnung. Zur Theorie und Praxis Integrativer Leib- und Bewegungstherapie. Online abrufbar unter: <http://www.lptw.de/home.htm> aufgerufen am 12.12.2005
- Orth, I. (2012): Unbewusstes in der therapeutischen Arbeit mit künstlerischen Methoden, kreativen Medien – Überlegungen aus der Sicht „Integrativer Therapie“. Online verfügbar unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_orth-unbewusstes-in-der-therapeutischen-arbeit-mit-kuenstlerischen-methoden-polyloge-02-2012.pdf.
- Orth, I. (2015): Der "domestizierte Körper". Die Behandlung "beschädigter Leiblichkeit" in der Integrativen Therapie. *Polyloge*. Online verfügbar unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_orth-domestizierte-koerper-die-behandlung-beschaedigter-leiblichkeit-in-der-it-polyloge-02-2015.pdf.

- Orth, I., Petzold, H. G. (1990c/2015): Metamorphosen – Prozesse der Wandlung in der intermedialen Arbeit der Integrativen Therapie. Online verfügbar unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_orth-petzold-1990c-metamorphosen-prozesse-der-wandlung-in-der-intermedialen-arbeit-polyl-03-2015.pdf
- Orth, I., Petzold, H. G. (1996): Zur "Anthropologie des schöpferischen Menschen". In: Petzold, H. G., Sieper, J. (Hg.): Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien, Bd. 1. Paderborn: Junfermann, S. 93–116.
- Orth, I., Petzold, H. G. (2008): Leib, Sprache, Geschichte in einer integrativen und kreativen Psychotherapie. Über die Heilkraft von "Poesietherapie" und "kreativen Medien". Online verfügbar unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_orth-petzold-leib-sprache-geschichte-in-einer-integrativen-kreativen-psychotherapie-textarchiv-2008.pdf.
- Orth, I., Sieper, J., Petzold H. G. (2014c): Integrative Therapie als methodenübergreifende Humantherapie. Teil II Praxis. Polyloge. Online verfügbar unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_orth-sieper-petzold-integrative-therapie-als-methodenuebergreifende-humantherapie-2014c-2014d.pdf.
- Osten, P. (2000): Integrative Psychotherapeutische Diagnostik (IPD). Stuttgart: utb.
- Pahlen, K. (Hg.) (1973): Musiktherapie. [Behandlung und Heilung geistiger und seelischer Störungen durch Musik]. München: Heyne (Heyne-Broschur).
- Papoušek, M. (2005): Vorwort. In: Plahl, Ch., Koch-Temming, H., Becker, Th. (Hg.): Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen - Methoden - Praxisfelder. 1. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit). 11–13.
- Peter-Boalender, M. (1992): Tanz und Imagination. Verwirklichung des Selbst im künstlerischen und pädagogisch-therapeutischen Prozeß. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Petzold, H. (Hg.) (1972): Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wissenschaft. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (Hg.) (1977): Die neuen Körpertherapien. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (1979): Zur Arbeit mit Musik in der Integrativen Bewegungstherapie. In: *Zeitschrift für Humanistische Psychologie*, Jg. 2, H. ½. 2–10.
- Petzold, H. (1982): Das "Therapeutische Theater" - Die Methode Vladimir N. Iljine. In: Petzold, H. (Hg.): Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, Therapeutisches Theater. Stuttgart: Hippokrates. 88–109.
- Petzold, H. (Hg.) (1982): Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, Therapeutisches Theater. Stuttgart: Hippokrates.
- Petzold, H. (1982): Einführung - Dramatische Therapie. In: Petzold, H. (Hg.): Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, Therapeutisches Theater. Stuttgart: Hippokrates. 9–21.
- Petzold, H. (1985): Die modernen Verfahren der Bewegungs- und Leibtherapie und die "Integrative Bewegungstherapie". In: Petzold, H. (Hg.): Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. Paderborn: Junfermann. 347–389.
- Petzold, H. (Hg.) (1985): Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (1988n3): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. 2 Bände. 3. überarbeitete Auflage. Paderborn: Junfermann-Verlag. <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=Petzold-1988n3-Integrative-Bewegungs-und-Leibtherapie-Bd-I-2.pdf>
- Petzold, H. G. (1989/h1991): „Leben ist Bewegung“ – Überlegungen zum „komplexen Bewegungsbegriff“ und zum Konzept der „Kommutilität“ in der Integrativen Bewegungstherapie. Online abrufbar unter <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-1989h-leben-ist-bewegung-ueberlegungen-komplexer-bewegungsbegriff-kommutilitaet-ibt-01-1991-1.pdf>

- Petzold H. G.* (1992t): Einige Überlegungen zu einem differenziellen und integrativen Bewegungskonzept. Integrative Bewegungstherapie. Internetzeitschrift für klinische Bewegungstherapie, Körperpsychotherapie und bio-psycho-sozial-ökologische Gesundheitsförderung (05/1992). Online verfügbar unter <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-1992t-ueberlegungen-zu-einem-differentiellen-u-integrativen-bewegungskonzept-IBT-05-1992.pdf>.
- Petzold, H.* (Hg.) (1993): *Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik und Theater*. Paderborn: Junfermann (Reihe innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, 2).
- Petzold, H. G.* (1992m/1993): Die heilende Kraft des Schöpferischen. Online abrufbar unter <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-1992m-die-heilende-kraft-des-schoepferischen-IBT-01-1993.pdf>
- Petzold, H.* (1992t): Einige Überlegungen zu einem differentiellen und integrativen Bewegungskonzept. In Integrative Bewegungstherapie 05/1992. Online abrufbar unter: <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-1992t-ueberlegungen-zu-einem-differentiellen-u-integrativen-bewegungskonzept-IBT-05-1992.pdf>.
- Petzold, H.* (Hg.) (1994): *Psychotherapie und Körperdynamik. Verfahren psycho-physischer Bewegungs- und Körpertherapie*. 7. Aufl. Paderborn: Junfermann. (Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, 1).
- Petzold, H.* (Hg.) (1995): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie & Babyforschung - Bd.2. Säuglingsbeobachtungen revolutionieren die Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.* (1995): Einführung. Entwicklungsorientierte Psychotherapie - ein neues Paradigma. In: *Petzold, H.* (Hg.): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie & Babyforschung - Bd.2. Säuglingsbeobachtungen revolutionieren die Psychotherapie. Paderborn: Junfermann. 13–24.
- Petzold, H. G.* (1996q/2006): Das Selbst als Künstler und als Kunstwerk - rezeptive Kunsttherapie und die heilsame Kraft ästhetischer Erfahrung. Ein Interview. Online abrufbar unter: https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-selbst-als-knstler-kunstwerk-rezeptive-kunsttherapie-heilende_kraft-polyloge-09-2006.pdf
- Petzold, H. G.* (1998): Diagnostik und mehrperspektivische Prozeßanalyse in der Integrativen Therapie. In: *Laireiter, A.* (1998) (Hrsg.): Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer.
- Petzold, H.* (1999): *Body Narratives - die Bedeutung von traumatischen Vergangenheitserfahrungen für die persönliche Zukunft*. Audiokassette. Münsterschwarzach: Vier-Türme-Verlag.
- Petzold, H. G.* (2001c/2018): Überlegungen zu Praxeologien körper- und bewegungsorientierter Arbeit mit Menschen aus integrativer Perspektive. Online abrufbar unter: https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-2001c-2018-praxeologien-koerper-bewegungsorientiert-integrative-perspektive-polyloge-05-2018.pdf.
- Petzold, H. G.* (2000j/2017): Der „informierte Leib“ – „embodied“ und „embedded“ als Grundlage der Integrativen Therapie. Online unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-informierte-leib-embodied-and-embedded-grundlage-integrative-leibtherapie-polyloge-10-2006.pdf
- Petzold, H. G.* (2001g): *Integrative Therapy in a Nutshell - Integrative Therapie Kompakt*. Englisch und Deutsch. "Integrative Therapy" - History, Development and Concepts of a Innovative Approach to "Biopsychosocial". Psychotherapy and Body Oriented Intervention. Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Polyloge. Online verfügbar unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold_nutshell_polyloge_01_2001.pdf.
- Petzold, H. G.* (2002a): Integrative Therapie in Kontext und Kontinuum – Beginn einer „Dritten Welle“ der Entwicklung. Online abrufbar unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-2002a-integrative-therapie-kontext-kontinuum-beginn-einer-dritten-welle-polyloge-11-2002.pdf

- Petzold H. G.* (2002b/2006): ZENTRALE MODELLE UND KERNKONZEPTE DER „INTEGRATIVEN THERAPIE“ online abrufbar unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-2002b-zentrale-modelle-kernkonzepte-integrative-therapie-polyloge-04-2006.pdf
- Petzold, H. G.* (2003a): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. Band 1: Klinische Philosophie: Transversale Diskurse. 2., überarb. und erw. Aufl. 3 Bände. Paderborn: Junfermann (Integrative Therapie, 2,3). Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-87387-066-6>.
- Petzold, H. G.* (2005): Materialien zur Geschichte der Körperpsychotherapie. Ein Beitrag zu Ulfried Geuters Versuch einer "Genealogie". In: Integrative Bewegungstherapie, H. 1, S. 28–42.
- Petzold, H. G.* (2006p): Ökosophie, Ökophilie, Ökopsychosomatik. Materialien zu ökologischen Stress- und Heilungspotentialen - die Sicht der Integrativen Therapie. Polyloge. Online verfügbar unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=sonstiges_petzold-2006p-oekosophie-oekophilie-oekopsychosomatik-stress-heilungspotential-gruene-texte-04-2015.pdf.
- Petzold, H., G.* (2004h/2008): Der "informierte Leib im Polylog" - ein integratives Leibkonzept für die nonverbale/verbale Kommunikation in der Psychotherapie. Online verfügbar unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-2004h-informierte-leib-im-polylog-ein-integratives-leibkonzept-in-der-psychotherapie.pdf.
- Petzold, H. G.* (2009a): Der „Informierte Leib“. In: *Waibel, Jakob-Krieger* (2009) 27-44
- Petzold, H. G.* (2009c): Körper-Seele-Geist-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. In: Psychologische Medizin 1 (Graz), 20-33. Online abrufbar unter: <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-2009c-koerper-seele-geist-welt-verhaeltnisse-der-informierte-leib-das-psycho-ph/>
- Petzold, H. G.* (2011e): INTEGRATIVE THERAPIE KOMPAKT 2011 Definitionen und Kondensate von Kernkonzepten der Integrativen Therapie - Materialien zu „Klinischer Wissenschaft“ und „Sprachtheorie“*. Online verfügbar unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-integrative-therapie-kompakt-2011-upd.2011e-definitionen-und-kondensate_-polyloge-01-2011.pdf.
- Petzold, H. G.* (Hg.) (2012): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. 1. Aufl. Wien: Krammer.
- Petzold, H. G.* (1977c/2012): Die Medien in der integrativen Pädagogik und Therapie. Online verfügbar unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-die-medien-in-der-integrativen-paedagogik-und-therapie-polyloge-19-2012.pdf
- Petzold, H.* (2012h): Integrative Therapie. Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung“. In Polyloge 15/2012: https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-integrative-therapie-transversalitaet-innovation-vertiefung-vier-wege-polyloge-12-2012.pdf
- Petzold, H. G.* (2014d): Integrative Therapie als methodenübergreifende Humantherapie. Einige Bemerkungen zur Metatheorie und übergreifenden Wissensstruktur der Integrativen Therapie. Online verfügbar unter <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/orth-i-sieper-j-petzold-h-g-integrative-therapie-als-methodenuebergreifende-humantherapie/>.
- Petzold, H. G.* (2016j): Intersubjektive Hermeneutik und Metahermeneutik und die „komplexe Achtsamkeit“ der Integrativen Therapie. Online abrufbar unter: https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-2016j-intersubjektive-hermeneutik-metahermeneutik-komplexe-achtsamkeit-integrative-therapie.pdf
- Petzold H. G.* (2018c): Ökopsychosomatik und ökologische Neurowissenschaften – Integrative Perspektiven für die „Neuen Naturtherapien“ und das Engagement „Pro

- Natura!“ online abrufbar unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=grueneTexte_petzold-2018c-oekopsychosomatik-oekologische-neurowissenschaften-pro-natura-gruene-text-02-2018.pdf
- Petzold, H. G.* (1977c/2012): Die Medien in der integrativen Pädagogik und Therapie. Online verfügbar unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-die-medien-in-der-integrativen-paedagogik-und-therapie-polyloge-19-2012.pdf
- Petzold, H. G., Leiser, B., Klempnauer, E., Orth, I.* (Hg.) (2019): Wenn Sprache heilt. Handbuch für Poesie- und Bibliotherapie, Biographiearbeit und Kreatives Schreiben : Festschrift für Ilse Orth. 2., unv. Auflage. Bielefeld: Aisthesis Verlag (Aisthesis Psyche).
- Petzold, H. G., Moser, S., Orth, I.* (2012): Euthyme Therapie – Heilkunst und Gesundheitsförderung in asklepiadischer Tradition: ein integrativer und behavioraler Behandlungsansatz „multipler Stimulierung“ und „Lebensstilveränderung“. In: Psychologische Medizin, Heft 3 und 4. Online abrufbar unter: https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-moser-orth-2012-euthyme-therapie-heilkunst-asklepiadische-tradition-integrativ-behavioral.pdf.
- Petzold, H. G., Orth, I.* (1990): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. 2. Bände. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Petzold, H. G., Orth, I.* (1993a): Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie. Online abrufbar unter: https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_hp_orth_1993a_therapietageb_gesamt150113.pdf.
- Petzold, H. G., Orth, I.* (1993e/2017): Integrative Leibtherapie - Thymopraktik, die Arbeit mit Leib, Bewegung und Gefühl. Polyloge. Online verfügbar unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-orth-1993e-2017-integrative-leibtherapie-thymopraktik-leib-bewegung-gefuehl-polyloge-27-2017.pdf.
- Petzold, H. G., Orth, I.* (1994a/2012): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch „mediengestützte Techniken in der Integrativen Therapie und Beratung. Online abrufbar unter: https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-orth-1994a-kreative-persoendlichkeitsdiagnostik-mediengestuetzte_techniken-polyloge-03-2012.pdf
- Petzold, H. G., Orth, I.* (1998/2014): Wege zum „Inneren Ort persönlicher Souveränität“ – „Fundierte Kollegialität“ in Beratung, Coaching, Supervision und Therapie. Online abrufbar unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=supervision_petzold-orth-1998-2014-innerer-ort-persoentliche-souveraenitaet-kollegialitaet-coaching-sup-06-2014.pdf
- Petzold, H. G., Orth, I.* (2015): Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliotherapie, Literarische Werkstätten. Bielefeld: Aisthesis *psyche*.
- Petzold H., Orth, I.* (2017a): Interozeptivität/Eigenleibliches Spüren, Körperbilder/Body Charts – der „Informierte Leib“ öffnet seine Archive: „Komplexe Resonanzen“ aus der Lebensspanne des „body-mind-world-subject“. In Polyloge: <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/22-2018-petzold-h-g-orth-i-2017a-interozeptivitaet-eigenleibliches-spueren-koerperbilder/>
- Petzold, H. G., Orth, I.* (2019): Epitome. Polyloge in der Integrativen Therapie: "Mentalisierungen und Empathie", "Verkörperungen und Interozeption" - Grundkonzepte für "komplexes Lernen" in einem intermethodischen Verfahren "ko-kreativen Denkens und Schreibens". In: *Petzold, H., Leiser, B., Klempnauer, E., Orth, I.* (Hg.): Wenn Sprache heilt. Handbuch für Poesie- und Bibliotherapie, Biographiearbeit und Kreatives Schreiben : Festschrift für Ilse Orth. 2., unv. Auflage. Bielefeld: Aisthesis Verlag (Aisthesis Psyche). 885–971.
- Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J.* (2008a): Der lebendige „Leib in Bewegung“ aus den WEG des Lebens . Chronotopos. Über Positionen, Feste, Entwicklungen in vielfältigen Lebensprozessen. Online verfügbar unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=chronotopos_petzold-orth-sieper-2008a-leib-in-bewegung.pdf

- publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_pdf_petzold-orth-sieper_2008a-der_lebendige_leib_in_bewegung_auf_dem_weg_des_lebens.pdf
- Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J.* (2019): Integrative Therapie mit Kreativen Medien, Komplexen Imaginationen und Mentalisierungen als "intermediale Kunsttherapie" - ein ko-kreativer Ansatz der Krankenbehandlung, Gesundheitsförderung, Persönlichkeitsbildung und Kulturarbeit. Online verfügbar unter <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-orth-sieper-2008-2010-2019b-integrative-therapie-kreative-medien-intermediale-kunsttherapie-polyl-22-2019.pdf>.
- Petzold, H. G., Osten, P.* (1998/2020): Integrative Diagnostik in der *Integrativen Therapie*. Mehrperspektivische Betrachtung und dynamische Prozessanalyse. Online abrufbar unter: (<https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-osten-1998-integrative-diagnostik-therapie-mehrperspektivisch-prozessanalyse-polyloge-16-2020.pdf>).
- Petzold, H. G., Sieper, J.* (1993a/2019): Integration und Kreation, 2 Bde., Paderborn - Der Integrative Ansatz in der Weiterbildung von Angehörigen helfender und psychosozialer Berufe. Festschrift 20 Jahre Bildungsarbeit an FPI und EAG. In: *Petzold, Sieper* (1993a) 11-14.rn: Junfermann, 2. Auflage 1996; 2019 als e-buch <https://www.fpi-publikation.de/>.
- Petzold, H. G., Sieper, J.* (Hg.) (1996): Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G., Sieper, J.* (Hgg.) (2008): Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. Zwischen Freiheit und Determination. Band 1. Bielefeld und Locarno: Edition Sirius.
- Petzold, H. G., Sieper, J.* (Hgg.) (2008): Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. Psychotherapie des Willens. Theorie, Methoden und Praxis. Band 2. Bielefeld und Locarno: Edition Sirius.
- Petzold H. G., Sieper, J.* (2012a): "Leiblichkeit" als "Informierter Leib" embodied and embedded - Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Quellen und Konzepte zum "psychophysischen Problem" und zur leibtherapeutischen Praxis. Polyloge. Online verfügbar unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-sieper-2012a-leiblichkeit-informierter-leib-embodied-embedded-konzepte-polyloge-21-2012.pdf.
- Plahl, Ch., Koch-Temming, H.* (Hg.) (2005): Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen - Methoden - Praxisfelder. 1. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit).
- Plahl, Ch.* (2007): Microanalysis of Preverbal Communication in Music Therapy. In: Wosch, Thomas; Wigram, Tony (2007): Microanalysis in Music Therapy. Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators und Students. London: Jessica Kingsley Publishers. S. 41-53.
- Polster, E., Polster, M., Doubrawa, A., Doubrawa, E., Waeber, M., Wittelmeyer, M.* (2003): Gestalttherapie. Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie. 2. Aufl. Wuppertal: Hammer (Eine Edition des Gestalt-Instituts Köln/GIK-Bildungswerkstatt).
- Priestley, M.* (1975): Music Therapy in Action. London: Constable.
- Priestley, M.* (1980): Analytische Musiktherapie und musikalischer Respons. In: *Musik und Kommunikation*, Bd. 1, H. 1.
- Priestley, M.* (1982): *Musiktherapeutische Erfahrungen. Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Fischer [u.a.] (Praxis der Musiktherapie, 1).
- Priestley, M.* (1983): Analytische Musiktherapie (The Herdecke analytical music therapy lectures, dt.). Vorlesungen am Gemeinschafts Krankenhaus Herdecke. Stuttgart: Klett-Cotta (Konzepte der Humanwissenschaften).
- Priestley, M.* (1994): Essays on analytical music therapy. P: Barcelona Publishers.
- Pütz, W.* (Hg.) (1997): *Musik und Körper*. [Beiträge des Cloppenburg Symposiums "Musik und Körper" ; AMPF-Tagung, Cloppenburg, 13. - 15. Oktober 1989]. 2., unveränd. Aufl. Essen: Verl. Die Blaue Eule (Musikpädagogische Forschung, 11). 43-55.

- Radewski, A., Abrashev, B., Gadjev, V.* (2006): Illustrierte Enzyklopädie der Musikinstrumente. Frankfurt: Ullmann.
- Regner, H.* (1989): Musik lieben lernen. Anregungen für Eltern und Erzieher ; [von der Bedeutung früher Begegnungen mit Musik]. 2. Aufl. Mainz: Schott [u.a.] (Serie Musik Piper, Schott, 8265).
- Reichel, R., Hintenberger, G.* (2013): Die Praxis der Integrativen Therapie. Österreichische Perspektiven. Wien: Facultas.
- Reisecker-Schaufler, B.* (2021): Der Einfluss der Russischen Psychologie und Philosophie auf Integrative Therapie. In: Polyloge 07/2012. <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=reisecker-schaufler-einfluss-russische-psychologie-philosophie-auf-integrative-therapie-poly1-07-2021.pdf>
- Richter, H., Mittelsten Scheid, D.* (2006): Vom Wesen des Atems. Herta Richter im Gespräch mit Dieter Mittelsten Scheid. Wiesbaden: Reichert.
- Rilke, R. M.* (o. J.): „Ich lebe mein Leben“ – Gedicht, aufgerufen unten <http://rainer-maria-rilke.de/05a002lebensringe.html> am 12.04.2012
- Rolf, I. P.* (1989): Rolfling: Strukturelle Integration, Wandel und Gleichgewicht der Körperstruktur. München: Hugendubel.
- Rollwagen, B.* (2010): Kinesphäre und soziale Kompetenz. In: *Bender, S.* (Hrsg.): Bewegungsanalyse von Interaktionen. Movement Analysis of Interaction. Berlin: Logos Verlag. 91-107.
- Röhrich, F., Priebe, S.* (1998): Körpererleben in der Schizophrenie. Göttingen: Hogrefe.
- Röhrich, F.* (Hg.) (2000): Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen. Ein Leitfaden für Forschung und Praxis. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie.
- Sachs, C.* (1971): Handbuch der Musikinstrumentenkunde. Wiesbaden: Breitkopf & Härtel.
- Sachs, C.* (1972): Real-Lexikon der Musikinstrumente. Zugleich ein Polyglossar für das gesamte Instrumentengebiet. Hildesheim, New York: Olms.
- Sachs, C., Olędzki, S.* (2005): Historia instrumentów muzycznych. Wyd. 3. Warszawa: "Volumen".
- Salmon, S., Schumacher, K.* (Hg.) (2001): Symposion Musikalische Lebenshilfe. Die Bedeutung des Orff-Schulwerks für Musiktherapie, Sozial- und Integrationspädagogik. Hamburg: Books on Demand.
- Schaper, H.-Ch.* (2000): Gestaltungselemente der Musik compact. Strukturen, Analysen, Übungen. 3. Aufl. Mainz [u.a.]: Schott.
- Scharfetter, Ch.* (1995): Schizophrene Menschen. Diagnostik; Psychopathologie; Forschungsansätze. 4., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion.
- Scheiblaue, M.* (1973): Musikerziehung und Heilpädagogik. In: *Pahlen, K.* (Hg.): Musiktherapie. [Behandlung und Heilung geistiger und seelischer Störungen durch Musik]. München: Heyne (Heyne-Broschur). 46–54.
- Schmitz, H.* (1985): Phänomenologie der Leiblichkeit. In: *Petzold, H.* (Hg.): Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. Paderborn: Junfermann (Reihe innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, 25). 71–106.
- Schmitz, H.* (1992): Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik. Paderborn: Junfermann (Reihe innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, 48).
- Schmitz, H.* (2005): Der Leib. Bonn: Bouvier (System der Philosophie, : Studienausgabe / Hermann Schmitz ; Bd. 2, Teil 1).
- Schmitz, H.* (2010): Kurze Einführung in die neue Phänomenologie. Freiburg: Alber.
- Schmölz, A.* (1982): Wiener Schule der Integrierten Musiktherapie. In: *Musiktherapeutische Umschau*, Bd.3, H. 4. 299–207.
- Schmölz, A.* (1987): Die Wiener Schule der Musiktherapie. In: *Musiktherapeutische Umschau*, Bd.8, H. 3. 242–258.
- Schneider, W.* (1992): Was man über Musik wissen muss. Musiklehre für Jedermann. Mainz: Schott (Edition Schott, 4205).

- Scholz, J., Voigt, M., Wosch, T. (2007): Microanalysis of Interaction in Music Therapy (MIMT) with Children with Developmental Disorders. In: Wosch, Th., Wigram, T. (2007): Microanalysis in Music Therapy. Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students. London: Jessica Kingsley Publishers. 66-78.
- Schoop, T. (1981): ...komm und tanz mit mir. Ein Versuch, dem psychotischen Menschen durch die Elemente des Tanzes zu helfen. Zürich: Musikhaus PAN AG.
- Schumacher, K. (1994): Musiktherapie mit autistischen Kindern. Musik-, Bewegungs- und Sprachspiele zur Integration gestörter Sinneswahrnehmung. Kassel: G. Fischer; Bärenreiter-Verl. (Praxis der Musiktherapie, 12).
- Schumacher, K. (1995): Der Körper als Beziehungsinstrument. In: Institut für Musiktherapie am Freien Musikzentrum München (Hg.): Der Mensch braucht Musik. Der Körper in der Musiktherapie. *Beiträge zur Musiktherapie* (1). 66–77.
- Schumacher, K. (1999): Die Bedeutung des Orff-Schulwerkes für die musikalische Sozial- und Integrationspädagogik und die Musiktherapie. In: Orff-Schulwerk-Informationen (62). 6–11.
- Schumacher, K. (2000a): Das Orff-Instrumentarium in der Musiktherapie und Heilpädagogik. In: Nickl, P., Ell, H. (Hg.): *Exempla 2000. Rhythmus*. München: Bayerischer Handwerkstag. 129–131.
- Schumacher, K. (2000b): Musik als erster Dialog des Menschen. In: Herbert von Karajan Centrum (Hg.): *Musik - Medizin - Gehirn*. Vortragsreihen. Wien. 1–7.
- Schumacher, K. (2000c): Musiktherapie und Säuglingsforschung. Zusammenspiel, Einschätzung der Beziehungsqualität am Beispiel des instrumentalen Ausdrucks eines autistischen Kindes. Hochsch. für Musik und Theater, Diss.--Hamburg, 1998. Frankfurt am Main: Lang (Europäische Hochschulschriftenreihe 6, Psychologie, Bd. 630).
- Schumacher, K., Calvet-Kruppa, C. (2001): Die Relevanz entwicklungspsychologischer Erkenntnisse für die Musiktherapie. In: Decker-Voigt, H.-H. (Hrsg.): Schulen der Musiktherapie. München, Basel: Reinhard. 102–124.
- Schumacher, K., Calvet-Kruppa, C. (2021): Entwicklungspsychologisch orientierte Musiktherapie. In: Decker-Voigt, H.-H., Weymann, E. (Hg.) (2021): Lexikon Musiktherapie. Hans-Helmut Decker-Voigt, Eckhard Weymann; unter Mitarbeit von Monika Nöcker-Ribaupierre und Eric Pfeifer. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag. 141-148.
- Schumacher, K., Calvet, C., Reimer, S. (2013): Das EBQ-Instrument und seine entwicklungspsychologischen Grundlagen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schumacher, K., Muthesius, D., Frohne-Hagemann, I. (2004): *Die Geschichte der psychotherapeutisch orientierten Musiktherapie in Berlin - Ein historischer und systematischer Überblick*. In: Müller, Th. (Hg.): Psychotherapie und Körperarbeit in Berlin. Geschichte und Praktiken der Etablierung. Husum: Matthiesen (Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 86). 261–289.
- Shahar-Levy, Y. (2001a): A Body-Movement-Mind-Paradigm (BMMP). Analysis and Interpretation of Emotive-Relational Movement. Jerusalem: Author's Publication.
- Shahar-Levy, Y. (2001b): The Function of the Human Motor System in Process of Storing and Retrieving Preverbal, Primal Experience. In: *Psychoanalytic Inquiry* 21, 3. New Jersey, USA: The Analytic Press.
- Shahar-Levy, Y. (2004): The Visible Body Reveals the Invisible Secrets of the Mind. A Body-Movement-Mind-Paradigm for Emotive Movement Therapy and Analysis. Jerusalem: Author's Edition.
- Shahar-Levy, Y. (2009): Emotorics: A Psychomotor Model for the Analysis and Interpretation of Emotive Motor Behavior. In: Chaiklin, S., Wengrower, H. (Hg.): The art and science of dance/movement therapy. Life is dance. New York: Routledge, Taylor & Francis Group. 265–297.
- Shahar-Levy, Y. (2012): Emotorics: Development and Body Memory. In: Koch, S. C. (Hg.): Body memory, metaphor and movement. Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins Pub. Co. (Advances in consciousness research (AiCR), v. 84). 327–340.

- Sieper, J.* (2007c/2018): Agogische Bildungsarbeit im Integrativen Ansatz pädagogische Perspektiven. Online abrufbar unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=supervision_sieper-2007-agogische-bildungsarbeit-im-integrativen-ansatz-paedagogische_perspektiven-superv-09-2019.pdf
- Sieper, J., Orth, I. Schuch, W.* (Hg.) (2007): Neue Wege integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit; Polyloge; 25 Jahre EAG; Festschrift Hilarion G. Petzold. Unter Mitarbeit von Hilarion Petzold. Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Bielefeld: Ed. Sirius.
- Sikorski, K.* (1975): Instrumentoznawstwo. Kraków: Polskie Wydawnictwo Muzyczne.
- Sirotkina, I.* (2011): The art and science of movement in France and Russia. In: *Barbara, J. G. et al.* (2011): The History of Neuroscience in France and Russia. Paris: Her- man.183-194.
- Skrzypek, H., Schmid, H. U., Timmermann, T.* (2016): Der Körper in der Musiktherapie. Wiesbaden: Reichert.
- Skrzypek, H. A.* (2017a): Body Movement Music Score – Introduction of a newly developed model for the analysis and description of body qualities, movement and music in music therapy. In: *Health Psychology Report*, 5(2). doi: 10.5114/hpr.2017.64628
- Skrzypek, H.* (2017b): Übergänge zwischen Formen körperlicher Berührung in der Musiktherapie. In: *Düllberg, D., Kunkel, S.* (2017): Jahrbuch Musiktherapie. Übergänge. Music Therapy Annual. Transitions. Band 13. Wiesbaden: Reichert Verlag. 107-123.
- Skrzypek H.* (2018): Körper, Bewegung und Musik als Partitur für künstlerische Therapien. Dissertation, Universität Augsburg: <https://opus.bibliothek.uni-augsburg.de/opus4/37852>.
- Skrzypek, H.* (2019): Körper, Bewegung und Musik als Partitur für künstlerische Therapien. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. Riga: Der Lehrbuchverlag.
- Skrzypek, H.* (2021): Körperwahrnehmung und Körperarbeit. In: *Decker-Voigt, H.-H., Weymann, E.* (Hg.) (2021): Lexikon Musiktherapie. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag. 303-305.
- Smeijsters, H.* (1994): Musiktherapie als Psychotherapie. Grundlagen, Ansätze, Methoden. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Smeijsters, H.* (1999): Grundlagen der Musiktherapie. Theorie und Praxis der Behandlung psychischer Störungen und Behinderungen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verl. für Psychologie.
- Spiegelberg, H.* (1972): Phenomenology in Psychology and Psychiatry. Evanston Ill.: Northwestern University Press (Jewish lives).
- Stefan, R., Petzold, H. G.* (2019): Möglichkeitsräume und Zukunftsentwürfe in den kognitiven Neurowissenschaften - Gesichtspunkte der Integrativen Therapie. Online verfügbar unter <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-stefan-2019-moeglichkeitsraeume-zukunftsentwuerfe-kognitive-neurowissenschaften-polyloge-30-2019.pdf>.
- Stefan, R.* (2020): Zukunftsentwürfe des Leibes. Integrative Psychotherapiewissenschaft und kognitive Neurowissenschaften im 21. Jahrhundert. Wiesbaden: Springer (Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung).
- Stegemann, T.* (2018): Was MusiktherapeutInnen über das Gehirn wissen sollten: Neurobiologie für die Praxis. München: Reinhardt-Verlag.
- Stopczyk-Pfundstein, A.* (2003): Sophies Leib. Der Körper als Quelle der Weisheit. Book on Demand.
- Storz, D., Oberegelsbacher, D.* (Hg.) (2001): Wiener Beiträge zur Musiktherapie. Theorie und klinische Praxis. Wien: Praesens; Ed. Praesens (*Wiener Beiträge zur Musiktherapie*, Bd. 3). Online verfügbar unter <http://www.gbv.de/dms/hbz/toc/ht013270479.pdf>.
- Strobel, W., Huppmann, G.* (1997): Musiktherapie. Grundlagen, Formen, Möglichkeiten. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie.
- Strobel, W., Timmermann, T.* (1990): Ethnotherapeutische Elemente in der psychotherapeutischen Praxis. Klanggeleitete Trance mit Monochord, Gong oder

- Klangschale als Weg zum Unbewußten. In: *Andritzky, W.* (Hg.): Jahrbuch für transkulturelle Medizin und Psychotherapie: VWB Vlg. F. Wissenschaft. 113–148.
- Stumm, G., Pritz, A.* (Hg.) (2005): Personenlexikon der Psychotherapie. Wien: Springer.
- Swolkień, H.* (1975): *Budowle z dźwięków*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Szapkowska, M.* (2008): Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów. Warszawa: WUW.
- Tauscher, H.* (Hg.) (1967): Die rhythmisch-musikalische Erziehung in der Heilpädagogik. Berlin: Marhold.
- Thiriot, A.-G.* (2013): Space and relationship – An exploration of and a reflection on Laban's spatial concepts in current dance practice. Download unter: <http://thespaceintherelationship.wordpress.com/about/> vom 19.01.2016.
- Timmermann, T.* (1987): Musik als Weg. Das Er-Fahren des Seins mit dem Klang. Zürich: Musikhaus PAN AG; Pan (Pan, 141).
- Timmermann, T.* (1994): Die Musik des Menschen. Gesundheit und Entfaltung durch eine menschnahe Kultur. München, Zürich: Piper; Piper (Serie PiperWege zur Ganzheit, 2089).
- Timmermann, T.* (2002): Rezeptive und aktive Musiktherapie in der Praxis. In: Werner Kraus (Hg.): Die Heilkraft der Musik. Einführung in die Musiktherapie. Orig.-Ausg., 2., aktualisierte Aufl. München: Beck (Beck'sche Reihe, 1260). 50–66.
- Timmermann, T.* (2004): Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie. Bausteine für eine Lehre. Wiesbaden: Reichert Verlag; Zeitpunkt Musik Reichert (Forum Zeitpunkt).
- Timmermann, T.* (2008): Praxeologie. In: Decker-Voigt, H.-H., Oberegelsbacher, D., Timmermann, T. (Hg.): Lehrbuch Musiktherapie. Mit 4 Tabellen. München: Reinhardt (UTB Psychologie, Medizin, 3068). 53–63.
- Timmermann, T.* (2012): Musik und Körper - Ansätze in der Musiktherapie. In: München CIP-Medien (Hg.): *Psychotherapie*. Bd. 17. 17, Heft 2. München: CIP-Medien. 296–305.
- Toch, E.* (2005): Die gestaltenden Kräfte der Musik. Eine Einführung in die Wirkungsmechanismen von Harmonik, Melodik, Kontrapunkt und Form. Hofheim am Taunus: Mirliton.
- Todd, M. E.* (2003): Der Körper denkt mit. Anatomie als Ausdruck dynamischer Kräfte. Bern, Göttingen: Verlag Hans Huber.
- Trautmann-Voigt, S., Voigt, B.* (2009): Grammatik der Körpersprache. Körpersignale in Psychotherapie und Coaching entschlüsseln und nutzen. Mit 18 Tabellen. Stuttgart [u.a.]: Schattauer.
- Trondalen, G.* (2007): A Phenomenologically Inspired Approach to Microanalysis of Improvisation in Music Therapy. In: *Wosch, T., Wigram, T.* (2007): Microanalysis in Music Therapy. Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students. London: Jessica Kingsley Publishers. 198-210.
- van Deest, H.* (1997): Heilen mit Musik. Musiktherapie in der Praxis. Ungekürzte Ausg., Lizenz[ausg.]. München: dtv; Dt. Taschenbuch-Verl. (dtv Dialog und Praxis, 35117).
- Vetter, B.* (1998): Psychiatrie. Ein systematisches Lehrbuch für Heil-, Sozial- und Pflegeberufe. 29 Tabellen. 5., durchges. Aufl. Ulm, Stuttgart, Jena, Lübeck: G. Fischer.
- Vieth-Fleischhauer, H., Petzold, H.* (1999): Ausdruck und Verstehen in der musiktherapeutischen Improvisation als kokreativer Fluktualisierung – Perspektiven Integrativer Musiktherapie. In: Integrative Therapie 2-3/1999. 139-166. Paderborn: Junfermann.
- Voigt, M.* (2012): Orff-Musiktherapie. In: *Decker-Voigt, H.-H., Weymann, E.* (Hg.) (2021): Lexikon Musiktherapie. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag. 473-479.
- Waibel, M. J., Jakob-Krieger, C.* (Hg.) (2009): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis; mit 2 Tabellen. Stuttgart:

Schattauer. Online verfügbar unter http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=3117762&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm.

- Wärja-Danielsson, M.* (1999): Musik und Mythos - eine Reise durch die Unterwelt. In: Frohne-Hagemann, I. (Hg.): Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie. 2., durchges. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht. 140–157.
- Wesołowski, F.* (2004): *Zasady muzyki*. Wyd. 11. Kraków: Polskie Wydaw. Muzyczne.
- Widmer, M.* (1997): *Alles, was klingt*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Wigram, T.* (2004): *Improvisation. Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London, New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., Nygaard Pedersen, I., Bonde, L. O.* (Hg.) (2002): *A Comprehensive Guide to Music Therapy. Theory, Clinical Practice, Research and Training*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Willke, E.* (Hg.) (1991): *Tanztherapie - Theorie und Praxis*. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann (Reihe Kunst, Therapie, Kreativität, Bd. 9).
- Willke, E.* (2007): *Tanztherapie: theoretische Kontexte und Grundlagen der Intervention*. Theoretische Kontexte und Grundlagen der Intervention. Bern: Hans Huber; Huber (Gesundheitsberufe Ganzheitliche Körpertherapien).
- Wolfgang, H.* (Hg.) (1978) *Das Orff-Schulwerk im Dienste der Erziehung und Therapie behinderter Kinder*. Festschrift zum 75. Geburtstag von Carl Orff. Berlin: Marhold.
- Wosch, Th., Wigram, T.* (2007): *Microanalysis in Music Therapy. Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators und Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Zimmer, M.-L.* (2006): *Musiktherapie mit Leib und Seele*. Gertrud Katja Loos. Leben - Werk – Erinnerungen. Wiesbaden: Reichert (zeitpunkt musik).
- Zur Lippe, R.* (1997): *Es ist der Leib, der die Musik macht*. In: *Pütz, W.* (Hg.): *Musik und Körper*. [Beiträge des Cloppenburg Symposiums "Musik und Körper"; AMPF-Tagung, Cloppenburg, 13. - 15. Oktober 1989]. 2., unveränd. Aufl. Essen: Verl. Die Blaue Eule (Musikpädagogische Forschung, 11). 43–55.

8. Tabellenverzeichnis

<i>Tab. 1:</i> Musiktherapeutische Skalen und Forschungsansätze.....	17
<i>Tab. 2 :</i> Entsprechungen zwischen Musik und körperlichen Bewegung.....	78
<i>Tab. 3 :</i> Zentrale Qualitäten von Bewegungsprototypen.....	135
<i>Tab. 4:</i> Körper/Leib/Bewegungs-Part. Teil 1.....	137
<i>Tab. 5:</i> Körper/Leib/Bewegungs-Part. Teil 2.....	177
<i>Tab. 6:</i> Spiel/Sing/Sprecharten-Part.....	179
<i>Tab. 7:</i> Musik-Part.....	200
<i>Tab. 8:</i> Körper/Leib/Bewegungs-Part. Teil 1. Binäre Matrix.....	213
<i>Tab. 9:</i> Körper/Leib/Bewegungs-Part. Teil 2. Binäre Matrix.....	215
<i>Tab. 10:</i> Spiel/Sing/Sprecharten-Part. Binäre Matrix.....	217

<i>Tab. 11:</i> Musik-Part. Binäre Matrix.....	218
<i>Tab. 12:</i> KLBMP-Notationssystem.....	220
<i>Tab. 13:</i> Ich-Psychopathologie.....	230
<i>Tab. 14:</i> Körper/Leib/Bewegungs-Part-Chart 1. Teil 1.	238
<i>Tab. 15:</i> Körper/Leib/Bewegungs-Part-Chart 1. Teil 2.....	244
<i>Tab. 16:</i> Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 1.....	247
<i>Tab. 17:</i> Musik-Chart. Instrumentale Musik.....	250
<i>Tab. 18:</i> KLBMP-Chart 1. Zusammenfassung 1.....	254
<i>Tab. 19:</i> KLBMP-Chart 1. Zusammenfassung 2.....	256
<i>Tab. 20:</i> KLBMP-Chart 1. Markante Potenziale und Übergänge	261
<i>Tab. 21:</i> Zusammenfassung der diagnostischen Merkmale. Szene 1 - initiale Diagnostik.....	262
<i>Tab. 22:</i> Körper/Leib/Bewegungs-Part-Chart 2. Teil 1.....	269
<i>Tab. 23:</i> Körper/Leib/Bewegungs-Part-Chart 2. Teil 2.....	275
<i>Tab. 24:</i> Spiel/Sing/Sprecharten-Chart 2.....	278
<i>Tab. 25:</i> Musik-Chart 2. Vokale Musik.....	281
<i>Tab. 26:</i> KLBMP-Chart 2. Zusammenfassung 1.....	286
<i>Tab. 27:</i> KLBMP-Chart 2. Zusammenfassung 2.....	288
<i>Tab. 28:</i> KLBMP-Chart 2. Markante Potenziale und Übergänge.....	292
<i>Tab. 29:</i> Zusammenfassung der diagnostischen Merkmale. Szene 2 – prozessuale Diagnostik.....	293
<i>Tab. 30:</i> Körper/Leib/Bewegungs-Chart 3. Teil 1.....	297
<i>Tab. 31:</i> Körper/Leib/Bewegungs- Chart 3. Teil 2.....	304
<i>Tab. 32:</i> Spiel/Sing/Sprecharten - Chart 3.....	307
<i>Tab. 33:</i> Musik-Chart 3. Vokale Musik.....	310
<i>Tab. 34:</i> Musik-Chart 3. Instrumentale Musik.....	314
<i>Tab. 35:</i> KLBMP-Chart 3. Zusammenfassung 1.....	319
<i>Tab. 36:</i> KLBMP-Chart 3. Zusammenfassung 2.....	320
<i>Tab. 37:</i> KLBMP-Chart 1, 2, 3. Zusammenfassung.....	321
<i>Tab. 38:</i> KLBMP-Chart 3. Markante Potenziale und Übergänge.....	328
<i>Tab. 39:</i> Zusammenfassung der diagnostischen Merkmale. Szene 3 – prozessuale Diagnostik.....	329

9. Abbildungsverzeichnis

<i>Abb. 1:</i> Entwicklung der Integrativen Therapie.....	28
<i>Abb. 2:</i> „Tree of Science“	29
<i>Abb. 3:</i> Das komplexe anthropologische Modell der Integrativen Therapie und seine Praxeologie.....	36
<i>Abb. 4:</i> „Anthropologie des schöpferischen Menschen“	61
<i>Abb. 5:</i> Mehrebenenmodell.....	68
<i>Abb. 6:</i> Die heraklische Spirale.....	86
<i>Abb. 7:</i> Die hermeneutische Spirale.....	90
<i>Abb. 8:</i> Partitur-Beispiel. J.S. Bach: Matthäus Passion.....	94
<i>Abb. 9:</i> Körper/Leib/Bewegungs-Musik-Partitur – Organigramm.....	95
<i>Abb. 10:</i> Körperpotenziale.....	100
<i>Abb. 11:</i> Körperstruktur.....	101
<i>Abb. 12:</i> Gelenke I, Gelenke II, Gelenke III.....	104
<i>Abb. 13:</i> Körperschwerpunkt.....	107
<i>Abb. 14:</i> Die aufrechte Haltung: Frontalansicht, Seitenansicht.....	109
<i>Abb. 15:</i> Bodily topography of basic (Upper) and nonbasic (Lower) emotions associated with words.....	109
<i>Abb. 16:</i> Ebenen, Achsen und Körperschwerpunkt.....	110
<i>Abb. 17:</i> Körperebenen.....	113
<i>Abb. 18:</i> Vertikale, horizontale und sagittale Körperachse.....	114
<i>Abb. 19:</i> Umgang mit Schwerkraft.....	115
<i>Abb. 20:</i> Schwerkraft-Achse, interpersonale Gravitation, radiale Gravitation.....	116
<i>Abb. 21:</i> Interpersonale Gravitation.....	117
<i>Abb. 22:</i> Körperstruktur, Körperebenen, Körperachsen und Kinesphäre.....	118
<i>Abb. 23:</i> Emotive Cluster und aufrechte Körperhaltung.....	126
<i>Abb. 24:</i> Emotive Cluster und Bewegung.....	126
<i>Abb. 25:</i> Schema eines frei fließenden und eines blockierten emotiv-motorischen Zyklus.....	128
<i>Abb. 26:</i> Runde und lineare Körperform.....	129
<i>Abb. 27:</i> Die elterliche Umhüllung-Beziehungskonstellation.....	131
<i>Abb. 28:</i> Emotive Bewegungsentwicklung.....	132

<i>Abb. 29: Von-Gesicht-zu-Gesicht – Beziehungskonstellation</i>	133
<i>Abb. 30: Kinesphäre</i>	140
<i>Abb. 31: Nahe/Enge Kinesphäre</i>	141
<i>Abb. 32: Expansion der Kinesphäre</i>	142
<i>Abb. 33: Körperspaltung</i>	146