

Übergänge zwischen Formen körperlicher Berührung in der Musiktherapie

Transitions Between Forms of Touch in Music Therapy

Hanna Skrzypek, Braunau am Inn

In diesem Artikel werden Übergänge zwischen Formen des Körperkontakts, welche von der Autorin in der ‚Körper-Bewegungs-Musik-Partitur für Musiktherapie‘ spezifiziert und klassifiziert wurden, vorgestellt. In einer Fallvignette wird ein Patient mit einer Schizophrenieerkrankung vorgestellt. Dabei steht die Symptomatik der Schizophrenie mit ihrem körperlichen Ausdruck im Fokus. Anhand von drei Szenen aus der musiktherapeutischen Behandlung werden Übergänge zwischen Formen körperlicher Berührung beschrieben.

In this article, transitions between functions of touch, as specified and classified by the author in the Body Movement Music Score for music therapy, are presented.

In a case vignette, a patient with schizophrenia is presented. The focus is on the symptoms of schizophrenia with its physical expression. On the basis of three scenes from the music therapy treatment, transitions between forms of physical contact are described.

„Wo Berührung geschieht, entsteht Bewusstsein!“ (Stolze 1992, 106)

Körperkontakt und Berührung sind in der Musiktherapie insbesondere mit heranwachsenden und erwachsenen Patienten noch unerforschte Themen, weil sie meist mit Sexualität assoziiert werden. Die Angst vor dem Berühren des Patienten durch den Musiktherapeuten und dem körperlichen Kontakt mit dem Patienten ist groß. Dabei gibt es verschiedene Formen und Funktionen des Körperkontakts sowie Übergänge zwischen ihnen und dem musikalischen Ausdruck der Patienten. Berührungen betreffen nicht nur den Tastsinn (taktil und haptisch), sie werden in allen Sinnesmodalitäten (multisensorisch) wahrgenommen und gehen ineinander über (McGlone et al. 2007, 173).

Körperkontakt, insbesondere das Berühren, hat 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 wie z. B. des Oxytocins 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 durch Berührung ermöglicht und beeinflusst die Entstehung und Entwicklung von emotionalen Bindungen. In der intrapersonalen Beziehung dienen sie der Exploration des eigenen Körpers und der Entwicklung des Körper selbstgefühls. 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 (Hüther & Krens 2012, 69ff.; Leathers et al. 2009, 139; Montagu 2015, 267ff.).

Definition Körperkontakt

„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 ist die ursprünglichste Form der sozialen Kommunikation in interpersonalen Beziehungen und kann auf vielfältige Weise herbeigeführt werden: berühren, streicheln, klapsen, schlagen, kneifen, schütteln, küssen, festhalten, führen, lecken, umarmen, einhaken, auflegen, treten, kratzen oder kitzeln (Argyle 2005, 267f.).

Der Tastsinn entwickelt sich beim Fötus zuerst (Hüther & Krens 2012, 69ff.). 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 (Mertens 2005, 5; Hüther & Krens 2012, 69ff.; Montagu 2015, 7).

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 (Leathers et al. 2009, 139ff.; Hüther & Krens 2012, 69ff.).

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; McGlone 2007, 173; Leathers et al. 2009, 139ff.; Hüther & Krens 2012, 69ff.; Fulkerson 2014).

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).

Gertrud Katja Loos spezifiziert noch weitere Berührungsformen:

„Tausend Variationen von Berührungen sind möglich: Berühren ohne zu berühren, emotionales Berühren durch Stimme und Augen, Massieren als Übergang zum Berühren, schließlich die Haut-an-Haut-Berührung. Die Haut ist Hülle und Grenze des Körpers und das ursprünglichste Kontaktorgan zur Außenwelt. Haut ist der Stoff, aus dem Zärtlichkeit gemacht ist.“ (Loos 1996, 186)

Definition Körper-Bewegungs-Musik-Partitur

Die **Körper-Bewegungs-Musik-Partitur** ist ein von mir im Rahmen eines Dissertationsprojekts neu entwickeltes und evaluiertes *musiktherapeutisches Modell* zur Analyse von

- Körpereigenschaften,
- Bewegung,
- Spielarten von Musikinstrumenten
- entstehender Improvisations-Musik sowie zur Beschreibung von
- Körperverhalten und Körperausdruck,
- Bewegungsverhalten und Bewegungsausdruck,
- Spielverhalten und
- Musikausdruck (Skrzypek 2017).

Das 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. Die Hintergrundfolie bildete dabei eine phänomenologische Sichtweise, wie sie Max van Manen definiert:

„Phenomenology differs from almost every other social and human science in that it attempts to gain insightful descriptions of the way we experience the world prereflectively, largely without taxonomizing, classifying, codifying, or abstracting it. So phenomenology does not offer us the possibility of effective theory with which we can now explain and/or control the world; rather, it offers us the possibility of plausible insights that bring us in more contact with the world.“ (van Manen 2014, 66)

Die Körper-Bewegungs-Musik-Partitur besteht aus vier Parts:

1. Körperpart
2. Bewegungspart
3. Spielartenpart
4. Musikpart

Die innerhalb der Dissertation im Körper-Part beschriebenen Formen und Funktionen des Körperkontakts – samt ihrer Übergangsphänomene (Skrzypek 2017) – werden nun im Folgenden vorgestellt.

Formen und Funktionen des Körperkontakts in der Musiktherapie

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 Körperkontakts entsteht z. B. beim Szenischen Spiel als Intervention oder beim Singen mit anderen Mitpatienten oder dem Musiktherapeuten.

Tanzen

Der Körperkontakt findet beim Tanzen (z. B. Kreistanz, Tanz- oder Bewegungs-improvisation) in der Hand- oder Schulterfassung statt.

Vermeidung

Der Körperkontakt wird körperlich gemieden. Der Patient wünscht keinen Körperkontakt, kann dies aber verbal nicht artikulieren. Das zeigt sich in der Bewegung des Sich-Windens.

Ambivalenz

Der Kontakt wird gewünscht und dennoch nicht zugelassen, das zeigt sich in einer Bewegung, die hin und her oder vor und zurück verläuft.

Ablehnung

Der körperliche Kontakt wird verbal und/oder körperlich deutlich von Patienten abgelehnt. Er distanziert sich körperlich, nimmt Abstand oder wendet sich ab.

Passives Zulassen

Der körperliche Kontakt in Form einer Berührung z. B. das Hand auflegen oder halten wird zugelassen und passiv ausgehalten.

Bedürfnis, Wunsch, Initiation

Der Körperkontakt wird gewünscht und gesucht. Das Bedürfnis nach der körperlichen Berührung wird verbal artikuliert und/oder gestisch initiiert.

Explorative Selbstberührung

Der Körperkontakt bezieht sich auf die eigene Person und dient der Exploration des eigenen Körpers.

Berührung des Anderen

Der Patient sucht durch Berührung den Körperkontakt zum Therapeuten.

Autoaggressive, autodestruktive Selbstberührung

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.

Kommunikative, interaktive Berührung

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 und possessive Berührung

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 Musiktherapie Musikinstrumente zerstört werden oder der Musiktherapeut und/oder die Mitpatienten angegriffen werden.

Körperlich unterstützende Berührung

Die körperlich unterstützende Funktion der Berührung kann geschehen, wenn dem Patienten Hilfe beim Aufstehen oder das Einhaken beim Gehen angeboten wird.

Emotional unterstützende Berührungsfunktion

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. Die sanfte Berührung wie Streicheln der Hand oder beider Hände, Hand halten und Umarmen kann Wärme vermitteln, Trost, Geborgenheit, Sicherheit spenden, Unterstützung bieten, Halt geben und beruhigen.

Übergänge zwischen körperlichen Berührungsformen – drei Szenen aus der Musiktherapie mit einem schizophrenen Patienten

Symptomatik der Schizophrenie

In der Fachliteratur einiger Autoren wird die Schizophrenie durch *drei* Haupt-Symptomkomplexe 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; Exner & Lincoln 2012; Frith & Johnstone 2003).

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 Schmerz Wahrnehmung (Hypo- und Analgesien, Hyperalgesien)
 - Störungen der Körpergrößenwahrnehmung (Körperschemastörungen).
2. *Störungen im psychologisch-phänomenologischen Teilbereich des Körpererlebens*:
 - a) Den Körper betreffende Kognitionen/Denkstörungen:
 - Körperbildstörungen (abnorme Gedanken und Einstellungen zum Körper),
 - körperbezogener Wahn.
 - b) Den Körper betreffende emotional-affektive Störungen:
 - Störungen der Körper-Kathexis (mangelnde Zufriedenheit mit dem Körper, insuffiziente Körperbesetzung),
 - körperbezogene Ängste (z. B. Dysmorphophobie, – Körperbildstörung, Körperschemastörung), wahnhafte Hypochondrie.
3. *Störungen des Erlebens der leiblichen Integrität (Kognition und Wahrnehmung)*:
 - somatopsychisches Depersonalisationssyndrom,
 - Autoskopie (Mehrfachsehen der eigenen Gestalt),

- Out-of-body-experiences (das Gefühl, nicht in eigenem Körper zu sein),
 - Ich-Verdoppelung (leibhaftiges Insichhaben des anderen, der gedanklich und körperlich intern wahrgenommen wird),
 - Syndrom der multiplen Persönlichkeit.
4. *Störungen im Ausdrucks- und Bewegungsverhalten*
- a) Autoaggressive Fehlhandlungen (Selbstverletzung und Selbstverstümmelung),
 - b) Psychomotorische Störungen:
 - motorische Unruhe, Lokomotion, tic-artige Bewegungsmuster,
 - motorische Stereotypien und Automatismen,
 - mimische und gestische Manierismen,
 - katatone Symptomatik mit Parakinesen (Erstarrung und gestörte Bewegungskoordination), Kataplexie (kurzzeitiges Muskelversagen), Flexibilitas cerea (wächserne Biegsamkeit), Autismus.

In der Musiktherapie wurden das Musikerleben, das Musizieren sowie die Beziehungsformen und Interaktionsmuster von schizophrenen Patienten von Susanne Metzner (1999), Jos de Backer (2004) und Sylvia Kunkel (2008) beschrieben.

Der Patient

Ich lernte Herrn C. in der Ambulanz zur stationären Behandlung einer psychiatrischen Klinik kennen, nachdem er im Straßenverkehr aufgefallen war, weil er mit seinem Auto in Schlangenlinien gefahren war. Zu diesem Zeitpunkt war der Patient 40 Jahre alt. Herr C. konnte mir keine Antworten auf meine Fragen im Erstgespräch geben. Im weiteren Verlauf der musiktherapeutischen Behandlung bildete er Neologismen, was die verbale Kommunikation zwischen uns erschwerte und bisweilen unverständlich machte. Die Mutter des Patienten gab an, dass Herr C. im Alter von 25 Jahren zum ersten Mal an einer Psychose gelitten habe. Inzwischen war er mehrmals in stationärer Behandlung gewesen. Rückfälle entstünden immer dann, wenn Herr C. das Neuroleptikum abgesetzt habe. Die Mutter des Patienten berichtete von einer Zunahme der Haltungstereotypien in den vergangenen drei Jahren. Vor dem Ausbruch der Erkrankung habe der Patient gerne gemalt und Fußball gespielt.

Herr C. sei als viertes von insgesamt sechs Kindern mit den Eltern auf einem Bauernhof aufgewachsen. Der Vater sei im Alter von 39 Jahren durch Ertrinken verstorben, wobei der Verdacht besteht, dass es sich dabei um einen Suizid gehandelt haben könnte. Herr C. habe zuerst das Gymnasium besucht und dann an einer Handelsakademie seinen Abschluss gemacht. Anschließend habe er 5 Jahre im Büro einer Spedition gearbeitet. Zum Zeitpunkt der Aufnahme lebte Herr C. alleinstehend auf dem Bauernhof in einer Mehrgenerationenfamilie zusammen mit seiner Mutter, seinem älteren Bruder und dessen Familie sowie mit seiner jüngeren Schwester und deren Sohn.

Die Mutter des Patienten betonte, dass alle Geschwister von Herrn C. die Schule erfolgreich und mit Abitur abgeschlossen haben, dass aber im Jahr 1990 – nachdem der Hof an den ältesten Sohn der Familie übergeben worden sei – drei ihrer Kinder psychisch erkrankt seien (Psychosen und Depressionen). Die jüngere Schwester von Herrn C. leide auch an einer Schizophrenie und einer der älteren Brüder erlebe immer wieder psychotische Episoden.

Bevor Herr C. in die Ambulanz unserer Klinik kam, hatte er paranoide Ideen, verweigerte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, verursachte einen Autounfall und zog sich gänzlich aus dem sozialen Leben zurück. Vor dem stationären Aufenthalt war er lange ängstlich, zurückgezogen, verschlossen und über mehrere Monate untätig. Er lag im Bett und sprach auch nicht mit seinen Familienmitgliedern.

Als ich Herrn C. kennenlernte, war seine Kontaktfähigkeit 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.

Während der zweiten Musiktherapie-Sitzung blieb er über ein Metallröhrenspiel über einen Zeitraum von 20 Minuten im Körper erstarrt. Er litt unter katonen Symptomen und Haltungstereotypen, 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 und Augenbrauen nach oben. Seine musikalische Ausdrucksfähigkeit war fast nicht vorhanden.

Herr C. nahm an insgesamt 33 ambulanten Einzel-Sitzungen teil, acht Mal erlaubte er mir, die Musiktherapie-Stunden zu videographieren. Nach dem Beenden der Einzel-Musiktherapie wechselte er in die ambulante Musiktherapie-Gruppe und setzte die Teilnahme an der Musiktherapie in einer Gruppe mit fünf anderen chronisch schizophrenen Patienten fort.

Eine Fallvignette

Die Erstellung des Körperparts und des Bewegungsparts in der Körper-Bewegungs-Musik-Partitur macht eine möglichst exakte Beschreibung der Körpereigenschaften und der Bewegungsanalyse notwendig. Die Definitionen und die fachlichen Begriffe, die in ersten Linie der Beschreibung der Phänomene, welche sich im Körper und in der Bewegung des Patienten abzeichnen und erstmalig in der Musiktherapie verwendet wurden, habe ich in meiner Dissertationsschrift ausführlich erklärt (Skrzypek 2017b, in Vorbereitung).

Diese Beschreibung wird im Folgenden zur Verfügung gestellt: Die Kurzprotokolle stammen aus einem Prozessverlauf über 13 Monate. Bereits durch die Nebeneinanderstellung der 1., der 10. und der 21. Stunde wird eine zunehmende Flexibilisierung mit vielen Nuancen von Übergangsphänomen im körperlichen Aspekt deutlich. Zwischen der ersten und zweiten Szene liegen vier Monate und zwischen der zweiten und dritten beträgt der zeitliche Abstand sechs Monate.

Szene 1: Berührungslosigkeit. Sitzung 1 der Einzel-Musiktherapie

Körperausdruck/Bewegungen

Herr C. sitzt auf einem Stuhl am Tisch gegenüber der Musiktherapeutin vor dem Metallophon.

Seine Spiel-Körperhaltung erfordert das Heben der Arme und ist für das Metallophon-Spiel ungewöhnlich, jedoch vom Patienten selbst gewählt. Sein Körper ist vertikal ausgerichtet. Der Rumpf und die oberen Extremitäten sind an der Spiel-Bewegung beteiligt. Der Übergang in der Bewegung des Rumpfes und der Extremitäten ist blockiert. Die Form des Rumpfes ist mit hoher Intensität in der Muskelkontraktion und in der geraden, linearen Form fixiert. Die Beugung der Extremitäten ist in der Muskelkontraktion fixiert. Die Muskeln sind mit hoher Intensität kontrahiert. Die motorischen Impulse sind mit hoher Intensität blockiert und fixiert.

Es hat den Anschein, dass Herr C. von eigenen hohen Affekten überflutet werden könnte und aufgrund dessen blockiert er den Ausdruck seines Affektes im eigenen Körper. Die blockierte Affektivität ist in der hohen Anspannung der Muskulatur und des Kiefers sichtbar. Die Bewegung hat eine niedrige Intensität beim Einsatz der Kraft.

Der Übergang zwischen der Bewegung, die *mit* der Schwerkraft kooperiert und der Bewegung, die sich *gegen* die Schwerkraft richtet, ist fragmentiert. Die Bewegung der Körperteile richtet sich zur Körperachse hin, einwärts. Der Patient führt die Arme zum Oberkörper und zeigt damit die Tendenz zum Schrumpfen, in diesem Fall zum Verschmälern. Der Patient tendiert dazu, den Raum zu vermeiden. Der Körper des Patienten wirkt inkohärent. Der Körper und die Mimik des Patienten drücken eine hohe innerliche Anspannung aus.

Die Bewegung verläuft auffallend symmetrisch, bi-direktional, indirekt und ungerichtet, langsam, unterbrochen und fragmentiert. Es gibt wenig Differenziertheit und es zeigen sich Defizite, die die Form der Bewegung betreffen. Die Bewegung wird weder gleichmäßig geführt noch kommen Rotationen vor. Die ballistische Form fehlt gänzlich, auch die Vibration, das Zittern (Freude, Angst oder Unruhe) sind in der Bewegung nicht sichtbar.

Instrumente/musikalischer Ausdruck

Die Aufmerksamkeit und der Blick des Patienten und der Musiktherapeutin sind auf das Musikinstrument (Metallophon) gerichtet. Der Patient blickt immer wieder zur Therapeutin, sein Blick zeigt eine rückversichernde Qualität. Herr C. schlägt

das Metallophon mit den Schlägeln an. Insgesamt spielt er drei Töne, die ein rhythmisch-melodisches Motiv bilden. Die ersten zwei Töne werden repetiert. Das Motiv klingt einfach, bescheiden, schüchtern, unbestimmt und unsicher, ängstlich, unterdrückt sowie zurückhaltend. Der Rhythmus ist einfach. Im ganzen Verlauf des Spielens fallen viele Pausen auf. Die Töne sind portato in einem gemäßigten Tempo und einer mittelleisen Dynamik artikuliert. Das melodische Motiv ist tonal.

Mit der musikalischen Geste des Dirigierens – Herr C. hält die Schlägel in den Händen – macht der Patient der Musiktherapeutin deutlich, dass er das Spiel beenden will und sie das Spiel übernehmen soll.

In dieser Szene gibt es keine vokale Äußerung seitens des Patienten und es finden kein Körperkontakt und keine Berührung statt.

Szene 2: Explorative Selbstberührung und Berührung des Anderen. Sitzung 10 der Einzel-Musiktherapie

Körperausdruck/Bewegungen

Der Patient. sitzt auf einem Stuhl am Tisch diagonal gegenüber der Musiktherapeutin. Der Abstand zwischen dem Patienten und der Musiktherapeutin hat die Dimension der persönlichen Distanz (die persönliche Distanz ist der Abstand von 45–75 cm zwischen zwei Menschen; Trautmann-Voigt & Voigt 2009, 21).

Sein Oberkörper ist vertikal ausgerichtet. Die Körperbewegung findet in der mittleren und zum Teil in der weiten Kinesphäre im Oberkörper statt (als Kinesphäre wird der persönliche dreidimensionale Bewegungsraum des Menschen bezeichnet, 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).

Die Muskeln des Rumpfes sind mit hoher Intensität kontrahiert, der Rumpf ist in seiner linearen, geraden Form fixiert. Sichtbar ist die hohe innere Anspannung des Patienten. Der Patient zeigt die Tendenz den Raum einzunehmen, indem er die Arme ausbreitet. Körperspaltungen bestehen zwischen vorne und hinten sowie oben und unten.

Es besteht ein fragmentierter Übergang zwischen *Schrumpfen* (der Körper zieht sich zusammen) und *Wachsen* (der Körper breitet sich aus). Im Formfluss zeigt sich ein *Verlängern* nach oben im Strecken des Halses und Hochziehen der Augenbrauen. Der Übergang zwischen dem Fluss und der Hemmung motorischer Impulse ist fragmentiert. Der Übergang zwischen dem Einsatz des Körpergewichts und der eigenen Kraft in der Bewegungsausführung ist ebenfalls fragmentiert. Die Bewegung der Extremitäten richtet sich gegen die Schwerkraft. Die Bewegungen in den Extremitäten sind mit hoher Intensität der Muskel-Kontraktion fragmentiert, unterbrochen in der Beugung und erzeugen runde Formen. Die Streckung der Extremitäten von der Körperachse weg, auswärts ist weit ausgedehnt.

Die Übergänge zwischen der Bewegung hin zur Körperachse und weg von der Körperachse, zwischen Beugung und Streckung in den Armen und die Bewegungen zwischen Rumpf und Extremitäten sind fragmentiert.

Fragmentierte (abrupte, nicht zusammenhängende) Übergänge kommen auch beim Wechseln zwischen der runden und geraden Körperform und zwischen symmetrischen und asymmetrischen Bewegungen vor.

Der Blick des Patienten hat eine ruhige beobachtende und rückversichernde Qualität und folgt eigenen Handlungen und Bewegungen.

Es fällt auf, dass die progressive, ballistische (kämpferische, expansive) Bewegung fehlt. Der Übergang zwischen der bi-direktionalen und in einer Richtung strebenden Bewegung sowie einer wenig und weit ausgedehnten Bewegung ist fragmentiert. Die Bewegungen sind langsam. Der Übergang zwischen der fragmentierten und unterbrochenen und gleichmäßig geführten Bewegung ist fragmentiert, genauso wie der Übergang zwischen der Wiederholung und Variation in der Bewegung. Die Bewegung ist wenig differenziert direkt und gerichtet.

Die Aufmerksamkeit ist auf das eigene Tun und auf die Musiktherapeutin fokussiert und konzentriert.

Instrumente/musikalischer Ausdruck

In dieser Szene spielt Herr C. kein Musikinstrument, er drückt sich körperlich und vokal aus.

Die Musiktherapeutin singt ein improvisiertes Körper-Lückelied. Ein Körperlied ist ein Lied, das den Patienten verhelfen kann, ihr eigenes Körperschema beim Singen zu erfahren. Ein Lückelied entsteht, wenn die Musiktherapeutin Pausen macht, in denen der Patient seinen eigenen Text singen kann.

Herr C. äußert sich sprechgesänglich, dialogisch. Das sprechgesängliche melodische, tonale Motiv verläuft im gemäßigten, moderaten Tempo, in mittelleiser Dynamik. Die Töne des Motivs werden repetiert. Der Rhythmus ist einfach. Die Pausen dominieren den vokalen Ausdruck des Patienten. Der Klang ist einfach, bescheiden, schüchtern, unbestimmt und unsicher.

Herr C. lässt Körperkontakt passiv zu und äußert den Wunsch und das Bedürfnis nach Berührung. Er exploriert seine eigenen Finger, indem er diese einzeln selbstberührt. Während dieser Selbstexploration der eigenen Finger berührt auch die Musiktherapeutin zuerst ihre eigenen Finger und dann die Finger des Patienten, während sie das improvisierte Körper-Lückelied singt und im Lied das Tun sprechgesänglich kommentiert: „Das sind Frau S.s Finger und das sind Herr C.s Finger: der Daumen, der Zeigefinger, der Dritte, der Vierte und der Kleine“.

Während des Singens lässt Herr C. die Berührung der Musiktherapeutin zu. Am Ende der Szene berührt Herr C. aus eigener Initiative die Handinnenflächen der Musiktherapeutin.

Szene 3: Körperkontakt/Berührung. Sitzung 21 der Einzel-Musiktherapie

Körperausdruck/Bewegungen

In dieser Szene drückt sich der Patient vokal und instrumental aus. Er sitzt auf einem Stuhl am Tisch gegenüber der Musiktherapeutin und führt seine Bewegungen entlang der vertikalen Körperachse aus. Der Abstand zwischen dem Patienten

und der Musiktherapeutin hat die Dimension der persönlichen Distanz. Herr C. zeigt die Tendenz, den Raum einzunehmen. Im Körper des Patienten ist eine Körperpaltung zwischen oben und unten erkennbar. Der Formfluss hat beide Tendenzen: sowohl das Schrumpfen als auch das Wachsen. Im bipolaren Formfluss in der horizontalen Dimension zeigt der Patient die Tendenz zum Wachsen und zum Verbreitern. Im unipolaren Formfluss in der sagittalen Dimension höhlt er seinen Brustkorb nach hinten aus. (Die sagittale Körperebene (Bender 2014, 119) teilt den Körper in eine rechte und eine linke Seite. *Sagittal bedeutet* wörtlich: in Pfeilrichtung. Körperbildlich bedeutet das: rechts oder links von der Körpermitte liegend, wenn man sich die seitlich ausgestreckten Arme als Pfeile vorstellt.) Ein Aushöhlen nach hinten ist in diesem Fall die typische Reaktion auf einen Schreck (eine zu laute vokale Äußerung der Musiktherapeutin), der von vorne kommt.

Die Richtungsbewegungen erfolgen seitwärts, aufwärts und vorwärts. Der Rumpf ist mit hoher Intensität kontrahiert. Es gibt fließende Übergänge zwischen der Entspannung und der Kontraktion der Muskeln, dem Fluss und der Hemmung motorischer Impulse, zwischen der Bewegung, die der Schwerkraft folgt und der Bewegung, die sich gegen die Schwerkraft richtet, zwischen Bewegungen, die zur und weg von der Körperachse führen, zwischen dem Rumpf und den Extremitäten, zwischen symmetrischen und asymmetrischen Bewegungen, zwischen wenig und weit ausgedehnten Bewegungen, zwischen schnellen und langsamen Bewegungen, zwischen Übergängen und Fixierung sowie zwischen Wiederholung und Variation in der Bewegung. Zum ersten Mal treten rotierende Bewegungen in den Extremitäten auf.

Die Übergänge zwischen der Beugung und Streckung, zwischen wellenförmigen, zitterigen, vibrierenden und ballistischen, progressiven Bewegungen und zwischen bi-direktionalen und in eine Richtung strebenden Bewegungen sind fragmentiert.

Der Patient nutzt das eigene Körpergewicht und setzt die eigene Kraft ein, um die Bewegungen auszuführen, mit dem Einsatz niedriger und hoher Intensität. Der Körper befindet sich in der vertikalen Lage. Die Bewegung ist differenziert, direkt und gerichtet. Die Aufmerksamkeit ist auf die Musikinstrumente, auf das eigene Tun sowie auf die Musiktherapeutin fokussiert und konzentriert. Es findet ein regelmäßiger Blickaustausch statt.

Instrumente/musikalischer Ausdruck

In dieser Szene wählt der Patient zuerst die Cabasa aus. Er möchte diese aber nicht spielen und leitet gestisch einen Instrumententausch mit der Therapeutin ein und spielt deren Caxixi. Der Patient schüttelt, rasselt und scheppt die Caxixi mit beiden Händen. Zum Schluss wechselt der Patient das Instrument und schüttelt kurz die Rührtrommel.

Im instrumentalen Spiel des Patienten oszilliert der Rhythmus zwischen Arrhythmizität und Bildung von rhythmischen Motiven. Der Übergang zwischen

ihnen ist fragmentiert. 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 Übergänge zwischen den metrischen Potenzialen sind abrupt. Der Klang der instrumentalen Äußerung wechselt zwischen ängstlich, zittrig, zurückhaltend, kämpferisch, impulsiv und lebendig, vital. Der Übergang zwischen den Klangqualitäten ängstlich, zittrig, unterdrückt, zurückhaltend und impulsiv, aggressiv, explosiv, kämpferisch ist fragmentiert. 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. Es gibt plötzliche Wechsel zwischen sehr laut und mittellaut.

In der vokalen Äußerung des Patienten ist ein melodisches Thema erkennbar, das rhythmische Motive enthält. 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.

Kurzfristig zeigt der Patient einen aggressiven Impuls, indem er die Hand, in der er die Caxixi hält, hochhebt und zum Schlag ausholt. 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 und das Bedürfnis nach Körperkontakt sichtbar. Der Patient berührt die Therapeutin an der Handinnenfläche.

Übergänge. Zusammenfassung

In den drei Szenen aus der Einzel-Musiktherapie wurden fragmentierte, blockierte und fließende Übergangsformen im sichtbaren körperlichen Verhalten, im sichtba-

ren körperlichen Ausdruck, in der sichtbaren Bewegung sowie im hörbaren musikalischen Ausdruck des Patienten beschrieben.

In den Übergängen zwischen den Formen der Berührung und des Körperkontaktes gab es folgende Beobachtungen:

Szene 1: Hier finden weder Körperkontakt noch Berührung statt.

Szene 2: Hier findet ein Übergang von der explorativen Selbstberührung des Patienten (er berührt seine eigenen Finger und exploriert diese) bis zur Berührung der Musiktherapeutin (er berührt die Musiktherapeutin an deren Handinnenflächen beider Hände) statt.

Szene 3: Der Patient traut sich, die ihm entgegengestreckte Hand der Musiktherapeutin zu berühren.

Aus der Berührungslosigkeit des Patienten konnte sich im Laufe der Musiktherapie eine Entwicklung hin zu Körperkontakt mit der Musiktherapeutin entwickeln.

Im Rahmen dieses Artikels konnte nur ein sehr kleiner Ausschnitt einer Arbeit zur Verfügung gestellt werden, die die Komplexität musiktherapeutischer Behandlung mit all ihren Übergangsphänomenen in der Körper-Bewegungs-Musik-Partitur zu erfassen versucht. Interessierte Leser seien verwiesen auf die Dissertationsschrift, die als eine E-Publikation auf der Internetseite der Universität Augsburg unter dem Titel „Körper, Bewegung und Musik als Partitur für künstlerische Psychotherapien“ erscheinen wird.

Literatur

Alvin, J. (1988): Musik für das behinderte Kind. Stuttgart: Fischer.

Argyle, M. (2005): Körpersprache und Kommunikation. Paderborn: Junfermann.

Ayres, A. J. (2002): Bausteine der kindlichen Entwicklung: Die Bedeutung der Integration der Sinne für die Entwicklung des Kindes. Berlin: Springer.

Backer, Jos De (2004): Music and Psychosis. The transition from sensorial play to musical form by psychotic patients in a music therapy process. <http://vbn.aau.dk/files/198875649/Backer2004.pdf>.

Bender, S. (2014): Die psychophysische Bedeutung der Bewegung. Ein Handbuch der Laban Bewegungsanalyse und des Kesternberg Movement Profiles. Berlin: Logos Verlag.

Benedetti, G. (1975): Ausgewählte Aufsätze zur Schizophrenielehre. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Exner, C.; Lincoln, T. (2012): Neuropsychologie schizophrener Störungen. Göttingen: Hogrefe.

Fulkerson, M. (2014): The first Sense. A philosophical Study of Human Touch. Cambridge: The MIT Press.

- Frith, Ch. D.; Johnstone, E. C. (2003): Schizophrenia. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Huber, G. (2005): Psychiatrie: Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. Stuttgart: Schattauer.
- Hüther, G.; Krens, I. (2012): Das Geheimnis der ersten neun Monate: Unsere frühesten Prägungen. Weinheim/Basel: Beltz.
- Kunkel, S. (2008): „Jenseits von Jedem?“ Grundverhältnisse, Beziehungsformen und Interaktionsmuster im musiktherapeutischen Erstkontakt mit schizophrenen Patienten. http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2009/3954/pdf/Dissertation_Kunkel_Teil_1.pdf.
- Leathers, D. G.; Trzcińska, M.; Nęcki, Z. (2007): Komunikacja niewerbalna. Zasady i zastosowania. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Loos, G. K. (1996): Körperwahrnehmung. In: Decker-Voigt, H.-H.; Knill, P. J.; Weymann, E. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe, S. 183–186.
- McGlone, F.; Vallbo, A. B.; Olausson, H.; Loken, L.; Wessberg, J. (2007): Discriminative Touch and Emotional Touch. In: Canadian Journal of Experimental Psychology. 61 (3), 173–183. Canadian Psychological Association. Doi: 10.1037/cjep2007019.
- Metzner, S. (1999): Tabu und Turbulenz. Musiktherapie mit psychiatrischen Patienten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mertens, M. (2005): Der erste Sinn. In: Tagesspiegel 2005, 08.08.2005, S. 5.
- Montagu, A. (2015): Körperkontakt. Die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Röhricht, F.; Priebe, S. (1998): Körpererleben in der Schizophrenie. Göttingen: Hogrefe.
- Scharfetter, Ch. (1995): Schizophrene Menschen. Diagnostik; Psychopathologie; Forschungsansätze. Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion.
- 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. Health Psychology Report 5 (2). doi: 10.5114/hpr.2017.64628.
- Skrzypek, H. (2017b, in Vorbereitung): *Körper, Bewegung und Musik als Partitur für künstlerische Psychotherapien*. E-Publikation, Universität Augsburg.
- Stolze, H. (1992): Der Körper in der Psychotherapie. In: Buchheim, P.; Cierpka, M.; Seifert, T.; Bergmann, M. S. (Hg.): Der Körper in der Psychotherapie. Berlin/Heidelberg/New York: Springer, S. 106–108.
- Trautmann-Voigt, S.; Voigt, B. (2009): Grammatik der Körpersprache. Körpersignale in Psychotherapie und Coaching entschlüsseln und nutzen. Mit 18 Tabellen. Stuttgart [u.a.]: Schattauer.
- van Manen, M. (2014): Phenomenology of Practice. Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing. Walnut Cree, California: Left Coast Press.

Vetter, B. (1998): Psychiatrie. Ein systematisches Lehrbuch für Heil-, Sozial- und Pflegeberufe. Ulm/Stuttgart/Jena/Lübeck: G. Fischer.

Dr. phil. Hanna Skrzypek
Nizefeldweg 21
5280 Braunau am Inn
Österreich
hanna.skrzypek@icloud.com

Hinweis

Sabine Koch und Thomas Bergmann beschreiben im MU Themenheft *Übergänge und gemeinsame Grundlagen von Musik und Bewegung*. Sie stellen den Körperbezug in der Musiktherapie vor dem Hintergrund von Bewegungsrhythmen und menschlicher Resonanzfähigkeit heraus.

Mikroanalytisches Arbeiten als musiktherapeutische Forschungsmethodik wird im Themenheft MU sowohl bei *Thomas Wosch* in seinem Artikel *Übergänge im Interaktionsverhalten in der musiktherapeutischen Improvisation und vom präverbalen zu verbalen Ausdruck* als auch bei *Julia Trostmann* und *Susanne Metzner* im Artikel *Ko-Kreative Momente und Transition* beschrieben.