

Aus dem Universitätsklinikum Münster  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. V. Arolt -

**Musikmalen  
als psychotherapeutische Methode  
bei Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen  
(ICD-10: F4) – Eine katamnestische Evaluation**

INAUGURAL – DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät

der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von: **Michael, Riad Alexander**  
aus Saarbrücken  
2005

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. H. Jürgens

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. paed. Dr. rer. soc. K. Hörmann

2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. V. Arolt

Tag der mündlichen Prüfung: 05.10.05

## **Zusammenfassung:**

Aus dem Universitätsklinikum Münster  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. V. Arolt -  
Referent: Univ.-Prof. Dr. paed. Dr. rer. soc. K. Hörmann  
Koreferent: Univ.-Prof. Dr. med. V. Arolt

### **ZUSAMMENFASSUNG**

Musikmalen als psychotherapeutische Methode bei Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD-10: F4) – Eine katamnestische Evaluation  
Riad Alexander Michael

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine empirische Untersuchung der Forschungsergebnisse des Nervenarztes Dr. med. Rudolf Burkhardt (1986, 1991, 1995, 1996), der die Methode des Musikmalens über 20 Jahre mit Erfolg in der psychotherapeutischen Behandlung „neurotischer“ Störungen einsetzte.

Einleitend wird der Begriff Musiktherapie historisch und methodisch reflektiert und das Musikmalen als spezielle Kombination musik- und kunsttherapeutischer Methodik anhand von Konzepten der Musikalischen Grafik, Musikalischen Früherziehung und Synästhesie in seiner Geschichte erörtert sowie auf nosologische und tiefenpsychologische Aspekte psychosomatischer Störungen, insbesondere des Neurose-Begriffs eingegangen. Das Musikmalen nach Burkhardt wird bezüglich Methodik, Zielsetzung und Bearbeitung des Bildmaterials mit den Patienten als spontan improvisierendes, emotional abreagierendes, ganzheitliches Ausdrucks- und Kommunikationsverfahren beschrieben, das tiefenpsychologische Wirkungen entfalten und konfliktzentriert eingesetzt werden kann.

An fünf Patienten des Diagnosebereichs „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (ICD-10: Kapitel F4) sowie weiteren exemplarisch vorgestellten Patienten mit ihren zu Musik gemalten Bildern werden in vorliegender Arbeit charakteristische Entwicklungen des Bildausdrucks parallel zu katamnestisch dokumentierten Besserungen der Patientenbefindlichkeit im Therapieverlauf aufgezeigt. Anhand von Kriterien zur Beurteilung von Bildern (Kriterien nach Burkhardt (Burkhardt, 1986); Die phänomenologische Bilderfassung (Stuhler-Bauer & Elbing, 2003); RES-Analysesystem (Hörmann, 1993); Millon-Kriterien (Millon, 1996) lassen sich die grafischen Entwicklungen im therapeutischen Verlauf verfolgen. Die Errechnung eines auf subjektiven Eindrücken des Bildbetrachters basierenden RES-Besserungsgrades erweist sich als reliabler jedoch fraglich valider Indikator für den Therapieerfolg. Dennoch kann festgestellt werden, dass sich der Therapieerfolg in Form der Musikmalbilder anschaulich für Kollegen und Angehörige dokumentieren lässt.

In der Diskussion wird die Aktualität und universelle Einsetzbarkeit der Methodik der Musik-Maltherapie nach Burkhardt unter psychodynamischen und musikpsycho- logischen Aspekten sowie Einbezug aktueller Ergebnisse aus der Hirnforschung und Neuropsychologie nicht nur in der Psychotherapeutischen Medizin hervorgehoben.

Tag der mündlichen Prüfung: 05.10.05

Dr. med. Otto Rudolf Burkhardt  
für seine Verdienste  
um die Musiktherapie  
gewidmet

Die vorliegende Arbeit entstand in der Zeit von September 2001 bis Februar 2005 und wurde von Herrn Univ. Prof. Dr. paed. Dr. rer. soc. K. Hörmann, Leiter des Wissenschaftlichen Weiterbildungsstudiums Musik- und Tanztherapie an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster sowie Herrn Univ.-Prof. Dr. med. V. Arolt, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster betreut.

# Inhalt

	Seite
<b>1. Einleitung</b>	1
1.1. Vorbemerkung	1
1.2. Historischer Überblick mit Aspekten der therapeutischen Zielsetzungen bei Anwendung von Musik in der Medizin	2
1.3. Musiktherapie aus wissenschaftlicher Sicht	6
1.4. Ziele und Methodik der Musiktherapie für Menschen mit Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD-10: F4)	22
1.4.1. Physiologische Wirkungen der Musiktherapie	23
1.4.2. Psychologische Wirkungen der Musiktherapie	25
1.5. Nosologische und tiefenpsychologische Aspekte Neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen	32
1.6. Zur Geschichte des Musikmalens	39
1.6.1. Herkunft und Ansätze des Musikmalens als pädagogische und therapeutische Methode	39
1.6.2. Musikalische Grafik	45
1.6.3. Musikalische Früherziehung	48
1.6.4. Synästhesie	52
1.7. Musikmalen als psychotherapeutische Methode	57
1.7.1. Die Methode des Musikmalens nach Dr. med. Rudolf Burkhardt	57
1.7.2. Die Ziele des Musikmalens	62
1.7.3. Die Bearbeitung des Bildmaterials mit den Patienten	67
1.8. Fragestellung/Hypothesen	69
1.9. Nachruf	71
<b>2. Material und Methoden</b>	74
2.1. Vorgehensweise	74
2.2. Krankengeschichten (Katamnesen)	75
2.3. Bildmaterial	76

2.4.	Auswertungskriterien	76
2.4.1.	Kriterien zur Beurteilung von Bildern (Hörmann, 2000)	76
2.4.2.	Bildnerische Ausdrucksmittel nach Kandinsky	77
2.4.3.	Bewertungskriterien für Musikmalen nach Burkhardt (1986) - Kurzform	77
2.4.4.	Bewertungskriterien für Musikmalen nach Niemeyer (1990)	78
2.4.5.	Die phänomenologische Bilderfassung (Stuhler-Bauer & Elbing, 2003)	79
2.4.6.	Das RES-Bewegungsanalysesystem (Hörmann, 1993)	86
2.4.7.	Die Millon-Kriterien (Millon, 1996)	89
2.4.8.	Bildsymbolik	91
2.4.9.	Zur Symbolik und Ausdruckswirkung der Farben	93
<b>3.</b>	<b>Ergebnisse</b>	98
3.1.	Beschreibung und Deutung der Bilder von fünf Patienten, die eine charakteristische Entwicklung in der Musikmaltherapie aufweisen	98
	1.) 38-jährige Patientin	98
	2.) 59-jährige Patientin	104
	3.) 42-jährige Patientin	106
	4.) 56-jähriger Patient	109
	5.) 44-jährige Patientin	112
3.2.	Zusammenfassung der charakteristischen Veränderungen in den Patientenbildern im Therapieverlauf anhand der Kriterien zur Bildauswertung nach Burkhardt (1986)	114
3.3.	Zusammenfassende Analyse der Bildfolgen anhand des RES-Systems	115
3.4.	Zusammenfassende Analyse der Bildfolgen anhand der Millon-Kriterien	127
3.5.	Exemplarische Vorstellung weiterer Patientenbilder	131
3.6.	Beispiele für Musikstücke und deren Reihenfolge in Burkhardts Musikmaltherapie	140
3.7.	Bildbeispiele für beidhändiges Musikmalen	143
<b>4.</b>	<b>Diskussion</b>	145
4.1.	Zusammenfassender Überblick der Ergebnisse	145
4.2.	Diskussion der Ergebnisse unter psychodynamischen und musikpsychologischen Aspekten	147

4.3.	Aktuelle Ergebnisse aus Hirnforschung und Neuropsychologie zur menschlichen Informationsverarbeitung im Hinblick auf psychosomatische und emotionale Prozesse	157
4.4.	Der Stellenwert des Musikmalens in der Medizin	163
<b>5.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	168
<b>6.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	171
<b>7.</b>	<b>Lebenslauf</b>	186
<b>8.</b>	<b>Anhang</b>	I
8.1.	(Einzel-)Bildanalysen	I
8.1.1.	Bildanalysen mit Hilfe des RES-Systems	I
8.1.2.	Bildanalysen nach den Millon-Kriterien	XXIX

## 1. Einleitung

### 1.1. Vorbemerkung

Der Herausforderung, den heute vor allem in Psychiatrie und Psychosomatik, aber auch anderen medizinischen Fachbereichen anzutreffenden Patienten mit psychogenen („neurotischen“) bzw. psychosomatischen Störungen mit effektiven, persönlichkeitsorientierten und nebenwirkungsarmen Therapiemethoden zu begegnen sowie die persönliche jahrelange Erfahrung des Autors als improvisierender Musiker und Musikproduzent gaben Anlass zur Erforschung der noch relativ jungen Disziplin der Musiktherapie. Die glückliche Begegnung mit Univ.-Prof. Dr. Dr. Karl Hörmann sowie Dr. Yolanda Bertolaso zu Beginn meines wissenschaftlichen Weiterbildungsstudiums Musiktherapie an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster brachte mir die Vielfalt der musiktherapeutischen Ansätze aus psychologischer, physiologischer und philosophischer Sicht näher und weckte mein Interesse an den unausgewerteten Forschungsergebnissen und wissenschaftlichen Schriften des verstorbenen ehemaligen Chefarztes einer Psychosomatischen Krankenhausabteilung Dr. med. Rudolf Burkhardt, der sich nicht nur durch den Einsatz der speziellen Kombination des Musikmalens in der psychotherapeutischen Behandlung als Pionier der Musiktherapie in Deutschland verdient gemacht hat und als Dozent des musiktherapeutischen wissenschaftlichen Weiterbildungsstudiums in Münster über 20 Jahre lang wertvolle Beiträge leistete. „Die wissenschaftliche Fundierung der Musiktherapie befindet sich zwar noch in den Anfängen...“, „die empirische Effektivität...ist jedoch unbestritten.“ (Burkhardt, 1995).

Die Vielfalt der kreativen bzw. künstlerischen Therapiemethoden und -ansätze (Musik-, Tanz- und Kunsttherapie, kreatives Schreiben, Dramatherapie, Gestalttherapie u. a.) spiegelt nicht zuletzt den Reichtum menschlicher Phantasie in der Geschichte der Kulturen wider. Sie weist auf die besondere Fähigkeit des Menschen zur Introspektion und Imagination hin, die als eine Voraussetzung für den Erfolg einer künstlerischen

bzw. psychologischen Therapie gelten, aber auch durch sie entwickelt werden kann. Die Spannweite musiktherapeutischer Ansätze und Einsatzmöglichkeiten reicht vom „afunktionalen Umgang mit Musik“ über „funktionale Musiktherapie“ bis zur „künstlerischen Musiktherapie“ (Hörmann, 2003), (s. Kapitel 1.3.).

Die Zunahme der „Zivilisations-Krankheiten“, insbesondere sog. „stressbedingter“ Erschöpfungssyndrome und depressiver Störungsbilder mit ihren leider nicht selten erfolglosen und nebenwirkungsreichen medikamentösen Therapieversuchen mit z.B. Antidepressiva und anderen Psychopharmaka scheinen eine ärztliche Philosophie im Sinne von „Practising the Art while Mastering the Science“ (Lown, 2000), herauszufordern, um noch effektivere medizinische Behandlungen zu ermöglichen, die dem Menschen in seiner Komplexität gerechter werden.

Zum besseren Verständnis des Dissertationsthemas soll zunächst der Begriff „Musiktherapie“ historisch und methodisch beleuchtet, und insbesondere in Bezug auf die Krankheitsgruppe der Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD-10: F4) erläutert werden (s. Kapitel 1.2. – 1.5.), um anschliessend, die Geschichte des Musikmalens unter therapeutischen und künstlerischen Aspekten zu erörtern (s. Kapitel 1.6.) und Burkhardts spezielle Methodik der Musik-Maltherapie (s. Kapitel 1.7.) mit Hilfe der Katamnesen und Bilder kriterienorientiert (s. Kapitel 2.) anhand von fünf Fallbeispielen zu demonstrieren und kritisch zu diskutieren (s. Kapitel 3. u. 4.).

## 1.2. Historischer Überblick mit Aspekten der therapeutischen Zielsetzungen bei Anwendung von Musik in der Medizin

Musiktherapie führt uns in der Kulturgeschichte bis in die Urzeiten menschlicher Existenz zurück und so spiegelt die Geschichte der Musiktherapie die Kulturgeschichte der Menschheit wieder. Schon im alten Ägypten sowie den griechischen Philosophen war die Heilkraft der Musik bekannt, und alle Natur- und Kulturvölker haben von der

heilenden Wirkung der Musik Kenntnis und nutzen ihren vielfältigen therapeutischen Einfluss.

Zunächst spielen magisch-mythische Praktiken der mit Tanz und Bewegung verbundenen Musik eine Rolle und ritualisierte Heilgesänge mit meist stark rhythmischer Musik, wie sie heute noch in Naturvölkern geübt werden.

Sodann ist an die heilende Musik in den Tempeln zu erinnern oder an Davids Lautenspiel vor dem König Saul, wodurch die Stimmung aufgehellt wurde bzw. der böse Geist von ihm wich, wie es wörtlich heisst (1. Sam. 16, 14 -23; etwa 1000 v. Chr.).

Musik wurde bereits in der Antike als Therapie im Hinblick auf die Schmerzen bei rheumatischen Erkrankungen eingesetzt (Evers, 1990). Platon schreibt der Musik heilende Kräfte zu, Aristoteles spricht von ihrer kathartischen Wirkung bei belastenden Affektstauungen, und im Corpus Hippocraticum (ca. 350 v. Chr.) lesen wir, dass Flötenspiel und andere Musik das Gehör erfreut und „von diesem Tun man erst ablassen solle, wenn den Kranken Schlaf überkommt...“. Galen (ca. 200 n. Chr.) formuliert angesichts der Heilwirkung von Musik sogar, „dass derjenige, der diese Künste richtig anzuwenden versteht, gewiss Körper und Seele bestens herrichtet“. (Harrer, 1975, 136). Von dem römischen Kanzler und Gelehrten Cassiodorus (ca. 490-580 n. Chr.) wird die psychohygienische und psychotherapeutische Bedeutung der Musik hervorgehoben. Im christlichen Mittelalter überwiegt die Anschauung, z. B. bei Chrysostomus, Augustinus, Thomas v. Aquin, dass die innere, göttliche Ordnung der geistlichen Musik die religiösen Beziehungen des Menschen heilsam beeinflussen kann. Das Interesse an der aktiven Musiktherapie nimmt im ausgehenden Mittelalter und in der Renaissance (15./16. Jhdt.) zu (vgl. Ficinus ca. 1433-99, Agrippa v. Nettesheim 1486 - 1535), und von Burton (1577 - 1610) wird die Musik als Heilmittel gegen die Melancholie beschrieben (ref. in: Burkhardt, 1982).

Unter dem Einfluss der ersten naturwissenschaftlichen Erkenntnisse in der Medizin (vgl. Harveys Entdeckung des Blutkreislaufs) und Descartes' Trennung von Leib und

Seele war die Beschäftigung mit der Heilwirkung der Musik nicht aufgegeben worden; kein geringerer als Leibniz nahm sich des Themas „Musik als Arznei“ an (ref. in: Burkhardt, 1982).

In der Iatromusik („Heilmusik“) lebt im 17./18. Jhdt. das antike philosophische Gedankengut wieder auf und wird mit neuen physiologischen und philosophischen Auffassungen verknüpft (z. B. Kircher 1684). Anton Nicolai (1745) erläutert in seiner Abhandlung „Die Verbindung der Musik mit der Arznei-Gelahrtheit“ bereits die Beziehung zwischen Emotion und Vegetativum (ref. in: Burkhardt, 1982).

Anfang des 19. Jhdt. messen die Psychiker (z. B. Reil, Jacobi, Roller, Horn, Cox) für die Behandlung in den sog. Irrenanstalten der Musik grosse Bedeutung bei. Schliesslich wurde die Musiktherapie in der Ära der vorwiegend naturwissenschaftlich orientierten Medizin und auch in den ersten Dezennien der Psychoanalyse in eine Aussenseiterposition gedrängt, bis nach dem Zweiten Weltkrieg das Interesse an musiktherapeutischen Verfahren neu erwachte und vor allem durch die tiefenpsychologisch orientierte schwedische Schule Pontviks und durch die sozialpsychoanalytisch orientierte amerikanische Musiktherapie auch in Deutschland einen Aufschwung erhielt und nachhaltig beeinflusst wurde (z. B. Gatewood, Gibbons, Sears, Blackwell, Pontvik; s. Kapitel 1.3.). H. R. Teirich veröffentlichte 1954 und 1958 seinen ersten Arbeiten zur Musiktherapie im Rahmen der Psychotherapie mit Betonung der psychosomatischen Wirkung von Musik (ref. in: Burkhardt, 1982).

Die von K. Hörmann seit 1978 veröffentlichten Arbeiten zu Wechselbeziehungen von Musik in Pädagogik und Therapie und insbesondere die 2003 und 2004 erschienenen Beiträge „Musik in der Heilkunde“ sowie „Effizienzbasiertes Monitoring individueller Therapieziele in der Musiktherapie“ liefern einen international orientierten Überblick des musiktherapeutischen Einsatzfeldes und stellen unter Verweis auf neueste Ergebnisse aus Hirnforschung, Neuropsychologie und Psychologie Konzepte einer wissenschaftlichen musiktherapeutischen Qualitätssicherung vor. „Spätestens seit Grawes u. a. (1994) plakativem Diktum „von der Konfession zur Profession“ können sich auch die künstlerischen Therapien trotz ihrer vehementen, allerdings

beschämenden Abwehrversuche...der Forderung nach Qualitätssicherung nicht mehr entziehen“ (Hörmann, 2003).

Für eine ausführliche historische Aufarbeitung der Anwendungen von Musik auf dem Gebiet der Medizin sei verwiesen auf: Kümmel, W. F. (1997). *Musik und Medizin*. Ihre Wechselbeziehungen in Theorie und Praxis von 800 bis 1800. Freiburg/München: Karl Alber.

Abschliessend seien noch einige historische Zitate zur Musik und ihrer Wirkung angefügt:

„Musik ist höhere Offenbarung als alle Weisheit und Philosophie.“ (Goethe)

„Ich betrachte die Musik als die Wurzel aller übrigen Künste.“ (Heinrich von Kleist)

Schopenhauer, der die bis heute noch zutreffende Musikauffassung (s. Kapitel 1.3.) wesentlich beeinflusst hat, hielt die Musik für „die erste, die königlichste aller Künste“.

„Music’s the Medicine of the Mind.“ (John Logan (1744-88))

„Musica itaque medicinalis est...“ (Johannes de Muris ?)

„Secretum Secretorum“, eine angeblich von Aristoteles für Alexander den Grossen verfasste Schrift, die jedoch aus dem arabischen Mittelalter stammt, ohne dass sich Verfasser und Entstehungszeit bisher hätten hinreichend klären lassen (man datiert sie auf das 10. Jahrhundert oder früher). In einem Textteil der allerdings nicht in die westeuropäische Tradition übergegangen ist, heisst es, auch Geisteskrankheiten liessen sich behandeln, und zwar mit Musikinstrumenten, die der Seele auf dem Wege über das Gehör jene harmonischen Klänge übermitteln, die durch die Bewegungen und Berührungen der himmlischen Sphären entstünden. In menschlicher Sprache dargeboten, würden diese Klänge zu einer der menschlichen Seele angenehmen Musik, „weil sich die Harmonie der Himmelssphären im Menschen in der Harmonie seiner

eigenen Elemente ausdrückt, worin das Prinzip des Lebens liegt. Wenn daher die Harmonie irdischer Musik vollkommen ist oder wenigstens der Harmonie der Sphären möglichst nahe kommt, wird die Seele des Menschen aufgemuntert, fröhlich gestimmt und gestärkt“ (Kümmel, 1997).

„Musiktheoretiker Engelbert von Admont führt zu Beginn des 14. Jahrhunderts diesen Gedanken in allgemeinerer Form weiter aus:

„Durch musikalischen Gesang werden die Geister [des Menschen] mehr verändert als durch blosse Worte. Der Grund dafür ist, daß die Natur sich an allem erfreut, was ihr gemäß ist. Eine geordnete Bewegung ist der Natur gemäß, und eine solche Bewegung ist im musikalischen Gesang gegeben, wo verschiedene Stimmen entsprechend den musikalischen Proportionen miteinander zusammenklingen. An diesem Zusammenklang erfreut sich die natürliche Komplexion [des Menschen], die aus gegensätzlichen Elementen besteht, die zueinander in einem proportionierten Verhältnis stehen“ (ebd.).

„Instrumenten und Seytenspiel der Musica helffen auch die gesuntheit erhalten / und die verloren wider zubringen. Dan die tön seind eben den schwachen gemüteren vergleicht / wie sich die artzneyen den schwachen leiben vergleichen.“

(Schachtafelen der Gesuntheit, Straßburg 1533, in: Kümmel, 1997)

### 1.3. Musiktherapie aus wissenschaftlicher Sicht

In Deutschland wird Musiktherapie heute vor allem als nonverbale vorwiegend tiefenpsychologisch orientierte psychotherapeutische Methode (s. Kapitel 1.4.) verstanden und angewandt (vgl. hierzu die kritische Stellungnahme in Hörmann, 2003, 7-13), was nicht verwundert, wenn man bedenkt, dass die Wurzeln der Psychoanalyse in Europa liegen. „Musiktherapie als eigenständige Form von Psychotherapie ist vermutlich eine deutsche Besonderheit der Musiktherapieentwicklung, da diese

Richtung in der internationalen Literatur nie gesondert erwähnt wird“ (Bruhn, 2000, 76).

Die amerikanischen Definitionen von Musiktherapie grenzen kein Gebiet der Heilkunde aus ihrem Bereich aus und schliessen insbesondere auch die Heil- und Sonderpädagogik sowie die rehabilitative Medizin mit ein.

Definition der NAMT (National Association for Music Therapy) von 1987:

„Music therapy is the specialized use of music in the service of persons with needs in mental health, physical health, habitation, rehabilitation, or special education.“

Die AMTA (American Music Therapy Association), die aus dem 1998 vollzogenen Zusammenschluss von NAMT (National Association for Music Therapy) und AAMT (American Association for Music Therapy) hervorging, schreibt auf ihrer Homepage [www.musictherapy.org](http://www.musictherapy.org):

*„Music therapy is the skillfull use of music as a therapeutic tool to restore, maintain and improve mental, physical and emotional health. The nonverbal, creative an affective nature of music facilitates contact, self-expression, communication and growth. Music therapy can be used to facilitate physical wellness, encourage positive social interactions, improve interpersonal relationships, nurture appropriate emotional expression and increase self-awareness.“*

In der Definition der World Federation of Music Therapy (WFMT) von 1996 kommen eigens auch „melody“ und „harmony“ vor und ist die gesamte Palette von „needs“ und eine breite Zielfächerung aufgelistet:

*„Music Therapy is the use of music and/or its musical elements (sound, rhythm, melody and harmony) by a qualified music therapist, with a client or group, in a process designed to facilitate and promote communication, relationships, learning, mobilisation, expression, organisation and other relevant therapeutic objectives in*

*order to meet physical, emotional, mental, social and cognitive needs. Music Therapy aims to develop potentials and/or restore functions of the individual so that he or she can achieve better intra and/or interpersonal integration and, consequently, a better quality of life, through prevention, rehabilitation or treatment“*

([www.musictherapyworld.net/modules/wfmt/w\\_definition.htm](http://www.musictherapyworld.net/modules/wfmt/w_definition.htm)).

H. Goll (1993, 211-222) unterscheidet vier spezifische Teilgebiete der Musiktherapie: den organmedizinischen Bereich (Somatische Musiktherapie), den psychotherapeutischen Bereich (Musikpsychotherapie), den heilpädagogischen Bereich (Heilpädagogische Musiktherapie) und den Bereich fragwürdiger Qualifikationen und Kompetenzüberschreitungen (Dilettantische Musiktherapie (!)). Die durch die Bezeichnung „Dilettantische Musiktherapie“ zum Vorschein kommende Ironie spiegelt leider die Realität wieder, in der dieser Bereich fraglos überwiegen dürfte und damit das Bild von Musiktherapie in der Öffentlichkeit prägt (vgl. hierzu Hörmann, 2003, 9-10).

W. C. Simon (in: Revers, Harrer, Simon, 1974, 10) beschreibt Musiktherapie im psychotherapeutischen Kontext als „eine diagnosespezifische Behandlungsmethode der Psychotherapie ..., welche nach psychopathologischen Erfordernissen ausgerichtet, das spezifische Kommunikationsmedium Musik rezeptiv und aktiv anwendet, um therapeutische Effekte in der Behandlung von Neurosen, psychosomatischen Störungen, Psychosen und neuropsychiatrischen Erkrankungen zu erzielen“.

H. Bruhn (2000, 76) unterscheidet in der Musikpsychotherapie neben dem tiefenpsychologischen Modell weitere Therapiemodelle, die therapeutenabhängig mehr oder weniger alle miteinander in Verbindung stehen und eingesetzt werden: gestalttheoretische Modelle, das humanistisch-existentialistische Modell, gesprächstherapeutische und behavioristische Anteile. Einen differenzierten Überblick über die Zuordnung von Musiktherapie zu verschiedenen Methoden der Psychotherapie gibt auch H. Smeijsters (1994). Jede Psychotherapie-Form basiert auf einem Menschenbild und definiert den Menschen und sein psychisches Funktionieren auf eine ihr typische Art und Weise (vgl. dazu im Überblick Davison & Neale, 1979).

Schwabe (in: Kohler, 1968) betont die Herausbildung zweier „gegensätzlicher Konzeptionen der Musiktherapie“. Die eine sieht in der Musiktherapie eine Methode der klinisch orientierten Psychotherapie. Vertreter dieser Richtung sind trotz unterschiedlicher Auffassungen hinsichtlich der psychotherapeutischen Verfahrensweisen u. a. (Teirich (1954, 1958, 1959, 1961), Jaedicke (1954, 1957, 1960), Stokvis (1958), Wendt (1958), Koffer-Ullrich (1960) und Schwabe (1964, 1965, 1966, 1967) in: Kohler, 1968). Bei den genannten Autoren kommt der Musiktherapie mit verschiedenen, aufeinander abgestimmten Methoden eine begrenzte, detaillierte Aufgabe zu. Die andere Richtung hingegen versucht einen von den üblichen psychotherapeutischen Methoden unabhängigen und selbständigen Weg einer Musiktherapie, die hier eine ausschliessliche und zentrale Aufgabe erhält. Hauptvertreter dieser Richtung war der Schwede Pontvik (1948, 1955, 1962).

Im Gegensatz dazu geht das medizinisch-mechanistische Modell generell davon aus, dass psychische ebenso wie somatische Erkrankungen lediglich auf der Störung eines physiologischen Gleichgewichts beruhen, d. h. Musik wird im Sinne eines Medikaments eingesetzt (musikalische Pharmakologie: Rauhe, 1986, 14), wodurch sowohl Therapeut als auch Klient der Verantwortung für die Gesundung enthoben sind. Die Ärzte R. Spintge und R. Droh (1987, 1992) verwenden seit den 80er Jahren „anxiolytische“ Musik als Beruhigung vor Lokalanästhesien und konnten bereits in der ersten Forschungsphase von einer Reduktion der Beruhigungsmittel um bis zu einem Drittel berichten (vgl. hierzu auch Robb et al., 1995; Zimmermann et al., 1996). Neben dem ebenfalls bereits lange praktizierten Einsatz von Hintergrundmusik beim Zahnarzt (Spintge & Droh, 1987, 189) hat sich Musik auch in der Geburtsvorbereitung (McKinney, 1990), in der Rheuma-Therapie (Schorr, 1993) oder in der Behandlung von chronischen Schmerzen durchgesetzt (Selm, 1991, Müller-Busch, 1997).

K. Hörmann (2003) unterscheidet Musiktherapie, wie erwähnt in 1.) afunktionalen Umgang mit Musik, 2.) funktionale Musiktherapie und 3.) künstlerische Musiktherapie, wobei letztere mehr als eine Addition von 1.) und 2.) darstellt und als „angewandte Musikpsychologie“ im Sinne einer „auf Beobachtungs- und Einfühlungstraining

basierenden bewegungspsychologischen Kognitionsanalyse“ psychotherapeutische Aspekte aufweist.

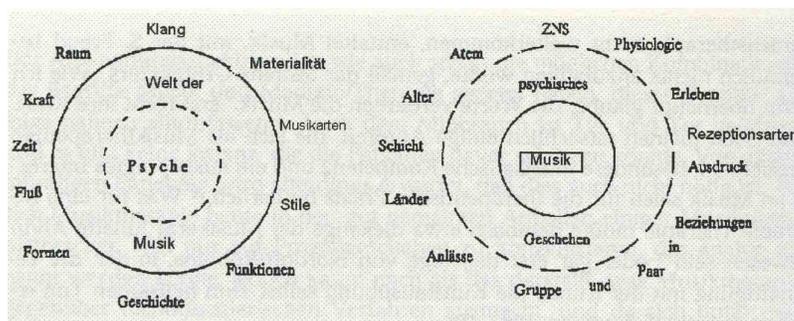
Abb. 1.1: Künstlerische Musiktherapie im Vergleich zu angrenzenden Tätigkeiten (aus: Hörmann, 2004, 309)

Künstlerische Musiktherapie im Vergleich zu angrenzenden Tätigkeiten							
1 Art	2 Bezug	3 Zweck		4 Basisqualifikation	5 Berufsfelder	6 Gehalt	7 Hochschul- Ausbildungen
1. afunktionaler, künstlerischer Umgang mit Musik („Kultur im Krankenhaus“)	a) Objektbezug: aktiv	Stringen Musizieren Musikhören	Künstlerische Musikausübung	Musikhochschule (künstlerische Reifeprüfung)	Kultur im Krankenhaus	Künstlerhonorar	Musikhochschulen
	rezeptiv	Musikhören	Musikanalyse	Medien; Uni	Musikgeschichte		Universitäten
	pädagogisch		Musikvermittlung	Schulen	Musiklehrer		Musikhochsch. Universitäten
2. funktionale Musiktherapie	a) physiologisch, pharmakologisch	Medizinische Aspekte des Musizierens	z. B. in der Rehabilitation und zur Behandlung von Musikerkrankheiten	Medizinstudium	Anxiolytisches Musikhören (Anästhesie, Zahnarzt usw.)	Krankenkassenleistung	MHS Hannover MHS Hamburg
	b) Musik-psychotherapie	in Anlehnung an psychotherapeutische Richtungen	klinische Berufsfelder	Psychotherapeutische Ausbildung	stationäre und ambulante aktive u. rezeptive Musiktherapie	Krankenkassen, privat	MHS Berlin MHS Hamburg Uni Münster Uni Witten-Her. FH Heidelberg
	c) sozialpädagogische Musiktherapie		z. B. aufsuchende Musiktherapie	Sozialpädagogik	Heime; Familienbetreuung, Strafvollzug	Sozialamt	FH Heidelberg FH Magdeburg FH Frankfurt Uni Siegen
	d) sonder-, heilpädagogische Musiktherapie		bei den verschiedenen Behinderungen	Sonder-, Heilpädagogik	Sonderschulen, Behinderten- u. Altenheimen	vom Träger abhängig	Uni Bormund Uni Köln MHS/Uni Hamb.
3. künstlerische Musiktherapie	Angewandte Musikpsychologie = mehr als die Addition von 1 und 2  Subjektbezug mit musikinhärentem Gehalt	1. Diagnostik von Objekt und Subjekt (1a und 1b) 2. therapeut. Erlebnisvertiefung (2b und c) 3. künstlerische, wissenschaftliche und pädagogische Handlungsaktivierung Musikpsychologie Eigenwahrnehmung, Paarbeziehung, Gruppenwirkung zwecks Selbsterfahrung, flow, u. a.:		1 a) und b) + 2 b) und/oder 2 c) und/oder 2 d)	Therapie und Prävention	höchste Gehaltsstufe	Uni Münster: Weiterbildungsstudium

Hörmann (2004, 61-62) erläutert darüberhinaus: „Angesichts der Vielzahl an Möglichkeiten, Musik wahrzunehmen, kommt in der Musiktherapie prinzipiell jegliches Verhalten zwischen Objekt und Subjekt (s. Abb. 1.2) vor. Soll jedoch Musik...unter künstlerisch-therapeutischen Gesichtspunkten zum Einsatz kommen, gilt es im Sinne der beiden Pole von Musikpsychologie...einerseits Sinn und Gehalt des in Frage kommenden Objekts zu erforschen und herauszufinden, ob und inwieweit seine Beschaffenheit pharmazeutischen Wert haben kann, und andererseits sich dem betreffenden Menschen zuzuwenden und abzufragen, welche Beschwerden und Wünsche vorliegen und welche Vorerfahrungen zur Verwendung welches musikalischen...Objekts geeignet erscheint. Nur mit eingehender Diagnostik auf der Objekt- wie auch auf der Subjektseite kann ein möglichst intensiver palliativer Effekt

künstlerisch-therapeutischer Massnahmen erwartet werden. Obgleich das Ohr als Wahrnehmungspotential dem Auge evolutiv und an Differenzierungsvermögen weit überlegen ist und allgemein unterschätzt wird (s. Thomas Vogel (1996). „Über das Hören“), bedarf es in einer auf das Lesen orientierten Welt, die Mitteilungen buchstäblich Schwarz auf Weiss haben will..., gezielter Beobachtung; Wissen kommt schliesslich von videre = sehen (und nicht von science, wie D. Aldridge (1999, 378) meint). Es gehört laut Duden (Das Herkunftswörterbuch. Mannheim, 1989, 816) „mit verwandten Wörtern in anderen idg. Sprachen zu der idg. Wurzel \*ueid- „erblicken, sehen“, dann auch „wissen“ (eigentlich „gesehen haben“).““.

Abb. 1.2: Wechselverhältnis der beiden unterschiedlichen Zugangsweisen in der Musikpsychologie (aus: Hörmann, 2004, 53)



Während die linke Grafik die Abhängigkeit des musikalischen Gehalts (Psyche der Musik) von ihrem Sinn (Eggebrecht, 1979) als geschichtliche Konkretion veranschaulicht, deutet die rechte Grafik den Einfluss von Musik auf das psychische Geschehen im Zusammenhang mit außermusikalischen Faktoren an. Da die Musik als geschlossenes Ganzes ihren Sinn und Gehalt bewahrt, auch wenn sie so nicht gehört wird, bleibt sie selbst davon unberührt (vgl. Hörmann, 2004, 53).

„Ausgehend vom kybernetischen Modell der Informationsübertragung wird Musik im Sinne von Eggebrecht (1979) als Sinn und Gehalt einerseits und als Ausdruck andererseits gesehen. Im einen Fall liegt die Sichtweise eher beim philologisch zu analysierenden musikalischen Objekt, im andren Fall mehr beim hinter diesem Objekt zum Vorschein kommenden Menschen, der individuell unter Berücksichtigung der zu

seiner Zeit herrschenden musikalischen und gesellschaftlichen Normen sowie unter Beachtung der funktionalen Dimension seiner Komposition ihm und seiner Zeit bekanntes musikalisches Material bewusst organisiert und formt. Das musikalische Objekt ist damit im Sinne Lavaters, dem Begründer der Ausdruckspsychologie, ein personabgelöster Ausdruck und das Ergebnis eines zutiefst humanen Akts (s. Buser, 1973)“ (Hörmann, 2004, 55).

Prinzipiell unterscheidet Hörmann folgende ineinandergreifende Prinzipien einer künstlerischen Musiktherapie als angewandte Musikpsychologie:

a) *Diagnostik*

ICD-10, DSM-IV, RES-Analyse, Millon-Profil, musikalische Anamnese

Eine Hilfestellung bei der Bewegungsbeobachtung bzw. -interpretation bietet u. a. das zur Analyse von bewegungspsychologischem Verhalten entwickelte RES-Analysesystem (Hörmann, 1993), das sich ebenfalls zur Bildanalyse eignet, sowie die zur Diagnostik von persönlichkeitsstypischem Verhalten entwickelten Millon-Kriterien (Millon, 1996) (s. Kapitel 2.3.).

Während des musiktherapeutischen Settings wird anhand der evtl. neu auftauchenden Informationen über die Teilnehmer die Diagnose mit Hilfe des RES-Systems aktualisiert.

b) *Erlebnisvertiefung*

In der Erlebnisvertiefung wird versucht, die Teilnehmer möglichst intensiv emotional anzusprechen, um auf dieser Basis im musikalischen Spiel die mittels RES-Analyse aktuell festgestellten individuellen evtl. defizitären RES-Bewegungsfaktoren zu trainieren und zu erleben. Um jeden Einzelnen entsprechend berücksichtigen zu können sollte die Teilnehmerzahl eines gruppentherapeutischen Settings ca. 8 – 12 nicht überschreiten.

### c) Handlungsaktivierung

Es soll vermittelt werden wie die beim Musizieren erlebten persönlichen Wirkungen in den Alltag übertragen und angewendet werden können (Transfer). Der Teilnehmer soll lernen, sich an das musiktherapeutische Erlebnis zu erinnern, um daraus Kraft für seine Selbstmotivierung im Leben zu schöpfen.

Im Sinne des *Iso- und Levelprinzips* (vgl. Benenzon, 1983) wird beim Ablauf der Musiktherapie auf die Gesamtstimmung, die „psychische Ausgangssituation“ der Gruppe oder des Einzelnen im besonderen Bezug und Rücksicht genommen (Iso-). Dabei ist das erste Musikstück als Einstieg wichtig. Die weiteren Werke können mehr auf den introspektiven Prozess hinzielen, oder aufschliessenden oder provozierenden Charakter aufweisen, um z. B. eine emotionale Umstimmung der Patienten zu erreichen. Nachdem die ersten diagnostischen Informationen gewonnen wurden, kann im weiteren Verlauf der Sitzung in der Erlebnisvertiefung zunehmend mehr konfrontiert werden, um anhand der RES-Analyse auf die defizitären RES-Bewegungsfaktoren hinzuarbeiten (Level-). Das beim musizieren sowohl für den spielenden als auch für den zuhörenden Teilnehmer (bzw. Therapeuten) resultierende Fluss-Gefühl („flow“, im RES-System: f bis F) spielt eine bedeutende Rolle für den Therapieerfolg. Unter Beachtung der Therapeutenformel (Entwicklung = Akzeptanz + Konfrontation (in: Hörmann, 2003)) kann ein möglichst hoher therapeutischer Effekt erreicht werden.

Der nicht zu überschätzende Vorteil einer derart nach dem persönlichen Verhalten des Patienten ausgerichteten multimodalen Musiktherapie liegt in der individuell und ganzheitlich sowie ressourcenorientierten Ausrichtung auf den einzelnen Menschen. Als Nachteil kann angesehen werden, dass die therapeutischen Ziele (z. B. Entspannungs- oder Kommunikationsförderung) daher individuell auf sehr unterschiedliche Weise erreichbar sind, so dass generelle und konkrete Vorgehensweisen äusserst schwierig abzuleiten sind.

Praktisch lässt sich Musiktherapie, die als Einzel- und/oder Gruppentherapie stattfinden kann, jedoch in zwei recht unterschiedliche Verfahren einteilen: in *aktive* und in *rezeptive* Methoden, wobei angemerkt sei, dass die rezeptive (passive) Musiktherapie natürlicherweise ebenfalls ein weitreichend aktiver Prozess ist, der die auditive Wahrnehmung, rationale und vor allem emotionale Verarbeitung bis zu vegetativen Reaktionen umfasst.

Die aktiven Formen lassen sich weiterhin „in aktiv-reproduzierender Form“, d. h. spielen oder singen bestimmter Musikstücke sowie in „aktiv-produzierender Form“, d. h. freimprovisieren „verabreichen“ (vgl. Revers, Harrer, Simon, 1974, 15), „wobei stets dem Erleben der eigenen Stimme grosse Bedeutung zukommt“ (Burkhardt, 1995). Die Instrumente, Rhythmus- und Melodieinstrumente, wie z. B. Trommeln, Pauken, Klanghölzer, Rasseln; Xylophone, Metallophone, Glockenspiele, Gitarre, Streichsalter, Keyboard, Klavier, dienen vorwiegend der freien Improvisation oder Begleitung des Singens. Oftmals wird spontan ausgelöstes Klatschen, Trampeln, Schnalzen miteinbezogen oder auch Ausdrucksbewegungen und Tanzen initiiert (vgl. ebd.).

Die rezeptive Musiktherapie umfasst „das Anhören von Musik unterschiedlichster Herkunft und das nachfolgende Gespräch über das Erlebte: über die Gefühlswahrnehmungen, über Erinnerungen, die wachgerufen wurden, Assoziationen oder Bilder und Tagträume, die sich unter der Musik einstellen können. In zumeist tiefenpsychologisch fundierten Einzel- oder Gruppengesprächen lassen sich dann die Erlebnisse, z. B. ein verdrängtes konflikthafte Trauma, das beim Hören der Musik bewusst aktualisiert wurde, bearbeiten und Lösungen anstreben.“ (ebd.). Rezeptive und aktive Musiktherapie „lassen sich vielfach mit anderen therapeutischen Verfahren kombinieren: ...z. B. mit Malen; mit kathymem Bilderleben und Psychodrama, mit Meditation sowie autogenem Training und anderen Entspannungsübungen“ (ebd.). Hier finden sich zudem Parallelen zur Klangtherapie, die neben eher körperlichen, durch die physikalische Schwingung des Klanges (Sound) erzeugte Vibration mit entspannend bzw. anregend regulierendem Effekt auch psychologische Wirkungen entfalten kann (vgl. Silber, 2003; Hess, 2000).

In der Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychotherapeutischen Medizin (Psychosomatik) kann Musiktherapie vor allem bei Neurosen eingesetzt werden (s. Kapitel 1.4.): bei Angst- und Zwangsneurosen, bei neurotischen Depressionen mit entsprechender anankastischer, depressiver, schizoider, hysterischer oder Borderline-Struktur sowie bei entaktualisierten Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und affektiven Psychosen (vgl. Schmuttermayer, 1983; Steinberg et al., 1985; Pfeiffer et al., 1987; Pavlicevic und Trevarthen, 1989; Wengel, Burke und Holemon, 1989; Tang, Yao und Zheng, 1994), bei Drogen- und Medikamentenabhängigen und bei den psychovegetativen Syndromen, den funktionellen Störungen und speziellen psychosomatischen Erkrankungen sowie somatopsychischen Krankheitsbildern (vgl. Altshuler, 1948; Gross und Swartz, 1982; Meschede et al., 1983; Behrends, 1983; Heyde und von Langsdorff, 1983; Schmuttermayer, 1983; Kaufmann, 1983, 1985; Reinhardt, Röhrborn und Schwabe, 1986; Pfeiffer et al., 1987; Moreno, 1988; Lengdoblér und Kiessling, 1989; Courtright et al., 1990).

Die in der aktiven und kreativen psychotherapeutischen Musiktherapie beobachteten Vorgänge, z. B. Ängste, Widerstände, Übertragungen, Leistungsansprüche, Aktualisierung von Konflikten, können sogleich oder in späterem Gespräch bearbeitet werden. Therapieziele können in diesen Bereichen u. a. sein: Erhöhung der Introspektions- und Dialogfähigkeit, Abbau von Perfektionsstreben, Förderung des Selbstwertgefühls und -vertrauens, Wahrnehmung und Äusserung von Gefühlen, kathartisches Abreagieren von angestauten Affekten, Bewusstmachen verdrängter Erlebnisse, Auflockerung und Entspannung, Abbau von Hemmungen, Entfaltung kreativer Kräfte, Anregung von Eigeninitiative, Wahrnehmung der eigenen Körperlichkeit, Freude an spielerischer Aktivität (s. Kapitel 1.4.).

In der Neurologie dient die Musiktherapie vorwiegend der Mobilisierung durch Anregung der Motorik, besonders mit Hilfe rhythmischer, motivierender Musik bei Apoplektikern, Parkinson-Patienten, MS-Kranken und anderen Bewegungsbehinderten, nimmt aber über die aktivierende Wirkung auch auf das seelische Befinden dieser Patienten Einfluss und fördert die Rehabilitation. „Die Musik scheint eine

Schlüsselrolle beim Wiedererwerb verlorengangener Fähigkeiten zu haben...“ (Herskowitz, Rosman & Geschwind, 1984; Naeser & Helm-Eastabrooks, 1985; Sacks, 1986; Lucia, 1987; O’Boyle und Sandford, 1988; Jones, 1990; Aldridge, 1989 a, 1991 b, 1991 d).

In der Rehabilitation psychisch Kranker und in der Rehabilitation allgemein ist schon immer auf Musiktherapie zurückgegriffen worden (Bason und Celler, 1972; Gilbert, 1977; Heyde und von Langsdorff, 1983; Jochims, 1990; Lengdobler und Kiessling, 1989; Pfeiffer et al., 1987; Porchet-Munro, 1988; Updike, 1990).

„...unabhängig davon, wie schwer die organische Verletzung ist...bleibt die uneingeschränkte Möglichkeit der Reintegration durch die Kunst, das Kommunizieren, das Aufschliessen des menschlichen Geistes; auch dann, wenn sich uns zunächst nur ein scheinbar hoffnungsloser Zustand neurologischer Verwüstung darbietet“ (Sacks, 1986, 37).

„Musik oder auch die erzählerische Form haben Kraft, zu ordnen“ (ebd., 177)

Diese Ziele der Musiktherapie lassen sich ebenso in der Orthopädie und Chirurgie realisieren, wo Musik überwiegend kombiniert mit gymnastischen Übungen zur Besserung der Funktionstörungen im Bewegungsapparat in den Behandlungsplan integriert ist.

In der Pädiatrie, Heil- und Sonderpädagogik wird Musiktherapie bei körperbehinderten, zerebralgeschädigten, autistischen sowie sprach- und hörgeschädigten Kindern mit Erfolg angewendet.

In der Geriatrie lassen sich mit Musiktherapie wiederum verschiedene Ziele erreichen. Sie bietet Möglichkeiten zur Revitalisierung und Verbesserung des psychischen Wohlbefindens, z. B. auf Grund von motorischer Aktivierung, Auflockerung der Stimmung, Förderung der Eigeninitiative, Kommunikation und sinnvoller, kreativer Lebensgestaltung. Gerade bei z. B. Demenzerkrankungen stellt Musiktherapie eine

wertvolle Möglichkeit dar, den psychischen, psychosozialen sowie neurologischen Störungen palliativ entgegenzuwirken.

Erste Berichte über Musiktherapie liegen auch aus dem Bereich der Inneren Medizin und schliesslich Onkologie, besonders im Rahmen der Krebsnachsorge, vor (vgl. Burkhardt, 1995, 136-137).

Trotzdem der erfolgreiche Einsatz von Musik zu therapeutischen Zwecken empirisch überzeugt, sind tatsächlich lineare Zusammenhänge zwischen der Wirkung und dem Erleben des Menschen bisher nicht nachzuweisen gewesen (vgl. Strobel & Huppmann, 1978; Furman, 1988; Hodges, 1996). Die soziologischen Gegebenheiten der Musiksituation und die Lebenswelten des Musikkonsumenten (Rösing, 1998) moderieren die empirische Wirksamkeit von Musik, da Musik unterschiedliche Funktionen im Leben einnehmen kann und auch tatsächlich einnimmt (Heister, 1998). Auch die Idee einer Kommunikation mittels Musik kann bisher wissenschaftlich nicht nachgewiesen werden (Strobel & Huppmann, 1978, 54). „Musik ist zu vielfältig im Ausdruck, als dass eindeutige Aussagen abgeleitet werden könnten. Zwar gibt es nachweislich interkulturelle Ausdrucksmodelle – aber schon die Symbolbegriffe der an sich nahe beieinanderliegenden Tiefenpsychologie und Gestalttherapie widersprechen sich so sehr, dass man an Beliebigkeit glauben möchte. Eine grundlegende, meist nicht beantwortete Frage ist zudem, ob Musik das Medium der Kommunikation (significant) oder der Inhalt der kommunizierten Aussage ist (signifié; nach R. Schneider, 1980; vgl. Bruhn, 1988, 9)“ (Bruhn, 2000, 133). Strobel & Huppmann werfen darüber hinaus die Frage auf, ob es sich bei den vielfältigen Wirkungen von Musik auf die Psychophysiologie des Menschen nicht einfach um Epiphänomene oder um unbedeutsame Nebenwirkungen handelt, die mit dem Einfluss der Musik überhaupt nichts zu tun haben. Behne (1994, 142) vertritt die Anschauung, dass musiktherapeutische Heilungen „weitgehend“ auf bisher nicht aufgedeckte Placebo-Effekte zurückzuführen seien (vgl. hierzu Kapitel 1.4.1.).

Eine wissenschaftliche Erforschung der Musiktherapie ist auf Grund der psychosomatischen Einheit der menschlichen Person dennoch möglich, da die

somatische Auswirkung messbar und im psychischen Bereich reflektierbar ist. Ferner ist das im Erleben Gegebene auf seine Wesensstruktur hin philosophisch analysierbar, obwohl das Erlebte selbst als solches unansprechbar bleibt. Es bieten sich zur Klärung des Phänomens Musik in seiner Eigenschaft als therapeutisches Agens drei Wissensgebiete an: die Psychologie, die Physiologie und die Philosophie. Weiterhin gilt es, verstärkt empirische Forschung und insbesondere Grundlagenforschung zur Effektivität und Wirkungsweise von Musiktherapie zu betreiben und nach geeigneten Methoden und geeigneten Forschungsinstrumenten wie genormten Test- und Beurteilungsverfahren, Improvisationsanalysen und Verfahren zur Videoauswertung zu suchen.

Hörmann (2003, 100 ff) recherchiert:

„In der „black box“ der Wahrnehmungsverarbeitung treffen derzeit noch unterschiedlichst erklärte neurophysiologische, kognitive, lern- und sozialgeschichtliche Prozesse zusammen und verbinden sich zur Auslösung einer Wirkung oder zur Herstellung einer Beziehung, die als physische, emotionale und rationale persönliche Stellungnahme erklärt werden kann. ...

Das Musikhören basiert auf der Fähigkeit des analysierenden Cortex zu spezifischer episodischer Erwartung und zu allgemeineren semantischen Antizipationen unter Beteiligung unbewusster kinästhetischer Empfindungen im parietalen Cortex mit der Folge selektiver kognitiver Präferenz und Repräsentanz. Symphonien z. B. sind weite Klanglandschaften mit komplexem Informationsgehalt zwischen den Polen „Andacht oder Tanz“ (J. W. v. Goethe).

... Das Musikerlebnis – und dasselbe gilt für das Erleben von Tanz und von anderen Künsten – beruht auf der menschlichen Eigenschaft, Prozesse tiefer Emotionen erleben zu können. Emotionen müssen dabei als Folgen aus Diskrepanzen zwischen Erwartung und Realität verstanden werden (Mandler, 1992). Negative Emotionen resultieren also aus Enttäuschungen, während positive Emotionen bestätigten Erwartungen folgen. Heftige Emotionen können als körperliche Repräsentationen kognitiver Prozesse

beobachtet werden („wissen“ kommt von „videre“ = „sehen“ (s. o.)), wobei „die zentrale Hypothese“ zu beachten ist, „dass alle Kognitionen letztendlich auf körperliche Prozesse zurückgehen und durch sie erklärt werden können (body in the mind)“ (Kleinen, 1999, 61) ... [es] sei ... Jourdain (2001, 390) zitiert, der in der Trance und in der Ekstase die Kulmination der Kunst des Musikhörens im Hinblick auf tiefe Musikerlebnisse sieht. Ekstase bedeutet schliesslich unmittelbare Transformation der Person, die sie erlebt, aufgrund weitreichend aufgebauter, überraschend verletzter und letztlich übertroffener Erwartungen (Motivationen) und ihrer somatischen Marker gemäß Nietzsches Sentenz „Alle Lust will tiefe, tiefe Ewigkeit“.

Abb. 1.3: Synopse musiktherapeutischer Prinzipien und ihrer Bedingungsfelder (aus: Hörmann, 2003)



Zum Abschluss dieses Kapitels seien ergänzend einige Definitionen und Wortbedeutungen angefügt:

„**Musik**: (aus lateinisch *musica*, von griechisch *mousiké (téchne)* „Ausbruch aus dem Inneren“, „Musenkunst“): bei den Griechen die Geist und Gemüt bildende Betätigung, im Unterschied zur Gymnastik, erst in nachklassischer Zeit Name für die Musik im Sinne von Tonkunst. – Die Musik (Tonkunst) beruht auf Tonbeziehungen, d. h. auf der Aufeinanderfolge und/oder dem Zusammenklang mehrerer Töne. Ihre Beziehungen hinsichtlich der Tonhöhe (Schwingungsfrequenz) entsprechen Zahlenrelationen z. B. 3

: 2 (Quinte), die bereits in archaischen Musik-Theorien Beachtung fanden. Im Unterschied zu den bildenden Künsten hat das musikalische Geschehen eine zeitliche Ausdehnung, deren rhythmische Gliederung wieder auf Zahlenrelationen beruht, z. B. Halb-, Viertelton.

Die wichtigsten Gestaltungsprinzipien (Parameter) sind Rhythmus, Melodie, Harmonie. Hinzu kommt die Charakterisierung des Klanges durch die jeweiligen Musikinstrumente. Es liegt nahe, die Herkunft der primär einstimmigen Musikinstrumente im Singen zu sehen, die der vorzugsweise auf Zusammenklang beruhenden im klanglich-instrumentalen Musizieren. Dementsprechend unterscheidet man nach der zur Aufführung der Musik erforderlichen Klangkörper die beiden Hauptgruppen Vokalmusik und Instrumentalmusik. ...

... Nach dem Mythos ist die Musik ein Geschenk Apolls und der Musen an den Menschen, der durch ihre Gunst zu musischem Werk befähigt wird. Daneben steht die Legende von der Erfindung der Musik durch Pythagoras, die die theoretische Erkundung des Klingenden zur Voraussetzung der Musik macht. Das musische und das pythagoreische Prinzip, die in ihrem Zusammenwirken die abendländische Idee der Musik bestimmen, verhalten sich zueinander wie der Ton als Empfindungslaut (der ein Inneres kundtut) und der Ton als Naturgesetz (den das Monochord beweist).

Neben die antike Sinnggebung der Musik trat zu Beginn des europäischen Mittelalters die biblische Rechtfertigung. Sie prägt sich aus in der Ableitung des Wortes Musik von ägyptisch „moys“ im Sinne von Wasser (als Lebensspender) oder von lateinisch „Moyses“ (Mose, als Lobsänger Gottes; Exodus 15, 1), ferner in der Legende von der Erfindung der Musik durch die biblischen Erzväter „Thubal“ (Jubal) und „Thubalkain“ (Genesis 4, 21 f.) und in der Erklärung der zahlhaft-kosmologischen Bedeutungskraft der Musik durch Hinweis auf das apokryphe Buch der Weisheit 11, 21 (Sphärenharmonie). Das Ineinandergreifen antiker und christlicher Sinnggebung der Musik kennzeichnet speziell jenen über ein Jahrtausend währenden Zeitraum, in dem die zahlreichen Klassifikationen und Definitionen der Musica Geltung hatten.

Mit dem Beginn der Neuzeit trat die emotionale Seite der Musik immer stärker in den Vordergrund. Musik wurde als Ausdruck klassifizierbarer Gemütsbewegungen verstanden. Es entwickelte sich die musikalische Affektenlehre, v. a. durch die humanistischen Musiker des deutschen Sprachraums zu einer an der Rhetorik orientierten Figurenlehre ausgebaut und systematisiert.

Neben der deutschen Wortform „músic“ begann sich seit dem 17. Jh. unter Einfluss des französischen „musique“ die Betonung auf der letzten Silbe durchzusetzen. Dieser Betonungswechsel des Wortes Musik markiert den endgültigen Durchbruch der neuzeitlichen Grundauffassung der Musik als für das Ohr bestimmte Zeitkunst. In ihren elementaren Grundlagen wurde die Musik Gegenstand der Akustik, der seit Mitte des 19. Jh. die Tonpsychologie, seit dem beginnenden 20. Jh. die Musikpsychologie zur Seite traten. In ihrer künstlerischen Seins- und Wirkungsweise trat sie ins Blickfeld der Ästhetik. Ihre Theorie verlor das Spekulative und wurde zur Logik eines spezifisch kompositorischen Denkens. Ihre technische Unterweisung gipfelte im Ausbau der Kompositionslehre. Die Erforschung aller ihrer historischen, ästhetischen und

technischen Erscheinungsformen ist Aufgabe der Musikwissenschaft.“ (aus: Schüler-Duden Musik, 3.Aufl. (2000). Mannheim, Leipzig, Zürich: Dudenverlag)

„**Musik** ist vom Menschen geformter Schall ... ist geistfähiges Material ... im Sinne von Botschaft.“ (Definition der *Wissenschaftlichen Weiterbildung Musik- und Tanztherapie* an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, 2004).

Auch für die österreichische Musiktherapeutin E. Koffer-Ullrich, die Musik als ein „objektiv physikalisches und als ein menschlich subjektives Phänomen“ auffasst, ist Musik das, „was der Mensch aus der Schwingung macht“. Musik ist ausserhalb des Menschen nichts als ein physikalischer Schwingungsablauf, die „erst ihre Formung im Menschen selbst erfährt“ und somit ist „die *Harmonik* die Lehre von den determinierten auch biologischen Abläufen und die *Harmonie* die Lehre von den indeterminierten variablen psychosomatischen Vorgängen“ (in: Harrer, 1975; vgl. Schwabe, 1979).

**Musikpsychologie:** „Lehre vom psychischen Geschehen des Menschen im Zusammenhang mit Musik“ (ref. in: Hörmann, 2003) oder: Die Musikpsychologie als Teil der Psychologie untersucht das musikalische Erleben und Gestalten von Personen. Sie steht als Wissenschaftszweig zwischen Tonpsychologie und Musikästhetik und beinhaltet als Forschungsgebiet eben jene seelischen Kräfte, die dem musikalischen Hören als geistige Tätigkeit zugrundeliegen (vgl. la Motte-Haber, 2002; dtv-Atlas Musik, Sonderausgabe 2001).

**movere** (lat.) = bewegen

**Emotion** (engl.) = Gefühl, Gefühlsregung, Gemütsbewegung

Bezeichnenderweise lautet das englische Wort für „Sätze“ klassischer Musikwerke „movements“.

**Psyche:** (gr.) = Seele, Seelenleben, Wesen, Eigenart; auch: Atem; in der griechischen Kunst als kleines, geflügeltes Wesen dargestellt; das Märchen von der Liebe Psyche zu Eros (Amor), von ihrer Trennung und Wiedervereinigung erzählt Apulejus (aus: *Fackel-Lexikon*. (1969). Olten, Stuttgart, Salzburg: Fackel-Verlag).

**Psychologie:** Wissenschaft, die sich mit den seelischen Vorgängen und ihrer gesetzmässigen Verknüpfung an objektive Lebensprozesse befasst. In metaphysischer Deutung beschäftigt sich die P. besonders mit dem Leib-Seele-Problem und seiner ontischen Grundlage sowie den Fragen nach Willensfreiheit, Unsterblichkeit (aus: ebd.).

#### 1.4. Ziele der Musiktherapie für Menschen mit Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD-10: F4)

Auf Grund ihrer multifaktoriellen Wirkung kann Musiktherapie mit den heute wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren (Tiefenpsychologie bzw. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie, interpersonelle Therapie) vorteilhaft kombiniert werden und im Sinne einer künstlerischen Musiktherapie (angewandte Musikpsychologie) bestehend aus Diagnostik, Erlebnisvertiefung und Handlungsaktivierung unter Berücksichtigung des Iso- und Levelprinzips therapeutisch genutzt werden (vgl. Kapitel 1.3.).

Wie angedeutet kann in Anlehnung an psychoanalytische Methoden und andere tiefenpsychologisch orientierte Therapierichtungen an assoziierten Bildern gearbeitet werden, da Musik das Auftauchen solcher inneren Bilder fördern kann. Zweck einer derart in die Psychotherapie integrierten Musiktherapie ist es „den Klienten, etwas über sich erfahren zu lassen und darüber hinaus seinen Fantasieschatz abzurufen bzw. einen psychodynamischen Prozess in ihm anzuregen“ (ref. in: Hörmann, 2003). Ruud und Mahns (1992, 75) leiten aus musiktherapeutischen Veröffentlichungen vier theoretische Begründungen für eine tiefenpsychologische Musiktherapie ab: Sublimierung, Katharsis, Stärkung der Ich-Strukturen und Zugang zum Unbewussten (vgl. Bruhn, 2000, 71).

Verhaltenstherapeutische Anteile in der Musiktherapie lassen sich verwirklichen indem die Musik Hilfestellung beim Erlernen und Trainieren eines bestimmten Verhaltens bieten kann und somit die Umsetzung in den Alltag (Transfer, Handlungsaktivierung, vgl. Kapitel 1.3.) erleichtert (z. B. Entspannungsmusik bei der systematischen Desensibilisierung oder bei der Bewältigung von Angsthierarchien (z. B. Florin, 1978) oder beim autogenen Training). Nach Schwabes Konzept der Regulativen Musiktherapie (Schwabe, 1979), das insbesondere rezeptiv angewendet wird, soll der Kranke im bemühten Interesse (lat. „dabei-sein“) an der objektiven Sachlage des personabgelösten Ausdrucksmediums Musik, an der „gestischen Gebärde“ (Mühle, 1967) die Selbstregulation seiner psychophysischen Befindlichkeit erlernen.

Auch in gesprächstherapeutischen Settings bzw. in der interpersonellen Therapie können die Erlebnisse einer rezeptiven oder aktiven Musiktherapie fördernd auf den Therapieprozess einwirken.

Burkhardt (1995) setzt Musiktherapie in Bezug zur „komplexen Psychotherapie“ (Kohler, 1971), d. h. verschiedene psychotherapeutische Methoden werden aufeinander abgestimmt (multimodal) bei einem bestimmten Krankheitsbild angewendet. So schlägt er z. B. vor, eine Gesprächspsychotherapie bei einer Angstneurose mit entspannenden Übungen, autogenem Training und zusätzlich einer rezeptiven Einzelmusiktherapie zu kombinieren.

Die therapeutischen Ziele der Musik in der Psychotherapie psychogener („neurotischer“) Störungen teilt Burkhardt (1982) in physiologische (Antriebs- und Entspannungsförderung) und psychologische Wirkungen (emotional-affektive, assoziative und imaginative, tiefenpsychologische, sozial-kommunikative und sinnfördernde Wirkungen) ein.

#### 1.4.1. Physiologische Wirkungen der Musiktherapie

##### - Antriebsförderung

Musik setzt in Bewegung, aktiviert. Jaedicke schreibt: „Immer verändert Musikeindruck den Ausdruck (Motorik).“ (in: Harrer, 1975, 224). So werden neurotische Patienten von vorgetragener oder selbsterzeugter Musik, die vor allem durch rhythmische Elemente ausgezeichnet ist, zu meist ganz spontanen Körperbewegungen motiviert. Der „Aufforderungscharakter“ der Musik führt zu motorischer Antriebsförderung und -steigerung. Gehemmte, depressiv-inaktive Patienten und solche, die ihre Unmittelbarkeit zum eigenen Körper verloren haben, werden von ergotroper (sympathikotroper) Musik mit entsprechenden rhythmischen und dissonanten Akzentuierungen, z. B. ausgeprägt in Marsch- und Jazzmusik oder Liedern mit mitreissender Melodieführung, psychomotorisch aktiviert und

aufgelockert. Bei Liedern, wie z. B. „Wohlauf, die Luft geht frisch und rein, wer lange sitzt, muss rosten“ oder „Schön ist die Welt, drum Brüder lasst uns reisen“ oder anderen Wanderliedern, wird die Marschbewegung geradezu provoziert, aber auch Klatschen, Trampeln oder Trommeln sowie instrumentale Betätigung (vgl. Rauhe, 1976, 1978).

#### - Entspannungsförderung

Trophotrope (sympathikolytische) Musik mit Überwiegen der melodisch-harmonischen Elemente, also Legato, ruhig fließender Melodie und schwingender, nicht akzentuierter Rhythmik, führt zu wohltuender Beeinflussung des parasympathischen Systems mit motorischer Beruhigung, muskulärer Entspannung, ja Erschlaffung. Musik, die diesen Wirkungen gerecht wird, wie z. B. der 2. Satz, Air, aus der Orchestersuite D-dur von J. S. Bach oder das Largo aus der Triosonate c-moll für Blockflöte, Oboe und B. c. von Telemann oder der Kanon „Dona nobis pacem“ sowie viele Abendlieder („Abend wird es wieder“; „Nun ruhen alle Wälder“; „Der Mond ist aufgegangen“) können bei Patienten mit kompensatorischer Überaktivität, rascher Erregbarkeit und Verunsicherung auf Grund von Affektstau, mit innerer Anspannung, die in körperliche Verspannungen konvertiert, erfolgreich eingesetzt werden (ref. in: Burkhardt, 1982).

Sowohl Antriebs- als auch Entspannungsförderung gehen mit anderen psychovegetativen Regulierungen einher. Bereits 1880 publizierte G. Dogiel in einer Archiv-Arbeit: „Über den Einfluss der Musik auf den Blutkreislauf“ psychophysische Effekte durch Musikeinwirkung in Form von Atembeschleunigung, einer Erhöhung des Blutdrucks und des Muskeltonus. „Musik markiert sich immer im Vegetativum und löst vegetative Reaktionen aus. Diese können durch Messungen der vegetativ gesteuerten Funktionen des Blutdrucks, der Pulsfrequenz, der Hautreflexe, EKG- und EEG-Veränderungen, neurohormonellen sowie immunologischen Effekten (ACTH, Immnglobulin A) lediglich die Intensität, aber nicht die Art der Reaktion anzeigen. Natürlich wird die Intensität der psychophysischen Effekte vom Grad der emotionalen Affizierbarkeit und der Resonanz des autonomen Nervensystems des zu

Untersuchenden mitbestimmt. G. Destunis und R. Seebandt ermittelten bei Untersuchungen der Musikeinwirkung auf zwischenhirngesteuerte Funktionen, das beruhigende Musik eine eindeutig sympathikolytische und erregende Musik eine sympathikotrope Wirkung auszulösen imstande ist.“ (Revers, Harrer, Simon, 1974, 13). Teirich hat die Musik einmal als „psychosomatisches Medikament“ bezeichnet (in: Harrer, 1975, 141).

Weitere Forschungsergebnisse zu physiologischen Wirkungen von Musik haben aufgezeigt: Destunis u. Seebandt, Stokvis, 1958; Harrer, 1975; Aldridge, 1996; Lane, 1992; Pope, 1995; Watkins, 1997; Cunningham, Monson & Bookbinder, 1997; Jourdain, 1998; Spitzer, 2002 u. a.

„Bei aller Ehrfurcht vor dem Bemühen, neurophysiologisch die Wirkungsweise des Phänomens auf den Mensch zu entschleiern, muss doch festgestellt werden, dass die uralte, menschliche Erfahrung im Phänomen Musik ein beruhigendes oder erregendes Agens zu besitzen, ohne wissenschaftliche Sicherungen zum immanenten Wissensgut der Menschheit überhaupt gehört.“ (Revers, Harrer, Simon, 1974, 13).

#### 1.4.2. Psychologische Wirkungen der Musiktherapie

In unmittelbarem Zusammenhang mit den physischen stehen die psychischen Wirkungen der Musik, wobei diese in die Tiefenpersönlichkeit vordringt. H. Willms (1975) schreibt, dass das nonverbale Kommunikationsmedium „Musik“ zweifellos noch psychische Bezirke erreicht, welche aus psychopathologischen Gegebenheiten verbal bereits unerreichbar wurden und symbolisch eine Kontaktmöglichkeit zum archaischen Du schafft, ehe das bereits abgekapselte Ich völlig im psychotischen Chaos versinkt.

#### - Emotional-affektive Wirkungen

Durch Musik können die Stimmungslage beeinflusst, Gefühle geweckt und Affekte ausgelöst werden. Patienten, die zu gedrückter, angstgetönter oder gar depressiver

Stimmung neigen, lassen unter entsprechender Musik befreienden, frohstimmenden Charakters eine deutliche Aufhellung erkennen. In Liedern spielen neben einer aufmunternden Melodie und Rhythmik auch die optimistischen, ermutigenden, lebensbejahenden Texte eine Rolle.

Patienten, die in der emotionalen Äusserungsfähigkeit gehemmt sind, zu Rationalisierungen neigen, anankastisch oder zwanghaft eingeengt sind, werden häufig stark angerührt und beeindruckt von ergreifender Musik, die eine Tiefenwirkung entfalten kann, z. B. Schuberts Unvollendete H-moll Symphonie, Mozarts Klavierkonzert Nr. 20 d-moll, Romance (KV 466), Beethovens Sonate „Pathetique“ Nr. 8 c-moll op. 13, 2. Satz: Adagio cantabile. Manchen Patienten gelingt es nicht, die Emotionalität mit dem Intellekt in Einklang zu bringen; Musik kann dies ermöglichen, so dass eine innere Harmonisierung eintritt.

Im affektiven Bereich ist ebenfalls eine oft rasch einsetzende Wirkung spürbar: Erregungen, Angstreaktionen, Zorn erfahren eine Minderung bis zur völligen Beruhigung. Umgekehrt können unterdrückte Affekte sich befreiend entladen, ein Affektstau kann aufgelöst werden.

„Durch das Rezipieren von Musik kann ein Einfluss auf die Emotionalität der Persönlichkeit genommen werden. Bei neurotischen Patienten ist das Musikerleben über die Aktivierung der Emotionalität in der Lage, auf indirektem Wege die Auseinandersetzung mit neurotischen Einstellungen und Verhaltensweisen anzuregen. Dadurch wird es möglich konflikthafte Erlebnisse von pathogener Wertigkeit, die bei neurotischen Patienten oft über Jahre hin überspielt und zurückgedrängt werden, leichter und schneller in den Bereich einer direkten verbalen Auseinandersetzung (z. B. im psychotherapeutischen Gespräch) zu bringen“ (Schwabe, in: Kohler, 1968, 73).

- Assoziative und imaginative Wirkungen

Musik löst vielfach gedankliche, emotionale und bildhafte Assoziationen aus, die einesteils in der tiefenpsychologischen Bearbeitung intrapsychischer Konflikte wichtig

sind, andernteils zu kreativen Entfaltungen und Gestaltungsprozessen Anlass geben können. Dabei spielen vor allem figurale und farbliche (Klangfarben, s. Kapitel 1.6.4.) Assoziationen, die durch entsprechende Musikstücke geweckt werden, eine Rolle und gehen in die gestalteten Produkte ein.

Revers (1974) hat auf Grund von Untersuchungsergebnissen die tiefreichende Bedeutung der durch Musik angeregten Phantasie herausgestellt, die als erlebte Wirklichkeit ganz entscheidend Anteil hat an der Persönlichkeitsentfaltung und -reifung. In unmittelbarem Zusammenhang damit steht die Imagination, die – worauf C. G. Jung schon ausdrücklich hinwies – den Individuationsprozess durch Selbsterkenntnis intentional fördert. Sowohl strukturierende, ordnende Musik, wie z. B. der 2. Satz, Air aus Bachs D-dur-Suite, als auch Musik mit auflösender Tendenz, wie z. B. Chopins sog. Revolutionsetude, ermöglicht der Imagination und Phantasie freie Entfaltung und vermag aufsteigende Gedanken und assoziative Bilder zu „neutralisieren“, auch unter Verzicht auf deren anschließende Bearbeitung in psychotherapeutischen Gesprächen (vgl. Schwabe, Chr., Röhrborn, H., 1996, 25).

Solche Erfahrungen und Erfolge im Erlebnisbereich können bei „neurotischen“ Patienten mit Minderwertigkeitsgefühlen, Perfektionismus, hektischem, leistungsorientiertem Tätigkeitsdrang und mangelnder schöpferischer Gestaltungsfähigkeit zu Persönlichkeitsstärkung und gelassenerem Leistungsverhalten führen.

- Tiefenpsychologische Wirkungen

Von den neueren nonverbalen psychotherapeutischen Methoden wissen wir, dass sie den unbewussten emotional-affektiven Bereich des Menschen wesentlich leichter erreichen und anstossen als verbale Verfahren.

Christoph Schwabe (1969, 1971, 1987) - mit dem zusammen Rudolf Burkhardt übrigens in Leipzig studiert und im selben Chor gesungen hat - entwickelte in den sechziger Jahren das sowohl „horizontal“, also sozialpsychologisch als auch, „vertikal“,

tiefenpsychologisch orientierte Konzept der „Regulativen Musiktherapie (RMT)“ (Schwabe, 1979, s.o.) sowie „Reaktiven Einzelmusiktherapie“ und bezeichnete die Gedankenführung, die beim Musikhören nicht nur auf „das eigene Körpergeschehen, sondern auch auf die Musik gelenkt“ wird, als „Korrespondenz“. Die Tendenz des damaligen Konzeptes bestand weniger in der psychotherapeutischen Bearbeitung aufsteigender Gedanken und assoziativer Bilder, sondern wie erwähnt vielmehr in deren Neutralisierung im Sinne einer auf Entspannung ausgerichteten psychophysischen Harmonisierung. Der Trainingscharakter wird in folgendem Zitat betont: „Mit diesem Training soll das mentale und organismische Spannungsniveau graduell herabgesetzt werden, d. h. relevante psychodynamische Mechanismen sollen mit der Absicht einer optimalen psychophysischen Anpassungsleistung reguliert werden“ (ebd.).

Kohut (1967) spricht davon, dass Musik eine emotionale Katharsis für unterdrückte Wünsche darstellt. Verdrängtes kann heraufgefördert, Assoziationen und Erinnerungen können geweckt werden (vgl. Haisch, 1953 u. a.) durch „eindringliche“, herausfordernde Musik, wie z. B. Mozarts Klavierkonzert Nr. 20 d-moll (KV 466) oder durch Heimat- und Wanderlieder, die auch vom Text her Impulse bieten, unbewusstes fassbar werden zu lassen, z. B. „Am Brunnen vor dem Tore“, „Nun Ade, du mein lieb Heimatland“, „Kein schöner Land in dieser Zeit“ (ref. in: Burkhardt, 1982). „Um eine Dynamik der psychotherapeutischen Behandlung in Gang zu bringen, die zur Auseinandersetzung mit dem neurotischen Konflikt, den Fehleinstellungen und -haltungen der Persönlichkeit führt, verwenden wir Musik, die emotional bewegen, ja belasten soll“ (Schwabe, in: Kohler 1968, 74). Für die tiefenpsychologisch orientierte Therapie ist neben der Konfrontation intrapsychischer Konflikte ebenso die Überwindung von Widerständen mit Hilfe der Musik wertvoll. So lässt sich oft nach Musiktherapie eine grössere emotionale Aufgeschlossenheit und verbale Äusserungsbereitschaft wahrnehmen, die den therapeutischen Prozess begünstigen. Neben der Ausdifferenzierung und Selbstentfaltung der Persönlichkeit ist immer auch eine Regression auf die archaische Ur- und Vitalschicht notwendig (vgl. Sutermeister, 1964 u. a.). Diese passagere „Erholungsregression“ (Freud) im Sinne eines Zu-sich-selbst-Kommens, einer Selbstfindung kann gefördert werden durch Musik mit

bestimmten Rhythmus- und Klangelementen, die auf die mütterlichen Rhythmen des Herzschlages, der Atmung und Körperbewegungen während der Embryonalzeit zurückverweisen (vgl. Benenzon, 1983, Clauser, 1971).

- Sozial-kommunikative Wirkungen

Ein Kardinalsymptom des „neurotisch“ gestörten Patienten liegt in der Kontaktstörung bzw. weiter gefasst in der Kommunikationsstörung, sowohl im verbalen als auch im averbalen Bereich, vor. Einige Forscher sehen im Ruf, im Zuruf eine Urform der menschlichen Kontaktnahme, die in der Vokalisierung und schliesslich im Instrumentalisieren eine Modulation, Intensivierung und Amplifikation erfährt (vgl. Revers, 1974, Sutermeister, 1964, Willms, 1975 u. a.).

In der Musiktherapie kommen im wesentlichen drei kommunikative Faktoren zum Tragen: Beim Hören nimmt der Patient eine emotionale Objektbeziehung zur Musik auf, wobei die Struktur des Werkes, die melodische und rhythmische Dynamik, die konsonanten oder dissonanten Abläufe für das Gefühlserleben massgebend sind. Gemeinsames Anhören der Musik hat einen gemeinschaftsbildenden Effekt, eine Wirbeldung durch die Übertragung der Stimmung zur Folge (vgl. Sutermeister, 1964). Das Übergreifende, Miteinander-verbindende findet am ausgeprägtesten im aktiven Musikvollzug, im Musizieren statt. Die Ich-Du-Beziehung wird im Mit-Teilen und Teil-Nehmen (Geben und Nehmen) ganz unmittelbar gefordert und erlebt, wobei vorwiegend der Symbolcharakter der musikalischen Äusserungen Beachtung verdient. Das gemeinsame Musizieren, vor allem Singen vermag Menschen aus extremster Vereinsamung und entscheidend aus ihrer Egozentrität und evtl. hypochondrisch gefärbten Selbsteinkreisung und Fixierung auf ihren Beschwerdekomples herauszuführen. Auch ambivalente Haltungen und wiederum die Selbstwertminderung sowie die eingeeengte Erlebnis- und Anpassungsbreite werden in der gemeinsam erlebten Musiktherapie im Sinne eines Abbaus oder gar einer Überwindung angegangen. In hervorragender Weise geschieht dies beim gemeinsamen Improvisieren und beim Singen von Liedern gemeinschaftbildenden Charakters, z. B. „Heute wollen

wir das Ränzlein schnüren“, „Wer will mit uns nach Island ziehn“ oder „Froh zu sein bedarf es wenig“ (ref. in: Burkhardt, 1982).

- Sinn-fördernde Wirkungen

Diese Zielsetzung hat für die gestörte Persönlichkeit eine umfassende Bedeutung: es geht um das Wiederentdecken oder erstmalige Wecken von sinnerfüllten Lebensinhalten, die im musischen Bereich beschlossen liegen. Wir erwähnten bereits die Kreativität, die durch Musik angeregt wird und einen nachhaltigen Einfluss auf die Harmonisierung der Persönlichkeit nimmt. Weiterhin wird durch Musik die ästhetische Erlebnissphäre angesprochen, die vor allem bei chronifizierten „neurotischen“ Störungen weitgehend reduziert ist. Das wiederholte Anhören und Erleben von Musik fördert das Interesse an ihr und trägt u. U. zu sinnvollem ästhetischen Geniessen bei, woraus eine beglückende Lebensorientierung resultieren kann. Dabei lässt sich selbstverständlich auch das Wertgefüge des Patienten neu zentrieren. Schliesslich vermitteln Kreativität und ästhetisches Erleben Freude, innere Zufriedenheit und Befreiung, die nicht aus Leistungsstreben erwachsen sondern aus Hingabe.

Abschliessend seien die relevantesten musiktherapeutischen Ziele in der Behandlung psychogener, („neurotischer“) Störungen, wie sie Rudolf Burkhardt zusammenfasst, nochmals aufgeführt:

1. Die physiologischen Zielsetzungen der Musiktherapie bestehen in körperlicher Auflockerung und Entspannung oder Anspannung, wobei das Sich-selbst-Erleben, die Erfahrung mit dem eigenen Körper aus der Selbstentfremdung herausführt, funktionelle Dysregulationen positiv beeinflusst und die Aktivität erhöht werden.
2. Die psychologischen Zielsetzungen der Musiktherapie richten sich gegen übermässige Rationalisierung, indem sie die Wahrnehmung der Emotionalität und Affektivität sowie Assoziationen und Imaginationen in hohem Masse fördern. Die Auslösung bildhafter und anderer

sensorischer Synästhesien sowie von Ideen regt sowohl die schöpferische Tätigkeit als auch Introspektionsvorgänge an.

3. Die tiefenpsychologischen Zielsetzungen der Musiktherapie hängen mit den emotionalen Wirkungen unmittelbar zusammen und erleichtern einesteils die Konfrontation und Auseinandersetzung mit den unbewussten intrapsychischen Konflikten, andernteils die emotionale Katharsis bzw. Erholungsregression, die zur psychophysischen Harmonisierung der Persönlichkeit beitragen können.
4. Die sozial-kommunikativen Zielsetzungen der Musiktherapie geben einen entscheidenden Impuls, die Kontaktschwierigkeiten und Isolierungstendenzen zu überwinden und durch „Über-Einstimmung“ die Wir-Bildung zu ermöglichen.
5. Die sinnfördernden Zielsetzungen der Musiktherapie sind in der Entfaltung kreativer Potenzen und ästhetischer Erlebnisbereiche zu sehen, die der Persönlichkeit lebensordnende und wertorientierte Ausrichtung vermitteln.

So kann Musiktherapie insgesamt zu einem „Entneurotisierungsprozess“ beitragen (Giltay in: Teirich 1958, 23), der die Stabilisierung des Menschen in seiner Ganzheit unterstützt. Für H. Giltay und L. R. Grote (in: Revers, Harrer, Simon, 1974, 12) ist Musik ein „Teilhaben an einer metaphysischen Wirklichkeit, an Bereichen, die mit logischer Begriffsbildung nicht zureichend erfasst werden“ und nur der reinen philosophischen Reflektion zugänglich bleiben.

Zum „Musikerleben“ bemerkt Kasper Weber (in: Revers, Harrer, Simon, 1974), dass immer bedacht werden muss, „welche Art von Musik durch wen erlebt wird, und in welcher Weise er sich ihr zuwendet“, da jeder Mensch auf ganz persönliche Art auf Musik reagiert und sie auch nicht immer in gleicher Weise aufnimmt. „Sein Musikerleben ändert sich mit dem Grad von Aufmerksamkeit, die er ihr zuwendet und

mit der Stimmung, in der er sich befindet; ...“ (ebd.). Auch Rudolf Burkhardt (1995, 137) gibt zu bedenken, „dass die Therapieziele nur unter Berücksichtigung der diagnosespezifischen Symptomatik und der individuellen Musikerfahrung des Patienten erreicht werden können...“.

### 1.5. Nosologische und tiefenpsychologische Aspekte Neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen

#### Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen im Überblick (ICD-10: F4)

F40	phobische Störungen
F41	sonstige Angststörungen
F42	Zwangsstörung
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F44	dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
F45	somatoforme Störungen
F48	sonstige neurotische Störungen

Im amerikanischen DSM-IV, wird diese Krankheitsgruppe nicht zusammengefasst dargestellt, sondern in folgende Kapitel aufgegliedert:

Angststörungen (S. 181), wobei die posttraumatische Belastungsstörung (ICD/10: F43.1) sowie die Zwangsstörung (ICD-10: F42) miteingeschlossen sind,  
Somatoforme Störungen (S. 199),  
Dissoziative Störungen (S. 209),  
Anpassungsstörungen (S. 249).

Während in der ICD-10 der Begriff „neurotisch“ zwar teilweise noch verwendet und auch für die Oberklasse „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ benutzt wird, so besteht doch die Tendenz eher von „psychogenen“ statt „neurotischen“ Störungen zu sprechen. Im DSM-IV wird der Begriff bereits nicht mehr verwendet. Trotzdem sei der Neurosebegriff aus historischen Gründen unter psychologischen Aspekten etwas näher beleuchtet:

„**Neurose** (aus: Dorsch Psychologisches Wörterbuch, 13. Aufl. 1998), der Begriff stammt von dem schottischen Arzt W. Cullen (1776). Er verstand darunter eine Nervenkrankheit ohne anatomisch-pathologischen Befund. Diese negative (ausschließende) Definition kennzeichnet auch heute noch ihre Abgrenzung: N. ist ein Sammelbegriff geblieben. Der Umfang der damit gesammelten psychischen Störungen wird wesentlich von der theoretischen Position der Autoren bestimmt. Aus psychoanalytischer Sicht sind N. ein unbewusster Widerstand und die neurotischen Symptome lediglich Äusserungen psychodynamischer Konflikte. Dagegen werden von verhaltenstherapeutisch orientierten Autoren die neurotischen Konflikte selbst in den Vordergrund gestellt und als gelernte Fehlsteuerungen interpretiert. Gemeinsam gilt ihnen N. als ein Nichtbewältigen fundamentaler Lebensaufgaben.

Eine grundlegende Theorie der N. stammt von Freud. Nach ihm ist die N. das Resultat einer unvollständigen Verdrängung von Impulsen aus dem Es durch das Ich. Der verdrängte Impuls droht trotz der Verdrängung in das Bewusstsein und das Verhalten durchzubrechen. Zur erneuten Abwehr dieses Impulses wird das neurotische Symptom entwickelt, das einerseits eine Ersatzbefriedigung dieses Impulses, andererseits aber einen Versuch seiner endgültigen Beseitigung darstellt. – Freud unterschied nach dem Kriterium der Dauer und Stärke des auslösenden Konfliktes sowie nach der Art seiner Verarbeitung:

Die *Aktualneurose* mit primär vegetativen Symptomen auf Grund starker, aber unspezifischer Affektwirkungen auf das vegetative System im Zusammenhang eines aktuellen Konfliktes. Hierzu zählen: (1) die Schreckneurosen, (2) die Angstneurosen, (3) die neurasthenischen Syndrome.

Die *Psychoneurosen* (auch Abwehrpsychoneurosen) mit psychischen und somatischen Symptomen als Folge der unvollständigen Verdrängung von inkompatiblen Triebimpulsen auf dem Hintergrund eines chronischen Triebkonfliktes. Hierzu zählen: (1) die hysterischen Syndrome (einschliesslich Organneurosen), (2) die phobischen Syndrome, (3) die anankastischen Syndrome, (4) die Charakterneurosen.

Die *traumatischen Neurosen* mit denselben Symptomen wie die Aktual-N. und die Psycho-N., aber mit einer spezifischen Genese (Auslösung durch Unfall) und mit einer spezifischen Motivation (Sicherungstendenz). Man unterscheidet: (1) die primären Unfallneurosen und (2) die sekundären Renten-, Versicherungs- und Rechtsneurosen (oder auch Zweckneurosen).

J. H. Schultz versteht unter N. eine „im Unbewussten lagernde, seelisch begründete Fehlhaltung des gesamten Organismus, die entsprechend der Verknüpfung des nervös-seelischen Faktors mit allen Lebensfunktionen sich nun auf sämtlichen Lebensgebieten äußern kann“. Nach dem Kriterium der Tiefe der Verwurzelung des Konfliktes in der Persönlichkeit unterscheidet er: (1) exogene Fremdneurosen (von außen bedingt), (2) psychogene Randneurosen (durch somatopsychische Konflikte bedingt), (3) Schichtneurosen (durch innere seelische Konflikte entstanden), (4) Kernneurosen (im Charakter und seinen autopsychischen Konflikten wurzelnd).

Für Schultz-Hencke entsteht die N. durch Traumen (Mikro-Traumen), die das Antriebsleben hemmen und übersteuern, gelegentlich auch untersteuern, d.h. zu hemmungslosen Triebausbrüchen führen.

Nach Jung ist eine N. eine Selbstentzweiung und gleichzeitig ein Signal für die Wiedervereinigung von Bewusstsein und Unbewusstem.

Adler stellt die N. als ein Arrangement dar, das auf einer Überkompensation beruht.

Für Jaspers ist die N. gekennzeichnet durch ein individuelles Scheitern in Grenzsituationen.

Bei Gehlen erscheint die N. als unfreiwillige Askese oder Lebensabspernung.

Frankl sieht in der N. eine Weise geistiger Entscheidung.

Für Binswanger handelt es sich bei der N. um einen existentiellen Konflikt zwischen Ich und Welt, wobei zu letzterem auch der eigene Leib und die Innenwelt gerechnet werden.

Für Schottlaender ist die N. eine symptomatische Wiederholung anstelle der Verwirklichung eigener Möglichkeiten oder der Realität der Welt.

Pawlow bezeichnet die N. als Störung des cerebralen Gleichgewichts.

Nach Wolpe ist N. ein gelerntes emotionales *habit*.

Bei Eysenck wird die N. als gelernte Fehlanpassung dargestellt.

Literatur: Binswanger 1942, Brun 1954, Freud 1948, Hoff 1955, Pongratz 1973, Schottlaender 1950, Schraml & Baumann 1975, Schultz-Hencke 1951, Dilling et al. 1991“

Der psychosomatisch Kranke unterscheidet sich in der psychischen Symptomatik kaum vom „neurotischen“ Patienten. Evident treten jedoch seine körperlichen Beschwerden in den Vordergrund, weswegen er oft einer langdauernden Odyssee diagnostischer Untersuchungen und schliesslich zahlreicher und leider zumeist erfolgloser Therapieversuche anheimfällt (ref. in: Burkhardt, 1982).

Somatoforme bzw. Somatisierungsstörungen können als unterdrückte seelische Konflikte, die sich Bahn in Form einer körperlichen Krankheit bzw. Symptomatik brechen, interpretiert werden – so die Vermutung einiger Schüler Sigmund Freuds, die die Theorien und Techniken der Psychoanalyse auf den Körper auszuweiten

versuchten. Einer dieser Freud-Schüler war der gebürtige Ungar Franz Alexander (1891-1964), der durch zahlreiche klinische und experimentelle Studien, u. a. zu gastrointestinalen Krankheiten (zuerst 1934), Hypertonie, Anorexia nervosa und Asthma bronchiale versuchte, die These von der Spezifität psychogener Organkrankheiten zu untermauern. Zunächst in Berlin, später in Chicago und Los Angeles entwickelte er die Freudsche Psychoanalyse u. a. durch die Methoden der „Vektoranalyse“ und die Einführung von Kurzanalysen weiter und versuchte, über die psychoanalytische Methode hinaus, die Psychosomatik auf eine naturwissenschaftliche Grundlage zu stellen und eindeutige seelische Ursachen für körperliche Erkrankungen zu finden. Die Analyse von seelischen Defekten und ihrem körperlichen Ausdruck war für ihn immer auch Kritik an gesellschaftlichen Zwängen und an triebunterdrückenden Normen.

G. Rudolf (2000) schreibt heute: „Wenn die frühen, die Struktur des Menschen prägenden Erfahrungen sehr belastend, schmerzlich, kränkend verliefen, dann werden diese Traumata und Konflikte in der Struktur gespeichert. Es sind vor allem körpernahe Triebkonflikte und enttäuschte Beziehungsbedürfnisse, die als äussere Konflikte erfahren und dann internalisiert werden. Zwar werden sie durch seelische Gegenregulationen vorübergehend verarbeitet oder auch verdrängt, dennoch liegen sie unterschwellig bereit. Wenn eine Lebensproblematik des Erwachsenen sich zuspitzt, kann es sein, daß sie den wunden Punkt des inneren Konflikts tangiert. ... das konflikthafte Thema kann nicht länger bewältigt oder verdrängt werden, das ganze System gerät krisenhaft aus dem Gleichgewicht, es kommt zur Symptombildung im psychischen oder psychosomatischen Bereich, wobei vor allem die ... symbolische Ordnung des Unbewussten das Symptom gestaltet. ... Die typischen Wege der Symptombildung haben alle damit zu tun, dass der internalisierte Beziehungskonflikt über die Symptombildung partiell oder verformt zum Ausdruck gebracht wird und zugleich auch in die aktuellen Beziehungen, z. B. auch in die zwischen Patient und Arzt eingeht“.

Die meisten psychosomatischen Patienten leiden daran, dass sie ihre intrapsychischen und z. T. auch situativen Konflikte verdrängen und einer Introspektion und

Selbstreflektion kaum fähig sind. Für sie spielt sich alles organbezogen ab und deshalb erwarten sie nur Hilfe für ihre Körperbeschwerden und nicht für ihre Konflikte. Hier bietet sich Musik beinahe als untentbehrlisches Medium an, weil – wie schon betont – eine intensive emotionale Tiefenwirkung stattfinden kann, so dass die Introspektionsfähigkeit angeregt wird, indem eine emotionale Konfrontation entsteht, Assoziationen hervorgerufen und Erinnerungen geweckt werden, die zu einem Konfliktbewusstsein führen.

„Für die Indikation zur Musiktherapie ist in erster Linie die Diagnose ausschlaggebend, in der vier Aspekte erfasst werden müssen, die ein intentionales Vorgehen in der Therapie ermöglichen: die Symptomatik, Persönlichkeitsstruktur, die aktuellen Konfliktsituationen und disponierende somatische Faktoren“ (ref. in: Burkhardt, 1982). Entscheidend ist auch eine sorgfältige Anamnese im Hinblick auf die Musikerfahrung des Patienten.

Ein Teil psychosomatisch Kranker ist nicht selten durch eine hohe Sensibilität ihrer sensorischen Eintrittspforten (Langen) charakterisiert, d. h. z. B. durch ausserordentliche Geräuschempfindlichkeit; es handelt sich meist um die introvertierten und depressiven Persönlichkeiten. Sie bedürfen anfangs eines besonderen „Klangraumes“, d. h. sie können zunächst nur verhaltene, ruhige und gedämpfte, harmonische Musik ertragen und bevorzugen eher die Streichinstrumente. Sie sollten deshalb zu Beginn der Therapie besser in Einzelbehandlung oder in einer kleinen Gruppe mit Musik konfrontiert werden. Im Laufe der Therapie ist es ihnen aber möglich, sich zunehmend voluminöserer, provozierender Musik zu öffnen und an der normalen Gruppensituation zu partizipieren.

Andere psychosomatische Patienten agieren ihre Aggressionen lieber lautstark aus. Sie brauchen schon von Anfang an Trommeln zum Abreagieren und heftige, volltönende Musik mit scharf akzentuierter Rhythmik. Sie werden unruhig bei einem Andante oder Largo.

Grundsätzlich ist der Improvisation in der Musiktherapie eine eminente Bedeutung beizumessen. Denn „Improvisation fördert den Mut zur Entscheidung, ... Flexibilität, divergentes Denken, Originalität, Erfindungsgabe, Experimentierfreude, Herausforderung durch Komplexität und Nutzung der Intuition vorbewusster Prozesse“ (Deharde, 1976, 16) sowie Konzentrations- und Kommunikationsbereitschaft. Gerade diese Qualitäten sind bei psychosomatisch Kranken defizitär und müssen wie im Sozialisationsprozess trainiert werden (ref. in: Burkhardt, 1982). Im Gestaltungsprinzip der Improvisation liegen besonders für zwanghafte, perfektionistische Patienten „grundsätzliche therapeutische Chancen: die Provokation zum spontanen Reagieren, Anpassen, Durchsetzen, zur eigenen Entscheidung und Produktivität und vor allem das gelassene Akzeptierenlernen unfertiger bzw. misslungener Leistungen“ (Schmölz, 1974, 173-177).

Immer wieder berichten Patienten mit Verspannungen und Schmerzen, dass diese unter dem Einfluss von Musik nachlassen. Zumeist wird wie beim Autogenen Training dabei eine trophotrope parasympathische Reaktion ausgelöst, wodurch sich die Muskulatur und die Gefäße entspannen (vgl. Kapitel 1.4.).

Folgende Erkrankungen zählt Burkhardt (1982) zu den psychosomatischen Störungen:

Allgemeine psychovegetative Syndrome, deren Symptome unscharf und wechselnd verschiedene Organe befallen und sich z. B. in Herzsensationen, Atembeklemmungen, Schmerzzuständen, muskulären Verspannungen, Völlegefühl, Schwindel usw. äussern.

Fixieren sich diese allgemeinen Störungen immer häufiger und intensiver auf ein Organsystem, so sprechen wir vom funktionellen Syndrom eines Organsystems:

Wir finden rezidivierende Druckschmerzen im Magen, ständig wiederkehrende hypo- oder hypertone Blutdruckwerte, häufige Hyperventilationen oder Spannungskopfschmerzen, die das gesamte Befinden nachhaltig beeinträchtigen, wobei aber noch keine Organschädigungen festzustellen sind.

Nehmen diese funktionellen Organstörungen jedoch an Intensität und Dauer zu, kommt es schliesslich zu nachweisbaren organpathologischen Veränderungen, so dass wir nunmehr mit psychosomatischen Krankheiten zu tun haben: Ulkus des Magens oder Duodenums, Asthma bronchiale, Colitis ulcerosa, Hypertonie, Neurodermitis usw.

„Jeder kennt aus gewissen Lebenssituationen psychovegetative Reaktionen: Wir regen uns über eine verletzende Bemerkung eines Mitmenschen auf, verspüren Ärger und Auflehnung, nehmen Herzklopfen, erhöhte Schlagfrequenz oder gar Blutdrucksteigerung wahr, die aber zunächst keinen pathologischen Stellenwert besitzen. Die innere Anspannung kann freilich zu einem intrapsychischen Konflikt eskalieren, wenn z. B. aggressive Regungen resultieren, die wir nicht in angemessener Weise abreagieren können oder wollen, weil uns Scham, Angst oder Schuldgefühle befallen. Wiederholen sich derartige emotionale Spannungen öfters, so führen solche Reaktionen zu psychovegetativen Syndromen, die im Laufe der Zeit ein funktionelles Organsyndrom zur Folge haben. Bei Chronifizierung dieser Beschwerden sind organische Schädigungen unvermeidlich. So führt der Weg von der Emotion zur Läsion, und zwar vor allem bei Unterdrückung und Verdrängung unserer negativen Gefühle, also Angst, Ärger, Aggression usw., wiewohl manche Menschen auch bei positiven Emotionen körperlich reagieren, wenn sie diese nicht ausleben können“ (Hoffmann-La Roche AG, 1968).

Die Tiefenpsychologie lehrt, dass die körperliche Symptomatik dieser Krankheitsbilder wie bereits erwähnt aufgrund intrapsychischer emotionaler Konflikte und Spannungen entsteht, also primär vom Erleben und Verhalten des Menschen ihren Ausgang nimmt, wobei allerdings vielfach eine genetische Disposition zu den entsprechenden Krankheiten angenommen wird.

Die Muster für die somatischen Reaktionen werden zumeist in der frühesten Kindheit schon geprägt, wie die Neurosenlehre eindrucksvoll belegt. Bei der Bearbeitung emotionaler Konflikte spielt nun auch die Persönlichkeitsstruktur – depressive, anankastische, hysterische, schizoide, Borderline – eine entscheidende Rolle und gestaltet die psychophysischen Symptome in entsprechender Weise aus. Auffällig ist,

dass psychosomatisch Kranke oft einen Mangel an Gefühlswahrnehmung und -äußerung sowie an Phantasie aufweisen, wofür Sifneos (1973) den Begriff „Alexithymie“ geprägt hat.

Zum besseren Verständnis der Intention musik- und kunsttherapeutischer Bemühungen seien die Hauptsymptome des Menschen mit inneren, zumeist unbewussten Konflikten nochmals aufgelistet: Angst, Selbstwertminderung, Zwänge, Gehemmtheiten, Egozentrität, Ambivalenz, emotionale Labilität, Affektstauung oder Aggressivität, verbale und averbale Kommunikationsschwierigkeiten, geminderte Risikobereitschaft, vegetative Dysregulationen, eingeschränkte Erlebnisfähigkeit – besonders im ästhetischen und kreativen Bereich und mangelnde Zukunftsorientierung, woraus insgesamt Überkompensations- oder Rückzugstendenzen mit Verlust des Lebenssinns erwachsen.

## 1.6. Zur Geschichte des Musikmalens

Bevor nun auf die spezielle Methodik des Musikmalens nach Rudolf Burkhardt detailliert eingegangen wird (s. Kapitel 1.7.) sollen noch verschiedene Ansätze der synästhetischen Verbindung von Musik und Malen im pädagogischen, therapeutischen wie künstlerischen Kontext, ihre interdisziplinären Herkunft und Anwendungsvielfalt in Auszügen vorgestellt werden. Die Begriffe ‚Musikmalen‘, ‚Musikalische Grafik‘, ‚Musikalische Früherziehung‘ und ‚Synästhesie‘ werden näher erörtert.

### 1.6.1. Herkunft und Ansätze des Musikmalens als pädagogische und therapeutische Methode

Die Verbindung von Musik und Malen reicht sicherlich weit in die Geschichte zurück. Zum einen stammt der Begriff aus der Bildenden Kunst, die sich ausgehend vom Phänomen der Synästhesie (s. Kapitel 1.6.4.) mit der Umsetzung von Klängen in grafische Darstellungen befasst (Musikalische Grafik, s. Kapitel 1.6.2.), zum anderen

der Pädagogik mit dem Ziel, den Menschen ganzheitlich anzusprechen und sein synästhetisches Erleben zu fördern bzw. die Abreaktion aggressiver Verhaltensweisen zu ermöglichen bis hin zur Verarbeitung unbewusster Konflikte, was auf das Potential der Variation rezeptiver musiktherapeutischer Methodik in der psychotherapeutischen Arbeit hindeutet.

Der pädagogische Aspekt des Musikmalens wird um das Jahr 1950 vom Hamburger Kunsterzieher *Carl Peters* aufgegriffen, indem er undisziplinierte Schulkinder zu Musik abreagierend malen liess, „so dass danach ein geordneter Unterricht möglich war und zugleich interessante Darstellungen entstanden“ (Burkhardt, 1986c). Auf den Begriff der Musikalischen Früherziehung, der um diese Zeit erstmals methodisch definiert wurde, wird in Kapitel 1.6.3. eingegangen.

*Hans Dietrich Peltz* (1976, 1999) spricht bereits von Therapie, die er für „gehemmte und reizschwache Kinder“ empfiehlt. Mit Kreide oder Farbstiften werden Bewegungspuren auf der Tafel gezogen, die später durch ausmalen der entstandenen Zwischenräume farblich ausgeschmückt werden. Als Ziel seiner Musik-Maltherapie, durch die er besondere Erfolge „in der Behandlung des Asthma bronchiale und bei neurotischen Stotterern“ (ebd.) verzeichnet, gibt er an, dass die „Gefühle wieder frei zur Aktion kommen“ und so „die Neuformung gesunder seelischer Strukturen“ möglich wird (ebd.). Verhaltensstörungen, Angst, Hemmungen oder expansive Ausbrüche verlieren sich nach einiger Zeit unter dem musikalischen Einfluss bei den meisten Kindern. „Den Ängstlichen gelang es über ihre Hemmungsschwelle hinwegzukommen, sie gaben ihre stockende, auf der Stelle verharrende, tastende Haltung auf, während die Aggressiven zur Einordnung in ein Formgefüge zurückfanden“ (ebd.).

Auch *N. Myschker* (1973) beschreibt die Musik-Maltherapie bei verhaltensgestörten Kindern als schulleistungsentlastende sowie leistungsmotivierende Methode in Erziehung und Unterricht und entwickelte insbesondere das Fingermalen in verschiedene „Stufen“ weiter.

*Jutta Brückner* (1991) u. a. beschreiben ein detailliert abgestuftes Konzept der Kombination von Schmierern, Zeichnen und Malen nach Musik in ihrer Musiktherapie für Kinder. Beim Schmierern vollziehen die Kinder die Musikbewegung mit den in Farbe getauchten Händen an einer Fliesenwand nach, ein befreiendes Erlebnis, Spannungslösung und Entkrampfung „bei motorisch gehemmten wie auch motorisch überschüssigen Kindern“. Mit Stiften auf grossen Papierbogen wird das Zeichnen nach Musik durchgeführt. Beim Schmierern und Zeichnen fließen „unbewusste Emotionen direkt in die Bewegung“ ein. Es gilt als Vorstufe für das eigentliche Malen nach Musik, bei dem „Erlebnisse assoziiert, eigene Gefühle bewusst gemacht und u. U. Konflikte aufgedeckt“ werden. Das vollzieht sich über fünf Stufen, während derer zunächst die Kinder lernen, mit dem Material (bevorzugt Wachsmalstifte, Pastell- oder Ölkreiden) umzugehen, sodann thematisch gebunden zur Musik zu malen, später angenehme, dann unangenehme Gefühle und Konflikte zur Musik bildnerisch auszudrücken, um in der letzten Phase „eine Differenzierung der Gefühle, Vertiefung des Gruppenerlebnisses und Entfaltung der ästhetischen Erlebnis- und Genussfähigkeit zu erreichen“.

Nach *Sündermann u. Ernst* (1981), die für die „Umgestaltung von Musikerlebnissen in Form und Farbe“ den Begriff der ‚Musikalischen Grafik‘ prägten, auf den im nächsten Kapitel ausführlicher eingegangen wird, soll durch Zeichnen und Malen unter Einwirkung unterschiedlicher klassischer Musikwerke „der Mensch in seiner Gesamtheit zu Konzentration, Entspannung, Lösung und Befreiung von Hemmungen geführt werden“. Im Entdecken der „Wesensübereinstimmung“ durch „Vergleichen zwischen beiden Medien“ entfalten sich sowohl pädagogische als auch prophylaktische und therapeutische Wirkungen. Zunächst einmal wirkt es kompensatorisch bei einseitigen Sinnestypen. Wer eher über das Akustische angesprochen wird, findet den Einstieg über die Musik, wer eher über das Optische angesprochen wird, kann sich über das Bild ausdrücken, „der Motorische findet über Rhythmus und Ausdrucksgebärde Zugang zu den anderen Künsten“. Des Weiteren sollen sogar Sehstörungen durch das Musikmalen kompensiert werden: „Sehgestörte erleben auf synästhetischer Basis Farben intensiver“.

Körperbehinderte, z. B. spastisch Gelähmte, können beim Malen nach Musik mit Fingerfarben „durch emotionale lustvolle Anregung der Muskeltätigkeit“ zu besserer Bewegungskoordination finden.

Bei psychischen Konfliktneurosen (wie z. B. Pubertätskrisen, Minderwertigkeitskomplexen, Kontaktscheu) ver helfe das Musikmalen „durch Erfolgserlebnisse und Selbstbestätigung, das verlorene Selbstvertrauen wiederzugewinnen“. In Lebenskrisen stelle es eine Möglichkeit dar, die „Seelennöte“ in Bildern“ abzureagieren.

Anhand eines Fallbeispiels beschreiben die Autoren, wie durch das Musikmalen soziale Isolation überwunden werden kann:

„Ein stotternder Student (Geiger) äusserte durch musikalische Graphik unbewusst, in kalten, unbunten, starren Farbflecken seine Kontaktscheu und Hemmungen, selbst bei fröhlicher Musik. Gegen Ende des Semesters ging ihm gleichsam bei Haydn (88. Symphonie, Largo) die Sonne auf: Die Formen gewinnen leise Bewegung, die Farben beginnen wie von innen her zu leuchten. Erste Kontaktnahme zur Umwelt bahnte sich an. Der Student, der immer seinen Freund für sich reden liess und mit ihm abseits von den anderen saß, sprach zum ersten Mal und fehlerfrei zwei Sätze vor den Anwesenden. Und auch, was er äusserte, war bezeichnend: „Ich möchte unter den anderen sitzen, sie regen mich an“.

In einem anderen Fall löste das Musikmalen bei einer schizophrenen Klientin, die sich in der Rehabilitation befand und „noch völlig unansprechbar war“ einen Redeschwall schon nach der ersten Malerei nach der Musik (Mozart, Menuett) aus, mit dem „der tödliche Bann des Schweigens gebrochen“ war und ein zunehmender Genesungszustand registriert werden konnte.

*Mary Priestley* (1982) verlangt vom Musiktherapeuten „gut entwickelte Visualisierungsfähigkeiten“, er müsse auch „Bilder und Vorstellungen verstehen und festhalten können, die seine Klienten ihm in ihren Musikimprovisationen mitteilen, er

muss Maltechniken beherrschen und auch die musikalische Kreation seiner Klienten aufzeichnen können“. Das Malen nach Bach oder Stockhausen sowie die Musikimprovisation nach Rembrandt oder Klee vertiefen und vervollständigen nicht nur die musiktherapeutische Arbeit. Sie wecken ausserdem „einen ganz gesunden Appetit nach künstlerischen Kreationen anderer Menschen“.

*Strobel u. Huppmann* (1978) erwarten von der Musik „ein Anstoßen, eine Intensivierung, ein – in Gang halten – bildnerischer Produktion“. Nach *Geller* (1973) werde durch das Musikmalen das „Erleben des sensorischen Bezugs zur Welt, das Identitätserleben durch malerische Selbstdarstellung, die Erfahrung des Besitzergreifens und der Bemächtigung gegebener Materie, die Überwindung von Ekelgefühlen, das zweckfreie Agieren und die Förderung zwischenmenschlicher Beziehungen“ gesteigert.

*Heinz Bruno Gallée* (1982) stellt in seiner Arbeit mit Linie, Form, Farbe und Musik die therapeutische Bedeutung des Schöpferischen heraus. Der Bewegung auf dem Papier, der Darstellung von Themen, wie Wut, Kampf, dem beidhändigen Malen unter Musikeinwirkung spricht er die Entbindung schöpferischer Kräfte zu, welche einen wesentlichen Faktor des Heilens darstellen, wobei es ihm nicht um „eine ästhetisch gezielte Gestaltung, sondern um eine spontane Bewegung, die den im Unterbewußten gebundenen Kräften erlaubt, frei herauszukommen und einen erlösenden Ausdruck zu finden“.

*Gertrud Schottenloher* (1983) sieht die Bedeutung des Malens nach Musik darin, dass man sich Geräuschen und Tönen kaum verschliessen kann. Sie dringen unmittelbar in uns ein und lösen spontan Gefühle aus, „die sehr direkt umgesetzt werden können in Bewegung und Tanz oder über das Medium der Farbe in Bilder“. Als Anleitung zum Musikmalen sagt sie ihren Klienten z. B.: „Laßt eure Pinsel miteinander tanzen nach der Musik, die ihr hört... Ihr könnt mittendrin die Farbe wechseln, wenn euch danach ist... Laßt die Musik in eure Hände fließen und freut euch an der Bewegung.“

Von *Mac Ray u. Smith* (in: Kapteina, 1993), die das Musikmalen bei der Behandlung von Alkoholikern angewandt haben, wird berichtet, dass sie von einer ausgezeichneten therapeutischen Ergänzung beider Ausdrucksmedien sprechen, „zur Entspannung und Befreiung lang unterdrückter Gefühle“.

Als weiteres Beispiel einer synästhetischen Arbeit mit Musik und Malen in der Suchtkrankheit schildert *Harald Butzko* (1979) die Verknüpfung von selbstproduzierter Musik, vom Tonband abgespielt, und Malerei; in diesen neu gefundenen Ausdrucksmöglichkeiten wurden „ungeahnte kreative Kräfte freigesetzt...Eine Wand wird mit alten Tapeten beklebt, um anschliessend bemalt zu werden.“

Auch *Haardt u. Klemm* (1982) beschreiben verschiedene Spiele aus ihrer Arbeit mit Suchtkranken, bei denen Malen und Musik miteinander verbunden werden; beim „Entspannungsmalen“ wird zunächst ein Bild gemalt, das den gegenwärtigen Zustand des Klienten darstellen soll und erst anschliessend eine Musik vorgespielt, der man möglichst entspannt zuhören soll. Danach wird wiederum ein Bild gemalt ohne Musik zu hören. In der anschliessenden Gesprächsrunde werden beide Bilder miteinander verglichen, wobei sich meist herausstellt, dass die vor der Entspannung gemalten Bilder etwas Bestimmtes darstellen, während die in entspannterem Zustand gemalten Bilder einfache kreisende oder wellenförmige weiche Farbbewegungen zeigen. Die Autoren heben hervor, dass beim Musikmalen Emotionen und Erinnerungen ähnlich wie beim Traumgeschehen „nicht mehr so stark gefiltert durch rationale Zensur“ ins Bewusstsein treten.

Zur Konzeption synästhetischer Arbeit mit Musik und Malen fasst *Rosemarie Töpker* (1988) zusammen, dass „die bisher gemachten Erfahrungen mit dem Austausch von Musik- und Kunsttherapie“ so gut sind, dass die Entwicklung einer übergreifenden Konzeption für diesen Arbeitszweig als erstrebenswert erscheint. Die Klienten verstehen schneller, „was das künstlerische Tun soll, wozu es gut ist, nicht nur über Probleme zu reden. Der Dialog komme beim „Spielen, Malen-Tönen und Sprechen“ leichter in Gang, er ermögliche „zusätzliche Belebung, Anregung, Wechselprozesse“

und erlaube „den Patienten einen grösseren Spielraum und damit seelisch bessere Ausbreitungs- und Differenzierungsmöglichkeiten.“

Eine „übergreifende Konzeption“, wie sie Rosemarie Tüpker fordert, „lässt sich in der „Ausdruckstherapie“ des Amerikaners *Paolo Knill* erkennen“ (Kapteina, 1993), der zwischen Transfer, Verstärkung und Verarbeitung des intermedialen Prozesses unterscheidet:

- durch das richtige Medium einen geeigneten Einstieg in den Prozess und das Thema finden (intermedialer Transfer)
- geeignete Medien halten den Prozess in Gang und ermöglichen ein tiefes Durcharbeiten der Themen (intermediale Verstärkung)
- durch künstlerische Arbeiten an befriedigenden ästhetischen Ergebnissen werden die therapeutischen Erfahrungen integriert und neue individuelle und soziale Verhaltensweisen eingeübt (intermediale Verarbeitung).

### 1.6.2. Musikalische Grafik

Zum besseren Verständnis des Begriffes Musikalische Grafik sollen seine unterschiedlichen Bedeutungen zwischen den beiden Polen Musik und Grafik erläutert werden (vgl. hierzu die ausführliche Abhandlung in: la Motte-Haber, H. de (1990). *Musik und Bildende Kunst*).

Auf der einen Seite (Grafik) meint *musikalische Grafik* eine Notationsform zeitgenössischer Musik, bei der dem Interpreten die Gestaltung eines Werkes mehr oder weniger frei überlassen wird. Zwischen der Weiterentwicklung der klassischen Notenschrift zur *grafischen Notation*, die herkömmlichen Notenzeichen vergleichbare Elemente wie parallele Linien, Punkte, Cluster u. a. verwendet, und der autonomen musikalischen Grafik, die nur noch assoziativ verstanden werden will, gibt es eine Fülle von Zwischenstufen. Die der traditionellen Notenschrift näher stehende

*Aktionsschrift* kombiniert grafische Elemente mit bestimmten musikalischen Parametern, z. B. „Dauerstriche“ unterschiedlicher Länge anstelle von Taktangaben, „Tonpunkte“ unterschiedlicher Grösse zur Kennzeichnung dynamischer Abstufungen (K. Stockhausen). Diese im Prinzip als Partitur verstandene musikalische Grafik wurde seit 1952 von E. Brown, J. Cage, S. Bussotti, A. Logothetis, G. Ligeti u. a. geprägt.

Ivanka Stoianova (1987, Universität Paris VIII) fasst bezüglich dieser Sichtweise der musikalischen Grafik zusammen:

„Ausgehend von einer Kritik der abendländischen Musiknotation werden Leistung und Grenzen der musikalischen Graphik untersucht, die sich nach dem Zweiten Weltkrieg in Opposition zur klassischen europäischen Notation entwickelte. Die klassische Partitur verwandelt Musik in ein statisches „Musikstück“, indem sie ein festes Koordinatensystem einführt, das einen Zeit-Raum schafft, in dem nach präexistierenden Form-Schemata musiziert wird. Sie macht den Tonhöhenverlauf zum wesentlichen Parameter der musikalischen Komposition, gliedert ihn ein für allemal in diskrete Einheiten („Töne“) und gibt ihm eine lineare Ordnung nach dem Modell des wortsprachlichen Textes. Die musikalische Graphik dagegen thematisiert die Bewegung des Klangflusses, in ihr tritt die Tonhöhe hinter den anderen Parametern der Musik zurück, sie hebt den kontinuierlichen Charakter der Klangbewegung hervor und vermeidet seine Zerteilung in vorgeformte diskrete Einheiten, sie bezieht den Kontext des Musizierens ein und schafft dem Variationsvermögen des Interpreten Raum. Nach der maximalen Digitalisierung der musikalischen Parameter in der seriellen und postseriellen Kompositionstechnik, die die klassische europäische Musiknotation verwendete und stark ausbaute, wurde in der Musik der 50er Jahre das Gestische wiederentdeckt. Die musikalische Graphik verzichtet zugunsten des Gestischen auf die Fixierung eines abstrakten Zeit-Raums. Sie ist nicht mehr in Zeilen eingeteilt und nicht mehr linear zu lesen, sondern erlaubt dem Auge, mehr oder weniger frei in ihr zu wandern. Wie an Beispielen von Earl Brown, John Cage, Anastis Logothetis, Sylvano Bussotti und Dieter Schnebel gezeigt wird, steht die musikalische Graphik in engem Zusammenhang mit der Position der Postmoderne, die dem Interpreten selbst die Freiheit lassen will, etwas als schön, ja als musikalisch aufzufassen.“

Auf der anderen Seite (Musik) wird von dem Musikerlebnis ausgegangen, das in grafische Darstellungen umgesetzt wird und dabei verschiedene psychologische, pädagogische oder künstlerische Ziele verfolgt. „Immer schon haben sich Künstler damit auseinander gesetzt, Musik - Klang durch Bilder - Farben und Formen sichtbar zu machen. Schon Goethe sagte: „... was mit dem Ohr gehört wird, für das Auge sichtbar zu machen,...“. Besonders Kandinsky befasste sich theoretisch, künstlerisch

und malerisch mit der Thematik. Aber auch andere Künstler haben ebenfalls den Drang verspürt, Musik künstlerisch zu verbildlichen.“ (Knorr, 2004)

Initiator dieser methodischen musikalischen Grafik ist der 1880 in Wien geborene Kunstpädagoge und Maler *Oskar Rainer* (1926). Er untersuchte die Zusammenhänge und Gesetzmäßigkeiten der künstlerischen Aussagen in der Einheit von Farb- und Musikempfindung. Durch seine Grundlagenforschung begründete er die musikalische Graphik mit seinen kunsterzieherischen Prinzipien musikalischen Erlebens und bild-künstlerischer Formgebung. Sein Werk entwickelten Hans Sündermann und Berta Ernst, nach dem Tod von Oskar Rainer 1941 im Institut für Musikalische Graphik in Wien systematisch weiter. Die Erfahrungen des Institutes belegten die Effektivität des Malens von Musik in Pädagogik und Psychologie, wobei auch synästhetische Verfahren zur stimulierenden Anwendung kamen, wie z. B. die gleichzeitige Darbietung akustischer und visueller Impulse beim Malen.

Irina L. Vanechkina (1994), die diese Variante bei Schülern anwendete, indem sie begleitend zum Musikmalen eine „animierte musikalische Grafik“ darbot, fasst ihre pädagogischen Erfolge folgendermassen zusammen (englischer Originaltext):

“All the experiments have proven to have great pedagogical effectiveness:

1. Music drawing is a creative act that requires independent thinking and action and helps to create conditions for maximum concentration, to activate attention and interest, and to solve discipline problems in the classroom.
2. Psychologically, the fostering of independent action in a play situation makes perception more sensitive and effective.
3. A comparative analysis of the results of question sessions, which were held after the experiments were performed and aimed to investigate the pupils' understanding of music content, revealed an essential rise in interest and understanding by students in the experimental groups as compared with the controls (especially in the experiment that involved showing the light-music film).
4. Long-term experiments provided a means of obtaining proof of a more thorough and sound knowledge of music in the experimental classes when follow-up studies were done 5 years later.

5. Children's drawings reflecting the form and content of musical works serve as visual documents that allow one to judge the depth of the music perception as well as the personal psychological peculiarities of the schoolchildren themselves. This provided feedback that was not available by any other means (such as testing, conversation or questioning) - in every class and for every pupil.”

Abb. 1.4: Musikmalergebnisse von Schülern bei begleitender Darbietung einer animierten musikalischen Grafik (aus: Vanechkina, 1994)



Fig.1. Musical graphics by 13-year-old schoolboy; music by R.Schumann: "Noble Waltz" from the Carnival series. The plasticity of the lines fixes the vertical movements of waltz music.



Fig.2. Musical graphics by a 17-year-old schoolgirl; music by A.Scriabin: Dark Flame. The student was asked to listen to the music without knowing the name of the piece. However, she was able to show the essence of this piano piece through both lines and colors.

### 1.6.3. Musikalische Früherziehung

Der effektive Einsatz von Musik in der Pädagogik wird besonders in der Musikalischen Früherziehung betont, deren „erstes musikalisches Früherziehungskonzept schon auf Comenius (1592 – 1670) zurück(geht)...der in seinem „Informatorium der Mutterschul“ wie auch in seiner „Schola infantiae“, der *Schule der frühen Kindheit* (bis zum 6. Lebensjahr)...auch die Musik anspricht: „Ihre Musica wird sein, etliche Versikel (=Verse) auswendig singen können““ (Widmer, 2004).

„Das Singen ist bis weit in unser vergangenes Jahrhundert hinein im erzieherischen Feld die wichtigste und oft einzige musikalische Aktivität für das kleine Kind geblieben. Es entbehrt ja auch nicht einer gewissen Stimmigkeit, ist doch die Singstimme unser angeborenes Erstinstrument, dessen Handhabung wir schon fähig sind, bevor wir sprechen können und selbst fähig bleiben, wenn wir nie richtig sprechen lernen!“ (ebd.).

"Je früher und vielfältiger das Anregungsangebot, um so höher...die Wahrscheinlichkeit, die kindliche Bedürfnisstruktur zu treffen und die Entwicklung von Fähigkeiten zu veranlassen" (Pauls, 1993, in: Widmer, 2004).

Den Ideen, Experimenten und Veröffentlichungen Carl Orffs (1895 – 1982), der von der antiken Idee der ‚musike‘, der vitalen und ganzheitlichen Einheit von Musik, Tanz und Sprache, von klanglichem, gestischem und sprachlichem Ausdruck des Menschen, ausgeht, ist es sicherlich zu verdanken, dass das Spiel mit einem Elementaren Instrumentarium heute unwidersprochen zu einer Musikerziehung im Vor- und Grundschulalter dazugehört, an der alle Kinder gleichermaßen teilhaben können.

Auch der Schweizer Emile Jaques-Dalcroze, der Vater der Rhythmik oder auch Rhythmisch-musikalischen Erziehung betont den engen Zusammenhang von Musik und Bewegung und wurde 1910 der künstlerische Leiter der *Bildungsanstalt Jaques-Dalcroze in Hellerau* bei Dresden, der allerdings nur eine recht kurze Lebensdauer unter seiner Führung vergönnt war, da er 1914, kurz vor Ausbruch des 1. Weltkrieges Deutschland verlassen musste. Sein allgemein erzieherischer, persönlichkeitsbildender Ansatz durch Musik und Bewegung als zentrale Medien, ist dennoch eine der Wurzeln für die heutige Musikalische Früherziehung.

Singen, Spielen, Tanzen und Darstellen sind sicher seit Friedrich Fröbel (1782-1852) in der Arbeit des Kindergartens fest verankert. Doch erst Ende der sechziger Jahre des 20. Jahrhunderts taucht der Begriff ‚Musikalische Früherziehung‘ das erste Mal auf (vgl. Widmer, 2004).

Einige geschichtliche Daten zur Musikalischen Früherziehung (aus: Widmer, 2004)

*1953:* Erste Gedanken zu einer musikpädagogischen Vorstufe im Zusammenhang mit Strukturüberlegungen zum Ausbau des Musikschulwesens. Ohne Institutionalisierung allerdings blieb jedwede vorschulische musikalische Arbeit abhängig von dem persönlichen Engagement und individuellen Qualitäten einzelner Lehrerinnen und Lehrer. Inhaltlich bestimmend war deren persönliche Herkunft, ihr Wissensstand und ihr Interesse: manche standen dem Singen nahe, manche dem gerade in Verbreitung begriffenen Konzept des Orff-Schulwerks, manche der Tradition der rhythmisch-musikalischen Erziehung. Es fehlte jede Ausbildungsmöglichkeit, ein Basisunterricht "verkam in der Regel zu einer unmusikalischen Unterweisung in abfragbaren Fakten der allgemeinen Musiklehre" (Zarius 1985, S. 16). Auf dem Hintergrund amerikanischer frühpädagogischer Forschungen schwappte eine Welle populärwissenschaftlicher Literatur und didaktischen Spielzeugs auf den Markt, derer sich viele Eltern kritiklos bedienten. Auch der musikalische Bereich erweckte Marktinteresse.

*1967:* Die japanische Firma Yamaha macht erste Vorstöße auf den deutschen Markt, um ihr frühpädagogisches Material auch im deutschsprachigen Raum einzuführen, um längerfristig auch bessere Absatzchancen für ihre Tasteninstrumente zu erlangen. Der Verband deutscher Musikschulen (VdM) wie auch die Klavierindustrie fürchteten die Konkurrenz und entwickelten in großer Eile ein eigenes Konzept.

*1968:* Die Erprobungsfassung des "Curriculums Musikalischer Früherziehung" erscheint und wird ab 1970 in großer Verbreitung an vielen Musikschulen eingeführt.

*1974:* Die überarbeitete Fassung mit dem Titel "Musikalische Früherziehung" etabliert sich, fängt damit den japanischen Vorstoß ab und bietet das erste Mal ein einheitliches Material für den vorschulischen Musikunterricht in Deutschland an. Eine gleichnamige Kindergartenfassung hat keinen dauerhaften Erfolg.

*1976:* Erstmals werden an Konservatorien und Musikhochschulen Lehrerinnen und Lehrer für Musikalische Früherziehung im Rahmen musikpädagogischer Studien ausgebildet. In Nordrhein-Westfalen wird der erste Studiengang für "Allgemeine Musikerziehung" eingerichtet, 1980 folgt Hamburg nach. Heute bieten nahezu alle Musikhochschulen Deutschlands einen Studiengang unter dem Titel "Elementare Musikpädagogik" an. Eine Vielzahl von didaktischen Ansätzen, Konzepten und Materialien wird veröffentlicht.

*1985:* Eine erste, ernstzunehmende inhaltliche Alternative für MFE eröffnet sich vielen - inzwischen gut ausgebildeten Lehrerinnen und Lehrern mit der Veröffentlichung des Kompendiums für die MFE "Musik und Tanz für Kinder" (Haselbach/ Nykrin/ Regner, Mainz 1985 ff). Es folgen weitere Konzepte, die Lehrenden, wie auch die LeiterInnen von Musikschulen öffnen sich mehr und mehr einem kindzentrierten, multiästhetischen Ansatz in der MFE, der dem einzelnen Lehrenden, wie auch den Kindern und Eltern mehr individuellen Spielraum lässt und auch im Kindergarten durch die größere didaktische Offenheit Eingang und positive Beachtung findet.

*1995:* Die MFE ist gut etabliert; weitere Konzepte suchen Nischen auf dem (fast) gesättigten Markt. Das didaktische Pendel schlägt in alle Richtungen extremer aus: es gibt Ansätze, deren Hauptaugenmerk auf dem kreativen Gestalten und der weiteren inhaltlichen Öffnung, auch z.B. zur bildenden Kunst hin liegt; andere wieder erweitern die Zielgruppe und bieten Kurse für ein- bis dreijährige Kinder und ihre Eltern (meist Mütter) an.

*2000:* Die wissenschaftliche Forschung macht einen neuen Anlauf, um die Wichtigkeit musikalischer (Früh-)förderung wieder ins Zentrum der breiten öffentlichen Aufmerksamkeit zu rücken. Hans Günther Bastian legt seine Langzeitstudie vor, die "Musik(erziehung) und ihre Wirkung" an Berliner Grundschulen untersucht hat.

#### 1.6.4. Synästhesie

##### Definition:

Der Begriff Synästhesie entstammt dem Griechischen syn= zusammen und aisthesis= Empfindung. Bei der häufigsten Form der Synästhesie werden Gehörtes oder Gesehenes wie z.B. Sprache, Musik oder Geräusche unwillkürlich zusammen mit Sekundärempfindungen, sog. "Photismen" wahrgenommen. Diese Photismen können in Farben, geometrischen Formen oder Farbmustern bestehen. Der primäre Auslöser, also Wahrnehmungen über das Ohr und die optischen Sekundärempfindungen werden dabei als Einheit erlebt. Die Synästhesien sind außerdem individuell einzigartig, sie werden also von jeder betroffenen Person anders erlebt.

(aus: [http://m-ww.de/krankheiten/psychische\\_krankheiten/synaesthesia.html](http://m-ww.de/krankheiten/psychische_krankheiten/synaesthesia.html))

##### ebenso:

1. Empfindungen eines Sinnesorgans bei Reizung eines anderen (z. B. Hören von Tönen beim Erblicken bestimmter Farben);

2. durch sprachlichen Ausdruck hervorgerufene Verschmelzung mehrerer Sinneseindrücke, z. B. schreiendes Grün.

(aus: Fackel-Lexikon. (1969). Olten, Stuttgart, Salzburg: Fackelverlag)

##### Synästhesie als neurologisches Phänomen:

Synästhesie ist keine Erkrankung, sondern eine psychologisch-neurologische Besonderheit. Synästhesie ist eine seltene neurologische Disposition, die bei rund 2000 Menschen einmal auftritt, es gilt also ein Verhältnis von ca. 1:2000. Bei Synästhetikern löst ein Sinnesreiz neben der normalen Wahrnehmung unwillkürlich zusätzliche Empfindungen in einer oder mehreren Sinnesempfindungen aus. Theoretisch sind derartigen Verbindungen zwischen allen fünf Sinnesbereichen möglich, die häufigste Form ist jedoch das "coloured hearing". Hierbei werden Töne, Musik oder Sprache zeitgleich mit Farben erlebt.

(aus: [http://m-ww.de/krankheiten/psychische\\_krankheiten/synaesthesia.html](http://m-ww.de/krankheiten/psychische_krankheiten/synaesthesia.html))

Historisches:

Farb-Wort-Synästhesien werden in der wissenschaftlichen Literatur seit ca. 300 Jahren beschrieben. So wird bereits im Jahr 1690 von John Locke ein wissbegieriger Blinder beschrieben, der eines Tages beglückt feststellte: nun habe er begriffen, was Scharlach(rot) bedeute: es sei gleich dem Klang einer Trompete. Einen ähnlichen Hinweis gab es im Jahr 1710 über eine blinde Person, welche berichtete, klang-induzierte Farberlebnisse zu haben.

Bis Ende des 19. Jahrhunderts wurden keine systematischen Studien zur Synästhesie beschrieben. Erst Francis Galton verglich 1883 die Erfahrungen mehrerer Synästhetiker miteinander. Er bemerkte, dass die häufigste Form der Synästhesie das „Farbenhören“ zu sein scheint. Seine Synästhetiker beschrieben konstante und sehr spezifische Farbbeschreibungen. So gaben sie sich z.B. nicht einfach mit „blau“ zufrieden; hatten aber große Schwierigkeiten, den genauen Farbton zu beschreiben oder nachzumischen. Diese äußerst präzise Beschreibung einer Farbe ist typisch für Synästhetiker. Galton bemerkte dazu zwei Punkte:

1. dass nicht einmal zwei Menschen die gleichen Farben zu denselben Tönen sehen
2. dass die synästhetische Tendenz vererbbar ist.

(aus: [http://m-ww.de/krankheiten/psychische\\_krankheiten/synaesthesie.html](http://m-ww.de/krankheiten/psychische_krankheiten/synaesthesie.html))

Speziell wurde der Begriff im 19. Jahrhundert vom Psychologen Alfred Vulpion weitergeprägt. Besonders in der bildenden Kunst hat sie einen eigenen Stellenwert eingenommen. Nach Kandinsky ist die Melodie in der Malerei im wesentlichen eine Sache der Linie (vgl. Knorr, 2004). In der synästhetischen Forschung ist das Bemühen vorhanden, die vielfältigen, schöpferischen Kräfte der menschlichen Entwicklung durch Systematik und wissenschaftliche Methode bewusst zu machen und zu fördern. Nach Oskar Rainer (1926, vgl. Kapitel 1.6.2.) leistet die musikalische Graphik einen wesentlichen Beitrag zum Ausdruck der schöpferischen Kräfte und ihrer Interaktionen

und ist eine interdisziplinäre Kunsterziehung, die eine verbindende und ausgleichende Bildungsfunktion der sinnlichen Wahrnehmung erfüllt.

„Empfundene, assoziative Synästhesie

Sie beschreibt auf Grund gefühlter und erinnelter Erlebnisse die unterschiedlichen Reizwahrnehmungen. Die erfahrenen Reize werden in Farben, Bildern, Lauten und Klängen direkt zum Ausdruck gebracht. Instinkt, Gefühl und Fantasie sind hierbei die vorrangig gestalterisch anregenden Kräfte. Kenntnisse kognitiver und analytischer Art spielen hierbei eine untergeordnete Rolle.

Gestalterische (kreative) Synästhesie

Sie beinhaltet sowohl erkenntnisbezogenes Wissen als auch Erfahrungswissen, um es in gestalterische Prozesse einzubinden, aus denen dann kreative Ausdrucksarten entwickelt werden. Der Vorgang ist hierbei kenntnis- und erfahrungsorientiert. Vor allem in der künstlerischen Gestaltung, der Verschmelzung von Hören und Sehen - Klang und Bild - der Audiovision, ist die musikalische Graphik und ihre methodische Anwendung sehr hilfreich, um Klang-Bilder des Geistes, der Seele, der Gefühle, der Phantasie und Ideen zum Ausdruck zu bringen.

Kognitive (mentale) Synästhesie

Sie befasst sich mit den vielfältigen Zusammenhängen der Sinneswahrnehmungen (interdisziplinär) und ihren Ausdrucksmöglichkeiten im ganzheitlichen Sinne. Sie untersucht ihre spezifischen Merkmale. Sie ist erkenntnisbezogen, analytisch und integral. Ihre Erkenntnisse sind Material für die Umsetzung in synästhetische Gestaltungen wie Bild, Ton, Sprache, Bewegung und andere Ausdrucksarten.

... Mittlerweile hat die Synästhesie alle Lebensbereiche auf eine besondere Art und Weise erfasst und wird sehr zielbewusst in Film, Theater, Kunst, Werbung usw. eingesetzt. Genau genommen ist sie ein natürlicher Vorgang, ohne den bewusstes

Leben kaum denkbar wäre und täglich nehmen wir die Vielfalt des Lebens synästhetisch wahr. Sowohl für Musiker, Bildende Künstler, Dichter, Kunsterzieher, Pädagogen, Musik- und Kunsttherapeuten als auch für alle, die für musikalische Graphik empfänglich sind, ist die Auseinandersetzung mit der Materie eine nicht mehr wegzudenkende vergleichende Kunstbetrachtung mit hohem Stellenwert.“ (Knorr, 2004)

Karl Hörmann (1981, 1982) geht in seinen Werken „Wahrnehmungsbezogene Musikanalyse“ und „Musikwahrnehmung und Farbvorstellung“ detailliert auf das Gebiet der Synästhesie ein. Sein Zitat Rufers (Rufer, 1974, 69) im Kontext „synästhetischer Praxis zwischen Intuition und Objektivierung“ (Hörmann, 1982, 19), der über Schönberg schreibt, sei hier wiedergegeben:

„Der schöpferische Mensch bedient sich in der Regel ganz instinktiv jenes Materials, das ihn zum Ausdruck und zur Darstellung seiner Gedanken, Empfindungen, allgemein seiner künstlerischen Einfälle, seiner Visionen am geeignetsten erscheint. Denn schon der erste Einfall zu einem Werk erfolgt im Material, in Worten, Tönen oder Farben. Der Künstler denkt, entwickelt, gestaltet und formt vom ersten schöpferischen Moment an im Material. Dessen Bedingungen, seine technische Handhabung beeinflussen dann ihrerseits den Prozess der Erfindung und Gestaltung. Aus diesem individuell gelenkten Wechselspiel zwischen Einfall und Material entsteht das Kunstwerk.“

Abb. 1.5: Farbige Entwurfsskizze (Buntstifte) zur Bach-Kantate BWV 80 – „Eine feste Burg ist unser Gott“ (aus: Knorr, 2004)



*Bach (1685-1750), einer der außergewöhnlichsten deutschen Komponisten der abendländischen Musikkultur, hat unter anderem viele Kantaten komponiert und fast alle sind fugenartig aufgebaut. Kantaten sind mehrteilige, vorwiegend lyrische Gesangsstücke für Solisten, Chor und Instrumentalbegleitung. Planmäßig und nach strengen Regeln ist die Kantate BWV 80 aufgebaut. Die Tektonik ist*

*Gestalterische Synästhesie:  
Farbige Entwurfskizze (Buntstifte)  
zur Bach-Kantate BWV 80 -  
"Eine feste Burg ist unser Gott"  
H.W. Knorr-2004*

*fest strukturiert und gleichzeitig aufstrebend,  
als wollten die Kräfte sich wie eine  
Kathedrale himmelwärts ausbreiten. Nach  
der gestalterischen Synästhesie ist die  
Komposition der farbigen Entwurfsskizze  
analog ebenso fest durch Rechtecke und  
aufstrebende Dreiecke aufgebaut und das  
Thema der Melodie wird durch kleine,  
chromatische Formen sichtbar. Der  
Farbklang der Musik wird vorrangig durch  
die aufstrebenden Singstimmen und die  
Bläser bestimmt. Das Orchester bildet dabei  
das Fundament. Natürlich ist das  
Bildbeispiel nur ein Vorschlag und andere  
Bildkompositionen sind aus dieser Musik  
gestaltbar.*

Internet-Adressen zu den Begriffen „Musikalische Früherziehung“, „Musikmalen“,  
„Musikalische Grafik“ und „Synästhesie“

<http://www.kindergartenpaedagogik.de/73.html>

[http://www.familienhandbuch.de/cmain/f\\_Fachbeitrag/a\\_Erziehungsbereiche/s\\_598.html](http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Fachbeitrag/a_Erziehungsbereiche/s_598.html)

[http://prometheus.kai.ru/musical\\_e.htm](http://prometheus.kai.ru/musical_e.htm)

[http://ling.kgw.tu-berlin.de/semiotik/deutsch/ZFS/Zfs87\\_4.htm#4](http://ling.kgw.tu-berlin.de/semiotik/deutsch/ZFS/Zfs87_4.htm#4)

<http://www.atelier-knorr-kleine.de/klangbilder.htm>

[http://www.straebel.de/praxis/text/t-ohara\\_d.htm](http://www.straebel.de/praxis/text/t-ohara_d.htm) (Bilder musizieren bzw. „live transmission“)

<http://www.alois-walter.de>

<http://www.nicola-rother.de/index.html>

[http://m-ww.de/krankheiten/psychische\\_krankheiten/synaesthesia.html](http://m-ww.de/krankheiten/psychische_krankheiten/synaesthesia.html)

## 1.7. Musikmalen als psychotherapeutische Methode

### 1.7.1. Die Methode des Musikmalens nach Dr. med. Rudolf Burkhardt

Als Chefarzt der psychosomatischen Abteilung eines Hamburger Krankenhauses sammelte Rudolf Burkhardt über 20 Jahre Erfahrungen mit diesem synästhetischen Verfahren „das auf Viktor v. Weizsäckers Prinzip des Gestaltkreises von Wahrnehmen und Bewegen basiert“ und „bei dem sich ein senso- und psychomotorisches sowie psychosomatisches Geschehen abspielt“ (Burkhardt, 1986c). Inspiriert vom Kunsterzieher Carl Peters, der in seiner Volksschule mit verhaltensgestörten Kindern das Musikmalen als eine neue Form der musischen Erziehung praktizierte, indem er Musikhören mit Bewegung verband, die sich mit Hilfe von Kreide in zeichnerischen Darstellungen auf Wandtafeln oder unter Anwendung des Fingermalens auf Papier niederschlagen konnte, modifizierte Burkhardt diese Methode und machte sie für die Psychotherapie nutzbar.

Die Vorgehensweise des Verfahrens soll im weiteren in seiner Modernität ausführlich dargestellt werden, wobei sich der Autor in weiten Teilen an Burkhardts Veröffentlichung „Musikmalen – eine psychotherapeutische Methode“ (Burkhardt, 1986c) orientiert.

#### a) Die Intention des Musikmalens

Bei diesem Verfahren wird Musik nicht als Stimulans für Imaginationen dargeboten, die nach Beendigung des Musikstückes in einem Bild zusammengefasst werden; also im Sinne des katathymen Bilderlebens nach Leuner, wobei unbewusste Bilder durch die Musik heraufgefördert werden. Die Patienten sollen auch nicht während eines Musikstückes ihre Intuitionen zu einem Bilde komponieren. In beiden Fällen ist eine bildnerische Darstellung das Ergebnis.

Beim Musikmalen geht es vielmehr darum, die spezifischen körperlich-motorischen Reaktionen, die durch Melodie und Rhythmus der Musik ausgelöst werden, als Bewegungsabläufe mit einem Malstift spontan improvisierend auf Papier zu fixieren. Das momentane Musikerleben wird in grafischen Darstellungen eingefangen, in denen Gefühle in Farben und Formen umgesetzt sind wobei sich ein wahrhaft psychosomatisches Geschehen abspielt.

#### b) Die Musikstücke

Zum Musikerleben bemerkt G. Harrer (1975), dass „kein Reiz zur Auslösung von Affekten auch nur annähernd so geeignet“ ist „wie das Anhören von Musikstücken“.

Jourdain (2001, 390) schreibt: „Die Musik erfasst meist nur Menschen, die bereits tiefe emotionale Erfahrungen gemacht haben. Es ist die Kraft unserer eigenen Existenz, die musikalische Erwartungen antreibt, und es sind die Freuden und Schmerzen in uns selbst, die durch musikalische Auflösungen bedient werden.“

Für das Musikmalen müssen Werke vorgetragen werden, die beim Hören zu einem emotionalen Mitschwingen führen, das in erster Linie in körperlich-motorische Aktionen umgesetzt wird. Dafür ist die Dynamik eines Musikstückes entscheidend, also Anschwellen und Nachlassen, Bewegung zwischen Spannung und Entspannung, Anregung und Beruhigung, Steigerung, aber auch ein Kontinuum mit getragenem festlichen Rhythmus wie z. B. in der Orchestersuite D-Dur von J. S. Bach im 2. Satz: Air. So finden beispielsweise der Türkische Marsch von Mozart, Stücke aus den Kinderszenen und aus dem Album für die Jugend von Robert Schumann, Sätze aus der Feuerwerksmusik von Händel, Ungarische Tänze von Brahms, Tänze von Tschaikowsky, Chopins Revolutionsetude usw., aber auch klassische Jazz - Musik Verwendung. Einmal überwiegt das rhythmische Element, z.B. bei Märschen, bestimmten Tänzen oder Jazz - Musik, wobei vornehmlich motorische Reaktionen ausgelöst werden; dann steht mehr die melodische Komponente im Vordergrund, die durch Tonhöhe und -stärke, Harmonien und Dissonanzen gekennzeichnet ist und

wodurch überwiegend emotionale Wirkungen erzielt werden (vgl. Schwabe, 1972, 77; Willms, 1975, 26 ff; Reinecke, 1971; Hörmann, 2003, 108-110).

Selbstverständlich spielen die Klangfarbe der Instrumente – Saiteninstrumente, Holzblasinstrumente, Klavier usw. – wie der Klangkörper eines Orchesters und die Agogik ebenfalls eine wesentliche Rolle für die Anregungen beim Musikmalen.

Die Folge der Musikstücke strebt nach einer Einstimmung am Anfang einem Höhepunkt mit herausforderndem, dramatischem, ergreifenden Charakter zu, dem sich eine entspannende Musik anschliesst. Dem Iso- und Levelprinzip (vgl. Kapitel 1.3.) folgend wird bei der auszuwählenden Musik auf die Gesamtstimmung der Gruppe zu Beginn der Sitzung Bezug genommen. Für den weiteren Verlauf werden Werke ausgewählt, die mehr auf den introspektiven Prozess hinzielen, oder aufschliessenden oder provozierenden Charakter aufweisen. Die zum Abschluss der Sitzung vorgespielte wiederum eher entspannende Musik hat zum Ziel, das synästhetische Erlebnis abzurunden und den möglicherweise während der Sitzung hervorgerufenen starken Gefühlsregungen ausgleichend entgegenzuwirken.

Die Auswahl der Werke geschieht auch im Hinblick auf die Zusammensetzung der Gruppe; z. B. muss die Relation von älteren und jüngeren, „neurotischen“ und depressiven Patienten Berücksichtigung finden. Ein bekanntes Musikstück, z. B. der Holzschuhtanz aus Lortzings „Zar und Zimmermann“, erhöht stets das „affektive Klima“ (Spitz, 1972) und die Bereitschaft zur Mitarbeit (vgl. Burkhardt, 1986c).

### c) Die Malgruppe

Das Musikmalen kann als Einzeltherapie stattfinden, ist aber als Gruppentherapie konzipiert worden und wurde von Rudolf Burkhardt auch hauptsächlich in der Gruppe realisiert, wobei dem gruppenspezifischen Prozess bereits eine therapeutische Bedeutung zukommt.

In der Regel können Patienten mit abnormen seelischen Reaktionen, neurotischen Entwicklungen, z. B. Angst- oder Zwangsstörungen, mit funktionellen Störungen und psychosomatischen Leiden, mit psychovegetativen Erschöpfungszuständen sowie mit Persönlichkeitsstörungen am Musikmalen teilnehmen, u. U. auch Patienten mit einer abklingenden Psychose. Je nach Aufenthaltsdauer begegnen sich die Patienten etwa 6 bis 8 mal bei dieser Gruppentherapie. Das Alter der Teilnehmer ist ohne Belang. Gerade ältere Menschen beteiligen sich gern und sind erstaunt über ihre Gestaltungsfähigkeiten, die sie im Laufe mehrerer Zusammenkünfte entwickeln.

Das Musikmalen lässt sich vor allem für ältere Menschen problemlos durchführen, weil es

- keinerlei malerischen Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt,
- vorwiegend im Sinne der Psychohygiene z. B. zum Abreagieren innerer Spannungen, von Ärger und Aggressionen, zum Ausdrücken von Schmerz und Trauer ebenso wie von Freude und Heiterkeit eingesetzt werden kann,
- vielfältige Impulse zur Kreativität bietet, die Phantasie anregt, die Assoziationsfähigkeit und Imagination fördert,
- jeder für sich allein zu Hause praktizieren kann und auf diese Weise die verschiedenen besprochenen Ziele verwirklichen hilft, so dass es zu einer reizvollen, erfüllenden Freizeitgestaltung mit Erweiterung der ästhetischen Erlebnisfähigkeit beiträgt, Engagement und Freude weckt sowie produktive Kräfte immer neu freizusetzen vermag.

#### Indikationen der Musik-Maltherapie (ref. in Burkhardt, 1996)

Psychogene Reaktionen (z.B. reaktive Depression)

Neurosen (z.B. depressive, Angst- u. Zwangsneurosen)

Persönlichkeitsstörungen

Psychovegetative Syndrome (funktionelle Störungen)

Psychosomatische Krankheiten (z.B. Ulcus ventriculi)

Ausklingende Psychosen mit Vorbehalt

Sucht (z.B. Magersucht, Drogenabhängigkeit)

Psychohygiene

Seniorenarbeit und Freizeitgestaltung ohne besondere therapeutische Zielsetzung

#### d) Die Praxis des Musikmalens

Jeder Patient erhält grosse Bogen Makulaturpapier, 12 verschiedenfarbige Wachsmalstifte (Farbkreiden), die schmale und breite Strichführungen ermöglichen, und einen Tisch im Ausmass von mindestens 80 x 100 cm. Die Vorteile der Arbeit mit Wachsmalstiften liegen zum einen in ihrer einfachen Handhabung und zum anderen in der Möglichkeit kontinuierlich - ohne Absetzen des Stiftes - in einem ununterbrochenen Fluss malen zu können. Die Weichheit des Materials unterstützt diesen Fluss und gewährt relativ differenzierte Variationsmöglichkeiten je nachdem wieviel Kraft bzw. Druck bei den motorischen Reaktionen eingesetzt wird.

Nach kurzer Einführung in das Verfahren, in der Art und Sinn dieser Therapie erläutert und zugleich die innere Spannung gemindert werden, wird das erste Musikstück dargeboten und sogleich beginnen die Patienten mit dem Malen. Es gibt keine Anweisungen, wie sie die grafischen Darstellungen gestalten sollen, das Papier steht frei zur Verfügung. Gerade auf spontanes, improvisierendes Bewegungen mit dem Stift auf dem Papier kommt es an. Manchmal orientieren sich die neu hinzu gekommenen Patienten bei ihrem Nachbarn und nehmen anfangs einige Formen auf. Doch geben sie sich bald ihren eigenen Ausdrucksfähigkeiten hin. Es ist möglich, beidhändig zu malen, wobei u. U. Bewegungsfiguren wie beim Dirigieren resultieren (s. Kapitel 3.7.).

Ist ein Musikstück beendet, werden die Patienten aufgefordert, alle Arbeiten der Gruppe anzuschauen. Dadurch entsteht weiterhin eine natürliche Entspannung, eine aufgelockerte Atmosphäre für freie Kommunikation, so dass sich der Charakter einer Schulstunde vermeiden lässt. Jeder kann sein Produkt kommentieren und berichten, welche Gefühle die Musik ausgelöst und wie er sie ausgedrückt hat. Auf Grund des

lebhaften Austauschs wird die Motivation zu kreativerem Gestalten und expressiverer Darstellung gefördert.

Die Dauer der Therapie, die möglichst 1 mal wöchentlich stattfinden soll, beträgt etwa 50 Minuten; in dieser Zeit werden ca. 5 bis 8 Musikwerke unterschiedlicher Länge dargeboten. Zum Ausklang kann die körperliche Lockerung u. U. noch durch einen Tanz, der evtl. zuvor bereits beim Malen zu Gehör gebracht wurde, intensiviert werden.

### 1.7.2. Die Ziele des Musikmalens

#### a) Musikmalen als psychodiagnostisches Hilfsmittel (s. auch Kapitel 2.3.)

Aus Raumaufteilung, bestimmten wiederkehrenden Formelementen der Bewegungslinien, Strichstärke, Farbgebung, Tempo des Bewegungsablaufes sowie aus der Arbeitshaltung der Patienten lassen sich, wie Burkhardt auch auf Videoaufnahmen demonstriert, gewisse Grundzüge der Persönlichkeit und vorübergehende psychopathologische Veränderungen ablesen. So können z. B. anankastische Züge, eingeengte Anpassungsbreite, Hemmungen, aggressive Tendenzen, Angst, mangelndes Selbstwertgefühl, Störungen in der Zielstrebigkeit anhand der grafischen Darstellungen und unter Berücksichtigung der Musik aufgedeckt bzw. bestätigt werden. Burkhardt suchte nach zum Vorschein tretenden Gemeinsamkeiten der jeweils einzigartigen persönlichen „grafischen Reaktionen“ der Patienten in der projizierten Bildbewegung. Er betont allerdings auch, dass die psychodiagnostische Auswertung fundierter Erfahrung bedarf, und die Ergebnisse bei kritischer Abwägung nur als integrierende Aspekte in die Gesamtschau der Persönlichkeit eingefügt werden dürfen.

Neben der nonverbalen Hinweismöglichkeit, insbesondere für sehr verschlossene Patienten ging es Burkhardt weiterhin um die Möglichkeit, den Behandlungserfolg anhand der im Therapieverlauf entstandenen Bilder anschaulich zu dokumentieren (s. Kapitel 3.).

Das Hauptinteresse gilt jedoch auch bei ihm der therapeutischen Zielsetzung, die Parallelen zu den Ergebnissen von Sündermann und Ernst (1981) bezüglich der Wirksamkeit des Musikmalens aufweist (vgl. Kapitel 1.6.1.).

#### b) Musikmalen als psychotherapeutisches Hilfsmittel

Wie bereits festgestellt, realisiert sich beim Musikmalen ein den gesamten Menschen erfassendes Erleben, so dass sowohl im psychischen als auch im somatischen Bereich Wirkungen nachgewiesen werden können.

Das Verfahren ist einesteils symptomorientiert, indem es Einfluss auf vegetative Fehlsteuerungen nimmt, andernteils persönlichkeitsorientiert, weil es emotionale, kommunikative, lebensordnende und sinnerfüllende Prozesse beeinflusst.

#### 1) Physische Wirkungen des Musikmalens

„Musik setzt in Bewegung, aktiviert. Immer verändert Musikeindruck den Ausdruck (Motorik)“ (Jaedicke in: Harrer, 1975, 224). Dafür bieten manche Patienten ein Musterbeispiel: Sie wiegen den Kopf, schwingen beim Malen die Arme wie beim Dirigieren, der Oberkörper kann in rhythmische Bewegungen geraten und selbst die Beine vollziehen Mitbewegungen. Dabei kommen sich wiederholende rhythmische Bewegungsfiguren auf dem Papier zustande: Kreisformen, spiralige oder elliptische Abläufe, Zickzack- oder Wellenlinien, grosse Schwünge usw., die z.T. zu reizvollen Ornamenten führen können.

Die rhythmischen Bewegungen gehören – wie Clauser u. a. (1971) herausstellten – zu den Urerlebnissen in der menschlichen Embryonalentwicklung, die durch den Herzschlag, die Atembewegungen und den Gang der Mutter hervorgerufen werden.

Die auf Grund der Musik intendierten körperlichen Mitbewegungen und Lockerungen als ergotrope Therapie bewähren sich bei allen verspannten, gehemmtten, depressiv-eingeengten, psychomotorisch-passiven Patienten sowie bei psychogenen

Muskelverspannungen und medikamentös verursachter Steifheit. Umgekehrt können sich hypermotorische Patienten wohltuend abreagieren.

Manchmal lassen sich erhebliche vegetative Begleiterscheinungen nachweisen. Im Abreagieren von Spannungen und Aggressionen treten körperliche Reaktionen wie temporäres Herzklopfen, Anstieg der Pulsfrequenz, Kurzatmigkeit, Schweißausbrüche oder Erröten auf, die in Bezug auf Musikrezeption in interessanten Untersuchungsergebnissen aufgezeigt wurden (vgl. Kapitel 1.4.).

## 2) Psychische Wirkungen des Musikmalens

Jaedicke (1975) schreibt: „Musik kann ...innerlich tief bewegen...kann nicht begriffen werden. Sie ergreift uns.“

Über nonverbale Methoden, zu denen das Musikmalen zählt, bemerkt Junová, „dass der Mensch „auf nonverbalem Gebiet...in Verhüllung, Maskierung, im Manövrieren weniger geübt“ ist, „also wahrhaftiger, natürlicher, eindeutiger...““, und „dass die Erlebnisse bei nonverbalen Techniken meistens tiefer sind, reichlicher mit Emotionen durchsetzt, so dass es auch leichter zur emotiven korrektiven Erfahrung kommt“ (Schwabe in: Harrer, 1975, 154-155).

Sehr eindrucksvoll wird eine emotionale Aufgeschlossenheit bei gehemmten, verschlossenen, ängstlichen, anankastischen Patienten wahrgenommen. Innerer Widerstand kann sich lösen, Ängste und Hemmungen können abgebaut, Spannungen und Aggressionen abreagiert, Schmerz und Trauer ausgedrückt und in Farbe und Form gebannt werden.

Breuer und Freud hatten die kathartische Wirkung beim Aussprechen eines psychotraumatischen Erlebnisses beobachtet. Nicht jeder ist aber in der Lage, seine pathogenen, vielleicht frühkindlichen Erlebnisse und Konflikte verbal mitzuteilen, und manche sind sich ihrer Affektretention nicht bewusst.

Vor allem psychosomatisch Kranke bedürfen oft einer „anschaulichen“ Bewusstmachung ihrer Grundkonflikte und intrapsychischen Störungen, aber auch einer bildhaften „Veranschaulichung“ ihrer positiven Entwicklung im psychotherapeutischen Prozess (vgl. Kapitel 1.5.).

Mit Hilfe des Musikmalens kann es zudem a verbal zu einem heilsamen Abreagieren von angestauten Affekten, seelischen Spannungen, die nicht immer artikuliert werden können und verdrängten seelischen Traumata kommen. Diese Psychokatharsis im Sinne echter Entlastung kann das gestörte psychische Gleichgewicht wieder herstellen helfen und ausserdem positive innere Kräfte zur Entfaltung bringen, die den gesamten psychotherapeutischen Bemühungen und darüber hinaus der weiteren Lebensgestaltung und -bewältigung zugute kommen (vgl. Kapitel 1.4.).

Fördernd wirkt sich das Musikmalen auch auf die Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit, Flexibilität und assoziative Gestaltungsfähigkeit aus, die als kognitive Funktionen im Sinne der Lerntheorie (vgl. Eysenck, 1964; Yates, 1970; Payk & Tullius, 1986) spielerisch trainiert und in den Alltag als verhaltenstherapeutische Erfolge übertragen werden können (Transfer, musiktherapeutische Handlungsaktivierung, vgl. Kapitel 1.3.). Bei wiederholtem Wechsel von Rhythmus und Tempo des Musikstücks werden Anpassungs- und Reaktionsvermögen geübt. Immer wieder lassen sich nach dem Musikmalen grössere Kommunikationsbereitschaft, Offenheit und positivere Gestimmtheit erkennen (vgl. Burkhardt, 1986c).

### 3) Sozial- kommunikative Wirkungen des Musikmalens

Schon Carl Peters konnte sich von der sozial – kommunikativen Bedeutung des Musikmalens bei seinen Schülern überzeugen. Auf Grund der emotionalen Aufgeschlossenheit realisiert sich eine „wortlose Kommunikation“ (Dreikurs, vgl. Burkhardt, 1986c): gemeinsam wird gehört (musiktherapeutischer Aspekt: interpersonelle Kommunikation) und gemalt (kunsttherapeutischer Aspekt: jeder malt für sich), Bewegungen werden induziert, die Bilder angeschaut, so dass sich ein

spielerischer Umgang entwickeln kann. Beim gegenseitigen Betrachten der Produkte setzt notwendigerweise die sprachliche Äusserung ein, die Erfolgserlebnisse fordern anerkennende Bemerkungen heraus, die erneut die Kommunikation untereinander fördern. Diese Interaktionen verbinden und helfen, interpersonelle Verhaltensstörungen abzubauen und lassen weiterführendes Gruppenbewusstsein wachsen. Die auf Grund der Musik, des Malens und der Bewegungsmodi sich auf verschiedenen Ebenen wechselseitig beeinflussenden und durchdringenden zwischenmenschlichen Prozesse hat Reinecke als „kommunikative Komplementarität“ beschrieben (Reinecke in: Harrer, 1975, 101 ff).

#### 4) Wiedergewinnung und Neuentwicklung musischer Erlebnisqualitäten

Musik erreicht die gesunden Tiefenschichten der Persönlichkeit genauso wie die intrapsychischen Konfliktbereiche. So werden beim kathartischen Abreagieren zugleich verschüttete positive Kräfte freigelegt und u. U. momentan entbunden.

Es lässt sich beobachten, wie dann die Teilnehmer recht kurzfristig mit erstaunlicher, geradezu kindlicher Freude und Heiterkeit malen, sich dem gestalterischen Tun hingeben, ihre Kreationen selbst voller Verwunderung betrachten und selbstkritisch Stellung dazu nehmen.

Da bei „neurotischen“ Menschen, bei Patienten mit funktionellen oder psychosomatischen Erkrankungen und Depressiven die Erlebnis- und Genussphäre eklatanten Störungen unterworfen ist und Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl und das Gefühl für die Einheit, Ganzheit der Persönlichkeit verloren gegangen sind (vgl. Kapitel 1.5.), liegt es nahe, Therapieformen einzusetzen, die auch diesem Bereich gerecht werden. G. R. Heyer (1959, 298) formuliert: „In ihrem Zusammenhang als Musik wecken und mobilisieren Melos und Rhythmus die ‚produktive Sphäre‘. Genau darauf kommt es bei jeder Behandlung entscheidend an.“ Im Musikmalen kann die ästhetische Erlebnisqualität in hohem Masse geweckt oder ausgebaut werden. Oft findet eine geistige Auseinandersetzung bei charakteristischen Musikstücken, z. B. mit Phantasie anregender Tendenz statt. Das Erleben emotional differenzierter Musik

ermöglicht ein spontanes schöpferisches, phantasievolles Malen, das geeignet ist, zu einer persönlichkeitsbestätigenden Lebensgestaltung beizutragen und einen Kontrapunkt zu setzen gegenüber unserer überhöhten rationalen, technisch-wissenschaftlichen Orientierung. Die Anknüpfung an frühkindliche, spielerische Gestaltungs- und Ausdrucksmöglichkeiten kann Impulse zur psychophysischen Harmonisierung und zur Verinnerlichung vermitteln. Indem sich beim Musikmalen ein Weg zum „schöpferischen Grund“ (ebd.) eröffnet, kann zugleich eine „Erholungsregression“ im Sinne Freuds erfolgen (vgl. Kapitel 1.4.). Diese wird noch dadurch unterstützt, dass keine Leistungen erwartet werden, keine künstlerischen Schöpfungen, die einer Bewertung unterliegen. Das persönlichkeitspezifische Wie ist bedeutungsvoller als das Was der Leistung (vgl. Franzke, 1977, 13).

### 1.7.3. Die Bearbeitung des Bildmaterials mit den Patienten

#### a) Kathartische Erfahrungen

Die Methode des Musikmalens intendiert als ein psychotherapeutisches Ziel das Besprechen bzw. Durcharbeiten der Bilder mit den Patienten. Es findet eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Werk statt. Der Patient kommt in eindrucksvoller Weise wieder zu sich selbst.

Da das Verfahren die Äusserungsbereitschaft der Gefühle erhöht und affektiven Aufforderungscharakter involviert, können dem Patienten anhand der Produkte Aggressionen, psychische Einengungen, verhängnisvolles Streben nach Perfektion usw. demonstriert werden. Das kathartische Abreagieren unbewusster Spannungen und angestauter Affekte kommt anschaulich zum Ausdruck, sie werden gleichsam auf das Papier ausgedrückt und zwar u. U. so intensiv, dass das Material zereisst.

Aber ebenso lassen sich die positiven Gestaltungselemente herausstellen, ja, sie können und müssen sogar in erster Linie als Anknüpfungspunkte in den psychotherapeutischen Einzelgesprächen dienen. So kann einem Patienten beispielsweise vor Augen geführt werden, wie stark er durch einen musikalischen Impuls zu innerem Mitschwingen

angeregt wurde und wie stringent sich seine innere Dynamik in den äusseren Bewegungsspuren auf dem Papier ausdrückt. Damit wird einem depressiven, resignierenden, unter Minderwertigkeitsgefühlen leidenden Menschen zu einem ermutigenden Erlebnis der eigenen Emotionalität sowie deren Ausdrucksfähigkeit verholfen und sein Selbstwertgefühl und -vertrauen gestärkt. Manche erklären überzeugend: „Ich hätte nicht gedacht, dass ich das kann und sogar Freude daran finde!“ (vgl. Burkhardt, 1986c).

#### b) Analytische Bearbeitung

Nicht selten entstehen graphische oder bereits bildnerische Gestaltungen, die Material aus dem Unbewussten enthalten, weil auf Grund des spontanen, unmittelbar zur Musik stattfindenden Malens die Zensur durch das Bewusstsein umgangen wird. Symbolische Darstellungen in Form von eindrucksvollen Bewegungsabläufen oder figurenartige Gestaltungen rufen beim Besprechen Assoziationen hervor, wecken Erinnerungen und legen schliesslich Deutungen nahe.

Allerdings sollte zunächst stets der Patient Stellung zu seinem Werk nehmen und sich darüber äussern, was ihm auffällt, was ihm anschaulich wird, womit er sich konfrontiert sieht und womit er sich auseinandersetzen muss. Je zurückhaltender der Therapeut verfährt, umso tiefer kann meist der Patient zur Introspektion angeregt werden, und in der Selbstreflektion kann sich ihm fortschreitend ein unbewusster Konflikt oder eine Grundhaltung immer eindeutiger erschliessen. Zeifellos ist eine „Ausdeutung jeder Linie“ des Produkts unmöglich, doch können häufiger auftretende Bewegungsabläufe und –formen auf bestimmte Persönlichkeitsstrukturen und Verhaltensweisen aufmerksam machen, die der Patient zumeist auch selbst erkennt.

Im Laufe einer längeren Therapie lassen sich dann beim Vergleich zahlreicher Darstellungen sogar positive oder negative Entwicklungen auf Grund des psychotherapeutischen Prozesses feststellen, die als korrektive Erfahrungen vorantreibend und intentional wirksam werden können.

### c) Weiterreichende therapeutische Wirkungen

Selbstverständlich ist eine auswertende Betrachtung der Malergebnisse auch in der Gruppe möglich, wobei die gegenseitigen Anregungen oder kritischen Stellungnahmen gruppentherapeutisch aufgearbeitet werden. Gelegentlich ist es sinnvoll, den Partner des Patienten gleichfalls mit den Bildern zu konfrontieren und sie ihm gegenüber zu dechiffrieren. Nicht selten wird ein anerkennendes Bewundern der Werke wahrgenommen und schliessen sich entsprechende themenzentrierte gemeinsame Gespräche unmittelbar an.

Die erhöhte Kommunikationsbereitschaft nach dem Malen und Besprechen kann ebenso zu Einzelgesprächen genutzt werden und führt meist zu einer gelösteren und intentionaleren Aussprache.

Nicht zuletzt hat die Bearbeitung des Materials das Ziel, die Patienten zu motivieren, diese Methode im Sinne der Psychohygiene nach Entlassung aus der Behandlung noch fortzusetzen. Denn im Musikmalen ist ihnen ein praktikables Verfahren an die Hand gegeben, das die persönlichkeitspezifischen Zielsetzungen der Therapie, besonders die korrektiven Prozesse und kreativen Gestaltungskräfte weiter in Gang halten und fördern kann.

## 1.8. Fragestellung / Hypothesen

### 1.8.1. Fragestellung

- Welchen therapeutischen Stellenwert kann das Musikmalen in der psychotherapeutischen Behandlung neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen einnehmen ?

- Inwiefern bereichert die diagnostische Auswertung der beim Musikmalen entstandenen Bildfolgen die Psychotherapie ?

### 1.8.2. Hypothesen

1. In der Musik-Maltherapie kann der Patient die Möglichkeit nutzen, für ihn wichtige Themen und Inhalte in einem Bild nonverbal seinen Mitmenschen mitzuteilen, insbesondere dann, wenn er sehr verschlossen ist und sich verbal nicht ausreichend mitteilen kann.
2. Angestaute Affekte können beim Musikmalen im Sinne der Psychodynamik ausgleichend abreagiert werden.
3. Verdrängte seelische Traumata können sich in grafischen Darstellungen Ausdruck verschaffen, wodurch der Patient mit seinen intrapsychischen Konflikten konfrontiert werden kann, die in anschließenden tiefenpsychologisch orientierten psychotherapeutischen Gesprächen bearbeitet werden können.
4. Die sorgfältig ausgewählten Musikstücke selbst können im Sinne rezeptiver Musiktherapie eine psychohygienische (kathartische) Wirkung entfalten, indem sie durch tiefenpsychologische Wirkung vor allem die emotionale Sphäre der Persönlichkeit im Sinne einer erlebnisbedingten psychophysischen Harmonisierung beeinflussen.
5. Körperliche Funktionen können über das vegetative Nervensystem durch trophotrope Musik sowie der begleitenden Malbewegung positiv beeinflusst werden. (Puls- und Atemfrequenz, Blutdruck, Hautwiderstand, Psychomotorik, EEG). Durch Stimulation des Vagotonus können funktionelle Dysregulationen positiv beeinflusst sowie eine Erholungsregression gefördert werden.

6. In der zeitlichen Abfolge von in der Musik-Maltherapie entstandenen Bildfolgen kann eine charakteristische Entwicklung des Bildausdrucks bzw. einzelner grafischer Kriterien den Behandlungserfolg dokumentieren.
7. Eine Bildauswertung anhand des RES-Bewegungsanalysesystems liefert differenzierte Informationen über Bedürfnisse, Antriebe und Gefühle des Patienten auf der einen Seite (System I) sowie ihre Strukturen und Objektbezüge auf der anderen Seite (System II). Durch die Analyse von Bildfolgen lässt sich eine Besserung bestimmter Parameter ablesen, anhand derer Rückschlüsse für den Therapieerfolg gezogen werden können.

#### 1.9. Nachruf

##### Nachruf auf Dr. med. Otto Rudolf Burkhardt (1930-2001)

Am 8. 01. 2001 ist nach kurzer und schwerer Erkrankung Dr. med. Otto Rudolf Burkhardt (1930-2001) verstorben. Als langjähriges Mitglied im Vorstand des von ihm 1984 in Münster mitbegründeten Fördervereins Musiktherapie und als sehr geschätzter Dozent im Prager Fernstudium und späteren Münsterschen Weiterbildungsstudium Musik- und Tanztherapie war er durch seine tiefen Kenntnisse und klinischen Erfahrungen, zuletzt als Chefarzt der Psychosomatischen Abteilung im Krankenhaus Ginsterhof, nicht nur einer zahlreichen Studierendenzahl bekannt, sondern auch als Kursleiter und Referent mit praktischen Demonstrationen u.a. auch auf Tagungen des Berufs- und Europäischen Dachverbands für Kunst-, Musik und Tanztherapie (BKMT) aufgrund seines lebendigen Unterrichts gern gesehen. Darüber hinaus war er auch mehrfach als Autor in der Zeitschrift "Musik-, Tanz- und Kunsttherapie" hervorgetreten und hat mit einer Vielzahl weiterer Publikationen wesentlich zur Förderung künstlerischer Therapien mit besonderer Berücksichtigung der Musiktherapie beigetragen.

Nach der Schulzeit in Leipzig studierte Rudolf Burkhardt nach dem Abitur ab 1949 zunächst Theologie und war von 1954-61 in einer Vikariats- und Pastorentätigkeit in der Landeskirche Sachsen tätig. Nach dem Medizinstudium und Medizinalassistenzeit von 1961-70 in Freiburg i. Br., wo er seine spätere Frau kennenlernte, die ein Jahr vor ihm verstarb, absolvierte er von 1970-74 seine Facharztweiterbildung für Psychiatrie und Neurologie einschließlich der Zusatzbezeichnung Psychotherapie. Von 1974-76 war er zunächst ärztlicher Leiter der Tagesklinik und rehabilitativen Übergangsabteilung Bethel in Bielefeld, anschließend baute er die psychosomatische Abteilung der Krankenanstalten Sarepta in Bethel auf und war von 1976-84 deren

leitender Oberarzt. 1984 wurde er als Chefarzt der Neuropsychiatrischen Abteilung der Ev. Stiftung Krankenhaus Ginsterhof bei Hamburg berufen und übernahm ab 1989 die dortige Psychosomatische Abteilung. Nach seinem Ruhestand im Jahre 1993 - er war als Gründungsprofessor des zu jener Zeit neu geschaffenen Studiengangs Musiktherapie in Magdeburg vorgeschlagen - praktizierte er weiterhin in privater Praxis und übernahm die Musiktherapie in der geriatrischen Abteilung des Krankenhauses "Groß Sand" in Hamburg.

Nach frühem Unterricht im Klavierspiel mit kriegsbedingter Unterbrechung, Mitwirkung im Schulchor und dem berühmten Thomanerchor in Leipzig und musikwissenschaftlichen Studien widmete er sich im Chor der Thomaskirche Leipzig der Sammlung erster Materialien zur Musiktherapie und war weiterhin als Leiter von Sing- und Musizierkreisen tätig. In dieser Zeit war ihm der Orgelschüler Christoph Schwabe begegnet, den er für das therapeutische Singen gewann und auf die Möglichkeiten des Autogenen Trainings mit Musik aufmerksam machte. Im Rahmen der Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" widmete sich Burkhardt nicht nur verstärkt seinen Studien zur Musiktherapie, sondern begann selbst mit der Etablierung der Musiktherapie im psychiatrischen Langzeitbereich der Klinik Morija in Bethel. Dort entwickelte er ab 1974 das Musikmalen als psychotherapeutische Methode, das er in seiner Publikation aus dem Jahre 1980 "Musikmalen - eine kathartische Methode in der Psychotherapie" vorstellte. Auch durch seine Mitarbeit in psychotherapeutischen Fortbildungsseminaren der Ärztekammer Südbaden in Bad Bellingen hat er zur Verbreitung der Musiktherapie in der Medizin wesentlich beigetragen. Ab dem Sommer-Semester 1983 hatte er einen Lehrauftrag an der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster zur Musiktherapie inne und war Mitglied der Kommission zur Gründung des heutigen Zusatzstudiengangs Musiktherapie, den der damalige Privatdozent Dr. Dr. Karl Hörmann in seiner Zeit von 1978-1985 initiiert hatte. Aus beider Zusammenarbeit gingen fruchtbare Impulse und Resultate in bezug auf Forschung, Lehre und der Betreuung von Praktikanten aus dem Zusatzstudiengang und aus dem späteren Fern- und dann Weiterbildungsstudiengang aus, die nicht zuletzt in der Tätigkeit von R. Burkhardt als stellvertretendem Vorsitzenden des Vereins Musiktherapie und als Ärztlicher Direktor der Akademie für Musik- und Tanztherapie EU ihren sichtbaren Ausdruck fand.

Seit der Übernahme der Chefarztposition der psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilung des Krankenhauses Ginsterhof war Rudolf Burkhardt mit Vorträgen und workshops auf den seit 1984 jährlich stattfindenden Symposien zur Musik-, Kunst- und Tanztherapie in Münster und Köln vertreten. Beispielhaft seien seine daraus hervorgegangenen Publikationen "Autogenes Training unter Einfluß von Musik" (in: Karl Hörmann (Hrsg.): Musik im Diskurs. Bd. 1 Musik- und Kunsttherapie Regensburg 1986, S. 67-79) oder seine Beiträge "Tanztherapie in der Psychosomatik" (1994) oder "Kann die Musiktherapie einen Beitrag leisten zur Rehabilitation geriatrischer Patienten nach Hirninfarkt" (1996) in der Zeitschrift "Musik-, Tanz- und Kunsttherapie" erwähnt. Es würde zu weit führen, seine weitere vielfältige Vortragstätigkeit und klinische Arbeit darzustellen oder gar seinen Einfluß auf die Entwicklung der rezeptiven und regulativen Musiktherapie zu würdigen. Unvergessen und durch ein nun besonders wertvolles Video dokumentiert ist seine von ihm

durchgeführte ganztägige Praxisveranstaltung zur Musiktherapie mit Patienten des Krankenhauses Ginsterhof während des BKMT-Symposiums 1988 im Congress-Centrum Hamburg.

Neben hoher musiktherapeutischer Kompetenz, fundierter psychotherapeutischer Erfahrung und reichhaltigem praktischem Engagement ist als besonderes Merkmal der Arbeit von Rudolf Burkhardt zu erwähnen, daß er von Beginn seiner Studienzeit an in Verbindung von Theologie und Medizin nicht nur während seines Medizinstudiums als Krankenseelsorger, sondern auch während seiner Arbeit als ärztlicher Psychotherapeut seine Aufgabe darin sah, dem kranken Menschen in seinen Glaubens- und Lebensproblemen Hilfestellung zu leisten und dabei die Ganzheit der Persönlichkeit in allen seinen Lebensdimensionen zu berücksichtigen. Es war seine zutiefst empfundene Überzeugung, „daß nicht Methoden in der Psychotherapie entscheidend sind, sondern der Therapeut, der als Mensch dem Leidenden begegnet“. Daß allerdings diese Überzeugung durchdrungen war von dem Bestreben nach Qualitätssicherung und methodischer Kompetenz, wird nicht zuletzt aus dem Umstand ersichtlich, daß Rudolf Burkhardt an seiner Forderung nach solider wissenschaftlicher Ausbildung unverrückt festhielt. Da das Studium der Medizin im Anschluß an das Theologiestudium in der DDR nicht genehmigt wurde, ging er zunächst in die seelsorgerische Gemeindegarbeit, um erst nach einigen Jahren praktischer Arbeit neben seiner Tätigkeit als Krankenseelsorger ein Medizinstudium samt anschließender mehrjähriger Facharztweiterbildung zu absolvieren.

Durch eine abrupte Krankheit war es Rudolf Burkhardt nicht mehr vergönnt, sein reichhaltiges Wirken für die Musiktherapie umfassend zu bilanzieren und sein umfangreiches, in Jahrzehnten gesammeltes und penibel sortiertes Material mitsamt ausführlichen Krankenakten auszuwerten; es harrt in Räumen der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster der Aufarbeitung. Nicht nur sein imponierendes und wegweisendes Werk, sondern seine authentische und beeindruckende Persönlichkeit im Dienst des leidenden Menschen unter Nutzung der Möglichkeiten künstlerischer Therapien, insbesondere der vielfältigen Varianten einer fundierten musiktherapeutischen Kompetenz verdienen Respekt, Bewunderung sowie ehrendes und dankbares Gedenken an diesen Pionier der Musiktherapie.

Georg Hörmann

(aus: Musik-, Tanz- und Kunsttherapie, April 2001, Vol.12, No. 2, 100-103)

## 2. Material und Methoden

### 2.1. Vorgehensweise

Das über 20 Jahre von Rudolf Burkhardt gesammelte Bildmaterial einschliesslich katamnestischer Dokumentation aus den Kliniken Bethel und Hamburg liegt dieser Arbeit zu Grunde. Zur ausführlichen phänomenologischen Bildbeschreibung und anschliessenden auswertenden kriterienbezogenen Analyse werden fünf Patienten ausgewählt, die über einen längeren Zeitraum (mindestens 3 - 5 Sitzungen) am Musikmalen teilgenommen haben. Weitere Patienten sind zusätzlich zur Demonstration des Musikmalens mit ihren Bildern exemplarisch in Kapitel 3.5. vorgestellt.

Die zur Musik gemalten Bilder werden zunächst phänomenologisch orientiert beschrieben und unter Berücksichtigung der Intuition hermeneutisch interpretiert sowie mit Hilfe der Katamnese – soweit dokumentiert – im Sinne des Patienten gedeutet.

Des weiteren erfolgt zum einen die Analyse der Bilder mit Hilfe des ebenfalls phänomenologisch orientierten RES-Bewegungsanalyse-systems (s. Kapitel 2.3.5.) und zum andern ihre Einstufung anhand der zur Analyse von persönlichkeitsstypischem Verhalten entwickelten Kriterien nach Millon (s. Kapitel 2.3.6.). Die Ergebnisse werden der katamnestischen Dokumentation im Therapieverlauf gegenübergestellt, um das Musikmalen als diagnostisches wie therapeutisches Mittel in der psychotherapeutischen Behandlung zu evaluieren und Zusammenhänge zwischen Musikmalergebnis und Therapieerfolg aufzuzeigen.

## 2.2. Krankengeschichten (Katamnesen)

Die klinischen Diagnosen beschränken sich auf den Bereich der Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD10: F4). Das Musikmalen war in die stationär durchgeführte Psychotherapie integriert und wurde parallel zu den überwiegend tiefenpsychologisch orientierten psychotherapeutischen Einzelgesprächen besprochen und dokumentiert.

Abb 2.1: Übersicht der klinischen Diagnosen (nach ICD-9, ICD-10 bzw. DSM-IV)

Pat.-Nr.	Alter	Geschlecht	Klinische Diagnose (ICD-9)	Klinische Diagnose (ICD-10)	Klinische Diagnose (DSM-IV)
1 (03)	38	w	Depressives Erschöpfungs- und Versagensyndrom mit funktionellen Störungen bei angstneurotischer Entwicklung und sensibler, selbstunsicherer Persönlichkeit und situativen Belastungen (300.4; 306.4; 300.0)	Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (F43.2) DD: Dysthymie (F34.1); Panikstörung (F41.0); Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)	Anpassungsstörung, Chronisch Mit Depressiver Stimmung DD: Dysthyme Störung; Panikstörung ohne Agoraphobie; Somatisierungsstörung
2 (07)	59	w	Neurotische Depression mit Angst und psychovegetativen Symptomen bei selbstunsicherer, depressiv-ängstlicher Persönlichkeit und familiären Konfliktsituationen (300.4; 306)	Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (F43.2) DD: Dysthymie (F34.1); Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)	Anpassungsstörung, Chronisch Mit Depressiver Stimmung DD: Dysthyme Störung; Somatisierungsstörung
3 (27)	42	w	Depressives Erschöpfungs-syndrom mit funktionellen Störungen im Klimakterium bei situativen Belastungen, angstneurotischer Entwicklung und sensibler Persönlichkeit (300.4; 306; 300.0)	Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (F43.2) DD: Dysthymie (F34.1); Panikstörung (F41.0); Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)	Anpassungsstörung, Chronisch Mit Depressiver Stimmung DD: Dysthyme Störung; Panikstörung ohne Agoraphobie; Somatisierungsstörung
4 (29)	56	m	Reaktive Depression mit funktionellen Störungen und anankastischer Persönlichkeit (300.4; 306.4)	Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (F43.2) DD: Dysthymie (F34.1); Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)	Anpassungsstörung, Chronisch Mit Depressiver Stimmung DD: Dysthyme Störung; Somatisierungsstörung
5 (33)	44	w	Depressives Erschöpfungs-syndrom mit funktionellen Störungen bei angstneurotischer Entwicklung nach Ca-OP (300.0; 306.2)	Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (F43.2); Panikstörung (F41.0); Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.30)	Anpassungsstörung, Chronisch Mit Depressiver Stimmung; Panikstörung ohne Agoraphobie; Somatisierungsstörung

Abb. 2.2: Übersicht der Musik-Maltherapiesitzungen

Pat.-Nr.	Anzahl der Musikmal-sitzungen	Anzahl der gemalten Bilder	Dauer der Musikmaltherapie (Wochen)	Psychotherapeutische Gesamtbehandlungsdauer (Wochen)
1 (03)	5	25	13	27
2 (07)	5	25 (-2)	7	178
3 (27)	3	15	3	12
4 (29)	4	20	14	17
5 (33)	4	22	5	9

### 2.3. Bildmaterial

Das Bildmaterial besteht aus ca. 60 x 80 cm grossem Makulaturpapier, das meist im Querformat ausgebreitet auf entsprechend grossen Tischen mit 12 verschiedenfarbigen Wachsmalstiften (Farbkreiden) bemalt werden konnte. Durch das Alter der Bilder, das teilweise über 10 Jahre beträgt, sind leichte artefaktische Beeinträchtigungen durch Vergilbung bzw. Faltpuren entstanden, die bei der Auswertung zu berücksichtigen sind.

### 2.4. Auswertungskriterien

#### 2.4.1. Kriterien zur Beurteilung von Bildern (aus: Hörmann, 2000)

*bei Bleistiftzeichnungen:*

Form:	rund	eckig
Stärke:	dünn	dick
Linienführung:	durchgehend	unterbrochen
Platzaufteilung:	oben	unten
	eng	weit
	voll	leer

Inhalt:	konkret Bewegungsform abbildend	abstrakt Stimmung einfangend
---------	------------------------------------	---------------------------------

*beim Gebrauch von Farbe zusätzlich:*

Farbwahl:	hell	dunkel
Farbgebung:	dick	dünn aufgetragen
Farbverteilung:	bunt durcheinander	einfarbig geordnet

#### 2.4.2. Bildnerische Ausdrucksmittel nach Kandinsky

Flächenaufteilung:

<i>oben</i>	<i>unten</i>
Leichtigkeit Lockerheit Befreiung Freiheit	Verdichtung Schwere Gebundenheit

Die Form als Ausdrucksmittel:

Vertikale:	Trennung, Hinführung, stehende Ausdrucksform
Horizontale:	Einbruch der Ruhestellung
Diagonale:	Hinführung des Auges auf etwas, starke Bewegungstendenz
rechter Winkel:	statisches Element, Ruhe, wenig Dynamik
spitzer Winkel:	scharfe Wirkung, Spannungsträger
stumpfer Winkel:	Passivität, Ruhe

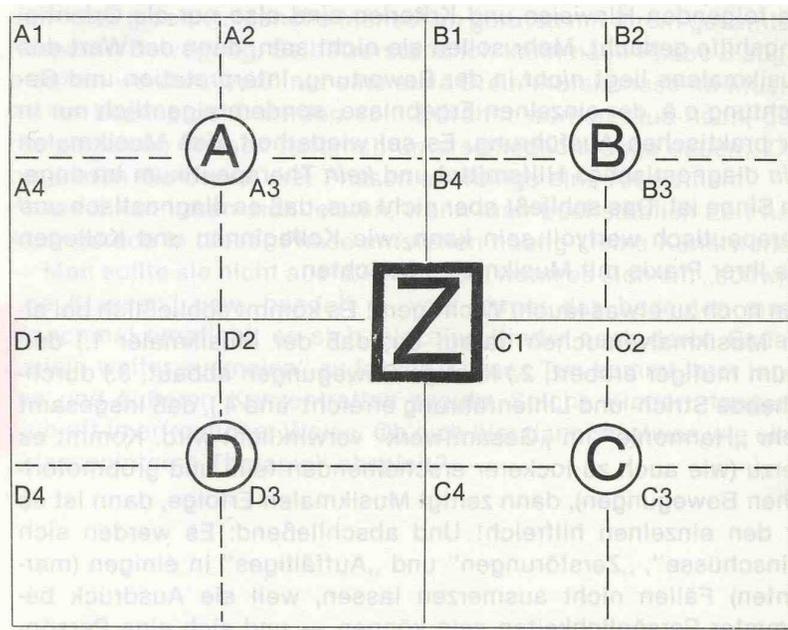
#### 2.4.3. Bewertungskriterien für Musikmalen nach Burkhardt (1986) – Kurzform (vgl. Kapitel 1.7.2.)

- Raumaufteilung
- bestimmte wiederkehrende Formelemente der Bewegungslinien
- Strichstärke
- Farbgebung
- Tempo des Bewegungsablaufes
- Arbeitshaltung der Patienten

#### 2.4.4. Bewertungskriterien für Musikmalen nach Niemeyer (1990)

Raumaufteilung: Zur Festlegung der Position einzelner Bildinhalte auf dem Malgrund eignet sich die Einteilung in vier Hauptquadranten, die wiederum jeweils in vier Quadranten aufgeteilt werden.

Abb. 2.3: Raumschema zur Bewertung von Musikmalergebnissen (aus: Niemeyer, 1990, 72)



„Das Raumschema erlaubt die Festlegung der Position des einzelnen „im Raum“... . Dabei ist immer wieder aufschlussreich, wo sich entmutigte Musikmaler im Raum befinden. Interessant ist weiterhin, wie sie dann bei zunehmender Ermutigung immer weiter „in den Raum gehen“, ja sich hineinwagen. Gehemmte verlieren sich fast im Raum, also auf dem Papier. – Der Mutige usw. „bewegt“ sich von Anfang an in allen vier Quadranten – und das auch noch „mit Schwung“!“ (ebd.).

Niemeyer (1990, 74-76) unterscheidet neben der Raumaufteilung noch folgende weitere Merkmale in Musikmalbildern:

Strich- und Linienführung, Strichstärke, Gesamteindruck, Auffälliges, Form, Farbe und „Typen“ (als „Sammelbegriffe“ bestimmter einzelner Verhaltens- und Ausdrucksformen von Persönlichkeiten: „Rhythmiker“; „Statiker“; „Harmoniker“; „Disharmoniker“; „Motoriker“; „Kritzler“; „Schmierer“; „Zerstörer“; „Dünnstrichler“; „Dickstrichler“).

Die Kategorie Form spielt ihm nach eine untergeordnete Rolle, weil es beim Musikmalen mehr um „Bewegung“ und „Dynamik“ geht. „Verharrende“ Typen zeigen vor allem in der Erstbegegnung mit Musikmalen öfter Gegenständliches wie z. B. einen Kassettenrekorder, ein Radio, ein Haus, einen Baum, einen Menschen usw. (vgl. ebd.).

#### 2.4.5. Die phänomenologische Bilderfassung nach Stuhler-Bauer & Elbing (2003)

Aus der Kunsttherapie bieten sich zwar quantitative Instrumente zur Bilderfassung an, wie z. B. das *Diagnostic Assessment of Psychiatric Art*, das von Hacking, Foreman und Belcher (1996) in England entwickelt wurde und von dem ebenfalls eine deutsche Version existiert (DAPA-D; Elbing & Hacking, 2001) oder die von Eber, Müller, Bader und Baukus (1998) entwickelte *Nürtinger Beurteilungsskala* (NBS; in: Elbing & Hacking, 2001), die standardisierte Einschätzungsskalen zu den Auswertungskriterien Farbe, Form, Linie und Bewegung beinhaltet während die DAPA-D die dominante Form des Bildes, die verwendeten Farben, ihre Intensitäten, sowie Linienführung, Flächennutzung und emotionale Tönung erfasst. Beide Instrumente wurden jedoch von Stuhler-Bauer und Elbing (2003) hinsichtlich ihrer Gegenstandsangemessenheit und Intersubjektivität/Definitionen von Begriffen und ihren Bezügen kritisiert und einem originär kunsttherapeutischen qualitativen Ansatz gegenübergestellt. Dieser erscheint zur Untersuchung der hier vorliegenden durch Musik ausgelösten Bewegungsbilder geeigneter als die zuvor genannten Instrumente, da er dem künstlerischen Objekt aufgrund der qualitativen Herangehensweise gerechter wird und den Bildausdruck deshalb präziser zu erfassen scheint. Ausgehend vom ästhetischen Zustand als Methode des Erkenntnisgewinns, „bei dem gleichzeitig der kognitiv-beobachtende oder wahrnehmende-reflektierende Teil und der emotional-affektive reagierende Teil in der

Balance gehalten werden, was Schiller „freies Spiel“ nennt“ (Stuhler-Bauer und Elbing, 2003), wird mit Hilfe eines phänomenologischen Zugangs, der als wissenschaftliche Erkenntnismethode dem ästhetischen Zustand am nächsten kommt, auf beschreibende Weise die „Wirklichkeit“ des Bildes erfasst und intersubjektiv vermittelbar gemacht. Durch die Bildbeschreibung sollen alle aufscheinenden Phänomene erfasst werden, ohne dass die Individualität und Empathie des Beschreibenden, die notwendiger Bestandteil sind, um einem Bild gerecht zu werden, verloren gehen. Ziel ist es, in Reflektion der eigenen Kontextabhängigkeit die jeweilig mögliche Unvoreingenommenheit gegenüber dem Phänomen zu erringen, das es zu erkennen gilt, „das Vorfindbare möglichst vorurteilslos zu beschreiben“ (in: Graumann u. Métraux, 1977, 28).

Im Dialog mit anderen erkenntnistheoretischen Zugängen kommen der Phänomenologie in der wissenschaftlichen Diskussion folgende Funktionen und Aufgaben zu: (1) Eine deskriptive Funktion, die den übrigen Funktionen zu Grunde liegt und somit die zentrale Funktion bildet; (2) eine kritische Funktion, indem der phänomenologische unbemerkte Voraussetzungen anderer Ansätze aufdeckt und ihre ungeprüften Vorannahmen identifiziert; (3) eine heuristische Funktion, indem sie durch ihre besondere Denkweise und ihren charakteristischen Forschungsstil Alternativen zu gängigen sozialwissenschaftlichen Zugangsweisen aufzeigt (vgl. Herzog u. Graumann, 1991).

#### Phänomenologische Bildbeschreibungskriterien (modifiziert aus: Stuhler-Bauer & Elbing, 2003)

##### A. Spontaneindruck:

Der Spontaneindruck spielt sich innerhalb der ersten paar Sekunden ab, in denen der Betrachter das Bild zum erstenmal sieht. Die Gedanken, die in diesem Augenblick auftreten, sollten festgehalten werden, da sie sich kurz darauf, durch kognitive Vorgänge sofort verändern. Es handelt sich um eine subjektive Meinung.

##### B. Material:

Hierbei handelt es sich um die Beschreibung des physikalisch Gegenständlichen, die materiellen Grundlagen eines Gegenstandes, aus welchem alle existierenden Gegenstände bestehen. Es sollen alle verwendeten Materialien beschrieben werden:

- aus was der Malgrund besteht (Papier, Leinwand, Holz, usw.)
- um welches Format es sich handelt (Hochformat, Querformat, Quadrat, usw.)
- die Masse des Formats
- die angewandte Technik und verwendeten Farben, ob flüssig oder fest

### C. Vorherrschende Bildeigenschaft:

Es soll eine qualifizierende und quantifizierende Vorentscheidung getroffen werden, welche durch die Benennung eines oder mehrerer Kriterien die im Bild dominieren, vorgenommen wird. Daraus kann eine entsprechende Reihenfolge, der zu beschreibenden Kriterien, je nach Quantität und bzw. Dominanz innerhalb des Bildes erfolgen.

#### C.1. Farben:

Die Farben sind zentrale Komponenten des Bildes. Ohne ihre Existenz könnte keines der anderen Kriterien bestehen. Ihre Auswahl, Verwendung, Verteilung und ihr Zusammenwirken sind bei der Wahrnehmung zu beachten. Es gibt verschiedene bedeutsame Zugänge des Patienten zur Farbe: mittelbare und unmittelbare (z. B. der abbildend-imitatorische, der illustrativ-instrumentierende, der assoziativ-symbolische, der sinnlich-synästhetische, der intuitiv-wesenhafte usw.).

##### a) Farbaufzählung:

Aufzählung der verwendeten Farben und ihren Abstufungen der Hell-Dunkel-Werte oder Abmischungen mit anderen Farben. Um Wahrnehmungsschwankungen vorzubeugen, soll diese Einordnung unter zu Hilfenahme einer Farbskala geschehen (Farbkreis von Itten + s/w, grau und braun). Die Aufzählung der Farben sollte möglichst nach einer bestimmten Ordnung erfolgen. Entweder nach ihrem quantitativen Vorkommen oder nach der Rangordnung der Farbarten wie Primär-, Sekundär-, Tertiärfarben.

##### b) Quantitative Farbverhältnisse:

Die Farbe, welche das Bild vorwiegend beherrscht, leitet die Beschreibung dieses Kriteriums ein. Welche Grössen und welche Anzahl von Farbfeldern gibt es im Bild: kleine, mittlere, grosse.

##### c) Pinselduktus:

Mit Pinselduktus bezeichnet man die Bewegungsintensität, mit der die Farbgebung ausgeführt wurde. Ist die Strichführung des Pinsels (hier: Wachsmalstift) zu sehen oder nicht und welche Qualitäten oder Eigenschaften hat sie? Folgende Beispiele können in einem Pinselduktus zu erkennen sein:

- Bewegung: schwungvoll, schnell, langsam, grosszügig, bewegt, dynamisch, aggressiv
- Richtung: diagonal, senkrecht, waagrecht
- Länge der Striche: kurz, lang, auslaufend

- Druckdynamik: zart bis kräftig
- Kontinuität/Diskontinuität: gleichmässig, unterschiedlich

#### d) Farbauftrag/Qualität:

Der Farbauftrag soll die Beschreibung der Wahrnehmung, wie die Farbe auf das Bild gesetzt wurde erklären:

- Qualität: trocken, nass, monochrom, deckend
- Technik: breite, schmale Striche, gestrichelt, getupft, fliessend
- Flächen: verschwimmend, abgegrenzt, verwischend, übermalend, überschneidend, vielschichtig, unregelmässig, gleichmässig, flächig
- Stimmung: malerisch differenziert, sensibel, gefühlvoll, zart, aggressiv

#### e) Farbintensität:

Bei der Farbintensität soll beschrieben werden, wie konzentriert die Farbe verwendet wurde: dünn, hell, zart, durchscheinend, transparent, gesättigt, kräftig, dunkel, gemischt, leuchtend, gebrochen leuchtend, gleichmässig, unterschiedlich

#### f) Licht und Schatten bzw. Hell- und Dunkelwerte:

Es sollen die Farben nach Lichtaspekten und nach Schattenaspekten untersucht und wahrgenommen werden. Farben bestehen aus Hell-/Dunkelnuancen, die in sich Schattenformen bilden. Es kann nach folgenden verschiedenen Lichtquellen im Bild unterschieden werden:

- Sonnenlicht
- Kunstlicht
- metaphorisches Licht
- eigene Leuchtkraft der Farben, die in sich leuchten

#### g) Farbkontraste:

Hier werden deutliche Unterschiede zwischen den verwendeten Farben erfasst:

- Hell-Dunkel-Kontrast (z. B. schwarz – weiss)
- Komplementärkontrast (z. B. rot – grün, gelb – violett, blau – orange)
- Kalt-Warm-Kontrast (z. B. rot – blau)
- Etc.

Bei diesem Kriterium soll die Wahrnehmung auf deutlich auffallende Stellen gerichtet werden. Aber auch wo sie sich befinden und wie sie dargestellt wurden ist wichtig.

Zum Beispiel: provozierend, konfrontierend, bewusst auffallend oder bewusst weniger auffallend, dosiert, ausgewogen, harmonisierend, Spannungsreich, farbig, locker, liebevoll, müde, etc.

#### C.2. Form:

Die Form ist ein begrenzter Gegenstand durch eine Linie oder Fläche. Des weiteren ist das Blatt Papier als Solches auch eine Form. Seine Grösse, Format und Proportion zum

Dargestellten müssen ebenso beachtet werden. Ausserdem kann eine Form in der Form gestaltet sein wie z. B. ein nicht ganz „genutztes“ Blatt Papier.

a) Formarten:

- Arten: geometrische, organische, amorphe
- Bedeutung: gegenständliche, abbildende, beschreibende Formen (Buchstaben)

b) Quantitative Formverhältnisse:

Die Formen werden nach Grösse und Anzahl erfasst: grosse, mittlere, kleine Formfelder, einzeln, zusammenhängend. Welche Form wird am häufigsten verwendet ?

c) Formqualitäten:

einzelne Formen, zusammenhängende Formen, bewegte Formen  
spitz, rund, eckig, eingegrenzt, klar, unklar, nebeneinander, überschneidend, weiche Übergänge, klare Grenzen, gebogen, geschlossen, offen

d) Formcharakter:

präzise, verschwommen, quellend, plastisch, prall, detailliert, grosszügig, abstrakt

e) Formkontraste:

Formen, die innerhalb eines Bildes klare Unterschiede aufweisen, sollen wahrgenommen werden. Bei diesem Kriterium soll die Wahrnehmung auf deutlich auffallende Stellen gerichtet werden, aber auch darauf wie diese dargestellt wurden: z. B. konfrontativ, zurücknehmend, provokant, unauffällig.

C.3. Linien:

Linien tauchen meistens in Verbindung mit Formen auf. Deshalb können sie gemeinsam mit ihnen beschrieben werden. Sie können gezeichnet oder gemalt sein. Es gibt verschiedene Linienarten:

a) Linienarten:

Objektlinie, Umrisslinie, Schraffierlinie, Trennlinie, Linienstruktur, Farbrenzstrukturlinie, Punkte

b) Linienverläufe:

wellenartig, zick-zack-artig, linear, gebogen, gerade, horizontal, vertikal, diagonal, schräg, kräftig, zart, überschneidend, unterbrochen

c) Linienqualitäten:

an- und abschwellend, konstant, fein, dünn, dick, kräftig, mit starkem Druck

C.4. Bewegung:

Die Bewegung in einem Bild zu beschreiben ist vom logischen Standpunkt aus betrachtet eigentlich paradox. Innerhalb eines zweidimensionalen Bildes kann sich real nichts bewegen, und trotzdem kann das Auge solche Schein- oder illusionäre Bewegungen erkennen. Das Zusammentreffen einzelner Farben, Formen und Inhalte

sowie deren Mit- und Gegeneinander können Bewegung ins Bild bringen. Um welche Elemente es sich dabei handelt und wodurch sie Bewegung entstehen lassen, soll an dieser Stelle wahrgenommen werden. Auch der Pinselduktus (s. C.1.c), kann zu einer Bewegungserscheinung führen.

a) Wie ist die Bewegung:

still (keine Bewegung), leichte Bewegung, dynamisch, rhythmisch

b) in welche Richtung geht die Bewegung:

waagrecht, senkrecht, diagonal, schräg, zentriert, strahlenförmig, parallel, in einer Drehung, spiralenförmig, eckig, nach oben, unten, links, rechts.

C.5. Raum:

Die Raumwirkung wird in sechs verschiedene Kriterien unterteilt:

a) Zunächst soll wahrgenommen werden, ob der gesamte Bildraum (das komplette Format des Malgrundes) bearbeitet wurde, oder ob das Format teilweise oder ganz ausgefüllt wurde. Wenn ja, sollten diese Stellen auch genau lokalisiert werden.

b) Des Weiteren stellt sich die Frage nach der Darstellung von Vorder-, Mittel- und Hintergrund. Lässt sich das Bild in diese Ebenen oder auch nur in Teile davon, einteilen und wenn ja, wodurch ?

c) Besteht im Bild der Sinneseindruck eines Illusionären Raumes ?

- ein immaterieller Raum

- ein perspektivischer Raum:

Durch Perspektive wird im Bild Tiefendimension erreicht. Sie bietet dem Betrachter Ausblick, Durchblick und die Sicht durch einen Gegenstand. Es kann der Horizont und gleichzeitig der Standort des Patienten vermittelt werden. Welche Art von perspektivischem Raum wurde abgebildet: plastisch, architektonisch, landschaftlich, ein in der Phantasie bestehender Raum

- abbildender Raum

- seelischer Raum

d) Kann ein Imaginärer Raum wahrgenommen werden ?

Ein Raum, der nur in der Vorstellung des Betrachters vorhanden ist und nicht real erkennbar. Dazu zählen z. B. die Überschneidungen, die nach Arnheim (1992) die Formbeziehung verstärken. D. h. das hinten Liegende, also das Überschneidene, erzielt eine passive Wirkung und das vorne Überschneidende eine aktive Wirkung (S.119). Der Betrachter hat dadurch den Eindruck von räumlicher Wirkung.

e) Eine weitere Differenzierung sind die sogenannten Farbräume, die durch die Wirkungskraft innerhalb einer Farbe entstehen können oder durch das Zusammenwirken von Farbe zu Farbe oder auch als Farbe an sich.

f) Wurde das Bild anhand dieser Raumkriterien genau erforscht kann es durchaus möglich sein, dass die Feststellung gemacht wird, dass im Bild kein Raum existiert.

### C.6. Inhalte/Bedeutungen:

Nach der formalen Gliederung des Bildes kann der Inhalt beschrieben werden. Dabei folgende Fragen gestellt: Was ist zu sehen ? Was für eine Situation ist dargestellt ? Beschreibung der Situation ? Was passiert auf dem Bild ? Dabei kann auch, wenn vorhanden, der Titel des Bildes mit einbezogen werden. Inhaltliche Kriterien können Abbildungen verschiedener Arten sein:

- aus der Natur
- architektonischer Art
- geometrischer Art
- organischer Art
- lebendiger Art
- Symbole, Worte oder Buchstaben

### D. Komposition = Zusammenstellung:

Nach dem Duden (1990) versteht man unter der Komposition, den Aufbau eines Kunstwerkes, bzw. die Zusammensetzung oder Zusammenstellung von Dingen. Diese Definition macht die Individualität und Einmaligkeit eines Kunstwerkes deutlich. Die Komposition ist die Zusammenstellung der Inhalte (Physis), der Gestaltungsmittel und dem Materiellen (Seele) und des Beziehungsgefüges (Leben), zu einer einmaligen authentischen originellen, stimmigen, individuellen „geistigen Aussage“ (Stil).

#### a) formaler Aufbau:

Hier werden die im Bild vorhandenen formalen Kompositionselemente beschrieben, wie z. B.: einmalige, stimmige, authentische Einheit des Bildes; Benennung einer bestimmten Komposition:

- Struktur und Ordnung, die durch bestimmte Kompositionsformen wie z. B. Dreieckskomposition entstehen können;
- Mitte, Zentrum, Einteilungen, Basis, wo liegt der Schwerpunkt, horizontal, vertikal, diagonal, symmetrisch, asymmetrisch;
- gleichmässig oder unterschiedlich bearbeitete Stellen

#### b) Beziehungsgefüge:

Phänomene, welche im Kontext mit anderen Phänomenen stehen und dabei Zusammenhänge oder Kontraste bilden durch z. B.: Vorhandene Parallelen, Gruppierungen, Paare, Verhältnisse und Proportionen, etc.

#### c) Gesamteindruck:

Es wird nach dem „seelischen Ausdruck“ des Bildes gefragt, nach Anmutungsqualitäten wie z. B.: starr, morbide, brüchig, aggressiv, kalt, weich, kühl, verträumt, traurig, gehemmt, verspielt oder lebhaft, etc.

### E. Vergleich des Spontaneindrucks:

Wie ist der subjektive Eindruck jetzt von dem Bild, nachdem es detailliert wahrgenommen und beschrieben wurde. Gibt es eine Übereinstimmung der von Punkt A. – D. erarbeiteten „geistigen Aussage“ des Bildes, zu dem anfangs prognostischen Spontaneindruck ? Wie hat er sich verändert und wodurch ? Hat er sich modifiziert,

präzisiert, falsifiziert oder verifiziert ? Hat die Analyse in den Punkten C.1. – C.6. etwas geklärt, verstärkt, bestätigt, ergänzt, hinzugefügt, verändert, korrigiert, ...?

F. Resümee im Vergleich mit dem Spontaneindruck:  
Wie hat er sich verändert ? Durch was hat er sich verändert ?

Phänomenologische Bildbeschreibungskriterien – Kurzform  
(modifiziert nach Stuhler-Bauer & Elbing, 2003)

A. Spontaneindruck

B. Material

C. Vorherrschende Bildeigenschaft

C.1. Farben (Farbaufzählung, Quantitative Farbverhältnisse, Pinselduktus, Farbauftrag/Qualität, Farbintensität, Farbkontraste)

C.2. Form (Formarten, Quantitative Formverhältnisse, Formqualitäten, Formcharakter, Formkontraste)

C.3. Linien (Linienarten, Linienverläufe, Linienqualitäten)

C.4. Bewegung (Wie ist die Bewegung, in welche Richtung geht die Bewegung ?)

C.5. Raum (Nutzung des Malgrundes, Vorder-, Mittel- und Hintergrund, Illusionärer Raum, Imaginärer Raum, Farbräume)

C.6. Inhalte/Bedeutungen (aus der Natur, architektonischer Art, geometrischer Art, organischer Art, lebendiger Art, Symbole, Worte oder Buchstaben)

D. Komposition (formaler Aufbau, Beziehungsgefüge, Gesamteindruck)

E. Vergleich des Spontaneindrucks

F. Resümee im Vergleich mit dem Spontaneindruck

2.4.6. Das RES-Bewegungsanalysesystem

Das auf den Bewegungsbeobachtungs und -analysesystemen des Choreographen R. Laban (1960) und dessen Schüler W. Lamb (1965) aufbauende und von der Nervenärztin und Psychoanalytikerin J. Kestenber (1977) zur Diagnose frühkindlichen Verhaltens weiterentwickelte Bewegungsanalyseprofil hat der Musik- und Heilpädagoge, Schul- und A-Kirchenmusiker K. Hörmann (1993, 2000) in Form des RES-Analysesystem (res (lat.) = Sache; auch: **R**hythmisch **E**nergetische **S**trukturanalyse) für die Musik-, Tanz- und Kunsttherapie nutzbar gemacht und gezeigt,

dass es auf Grund seines hohen Abstraktionsgrades „ebenso gut für jedwede Befragung von zugrunde liegenden Bewegungselementen und ihren Bedeutungen taugt“ (Hörmann, 2003), d.h. für Musik, Grafik und Tanz sowie ebenfalls alltägliche Körperbewegungen oder maschinelle Bewegung, z. B. Autofahren.

Grundvoraussetzung ist die präzise Bewegungsbeobachtung (in Musik-Malbildern also der projizierten über die gesamte Malzeit „festgefrorenen“ Abbildung, s. u.) anhand der drei Bewegungsdimensionen bzw. -faktoren Raum (Horizontale), Kraft (Vertikale) und Zeit (Sagittale) mit ihrer auf Laban zurückgehenden Einteilung in eine jeweils nachgiebige (entspannte, sympathikolytische, [früher: libidinöse]) versus eine ankämpfende (angespannte, sympathikotrope [früher: sadistische]) innere Haltung. Der Betrachter des Bildes selbst nimmt eine nachgiebige (mit Worten des RES-Systems: flexible, indirekte, ausbreitende bzw. offene, r-Haltung ein; er lässt das Bild auf sich wirken.

Obwohl die Bewegung in einem Bild zu beschreiben vom logischen Standpunkt aus betrachtet eigentlich paradox ist, da sich innerhalb eines zweidimensionalen real nichts bewegen kann, kann das Auge solche Schein- oder illusionäre Bewegungen erkennen. Bezogen auf die Bildanalyse ist also die projizierte („festgefrorene“) Abbildung des zuvor beim Musikmalen stattgefundenen motorischen Bewegungsablaufs gemeint.

Das RES-System besteht aus 9 Diagrammen deren Reihenfolge in System I (Diagramme 1-4) und System II (Diagramme 5-9) gegliedert ist. Während System I sich auf die Beobachtung des Trieblebens, seiner Bewältigung und der Ich-Kontrolle konzentriert und daher eher interpretativer und subjektiver Natur ist, bezieht sich System II auf die Formstruktur, die äusserlich sichtbar und somit objektiv messbar ist. Für die hier vorzunehmende Analyse der zur Musik entstandenen Bildfolgen eignen sich insbesondere die Diagramme 1a (Eindruck zur inneren Haltung), 1b (Spannungsflussrhythmen), 3 (Antriebsvorläufer (preefforts)) und 4 (Antriebe (efforts)) sowie 9 (Formen in Ebenen (shape)), wobei in diesem Fall der Bildanalyse die sagittale Dimension in System II auf Grund der Zweidimensionalität des Mediums entfallen muss.

Der Vorteil dieses Analysesystems liegt zum einen in der ganzheitlichen psychologischen Erfassung des vom Menschen gemalten Produktes, zum anderen aber auch in der Möglichkeit zur wissenschaftlichen exakten Messung bestimmter Bewegungsgegebenheiten (System II), die einen standardisierten Vergleich zulassen. Es bietet somit auch objektive Ergebnisse. Insbesondere ermöglicht es aber durch seine abstrakte und differenzierte Einteilung ein Sinnverständnis, dass der zu untersuchenden Sache (res), hier der „grafischen Reaktion“ auf Musik vom wissenschaftlichen Standpunkt aus betrachtet am ehesten gerecht wird. Für eine ausführliche Beschreibung des RES-Systems und seiner Geschichte sei verwiesen auf: Hörmann, 1993, 33-56 u. 123-172).

Abb. 2.4: RES-Analyse-Formblatt (aus: Hörmann, 2000)

System I : Spezifische Bedürfnisse, Antriebe, Gefühle		System II: Ihre Strukturen und Objektbezüge	
<b>1a</b> Eindruck zur inneren Haltung		Gestik G:	
frei,		wachsend . . . . .	schumpfend
entspannt, . . . . .	kontrolliert,	Positur P:	
auskostend	gespannt, kämpferisch	wachsend . . . . .	schumpfend
<b>1b</b> Spannungsfluß-Rhythmen (nachgiebig - ankämpfend)		<b>5. Zweipoliger Formenfluß</b>	
ondulierend . . . . .	os	ausweiten . . . . .	schmälern
ambivalent . . . . .	as	verlängern . . . . .	verkürzen
unklar . . . . .	us	anschwellen . . . . .	verflachen
fließend . . . . .	fs	<b>6. Einpoliger Formenfluß</b>	
flach ondul. . . . .	ps	G:	
puschend . . . . .		P:	
		laterales . . . . .	mediales
		Ausweiten, nach oben . . . . .	Schmälern, nach unten
		nach vorne . . . . .	nach hinten
<b>2. Spannungsfluß-Eigenschaften</b>		<b>7. Formfluß-Eigenschaften (zentrifugal – zentripetal)</b>	
sich anpassen . . . . .	gleichbleibend	wellenförmig . . . . .	linear
niedrige Intensität, . . . . .	hohe Intensität	kleine Amplitude . . . . .	große Amplitude
allmählich . . . . .	abrupt	kurvig . . . . .	eckig
		rund . . . . .	winklig
<b>3. Antriebsvorläufer (pre-efforts)</b>		<b>8. Richtunggebende Gesten</b>	
flexibel . . . . .	bahnen, vehement/angestrengt	seitwärts . . . . .	quer
sanft . . . . .	plötzlich	aufwärts . . . . .	abwärts
zögern . . . . .		vorwärts . . . . .	rückwärts
<b>4. Antriebe (efforts) (nachgiebig - ankämpfend)</b>		<b>9. Formen in Ebenen (konvex - konkav)</b>	
indirekt . . . . .	direkt	ausbreiten . . . . .	einschließen
leicht . . . . .	stark	heben . . . . .	senken
verlangsam . . . . .	beschleunigt	vor-gehen . . . . .	zurück-gehen

2.4.7. Die Millon-Kriterien

Als weiteres Auswertungsinstrument zur Bildbeurteilung werden die von Millon (1996) erarbeiteten Kriterien zur Persönlichkeitsdiagnostik angewendet, um im jeweiligen

Bildausdruck, insbesondere in der Abfolge, persönlichkeitsstypische Merkmale festzustellen. Die persönlichkeitsbedingte individuelle Vulnerabilität bei der Entstehung Neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen stellt einen wichtigen ätiologischen Faktor dar (vgl. Kapitel 1.5.).

Die bio-soziale Persönlichkeitstheorie von Millon (Millon, 1981; 1996; Millon & Everly, 1985) unterscheidet grundlegende biologische Faktoren, die sich einerseits aus den hereditären Voraussetzungen und andererseits aus Einflüssen der pränatalen Entwicklung bestimmen, und neuropsychologische Entwicklungsfaktoren, die den Einfluss zwischenmenschlicher Erfahrungen und Lernbedingungen auf die weitere neuropsychologische Entwicklung des Kindes betonen. Fiedler (2000) beschreibt in Anlehnung an Millon in einem bedürfnistheoretischen Circumplex-Modell der Persönlichkeit, Persönlichkeitsstile und Persönlichkeitsstörungen folgende Dimensionen:

- Existentielle Orientierung: Wohlbefinden versus Schmerz
- Temperament: Aktivität versus Passivität
- Beziehung: Autonomie (selbstbezogen) versus Bindung (sozial bezogen)
- Struktur: Selbstkontrolle (rational) versus Selbstaktualisierung (emotional)

Abb. 2.5: Persönlichkeitsprofil nach Millon, 1996 (modifiziert aus: Fiedler, 2000)

Wohlbefinden	. . . . .   . . . . .	Schmerz
passiv	. . . . .   . . . . .	aktiv
selbstbezogen	. . . . .   . . . . .	sozial bezogen
rational	. . . . .   . . . . .	gefühlsmässig

Die Punkte repräsentieren den jeweiligen Ausprägungsgrad:  
von innen (schwach ausgeprägt = 1) nach aussen (stark ausgeprägt = 6).

#### 2.4.8. Bildsymbolik

Auch wenn die Deutung von Symbolen nicht das vorrangige Bearbeitungsziel beim Musikmalen darstellt (vgl. Kapitel 1.7.2) können Bildinhalte resultieren, die für den Maler oder auch für den Betrachter Symbolfunktion bzw. symbolhaften Charakter aufweisen.

Da ein differenziertes Eingehen auf dieses Thema jedoch den hiesigen Rahmen sprengen würde, soll lediglich kurz auf die Bedeutung der Symbolik eingegangen und das dualistische Konzept des Psychiaters Dr. med. Wulf Becker-Glauch vorgestellt werden. Sein 2002 erschienenes Buch „Zweierlei Symbolik und ihre Katharsis“ kann zur vertiefenden Lektüre nur empfohlen werden.

Symbol:

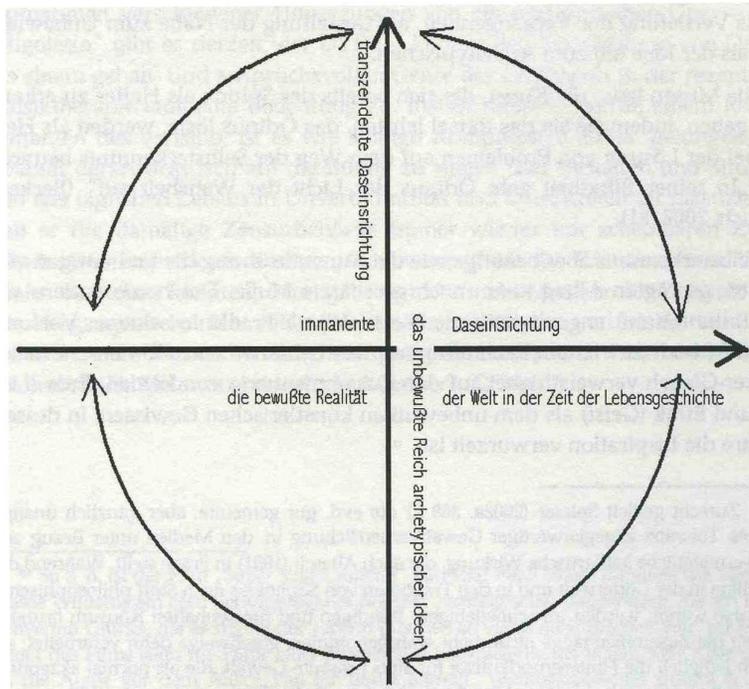
„Man kann auch sagen, die Interpretation ist bemüht, dem Bild einen Namen zu geben oder den Namen des Bildes zu finden. Aber niemals lässt sich die Bildsprache durch die verbale ersetzen, sonst brauchte es sie nicht zu geben. ... Das Symbol ... geht über sich hinaus, überschreitet sich, transzendiert. Es ist auf die Zukunft gerichtet, bringt Bewegung in die Lebensgeschichte und holt die Vergangenheit heran. Die Gegenstände und Dinge wie Haus, Baum, Garten, Sonne können realistisch, naturalistisch, mehr als Abbild oder symbolisch gestaltet werden, indem sie über sich hinausweisen und in der genannten Kombination das Paradies bedeuten, woran dann auch mandalaartige Konstellationen der geometrischen Urformen (Kreis, Kreuz, Dreieck und Quadrat) mitwirken, die ihre eigene Symbolik enthalten, wie dann auch Spirale und Labyrinth. Häufig vorkommende transzendente Symbole sind Himmel und Wolken, der Lebensbaum, die Himmelsleiter, der Seelen- oder Todesvogel, die Blume, der Brunnen, die Höhle, der Fluss, der Fisch, das Schiff, die Schlange, der Drachen und weitere Fabeltiere, Masken, das Auge, Herz und Blut. Die vier Elemente enthalten einen reichen Vorrat an transzendentalen Symbolen. Immer wieder wird vor allem der Mensch so dargestellt, dass er an Sinn gewinnt, vom Selbstbildnis bis hin zu Göttern und Dämonen. Die Symbolik nährt sich aus dem Zusammenfluss und –wirken dreier

Quellen: Unbewusstes, Mythos und Transzendenz. Das Symbol ist der Bote in diese Art von Jenseits, wie es umgekehrt seine Botschaften aus diesem Jenseits mitteilt. ...

Das Symbol eröffnet das Innenleben des Patienten, das unbewusste zumal, das nach C. G. Jung so viele Parallelen zur Mythologie hat, daß sie sich gegenseitig erläutern und dem Transzendentalen offen stehen. Über das persönliche hinaus hat Jung ein überpersönliches, allgemeines oder kollektives Unbewußtes hypothetisch angenommen. Es dient mit seinem archetypischen Vorrat der „Individuation“ des Menschen, vor allem mit dem Selbst, das im Traum als „übergeordnete Persönlichkeit“ erscheinen kann und das Ich zur Bewußtseinsweiterung führt. „Dieser Prozess entspricht eigentlich dem natürlichen Ablauf des Lebens, in welchem das Individuum zu dem wird, was es immer schon war“ (Jung, 1941, 1957). ... Symbol des Selbst ist das Mandala (altindisch Kreis, Ring), des kollektiven Unbewussten das Meer (Jung, 1990). ... Das allgemeine Unbewusste hat eine mütterliche, kreative Qualität.“ (Becker-Glauch, 2002)

Becker-Glauch unterscheidet das Zusammenfügen der symbolischen Idee mit der Realität (Katharsis I, immanente Daseinsrichtung) und der symbolischen Realität mit der Idee (Katharsis II, transzendente Daseinsrichtung).

Abb. 2.6: Katharsis I und II nach Becker-Glauch (2002, vgl. Hörmann, 2003, S. 243)



#### 2.4.9. Zur Symbolik und Ausdruckswirkung der Farben

Trotzdem das momentane Musikerlebnis, das unmittelbar und spontan in grafische Darstellungen umgesetzt werden soll, in erster Linie Ziel des Musikmalens ist, wirkt das entstandene Bild durch Form und insbesondere die verwendeten Farben auch später noch auf den Betrachter zurück. Nach Christa Muths (1989, 35) sind Farben „lebendige Kräfte, Quellen der Stärkung, wenn wir sie richtig nutzen. Mittels der Farben können wir aus der uns umgebenden Natur lebengebende und harmonische Energien herausholen“.

„Die Farbensymbolik ist eines der interessantesten Kapitel in Geschichte, Religionswissenschaft und Völkerkunde. Für die Menschen unseres Kulturkreises basiert sie auf der Ausformung, die sie im Verlauf des Mittelalters unter dem Einfluss des Christentums in Ost und West erfahren hat“ (Brockhoff, 1986). Es finden sich nur wenige Überreste, die uns klare und genaue Informationen geben, wenn wir in die

Geschichte zurückblicken und versuchen, die Entwicklung von Farbbewusstsein und Farbsensibilität unserer Vorfahren zu erkunden. Deshalb sind wir in vielen Punkten auf Spekulationen angewiesen, die jedoch durch archäologische Funde und anthropologische Untersuchungen unterstützt werden (Muths, 1989, 43).

Obwohl durch die 1859 von Bunsen und Kirchhoff entwickelte Spektralanalyse die Farbe wissenschaftlich akzeptiert wurde und schon Goethe darauf hingewiesen hatte, dass Farben die menschliche Psyche beeinflussen und auch Paracelsus (1493 - 1541) den Wert der Farben für die Medizin erkannte, beschäftigt sich die heutige Schulmedizin kaum mit diesem Gebiet, was durch den hohen Grad an Subjektivität bei der individuellen Farbwahrnehmung sowie bisher fehlenden methodisch aussagekräftigen wissenschaftlichen (Vergleichs-)studien nicht verwundert.

Während der Form echte Bedeutung zuzumessen ist funktionieren Farben eher als Ornamentik (vgl. Kapitel 2.4.4.); sie sind meist in sich schon mehrdeutig (vgl. Hörmann, 1982, 268). „Das tiefe Blau des Meeres und der fernen Berge entzückt uns, und dasselbe Blau des Innenraumes wirkt unheimlich leblos, erschreckend, man wagt kaum zu atmen“ (Itten, 1980, 83). Trotz des Eingeständnisses, dass es „aus solchen Naturerfahrungen fast unmöglich (ist), zu einfachen und wahren Aussagen über den Ausdrucksgehalt von Farben zu kommen“ (ebd., 84), ist den Farben wie auch den musikalischen Elementen und Komplexen, wenngleich bei Farben möglicherweise noch schwieriger (vgl. Böttcher & Kerner, 1978, 140), eine intersubjektive Ausdruckswirkung nicht abzusprechen (vgl. Hörmann, 1982, 268).

„Nur wer in tieferen Regionen ansprechbar ist, wird den Klangwert einzelner oder zusammenliegender Farben ohne Bezugnahme auf Gegenstände erleben können“ (Itten, 1980, 84).

Etwas weiter heisst es dort:

„Das Farburteil ‚angenehm-unangenehm‘ kann keinen gültigen Maßstab für richtige und wahre Farbgebung bilden. Einen brauchbaren Maßstab erhalten wir nur dann, wenn

wir bei jedem Urteil von der Beziehung und Stellung jeder Farbe zur Nebenfarbe und zur Farbentotalität ausgehen“ (ebd.).

Ohne die Kenntnis der Farbsymbolik bleibt das Verständnis der Bildenden Kunst in Vergangenheit und Gegenwart unvollständig, weshalb zum Abschluss dieses Kapitels einige wichtige Symbolbereiche der Farben in der Kulturgeschichte der Menschheit, wie sie Victoria Brockhoff (1986, 150-151) zusammenfasst, zitiert seien:

„Gold	Als Metallfarbe besaß es den höchsten irdischen Wert, im Regenbogen im Regenbogen wurde es an der Stelle des Goldgelb-Überganges zum Rot gesehen, ebenso in der Sonne empfunden. Es wurde zum Symbol des Göttlichen in seiner ewigen Transzendenz, jenseits aller Zeit. Der Goldgrund hebt ein Bild aus der Zeit in die ewige Gegenwart.
Weiß	Die hellste Farbe, Farbe des Lichtes, Symbol der Reinheit und Verklärung, damit der höchsten himmlischen Freude.
Blau	Die Farbe des Himmels, Symbol des Hereinwirkens Gottes in die Welt, der göttlichen Schöpfung des Kosmos. Das blaue Gewand war ein Zeichen des Ergriffenseins von und der Zugehörigkeit zu Gott, damit des Glaubens, der Beständigkeit und der Treue (Marienfarbe), aber auch der ewigen Sehnsucht des menschlichen Herzens nach dem Göttlich-Dauernden (blaue Blume).
Grün	Die Farbe des Lebendigen, Symbol der irdischen Schöpfung, im übertragenen Sinne der Hoffnung (auf die Neuschöpfung der Natur), des neuen Lebens in der neuen Schöpfung. Die „viriditas“, das Mariengrün, war die bevorzugte Farbe der Hildegard von Bingen.
Schwarz	Die Farbe des Todes. Da der Tod als Folge der Sünde galt, Symbol des Bösen und der Sünde, aber auch der Trauer und des Schmerzes.
Gelb	Die Farbe mit dem am stärksten ambivalenten Charakter. Es bildet im Regenbogen die Mitte. In Richtung auf das Rot wird die Farbe strahlend und durchläuft eine „Goldzone“. In Richtung auf das Blau bildet sie Grün. In diesem Übergangsbereich wird das Gelb zum Symbol von Negativem, von Krankheit, auch von Außenseitern der Gesellschaft (Dirnenfarbe, Judenstern bereits im MA) und von Neid.
Rot	Auch diese Farbe hat ambivalenten Charakter. Symbol der Lebenskraft, Aktivität, des Blutes und damit der Hingabe und des Opfers (Märtyrerfarbe). Als Symbol der Liebe (Herzblut) Farbe des Heiligen Geistes. Andererseits ist es als Farbe des Feuers auch die Farbe der Sünde (Leidenschaft, der Hölle und des Teufels).

Purpur	Seit der Antike Farbe der Könige. Symbol für Herrschaft, Farbe der Hoheit Christi, in dessen Nachfolge heute nach Farbe der Kardinäle, der Priester der Titelkirchen Roms.
Violett	In einem satten, dunklen Ton Symbol der Buße und der Reue. Die Sünde (rot) wird durch die Gnade des Himmels (blau) getilgt. Ein Rosa-Violett, das „Pfirsichblüt“, die Farbe des menschlichen Inkarnat, gilt in der Anthroposophie als Symbol der Einheit von Geist und Materie, kosmischer und irdischer Kräfte, die den Menschen konstituieren.“

Ergänzend seien weitere Bedeutungen zur Ausdruckswirkung der Farben in ihrer kulturellen Vielfalt und Ambivalenz, wie sie Christa Muths (1989, 48-50) zusammenfasst, angefügt:

- „Rot wurde generell als die positivste, kreativste und lebensspendende Farbe angesehen. Es hat allerdings auch negative Seiten. In der keltischen Mythologie bedeutet Rot Unglück, in der christlichen Kirche steht es für Grausamkeit, Märtyrertum und Begierde.
- Schwarz wird assoziiert mit Dunkelheit, Tod und allem Negativen, mit den negativen Aspekten der Mutter Erde, aber auch mit der Zeit. Im Hinduismus steht Schwarz für die Göttin Kali, für die Zeit und für schwarze Jungfrauen. In der christlichen Tradition symbolisiert Schwarz die Hölle, den Tod und spirituelle Dunkelheit, das Unbewußte. In der hebräischen Kabbala-Tradition steht Schwarz für Tradition, Gnade und Verständnis. Aber generell wird Schwarz als die Farbe für das Negative, das Dunkle und das zu Fürchtende angesehen.
- Weiß repräsentiert genau das Gegenteil: Es steht für Ganzheit, Reinheit, Unschuld und wird generell als die heilige Farbe angesehen. Bei den Chinesen und Römern war Weiß die Trauerfarbe, hat aber trotzdem die Verbindung zu spiritueller Autorität. Die Buddhisten betrachten die Farbe Weiß als Symbol für die Fähigkeit, das Selbst gemeistert zu haben, während die alten Ägypter, die die Farbe Weiß sehr häufig trugen, sie als Symbol der Freude ansahen. Weiß und Silber waren dem Mond zugewiesen und symbolisierten ebenso die weibliche und unbewusste Seite der Menschheit.
- Gelb steht ebenso wie Gold in fast allen Kulturen für die Sonne und symbolisiert göttliche Macht, Unsterblichkeit und Erleuchtung. Im Hinduismus bedeutet Gelb Leben, Wahrheit, Licht und Unsterblichkeit. Die Buddhisten sehen Gelb als Farbe der Auferstehung, Wunschlosigkeit und Demut. Diese Farbe wird im allgemeinen als Farbe der Sonne und des Glückheseins betrachtet, des Lichts und des Lebens. Aber ebenso wie bei den anderen Farben

wurde ihr auch eine negative Seite zugewiesen; sie wird auch mit Betrug, Unaufrichtigkeit und Falschheit in Verbindung gebracht.

- Blau steht immer in Verbindung mit Wasser und Luft. In den meisten Kulturen wird es in Verbindung mit Wahrheit, Erkenntnis, Weisheit, Loyalität, Beständigkeit, Fruchtbarkeit und Keuschheit gesehen. Blau ist die Farbe der grössten Tiefe, des weiblichen Prinzips und der großen Mutter. Im buddhistischen Gedankengut ist Blau die Farbe der Unendlichkeit und des unendlichen Friedens, in der keltischen Mythologie ist sie die Farbe der Dichter oder des Sängers und bei den Hinduisten die Farbe des Krieges und der Fruchtbarkeit. Für die Kabbalisten ist sie die Farbe der Gnade. Jede Kultur scheint Blau zu schätzen, obwohl es manchmal auch den Eindruck von Kälte oder Abstand erweckt.
- Grün wird in allen Kulturen in Verbindung mit der Natur gesehen. Im Buddhismus wird alles mit Grün in Verbindung gebracht, was mit dem Leben zusammenhängt; während im christlichen Gedankengut Grün Unsterblichkeit, Hoffnung und die Entwicklung des Heiligen Geistes im Menschen bedeutet, wie auch den Triumph über den Tod und das jährliche Wiedererwachen des Frühlings als Auferstehung des Lebens nach dem Winter. Grün ist die Farbe der Transformation, der Weiterentwicklung, von Leben und Tod, des Überflusses auf der einen Seite und Unreife oder eben Verfall auf der anderen Seite. Dem Grün werden mildernde, beruhigende und harmonisierende Fähigkeiten zugeschrieben. In der Kabbala steht Grün für den Sieg. Grün ist auch die heilige Farbe des Islam.
- Braun als Farbe der Erde, ist bereits in frühen Kulturen häufig verwendet worden. Dem Braun werden aber keine heiligen Merkmale zugewiesen. Es kann den Tod der Welt bedeuten und die Ablehnung der Persönlichkeit.
- Violett steht in vielen Kulturen, so bei den Azteken und den Inkas, für das Königliche und für Souveränität, während es im Westen als Farbe des Jupiters gilt und für religiöse Ergebenheit steht. Es wird im allgemeinen mit spirituellen Werten in Zusammenhang gebracht und war bestimmten privilegierten Personen vorbehalten.“

### 3. Ergebnisse

#### 3.1. Beschreibung und Deutung der Bilder von fünf Patienten, die eine charakteristische Entwicklung in der Musikmaltherapie aufweisen

##### Pat.-Nr. 1 (03): 38-jährige Patientin

Klinische Diagnose:

ICD-9:           Depressives Erschöpfungs- und Versagenssyndrom mit funktionellen Störungen bei angstneurotischer Entwicklung und sensibler, selbstunsicherer Persönlichkeit und situativen Belastungen (300.4; 306.4; 300.0)

ICD-10:          Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (F43.21); Panikstörung (F41.0); Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)

##### *1. Musik-Maltherapie*



Bild 03 I 1) Musik: L. v. Beethoven – Für Elise. Die Patientin beginnt mit der Zeichnung von kreis- bzw. achtförmigen geometrischen Formen sowie kurzen, geraden Linien unterschiedlicher Ausrichtung, die um ein exzentrisch gelegenes imaginäres Zentrum in Form einer Spirale orbitartig in leichter Bewegung zu kreisen scheinen. Die Strichstärke ist eher dünn, die Farbgebung einfarbig violett. Nur etwa die rechte Hälfte des zur Verfügung stehenden Malgrundes wird genutzt. Die Bildelemente wirken unzusammenhängend, lassen aber einen Ansatz der Ordnung an der locker

gestalteten Überblicksstruktur der Komposition erkennen. Aus der Katamnese geht hervor, dass die Zeichnerin sich anfangs beobachtet und kontrolliert gefühlt und Angst gehabt habe, etwas verkehrt zu machen. Die achtförmigen Kreisformationen werden als beobachtende Augen gedeutet, die Kreisbewegung als etwas Enges, aber auch Überschaubares, Schutz und Geborgenheit vermittelndes. Zur Farbwahl äussert die Patientin, dass sie violett „ganz schön“ finde. Der Gesamteindruck des Bildes wirkt monoton, sparsam aber auch fragend. Durch die Beschränkung auf wenige Formen, die wie ziellos ausgestreut wirken, macht die Patientin dennoch auf ihre Fähigkeit zur Abstraktion aufmerksam.

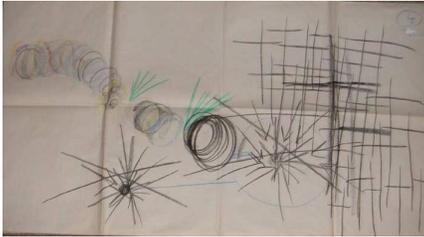


Bild 03 I 4) Musik: M. Ravel – Daphne u. Chloe.  
Die Spiralformen werden im vierten Bild von der Patientin erneut aufgenommen und weiter gestaltet. Mit dickerer, sanfter Strichstärke werden sie mit heller, blasser Farbe in den

Grundfarben blau, rot und gelb in der linken Bildhälfte schwingvoll und dynamisch anmutend gemalt, dazwischen zwei grassbüschelähnliche kurze Linienansammlungen in hellem, strahlendem Grün. In der rechten Bildhälfte entstehen mit schwarzer Farbe zahlreiche Kreuze, die zusammen eine eher statisch wirkende Gitterstruktur erzeugen. Die dünne Strichstärke der sich im Hintergrund befindenden kleineren Kreuze steht im Kontrast zur dickeren und stärkeren des grösseren einzelnen Kreuzes im Vordergrund. Ein weiterer Inhalt des Bildes besteht in auf ein Zentrum ausgerichteten dünnen, schwarzen Pfeilen, die lupenartig vergrössert hervorgehoben sind und durch die an zwei Stellen im Bild ein Fokus erzeugt und eine nach innen gerichtete beschleunigende Bewegung vermittelt wird. Der Malgrund ist komplett genutzt. Im Bild wird ein hoher Grad an Spannung erzeugt, der aus den gegensätzlichen Bedeutungen der Bildelemente gespeist wird. Während die rechte Bildhälfte streng und bedrückend wirkt, werden in der linken Hoffnung und Gemüt gezeigt.



Bild 03 I 5) Musik: Salutation March (Dixie).  
Zu diesem letzten Musikstück der ersten Musikmalsitzung werden aus den abstrakten

Rundformen und Linien im Bildzentrum zwei Blumen gestaltet, umgeben von zahlreichen, kleineren rundlichen Formen, die an Menschenansammlungen erinnern und den Zeichenraum wiederum komplett ausfüllen. Wie im Bild zuvor verwendet die Patientin die Grundfarben mit sanfter Strichstärke, wodurch das Bild einen bunten fröhlichen Charakter erhält. Es ist harmonisch organisiert und strahlt Optimismus, Offenheit und die Fähigkeit „loslassen zu können“ aus. Es wirkt lebendig und stellt durch seine ungetrübt heitere Stimmung einen durch die Musik vermittelten Ausgleich zu den bisherigen Bildern dar. Die durch die Blumen vermittelte Botschaft zeugt von einer persönlichen situationsbezogenen Sinnfindung, so dass hier von einem erlebnisvertiefenden Ausdruckserlebnis gesprochen werden darf. Durch die harmonische bildnerische Organisation und Gestaltung aus dem bisher Vorhandenen wird hier die symbolische Realität im Sinne der Katharsis II nach Becker-Glauch (transzendente Daseinsrichtung, vgl. Kapitel 2.3.8.) mit der Idee zusammengefügt.

## 2. Musik-Maltherapie (1 Woche später)

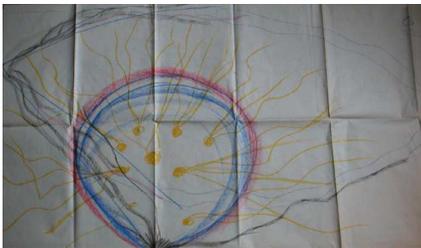


Bild 03 II 4) Musik: Pink Floyd – Shine on you crazy diamond.

Die Patientin malt eine kreisförmige ballonartige Struktur in dessen Zentrum spermienförmige Gebilde einströmen. Sie verwendet erneut die Grundfarben sowie stellenweise etwas Schwarz

und lässt den Bildinhalt für sich allein stehen. Bei der anschließenden Besprechung deutet sie eine Gebärmutter im Stadium der Befruchtung, was von ihr gleich zu Beginn so gesehen wird. In den tiefenpsychologisch orientierten Einzelgesprächen kann sie sich ihre Wünsche hierdurch besser eingestehen und Selbstsicherheit schöpfen. Nach diesem Malen gibt sie eine deutliche Befindlichkeitsbesserung an.

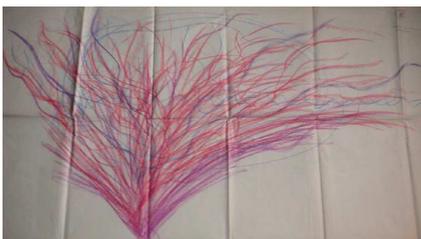


Bild 03 II 5) Musik: A. Lortzing – Zar und Zimmermann/Holzschuhtanz.

Mit überwiegend roter Farbe werden nach unten zusammenlaufende Linien gemalt, die eine

organische Buschform ergeben. Sie strebt nach oben und wirkt etwas unruhig, wie Feuer im Wind. Durch die Entwicklung und spätere Wiederholung dieser Form, kann eine persönliche symbolische Bedeutung für die Patientin vermutet werden – der Lebensbaum als transzendentes Symbol (vgl. Kapitel 2.3.8.).

### 3. Musik-Maltherapie (4 Wochen später)

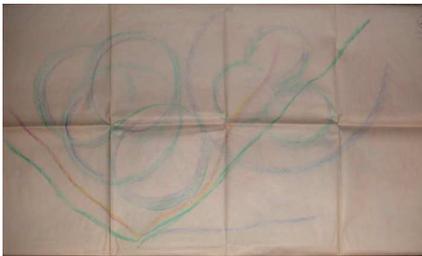


Bild 03 III 2) Musik: A. Dvorak – Humoreske.  
Zu dieser Musik entstehen mit dickerer aber sanfter Strichführung und hellen transparenten Farben, schwebend und geborgen wirkende Kreisformen. Die grüne Farbe sticht neben den blassen Grundfarben hervor. In der anschließenden Besprechung wird das Bild als Geborgenheit vermittelnde umgebende Wärme sowie Öffnen gedeutet.

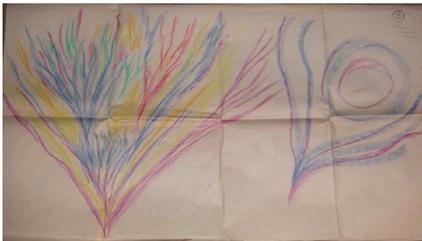


Bild 03 III 3) Musik: J. Haydn – Allegro molto aus Tromp.-Konz. Nr. 2 C-dur.  
Erneut entsteht eine, diesmal sehr bunte, Buschform zur linken sowie eine blumenähnliche Form, die an einen Menschen mit erhobenen Armen erinnert, zur rechten. Zusätzlich zu den von der Patientin bevorzugten Grundfarben durchsetzt sie die Buschform mit strahlendem gelb sowie sparsam mit grün. Das leicht wirkende Bild spiegelt die positive Reaktion der Patientin auf das Musikstück wider: „Die Trompete mit ihrem hellen, klaren Ton gefällt mir sehr gut.“, „...gelb, so glänzend wie schönes warmes Feuer!“

### 4. Musik-Maltherapie (11 Wochen später)



Bild 03 IV 5) Musik: L. v. Beethoven – Adagio cantabile, Pathetique 2. Satz.  
Dieses als einziges eingerahmte Bild zeigt als konkreten Bildinhalt zweifarbig in blaugrün die

Umrisse zweier Gesichter sowie eine blumen- oder rebenartige Form dazwischen, die nach rechts oben aus dem Bild hinaus weist. Es erinnert an eine Mutterfigur mit Kind wobei der Mutter geschlossene Augen und eine brillenähnliche Struktur verliehen wurden, während das Gesicht des Kindes leer bleibt. Die Patientin sei von der Musik tief berührt gewesen. In der Besprechung wird ein Bezug zu dem vor 10 Wochen in der 2. Musik-Maltherapie entstandenen Befruchtungsbild hergestellt: „Fruchtbare ist es..., wie Kinder..., es entsteht etwas.“

### 5. Musik-Maltherapie (13 Wochen später)

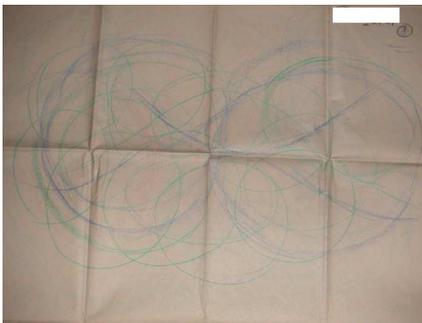


Bild 03 V 1) Musik: R. Schumann – Träumerei.  
Zu mehreren kleineren grünen Kreisformen im Vordergrund zeichnet die Patientin zwei blaue, die Bildfläche ausfüllende Kreise im Hintergrund, die leicht an die spiralartige „Augenform“ aus der 1. Musik-Maltherapie (Bild 03 I 1) erinnern. Die Strichführung ist sanft, die Anordnung symmetrisch und harmonisch, der komplette Malgrund genutzt. Das abstrakte Bild wirkt im Gegensatz zur ersten Sitzung schlüssig und in sich ruhend. Es vermittelt durch den kontinuierlichen Bewegungsfluss ein „flow“-Gefühl (vgl. Hörmann, 2003), d.h. eine mit sich selbst im Einklang stehende, Kognition und Emotion ausbalancierende Bewegungsführung.

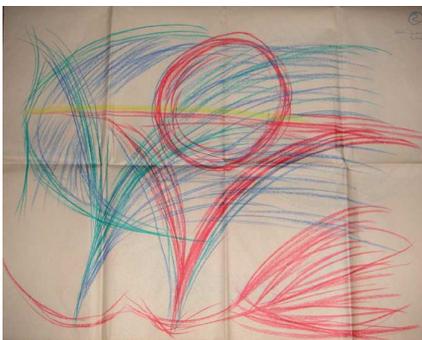


Bild 03 V 2) Musik: J. Haydn – Symphonie mit dem Paukenschlag, Finale.  
Zu dieser Musik entstehen zwei sich nach oben öffnende V-förmige Strukturen in rot und grün, die an abstrakt gezeichnete Menschen oder Blumen erinnern, wobei nur eine einen „Kopf“ bzw. eine „Blüte“ aufweist. Die gelbe,

leuchtende horizontale Linie im oberen Bilddrittel strahlt Freude und Hoffnung aus. Die wachsenden Formen, die bereits in früheren Bildern aufgetaucht sind, werden präziser dargestellt und weiterentwickelt.

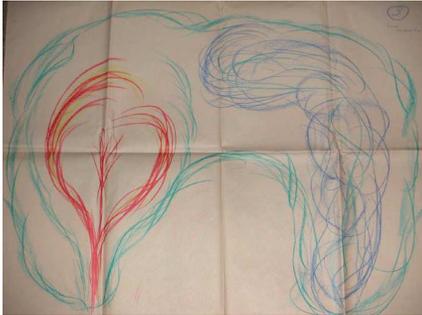


Bild 03 V 3) Musik: A. Dvorak – Slawischer Tanz G-moll.

Zwei pflanzenähnlich gewachsene Formen bewegen sich innerhalb der Grenzen der grün dargestellten Ummantelung. Die an den Feuerbusch aus Bild 03 II 5) erinnernde rot dargestellte nach oben strebende dynamische

Form in der linken Bildhälfte erzeugt einen harmonischen Kontrast zur blau dargestellten wolkigen Struktur in der rechten.

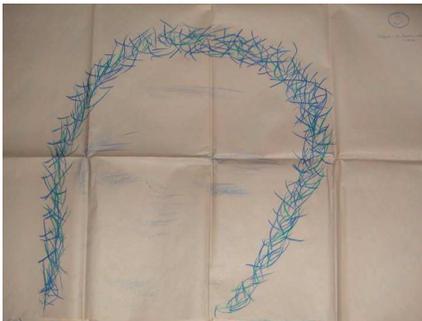


Bild 03 V 5) Musik: W. A. Mozart – Kleine Nachtmusik, 1. Satz.

Aus kleinen in verschiedenen Blautönen gesetzten Strichen, die eine kranzähnliche Struktur bilden, zeichnet die Patientin eine nach unten offene Hufeisenform als einzigen ausfüllenden Bildinhalt. Sie ähnelt einer

Schädelsilhouette, in der ein Gesicht anhand blass gemalter Innereien im Ansatz erkennbar wird. Die Strichführung ist kräftig. Die fast meditativ wirkende Anordnung der Striche zu einem Ganzen lassen auf eine ausgeglichene Stimmung und selbstsichere Vorgehensweise schliessen. Trotz der leichten jedoch im Zaum gehaltenen Unruhe der Einzelstrichmuster wirkt dieses letzte Bild insgesamt ruhig, neutral und klar und zeugt von einem Prozess der persönlichen Sinnfindung.

Pat.-Nr. 2 (07): 59-jährige Patientin

## Klinische Diagnose:

ICD-9: Neurotische Depression mit Angst und psychovegetativen Symptomen bei selbstunsicherer, depressiv-ängstlicher Persönlichkeit und familiären Konfliktsituationen

ICD-10: Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion (F43.22); Somatisierungsstörung (F45.0)

*1. Musik-Maltherapie*

Bild 07 I 1) Musik: P. A. Locatelli – Concerto grosso c-moll, op. 1 Nr. 2, 1. Satz.

Bild 07 I 2) Musik: F. Chopin – Walzer Nr. 1 in Es-Dur.

Bild 07 I 4) Musik: G. A. Rossini – Die seidene Leiter, Overture.



Zunächst war die Patientin noch recht depressiv, ängstlich, eingeengt, angespannt. Dieses Befinden drückt sich „anschaulich“ in den Farben und Formen aus. Im ersten Bild malte sie einfarbig mit schwarz horizontal verlaufende Wellenlinien, deren Schwingungen zittrig erscheinen und stockend wirken. Die Monotonie wird im nächsten Bild wiederholt. Die



gegenwärtliche Farbwahl rot mit seiner ambivalenten Bedeutung und die zwar schon sichtbar freiere Mitbewegung lassen jedoch über den insgesamt eintönig und bedrückend

wirkenden Gesamteindruck auch dieses zweiten Bildes nicht hinwegtäuschen. Im vierten Bild kombinierte die Patientin erstmals mehrere Farben miteinander und lässt durch die schwarze ellipsenförmige wolkige Bewegungsstruktur in der oberen Bildmitte schon eine Auflockerung dem 1. Bild gegenüber erkennen, die ihr selbst ihrer Depression wegen allerdings gar nicht sonderlich auffiel.

*2. und 3. Musik-Maltherapie (2 und 3 Wochen später)*

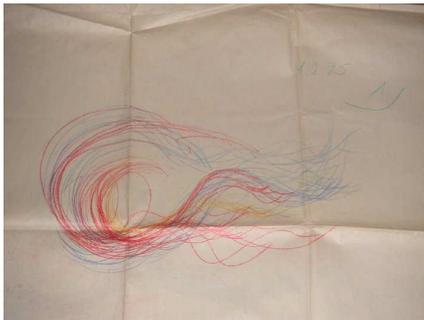
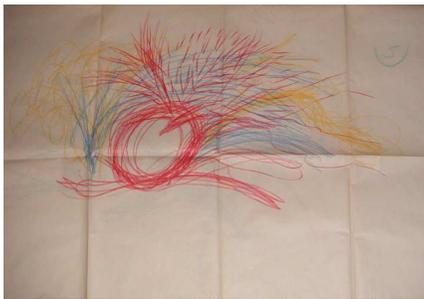


Bild 07 II 1) Musik: nicht bekannt.

Bild 07 III 5) Musik: nicht bekannt.

Die Patientin hatte gute Fortschritte in den tiefenpsychologisch fundierten Einzelgesprächen gemacht und war weitgehend aus der depressiven Stimmung heraus. So konnte sie sich auch im Musikmalen immer befreiter und gelöster ausdrücken und ihre Spannungen abregieren, wie sie selbst äusserte. In Bild 07 II 1 wurden in hellen Farben zarte geschwungene Linien gemalt, die ein imaginäres Bildzentrum in der linken unteren Bildmitte umkreisen und sich dort verdichten. Die abstrakte Zeichnung

wirkt leicht und dynamisch. Sie weist durch ihre erstmalig auftauchende geordnet geschwungene Form auf den Beginn eines sich entwickelnden Gestaltungsprozesses hin, der in Bild 07 III 5 weiterverfolgt werden kann. Mutig werden die geschwungenen Linienformen zu Kreisformen entwickelt und in verschiedenen Kombinationen ausprobiert, so dass ein leicht chaotisches Bild entsteht, das dennoch einen Zusammenhalt der einzelnen Bildelemente erkennen lässt.



### 5. Musik-Maltherapie

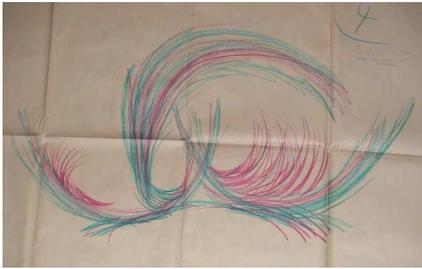


Bild 07 V 4) Musik: nicht bekannt.

Bild 07 V 5) F. Schubert – Ballettmusik Nr. II aus Rosamunde.



Zuletzt gestaltete die Patientin sehr lockere und kreative Formen, die sie als etwas Sich-Entfaltendes, Wachsendes, Tänzerisches deutete und damit ihren eigenen Entwicklungsprozess sowie ihr jetziges Gefühl eindrucksvoll veranschaulichte. Die Bilder wirken geordnet und strahlen eine aufstrebende innere Dynamik aus. Vor allem Bild 07 V 4 weist ein ausgeprägtes und Ruhe vermittelndes

Symmetriegefühl auf, das in Bild 07 V 5 wieder verschoben wird.

Die Musikstücke kannte die Patientin nicht.

#### Pat.-Nr. 3 (27): 42-jährige Patientin

Klinische Diagnose:

ICD-9:           Depressives Erschöpfungssyndrom mit funktionellen Störungen im Klimakterium bei situativen Belastungen, angstneurotischer Entwicklung und sensibler Persönlichkeit (300.4; 300.0; 306)

ICD-10:          Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (F43.2); Panikstörung (F41.0); Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)

## 1. Musik-Maltherapie



Bild 27 I 1) Musik: R. Schumann – Der Dichter spricht.

Spontan erinnert das erste Bild an eine seitlich betrachtete vogelkopfähnliche Maske (transzendentes Symbol) mit hervorstechendem Auge. Es füllt den Bildinhalt nahezu aus. Die

Farbgebung in orange und rot wirkt eher warm bis aggressiv, während die Form etwas bedrohliches, Angst machendes in sich birgt. In der späteren Besprechung deutet die Patientin im Bild die Augen der Eltern, von denen sie sich beobachtet fühlt.

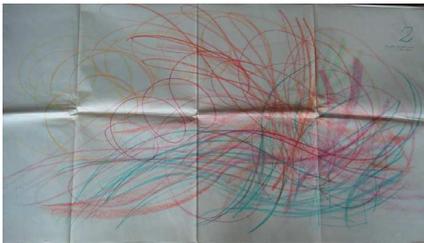
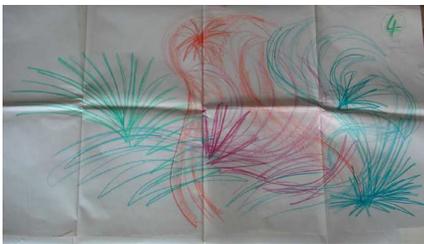


Bild 27 I 2) Musik: Seibt – Entdeckung des Himmlischen.

Bild 27 I 4) Musik: W. A. Mozart – Divertimento KV 136, 1.

Im zweiten Bild beginnt sie sich freier auf die Musik einzulassen und gestaltet chaotische buntere Linienstrukturen, die sie im vierten Bild bereits zu einem konkreteren Inhalt in Form von buschartigen Bündeln weiterentwickelt und als Leitmotiv im weiteren Verlauf des Musikmalens beibehält und variierend gestaltet.



## 2. Musik-Maltherapie (2 Wochen später)

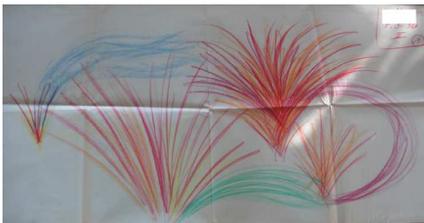


Bild 27 II 1) Musik: nicht bekannt.

Die erwähnte Buschform taucht in diesem Bild gleich vierfach auf, wobei sich die Buschformen in Grösse und Linienstruktur unterscheiden und durch ein blaues, rotes sowie grünes Band

verbunden zu sein scheinen. Vor allem die intensive rote und mit gelb durchsetzte Farbgebung der beiden grösseren Bündel führt zur strahlenden aufhellenden Wirkung dieses Bildes.

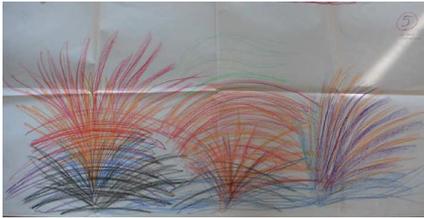


Bild 27 II 5) Musik: F. Schubert – Rosamunde, Ballettmusik Nr. II.

Gegen Ende der zweiten Sitzung werden die aufstrebenden Linienbündel noch feiner gezeichnet jedoch auffällig durch kräftige quer verlaufende Bewegungsformen überdeckt, die sich teils in schwarzer Farbe bogenförmig über die Buschformen spannen, die dadurch teilweise wie durchgestrichen wirken und einen hohen Grad an Ambivalenz zum Ausdruck bringen.

### 3. Musik-Maltherapie



Bild 27 III 1) Musik: R. Schumann – Album für die Jugend.

Der Betrachter fühlt sich an die Maskenform aus dem ersten Bild (Bild 27 I 1) erinnert, obwohl diese neue Form im einzelnen runder und kompakter erscheint und durch die mittig installierten aufstrebenden schlanken Linienbündel sowie die monochromere Farbgebung in orange insgesamt freundlicher und ruhiger wirkt.



Bild 27 III 5) Musik: A. Lortzing – Holzschütanz.

Die Patientin gestaltet im weiteren Verlauf mit dem von ihr bevorzugten Farbspektrum von gelb über orange bis rot schwungvolle teils ausgelassen wirkende Formen, die ihrer inneren Dynamik Ausdruck verleihen und anamnestisch zu einem entspannteren emotionalen Zustand der Patientin geführt haben.

Pat.-Nr. 4 (29): 56-jähriger Patient

Klinische Diagnose:

ICD-9:           Reaktive Depression mit funktionellen Störungen (300.4; 306)

ICD-10:          Reaktive Depression mit funktionellen Störungen (F43.2; F45.3)

*1. Musik-Maltherapie*

Bild 29 I 1) Musik: F. Liszt – Liebestraum As-  
dur Nr. 3.

Mit sparsamen Linien wird eine symbolhafte  
Landschaft mit drei schlanken Bäumen im  
Vordergrund und einem Haus mit

darüberscheinender Sonne im Hintergrund angedeutet. Der Patient, der sich infolge des Todes der Ehefrau vor 1 Jahr nach 27-jähriger Ehe in Therapie begeben hat, stellt die idyllische Landschaft dar, wo er früher häufig mit seiner Ehefrau gewesen sei. Die heitere Stimmung des Bildes drückt die Sehnsucht des Patienten aus. Insgesamt wirkt das Bild dennoch verklärt und blass. Es stellt kein typisches Musikmal-Bild dar und würde einer kunsttherapeutischen Interpretation und Bearbeitung vermutlich gut zugänglich sein.



Bild 29 I 2) Musik: W. A. Mozart – Kleine  
Nachtmusik 2. Satz.

An Luftschlangen erinnernde rhythmisch  
gemalte bunte zarte Linien, die im weiteren  
Verlauf kräftiger werden, dominieren das Bild.

Sie werden als tänzerisch empfunden, was dem Patienten sehr gelegen habe; es habe ihm helfen können, sich von seinen Bedrückungen und Ängsten zu befreien.



Bild 29 I 3) Musik: G. B. Bononcini – Sinfonie Nr. 10 D-dur (1-4).

Im dritten Bild, das stilmässig etwas an das erste erinnert, zeichnet er mit dünner Strichstärke und schwarzer Farbe verschiedene geometrische

Formen: ein rechteckiges vertikal ausgerichtetes Fenster mit kreuzförmig verlaufenden Innenbalken in der linken und ein quadratisches Fenster mit kreisförmiger Struktur in der rechten Bildhälfte, dazwischen gitterartige einfache Balken, wovon nur einer rot ausgemalte Zwischenräume aufweist. Der Zeichenraum wird durch die minimalistisch dargestellten Formen und Farben gegliedert, was dem Ordnungsbedürfnis des Patienten entspricht: „Ja, Ordnung statt Diffuses... Unstrukturiertes macht mir offenbar Angst.“ Dies habe sich auch in seinem Leben bemerkbar gemacht, indem er z. B. über Entscheidungen mehr nachgedacht habe, als „sich auch mal hinreissen zu lassen“. Erst wenn er alles überblicke, könne er reagieren. Die ihm fehlende Flexibilität und Spontanität könnten jedoch durch einen Gegenpol, der diese Eigenschaften besitzt, wie damals seine Ehefrau, auch in ihm angeregt werden. Die Darstellung des quadratischen Fensters mit schwarzer Farbe und Fensterkranz wird als unbewusster Ausdruck noch bestehender tiefer Trauer dokumentiert.



Bild I 29 4) Musik: R. Strauss – Also sprach Zarathustra - Der Genesende (Tanzlied).

Zu dieser dem Patienten bekannten und sehr farbig empfundenen Musik entsteht im Gegensatz zur vorigen Zeichnung ein buntes

gegensätzliches Bild. Auf der linken Seite entstehen mit den vom Patienten bevorzugten Farben regenbogenartig vertikal verlaufende aufstrebende Farbstreifen, die im Kontrast zu den blasseren horizontal nach rechts verlaufenden Farbstreifen stehen. Die schwarze Umrandung der leuchtenden Farben erzeugt starke Kontraste und wird als Gegensätzlichkeit der beiden Pole „Ratio und Emotio“ interpretiert.

### 3. Musik-Maltherapie (10 Wochen später)

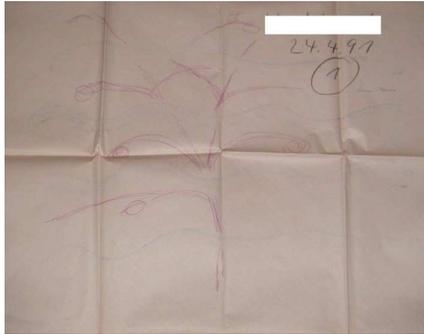


Bild 29 III 1) Musik: R. Schumann – Träumerei.  
Einfarbig in zartem Violett bis Rosa-Violett entsteht eine aus der Natur stammende pflanzenähnliche Form, die an einen fruchttragenden Ast erinnert. Das Bild wirkt leicht und verträumt und verleiht der Emotionalität des Patienten Ausdruck.

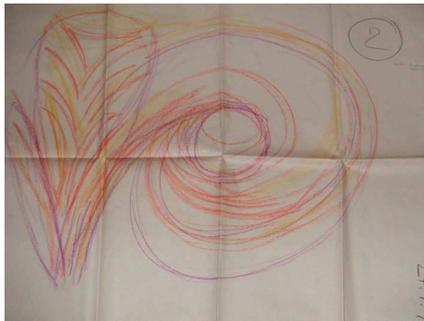


Bild 29 III 2) Musik: J. Haydn – Symphonie mit dem Paukenschlag, Finale.  
In diesem sehr dynamisch anmutenden Bild wird eine wachsende organische Form in der linken Bildhälfte gemalt, die zur Bildmitte hin in die spiralförmige nach hinten fliehende Bewegung miteinfließt. Das erhebende emotionale Erleben

wird durch die warme Farbgebung der von Gelb bis Rot/Violett reichenden Farbtöne unterstützt. Das Bild wirkt schwungvoller und raumgreifender als die vorigen. Der Schwerpunkt der gegensätzlichen Pole „Ratio und Emotio“ liegt hier auf dem emotionalen Erleben, was durch die Angabe des Patienten sich nach dieser Musikmal-Sitzung entspannter gefühlt zu haben, unterstützt wird.



Bild 29 III 4) Musik: F. Chopin – Revolutionsetude.

Hier werden wieder Gegensätzlichkeiten dargestellt. Die bogen- bzw. hakenförmigen in der Luft hin- und hertänzelnden Gebilde weisen durch ihre gesschwungenen Formen aber auch

spitzen Enden einen Kontrast in sich auf, der durch den Kalt-Warm-Kontrast der Farben violett und rot noch verstärkt wird. Durch Kreativität habe der Patient innere Spannungen momentan reduzieren können.

#### 4. Musik-Maltherapie (14 Wochen später)

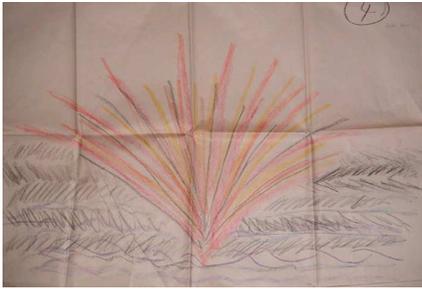


Bild 29 IV 4) Musik: G. Holst – Mars.

Eine aufstrebende Buschform in gelb, orange und rot mit vereinzelt schwarzen Linien durchsetzt bricht inmitten einer mit schwarz und violett dargestellten Basis empor. Das Bild strahlt durch die Form- und Farbgebung sowie seine klare,

abgerundete Struktur Hoffnung und Reife aus und hat transzendentalen Symbolcharakter.

#### Pat.-Nr. 5 (33): 44-jährige Patientin

Klinische Diagnose:

ICD-9:           Depressives Erschöpfungssyndrom mit funktionellen Störungen bei angstneurotischer Entwicklung nach Ca.-OP (300.4; 300.0; 306)

ICD-10:          Reaktive Depression nach Ca.-OP (F43.2); Panikstörung (F41.0); Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)

### 1. Musik-Maltherapie

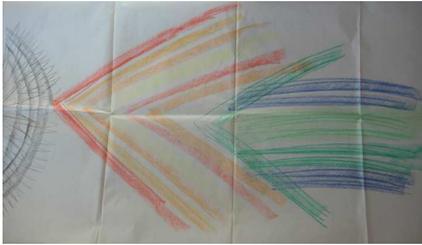


Bild 33 I 3) Musik: L. v. Beethoven (Titel nicht bekannt).

Eine den gesamten Malgrund ausfüllende bunte Pfeilform berührt mit ihrer Spitze eine einfarbig in blassem schwarz nur teilweise dargestellte, rundliche organische Form am linken Bildrand. Die trichterförmige vordere Hälfte der Pfeilform wirkt durch die orangegelbe Farbgebung warm und energetisch. Die grünblau dargestellte hintere Hälfte, die einen eigenständigen Teil bildet, spiegelt durch die kräftige und schnell gezeichnete Linienstruktur die Aggression der Patientin wider. Das Bild wirkt bedrohlich, strahlt Härte und Schärfe aus, lässt aber nicht zuletzt durch seine Farbgebung einen hoffnungsvoll kämpferischen Zug erkennen.

### 3. Musik-Maltherapie (4 Wochen später)



Bild 33 III 3a, 3b) Musik: G. M. Jacchini – Tratenimento 1.-4. Satz.

Hier benötigt die Patienten zwei Papierbögen, da sie die Musik recht aufregend empfunden hat und ihr ihre erste Darstellung nicht gefallen hat:



„...ich wollte aber weg davon...“. Der Klang der Trompeten wird als stark und spitz empfunden und in der linken oberen Bildhälfte in heller gelber Farbe der braun dargestellten Erde in der rechten unteren Bildhälfte gegenübergestellt. Die

Trompeten seien so stark empfunden worden, dass die durch sie vermittelte Lebensfreude, in Grün dargestellt, bis zur Erde hinunterreiche. Die Patientin wolle sich jedoch weder von den Trompeten erdrücken noch von der Erde anziehen lassen.



Bild 33 III 5) Musik: Sweetman – Down Home Rag.

Die Patientin äussert sich wiederum zu den Trompeten in der Musik und gibt an diese, so nervtötend empfunden zu haben, dass ihre “Männchen alle Trompetenohren bekommen haben”. Die hellblau dargestellten Figuren sind an Händen und Füßen verbunden, wobei sich an den jeweiligen Verbindungsstellen explosionsartige Kräfte zu entladen scheinen. Das Bild drückt die Sehnsucht nach einer sich gegenseitig stärkenden und zusammenhaltenden Familienbeziehung mit Ehemann und Sohn aus, wie die Patientin selbst berichtet.

#### 4. Musik-Maltherapie (5 Wochen später)



Bild 33 IV 4) Musik: R. Strauß – Also sprach Zarathustra, 1. Teil.

Anschaulich drückt die Patientin das Bedrohtsein und die Angst vor erneutem Leiden aus, lässt aber auch Hoffnung zu.

3.2. Zusammenfassung der charakteristischen Veränderungen in den Patientenbildern im Therapieverlauf anhand der Kriterien zur Bildauswertung nach Burkhardt (1986, vgl. Kapitel 2.4.3.)

Raumaufteilung:	zunehmende Ausnutzung des Malgrundes
wiederkehrende Formelemente:	Wiederholung und gestalterische Ausarbeitung bestimmter individuell charakteristischer Formelemente und Bewegungslinien

Strichstärke:	zunehmende Stärke bzw. Dynamik der Strichführung
Farbgebung:	zunehmend ausprobierende, buntere Farbwahl bzw. Wiederholung und Betonung bestimmter individuell bedeutsamer Farben
Tempo des Bewegungsablaufes:	Zunahme der Dynamik, d.h. Beschleunigung sowie auch intendierte Verlangsamung in der individuell unterschiedlichen Reagibilität auf die Musikstücke
Arbeitshaltung der Patienten:	zunehmende Motivierung und Entwicklung von Freude

### 3.3. Zusammenfassende Analyse der Bildfolgen anhand des RES-Systems

An den Bildfolgen der oben beschriebenen fünf Patienten kann eine charakteristische Entwicklung der RES-Bewegungsparameter aufgezeigt werden. (Die einzelnen Bildanalysen sind im Anhang enthalten.)

Aufgrund der geschichtlichen Herkunft des RES-Vokabulars aus der psychoanalytischen Theorie wurden die Begriffe „libidinös“ (heute: nachgiebig bzw. sympathikolytisch) und „sadistisch“ (heute: ankämpfend, sympathikotrop) in folgenden Auswertungen beibehalten (vgl. Kestenberg, 1975, 1977).

Zur besseren Übersicht und Vergleichbarkeit seien die verwendeten RES-Diagramme in Punktsummen (P.) pro Sitzung (d. h. jeweils 5 Bilder) umgerechnet. Hieraus ergeben sich folgende Maximalwerte:

Diagramm 1a: jeweils 30 P. für die libidinöse und die sadistische Seite

Diagramm 1b: jeweils 30 P. pro Spannungsflussrhythmus und Seite

Diagramm 3: jeweils 30 P. pro Bewegungsfaktor und Seite (insgesamt 180 P.)

Diagramm 4: jeweils 30 P. pro Bewegungsfaktor und Seite (insgesamt 180 P.)

Diagramm 9: jeweils 30 P. pro Bewegungsfaktor (die Saggitale fehlt in der zweidimensionalen Bilddarstellung) und Seite (insgesamt 120 P.)

Der RES-Besserungsgrad (-180 bis 180 P.) errechnet sich aus der Subtraktion der Summe der preefforts von der Summe der efforts (effort – Summe - preeffort – Summe).

#### Pat. Nr. 1 (03)

• Sitzung I (Bild I 1 – 5):

Eindruck zur inneren Haltung (1a): libidinös: 9/30 P.      sadistisch: 20/30 P.

Vorherrschender Spannungsflussrhythmus (1b): o (16/30 P.)

Weitere Spannungsflussrhythmen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit (1b):  
u (12/30 P.), a (8/30 P.), p (3/30 P.), os (3/30 P.), as (3/30 P.), ps (3/30 P.), us (2/30 P.),  
f (2/30 P.)

#### preeffort (3)

libidinös: 37/90 P.      sadistisch: 42/90 P.      preeffort – Summe: 79/180 P.

#### effort (4)

libidinös: 24/90 P.      sadistisch: 26/90 P.      effort – Summe: 50/180 P.

#### shape (9)

konvex: 22/60 P.      konkav: 24/60 P.      shape – Summe: 46/120 P.

RES-Besserungsgrad: - 29 P.

• Sitzung II (Bild II 1 – 5):

Eindruck zur inneren Haltung (1a): libidinös: 17/30 P.      sadistisch: 11/30 P.

Vorherrschender Spannungsflussrhythmus (1b): o (11/30 P.), f (11/30)

Weitere Spannungsflussrhythmen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit (1b):  
u (7/30 P.), a (6/30 P.), fs (4/30 P.), p (2/30 P.), as (2/30 P.), os (1/30 P.), ps (1/30 P.)

preeffort (3)

libidinös: 21/90 P.      sadistisch: 39/90 P.      preeffort – Summe: 60/180 P.

effort (4)

libidinös: 20/90 P.      sadistisch: 33/90 P.      effort – Summe: 53/180 P.

shape (9)

konvex: 27/60 P.      konkav: 15/60 P.      shape – Summe: 42/120 P.

RES-Besserungsgrad: - 7 P.

• Sitzung III (Bild III 1 – 5):

Eindruck zur inneren Haltung (1a): libidinös: 26/30 P.      sadistisch: 4/30 P.

Vorherrschender Spannungsflussrhythmus (1b): u (16/30 P.)

Weitere Spannungsflussrhythmen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit (1b):  
o (11/30), f (9/30 P.), fs (3/30 P.), as (2/30 P.), ps (2/30 P.), a (1/30 P.), us (1/30 P.)

preeffort (3)

libidinös: 10/90 P.      sadistisch: 24/90 P.      preeffort – Summe: 34/180 P.

effort (4)

libidinös: 35/90 P.      sadistisch: 39/90 P.      effort – Summe: 74/180 P.

shape (9)

konvex: 35/60 P.      konkav: 15/90 P.      shape – Summe: 50/120 P.

RES-Besserungsgrad: + 40 P.

• Sitzung IV (Bild IV 1 – 5):

Eindruck zur inneren Haltung (1a): libidinös: 23/30 P.      sadistisch: 5/30 P.

Vorherrschender Spannungsflussrhythmus (1b): o (13/30 P.), u (12/30 P.)

Weitere Spannungsflussrhythmen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit (1b):  
f (8/30 P.), us (3/30 P.), a (2/30 P.), fs (2/30 P.)

preeffort (3)

libidinös: 16/90 P.      sadistisch: 28/90 P.      preeffort – Summe: 44/180 P.

effort (4)

libidinös: 25/90 P.      sadistisch: 33/90 P.      effort – Summe: 58/180 P.

shape (9)

konvex: 25/60 P.      konkav: 20/60 P.      shape – Summe: 45/120 P.

RES-Besserungsgrad: + 14 P.

• Sitzung V (Bild V 1 – 5):

Eindruck zur inneren Haltung (1a): libidinös: 29/30 P.      sadistisch: 1/30 P.

Vorherrschender Spannungsflussrhythmus (1b): f (12/30 P.)

Weitere Spannungsflussrhythmen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit (1b):  
o (9/30 P.), u (7/30 P.), ps (4/30 P.), a (1/30 P.), fs (1/30 P.), us (1/30 P.)

preeffort (3)

libidinös: 12/90 P.      sadistisch: 12/90 P.      preeffort – Summe: 24/180 P.

effort (4)

libidinös: 39/90 P.      sadistisch: 35/90 P.      effort – Summe: 74/180 P.

shape (9)

konvex: 27/60 P.      konkav: 15/60 P.      shape – Summe: 42/120 P.

RES-Besserungsgrad: + 50 P.

Pat. Nr. 2 (07)

## • Sitzung I (Bild I 1 – 5):

Eindruck zur inneren Haltung (1a): libidinös: 3/30 P.      sadistisch: 21/30 P.

Vorherrschender Spannungsflussrhythmus (1b): o (10/30 P.)

Weitere Spannungsflussrhythmen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit (1b):  
f (8/30 P.), u (6/30 P.), us (5/30 P.), a (4/30 P.), os (4/30 P.), p (2/30 P.), as (2/30 P.),  
ps (1/30 P.)

preeffort (3)

libidinös: 16/90 P.      sadistisch: 20/90 P.      preeffort – Summe: 36/180 P.

effort (4)

libidinös: 9/90 P.      sadistisch: 3/90 P.      effort – Summe: 12/180 P.

shape (9)

konvex: 14/60 P.      konkav: 8/60 P.      shape – Summe: 22/120 P.

RES-Besserungsgrad: - 24 P.

## • Sitzung II (Bild II 1 – 5):

Eindruck zur inneren Haltung (1a): libidinös: 16/30 P.      sadistisch: 9/30 P.

Vorherrschender Spannungsflussrhythmus (1b): f (11/30)

Weitere Spannungsflussrhythmen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit (1b):  
u (6/30 P.), o (5/30 P.), us (3/30 P.), a (2/30 P.), as (2/30 P.), fs (1/30 P.), ps (1/30 P.)

preeffort (3)

libidinös: 23/90 P.      sadistisch: 31/90 P.      preeffort – Summe: 54/180 P.

effort (4)

libidinös: 18/90 P.      sadistisch: 10/90 P.      effort – Summe: 28/180 P.

shape (9)

konvex: 19/60 P.      konkav: 15/60 P.      shape – Summe: 34/120 P.

RES-Besserungsgrad: - 26 P.

• Sitzung III (Bild III 1, 4, 5 (2 Bilder fehlen)):

Eindruck zur inneren Haltung (1a): libidinös: 12/18 P.      sadistisch: 3/18 P.

Vorherrschender Spannungsflussrhythmus (1b): f (7/18 P.)

Weitere Spannungsflussrhythmen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit (1b):  
u (6/18 P.), us (4/18 P.), o (3/18), p (1/18 P.), a (1/18 P.), as (1/18 P.)

preeffort (3)

libidinös: 7/54 P.      sadistisch: 23/54 P.      preeffort – Summe: 30/108 P.

effort (4)

libidinös: 13/54 P.      sadistisch: 9/54 P.      effort – Summe: 22/108 P.

shape (9)

konvex: 22/36 P.      konkav: 8/36 P.      shape – Summe: 30/72 P.

RES-Besserungsgrad: - 8 P.

• Sitzung IV (Bild IV 1 – 5):

Eindruck zur inneren Haltung (1a): libidinös: 20/30 P.      sadistisch: 1/30 P.

Vorherrschender Spannungsflussrhythmus (1b): f (14/30 P.)

Weitere Spannungsflussrhythmen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit (1b):  
o (8/30 P.), u (7/30 P.), fs (4/30 P.), a (3/30 P.), ps (2/30 P.), us (2/30 P.), p (1/30 P.),  
as (1/30 P.)

preeffort (3)

libidinös: 26/90 P.      sadistisch: 25/90 P.      preeffort – Summe: 51/180 P.

effort (4)

libidinös: 21/90 P.      sadistisch: 9/90 P.      effort – Summe: 30/180 P.

shape (9)

konvex: 26/60 P.      konkav: 19/60 P.      shape – Summe: 45/120 P.

RES-Besserungsgrad: - 21 P.

• Sitzung V (Bild V 1 – 5):

Eindruck zur inneren Haltung (1a): libidinös: 23/30 P.      sadistisch: 4/30 P.

Vorherrschender Spannungsflussrhythmus (1b): f (14/30 P.)

Weitere Spannungsflussrhythmen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit (1b):  
u (8/30 P.), o (5/30 P.), fs (5/30 P.), p (1/30 P.), ps (1/30 P.), us (1/30 P.)

preeffort (3)

libidinös: 3/90 P.      sadistisch: 19/90 P.      preeffort – Summe: 22/180 P.

effort (4)

libidinös: 27/90 P.      sadistisch: 14/90 P.      effort – Summe: 41/180 P.

shape (9)

konvex: 33/60 P.      konkav: 24/60 P.      shape – Summe: 57/120 P.

RES-Besserungsgrad: + 19 P.

Pat. Nr. 3 (27)

• Sitzung I (Bild I 1 – 5):

Eindruck zur inneren Haltung (1a): libidinös: 17/30 P.      sadistisch: 11/30 P.

Vorherrschender Spannungsflussrhythmus (1b): f (12/30 P.)

Weitere Spannungsflussrhythmen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit (1b):  
o (9/30 P.), fs (6/30 P.), u (4/30 P.), p (3/30 P.), ps (3/30 P.), a (1/30 P.), as (1/30 P.)

preeffort (3)

libidinös: 29/90 P.      sadistisch: 39/90 P.      preeffort – Summe: 68/180 P.

effort (4)

libidinös: 19/90 P.      sadistisch: 20/90 P.      effort – Summe: 39/180 P.

shape (9)

konvex: 28/60 P.      konkav: 29/60 P.      shape – Summe: 57/120 P.

RES-Besserungsgrad: - 29 P.

• Sitzung II (Bild II 1 – 5):

Eindruck zur inneren Haltung (1a): libidinös: 17/30 P.      sadistisch: 11/30 P.

Vorherrschender Spannungsflussrhythmus (1b): f (13/30), fs (13/30 P.)

Weitere Spannungsflussrhythmen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit (1b):  
u (8/30 P.), o (4/30 P.), us (1/30 P.)

preeffort (3)

libidinös: 18/90 P.      sadistisch: 33/90 P.      preeffort – Summe: 51/180 P.

effort (4)

libidinös: 24/90 P.      sadistisch: 26/90 P.      effort – Summe: 50/180 P.

shape (9)

konvex: 34/60 P.      konkav: 19/60 P.      shape – Summe: 53/120 P.

RES-Besserungsgrad: - 1 P.

• Sitzung III (Bild III 1 – 5):

Eindruck zur inneren Haltung (1a): libidinös: 20/30 P.      sadistisch: 8/30 P.

Vorherrschender Spannungsflussrhythmus (1b): f (13/30 P.)

Weitere Spannungsflussrhythmen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit (1b):  
u (11/30 P.), fs (11/30 P.), o (8/30), as (2/30 P.), p (1/30 P.), a (1/30 P.)

preeffort (3)

libidinös: 20/90 P.      sadistisch: 31/90 P.      preeffort – Summe: 51/180 P.

effort (4)

libidinös: 21/90 P.      sadistisch: 29/90 P.      effort – Summe: 50/180 P.

shape (9)

konvex: 34/60 P.      konkav: 18/90 P.      shape – Summe: 52/120 P.

RES-Besserungsgrad: - 1 P.

Pat. Nr. 4 (29)

## • Sitzung I (Bild I 1 – 5):

Eindruck zur inneren Haltung (1a): libidinös: 12/30 P.      sadistisch: 13/30 P.

Vorherrschender Spannungsflussrhythmus (1b): o (9/30 P.)

Weitere Spannungsflussrhythmen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit (1b):

u (6/30 P.), p (6/30 P.), f (4/30 P.), ps (3/30 P.), us (1/30 P.), fs (1/30 P.)

preeffort (3)

libidinös: 20/90 P.      sadistisch: 23/90 P.      preeffort – Summe: 43/180 P.

effort (4)

libidinös: 4/90 P.      sadistisch: 10/90 P.      effort – Summe: 14/180 P.

shape (9)

konvex: 26/60 P.      konkav: 19/60 P.      shape – Summe: 45/120 P.

RES-Besserungsgrad: - 29 P.

## • Sitzung II (Bild II 1 – 5):

Eindruck zur inneren Haltung (1a): libidinös: 15/30 P.      sadistisch: 6/30 P.

Vorherrschender Spannungsflussrhythmus (1b): o (10/30 P.)

Weitere Spannungsflussrhythmen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit (1b):

u (9/30 P.), p (8/30 P.), us (4/30 P.), fs (2/30 P.), a (1/30), os (1/30 P.), ps (1/30 P.)

preeffort (3)

libidinös: 26/90 P.      sadistisch: 29/90 P.      preeffort – Summe: 55/180 P.

effort (4)

libidinös: 6/90 P.      sadistisch: 4/90 P.      effort – Summe: 10/180 P.

shape (9)

konvex: 34/60 P.      konkav: 19/60 P.      shape – Summe: 53/120 P.

RES-Besserungsgrad: - 45 P.

• Sitzung III (Bild III 1 – 5):

Eindruck zur inneren Haltung (1a): libidinös: 18/30 P.      sadistisch: 5/30 P.

Vorherrschender Spannungsflussrhythmus (1b): f (12/30 P.)

Weitere Spannungsflussrhythmen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit (1b):  
o (9/30 P.), u (8/30 P.), fs (7/30 P.), us (3/30 P.), ps (1/30 P.)

preeffort (3)

libidinös: 29/90 P.      sadistisch: 27/90 P.      preeffort – Summe: 56/180 P.

effort (4)

libidinös: 15/90 P.      sadistisch: 5/90 P.      effort – Summe: 20/180 P.

shape (9)

konvex: 22/60 P.      konkav: 17/60 P.      shape – Summe: 39/120 P.

RES-Besserungsgrad: - 36 P.

• Sitzung IV (Bild IV 1 – 5):

Eindruck zur inneren Haltung (1a): libidinös: 19/30 P.      sadistisch: 5/30 P.

Vorherrschender Spannungsflussrhythmus (1b): f (10/30 P.)

Weitere Spannungsflussrhythmen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit (1b):  
o (9/30 P.), u (8/30 P.), fs (3/30 P.), ps (2/30 P.), us (2/30 P.), p (1/30 P.)

preeffort (3)

libidinös: 31/90 P.      sadistisch: 23/90 P.      preeffort – Summe: 54/180 P.

effort (4)

libidinös: 16/90 P.      sadistisch: 18/90 P.      effort – Summe: 34/180 P.

shape (9)

konvex: 26/60 P.      konkav: 19/60 P.      shape – Summe: 45/120 P.

RES-Besserungsgrad: - 20 P.

Pat. Nr. 5 (33)

## • Sitzung I (Bild I 1 – 5):

Eindruck zur inneren Haltung (1a): libidinös: 5/30 P.      sadistisch: 20/30 P.

Vorherrschender Spannungsflussrhythmus (1b): u (10/30 P.)

Weitere Spannungsflussrhythmen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit (1b):

o (6/30 P.), p (4/30 P.), fs (3/30 P.), ps (3/30 P.), us (2/30 P.), f (2/30 P.), as (1/30 P.)

preeffort (3)

libidinös: 14/90 P.      sadistisch: 42/90 P.      preeffort – Summe: 56/180 P.

effort (4)

libidinös: 0/90 P.      sadistisch: 18/90 P.      effort – Summe: 18/180 P.

shape (9)

konvex: 23/60 P.      konkav: 24/60 P.      shape – Summe: 47/120 P.

RES-Besserungsgrad: - 38 P.

## • Sitzung II (Bild II 1 – 5):

Eindruck zur inneren Haltung (1a): libidinös: 17/30 P.      sadistisch: 9/30 P.

Vorherrschender Spannungsflussrhythmus (1b): fs (8/30 P.)

Weitere Spannungsflussrhythmen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit (1b):

o (7/30 P.), u (7/30 P.), ps (5/30 P.), f (4/30), as (4/30 P.), us (2/30 P.), os (1/30 P.)

preeffort (3)

libidinös: 18/90 P.      sadistisch: 26/90 P.      preeffort – Summe: 44/180 P.

effort (4)

libidinös: 3/90 P.      sadistisch: 6/90 P.      effort – Summe: 9/180 P.

shape (9)

konvex: 20/60 P.      konkav: 22/60 P.      shape – Summe: 42/120 P.

RES-Besserungsgrad: - 35 P.

• Sitzung III (Bild III 1 – 5):

Eindruck zur inneren Haltung (1a): libidinös: 18/30 P.      sadistisch: 7/30 P.

Vorherrschender Spannungsflussrhythmus (1b): o (10/30)

Weitere Spannungsflussrhythmen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit (1b):

fs (9/30 P.), os (7/30 P.), p (5/30 P.), u (3/30 P.), ps (3/30 P.), as (2/30 P.), f (1/30 P.)

preeffort (3)

libidinös: 25/90 P.      sadistisch: 28/90 P.      preeffort – Summe: 53/180 P.

effort (4)

libidinös: 9/90 P.      sadistisch: 17/90 P.      effort – Summe: 26/180 P.

shape (9)

konvex: 28/60 P.      konkav: 17/90 P.      shape – Summe: 45/120 P.

RES-Besserungsgrad: - 27 P.

• Sitzung IV (Bild IV 1 – 5):

Eindruck zur inneren Haltung (1a): libidinös: 17/30 P.      sadistisch: 4/30 P.

Vorherrschender Spannungsflussrhythmus (1b): fs (8/30 P.)

Weitere Spannungsflussrhythmen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit (1b):

o (7/30 P.), u (5/30 P.), os (5/30 P.), ps (5/30 P.), f (2/30 P.), us (2/30 P.), a (1/30 P.)

preeffort (3)

libidinös: 11/90 P.      sadistisch: 11/90 P.      preeffort – Summe: 22/180 P.

effort (4)

libidinös: 18/90 P.      sadistisch: 13/90 P.      effort – Summe: 31/180 P.

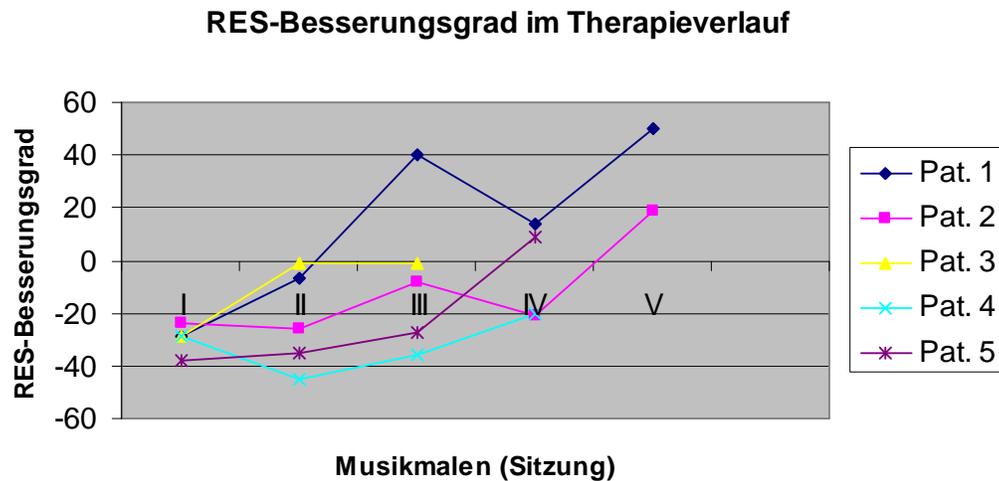
shape (9)

konvex: 26/60 P.      konkav: 17/60 P.      shape – Summe: 43/120 P.

RES-Besserungsgrad: + 9 P.

Zusammenfassend seien die Ergebnisse der RES-Analyse zur besseren Übersicht grafisch dargestellt:

Abb. 3.1: RES-Besserungsgrad im Therapieverlauf



### 3.4. Zusammenfassende Analyse der Bildfolgen anhand der Millon-Kriterien

Wiederum wurden die Profile in Zahlenwerte (Punktsummen (P.)) umgerechnet:  
Skala: 0 – 6 P. für jeden Pol, d. h. pro Sitzung (5 Bilder) und Pol 0 – 30 P. (Die einzelnen Bildanalysen sind im Anhang wiedergegeben.)

#### Pat. Nr. 1 (03)

##### Sitzung I (Bild I 1 – 5):

Wohlbefinden: 9/30 P.	Schmerz: 14/30 P.
passiv: 10/30 P.	aktiv: 15/30 P.
selbstbezogen: 17/30 P.	sozial bezogen: 14/30 P.
rational: 19/30 P.	gefühlsmässig: 12/30 P.

##### Sitzung II (Bild II 1 – 5):

Wohlbefinden: 12/30P.	Schmerz: 14/30 P.
passiv: 15/30 P.	aktiv: 18/30 P.
selbstbezogen: 22/30 P.	sozial bezogen: 8/30 P.
rational: 12/30 P.	gefühlsmässig: 21/30 P.

##### Sitzung III (Bild III 1 – 5):

Wohlbefinden: 21/30 P.	Schmerz: 7/30 P.
------------------------	------------------

##### Sitzung IV (Bild IV 1 – 5):

Wohlbefinden: 6/30 P.	Schmerz: 15/30 P.
-----------------------	-------------------

passiv: 7/30 P.  
selbstbezogen: 18/30 P.  
rational: 9/30 P.

aktiv: 22/30 P.  
sozial bezogen: 11/30 P.  
gefühlsmässig: 24/30 P.

passiv: 3/30 P.  
selbstbezogen: 21/30 P.  
rational: 15/30 P.

aktiv: 23/30 P.  
sozial bezogen: 18/30 P.  
gefühlsmässig: 20/30 P.

### Sitzung V (Bild V 1 – 5):

Wohlbefinden: 27/30 P.  
passiv: 8/30 P.  
selbstbezogen: 20/30 P.  
rational: 11/30 P.

Schmerz: 3/30 P.  
aktiv: 24/30 P.  
sozial bezogen: 16/30 P.  
gefühlsmässig: 23/30 P.

### Pat. Nr. 2 (07)

#### Sitzung I (Bild I 1 – 5):

Wohlbefinden: 9/30 P.  
passiv: 20/30 P.  
selbstbezogen: 12/30 P.  
rational: 15/30 P.

Schmerz: 20/30 P.  
aktiv: 9/30 P.  
sozial bezogen: 2/30 P.  
gefühlsmässig: 7/30 P.

#### Sitzung II (Bild II 1 – 5):

Wohlbefinden: 14/30 P.  
passiv: 9/30 P.  
selbstbezogen: 6/30 P.  
rational: 9/30 P.

Schmerz: 11/30 P.  
aktiv: 12/30 P.  
sozial bezogen: 10/30 P.  
gefühlsmässig: 15/30 P.

#### Sitzung IV (Bild III 1 – 5):

Wohlbefinden: 17/30 P.  
passiv: 0/30 P.  
selbstbezogen: 2/30 P.  
rational: 6/30 P.

Schmerz: 6/30 P.  
aktiv: 17/30 P.  
sozial bezogen: 14/30 P.  
gefühlsmässig: 17/30 P.

#### Sitzung V (Bild IV 1 – 5):

Wohlbefinden: 26/30 P.  
passiv: 7/30 P.  
selbstbezogen: 14/30 P.  
rational: 9/30 P.

Schmerz: 6/30 P.  
aktiv: 18/30 P.  
sozial bezogen: 17/30 P.  
gefühlsmässig: 20/30 P.

### Pat. Nr. 3 (27)

#### Sitzung I (Bild I 1 – 5):

Wohlbefinden: 13/30 P.  
passiv: 2/30 P.  
selbstbezogen: 12/30 P.  
rational: 7/30 P.

Schmerz: 16/30 P.  
aktiv: 18/30 P.  
sozial bezogen: 9/30 P.  
gefühlsmässig: 16/30 P.

#### Sitzung II (Bild II 1 – 5):

Wohlbefinden: 12/30 P.  
passiv: 11/30 P.  
selbstbezogen: 9/30 P.  
rational: 7/30 P.

Schmerz: 14/30 P.  
aktiv: 16/30 P.  
sozial bezogen: 15/30 P.  
gefühlsmässig: 19/30 P.

#### Sitzung III (Bild III 1 – 5):

Wohlbefinden: 16/30 P.  
passiv: 0/30 P.  
selbstbezogen: 11/30 P.  
rational: 4/30 P.

Schmerz: 15/30 P.  
aktiv: 17/30 P.  
sozial bezogen: 12/30 P.  
gefühlsmässig: 17/30 P.

### Pat. Nr. 4 (29)

#### Sitzung I (Bild I 1 – 5):

Wohlbefinden: 9/30 P.  
passiv: 12/30 P.  
selbstbezogen: 10/30 P.  
rational: 9/30 P.

Schmerz: 16/30 P.  
aktiv: 10/30 P.  
sozial bezogen: 5/30 P.  
gefühlsmässig: 14/30 P.

#### Sitzung II (Bild II 1 – 5):

Wohlbefinden: 14/30 P.  
passiv: 8/30 P.  
selbstbezogen: 8/30 P.  
rational: 12/30 P.

Schmerz: 9/30 P.  
aktiv: 12/30 P.  
sozial bezogen: 11/30 P.  
gefühlsmässig: 15/30 P.

Sitzung III (Bild III 1 – 5):

Wohlbefinden: 16/30 P.  
 passiv: 9/30 P.  
 selbstbezogen: 5/30 P.  
 rational: 10/30 P.  
 Schmerz: 12/30 P.  
 aktiv: 13/30 P.  
 sozial bezogen: 9/30 P.  
 gefühlsmässig: 16/30 P.

Sitzung IV (Bild IV 1 – 5):

Wohlbefinden: 13/30 P.  
 passiv: 9/30 P.  
 selbstbezogen: 6/30 P.  
 rational: 8/30 P.  
 Schmerz: 13/30 P.  
 aktiv: 9/30 P.  
 sozial bezogen: 10/30 P.  
 gefühlsmässig: 16/30 P.

**Pat. Nr. 5 (33)**

Sitzung I (Bild I 1 – 5):

Wohlbefinden: 8/30 P.  
 passiv: 9/30 P.  
 selbstbezogen: 17/30 P.  
 rational: 16/30 P.  
 Schmerz: 21/30 P.  
 aktiv: 11/30 P.  
 sozial bezogen: 0/30 P.  
 gefühlsmässig: 19/30 P.

Sitzung II (Bild II 1 – 5):

Wohlbefinden: 9/30 P.  
 passiv: 9/30 P.  
 selbstbezogen: 10/30 P.  
 rational: 5/30 P.  
 Schmerz: 11/30 P.  
 aktiv: 8/30 P.  
 sozial bezogen: 6/30 P.  
 gefühlsmässig: 16/30 P.

Sitzung III (Bild III 1 – 5):

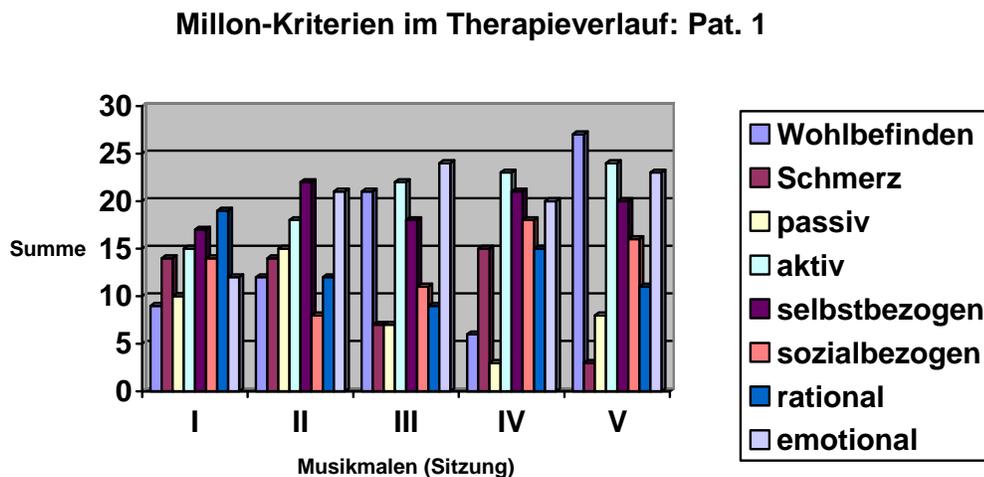
Wohlbefinden: 16/30 P.  
 passiv: 6/30 P.  
 selbstbezogen: 12/30 P.  
 rational: 10/30 P.  
 Schmerz: 14/30 P.  
 aktiv: 15/30 P.  
 sozial bezogen: 9/30 P.  
 gefühlsmässig: 21/30 P.

Sitzung IV (Bild IV 1 – 5):

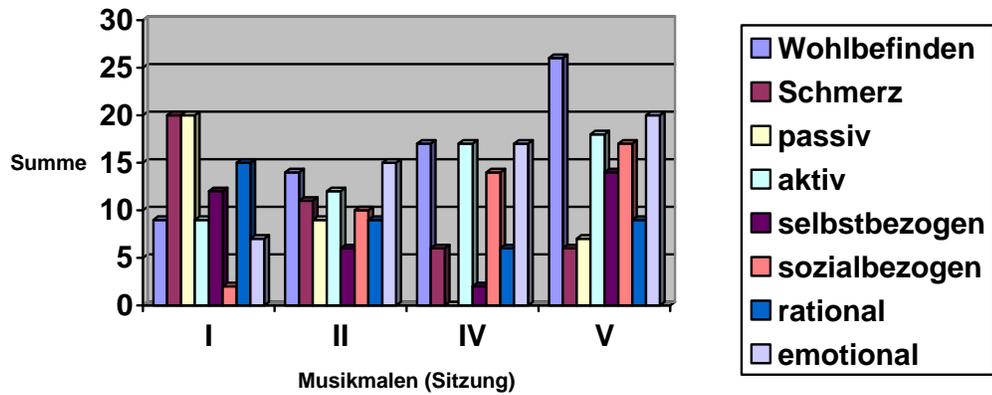
Wohlbefinden: 13/30 P.  
 passiv: 7/30 P.  
 selbstbezogen: 6/30 P.  
 rational: 5/30 P.  
 Schmerz: 8/30 P.  
 aktiv: 10/30 P.  
 sozial bezogen: 0/30 P.  
 gefühlsmässig: 17/30 P.

Übersichtshalber seien auch die Ergebnisse der Bildbeurteilungen nach den Millon-Kriterien grafisch dargestellt:

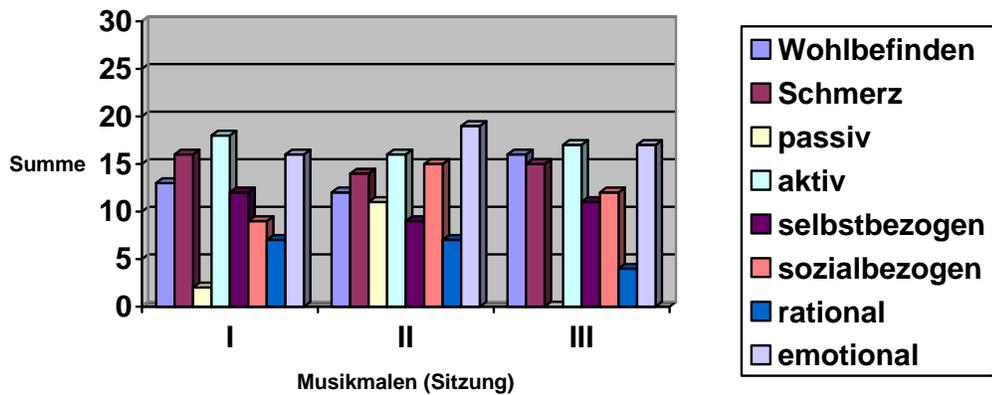
Abb. 3.2: Millon Kriterien im Therapieverlauf für Pat. 1 – 5



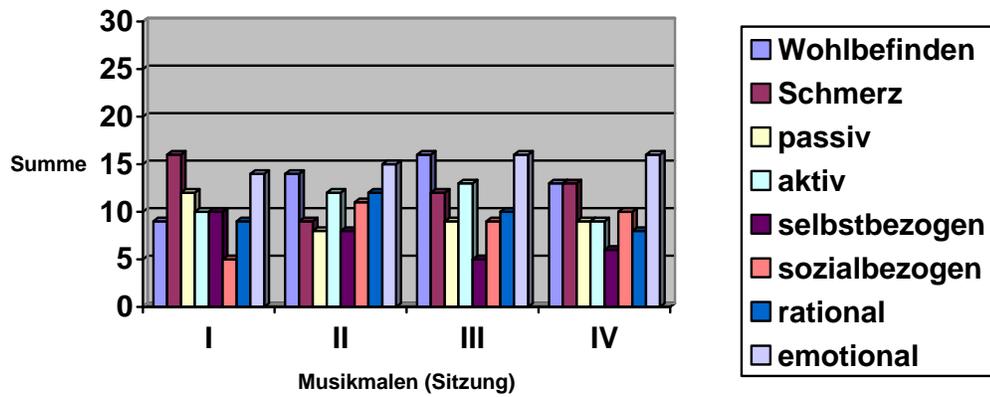
### Millon-Kriterien im Therapieverlauf: Pat. 2



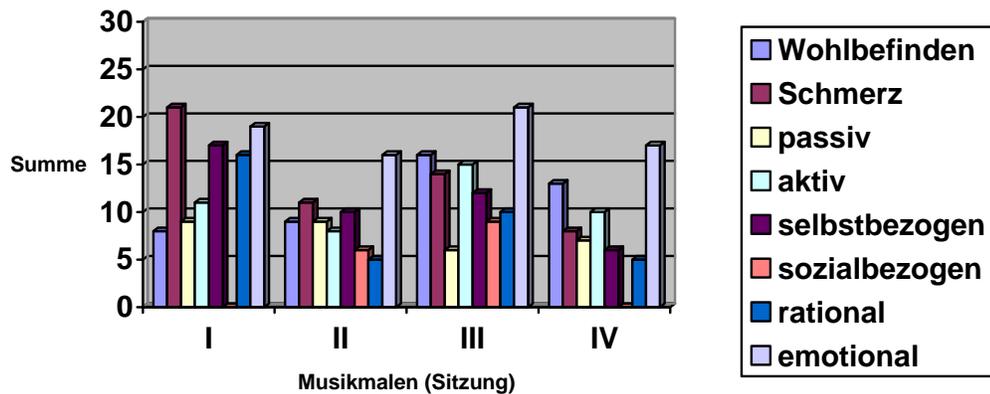
### Millon-Kriterien im Therapieverlauf: Pat. 3



### Millon-Kriterien im Therapieverlauf: Pat. 4



### Millon-Kriterien im Therapieverlauf: Pat. 5



### 3.5. Exemplarische Vorstellung weiterer Patientenbilder

Da die Musikmalergebnisse aus Burkhardts Psychotherapie enorm zahlreich sind, sollen an dieser Stelle noch einige weitere charakteristische Entwicklungen von Patientenbildern exemplarisch vorgestellt werden.

42-jähriger Patient (Pat. 02)

Klinische Diagnose:

ICD-9: Neurotische Depression bei anankastischer Persönlichkeit (300.4)

ICD-10: Anpassungsstörung (F43.23)

## 1. Musik-Maltherapie

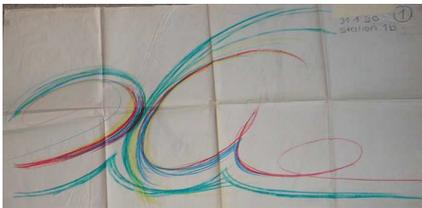


Bild 02 I 1) Musik: R. Schumann (Titel nicht bekannt).

Das Bild strebt nach oben, wirkt offen und nach innen gerichtet. Durch die scharfe Strukturierung des Zeichenraumes zeigt der Patient, dass er mit

Leere umgehen kann. Die insgesamt durch die schwungvollen Linien erzeugte Spannung erscheint gerade ausbalanciert.

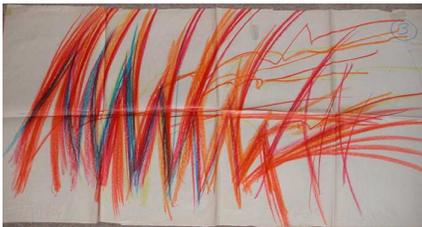


Bild 02 I 3) Musik: W. A. Mozart – Presto aus der Serenade D-dur, „Posthornserenade“.

Der Patient deutet: „Es sind Haifischzähne.“ Es werden mit dicker Strichführung spitzwinklige, sägezahnartige Formen gemalt, die anschaulich

„den Rahmen sprengen“ indem der Malgrund offensichtlich nicht ausreicht. Das nach oben gerichtete Streben wirkt geordnet aber auch starr und zeigt wenig Flexibilität. Horizontal verlaufende Linien in der Bildmitte halten scheinbar die innere Dynamik des Malers wie einen roten Faden zusammen.

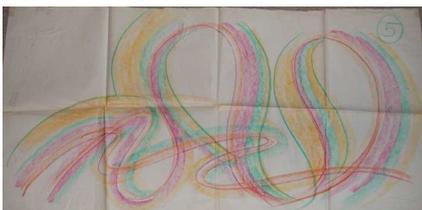


Bild 02 I 5) Musik: C. Debussy – Claire de Lune.

Erneut werden mit schwungvoll gemalten Linien, die im Gegensatz zum ersten Bild jedoch mehr Zusammenhalt zu haben scheinen mehrere

laschenähnliche Zwischenräume erzeugt, die an bunte in leichtem Wind wehende Bänder erinnern.

## 2. Musik-Maltherapie (5 Wochen später)

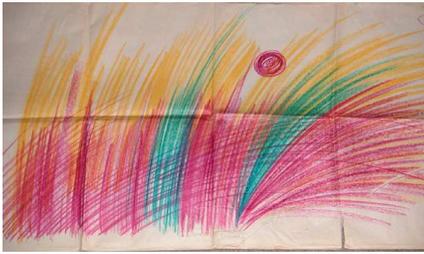


Bild 02 II 3) Musik: W. A. Mozart – Kleine Nachtmusik, 3. Satz.

Diese Bild erinnert durch seine Struktur und Farbgebung an die 1. Musik-Maltherapie (Bild 02 I 3). Es wirkt jedoch weniger starr, stattdessen weicher, undifferenzierter und introvertierter.

Die nach oben gerichteten Kräfte sind abgemildert. Die gleichförmigen grassähnlichen Linien hängen unruhig wie Schilf im Wind und wirken dadurch ängstlicher. Der über dem Bild scheinbar zu schwebende Punkt stellt durch seine Distanz zur darunterliegenden Spannung zwar einen gewissen Ruhepol dar, wirkt aber auch bedrohlich, da er nicht strahlt und eher schwer erscheint. Der Patient liess immer noch viel Spannung heraus, fühlt sich jedoch laut eigener Aussage schon wohler beim Malen (ref. in: Burkhardt, 1996).



Bild II 4) Musik: J. S. Bach – C-moll...

Des weiteren gestaltet er aus seinen bereits in vorigen Bildern angedeuteten abstrakten Formen eine Ordnungsstruktur, die im Gegensatz zur ersten Sitzung ein besseres Symmetriegefühl

erkennen lässt. Die im perspektivischen Raum gekrümmten parallel verlaufenden Linienebenen erzeugen eine Tiefendimension mit einem durch den spiralartigen roten Punkt angedeuteten etwas exzentrisch gelegenen Fluchtpunkt. Dieser gestalterische Ansatz ist seinem Wesen nach meditativ weil deduktiv und analytisch. Der Patient bleibt bei einer Sache, die er zerlegt und wieder konstruiert.

62-jähriger Patient (Pat. 11)

Klinische Diagnose:

ICD-9: Reaktive Depression bei multiplen Organerkrankungen (300.4)

ICD-10: Reaktive Depression (F43.2)

## 5. Musik-Maltherapie

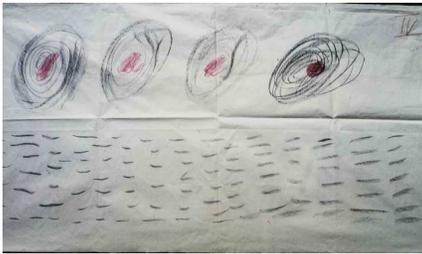


Bild 11 V 4) Musik: Holst – Mars.

„Der Patient hat die Musik in Galaxien umgesetzt und von fliegenden Objekten gesprochen, die bedrohlich wirken. Er kannte die Musik nicht, war selbst recht erstaunt, dass die Musik ihn zu dieser Darstellung gedrängt hatte.“  
(ref. in: Burkhardt, 1996)

23-jährige Patientin (Pat. 13)

Klinische Diagnose:

ICD-9: Depressive Neurose mit Angstsyndrom und psychovegetativen Magen-Darmstörungen bei depressiv anankastischer Persönlichkeit mit aktuellem Partnerkonflikt (300.4; 306.4)

ICD-10: Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion (F43.21);  
Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)

## 2. Musik-Maltherapie

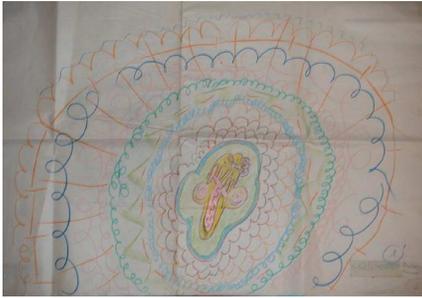


Bild 13 II 1) Musik: L. Boccherini – Menuett A-dur aus dem Streichquartett E-dur, op. 13, Nr. 5.  
 „Bei Besprechung erkannte die Patientin selbst eine symbolische Darstellung eines Embryos als Ausdruck ihres Wunsches nach einem Kind von ihrem Partner, der ihn ihr versagte.“

(ref. in: Burkhardt, 1996)



Bild 13 II 2) Musik: G. F. Händel – La Paix aus der Feuerwerksmusik.

„In einer späteren Therapiestunde verdeutlichte sie ihren Wunsch in der symbolischen Gestaltung eines Ovars mit Follikelsprung, wie sie in der Besprechung erstaunt selbst feststellte.“ (ebd.)

### 20-jähriger Patient (Pat. 14)

Klinische Diagnose:

ICD-9: Anpassungsstörung mit aggressiver Symptomatik (309)

ICD-10: Anpassungsstörung mit aggressiver Symptomatik (F43.23)

## 1. Musik-Maltherapie



Bild 14 I 5) Musik: Steamboat Stomp (Dixie).  
 „20-jähriger malt sich selbst mit Gitarre, die aber  
 als Maschinenpistole im Anschlag gedeutet  
 wird, die er auf seine Eltern richtet.“

(ref. in: Burkhardt, 1996)

48-jährige Patientin (Pat. 15)

Klinische Diagnose:

ICD-9: Neurotische Depression mit Angst und psychovegetativen Symptomen  
 (300.4; 306)

ICD-10: Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion (F43.22);  
 Somatisierungsstörung (F45.0)

## 1. Musik-Maltherapie



Bild 15 I 4) Musik: P. Dukas – Der  
 Zauberlehrling.

„Die Patientin malte – zunächst ganz unbewusst  
 – einen „Unglücksraben“ in ihr Bild, das viel  
 Auflockerung zeigt. Erst zum Schluss gab sie  
 dem Vogel Kopf, Auge und Schnabel. Sie fühlte

sich bedroht von ihm.“ (ref. in: Burkhardt, 1996)

### 23-jährige Patientin (Pat. 16)

Klinische Diagnose:

ICD-9:        Neurotische Depression bei situativen Belastungen (300.4)

ICD-10:       Reaktive Depression (F43.21)

### 3. Musik-Maltherapie



Bild 16 III 4) Musik: nicht bekannt.

Die beiden wellenförmigen in blau dargestellten Linienbündel stellen einen Vorläufer zur in der nächsten Sitzung weiterentwickelten Zangenform dar.

### 4. Musik-Maltherapie (2 Wochen später)

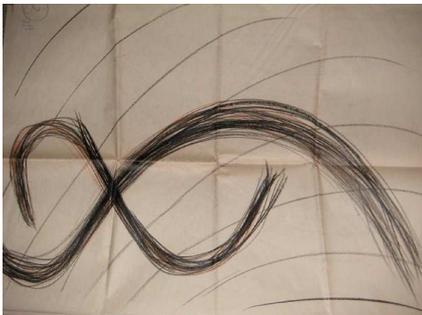


Bild 16 IV 2) Musik: R. Schumann – Fantasie C-dur Op. 17, 2. Satz.

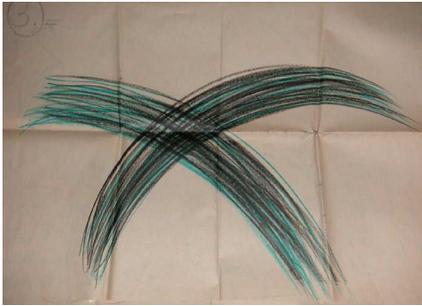


Bild 16 IV 3) Musik: J. Haydn – Andante G-dur aus der Sinfonie D-dur „Die Uhr“.

In der Besprechung der Bilder deutete die Patientin die Figuren als Kneifzange, mit der sie gekniffen werde, aber mit der sie gern auch kneifen möchte.

### 38-jähriger Patient (Pat. 17)

Klinische Diagnose:

ICD-9:           Reaktive Depression mit psychosomatischen Beschwerden bei ängstlicher selbstunsicherer Persönlichkeit und aktuellem Partnerkonflikt

ICD-10:         Reaktive Depression bei aktuellem Partnerkonflikt (F43.21); Somatisierungsstörung (F45.0)

### 1. Musik-Maltherapie



Bild 17 I 1) Musik: Dvorak – Humoreske Ges-dur Op. 10.

„In der Besprechung äussert der Patient, er habe nur mit Schwarz malen können und nur ein kleines weisses Loch aussparen müssen. Er deutet schliesslich das Schwarz als seine tiefe Traurigkeit, über die er nie sprechen konnte, aber im Musikmalen ungehemmt ausdrücken kann.“

(ref. in: Burkhardt, 1996)



Bild 17 I 2) Musik: Ory's Creole Trombone (Jazz).

„Im nächsten Bild stellte er den Grund seiner Traurigkeit dar: seine Frau (im Kreis) hat ihn wegen beruflicher Veränderung verlassen und will sich von ihm trennen, wenn er seinen Alkoholkonsum nicht einstellt.“ (ebd.)

### 3.6. Beispiele für Musikstücke und deren Reihenfolge in Burkhardts Musikmaltherapie

#### 3.6.1. Zwei Beispiele bei Darbietung in einer Gruppe älterer Menschen (bevorzugt klassische Musik!)

##### Beispiel 1

1. R. Schumann: Von fremden Ländern und Menschen – aus Kinderszenen Op. 15 für Klavier (zur Einstimmung)
2. W. A. Mozart: Serenata notturna, Serenade Nr. 6 D-dur KV 239 1. Satz
3. A. Dvorak: Slawischer Tanz Nr. 8 G-moll, Op. 46
4. L. v. Beethoven: Ouvertüre zum Ballett „Die Geschöpfe des Prometheus“ (als Höhepunkt)
5. Dixie „Beer Barrel Polka“ (zur Entspannung; danach auch tanzen als Abschluss)

##### Beispiel 2

1. J. S. Bach: Präludium C-dur aus dem Wohltemperierten Klavier 1. Teil (zur Einstimmung)
2. P. Tschaikowsky: Moderato, tempo di valse aus Serenade für Streichorchester C-dur, Op. 48
3. G. F. Händel: Menuett I und II, Rejouissance da capo aus Feuerwerksmusik
4. G. Holst: Saturn, the Bringer of Old Age aus The Planets Op. 32 (zur Auseinandersetzung, Höhepunkt)
5. A. Vivaldi: Concerto C-dur für Gitarre, 2. Satz: Andante (zur Entspannung)

#### 3.6.2. Weitere Musikbeispiele

1

1. Beethoven – Für Elise
2. Mozart – Serenata notturna, 1. Satz
3. Händel – Feuerwerksmusik, Menuett u. Rejouissance
4. Ravel – Daphne u. Chloe
5. Salutation March (Dixie)

2

1. Liszt – Waldesrauschen
2. Dvorak – Slawischer Tanz Nr. 8 G-moll
3. Beethoven – Ouverture zu Fidelio
4. Pink Floyd – Shine on you crazy diamond
5. Lortzing – Zar und Zimmermann/Holzschuhtanz

3

1. Chopin – Militärpolonaise
2. Dvorak – Humoreske
3. Haydn – Allegro molto aus Tromp.-Konz. Nr. 2 C-dur
4. Passport – Big Bang
5. Schubert – Rosamunde, Ballettmusik Nr. 2

4

1. Mozart – Divertimento, T36 1. Satz
2. Bach – Fuge C-dur
3. Grieg – Peer Gynt, In der Halle des Bergkönigs
4. Pink Floyd – One of these days
5. Beethoven – Adagio cantabile, Pathetique 2. Satz

5

1. Schumann – Träumerei
2. Haydn – Symphonie mit d. Paukenschlag, Finale
3. Slawischer Tanz G-moll
4. Chopin – Revolutionsetude
5. Mozart – Kleine Nachtmusik, 1. Satz

6

1. Schumann – Der Dichter spricht
2. Mozart – Divertimento KV 136, 1
3. Sperger (Titel nicht bekannt)
4. Seibt – Entdeckung des Himmlischen
5. Chopin – Fantasie Cis-moll

7

1. Schumann – Album für die Jugend
2. Tschaikowsky – Souvernit de Floremce, 3. Satz
3. Michel – Trio nach Bach
4. Strauss – Also sprach Zarathrustra
5. Lortzing – Holzschutanz

8

1. Bach – Fuge G-dur
2. Helmesberger Ballszenen
3. Jacchini – Tratenimento 1.-4.
4. Passport – Big Bang
5. Sweetman – Down Home Rag

9

1. Schumann – Von fremden Ländern und Menschen
2. Tschaiowsky – Streichkonzert C-dur, Tempo di Valso
3. Haydn – Trompetenkonzert Es-dur
4. Strauß – Also sprach Zarathrustra, 1. Teil
5. Polonaise nach baltischem Volkslied

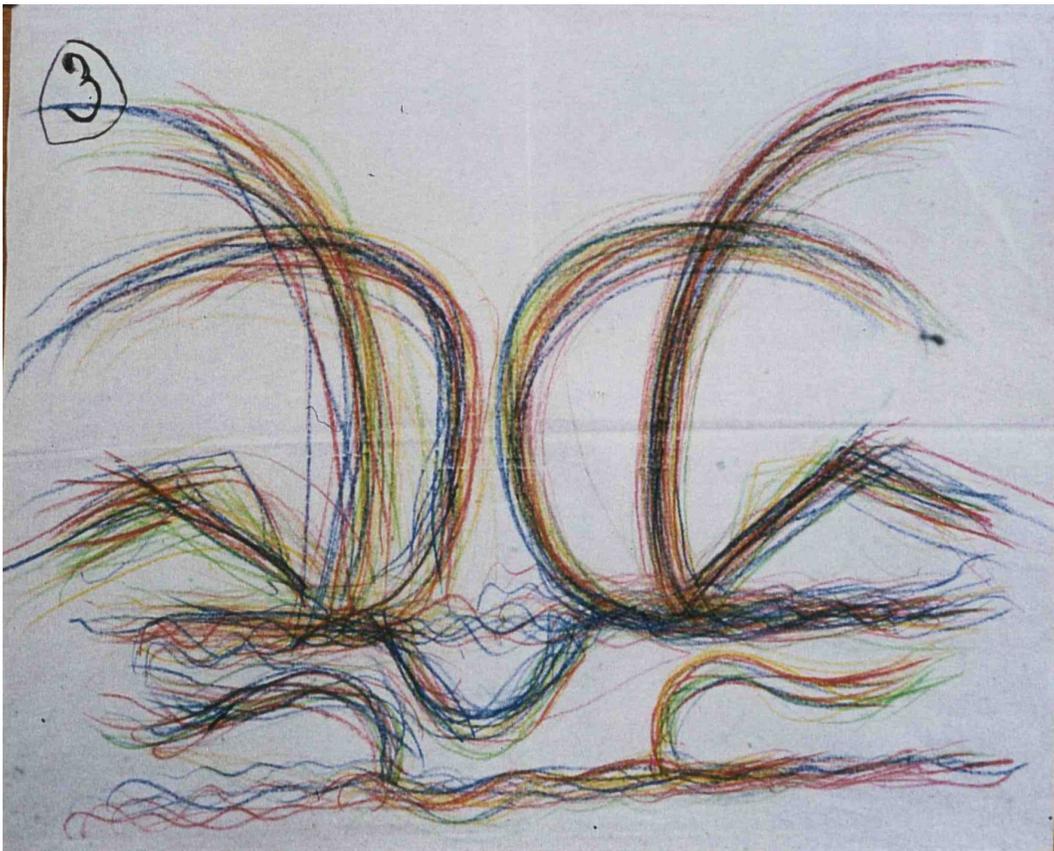
10

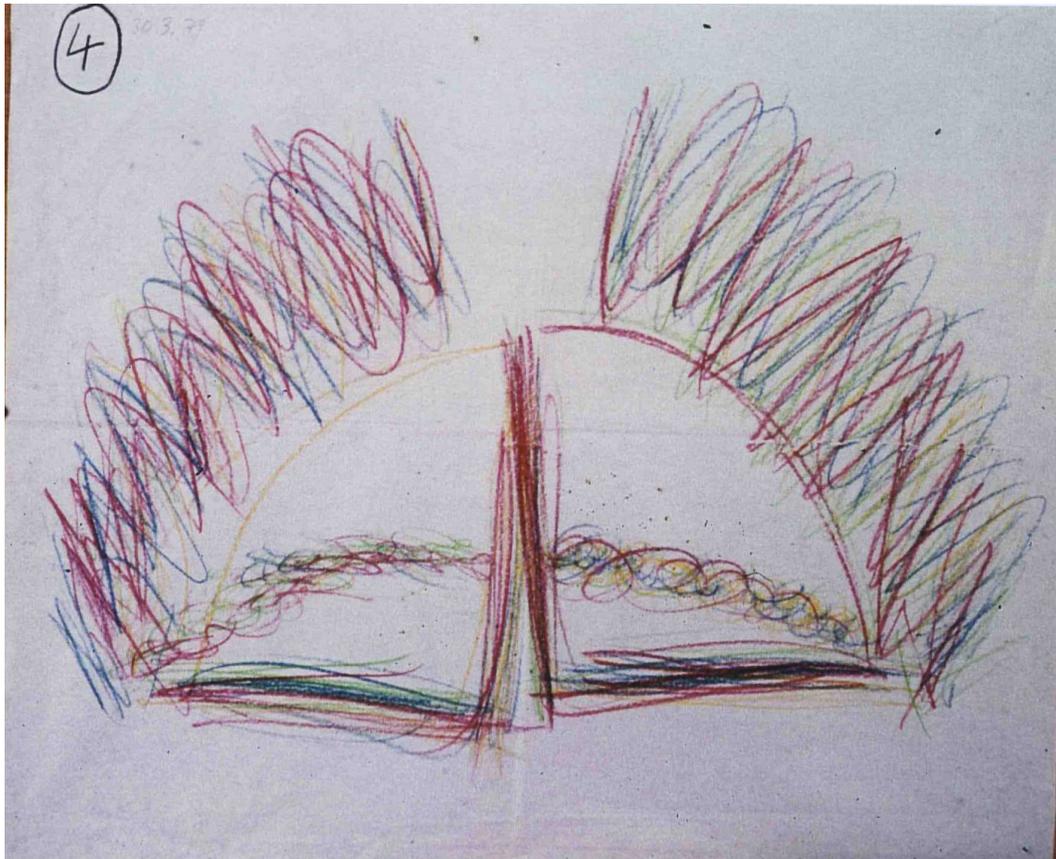
1. Bach – Präludium C-dur
2. Dvorak – Walzer C-dur
3. Haydn – Die Uhr, 4. Satz
4. Pink Floyd – One of these days
5. (Musik nicht bekannt)

11

1. Mozart – Türkischer Marsch
2. Grieg – Solveigs Lied
3. Haydn – Allegro molto, Tromp. und Orch.
4. Debussy – La mer, yieux de vageurs
5. Schubert – Balletmusik Nr. II

## 3.7. Bildbeispiele für beidhändiges Musikmalen





## 4. Diskussion

### 4.1. Zusammenfassender Überblick der Ergebnisse

Zusammenfassend sei zunächst festgestellt, dass die Erfahrungen mit dem vorgestellten Behandlungsverfahren günstig sind.

Die vorliegende Arbeit geht von den Fragen aus (vgl. Kapitel 1.8.1.),

a. welchen therapeutischen Stellenwert das Musikmalen in der psychotherapeutischen Behandlung Neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen (ICD-10: F4) einnehmen kann und

b. inwiefern die diagnostische Auswertung von in der Musik-Maltherapie entstandenen Bildfolgen die Psychotherapie bereichert ?

Die methodische Vorgehensweise zur Überprüfung des psychotherapeutischen Stellenwertes des Musikmalens orientiert sich an den Patientenbildern, die entsprechenden Entwicklungen in der Katamnese gegenübergestellt werden, um Entsprechungen von Musikmalergebnis bzw. Bildausdruck und katamnestic dokumentierter Befindlichkeitsbesserung im Therapieverlauf aufzuzeigen.

Die diagnostische Bildauswertung orientiert sich methodisch zum einen an Burkhardts (1986) Kriterien zur Bildauswertung und an den Kriterien zur phänomenologischen Bilderfassung (Stuhler-Bauer, A. & Elbing, U., 2003); zum anderen an den von Hörmann (1991, 1993) zur Beurteilung von musik- und tanzpsychologischem Verhalten modifizierten RES-Analyse-Kriterien; des weiteren an den zur Einordnung von persönlichkeitsstypischem Verhalten entwickelten Kriterien nach Millon (Millon, 1981; 1996; Millon & Everly, 1985) (vgl. Kapitel 2.).

Zu a.

Aus der Darstellung der Ergebnisse geht hervor, dass der Stellenwert der Musikmaltherapie - wie sie Rudolf Burkhardt als integrierten Bestandteil in der Behandlung Neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen (ICD-10: F4) einsetzte, bei entsprechender Motivation von Seiten der Patienten zusammenfassend hoch einzuschätzen ist, wie Burkhardts Therapieerfolge belegen.

Zu b.

Die diagnostische Bildauswertung der fünf Patienten ergänzt zwar deren Gesamteindruck im Therapieverlauf, kann jedoch durch ihren hohen Abstraktionsgrad und hohen Anteil an Subjektivität mit Hilfe der ausgewählten Kriterien nur insofern diagnostisches Gewicht erhalten, als sie kritisch in die Gesamtschau der Persönlichkeit eingefügt wird.

Interessant ist, dass tatsächlich charakteristische Bildveränderungen bei jedem Therapieerfolg feststellbar sind, die mit Hilfe der RES-Parameter erfasst werden können und somit anhand des sich entwickelnden charakteristischen Bildausdrucks der Therapieerfolg anschaulich und reliabel jedoch nicht valide dokumentiert wird.

Im folgenden seien die Ergebnisse im einzelnen zunächst weiter beschrieben bzw. den Hypothesen (vgl. Kapitel 1.8.2.) zusammenfassend gegenübergestellt und unter Einbezug der psychodynamischen Theorie und musikpsychologischer Aspekte beleuchtet sowie mit aktuellen Ergebnissen aus der Hirnforschung ergänzt, um abschliessend den Stellenwert des Musikmalens als adjuvante Methode in der psychotherapeutischen Behandlung zu diskutieren.

#### 4.2. Diskussion der Ergebnisse unter psychodynamischen und musikpsychologischen Aspekten

Zu a.

Aus den katamnestischen Angaben der Patienten, die das Angebot des Musikmalens wie dargestellt auf unterschiedliche Weise wahrgenommen und für sich genutzt haben (vgl. Kapitel 3.) lässt sich bezüglich der katamnestisch dokumentierten Befindlichkeitsbesserungen mit Symptomremission und anamnestischem Rückgang der Einnahme von Tranquillizern ein positiver Therapieeffekt der Musik-Maltherapie vermuten, insbesondere da Befindlichkeitsbesserungen häufig direkt nach der Musik-Maltherapiesitzung angegeben und entscheidende Therapiefortschritte bei der anschließenden Bildbesprechung dokumentiert werden.

Patient 1 konnte mit Hilfe des Musikmalens seinen individuellen Therapieziele „Selbstwertgefühl aufbauen, Selbstvertrauen und Vertrauen zu Mitmenschen wiedergewinnen“ nach eigenen Angaben verwirklichen, was sich z. B. im Kontaktverhalten zu den anderen Patienten äusserte, und hob die wohltuende Wirkung des Rhythmus beim improvisierenden Malen hervor. Auch Patient 2 berichtete, das Musikmalen „gut zum Aufbau von Selbstwertgefühl und zum Abreagieren von Aggressionen“ sowie zur „Förderung von Kreativität“ für sich anwenden zu können. Die psychosomatischen Beschwerden von Patient 4 besserten sich im Laufe der Therapie; er äusserte, gut „Spannungen abreagieren“ zu können und betonte, dass ihm das „Kommunikative“ beim Musikmalen wichtiger sei als das „Produktive“. Aus einigen Patientenpostkarten, datiert auf bis zu zwei Jahre nach Therapieende, geht hervor, dass der Therapieerfolg scheinbar über eine längere Zeit stabil war.

Von den Patienten wurde weiterhin die Möglichkeit betont, das momentane Erleben in Form des eigenen Bildes jederzeit wieder „in sich hineinrufen“ (Pat. 1) bzw. aktivieren zu können und zu reflektieren, um sich dadurch wieder neu, selbst zu motivieren. „Es ist als erfolge beim Musikmalen ein Brückenschlag zwischen dem Inneren des Menschen und der Aussenwelt... Die besondere psychotherapeutische Bedeutung

dieses „Brückenschlages“ liegt darin, dass er über das Bild unbegrenzt weiter besteht und benutzt werden kann, wenn die Musik schon längst verklungen ist. Man kann die „Brücke“, über die die Seele ihre Botschaft nach aussen gebracht hat, wieder betreten und sich darum bemühen, die seelische Botschaft deutlicher zu verstehen und sich bewusst zu machen.“ (Kapteina, 1993)

Nicht zu vergessen sei die u. U. einzige therapeutische Möglichkeit, über das Musikhören bzw. -malen, insbesondere bei sehr verschlossenen, sich verbal nicht artikulierenden psychiatrischen Patienten, einen Kommunikationsprozess zu initiieren. Der Bildausdruck erlaubt Dinge mitzuteilen, die verbal so nicht ausgedrückt werden können.

vgl. Hyp. 1) „In der Musik-Maltherapie kann der Patient die Möglichkeit nutzen, für ihn wichtige Themen und Inhalte in einem Bild nonverbal seinen Mitmenschen mitzuteilen, insbesondere dann, wenn er sehr verschlossen ist und sich verbal nicht ausreichend mitteilen kann.“

vgl. Hyp. 2) „Angestaute Affekte können beim Musikmalen im Sinne der Psychodynamik ausgleichend abreagiert werden.

Wie bereits erwähnt bietet deren Umsetzung in graphische Darstellungen darüber hinaus eine differenzierte sichtbare Ausdrucksmöglichkeit, die durch die gleichzeitig stattfindende visuelle Wahrnehmung direkt, aber auch später noch rückwirkend reflektiert werden und als psychologischer Verstärker dienen kann, so dass im Sinne der psychodynamischen Theorie, die psychische Erscheinungen aus den Aktionen der einzelnen Instanzen des psychischen Apparates gegeneinander erklärt von einer geeigneten Methode gesprochen werden kann, durch modulierende Einwirkung auf diese Instanzen, Affektstau zu beseitigen.

vgl. Hyp. 3) „Verdrängte seelische Traumata können sich in grafischen Darstellungen Ausdruck verschaffen, wodurch der Patient mit seinen intrapsychischen Konflikten konfrontiert werden kann, die in anschließenden

tiefenpsychologisch orientierten psychotherapeutischen Gesprächen bearbeitet werden können.“

Es sei angemerkt, dass die Bearbeitung von Konflikten mit Hilfe der Musik-Maltherapie nicht obligat zur Zielsetzung der Methode zählt. Je nach Situation bzw. konzeptueller Arbeitsweise stellt dieser, insbesondere aus der psychoanalytischen Theorie entspringende Ansatz jedoch eine mögliche Bereicherung dar (vgl. Kapitel 1.7.2.).

Erhält der Patient die Möglichkeit sich durch Anregung von Musikstücken reflektiv auf sich selbst auszurichten, um dadurch ein Bewusstsein seines Selbst in Ausrichtung auf die eigene Biographie, Objektwelt (Intentionalität) und Zukunft zu erlangen, registriert er beim Blick in seinen seelischen Binnenraum, dass er auch von unbewussten Empfindungen, Bedürfnissen und Phantasien geleitet wird, die weniger einer rationalen als einer symbolischen Logik folgen, wie eben beim künstlerisch-kreativen Schaffen oder z. B. im Traum. „Das Subjekt (re)produziert die Welt in Form von Symbolen (Phantasiebilder, Gedanken, Begriffe, Worte, Sprache, Zeichen)“ (Rudolf, 2000).

Das beim Musikmalen entstandene Bild als Ergebnis des momentanen Musikerlebens ergänzt die psychotherapeutische Behandlung nicht nur um die für die geistige Entwicklung unverzichtbare emotionale Erfahrung, es bewirkt auch einen ordnenden Effekt auf die dynamischen Beziehungen der einzelnen Persönlichkeitsanteile untereinander (vgl. Sacks, 1986).

vgl. Hyp. 4) „Die sorgfältig ausgewählten Musikstücke selbst können im Sinne rezeptiver Musiktherapie eine psychohygienische (kathartische) Wirkung entfalten, indem sie durch tiefenpsychologische Wirkung vor allem die emotionale Sphäre der Persönlichkeit im Sinne einer erlebnisbedingten psychophysischen Harmonisierung beeinflussen.“

Hier werden die Wirkungen rezeptiver Musiktherapie angesprochen, die in physiologische (Antriebs- und Entspannungsförderung) und psychologische Wirkungen

(emotional-affektive, assoziative und imaginative, tiefenpsychologische, sozial-kommunikative und sinn-fördernde Wirkungen) unterschieden werden können (ref. in: Burkhardt, 1982, vgl. Kapitel 1.4.).

„Musik als Erleben betrifft die Gesamtpersönlichkeit. Indem wir Musik bewusst in uns eindringen lassen müssen wir sie verarbeiten, sie wirkt in uns und verändert uns. Sie richtet sich in erster Linie an unsere Thymopsyche, d. h. an Gemüt und Affekt. In diesem Zusammenhang bewirkt Musikrezeption Veränderung unseres Gestimmtseins: Musik kann uns traurig stimmen oder froh, aufheiternd beeinflussen, ärgerlich, wütend und aggressiv machen oder zu einem Stimmungsausgleich verhelfen. Dabei spielen Spannung und Entspannung, Erregung und Beruhigung, die durch die Musik vermittelt werden, eine entscheidende Rolle. Insgesamt findet im Erleben der Musik eine Bewusstseinsweiterung statt, die auch semantische Beziehungen und Konnotationen einschliesst. Dieses individuelle Erleben lässt sich nur wenig mit standardisierten Tests einfangen und auswerten (Polaritäts- und Affinitätenprofile).“ (ref. in: Burkhardt, 1986)

Durch kognitive wie emotionale Wirkungen bringt Musik „Ratio und Emotio ... Kopf und Gefühl wieder zusammen“ (Pat. 4), was eben gerade bei psychosomatischen Beschwerden von Wichtigkeit zu sein scheint. Innere (Selbstheilungs-)Kräfte werden mobilisiert, indem die Patienten ihre eigene Qualität im Musikhören und -malen wieder aufdecken.

Ekman (2004) schreibt: „Das Streben nach Vergnügen ist eine der primären Triebfedern unseres Lebens“. Voraussetzung dafür sei das Erlernen der Achtsamkeit. Die Kognitionspsychologie empfiehlt hierzu die Analyse der Reaktion auf ein Ereignis durch die dreiteilige Reihenfolge automatischer Gedanke, Empfindung und ihre Erklärung (T. Aron Beck, 1995). Martin Seligman (1993, S. 290-313) stellt in seiner Anleitung für Kinder, dem Pessimismus zu entgehen, die auch für Erwachsene unter Aspekten nachträglichen Lernens in Frage kommt, die ABCDE-Liste erfolgreichen und mit Wohlgefühl verbundenen Denkens vor, die zusätzlich Wert legt auf die bewusste Benennung des Energieschubs als Effekt aus einer solchen Reflexion wie sie z.B. auch beim Musikmalen in Form des Bildes und seiner anschliessenden Besprechung

enthalten ist. Die Buchstabenfolge spiegelt den kognitionspsychologischen Ablauf wieder: adversity (Unfall, unangenehmes Ereignis), belief (Überzeugung), consequence (Folge), discussion (Disput) und energy (Energieschub) (vgl. Lazarus, 1999).

vgl. Hyp. 5) Körperliche Funktionen können über das vegetative Nervensystem durch trophotrope Musik sowie der begleitenden Malbewegung positiv beeinflusst werden. (Puls- und Atemfrequenz, Blutdruck, Hautwiderstand, Psychomotorik, EEG). Durch Stimulation des Vagotonus können funktionelle Dysregulationen positiv beeinflusst sowie eine Erholungsregression gefördert werden.

Die Puls- und Atemfrequenz kann sich steigern (Puls- und Atemdriving) oder herabgesetzt werden, der Blutdruck kann ansteigen oder abfallen, ein Schweißausbruch oder psychomotorische Unruhe können entstehen, EEG – Veränderungen (Desynchronisation von Theta-Rhythmen zu Alpha- oder Beta-Rhythmen (vgl. Aldridge, 1996)), Immunreaktionen, Kortisolanstieg im Blut usw. lassen sich feststellen. (vgl. Destunis u. Seebandt, Stokvis (1958), Harrer (1975), Aldridge (1996), Jourdain (1998), Spitzer 2002, u. a.). Insbesondere die vertiefende und synchronisierende Wirkung auf die zentrale Funktion des Atmens, bietet eine Erklärung für die vielfältigen, teils starken Wirkungen des Musikhörens, man denke nur an die sich in Sekunden vollziehende Reaktion der sich kontrahierenden Haarmuskeln der Haut bei dem Genuss eines ergreifenden Musikstückes. (vgl. Kapitel 1.4.).

Abschliessend lässt Burkhardts methodischer Ansatz jedoch auch Spielraum der Erweiterung und Modifikation offen: Beispielsweise kann der Austausch der Farbkreiden gegen andere Materialien es durchaus wert sein, ausprobiert zu werden, (s. Musikalische Grafik, Kapitel 1.6.2.), z. B. durch Öl- oder Aquarellfarben bzw. Bleistifte unterschiedlicher Stärke, wodurch evtl. gezielter auf die individuelle Persönlichkeit des Patienten im Sinne des Isoprinzips (vgl. Benenzon, 1983) eingegangen werden kann bzw. andersartige malerische Ergebnisse in der Erlebnisvertiefung (vgl. Hörmann, 2004) zu erwarten sind.

Darüberhinaus muss festgestellt werden, dass die von den Patienten angegebenen Befindlichkeitsbesserungen - häufig unmittelbar nach dem Musikmalen - zwar als Hinweis für die erfolgreiche Behandlung neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen mit Hilfe der Musik-Maltherapie interpretiert werden, da das Musikmalen jedoch bei allen Patienten in ein multiples Behandlungskonzept integriert war, das medikamentöse, musik- und psychotherapeutische Massnahmen individuell miteinander verbindet, ist ein direkter Zusammenhang der Besserung der Störungen mit dem Musikmalen nicht abzuleiten. Hierzu wäre eine breiter angelegte Folgestudie, die systematische Störvariablen wie Auswahlkriterien, Therapeutenvariablen, Setting, soziographische Variablen und systematische Symptomvariablen sowie Spontanremission, z. B. durch Kontrollgruppenverfahren, Parallelgruppenverfahren und Doppelblindstudie berücksichtigt bzw. ausschliesst, trotz ihrer sicherlich nicht einfachen Konzeption und Durchführung notwendig und wünschenswert.

Zu b.

Der anhand der ausgewählten Kriterien sich entwickelnde Ausdruck der beim Musikmalen entstandenen Bilder korreliert mit dem individuellen Gesundungsprozess der jeweiligen Patienten, was eine anschauliche und beeindruckende Dokumentation des Therapieerfolges anhand der Bilder mit sich bringt.

vgl. Hyp. 6) In der zeitlichen Abfolge von in der Musik-Maltherapie entstandenen Bildfolgen kann eine charakteristische Entwicklung des Bildausdrucks bzw. einzelner grafischer Kriterien den Behandlungserfolg dokumentieren.

Anhand der ausgewählten Kriterien (vgl. Kapitel 2.4.) konnten jeweils charakteristische Entwicklungen des Gesundungsprozesses parallel zum Bildausdruck aufgezeigt werden (vgl. Kapitel 3.), die nicht nur dem Patienten damit veranschaulicht werden, sondern ebenfalls Angehörigen des Patienten sowie Kollegen im interdisziplinären Team demonstriert werden können.

Anhand der phänomenologisch orientierten Kriterien zur Bildauswertung nach Burkhardt (1986), lässt sich bezogen auf den gesamten Therapieverlauf eine zunehmende Ausnutzung des Malgrundes, Wiederholungen und gestalterische Ausarbeitungen bestimmter wiederkehrender individuell charakteristischer Formelemente und Bewegungslinien, eine zunehmende Stärke bzw. Dynamik der Strichführung, eine zunehmend ausprobierende, buntere Farbwahl bzw. Wiederholung und Betonung bestimmter individuell bedeutsamer Farben, ein Zuwachs an Tempo und Dynamik, d.h. Beschleunigung sowie auch intendierte Verlangsamung in der individuell unterschiedlichen Reagibilität auf die Musikstücke in den Bildern feststellen; bezüglich der Arbeitshaltung eine zunehmende Motivierung und Entwicklung von Freude am Musikmalen. Hierbei zeigen sich Parallelen zu den Kriterien Niemeyers (1990, 71): „Es kommt schliesslich bei allen Musikmalversuchen darauf an, dass der Musikmaler 1.) den Raum mutiger erobert, 2.) kantige Bewegungen abbaut, 3.) durchgehende Strich- und Linienführung erreicht und 4.), dass insgesamt mehr „Harmonie“ im „Gesamtwerk“ verwirklicht wird. Kommt es hierzu (wie auch zu lockerer erscheinenden fein- und grobmotorischen Bewegungen), dann zeitigt Musikmalen Erfolge, dann ist es für den einzelnen hilfreich“.

Mit Hilfe der systematisch beschreibenden Vorgehensweise der phänomenologischen Bilderfassung (Stuhler-Bauer, A. & Elbing, U., 2003) können die Ergebnisse der Bildauswertung nach Burkhardt (1986) bezüglich der Kriterien Farben, Form, Linien, Bewegung und Raum bestätigt sowie um die weiteren Kriterien Spontaneindruck, Komposition und Inhalte/Bedeutungen der phänomenologischen Bilderfassung ergänzt werden. Bei letzterem Kriterium zeigen sich vor allem Inhalte aus der Natur und geometrischer sowie teilweise organischer Art und vereinzelt Ausgestaltungen symbolhafter Strukturen, die einer kunsttherapeutischen Bearbeitung zugänglich sein können (vgl. Kapitel 2.3.8.). Das Kriterium Spontaneindruck erinnert an Diagramm 1a des RES-Bewegungsanalysesystems, das vor allem den zunehmend freieren und entspannteren, auskostenderen Eindruck zur inneren Haltung bzw. zum Temperament des Bildes erfasst. Die jeweils individuelle Art der Komposition der graphischen Elemente gewinnt an Präzision und Stabilität im Therapieverlauf.

vgl. Hyp. 7) Eine Bildauswertung anhand des RES-Bewegungsanalysesystems liefert differenzierte Informationen über Bedürfnisse, Antriebe und Gefühle des Patienten auf der einen Seite (System I) sowie ihre Strukturen und Objektbezüge auf der anderen Seite (System II). Durch die Analyse von Bildfolgen lässt sich eine Besserung bestimmter Parameter ablesen, anhand derer Rückschlüsse für den Therapieerfolg gezogen werden können.

Dass sich mit Hilfe des RES-Systems insbesondere aussagekräftige subjektive Eindrücke (System I) im Bild beschreiben lassen, konnte aufgezeigt werden. Der Eindruck zur inneren Haltung (Dg. 1a) verschiebt sich im Therapieverlauf bei allen Bildern deutlich vom kontrolliert, gespannt, kämpferischen zum freien, entspannten, auskostenden Pol hin, was den Therapieerfolg bestätigt. Mit Hilfe der Subtraktion der „preefforts“ (Dg. 3) von den „efforts“ (Dg. 4) lässt sich ein sog. RES-Besserungsgrad definieren, der bei allen fünf Patienten eine Zunahme im therapeutischen Verlauf aufweist (vgl. Kapitel 3.3., Abb. 3.1), d. h.: preefforts (Dg. 3) verschwinden im Therapieverlauf zugunsten von efforts (Dg. 4). Der RES-Besserungsgrad erscheint somit als reliabler aber durch zu hohen Grad an Subjektivität und Komplexität der hier verwendeten Auswertungskriterien nicht valider Indikator für den Therapieerfolg (s. Kapitel 3.3., Abb. 3.1).

Trotzdem die Ergebnisse der Diagramme 3 und 4 des RES-Bewegungsanalysesystems wie bereits erwähnt subjektive Eindrücke des Bildbetrachters darstellen, sollen zur Veranschaulichung der Aussagekraft des RES-Besserungsgrades in folgender Tabelle die katamnestischen Angaben zur Patientenbefindlichkeit gegenübergestellt werden, wobei insbesondere das abschliessende Gespräch der psychotherapeutischen Behandlung zu Grunde gelegt wurde.

Abb. 4.1: Gegenüberstellung von RES-Besserungsgrad und subjektiver Besserung der Patientenbefindlichkeit (schlechter, unverändert, etwas besser, viel besser) in der Katamnese bezogen auf das Abschlussgespräch

	Sitzungs- zeitraum (Wochen)	RES- Besserungsgr ad (-180 bis 180)	Subjektive Besserung der Patientenbefin d-lichkeit	Ambulant (a) / Stationär (s)
1	13	50	viel besser	s
2	7	19	viel besser	s
3	15	-1	etwas besser	s
4	29	-20	etwas besser	s
5	20	9	viel besser	s

Die vorherrschenden RES-Spannungsflussrhythmen (Dg. 1b) je Sitzung und Patient sind zur besseren Übersicht in folgender Tabelle zusammengestellt und machen unter Berücksichtigung der anderen Kriterien sowie des Gesamteindrucks der Persönlichkeit auf die jeweils individuelle rhythmische Reaktionsweise des Patienten aufmerksam. Auffällig erscheint der Wechsel des ondulierenden (o) Spannungsflussrhythmus zum flach ondulierenden (f) von Sitzung zu Sitzung bei vier von fünf Patienten, was einen Hinweis für eine zunehmend entspannte, ausgeglichene Reaktionsweise darstellen kann.

Abb. 4.2: Vorherrschende Spannungsflussrhythmen (Diagramm 1b des RES-Bewegungsanalyse-systems) je Sitzung und Patient

Patient/Sitzung	I	II	III	IV	V
Pat.1	o	o+f	u	u+o	f
Pat.2	o	f	f	f	f
Pat.3	f	f+fs	f		
Pat.4	o	o	f	f	
Pat.5	u	fs	o	fs	

Burkhardts psychodiagnostische Theorie der Emotionserkennung in zu Musik gemalten Bildern sei kurz mit den Erfahrungen des Psychologen Paul Ekman (2004), der in seinem Buch „Gefühle lesen“ erläutert, wie sich Emotionen in der Mimik äussern, verglichen, insbesondere da Ekmans Kriterien erstaunliche Analogien zu den RES-Analyse-Kriterien aufweisen. „Spontaneität, Stärke und Dauer sowie die Zeitspanne,

die es braucht, bis die Emotion abklingt und wieder Normalniveau erreicht“ (Ekman, 2004, S. 295) erinnert an die RES-Analyse-Kriterien Kraft, Zeit und Raum einschliesslich ihrer dualen Polarität zwischen „frei“ und „kontrolliert“ (Hörmann, 1991, 1993). Die weitere Einteilung Ekman's subtil ausgeprägter Gesichtsausdrücke in „schwach ausgeprägter Ausdruck, partieller Ausdruck und Mikroausdruck“ (Ekman, 2004, S.323), wobei er mehrere Gründe für ihr Auftreten anführt (nur schwach empfundene oder unterdrückte Gefühle oder missglückte Versuche ein Gefühl zu verschleiern oder unbewusster Ausdruck eines Gefühls) lässt Parallelen zu den verschiedenen Graden der Antriebsvorläufer (preefforts, Dg. 3) des RES-Systems erkennen.

Die individuelle Reagibilität jedes einzelnen Patienten wird ebenfalls beim Vergleich der sich unterschiedlich entwickelnden Millon-Kriterien (1996) deutlich. Eine Zunahme der Pole Wohlbefinden, Emotionalität und Aktivität sowie eine Abnahme des Poles Schmerz ist insbesondere bei den Bildern von Patient 1 und 2 erkennbar. Die übrigen Kriterien weisen weniger charakteristische Entwicklungen auf, wie auch die gesamten Millon-Profile von Patient 3 bis 5 (vgl. Abb. 3.2). Diese Ergebnisse bestätigen die Erwartung der Überlegenheit des differenzierteren RES-Bewegungsanalyzesystems gegenüber dem Persönlichkeitsprofil nach Millon bezüglich der Bildanalyse. Die Einseitigkeit und die verhältnismässig geringe Bandbreite der offiziellen Persönlichkeitssystematiken zeigt sich ebenfalls bei der Anwendung der Millon-Kriterien nicht nur auf Bilder, sondern z. B. auch auf Musik. „Die defizitorientierten Definitionen von Persönlichkeitsstilen und -störungen erfassen nur einen Bruchteil möglicher Denk-, Empfindungs- und Äusserungsformen, wie sich unschwer anhand von Musikanalysen offenbart“ (Hörmann, 2003, 239).

„Dass im übrigen der bildnerische Ausdruck, selbst wenn es sich nur um Grafiken ohne Farbe handelt, der Sprache als Beschreibung des Ausdrucks und der Wirkung von Musikstücken hochsignifikant überlegen ist, ist empirisch nachgewiesen und bestätigt somit das chinesische Sprichwort: „Ein Bild sagt mehr als tausend Worte““ (ebd., 1981).

Gertrud Schottenloher (1983) betrachtet die im Bild ausgedrückten Botschaften der Klienten als „hochexplosives Material“, mit dem sehr vorsichtig umgegangen werden muss und auch Burkhardt (1986, 163) betont: „Je zurückhaltender der Therapeut sich verhält, um so tiefer kann meist der Klient zur Introspektion angeregt werden, und in der Selbstreflexion kann sich ihm fortschreitend ein unbewusster Konflikt oder eine Grundhaltung immer eindeutiger erschliessen“ und „die Ergebnisse dürfen bei kritischer Abwägung nur als integrierende Aspekte in die Gesamtschau der Persönlichkeit eingefügt werden“ (Burkhardt, 1986, 158).

Prinzhorn schreibt: „Jede nur denkbare Absurdität sogar kann in der Gesamtrechnung eines gestalteten Werkes restlos aufgehen, und nur darauf kommt es an. Wichtiger als die Anerkennung verdächtiger Merkmale ist uns daher der Nachweis, der keineswegs pathognomisch deutbaren und derer, die Träger positiver Gestaltungswerte sind.“ (Prinzhorn, 1983, 295 f). Wichtiger als die Arbeit des Klienten psychodiagnostisch zu bewerten oder zu interpretieren ist es, ihn zur Auseinandersetzung mit seinem Werk anzuregen, ihn bei seinen eigenen Einfällen zu begleiten und ihm beim Entdecken neuer Aspekte seines Verhaltens zu helfen (vgl. Janssen u. Hekele 1986, 159).

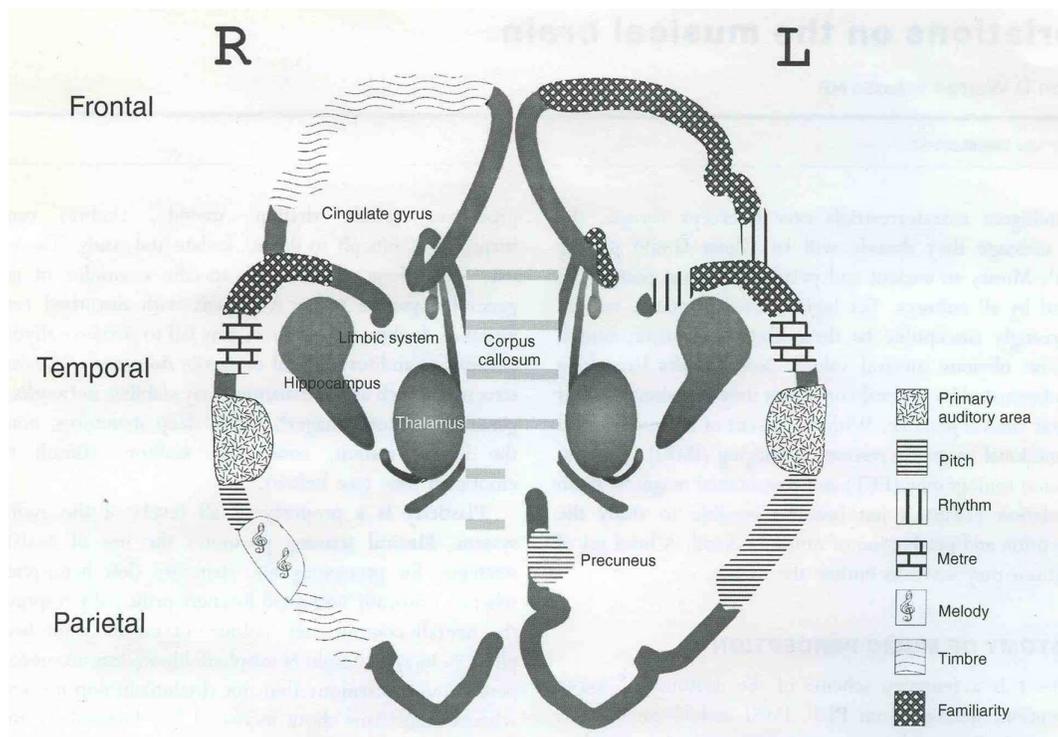
Trotzdem scheint es durchaus wertvoll zu sein, die individuellen charakteristischen Merkmale von Musikmalern in grösserer Anzahl und systematisch angelegten Auswertungsstudien unter kunst- sowie persönlichkeitspezifischen Kriterien eingehender zu untersuchen und miteinander zu vergleichen, nicht zuletzt um Gemeinsamkeiten herauszukristallisieren (vgl. „Typen“, Kapitel 2.4.4.).

#### 4.3. Aktuelle Ergebnisse aus Hirnforschung und Neuropsychologie zur menschlichen Informationsverarbeitung im Hinblick auf psychosomatische und emotionale Prozesse

Das neuroendokrine System und das Immunsystem befinden sich in ständiger Kommunikation miteinander (Tee, 1987). Unsere Körper stehen in einem andauernden kommunikativen Prozess, der ausserhalb der bewussten Wahrnehmung stattfindet.

Nach Rossi (1987, 52) können wir uns „einen ziemlich vollständigen Informationsübertragungskanal vorstellen zwischen dem Verstand, als im limbisch-hypothalamischen Systemfilter empirisch kodiert, und den autonomen endokrinen, Immun- und Neuropeptidsystemen, die ihre Botenmoleküle an Organe, Gewebe und auf zellulärer, genetischer und schliesslich sogar molekularer Ebene vermitteln“.

Abb. 4.3.: Gehirnstrukturen, die bei der Wahrnehmung musikalischer Komponenten involviert sind (aus: Warren, 1999)



Englischer Originaltext der Abbildung:

„Schematic axial slice of the human cerebral hemispheres, showing structures involved in music perception. Key areas involved in processing each component of the musical stimulus are coded at the right of the figure. These areas form interdependent neural networks, rather than ‚centres‘ where particular functions are localized“ (Warren, 1999).

Primary auditory area = primäres Projektionsareal im Cortex; pitch = Tonhöhe; rhythm = Rhythmus; metre = Metrum (Tempo); melody = Melodie; Timbre = Klangfarbe; Familiarity = Vertrautheit (Bekanntheit)

Die angezeigten Strukturen bzw. Felder sind eher im Sinne interdependenter neuronaler Netzwerke zu verstehen als im Sinne von ‚Zentren‘, in denen bestimmte Funktionen lokalisiert sind.

Der Hirnforscher und Musiker Gerhard Roth (2003) betont die Effektivität nonverbaler, emotionaler Auseinandersetzungen und kommentiert: „alle Überzeugungen, die verhaltensrelevant sein sollen, müssen emotional sein, reine Verstandesfunktionen bewirken nichts“ (in: „FOCUS“ 24/2004, S. 144).

In diesem Zusammenhang seien einige Sätze Roths (2001) zitiert:

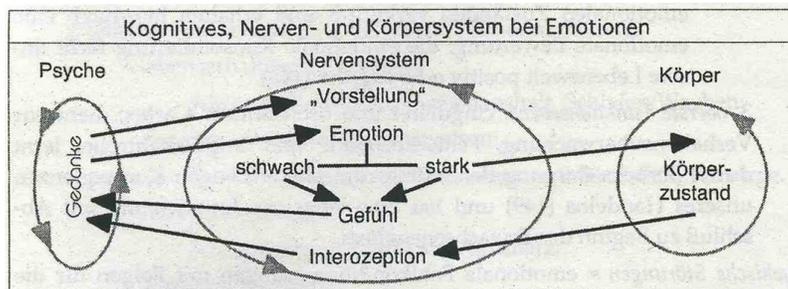
„... müssen Gefühle in Form von Motiven uns bewusst werden“ (446), „... wie und wo eine Psychotherapie alternativ ansetzen müsste, muss in den kommenden Jahren intensiv diskutiert werden“ (454), und „Menschen können aus eigenen Kräften ihre Persönlichkeitsstruktur nicht ändern, aber sie können aus eigenen Kräften dafür sorgen, dass ihre Persönlichkeit sich möglichst gut mit den sozialen Gegebenheiten verträgt“ (456).

Der Neurologe Antonio R. Damasio (2003, 46) hebt Musikmachen als Beispiel zur Beeinflussung eigener autonomer Reaktionen und stereotyper Muster ebenfalls ausdrücklich hervor. Zur Genese psychosomatischer Störungen erläutert er:

„In vielen Fällen fertigen die somatosensorischen Regionen eine genaue Abbildung dessen an, was im Körper vor sich geht, doch in einigen Fällen geschieht das nicht – entweder weil die Aktivität in den Kartierungsregionen oder die eintreffenden Signale in irgendeiner Weise modifiziert wurden“ (134). „Die so genannte hysterische oder Konversionsreaktion, bei denen Patienten ausserstande sind, Teile ihres Körpers zu fühlen oder zu bewegen, könnte sehr gut eine Folge vorübergehender, aber radikaler Veränderungen der aktuellen Körperkartierungen sein. Mehrere „somatoforme“ psychiatrische Störungen lassen sich auf diese Weise erklären“ (138). „Was wir fühlen, beruht also auf dieser ‚falschen‘ Konstruktion, nicht auf dem ‚realen‘ Körperzustand“ (139).

Thomas M. Scherer (2000, 83) räumt wie Gerhard Roth (2004, 144) ein, dass das Modell von Damasio bei stärkeren Emotionen, wie sie für die Musiktherapie von Bedeutung sind, seine Berechtigung habe und verbindet es mit systemtheoretischen Theorien. In der folgenden Grafik (Scherer, 2000, 82) nimmt das Nervensystem den zentralen Stellenwert zwischen Psyche und Körper ein; Scherer kommentiert seine „vereinfachte systemtheoretisch kompatible Darstellung der Zusammenhänge beim Denken unter Berücksichtigung emotionaler Prozesse“ so: „Schwache emotionale Prozesse werden nur direkt wahrgenommen. Bei starken emotionalen Prozessen kommt eine Wahrnehmungsebene über Interozeption hinzu.“ (vgl. Hörmann, 2004)

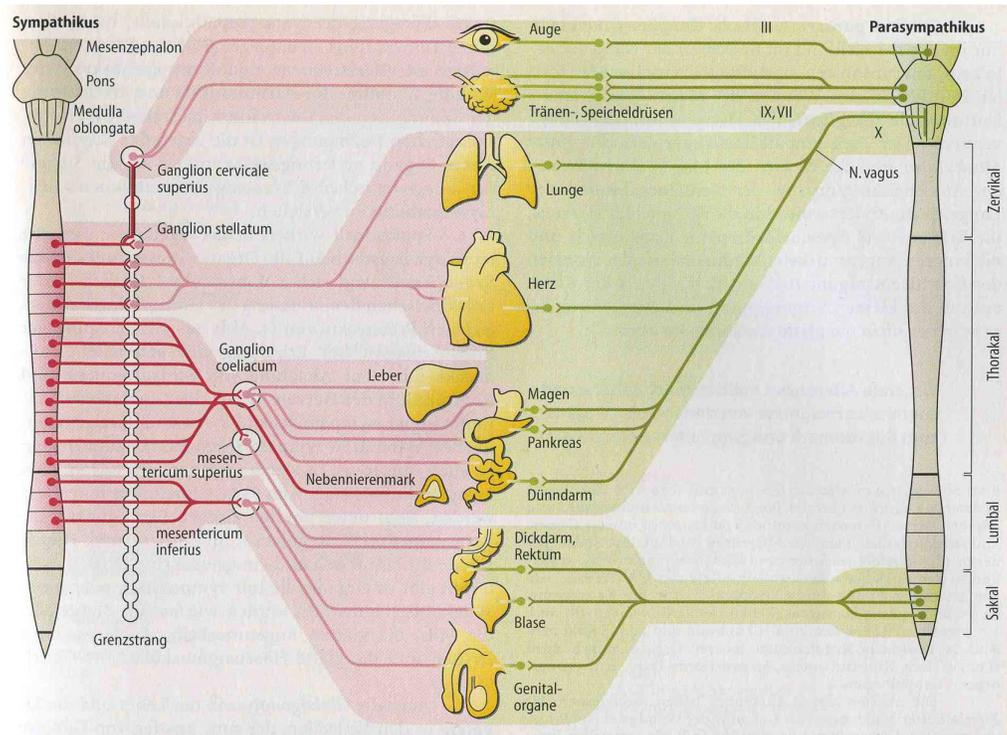
Abb. 4.4: Scherers (2000, 82) systemtheoretisch kompatible Darstellung der Zusammenhänge beim Denken unter Berücksichtigung emotionaler Prozesse



„Angesichts der Dominanz des Nervensystems im Wechselverhältnis zwischen Gedanke und Körperzustand zeigt sich damit die ausserordentliche Aktualität des RES-Diagnosesystems, das ... zwischen den Graden von Spannung und ihren meßbaren Formen unterscheidet und in Bezug auf den Menschen beim autonomen Nervensystem mit seinen ergo- und trophotropen Ausrichtungen ... ansetzt“ (Hörmann, 2004, 113).

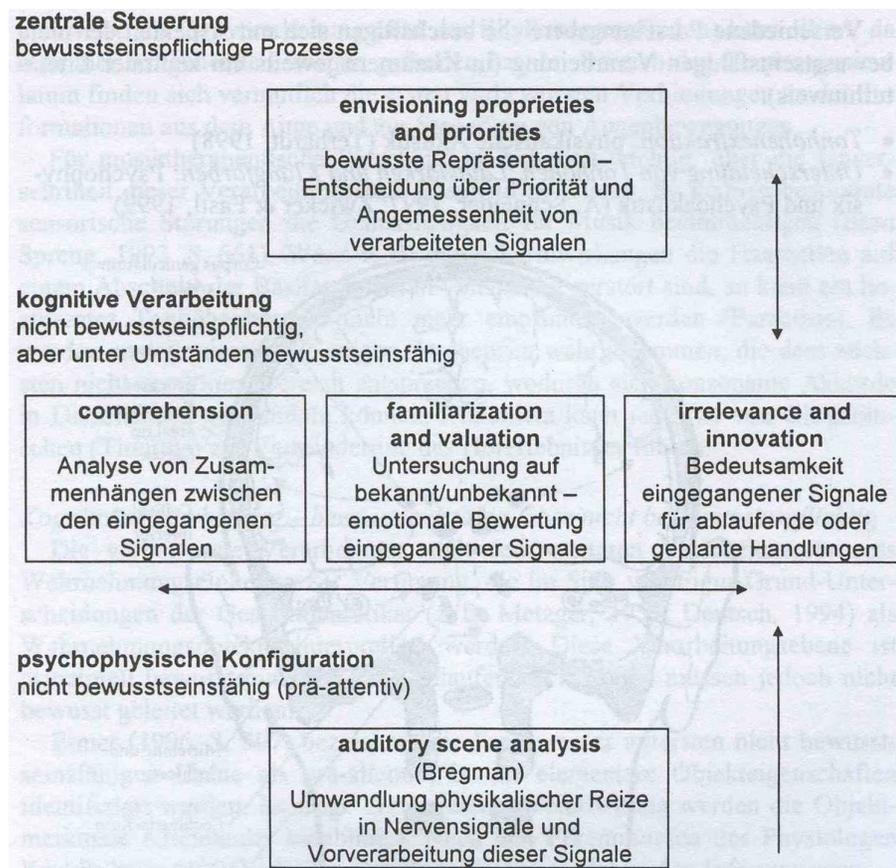
Abb. 4.5: Aufbau des peripheren vegetativen Nervensystems.

*Durchgezogene Linien:* präganglionäre Axone. *Am Ende gepunktete Linien:* postganglionäre Axone. Die sympathische Innervation von Gefäßen, Schweißdrüsen und der *Mm. arrectores pilorum* ist nicht aufgeführt. (aus: Schmidt, R. F., Thews, G. (1993, 341). *Physiologie des Menschen*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer)



Ergänzend sei das Modell nach Pribram (1991), in dem drei Ebenen der menschlichen Informationsverarbeitung unterschieden werden hier etwas näher betrachtet. Die Verarbeitungsebenen unterscheiden sich insbesondere nach dem Ausmass der Bewusstheit und werden eingeteilt in zentrale Steuerung - eine Ebene, die Bewusstsein erfordert, kognitive Verarbeitung - eine bewusste Ebene, die nicht bewusstseinspflichtig ist und psychophysische Konfiguration - eine unbewusste Ebene, die man sich auch nicht bewusst machen kann (vgl. Bruhn, 2000, 136).

Abb. 4.6: Die drei Ebenen der menschlichen Informationsverarbeitung - jede Ebene ist davon gekennzeichnet, dass mehrere Verarbeitungsprozesse gleichzeitig zueinander ablaufen (nach Pribram, 1991; s. dazu Bruhn, 1995, 1998 b; aus: Bruhn, 2000, 137)



Bedenkt man somit die hohe Relevanz nonverbaler Methoden in Psychotherapie und Neuropsychologie erweist sich Burkhardts emotions- und wahrnehmungszentrierter ganzheitlicher Ansatz der Musik-Maltherapie als psychotherapeutisches Hilfsmittel (vgl. Kapitel 1.7.) als sehr fortschrittlich, zumal er diese Methode bereits vor über 20 Jahren für die Psychosomatik modifizierte und mit Erfolg praktizierte.

#### 4.4. Der Stellenwert des Musikmalens in der Medizin

Insbesondere scheinen neben den Fachbereichen Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatik (Psychotherapeutische Medizin) die Neurologie, Innere Medizin, Geriatrie und Rehabilitation von der Musik-Maltherapie profitieren zu können. Bedenkt man die psychosomatische Komponente bei jeder Krankheit, sowie auch die häufig vorhandene Zeit vor allem stationärer Patienten, so kann durchaus von einer universellen Einsetzbarkeit der Methode gesprochen werden.

Das Musikmalen nach Burkhardt setzt allerdings wie erwähnt voraus, dass sich die Teilnehmer auf die Musik mit der Zeit einlassen und ein mehr oder weniger grosses Interesse der Selbstreflektion bzw. Introspektionsfähigkeit mit in die Therapie bringen, wie sich allgemein bei psychotherapeutischen Behandlungen als wichtig für den Therapieerfolg herausgestellt hat. Trotzdem besteht, insbesondere bei schweren „neurotischen“ Störungen, beim Musikmalen die Gefahr, dass unter Umständen intrapsychische Konflikte zwar angesprochen bzw. aktiviert, jedoch vor allem in der Gruppe nicht angemessen eingeordnet und besprochen werden können, was die psychische Verfassung eines Patienten möglicherweise akut verschlechtern kann. Aus diesem Grund ist die möglichst exakte Diagnose sowie die Einbindung des Musikmalens in einen stationären oder ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsrahmen, der eine zeitnahe Kommunikation der Musiktherapeuten, Psychotherapeuten und Ärzte untereinander beinhaltet von grösster Wichtigkeit, um einen empathischen, kunstvollen und professionellen Umgang mit der Methode gewährleisten zu können. In schwierigen Fällen, kann sich auch eine zu grosse Teilnehmerzahl als ungünstig erweisen, wobei aber nicht vergessen werden darf, dass ein grosser Teil der Therapie eben durch den gruppenspezifischen Prozess gefördert wird. Alternativ können zusätzliche Einzel-Musik-Maltherapie- oder rezeptive Musiktherapiesitzungen hilfreich sein. Das Autogene Training unter Einfluss von Musik kann zur gezielten psychophysischen Entspannung eingesetzt werden, wobei aber bereits Schwabe (1969, 89) die Trennung des methodischen Prinzips der rezeptiven Regulativen Musiktherapie (Schwabe, 1969, 1971) von dem einer

Kombination des Autogenen Trainings mit Musik empfiehlt, da „besonders bei chronifizierten Neurosen ... eine ausschliessliche Orientierung auf den Korrespondenzvorgang zwischen Musik und Körpererleben ohne das Einbeziehen der Formeln des Autogenen Trainings zu einem stärkeren Effekt der psychophysischen Regulierung führt“. Rudolf Burkhardt stellt das „Autogene Training unter Einfluss von Musik“ in dem Symposiumsbericht zur Musik- Kunst und Tanztherapie am 17.-19. September 1985 in Münster vor (vgl. Burkhardt, 1986).

Die besondere Intensität des emotionalen, assoziativen und imaginativen Erlebens beim Musikmalen, die sich anschaulich in den gemalten Produkten ausdrückt, scheint eine emotionale Katharsis sowie Selbst- und Konfliktbewusstsein sowie die ästhetische Erlebnisfähigkeit in besonderem Masse zu fördern, was anhand der katamnestic Bildbeschreibungen und Auswertungsergebnisse (vgl. Kapitel 3.) aufgezeigt wurde.

Durch Berücksichtigung kognitiver, kommunikativer, musisch-ästhetischer, psychomotorischer sowie sozial-emotionaler Dimensionen der geistigen Entwicklung (vgl. Gehirn & Geist 4/2004, 58) und Förderung konkret-anschaulichen Denkens kann dieser nonverbalen musiktherapeutischen Methode eine besondere Eignung im psychotherapeutischen Bereich zugesprochen werden. Die Methode trägt zur Bewusstwerdung innerer Konflikte und Haltungen bei und kann die Phantasie bzw. einen psychodynamischen Prozess im Patienten anregen. In der anschliessenden Bildbesprechung werden Gefühle wiedererkannt und -erlebt, so dass der bildnerische Ausdruck als Selbsterleben eine Spiegelung der eigenen Emotionalität und Kognition darstellt und eine Auseinandersetzung immer wieder von neuem ermöglicht. Die durch die Musik hervorgerufenen Bewegungen, die sich als grafische Reaktion im Bild niederschlagen, können eine persönliche Bedeutung mit sinnförderndem Charakter für das Leben des Musikmalers erhalten, an der er sich orientieren kann.

„Es sind nicht Arme, Hände oder Beine, die sich bewegen; es ist immer der ganze Mensch, der sich bewegt“ (Condon 1975, S. 45). Insofern hat das bildnerische Produkt auch immer mit dem ganzen Menschen zu tun, was dem Bedürfnis des psychogen Erkrankten gerecht wird. Musikmalen nutzt die natürlichen Fähigkeiten von Menschen

wie z. B. das Hin- und Zuhörenkönnen, die visuelle Wahrnehmung und die meist gar nicht voll ausgeschöpften Möglichkeiten der körperlichen Bewegung, zu welcher auch der Atem gehört und wirkt sich fördernd auf Konzentration und Aufmerksamkeit aus (vgl. Niemeyer, 1990). „Musiktherapie ist das Medium, mit dessen Hilfe wir eine in sich schlüssige Organisation - d. h. Gehirn, Körper und Geist stehen miteinander in Verbindung - wiedererlangen können“ (Aldridge, 2000).

„Moderne Menschen sind dazu verdammt ihre Beziehung zu den herrschenden Regeln in den stets wechselnden Kontexten täglicher Praxis immer wieder miteinander auszuhandeln. Unser Innerstes ist nicht mehr in einer redlichen Natur verankert, sondern steht jeden Tag neu auf dem Spiel“ (vgl. Gehirn & Geist 4/2004, 75 ff.). Ziel ist die „innere Ordnung ... um über sich hinauszuwachsen“, das Herausfinden und die Verwirklichung der eigenen „Lebenskunst = Lebenskunde durch Philosophie als Therapie, welche von Furcht befreien soll“. (ebd., 75 ff.).

Bedenkt man die psychosoziale Rehabilitation älterer Menschen, die eines der Hauptprobleme für die Gesundheitspolitik (Haag, 1985) darstellt, so erscheint eine adäquat durchgeführte Musiktherapie, insbesondere die vorgestellte Methode des Musikmalens als eine ernstzunehmende Alternative. Ungefähr ein Viertel aller Menschen über 65 leiden an psychischen Problemen, sind aber weder in Behandlung noch erfahren sie die Rehabilitation und Pflege, derer sie bedürfen. Insbesondere in der Versorgung ambulanter Patienten und solcher, die nicht in einer betreuten Wohnsituation leben, klaffen grosse Lücken. Musiktherapie gilt als wichtiger Teilbereich einer ganzheitlichen Behandlung älterer Menschen (Gross und Swartz, 1982; Gilchrist und Kalucy, 1983; Dellmann-Jenkins, Papalia Finlay und Hennon, 1984; Morris, 1986; Prinsley, 1986; Fenton und McRae, 1989).

„Die Musik“ (Ordnung) „ist doch immer das, was wir Harmonie und Ruhe in allen drei Künsten nennen, so muß in einer schönen Dichtung durch Worte Musik sein, wie auch Musik sein muss in einem schönen Bilde und in einem schönen Gebäude oder in irgendwelchen Ideen, die durch Linien ausgedrückt sind“ (Phillip Otto Runge, Brief an den Vater vom 10. Mai 1802).

„Je konkreter die Musik, desto eher wird sie zur Tonmalerei und fremdbestimmt, und je abstrakter die Malerei, desto eher wird sie zur Musik“ ergänzt Hörmann (2004) und:  
 „Da...nachgewiesen werden konnte, dass die Bevorzugung von Farben keinen Einfluss auf die Musik-Farbe-Bewertung hat, muss davon ausgegangen werden, dass die Ausdrucksseiten der Objekte Musik und Farbe analoge Beziehungsstrukturen aufweisen, die unabhängig von der subjektiven Farbbevorzugung der Geschlechter und unabhängig von Altersunterschieden, abweichenden Kulturen und geographischen Bedingungen sowie historisch-zeitlichen Veränderungen zu interindividuell übereinstimmenden Stellungnahmen führen“ (ebd., 1982).

Eine derart grundlegende Ordnungsstruktur der sensorischen Wahrnehmung, die wie gezeigt mit dem RES-Analysesystem erfassbar ist, und mit der physiologisch gegebenen synästhetischen Anatomie in Verbindung steht, findet sich auch in Henri Bergsons Auffassung, Raum und Zeit nicht als etwas grundsätzlich Getrenntes erscheinen zu lassen, da hinter beiden die Wahrnehmung von Bewegungen, die erlauben, die Zeit zu erleben, weil sie unmittelbar nachvollziehbar sind (vgl. la Motte, 1990, 37).

Um Wirklichkeit wahrzunehmen, zu erinnern, zu gestalten und sich darüber mit anderen zu verständigen benötigen wir (Ordnungs)Formen in denen dies geschehen kann. Formen sind voneinander unterscheidbare „bestimmte geistige Gestaltungsweisen ... Die Wirklichkeit scheint für uns nicht anders als in der Eigenart dieser Formen fassbar zu werden“ (Cassirer, 1954, 3).

„Gibt man dem individuellen Ausdruck des Einzelnen die Form eines Kunstwerks erfährt sich dieser Patient als jemand, der eine Ordnung hat, als ein Subjekt...“ (Aldridge, 1996, 97). „„Sichtbare Lieder‘ und bildnerische ‚Kompositionen‘, die die Simultaneität der figürlich-optischen Wahrnehmung auflösen und der sukzessiven akustischen einen gegenständlichen Charakter verleihen, transzendieren die Grenzen der Anschauung“ (ebd., 12) und lassen den Menschen über sich hinaus weisen.

Geht man davon aus, dass die innerste Ordnung des menschlichen Körpers in Anbetracht des physikalischen Atommodells scheinbar dynamischer Natur ist, die durch im luftleeren Raum hin- und herschwingende elektrische Energien gekennzeichnet wird, hat sie ihrem Wesen nach etwas „tänzerisches“ (vgl. Hörmann, 2003), was den musikalischen Aspekt des naturwissenschaftlichen Modells hervorhebt und somit musikalischen Wirkungsmethoden eine Schlüsselfunktion zur Wiederherstellung und Beeinflussung dieses Ordnungsgefüges zukommt.

Abschliessend kann die Methode des Musikmalens in Prävention, Therapie und Rehabilitation als ein geeignetes praktikables adjuvantes nicht nur psychotherapeutisches Verfahren angesehen werden, die eigene dem Menschen inne wohnende Musik, die innere Ordnung und Lebenskunst zum Ausdruck zu bringen und zu finden, um auf diese Weise zu mehr Wohlbefinden und Ausgeglichenheit, Selbstvertrauen und Verantwortung für das eigene Leben beizutragen.

*„Licht senden in die Tiefen des menschlichen Herzens – des Künstlers Beruf“*  
(Dr. Robert Schumann in seinen „Musikalischen Hausregeln“ von 1854)  
= das Berufsethos künstlerischer Therapien.

## 5. Zusammenfassung

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine empirische Untersuchung der Forschungsergebnisse des Nervenarztes Dr. med. Rudolf Burkhardt (1986, 1991, 1995, 1996), der die Methode des Musikmalens über 20 Jahre mit Erfolg in der psychotherapeutischen Behandlung „neurotischer“ Störungen einsetzte.

Einleitend wird der Begriff Musiktherapie historisch und methodisch reflektiert und das Musikmalen als spezielle Kombination musik- und kunsttherapeutischer Methodik anhand von Konzepten der Musikalischen Grafik, Musikalischen Früherziehung und Synästhesie in seiner Geschichte erörtert sowie auf nosologische und tiefenpsychologische Aspekte psychosomatischer Störungen, insbesondere des Neurose-Begriffs eingegangen.

Beim Musikmalen als adjuvante Methode der Psychotherapie werden die körperlich-motorischen Reaktionen, die durch Melodie und Rhythmus einer Musik entstehen, als Bewegungsabläufe mit einem Malstift spontan improvisierend auf Papier fixiert.

Das momentane Musikerleben wird unmittelbar in grafische Darstellungen umgesetzt, in denen sich Gefühle in Farben und Formen ausdrücken. Als synästhetisches „psychosomatisches“ Verfahren spricht das Musikmalen die Ganzheit des Menschen an.

Dabei kann es zu einem heilsamen Abreagieren angestauter Affekte kommen, verdrängte seelische Traumata und innere Konflikte können sich in den Darstellungen Ausdruck verschaffen. In Bildform lassen sich Inhalte ausdrücken, die verbal nicht mitteilbar sind, wodurch Kommunikations- und Therapieprozesse initiiert werden können. Durch kreatives Gestalten und reflektierende Betrachtung des zur Musik gestalteten Bildes können Selbstbewusstsein und -ausdruck, innere Gelassenheit sowie die ästhetische Wahrnehmung sowie Erlebnis- und Genussfähigkeit gefördert werden.

Entscheidend ist die Auswahl der Musik mit entsprechender Dynamik, die sich ebenfalls positiv auf vegetative Dysregulationen auswirken kann, und nach dem Malen die – u. U. auch tiefenpsychologische – Bearbeitung der entstandenen Bilder in Einzelgesprächen oder ebenso in der Gruppe.

An fünf Patienten des Diagnosebereichs „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (ICD-10: Kapitel F4) sowie weiteren exemplarisch vorgestellten Patienten mit ihren zu Musik gemalten Bildern werden in vorliegender Arbeit charakteristische Entwicklungen des Bildausdrucks parallel zu katamnestisch dokumentierten Besserungen der Patientenbefindlichkeit im Therapieverlauf aufgezeigt.

Anhand von Kriterien zur Beurteilung von Bildern (Kriterien nach Burkhardt (Burkhardt, 1986); Die phänomenologische Bilderfassung (Stuhler-Bauer & Elbing, 2003); RES-Analysesystem (Hörmann, 1993); Millon-Kriterien (Millon, 1996) lassen sich die grafischen Entwicklungen im therapeutischen Verlauf verfolgen. Die Errechnung eines auf subjektiven Eindrücken des Bildbetrachters basierenden RES-Besserungsgrades erweist sich als reliabler jedoch fraglich valider Indikator für den Therapieerfolg. Dennoch kann festgestellt werden, dass sich der Therapieerfolg in Form der Musikmalbilder anschaulich für Kollegen und Angehörige dokumentieren lässt.

In der Diskussion wird die Aktualität und universelle Einsetzbarkeit der Methodik der Musik-Maltherapie nach Burkhardt unter psychodynamischen und musikpsychologischen Aspekten sowie Einbezug aktueller Ergebnisse aus der Hirnforschung und Neuropsychologie nicht nur in der Psychotherapeutischen Medizin hervorgehoben.

Es sei hinzugefügt, dass das unkomplizierte Verfahren sich auch ohne spezielle therapeutische Zielsetzungen vor allem zur Förderung der Kreativität, zum Abreagieren von Spannungen und Ausdrücken von Gefühlen im Sinne der Psychohygiene, aber auch zu entlastender, auflockernder Freizeitgestaltung zu Haus praktizieren lässt. Es

sind keine malerischen Fähigkeiten erforderlich, und die Methode ist für jedes Alter geeignet.

## 6. Literaturverzeichnis

Aldridge, D. (1989 a). Music, communication and medicine: discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 82, 12, 743-746.

Aldridge, D. (1991 b). Creativity and consciousness: music therapy in intensive care. *The Arts in Psychotherapy*, 18, 359-362.

Aldridge, D. (1991 d). Physiological change, communication, and the playing of improvised music: some proposals for research. *The Arts in Psychotherapy*, 18, 59-64.

Aldridge, D. (1996). *Music Therapy Research and Practice in Medicine – From Out of the Silence*. London: Jessica Kingsley Publishers. (deutsche Aufl. 1999. *Musiktherapie in der Medizin*. Bern: Hans Huber.)

Altshuler, I. (1948). A psychiatrist's experience with music as a therapeutic agent. In: D. Schullian & M. Schoen (eds), *Music and Medicine*. New York: Henry Schuman.

Arnheim, R. (1978). *Kunst und Sehen (2. Aufl.)*. Berlin: de Gruyter.

Bason, B. T., Celler, B. G. (1972). Control of the heart rate by external stimuli. *Nature* 4, 279-280.

Bastian, H. G. (2000). *Musik(erziehung) und ihre Wirkung. Eine Langzeitstudie an Berliner Grundschulen*. Mainz: Schott.

Becker-Glauch, W. (2002). *Zweierlei Symbolik und ihre Katharsis*. Münster: Agenda.

Behne, K.-E. (1994). Kann Musik heilen ? Heilshoffnungen als Teil des musikalischen Bewusstseins. In: K.-E. Behne (Hrsg.), *Gehört – Gedacht – Gesehen. Zehn Aufsätze zum visuellen, kreativen und theoretischen Umgang mit Musik*. Regensburg: ConBrio, 141-148.

Behrends, L. (1983). Erfahrungen mit einer kombinierten Gruppenpsychotherapie bei Adolescenten. *Psychiatrie, Neurologie, Medizin und Psychologie*, 35, 3, 154-157.

Benenzon, R. O. (1983). *Einführung in die Musiktherapie*. München: Kösel.

Bertolaso, Y. (Hrsg.) (2001). *Musik-, Kunst- und Tanztherapie. Qualitätsanforderungen in den Künstlerischen Therapien*. Münster: Paroli.

Bertolaso, Y. (Hrsg.) (2003). *Die Künste in den künstlerischen Therapien – Selbstverständlichkeit oder Etikettenschwindel ?* Münster: Paroli.

- Böttcher, H. F., Kerner, U. (1978). *Methoden in der Musikpsychologie*. Leipzig: Peters.
- Brockhoff, V. (1986). Malen am Krankenbett (Zur Maltherapie in der Nosologie). In: K. Hörmann (Hrsg.), *Musik im Diskurs*. Musik- und Kunsttherapie Bd. 1. Regensburg: Bosse, 123-154.
- Brückner, J. u. Mitarb. (1991). *Musiktherapie für Kinder*. Berlin.
- Bruhn, H. (1988). *Harmonielehre als Grammatik der Musik – Propositionale Schemata in Musik und Sprache*. München/Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Bruhn, H. (2000). *Musiktherapie. Geschichte - Theorien - Methoden*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Burkhardt, R. (1982). *Ziele und Methoden der Musiktherapie für neurotische Patienten – Ärztliches Fortbildungsseminar in Bad Bellingen am 27. März*, unveröffentlichtes Referat.
- Burkhardt, R. (1986a). Musik-, Tanz- und Kunsttherapie in der Psychosomatik. In: K. Hörmann (Hrsg.), *Musik im Diskurs*. Musik- und Kunsttherapie Bd. 1. Regensburg: Bosse, 37-54.
- Burkhardt, R. (1986b). Autogenes Training unter Einfluss von Musik. In: K. Hörmann (Hrsg.), *Musik im Diskurs*. Musik- und Kunsttherapie Bd. 1. Regensburg: Bosse, 67-80.
- Burkhardt, R. (1986c). Musikmalen – eine psychotherapeutische Methode. In: K. Hörmann (Hrsg.), *Musik im Diskurs*. Musik- und Kunsttherapie Bd. 1. Regensburg: Bosse, 155-165.
- Burkhardt, R. (1986d). *Rezeptive Musiktherapie*. Unveröffentlichter Vortrag zum Musiktherapie-Symposium Universität Münster am 18. Oktober.
- Burkhardt, R. (1991). Musiktherapie in der Psychosomatik. *Medizin – Mensch – Gesellschaft*, 16, 99-104.
- Burkhardt, R. (1995). Musiktherapie. In: H. Feiereis, R. Saller (Hrsg.), *Erweiterte Schulmedizin. Band 2: Psychosomatik*. München: Hans Marseille, 135-140.
- Burkhardt, R. (1995). Musikmalen als psychotherapeutische Methode. In: G. Waser (Hrsg.), *Kreativität beim älteren Menschen. Sammelband zur 10. Jahrestagung der Internationalen Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie am 27.-29. Okt 1995 in Berlingen, CH*.
- Burkhardt, R. (1996). Kann die Musiktherapie einen Beitrag leisten zur Rehabilitation geriatrischer Patienten nach Hirninfarkt? In: *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, 7, 64-66.

- Burkhardt, R. (1996). *Musikmalen als psychotherapeutische und psychohygienische Methode*. Unveröffentlichtes Referat.
- Buser, R. (1973). *Ausdruckspsychologie*. München: Reinhardt.
- Butzko, H. (1979). Freie Gruppenimprovisation. Eine Möglichkeit therapeutischer Gruppenarbeit. In: Arbeitskreis Drogenhilfe (Hrsg.). *Dokumentation der Arbeit und Projekte*. Köln, 44-69.
- Clauser, G. (1971). *Die vorgeburtliche Entstehung der Sprache als anthropologisches Problem*. Stuttgart: F. Enke.
- Courtright, P., Johnson, S., Batimgartner, Jordan, M., , Webster, J. (1990). Dinner Music: does it affect the behaviour of psychiatric inpatients? *Journal of Psychosocial Nursing and mental Health Services* 28, 3, 37-40.
- Cunningham, M. F., Monson, B., Bookbinder, M. (1997). *Introducing a music-program in the preoperative area*. *Association of Operating Room Nurses Journal (AORN)*, 66 (4), 674-682.
- Damasio, A. R. (2003.) *Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen*. München: List.
- Davison, G. C., Neale, J. N. (1979). *Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union (4. Aufl. 1996).
- Deharde, F. (1976). Improvisationspädagogik in der Ästhetischen Erziehung erläutert am Beispiel des Tanzes. In: K. Pahlen (Hrsg.), *Musik und Bewegung*. Bern, Stuttgart: Haupt.
- Delius, L. & Fahrenberg, J. (1966). *Psychovegetative Syndrome*. Stuttgart: Thieme.
- Dellmann-Jenkins, M., Papalia Finlay, D., Hennon, C. (1984). Continuing education in later adulthood: implications for program development for elderly guest students. *Internal Journal of Aging and Human Development* 20, 2, 93-102.
- Destunis, G. & Seebandt, R. (1958). Beitrag zur Frage der Musikeinwirkung auf die zwischenhirngesteuerten Funktionen des Kindes. In: H. R. Teirich (Hrsg.), *Musik in der Medizin*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Dilling, H., Mombour W., Schmidt M. H. (2000). *ICD-10 Kapitel V (F) (4. Aufl.)*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Dogiel, J. (1880). *Über den Einfluss der Musik auf den Blutkreislauf*. Arch. Anat. Physiol.. Abt. Psychol. 416-428.
- Dorsch Psychologisches Wörterbuch*, 13. Aufl. (1998). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.

- dtv-Atlas Musik* (Sonderausgabe 2001). München: Deutscher Taschenbuch Verlag und Kassel, Basel, London, New York, Prag: Bärenreiter Verlag.
- Eggebrecht, H. H. (1979). *Sinn und Gehalt*. Wilhelmshafen: Heinrichshofen.
- Ekman, P. (2004). *Gefühle lesen*. München: Elsevier.
- Elbing, U. & Hacking, S. (2001). *Nürtinger Beurteilungsskala und Diagnostic Assessment of Psychiatric Art: Neue Wege zur Evaluation der Bilder von Kunsttherapie-Patienten*. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, 12, 133-144.
- Elbing, U. & Stuhler-Bauer, A. (2004). *Kritik standardisierter empirischer Bilderfassung aus kunsttherapeutisch-phänomenologischer Sicht*. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, 15, 5-15.
- Evers, S. (1990). [Music for rheumatism – a historical overview] *Musik gegen Rheuma – Ein historischer Überblick*. *Zeitschrift für Rheumatologie* 49, 3, 119-124.
- Eysenck, H. J. (1964). *Experiments in behavior therapy*. Oxford: Pergamon Press.
- Fenton, G. W., McRae, D. A. (1989). Musical hallucinations in a deaf elderly woman. *British Journal of Psychiatry*, 155, 401-403.
- Fiedler, P. (2000). *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Florin, I. (1978). *Entspannung – Desensibilisierung. Leitfaden für die Praxis*. Stuttgart: Fischer.
- Franzen, G. (2001). Symbolisches Verstehen als Grundlage der tiefenpsychologischen Kunsttherapie. In Bertolaso, Y. (Hrsg.) *Musik-, Kunst- und Tanztherapie*. Münster: Paroli, 119-130.
- Franzke, E. (1977). *Der Mensch und sein Gestaltungserleben*. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber
- Furman, C. E. (Hrsg.). (1988). *Effectiveness of music therapy procedures: Documentation of research and clinical practice*. Washington, DC: National Association for Music Therapy.
- Gallée, H. B. (1982). Kunst als Mittel der Selbstfindung – die Heilkraft der Linie, Form und Farbe. In: U. Kuypers (Hrsg.). *Sucht und Therapie*. Freiburg, 61 ff.
- Geller, D. (1973). Musik-Erleben und bildnerisches Gestalten unter dem Aspekt strukturspezifischer Zuordnung. *Praxis der Kinderpsychologie*, 22, 174-179.

- Gilbert, J. (1977). Music therapy perspectives on death and dying. *Journal of Music Therapy* 14, 4, 165-171.
- Gilchrist, P., Kalucy, R. (1983). Musical hallucinations in the elderly: a variation on the theme. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 17, 3, 286-287.
- Goethe, J. W. v. (1981). Werke, Kommentare und Register. Band 13: *Naturwissenschaftliche Schriften I* (8. Aufl.). München: C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung.
- Goethe, J. W. v. (o. J.). *Maximen und Reflexionen*. Augsburg: Weltbild.
- Goll, H. (1993). *Heilpädagogische Musiktherapie*. Grundlegende Entwicklung eines ganzheitlich angelegten ökologisch-dialogischen Theorie-Entwurfs ausgehend von Jugendlichen und Erwachsenen mit schwerer geistiger Behinderung. Frankfurt: Lang.
- Graumann, C. F. & Métraux, A. (1977). Die Phänomenologische Orientierung in der Psychologie. In K. A. Schneewind (Hrsg.), *Wissenschaftstheoretische Grundlagen der Psychologie*. München: Ernst Reinhardt, 27-54.
- Gross, J.-L., Swartz, R. (1982). The effects of music therapy on anxiety in chronically ill patients. *Music Therapy* 2, 1, 43-52.
- Haag, G. (1985). Psychosoziale Rehabilitation im Alter. *Rehabilitation*, 24, 1, 6-8.
- Haardt, A., Klemm, H. (1982). *Musiktherapie. Selbsterfahrung durch Musik*. Wilhelmshafen.
- Haisch, E. (1953). Über die psychoanalytische Bedeutung der Musik. *Psyche*, 7, 81-88.
- Harmsen, H. (1967). Musik – Bewegung – Malen: befreiende, heilende Kräfte. In *Im Dienste der Gesundheit. Mitgliederzeitschrift der DAK. Sept./Okt.*, 56-57.
- Harrer, G. (Hrsg.). (1975). *Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie*. Jena: Gustav Fischer.
- Harrer, G. (1975). Das „Musikerlebnis“ im Griff des naturwissenschaftlichen Experiments. In G. Harrer (Hrsg.), *Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie*. Jena: Gustav Fischer, 3-47.
- Heister, H.-W. (1998). Zweckbestimmung von Musik. In: H. Bruhn & H. Rösing (Hrsg.), *Musikwissenschaft. Ein Grundkurs*, 208-220. Reinbek: Rowohlt.
- Herskowitz, J., Rosman, N., Geschwind, N. (1984). Seizures induced by singing and recitation: a unique form of reflex epilepsy in childhood. *Archives of Neurology*, 41, 10, 1102-1103.

- Herzog, M., Graumann C. F. (1991). *Sinn und Erfahrung. Phänomenologische Methoden in den Humanwissenschaften*. Heidelberg: Asanger.
- Hess, P. S. (2000). Musiktherapie mit archaischen Klangkörpern. Eine neue Behandlungsmethode von sogenannten „frühen Störungen“. In: Bothe, Köhler-Offierski, Vorbach (Hrsg.), *Alternative Therapieansätze in der Psychiatrie*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Heyde, W., von Langsdorff, P. (1983). [Rehabilitation of cancer patients including creative therapies]. *Rehabilitation*, 22, 1, 25-27.
- Heyer, G. R. (1959). Musische, speziell Musiktherapie. In *Hdb. der Neurosenlehre und Psychotherapie Bd. IV*, 290-298.
- Hodges, D. A. (1996). *Handbook of music psychology* (2. Aufl.). University of Texas, San Antonio: IMR Press.
- Hörmann, G. (1988). *Musiktherapie aus medizinischer Sicht*. Münster: Ferdinand Hettgen.
- Hörmann, K. (1981). *Wahrnehmungsbezogene Musikanalyse*. Wolfenbüttel: Möselers.
- Hörmann, K. (1982). *Musikwahrnehmung und Farbvorstellung*. Weil der Stadt: Lexika.
- Hörmann, K. (1983). Musikmalen und musikalische Graphik. In: Hopf & Weber (Hrsg.), *Anthologie der Methoden des Musikunterrichts*. Regensburg: Bosse.
- Hörmann, K. (1987). *Das Lied in Unterricht und Therapie*. Frankfurt am Main: Lang.
- Hörmann, K. (1993). *Tanztherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hörmann, K. (2000). *Tanzpsychologie und Bewegungsgestaltung* (2. Aufl.). Münster: Paroli.
- Hörmann, K. (2003 u. 2004). *Musik in der Heilkunde*. Münster: Paroli.
- Hoffmann-La Roche AG. (1968). *Von der Emotion zur Läsion*. Grenzach, Baden.
- Itten, J. (1963). *Gestaltungs- und Formenlehre*. Ravensburg: Ravensburger.
- Itten, J. (1980). *Kunst der Farbe. Subjektives Erleben und objektives Erkennen als Wege der Kunst*. Ravensburg: Otto Maier.
- Janssen, P. L., Hekele, W. (1986). Die therapeutische Bedeutung des Malens im Gruppenprozeß stationärer Behandlung. In: *Gruppentherapie und Gruppendynamik* 22, 151-165.

- Jaedicke, H.-G. (1975). Musiktherapie bei psychosomatischen Erkrankungen. In G. Harrer (Hrsg.), *Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie*. Jena: Gustav Fischer, 219-229.
- Jochims, S. (1990). Krankheitsverarbeitung in der Frühphase schwerer neurologischer Erkrankungen: ein Beitrag der Musiktherapie zur psychischen Betreuung bei ausgewählten neurologischen Krankheitsbildern. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizin und Psychologie* 40, 3-4, 115-122.
- Jones, C. (1990). Spark of life. *Geriatric Nursing in New York* 11, 4, 194-196.
- Jourdain, R. (1998). *Das wohltemperierte Gehirn: Wie Musik im Kopf entsteht und wirkt*. Heidelberg, Berlin: Spektrum.
- Junova, H. (1973). Ausnützung des nonverbalen Verhaltens in der Psychotherapie. Unveröffentl. Referat, Prag. Zit. in G. Harrer (Hrsg.), *Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie*. Jena: Gustav Fischer, 154-155.
- Kandinsky (1926). *Punkt und Linie zu Fläche*. Bern: Benteli.
- Kapteina, H. (1992). Grundsätzliches zur Verbindung von Musik und Malen. In: *Musik- Tanz- und Kunsttherapie* 3, (S. 232-236).
- Kapteina, H. (1993). „Brückenschlag von innen nach außen“ – Variationen zum Thema Musikmalen. In: *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie* 4, (S. 79-85).
- Kaufmann, G. (1983). Zur Kombination musiktherapeutischer Methoden in der dynamischen Gruppenpsychotherapie. *Psychiatrie, Neurologie, Medizin und Psychologie* 35, 148-153.
- Kestenberg, J. S. (1975). *Children and Parents. Psychoanalytic Studies in Development*. New York: Jason Aronson, Inc.
- Kestenberg, J. S. (1977<sup>2</sup>). *The role of Movement Patterns in Development*. Vol. I. New York: Dance Notation Bureau.
- Kleinen, G. (1999). Die Leistung von Sprache für das Verständnis musikalischer Wahrnehmungsprozesse. In: Behne, K. E., Kleinen, G. & de la Motte-Haber (Hrsg.). *Musikpsychologie, Bd. 14*. Göttingen: Hogrefe, 52-68.
- Knill, P. (1979). *Ausdruckstherapie*. Halle (Westf.)/Lilienthal.
- Knorr, H. W. (2004). <http://www.atelier-knorr-kleine.de/klangbilder.htm>
- Kohler, Chr. (1968). *Kommunikative Psychotherapie*. Jena: 1968.
- Kohler, Chr. (Hrsg.). (1971). *Musiktherapie – Theorie und Methodik*. Jena: Gustav Fischer.

- Kohut, H. (1967). Observations on the psychological functions of music. *J. Psychoanal. Amer. Assoc.* 5, 389-407.
- Kümmel, W. F. (1997). *Musik und Medizin. Ihre Wechselbeziehungen in Theorie und Praxis von 800 bis 1800.* Freiburg/München: Karl Alber.
- la Motte-Haber, H. de (1990). *Musik und Bildende Kunst.* Laaber: Laaber.
- la Motte-Haber, H. de (2002). *Handbuch der Musikpsychologie.* 3. Aufl. Laaber: Laaber.
- la Motte-Haber, H. de (2004). Ästhetische Erfahrung: Wahrnehmung, Wirkung, Ich-Beteiligung. In: dies. (Hrsg.). *Musikästhetik.* Laaber: Laaber, 408-429.
- Laban, R. & Lawrence, F. C. (1947). *Effort.* London: MacDonald & Evans.
- Laban, R. (1960). *The Mastery of Movement.* London: MacDonald & Evans. (dt., gekürzt: *Die Kunst der Bewegung.* (1988). Wilhelmshafen: Noetzel).
- Lane, D. L. (1992). The effect of a single music therapy session on hospitalized children as measured by salivary immunoglobulin A, speech pause time, and a patient opinion Likert scale. *Dissertation Abstracts International*, 52 (7-B), 3522.
- Lazarus, A. A. & C. N. (1999). *Der kleine Taschentherapeut.* Stuttgart: Klett-Cotta (2. Aufl.).
- Lengdobler, H., Kiessling, W. R. (1989). Gruppenmusiktherapie bei multipler Sklerose: Ein erster Erfahrungsbericht. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 39, (9-10), 369-373.
- Leuner, H. (1994). *Katathym-imaginative Psychotherapie.* Stuttgart: Thieme.
- Lucia, C. M. (1987). Toward developing a model of music therapy intervention in the rehabilitation of head trauma patients. *Music Therapy Perspectives* 4, 34-39.
- Mandler, G. (1992). Emotions, Evolution and Aggression. Myths and Conjectures. In: *Internat. Review of Studies of Emotion*, 2, 97-116.
- McKinney, C. H. (1990). Music therapy in obstetrics: A review. *Music Therapy Perspectives*, 8, 57-60.
- Meschede, H., Bender, W., Pfeiffer, H. (1983). [Music therapy with psychiatric problem patients] Musiktherapie mit psychiatrischen Problempatienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizin und Psychologie*, 33, 3, 101-106.
- Millon, T. (1996). *Disorders of personality. DSM-IV and beyond (2nd ed.).* New York: Wiley.

- Möller, H.-J. (1974). Psychotherapeutische Aspekte in der Musikanschauung der Jahrtausende. In: W. J. Revers, G. Harrer, W. C. Simon, *Neue Wege der Musiktherapie*. Düsseldorf, Wien: Econ.
- Möller, H.-J., Laux, G., Kapfhammer, H.-P. (2002, 2003). *Psychiatrie und Psychotherapie (2. Aufl.)*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Moreno, J. (1988). The music therapist: creative arts therapist and contemporary shaman. *Journal of the Arts in Psychotherapy* 15, 271-280.
- Morris, M. (1986). Music and movement for the elderly. *Nursing Times* 82, 8, 44-45.
- Mühle, G. (1967). *Entwicklungspsychologie des zeichnerischen Gestaltens*. München: J. A. Barth.
- Müller-Busch, H. C. (1997). *Schmerz und Musik. Musiktherapie bei Patienten mit chronischen Schmerzen*. Stuttgart: Fischer.
- Muths, Chr. (1989). *Farbtherapie - Mit Farben heilen*. München: Wilhelm Heyne.
- Myschker, N. (1973). Schulleistungsentlastende und leistungsmotivierende Methoden in Erziehung und Unterricht verhaltensgestörter Kinder – Zum Beispiel: Musikmalen. *Praxis der Kinderpsychologie*, 22, 62-68.
- Naeser, M., Helm-Eastabrooks, N. (1985). CT scan lesion localization and response to melodic intonation therapy with nonfluent aphasia cases. *Cortex* 21, 2, 203-223.
- Niemeyer, W. (1990). *Musikmalen in Schule und Haus. Entspannung, Konzentration und Wohlbefinden durch Spuren und Atmen nach Musik*. Bochum: Winkler.
- O'Boyle, M., Sandford, M. (1988). Hemispheric asymmetry in the matching of melodies to rhythm sequences tapped in the right and left palms. *Cortex* 24, 2, 211-221.
- Orff, C. (1964). Das Schulwerk - Rückblick und Ausblick. In: *Orff-Institut Jahrbuch 1963*. (S. 16). Mainz: Schott.
- Pavlicevic, M., Trevarthen, C. (1989). A musical assessment of psychiatric states in adults. *Psychopathology* 22, 6, 325-334.
- Payk, Th. R., Tullius, R. (1986). *Verhaltenstherapeutische Konzepte zur Depressionsbehandlung*. Erlangen: Perimed.
- Peltz, H. D. (1976, 1999). Musik-Maltherapie. In G. Biermann (Hrsg.), *Hdb. der Kinderpsychotherapie*. Basel, München: E. Reinhardt, 507-510.

- Pfeiffer, H., Wunderlich, S., Bender, W., Elz, U., Horn, B. (1987). Music improvisation with schizophrenic patients – a controlled study in the assessment of therapeutic effects. *Rehabilitation*, 26, 184-192.
- Pontvik, A. (1948). *Grundgedanken zur psychischen Heilwirkung der Musik*. Zürich.
- Pontvik, A. (1955). *Heilen durch Musik*. Zürich.
- Pontvik, A. (1962). *Der tönende Mensch*. Psychorhythmie als gehör-seelische Erziehung. Zürich, Stuttgart.
- Pontvik, A. (1996). *Der tönende Mensch*. Gesammelte musiktherapeutische Schriften. Stuttgart: Fischer.
- Pope, D. S. (1995). Music, noise, and the human voice in the nurse-patient environment. *Journal of Nursing Scholarship*, 27 (4), 291-296.
- Porchet-Munro, S. (1988). Music therapy in support of cancer patients. *Recent Results in Cancer Research* 108, 289-294.
- Pribram, K. H. (1991). *Brain and perception. Holonomy and structure in figural processing*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Prinsley, D. (1986). Music therapy in geriatric care. *Australian Nurses Journal* 15, 9, 48-49.
- Prinzhorn, H. (1968). *Bildnerie der Geisteskranken*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Priestley, M. (1982). *Musiktherapeutische Erfahrungen*. Stuttgart.
- Putz, R. & Pabst, R. (1993). *Sobotta. Atlas der Anatomie des Menschen. Bd. 1*, München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, (20. Aufl.).
- Rainer, O. (1926). *Musikalische Grafik*. Wien, Leipzig, New York: Deutscher Verlag für Jugend und Volk.
- Rattner, J. (1995). *Klassiker der Psychoanalyse*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, (2. Aufl.).
- Rauhe, H. (1978). Grundlagen der Antriebsförderung durch Musik. In: W. J. Revers, H. Rauhe. *Musik Intelligenz Phantasie*, 55-78. Salzburg: Müller.
- Rauhe, H. (1986). Interdisziplinäre Grundfragen der musikalischen und therapeutischen Wirkungsforschung. In: K. Hörmann (Hrsg.), *Musik im Diskurs*. Musik- und Kunsttherapie Bd. 1. Regensburg: Bosse, 11-18.

- Reinecke, H.-P. (1971). Die emotionellen Kategorien des Musikhörens und ihre Bedeutung für die therapeutische Anwendung von Musik. In Chr. Kohler (Hrsg.), *Musiktherapie*. Jena: Gustav Fischer, 48-57.
- Reinhardt, A., Röhrborn, H., Schwabe, Chr. (1986). Regulative Musiktherapie (RMT) bei depressiven Erkrankungen – Ein Beitrag zur Psychotherapieentwicklung in der Psychiatrie. *Psychiatrie, Neurologie, Medizin und Psychologie*, 38, 9, 547-553.
- Revers, W. J., Harrer, G., Simon, W. C. (1974). *Neue Wege der Musiktherapie*. Düsseldorf, Wien: Econ.
- Riemann, F. (2000). *Grundformen der Angst*. München, Basel: E. Reinhardt.
- Robb, S. L., Nichols, R. L., Rutan, R. L., Bishop, B. L. u. a. (1995). The effect of music assisted relaxation on preoperative anxiety. *Journal of Music Therapy*, 32 (1), 2- 21
- Rösing, H. (1998). Musikalische Lebenswelten. In: H. Bruhn & H. Rösing (Hrsg.), *Musikwissenschaft. Ein Grundkurs*. Reinnbek: Rowohlt, 130-152.
- Rossi, E. (1987). From mind to molecule: a state-dependent memory, learning and behaviour theory of mind-body healing. *Advances* 4, 46-60.
- Roth, G. (2003). *Aus Sicht des Gehirns*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Rudolf, G. (2000). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Rufer, J. (1974). Schönberg – Kandinsky. Zur Funktion der Farbe in Musik und Malerei. In: *Ausstellungskatalog Schönberg*, 69-75.
- Ruud, E., Mahns, W. (1992). *Meta-Musiktherapie. Wege zu einer Theorie der Musiktherapie*. Stuttgart: Fischer.
- Sacks, O. (1986). *The Man who Mistook his Wife for a Hat*. London: Pan.
- Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M., Houben, I. (Dt. Bearb.) (1998). Diagnostische Kriterien DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- Schiller, F. (1965). *Über die ästhetische Erziehung des Menschen*. Stuttgart: Reclam.
- Schmölz, A. (1974). Kreativität in der Musiktherapie. In: W. J. Revers, G. Harrer, W. C. M. Simon, *Neue Wege der Musiktherapie*. Düsseldorf, Wien: Econ.
- Schmuttermeyer, R. (1983). Möglichkeiten der Einbeziehung gruppenmusiktherapeutischer Methoden in die Behandlung von Psychotikern. *Psychiatrie, Neurologie, Medizin und Psychologie* 35, 1, 49-53.

- Schorr, J. A. (1993). Music and pattern change in chronic pain. *Advances in Nursing Science, 15* (4), 27-36.
- Schottenloher, G. (1983). *Kunst- und Gestaltungstherapie in der pädagogischen Praxis*. München.
- Schubert, G. (1978). Gruppenmaltherapie in der Psychiatrie. Malen nach Motiven des Katathymen Bilderlebens (nach Leuner). In *Beschäftigungstherapie 17. Jahrg.* (S. 83 – 88).
- Schwabe, Chr. (1972). *Musiktherapie bei Neurosen und funktionellen Störungen*. Jena: Gustav Fischer.
- Schwabe, Chr. (1979). *Regulative Musiktherapie*. Jena, Stuttgart: Gustav Fischer.
- Schwabe, Chr., Röhrborn, H. (1996). *Regulative Musiktherapie*. 3. Aufl. Jena, Stuttgart: Gustav Fischer.
- Selm, M. E. (1991). Chronic pain: Three issues in treatment and implications for music therapy. *Music Therapy Perspectives, 9*, 91-97.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of „alexithymic characteristics in psychosomatic patients“. *Psychother.-Psychosom. 22*, 255-262.
- Silber, O. H., Hoeren, J. (2003). *Klangtherapie. Weg zur inneren Harmonie*. Freiburg: Herder.
- Smeijsters, H. (1994). *Musiktherapie als Psychotherapie. Grundlagen – Ansätze – Methoden*. Stuttgart: Fischer.
- Smeijsters, H. (1999). *Grundlagen der Musiktherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Spintge, R., Droh, R. (Hrsg.). (1987). *Musik in der Medizin – music in medicine*. Heidelberg: Springer.
- Spintge, R., Droh, R. (1992). *Musikmedizin. Physiologische Grundlagen und praktische Anwendungen*. Stuttgart: Fischer.
- Spitz, R. (1972). *Vom Säugling zum Kleinkind*. Stuttgart: Klett.
- Spitzer, M. (2002). *Musik im Kopf*. Stuttgart: Schattauer.
- Steinberg, R., Raith, L. (1985). Music psychopathology. I. Musical tempo and psychiatric disease. *Psychopathology 18*, (5-6), 254-264.
- Stoianova, I. (1987). *Musikalische Graphik*. Universität Paris VIII.  
[http://ling.kgw.tu-berlin.de/semiotik/deutsch/ZFS/Zfs87\\_4.htm#4](http://ling.kgw.tu-berlin.de/semiotik/deutsch/ZFS/Zfs87_4.htm#4)

- Stokvis, B. (1958). Psychosomatische Gedanken über Musik. In H. R. Teirich (Hrsg.), *Musik in der Medizin*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Storr, A. (1992). *Music and the mind*. London: Harper Collins.
- Strobel, W., Huppmann, G. (1978). *Musiktherapie. Grundlagen, Formen, Möglichkeiten*. Göttingen: Hogrefe (3. unveränderter Nachdruck 1997).
- Stuhler-Bauer, A. & Elbing, U. (2003). Die phänomenologische Bilderfassung: Ein kunsttherapeutisches Instrument. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, 14, 32 – 46.
- Sündermann, H., Ernst, B. (1960). Musikalische Graphik. *Heilkunst* 73, 160 f.
- Sündermann, H., Ernst, B. (1981). *Klang, Farbe, Gebärde. Musikalische Graphik*. Wien.
- Sutermeister, H. M. (1964). Psychosomatik des Musikerlebens. *Acta Psychother. Psychosom.* 12, 91-110.
- Tang, W., Yao, X., Zheng, Z. (1994). Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 165, (Supplement 24), 38-44.
- Tee, D. (1987). Another look at the interaction of psyche and soma. *Complementary Medical Research* 2, 1-2.
- Teirich, H. R. (1958). *Musik in der Medizin*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Töpker, R. (1988). *Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zur morphologischen Grundlegung der Musiktherapie*. Regensburg.
- Updike, P. (1990). Music therapy results for ICU patients. *Dimensions of Critical Care Nursing* 9, 1, 39-45.
- Vanechkina, I. L. (1994). „Musical Graphics“ as an instrument for musicologists and educators. *Leonardo*, Vol. 27, No. 5, 437-439.
- Warren, J. D. (1999). Variations on the musical brain. *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 92, 571-575.
- Watkins, G. R. (1997). Music therapy: Proposed physiological mechanisms and clinical implications. *Clinical Nurse Specialist*, 11 (2), 43-50.
- Weizsäcker, V. (1950). *Der Gestaltkreis*. Stuttgart: Thieme.
- Wengel, S., Burke, W., Holemon, D. (1989). Musical hallucinations: the sounds of silence? *Journal of the American Geriatric Society* 37, 2, 163-166.

Widmer, M. (2004). Musikalische Früherziehung – Didaktische Grundlagen. In Textor, M. R. (Hrsg.) *Kindergartenpädagogik*. (Online-Handbuch, [http:// www.kindergartenpaedagogik.de/73.html](http://www.kindergartenpaedagogik.de/73.html)).

Willms, H. (1975). *Musiktherapie bei psychotischen Erkrankungen*. München: Urban & Fischer.

Yates, A. (1970). *Behavior therapy*. New York.

Zimmermann, L., Nieveen, J., Barnason, S., Schmaderer, M. (1996). The effects of music interventions on postoperative pain and sleep in coronary artery bypass graft (CABG) patients. *Scholarly Inquiry of Nursing Practice*, 10 (2), 153-170.

Meinem Lehrer Herrn Univ.-Prof. Dr. paed. Dr. rer. soc. Karl Hörmann, der durch Anregungen und persönliche Förderung zum Gelingen dieser Arbeit entscheidend beigetragen hat, gilt mein aufrichtiger Dank. Weiter danke ich Frau Dr. rer. soc. Yolanda Bertolaso, Frau Katharina Burkhardt, Herrn Dr. rer. nat. Michael Burkhardt, Frau Christina Burkhardt-Zuhayra sowie Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Volker Arolt für ihre hilfsbereite und freundliche Unterstützung.



## 8. Anhang

### 8.1. (Einzel-)Bildanalysen

#### 8.1.1. Bildanalysen mit Hilfe des RES-Systems

cave: Pat. Nr. 31 = Pat. Nr. 07

Pat.: 03, Sitzung: I, Bild: 1

..... ..... X .	..... .....	..... .....	..... .....
1. ..... .. X .. ..... X . X ..... ..... X .. ..... X .. .....	..... ..... ..... .....	5. ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
2. ..... ..... .....	..... ..... .....	6. ..... ..... .....	..... ..... .....
3. .. X .. .. X .. .. X ..	. X ..... . X ..... . X .....	7. ..... ..... .....	..... ..... .....
4. ..... ..... X . .....	..... ..... ..... X .....	8. ..... ..... .....	..... ..... .....
..... X .	.....	9. ..... X . . ..... X . X .....	..... X . ..... X . X .....

Pat.: 03, Sitzung: I, Bild: 3

..... X	..... X .	..... .....	..... .....
1. ..... X .. ..... X .. ..... X .. ..... X .. .....	X ..... ..... ..... ..... ..... X .....	5. ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
2. ..... ..... .....	..... ..... .....	6. ..... ..... .....	..... ..... .....
3. ..... X . ..... X . ..... X .	. . X ..... . . X ..... . X .....	7. ..... ..... .....	..... ..... .....
4. ..... X . ..... X . ..... X	. X ..... X ..... . X .....	8. ..... ..... .....	..... ..... .....
..... X .	.....	9. ..... X . ..... X . X .....	..... X . ..... X . X .....

Pat.: 03, Sitzung: I, Bild: 2

..... ..... X .	..... .....	..... .....	..... .....
1. ..... .. X .. ..... X . X ..... ..... X .. ..... X .. .....	..... ..... .. X ..... .. X ..... ..... ..... .. X ..... .. X .....	5. ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
2. ..... ..... .....	..... ..... .....	6. ..... ..... .....	..... ..... .....
3. ..... X . ..... X . ..... X .	. . X ..... . . X ..... . X .....	7. ..... ..... .....	..... ..... .....
4. ..... X . ..... ..... X	X ..... X ..... X .....	8. ..... ..... .....	..... ..... .....
..... X .	.....	9. ..... X . ..... X . X .....	..... X . ..... X . X .....

Pat.: 03, Sitzung: I, Bild: 4

..... X .	..... X .	..... .....	..... .....
1. ..... X .. ..... X .. ..... X .. .....	..... ..... X ..... .....	5. ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
2. ..... ..... .....	..... ..... .....	6. ..... ..... .....	..... ..... .....
3. ..... X . ..... X . ..... X .	. . X ..... . . X ..... . X .....	7. ..... ..... .....	..... ..... .....
4. ..... X . ..... X . ..... X .	. X ..... . X ..... . X .....	8. ..... ..... .....	..... ..... .....
..... X .	.....	9. ..... X . ..... X . X .....	..... X . ..... X . X .....

Pat.: 03, Sitzung: I, Bild: 5

. x . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
1.		5.	
. . . . x .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . x .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . . x	. . . . .	6.	
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
2.		7.	
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
3.		8.	
. . . . . x	. . . x . .	. . . . .	. . . . .
. . x . . .	x . . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	x . . . . .	. . . . .	. . . . .
4.		9.	
. . . x . .	. . . x . .	. . x . . .	. . . . .
. . . x . .	. . x . . .	. . . . x .	x . . . . .
. . . . . x	. . . . .	. . . . .	. . . . .

Pat.: 03, Sitzung: II, Bild: 2

. . . x . .	. . x . . .	. . . . .	. . . . .
1.		5.	
. . . x . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . . x	x . . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . . x	. . . . .	6.	
. . . . . x	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . . x .	x . . . . .	. . . . .	. . . . .
2.		7.	
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
3.		8.	
. . . . x .	. . x . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . x .	. . . x . .	. . . . .	. . . . .
. . . . . x	. . x . . .	. . . . .	. . . . .
4.		9.	
. . . . . x	x . . . . .	. . . . x .	. . x . . .
. . . . .	. x . . . .	. . . . .	x . . . . .
. . . . .	x . . . . .	. . . . .	. . . . .

Pat.: 03, Sitzung: II, Bild: 1

. . x . . .	. x . . . .	. . . . .	. . . . .
1.		5.	
. . . x . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . x .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	6.	
. . . x . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
2.		7.	
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
3.		8.	
. . . . x .	. . . . x .	. . . . .	. . . . .
. . . x . .	. x . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
4.		9.	
. . x . . .	. x . . . .	. x . . . .	x . . . . .
. . . . x .	. . x . . .	. . . x . .	. . . . .
. . . . . x	. x . . . .	. . . . .	. . . . .

Pat.: 03, Sitzung: II, Bild: 3

. . . x . .	. . x . . .	. . . . .	. . . . .
1.		5.	
. . . . x .	x . . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . x .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . . x	. . . . .	6.	
. . . x . .	. x . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
2.		7.	
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
3.		8.	
. . . x . .	. . x . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . x .	. . . x . .	. . . . .	. . . . .
. . . . . x	. . x . . .	. . . . .	. . . . .
4.		9.	
. . . . x .	. x . . . .	. . x . . .	. . x . . .
. . . . . x	. x . . . .	. . . . x .	x . . . . .
. . . . . x	. x . . . .	. . . . .	. . . . .

Pat.: 03, Sitzung: II, Bild: 4

1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	
		9.	

Pat.: 03, Sitzung: III, Bild: 1

1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	
		9.	

Pat.: 03, Sitzung: II, Bild: 5

1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	
		9.	

Pat.: 03, Sitzung: III, Bild: 2

1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	
		9.	

Pat.: 03, Sitzung: III, Bild: 3

x . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
1.		5.	
. . . . x .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . x .	. . . . .	6.	
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . x .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
2.		7.	
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
3.		8.	
. . . . . x	. . . x . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . . x	. . . x . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
4.		9.	
. . . x . . .	. . . . x . .	. . . x . . .	. . . x . . .
. . . . x . .	. . . . x . .	. . . . x . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .

Pat.: 03, Sitzung: III, Bild: 5

x . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
1.		5.	
. . . . x . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . x . .	. . . . .	6.	
. . . . . x	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
2.		7.	
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
3.		8.	
. . . . . x .	. . . x . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . . x	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
4.		9.	
. . . x . . .	. . . . x . .	. . . x . . .	. . . . x . .
. . . . x . .	. . . . x . .	. . . . . x .	. . . . .
. . . . . x	x . . . . .	. . . . .	. . . . .

Pat.: 03, Sitzung: III, Bild: 4

. . . x . . .	. . . x . . .	. . . . .	. . . . .
1.		5.	
. . . . . x .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . . x	. . . x . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . x . .	x . . . . .	6.	
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . x . . .	. . . . .	. . . . .
2.		7.	
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
3.		8.	
. . . . . x	. . . . x . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . x . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . x . . .	. . . . .	. . . . .
4.		9.	
. . . x . . .	. . . . x . .	. . . x . . .	. . . . x . .
. . . . .	. . . . x . .	. . . . . x	. . . . .
. . . . .	. . . . x . .	. . . . .	. . . . .

Pat.: 03, Sitzung: IV, Bild: 1

. . . x . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
1.		5.	
. . . . . x .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . x . .	x . . . . .	6.	
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
2.		7.	
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
3.		8.	
. . . . x . .	. . . . x . .	. . . . .	. . . . .
. . . . x . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . . x .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
4.		9.	
. . . . x . .	. . . . x . .	. . . . x . .	x . . . . .
. . . . x . .	. . . . .	. . . . x . .	. . . x . . .
. . . . . x	. . . . .	. . . . .	. . . . .







Pat.: 31, Sitzung: I, Bild: 1

..... ..... X .	..... .....	..... .....	..... .....
1. ..... X . ..... ..... X ..... X . .....	..... .....	5. ..... .....	..... .....
2. ..... ..... .....	..... .....	6. ..... .....	..... .....
3. ..... X . ..... X ..... X .	..... .....	7. ..... .....	..... .....
4. ..... X .....	..... .....	8. ..... .....	..... .....
..... .....	..... .....	9. ..... X . ..... X .	..... .....

Pat.: 31, Sitzung: I, Bild: 3

..... ..... X .	..... .....	..... .....	..... .....
1. ..... X X ..... ..... X X ..... ..... X . X ..... ..... X . .....	..... .....	5. ..... .....	..... .....
2. ..... ..... .....	..... .....	6. ..... .....	..... .....
3. ..... X . X ..... ..... X . X .....	..... .....	7. ..... .....	..... .....
4. ..... .....	..... .....	8. ..... .....	..... .....
..... .....	..... .....	9. ..... X . X ..... ..... X	..... .....

Pat.: 31, Sitzung: I, Bild: 2

..... ..... X .	..... .....	..... .....	..... .....
1. ..... X . X ..... ..... X ..... ..... X ..... ..... X ..... ..... X	..... .....	5. ..... .....	..... .....
2. ..... ..... .....	..... .....	6. ..... .....	..... .....
3. ..... X . X ..... ..... X . X ..... ..... X . X .....	..... .....	7. ..... .....	..... .....
4. ..... X . .....	..... .....	8. ..... .....	..... .....
..... .....	..... .....	9. ..... X . X ..... ..... X . X .....	..... .....

Pat.: 31, Sitzung: I, Bild: 4

..... X .	..... X .	..... .....	..... .....
1. ..... X . X ..... ..... X X ..... ..... X . X ..... ..... X X ..... ..... X X .....	..... .....	5. ..... .....	..... .....
2. ..... ..... .....	..... .....	6. ..... .....	..... .....
3. ..... X . X ..... ..... X . X .....	..... .....	7. ..... .....	..... .....
4. ..... X . ..... X ..... X	..... .....	8. ..... .....	..... .....
..... .....	..... .....	9. ..... X . X ..... ..... X . X .....	..... .....

Pat.: 31, Sitzung: I, Bild: 5

..... X	... X ..	.....	.....
1.		5.	
..... X .	X .....	.....	.....
..... X	.....	.....	.....
..... X .	X .....	6.	
..... X .	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
.....	. X .....	.....	.....
... X ..	. X .....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
4.		9.	
..... X	.....	..... X .	X .....
..... X .	.....	..... X	.....
.....	.....	.....	.....

Pat.: 31, Sitzung: II, Bild: 1

. . X . . .	.....	.....	.....
1.		5.	
..... X .	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	6.	
... X . .	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
. . . X . .	. . X . . .	.....	.....
. . X . . .	X . . . . .	.....	.....
.....	X . . . . .	.....	.....
4.		9.	
..... X .	.....	..... X .	. . X . . .
. . . X . .	X . . . . .	..... X	.....
.....	X . . . . .	.....	.....

Pat.: 31, Sitzung: II, Bild: 2

. . . X . .	. X .....	.....	.....
1.		5.	
..... X .	.....	.....	.....
..... X	.....	.....	.....
..... X	.....	6.	
..... X .	.....	.....	.....
.....	X .....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
. . . X . .	. . . X . .	.....	.....
. . . X . .	. . . X . .	.....	.....
.....	. X .....	.....	.....
4.		9.	
..... X .	. X .....	..... X	. X .....
..... X	X .....	..... X	. X .....
.....	.....	.....	.....

Pat.: 31, Sitzung: II, Bild: 3

. . . X . .	. X .....	.....	.....
1.		5.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	6.	
..... X	.....	.....	.....
. . . X . .	X . . . . .	.....	.....
.....	.....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
. . . . X .	. X . . . .	.....	.....
. . . . X .	. . X . . .	.....	.....
.....	.....	.....	.....
4.		9.	
..... X .	X . . . . .	..... X .	. X .....
. . . . X .	X . . . . .	..... X .	.....
.....	X . . . . .	.....	.....

Pat.: 31, Sitzung: II, Bild: 4

..... X .	..... X .	.....	.....
1.		5.	
.....	.....	.....	.....
..... X	. X . . . .	.....	.....
..... X . .	. . X . . . .	6.	
..... X	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
.....	..... X . .	.....	.....
.....	. . X . . . .	.....	.....
.....	.....	.....	.....
4.		9.	
.....	X . . . . .	. . . X . .	X . . . . .
.....	X . . . . .	. . . . . X	. X . . . . .
.....	.....	.....	.....

Pat.: 31, Sitzung: II, Bild: 5

. . X . . . .	.....	.....	.....
1.		5.	
.....	.....	.....	.....
..... X	.....	.....	.....
.....	.....	6.	
..... X	.....	.....	.....
..... X .	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
. . . . X .	. . X . . . .	.....	.....
. . . X . .	X . . . . .	.....	.....
..... X	.....	.....	.....
4.		9.	
. . . X . .	.....	. . X . . .	. . X . . .
. . . . X .	.....	. . . . X .	.....
..... X	.....	.....	.....

Pat.: 31, Sitzung: III, Bild: 1

. . X . . . .	. X . . . . .	.....	.....
1.		5.	
.....	.....	.....	.....
..... X	.....	.....	.....
.....	X . . . . .	6.	
..... X .	X . . . . .	.....	.....
..... X .	.....	.....	.....
..... X	.....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
. . . . X .	. . . X . .	.....	.....
.....	. . . X . .	.....	.....
.....	.....	.....	.....
4.		9.	
. . . . X .	.....	. . X . . .	. . X . . .
.....	. . X . . .	. . . X . .	.....
.....	.....	.....	.....

Pat.: 31, Sitzung: III, Bild: 4

. . X . . . .	X . . . . .	.....	.....
1.		5.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	6.	
..... X .	X . . . . .	.....	.....
. . . X . .	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
.....	. . . X . .	.....	.....
.....	. . . X . .	.....	.....
.....	.....	.....	.....
4.		9.	
. . . . X .	.....	. . X . . .	. X . . . .
. . . X . .	. . X . . .	. . . X . .	.....
.....	.....	.....	.....

Pat.: 31, Sitzung: III, Bild: 5

1.	2.	3.	4.
5.	6.	7.	8.
9.			

Pat.: 31, Sitzung: IV, Bild: 1

1.	2.	3.	4.
5.	6.	7.	8.
9.			

Pat.: 31, Sitzung: IV, Bild: 2

1.	2.	3.	4.
5.	6.	7.	8.
9.			

Pat.: 31, Sitzung: IV, Bild: 3

1.	2.	3.	4.
5.	6.	7.	8.
9.			

Pat.: 31, Sitzung: IV, Bild: 4

.. x ..	.....	.....	.....
1.		5.	
..... x .	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
..... x .	x .....	6.	
..... x .	.....	.....	.....
.....	x .....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
..... x .	..... x .	.....	.....
..... x .	..... x .	.....	.....
.....	.....	.....	.....
4.		9.	
..... x .	.....	..... x .	..... x .
..... x .	..... x .	..... x .	.....
.....	x .....	.....	.....

Pat.: 31, Sitzung: IV, Bild: 5

. x .....	.....	.....	.....
1.		5.	
..... x .	.....	.....	.....
..... x	.....	.....	.....
..... x .	.....	6.	
..... x .	.....	.....	.....
..... x .	x .....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
..... x .	..... x .	.....	.....
..... x .	..... x .	.....	.....
.....	.....	.....	.....
4.		9.	
..... x .	.....	..... x .	..... x .
..... x .	.....	..... x	..... x .
.....	x .....	.....	.....

Pat.: 31, Sitzung: V, Bild: 1

.. x ..	x .....	.....	.....
1.		5.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	6.	
.....	.....	.....	.....
..... x .	x .....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
.....	..... x .	.....	.....
.....	..... x .	.....	.....
.....	.....	.....	.....
4.		9.	
..... x .	.....	..... x .	..... x .
..... x	x .....	..... x .	..... x .
.....	.....	.....	.....

Pat.: 31, Sitzung: V, Bild: 2

. x .....	.....	.....	.....
1.		5.	
..... x .	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
..... x .	.....	6.	
..... x .	.....	.....	.....
..... x	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
..... x .	..... x .	.....	.....
..... x	..... x .	.....	.....
.....	x .....	.....	.....
4.		9.	
..... x .	.....	..... x .	..... x .
..... x .	..... x .	..... x .	.....
.....	x .....	.....	.....



Pat.: 27, Sitzung: I, Bild: 1

..... X	..... X .	.....	.....
1.		5.	
..... X .	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
..... X	.....	6.	
..... X .	.....	.....	.....
..... X	X .....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
..... X	..... X .	.....	.....
..... X	..... X .	.....	.....
.....	..... X .....	.....	.....
4.		9.	
..... X .	..... X .....	..... X .	..... X .
..... X	..... X .....	..... X .	..... X .
.....	X .....	.....	.....

Pat.: 27, Sitzung: I, Bild: 2

..... X . .	..... X .....	.....	.....
1.		5.	
..... X . .	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
..... X	.....	6.	
..... X .	X .....	.....	.....
..... X	.....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
..... X .....	..... X .....	.....	.....
..... X . .	..... X . .	.....	.....
..... X	X .....	.....	.....
4.		9.	
..... X .	.....	..... X .	..... X .
..... X	..... X .....	..... X .	..... X .
.....	X .....	.....	.....

Pat.: 27, Sitzung: I, Bild: 3

..... X .....	..... X .....	.....	.....
1.		5.	
..... X .	.....	.....	.....
.....	X .....	.....	.....
..... X	.....	6.	
..... X .	..... X .....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
..... X . .	..... X .....	.....	.....
..... X . .	..... X .....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
4.		9.	
..... X . .	..... X .....	..... X . .	..... X . .
..... X .	X .....	..... X . .	..... X . .
.....	X .....	.....	.....

Pat.: 27, Sitzung: I, Bild: 4

..... X .....	.....	.....	.....
1.		5.	
.....	.....	.....	.....
..... X	.....	.....	.....
.....	.....	6.	
..... X . .	..... X .....	.....	.....
..... X	..... X .....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
..... X . .	..... X . .	.....	.....
..... X . .	..... X .....	.....	.....
.....	..... X .....	.....	.....
4.		9.	
.....	X .....	..... X . .	..... X . .
..... X .	X .....	..... X . .	..... X . .
.....	X .....	.....	.....







Pat.: 29, Sitzung: I, Bild: 1

..... X ..	. X .....	.....	.....
1.		5.	
..... X	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
..... X .	X .....	6.	
.....	.....	.....	.....
..... X	. X .....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
.....	. . X . . .	.....	.....
.....	. . X . . .	.....	.....
..... X .	.....	.....	.....
4.		9.	
.....	. X .....	. . . X . .	. . X . . .
..... X .	X .....	. . . X . .	.....
.....	.....	.....	.....

Pat.: 29, Sitzung: I, Bild: 2

..... X	..... X ..	.....	.....
1.		5.	
. . X . . .	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	6.	
. . . X . .	X .....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
. . X . . .	.....	.....	.....
. . . X . .	X .....	.....	.....
..... X	.....	.....	.....
4.		9.	
.....	.....	. . . . X .	. . . X . .
.....	.....	. . . X . .	. X .....
.....	.....	.....	.....

Pat.: 29, Sitzung: I, Bild: 3

.....	..... X .	.....	.....
1.		5.	
..... X	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
..... X	.....	6.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
.....	. . X . . .	.....	.....
.....	. . X . . .	.....	.....
.....	.....	.....	.....
4.		9.	
.....	. . X . . .	. . . . X	. . . X . .
.....	. X .....	. . . . X	. X .....
..... X	.....	.....	.....

Pat.: 29, Sitzung: I, Bild: 4

. . X . . .	. X .....	.....	.....
1.		5.	
..... X .	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
. . . X . .	.....	6.	
.....	.....	.....	.....
. . . . X .	.....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
.....	. . . X . .	.....	.....
.....	. . . X . .	.....	.....
..... X	.....	.....	.....
4.		9.	
.....	.....	. . . X . .	. X .....
.....	. X .....	. . X . . .	.....
.....	.....	.....	.....

Pat.: 29, Sitzung: I, Bild: 5

1.	2.	3.	4.
5.	6.	7.	8.
9.	10.	11.	12.

Pat.: 29, Sitzung: II, Bild: 1

1.	2.	3.	4.
5.	6.	7.	8.
9.	10.	11.	12.

Pat.: 29, Sitzung: II, Bild: 2

1.	2.	3.	4.
5.	6.	7.	8.
9.	10.	11.	12.

Pat.: 29, Sitzung: II, Bild: 3

1.	2.	3.	4.
5.	6.	7.	8.
9.	10.	11.	12.

Pat.: 29, Sitzung: II, Bild: 4

.....	... X ..	.....	.....
1.		5.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
..... X .	... X ..	6.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.	... X ..	8.	
.....	... X ..	.....	.....
.....	... X ..	.....	.....
.....	. X .....	.....	.....
4.	X .....	9.	
.....	X .....	... X ..	. X .....
.....	.....	... X ..	. X .....
.....	.....	.....	.....

Pat.: 29, Sitzung: III, Bild: 1

... X .....	.....	.....	.....
1.		5.	
.....	.....	.....	.....
..... X .	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
..... X .	.....	6.	
... X ..	. X .....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.	... X ..	8.	
.....	... X ..	.....	.....
. X .....	.....	.....	.....
..... X .	.....	.....	.....
4.	X .....	9.	
.....	X .....	... X ..	. X .....
..... X .	.....	... X ..	. X .....
.....	.....	.....	.....

Pat.: 29, Sitzung: II, Bild: 5

... X .....	.....	.....	.....
1.		5.	
.....	.....	.....	.....
... X .	.....	.....	.....
..... X	.....	.....	.....
..... X .	.....	6.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.	. X .....	8.	
... X ..	... X ..	.....	.....
... X ..	.....	.....	.....
..... X .	.....	.....	.....
4.		9.	
.....	.....	... X ..	. X .....
.....	.....	... X ..	. X .....
.....	.....	.....	.....

Pat.: 29, Sitzung: III, Bild: 2

... X .....	... X .....	.....	.....
1.		5.	
.....	.....	.....	.....
... X ..	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
..... X .	.....	6.	
... X ..	. X .....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.	... X ..	8.	
.....	... X ..	.....	.....
... X ..	... X ..	.....	.....
..... X .	. X .....	.....	.....
4.	X .....	9.	
.....	X .....	... X ..	. X .....
.....	.....	... X ..	. X .....
.....	X .....	.....	.....





Pat.: 33, Sitzung: I, Bild: 1

.....	..... X	.....	.....
1.		5.	
..... X	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
..... X .	.....	6.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
.....	..... X .	.....	.....
.....	..... X .	.....	.....
.....	. X .....	.....	.....
4.		9.	
.....	. . X .....	. . X .....	. . . X . .
.....	. X .....	.....	. . X .....
.....	.....	.....	.....

Pat.: 33, Sitzung: I, Bild: 2

..... X .	..... X . .	.....	.....
1.		5.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
..... X	.....	6.	
.....	. X .....	.....	.....
. . . X . .	X .....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
..... X	. . . X . .	.....	.....
..... X .	. . X .....	.....	.....
..... X	.....	.....	.....
4.		9.	
.....	. X .....	. . . . X .	. . . . X . .
.....	X .....	.....	X .....
.....	.....	.....	.....

Pat.: 33, Sitzung: I, Bild: 3

.....	..... X . .	.....	.....
1.		5.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
..... X . .	.....	6.	
.....	. X .....	.....	.....
..... X	. X .....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
.....	. . . X . .	.....	.....
.....	. . . X . .	.....	.....
.....	. X .....	.....	.....
4.		9.	
.....	. . X .....	. . X .....	. . X .....
.....	. X .....	..... X	.....
.....	X .....	.....	.....

Pat.: 33, Sitzung: I, Bild: 4

.....	..... X . .	.....	.....
1.		5.	
..... X . .	.....	.....	.....
.....	. X .....	.....	.....
..... X .	X .....	6.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
2.		7.	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
3.		8.	
..... X .	. . X .....	.....	.....
.....	. . . X . .	.....	.....
.....	.....	.....	.....
4.		9.	
.....	. X .....	. . . X . .	. X .....
.....	X .....	. . X .....	. X .....
.....	X .....	.....	.....









### 8.1.2. Bildanalysen nach den Millon-Kriterien

Pat.-Nr. 03

Sitzung-Nr. I

## Millon Kriterien

Bild-Nr. 1	Wohlbefinden . . . . .   . . . x . . . passiv . . . . x .   x . . . . . selbstbezogen . . x . . .   . . x . . . rational . . . . x .   x . . . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 2	Wohlbefinden . . . . .   . . . x . . . passiv . x . . . .   . x . . . . . selbstbezogen . x . . . .   x . . . . . rational . x . . . .   . x . . . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 3	Wohlbefinden . . . . x .   . . . x . . . passiv . . . . x .   . . x . . . . selbstbezogen . . x . . .   . x . . . . . rational . . . x . .   . x . . . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 4	Wohlbefinden . . . . x .   . . . . x . passiv . . . . . x   . . . . . x . selbstbezogen . . . . x .   . . . . x . . rational . x . . . .   . . x . . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 5	Wohlbefinden . x . . . .   . . . . . passiv . . . . .   . . . . . x . selbstbezogen . . . . x .   . . . . x . . rational . . x . . .   . . . . x . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr.	Wohlbefinden . . . . .   . . . . . passiv . . . . .   . . . . . selbstbezogen . . . . .   . . . . . rational . . . . .   . . . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr.	Wohlbefinden . . . . .   . . . . . passiv . . . . .   . . . . . selbstbezogen . . . . .   . . . . . rational . . . . .   . . . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig

## Millon Kriterien

Bild-Nr. 1	Wohlbefinden . . . . x .   . . . x . . . . passiv . . . x . .   . . . x . . selbstbezogen . x . . . .   x . . . . . rational . . . . . x   . . . . . x .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 2	Wohlbefinden . . . . .   . . . x . . . . passiv . . x . . .   . . . x . . . . selbstbezogen . . x . . .   . . x . . . . rational . . x . . .   . . . x . . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 3	Wohlbefinden . . . . x . .   . . . x . . . . passiv . . . . x . .   . . . x . . . . selbstbezogen . . x . . .   . . x . . . . rational . . . . . x .   . . . . . x . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 4	Wohlbefinden . . . . x . .   . . . x . . . . passiv . . . . x . .   . . . . . x . . selbstbezogen . x . . . .   . . x . . . . rational . . x . . .   . . . . . x . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 5	Wohlbefinden . . x . . .   . . x . . . . passiv . . . . . x .   . . . x . . . . selbstbezogen . . x . . .   . . x . . . . rational . . . . . x   . . . . . x .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr.	Wohlbefinden . . . . .   . . . . . . . . passiv . . . . .   . . . . . . . . selbstbezogen . . . . .   . . . . . . . . rational . . . . .   . . . . . . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr.	Wohlbefinden . . . . .   . . . . . . . . passiv . . . . .   . . . . . . . . selbstbezogen . . . . .   . . . . . . . . rational . . . . .   . . . . . . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig

Pat.-Nr. 03

Sitzung-Nr. III

## Millon Kriterien

Bild-Nr. 1	Wohlbefinden . . . . x .   . . x . . . . passiv . . . x . .   . . . x . . selbstbezogen . . x . . .   x . . . . . rational . . . . . x   . . . . . x .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 2	Wohlbefinden . x . . . .   . . . . . . . passiv . . . . . x   . . . . x . . selbstbezogen . . x . . .   . x . . . . rational . . . . . x .   . . . . . x .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 3	Wohlbefinden . x . . . .   x . . . . . passiv . . . . . .   . . . . . x . selbstbezogen . . . x . .   . . x . . . . rational . . . . . x .   . . . . . x .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 4	Wohlbefinden . . x . . .   . x . . . . . passiv . . . . . x   . . . . . x . selbstbezogen . . x . . .   . . x . . . . rational . . . . . x .   . . . . . x .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 5	Wohlbefinden . x . . . .   x . . . . . passiv . . . . . x .   . . . . x . . selbstbezogen . . . x . .   . x . . . . . rational . . . . . x .   . . . . x . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr.	Wohlbefinden . . . . .   . . . . . . . passiv . . . . .   . . . . . . . selbstbezogen . . . . .   . . . . . . . rational . . . . .   . . . . . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr.	Wohlbefinden . . . . .   . . . . . . . passiv . . . . .   . . . . . . . selbstbezogen . . . . .   . . . . . . . rational . . . . .   . . . . . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig

## Millon Kriterien

Bild-Nr. 1	Wohlbefinden . . . . x .   . . x . . . . passiv . . . . .   . . . x . . selbstbezogen . . . x . .   . . x . . . . rational . . x . . . .   . x . . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 2	Wohlbefinden . . . . .   . . x . . . . passiv . . . . .   . . . . x . . selbstbezogen . . x . . . .   . . . x . . . rational . . x . . . .   . . . x . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 3	Wohlbefinden . . . . .   . . . x . . . passiv . . . . .   . . . . x . . selbstbezogen . x . . . .   . . . x . . . rational . . . x . . .   . . . . x . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 4	Wohlbefinden . . . . x .   . . x . . . . passiv . . . x . . .   . . x . . . . selbstbezogen . . x . . . .   . x . . . . . rational . . . . . x   . . . . . x .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 5	Wohlbefinden . . . . x .   . . x . . . . passiv . . . . .   . . . . x . . selbstbezogen . x . . . .   . . . . x . . rational . . . x . . .   . . . x . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr.	Wohlbefinden . . . . .   . . . . . . . passiv . . . . .   . . . . . . . selbstbezogen . . . . .   . . . . . . . rational . . . . .   . . . . . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr.	Wohlbefinden . . . . .   . . . . . . . passiv . . . . .   . . . . . . . selbstbezogen . . . . .   . . . . . . . rational . . . . .   . . . . . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig

Pat.-Nr. 03

Sitzung-Nr. V

## Millon Kriterien

Bild-Nr. 1	Wohlbefinden	. x . . . .   . . . . .	Schmerz
	passiv	. . . x . .   . . . . x . .	aktiv
	selbstbezogen	. x . . . .   . x . . . .	sozial bezogen
	rational	. . . x . .   . . . . x . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 2	Wohlbefinden	x . . . . .   . . . . .	Schmerz
	passiv	. . . . .   . . . . x . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . x . .   . . . . x . .	sozial bezogen
	rational	. . . . . x   . . . . x . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 3	Wohlbefinden	x . . . . .   x . . . . .	Schmerz
	passiv	. . . . x .   . . . . x . .	aktiv
	selbstbezogen	. . x . . .   x . . . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . . x   . . . . x . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 4	Wohlbefinden	. . x . . .   . x . . . .	Schmerz
	passiv	. . . . .   . . . . x . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . x . .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . x .   . . . . x . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 5	Wohlbefinden	x . . . . .   . . . . .	Schmerz
	passiv	. . . x . .   . . . . . x . .	aktiv
	selbstbezogen	. x . . . .   . . . . x . .	sozial bezogen
	rational	. . x . . .   . . . . x . .	gefühlsmässig
Bild-Nr.	Wohlbefinden	. . . . .   . . . . .	Schmerz
	passiv	. . . . .   . . . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . . .   . . . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . .   . . . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr.	Wohlbefinden	. . . . .   . . . . .	Schmerz
	passiv	. . . . .   . . . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . . .   . . . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . .   . . . . .	gefühlsmässig

Pat.-Nr. 07

Sitzung-Nr. I

**Millon Kriterien**

Bild-Nr. 1	Wohlbefinden . . . . .   . . . . x . passiv . x . . . .   . . . . . selbstbezogen . . . x . .   . . . . . rational . . . x . .   . . . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 2	Wohlbefinden . . . . x .   . . . x . . passiv . . x . . .   . x . . . . selbstbezogen . . . x . .   . . . . . rational . . . x . .   x . . . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 3	Wohlbefinden . . . . x .   . . . x . . passiv . . x . . .   . x . . . . selbstbezogen . . . x . .   . . . . . rational . . . x . .   . . . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 4	Wohlbefinden . . . x . .   . . . x . . passiv . . . x . .   . . x . . . selbstbezogen . . . . .   . x . . . . rational . . . x . .   . . x . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 5	Wohlbefinden . . . . x .   . . x . . . passiv . . x . . .   . x . . . . selbstbezogen . . . x . .   . . . . . rational . . . x . .   . . x . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig

Pat.-Nr. 07

Sitzung-Nr. II

## Millon Kriterien

Bild-Nr. 1	Wohlbefinden . . . x . . .   . . . . . . . . . .	Schmerz
	passiv . . . . .   . . . x . . . . .	aktiv
	selbstbezogen . . . . .   . . . x . . . . .	sozial bezogen
	rational . . . . .   . . . x . . . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 2	Wohlbefinden . . . . x .   . . . x . . . . .	Schmerz
	passiv . . . . x .   . . . x . . . . .	aktiv
	selbstbezogen . . . . .   . . . x . . . . .	sozial bezogen
	rational . . . x . .   . . . x . . . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 3	Wohlbefinden . . . . x .   . . . . x . . . . .	Schmerz
	passiv . . . x . .   . . . . . . . . . .	aktiv
	selbstbezogen . . . x . .   . . . . . . . . . .	sozial bezogen
	rational . . . x . .   . . . x . . . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 4	Wohlbefinden . . . x . .   . . . . x . . . . .	Schmerz
	passiv . . . . x .   . . . x . . . . .	aktiv
	selbstbezogen . . . x . .   . . . . . . . . . .	sozial bezogen
	rational . . . x . .   . . . x . . . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 5	Wohlbefinden . . . x . .   . . . . . . . . . .	Schmerz
	passiv . . . . x .   . . . x . . . . .	aktiv
	selbstbezogen . . . . .   . . . x . . . . .	sozial bezogen
	rational . . . . .   . . . x . . . . .	gefühlsmässig

Pat.-Nr. 07

Sitzung-Nr. III

**Millon Kriterien**

Bild-Nr. 1	Wohlbefinden	. . . . .   . . . . .	Schmerz
	passiv	. . . . .   . . . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . . .   . . . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . .   . . . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 4	Wohlbefinden	. . . . .   . . . . .	Schmerz
	passiv	. . . . .   . . . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . . .   . . . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . .   . . . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 5	Wohlbefinden	. . . . .   . . . . .	Schmerz
	passiv	. . . . .   . . . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . . .   . . . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . .   . . . . .	gefühlsmässig

entfällt, da nur 3 von 5 Bildern vorhanden

Pat.-Nr. 07

Sitzung-Nr. IV

**Millon Kriterien**

Bild-Nr. 1	Wohlbefinden . . . x . .   . . . . .	Schmerz
	passiv . . . . .   . . x . . .	aktiv
	selbstbezogen . . . . .   . x . . . .	sozial bezogen
	rational . . . . x .   . . x . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 2	Wohlbefinden . . . x . .   . x . . . .	Schmerz
	passiv . . . . .   . . . x . .	aktiv
	selbstbezogen . . . . .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational . . . . x .   . . x . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 3	Wohlbefinden . . x . . .   . x . . . .	Schmerz
	passiv . . . . .   . . . x . .	aktiv
	selbstbezogen . . . . .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational . . . . .   . . . x . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 4	Wohlbefinden . . . x . .   . x . . . .	Schmerz
	passiv . . . . .   . . x . . .	aktiv
	selbstbezogen . . . . x .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational . . . . x .   . . x . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 5	Wohlbefinden . . x . . .   . . . . .	Schmerz
	passiv . . . . .   . . x . . .	aktiv
	selbstbezogen . . . . .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational . . . . .   . . . x . .	gefühlsmässig

Pat.-Nr. 07

Sitzung-Nr. V

## Millon Kriterien

Bild-Nr. 1	Wohlbefinden	. x . . . .   . . x . . .	Schmerz
	passiv	. . . . x .   . . x . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . x . .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . x .   . . x . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 2	Wohlbefinden	. x . . . .   . . . . . .	Schmerz
	passiv	. . . . . .   . . . x . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . . . .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . . x   . . . x . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 3	Wohlbefinden	. . x . . .   . x . . . .	Schmerz
	passiv	. . . . . .   . . x . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . x . .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . x .   . . . x . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 4	Wohlbefinden	x . . . . .   . . . . . .	Schmerz
	passiv	. . . x . .   . . . x . .	aktiv
	selbstbezogen	. x . . . .   . . . . x .	sozial bezogen
	rational	. . x . . .   . . . . x .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 5	Wohlbefinden	x . . . . .   x . . . . .	Schmerz
	passiv	. . . . x .   . . . x . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . x . .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . . .   . . . x . .	gefühlsmässig

Pat.-Nr. 27

Sitzung-Nr. I

**Millon Kriterien**

Bild-Nr. 1	Wohlbefinden . . . . x .   . . . x . . passiv . . . . .   . . x . . . selbstbezogen . . . x . .   . . . . . rational . . . x . .   . . x . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 2	Wohlbefinden . . . . x .   . . x . . . passiv . . . . x .   . . . x . . selbstbezogen . . . x . .   . . . . . rational . . . . .   . . x . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 3	Wohlbefinden . . . x . .   . . x . . . passiv . . . . .   . . . x . . selbstbezogen . . . . .   . . x . . . rational . . . . .   . . x . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 4	Wohlbefinden . . . x . .   . . x . . . passiv . . . . .   . . . x . . selbstbezogen . . . x . .   . . x . . . rational . . . . x .   . . . x . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig
Bild-Nr. 5	Wohlbefinden . . . x . .   . . x . . . passiv . . . . .   . . x . . . selbstbezogen . . . x . .   . . x . . . rational . . . . x .   . . x . . .	Schmerz aktiv sozial bezogen gefühlsmässig

Pat.-Nr. 27

Sitzung-Nr. II

**Millon Kriterien**

Bild-Nr. 1	Wohlbefinden	. . . x . . .   . . x . . . .	Schmerz
	passiv	. . . . .   . . . x . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . . .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . .   . . . x . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 2	Wohlbefinden	. . . . x .   . . x . . .	Schmerz
	passiv	. . . x . .   . . x . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . x . .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . x .   . . x . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 3	Wohlbefinden	. . . x . .   . . x . . .	Schmerz
	passiv	. . . x . .   . . x . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . x . .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . .   . . . x . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 4	Wohlbefinden	. . . . .   . . x . . .	Schmerz
	passiv	. . . . x .   . . . x . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . . .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . x .   . . . x . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 5	Wohlbefinden	. . . x . .   . . . x . .	Schmerz
	passiv	. . . x . .   . . x . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . x . .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational	. . . x . .   . . . x . .	gefühlsmässig

## Millon Kriterien

Bild-Nr. 1	Wohlbefinden . . . x . .   . x . . . .	Schmerz
	passiv . . . . .   . . x . . .	aktiv
	selbstbezogen . . . x . .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational . . . . x .   . . x . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 2	Wohlbefinden . . . x . .   . x . . . .	Schmerz
	passiv . . . . .   . . x . . .	aktiv
	selbstbezogen . . . . .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational . . . . .   . . x . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 3	Wohlbefinden . . . x . .   . . . x . .	Schmerz
	passiv . . . . .   . . x . . .	aktiv
	selbstbezogen . . . x . .   . . . . .	sozial bezogen
	rational . . . . .   . . x . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 4	Wohlbefinden . . . x . .   . . . x . .	Schmerz
	passiv . . . . .   . . . x . .	aktiv
	selbstbezogen . . . . x .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational . . . . x .   . . . x . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 5	Wohlbefinden . . x . . .   . . x . . .	Schmerz
	passiv . . . . .   . . . x . .	aktiv
	selbstbezogen . . . x . .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational . . . . .   . . . x . .	gefühlsmässig

## Millon Kriterien

Bild-Nr. 1	Wohlbefinden	. . . x . .   . x . . . .	Schmerz
	passiv	. . . . x .   . . x . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . x . . .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . x .   . . . x . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 2	Wohlbefinden	. . . . . .   . . x . . .	Schmerz
	passiv	. . . x . .   . . . . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . . . .   . . . . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . x .   . x . . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 3	Wohlbefinden	. . . . . .   . . . . x .	Schmerz
	passiv	. . . . x .   . . . x . .	aktiv
	selbstbezogen	. . x . . .   . . . . . .	sozial bezogen
	rational	. . . x . .   . x . . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 4	Wohlbefinden	. . . x . .   . . . x . .	Schmerz
	passiv	. . . . x .   . . x . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . . x .   . . . . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . x .   . . x . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 5	Wohlbefinden	. . . x . .   . x . . . .	Schmerz
	passiv	. . . x . .   . . . . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . . . .   . x . . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . . .   . . x . . .	gefühlsmässig

Pat.-Nr. 29

Sitzung-Nr. II

## Millon Kriterien

Bild-Nr. 1	Wohlbefinden . . . x . .   . . . . .	Schmerz
	passiv . . . . x .   . . x . . .	aktiv
	selbstbezogen . . . . .   . x . . . .	sozial bezogen
	rational . . . . x .   . . x . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 2	Wohlbefinden . . . x . .   . x . . . .	Schmerz
	passiv . . . x . .   . . . . .	aktiv
	selbstbezogen . . . . x .   . . . . .	sozial bezogen
	rational . . . . x .   . . x . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 3	Wohlbefinden . . x . . .   . . x . . .	Schmerz
	passiv . . . . .   . . x . . .	aktiv
	selbstbezogen . . . x . .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational . . . x . .   . . x . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 4	Wohlbefinden . . . . .   . . . x . .	Schmerz
	passiv . . . . .   . . x . . .	aktiv
	selbstbezogen . . . . x .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational . . . x . .   . . x . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 5	Wohlbefinden . . x . . .   . . . . .	Schmerz
	passiv . . . x . .   . . x . . .	aktiv
	selbstbezogen . . . . .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational . . . . x .   . . x . . .	gefühlsmässig

## Millon Kriterien

Bild-Nr. 1	Wohlbefinden . . x . . .   . x . . . .	Schmerz
	passiv . . . x . .   . . x . . .	aktiv
	selbstbezogen . . . . .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational . . . . .   . . . .x . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 2	Wohlbefinden . . x . . .   . x . . . .	Schmerz
	passiv . . . . .   . . x . . .	aktiv
	selbstbezogen . . . . .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational . . . . . x   . . . . x . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 3	Wohlbefinden . . . x . .   . x . . . .	Schmerz
	passiv . . . . x .   . . x . . .	aktiv
	selbstbezogen . . . x . .   . . . . .	sozial bezogen
	rational . . . x . .   . x . . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 4	Wohlbefinden . . . . x .   . . x . . .	Schmerz
	passiv . . . . x .   . x . . . .	aktiv
	selbstbezogen . . . . .   . . . . .	sozial bezogen
	rational . . . x . .   . . x . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 5	Wohlbefinden . . . x . .   . . x . . .	Schmerz
	passiv . . . . x .   . x . . . .	aktiv
	selbstbezogen . . . . x .   . . x . . .	sozial bezogen
	rational . . . x . .   . . x . . .	gefühlsmässig

Pat.-Nr. 29

Sitzung-Nr. IV

**Millon Kriterien**

Bild-Nr. 1	Wohlbefinden	. . . . .		. x . . . . .	Schmerz
	passiv	. . . x . . .		. . . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . . .		. . . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . .		. . x . . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 2	Wohlbefinden	. . . x . . .		. . x . . . .	Schmerz
	passiv	. . . . .		. x . . . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . . .		. . x . . . .	sozial bezogen
	rational	. . . x . . .		. . x . . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 3	Wohlbefinden	. . . x . . .		. . x . . . .	Schmerz
	passiv	. . . . .		. . . x . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . x . . .		. . x . . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . x . .		. . . x . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 4	Wohlbefinden	. . x . . . .		. . x . . . .	Schmerz
	passiv	. . . x . . .		. . x . . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . x . . .		. . . x . . .	sozial bezogen
	rational	. . . x . . .		. . . x . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 5	Wohlbefinden	. . . x . . .		. x . . . . .	Schmerz
	passiv	. . . x . . .		. . . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . . .		. . . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . .		. . x . . . .	gefühlsmässig

Pat.-Nr. 33	Sitzung-Nr. I
-------------	---------------

### Millon Kriterien

Bild-Nr. 1	Wohlbefinden . . . . .   . . . . . x Schmerz
	passiv . . . x . .   . . . . . aktiv
	selbstbezogen . . . x . .   . . . . . sozial bezogen
	rational . . . x . .   . . x . . . gefühlsmässig
Bild-Nr. 2	Wohlbefinden . . . . x .   . . x . . . Schmerz
	passiv . . . x . .   . . . . . aktiv
	selbstbezogen . . . x . .   . . . . . sozial bezogen
	rational . . . x . .   . . x . . . gefühlsmässig
Bild-Nr. 3	Wohlbefinden . . . x . .   . . . . x . Schmerz
	passiv . . . . .   . . . x . . aktiv
	selbstbezogen . . x . . .   . . . . . sozial bezogen
	rational . . x . . .   . . . . x . gefühlsmässig
Bild-Nr. 4	Wohlbefinden . . . . .   . . . . x . Schmerz
	passiv . . . x . .   . . . x . . aktiv
	selbstbezogen . . . x . .   . . . . . sozial bezogen
	rational . . . x . .   . . . x . . gefühlsmässig
Bild-Nr. 5	Wohlbefinden . . . x . .   . x . . . . Schmerz
	passiv . . . . .   . . x . . . aktiv
	selbstbezogen . . x . . .   . . . . . sozial bezogen
	rational . . . x . .   . . . x . . gefühlsmässig

Pat.-Nr. 33

Sitzung-Nr. II

**Millon Kriterien**

Bild-Nr. 1	Wohlbefinden	. . . . .		x . . . . .	Schmerz
	passiv	. . . x . .		. . . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . . x .		. . . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . .		. . x . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 2	Wohlbefinden	. . . . .	x	. x . . . . .	Schmerz
	passiv	. . . x . .		. x . . . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . . x .		. . . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . .		. . x . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 3	Wohlbefinden	. . . x . .		x . . . . .	Schmerz
	passiv	. . . x . .		. . . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . x . .		. . . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . .		. . . x . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 4	Wohlbefinden	. . . x . .		. . x . . . .	Schmerz
	passiv	. . . . .		. . x . . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . x . .		. . x . . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . x .		. . . x . . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 5	Wohlbefinden	. . . . x .		. . . x . . .	Schmerz
	passiv	. . . . .		. . x . . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . . .		. . x . . . .	sozial bezogen
	rational	. . . x . .		. x . . . . .	gefühlsmässig

Pat.-Nr. 33

Sitzung-Nr. III

**Millon Kriterien**

Bild-Nr. 1	Wohlbefinden	. . . . x .   . . . x . . .	Schmerz
	passiv	. . . x . .   . . . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . x . .   . . . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . .   . . . x . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 2	Wohlbefinden	. . . x . .   . . . x . . .	Schmerz
	passiv	. . . . .   . . . x . . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . x . .   . x . . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . x .   . . . x . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 3	Wohlbefinden	. . x . . .   . . . x . . .	Schmerz
	passiv	. . . . .   . . . x . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . x . .   . . . x . . .	sozial bezogen
	rational	. . . . x .   . . . . x .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 4	Wohlbefinden	. . . . x .   . . . x . .	Schmerz
	passiv	. . . x . .   . . . x . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . x . .   . . . . .	sozial bezogen
	rational	. . . x . .   . . . x . .	gefühlsmässig
Bild-Nr. 5	Wohlbefinden	. x . . . .   x . . . . .	Schmerz
	passiv	. . . . .   . . . x . .	aktiv
	selbstbezogen	. . . . .   . . . x . .	sozial bezogen
	rational	. . . x . .   . . . x . .	gefühlsmässig

Pat.-Nr. 33	Sitzung-Nr. IV
-------------	----------------

## Millon Kriterien

Bild-Nr. 1	Wohlbefinden . . . . .   . x . . . . . Schmerz
	passiv . . x . . .   . . . . . aktiv
	selbstbezogen . . . . .   . . . . . sozial bezogen
	rational . . . . .   . . x . . . gefühlsmässig
Bild-Nr. 2	Wohlbefinden . . . x . .   . . . . . Schmerz
	passiv . . . . .   . . x . . . aktiv
	selbstbezogen . . . x . .   . . . . . sozial bezogen
	rational . . . . .   . . x . . . gefühlsmässig
Bild-Nr. 3	Wohlbefinden . . x . . .   . x . . . . . Schmerz
	passiv . . . . .   . . x . . . aktiv
	selbstbezogen . . . . .   . . . . . sozial bezogen
	rational . . . . x .   . . . x . . gefühlsmässig
Bild-Nr. 4	Wohlbefinden . . . x . .   . . x . . . . Schmerz
	passiv . . . . .   . . . x . . aktiv
	selbstbezogen . . . x . .   . . . . . sozial bezogen
	rational . . . x . .   . . . x . . gefühlsmässig
Bild-Nr. 5	Wohlbefinden . . . x . .   x . . . . . Schmerz
	passiv . . . x . .   . . . . . aktiv
	selbstbezogen . . . . .   . . . . . sozial bezogen
	rational . . . . .   . . x . . . gefühlsmässig