

46. Jahrgang, Januar 2007

1 /07

Geistige Behinderung

Fachzeitschrift der
Bundesvereinigung Lebenshilfe
für Menschen
mit geistiger Behinderung e.V.

ISSN 0173-9573

Das Unaussprechliche ausdrücken

Musiktherapie als Psychotherapie für sehr schwer geistig behinderte Menschen

Hansjörg Meyer

■ *„(Wir müssen) unsere psychoanalytische Erfahrung mit Patienten heranziehen, die an sehr frühe Phänomene herankommen und sie unter Umständen auch auszusprechen in der Lage sind, ohne dabei das ‚Besondere‘ zu zerstören, das kaum sprachlich faßbar oder unausgesprochen und, es sei denn in der Dichtung, eigentlich auch unaussprechlich ist.“*

D. W. Winnicott

Claude Debussy, der große französische Impressionist, hat einmal gesagt: „Musik beginnt da, wo das Wort unfähig ist, auszudrücken. Musik wird für das Unaus-sprechliche geschrieben.“ Jeder, der einen Zugang zum Musikerleben hat, wird diesen Satz bestätigen können. Das *Unaussprechliche* ist das, wozu uns „die Worte fehlen“. Es handelt sich hierbei oft um Erfahrungen von besonderer Intensität und Tiefe, die durch Worte ihrer Kraft und ihres besonderen Gehalts beraubt werden würden. Sie sind eben *unaussprechlich*.

Unaussprechlich sind Erfahrungen, die uns in unserem Innersten berühren. *Unaus-sprechlich* sind jedoch auch alle Erfahrungen, die Menschen machen, die nicht sprechen können. Hierzu zählen viele Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung – und hierzu zählen alle Menschen in den allerersten Monaten ihres Lebens.

In dieser Zeit, in der der Mensch weder über Sprache noch über Sprachverständnis verfügt, bilden sich, so die Säuglingsforschung (STERN 2003 u. a.), die wesentlichen Interaktions- und Beziehungsmuster heraus, die für das gesamte weitere Leben von Bedeutung sind. Nicht ohne Grund werden Erfahrungen, die in nahen Beziehungen gemacht werden, meist als sehr intensiv und eben oft auch als *unaus-sprechlich* empfunden.

In dieser frühen Phase ist bekanntlich eine enge Beziehung zu einer Person, meist der Mutter, von entscheidender Bedeutung für die gesunde Entwicklung psychischer Strukturen. Menschen brauchen in dieser Zeit Schutz, Geborgenheit, Zuwendung, ein lebendiges Gegenüber, das sich ganz auf sie einstellen kann. Die Erfahrungen dieser Zeit bilden sich im gesamten späteren Kontakt- und Beziehungsverhalten ab. Entsprechen die Reaktionen der Umwelt nicht den Bedürfnissen des Kindes, kann es zu Störungen der Entwicklung kommen, die sich im Entwicklungsprozess als „Webfehler“ fortsetzen und potenzieren. Hieraus entstehen psychische Störungen, die aufgrund ihrer sehr frühen Entstehungszeit auch als „frühe Störungen“ bezeichnet werden.

Menschen mit angeborenen oder sehr früh erworbenen hirnorganischen Schädigungen sind besonders anfällig für solche Irritationen. Barbara SENCKEL (2002) weist darauf hin, dass geistig behinderte Säuglinge in jeder Hinsicht ihr Leben oft unter erheblich erschwerten Bedingungen beginnen würden. Viele Eltern zögen sich aus dem Kontakt zurück, wenn sie merkten, dass sich ihr Kind nicht in das

gängige Kindchenschema einpassen würde, es anders reagierte, als sie es erwarteten, eben nicht normal.

Nach Christian GAEDT (1987) litten geistig behinderte Menschen aus diesen Gründen besonders häufig an frühen Störungen, er verweist auf entsprechende Untersuchungen (LOTZ, MICHELS, Isle-of-Wight-Studie). Viele Verhaltensauffälligkeiten geistig behinderter Menschen haben, so GAEDT, ihren Ursprung in dieser frühen Entwicklungsperiode. Er entwickelte hierfür eine besondere psychotherapeutische Methode für geistig behinderte Menschen, die auf der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie nach HEIGL-EVERS (1983, 1985) basiert.

Dieser auf die Behandlung früher Störungen zugeschnittene psychotherapeutische Ansatz versucht, mit Hilfe einer sehr engen und langfristig angelegten therapeutischen Beziehung die in der frühen Kindheit erworbenen Interaktionserfahrungen bewusst zu machen und in der aktuellen Beziehung zum Therapeuten durch neue emotionale Erfahrungen zu verändern (nach dem Prinzip *Antwort* statt wie in der klassischen Analyse dem Prinzip *Deutung*). Mit anderen Worten: *Unaussprechliches* kann so allmählich bewusst gemacht und in Worte gefasst werden. GAEDT hat diesen Ansatz für geistig behinderte Menschen modifiziert, weist jedoch darauf hin, dass diese in der Regel mindestens über einen IQ von 50 verfügen müssen. „Das ist lediglich ein Hinweis darauf, wie unfähig wir noch sind, einen psychodynamischen Zugang für die jeweiligen Probleme bei einem geringen Entwicklungsstand zu finden. Der Intelligenzquotient darf ... kein Kriterium für die Anwendbarkeit der Psychotherapie sein. Unabhängig von dem Entwicklungsstand sollte Psychotherapie eine Antwort auf die spezifischen Entwicklungsbedürfnisse eines Patienten finden“ (GAEDT 1994, 70). Bei Menschen ohne Sprachverständnis stößt die verbale Psychotherapie also an ihre Grenzen. GAEDT fordert hier indirekt eine psychotherapeutische Methode, die Menschen mit einem geringeren Entwicklungsstand erreichen könnte. Verwunderlicherweise ist in keinem seiner Aufsätze ein Hinweis auf die *nonverbalen* Therapien zu finden wie z. B. die Musiktherapie.

Nonverbale Interaktion

Musiktherapie gehört zu diesen Therapieformen. Mit Hilfe von Musik können Dinge ausgedrückt werden, die eben *unaussprechlich* sind. „Ich singe, was ich nicht sagen kann“, lautet der Titel eines Buchs von Rosemarie Tüpker. Insofern kann Musik für Menschen, die nicht über Sprache verfügen, eine Möglichkeit sein, sich auf ganz andere Weise auszudrücken.

Dies geschieht mit Hilfe der Improvisation. Entweder allein mit dem Therapeuten oder in der Gruppe wird auf einfachen Instrumenten oder mit dem eigenen Körper Musik gemacht, es wird sich ausgedrückt und kommuniziert. Menschen mit einer schwereren Behinderung können sich oft nur durch kleinste Gesten und Bewegungen bemerkbar machen, oft nur über ihren Atemrhythmus etwas von sich ausdrücken. Dies kann vom Therapeuten musikalisch aufgenommen und beantwortet werden, und es entstehen musikalisch-motorische Dialoge, in welchen sich die Betroffenen mit der Zeit sehr differenziert ausdrücken können. Sie hören etwas, das dem, das sie fühlen, sehr ähnlich ist, und dieser Prozess wird vom Gehirn ganz anders verarbeitet als kognitive und sprachliche Vorgänge (vgl. NORDOFF & ROBBINS 1986).

Musiktherapie kann aber noch mehr. Mit ihrer Hilfe ist es möglich, an die *unaussprechlichen* Erfahrungen der frühen Kindheit heranzukommen, die sich dem kognitiven und verbalen Zugriff entziehen. Nach SMEIJSTERS (1999) und STERN (2003) ist die Kommunikation zwischen Mutter und Kind durch ein „musikalisches Feld“ gekennzeichnet, in welchem Rhythmus, Melodie, Tempo, Dynamik und Timbre wichtige Parameter seien. In der musiktherapeutischen Beziehung widerklinge „die allererste musikalische Mutter-Kind-Beziehung“ (SMEIJSTERS 1999, 20), und es sei möglich, den präverbalen Prozess von Symbiose und Individuation zu rekonstruieren (vgl. MAHLER 2001). Musik könne durch ihre spezifischen Eigenschaften Verschmelzungserfahrungen hervorrufen. Eine davon sei die Synchronizität, wobei mehrere Klänge gleichzeitig klingen und ineinander aufgehen können, was dem Verschmelzen entspreche. Die Verschmelzung von Klängen und Stimmungen unterschiedlicher Personen könnte zu einer Erfahrung von Symbiose führen. Das musikalische Ereignis, der Inhalt, entstehe durch eine Interaktion, durch Beziehung. Durch diese entstehe das musikalische Produkt, die musikalische Beziehung sei sogar das musikalische Produkt. Die Tatsache, dass die Interaktion zwischen Personen das Produkt sei, unterscheide Musiktherapie von einigen kreativen Therapien, bei welchen die künstlerische Expression nicht die Folge einer persönlichen Interaktion sei. Gemeinsames Musizieren sei ein andauernder Prozess von Verschmelzen und Auseinandergehen. Weil dieser Prozess auf einer nonverbalen Ebene stattfinden würde, fände das, was präverbal geformt worden sei, hiermit analoge Expression. Das Nonverbale ermögliche eine handelnde Wiederholung und damit präverbale Problemlösung.

Dieser Prozess muss auf einen längeren Zeitraum hin angelegt sein. Es kann allmählich, wie in der erwähnten psychoanalytisch-interaktionellen Therapie, eine therapeutische Beziehung entstehen, in der sich ähnliche Interaktions- und Beziehungsmuster wie die der frühen Kindheit abbilden. Es ist aber auch möglich, innerhalb dieser geschützten Beziehung neue emotionale Erfahrungen zu machen, die mit der Zeit zu einer Veränderung der Verhaltensauffälligkeiten innerhalb dieser Beziehung führen, dann auch zunehmend im Alltag. Die Musik ist hierbei weit mehr als nur Ersatz für die Sprache. Sie scheint tatsächlich ein Medium zu sein, in den Bereich des *Unaussprechlichen* vorzudringen.

Ich möchte dies an einem Beispiel aus meiner musiktherapeutischen Praxis verdeutlichen. Es handelt sich um einen Therapieverlauf über etwa ein Jahr, aus welchem vier Sitzungen ausgewählt wurden. Anhand dieser mikroprozesshaft aufgezeichneten Protokolle lässt sich eine Entwicklung beobachten, die sich vermutlich auf die spezifischen Eigenschaften der Musik und die therapeutische Beziehung zurückführen lässt. Vermutlich sage ich, denn in den Bereichen des *Unaussprechlichen* lassen sich Behauptungen nicht mit absoluter Sicherheit nachweisen. Forschung wird in diesem Feld immer ein vorsichtiges Tasten bleiben, ein Ausprobieren, ein Abwägen von Wahrscheinlichkeiten und Treffen von Aussagen im Konjunktiv.

Ein Beispiel aus der musiktherapeutischen Praxis

Monika X. lebt seit 1976 in einer Wohneinrichtung für geistig behinderte Menschen. Sie wohnt innerhalb des Heims in einer reinen Frauenwohngruppe mit neun Plätzen. Monika ist 44 Jahre alt und laut ärztlichem Gutachten schwerst geistig be-

hindert. Die folgenden Angaben beziehen sich auf einen undatierten Sozialbericht in der Bewohnerakte.

Die Ursachen der Behinderung seien nicht bekannt, nähere Angaben zur Behinderung sind nicht zu finden. Aufgrund leichter Kniegelenkkontrakturen leide sie außerdem unter einer Gehbehinderung. Diese sei auf eine nicht näher bezeichnete „lange Inaktivität im Kindesalter“ zurückzuführen, die eine Schrumpfung der Bänder, Kapseln und Verkürzung der Beinmuskulatur zur Folge hatte.

Die kognitiven Fähigkeiten seien schwach entwickelt, verbale Äußerungen nicht möglich. Sie sei in der Lage, einfache Aufforderungen und kurze Sätze zu verstehen. Monika sei desorientiert im Wohnbereich und müsste deswegen nachts in ihrem Zimmer eingeschlossen werden. Das Kontaktverhalten sei relativ schwach ausgeprägt, zu Mitbewohnern bestehe überhaupt kein Kontakt. Sie ziehe sich gerne auf eine Couch im Wohnzimmer zurück und sei am liebsten allein. Meistens liege sie dort den ganzen Tag, auf Störungen reagiere sie mit lautem Schreien und Toben. Sie brauche sehr viel Ruhe und Stille.

Gegenüber dem Personal verhalte sie sich eher ablehnend, vor allem, wenn etwas von ihr verlangt würde, was sie nicht will. Sie schreie dann über längere Zeit laut und schrill. Selten würde sie von sich aus auf Mitarbeiter zugehen, meist, um sich Hilfe zu holen, wenn sie im Alltag etwas haben oder erreichen möchte. Sie sei in lebenspraktischen Dingen sehr stark auf Hilfe angewiesen.

Sie erhielt alle zwei Jahre Besuch von ihrer Mutter, auf die sie nicht erkennbar anders als auf Fremde reagieren würde. Über ihre Kindheit sei nichts bekannt. Die erwähnte „lange Inaktivität im Kindesalter“ könnte jedoch auf eine Vernachlässigung hindeuten. Ihre größten Verhaltensauffälligkeiten seien ihr Schreien als Reaktion auf Störungen und Anforderungen, die im Bericht als „lautstarke Aggressionen“ bezeichnet werden. Diese seien oft mit Autoaggressionen verbunden, bei welchen sie sich an den Kopf und auf die Ohren schlage. Manchmal haue sie ihren Kopf auf den Boden, halte allerdings seit einiger Zeit ihre Hand dazwischen, um sich nicht zu verletzen. Als Reaktion auf das Toben würde sie vom Personal in den Innenhof der Wohngruppe geschickt, um sich dort „abzureagieren“. Manchmal würden Aktivitäten mit ihr unternommen, um sie so zu erschöpfen, dass sie zu müde zum Toben sei. Es gebe Phasen, in welchen Monika fast nur schreit und tobt, wenn sie auf ihrem Sofa liege und sich durch Geräusche gestört fühle. Aus diesem Grund erhalte sie starke Beruhigungsmittel, um die Belastung der Mitbewohnerinnen so niedrig wie möglich zu halten.

Eine weitere Verhaltensauffälligkeit sei ihr „monotones Schaukeln im Schneidersitz“, welches bereits Kontrakturen im Kniegelenk zur Folge gehabt hätte. Auch dem würde mit Aktivitäten entgegengewirkt, um sie abzulenken.

Als therapeutische Maßnahmen erhält sie zweimal pro Woche Ergotherapie mit dem Schwerpunkt Wahrnehmungsförderung, einmal Fußreflexzonenmassage, und seit November 2003 einmal wöchentlich Musiktherapie.

Die Therapiesitzungen dauern zwischen 30 und 45 Minuten und finden einmal pro Woche statt. Monikas erste Sitzung (13.11.2003) fand im Musiktherapieraum statt. Da sie auf die räumliche Veränderung jedoch ungünstig zu reagieren schien, wurde vereinbart, die künftigen Stunden vorerst in ihrem Wohnbereich stattfinden zu lassen, zumal dort ein Klavier zur Verfügung steht.

13.11.2003, 1. Sitzung

Monika wird von einer Mitarbeiterin der Wohngruppe in mein Zimmer gebracht. Sie schiebt sie im Rollstuhl in den Raum und hilft ihr, sich auf einen Stuhl neben dem Klavier zu setzen. Monika setzt sich im Schneidersitz und leicht nach vorn gebeugtem Oberkörper hin. Ihre Hände liegen in ihrem Schoß, ihr Blick geht durch den ganzen Raum, sie nimmt keinen Blickkontakt auf. Ich begrüße sie mit den Worten „Hallo Monika“. Auch jetzt nimmt sie keinen Blickkontakt auf, sondern bewegt ihren Kopf langsam beim Betrachten des Raums hin und her.

Die Mitarbeiterin setzt sich auf einen Stuhl zu ihrer Linken und schaut sie an. Ich setze mich auf einen Stuhl am Klavier, drehe ihn aber so, dass ich Monika in einer Entfernung von etwa einem Meter gegenüber sitze. Ich schaue sie direkt an und sage: „Ich möchte mit Ihnen Musik machen. Schauen Sie mal, hier im Raum sind viele Instrumente. Möchten Sie mal eines näher anschauen?“ Monika blickt sich weiterhin im Raum um, ohne erkennbar auf meine Worte zu reagieren oder Blickkontakt aufzunehmen. Ich warte etwa eine halbe Minute. Dann nehme ich eine mittelgroße Klangschale und stelle sie auf meinen Schoß. „Das ist eine Klangschale, ich werde sie jetzt mal anschlagen, ja?“ Monika reagiert nicht erkennbar. Ich schlage die Klangschale einmal an und lasse sie nachklingen. Monika hört mit den Kopfbewegungen auf und schaut aus dem Fenster.

Ich schlage die Schale erneut an, sie wendet den Blick zu mir und guckt auf die Schale, wendet dann aber wieder sofort den Blick zum Fenster. Nach dem nächsten Schlag blickt sie weiter aus dem Fenster, zieht dabei die Stirn in Falten. Ich stelle mir die Schale auf die flache linke Handfläche, schlage sie leise an und halte sie in Richtung Monikas. Sie wendet ihren Oberkörper und Kopf leicht in Richtung des Klangs, blickt aber weiter aus dem Fenster.

Ich halte die Schale jetzt etwa 30 cm von ihrem linken Ohr entfernt und schlage sie erneut leise an. Monika bewegt sich nun wieder vom Klang weg in ihre Ausgangsposition auf dem Stuhl. Die nächsten drei Schläge hört sie ohne erkennbare Reaktion und blickt aus dem Fenster. Beim dann folgenden Schlag verzieht sie plötzlich das Gesicht zu einer Grimasse und stößt einen wimmernden Laut aus. Dabei blickt sie zu Boden. Ich schlage die Schale wieder an, sie beugt ihren Oberkörper stark nach vorn und richtet sich wieder hoch auf, zieht ihre Schultern zusammen und verkrampft die gefalteten Hände in ihrem Schoß. Dabei stößt sie einen lauten und schrillen Schrei aus. Ich stelle die Klangschale neben mich auf das Klavier und schaue Monika an. Diese wiegt ihren verkrampften Oberkörper auf und ab. Ihr Gesichtsausdruck ist verzerrt, sie guckt vor sich hin auf den Teppich. Dabei atmet sie heftig und erregt. Nach wenigen Sekunden beginnt sie in dieser Stellung ununterbrochen laut und schrill zu schreien. Sie nimmt keinen Blickkontakt auf. Wenn sie ihren Oberkörper aufrichtet, fuchtelt sie unkoordiniert mit beiden Armen in der Luft herum, beim Vorbeugen legt sie sie wieder in ihren Schoß. Ich versuche, sie mit Worten zu beruhigen, die Mitarbeiterin streichelt sie an der Schulter, was jedoch zu einer Verstärkung des Schreiens führt. Wir sitzen beide vor bzw. neben ihr und beobachten sie.

Diese Szene dauert fünf Minuten. Nach etwa zwei Minuten schlage ich noch einmal versuchsweise die Klangschale an, was jedoch auch keine Wirkung zeigt.

Nach diesen fünf Minuten lässt die Intensität des Schreiens und der Bewegungen allmählich nach, nach etwa einer Minute sitzt sie wieder still und deutlich ruhiger

im Schneidersitz auf dem Stuhl, ihr Blick schweift im Raum umher. Ihr Gesicht ist verzerrt, deutlich stärker als zu Beginn der Sitzung. Ihr Atem geht flacher und schneller als vorher. Ich nehme dann eine diatonisch gestimmte kleine Leier auf meinen Schoß. Ich frage sie: „Möchten Sie diese Leier einmal anfassen?“ Es erfolgt keine erkennbare Reaktion, kein Blickkontakt. Ich streiche leicht über die Saiten, leise Töne sind zu hören. Dann zupfe ich die tiefste Saite leicht an, es erklingt leise das kleine c. Monika atmet jetzt etwas langsamer, ihre Gesichtszüge sind entspannter. Ich spiele nacheinander in Abständen von etwa zwei Sekunden das c', dann das e', g' und a', lasse es ausklingen. Monikas Atem wird noch etwas ruhiger. Sie senkt den Blick wieder zu Boden, ihr Oberkörper wiegt fast unmerklich vor und zurück.

Ich spiele dann das e'', im Abstand von ca. zwei Sekunden dann c'', g', c'' und e''. Es erfolgt keine erkennbare Reaktion. Ich spiele dieselbe Tonfolge noch zweimal, ohne erkennbare Reaktion. Danach halte ich für etwa 30 Sekunden Stille. Plötzlich wimmert Monika leicht auf, ihr Blick geht wieder zum Fenster und ihr Oberkörper wiegt stärker vor und zurück. Ich spiele wieder das e'', dann das c'', als sie mir auf einmal mit der rechten Hand die Leier vom Schoß schlägt. Dabei beginnt sie wieder, laut zu schreien. Ich hebe die Leier vom Boden auf und lege sie ebenfalls auf das Klavier. Wieder schreit Monika für etwa fünf Minuten, ohne dass sie Kontakt aufnimmt oder sich beruhigen lässt. Auch dieser Ausbruch endet ohne ersichtlichen äußeren Grund, wieder sitzt sie danach in der Ausgangsstellung auf dem Stuhl und atmet heftig. Ihr Blick geht durch den Raum, bleibt nirgendwo hängen.

Ich drehe meinen Stuhl jetzt zum Klavier und schlage das c' an. Monika zieht die Stirn in Falten und schaut aus dem Fenster. Ich spiele einen C-Dur-Dreiklang vom c' aus, dann spiele ich die Töne sukzessiv im Abstand von ca. zwei Sekunden. Ihr Körper wirkt jetzt etwas angespannter, der Oberkörper wiegt wieder langsam vor und zurück, sie schaut unverändert aus dem Fenster.

Ich schlage erneut die Töne des C-Dur-Dreiklangs an, diesmal im Rhythmus ihrer Bewegungen. Ihr Gesicht nimmt wieder einen verzerrten Ausdruck an, sie schreit wieder schrill und sehr laut. Dieses Mal jedoch bleibt sie nicht auf dem Stuhl sitzen, sondern öffnet ihren Sitz, stellt die Füße auf den Boden und lässt sich auf den Teppich gleiten. Unter lautem Geschrei krabbelt sie auf Händen und Knien zu dem in etwa einem Meter entfernt an der Tür stehenden Rollstuhl und klettert hinein. In ihrem Rollstuhl fuchelt sie mit den Armen und schreit weiterhin laut.

Die Mitarbeiterin sagt, dass es jetzt besser sei, zu gehen, dies sei eine typische Reaktion von Monika, wenn sie etwas nicht mehr wollte. Beide verlassen den Raum, das sich langsam entfernende Schreien ist noch einige Zeit zu hören.

In dieser ersten Stunde ging es vor allem darum, Monika kennen zu lernen und ihre Reaktionen auf klangliche Reize zu beobachten. Auf diese reagiert sie anfangs mit Schaukeln, dann jedoch scheint sie von ihnen überflutet zu werden. Auf verbale Ansprache und Augenkontakt spricht sie deutlich geringer an. Musik könnte ein geeignetes Medium sein, um sie zu erreichen und in Kontakt mit ihr zu treten. Es soll in den nächsten Sitzungen versucht werden, ihr mit Hilfe der nährenden Eigenschaften der Musik vorsichtig eine der frühkindlichen Symbiose (MAHLER 2001) ähnliche Beziehung anzubieten.

28.01.2004, 8. Sitzung

Monika liegt auf dem Ecksofa im Wohnzimmer ihrer Wohngruppe. Sie liegt auf ihrer linken Seite mit angezogenen Beinen und schaut nach hinten in den Raum. Ich begrüße sie mit den Worten „Hallo Monika“ und setze mich zu ihr auf den anderen Teil des Sofas, so dass ich neben ihrem Kopf sitze. Sie blickt mich an, wimmert kurz auf, dann blickt sie auf meinen Instrumenten-Korb, den ich zwischen meiner Sofaseite und dem Couchtisch abgestellt habe. Ich hole die Sansula-Kalimba heraus und nehme sie in beide Hände, die Unterarme auf meine Oberschenkel aufstützend. Dann beuge ich mich zu ihr herunter und sage: „Ich habe heute wieder die Kalimba mitgebracht und spiele jetzt ein bisschen für Sie, ja?!“ Monika schaut auf das Instrument, dann auf mich, dann wieder auf das Instrument. In diesem Moment hört man aus der Küche der Wohngruppe ein Klappern und das grantige Brummen einer Mitbewohnerin. Monika zuckt zusammen, wimmert kurz auf. Ich spiele einen Ton auf der Kalimba und halte ihr das Instrument über ihr rechtes Ohr – sie hebt ihren Kopf ein wenig in Richtung des Instruments und schließt die Augen. Ich nehme es wieder vor meinen Schoß und spiele ein paar einzelne Töne. Monika schiebt ihren Kopf dichter zu mir heran. Ich spiele weiter. Die Musik ist einstimmig und eher langsam. Ich spiele a-Moll-Dreiklänge. Monikas Atem geht relativ schnell und ist flach. Es klappert wieder aus der Küche. Sie zuckt wieder zusammen, öffnet aber nicht die Augen. Ich halte die Kalimba unmittelbar nach dem störenden Geräusch näher an ihren Kopf, nehme sie aber ein paar Sekunden später wieder zu mir zurück und spiele ohne Unterbrechung weiter. So vergehen einige Minuten. Monikas Atem wird jetzt ruhiger. Nach wie vor liegt sie mit geschlossenen Augen auf ihrer linken Seite neben mir auf dem Sofa. Ich spiele nun ab und zu einige Klänge zweistimmig, ohne allerdings den a-Moll-Dreiklang zu verlassen. Wieder vergehen einige Minuten. Es klappert erneut aus der Küche, und eine Mitarbeiterin ruft eine andere Bewohnerin beim Namen. Monika zuckt nicht zusammen, reagiert auf diese Störung nicht erkennbar. Ich verändere weder Spiel noch Instrumentenhaltung.

Ich spiele einige Minuten weiter, dann nehme ich die übrigen Töne mit dazu. Die Musik ist weiterhin langsam und ruhig. Monika liegt die ganze Zeit über unverändert da und atmet tiefer und ruhiger. Nach ein paar Minuten nicht veränderten Spielens rutscht mir plötzlich ein Daumen ab, es gibt kurz ein schnarrendes Geräusch. Monika zuckt zusammen, öffnet aber nicht die Augen. Dann liegt sie weiter ruhig da. Die Sitzung verläuft auf diese Weise etwa 25 Minuten unverändert weiter. Dann höre ich auf zu spielen und sitze für etwa eine Minute nur da. Monika liegt neben mir und zeigt keine Veränderung – ihr Atem geht ruhig, sie liegt auf der Seite mit geschlossenen Augen. Nach dieser Pause berühre ich sie leicht an ihrer rechten Schulter. Sie liegt nach wie vor genau so da, öffnet die Augen und blickt mich an. Ich sage: „Für heute müssen wir Schluss machen. Nächsten Mittwoch komme ich wieder.“ Ich streichle ihr zur Verabschiedung zwei- bis dreimal über die Schulter. Sie sieht mich noch ein paar Sekunden lang an, dann schließt sie die Augen wieder. Auf mein „Tschüß“ zeigt sie keine erkennbare Reaktion. Ich stehe auf und gehe.

In dieser Sitzung verfügt Monika anscheinend bereits über die Fähigkeit, vom Therapeuten für sie erzeugte Klänge als Reizschutz anzunehmen und zu nutzen. Es scheint eine Beziehung entstanden zu sein, in welcher sie Augenkontakt aufnehmen und halten kann und eine andere Person wahrnimmt. Die Musik könnte hier

innerhalb der therapeutischen Beziehung aufgrund ihrer spezifischen Eigenschaften eine haltende und nährenden Funktion erfüllen.

2.6.2004, 23. Sitzung

Monika liegt wie üblich auf dem Ecksofa im Wohnzimmer ihrer Wohngruppe. Sie liegt mit angezogenen Beinen auf ihrer linken Seite und blickt in Richtung des Klaviers. Ich begrüße sie, indem ich mich kurz zu ihr auf das Sofa setze und sie mit „Hallo Monika“ anspreche. Hierbei streiche ich ihr über die Schulter. Sie reagiert nicht und nimmt keinen Blickkontakt auf. Sie dreht sich kurz in die Rückenlage und wimmert leise vor sich hin. Dann legt sie sich wieder auf die Seite und blickt auf den Couchtisch.

Ich setze mich ans Klavier (etwa zwei Meter vom Sofa entfernt) und beobachte sie. Sie liegt regungslos da, lediglich an ihrer sich hebenden und senkenden Flanke ist ihr Atemrhythmus zu erkennen. Ihr Blick ist weiterhin auf den Tisch fixiert. Ich schlage die Oktave Kontra-A – großes A an und wiederhole diesen Klang, als sich die Atembewegung senkt. Bei jedem Absinken spiele ich diese Oktave. Nach fünf Malen schließt sie die Augen.

Zusätzlich zu den beiden A spiele ich nun das dazwischenliegende E, und zwar immer dann, wenn sich der Körper beim Einatmen hebt. Es entsteht ein Vier-Viertel-Takt. Während ich das spiele, liegt Monika mit geschlossenen Augen in unveränderter Stellung da. Diese musikalische Figur erklingt etwa zwanzigmal, bis sich das Tempo merklich verlangsamt. Sie bewegt den Oberkörper dann etwas stärker und scheint tiefer zu atmen. Dies dauert etwa noch 10-15 Takte an.

Dann nehme ich weitere Töne dazu. Nach einigen Minuten dreht sie sich langsam auf den Rücken und öffnet die Augen. Ihre Beine zieht sie angewinkelt an wie beim Schneidersitz, ihr Blick ist an die Decke gerichtet. Die Atmung ist jetzt gut am ganzen Oberkörper zu beobachten und gibt weiterhin das Tempo der Musik vor. Ich improvisiere mit diesen Tönen über dem Bass-Ostinato A-E-A. Hierbei bleibe ich im selben Rhythmus und Tempo, spiele aber Akkorde mit den Tönen d, e, a, h, und g.

Die Musik hat einen gleichbleibenden wiegenden Charakter. Monika liegt die ganze Zeit unverändert auf dem Rücken und atmet tief, ihr Blick ist an die Decke gerichtet. Nach sieben Minuten bewegt sie ihren Kopf leicht im Rhythmus der Musik. Ich verändere daraufhin die Musik über dem Bass-Ostinato, indem ich die ein-, zwei- und dreigestrichene Oktave mit einbeziehe und mit der rechten Hand gleichmäßige Figuren aus Achtelnoten spiele, mit denselben Tönen.

Monika reagiert auf die Veränderungen in der Musik erst nach weiteren sieben bis acht Minuten, indem sie beginnt, ihren Oberkörper im Bereich der Schultern leicht im Rhythmus der Musik hin- und herzuwiegen, ohne sich aufzurichten. Ich versuche, das durch ein Anschwellen der Lautstärke zu verstärken. Sie reagiert darauf sofort und macht zusätzlich Bewegungen mit ihrem Mund, die an Saugbewegungen erinnern. Ihre Augen sind weit geöffnet, sie wirkt wach. Ab und zu nimmt sie für einen kurzen Moment Blickkontakt auf, dann schaut sie sich im Raum um, blickt aus dem Fenster oder wieder zur Decke.

Diese Phase dauert etwa fünf Minuten. Angesichts der fortschreitenden Zeit lasse ich in der Intensität meines Spiels ein wenig nach, werde leiser und spiele wieder Akkorde über dem Ostinato wie einige Minuten zuvor. Monika hört sofort auf,

Oberkörper und Kopf hin- und herzuwägen und legt sie sich wieder auf den Rücken. Ich reduziere das Spiel innerhalb von zwei bis drei Minuten wieder auf das Bass-Ostinato, spiele es etwa zehnmal, dann lasse ich die Musik mit der durch das Pedal gehaltenen Oktave Kontra-A und A ausklingen.

Monika liegt ruhig auf dem Rücken, atmet sehr langsam und tief und schaut an die Zimmerdecke. Als ich mich zur Verabschiedung zu ihr auf die Couch setze, legt sie sich wieder auf ihre Seite und nimmt für einige Sekunden Blickkontakt auf. Als ich aufstehe, um zu gehen, wendet sie den Blick ab und schließt die Augen.

Eine intensivere musikalische Stimulation könnte in dieser Sitzung der Grund sein, dass sich Monika sehr auf das nährenden Angebot einlassen kann und stärker als sonst in frühkindliches Erleben regrediert. Es entsteht ein motorisch-musikalischer Dialog, in welchem ein wechselseitiger Resonanzprozess, ähnlich wie in der frühen Mutter-Kind-Abstimmung, stattfindet.

29.09.2004, 36. Sitzung

Ich hole Monika in ihrer Wohngruppe ab. Als ich den Flur betrete, wird sie bereits von einer Mitarbeiterin zu ihrem Rollstuhl geführt. Ich sage: „Hallo Monika“, sie schaut mich an und lächelt. Die Mitarbeiterin kommentiert das mit den Worten: „Oh, sie lächelt Sie an. Und, freusch'd Dich, Moni?“ Monika zeigt keine erkennbare Reaktion. Beim Hinsetzen in den Rollstuhl reißt sie die Augen weit auf und wimmert. Während die Mitarbeiterin die Armgurte anlegt, schreit sie laut und blickt dabei geradeaus. Als die Gurte angelegt sind, verstummt sie und sitzt ruhig im Rollstuhl.

Ich fahre sie aus der Wohngruppe etwa 20 Meter über einen überdachten Weg zum Gebäude, in dem sich der Musiktherapieraum befindet. Sie sitzt dabei gerade aufgerichtet in ihrem Rollstuhl. Als wir in das Gebäude hineinfahren, macht sie die Laute „uh, uh“ und wiegt den Oberkörper leicht vor und zurück. Ich schließe die Tür auf, öffne sie und schiebe Monika in den Raum. Beim Schließen der Tür höre ich sie erneut „uh, uh“ machen. Ich löse ihre Gurte und klappe die Fußstützen hoch. Monika steht auf, ich helfe ihr dabei, sich auf zwei übereinanderliegende, mit einer Wolldecke bezogenen Matratzen zu legen. Sie legt sich auf ihre linke Seite, zieht die Beine an, greift eine an ihren Füßen bereitliegende Wolldecke und deckt sich bis zum Bauch zu. Dann liegt sie da und blickt mich an.

Ich setze mich direkt vor sie auf den Boden und ziehe das Monochord zwischen uns. Dann schaue ich Monika an, die immer noch Blickkontakt hält. Nach etwa drei Sekunden blickt sie auf das Monochord, dann schließt sie die Augen. Ich streiche einmal leicht über die Saiten. Sie zeigt keine Reaktion. Dann beginne ich zu spielen, indem ich mit beiden Händen in mittlerer Lautstärke im Tempo ihrer Atembewegungen über die Saiten streiche. Nach etwa drei Minuten öffnet sie die Augen, schaut mich kurz an, dann dreht sie sich in die Rückenlage und blickt an die Decke. Ich spiele unverändert weiter. Ihr Atem verändert sich nicht.

Während ich etwa 15 Minuten lang spiele, schließt sie ab und zu die Augen und öffnet sie wieder, um an die Decke zu gucken. Dann dreht sie sich wieder auf ihre linke Seite und blickt mich an. Sie bewegt ihren Kopf leicht vor, öffnet den Mund und macht ein langgezogenes „uuuh“, wobei die Tonhöhe glissandomäßig wie in einer sich abwärts bewegenden Kurve zuerst abnimmt (etwa eine Oktave), dann um etwa eine Quinte zunimmt. Dabei wendet sie den Blick ab und schaut auf den

Teppich. Ich wiederhole diesen Ton auf derselben Tonhöhe, während ich unverändert weiterspiele. Monika antwortet unmittelbar darauf, indem sie kurz hintereinander auf einem tieferen Ton „uh-uh-uh“ lautiert. Ich mache auf demselben Ton ein etwa gleich langes gezogenes „uuuh“, das sie sofort mit einem ähnlich langen, aber deutlich höherem „üh-üh-üh“ beantwortet. Ich erwidere mit einem tieferen und längerem „üüüh“. Sie macht daraufhin sofort ein Geräusch, das wie ein langes, fast gehauchtes „krrrr“ klingt, ich wiederhole es. Sie blickt mich an, ohne einen weiteren Laut zu machen. Ich wiederhole diesen Laut noch einmal, ohne dass sie darauf reagiert. Währenddessen spiele ich weiter, Monika hält dabei den Blickkontakt für etwa zehn Sekunden. Dann blickt sie wieder auf den Teppich. Ich spiele ca. fünf Minuten lang weiter, ohne dass Monika erkennbar reagiert. Dann holt sie plötzlich tief Luft und macht mehrere Male „uh-uh-uh-uh“ und blickt mich an. Ich wiederhole diese Laute auf derselben Tonhöhe. Monika schweigt für etwa 15 Sekunden. Dann macht sie in verminderter Lautstärke einen durchgängigen Laut, der wie „uijjj“ klingt und sich in der Tohhöhe nur geringfügig ändert. Nur zum Luftholen macht sie ab und zu eine Pause. Ich summe dazu leise auf dem Ton des Monochords mit. Monika schaut dabei abwechselnd mich an und auf den Teppich. Diese Szene dauert etwa drei Minuten, bis Monika ihren Ton abbricht und schweigend auf den Teppich schaut. Ich summe meinen Ton noch ca. ein bis zwei Minuten mit. Dann spiele ich weiter. Monika liegt mit geöffneten Augen auf den Matratzen und blickt auf den Teppich. Ich spiele noch drei bis vier Minuten weiter, ohne dass Monika ihre Haltung verändert. Dann beende ich das Spiel. Monika liegt etwa zwei Minuten da und blickt auf den Teppich. Dann sage ich: „Wir müssen für heute Schluss machen“, und stehe auf, räume das Monochord zur Seite und halte ihr meine Hände entgegen, um ihr beim Aufstehen zu helfen. Monika setzt sich hin, steht auf und setzt sich in den Rollstuhl. Ich gurrte sie an und schiebe sie aus dem Raum. Während des Rückwegs zu ihrer Wohngruppe sitzt sie gerade aufgerichtet in ihrem Rollstuhl und schweigt. Die Mitarbeiterin begrüßt Monika freundlich mit: „Hallo Moni“, und schiebt sie an den bereits gedeckten Esstisch zum Abendessen. Ich gehe zu ihr hin, streiche ihr über die Schulter und sage: „Tschüß Monika“. Sie blickt mich kurz an, dann schaut sie auf ihren Teller. Ich gehe.

Monika reagiert in dieser Sitzung zum ersten Mal stimmlich. Die Fähigkeit zum Augenkontakt ist deutlich verbessert. Es scheint, dass sie sich in der therapeutischen Beziehung sicher fühlt. Das Monochord mit seinem tiefen und gleichbleibenden Grundton könnte eine „symbiotische Grundstimmung“ schaffen, innerhalb derer Monika sich erstmals in einem Dialog eigenständig äußern und abgrenzen kann. Es könnte möglich sein, dass dies erste Anzeichen für eine beginnende Loslösung („Differenzierung“ nach MAHLER 2001) sind.

Analyse des beobachteten Verhaltens

Innerhalb der protokollierten fast elfmonatigen Behandlung Monikas hat sich eine deutliche Veränderung in ihrem Verhalten in den Therapiestunden gezeigt. Um von einer durchgreifenden Veränderung auch im Alltag zu sprechen, ist es nach knapp einem Jahr noch zu früh. Klassische analytische Therapien mit zwei bis drei wöchentlichen Sitzungen zeigen erfahrungsgemäß die größten Veränderungen häufig erst nach etwa zwei Jahren. Trotzdem berichteten einzelne Mitarbeiter der Wohngruppe von einem insgesamt weniger auffälligen Verhalten.

In der Behandlung Monikas wurde ihr ein Beziehungsangebot gemacht, das sie annehmen und auf das sie sich einlassen konnte. Im Sinne der Theorien von HEIGL-EVERS, MAHLER u. a. könnte der Prozess wie folgt gedeutet werden: Die dauernd wiederkehrende und verlässliche Erfahrung von Verschmelzung, die in der frühen Kindheit in der symbiotischen Phase (MAHLER 2001) eine so entscheidende Rolle spielt und die Monika in ihrer Kindheit nicht in ausreichendem Maße erlebt zu haben scheint, könnte dazu geführt haben, dass manche Defizite ausgeglichen werden konnten. Der Musik kam hierbei eine haltende, stützende und vielleicht sogar nährenden Funktion zu durch ihre Eigenschaften, die möglicherweise auf ihre Verwandtschaft mit den musikalischen Parametern früher Mutter-Kind-Abstimmungsprozesse zurückzuführen sind.

Monikas Beziehungsfähigkeit hat sich im Laufe der Therapie deutlich verbessert. Die beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten haben in den Therapiesitzungen bereits im Laufe des ersten Jahres nachgelassen. Heute, ein weiteres Jahr später, sind sie gänzlich verschwunden. Im Alltag wird zumindest eine allmähliche Verbesserung beobachtet. In den Therapiestunden gibt Monika heute ein Thema vor, indem sie auf eine bestimmte Art lautiert, die das Klavier stimmungsmäßig aufnimmt. Monika lautiert sehr häufig aktiv mit, trifft sicher die gespielten Töne und entwickelt von diesen aus eine dazu passende „eigene Musik“. Es kommt oft zu langen und emotional sehr aufwühlenden Dialogen, bei welchen sie aufrecht auf der Couch sitzt, gestikuliert und sich im Rhythmus der Musik bewegt. Es entsteht der Eindruck, dass Monika die Musik als Medium nutzt, um ihre Gefühle, die oft sehr traurig und schmerzhaft sind, auszudrücken, in ihnen eine Zeit lang förmlich badet, bevor sie sich in den letzten Minuten der Sitzung von eher weichen Klängen des Klaviers einhüllen lässt.

Soweit diese Fallstudie, die exemplarisch verdeutlichen möge, was Musiktherapie bewirken kann.

Variablen der Interaktion

Der Therapeut versucht, innerhalb der Beziehung in einer auf den Betroffenen abgestimmten „Sprache“ mit diesem zu „sprechen“. Die dadurch entstehende Musik ist immer höchst individuell. Es wird darauf geachtet, bestimmte musikalische Elemente, die aus den Bewegungen und Stimmungen in den Sitzungen hergeleitet werden, immer wieder auftauchen zu lassen (z. B. eine bestimmte Tonfolge oder harmonische Struktur), um dem Betroffenen das Gefühl des „Gemeintseins“ zu geben, dass die Musik-Sprache „mit ihm zu tun hat“. Hierbei ist im Auge zu behalten, dass es immer die Sprache des Therapeuten ist, der zwar versucht, sich auf seine Interaktionspartner so weit wie möglich einzustellen, seine eigenen Anteile aber nicht vollständig auslöschen kann.

So ist denn vielleicht die Subjektivität der Auswahl und des Spielens der Musik vergleichbar mit den subjektiven Elementen einer verbalen Interaktion – auch hier spielen Dialekt, Tonfall, die eigene Stimmung und Absicht und vor allem die Beziehung zum Gegenüber eine Rolle.

Die wesentlichen Wirkfaktoren könnten demnach die therapeutische Beziehung und die Musik sein – möglicherweise. Die sich in der Welt schwerster geistiger Behinderung abspielenden Phänomene lassen sich nur schwer nachweisen und sind

sprachlich kaum fassbar – sie gehören auch dem Bereich an, den Debussy und Winnicott als *unaussprechlich* bezeichnet haben und von dem Winnicott behauptete, es sei der Dichtung vorbehalten, in ihn vorzudringen.

So soll denn am Schluss ein Dichter – Hermann Hesse – etwas über die Wirkung der Musik sagen:

„Der Musik ist eine Urkraft und ein tiefer Heilzauber eigen, mehr als jede andere Kunst vermag sie an die Stelle der Natur zu treten und sie zu ersetzen.“

Kurzfassung Geistig behinderte Menschen, die aufgrund frühkindlicher Traumata unter so genannten frühen Störungen leiden, zeigen oft schwere Verhaltensauffälligkeiten. Musiktherapie kann hier als nonverbale Therapieform mit besonderem Zugang zu präverbalen Erlebensformen als eine psychotherapeutische Methode für Menschen eingesetzt werden, die über kein Sprachverständnis und über keine kognitiven Verarbeitungsmöglichkeiten verfügen. Mit Hilfe eines therapeutischen Beziehungsangebots und den spezifischen Parametern der Musik kann die frühkindliche Situation rekonstruiert werden, in welcher die Ursachen des Leidens aufgedeckt und Defizite zumindest teilweise ausgeglichen oder wenigstens gelindert werden können. Anhand einer Fallstudie wird dieser Prozess verdeutlicht.

Abstract *To Express the Inexpressible. Music Therapy as Psycho-therapy for Profoundly Intellectually Disabled People.* Many people with intellectual disabilities suffer due to early childhood traumas from so-called early disturbances which often lead to severe behavioural problems. Music therapy can be used here as non-verbal therapy with a specific access to pre-verbal experiences, that is as psycho-therapeutic method for people who have no understanding for language nor any cognitive processing techniques. With the help of therapeutic assistance and the specific parameters of music the early childhood situation can be reconstructed, the reasons for the suffering discovered and the deficits at least be alleviated. A case study illustrates the process. ■

Literatur

GAEDT, Christian (1994): Psychotherapie bei geistig Behinderten. Neuerkerode 1987 – Psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie bei psychisch kranken Menschen mit geistiger Behinderung. Arbeitshefte Kinderpsychoanalyse 18, Kassel. – **HEIGL-EVERS, Anneliese** (1983): Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 29, 1–14. – **HEIGL-EVERS, A; OTT J.** (2002): Psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie bei präödpal gestörten Patienten mit Borderline-Strukturen. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 30, 227–235, 1985 – **MAHLER, Margaret u. a.** (2001): Die psychische Geburt des Menschen, Symbiose und Individuation. Frankfurt. – **MEYER, Hansjörg** (2006): Musiktherapie in der Behandlung früher Störungen bei schwerst geistig behinderten Menschen. Neuried: Dt. Universitätsedition ars-et-unitas-Verlag. – **NORDOFF, Paul & ROBBINS, Clive** (1986): Schöpferische Musiktherapie. Praxis der Musiktherapie 3. Kassel. – **SENCKEL, Barbara** (2002): Du bist ein weiter Baum. München. – **SMEIJSTERS, Henk** (1999): Grundlagen der Musiktherapie. Göttingen. – **STERN, Daniel** (2003): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart.

Der Autor: **Hansjörg Meyer, M.A.**, Musiktherapeut (BVM), Psychotherapeut (HPG), Albert-Schweitzer-Str. 13, 61184 Karben, Tel.: (0 60 39) 20 98 71, hjm-musiktherapie@arcor.de