

## *Musiktherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung und Autismus*

*Katrin Fliegner*

Basis meiner Tätigkeit ist die Musiktherapiedefinition der Kasseler Thesen. Diese stellen einen schulenübergreifenden Konsens zur Musiktherapie von acht musiktherapeutischen Vereinigungen dar. Seitdem wird Musiktherapie eindeutig als psychotherapeutisches Verfahren definiert.

*Musiktherapiedefinition der Kasseler Thesen*

Die Werthmann-Werkstätten in Attendorn sind eine Einrichtung, die Arbeitsplätze für 280 Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung anbieten. Um 8.15 Uhr beginnt der Arbeitstag. Bis 15.15 Uhr ist der Arbeitstag mit Arbeits- und Pausenzeiten nach einem festem Zeitplan durchstrukturiert.

*Werkstatt für Menschen mit Behinderung*

Innerhalb der Werkstatt gibt es verschiedene Arbeitsbereiche mit unterschiedlichen Anforderungen wie eine Großküche, Holzbearbeitung und Schreinerei, Metallbearbeitung, Lager, Büroservice und Lettershop und Verpackung. Die meisten Menschen sind in der Montage tätig. Hinzu kommt ein Förderbereich für Menschen mit Schwerstbehinderung, indem lebenspraktische Fähigkeiten und Fertigkeiten im Vordergrund stehen und ein Berufsbildungsbereich in dem Grundkenntnisse für das Arbeitsleben vermittelt werden.

Zudem gibt es begleitende Angebote, die von pädagogischen und therapeutischen Fachkräften gestaltet werden wie Sport und Krankengymnastik, Kunst- und Musikgruppen, Gesprächskreise.

Im Oktober letzten Jahres begann ich in dieser Einrichtung mit einer Einzelmusiktherapiestunde, einer Kleingruppe mit 4 Personen als Gruppenmusiktherapieangebot und einer musikpädagogischen Gruppe mit 8 Personen, der wir den Namen „Musikerleben“ gaben. Im Laufe des Jahres teilte ich die musiktherapeutische Kleingruppe. Eine der Personen bekam ab Juli eine Einzelstunde. Ende April kamen noch 3 Einzelsitzungen à 20 Minuten hinzu.

*Arbeitsumfang*

Im März 2002 bekam ich eine Anfrage der Zweigstelle der Werthmann-Werkstätten in Olpe, die ebenfalls Interesse an Musiktherapie zeigten. Diese Werkstatt beschäftigt 60 Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen. Hier arbeitete ich musiktherapeutisch ab Ende April 2002 mit zwei Kleingruppen à 3 Personen. Eine Einzeltherapie kam ab Juli noch hinzu.

Meine Tätigkeit in Attendorn und in Olpe endete im Oktober 2002 und wird an beiden Einrichtungen von Absolventen der Siegener Ausbildung weitergeführt

Autismus ist eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, die durch die qualitative Beeinträchtigung wechselseitiger sozialer Aktionen und der Kommunikation, eingeschränkte Interessen, stereotype Verhaltensweisen und den Beginn vor dem 3. Lebensjahr gekennzeichnet ist (vgl. Remschmidt, 2000, 14).

*Einzelmusiktherapie mit einem Erwachsenen mit geistiger Behinderung und autistischen Zügen*

Bei Reinhold war die Kommunikation sehr stark eingeschränkt. Wenn ich ihn etwas fragte, konnte er nur mit Einwortsätzen oder Kopfnicken reagieren. Soziale Kontakte gingen nie von ihm aus, und auf Kontaktangebote konnte er nur eingeschränkt eingehen. Blickkontakt war für ihn kaum möglich. Manchmal warf er einen ganz kurzen Blick auf mich und wendete ihn dann schnell wieder ab. Er wirkte auf mich wie ein gut funktionierender Roboter. Wenn ich ihn aufforderte, sich ein Instrument auszusuchen, ging er zum Instrumententisch, nahm sich sehr schnell und scheinbar wahllos ein Instrument, auf dem er stereotyp und monoton spielte, indem er immer die gleiche Anschlagsart wiederholte, bis ich ihn fragte, ob er weiterspielen oder sich ein neues Instrument holen wolle. Dann stand er sofort auf, griff zu einem neuen Instrument und spielte es auf ähnliche Art und

Weise weiter. Stereotypen zeigten sich auch in seinem sonstigen alltäglichen Verhalten in der Werkstatt. In den Händen hielt er beispielsweise häufig ein kleines Plastikteil, mit dem er zwischen den Fingern herumspielte.

### *Stereotypen*

In seinem Gesicht fielen unwillkürliche Bewegungen auf wie ein Augenzucken und Lecken seiner Zunge an der Nase.

Sein in der Werkstatt am meisten auffallendes Merkmal war, dass er ein- bis fünfmal pro Woche (also manchmal täglich) in die Schlosserei ging und seine Stirn an einem Stahlregal blutig schlug. Seine Motivation dies zu tun, war nicht eindeutig geklärt. Dieses Verhalten löste in der Werkstatt große Betroffenheit und Ratlosigkeit aus. So erhielt ich den Auftrag zu prüfen, ob mit Musiktherapie dieses autoaggressive Verhalten beeinflusst werden könnte.

### *Autoaggression*

Ziele meiner Arbeit mit Reinhold sollten daher sein, mit Hilfe der Erweiterung und immer neuen Variationen seiner musikalischen Möglichkeiten ihn für Veränderungen im Alltag stabiler zu machen, ihn aus Stereotypen herauszuführen, Körperwahrnehmung und Eigentätigkeit zu fördern und darüber eventuell auch sein autoaggressives Verhalten unnötig zu machen. Da dies eine sehr langfristige Arbeit ist, versuchte ich darüber hinaus mit ihm eine Alternative zu seinem Kopfschlagen einzuüben. Das Ziel war hier, dass er an seinem gewohnten Ort in der Schlosserei nicht mehr seinen Kopf auf das Regal schlägt, sondern auf eine Trommel.

### *Imitation*

Zunächst stand das Spiel auf Instrumenten im Vordergrund. Bald entdeckte ich, dass er versuchte, mein Spiel zu imitieren. Dies war ihm möglich, wenn ich einen einfachen Rhythmus sehr lange wiederholte (z. B. kurz-kurz-lang). Darüber erkannte ich, dass er mein Spiel wahrnahm und Kontakt zu meinem Spiel aufbauen wollte. Seine Fähigkeit zur Imitation nutzte ich seitdem für verschiedene Tätigkeiten, wobei ich das, was ich ihm vormachte, immer als Angebot verstand. Ich beobachtete, welche meiner Handlungen er nachmachen konnte. Diese bot ich ihm wiederholt an, probierte aber auch von Zeit zu Zeit neue Dinge aus. So erweiterte sich mit der Zeit unser gemeinsamer Handlungsspielraum.

### *Instrumenten- straße*

Ich breitete mehrere Instrumente auf einer Decke aus, und so konnten wir unser Spiel auf verschiedene Instrumente verteilen. Dadurch entstand allmählich ein strukturierter Ablauf. Wenn ich neben das Instrument, auf das er zunächst fixiert war, ein weiteres stellte, so war ihm ein Wechsel zwischen den Instrumenten möglich. Mit der Zeit entwickelte sich eine „Straße“ zwischen uns, bei der er immer von der Schlitztrommel ausgehend, sein Spiel auf die anderen Instrumente erweiterte. Anfangs folgte er mir von Instrument zu Instrument, dann wechselte er zunehmend selbst die Instrumente. Teilweise folgte ich ihm zu seinem Instrument, so dass sich eine Mischung aus Führen und Folgen mit wechselnden Rollen entwickelte. Wenn Reinhold allein spielte, war zu beobachten, dass er der Reihenfolge nachging, in der die Instrumente nebeneinander standen. Später wurde es möglich, unterschiedliche Instrumente in immer wieder neuer Kombination einzubeziehen, die nicht nebeneinander stehen mussten. Außerdem war er nach einiger Übung in der Lage, mit Hilfe eines verabredeten Zeichens sein Spiel eigenständig zu beenden. In der vorletzten Sitzung baute er plötzlich rhythmische Variationen und kurze Pausen in sein Spiel ein, auf ähnliche Weise, wie ich es immer tat.

### *Tanz*

Zudem wurde Tanzen zu einem Element unserer Sitzungen. Ich legte eine Folkloremusik mit klaren Strukturen ein und beobachtete zunächst, wie sich Reinhold dazu bewegte und nahm diese Bewegungen dann auf. Er pendelte immer von einem Bein auf das andere, wobei sich sein Oberkörper zum belasteten Bein neigte. Mit der Zeit nahm ich weitere Bewegungen hinzu. Wenn sie sehr klar waren und oft wiederholt wurden, konnte er sie mitmachen. Händeklatschen kam hinzu; zuerst in die eigenen Hände, dann in die Hände des Gegenüber. Wenn wir durch den Raum gingen, lief er in einem gewissen Abstand genau meinen Raumweg nach. Daher ging ich eine Acht, bei der wir uns in der Mitte immer begegneten. Dann lief jeder wieder eine Schleife. Oder wir gingen seitwärts auf einer Kreisbahn, wobei er mir immer gegenüber war. Mit der Zeit entwickelte sich eine Tanzform zu „Lord of the dance“ und zur „Doudlebska Polka“, die wir kontinuierlich beibehalten konnten.

### *Autoaggression umlenken*

Ab der 14. Sitzung begann ich mit ihm, das Kopfschlagen auf der Trommel zu üben und benannte es ihm gegenüber auch als „Kopfschlagen üben“. Auf einem Regal im Raum lagen zwei Trommeln etwa auf der Höhe wie in der Schlosserei bereit. Ich spiegelte sein „Kopfschlagen“, indem ich

meinen Kopf auf die Trommel schlug und er machte mir das nach. Als dies nach einigen Sitzungen ein gewohntes Element geworden war ging ich mit ihm in die Schlosserei. Jeder hatte seine Trommel in der Hand. Desto näher wir der Stelle kamen, an der er gewöhnlich seinen Kopf aufschlug, desto schneller wurde er. Ich hatte den Eindruck, als würde dieser Ort in ihm einen zwanghaften Automatismus auslösen, den er befolgen müsse. Nachdem Reinhold einige Male mit dem Kopf gegen das Regal geschlagen hatte, sagte ich: „Und jetzt mit der Trommel!“ Dann legten wir die Trommel auf das Stahlregal und setzten dort das „Kopfschlagen üben“ um, wie wir es vorher im Therapieraum gemacht hatten. Danach gingen wir gemeinsam in den Therapieraum zurück und setzten die Stunde in gewohnter Weise fort. Dies wurde zu einem Element unserer Stunden. Die Momente, in denen er mit seinem Kopf auf das Regal schlug lösten anfangs bei mir ein starkes Ohnmachtgefühl aus. So musste es auch den Betreuern und Mitarbeitern ergehen, wenn sie dieses Verhalten von ihm mitbekamen. Von nun an lag an dieser Stelle im Stahlregal immer eine Trommel. Wenn man ihn während des Kopfschlagens ansprach und sagte: „Mit der Trommel!“, unterbrach er sein Kopfschlagen und führte es mit der Trommel weiter. Dass Reinhold ansprechbar war, während er seinen autoaggressiven Zwang auslebte, war ein großer Erfolg. Sein autoaggressives Verhalten völlig umzulenken, ist in dem einen Jahr der musiktherapeutischen Einzelsitzungen nicht gelungen. Ich denke, dass es noch mehr Zeit braucht und hoffe, dass meine Nachfolgerin ihn weiterhin dabei begleiten kann.

Über die wenigen Anamnesedaten, welche die Akten enthielten, die den Sozialpädagogen und Betreuern zur Verfügung standen, hinaus versuchte ich, über meine Beobachtungen des musikalischen Verhaltens weitere Informationen über die Klienten zu erhalten. Bei Reinhold hatte ich beispielsweise über das Musizieren erfahren, dass er Fähigkeiten zur Imitation hat, was ich für den Therapieprozess nutzen konnte. Ich hatte ihn nicht dazu aufgefordert, mich zu imitieren. Dies war etwas, das er von sich aus umsetzte. Zudem spiegelte sich die Art und Weise, wie er mit dem Kopf auf das Stahlregal schlug, auch in seinem musikalischen Verhalten wieder. Es war zunächst starr, stereotyp, hart und ohne Beziehung zum Spiel des Gegenübers. Im Verlauf der Arbeit veränderte es sich und wurde deutlich flexibler und kommunikativ. Daher hoffte ich, dass sich über Veränderungen im musikalischen Verhalten auch sein autoaggressives Verhalten verändern würde. So verlief die Musiktherapie nach einem verhaltenstherapeutischen Prinzip. Eine tiefenpsychologische Orientierung, bei der wir den Symbolgehalt der autoaggressiven Verhaltensweisen hätten verstehen und den biographischen Hintergrund hätten bearbeiten können, war bei der Arbeit mit Reinhold nicht möglich. Bei Mireille hingegen, die ich anschließend vorstellen werde, waren für mich die Informationen, die ich aus dem Umfeld über ihre Familiensituation in Bezug auf ihren Vater erhielt, sehr wichtig, um in der Therapie angemessen auf ihre Äußerungen reagieren zu können. Eine tiefenpsychologische Orientierung machte in ihrem Falle Sinn.

Auch bei der Arbeit mit geistig Behinderten werden unter Übertragung die Gefühle und Wünsche verstanden, die Klienten auf die Therapeutin projizieren. Die Therapeutin muss in der Lage sein, Übertragungen zu erkennen und nicht wie die reale Umwelt darauf zu reagieren. Mit der Gegenübertragung sind die Gefühle und Impulse gemeint, die der Erwachsene mit geistiger Behinderung im Therapeuten erzeugt (vgl. Nottbrock, 1989, 76f.).

Wenn Reinhold in der Schlosserei mit seinem Kopf auf das Regal schlug, empfand ich starke Ohnmachtgefühle. Als ich dieses Gefühl als Gegenübertragung erkannte, konnte ich wieder handeln und der Entwicklung von Reinhold einen neuen Impuls geben. Er konnte sein „Kopfschlagen“ unterbrechen und auf der Trommel weiterführen.

*Musiktherapeutische Diagnostik*

*Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung*

*Mireille, eine junge Frau in der Auseinandersetzung mit ihrem Leben*

In der Werkstatt wurde Mireille als sehr unruhig und unkonzentriert wahrgenommen. Distanzlos warf sie sich dort einigen Männern um den Hals oder setzte sich bei ihnen auf den Schoß. Darüber hinaus gab es einen Mann, den sie als ihren Freund bezeichnete. Er war etwa 20 Jahre älter als sie. Da sich der Freund sexuellen Kontakt zu ihr wünschte, wurde sie von ihm ferngehalten und stark beobachtet. Nach Einschätzung der Betreuer entsprach ihr Entwicklungsstand, insbesondere hinsichtlich ihres sexuellen Verhaltens, dem einer Vierjährigen. Deshalb sahen sie in dem Sexualkontakt bei solch großem Altersunterschied die Qualität von sexuellem Missbrauch.

In der Therapie hatte Mireille mir erzählt, dass ihr Freund ein Kind mit ihr bekommen wolle. Als ich sie fragte, ob das auch ihr Wunsch sei, nickte sie mit strahlendem Gesicht und streichelte sich dabei den Bauch. Ich lächelte zurück, um mit ihr das Glücksgefühl, das diese Vorstellung bei ihr auslöste, zu teilen. Hier nahm ich sie nicht wie eine Vierjährige wahr, sondern wie eine junge unerfahrene Frau mit einer großen Sehnsucht nach Liebe und Familie. Sie war sehr verärgert darüber, dass sie ihren Freund nicht sehen durfte (wörtlich von ihr: Scheiße ist das!). Ihren Ärger konnte ich gut verstehen und bot ihr eine Trommel an, auf der sie mir zeigen sollte, wie ärgerlich sie war. Ihr Spiel hatte weniger wütenden als verzweifelten Charakter. Sie brach es immer wieder ab, als könnte sie es selbst nicht aushalten. Dann musste sie erst einmal lachen.

*Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung:*

Das Sexualleben Erwachsener mit geistiger Behinderung ist ein sehr problematischer Bereich. Das allgemeine Menschenrecht auf Sexualität wird noch keinesfalls durchgehend anerkannt. Gefürchtet wird, dass Menschen mit geistiger Behinderung wiederum Menschen mit geistiger Behinderung zur Welt bringen. Nicht selten werden sexuelle Regungen von Menschen mit geistiger Behinderung vom Fachpersonal unterdrückt oder sogar bestraft. Oft sind ihnen keinerlei sexualerzieherische Hilfestellungen zuteil geworden. Bei meiner Therapie mit der jungen Frau Mireille musste ich von solchen Gegebenheiten ausgehen.

*Trauerarbeit*

Zunächst war sie ein halbes Jahr lang Teilnehmerin der Kleingruppe. Hier erzählte sie immer wieder von ihrem Vater. Er würde sie bald besuchen kommen. Als ich die Information von den Sozialpädagogen bekam, dass ihr Vater vor 9 Jahren gestorben war, bot ich ihr Einzelmusiktherapie an, um mit ihr eine Trauerarbeit zu beginnen, in der sie ihre Verzweiflung zum Ausdruck bringen konnte und sich angenommen wusste. Sie konnte den Begriff ‚tot‘ nicht erfassen und wollte nicht glauben, dass ihr Vater nicht doch zu ihr zurückkommen könne.

In einer Therapiestunde malte sie ihren Vater, ihre Mutter und sich in der genannten Reihenfolge. Ihr Vater war im Gegensatz zu ihrer Mutter riesig und sie selbst noch viel kleiner. Auf mich wirkte das Bild von ihrem Vater bedrohlich. Auf Hüfthöhe malte sie bei ihrem Vater einen waagerechten Strich. Als ich fragte, was das sei, sagte sie: „Schwanz“. Das sagte sie sehr selbstverständlich, ohne dabei irgendwelche Emotionen zu zeigen. Dies konnten Indizien dafür sein, dass Mireille sexuellen Kontakt mit ihrem Vater erlebt hatte. Vielleicht hatte sie hierüber das Gefühl von Anerkennung durch ihren Vater erhalten und versuchte nun als erwachsene Frau weiterhin über diesen Weg Anerkennung und Liebe zu bekommen. Dass sie sich nun einen 20 Jahre älteren Freund gesucht hatte, deutete zudem darauf hin, dass sie die Erfahrungen mit ihrem Vater unbewusst wiederholen wollte.

*Sexueller Missbrauch bei Menschen mit geistiger Behinderung*

Frauen und Männer mit geistiger Behinderung sind besonders gefährdet, sexuell missbraucht zu werden (vgl. Suhrweier, 1999, 190ff.). Teilweise können sie sich wegen körperlicher Einschränkungen nicht wehren und (oder) wegen sprachlicher Defizite nicht äußern. Fehlendes Schamgefühl oder distanzlose Annäherungen von Menschen mit geistiger Behinderung können zudem für solche Übergriffe einladend wirken. Hieraus können sich psychische Störungen entwickeln, die in der Therapie mit Menschen mit geistiger Behinderung beachtet werden müssen.

Die sprachlichen Äußerungen von Mireille zu verstehen, war für mich sehr schwierig. Sie artikuliert sehr undeutlich in unvollständigen Sätzen. Hinzu kam ein süddeutscher Akzent. Desto mehr ich sie verstand, desto mehr erzählte sie mir. Von ihrem Vater meinte sie, dass er bei einem Auto-unfall gestorben sei. Seine Freundin Nina sei schwanger gewesen und habe ihr Baby bei dem Unfall verloren. Ihre Mutter hätte dazu gesagt, dass es besser gewesen wäre, wenn Nina gestorben wäre. Sie schien sich dabei stark mit Nina zu identifizieren, diese bräuchte ihren Schutz und sie

sagte ein paar Mal „das arme Mädchen“. Der Gruppenleiter, mit dem ich darüber sprach, hatte bei ihrer Mutter nachgefragt, ob diese Informationen richtig seien. Diese sagte, dass das alles erfundene Geschichten seien. Ihr Mann sei an einem Gehirntumor gestorben.

Sind diese Geschichten wirklich erfunden? Stehen sie wie Träume symbolisch für ihre Erleben von unverarbeiteten Erfahrungen der Vergangenheit? Steht dieser Unfall symbolisch für ihr Erleben eines sexuellen Missbrauchs, bei dem ein Teil von ihr sterben und ihr Vater aus ihrem Leben gehen musste?

Leider konnte die Musiktherapie mit Mireille nicht weitergeführt werden, weil sie Mitte Oktober mit ihrer Familie nach Süddeutschland gezogen ist.

Niedecken spricht in der Therapie bei Menschen mit geistiger Behinderung von einer undifferenzierten Beziehungssituation. Da die Symbolisierungsfunktion eingeschränkt ist, sei es sehr schwierig, eine Verstehensebene zu erreichen. Somit sei die Therapeutin allein auf ihre Hypothesen angewiesen (vgl. Niedecken, 1989, 210). Man kann den Klienten nicht fragen, ob eine Hypothese stimmt.

Diese Einschränkung spürte ich bei Mireille. In der Arbeit mit ihr war ich sehr auf Hypothesen und Interpretationen beschränkt. Ihr Verhalten hinterfragte ich in Bezug auf diese Hypothesen und umgekehrt.

Manchmal beantwortete sie alle meine Fragen pauschal mit „Ja“, auch wenn sie sich gegenseitig widersprachen. Einmal erzählte sie mir, dass ihr Vater mit ihr ein Kind wollte. Ich war mir nicht sicher, ob ich sie richtig verstand und fragte: „Hat Dein Vater versucht, Dir ein Kind zu machen?“ Sie grinste verschämt und sagte: „Ja“. Ich sagte, dass das nicht richtig sei. Sie sei doch selbst das Kind vom Vater. Ich war mir aber nicht sicher, ob sie wusste, wie ein Kind entsteht und so sprach ich mit ihr über Sexualität, um herauszufinden, was für Erfahrungen und Wissen sie darüber hat. Dass sie anfangen musste zu kichern und ihr das ein peinliches Thema zu sein schien, zeigte mir, dass sie zumindest nicht ganz unwissend oder auch unerfahren war. Dennoch war ich mir in Bezug auf meine Hypothesen immer noch nicht sicher und hatte keine Antworten bekommen.

So erforderte es für mich viel Geduld und Aufmerksamkeit, um den sprachlichen, musikalischen oder anderen Äußerungen von Mireille zuzuhören, und zu versuchen, sie in ihrer Lebenssituation zu verstehen und empathisch auf sie einzugehen. Dies war unerlässlich, wenn ich ihr auf ihrem Weg folgen wollte. Ich bot ihr musikalische Ausdrucksmöglichkeiten an und verstand mich als liebevolle und verlässliche Begleiterin bei ihren Sorgen.

Das Arbeitsbündnis entwickelt sich erst allmählich in vielen Begegnungen und zeigt sich durch die Verhaltensweisen der Klienten. Mit Mireille hatte ich etwa ein halbes Jahr gearbeitet, bevor sie anfang von ihren Sorgen zu erzählen. (vgl. Niedecken, 1989, 216).

Nach dieser Zeit war also die therapeutische Beziehung so tragfähig, dass Mireille Vertrauen fassen konnte. Dies geschieht durch ein möglichst vorurteilsfreies Verhalten, das Verständnis für das „So-Sein“ des Menschen mit geistiger Behinderung, für seine emotionalen Erfahrungen, seine Bedürfnisse und seine Reaktions- und Verhaltensweisen.

Es ist für viele Menschen mit geistiger Behinderung eine neue Erfahrung, dass ihren Problemen mit geduldigem Zuhören und Akzeptanz begegnet wird, was ihnen ermöglicht, sich selbst als wichtig und liebenswert anzunehmen (vgl. Goeres in Vogler, 1992, 56).

In der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung geht es nicht darum, die Behinderung, d. h. den organisch nachweisbaren Schaden zu heilen. Ziel ist eine Aufarbeiten der sekundären psychischen Störungen (vgl. Nottbrock, 1992,

*Therapeutisches Setting und Therapeutische Beziehung bei Menschen mit geistiger Behinderung*

*Ziele meiner musiktherapeutischen Arbeit*

71).

Vergangene traumatisierende Erfahrungen können aufgearbeitet werden, indem die Verhaltensweisen und Äußerungen des Klienten in Zusammenhang mit seiner Vergangenheit verstanden werden, ihnen also Sinngehalt zugestanden wird. Diese Zugangsweise des Verstehens „kann bei ‚geistig Behinderten‘ zu ebensolchen sinnvollen Vermutungen über deren psychische Verfasstheit führen, wie dies bei sogenannten ‚geistig Nicht-Behinderten‘ möglich ist“ (Datler zit. n. Vogler, 1992, 52). Über das Angenommensein und Verstanden werden sind eventuell neue positive Erfahrungen mit sich und in der Auseinandersetzung mit der Therapeutin möglich.

*Therapeutische  
Haltung und  
Sichtweisen ge-  
genüber diesem  
Klientel*

An Hand von drei unterschiedlichen Sichtweisen von Menschen mit geistiger Behinderung möchte ich meine Haltung diesen Menschen gegenüber herausarbeiten. Diese Sichtweisen habe ich aus unterschiedlicher Literatur (Beate Mahns, Suhrweier, Nottbrock, Niedecken) unter drei Überschriften zusammengefasst:

- Defizit des Individuums

Durch einen genetischen Schaden, eine Störung während der Schwangerschaft wie eine dauerhafte Drogeneinnahme der Mutter oder eine Störung während der Geburt wie z. B. Sauerstoffmangel, entsteht bei dem Säugling ein nicht behebbarer organischer Defekt. Stellt der Arzt die Diagnose „geistige Behinderung“ so wird der Mensch für seine Zukunft bereits auf ein bestimmtes Verhaltensrepertoire festgelegt. Man geht davon aus, dass er in seiner Lernfähigkeit und Intelligenz beeinträchtigt und lebenslang von fremder Hilfe abhängig sein wird. Alle Verhaltensweisen werden in Bezug auf die geistige Behinderung interpretiert. Verwirrendes Verhalten soll abgebaut und zur „Normalität“ erzogen werden. Von der Behinderung des Geistes wird auch auf eine Behinderung der Psyche und somit der Emotionen geschlossen. Aus dieser Sichtweise erscheint Psychotherapie daher als sinnlos (vgl. Mahns, 1985, 148; Suhrweier, 1999, 27; Lempp in Nottbrock, 1992, 45).

- Opfer der gesellschaftlichen Zuweisung

Bestimmte Menschen einer gesellschaftlichen Gruppe etikettieren andere Menschen als „geistig behindert“, weil sie nicht ihren Erwartungen entsprechen. Sie genügen nicht den Schönheitsvorstellungen. Ihr Verhalten wirkt fremd, macht Angst und entspricht nicht den Normvorstellungen von Anpassung. Zudem ist ihre Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Auf diese Menschen werden Ängste projiziert in Bezug auf Versagen, Abhängigkeit und ausgeliefert Sein. Als Folge werden sie an den Rand der Gesellschaft in Institution gedrängt. Die Menschen mit Behinderungen können sich nicht dagegen wehren und reagieren mit psychischen und emotionalen Störungen (vgl. Vogler, 1992, 21; Cloerkes in Suhrweier, 1999, 145; Niedecken 1989; Nottbrock, 1992, 50; Mannoni in Nottbrock, 1992, 49; Goll, 1993a, 5).

- Wechselseitig sich bedingende Faktoren zwischen dem Individuum und Gesellschaft

Bei dieser Sichtweise werden die Menschen mit geistiger Behinderung nicht nur als Leidtragende eines organischen Defekts oder Opfer gesellschaftlicher Zuweisung gesehen, sondern sie werden als eigenständige Personen und als Subjekte, die im Rahmen und unter den speziellen Bedingungen ihrer Lebensumstände handeln, wahrgenommen:

Bei Bach (in Suhrweier 1999) wird die Wechselbeziehung verschiedener Faktoren zu einem Behinderungsbegriff herausgearbeitet, der sich an folgenden drei Faktoren orientiert:

1. Verhaltenserwartungen der Gesellschaft, z. B. auf den Gebieten des Leistungs- und Sozialverhaltens;
2. Verhaltensdispositionen als subjektive Voraussetzungen, z. B. auf den Gebieten der Kognition, der Emotionen, der Motorik, der körperlichen Konstitution, die zur Erfüllung der gesellschaftlichen Erwartungen zur Verfügung stehen;
3. Verhaltensbedingungen z. B. im Familienleben, in den Lernsituationen, die sich aus der Lebensgeschichte ergeben (vgl. Suhrweier, 1999, 23f.).

Beim Verständnis der Behinderung werden folglich psychische und soziale Komponenten mit einbezogen. Symptome wie wegedeln, etwas nicht kapieren, also die Auswirkungen und Symptome des Geistig - Behindert - Seins, werden als sinnvolle Handlungen dieses Menschen anerkannt. Abweichendes Verhalten wird als Form der Gegenwehr interpretiert (vgl. Mahns, 1985, 148). Stereotypes Wiederholen von Worten oder Handlungen wird als Ausdruck von Angst und sinnvoller Selbstschutz erkannt.

Es steht nicht mehr das Ziel im Vordergrund, eine Handlung zu unterbinden, sondern sie zu hinterfragen und zu verstehen (vgl. Fleming, 1994, 215).

Aus dieser Sichtweise ist ein psychotherapeutisches Vorgehen wie in der Musiktherapie sinnvoll.

Diese dritte Sichtweise ist Grundlage meiner Arbeit. Die Handlungen der Klienten ernst zu nehmen und als sinnvoll anzuerkennen setzte ich beispielsweise so um:

Ich bremste Mireille nicht in ihrer Unruhe, sondern bot ihr freies Tanzen zur Musik an, damit sie ihren Bewegungsdrang ausleben kann. Mitten im Tanz entstand dann oft das Bedürfnis etwas zu erzählen. Vielleicht erzählte sie dann das, was sie beunruhigte. Ich schaltete die Musik aus, hörte ihr zu, fragte nach und versuchte, sie zu verstehen. Wenn sie schluchzte, legte ich eine Hand auf ihren Rücken, um ihr beizustehen und ihr Trost zu schenken.

Den Grund für Reinholds autoaggressives Verhalten kannte ich zwar nicht, dennoch ging ich davon aus, dass diese Handlungen für ihn sinnvoll sind und er für sich die beste Möglichkeit sich zu verhalten gefunden hatte. Ich sagte daher auch nicht die Worte, die seine Umwelt oft zu ihm sagte („nicht Kopfschlagen, Reinhold!“), sondern begleitete ihn zu dem Ort des Geschehens und akzeptierte, dass er dann dort seinen Kopf auf das Regal schlug, bevor ich ihm eine Handlungsalternative vorschlug. Ein solches Vorgehen stellt einen respektvollen Umgang mit der Eigenständigkeit der Klienten dar (vgl. Niedecken, 1989,216).

Wie beschrieben wurde, ist die geistige Behinderung in ihrer Ausprägung durch den organischen Schaden noch nicht festgelegt. Viele verschiedene Faktoren tragen zum endgültigen Erscheinungsbild bei. Psychische Störungen können als zusätzliche Beeinträchtigung hinzukommen und treten bei Menschen mit geistiger Behinderung häufiger auf als in der Normalbevölkerung. Dadurch begründet ergibt sich für sie ein erhöhter Bedarf an Psychotherapie.

Musiktherapie ist als psychotherapeutisches Verfahren bei diesem Klientel besonders geeignet, da sie Alternativen zur sprachlichen Kommunikation bietet und die Verarbeitung von Gefühlen ermöglicht. In der Musik spiegeln sich die Verhaltensweisen der Klienten. Mit der Veränderung des musikalischen Verhaltens können auch Veränderungen im alltäglichen Verhalten erreicht werden.

**Literatur:**

- Fleming, Beate: Fördern – Heilen - Erziehen? Musiktherapie zwischen Musikschule und Sonderschule. In: Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie (Hg.): Themenheft Geistige Behinderung, Musiktherapeutische Umschau 15, Berlin, 1994, 214-220
- Goll, Harald: Heilpädagogische Musiktherapie. Grundlegung eines ökologisch-dialogischen Theorieentwurfes. In: Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 4, 1993, 3-13
- Mahns, Beate: Musik bei geistig Behinderten zwischen Beschäftigung und Therapie. In: Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie (Hg.): Musiktherapeutische Umschau 6, 1985, 147-161
- Niedecken, Dietmut: Namenlos. Geistig Behinderte verstehen, Berlin, 1989
- Nottbrock, Stefan: Geistig Behinderte verstehen. Beiträge der sensorisch-integrativen Therapie und der Musiktherapie (Diplomarbeit), Heidelberg, 1992
- Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen, München, 2000
- Suhrweier, Horst: Geistige Behinderung: Psychologie, Pädagogik, Therapie, Berlin, 1999
- Vogler, Ulrike: Geistig Behinderte und Psychotherapie (Diplomarbeit), Heidelberg, 1992

**Zur Person:**

1993 zog ich von meiner Heimatstadt Unna nach Siegen, um hier Lehramt für die Primarstufe mit den Fächern Musik, Mathematik und Deutsch zu studieren. Ab Mai 1994 war ich dann reguläre Teilnehmerin der Ausbildung.

Am eigenen Leib erfuhr ich die tiefgreifende Wirkung der musikalischen Improvisation im gruppentherapeutischen Setting. Ich war und bin auch noch so beeindruckt davon, dass für mich schnell klar wurde, dass ich mit dieser Methode gerne arbeiten wollte. Ich stellte den schulischen Rahmen, wie er in unserem Gesellschaftssystem gestaltet wird, aus vielen Gründen in Frage. So kam ich zu dem Entschluss, ein Sozialpädagogikstudium an das Lehramtstudium anzuschließen, da mir die sozialpädagogische Arbeit mehr entspricht.

Im Sommer letzten Jahres bekam ich eine Honorarstelle für die Gestaltung eines musikalischen Angebotes in einer Werkstatt für Menschen mit geistiger Behinderung angeboten. Dort stellte ich mich mit meiner Ausbildung vor und konnte auch überzeugen, dass über ein musikpädagogisches Angebot hinaus Musiktherapie sinnvoll sei.

Zu dem Thema „Musiktherapie bei geistig behinderten Erwachsenen“ verfasste ich 2002 meine Diplomarbeit für Sozialpädagogik

Zur Zeit arbeite ich in einem Hilfsprogramm für traumatisierte Kinder und Frauen in Guatemala als Sozial- und Musiktherapeutin.