

## ***KON-TAKTE. Musiktherapeutische Einzelarbeit bei Menschen mit mehrfacher Behinderung***

*Bärbel Schneider*

In diesem Vortrag möchte ich über meine Erfahrungen in der musiktherapeutischen Arbeit mit einem behinderten Mann berichten. Vorab werde ich stichpunktartig Anwendungsbeispiele von Musiktherapie in meinem derzeitigen Beruf skizzieren und anschließend die Einrichtung vorstellen, in der ich zurzeit musiktherapeutisch tätig bin. In einem zweiten Teil werde ich mich mit dem Thema Indikation zur Musiktherapie auseinandersetzen. Bei der anschließenden Falldarstellung, werde ich insbesondere auf den Aspekt der Gegenübertragung eingehen.

### ***Die Einrichtung:***

Seit Februar 2004 bot ich einmal wöchentlich Musiktherapie für drei Bewohner eines Wohnheims für geistig - und mehrfachbehinderte Menschen an. Das Wohnheim Klotzbach steht unter der Trägerschaft der "Diakonischen BehindertenhilfegGmbH Siegerland". Zur Zeit leben dort 25 geistig - und mehrfachbehinderte Erwachsene zwischen 21 und 75 Jahren. Außerdem gibt es einen Kurzzeitpflegeplatz. In einem Nachbargebäude wird derzeit eine Außenwohngruppe mit sieben Plätzen eingerichtet. Die Bewohner arbeiten in unterschiedlichen Werkstätten für Behinderte der Arbeiterwohlfahrt in Eiserfeld und Netphen-Deuz, sowie in der Werkstatt beziehungsweise Tagesförderstätte der Lebenshilfe in Kirchen-Steckenstein. Einzelne Bewohner sind in einer Abteilung für Behinderte tätig, welche die Lebenshilfe innerhalb einer Firma in Burbach-Wahlbach betreibt.

*Wohnheim für geistig und mehrfachbehinderte Menschen*

Bevor ich die musiktherapeutische Arbeit mit einem der Bewohner schildere, möchte ich auf die Frage eingehen, ob und warum Musiktherapie bei geistig behinderten Menschen sinnvoll und indiziert ist. Dabei lehne ich mich an die Erörterungen von Henk Smeijsters in seinem Buch "Grundlagen der Musiktherapie"(1999) an.

*Indikation für Musiktherapie*

Indikation ist die aus einer (ärztlichen) Diagnose sich ergebende Veranlassung, ein bestimmtes Heilverfahren anzuwenden. "Im fachlichen Verständnis setzt die Indikation eine Krankheit voraus, für welche ein ganz bestimmtes Heilverfahren bzw. Medikament angezeigt ist. Sie dient also dazu, relativ sichere Erfolge zu erzielen und Kontraindikationen zu verhindern"<sup>1</sup>.

Im Falle meiner Klienten handelt es sich bei den Diagnosen um geistige Behinderungen unterschiedlicher Schweregrade, verschiedene körperliche Behinderungen und Verhaltensstörungen unterschiedlicher Art. Die Betreuerin hatte in unserem ersten Gespräch berichtet, dass diesen Bewohnern Musik gefalle und sie deshalb nach musiktherapeutischen Angeboten gesucht habe. Smeijsters setzt sich kritisch mit der Indikation für Musiktherapie auseinander. Er stellt die Frage, ob das "Gefallen von Musik" eine Indikation zur Anwendung von Musik als Therapie sein kann. Dass ein Mensch Musik mag, heißt noch nicht, dass sie auch eine adäquate Behandlungsform seines Problems darstellt. Jeder braucht die Therapie oder Maßnahme, die sein Problem am wirksamsten behandelt.

<sup>1</sup> Fachlexikon der sozialen Arbeit (1986, 424)

Eine Indikation für Musiktherapie ist nach Smeijsters eingeschränkte oder nicht vorhandene sprachliche Ausdrucksfähigkeit. Musiktherapie ist nonverbal. Sie kommt ohne Worte aus. Bezogen auf Klienten mit autistischen Kennzeichen oder Hirnschäden schreibt Smeijsters: "Ihnen allen fehlt in der einen oder anderen Form das Vermögen zur Verbalisierung oder Abstraktion. Musiktherapie könnte also eine Bedeutung in den Fällen haben, in denen man sich nicht auf ein gut funktionierendes Sprechen oder Denken berufen kann"(1999, 18).

Dies leisten allerdings andere kreative Therapieformen ebenso, auch sie können nonverbal sein. Der wesentliche Unterschied liegt in der Präverbalität von Musik bzw. Klängen. "Präverbalität verweist [...] auf das frühere Entwicklungsstadium, wo der Ursprung der psychischen Störung zu finden ist. Dadurch dass es den Zeitraum vor der Sprachentwicklung betrifft, konnten Erfahrungen noch nicht verbal repräsentiert werden. Es bestehen also keine Worte. Die Kommunikation zwischen Mutter und Kind ist gekennzeichnet durch ein 'musikalisches Feld'<sup>2</sup> worin Rhythmus, Melodie, Tempo, Dynamik und Timbre wichtige Parameter sind" (Smeijsters 1999, 19). Diese in der Kommunikation zwischen Mutter und Kind bedeutsamen Charakteristika von Musik können in der musiktherapeutischen Arbeit frühestes Erleben repräsentieren zugänglich machen.

Weiterhin betont Smeijsters die Synchronizität als spezifische Eigenschaft von Musik. Das gleichzeitige Erklängen von Klängen, die von mehreren Personen stammen können, ermöglicht Erfahrungen von Verschmelzung und Symbiose. Er beschreibt diesen Vorgang so: "Zusammen Musizieren ist ein andauernder Prozess von Verschmelzung und Auseinandergehen: Aufgehen in dem Spiel des anderen, Aufgehen des anderen in deinem Spiel, Abstand nehmen von dem Spiel des anderen oder der Abstand des anderen von deinem Spiel. Weil der Prozess nicht auf einer verbalen sondern auf einer nonverbalen Ebene stattfindet, findet das, was präverbal geformt wurde, eine hiermit analoge Expression. Das Nonverbale ermöglicht eine handelnde Wiederholung und damit präverbale Problemlösung" (ebd. 21).

Ich fasse zusammen: Durch Musik können Menschen zu Erlebnisinhalten in Kontakt kommen, für die keine sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten bestehen. Sie können Erlebnisinhalte ausdrücken und bearbeiten, die aufgrund von körperlicher, geistiger oder psychischer Behinderung oder Krankheit verbal nicht mitgeteilt werden können. Musiktherapie stellt daher eine wertvolle Methode für die psychotherapeutische Arbeit mit geistig behinderten Menschen dar.

Smeijsters befasst sich außerdem ausführlich mit den nachweisbaren Auswirkungen von Musik auf Sprache, Informationsverarbeitung und Motorik. Diese Aspekte sind in der heilpädagogischen Arbeit von Bedeutung.

### ***Falldarstellung:***

*Vorstellung des Klienten* Als ich Thomas<sup>3</sup> im Februar 2004 kennen lernte war er 33 Jahre alt und lebte seit vier Jahren im Wohnheim. Davor hatte er bei seiner Mutter gewohnt. Er war ins Wohnheim gekommen, als seine Mutter pflegebedürftig wurde. Sein Vater war bereits zwanzig Jahre zuvor gestorben. In regelmäßigen Abständen ist er zu Be-

<sup>2</sup> dabei bezieht Smeijsters sich auf Stern

<sup>3</sup> Name wurde geändert

such bei seiner Schwester. Die Betreuerin<sup>4</sup> beschrieb Thomas folgendermaßen: Er ist zurückhaltend, hält sich häufig allein in seinem Zimmer auf, sitzt im Schneidersitz auf dem Boden oder auf seinem Bett. Manchmal läuft der Fernseher, der Ton ist jedoch abgestellt. Thomas spricht wenig und wenn, dann in Zwei- bis Dreiwortsätzen. Er liebt Musik, hat ein gutes Rhythmusgefühl und singt manchmal lauthals. Er benutzt dann eine Fantasiesprache. Wenn er CDs hört, singt er Texte teilweise mit. Thomas mag Sport, besonders Radfahren. Er fährt auf einem ganz normalen Fahrrad. Außerdem er liebt Autos. Er besitzt eine große Sammlung von Modellautos.

In Thomas' Akte sind als Diagnosen registriert: Hirnschädigung und Hirnorganisches Psychosyndrom (HOPS)<sup>5</sup> mit geistiger Behinderung. Weiterhin wurden bei Thomas Antriebsarmut, zentrale Bewegungsstörung sowie eine residuale Epilepsie (Grand Mal-Anfälle) diagnostiziert.

*Diagnose Hirnschädigung und Hirnorganisches Psychosyndrom*

Seine sechzehn Jahre ältere Schwester berichtete, Thomas sei durch einen geplanten Kaiserschnitt zur Welt gekommen, habe sich zunächst ganz normal entwickelt und normal gehen und sprechen können. Im Kleinkindalter sei plötzlich eine deutliche Veränderung eingetreten. Insbesondere auf geistiger Ebene entwickelte er sich deutlich zurück. Er besuchte eine Schule für geistig Behinderte. Die Betreuerin erzählte, Thomas' Mutter habe ihn sehr verwöhnt, indem sie alles für ihn machte. Bei der Aufnahme ins Wohnheim war Thomas deutlich übergewichtig. Er zeigte kaum Eigeninitiative, nahm sich zum Beispiel bei den Mahlzeiten trotz Aufforderung kein Brot, obwohl er hungrig war.

Wenn ich Thomas zur Musiktherapie abhole, sitzt er oft auf dem Bett vor seinem eingeschalteten aber tonlosen Fernseher. Meistens schaut er weg, wenn ich sein Zimmer betrete. Manchmal erscheint er abwesend, wie aus einer anderen Welt kommend. Wenn wir am Gruppenraum vorbeigehen, winkt er manchmal anderen Bewohnern oder Betreuern zu. Teilweise sagt er ein paar oft unverständliche Worte. Wenn jemand ihn aufmunternd anspricht, kann es sein, dass er plötzlich aus seiner Einsilbigkeit aufwacht, lacht und sich betont burschikos verhält.

In den Musiktherapiestunden ist er oft lockerer, mutiger, kontaktfreudiger und redet mehr. Sein Sprechen wirkt auf mich wie einstudiert oder nachgemacht, sein Lachen macht auf mich einen unnatürlichen Eindruck. Es erscheint mir, als ob er sich bemühe, vermuteten Erwartungen seiner Umgebung zu entsprechen. Insgesamt macht Thomas' Verhalten auf mich den Eindruck von gestörter Beziehungsfähigkeit und großer sozialer Unsicherheit.

*gestörte Beziehungsfähigkeit / soziale Unsicherheit*

### **Setting:**

Im ersten halben Jahr fand die Musiktherapie alle vierzehn Tage statt, seit etwa einem Jahr wöchentlich für jeweils etwa 30 Minuten. Zuerst nutzten wir den fensterlosen Snoozelraum in einem Nebengebäude. Inzwischen treffen wir uns in einem etwas abseits gelegenen, selten genutzten Gruppenraum, in dem auch eine breite, höhenverstellbare Liege für krankengymnastische Behandlungen steht. Darauf verteile ich gut erreichbar alle Musikinstrumente mit Ausnahme der Djembé. Diese stand anfangs etwas abseits neben mir. Seit wir sie regelmäßig nutzen, steht sie etwas zurückgesetzt zwischen uns. Thomas sitzt mir schräg gegenüber an einer Seite, ich am Fußende der Liege. Im alten Raum saßen wir in einem geringe-

<sup>4</sup> Den Begriff "Betreuer/in" verwende ich hier für alle Berufsgruppen, die eine betreuende Funktion innerhalb des Wohnheims haben.

<sup>5</sup> Bezeichnung für ein hirnlokales Syndrom mit im Vordergrund stehenden umschriebenen Leistungs- oder Verhaltensstörungen.

ren Abstand ebenfalls schräg einander gegenüber, beide am Fußende des Wasserbetts im Snoozelraum.

### **Die erste Sitzung:**

#### *Kontaktaufnahme durch Singen*

Während der ersten Sitzung ist noch eine Betreuerin anwesend. Thomas setzt sich leicht abgewandt, den Blick nach unten gerichtet, und schaut immer wieder nach hinten zur Betreuerin. Ich singe das Lied "Komm, wir wollen heute singen". Thomas sieht weiterhin weg, wippt aber zunehmend mit einem Fuß mit. Nach zwei bis drei Wiederholungen erkläre ich ihm, dass wir dieses Lied zu Beginn jeder Stunde singen können. Anschließend frage ich ihn, ob er sich ein Instrument aussuchen möchte. Er dreht seinen Kopf weiter weg.

#### *Klangschale*

Auf die Frage, ob ich ihm Instrumente zeigen soll, nickt er. Als ich die kleine Klangschale leicht anschlage, hält Thomas sich zwei Finger auf sein rechtes Ohr und verzieht dabei leicht das Gesicht, als ob ihn der Klang schmerze. Ich respektiere diese abwehrende Reaktion und biete ihm an, eine Rassel zu hören. Wieder nickt Thomas. Ich nehme die Kastenrassel in die Hand, bewege sie leicht hin und her. Thomas hört auf das entstehende Geräusch. Auf meine Frage, ob er sie selbst halten möchte, nickt er wieder. Er nimmt sie in die Hand, bewegt sie rundherum, nimmt sie an die Nase, hält sie dort fest, nimmt sie dann wieder nach unten. Ich frage ihn: "Soll ich dir zeigen, was man damit machen kann?" Er nickt wieder. Ich singe nochmals das Lied und schlage die Rassel rhythmisch auf meine Hand. Thomas schaut sofort völlig interessiert hin. Ich frage ihn: "Willst du sie selbst in die Hand nehmen?" Wieder nickt er.

#### *Rassel*

#### *Singen*

Ich singe das Lied nochmals, wiederhole es wieder zwei- bis dreimal. Thomas benutzt die Rassel sofort ganz selbstverständlich. Er singt mit, mit unverständlichen Worten, aber zunehmend lauter und bewegt sich rhythmisch zur Musik. Das Singen des Liedes zu Beginn der Stunde behalten wir für einige Wochen bei.

#### *Leier*



Als nächstes Instrument suchen wir in der gleichen Weise wie zuvor die Leier aus. Ich spiele zunächst alleine einzelne Saiten. Gefragt, ob er mitspielen möchte, nickt Thomas wieder. Ich halte die Leier vor ihn. Sehr zögernd beginnt er, streicht dabei ganz vorsichtig über alle Saiten und guckt währenddessen fast vollständig weg. Ich beginne ebenfalls, über alle Saiten zu streichen. Wir wechseln uns ab. Thomas spielt langsam lauter. Ich betone nun wieder einzelne Saiten. Thomas spielt jetzt auf den unteren drei bis vier Saiten. Dazu ist sein Kopf zwar noch abgewandt, aber sein Blick ist jetzt stärker auf das Instrument gerichtet. Unser Wechsel wird schneller. Plötzlich hört Thomas auf und dreht sich weg.

### **Die zweite Sitzung:**

#### *Scheu*

Thomas wird von einem Praktikanten begleitet. Diesmal setzt er sich mit dem Rücken zu den Instrumenten auf seinen Platz. Nach meiner Aufforderung dreht er sich um, sitzt jedoch weiterhin von den Instrumenten und von mir abgewandt. Als wir das Anfangslied beendet haben, bitte ich ihn, sich ein Instrument zu nehmen. Thomas sieht weg. Nachdem er längere Zeit nicht reagiert, gebe ihm die Kastenrassel. Er dreht sie ganz langsam in seinen Händen, wird nach und nach etwas schneller. Beim ersten lauterem Geräusch erschrickt er fast und sieht sich nach hinten zum Praktikanten um.

#### *Leier*

Als nächstes Instrument erhält Thomas von mir die Leier, da er wiederum keinen Versuch macht, sich selbst ein Instrument zu nehmen. Er legt sie auf den Schoß, dreht seinen Kopf aber seitlich weg und schaut nur aus den Augenwinkeln zum Instrument. Nach langem Zögern beginnt Thomas ganz vorsichtig über die Saiten zu streichen, ohne dabei Klänge hervorzurufen. Er wiederholt dies immer wieder über die ganze Breite. Irgendwann entsteht ein Ton auf der tiefsten Saite. Thomas sieht sich erneut erschrocken und verschämt zum Praktikanten um. Er macht weiter. Nach und nach entstehen ganz leise Klänge. Dann hört er auf. Die Leier liegt weiterhin auf seinem Schoß.

Ich frage Thomas, ob wir zusammen spielen sollen. Er nickt. Ich rutsche mit meinem Stuhl näher an ihn heran, so dass ich schräg vor ihm sitze und wir gemeinsam auf der Leier spielen können. Ich reagiere mit meinem Spiel nur auf seine Aktionen. Er zupft mehrmals ganz leise die tiefste Saite.

Ich spiegele sein Spiel auf der höchsten. Nach und nach nimmt er mehrere der unteren Saiten, wechselt auch zwischen einer und mehreren Saiten. Ich bleibe beim Spiegeln am anderen Ende der Skala. Langsam werden seine Aktionen schneller und die Klänge lauter. Er streicht über die Hälfte der Saiten. Dann ist plötzlich Schluss. Als er fertig ist, seufzt er wie erleichtert.

### ***Der weitere Verlauf der Musiktherapie:***

Über lange Zeit setzt sich Thomas mehr oder weniger von den Instrumenten und von mir abgewandt hin. Er sieht nur aus den Augenwinkeln zu den Instrumenten. Mich sieht er kaum an. Da er aus eigener Initiative kein Instrument nimmt, setze ich meinen Stuhl teilweise zurück, um ihm den Schritt zu erleichtern oder ich halte ihm zwei Instrumente zur Auswahl hin.

Das Anfangslied singt Thomas manchmal in seiner Fantasiesprache mit aber oft benutzt er auch nur die Rassel. Nach einigen Sitzungen biete ich Thomas die große Bongo und die Kinder-Djembé zur Begleitung an. Er wählt meist die Bongo, ich nehme dann die Kinder-Djembé. Thomas spielt teilweise rhythmisch und mit spürbarer Begeisterung. Häufig kommt es aber auch vor, dass er wie gelangweilt dasitzt und sich nicht beteiligt. Es tauchen erste aggressive Elemente in seinem Spiel auf. In der sechsten Sitzung spiele ich die Leier, Thomas das Glockenspiel. Das Instrument kennt er vom letzten Treffen. Er beginnt zögernd, wird langsam lauter und schimpft leise auf den Schlägel, das Instrument oder sein Spiel: "Verdammt!" Dabei schlägt er mit deutlicher Aggressivität auf das Instrument. Auch die Saiten der Leier zupft er inzwischen so kräftig, dass ich manchmal befürchte, sie könnten reißen.

*Glockenspiel*

Rasseln, Leier, Glockenspiel, Bongo, Kinder-Djembé und die kleine Klangschale begleiten uns in den ersten Wochen. Meistens gefällt Thomas das Trommeln und wenn wir gemeinsam Rhythmen spielen, hält er sie über längere Zeit durch. Oft bricht er aber auch wegen schmerzender Finger leise schimpfend und fluchend das Spiel ab. Es gelingt ihm nicht, seine Kräfte zu dosieren beziehungsweise eine schonendere Handhaltung zu benutzen. Auch das Spiel mit den anderen Instrumenten macht ihm oft Spaß, andererseits erscheint Thomas aber auch häufig gelangweilt. Die Auswahl der Instrumente empfinde ich zunehmend als eine elend lange Angelegenheit.

*Trommeln*

Außerhalb der Therapiestunden kommen verbale Kontakte zwischen uns vor. Wenn ich ihn zum Beispiel dazu auffordere, im Nachbarraum Stühle zu holen, ist er sehr hilfsbereit und antwortet unter Umständen mit einem "Ja" oder "Jawoll". Auch in der Gruppe macht er kurze Äußerungen in Form von Zwei- oder Dreiwortsätzen. Während der Stunden hat Thomas bis auf sein Schimpfen ("Verdammt" oder "Aua") bisher nicht gesprochen.

Ab der zehnten Sitzung beginne ich ihn zu gesungenen sprachlichen Äußerungen zu animieren, indem ich Trommelrhythmen mit Sprache beziehungsweise Gesang verbinde, zum Beispiel:

"Ich hei-ße Bär-bel. Und wie heißt du?"

"Ich hei-ße Tho-mas. Und wie heißt du?"

"Ich mag gern schwim-men. Und was magst du?" usw.

Thomas lacht dabei viel und laut und spielt über vergleichsweise lange Phasen die Rhythmen mit. Er macht jedoch keine Versuche, dabei zu sprechen.

Völlig spontan und unerwartet entsteht ein erster sprachlicher Kontakt in derselben Sitzung. Am Ende der Stunde gebe ich ihm zum ersten Mal die große Klangschale in die Hände. Ich schlage sie zuerst selbst an, dann überreiche ich Thomas den Klöppel. Er sagt: "So was hab´ ich schon mal gehabt. Ich weiß wie das geht." Sein Gesichtsausdruck ist dabei ganz offen und er sieht mich einen kurzen Augenblick lang an.

*Klangschale*

Bei den nächsten Begegnungen führe ich nach und nach Veränderungen ein. Wir singen Volkslieder und trommeln dazu. Thomas kennt alle Melodien und singt mit Begeisterung seine Fantasiesprache dazu. Ich erkenne einzelne Worte, zum Beispiel "Sommer". Aber dann singt er ziemlich deutlich den ganzen Satz: "Aber der Wagen der rollt." Ich bin immer wieder überrascht und begeistert über Thomas´ gutes rhythmisches Gefühl. Beim Singen der Volkslieder kommt es vor, dass Thomas mich offen ansieht.

*Volkslieder  
Rhythmusgefühl  
Blickkontakt*

Vor der 14. Sitzung muss ich meinen vorherigen Klienten noch in sein Zimmer

bringen, als Thomas bereits erscheint. Ich bitte ihn, in der Zwischenzeit die Stühle aus dem Nebenraum zu holen und biete ihm an, dass er schon Musik machen kann, wenn er möchte.

Als ich zurückkomme, sitzt Thomas mit der Bongo bereit. Sein Stuhl befindet sich deutlich weiter weg als üblich. Ich respektiere seinen Wunsch nach Abstand und platziere meinen Stuhl entsprechend weit entfernt. Thomas sitzt heute deutlich weniger abgewandt als sonst. Beim Singen haben wir immer wieder Blickkontakt. Ich habe den Eindruck, dass sein Trommeln während der Stunde immer lockerer und flexibler wird. Zum Abschluss biete ich ihm erneut die große Klangschale an. Er schlägt sie häufig und kräftig an und ist von der Klangfülle völlig fasziniert. Mehrmals sagt er vor sich hin: "Wahnsinn!" oder "Is ja Wahnsinn!"



Trotz dieser Fortschritte beobachte ich seit einigen Wochen bei mir ein zunehmendes Gefühl von Langeweile und wachsende Ratlosigkeit. Was soll ich mit Thomas machen, wenn er gelangweilt dasitzt? Was kann ich ihm noch anbieten? Wie kann ich sein Interesse an den Instrumenten wecken? Wie kann ich ihn überhaupt dazu animieren, sich Instrumente zu nehmen? Nach meinem Empfinden geht nach wie vor jegliche Initiative von mir aus: das Aussuchen der Instrumente, der Spielbeginn, das Singen. Von sich aus macht Thomas nichts. Ebenso habe ich den Eindruck, dass alle Beziehungsangebote von mir ausgehen. Nach wie vor sitzt er meistens von mir abgewandt und vermeidet Blickkontakt. Wenn dann doch einmal Blickkontakt zustande kommt, schaut er sofort weg. Auch im Spiel selbst kommt es trotz aller meiner Bemühungen nicht zu wirklichen Begegnungen. Wir spielen zwar gleichzeitig, aber nicht in Resonanz zueinander. Stellenweise habe ich den Eindruck, dass Thomas sein Spiel beendet, sobald er merkt, dass ich mich mit meinem Spiel auf ihn einstelle.

*Übertragung* Ich bin sehr verunsichert. Wie soll ich weiter vorgehen? Was kann ich tun, um Thomas neue Schritte zu erleichtern? Offensichtlich ist er überfordert, wenn ich von ihm verlange, Instrumente selbst auszuwählen. Ich habe den Eindruck, dass es sich hier um einen Übertragungsvorgang handeln könnte.

Schroeder beschreibt das Übertragungsphänomen folgendermaßen: "Die Grundlage der Übertragung ist die Projektion. Auf den Therapeuten können positive oder negative Gefühle übertragen werden, die durch eine falsche Verknüpfung aus der Biographie des Patienten stammen und mit der Realperson des Therapeuten erst einmal nichts zu tun haben"(1999, 94). Das Fachlexikon der sozialen Arbeit betont in seiner Definition die Funktion der Übertragung. Danach ist Übertragung "... der Versuch, mit jedem Objekt, das es gestattet, eine infantile Situation wieder aufzurichten und wiederzubeleben, nach der man sich sehr sehnt, weil man sie entweder sehr genoss oder sehr vermisste"(1986, 864).

Was bedeutet das für die therapeutische Beziehung zwischen Thomas und mir? Lassen sich Parallelen herstellen zwischen der Beziehung zu mir und der zu seiner Mutter? Die Mitarbeiterin im Wohnheim hatte berichtet, Thomas' Mutter habe ihm immer alles vorgesetzt. Sie hatte ihm dadurch keine Möglichkeit zur Wahl gelassen. Ihre Liebe zu Thomas zeigte sie durch übergroße Bemutterung. Für Thomas könnte Überfürsorglichkeit daher untrennbar verbunden sein mit Mutterliebe. Ich habe den Eindruck, dass Thomas die Gefühle seiner Mutter gegenüber in die

therapeutische Beziehung überträgt. Dies würde nahe legen, dass Thomas meine Aufmerksamkeit und Liebe nun zu erreichen versucht, indem er selbständige Handlungen vermeidet. Festgelegte Entscheidungen scheinen ihm also zur Zeit noch notwendige Sicherheit zu vermitteln. So entscheide ich mich für ein direktiveres Vorgehen und lasse ihm weniger Wahlmöglichkeiten. Zum Beispiel fordere ich ihn für einige Zeit nicht mehr auf, sich ein Instrument auszusuchen, sondern ich gebe ihm entweder sofort ein Instrument in die Hand oder ich halte ihm zwei zur Auswahl hin. Ebenso entscheide ich: "Jetzt singen wir" oder "Jetzt spielen wir", ohne ihn zu fragen, ob er Lust hat oder nicht. Es kommt sofort eine andere Qualität in unsere Begegnungen. Ich habe den Eindruck, dass wir beide entspannter und die Stunden lockerer sind als bisher. Wir haben mehr Freude am gemeinsamen Musizieren.

Zur 21. Sitzung wird Thomas wie üblich von einem Betreuer gebracht. Ich erfahre, dass er schon vor der verschlossenen Tür gestanden hatte. Heute macht er einen ganz enthusiastischen Eindruck. Er nimmt sich spontan die Bongos und spricht während der Stunde immer wieder. Was er sagt, verstehe ich nicht. Ich beginne einen Trommelrhythmus mit der großen Djembé (lang kurz kurz lang lang). Thomas trommelt sofort mit und passt sich dem Rhythmus an. Nach einer Weile singe ich dazu: "Ich heiße Bärbel/Thomas. Und wie heißt du?" Thomas trommelt weiter, jetzt im Zweier-Rhythmus. Nach insgesamt etwa zehn Minuten stellt er die Bongos weg. Wir tauschen die Trommeln und ich schlage vor, Waldemar zu rufen. Waldemar ist sein Lieblingsbetreuer. Das Spiel kennt er schon aus der letzten Stunde. Ich trommle und singe: "Wal-de-mar, Wal-de-mar, Wal-de-mar, wo bist du?" Er trommelt seinen Zweier-Rhythmus und singt begeistert mit. Irgendwann sagt er: "Waldemar ist da.", und zeigt dabei mit dem Finger in Richtung Wohnheim.

*Trommeln auf  
Bongos*



Nun nehme ich die Oceandrum und frage Thomas, ob er sie spielen möchte. Er nickt. Er kennt das Instrument seit einigen Sitzungen. Lange Zeit, bestimmt fast zehn Minuten, bewegt er die große Oceandrum vor sich und schaut den Kügelchen nach. Ich kann währenddessen ganz entspannen und bin fasziniert von seinem völligen Aufgehen im Spiel. Als er sein Spiel beendet, setze ich mich ihm gegenüber und lege die Meerestrommel auf unsere Knie. Wir trommeln gemeinsam mit weichen Schlägeln, teils rhyth-

*Oceandrum  
Resonanz*

misch, teils a-rhythmisch. Gegen Ende wird es ein kleiner Schlagabtausch mit abwechselnd einem festen Schlag von jeder Seite. Zum Abschluss stelle ich die drei Klangschalen auf den Bettrand. Er schlägt die mittlere und die große wechselnd an, relativ fest, ein- bis zweimal auch die kleine. Ich muss ihn stoppen, da die Zeit lange überschritten ist.

In den nächsten Wochen wird Thomas' Spiel fantasievoller und spielerischer. Er wagt Neues und improvisiert. Einmal gibt er mir den großen, weichen Klöppel für die Klangschale mit dem Wort "Nee" zurück, nachdem er damit einen zu leisen Klang erzeugt hat. Er möchte den kleinen, harten haben, mit dem er lauter spielen kann. Ein anderes Mal nimmt er sich die Djembé noch einmal, nachdem er sie schon weggestellt hatte. Oder anstatt weiter mit dem von mir überreichten Klangholz und dem Trommelschlägel den Rhythmus zu klopfen, schlägt er ihn bei angewinkelterm Bein mit dem Schlägel auf seinen Schuh. Dabei verändert er zwischendurch den Rhythmus, wird schneller und lauter. Außerdem singt er leise mit und einmal pfeift er kurz dazu. Dann nimmt er das dicke Klangholz in die geschlossene Hand und schlägt weiterhin rhythmisch mit dem Trommelschlägel auf das Ende des Klangholzes. Er entdeckt, dass es sich beim Schlagen durch die Hand hindurch bewegt. Wenn der Stab unten angekommen ist, steckt er ihn oben wieder in die Hand und beginnt von neuem.

*aufkommende  
Flexibilität und  
Kreativität*

Thomas macht weiterhin offensichtliche Fortschritte. Trotzdem bin ich unzufrieden und verspüre nach wie vor oft Langeweile. Die Stunden strengen mich an. Oder anders ausgedrückt: Ich strengte mich an. Ich "bemühe" mich. Es fällt mir

*Gegenübertra-  
gung*

schwer, es auszuhalten, wenn Thomas gelangweilt erscheint. Sofort denke ich, dass ich ihm nicht genügend biete, oder dass ich ihm nicht das anbiete, was er gerne hätte. Ich möchte, dass ihm die Musiktherapie gefällt. Ich zweifle sofort an mir und meiner Fähigkeit als Musiktherapeutin. Wenn Thomas lustlos ist, habe ich versagt. Wenn Thomas sich verweigert, habe ich versagt. Ich komme mir vor, als ob ich ihm mit meinen Angeboten nachlaufe und er ist nur von ihnen gelangweilt. Inge Kritzer drückte es in der Supervision sinngemäß so aus: "Ich habe die Assoziation, dass du wie ein Clown Faxen machst, um Thomas zu unterhalten".

Es wird höchste Zeit für mich innezuhalten und wahrzunehmen: Was geschieht hier? Warum strenge ich mich so sehr an? Ich muss mich fragen: Woher kommen diese Gegenübertragungsgefühle? Welche Bedeutung haben sie in der Beziehung zwischen Thomas und mir und wie kann ich sie therapeutisch nutzen? Es geht um die Frage nach den Therapiezielen, um meine Rolle als Musiktherapeutin und meine therapeutische Haltung. Was kann ich mit der Therapie erreichen und was nicht?

Mir kommen mehrere Gedanken in den Sinn. Als Erstes stellt sich die Frage, was diese Gefühle mit mir selbst zu tun haben. "Gegenübertragung" ist, ebenso wie der Begriff "Übertragung", ein Ausdruck aus der Psychoanalyse und bezieht sich nach Schroeder (1999, 95) auf "...die emotionale Resonanz, die der Patient im Therapeuten hervorruft." Nach dem Fachlexikon für Soziale Arbeit (1986, 341) handelt es sich dabei um "die nur teilweise bewussten Einstellungen und Gefühle des Analytikers gegenüber seinem Analysanden". Das Lexikon konkretisiert: "Diese können die eigenen unaufgelösten unbewussten Konflikte des Analytikers betreffen und damit, falls er sich dessen nicht bewusst wird, seine Fähigkeit, den Patienten zu verstehen, beeinträchtigen."

Ich erwähnte anfangs, dass Thomas meinem Eindruck nach oft wie unnatürlich und gezwungen lacht. Ich beschrieb sein Verhalten etwa folgendermaßen: "Es erscheint mir, als ob er sich bemühe, vermuteten Erwartungen seiner Umgebung an ein lockeres, fröhliches, burschikoses Verhalten zu entsprechen." Tue ich nicht genau das? Erwarte ich nicht Fröhlichkeit von ihm? Ich bin nicht zufrieden, wenn Thomas lustlos ist. Ich setzte ihn unter Druck: Du musst Lust erleben. Die Musiktherapie sollte dir Spaß machen. Und warum? Damit es mir, deiner Musiktherapeutin, gut geht. Mir wird bewusst, wie sehr ich mich selbst unter Leistungsdruck setze. Meine innere Einstellung heißt: "Ich bin für den Therapieerfolg verantwortlich. Und erfolgreich bin ich nur dann, wenn Thomas die Therapie Spaß macht und er große Fortschritte macht." Dies erklärt die enorme Anspannung und Anstrengung, die ich in den Therapiestunden mit Thomas empfinde. Ich frage mich, ob ich die Therapie benutze, um mein Bedürfnis nach Anerkennung zu befriedigen.

### ***Beziehungsdynamik zu behinderten Menschen im gesellschaftlichen Kontext***

Ein weiterer Gedanke beschäftigt mich. Mein Verhalten erinnert mich an das Verhalten von Thomas' Mutter. Sie überhäufte ihn mit Nahrungsangeboten. Wahrscheinlich hat sie ihn auch in anderen Bereichen ähnlich "versorgt". Ich stelle mir vor, wie sehr sie sich wünschte, dass es ihm gut gehe. Sie bemühte sich, ihm jeden Wunsch von den Augen abzulesen. Er - ihr behinderter Sohn - sollte so glücklich wie möglich sein. Hat sie sich auch - wie jetzt ich als Musiktherapeutin - so hilflos



und so abhängig von seinen positiven Reaktionen gefühlt? Hat sie sich genauso verantwortlich, als Versagerin und womöglich als schuldig empfunden? Musste Thomas auch bei ihr fröhlich sein, damit es ihr gut ging? Ich kann darüber nur spekulieren. Aber in mir wächst die Erkenntnis, dass ich ihn genauso unselbständig mache wie früher seine Mutter. Sie setzte ihm Nahrung vor, er aß. In diesem "Spiel" gingen Mutter und Sohn so weit, dass er verlernte, eigene Wünsche zu haben und für deren Erfüllung zu sorgen. Geschieht das Gleiche jetzt in der Therapie? Überhäufe ich ihn im übertragenen Sinn ebenfalls mit (musikalischen) Nahrungsangeboten?

An dieser Stelle möchte ich einen theoretischen Exkurs einschieben und einige Gedanken aus dem Buch „Namenlos“ von Dietmut Niedecken (2003) skizzieren, die mich tief bewegt haben. Niedeckens durchaus umstrittenes Buch hat mich zuerst erschreckt und zunehmend auch fasziniert. Die Autorin geht intensiv auf solche Phänomene ein, wie ich sie gerade beschrieben habe. Anhand ihrer Erfahrungen in der Musiktherapie mit behinderten Menschen geht sie auf psychoanalytischer Grundlage ihrer provozierenden These nach, dass geistige Behinderung keine von vorne herein unabänderlich feststehende Tatsache ist, sondern auch durch psychodynamische Prozesse in einer Wechselwirkung zwischen Gesellschaft, Eltern (primär der Mutter) und dem Kind produziert wird.

Niedecken geht davon aus, dass Behinderung in unserer Gesellschaft nach wie vor unakzeptiert ist. Behinderung sollte nicht vorkommen. Eigentlich möchte die Gesellschaft diese andersartigen Menschen, die in jedem von uns tiefe Unsicherheit und Angst auslösen, loswerden. Sie erinnern uns daran, dass es uns ja genauso ergehen könnte. Niedecken nennt dies das "Fantasma vom 'Lebensunwerten Leben'" (S.37). Diese tiefe Angst wird verdrängt. Auch der damit verbundene tabuisierte Tötungswunsch wird abgewehrt und an die Eltern, in erster Linie an die Mutter, delegiert. Niedecken spricht vom "gesellschaftlichen Mordauftrag", den Mütter von ihrer Umwelt erhalten (S.48). "Der gesellschaftliche Mordauftrag: So will ich das nennen, womit die Mütter geistig Behinderter beladen und alleingelassen werden. Denn nicht nur, dass ihnen keine Hilfe zuteil wird, sich mit den eigenen Mordimpulsen auseinander zu setzen, der 'unheimlichen Versuchung': Die Umwelt lädt die kollektiven Mordfantasien in solchen Inszenierungen auch noch zusätzlich auf ihnen ab." Niedecken bezieht sich hier auf eine Begebenheit, bei der einer Mutter verweigert wurde, ihr behindertes Kind in einem öffentlichen Bus mitzunehmen. Sie fährt fort (S.48): "Es ist der Hass eines ganzen Volkes, der zu unsäglichen Verbrechen geführt hat, den sie jetzt allein tragen sollen, und das können sie nicht. So wachsen die Schuldgefühle (für eine Schuld, die nicht die ihre ist, an der sie aber, wie wir alle, teilhaben) ins Unermessliche."

Da diese Tötungsfantasien und die damit verbundenen Schuldgefühle unerträglich sind, werden sie abgespalten. Sie bleiben nicht wahrnehmbar. Die Folge kann zum Beispiel ein Verhalten der Mutter sein, in dem offensichtlich aggressive Elemente nicht vorkommen. Sie lebt, für sich selbst wahrnehmbar, nur ihre liebende, versorgende Seite aus. Das Kind nimmt jedoch die aggressiven Elemente in der Beziehung wahr und verhält sich entsprechend angepasst, um die Liebe der Mutter nicht zu verlieren. Solche Spaltungen kommen laut Niedecken auch in therapeutischen Situationen häufig vor.

Damit möchte ich zu meinen Gegenübertragungsgefühlen zurückkommen: Gefühlen von Anstrengung und Versagensängsten in der Therapie mit Thomas. Mir wird

bewusst, dass es mir absolut schwer fällt, Thomas so sein zu lassen, wie er ist. Kann es sein, dass das Gefühl, der Gedanke, ihn verändern zu müssen, meine Form der Aggression gegen ihn ist? Will ich ihn akzeptabler machen, der Norm annähern? Was möchte ich mit der Musiktherapie erreichen? Meine Aufgabe als Musiktherapeutin sollte doch sein, ihn so zu akzeptieren wie er ist, und ihm eine Sicherheit zu geben, die ihn befähigt, eigene Entwicklungsschritte zu gehen, und zwar wann immer er kann und will und auf seine Art und Weise.

Mit Hilfe der Rückmeldungen in der Supervision gelingt es mir nach und nach, anders mit Thomas und mit mir selbst umzugehen. Ich übergebe Thomas Verantwortung für sich selbst, indem ich ihm mitteile, wie sehr es mich anstrengt, wenn ich jedes Instrument einzeln durchgehen muss, ob er es haben möchte oder nicht. Oder wenn er nicht sagt, was er will. Thomas nickt. Er scheint zu verstehen. Außerdem achte ich nun mehr auf meine eigenen Bedürfnisse. Ich Sorge mehr für mich selbst. Wenn Thomas kein Instrument wählt, spiele ich einfach für mich alleine. Vor jeder Stunde sage ich mir: "Ich bin richtig so, wie ich bin und du bist richtig so, wie du bist. Und: Ich lasse dir dein Schicksal. Deine Behinderung gehört dazu. Dein Verhalten gehört dazu. Ich kann und möchte dir dein Schicksal nicht nehmen".

Die Sitzungen verlaufen nun entspannter. Ich habe den Eindruck, als ob eine Last von uns beiden genommen wurde. Ich kann "langweilige" Stunden besser ertragen weil ich die Verantwortung dafür nicht mehr allein bei mir sehe. Thomas beginnt, sich unaufgefordert Instrumente zu nehmen und sie zu wechseln. Außerdem probiert er neue Instrumente aus und seine Sitzhaltung wird offen, den Instrumenten und mir zugewandt. Wir haben öfter und länger Blickkontakt.

An dieser Stelle möchte ich noch einmal kurz einige Therapiesituationen darstellen, um die Veränderungen deutlich zu machen.

Gegen Ende einer der nächsten Stunden spiele ich alleine die große Klangschaale. Thomas hört meinem Spiel zu, kommentiert es immer wieder mit staunenden Lauten wie "Booh". Als ich gerade aufhören will, nimmt er die Kinder-Djembé. Er kratzt kurz an einer Stelle am Fell. Mir kommt es wie ein Kitzeln vor. Etwas später macht er ein kurzes "Tock, tock, tock" am Rand des Trommelkörpers. Es ist wie ein Necken, ein neckisches Spiel. Ich antworte mit der Klangschaale und wir spielen eine Weile gemeinsam. Gegen Ende dieses Spiels sieht Thomas mir direkt in die Augen. Ich lächle ihn unwillkürlich an. Thomas lächelt zurück.

Wenige Sitzungen später (50.) kommt unsere "ultimative Traumstunde". So habe ich sie in meiner Dokumentation genannt. Ich trommle auf der großen Djembé: open, open, bass, open, bass (kurz, kurz, lang, kurz, lang). Thomas nimmt ein Instrument nach dem anderen, fast ohne Unterbrechung. Wenn er ein Instrument weggelegt hat, bleibt er vor der Liege stehen, um sich sofort das nächste auszusuchen. Er spielt Instrumente an, probiert und wählt regelrecht aus. Ich trommle und trommle und trommle, eine halbe Stunde ohne Unterbrechung oder Veränderung. Am Ende hat er vierzehn Instrumente gespielt. Es war eine regelrechte Session, die uns beiden großen Spaß gemacht hat.

Dies war vor etwa drei Monaten. Seitdem ist bei uns beiden weiterhin vieles in Bewegung. Es gibt Sitzungen, in denen Thomas viel ausprobiert und Neues wagt. In einer der letzten Stunden hat er sich regelrecht mit mir unterhalten. Dann wieder ist er zurückgezogen, erscheint nachdenklich, fast traurig. Eine dieser "Stunden in Moll" war nach meinem Empfinden genauso intensiv wie unsere "ultimative Traumstunde". Ich würde sogar sagen, sie ging viel tiefer. Ich konnte seine "negativen" Gefühle nun annehmen und ihm dadurch spiegeln. Thomas fühlte sich verstanden. Ein tiefer menschlicher Kontakt konnte zwischen uns entstehen.

## **Resümee**

Kontakt war das übergeordnete Thema unserer gemeinsamen Arbeit. Das Wort setzt sich zusammen aus der Vorsilbe "Kon", die bedeutet "zusammen, mit" und aus dem Wort "Takt". Unter "Takt" versteht man in der Musik das abgemessene Zeitmaß einer rhythmischen Bewegung, eines musikalischen Ablaufs. In diesem Sinne war und ist Kon-takt ("mit Takt") ein wichtiger Aspekt der musiktherapeutischen Arbeit mit Thomas. Rhythmus und damit auch Takt, haben in unseren Therapiestunden einen großen Raum eingenommen. Sie waren und sind die musikalische Grundlage unserer Begegnungen.

Die eigentliche, ursprüngliche Bedeutung des Wortes "Takt" stammt von dem lateinischen Wort "tactus" und bedeutet Berühren, Berührung; Gefühl, Gefühlssinn. "Kon-takt" heißt also: "zusammen Berührung", "zusammen Gefühl" oder "mit Berührung", "mit Gefühl". "Kon-takt" im Sinne von Berührung und "zusammen fühlen" konnte in der Therapie erst entstehen durch das Loslassen meiner Vorstellung und meiner Wünsche. Dieser Prozesses war wichtig für uns beide. Er enthielt für mich sowohl die Erfahrung des Festhaltens als auch des Loslassens. Das eine wäre ohne das andere nicht möglich gewesen. Thomas konnte das Losgelassen werden nur erfahren durch das vorangehende Festgehalten werden. Für mich war das Durchleben dieses Prozesses eine Herausforderung und im Nachhinein eine große Bereicherung, für die ich sehr dankbar bin.

## **Literaturverzeichnis**

- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.) (1986): Fachlexikon der sozialen Arbeit. Stuttgart  
 Niedecken, Dietmut (2003): Namenlos - Geistig Behinderte verstehen. Weinheim  
 Schroeder, Wolfgang C. (1999): Musik - Spiegel der Seele. Paderborn  
 Smeijsters, Henk (1999): Grundlagen der Musiktherapie. Göttingen



*Zur Person:*

*Bärbel Schneider  
geb. 1960*

*Ernsdorfstr. 21  
57223 Kreuztal  
02732/21754*

Seit zwanzig Jahren als Hebamme und Krankenschwester tätig.  
 Berufsbegleitendes Studium der Sozialpädagogik,  
 Zeitgleich musiktherapeutische Zusatzausbildung.  
 Anerkennungsjahr in einem Wohnheim für Behinderte.  
 Zur Zeit freiberuflich tätig als Hebamme in der Betreuung werdender Eltern und junger Familien.

Außerdem biete ich musiktherapeutische Arbeit in einem Wohnheim für behinderte Menschen an.

Neben meiner Tätigkeit im Wohnheim hatte ich innerhalb der letzten beiden Ausbildungsstufen mehrmals die Möglichkeit, Musiktherapie auch in meinem Beruf als Hebamme anzuwenden. Zum Beispiel begleitete ich über einige Wochen eine Schwangere, später Wöchnerin, die unter Phobien litt, durch Klangmassagen. Bei einem Säugling mit einer muskulären Hypertonie (verstärkter Muskeltonus) setzte ich zuerst rezeptive, später auch aktive musiktherapeutische Methoden ein. Bei einem frühgeborenen Zwillingspärchen arbeitete ich rezeptiv mit Hilfe von Klangschalen sowie der mütterlichen und meiner Singstimme.

Im Mütterzentrum in Siegen bot ich einen Selbsterfahrungskurs an, an dem sechs junge Mütter teilnahmen

Seit Oktober letzten Jahres arbeite ich außerdem mit einem geistig und körperlich behinderten Jugendlichen in seinem Elternhaus.