

Einleitung

Frauke Schwaiblmair

Bis zu 3 % der Bevölkerung leben mit Intelligenzminderung. Die WHO geht für diese Menschen von einem 3–4-fach höheren Risiko für psychische Erkrankungen aus. Dabei besteht immer auch die Gefahr, dass eine psychische Erkrankung nicht als solche erkannt wird, sondern ein Symptom irrtümlicherweise der Intelligenzminderung zugeschrieben wird (*diagnostic overshadowing*; Schützwohl, Sappok, 2020).

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde hat in einem Positionspapier zur zielgruppenspezifischen psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen einfühend festgestellt, dass die psychiatrische und die psychotherapeutische Versorgung dieser Menschen in erheblichem Maße unzulänglich ist (DGPPN, 2019). Das psychiatrische und das psychotherapeutische Versorgungssystem sind bisher weder fachlich noch strukturell und organisatorisch auf die besonderen Bedarfslagen und Bedürfnisse dieser Personengruppe ausgerichtet. Diese Situation erfüllt die Merkmale der Diskriminierung und verletzt die Bestimmungen der UN-BRK, Art. 25, des Grundgesetzes Artikel 3, Absatz 3 und § 2a SGB V.

Menschen mit Intelligenzminderung und ihre Bedarfe rücken immer mehr in den Fokus von Psychotherapeutenkammern. Das ist nicht zuletzt an zunehmenden Fortbildungsveranstaltungen zu dem Themenkreis zu sehen (z. B. PTK Bayern Juni 2021, LPK Baden-Württemberg November 2021). Die Anpassung der Psychotherapierichtlinie durch den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Jahr 2018 an die besonderen Bedingungen für Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung war ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Versorgung (Berücksichtigung des erhöhten Zeitaufwandes und der Einbeziehung von Bezugspersonen) (PTK Bayern, 2021).

Beunruhigend ist aber die Beobachtung, dass die psychotherapeutische Versorgung im Sinne der Richtlinientherapie sowohl stationär als auch ambulant mit zunehmenden Schweregrad hochsignifikant abnimmt (Glasenapp, Schäper, 2016). Dies ist bei den künstlerischen Therapien nicht so ausgeprägt (Päckert, 2019).

In der S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung (2021, AWMF-Register Nr. 028-042, S. 61) wird betont, dass Menschen mit Intelligenzminderung außerordentlich von Kreativtherapien profitieren (Kunst- und Gestaltungstherapie, körperorientierte Angebote, Musiktherapie, tiergestützte Therapien) sowie ergotherapeutischen Angeboten. Dies gilt insbesondere dann, wenn andere kommunikative Zugangswege aufgrund der Intelligenzminderung nur eingeschränkt oder nicht zur Verfügung stehen. Die Autoren stellen fest, dass sich in der multidiszi-

plinären Praxis diese Therapien als Bausteine eines umfassenden Konzepts sehr bewährt hätten – trotz der nicht durchgehend befriedigenden Datenlage zur Effizienz der einzelnen Therapiemodule. Voraussetzung ist eine durch fachkompetente Psychotherapeuten gewährleistete Rahmung der einzelnen Therapieformen. Grundsätzlich können alle psychotherapeutischen Verfahren bei Menschen mit Intelligenzminderung angewandt werden. Als wirksam haben sich in vielen Studien verhaltenstherapeutische und psychodynamische Ansätze erwiesen. Menschen mit einer geistigen Behinderung, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befinden, können künftig für eine ambulante Psychotherapie zusätzliche Zeiteinheiten zulasten der GKV erhalten.

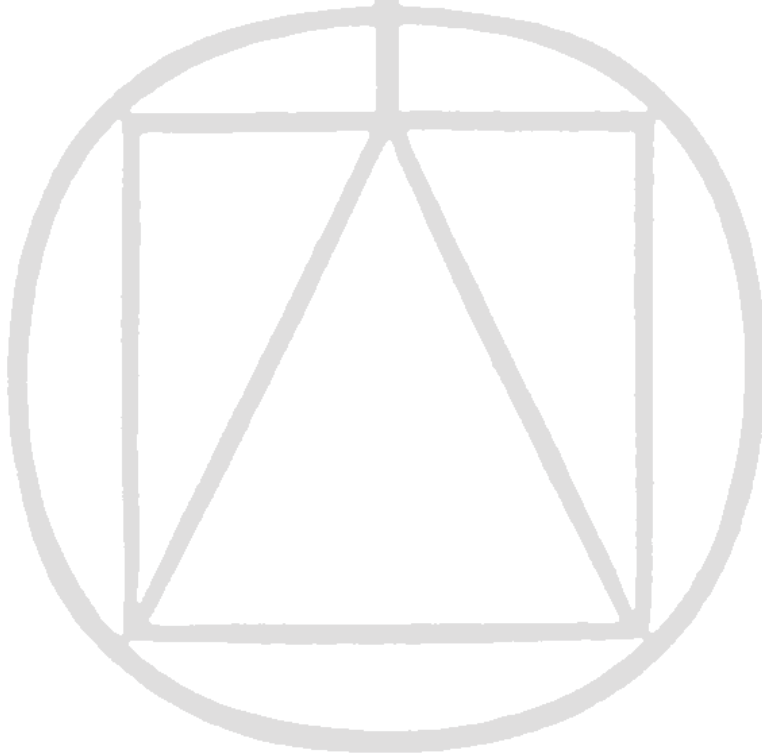
Grundsätzlich wird immer wieder festgestellt, dass auch bei Menschen mit Intelligenzminderung Psychotherapie möglich sei, wobei hier die Studienlage gering ist. Ganzheitliche Ansätze, die körperorientierte und erlebnisbasierte Methoden anwenden, werden eher den psychosozialen Interventionen zugerechnet (Schützwohl, Sappok, 2020).

Dieser Tagungsband dokumentiert, dass Musiktherapie zur psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung einen wesentlichen Beitrag leistet und unverzichtbar ist.

Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (2021). S2k Praxisleitlinie – Intelligenzminderung, AWMF-Register Nr. 028–042. *AWMF online. Das Portal der wissenschaftlichen Medizin*. Verfügbar unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-042l_S2k_Intelligenzminderung_2021-09.pdf [03.03.2022].
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2019). *Positionspapier. Zielgruppenspezifische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen – Situation, Bedarf und Entwicklungsperspektiven*. Verfügbar unter <https://dgppn.de/die-dgppn/referate/psychische-stoerungen-bei-menschen-mit-geistiger-behinderung.html> [03.03.2022].
- Deutscher Bundestag (2020). *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland*. Verfügbar unter <https://www.bundestag.de/gg> [04.03.2022].
- Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (Hg.) (2018). *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Demokratie braucht Inklusion*. Verfügbar unter https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/menschenrechtsschutz/datenbanken/datenbank-deutschland-im-menschenrechtssystem?tx_lfprotectiondb_list%5Baction%5D=show&tx_lfprotectiondb_list%5Bcontroller%5D=Publication&tx_lfprotectiondb_list%5Bpublication%5D=45&cHash=27d2c88a6400092e951c2afb6b01368e [04.03.2022].
- Glasenapp, J. & Schäper, S. (Hg.) (2016). *Barrierefreie Psychotherapie. Möglichkeiten und Grenzen der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung*. (Materialien der DGSG, Bd. 37).

- Päckert J. (2019). *Stationäre und ambulante Versorgung von Menschen mit Intelligenzmindern und psychischen Störungen in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie in Deutschland*. Inauguraldissertation. Verfügbar unter https://doi.org/10.18453/rosdok_id00002588 [03.03.2022].
- Psychotherapeutenkammer Bayern (2021). Im Fokus: Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Einschränkung. *Mitgliederrundschreiben*, 2, 14–15.
- Schützwohl, M. & Sappok, T. (2020). Psychische Gesundheit bei Personen mit Intelligenzmin- derung. *Nervenarzt*, 91, 271–281.



Ist Musiktherapie eine Psychotherapie für Menschen mit Intelligenzminderung¹

Maria Becker

1. Vorbemerkung

Wenn von Menschen mit Intelligenzminderung gesprochen wird, so bezieht sich das auf jene Klientel, die vormalig als geistig behindert bezeichnet wurde und auch heutzutage noch häufig so bezeichnet wird. Der Begriff ‚Intelligenzminderung‘ hat die alte Bezeichnung ‚geistige Behinderung‘ abgelöst. Dieser führte zu großen Schwierigkeiten, da es unklar blieb, welche Problematik und Einschränkungen der betroffenen Menschen mit ihm erfasst werden sollen, welcher Personenkreis damit gemeint ist, ob er sich auf eine behandelbare Symptomatik bezieht oder nicht (siehe Mesdag/Schorr 2008, Vogel, 2012). Der Begriff der Intelligenzminderung verspricht demgegenüber eine exaktere Messbarkeit und damit genauere Bestimmung des Personenkreises. So wird im ICD 11 die leichte, mittlere und schwere Intelligenzminderung als eine neurologische Entwicklungsstörung verstanden. Sie führe zu Defiziten in der Intelligenzentwicklung, gemessen mittels IQ-Tests. Darüber hinaus gehörten Defizite in der Sprachkompetenz, in den Anpassungsfähigkeiten und in der Fähigkeit, ein selbständiges und autonomes Leben zu führen, zur Leit-symptomatik. (ICD 11 als Deutsche Entwurfsfassung). Menschen mit Intelligenzminderung werden damit darauf festgelegt, das zu sein, was der Volksmund als ‚dumm‘ bezeichnet. Sie könnten aufgrund ihrer störungsbedingten kognitiven Einschränkungen, ihres mangelnden Reflexionsvermögens und adaptiven Fähigkeiten sich nicht zu Menschen entwickeln, die in beruflicher wie sozialer Hinsicht ihr Leben selbst in die Hand nehmen können und nur in einem mehr oder weniger eingeschränkten Maß ein selbständiges Leben führen. Aufgrund ihrer Einschränkungen sowie möglicher unangemessener bzw. fehlender Formen der Unterstützung und Förderung wiesen sie eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Erkrankungen auf.

Demgegenüber weisen die Unklarheiten der alten Bezeichnung ‚Geistige Behinderung‘ darauf hin, dass ‚Geistige Behinderung‘ als eine „sozialen Kategorie“ (Mesdag/Schorr 2008, S. 8) verstanden werden muss. Als gesellschaftliche Reaktion auf Menschen, die als geistig behindert, in ihrem Denken schwer beeinträchtigt erscheinen, ist sie eine wertende Zuschreibung im Kontext einer normativen, in die Subjektstruktur des Individuums eingeschriebenen gesellschaftlichen Haltung. Diese wird konstitutiv für die individuelle Entwicklung eines organisch be-

1 Der Text ist entstanden im Rahmen der Vorarbeiten an einer Veröffentlichung zum Thema ‚Psychoanalytische Psychotherapie mit geistig- und lernbehinderten Menschen‘, die im Herbst 2023 im Psycho-sozialverlag erscheinen wird.

einträchtigten Kindes, die in einer geistigen Behinderung mündet. In dieser Form wird der Begriff im vorliegenden Text verwendet und später ausführlich erläutert. Als soziale Kategorie gefasst kann verständlich werden, warum Menschen mit einer geistigen Behinderung so schwer nur einen Therapieplatz finden. Die dahinterstehende Dynamik ist zudem in der psychotherapeutischen Arbeit mit geistig behinderten Menschen zu berücksichtigen, da dieser Aspekt auch in der therapeutischen Beziehung bestimmend wird.

Denn entgegen einer landläufigen Meinung können Menschen mit einer leichten oder auch schwereren geistigen Behinderung von einer psychoanalytischen musiktherapeutischen Behandlung profitieren. Psychoanalyse als Verbindung von Kulturtheorie und Heilverfahren birgt große Chancen. Denn hier stehen die therapeutische Beziehung und deren Reflexion im Mittelpunkt.

2. Theoretische Konzepte

Zentrale Konzepte für die vorliegende Herangehensweise sind das ‚Container-Contained-Modell‘ nach Bion, die Interaktionstheorie und das ‚szenische Verstehen‘ nach Lorenzer und Niedecken sowie Aspekte des Konzepts der Zwischenleiblichkeit nach Merleau-Ponty und Küchenhoff/Agarvilla.

Bion konzipiert die frühe, noch nicht symbolvermittelte Kommunikation zwischen dem sehr kleinen Kind und seiner Mutter anhand des ‚Container-Contained-Modell‘ bzw. ‚Behälter-Inhalt-Modell‘ (Bion, 1990). Hierbei verlagert das Kind seine heftigen leiblich-sinnlichen Spannungen – z. B. durch sein Schreien etc. – in die Mutter. Sie wird davon ‚angesteckt‘ und fungiert als ‚Container‘, wenn sie die durch das Schreien des Kindes in ihr ausgelösten Regungen – ‚Inhalt des Containers‘ – mittels ihrer ganzheitlichen Wahrnehmung und ihrer „träumerischen Gelöstheit“ (Bion, 1990, S. 84) umwandeln kann. Die heftigen Spannungen – Bion bezeichnet sie als unverdauliche β -Elemente – werden dabei in verdauliche α -Elemente modifiziert. β -Element bezieht sich auf die Anwesenheit unerträglicher innere Zustände. Diese müssen erst mittels der α -Funktion der Mutter modifiziert, d. h. in α -Elemente umgewandelt werden, um zu etwas Bewusstseinsfähigen werden zu können. So kann die Mutter dem Kind das Unverdauliche in gemilderter Form modifiziert als Erwünschtes zurückgeben, verbal und in Handlungen, stillen, trösten, ‚ah, du hast Hunger‘, ‚das ist wirklich ganz blöd‘. Die ‚Alpha-Funktion‘ der Mutter beruht auf der Fähigkeit der Mutter, in der Haltung der ganzheitlichen Wahrnehmung und träumerischen Gelöstheit ihre Schranken zum Unbewussten zu lockern. Die leib-sinnliche Körperlichkeit des Kindes und das Vor- bzw. Unbewusste der Mutter sind hier miteinander verwoben. Es tauchen in ihr Affekte, Fantasien und Vorstellungen davon auf, was mit ihrem Kind wohl los sein könnte. So verwandelt sich in ihr – und später auch in ihrem Kind, wenn es die Alpha-Funktion der Mutter introjeziert hat – die anfänglich überwältigende, unverdauliche affektive Heftigkeit in verdauliche ‚Häppchen‘.

Bion geht dabei davon aus, dass im Kind angelegte Präkonzepte – das Kind sucht etwas, von dem es noch nicht weiß, dass es das sucht, Nahrung, Liebe, Trost – in der handelnden Antwort der Mutter auf eine Realisierung treffen und sich hierdurch nach und nach das Präkonzept in ein bewussteinfähiges Konzept wandelt. Trifft eine Präkonzeption jedoch nicht auf eine Realisierung, führt das beim Kind nicht zur Erfahrung, dass da etwas fehlt, sondern zur Anwesenheit von etwas Bösen, einem unerträglichen Zustand, den es durch noch heftigeres Schreien loszuwerden sucht. Unter günstigen Bedingungen, wenn das Kind gute Erfahrungen gemacht hat und Frustrationstoleranz erworben hat, kann eine solche enttäuschende Erfahrung zu einem Gedanken werden, mit dem das Kind denken kann, dass da etwas fehlt: Nahrung, Mutter, ... Der Gedanke ist etwas fundamental anderes als ein nicht mentalisierungsfähiger unerträglicher spannungsreicher Zustand.

Dieses Modell lässt sich auch auf die therapeutische Beziehung anwenden. Auch in der therapeutischen Beziehung verlagert die PatientIn in den sich dort ereignenden Inszenierungen Affekte, Spannungen etc. in die TherapeutIn. Die in der TherapeutIn ausgelösten affektiven oder/und körperlichen Spannungen sind als Abkömmlinge ihrer unbewussten Reaktion auf das Übertragungsangebot der PatientIn zu verstehen. Diese gilt es auszuhalten und nicht zu agieren, z. B. nicht ärgerlich oder gekränkt zu reagieren. Vorerst ist es möglicherweise ganz unklar, wie diese Gefühle als Abkömmlinge des unbewussten Ineinander von PatientIn und TherapeutIn zu verstehen sind, was sie im Rahmen der therapeutischen Beziehung bedeuten. Als ‚Container‘ zu fungieren, bedeutet hier, diese vielleicht sehr heftigen Affekte, Ohnmacht, Nichtwissen etc. auszuhalten in der Haltung, dass nach und nach in ihr und später auch in der PatientIn Ideen und Vorstellungen auftauchen, um welche Affekte es wohl gehen mag, dass sie vielleicht traurig oder wütend ist, ohne dass ihr das bislang bewusst war. Hierbei spielt die Alpha-Funktion der TherapeutIn eine große Rolle. Anfangs hilft diese ihr möglicherweise, Abkömmlinge ihres eigenen Unbewussten als solche wahrzunehmen und in der Auseinandersetzung damit, Vorstellungen und Fantasien zu entwickeln, was die PatientIn braucht und ihr deutend – modifiziert – etwas von dem zurückzugeben, was diese sie hat spüren lassen.

Auch das ‚Szenischen Verstehen‘ nach Lorenzer (Lorenzer, 1970, 1984) thematisiert den transformatorischen Prozess, der im psychoanalytischen Verfahren hilfreiche Veränderungen in der PatientIn in Gang setzen kann. Lorenzer grenzt szenisches Verstehen sowohl vom logischen Verstehen – das Verstehen der gesprochenen Worte – als auch vom psychologischen Verstehen – das Erfassen der Gefühle der PatientIn – ab. Szenisches Verstehen überschreite beides. Beim szenischen Verstehen richte die TherapeutIn ihr Augenmerk in der Haltung der ‚träumerischen Gelöstheit‘ – Lorenzer spricht hier mit Bezug auf Spitz von ‚Regression im Dienste des Ich‘ (Lorenzer, 1970, S. 218) – auf die je konkreten Inszenierungen zwischen ihr und der PatientIn, um den in diesen Beziehungskonstellationen verborgenen Sinn zu erfassen. Was bedeutet es auf der Ebene der Übertragung – Ge-

genübertragung, wenn jemand z. B. in einer konkreten therapeutischen Situation zu spät kommt oder wenn die TherapeutIn die Stunde zu früh beendet? Szenisches Verstehen richtet sich darauf, die darin zur Geltung kommende unbewusste Szene zu erfassen, in die die TherapeutIn verwickelt ist, die ihre Wurzeln in der frühen Kindheit der PatientIn hat und in der Gegenwart auch mit ihrem aktuellen Leiden zusammenhängt. Ziel ist es, zusammen mit der PatientIn den Blick darauf zu richten, was es z. B. jemanden schwer machen könnte, ‚die TherapeutIn zu erreichen‘, oder was sich dahinter verbirgt, wenn die TherapeutIn in einer ganz bestimmten Situation die Zeit durcheinander bringt.

Dieses Verständnis fußt darauf, dass ein Kind schon im Mutterleib in konkreten Szenen, in Interaktionen heranwächst. Kind und Mutter müssen in jeder konkreten Situation ein gelingendes, anfangs als Reiz-Reaktions-Mechanismus organisiertes Zusammenspiel finden. Im Kind hinterlässt dieses Zusammenspiel auf neuronaler Ebene und nach der Geburt auch auf leiblich-gestischer Ebene Spuren. Diese Interaktionsformen als Niederschlag affektiv gefärbter Szenen beziehen sich auf das Gesamt dieses Zusammenspiels, umfassen Reiz und Reaktion. Sie werden in jeder neuen Situation bestimmend, werden auf neuronaler wie später auch auf leiblich-gestischer Ebene strukturbildend und formen das Verhalten wie auch die Erwartungen des Kindes. Der Körperbedarf des Kindes wandelt sich in den Interaktionsformen damit zum subjektiven Bedürfnis, zu Verhaltens- und Erlebnisformen des Kindes.

Wie lässt sich das verstehen: Im Zusammenspiel in den frühen dyadischen Szenen können weder Mutter noch Kind als bestimmende Subjekte angenommen werden. Es unterliegt zugleich dem vom Kind eingebrachten Wirkmechanismen des Organismischen und dem damit einhergehenden Zwingenden des Reiz-Reaktionsmechanismus sowie dem von der Mutter ins Spiel kommenden Wirkmechanismus des Sozialen als ihr spezifischer kultureller Hintergrund. Dieser wird in der situativen Struktur der Szenen formbestimmend. So ist die Interaktion des Stillens anfangs noch von der Reiz-Reaktions-Dynamik bestimmt, während die Art und Weise, wie es geschieht, von Kulturkreis zu Kulturkreis unterschiedlich ist.

Voraussetzung dafür, dass das Kind in diesen Szenen in die Subjekt-Position gerät, ist die Fähigkeit der Mutter, sich in diesem Zusammenspiel nicht als Subjekt zu behaupten, sondern sich dem Zustand der ‚träumerischen Gelöstheit‘ zu überlassen. Sie bringt ihre Dominanz, die daher rührt, dass ihre Position sowohl innerhalb als auch außerhalb der Dyade ist, nicht zur Geltung. Zugleich fungiert ihre Dominanz aber als ein Reiz, der beim Kind den Impuls zur Wendung ins Aktive auslösen kann. Neue Situationen, die die Mutter vielleicht einbringt, verweisen für das Kind je auf ein Außerhalb der Dyade. Sie fungieren als ein Reiz, der die situativ entsprechenden Interaktionsformen des Kindes virulent macht und von diesen im ausgelösten Zusammenspiel mit der Mutter aufgenommen werden muss. Der hierdurch im Kind provozierte Impuls, sich der Beziehung zur Mutter zu versichern, ruft im Kind die entsprechend eingespielten Interaktionsformen wie z. B.

den Blick des Gegenübers suchen auf den Plan. In diesem durch affektive Abstimmungsprozesse regulierten Ineinander fädelt sich das Kind in die Subjekt-Position ein. Die affektive Intention des Kindes, sein Wunsch, sich der Beziehung zu versichern, über die es noch nicht aktiv verfügen kann, wird im szenischen Ablauf bestimmend. Im Spiel mit Gegenständen nun gewinnt das Kind Impulskontrolle. Es legieren sich im Spiel frühe dyadische Szenen mit der Mutter mit der situativen Struktur des Spieles, z. B. Wegwerfen, Versteckspiel, die z. B. Erfahrungen von ‚Mutter da‘ und ‚Mutter weg‘ aufgreifen können. Diese Spiele symbolisieren ein Gesamt, entsprechend der szenischen Struktur der Interaktionsformen – der unbewussten Phantasien – als eine ‚Gesamtsituation zu zweit‘. Sie stehen für das ‚Wie‘ des Lebens, für Erlebensformen. Subjekt und Objekt sind hier nicht getrennt, sondern szenisch aufeinander bezogen. Mit der Aneignung der Sprache bilden sich im Kind Subjekt- und Objektrepräsentanzen, so dass Szenen als ein Geschehen zwischen Subjekt und Objekt auch ausbuchstabiert, sich vorgestellt oder neu konzipiert werden können.

Szenisches Verstehen in der therapeutischen Situation greift diese frühen Szenen in ihrer Bedeutung für das ‚Jetzt‘ im Lebensalltag der PatientIn wie in der therapeutischen Situation auf. Die TherapeutIn richtet ihre Aufmerksamkeit nicht auf die Person der PatientIn, sondern auf die Beziehungssituation, die sie unbewusst, bzw. die sich unbewusst zwischen ihnen beiden konstellierte. Auch in diesen geht es um ‚Gesamtsituationen zu zweit‘. Dies setzt voraus, dass es der TherapeutIn gelingt, sich mit der Subjekt- wie der Objekt-Position einer Szene zu identifizieren und sie hierdurch aufeinander zu beziehen und so die Szene als ein Gesamterleben zu erfassen, als Erlebnisfigur, als Objekt-Beziehungsformen. Die träumerische Gelöstheit auf Seiten der TherapeutIn bedeutet hier ihr Vermögen, sich passager von den Szenen ergreifen zu lassen. Ihr szenisches Ergriffensein ist die Voraussetzung zur Teilhabe an der Szene, um dann in einem selbstreflexiven Akt der Szene einen Namen geben und die Inszenierung als Akt der PatientIn benennen zu können. Indem sich die TherapeutIn verwickeln lässt, identifiziert sie sich mit den ihr darin zugewiesenen Rollenpositionen. Zentral ist dabei die Analyse und Reflexion ihrer Gegenübertragung. Um hier nicht einem Kurzschluss zu erliegen – ‚das sagt mir meine Gegenübertragung‘ – fungieren ihre eigene Selbsterfahrung, ihr theoretisches Wissen sowie auch ihr Bezug zur Kollegenschaft als eine Art haltender Rahmen und Hintergrundwissen. In der Haltung der ‚träumerischen Gelöstheit‘ tauchen in ihr probeweise Vorannahmen auf, die es ihr schrittweise ermöglichen, Szenen in deutenden Eingriffen einen Namen zu geben. Dies geht mit einem Evidenz-Gefühl einher und wird gesichert in den Veränderungen in der PatientIn, einem Zugewinn an subjektiven Möglichkeiten, mit denen sie ihrem Leiden nicht mehr (so) ausgeliefert ist.

Wie kommen diese Konzepte nun in einer psychoanalytischen musiktherapeutischen Behandlung geistig behinderter Menschen zum Tragen? Während die Rolle der Musik in der Subjekt-Entwicklung des Kindes sowie in der therapeutischen

Beziehung später erläutert werden soll, geht es hier insbesondere um die Frage, wie insbesondere bei schwer geistig behinderten Menschen von einer Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung gesprochen werden kann, wenn beim Gegenüber das autonome Verfügen über eine affektive subjektive Intentionalität nicht vorausgesetzt werden kann. Diese ist hier möglicherweise ganz in den Kontext einer haltenden Beziehung verwoben.

Basis jeder therapeutischen Beziehung ist das auf un-/vorbewusster Ebene anzusiedelnde leiblich-handelnde Ineinander von PatientIn und TherapeutIn. Dieses entfaltet sich im Sinne der „Zwischenleiblichkeit“ (Merleau-Ponty, 1966).

„Sobald wir mit einem anderen Menschen in Kontakt treten, interagieren unsere Körper miteinander, tasten sich fortwährend ab, lösen subtile Empfindungen ineinander aus. Wir geraten in eine Art Kräftefeld, in eine eigenständige Sphäre von Wechselwirkungen, die wir nicht oder jedenfalls nur sehr begrenzt steuern und kontrollieren können“ (Fuchs, 2003, S. 335).

Zwischenleiblichkeit im therapeutischen Raum umschließt die habituellen Gesten, Handlungen, das gestisch-mimische Ineinander von PatientIn und TherapeutIn wie auch das handelnde Ineinander, aber auch auf die vom Raum und seinen Gegenständen ausgehenden intentionalen ‚Fäden‘ in Form von Appell-Werten, atmosphärischen Wirkungen etc. Ebenso umfasst Zwischenleiblichkeit die im jeweiligen Körper enthaltenen Spuren intersubjektiver Einschreibungen und deren Wirksamwerden im Raum.

„Die Phänomene von Übertragung und Gegenübertragung lassen sich nicht als ‚innerpsychisch‘ und voneinander getrennt begreifen; sie werden vielmehr leiblich empfunden, mimisch und gestisch ausgedrückt, und interagieren so fortwährend miteinander. Die non-verbale Kommunikation erzeugt die gemeinsame Atmosphäre der Beziehung; sie bildet ihren tragenden Grund“ (Fuchs, 2003, S. 333).

In der Regel bildet dieses Feld den Hintergrund für die auf der bewussten/vorbewussten Ebene sich abspielenden sprachlichen oder/und musikalischen und handelnden Interaktionen.

In der Beziehung zu schwer geistig behinderten Menschen ist jedoch die leiblich-sinnliche Ebene der Vordergrund. Das leiblich-sinnliche Ineinander der Leiblichkeit des behinderten Gegenübers und des Unbewussten der TherapeutIn ist hier die Ebene von Übertragung und Gegenübertragung und gewinnt in den leiblich-sinnlich-musikalischen Inszenierungen seine Kontur. Dies setzt voraus, dass die TherapeutIn in sich einen haltenden Raum zur Verfügung stellt, mit dem ihre Affekte und Spannungen als Gegenübertragungsresonanz verstanden werden können. Darin übernimmt sie die Funktion, die primäre Objekte in der frühen Kindheit haben. „Unabdingbar notwendig ist die Gegenwart des anderen, des primären Objekts, das eine Repräsentationsfunktion übernimmt (Bion, 1990)“ (Küchenhoff,

Agarwalla, 2012, S. 18). Küchenhoff nimmt hier Bezug auf die schon beschriebene Funktion der Mutter, Spannungen des Kindes ‚zu verdauen‘.

Die extremtraumatischen Einbrüche, die schwer geistig behinderte Menschen erlitten haben, haben möglicherweise nicht nur die Repräsentanz eines haltenden Umfeldes durchbrochen, sondern auch dessen neurophysiologisches Substrat beeinträchtigt, oder aber ein solches konnte sich nur mangelhaft ausbilden. Diese Einbrüche rufen unmittelbar ein haltendes Umfeld herbei. Mit der ins Spiel kommenden Zwischenleiblichkeit muss dieser Halt im Sinne einer „stellvertretenden Affektverarbeitung“ (Küchenhoff, Agarwalla, 2012, S. 18) interaktiv gewährleistet werden. Die nun im Vordergrund stehende Zwischenleiblichkeit nimmt nicht einfach die je verletzte Körperlichkeit des behinderten Gegenübers auf. Eingeschlossen in das leibliche Ineinander des behinderten Menschen und seines Umfeldes sind die Verletzungen und die dadurch hervorgerufenen Reaktionen als ein Gesamt. Das leibliche Verhalten des behinderten Menschen ist nicht einfach Ausdruck der Störungen, sondern immer auch Folge der auf psychosomatischer Ebene angesiedelten frühen Umgangsformen. Zugleich ist in diesem dyadischen Kontext die Wahrnehmung des Verhaltens des betroffenen Menschen durch sein nicht behindertes Umfeld nicht zu trennen von dessen affektiven bewussten wie unbewussten Reaktionen, die häufig ebenfalls auf frühe Ebenen herabreichen. Das Gesamt dieser Bemühungen dient der Überlebenssicherung, der ‚Herstellung geordneter Verhältnisse‘ (Goldstein): für die betroffenen Menschen das Leben in einem angemessenen Umfeld, für das nicht behinderte Umfeld das Ermöglichen des Denken-Könnens.

Welche besonderen Herausforderungen hierdurch an das haltende Umfeld gestellt werden, soll in der Arbeit anhand einer längeren und einer kürzeren Falldarstellung beleuchtet und gewürdigt werden. Beide Behandlungen wurden im Rahmen meiner Kassenpraxis als tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in der Sonderform mit Einsatz nonverbaler Methoden durchgeführt.

3. Falldarstellung

Beginnen möchte ich mit Anfangsszenen aus der Therapie der 5-jährigen schwerbehinderten Dahlia.

Dalia wurde von ihrer Mutter gebracht. Aufgrund einer Frühgeburt hatte sie ihr erstes Lebensjahr im Krankenhaus verbracht. Sechs Monate lang musste sie beatmet werden, hatte einen Microcephalus und eine Cerebralparese zurückbehalten. Ein Anfallsleiden konnte medikamentös eingestellt werden. Sie wurde durch eine Sonde ernährt. Mithilfe krankengymnastischer Behandlung konnte sie inzwischen alleine sitzen und sich zum Stehen hochziehen. Sie lautere und zeige deutlich, wenn sie etwas freut oder ärgert. Sie nehme aber kaum Kontakt auf, schlage sich, mache keine Ansätze zu sprechen und nehme von ihrer Umgebung kaum Notiz. Sie habe nichts alleine gelernt. Man habe mit ihr ‚alles erarbeiten‘