

1 Einleitung

1.1 Eine gemeinsame Sprache

*„Ob ein behinderter Mensch kommunizieren kann,
liegt darin,
ob wir seine Sprache erlernen
und nicht umgekehrt.“*

(Bodelschwingh, zit. nach Bienstein & Fröhlich, 2004, S. 55)

Dieses Zitat von Friedrich von Bodelschwingh berührt wesentliche Fragen, die ich mir zu Beginn meiner musiktherapeutischen Tätigkeit in einem Pflegewohnheim für Menschen mit schwerster Mehrfachbehinderung stellte: Wie könnte ich die „Sprache“ schwerstbehinderter Menschen erlernen und meinerseits mit einer für sie verständlichen Sprache reagieren? Ich begegnete Menschen mit Verhaltens- und Ausdrucksweisen, die mir fremd waren und deren Bedeutung ich zunächst nicht erfassen konnte. Doch im Laufe der Zeit eignete ich mir ein „Grundvokabular“ der jeweiligen individuellen Sprache an. Ich lernte, Körperbewegungen, An- und Entspannung von Muskeln, Augenbewegungen, Atmung und andere körperliche Zeichen wahrzunehmen. Auch der Versuch, mich in die Befindlichkeit der Menschen mit schwerster Mehrfachbehinderung einzufühlen, führte häufig zu einer Annäherung und einem besseren Verstehen.

So sehr das oben genannte Zitat von Bodelschwingh erste Fragen zu Beginn meiner musiktherapeutischen Arbeit mit Menschen mit schwerster Mehrfachbehinderung berührt, so fasst es auch die Erfahrung nach 15-jähriger Tätigkeit zusammen: Kontakt kann nicht entstehen und Beziehung nicht wachsen, wenn ausschließlich vom Menschen mit schwerster Mehrfachbehinderung erwartet wird, dass er auf therapeutische Interventionen oder pädagogische Angebote reagiert und dass er sich entwickeln und verändern soll. Es bedarf zunächst vor allem einer Weiterentwicklung der therapeutischen Fähigkeiten, um den individuellen körperlichen und emotionalen Ausdruck dieser Menschen wahrzunehmen, zu interpretieren und angemessen darauf zu reagieren. Die vorliegende Arbeit soll dazu anregen, Verhaltensweisen schwerst mehrfachbehinderter Menschen differenziert zu betrachten und sich mit hilfreichen Interventionen zu befassen. Ein Umgang, der den Entwicklungsstand und die momentane Befindlichkeit zum Ausgangspunkt nimmt, macht Kontakt und Beziehung und damit eine gemeinsame Sprache möglich auf der sich weitere Entwicklung entfalten kann.

Auf den folgenden Seiten wird zunächst „schwerste Mehrfachbehinderung“ aus Sicht der (Heil-)pädagogik vorgestellt. In Kapitel 3 wird eine Auswahl von musiktherapeutischen Arbeitsweisen mit Menschen mit schwerer und schwerster Behinderung vorgestellt und damit das Thema „Affektregulation“ eingeleitet. Die Gliederung der vorliegenden Arbeit wird ab Abschnitt 1.4.1 entwickelt.

1.2 Interaktion mit Menschen mit schwerer und schwerster Mehrfachbehinderung

Der Pädagoge A. Fröhlich beschreibt Schwerstbehinderung als eine „komplexe Beeinträchtigung des ganzen Menschen in allen seinen Erlebnis- und Ausdrucksmöglichkeiten. Emotionale, kognitive und körperliche, aber auch soziale und kommunikative Fähigkeiten sind erheblich eingeschränkt oder verändert.“ (Fröhlich, 1991, S. 11). Je nach Menschenbild, professionellem Hintergrund oder Themenschwerpunkt sind unterschiedliche Beschreibungen von schwerster Behinderung in der Literatur zu finden (Burkart, 2004). So können Defizite und medizinische Diagnosen im Vordergrund stehen oder es werden Bedürfnisse und Fähigkeiten von Menschen mit schwerster Mehrfachbehinderung beschrieben mit dem Ziel, auf Möglichkeiten der Entwicklungsförderung hinzuweisen.

Zur Unterscheidung von *schwerer* und *schwerster* Mehrfachbehinderung sind Thalhammers Begriffe hilfreich, mit denen er Menschen mit einer schweren Behinderung als „ausdrucksfähig“ (Speck & Thalhammer, 1974) bezeichnet, Menschen mit einer schwersten Behinderung jedoch als „eindrucksfähig“ (ebd.). Diese Begriffe weisen bereits auf ein Thema hin, das im Rahmen dieser Arbeit besonders für die Interpretation der Verhaltensweisen von Menschen mit schwerster Mehrfachbehinderung von Bedeutung ist. Es wird immer wieder die Frage entstehen, ob ein Verhalten als ein Ausdruck im Sinne einer intendierten, gezielten Handlungsweise verstanden werden kann oder ob es sich um Verhaltensweisen handelt, denen der Mensch mit schwerster Mehrfachbehinderung z.B. durch vegetative Vorgänge „ausgeliefert“ ist, ohne sie gestalten zu können.

Um die Lebenssituation von Menschen mit schwerster Mehrfachbehinderung noch genauer zu beschreiben und von der Situation schwer mehrfachbehinderter Menschen zu unterscheiden, sollen hier einige Kriterien aufgeführt werden, anhand derer Haupt und Fröhlich schwerste Behinderung beschreiben (Haupt & Fröhlich, 1982):

- *Reaktions- und Verarbeitungsmöglichkeiten beziehen sich meist nur auf unmittelbar Erlebtes.*
- *Alltägliche Verrichtungen sind nur mit Hilfe anderer Menschen möglich oder müssen vollständig von anderen Menschen übernommen werden.*
- *Kommunikation über Lautsprache ist nicht möglich.*
- *Gesehenes oder Gehörtes kann nicht imitiert werden.*
- *Für die „Befriedigung emotionaler und sozialer Bedürfnisse, für Anregung und Beschäftigung“ (ebd., S. 23) ist die Hilfe anderer Menschen nötig.*

Haupt und Fröhlich weisen darauf hin, dass sie die Bezeichnung „schwerstbehindert“ nicht als „definitive Zustandsbeschreibung“ (ebd.) ansehen, „sondern als eine Lebenssituation, die durch schwerste Entwicklungsbehinderungen in allen Bereichen gekennzeichnet ist.“ (ebd.). Jedoch kann eine dem Entwicklungsstand ange-

messene Förderung zeigen, welche Entwicklungsmöglichkeiten ein Mensch trotz schwerster Beeinträchtigungen in sich trägt. Dabei stellt sich immer wieder die Frage, was sinnvolle Förderziele sind. Ist eine Orientierung an dem, was als „normal“ angesehen wird, auch von Bedeutung für den Menschen mit schwerster Behinderung selbst? Sind die - meist gut gemeinten - Umgangsformen und Förderangebote an seinen Interessen und Bedürfnissen orientiert? Da er sich nicht selbst verbal mitteilen kann, bleiben diese Bedürfnisse oft unerkannt oder missverstanden. Aus Sicht von Bezugspersonen schildert es Becker wie folgt: „Das Gegenüber wird daher in radikaler Weise anders, fremd und uneinfühlbar empfunden, so dass Mitteilung und Verständnis stets zu scheitern drohen.“ (Becker, 2002, S. 15).

Die „Einschränkung oder gar die scheinbare Unmöglichkeit, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, sich mit ihnen zu verständigen, das heißt, Gemeinsamkeit mit ihnen herzustellen“ (Fröhlich, 2010, S. 13), bezeichnet Fröhlich als die am schwersten wiegende Folge schwerster Mehrfachbehinderung. Auch von Eltern, Betreuern und Therapeuten¹ kann diese „scheinbare Unmöglichkeit“, mit schwerstbehinderten Menschen in Kontakt zu kommen, immer wieder erlebt werden. In Veröffentlichungen aus der musiktherapeutischen Arbeit findet sich zum Teil die Schilderung von Unsicherheiten, was der mimische Ausdruck zu bedeuten habe, das Erschrecken vor stereotypen und selbstverletzenden Verhaltensweisen und die manchmal erfolglose Suche nach Kontaktmöglichkeiten (siehe hierzu Kap. 1.3). Wie also kann es möglich werden, dass mimische, stimmliche und körperliche Äußerungen nicht unbeantwortet bleiben?

Nach Ansicht des Pädagogen T. Klauß können Verhaltensweisen schwerstbehinderter Menschen dann zu einer Mitteilung werden, wenn andere Menschen diese Verhaltensweisen wahrnehmen und als Ausdruck eines Wunsches oder einer Intention interpretieren (Klauß, 2007). Zwar weist er darauf hin, dass eine solche Interpretation immer eine Fehlerquelle sein könne, gleichzeitig sieht er darin aber auch die Chance, eine Kommunikation zu eröffnen (Klauß, Janz & Lammers, 2007). Damit ein Mensch sich entwickeln kann, braucht er ein Gegenüber, das ihm mit Aufmerksamkeit und Zeit begegnet und auf sein Verhalten und seine emotionale Verfassung angemessen reagiert.

Diese Vorgehensweise entspricht den Erkenntnissen der Säuglingsforschung zur sogenannten „Feinfühligkeit“ von Bezugspersonen (Ainsworth, 2003; Grossmann & Grossmann, 2003). Ainsworth zeigt die Bedeutung des Wahrnehmens und richtigen Interpretierens körperlicher und mimischer Ausdrucksweisen sowie einer prompten und angemessenen Reaktion der Bezugsperson für die Entwicklung eines Menschen (siehe hierzu Kap. 3.3). Dementsprechend werden in entwicklungspsychologisch orientierter Musiktherapie, die auf Erkenntnissen der Säuglings- und Bindungsforschung gründet, die musiktherapeutischen Interventionen ausgehend vom körperlich-emotionalen, dem stimmlich-vorsprachlichen

1 In dieser Arbeit wird die männliche Form verwendet, selbstverständlich sind (Musik-)Therapeutinnen, Pädagoginnen und Betreuerinnen eingeschlossen.

und dem instrumentalen Ausdruck des Patienten gestaltet (siehe Kap. 2). Zur differenzierten Einschätzung dieser Ausdrucksweisen entwickelten die Musiktherapeutin K. Schumacher und die Entwicklungspsychologin C. Calvet das sogenannte „EBQ-Instrument“ (Schumacher, Calvet, Reimer, 2013), das der Einschätzung der Beziehungsqualität dient. Es wurde ursprünglich für die Arbeit mit Kindern mit Autismus entwickelt (Schumacher, 1999) und wird in der vorliegenden Arbeit in einer vorläufigen Anpassung für die therapeutische Arbeit mit Menschen mit schwerster Mehrfachbehinderung (Reimer, 2011) eingesetzt. Bei der Anwendung des EBQ-Instrumentes für diese Klientel wurde deutlich, dass körperliche Zeichen von Unruhe (z.B. Stereotypien, Selbststimulation etc.) und Anspannung relativ häufig in Erscheinung treten. Sie können entweder ganz im Vordergrund des Verhaltens stehen oder in nur geringer Intensität andere Verhaltensweisen begleiten. Kennzeichnend ist, dass sich ein Mensch mit diesen Verhaltensweisen meist isoliert und in der therapeutischen Situation keine Beziehung entstehen kann. Für die therapeutische Arbeit ist daher von zentraler Bedeutung, körperliche und mimische Zeichen in ihrer individuellen Bedeutung für den emotionalen Zustand eines Menschen zu (er)kennen, um dann durch entsprechende Interventionen eine ausgeglichene Affektlage zu ermöglichen. Diese ist aus entwicklungspsychologischer Sicht Basis jeglicher Entwicklung.

Bevor dieser Ansatz vertieft wird, sollen die folgenden Abschnitte zunächst in die musiktherapeutische Arbeit mit Menschen mit schwerer und schwerster Behinderung einführen und verschiedene Arbeitsweisen und Gedanken vorstellen.

1.3 Musiktherapie mit Menschen mit schwerer Mehrfachbehinderung

Musiktherapeuten, die mit Menschen mit schwerer und schwerster Behinderung arbeiten, sehen in der Musik als nonverbales Medium eine Möglichkeit, mit diesen Menschen in Kontakt zu treten. Selbst, wenn ein aktives Instrumentalspiel aufgrund schwerster Körperbehinderungen nicht möglich ist, so kann ein Mensch durch für ihn gespielte Musik erreicht werden. Sinnesbehinderungen müssen zwar bei jedem Menschen individuell berücksichtigt werden, dennoch sind Ergebnisse der Neurophysiologie interessant, die zeigen, dass musikalische Reize eine wesentlich intensivere Hirntätigkeit zur Folge haben als andere Sinneswahrnehmungen. „Musik ‚be-rührt‘, so gesehen, unvergleichlich früher als jeder andere Reiz.“ (Decker-Voigt, 1991). Nach Kuntsche ist Musiktherapie wegen möglicher psychischer Störungen und sozio-emotionaler Entwicklungserschwerisse indiziert (Kuntsche, 2011). Diese können sich „in Störungen der Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit wie auch in Störungen im Bereich der Selbstentwicklung“ (ebd., S. 41) zeigen. Der entwicklungspsychologische Ansatz, der in der vorliegenden Arbeit verfolgt wird und die theoretische Grundlage für die Sichtweise auf das Thema „Affektregulation“ bildet, zeigt deutlich, dass Musiktherapie hilfreich und wirkungsvoll eingesetzt werden kann, wenn die Kommunikations- und Beziehungs-

fähigkeit gestört sind. Nach Schumacher ist entwicklungspsychologisch orientierte Musiktherapie vor allem indiziert bei Menschen,

- deren Fähigkeit zur Wahrnehmungsverarbeitung beeinträchtigt ist,
- deren Körperempfinden beeinträchtigt ist,
- deren Beziehungsfähigkeit zu sich selbst, zu Gegenständen und zu anderen Menschen gestört ist (vgl. Schumacher, 1999, S. 45).

Da der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit das Thema „Affektregulation“ ist, wurden für dieses Kapitel in Veröffentlichungen zur Musiktherapie mit Menschen mit schwerer und schwerster Mehrfachbehinderung vor allem Hinweise für den Umgang mit hohen Affekten, Stereotypen, selbstverletzendem Verhalten etc. gesucht. Diese Themen werden bei manchen Autoren nur am Rande erwähnt, bei anderen werden musiktherapeutische Interventionen oder andere Möglichkeiten des Umgangs beschrieben. In den folgenden Abschnitten sollen dazu drei Veröffentlichungen vorgestellt werden. Hiervon bezieht sich nur die erste auf Menschen mit schwerster Mehrfachbehinderung, zwei weitere beschreiben die Musiktherapie bei schwerer Mehrfachbehinderung. Die musiktherapeutische Arbeitsweise der Autoren wird an dieser Stelle nur knapp beschrieben, um dann vor allem auf Interventionen zur Affektregulation einzugehen. Diese werden aus einer entwicklungspsychologisch orientierten Perspektive beleuchtet.

Perovic-Kniesel beschreibt in ihrem Buch „Freiräume“ (Perovic-Kniesel, 1997) ihre Arbeitsweise, die sich aus der pädagogischen und musiktherapeutischen Arbeit mit schwerstbehinderten Kindern und Jugendlichen entwickelte. Ihr grundlegender Ansatz ist es, mit Musik Situationen zu schaffen, „in denen sich schwerstbehinderte Menschen mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ausdrucksmöglichkeiten aktiv beteiligen können und die sie mit ihren ganz individuellen Äußerungen mitgestalten“ (ebd., S. 9). Diesen Ansatz bezeichnet Perovic-Kniesel als „musikalischen Umgang“ (ebd.). Methodisch beschreibt sie ihr Vorgehen so, dass individuelle motorische und vokale Ausdrucksmöglichkeiten zunächst erkannt werden müssen, um sie aufzugreifen und in einen musikalischen Kontext einbeziehen zu können. Das Einfühlen in die Situation des Gegenübers (ebd., S. 11) spielt dabei eine zentrale Rolle. Die Therapeutin bewegt sich in einem Freiraum aus einerseits Lauschen, Einfühlen, Beobachten und Aufgreifen, andererseits bringt sie selbst auch ein reiches Repertoire an musikalischen Äußerungen ein, um damit möglicherweise bei ihrem Gegenüber ebenfalls Äußerungen auszulösen (ebd., S. 38). Durch die entstehenden gemeinsamen musikalischen Aktivitäten (hier sind instrumentale, vokale und körperliche Aktivitäten gemeint) kann die Lebendigkeit der schwerstbehinderten Menschen geweckt werden. Bewegungen, die in ihrer Verbindung zur Musik erlebt werden, vermitteln „intensive Körpererfahrung, ein gutes Selbstgefühl“ (ebd., S. 9) und tragen „zu körperlicher und seelischer Entspannung bei“ (ebd.). Wie auch in der vorliegenden Arbeit wird die Erfahrung mit dem eigenen Körper und den eigenen Handlungs- und Äußerungsmöglichkeiten als Basis angesehen, um in Kontakt mit der Umwelt zu treten (ebd., S. 9 f.).

Zeichen von Anspannung, Unruhe oder auch stereotype Verhaltensweisen, die für die vorliegende Arbeit von besonderem Interesse sind, werden von Perovic-Kniesel ebenfalls genannt. Als körperliche Zeichen beschreibt sie z.B. stark angespannte Arme, an den Mund gehaltene Hände, Schreien bei Unwillen, etc. (ebd., S. 14). In den Beispielen, die Perovic-Kniesel aus der Musiktherapie hierzu anführt, wird die Suche der Therapeutin nach Kontakt deutlich. Es scheinen jedoch fast zufällige Ereignisse zu sein, die schließlich zu einer musikalischen Annäherung und zu einem Kontakt führen (ebd., S. 15). So reagiert eine junge Frau auf das absichtslose Schnalzen der Therapeutin, indem sie zunächst kurz in ihrer stereotypen Bewegung innehält. Durch diese Reaktion ermutigt schnalzt die Therapeutin nun lauter und es kommt zu einer längerfristigen Begegnung, bei der die Therapeutin und die junge Frau einander anschauen, Emotionen über Blicke und Mimik austauschen und in einem dialogischen Wechsel schnalzen (ebd.). Diesem scheinbaren „Zufall“ – das absichtslose Schnalzen der Therapeutin – ging jedoch ein intensives Einlassen der Therapeutin auf das Gegenüber voraus. Die Fähigkeit der Therapeutin, die Bedürfnisse und Äußerungen ihres Gegenübers wahrzunehmen und daraus eine musikalische Idee zu entwickeln, führt hier zunächst zu kurzfristigen Kontakten und schließlich zu einer Begegnung.

Zur Musiktherapie mit schwer behinderten Menschen soll hier die Arbeitsweise von Becker vorgestellt werden, die in dem Buch „Begegnungen im Niemandsland“ (Becker, 2002) veröffentlicht wurde. Beckers Sichtweise auf das Geschehen in der Musiktherapie ist psychoanalytisch geprägt und so spielen Gefühle und Gedanken der Therapeutin eine wesentliche Rolle – sowohl für den therapeutischen Prozess als auch für die Beschreibungen in ihrer Veröffentlichung. Die Rolle der Musik sieht Becker in ihrer Arbeit wie folgt: „In der Arbeit mit schwermehrfach-behinderten Menschen stellt sie als therapeutisches Medium eine exklusive Möglichkeit dar. Wegen ihrer engen Verknüpfung mit vegetativen Vorgängen ist sie geeignet, Beziehungen auch dort ‚hörbar‘ zu machen und damit zu vermitteln, wo diese auf vegetative Formen reduziert zu sein scheint, und – dies ist das Entscheidende – diese Reduktion zugleich zu reflektieren, d.h. auf eine Vermittlung, auf das Gemachte an der Reduktion zu verweisen.“ (Becker 2002, S. 20). Interventionsmethodisch fasst Becker „alle Angebote, Aktionen, Laute, Bewegungen, Handlungen – Ereignisse – als Interaktionsangebote auf, die sich an mich richten und die ich zu verstehen suche. Ich beziehe sie auf mich und bin darin offen, die sich entwickelnde Inszenierung deuten zu können, zu verstehen, was mein Gegenüber mir im Kontext der therapeutischen Beziehung mitteilt.“ (ebd., S. 15). Dabei spielt die Empfindung der Therapeutin eine wesentliche Rolle für ihre musikalische Gestaltung: „Das, was die Wahrnehmung ihres/ seines Verhaltens bei mir als Empfindung auslöste, wie ich es verstand, wie ich berührt war, welcher Eindruck sich mir bildete, versuchte ich, mit Klängen, Tönen, Sing-Sang, Rhythmen, Schreien, Worten und Satzketten wiederzugeben.“ (ebd., S. 49).

Becker schreibt, dass in der körperlichen Behinderung des schwerbehinderten Menschen die „Erfahrung des Scheiterns seiner Ich-Entwicklung“ (ebd., S. 98)

festgelegt sei. Durch diese fehlende Ich-Entwicklung sei der schwermehrfachbehinderte Mensch nicht in der Lage, Urheberchaft auf ein Gegenüber hin zu erleben. „In ihren stereotypen, erstarrten und vegetativ organisierten Verhaltensweisen scheint sich das Misslingen dieses Bezuges wieder und wieder zu wiederholen.“ (ebd.). Becker schildert, wie intensiv sie dieses „Scheitern der Interaktion“ (ebd., S. 109) erlebt und beschreibt ihre Reaktion wie folgt: „So spiele ich beispielsweise in manchen Situationen in ständiger Wiederholung zwei Töne im Intervall einer kleinen Sekunde. Ich spielte dies zu Bewegungen oder Lauten, die mich sehr schmerzlich berührten, mit denen die PatientIn ganz allein zu sein schien: Kopf-Schlagen, Zähne-Knirschen, wackeln, wimmern. Ich war mit dem Spiel für mich, so wie die PatientInnen ganz woanders zu sein – wo? – erschienen. Das Spiel machte – mir? – die Situation aushaltbar, ohne sie zu ändern.“ (ebd., S. 183). In dieser Beschreibung wird nicht deutlich, wie interventionsmethodisch genau vorgegangen wurde. Wurde das Intervall in rhythmischer Abstimmung auf die Bewegungen gespielt oder ohne genauen rhythmischen Bezug zu den Bewegungen? Machte die Therapeutin ihr eigenes Empfinden hörbar oder die Bewegungen der Patientin? War die vorrangige Intention, das Geschehen für die Therapeutin selbst „aushaltbar“ zu machen? Zumindest schien die Intervention keine sichtbare Veränderung des Verhaltens herbei zu führen. Becker stellt zwar in ihrer Reflexion eine Verbindung zwischen der Stereotypie und der entstehenden Musik her (ebd., S. 183), jedoch wird darüber hinaus nicht gefragt, ob es sinnvoll sein könne, aus dem selbstverletzenden Verhalten heraus in einen Kontakt zu kommen, so wie es z.B. Perovic-Kniesel (siehe oben) beschrieben hat. Es bleibt die Frage offen, ob das von Becker beschriebene Vorgehen den Bedürfnissen des schwerbehinderten Menschen entspricht. Denn er ist nun – neben seinem selbstverletzenden Verhalten und den damit einhergehenden Emotionen – vermutlich außerdem den Zweifeln der Therapeutin ausgesetzt. Dies berührt grundsätzliche Fragen, die in der abschließenden Diskussion (Kap. 8) aufgegriffen werden sollen.

In seiner Veröffentlichung „Gefühle sind nicht behindert“ (Meyer, 2009) widmet sich Meyer ausführlich dem Thema „Emotionen“. Aus Meyers Sicht könne zwar die „Fähigkeit zum *Ausdruck* von Gefühlen [...] behindert sein, und das beleihe nicht nur bei den so genannten ‚Behinderten‘ – die Fähigkeit des *Erlebens* von emotionalen Zuständen wie Wohlbefinden, Unwohlsein, Erregung, Angst, Freude, Aggression, Trauer usw. ist es nicht.“ (ebd., S. 10). Fasst man diese Aussage so auf, dass Menschen mit Behinderungen verschiedene emotionale Zustände erleben können, d.h. als Tatsache, dass Emotionen überhaupt vorhanden sind, so ist dem sicher zuzustimmen. Jedoch kommen häufig auch Auffälligkeiten in der Qualität des Erlebens vor, wie z.B. bei Menschen, die sehr schnell emotional übererregt sind, oder denen es nur sehr schwer gelingt, affektive Zustände selbst zu regulieren. Dies wird später in Meyers Buch deutlich: „Sie können nur fühlen, sie haben wahrscheinlich nicht wie wir die Fähigkeit, über ihre Gefühle zu reflektieren, sie haben oftmals nicht wie wir die Wahl sich in etwas hineinzusteigern oder sich aber abzu-

lenken oder die Gefühle zu verdrängen – alles löst direkt und ungefiltert Gefühle aus, und die werden genauso erlebt.“ (ebd., S. 106).

Mehrere Beispiele im Buch vermitteln einen Eindruck davon, wie Meyer mit dem körperlich-emotionalen Ausdruck schwer behinderter Menschen in der Musiktherapie umgeht. Er nennt hierzu mehrere Interventionstechniken. So schreibt er z.B. zum emotionalen Gehalt von Lauten, dass der Therapeut auf diese Lautierungen mit Klängen antworten, oder sie spiegeln könne: „Ein Klang als Antwort auf ein stark emotional gefärbtes Lautieren jedoch kann dem anderen das Gefühl vermitteln, *gehört* zu werden. Der Betroffene hört etwas, das dem, das er fühlt ähnlich ist.“ (ebd., S. 125). Ziel ist hier, „dem anderen das Gefühl zu vermitteln, zu verstehen, was er ausdrückt.“ (ebd.). Bei höheren Erregungsniveaus, wenn das Lautieren zum Schreien wird, könne diese Äußerung ebenso mit einem Schrei des Therapeuten beantwortet werden, oder „mit einem kurzen und scharfen Schlag auf die Trommel. Ein längeres Schreien mit einem wilden Schlagen auf die Trommel. Laute können gespiegelt werden.“ (ebd.). Ähnlich greift Meyer auch körperliche Zeichen von Erregungszuständen auf, bei denen z.B. „der ganze Körper wie von Erregungsschauern geschüttelt wird“. Diese werden von Meyer musikalisch begleitet, „vielleicht indem der Therapeut die Bewegungen auf einer Handtrommel mit einem Wirbel oder auf dem Klavier ein Beben und Zittern als Tremolo mitspielt.“ (ebd., S. 23). Auch selbstverletzendes Verhalten beantwortet Meyer auf diese Weise und beschreibt hierzu einen Patienten, der sich stark selbst in die Hand beißt. „Auf der Trommel lässt sich dieses autoaggressive Beißen sehr gut darstellen durch kräftige und laute Schläge im Tempo seiner Beißbewegungen und sichtbaren –impulse.“ (ebd., S. 48).

Wie in der vorliegenden Arbeit noch ausführlicher dargestellt wird, ist es von wesentlicher Bedeutung, die Reaktionen des Menschen mit Behinderung auf diese Intervention zu beobachten. Nur wenn die Intervention zur Folge hat, dass ein Mensch in einen besseren Kontakt zu sich oder zum Therapeuten kommt, kann sie sinnvoll sein, auch wenn dennoch immer die Frage gestellt werden muss, ob die Intervention den Kern der Problematik trifft. Steigert sich das autoaggressive Verhalten während der Intervention, so müssen andere Wege des Zugangs gesucht werden. Bei dem von Meyer beschriebenen Beispiel kann der Patient sein Beißen mit dem Spielen des Therapeuten in Verbindung bringen und hält inne. Er „versucht es vielleicht noch ein- oder zweimal; dann lässt er von dieser Handlung ab und bewegt sich auf andere Art.“ (ebd., S. 48).

Wie die oben aufgeführten Beispiele zeigen – und hiervon gibt es in Meyers Veröffentlichung noch weitere – kann ein Spiegeln und Aufgreifen durchaus dazu führen, dass ein Mensch sich seiner Verhaltensweisen bewusst wird. Fühlt er sich vom Therapeuten gehört und verstanden, kann er seine Ausdrucksmöglichkeiten durch die musiktherapeutischen Interventionen weiter entwickeln. Meyer schildert jedoch auch Beispiele, in denen das Gelingen dieser Interventionstechnik nicht ganz so offensichtlich erscheint. So schreibt er bezüglich stereotyper Verhaltensweisen, dass sich diese vor allem dann verändern könnten, wenn „die Musik über

eine recht lange Zeit gespielt wurde und es tatsächlich schafft, sich an das Bewegungsmuster anzupassen“ (ebd., S. 127).

Wie die Ausführungen der vorliegenden Arbeit zeigen werden, ist es bei dem Auftreten von stereotypem oder selbstverletzendem Verhalten wichtig, nach möglichen Ursachen des Verhaltens zu fragen, da die Interpretation eines Verhaltens immer auch Konsequenzen für die Interventionstechnik nach sich zieht. Wie diese und andere Aspekte untersucht werden sollen, zeigt der folgende Abschnitt.

1.4 Beschreibung des Untersuchungsvorhabens

Ist die Beziehungsfähigkeit eines Menschen mit Behinderung schwer beeinträchtigt, so ist es ihm nicht möglich, auf Angebote, die ein Nach- oder Mitmachen voraussetzen, entsprechend zu reagieren. Umso wichtiger sind musiktherapeutische Interventionen, die auch dann wirksam werden können, wenn ein Mensch nicht zum Nach- oder Mitmachen in der Lage ist. Entwicklungspsychologisch orientierte Musiktherapie setzt hier an, indem zunächst Merkmale der Entwicklungsschichten beschrieben werden, die der interpersonellen Beziehungsfähigkeit vorausgehen. Im nächsten Schritt werden musiktherapeutische Interventionen genannt, die für den jeweiligen Entwicklungsstand angemessen und hilfreich sind. Vor dem Hintergrund entwicklungspsychologischer Erkenntnisse soll in dieser Arbeit insbesondere das Thema „Affektregulation“ untersucht und beschrieben werden. Analog zu dem oben genannten Vorgehen soll hierzu der körperlich-emotionale Ausdruck schwerst mehrfachbehinderter Menschen differenziert untersucht und beschrieben werden, um dann musiktherapeutische Interventionen zu formulieren, die zur Affektregulierung beitragen. In den folgenden Abschnitten werden zu diesem Vorhaben das Ziel dieser Arbeit, die daraus folgende Fragestellung und die Vorgehensweise benannt.

1.4.1 Ziele der Untersuchung

Ziele der Arbeit sind:

1. *die Beschreibung des körperlich-emotionalen Ausdrucks von Menschen mit schwerster Mehrfachbehinderung aus einer entwicklungspsychologisch orientierten Perspektive,*
2. *die Darstellung musiktherapeutischer Interventionen, die zur Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung eines regulierten affektiven Zustandes beitragen.*

Wie bereits beschrieben, ist aus entwicklungspsychologischer Sicht eine ausgeglichene Affektlage die Voraussetzung, um die Beziehung zu sich selbst, d.h. zu den eigenen Affekten und zum eigenen Körper empfinden und entwickeln zu können. Dies ist wiederum die Basis zwischenmenschlicher Beziehungsfähigkeit und damit einer Verringerung der Isolation von Menschen mit schwerster Mehrfachbehinderung.