

M. C. Hartlieb

Zur Prävention intellektuell-kognitiver Behinderung in der Kinder-Musiktherapie

Zusammenfassung Der vorliegende Artikel thematisiert die musiktherapeutische Arbeit bei Kindern mit intellektueller Behinderung und bei Kindern mit massiven allgemeinen Entwicklungsverzögerungen. Die von der Autorin vorgeschlagenen Begriffe „emotionale Kodierungsschwäche“ und „Konnektions-Schwäche“ werden erklärt und Besonderheiten, die sich daraus für die therapeutische Praxis ergeben, aufgezeigt. Die Kinder-Musiktherapie kann eine präventive Funktion in der Verhinderung schwerer intellektueller Blockierungen übernehmen.

Schlüsselwörter: Intellektuelle Behinderung, Kinder-Musiktherapie, Musiktherapie, „emotionale Kodierungsschwäche“, „Konnektions-Schwäche“, Prävention, Entwicklungsverzögerung.

Prevention of intellectual-cognitive retardation in the child music therapy

Abstract The topic of this article is the therapeutic work with music with children with intellectual deficiency and with children with general but massive retardation in their development. The author explains the terms „weakness of emotional codification“ and „weakness of connection“ and points out the consequences for the practical therapeutical work. The child music therapy can prevent serious intellectual blockades.

Keywords: Intellectual deficiency, child music therapy, music therapy, „weakness of emotional codification“, „weakness of connection“, prevention, retarded development.

Au sujet de la prévention d'un handicap intellectuel-cognitif en thérapie par la musique chez des enfants

Résumé La notion de handicap intellectuel est employée, ces derniers temps, à la place de la notion de „handicap mental“, afin d'insister sur l'atteinte particulière des fonctions cognitives. L'hypothèse avancée par l'auteur de la „faiblesse émotionnelle du codage“ se réfère à la faculté défectueuse des enfants à handicap intellectuel à prendre conscience d'émotions, à les coder et à les mettre en catégories. Lors du travail thérapeutique par la musique avec les enfants à handicap intellectuelle soupçon s'impose que, souvent, intra-psychoiquement, il ne s'établit pas de relation entre, d'un côté les expériences perceptives cognitives et, de l'autre, les expériences émotionnelles. Cette supposition est liée à l'hypothèse de la „faiblesse de connexion“. Les particularités découlant des deux hypothèses présentées

pour la pratique thérapeutique sont mises en évidence par un cas donné en exemple. Grâce à la présentation d'un autre cas on démontre que ces particularités sont également importantes dans le travail thérapeutique avec les enfants à graves retards de développement général. Il en résulte une comparaison entre l'auto-développement (Stern 1992) d'enfants à handicap intellectuel et d'enfants à graves retards du développement. On montre que lors de gros retards du développement général, le plus souvent, une „faiblesse émotionnelle du codage“ et une „faiblesse de connexion“ existent également. Ainsi les techniques et méthodes thérapeutiques créées spécialement pour les enfants à handicap intellectuel sont aussi valables pour les enfants qui ont de gros retards du développement général.

1. Einleitung

Der Begriff intellektuell-kognitive Behinderung wird in jüngster Zeit an Stelle des Begriffs „geistige Behinderung“ verwendet, um verschärft auf die spezielle Beeinträchtigung kognitiver Funktionen hinzuweisen. In Übereinstimmung mit Weber (1997) erscheint mir der bislang übliche Begriff der „geistigen Behinderung“ als zu breit für die gemeinte Entwicklungsstörung, die sozial-adaptive und emotionale Kompetenzen hier ausdrücklich nicht einschließt.

2. Hypothese einer „emotionalen Kodierungsschwäche“ bei Kindern mit intellektueller Behinderung

Der von mir – in Anlehnung an das Konzept der „Hypothese der Emotions-Spezifität“ nach Rojahn et al. (1995) – verwendete Begriff „emotionale Kodierungsschwäche“ meint die mangelhafte Fähigkeit, emotionale Erfahrungen als solche intrapsychisch wahrnehmen, kodieren und kategorisieren zu können. Gefühle werden nur als ungerichtete Energie mit unterschiedlicher Intensität auf der basalen Ebene der Vitalitätsaffekte wahrgenommen. Sie können vom betroffenen Kind keiner der Affektkategorien wie Trauer, Wut, Angst, Freude, ... zugeordnet werden und als solche weder gespürt, noch ausgedrückt, noch mitgeteilt und verarbeitet werden.

Stattdessen kommt es meist zu diffusen energetischen Reaktionen (Hyperaktivität, Entladungen in Form von Aggressionen, ...) und massiven Entwicklungsblockaden und -stagnationen.

Es können statt der Emotionen sprachliche oder motorische Perseverationen auftreten.

Kinder mit „emotionaler Kodierungsschwäche“ erzählen beispielsweise immer dasselbe ohne affektive Beteiligung aber mit spürbarer Intensität, die ausschließlich den Gesetzmäßigkeiten der Vitalitätsaffekte folgen. Vitalitätsaffekte können als „Untergrund“ jedes Gefühls verstanden werden und meinen kinetische Erlebnisformen wie aufwallend, abklingend, anschwellend, ... (Stern, 1992). Oder die Kinder wiederholen im symbolischen Spiel und Rollenspiel immer die gleichen Abläufe mit intensiver, jedoch nicht zuordenbarer Beteiligung.

Wenn es nicht gelingt, die affektive Komponente zu finden, kommt es zu keiner „Auflösung“, es kann kein Durcharbeiten und Verarbeiten erfolgen und auch keine therapeutische Hilfeleistung angenommen werden. Der Therapieprozeß ist nicht mehr im Fluß, sondern blockiert.

Der Unterschied zur musiktherapeutischen Arbeit mit kognitiv nicht behinderten, jedoch neurotischen Kindern liegt vor allem darin, daß diese Kinder ihre Gefühle ursprünglich schon spüren und kategorisieren können bevor sie bestimmte Abwehrmechanismen wählen um diese zu bewältigen; für die Therapeutin sind diese – z.B. verdrängten – Gefühle dann spürbar, erfaßbar und bearbeitbar.

3. Hypothese einer „Konnektions-Schwäche“ bei Kindern mit intellektueller Behinderung

In der Arbeit mit Kindern mit intellektueller Behinderung drängt sich der Verdacht auf, daß intrapsychisch oft keine Verbindung von einerseits perzeptiv-kognitiven und andererseits emotionalen Erfahrungen hergestellt werden kann.

Im Zustand des Erlebens werden beim intellektuell nicht behinderten Kind kognitive und emotionale Erfahrungen vernetzt wahrgenommen und nicht separiert. So transportieren Kinder bei Erzählungen gleichzeitig Inhaltliches und Affektives.

Bei den Erzählungen von Kindern mit intellektueller Behinderung fehlt oft die emotionale Komponente des Erlebten.

Für eine umfassende Beurteilung der Hypothese der „emotionalen Kodierungsschwäche“ und der „Konnektions-Schwäche“ sind weitere Beobachtungen und Untersuchungen erforderlich.

4. Besonderheiten in der musiktherapeutischen Arbeit mit Kindern mit intellektueller Behinderung

Da das Kind selbst sein Gefühl nicht kategorisieren kann, ist es auch für die Therapeutin schwer, dieses nicht integrierte Gefühl zu orten. Somit muß durch Ausprobieren die Bandbreite der Gefühle von der Therapeutin „durchforstet“ werden, bis das „richtige“ Gefühl gefunden wird. Das Suchen und Finden des jeweiligen Gefühls muß auf der emotional-körperlichen Ebene erfolgen, um vom Kind letztlich integriert werden zu können. D.h. die Suche nach dem für das Kind stimmigen Gefühl erfolgt über ein authentisches Angebot eines Gefühls von seiten der Therapeutin. Dies kann nicht über die Verbalebene erfolgen, da das Kind das mit Worten bezeichnete Gefühl nicht seiner diffusen Energie zuordnen kann (Konnektions-Schwäche).

Die Therapeutin verbindet und integriert modellhaft in einem ersten Schritt das kognitiv-verbale oder sensumotorische Muster des Kindes mit einer Emotion, und in einem zweiten Schritt integriert das Kind diese kognitiv-emotionale Ganzheit über die Therapeutin.

(Die Zuhilfenahme großer, pantomimischer Gesten wirkt dieser „Konnektions-Schwäche“ entgegen.)

Wird das richtige Gefühl gefunden, „springt“ es dann auf das Kind über; zugleich entsteht eine plötzliche Dichte der Situation, eine Wachheit des Kindes und unmittelbar erfolgt meist eine intensive Richtungsänderung im Therapiegeschehen.

Fallbeispiel

Der 4jährige aufgeweckte Manuel mit Down-Syndrom wird zur Musiktherapie vorgestellt mit dem Wunsch seiner Mutter nach einer allgemeinen Entwicklungsförderung.

Manuels sensumotorische Entwicklung ist zwar verzögert, jedoch im Fluß: er sucht sich motorische Herausforderungen, wie Ballspiele und Türme-bauen. Die sprachliche Entwicklung wirkt im Gegensatz dazu

blockiert: sein Sprachverständnis ist gering, ebenso sein Wortschatz, der nur einige Worte umfaßt.

In der 9. Stunde ereignet sich folgendes: Manuel spricht von Beginn an immer wieder das Wort „Papa“. Sein Papa scheint ihn zu beschäftigen, allerdings ist keinerlei Emotion bei diesem immerwiederkehrenden Wort „Papa“ spürbar. Da mir aus den Gesprächen mit seiner Mutter die Familiensituation bekannt ist, weiß ich, daß ihr Mann aus beruflichen Gründen oft wochenlang unterwegs ist. Ich vermute nun, daß Manuel seinen Vater vermißt, eventuell traurig und ärgerlich über seine Abwesenheit ist.

Also beginne ich, sein „Papa“ nachzusprechen und mit unterschiedlichen Gefühlen zu unterlegen: zuerst versuche ich es mit einem traurigen, dann mit einem suchenden, einem hilflosen, einem, wütenden „Papa“. Schließlich wähle ich einen raunzig-genervten Tonfall auf den Manuel zunächst mit Innehalten und Blickkontakt reagiert. Ich wiederhole diesen Tonfall und merke, wie sich Manuel mit jeder weiteren Wiederholung meinem Tonfall nähert bis er ihn „hat“. Er springt nun auf und uns beide erfährt eine Woge von Intensität und Energie, sodaß sich eine Art Tanzimprovisation ergibt: wir drücken Raunzigsein, Genervtsein mit unseren Körpern aus, stampfen kraftvoll und beginnen einen rhythmischen Kreistanz. Ich nehme mir eine Trommel und auch Manuel holt sich eine und während Manuel und ich mit kraftvoller, genervt-aggressiver Stimme „Papa“ schreien, stampfen und trommeln, kann er ganzkörperlich Ärger spüren und ausdrücken.

Das Beispiel zeigt eine gelungene Integration der Gefühle Raunzigsein und Ärger, die zunächst vom Kind als solche nicht erfährt und somit auch nicht ausgedrückt und mitgeteilt (nicht einmal auf nonverbal-körperlicher Ebene) werden konnten.

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang die daraufhin einsetzende rasante Sprachentwicklung. In der folgenden Therapiestunde spricht Manuel zu meinem großen Erstaunen 2- und einfachste 3-Wortsätze. Es sprudelt nur so aus ihm heraus. Zugleich zeigt er nun erstmals Ansätze von symbolischem und Rollenspiel.

5. Musiktherapie mit Kindern mit massiven allgemeinen Entwicklungsrückständen

Im folgenden wird die Relevanz der Hypothesen der „emotionalen Kodierungsschwäche“ und die der „Konnektions-Schwäche“ in der musiktherapeutischen Arbeit mit Kindern mit massiven Entwicklungsverzögerungen thematisiert, sowie sich daraus ergebende Besonderheiten in der therapeutischen Praxis diskutiert.

5.1 „Emotionale Kodierungsschwäche“ und „Konnektions-Schwäche“ bei Kindern mit allgemeinen Entwicklungsverzögerungen

In den meisten Fällen sind bei schweren Entwicklungsverzögerungen gleichzeitig die Bereiche Sprache, Sensomotorik, soziale Fertigkeiten, die abstrakt-kognitiven Funktionen und die Selbst- und Ich-Entwicklung hinsichtlich emotionaler Reife betroffen.

Am folgenden Fallbeispiel soll gezeigt werden, daß aus diesen Defiziten auch eine „emotionale Kodierungsschwäche“ und eine „Konnektions-Schwäche“ resultieren können:

Der 4jährige Peter kommt mit massiven Entwicklungsverzögerungen in die Musiktherapie. Er spricht nur einzelne, unverständliche Worte, bewegt sich recht vorsichtig und ungeschickt und zeigt während der ersten Sitzungen ein sehr ängstliches, anklammerndes Verhalten an seine Mutter. Weiters liegt eine Enkopresis vor. Dem Angebot von Spielmaterialien und mir gegenüber verweigert er sich und zieht es vor zunächst auf dem Schoß seiner Mutter sitzen zu bleiben.

Während der ersten Monate steht die Loslösung von Kind und Mutter im Vordergrund. Sobald wir in den begleitenden Elterngesprächen die Ängste und Sorgen um das Kind besprechen, beginnt Frau A. ihrem Sohn mehr Raum zu geben, ihn loszulassen. Peter beginnt nun den Therapieraum und seinen inneren Raum zu erforschen und Erfahrungen mit seinem Körper und mit den Spielmaterialien zu machen. Er spricht nun mehr, seine Worte werden verständlicher, sein Gleichgewicht verbessert sich und das Symptom Enkopresis tritt weniger häufig auf.

In den ersten Monaten der Musiktherapie mit Peter geht es um Kontakt und Rückzug, Neugier und Angst, um Ausdauer und um die Handhabung der einfachen Spielmaterialien wie Bauklötze, Ball, Trommel, ...

Nach etwa 7 Monaten beginnt er symbolische Spiele und einfache Rollenspiele mit Puppen.

Zugleich entsteht ein Spielmuster, das in den Therapiestunden wiederholt auftritt und immer mehr Raum einnimmt. Dieses Muster beinhaltet kaum Variationen, sondern perseveriert. Es gestaltet sich folgendermaßen: Peter läßt das Feuerwehrauto immer wieder aus der Garage fahren, eine Runde drehen und wieder hineinfahren. Dieser Ablauf wird immer wieder mit den gleichen Handbewegungen wiederholt und würde ohne mein Eingreifen die ganze Stunde unverändert fortgesetzt werden. Der Spielablauf stagniert völlig.

Zunächst versuche ich durch Mitspielen und verbale Kommentare das Spiel in Fluß zu bringen, was mißlingt. Schließlich unterlegte ich den bereits erwähnten Satz: „Die Feuerwehr fährt los.“ mit unterschiedlichen Emotionen in der Hoffnung, ihm auf seiner Suche nach dem zugrundeliegenden Gefühl zu helfen. Ich probiere es mit Angst, Verwunderung, Freude, Ärger, Aufregung, ...

Auf das Gefühl meiner Aufregung hält er schließlich inne und erweitert sein Spiel. Er nimmt die Vaterpuppe und setzt sie ins Auto. Wieder stagniert das Spiel. Immer wieder fährt nun das Feuerwehrauto mit dem Vater aus dem Haus, dreht eine Runde und fährt zurück. Wieder handelt es sich um eine Perseveration – nichts verändert sich in den Wiederholungen des Ablaufs. Ich sage: „Es brennt und der Vater fährt löschen.“ Peter reagiert auf den Satz nicht, erst als ich ihn wieder mit Gefühlen unterlege – diesmal ist es das Gefühl von Angst, welches er selbst nicht finden konnte – kann er wieder sein Spiel verändern.

In dieser Form gestaltet sich nun der weitere Therapieprozeß. Mit meiner Hilfe, Gefühle mit Perzeptiv-

Erlebten zu verknüpfen, vermeiden wir im aktuellen Therapiesgeschehen intellektuelle Blockierungen bzw. Behinderungen. Natürlich muß das symbolische (hier zusätzlich perseverierende) Spiel wie in jeder anderen musiktherapeutischen Arbeit mit der Lebensgeschichte des Kindes in Zusammenhang gebracht werden; im Falle Peters stellte sich letztlich im Gespräch mit der Mutter heraus, daß es sich um den Wunsch an seinen Vater gehandelt hatte, die defekte Heizung, die zu einer Überheizung der Räume geführt hatte, zu reparieren, „das Feuer zu löschen“. Auf einer tieferen Ebene wird hier erstmals die nicht unproblematische Vater-Sohn-Beziehung angedeutet.

Aus dem oben beschriebenen Therapieausschnitt, der stellvertretend für die Arbeit mit stark entwicklungsverzögerten Kindern steht, läßt sich folgende Hypothese ableiten:

Liegen massive allgemeine Entwicklungsrückstände vor, findet sich meist auch eine „emotionale Kodierungsschwäche“ und „Konnektions-Schwäche“.

Erst im Laufe der Kinder-Musiktherapie wird das Ausmaß an bestehender blockierter intellektueller Entwicklung faßbar und der Schweregrad an der vorliegenden Entwicklungsverzögerung einschätzbar.

Die Musiktherapie übernimmt hier eine präventive Aufgabe, intellektuellen Behinderungen vorzubeugen.

5.2 Zur Selbstentwicklung bei Kindern mit massiven Entwicklungsverzögerungen

In der Beschreibung der Selbst-Entwicklung orientiere ich mich an den von Stern (1992) beschriebenen vier Phasen der Selbstempfindungen:

- a) das „auftauchende Selbstempfinden“ (0.–2. Monat),
- b) „Kernselbstempfinden“ (2.–9. Monat),
- c) „subjektives Selbstempfinden“ (9.–18. Monat),
- d) „verbales Selbstempfinden“ (ab 18. Monat).

In Abgrenzung zu Kindern, die an massiven Entwicklungsrückständen leiden, jedoch keine intellektuelle Behinderung vorweisen, kann man beobachten, daß Kinder mit intellektueller Behinderung kaum über die Phase des „auftauchenden Selbstempfindens“ hinausgelangen, während Kinder, die dabei sind, im musiktherapeutischen Setting ihre Rückstände aufzuholen, relativ rasch ein „Kernselbstempfinden“ zu bilden beginnen: der Blick wird konkreter, ein reflexives Ich-Bewußtsein entsteht, ein Bewußtwerden der eigenen Identität beginnt, die Grenzen zum sozialen Umfeld sind nicht mehr so verschwommen, die Konfluenz der Mutter-Kind- und Kind-Therapeutin-Dyade weicht erkennenden und differenzierenden Funktionen, ...

5.3 Besonderheiten in der musiktherapeutischen Arbeit mit Kindern mit massiven Entwicklungsverzögerungen

Wie bei ausgeprägten intellektuellen Behinderungen werden oft auch bei Kindern mit massiver Entwicklungsverzögerung Emotionen und kognitive Erfahrungen separiert und nicht als Ganzheit wahrgenommen.

Es liegen dann sowohl eine „emotionale Kodierungsschwäche“ als auch eine „Konnektions-Schwäche“ vor. Und somit gelten speziell für Kinder mit intellektueller Behinderung entworfene Techniken auch für Kinder mit massiven Entwicklungsverzögerungen.

Literatur

- Rojahn J, Rabold DE, Schneider F (1995) Emotion specificity in mental retardation. *Am J Ment Retard* 99: 477–486
- Stern DN (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta, Stuttgart, S 61–247
- Weber G (1997) Intellektuelle Behinderung. WUV Universitätsverlag, Wien, S 129–136

Korrespondenz: Marie-Christine Hartlieb, Schöffelgasse 69/3/7, A-1180 Wien, Österreich, Fax +478 46 95.

Marie-Christine Hartlieb, geb. 1968, Musiktherapeutin, Absolventin des Lehrgangs (heute Kurzstudiums) für Musiktherapie an der Wiener Musikhochschule. Tätigkeitsfeld: Kinder- und Jugendlichenbereich; Integrative Gestalttherapeutin i.A.; künstlerisch tätig als Pantomimin.