

Ich-Entwicklung blinder Kinder und die Rolle der Musiktherapie

- Zur Symbolbildung unter der Bedingung von Blindheit -

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
des Doctor scientiae musicae
am Institut für Musiktherapie der
Hochschule für Musik und Theater
Hamburg

vorgelegt von

Heike Wrogemann-Becker, Hermannsburg 2010

Gutachter:

1. Dr. phil. habil. Dietmut Niedecken, Hamburg
2. Prof. Dr. Dieter Katzenbach, Frankfurt/M.

Tag der mündlichen Prüfung: 1.12.2010

Für
Nina und Marga

„Das Individuum kommuniziert nur mit seiner selbsterschaffenen Welt,
und die Menschen in seiner Umgebung kommunizieren mit dem Individuum nur,
insoweit sie es erschaffen können.“

Winnicott an Money-Kyrle, 27. November 1952

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	10
Teil I	12
<u>I.1 Zur Einführung</u>	12
<u>I.2 Informationen für Lesende zu meiner Forschung</u>	14
I.2.1 Anlage der Arbeit	14
I.2.2 Die Studie	14
Grund für die Studie	14
Fragestellung der Untersuchung	15
Ziel	15
Fragen zum Kind	15
Fragen zum therapeutischen Geschehen	15
Fragen bezüglich der Beziehung zu der Musiktherapeutin	16
I.2.3 Art der Herangehensweise	16
Eine qualitative musiktherapeutische Studie	16
Forschungsmethode	16
Forschungsdesign	18
<u>I.3 Zur Hinführung: Hintergrundwissen für Lesende</u>	19
I.3.1 Forschungsgeschichtlicher Überblick	19
Blindheit, Musiktherapie und Forschung	19
Psychoanalyse und Blindheit	20
Zur Soziologie von Blindheit: Bedeutung von Kontexten – Wie das Kind die Musiktherapeutin erlebt	25
I.3.2 Idealtypische Verläufe kindlicher Entwicklung nach D. N. Stern und Erfahrungen blinder Kinder nach H. Gruber und A. Hammer	27
Der präverbale Entwicklungsabschnitt	27
Der verbale Entwicklungsabschnitt	32
I.3.3 Zum Verhältnis von Blindheit und Autismus	34

<u>I.4 Theoretische Werkzeuge: Mein Verständnis von Ich,</u>	
<u>Ich-Entwicklung und Symbolbildung</u>	37
I.4.1 Das Diagnoseinstrument EBQ nach Karin Schumacher	37
1.4.2 Meine Fragestellung vor dem Hintergrund der verschiedenen	
Konzepte von Ich, Ich-Entwicklung und Symbolisierung	41
Das Verständnis von Ich nach Dorothy Burlingham	
und Selma Fraiberg	41
Ich als Begriff für Person und Instanz	42
Das Ich und seine Funktionen nach Heinz Hartmann	45
Die Gesten	46
Alfred Lorenzer und die Interaktionsformen	49
Der Symbolbegriff nach Lorenzer	54
Die verschiedenen Formen der Symbolbildung	55
In der Dyade	57
Konzepte der Symbolisierung	58
Das Szenische Verstehen	60
Hermeneutik	61
Teil II	63
<u>II.1 Erste Entwicklungsphase: Kontaktaufnahme und Entstehung</u>	
<u>von Erwartungen – Von namenlosen Formen zu Reihen</u>	63
Einführung in Teil II	63
Das Setting	63
Erhebung und Auswertung der Daten	64
Zur Auswahl des hier vorgestellten Fallmaterials	67
Modell der Musiktherapie mit sechs geburtsblinden Kindern	69
Weiteres Material	69
Zum Umgang mit den Daten der Kinder	70
Praktisches und Theoretisches: Zur Kleinteiligkeit	
meiner Darstellung	70

II.1.1 Kontaktaufnahme – Von der Notwendigkeit, ein blindes Kind	
vierfach zu spiegeln	71
Erstes Beispiel „Kontakt entsteht“	71
Diskussion	73
Theoretische Überlegungen	75
Schlussgedanken zum ersten Beispiel	80
II.1.2 Fokussierung und Unterscheidung von „Ich“ und „Nicht-Ich“ –	
Eine Szene entsteht	81
Zweites Beispiel „Das Mäuslein“	81
Diskussion	82
Theoretische Überlegungen	82
Schlussgedanken zum zweiten Beispiel	85
II.1.3 Das Dritte kommt hinzu – Das Kind behauptet sich in der Szene	87
Drittes Beispiel „Erschrecken statt Verstecken“	87
Diskussion	87
Theoretische Überlegungen	87
Überlegungen zum Therapieverlauf	94
Schlussgedanken zum dritten Beispiel	99
II.1.4 Aus zeitlichen Vollzügen entsteht Raum	100
Viertes Fallbeispiel „Hier und da“	100
Diskussion	100
Schlussgedanken zum vierten Beispiel	100
II.1.5 Das Spiel in Arrangements – Das Kind entwickelt Erwartungen	102
Fünftes Beispiel „Gute Nacht, guten Morgen“	102
Diskussion	103
Theoretische Überlegungen	103
Schlussgedanken zum fünften Beispiel	104
II.1.6 Kontaktaufnahme bei starrer Körperhülle	109
Sechstes Beispiel „Lass das!“	109
Diskussion	110
Theoretische Überlegungen	111
Schlussgedanken zum sechsten Beispiel	113
II.1.7 Zur Verwechslung von Ursache und Wirkung	115
Siebtes Beispiel „... weil ich geweint hab’.“	115

Diskussion	115
Theoretische Überlegungen	116
Schlussgedanken zum siebten Beispiel	123
II.1.8 Gedanken zum Schluss des Kapitels:	
Meine Hypothese zu einer ersten Symbolisierungsstörung	124
Vorbemerkungen zu den folgenden Kapiteln	125
<u>II.2 Zweite Entwicklungsphase: Von Fragmenten zur Gestaltung</u>	
<u>rhythmischer Verläufe</u>	127
Einführung ins Thema der zweiten Entwicklungsphase:	
Das Kind organisiert seine Welt aus Teilen	127
Das Verhalten der Kinder zu Beginn der zweiten Phase	128
II.2.1 Was das Ich nicht organisiert, wird durch Bewegung gebannt	131
Achstes Beispiel „Das Hopsen auf der Stelle“	131
Diskussion	131
Theoretische Überlegungen	132
Schlussgedanken zum achten Beispiel	134
II.2.2 Von der Wichtigkeit, etwas zu haben, das man vergessen kann	137
Neuntes Beispiel „Die schwebenden Elemente“	137
Einführung	137
Diskussion	139
Theoretische Überlegungen	142
Schlussgedanken zum neunten Beispiel	143
Überleitung	148
II.2.3 Das Kind spuckt Unbekömmliches aus	149
Vorbemerkungen: Vier Ursachen für die Entstehung schizoider	
Mechanismen	149
Zehntes Beispiel „Hilfe, ich muss spucken!“	150
Diskussion	152
Theoretische Überlegungen	154
Zusammenfassung des Kapitels:	
Von der Schwierigkeit der Symbolbildung blinder Kinder	157
II.2.4 Meine Hypothese zu einer zweiten blindheitsbedingten	
Symbolisierungsstörung	159

Überleitung	160
<u>II.3 Dritte Entwicklungsphase: Von Rhythmen in die Welt der</u>	
<u>Geschichten und die Symbolisierung von ‚Leere‘</u>	161
Einführung ins Thema der dritten Entwicklungsphase	161
II.3.1 Vom Sinn unhörbarer Töne	162
Elftes Beispiel „Das Präludium von J. S. Bach“	162
Abschnitt A: Vom Sinn der „Ketten“	162
Diskussion	164
Exkurs – Zur Musik	164
Theoretische Überlegungen	166
Abschnitt B: Musik als Gefäß – und nichts drin	170
Diskussion	171
Theoretische Überlegungen	174
Abschnitt C: In der Stille entsteht das Denken, in seiner	
Abwesenheit wird das Objekt geschaffen	181
Diskussion	182
Schlussgedanken zum elften Beispiel	184
II.3.2 Das Stottern und die narzisstische Kränkung durch Blindheit	185
Zwölftes Beispiel „Der Löwe ist los!“	185
Abschnitt A: Das Stottern	185
Diskussion	186
Theoretische Überlegungen	187
Abschnitt B: Abschied	191
Diskussion und Schlussgedanken zum zwölften Beispiel	192
Exkurs – Narzissmus und die Rolle der Musik	
als Spiegel in der Musiktherapie	194

Teil III	197
<u>III.1 Vierte Entwicklungsphase: Der Blick aus der Ferne auf das Bild</u>	197
Wenn ein Fehlen nicht symbolisiert werden kann oder: Anmerkung zur Schwierigkeit, dem „leeren“ Blick des Kindes zu begegnen	197
<u>III.2 Antworten auf die Forschungsfragen</u>	201
III.2.1 Antwort auf die erste Frage	
Kann Musiktherapie die Ich-Entwicklung fördern?	201
III.2.2 Antwort auf die zweite Frage	
Welche Rolle kann die Musik dabei spielen?	201
Verlaufsformen: Reihen	201
Strukturen: Rhythmen	202
Positionsbestimmungen: Szenen	202
Spiegelungen und Resonanzen	205
Die angestrebte Beziehung	208
Dimensionen der Musiktherapie	209
Die Interventionen	210
Musiktherapie mit blinden Kindern – Meine Verortung	212
III.2.3 Antwort auf die dritte Frage	
Zur Frage nach der Symbolbildung unter der Bedingung von Blindheit: Meine Hypothese über zwei blindenspezifische Symbolisierungsstörungen	214
Symbolisierungsstörung nach Lorenzer	219
Das symbolische Spiel der blinden Kinder	220
Objektwahrnehmung und die Rolle der Musik	222
<u>III.3 Allgemeine Grundlegung für eine Musiktherapie mit geburtsblinden Kindern oder: Blindsein ist etwas anderes als „nicht sehen“</u>	224
III.3.1 Zum Unterschied eines „blind in der Welt Seins“ und eines „sehend in der Welt Seins“ und dem Problem seiner jeweiligen begrifflichen Fassung oder: Vom Wert präsentativer Symbolik in der Musiktherapie mit blinden Kindern	225

Erleben und Bewusstheit – Konnotation und Denotation	226
Wie ein diskursives Symbol als präsentatives fungierte oder: Warum das Wort „logisch“ als Zauberwort dienen konnte	231
III.3.2 Zusammenfassung der Musiktherapie mit blinden Kindern in Sieben Etappen	232
<u>III.4 Schluss und Abschied</u>	250
<u>III.5 Offene Fragen</u>	254
<u>III.6 Nachwort</u>	257
Teil IV	258
<u>IV.1 Anhang: Alfred Lorenzers „Szenisches Verstehen“</u>	258
<u>IV.2 Literatur</u>	263
Dank	290
Erklärung	291
Lebenslauf	292

Ich-Entwicklung geburtsblinder Kinder und die Rolle der Musiktherapie – Zur Symbolisierung unter der Bedingung von Blindheit –

Vorwort

Diese Arbeit trägt den Charakter einer Entdeckungsreise. Ich lade ein zu einer Begegnung mit und innerhalb einer Welt, in der (für Sehende) nichts selbstverständlich und sicher ist. Entsprechend geschieht das Voranschreiten langsam und mit Bedacht – auch in diesem Text.

Der Beginn der Datenerhebungsphase war für mich wie für einen Sozial- oder Feldforscher das Betreten eines unbekanntes Lebensraumes. Ich wollte erkunden wie ein blindes Kind und ich über das Medium Musik in Kontakt kommen und Beziehung gestalten würden. Das Interesse an den Instrumenten war aber seitens der Kinder zunächst sehr mäßig, ihr Umgang mit Instrumenten, die Prozesse der In-Besitznahme und Aneignung schienen nach Regeln abzulaufen, die mir unbekannt waren. Es schien so zu sein, dass meine Vorstellung von Blindsein als Negativ-Konstrukt meiner eigenen Sichtigkeit, und alle Anstrengung, das blinde Kind „verstehen“ zu wollen, in eine Sackgasse führten. So gelangte ich zu der allgemeineren Frage, wie ein blindes Kind seine Welt denn konstruiert und bemerkte den Einfluss elterlichen Handelns. Im wesentlichen zwei Formen konnte ich ausmachen: Eltern, die ihre Vorstellungen von Blindsein (oder vielleicht einer dabei im Kind vermuteten psychischen Unsicherheit) in Assistenzmaßnahmen umsetzten, die wesentlich in personalen (Begleitpersonen) und/oder psychisch-intellektuellen (Ermahnungen, gesprochene Hinweisen) Hilfen bestanden. Die andere Form bestand darin, sozusagen der Körperlichkeit von Blindsein Rechnung zu tragen, und (mit dem Satz auf den Lippen „mein Kind ist blind, aber nicht blöd!“) niedrigere Treppengeländer und Waschbecken anzubringen, Teppiche von der malerisch quer liegenden Position in die Orientierung ermöglichende rechtwinklige Lage zu schieben, etc..

Dies brachte mich auf den Gedanken, dass Blindsein als körperliche Eigenschaft (und nicht als gesamtpersönliche Beeinträchtigung) begriffen von anstrengender (und oft vergeblicher) Dauerbelastung befreit und zu größerer Beweglichkeit und Leichtigkeit im Kopf der Erwachsenen führt, was wieder den Beziehungen in der Familie zu größerer Lebendigkeit verhilft.

So bemerkte ich die große dynamische Kraft im Feld zwischen sehenden Eltern (und Musiktherapeutin) und blindem Kind und die Gefahr, noch gegen eine Katastrophe ankämpfen zu wollen und nicht zu bemerken, dass sie schon stattgefunden hat (Winnicott). Ich beendete meine Versuche, (von mir selbst unbemerkt) meine Spielregeln einführen zu wollen.

Mein Interesse fokussierte sich und galt einmal der Frage, wie wir in Kontakt kommen würden und dann der Frage, ob der Satz, dass blinde Kinder bis ins Schulalter hinein nicht symbolisch spielen, so stehen bleiben muss. Ob nicht, wie Brambring (2008b) es anmahnt, besser auf die blinden Kinder abgestimmte Forschungsdesigns, mithin eine geänderte Sichtweise auf die blinden Kinder, zu anderen Resultaten führen könne. War das Handeln der Kinder wirklich nicht symbolisch, und musste es so repetitiv bleiben, wie es sich oft zeigte? Das meinem musiktherapeutischen Handeln und Forschen zugrunde liegende Verständnis der blinden Kinder in ihrer Entwicklung übernahm ich von Bion (1962a, 1962b, 1963, 1965), der für Prozesse in der Dyade Modelle entwickelte, die (der Entstehung in) dem Erleben des Kindes, innerer und äußerer Fragmentierung ausgesetzt zu sein, besondere Aufmerksamkeit widmen. Darüber hinaus möchte ich Symbolisierung nicht als alleinige Fähigkeit eines Individuums verstehen, sondern mit Lorenzer (1970a, 1972) und Niedecken (2002, 2009) das, was sich inszeniert, nicht nur als präsentatives Symbol verstehen, sondern es auch in seiner Einbindung an den diskursiven Rahmen gesellschaftlicher Bedingungen zur Sprache bringen.

Teil I

I.1 Zur Einführung

Zur Musiktherapie mit blinden Kleinkindern liegen bislang keine psychoanalytisch orientierten Daten vor. Psychoanalytische Forschungen zur Ich-Entwicklung geburtsblinder Kinder wurden im wesentlichen im zweiten Drittel des 20. Jahrhunderts durchgeführt, die Theoriebildung endete mit Ende der 1970er bzw. Anfang der 1980er Jahre. Es ist Warren (1984, 1994), der die Daten früherer Forschungen wertet und feststellt, dass die Forschungen Burlinghams (1961, 1964, 1965, 1968a, 1968b, 1972) und Fraibergs (1968, 1969, 1977a, 1977b) und ihrer Mitarbeiter (1964, 1966, 1973) (um die wichtigsten und prominentesten Vertreterinnen zu nennen) im wesentlichen *Beobachtungen* wiedergeben, die vor dem Hintergrund psychoanalytischer Theorien nicht (ausführlich) diskutiert werden.¹

Von wesentlichem Interesse war für die damaligen Untersuchungen zur Ich-Entwicklung geburtsblinder Kinder die Ich-Funktion der Realitätsprüfung, die bei blinden Kindern nahezu nicht ausgebildet zu sein schien und zu einer Suche nach Anzeichen für Fördermöglichkeiten führte.

Mein Forschungsvorhaben zur Entwicklung geburtsblinder Kinder im Vorschulalter und der Rolle, die Musiktherapie darin haben kann, entstand aus meinem Nichtverstehen von Verhaltensweisen blinder Kinder und den Irritationen, die sich in Beziehungen zwischen ihnen und mir einstellten. Ich wollte Phänomene, die ich entdeckte, bewusst erleben und analysieren mit dem Ziel, ein Modell einer Musiktherapie mit blinden Kindern zu entwickeln. Vorrangig Strukturen des (interaktiven) Geschehens in der Musiktherapie interessierten mich: Handlungsmuster der blinden Kinder wurden notiert, in Bedeutungseinheiten (ein Wort, ein Satz) unterteilt, vorläufig in Kategorien eingeordnet (siehe hierzu McLeod 2003, S. 89 f). Damit aussagekräftige Daten gesammelt werden konnten, war das Arrangement der Sitzungen immer das gleiche. Ich werde einige Beispiele beschreiben und vor dem Hintergrund verschiedener Theorien und Modelle diskutieren. Dies macht die Anlage der vorliegenden Arbeit etwas umständlich und kompliziert. Ich bin bemüht, dem Leser durch entsprechende Hinweise das Verfolgen des Textes zu erleichtern.

¹ Warren (1994) äußert sich kritisch über den Wert der Forschungsergebnisse.

Der Begriff „Ich-Entwicklung“ ist aufzuschlüsseln: Es geht mir um die Entwicklungsmöglichkeit blinder Kleinkinder und hier um ihre Auseinandersetzung mit Welt; um die Blockaden, die sich aus dem Wegfall des Visus ergeben; um die interaktiven Geschehnisse, die unter Verwendung von Musik/Musikinstrumenten den Begriff „inter“ erst rechtfertigen. Unter „Ich“ verstehe ich die kindliche Person und die regelnde Instanz, die zwischen inneren und äußeren Ansprüchen an das Individuum vermittelt und Fähigkeiten zur Kontaktaufnahme mit anderen Individuen ausbildet, und zwar mittels Interaktionen.

Grob gesagt geht es darum, wie das Kind ins Spiel kommt, was es spielt und in welcher Weise es lernt, Symbole (dafür) zu verwenden.

Diese Arbeit möchte den Sehenden sensibel machen für ein Bewusstsein des eigenen Referenzrahmens: Der sehende Mensch greift implizit auf die sichtbare Welt und ihre Ordnungen zurück und verortet sich in seinem Verhalten ihr zu. Mein Anliegen ist es, darzustellen, in welcher Weise musiktherapeutisches Tun Begegnungsplattformen und Beziehungsmöglichkeiten für einen sehenden und einen blinden Menschen schaffen kann, die es erlauben, das Fehlende erlebbar zu machen, zu reflektieren und dergestalt zu integrieren, dass es zu einem Spiel kommt, welches symbolisch genannt werden darf.

I.2 Informationen für Lesende zu meiner Forschung

II.2.1 Anlage der Arbeit

Die Datenerhebung und -auswertung war entsprechend der grounded theory (siehe Forschungsmethode) auf Entdeckung, Beschreibung und Kategorisierung von Phänomenen und Daten ausgerichtet. Die Fragestellung meiner Untersuchung wurde nicht aus der vorhandenen Literatur abgeleitet, sondern aus dem unmittelbaren Erleben meiner Begegnungen mit blinden Kindern. Die hier vorliegende schriftliche Darstellung dessen, was ich gefunden habe, enthält demgegenüber Informationen für Lesende, über die ich selbst zu Anfang meiner Untersuchungen nicht verfügte. Entsprechend der grounded theory ist eine reflektierende begleitende Diskussion mit Kollegen zur Bewertung der Daten angeraten. Diese Form der kollegialen Zusammenarbeit wurde aus organisatorischen Gründen zunehmend schwierig. An ihre Stelle trat gegen Ende der Forschungsphase die Auseinandersetzung mit Fachliteratur.

Um das Lesen und Verstehen meiner Beobachtungen und Reflexionen in den Teilen II (Darstellung und Diskussion von Fallmaterial) und III (Conclusio) zu erleichtern, habe ich Informationen zur Entwicklung sehender und blinder Kinder im Teil I dieser schriftlichen Darstellung voran gestellt. Ich gebe ebenfalls einen knappen Überblick über das, was psychoanalytische Forschungen über die Entwicklung blinder Kinder bisher ergeben haben.

Ich möchte nochmals betonen, dass ich selbst diese Informationen zu Beginn meiner Forschungsphase nicht hatte.

I.2.2 Die Studie

Grund für die Studie

Die Begegnung mit einem blinden Kleinkind in der Musiktherapie erweckte mein Interesse daran, welche interaktiven musikalischen Prozesse zu einer Entwicklung des Kindes beigetragen haben könnten. Dass die Musiktherapie hilfreich gewesen war, schien deutlich. Es blieben aber viele Fragen offen, vor allem die nach der musikalischen Interaktion zwischen dem Kind und der Therapeutin. Die dahinterstehende Frage hieß: In wiefern konstituiert der Umstand, dass das Kind blind ist, die therapeutische Beziehung? Und wie antwortet eine psychoanalytisch orientierte Musiktherapie darauf?

Fragestellung der Untersuchung

Kann Musiktherapie die Ich-Entwicklung blinder Kinder fördern?

Was ist die Rolle der Musik und der Musiktherapie in der Entwicklung?

Wie stellt sich Symbolisierung unter der Bedingung von Blindheit dar?

Ziel

Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, ob Musiktherapie die Entwicklung¹ blinder Kinder fördern kann, und wenn ja, wie. Dazu wurden in einer Studie empirische Daten erhoben. Es wurde davon ausgegangen, dass sich die Behinderung des Kindes auf Interaktionsprozesse zwischen Mutter und Kind ebenso wie zwischen Kind und Umwelt quantitativ und/oder qualitativ auswirkt und dass sich dies in Verhaltensweisen der Kinder niederschlägt. Dazu musste definiert werden, was unter „spezifisch blindheitsbedingten Verhaltensweisen“ verstanden werden kann/soll, was sich (davon) in der Musiktherapie ereignete, welche Auswirkungen dies auf die Interaktionen zwischen Kind und Therapeutin hatte, welche Interventionen stattfanden und worauf und wie Musiktherapie gewirkt haben kann.

Fragen zum Kind

Welche Handhabung materialer Gegenstände vollzieht das Kind, zeigt sich ein Symbolgebrauch? Kann es so tun „als ob“?

Welcher Art sind die Orientierungsbemühungen des Kindes? Welche Formen von Kontakt gibt es? Wie reagiert das Kind auf Musik? Wie gestaltet es musikalische Prozesse? Welche Veränderungen des interpersonalen und/oder musikalischen Bezogenseins sind feststellbar?

Fragen zum therapeutischen Geschehen

Welche Interaktionsformen ereignen sich? Welche Szenen stellen sich ein? Was ist daran blindenspezifisch?² Kommt es zur Symbolisierung und unter welchen Umständen?

¹ Entwicklung meint hier zunächst eher allgemein die Beziehungsfähigkeit in Form einer geteilten gemeinsamen Aufmerksamkeit und des Gebrauchs von Symbolen.

² Es erhob sich die Frage, ob es Verhaltensweisen gab, die sowohl die mehrfachbehindert-blinden wie die ausschließlich blinden Kinder zeigten.

Fragen bezüglich der Beziehung zu der Musiktherapeutin

Was bemerkt das Kind von der Therapeutin? Kann das Kind empfinden, dass die Therapeutin auf es bezogen ist? Ausgehend vom Wissen, dass blinde Kinder im Vorschulalter noch keine „Theory of Mind“¹ entwickeln können, fragte es sich, in wieweit sie spüren würden, dass die Therapeutin ein besonderes Beziehungsangebot machte, welches nicht dem Erwerb praktischer Fähigkeiten des Kindes dienen sollte. Gibt es eine geteilte Aufmerksamkeit? Gibt es ein Bezogensein auf ein Drittes, entwickelt es sich gegebenenfalls?

I.2.3 Art der Herangehensweise

Eine qualitative musiktherapeutische Studie

Es wurden qualitative, nicht quantitative Daten erhoben. Grundsätzlich ging ich davon aus, dass Blindheit keine Krankheit ist. Das bedeutete, ein psychotherapeutischer Behandlungsbedarf wurde zunächst nicht vermutet.²

Forschungsmethode

Die von mir durchgeführte Musiktherapie war psychoanalytisch orientiert und zielte zunächst nur darauf ab, in einer nicht-pädagogischen Weise mit den Kindern musikalisch zu interagieren. Psychoanalytisch heißt in diesem Zusammenhang, dass die therapeutischen Interventionen nicht dirigistisch waren, deutenden Charakter haben konnten und nicht auf eine bewusst herbei geführte Veränderung von Verhaltensweisen abzielten.

Nach Glaser/Strauss (2005) lässt das Verfahren der „grounded theory“ (deutsch: gegenstandsbezogene Theorie) Schritte der Konzept- und Theoriebildung (schon

¹ Theory of Mind: Aus typischen interaktiven Episoden der Mutter leitet das sehende Kind zwischen dem 18. bis 24. Lebensmonat Attribute wie Absichten, Wünsche und emotionale Einstellungen ab, welche in den Repräsentationen signifikanter Anderer enthalten sind. „Die ‚Theorie des Mentalen‘ entwickelt sich, um die Aktionen des Anderen effizient genug vorhersagen zu können, um angemessene Reaktionen zur Sicherung des Überlebens zu generieren. Antizipiert wird die Aktion, die angesichts bestimmter Überzeugungen, Intentionen und Wünsche, auf die beim Anderen geschlossen und die ihm zugeschrieben werden, am rationalsten erscheint (...). Die Voraussetzung hier ist allerdings, daß die Intentionen eines rationalen Akteurs konsistent sind“ (Gergely 2002, S. 831). Die Unmöglichkeit, das Verhalten eines anderen zu antizipieren, stellt für den kindlichen Organismus eine Gefahr dar und löst Angst aus.

² Für die mehrfachbehindert-blinden Kinder wurden Therapieziele seitens des vermittelnden Frühförderlehrers bzw. der Eltern formuliert.

bzw. ausdrücklich) während der Datenerhebung besonders in solchen Fällen zu, in denen der Gegenstandsbereich neu und unerforscht ist. Nach Durchsicht der psychoanalytischen Literatur und der musiktherapeutischen Arbeiten zu Blindheit kam ich zu dem Schluss, dass der von mir beforschte Gegenstandsbereich – Ich-Entwicklung von geburtsblinden Vorschulkindern und die Rolle der Musik vor dem Hintergrund psychoanalytisch orientierter Musiktherapie – neu und unerforscht sei. Gedanken zur Auswertung meiner Daten führten zu impliziten Konzepten, die immer wieder in die Datensammlung einfließen. Da es vor Beginn der Studie keine Hypothesen gab außer der, dass sich in Musik das (vermutete) spezifische Verhältnis zwischen einem blinden und einem sehenden Menschen in Szene setzen könnte, wurde das Material akribisch festgehalten, um die sich bildende Konzeptentwicklung durchsichtig zu machen, wie es Mayring und Flick für (mögliche/unterschiedliche) Auswertungsverfahren der gegenstandsbezogenen Theorie beschreiben (Mayring 1993, Flick 2007). Ein theoretischer Bezugsrahmen entwickelte sich im Laufe der Zeit und wurde ständig modifiziert. So ist zum Beispiel gleich von Anfang an das Merkmal der „Kettenbildungen“ als auffällig notiert worden, existierte aber unverstanden zunächst als isoliertes Phänomen. „Zentrales Instrument beim Erarbeiten gegenstandsbezogener Theorieelemente“ waren „Merkzettel“ (Mayring, S. 78) bzw. mitgeführte Notizbücher. Diese trugen zur Bildung von Auswertungskriterien maßgeblich bei. Es wurden Kontextbedingungen der Beobachtungen (schriftlich, graphisch) festgehalten. Im Laufe der Zeit wurden Notizen gezielter zu bestimmten Aspekten gesammelt und es bildeten sich Verallgemeinerungen und Verknüpfungen der Konzepte, die weiter ausgearbeitet wurden. Es entstand eine ständige Kreisbewegung, die zu einer endgültigen Fassung einer gegenstandsbezogenen Theorie¹ führen sollte (Mayring, S. 78).²

Es wurden Phänomene beschrieben, sodann therapeutische Interventionen/ musikalische Aktionen und ihre Folgen, und zum Schluss Hypothesen über Strukturen der von blinden Kindern gezeigten Interaktionsformen und kontextabhängige subjektive Bedeutungsgehalte gebildet. Im Gegensatz zu der Meinung, es sei bei der Datenerhebung (in einer qualitativen Forschung) auf

¹ Die Theoriebildung ist nicht abschließend bearbeitet.

² Ich möchte betonen, dass mir daran gelegen war, die „subjektiven Bedeutungsstrukturen“ der blinden Kinder in ihren Kontexten auszumachen und nicht etwa eine Pathologisierung festzuschreiben.

begleitende Literaturrecherche zu verzichten (siehe auch Glaser/Strauss 2005), ist das Studium verschiedener Texte gegen Ende der Datenerhebungsphase (wie bereits erwähnt) Teil des Reflexionsprozesses gewesen. Flick (2007) verweist darauf, dass auch während einer Phase der Datenerhebungen auf begleitende Literaturrecherche nicht verzichtet werden könne. Im Anhang ist eine Übersicht der für diese Studie relevanten Arbeiten aufgeführt.

Forschungsdesign

Es erhielten sechs blinde Kinder in einem jeweils 14-tägigen Rhythmus Musiktherapie in Einzelstunden von je 40 Minuten Dauer. Die Kinder waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung zwischen 3 und 7 Jahre¹ alt. Die Kinder galten als geburtsblind, d.h. drei von ihnen verfügten über eine Lichtscheinwahrnehmung, nicht aber über eine Formerkennung. Es waren drei mehrfachbehindert-blinde und drei ausschließlich blinde Kinder an der Studie beteiligt. Fünf der Kinder wurden zuhause aufgesucht, eines kam in den Therapieraum der Musiktherapeutin. Alle Kinder hatten Geschwister und lebten in ihrer Familie. Die Datenerhebung erstreckte sich über einen Zeitraum von 20² bzw. 24 Monaten, als Fallmaterial liegen 201 schriftliche Stundenprotokolle, 5 Tonbandaufnahmen und 10 Filmmitschnitte vor. Die Musiktherapeutin brachte in die Therapiestunden immer dieselben Instrumente mit.

¹ Zwei der Kinder waren zu Beginn der Datenerhebung erst 2 Jahre und 10 Monate alt.

² In zwei Fällen musste die Musiktherapie wegen Termenschwierigkeiten später beginnen.

I.3 Zur Hinführung: Hintergrundwissen für Lesende

I.3.1 Forschungsgeschichtlicher Überblick

Um die Daten, welche in der Musiktherapie von mir erhoben wurden, auswerten und reflektieren zu können, war die Frage nach vorhandenen Forschungen zu beantworten. Die Frage nach der Bildbarkeit geburtsblinder Menschen und ihrer Integration in Gesellschaften steht im deutschsprachigen Raum seit 200 Jahren im Fokus des Interesses und wird nach wie vor kontrovers diskutiert.¹

Um zu wissen, was bisher über blinde Menschen gedacht wurde und in welcher Weise das Verhältnis zwischen blinden und sehenden Menschen bzw. zwischen blinden Menschen und ihrer Umwelt gedacht wird, war es nötig, die vorhandene Literatur zu musiktherapeutischen, psychologischen und soziologischen Fragestellungen (des deutschen, britischen sowie anglo-amerikanischen Sprachraums) zu erkunden. Ein Überblick einiger wichtiger Arbeiten ist hier in Kürze dargestellt und kann dem Interessierten als Hintergrundwissen dienen.

Blindheit, Musiktherapie und Forschung

Psychoanalytische Forschungen zur Musiktherapie mit geburtsblinden Kindern im Kindergartenalter gibt es nicht.

Die Musiktherapie, wie sie in Nordamerika und Großbritannien verstanden wird, setzt sich zum Ziel, klar definierte Verhaltensauffälligkeiten der blinden Kinder zu verändern (z.B. Lathom/Eagle, Kern). Damit entspricht sie den therapeutischen Strömungen der letzten Jahrzehnte: verhaltenstherapeutische Konzepte überwiegen. So stellt Coddington (1984, 2000) eine Liste von Musiktherapieforschungen zwischen den 1940er Jahren und dem Jahr 2000 in Großbritannien und den USA zusammen und führt auf, in welcher Weise Musik zur Förderung, Strukturierung und Stimulierung von Lern-, motorischen, sozialen und verbalen Fähigkeiten blinder Kinder eingesetzt wurde.

Zur Musiktherapie in Deutschland liegen sehr detaillierte und feinfühligere Berichte vor (Orff 1974 und 1982, Aepkers und Stark 2005, Aepkers 2008), die sich allerdings im Falle von Orff auf Beschreibungen beschränken und sich im Falle von Aepkers/Stark und Aepkers auf ältere Kinder beziehen.

¹ So z.B. in der Zeitschrift für Bindenpädagogik und -pädagoginnen „blind-sehbehindert“.

Psychoanalyse und Blindheit

Von den Anfängen bis in die 1970er Jahre

Führende Persönlichkeiten der Forschung im Bereich blinde Kinder waren bis in die 1970er Jahren hinein Burlingham und Fraiberg, auf deren Beobachtungen heute immer noch Bezug genommen wird.¹

Burlingham, die eng mit Anna Freud zusammenarbeitete, legte das Schwergewicht ihrer Beobachtungsbemühungen auf die Frage nach Fördermöglichkeiten durch die Pflegepersonen in der Umwelt. Vor dem Hintergrund der Frage, ob überhaupt und wenn ja, wie das blinde Kind zu fördern sei, stellt sie im Hinblick auf die Ich-Entwicklung Forderungen auf, wie die Auge-Hand-Koordination durch eine Ohr-Hand-Koordination zu ersetzen und im Leben des Vorschulkindes auf Vokabeln zu verzichten, die Visus-orientiert sind.² Der diesen Überlegungen zugrunde liegende Ich-Begriff weist die verschiedenen – etwa von A. Freud erarbeiteten und zusammengestellten – Abwehrmechanismen als Anzeiger für die erreichte Reifestufe eines Kindes aus. (Wie Zepf darlegt, führt aber die Nennung von strukturellen Fertigkeiten³ in eine Sackgasse, da mit der Formulierung „gesunder“ Strukturen eine Idealperson beschrieben werden müsse, die nicht denkbar sei, da es vor dem Hintergrund der heute mitgedachten gesellschaftlichen Einflüsse so eine Person nicht geben kann.) Hatte Burlingham sich ausdrücklich auf psychoanalytische Beobachtungen beschränkt, war Fraiberg⁴ forschend tätig. Ihre Hinweise geben zu frühen theoretischen Überlegungen Anlass, die zwar immer noch der Pädagogik verpflichtet sind, aber schon psychoanalytische Denkweisen offenbaren. Ihre auch heute noch gültigen Erkenntnisse für ein psychoanalytisches Verständnis blinder Kinder⁵ fußen

¹ In späteren Jahren war es kaum mehr möglich, größere Gruppen von gleichaltrigen blinden Kindern zu untersuchen, da mehr und mehr zu einer individuellen Förderung daheim übergegangen wurde und die Internatsunterbringung immer häufiger vermieden wurde.

² Unsere Sprache ist reich an Verben, die sich auf schauen, blicken, Perspektive entwickeln beziehen.

³ Aufgrund der von Säuglingsbeobachtern gemachten Entdeckungen meine ich, dass die blinden Kinder weniger funktionelle als vielmehr strukturelle Defizite der Ich-Entwicklung aufweisen: es gehen nicht Fertigkeiten verloren oder werden verdrängt, sondern es bilden sich verschiedene Mechanismen nicht.

⁴ Fraiberg arbeitete mit verschiedenen Forschern zusammen. Es gehörten dazu Adelson, Als, Cohen, Freedman, Freeman, Gibson, Siegel.

⁵ Wygotski meint, ein behindertes Kind sei immer ein besonderes und beeinflusse die Familie nachhaltig; Meščerjakov (2001, russ. und engl. Original 1974) legt Konzepte vor zum Verständnis einer Bildung taubblinder Kinder, die darauf fußen, behinderte Kinder über behutsame Anleitungen in ein gesellschaftliches System zu integrieren, was den Herausgeber der deutschen Ausgabe (Jantzen 2001, S. 10) dazu veranlasst, auf

allerdings auf Erkenntnissen Piagets und haben u.a. den Nachteil, dass mit „Objekten“ Gegenstände gemeint sind und nicht etwa Personen. So können Fraibergs Forschungen zur Objektkonstanz und Selbst- und Objektrepräsentanzen Auskunft über die damaligen Theorien zur psychischen Entwicklung blinder Kinder geben, die hier um Erkenntnisse der Objektbeziehungstheoretiker zu erweitern sind: Sie lehrten uns mittlerweile, dass die zwischenmenschlichen Beziehungen maßgeblich auch für die Beziehung zur dinglichen Umwelt sind und vor allem ihr in wesentlichen Belangen vorangehen.¹

Warren (1994)² kritisiert denn auch Burlinghams Beobachtungen, weil die Schlussfolgerungen sich auf zu wenige Kinder bezögen, um als repräsentativ gelten zu können. Fraibergs Ergebnisse sind, so Warren, nicht immer schlüssig. In seiner Rezeption der Forschungsergebnisse des 20. Jahrhunderts (geschrieben 1994) zieht allerdings auch Warren Rückschlüsse, die kritisch hinterfragt werden können.³

Blindheit stellte für die Menschheit immer eine besondere Herausforderung dar. Auf den Umgang mit blinden Menschen früherer Epochen soll hier nicht eingegangen werden. Blank (1957) hat wesentliche Eckpunkte eines Bezogenseins skizziert. Daher soll hier exemplarisch für ähnlich lautende Äußerungen ein längeres Zitat zur Einführung dienen.

“The factors of psychoanalytic interest underlying the maladaptations and personality disturbances of the visually handicapped are: (1) The unconscious significance of the eye as a sexual organ, including the equation of eye with mouth and with genital. (2) The unconscious

Lorenzer bzw. Niedeckens Rezeption des Lorenzerschen Verständnisses von Interaktionsformen in gesellschaftlichen Kontexten hinzuweisen, die der Psychologie der Behinderten eine eigenständige Dimension zugestehe; Weinländer (1975) meint, es könne keine eigenständige Blindenpsychologie geben.

¹ Siehe hierzu M. Balint und seine Überlegungen zu einbrechenden Objekten, womit wiederum gegenständliche gemeint sind.

² Eine umfangreiche Zusammenstellung von Forschungsarbeiten und -ergebnissen hat Warren (1994) vorgenommen.

³ Da diese Arbeit sich nicht als literaturkritische versteht, gehe ich auf die Ausführungen Warrens nicht weiter ein. Immerhin ist es lohnend, sich darüber zu informieren, wie viele Forschungen zur Entwicklung blinder Kinder existieren und auf welcher geringen Kinderzahlen die gemachten Aussagen teilweise basieren. Insbesondere Warrens Einschätzung zu Ergebnissen einer Studie Imamuras (1962/65) teile ich nicht. Die Frage, wann ein Kind die Unterstützung der Mutter *wirklich* braucht, kann m.E. nicht pauschalisierend beantwortet werden.

significance of the eye as a hostile, destructive organ, including the equation of eye with piercing phallus and with devouring mouth. (3) The unconscious significance of blindness as castration, as punishment for sin. Moreover, the blind present the generic problems of any minority group subjected to the prejudices and the acting out of the majority, for example, the unconscious identification of the persecuted with the attitudes of the persecutors. (...) The blind are both saints and sinners, pariahs and prophets. These attitudes are universal because of the importance of vision in early psychosexual and ego development, and the existence in practically everyone of unresolved conflict over scopophilia and exhibitionism. These attitudes are shared by the blind, the relatives of the blind, and professional workers, including psychoanalysts, when they begin working with the blind. Blindness is an unusually powerful instigator of transference and countertransference” (Blank 1957, S. 1 f).¹

Blindheit und kindliche Psyche – Was bisher über die psychische Entwicklung blinder Kinder gedacht wurde

Beschrieben werden Häufungen von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen geburtsblinder Kinder (z.B. Fraiberg 1973, 1974, 1976, 1977, Warren 1984, 1994, Hecker 2004, Brambring 2008a):

Verzögerung der Ich-Entwicklung, Schwierigkeiten bei der Differenzierung von innerer und äußerer Realität, Selbstzentriertheit und Passivität infolge des Fehlens visueller Reize. Hinzu kommen Verdrängungen aggressiver Impulse (Gruber und Hammer 2002, Herrmann 2006, S. 45). Andere Autoren bestreiten einen Zusammenhang zwischen Blindheit und psychischen Störungen: Sie sehen die zwischenmenschlichen Beziehungen als wichtiger an als die Beeinträchtigung durch die Sinnesschädigung (G. S. Klein 1962, Wygotski 1975, Weinländer 1975, Warren 1994). Immer wieder beschrieben wird der Zusammenhang zwischen der Rolle des Sehens und der Fähigkeit, Realität und Imagination zu unterscheiden. Nach Bion (1962, 1963) kann ein Ich, welches ein Objekt internalisiert hat und das über die Fähigkeit zu denken verfügt, über diese Fähigkeit psychische Qualitäten bei sich selbst und anderen erkennen. Ein solches Ich kann zwischen bewusst und unbewusst unterscheiden und potentiell auch zwischen Sehen, Sich-

¹ Siehe hierzu auch Küchenhoff (2007).

Vorstellen, Phantasieren, Träumen, Wachsein und Schlafen. „Omwake und Solnit (1961) glauben in diesem Zusammenhang, dass Blindheit die Konstruktion eines verdrängenden, sensorischen Filters behindere und somit eine Überflutung des Ichs durch unerträgliche Affekte begünstige“ (Herrmann 2006, S. 45). Auf die unterschiedlichen Sinneskulturen gehen ältere Autoren mit Ausnahme von Burlingham (1965) und Meščerjakov (2001/1974) nicht ein. Burlingham erwähnt, dass es ein Irrtum sein könne, die Entwicklung blinder Kinder auf der Basis von Vergleichen mit sehenden Kindern beurteilen zu wollen. Was als Rückstand erscheine, könne Gegenstand größerer und grundsätzlicher Unterschiedlichkeit sein. Sie formuliert, es könne dem Kind hilfreich sein und Schmerz ersparen, wenn die Fürsorgepersonen Vokabeln und Begriffe, die das kindliche Fassungsvermögen überstiegen, bis in sein Schulalter vermieden. In neuerer Zeit ist es u.a. Brambring (2008a und 2008b), der bei Tests zur vergleichenden Untersuchung von Entwicklungen bei sehenden und geburtsblinden Kindern die besondere Sinneskultur blinder Kinder berücksichtigt wissen will: Er rückt den Umstand in den Fokus, dass Gewohnheiten des Alltagslebens sehenden Kindern noch vor dem Spracherwerb längst bewusst seien, und blinde Kinder bei Testverfahren benachteiligt würden, weil ihnen diese „impliziten“ Informationen fehlten. Er plädiert für faire Testbedingungen. Fraiberg (1977) weist darauf hin, dass einzig das Sehen einen simultanen Gesamteindruck fremder und eigener Körperlichkeit erlaube und einzig das Sehen per se die Außenwelt als außen verorte, worauf auch Straus (1956) hinweist.

Nach Herrmann war es Fogel¹ (1997), der darüber arbeitete, dass verschiedene sensorische Systeme die Art bestimmen, wie sich zwischenmenschliche Beziehung ausprägt. Darüber hinaus wird in der Psychoanalyse beschrieben (z.B. Bowlby 1969, Winnicott 1973, Green 2004), dass das Gesicht der Mutter der erste emotionale Spiegel sei. (Die genannten Autoren sprechen von sehenden Kindern und ihren Müttern, die nicht zur Spiegelung fähig sind.) Bleibt dieser Spiegel leer, werden also die Affekte des Kindes nicht hinreichend im Gesicht der Mutter gespiegelt, bleibt das Kind von seinen eigenen Emotionen und ihrer Differenzierung getrennt. Es bleibt für das (sehende) Kind einzig das Gesicht der

¹ Alan Fogel war bis zum 8. Lebensjahr nahezu blind und beschreibt sein Erleben von Überwältigtsein, als er durch Engagement und Fähigkeit eines Augenarztes erstmals Busse auf der Straße und Häuser und Gehwege auf der gegenüberliegenden Straßenseite sehen konnte.

Mutter erkennbar (und nicht die *gespiegelten* eigenen Gefühle). Winnicott (1973) meint, dass die Kinder, die sich nicht gespiegelt finden, nun gezwungen seien, sich mit Stimmungen und Affekten der Mutter zu beschäftigen. Herrmann (2006, 2008) verweist auf die Ansicht Lacans (1996/1949), der herausgearbeitet hat, dass der Beginn der Ich-Formierung im Prozess der Identifikation mit dem Spiegelbild (hier ist ein gläserner Spiegel gemeint) liege, indem das (sehende) Kind zuvor fragmentierte Körperempfindungen zeitweise zusammenfügt. Die Zeugenschaft des Anderen ist demnach Ursprung der Identitätsentwicklung und vollzieht sich auf der Projektionsfläche, bei Lacan dem gläsernen Spiegel, zwischen dem Blickendem und dem Angeblickten (siehe hierzu auch Ferro 2005). Auch die Entwicklung eines positiven Körper-Ich ist demnach ohne optische Rückspiegelung erschwert (siehe auch Rossegger-Ryba 1988). Die Symbolbildung in der Triade (um dies schon vorweg zu nehmen) beruht ebenfalls darauf, dass eine erwachsene Person das Tun des Kindes kommentiert.

Der sehende Mensch besitzt Macht über den Blinden, indem er z.B. Bilder sehen und konstruieren kann und entsprechende Vorstellungen in eine zwischenmenschliche Beziehung einbringt. Für den Blinden ist dies schwieriger, statt dessen erlebt dieser beständig, dass Sehende ihm ein „objektives“ Bild der Wirklichkeit vermitteln wollen. Daher entsteht das Selbst-Bild des blinden Kindes zum großen Teil aus dem, was die Sehenden sich von ihm machen und vermitteln. Es ist immer verbunden mit etwas negativem: dem Fehlen von Sehen. Dies führt auch zu einer Kränkung des Sehenden: Indem sein Blick nicht erwidert wird, wird der schauende Mensch auf sich selbst zurück geworfen, „das Imaginäre, das mit der Metapher des Visuellen verbunden ist, wird irritiert“ (Spittler-Massolle 2001, S. 91). Diese Kränkung besonders der Mutter, die im Auge und Gesicht des Kindes keine Antwort findet, ist von großer Bedeutung für die Entwicklung des Kindes: Gelingt es der Mutter nicht, sich aus der Enttäuschung zu lösen und andere sensorische Kanäle verstärkt zu nutzen, so „nimmt das blinde Kind vorrangig dieses Verstummen und Erstarren wahr, wenn es sich im ‚Anderen‘ zu erkennen sucht. Sein Prozess der Selbsterkennung wird dann vor allem durch dieses ‚Bild der Blindheit‘ geprägt, das Verstummen und Erstarren auslöst – ein gefährliches, ein defizitäres Bild“ (Herrmann 2006, S. 47).

Die Leserin, der Leser gestatte mir, die Gedanken zu einem „defizitären Bild“ an dieser Stelle zunächst so stehen zu lassen. Ich werde darauf im Anschluss an den Praxisteil erneut zurückkommen und unter Berücksichtigung der Einsichten aus den Praxisbeispielen weiter führen.

Der eingeschränkten Möglichkeit zur Selbsterkennung des blinden Kindes kann z.B. eine erweiterte sensorische Kultur in der Psychotherapie Rechnung tragen. Herrmann beschreibt, wie ein Kind in der Kunstpsychotherapie sein eigenes taktiler Erfahrungsfeld eroberte und wie es fragmentierte Selbstanteile in eine imaginäre Einheit bringen konnte und die inneren Bilder schließlich von den von außen herangetragenen zu unterscheiden lernte. Eine reflektierende Auseinandersetzung zwischen dem sehenden Blick des Therapeuten und dem „taktilen Blick“ (Herrmann) des Kindes konnte durch verbales Spiegeln zu einem „reflektierenden Blick“ werden. Das Spiel des Kindes im Sand und mit Ton hatte für das Kind „die Rolle eines ‚Sensorischen Filters‘ übernommen, der Schutz bot vor Überflutung des Ichs durch als unkontrollierbar erlebte Affekte“ (ebd., S. 52). Die sichere Etablierung dieses Filters sieht Herrmann als Vorbedingung für eine bewusste Arbeit auf der verbalen Ebene an. Eine gemeinsame Sinnes-Kultur konnte gefunden werden: „Und in diesem gemeinsamen Blicken auf einen Punkt – das Bild – entstand der Reflektierende Blick, der integrierende und heilende Blick des Ichs – ein Blick, der die Reflexion des Selbst im Tasten und Sehen, Sprechen und Denken ermöglichte“ (ebd., S. 53).

Zur Soziologie von Blindheit: Bedeutung von Kontexten – Wie das Kind die Musiktherapeutin erlebt

Zur Frage, wie sich ein blindes Kind innerhalb seiner familiären Umwelt und Lebensbedingungen erlebt und ob es die Musiktherapie bzw. die Musiktherapeutin als etwas davon Verschiedenes wahrnehmen könnte, wurde zwischenzeitlich zum brennenden Problem.

Die Frage, was einem blinden Kind etwas bedeutet oder wie es Bedeutungen zuordnet, richtet den Fokus auf die Wichtigkeit der Rahmenbedingungen von Orten und Situationen, welche Länger (2002) als Bedeutungskonstituierend beschreibt. Bedeutungszuweisungen durch Sehende in einer visuell geprägten Welt sind für geburtsblinde Menschen nicht nur nicht nachvollziehbar, sondern werden ihnen teilweise auch entzogen, um in für alle erträglicher Weise Tabus zu

umgehen. Das Schauen ermöglicht die Sicherung des eigenen Standorts und dient der Identifizierung des eigenen Standpunkts. Darüber hinaus wird durch die Perspektive des Gegenübers die Erfahrung von Differenz gemacht, sodass im Blick Selbstbehauptung und Selbstrelativierung oszillieren (Küchenhoff 2007). Nach Küchenhoff bedeutet die Differenzerfahrung eine Grundlage von Identitätsvorstellungen und gibt Anregungen für ein psychoanalytisches Identitätskonzept. Dabei stellen Bilder und sprachliche Formate kollektive Identifizierungsmuster bereit, die angeben, was es zu erkennen gibt (Länger). Von diesen sind blinde Menschen ausgeschlossen. So kommt Länger zu der Schlussfolgerung, Blindheit sei ein Produkt sozialer Konstruktion.

Wie sich „Blindheit“ innerhalb der sozialen Konstrukte verschiedener Familien darstellte, wollte ich erkunden und das war einer der Gründe, warum ich zu den Kindern nach Hause fuhr.¹

Die Kinder zuhause aufzusuchen sollte außerdem dem Kind Erleichterung in Orientierung und zwischenmenschlicher Begegnung bringen: die Umgebung war ihm bekannt. Wie davon ein Erleben im „therapeutischen Modus“ abzugrenzen sei, stellte sich schnell heraus: ein von mir mitgebrachter Teppich als örtliche Begrenzung gedacht, erwies sich als ungeeignet: seine Kanten erkundete kein Kind und darüber hinaus erwies sich eine weiche Unterlage als unpraktisch, weil sich nur auf hartem Boden ein größtmögliches Maß an Geräuschen produzieren lässt bzw. entsteht. „Therapeutischer Ort“ wurde das Keyboard.

¹ Dies ist einer der Gründe, warum ich eingangs von einer „Reise“ sprach.

I.3.2 Idealtypische Verläufe kindlicher Entwicklung nach D. N. Stern und Erfahrungen blinder Kinder nach H. Gruber und A. Hammer

Um das Verhalten der blinden Kinder nicht nur beschreiben, sondern auch werten zu können, greife ich auf Forschungen zu idealtypischen Entwicklungsverläufen und Zusammenstellungen von blindheitsbedingten Abweichungen zurück. Für Lesende, die mit der besonderen Situation blinder Kinder nicht vertraut sind, folgt hier eine ausführliche Darstellung, dessen, was ich als gegeben zugrunde lege.

Stern (2002, 2005) unterscheidet zwischen:

- A: einem präsymbolischen oder präverbalen Entwicklungsabschnitt, in dem die innere Repräsentation ganzheitlich auf der Basis der unmittelbaren Erfahrungen erfolgt, und
- B: der Bildung des verbalen Selbst. Beziehungs- und objektbezogene Erfahrungen können mit Hilfe von abstrakten Zeichen und Symbolen begrifflich und sprachlich repräsentiert werden.¹

Die Darstellungen Sterns zu idealtypischen Verläufen (zwischen Mutter und Kind) und den Entwicklungen von Fähigkeiten des Säuglings und Kindes dienen Gruber und Hammer (2002) als Grundlage für die Auflistung abweichender Erfahrungen blinder Kinder.

Der präverbale Entwicklungsabschnitt

Das auftauchende Selbst oder die Welt der Gefühle (0. bis 2./3. Monat)

Zentrales Entwicklungsthema ist die Schaffung einer grundsätzlichen Ordnung innerhalb der Wahrnehmungen und Empfindungen des Säuglings. Umwelt wird bereits differenziert wahrgenommen.

¹ Die Forschungsergebnisse Sterns und besonders seine Formen der Erkenntnisgewinnung (intuitives Ahnen z.B.) werden von Niedecken, Green (in Dornes 2002), Hobson und Zepf teils scharf kritisiert. Wegen der guten Darstellbarkeit unterschiedlicher Prozesse will ich dennoch auf die Ergebnisse dieser Forschungen nicht verzichten.

Wichtige Beziehungserfahrungen sind:

- bedingungslose Akzeptanz seiner Lebensbedürfnisse und entsprechende Beantwortung
- Ermöglichung von Regelmäßigkeitserfahrungen und damit Aufbau einer ersten Struktur
- Empathie

Beziehungserfahrungen blinder Kinder:

- *Sie sind geprägt von Trennungserfahrungen, da viele Kinder als Frühgeburten zur Welt kommen.*
- *Ein normal geborenes blindes Kind ist zu kreuzmodalen Vorstellungen in der Lage und erlebt viele Eindrücke der Welt mittels der Vitalitätsaffekte. Es fehlen allerdings Forschungen, die belegen, dass das Fehlen des visuellen Sinnes keinen Einfluss auf die amodale Wahrnehmung hat.*
- *Es können bei ungünstigen Beziehungserfahrungen massive Ängste auftreten und möglicherweise Grundlagen für eine brüchige oder nicht vorhandene Differenzierung von Subjekt und Außenwelt gelegt werden. Suchtgefährdung und übertriebene Symbiosewünsche können die Folge sein.*

Das Kernselbst oder die Welt der direkten Kontakte (2./3. bis 7./9. Monat)

Das Kind erlebt sich als Handelndes, das etwas bewirken kann.

Wiederkehrende Erfahrungen werden im Episodengedächtnis gespeichert, über einander kopiert und es wird der Prototyp dieser Episode ermittelt. Resultat: Inseln der Konsistenz bilden sich und ein einheitliches Kernselbst entsteht. In diesem Stadium ist angemessene Affektregulierung von großer Bedeutung.

Nach Stern setzt sich das Kernselbst aus vier Grundelementen zusammen:

- Gefühl der Urheberschaft: Es wird dem Baby durch Planung, Eigenwahrnehmung und Voraussagbarkeit der Konsequenz einer Handlung vermittelt. Im Zusammenhang mit Interaktion eignet sich der Säugling das Differenzieren von selbstinitiierten und fremdinitiierten Handlungen an.
- Gefühl der Selbstkohärenz: Der Säugling erkennt Zusammenhänge zwischen einer Person und ihren Aktivitäten. Er besitzt die Fähigkeit, die Kohärenz

zeitlicher Strukturen zu erkennen. Ebenso kann er Gesichter unabhängig vom Gesichtsausdruck identifizieren.

- **Selbstaffektivität:** Das Baby verbindet mit bestimmten Ereignissen gewisse Affekte, wobei bestimmte Handlungen beim Kind Erwartungen auslösen.
- **Selbstgeschichtlichkeit:** Babys besitzen bezüglich des Gefühls der Urheberschaft, der Selbstkohärenz und der Selbstaffektivität ein Erinnerungsvermögen. Bestimmte Situationen werden wieder erkannt und bewirken bestimmte Reaktionen beim Säugling.

Das Kind kann sich vom 3. Lebensmonat an einen Begleiter ins Gedächtnis rufen, dem es in einer früheren Interaktion begegnete, und ist daher kaum allein.

Wichtige Beziehungserfahrungen sind in dieser Zeit:

- das Ermöglichen von Kontingenz
- die Schaffung angemessener Affektregulierung (keine Über- und Unterstimulierung)
- die Respektierung von frühkindlichem Abgrenzungsbestreben und die Ermunterung derselben

Mögliche Beziehungserfahrungen sehgeschädigter Kinder:

- *Im optimalen Fall kann das Kind eine innerpsychische Repräsentation von Bezugspersonen bilden, da Erinnerungshinweise nicht an einen bestimmten Sinneskanal gebunden sind.*
- *Frühe Dialoge zwischen Mutter und sehendem Kind gehen über den Augenkontakt. Die Mutter verfügt über keine Erfahrungen, wie sie beim Fehlen des Sehsinnes dem Kind ihre Stimmungen mitteilen soll.*
- *Es entstehen leicht Probleme bei der Affektregulierung: Die Bezugsperson kann sich entweder steuernd verhalten und vermittelt dem Kind das Gefühl, es könne keinen Einfluss auf den Verlauf der Interaktion nehmen (im Sinne einer Überstimulierung), oder sie kann das Kind aufgrund eigener Problematik (Depression, Angst vor Berührung, etc.) nicht genügend stimulieren. Das Kind lernt dann nicht, wie man eine soziale Interaktion gestaltet und eine tragfähige Beziehung aufbaut.*
- *Eine Bezugsperson kann sich nur schwer ins Kind einfühlen. Z.B. dreht das Kind den Kopf zur Seite, wenn die Mutter kommt, hält aber ein Ohr hin, um besser*

zu hören. Das erlebt die Mutter ggf. als Ablehnung. Wenig variable Mimik, wenig spontane Vokalisation. Die blinden Kinder verstummen, wenn sie angesprochen werden, was zu Missverständnissen führt, und es bauen sich Gefühle der Ablehnung in der Interaktion auf. Interaktionen misslingen. Signale und Bedürfnisse des Kindes werden nicht adäquat beantwortet. Bezugspersonen müssen ein anderes Signalsystem lernen und zu ihrem Kind aufbauen, was schwierig ist.

➤ *Eltern sind oft depressiv wegen der Behinderung ihres Kindes und tun sich schwer, das Kind so zu akzeptieren. Das Kind kann seine Umwelt nur mangelhaft kontrollieren und ist einer Diskontinuität und Unzuverlässigkeit ausgesetzt. Blinde Kinder erleben oft Trennungen, weil sie nicht wissen, ob die Mutter anwesend oder abwesend ist, solange diese nicht mit ihnen spricht.*

Gelingt die Interaktion nicht oder unzureichend, so wird die Bildung eines kohärenten Selbst gestört. Ein evozierter Gefährte wird nicht gebildet.

Das subjektive und intersubjektive Selbst oder die Welt der Gedanken (7./9. bis 12. Monat)

Das Kind entdeckt, dass Gefühle und Gedanken potentiell mit einer anderen Person teilbar sind (Intersubjektivität). Es findet auch Affektabstimmung statt. Das Selbstempfinden wird stark dadurch beeinflusst, ob eine Bezugsperson mitschwingt, ob sie kindliche Affekte selektiv übergeht oder durch unter- oder übertriebene Antworten manipuliert. Gefühlszustände, auf die sich nie ein Mensch einstellt, sind kaum mitteilbar. Die Inter-Intentionalität entwickelt sich durch das Deuten der Mutter auf Gegenstände oder Personen.

Wesentliche Beziehungserfahrungen sind:

- ein angemessen spiegelndes Verstehen der kindlichen Affekte
- Echtheit und
- Empathie aufseiten der Eltern

Wenn das Abstimmungsverhalten immer wieder misslingt, kann es zu einer Störung der Entwicklung einer „Theory of Mind“ kommen, die Interaktionsfähigkeit wird beeinträchtigt. Die Folge sind Nähe-Distanz-Probleme

und ein gestörtes Bindungsverhalten. Generell ist eine wenig differenzierte Struktur die Folge.

Mögliche Beziehungserfahrungen blinder Kinder:

➤ *Eigenes Verhalten kann Antwort, aber auch Auslöser des Verhaltens des Gegenübers sein. Das Kind lernt, sein Verhalten gezielt in Interaktionen einzusetzen. Es entwickelt sich ein Dialogkonzept, welches für den Spracherwerb wichtig ist. Das Kind hat aber weniger Möglichkeiten, seine Initiativen und Bedürfnisäußerungen mit der Aufmerksamkeitsrichtung der Bezugsperson abzustimmen, sodass Signale des Kindes häufig übersehen werden.*

➤ *Es gibt grundsätzlich Schwierigkeiten beim intentionalen Hinweisen auf ein äußeres Ereignis und beim gemeinsamen Ausrichten. Das Kind hat keine Erfahrung unterschiedlicher räumlicher Beziehungen zu Dingen oder Personen, kann daher auch nur unter extremen Schwierigkeiten seinen Interaktionspartnern unterschiedliche Perspektiven ihres inneren psychischen Erlebens zuschreiben.*

➤ *Intersubjektive Bezogenheit ist kaum möglich. Folge: Das Kind empfindet Einsamkeit und verharrt häufig in Passivität. Es fällt dem blinden Säugling schwer, seine egozentrische Position aufzugeben und sich der Welt zuzuwenden. (Nur über häufige Handlungskommentierung durch die Eltern kann das Kind Bestätigung und soziale Handlungskompetenz erleben.)*

➤ *Oft ein Problem stellt das Affektespiegeln dar. Für blinde Kinder müsste es über Berührungen geschehen, was in Westeuropa aber mit Tabus belegt ist.*

➤ *Ablöseproblem: Das Kind ist länger abhängig und ordnet sich unter. Die Bezugsperson darf ihre Aggression über die längere soziale Abhängigkeit nicht zeigen.*

➤ *Blinde Kinder haben ein geringeres Repertoire an emotionalem Ausdrucksverhalten, sie suchen seltener Kontakt.*

Schwierig für ein blindes Kind ist es, Repräsentationen der „psychischen Landschaften“ anderer Menschen zu entwickeln. Hieraus resultiert eine egozentrische Haltung vieler blinder Jugendlicher und Erwachsener: Sie können sich nicht einfühlen und glauben nicht, von anderen verstanden zu werden. Es kann sich ein „falsches Selbst“ entwickeln. (Das Verhalten erscheint „brüchig“, die blinden Menschen neigen zu Dramatisierungen.)

Meist kommt es zu einer Entwicklungsverzögerung in der Phase der Entstehung des subjektiven Selbst auch bei optimalen Bedingungen.

Der verbale Entwicklungsabschnitt

Das verbale Selbst oder die Welt der Wörter (12. bis 18. Monat)

Durch den Spracherwerb kann das Kind auch über abwesende Dinge kommunizieren. Der gegenseitige Austausch wächst. Ein Problem liegt darin, dass die frühen präverbalen Erfahrungsinhalte nur unzulänglich in Sprache gefasst werden können, ungesagt bleiben und/oder teils verdrängt werden. Es kommt nach Stern zu einer Gefahr der Spaltung im Selbsterleben, wenn Wort und Bedeutung in Diskrepanz zueinander stehen: „Symbolisierungen [können] Realitätsverzerrungen, Gefühlsunsicherheiten und Verwirrungen hervorrufen. Die Bedeutung von Wörtern kann in verschiedenen Situationen und Kontexten sehr unterschiedlich sein und dazu beitragen, der eigenen Wahrnehmung nicht trauen zu können“ (Frohne-Hagemann u. Pleß-Adamczyk 2005, S. 54).

Wichtig für das Kind ist, dass in dieser Phase einerseits Klarheit über Begriffe besteht, die in der Familie verwendet werden, und andererseits dem Kind erlebbar wird, dass es unterschiedliche Begriffssysteme – etwa in anderen Familien – gibt. Kinder brauchen auch Toleranz bei der Bewältigung erster innerer Konflikte und Erfahrungen der Akzeptanz ihrer Autonomiebestrebungen.

Mögliche Beziehungserfahrungen blinder Kinder:

- *Eine verzögerte Sprachanbahnung ist möglich.*
- *Gemeinsame Sprache ist für die Eltern wichtig, für Kinder aber bedeutet sie eine zunehmende Kluft zwischen verbaler Wiedergabe und subjektivem Erleben. Die nonvisuelle Welt ist durch herkömmliche Sprache nicht zu beschreiben.*
- *Angst vor Verletzungen führt zu Erlebniseinschränkungen.*
- *Vorwiegend negative Interaktionserfahrungen führen zur Unklarheit bezüglich der Verbindung zwischen ganzheitlichem Erleben und begrifflicher Repräsentanz: Affekte und Kognitionen stehen unverbunden neben einander.*

Das narrative Selbst oder die Welt der Geschichten (18. Monat bis 4. Jahr)

Die Identität reift heran, es entwickelt sich eine zunehmende Exzentrizität zu sich selbst. Es entsteht die Fähigkeit zu reflexiver Selbsterkenntnis und Rollenhandeln.

„Das Kind beginnt, ‚über sich‘ zu reden, später ‚von sich‘, und dann, ‚mit sich selbst‘, letztendlich ‚mit sich über sich‘, wobei es die ‚dialogische Erfahrung‘ mit seinen relevanten Bezugspersonen auf das Gespräch mit sich überträgt“ (Petzold 1995c, S. 365,¹ in: Frohne-Hagemann u. Pleß-Adamczyk 2005, S. 54). Es entwickeln sich einfache Zeitvorstellungen, „das Kind [erlebt] die sich vollziehenden Lebensereignisse als eingebunden in eine Geschichte, an der es selbst mitwirkt“ (ebd.). Das Kind kann Selbstbilder entwerfen, häufig orientiert an Rollenschemata seines Lebensumfelds. Es beginnt, Informationen zu gewichten, zu selektieren und zu verwerfen, kurz: es entscheidet selbst. „Negative Einflüsse in dieser sensiblen Phase führen leicht zu Identitätsproblemen und Selbstwertproblematiken (...). [Es kann zu folgender Störung kommen:] Das Kind und seine Erfahrungswelt werden von verschiedenen Personen unterschiedlich bewertet, so dass es diese Einschätzungen nicht integrieren kann. So weiß es nicht, wer es ‚wirklich‘ ist und wie es sein Verhältnis zur Welt verstehen soll. Verschiedene Interpretationsfolien verhindern, Zusammenhänge klar und übersichtlich strukturieren und erfassen zu können“ (ebd.).

Besonderheiten der blinden Kinder:

Die Sprache der Kinder ist oft echolalisch. Der Begriff „Ich“ wird synkretistisch verwendet (Fraiberg und Adelson 1973). Die Kinder wiederholen ganze Dialoge (Brambring 2008a).

Die Sprache der blinden Kinder dieser meiner Studie weist einen hohen Anteil an ausgedachten „Wörtern“ auf, die den Sinn eines Satzes abbruchartig zunichte machen können. Kausalketten werden gebildet anhand von Aufzählungen (Treppenstufen, Schlagen der Uhr zur vollen Stunde), nicht logischen Bezügen von Ursache-Wirkung: Diese werden geordnet nach der Intensität des emotionalen Gehaltes. (Weil ich geweint habe, hat die Mutter geschimpft.) Alle Geschichten kreisen um das Kind selbst, Abweichungen (neue Personen, andere Handlungen) sind oft nicht möglich. Das Kind erteilt Aufträge. Es verwechselt Perspektiven: Es möchte zur Mutter, ruft aber, die Stimme der Mutter imitierend wie diese: „Komm zu mir!“² Sprache und Liedtexte dienen vorrangig der Rückversicherung und Bestätigung der eigenen Wertigkeit.

Auswirkungen der Blindheit auf die kindliche Ich-Entwicklung:

¹ Im Literaturverzeichnis von Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk fehlt diese Angabe.

² D.h. das Kind reproduziert die „Komm-zu-mir-Situation“.

Es sind die Fähigkeiten zur/der Selbstkohärenz und Selbstaffektivität, sowie die Fähigkeiten der Intersubjektivität mit Inter-Affektivität und Inter-Intentionalität in ihrer Entwicklung bei blinden Kindern stark gefährdet. Nach Fonagy und Target (2002) ist die Spiegelung des affektiven Verhaltens durch Mimik und Stimme der Mutter zentral für affektregulierende Interaktionen zwischen Kind und Eltern und bahnt die Fähigkeit zu selbstregulierendem Verhalten des Säuglings und Kindes an. Diese affektregulierende Wirkung kann das mütterliche Verhalten für blinde Kinder meist nicht haben, was die Entwicklung einer Fähigkeit zur Realitätsprüfung und Synthese beeinträchtigt. Blinde Kinder sind auf eine hohe Leistung des Gedächtnisses und der Sprache angewiesen. Die motorische Kontrolle ist eingeschränkt und zusätzlich durch Bewegungsmustervorgaben¹ erheblich „kanalisiert“.

Dies alles lässt mich vermuten, dass die Entwicklung blinder Kinder sich durch strukturelle Abweichungen der Ich-Leistungen definieren lässt und nicht durch bloße funktionale, und dass die Auswirkungen dementsprechend solche sind, die nicht schon Abwehrvorgänge reiferer Verdrängungsmechanismen betreffen, sondern noch im Bereich der (primitiveren) Spaltungsprozesse zu verorten sind.

I.3.3 Zum Verhältnis von Blindheit und Autismus

25 % der blind geborenen Kinder weisen autistische Merkmale auf (z.B. Fraiberg 1977, Freedman 1979, Freedman und Hanson 1985, Pring et al. 2004), als da sind: soziale Isolation, Intoleranz gegen Veränderungen und Insistieren auf gleichartigen Abläufen, sprachliche Eigentümlichkeiten (Echolalie, Fehlen einer kommunikativen Funktion von Sprache). Es werden bestimmte Besonderheiten geburtsblinder Kinder² in Vergleichen mit autistischen Verhaltensweisen immer wieder untersucht. Dies sind:

- Bewegungsstereotypien
- Kein Symbolspiel
- Kein Spiel mit Gleichaltrigen

¹ Im Mobilitätstraining lernen blinde Kinder, sich gefahrlos zu bewegen.

² Auf die Entwicklungsunterschiede zwischen reif- und frühgeborenen blinden Kindern wird hier nicht eingegangen. Ich verweise auf die interessanten Ausführungen Heckers (1998).

- Echolalie
- Verzögerte Entwicklung einer Theory of Mind¹

Bewegungsstereotypien und „kein Symbolspiel“ betreffen u.a. den Umgang mit Objekten, welcher sowohl als fragmentiert oder fragmentierend charakterisiert wird als auch als mechanistisch.

R. Peter Hobson (2005) kritisiert die Vorgehensweise Fraibergs (1977a), die nach der Beobachtung des geburtsblinden Mädchens Kathie Rückschlüsse auf deren psychische Defizite zog. Hobson und Mitarbeiter fanden in einer vergleichenden Studie sehender und blinder Kinder mit autistischen Merkmalen, dass von den Kriterien für Autismus 2/3 der sehenden, aber nur 1/3 der blinden Kinder bestimmte Verhaltensweisen in Bezug zu Personen aufwiesen. Alle sehenden Autisten, aber kein blindes Kind zeigte abnormale Verhaltensweisen in Hörresponses. Die Frage, ob Autismus bei sehenden und blinden Kindern die gleiche Entstehungsgeschichte vermuten lässt, beantwortet Hobson mit „wahrscheinlich nicht“. Blinde Kinder mit der Diagnose „autistisches Syndrom“, so sagt Hobson, entwachsen dem Autismus in manchen Fällen. Auch Nissen hatte 1977 in diesem Zusammenhang schon vom Pseudo-Autismus blinder Kinder gesprochen.

Auf eine ausführliche Diskussion zur Frage, in welchem Verhältnis Blindheit zu Autismus (Hobson, Brown, Minter und Lee 1988, Pring et al. 2004, Ockelford 2006, Brambring 2008b) steht oder zu Psychosen (Heinemann und Hopf 2008) und schizoiden Mechanismen (z.B. R. Laing 1977/1960 und 1973/1967) gedacht werden kann, wird an dieser Stelle verzichtet.

Verhaltensweisen blinder Kinder wurden bisher nicht vor dem Hintergrund der Theorien Kleins und Bions zum Erleben und Verhalten in der paranoid-schizoiden Position und ihrer Überwindung diskutiert.

Ausgehend von meinen Beobachtungen möchte ich folgendes bereits formulieren: Die Verhaltensweisen der von mir untersuchten Kinder wiesen m.E. charakteristische Merkmale auf und können als paranoide und schizoide

¹ Brambring (2008b) verweist darauf, dass ungeeignete Forschungsinstrumente die Ergebnisse zu Lasten blinder Kinder verschöben. Er meint, die Prüfungsaufgaben seien auf die Seh- und Lebensgewohnheiten sehender Kinder abgestimmt und benachteiligten die blinden Kinder. Er führte entsprechend Prüfungen mit Gegenständen durch, die blinden und sehenden Kindern gleichermaßen bekannt/unbekannt waren und stellt Untersuchungsergebnisse vor (2008b), die die Entwicklungsverzögerung der blinden Kinder als geringer ausweisen, als bisher angenommen.

Mechanismen der paranoid-schizoiden Position nach Melanie Klein verstanden werden. Die Kinder hatten die Entwicklungsstufe der depressiven Position¹ zu Beginn der Musiktherapie entweder gar nicht oder nicht sicher erreicht.

¹ Wie zu zeigen sein wird, hatten manche Kinder auch die paranoid-schizoide Position nicht erreicht.

I.4 Theoretische Werkzeuge: Mein Verständnis von Ich, Ich-Entwicklung und Symbolbildung

Die Auswahl der in der Verschriftlichung meiner Forschung verwendeten theoretischen Konzepte und Begriffsinstrumente ergab sich aus der klinischen musiktherapeutischen Arbeit mit den blinden Kindern und dem Bemühen, Erkenntnisse früherer psychoanalytischer Forschungen einer Musiktherapie zu vermitteln, die sich als psychoanalytisch orientiert begreift.

I.4.1 Das Diagnoseinstrument EBQ nach Karin Schumacher

Die Diskussion um die Gültigkeit der Forschungsergebnisse über autistische Kinder für die Arbeit mit blinden Kindern wird nach wie vor geführt. Schumacher (2001, 2005) hat ein Diagnose-Instrument zur Einschätzung der Beziehungsqualität (EBQ) zwischen autistischen Kindern und Musiktherapeuten entwickelt, welches auf Basis der Sternschen Säuglingsbeobachtungen und seiner daraus gewonnenen Erkenntnisse für eine Entwicklungspsychologie acht Kontaktmodi des Bezogenseins unterscheidet.¹ Dieses Diagnose-Instrument Schumachers ist für die Arbeit mit blinden Kindern hilfreich, so man sich orientieren möchte über den Entwicklungsstand des Kindes und Hinweise erhalten will über Prozesse, die als gestört gelten und in der Musiktherapie bearbeitet werden können. Insbesondere die Aussagen Schumachers und Calvets (2007) über die Synchronisation intra- und interpersoneller Prozesse sind hilfreich, um zu einem tieferen Verständnis des kindlichen Verhaltens zu gelangen und handlungsfähig zu werden. Es gibt m.E. allerdings Unterschiede im Verhalten autistischer und blinder Kinder, die für eine Musiktherapie mitzureflectieren sind. Ich nenne nur einige Punkte ohne in eine tiefere Diskussion einzusteigen.

1. Schumacher geht in ihren Darstellungen (siehe Schumacher in Decker-Voigt 2001) von der Musiktherapie mit Kindern im Alter zwischen sieben und zwölf Jahren aus und benennt als Diagnose dieser Kinder eine „tiefgreifende Entwicklungsstörung“. Für Kinder im Alter zwischen drei und sieben Jahren kann vielleicht nicht mit gleicher Berechtigung von einer „tiefgreifenden

¹ Ich setze Kenntnisse über das EBQ bei Musiktherapeuten voraus. Siehe dazu z.B. Schumacher und Calvet-Kruppa 2001, Schumacher, Calvet und Stallmann 2005, Schumacher und Calvet 2007 sowie Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk 2005.

Entwicklungsstörung“ die Rede sein, weil diese dem Alter des Spracherwerbs erst kurz entwachsen sind und ihre Entwicklungsverzögerung noch nicht in gleicher Weise zutage tritt. Außerdem weisen Studien (z.B. Hecker 1998) darauf hin, dass Entwicklungsrückstände blinder Kinder mit Schuleintrittsalter oft aufgeholt werden.

2. Zudem soll für diese meine Darstellung gelten, worauf Gruber und Hammer (2002) hinweisen: es ist zu unterscheiden zwischen „Entwicklungsstörungen“ und „Entwicklungsbesonderheiten“ blinder Kinder. Letztere gelten nach Gruber und Hammer als der Gruppe blinder Kinder eigen und können nicht mit pathologischen Zuständen gleichgesetzt werden.

3. Ferner ist die Frage nach Ursachen und Symptomen, wie ich meine, bei blinden Kindern in anderer Weise zu bedenken, als es Schumacher für autistische Kinder vorschlägt. Sie schreibt:

„Sind Koordinieren der Sinneswahrnehmung, Blickkontakt, Fähigkeit zur Imitation und Erleben von korrespondierenden Vitalitätsaffekten gestört, treten Symptome in Erscheinung, die als Kompensationsversuche verstanden werden können“ (Schumacher in Decker-Voigt 2001, S. 111).

Abgesehen von der Frage, wie z.B. eine fehlende Koordination von Sinneswahrnehmungen oder Blickkontakt bewertet wird – zum Wechselverhältnis von Ursachen und Auswirkungen werden in Pring et al. (2005) Testergebnisse vorgestellt und diskutiert – hat Hobson (2005) darauf hingewiesen, dass bei entsprechenden Tests zu autistischem Verhalten akustische Responses blinder Kinder nie fehlten, bei Autisten aber sehr wohl.

4. Schumacher schreibt weiter:

„Das Kind exploriert nicht die Umwelt, da es sichtlich zur Integration verschiedener Sinneseindrücke nicht fähig ist. Sind angeborene Verhaltensweisen wie Blickkontakt und Imitation des Gesichtsausdrucks

anderer Menschen gestört, führt dies zu einem verheerenden Rückzug“ (ebd.).

Auch das blinde Kind exploriert – so scheint es – nicht, die Integration verschiedener Sinneseindrücke darf als gestört gewertet werden, es kommt zum Rückzug des Kindes, insoweit besteht Übereinstimmung.

Bei genauerer Betrachtung zerstreuen sich die Übereinstimmungen allerdings.

Viele blinde Kinder explorieren nachts. Vom Frühförderlehrer und von drei Müttern (siehe auch Gruber und Hammer 2002) erfuhr ich, dass ihre blinden Kinder oft nachts durch die Wohnung wandern und Schränke, Schubladen und Regale untersuchen. Jetzt haben sie Ruhe, hier können sie in aller Ausgiebigkeit erkunden, was tagsüber unter den Augen der Sehenden – das haben sie schon verinnerlicht – a) sofort Kommentare oder Interventionen hervorruft oder b) alles „zu lange“ dauert. Brambring (1993, 1999) und Herrmann (2006) weisen darauf hin, dass blinden Kindern die Möglichkeiten zur Exploration oft fehlen. D.h. sie können Gegenstände nicht erlangen und entwickeln in der Folge ein Desinteresse. Das ist m.E. ein großer Unterschied zu autistischen Kindern.

5. Das, was Schumacher als Indiz gelten darf, nämlich das Fehlen „angeborener Verhaltensweisen wie Blickkontakt und Imitation des Gesichtsausdrucks eines anderen Menschen“ (ebd.), ist im Falle des blinden Kindes kein „Indiz“, sondern Fakt, es ist nichts, das Kind oder Musiktherapeutin beeinflussen oder steuern könnten und also nichts, das als Ziel einer therapeutischen Bemühung gelten darf. Eine mit blinden Kindern arbeitende Musiktherapeutin wird niemals das Erleben erwarten dürfen, von einem „genesenden“ Kind angelächelt zu werden.

Was ich sagen möchte, ist, dass die Arbeit mit autistischen Kindern und blinden Kindern sich wahrscheinlich sehr ähnelt, aber in manchen Punkten auch unterscheidet. Wenn Schumacher anregt, kontaktlos wirkende autistische Kinder bräuchten „eine Atmosphäre, die das Aushalten, Annehmen und Akzeptieren ihres Zustandes deutlich spürbar macht“ (ebd.), so gilt dies ebenso für blinde Kinder. Auch der Hinweis, Schaukel- und Körperlieder sowie Fingerspiele seien hilfreich dabei, „das Körperselbst in der Beziehung zu einem anderen Menschen zu entwickeln“ (ebd., S. 133), ist für die Arbeit mit blinden Kindern nicht von der Hand zu weisen. Beide Male aber fehlt der Hinweis auf etwas, das in der Arbeit

mit blinden Kindern m.E. wichtig ist, nämlich der Hinweis darauf, „dass wir hier etwas gemeinsam tun“, bzw. „dass wir hier als ein Ich und ein Nicht-Ich gemeinsam handeln“. Wichtig ist die Nennung einer Getrenntheit zwischen uns zwei Personen, also das, was bei Sehenden das erwachsene und das kindliche Auge tun kann, selbst wenn das autistische Kind zeitweise nicht hinschaut.

In der Beschreibung des EBQ zieht Schumacher immer wieder die Fähigkeit des Kindes zum Blickkontakt als Medium eines Austauschs positiver Affekte als Indiz für einen vollzogenen Entwicklungsschritt heran. Für die Arbeit mit den blinden Kindern muss nun gesagt werden, dass es solche Blickkontakte nicht gibt und dass dementsprechend auch die Entwicklungsgänge der Kinder andere sind: Frage-Antwort-Spiele z.B. gab es lange nicht, denn die kommunikative Referenz, wie sie in Frage-Antwort-Spielen existiert, greift neben der „kommunikativen“ akustischen Ebene auch auf die Rahmen setzende visuelle Modalität zurück.

6. Weil mich überdies die Dimension gesellschaftlicher Bedingungen interessiert und ich den elterlichen Einfluss¹ auf die Kinder als persönlichkeitsbildend immer mitreflektiere, sind weitere Theorien zur „Psycho-Analyse“ des Kindes unabdingbar.

Eine tiefer gehende Diskussion der Gemeinsamkeiten oder Unterschiede in der musiktherapeutischen Arbeit mit autistischen oder blinden Kindern soll späteren Arbeiten vorbehalten sein.

¹ Es wird in vielen Studien nicht ausdrücklich mitreflektiert, ob sich die Kinder im heimischen Umfeld befinden oder im Heim. Dienten die Beobachtungen etwa von Burlingham und Fraiberg noch der Entwicklung eines Verständnisses, wie blinde Kinder sich überhaupt orientieren – dies meist zuhause – werden heutige Studien oft in Kliniken oder Arbeitsräumen durchgeführt, ohne, dass der Einfluss des Settings bedacht wird. Dies ist nicht verwunderlich, da zum einen verhaltenstherapeutische Forschungsansätze dominieren (etwa in den USA, siehe Kern, oder England, siehe Pring) bzw. erziehungswissenschaftliche Fragestellungen (zur Didaktik und Methodik des Forschens siehe Brambring und Hudelmayr) von großem Interesse sind. Ausdrücklich Imamura benennt ein Interesse an der Relevanz des vertrauten Umfelds für die Forschungen, die das Verhältnis der Mutter zum Kind beleuchten sollen.

I.4.2 Meine Fragestellung vor dem Hintergrund der verschiedenen Konzepte von Ich, Ich-Entwicklung und Symbolisierung

Meine Fragestellung vor dem Hintergrund einiger psychoanalytischer theoretischer Konzepte im Allgemeinen und solcher zur Entwicklung blinder Kinder im Besonderen lässt sich wie folgt präzisieren.

Das Verständnis von Ich nach Dorothy Burlingham und Selma Fraiberg

Zunächst fiel bei Durchsicht der Literatur auf, dass nach der sehr wechselvollen etwa 250-jährigen Geschichte der „Blindenbildung“ in Deutschland (z.B. Heller 1989, Degenhardt und Rath 2001) bzw. Europa auch die frühen Arbeiten der Psychoanalyse im angelsächsischen Raum einer pädagogischen Ausrichtung verpflichtet erscheinen. Burlinghams Verdienst ist, dass sie genaue Beobachtungen blinder Kinder vorlegte. Burlingham lebte und arbeitete in ihren Jahren in England mit Anna Freud zusammen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass in Burlinghams Vokabular von „Ich“ und „Ich-Entwicklungen“ blinder Kinder die Rede ist, die sehr auf mechanisch-praktische Funktionen eines „Ich“ der blinden Kinder in Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt abzielen, beschäftigte sich doch Anna Freud seinerzeit mit dem „Ich und seinen Abwehrmechanismen“.

Allen anderen s.g. Ich-Funktionen voran wird die Frage nach der erschwerten Realitätsprüfung blinder Kinder und ihren Auswirkungen von Burlingham immer wieder gestellt. Allerdings entsteht der Eindruck, Burlingham habe mit „Realitätsprüfung“ eigentlich die Prüfung der Realität im Sinne einer Kontrolle der Umwelt gemeint und nicht auf die Unterscheidung bzw. Vermittlungsarbeit des Individuums zwischen physischen und psychischen Vorgängen abgehoben. Nichts in den Texten Burlinghams lässt vermuten, dass sie mit den Arbeiten Melanie Kleins vertraut war, die sich den inneren Prozessen des Säuglings widmete. Burlinghams Interesse scheint vorrangig (nicht ausschließlich) der Frage zu gelten, wie sich ein blindes Kind in seiner Welt zurechtfindet. Folgerichtig gibt Burlingham Tipps zur Bildung blinder Kinder, die heute beinahe anrührend wirken, wie etwa den, dem kleinen blinden Kind die allzu reichliche Verwendung visusorientierter Vokabeln zu ersparen.

In ganz ähnlicher Weise, aber wesentlich umfangreicher, beforschten Fraiberg und Mitarbeiter das Verhalten blinder Kinder und stellten verschiedene Versuche an.

Auch hier besteht m.E. der Wert der Forschungen ganz wesentlich in dem klinischen Material, das Fraiberg et al. zusammengetragen haben.

Eine literaturkritische Auseinandersetzung mit psychoanalytischen Arbeiten zur Entwicklung blinder Kinder soll hier unterlassen werden, Warren (1984, 1994) hat entsprechende Arbeiten vorgelegt. Für meine Überlegungen ergeben sich diese Fragestellungen: Was konnten Burlingham und Fraiberg wissen bzw. mit dem Begriffsinstrumentarium fassen, das ihnen zur Verfügung stand? Und welche Antworten lassen sich heute zur Frage der Ich-Entwicklung finden, wenn das hinter den Begriffen „Ich“ bzw. „Ich-Entwicklung“ stehende Individuum – nämlich das sich entwickelnde blinde Kind – in anderer Weise gedacht wird? Die Begriffe „Ich“ und „Ich-Entwicklung“ stehen nach wie vor unvermittelt und in Bezug auf die psychische Entwicklung blinder Kinder als offene Fragen im „psychoanalytischen Raum“, denn psychoanalytische Forschungen mit blinden Kindern haben mit den 1970er Jahren ein Ende gefunden: Der Trend, blinde Kinder integrativ zu beschulen und den betroffenen Familien Förderlehrer ins Haus zu schicken, zog es nach sich, dass größere Gruppen blinder Kinder nicht mehr „auftraten“ und zu beforschen waren. Zudem zeitigten verhaltenstherapeutische Maßnahmen zur Behebung blindenspezifischer Verhaltensbesonderheiten bzw. -auffälligkeiten allem Anschein nach schnellere Ergebnisse.¹

Ich als Begriff für Person und Instanz

Burlingham und Fraiberg orientierten sich in ihren Überlegungen zur Ich-Entwicklung blinder Kinder wesentlich an S. Freud und seinen Begrifflichkeiten von Ich und Realitätsprüfung.

In S. Freuds Theorie kam der Begriff „Ich“ von Anfang vor und wandelte sich immer wieder. Er ist zentral, allerdings in seinen Wandlungen derart komplex, dass ich mich darauf beschränke, einige Hinweise auf die Themenfelder zu geben, die für das Verständnis meiner musiktherapeutischen Arbeit wichtig sind.

Laplanche und Pontalis halten den „Versuch für nicht wünschenswert, von vornherein eine fertige Unterscheidung zwischen dem Ich als *Person* und dem Ich als *Instanz* zu treffen, denn die Verknüpfung dieser beiden Bedeutungen steht genau im Zentrum der Problematik des Ichs“ (Laplanche und Pontalis 1975, S.

¹ Mitteilung von der Musiktherapeutin Dr. Petra Kern, USA, per E-Mail Herbst 2006.

185, kursiv im Original). Generell wird in der Psychoanalyse die Genese des Ich auf zwei Ebenen zu erklären versucht, indem sie einmal einen Apparat in ihm sieht, „der sich vom Es aus im Kontext mit der äußeren Realität differenziert, oder indem sie es definiert als Produkt von Identifizierungen, die zur Bildung eines vom Es besetzten Liebesobjekts im Inneren der Person führen“ (ebd., S. 184). Freud „spielt“ (so Laplanche und Pontalis) mit den mannigfachen Bedeutungen des Begriffs Ich. So ist das Ich mehr als das aktuelle Bewusstsein, es ermöglicht es dem Individuum, die innere Befindlichkeit von der äußeren Realität zu unterscheiden, hat aber keinen direkten Zugang zur Realität: dieser ist dem Wahrnehmungssystem vorbehalten. In der *Verneinung* (1925) hält Freud an der Auffassung fest, das Ich verfüge von Anfang an über einen objektiven Zugang zur Realität und sei in einem zweiten Schritt dann bestrebt, das Gute zu introjizieren und das Schlechte von sich zu werfen (G.W. XIV, S. 13). Auf einer dritten Stufe würde das Ich im Äußeren ein reales Objekt wiederzufinden versuchen, das der Vorstellung des ursprünglich befriedigenden und verlorenen Objektes entspricht. Soweit Freud.

Die Forschungen der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts fokussierten größtenteils darauf, welches Verständnis von Realität ein blindes Kind erkennen ließ und konstatierten ein ums andere Mal verblüfft, dass blinde Schulkinder ihr (mutmaßlich!) „blindenspezifisches“ Verhältnis zur Welt verleugneten und Sehende zu imitieren versuchten, um diesen ähnlich – bzw. selbst nicht anders – zu sein.

Fraiberg versuchte, die Reife von Kindern zu bestimmen, indem sie (u.a.) deren Gebrauch des Wortes „Ich“ untersuchte und stellte fest, dass es eben die Bindung an Tätigkeiten oder Befriedigungswünsche, mithin der synkretistische Gebrauch, war, über den sich die blinden Kinder länger als die sehenden erlebten: „Ich tue, also bin ich“.¹ Den – für mich – hier logischerweise sich anbietenden nächsten Schritt tat sie nicht. Es ergibt sich nämlich eine spannende Frage: Die nach der Perspektive der Kinder und der der Forscherinnen. Wie sollte es dem blinden Kind gelingen können, ein Ich gegen eine Außenwelt abzugrenzen, wenn sich die

¹ Der Sinn der Gesten liegt hier vorrangig in dem Erleben einer Versicherung der eigenen Person und nachrangig im Bewegen von Welt.

Welt immer nur „in Tätigkeiten“¹ erschließt und nicht quasi aus der Distanz beobachtet werden kann in dem, was „die Welt“ und die sich darin befindenden Personen und Gegenstände von allein tun? Ich meine, dass das Erleben von „Welt“ blinder Kinder dem Eigenerleben von „Ich tue, also bin ich“ entspricht und heißen könnte: „Ich tue, und das ist die Welt“.²

Die theoretische Vermittlung zwischen einem Verständnis von „Ich“ als Person und einem Verständnis von „Ich“ als Instanz, die Freud mittels des Konzepts von Real-Ich und Lust-Ich zu fassen versuchte, kann nach Laplanche und Pontalis nur gelingen, wenn Freuds Ideen zum Real-Ich und Lust-Ich seinen Theorien zum Ich als Instanz vermittelt und integriert würden und bedacht werde, dass „einer solchen Genese primitive psychische Operationen von Introjektion und Projektion zugrunde [liegen], durch die sich die Grenze eines Ichs bildet, das ein Innen und ein Außen enthält“ (Laplanche und Pontalis, S. 296). Dieser Hinweis ist wichtig: Zur Frage der Grenze des Ichs und einem Innen und Außen komme ich später.

Die Vermittlung eines Verständnisses von „Ich“ als Person einerseits und Instanz andererseits wird in den Arbeiten Burlinghams und Fraibergs nicht unternommen. Die Forscherinnen konnten einen Perspektivwechsel nicht vollziehen, der von mir versucht wird: Burlingham und Fraiberg haben beobachtet, aber nicht reflektiert, dass die Kinder sich (nach der Forscherinnen eigenen Forschungsergebnissen) über Tätigkeiten erlebten, definierten und im Verhältnis zu „Welt“ (was auch immer das im Erleben blinder Kinder sein mag) konstituierten. Erst nach Jahren konnte Fraiberg (1979) überrascht feststellen, wie sie selbst auf die blinden Kinder schaute. Die Forscherinnen betrachteten die Kinder und sahen deren Verhalten im Umgang mit Menschen, Gegenständen, Aufgaben, aber sie sahen sich selbst nicht! D.h. sie haben die Mutter-Kind-Beziehung beobachtet, haben sich selbst auch immer wieder in Übertragungs-/Gegenübertragungsbeziehungen begeben, haben aber ihre Rolle innerhalb der gesellschaftlichen Bezüge nicht denken können und also die Frage der Standortbestimmung und Perspektive nicht reflektiert.

¹ Wenn „Welt“ Tätigkeiten sind, dann eröffnet m.E. erst ihr Klang die Möglichkeit, Beziehung zu entwickeln.

² Auch sehende Kleinkinder befinden sich immer wieder in einem Kontingenzerleben, welches die Welt im Tun erschafft und einen Zustand omnipotenter Verfügungsmacht bedeutet. Sehende Kinder allerdings können immer wieder die Erfahrung machen, dass sich die Welt ihrer Verfügung entzieht, z.B. wenn sie einen Gegenstand loslassen und beobachten, was weiter geschieht. Diese Möglichkeit haben blinde Kinder nicht.

Das Ich und seine Funktionen nach Heinz Hartmann

Der Begriff des Ich aus psychoanalytischer Sicht wird seit Hartmann (1964, S. 13) als „Teilgebiet der Persönlichkeit und durch seine Funktionen bestimmt“. Zu den Funktionen zählen solche des Bewusstseins, der Realitätsprüfung und Synthese, des Gedächtnisses und der Sprache, der motorischen Kontrolle, der Abwehr, der Wahrnehmung, des Phantasierens, des prälogischen, vorstellungsmäßigen und logischen, begrifflichen Denkens (ebd., S.136).¹ Seit Hartmann galt das Individuum, welches sich aus Selbst- und Objektrepräsentanzen eine Realität aufbaut, auch als Produkt der Ich-Funktionen. Ein Zusammenhang zwischen einem als Funktionskomplex gedachten Ich und dem Konzept der Repräsentanzen innerhalb eines psychoanalytischen Metakonzepts ließ sich von der Ich-Psychologie nicht entfalten (Zepf 1987, S. 138).

Und so bleibt es zunächst dabei, dass Objekt- und Selbstrepräsentanzen blinder Kinder (vor dem Verstehenshintergrund eines Ich als Komplex von Fähigkeiten) bis heute als brüchig beschrieben werden – Gruber/Hammer (2002) stellen zusammenfassend Erkenntnisse aus Psychologie und Pädagogik vor –, und alles Streben einer Bildungsarbeit darauf ausgerichtet ist, einen Mangel möglichst gut (d.h. behutsam und effektiv) zu kompensieren (entsprechende pädagogische Konzepte werden z.B. in der Zeitschrift blind-sehbehindert immer wieder vorgestellt).

Die Begrifflichkeit von Hartmann ist wichtig, um sprachlich fassen zu können, was in der Musiktherapie geschah. Dabei interessiert mich nicht der „Mangel“ als solcher, sondern seine Auswirkungen auf das interaktive Geschehen zwischen blindem Kind und Welt im weiteren Sinne und blindem Kind und Musiktherapeutin im engeren: welche realen Folgen hat der Wegfall eines Sinnes – also das Fehlen der Ich-Funktion ‚visuelle Wahrnehmung‘ – und welche möglicherweise kompensierenden physischen und psychischen Entwicklungen zieht das nach sich?

Halten wir also fest: Die Fassung des Begriffs „Ich“ und das Verständnis der Entwicklung von Ich-Funktionen, wie sie Anna Freud und Hartmann vornahmen, endet an der Frage, wie blinde Kinder eine Realitätsprüfung hinreichend gelingend erwerben oder vollziehen können, um psychisch gesund

¹ Eine vollständige Auflistung gibt es nicht.

heranzuwachsen. Es kann nach diesem Verständnis nur konstatiert werden, dass eine Realitätsprüfung (im Sinne der genannten Autorinnen und Autoren) bis ins Schuleintrittsalter (und teils darüber hinaus) nicht zu erlangen ist.

Mithin verlagert sich für mich die Fragestellung dahingehend, herausfinden zu wollen, wie das blinde Kind zu einem „Vermögen“ im Umgang mit Welt überhaupt gelangt, das blindenspezifisch ist (kann ich das überhaupt wahrnehmen?) und/oder auch der sehenden Umwelt gerecht zu werden trachtet.

Niederschlag der psychischen Verfassung eines Menschen findet sich in den Formen seiner Aktionen und Interaktionen, also in Bewegungen und Gesten, die ich sehe, noch bevor die Musiktherapie beginnt. Mögliche Hintergründe dieses kindlichen Verhaltens und die Irritationen, die das in mir auslöst, möchte ich als potentielle Störfaktoren hinterfragen.

Auf der Suche nach einem theoretischen Instrument zur Fassung und zum Verständnis des kindlichen Verhaltens, wurde mir Lorenzers Auseinandersetzung mit Meads Konzept der Geste im Rahmen seiner Symbolkritik hilfreich.

Die Gesten

In seiner „Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffs“ (1970b) greift Lorenzer den Begriff der Geste nach Mead auf und vermittelt ihn seinem Konzept des Symbolbegriffs. Nach Mead sind Gesten innerhalb einer vorsprachlichen Kommunikation zunächst Teil der Organisation einer gesellschaftlichen Handlung, also „Teile komplexer Handlungen, von denen verschiedene Wesen betroffen sind“ (Lorenzer 1970b, S. 116) und nicht Ausdruck von Gefühlen. Lorenzer wertet Gesten als Teile von Szenen, als Elemente eines szenischen Grundes. Die Handlungsphasen, die eine gegenseitige Anpassung der Mitglieder einer Gattung in gesellschaftlichen Prozessen voraussetzt, „bringen die Haltung, so wie sie vom Beobachter erkannt wird, und auch die so genannte innere Haltung mit sich“ (Mead 1968, S. 119). Für die Interaktionsformen in der Einigungssituation zwischen Mutter und Kind kann wegen der gegenseitigen handlungsregulierenden Abgestimmtheit die Bezeichnung ‚Geste‘ gelten, „auch wenn das symbolische Moment noch fehlt und der Vorgang der Informationsvermittlung noch ganz mit der Handlung (...) verschmolzen ist“ (Lorenzer 1972, S. 50). Eine signifikante Geste ist „ein Symbol, das einer

Bedeutung in der Erfahrung des ersten Menschen entspricht und diese Bedeutung auch im zweiten Menschen hervorruft“ (Lorenzer 1970b, S. 117).

Es wird wieder deutlich, welche große Rolle das Sehen in diesen Konzepten von Geste, Szene und Entstehung von Symbolen spielt. Man kann sich allen Ernstes fragen, ob die von mir angeführten Konzepte denn überhaupt für die musiktherapeutische Arbeit mit blinden Kleinkindern und für die Suche nach Vorgängen der Symbolbildung Relevanz besitzen. Die Antwort lautet „ja“ und kann mit Lorenzer sogleich gegeben werden:

„Signifikante Geste“ setzt (...) die Fähigkeit voraus, auf das Verhalten ‚in-Beziehung-zu‘ zu reflektieren, wobei die signifikante Geste die Verklammerung von ‚Selbst-in-Beziehung-zu‘ zu dem ‚Objekt-in-Beziehung-zu‘ herstellt“ (ebd.).

Lorenzer hatte symbolische Selbst- und Objektrepräsentanzen (unbewusste wie bewusste) jeweils als „in-Beziehung-zu“ fassbar gefunden: er spricht von ihnen als ‚Strukturen‘, so wie er es auch bei Meads Konzept der signifikanten Gesten ausmacht. Beide wurzeln in der Kommunikation. Das Merkmal, welches aus Gesten signifikante Gesten macht, wird von Mead (1973/1934) so formuliert:

„Gesten werden zu signifikanten Symbolen, wenn sie im Gesten setzenden Wesen die gleichen Reaktionen implizit auslösen, die sie explizit bei anderen Individuen auslösen oder auslösen sollen (...). Bei jeder Übermittlung von Gesten (...) hängt das Bewußtsein von Inhalt und Fluß der jeweiligen Bedeutung bei diesem Wesen davon ab, daß¹ es die Haltung des anderen gegenüber seinen eigenen Gesten einnimmt“ (Mead 1973, S. 86).

Dies führt Lorenzer zur Feststellung, die Geste erhalte ihre Signifikanz dadurch, dass sich an ihr Verständigung herstelle.

Mead hatte gesagt, das Hineinnehmen von Gesten qua signifikante Symbole ermögliche das Denken:

¹ In Zitaten wurde die originale (alte) Rechtschreibung beibehalten.

„Dieses Hineinnehmen-in-unsere-Erfahrung dieser äußerlichen Übermittlung von Gesten, die wir mit anderen in den gesellschaftlichen Prozeß eingeschalteten Menschen ausführen, macht das Wesen des Denkens aus. Die so nach innen genommenen Gesten sind signifikante Symbole, weil sie für alle Mitglieder einer gegebenen Gesellschaft oder gesellschaftlichen Gruppe den gleichen Sinn haben“ (ebd.).

Dies gilt für sehende und blinde Menschen im Dialog allerdings nicht!

Lorenzer hebt im weiteren auf die Sprachgemeinschaft ab, welche zugrunde liegen müsse, damit eine Geste den Charakter eines signifikanten Symbols erhalten kann. Sein Konzept des Klischees sagt ja, dass klischeebestimmtes Verhalten die Teilhabe an einem Aktionsgefüge hat, allerdings ausgeschlossen von der Sprachgemeinschaft (und also unerkannt) sich quasi hinter dem Rücken des Individuums durchsetzt.

Wie kann also das Verhalten – hier die mir auffallende Geste – der blinden Kinder theoretisch gefasst werden, wenn das blinde Kind die Codes gesellschaftlicher Kommunikation nicht kennt, wenn es ferner auf seine weitgehend unverstanden bleibenden Bewegungen keine „Antwort“ erhält, die es erfahren könnte? Wenn es darüber hinaus Gesten anderer nicht „hineinnehmen“ kann und überhaupt das Wechselspiel – und seine Gesetzmäßigkeiten – nicht erfährt, von dem anfangs die Rede war? Wie steht es also um die Sprachgemeinschaft, wenn das Aktionsgefüge brüchig erscheint?

Das blinde Kind hat nie andere Menschen und ihre Bewegungen beobachtet, der gesellschaftliche Rahmen kann also als konstituierend – sofern es das blinde Kind betrifft – nicht einfach außerhalb der Betrachtung bleiben, sondern muss vielmehr als potentieller Störfaktor mitbedacht werden, denn ich befinde mich ja innerhalb eines visuell-gesellschaftlichen Rahmens.¹

¹ Zur Geste gehört auch die Auseinandersetzung des blinden Kindes mit Kulturgütern. Sie soll hier nur gestreift werden, muss aber Beachtung finden. Das sehende Kind erlernt anhand der vorgefundenen Gegenstände und ihrer Verwendung, die es schon beobachten kann, bevor es selbst tätig wird, sozusagen stillschweigend Faktoren des Kulturkreises, in dem es lebt, macht zunächst abgeleitete, später eigene Erfahrungen und erlebt (fremde und eigene) Gefühlsäußerungen. Eine Kommunikation bildet sich also auch daran, dass Kind und Erwachsener Einigkeit darüber haben, welcher Gegenstand Beachtung findet, und wie dieser Gegenstand entsprechend üblicher Kulturtechniken seiner Benutzung verwendet wird. Ich erwähne dies, weil es mir wichtig ist, die Entwicklungsschritte der kindlichen Psyche eines sehenden Kindes hier gegen die eines

Auf den ersten Blick kann das Konzept der signifikanten Geste nicht dabei helfen, die Gesten der blinden Kinder zu deuten. Es scheint so, als stünden blindes Kind und sehende Erwachsene hilflos und unverbunden einander gegenüber. Dennoch ist der Begriff der Geste für mich zentral. Denn anders als in der hier sprachlich vorgenommenen Darstellung, die Schritt für Schritt mühsam voranschreitet, bildet sich in der Begegnung schon die Ahnung davon, wie die Begegnung zwischen uns Symbole bilden wird, ja, bereits jetzt schon Symbol ist: Geste und gesellschaftliche Gebundenheit in ihrem je individuellen lebenswirklichen Niederschlag von blindem Kind und mir werden, sind sie in einer Szene gefasst, zum Symbol unseres (Nicht-)Bezogenenseins. Da, wo die Geste des blinden Kindes – mutmaßlich Ausdruck seiner Befindlichkeit – mein Schauen und Denken, das Gesten als in visuell dominierten Formen der Bezogenheit zu werten gelernt hat, irritiert, da trägt das Geräusch Formen von Beziehungen an uns heran.

Bevor ich hierfür den Symbolbegriff weiter auslote, möchte ich von den Interaktionen sprechen, denn auch wenn ich anfangs in der Musiktherapie nicht verstehen kann, was mir die Gesten der blinden Kinder sagen sollen, sind wir in interaktiven Prozessen tätig. Und die Formen der Interaktionen der blinden Kinder lassen sich vor dem Hintergrund der Überlegungen Lorenzers sowohl in ihrer Erscheinung beschreiben als auch in ihrer Entwicklung etwas genauer nachzeichnen.

Alfred Lorenzer und die Interaktionsformen

Mit Lorenzers Theorie der Interaktionsformen lässt sich die psychische Realität eines Menschen als „strukturiertes Gefüge von Interaktionsformen“ begreifen, „das sich als Resultat realen Interagierens im Individuum gebildet hat und in welchem seine Subjektivität gründet“ (Zepf 1987), existieren doch die so genannten Ich-Funktionen nur als Einheit von Funktion und Inhalt. Wahrnehmungen sind immer Wahrnehmungen von etwas (wie auch Prüfung und Bewusstsein), und Denken ist immer Denken über etwas (wie auch Synthese, Vorstellung oder Abwehr). Nach Lorenzer sind innerpsychisch ablaufende Prozesse wie zur Außenwelt existente Beziehungen („Ich-Funktionen“) immer

geburtsblinden Kindes abzugrenzen, damit etwas fassbar wird, das nicht vorhanden ist und sich der Aufmerksamkeit allzu leicht entzieht. Rückgriff auf einen Rahmen kulturbedingter Gegenstände und Techniken ist nicht möglich.

Prozesse, die die formale Struktur von Interaktionen (oder Interaktionsformen als aus Interaktionsprozessen entstandene Modelle) aufweisen. So wie ein Wahrnehmungsprozess eine besondere Interaktion zwischen Subjekt und wahrzunehmendem Gegenstand bedeutet, der mit dem Produkt, dem Wahrnehmungsperzept, die subjektive Ausgangslage verändert, so gewinnen auch innerpsychische Ich-Funktionen in Interaktionsprozessen ihre Form. Zepf zitiert zum Beispiel des Denkens Rubinstein:

„In der Wahrnehmung ist uns die konkrete Wirklichkeit an der sinnlichen Oberfläche der Erscheinungen noch ungegliedert als mehr oder weniger summarischer Effekt verschiedener Wechselwirkungen gegeben. Aufgabe des Denkens ist es, die heterogenen Wechselwirkungen aufzugliedern, die jeweils wesentlichen Momente auszusondern und dann (...) das Bild der Wirklichkeit in ihrer Konkretheit ideell zu reproduzieren“ (Rubinstein 1968, S. 77; in: Zepf 1987, S. 138).

Der Denkprozess wird also verstanden als reale Interaktion des Subjekts mit sinnlichen Erkenntnisprodukten. Die besondere Form des Interagierens bildet dann eine subjektive Gestalt. So gilt das Denken als Wechselprozess aus Analyse und Synthese, Abstraktion und Verallgemeinerung.

Die den Triebbereich des Es in konkrete Triebbedürfnisse strukturierenden Interaktionsformen bezeichnet Lorenzer als Resultat von Einigungsprozessen zwischen kindlichem Körperbedarf und mütterlichen Interaktionsangeboten. Der undifferenzierte Triebbedarf gewinnt durch die Art und Weise, wie die Mutter den Körperspannungen des Kindes begegnet, ein inhaltliches Profil. Es bildet sich eine Erinnerungsspur (Freud) durch die vielfältigen realen Interaktionen, die zum Modell für das Kind werden: Das Kind speichert die Bedingungen, die unbedingt auftreten müssen, wenn die im Modell antizipierte Lust auch erreicht werden soll. Die gemeinsame Form verschiedener Interaktionen wird zum Modell und ist sowohl Produkt abgelaufener wie Muster für zukünftige Interaktionen. Subjektive Kriterien gelungener Einigungsprozesse wandeln sich. Antwortet die Mutter nicht formgerecht, d.h. genügt nicht die gesteigerte Besetzung der Erinnerungsspur zur Triebbefriedigung, so wird unter dem Diktat der Unlustempfindung die Halluzination aufgegeben und der psychische Apparat sieht sich genötigt, sich die

Verhältnisse der realen Welt vorzustellen und ihre Veränderung anzustreben. Die Befriedigungserinnerung wird zur Zielvorstellung und der Säugling versucht „auf dem Wege über die motorischen Erfahrungen“ zur identischen Besetzung der Erinnerung zu gelangen. Formgerechte und nicht formgerechte Antworten der Mutter führen zu sich ausdifferenzierenden Interaktionsformen, solchen, die der Befriedigung näher oder ferner stehen.

Denken ist eine Interaktion des Subjekts mit seinen sinnlichen Erkenntnisprodukten und setzt an den Produkten sinnlicher Wahrnehmung an. Vorläufer des Denkens (gemeint sind Operationen der Analyse, Synthese, Abstraktion, Verallgemeinerung), sind praktische Operationen, die über Abstraktionen begriffsanaloge Strukturen oder Begriffe bilden (Zepf 2006).

Einschub: Um meinen Gedankengang nicht zu sehr zu unterbrechen, der uns eben ausgehend von Überlegungen zu Gesten hin zu Lorenzers Theorie der Interaktionsformen geführt hatte, aber um der Vollständigkeit halber, sei mir ein kurzer Hinweis gestattet. Die Operation des Denkens ist auch von Bion in ein Modell gefasst worden. In seiner „Theorie des Denkens“ (1962b bzw. 1963) beschreibt er, wie unter der Bedingung einer vom Säugling erwarteten, aber nicht eintretenden Befriedigung seiner Bedürfnisse im glückenden Falle ein Gedanke entsteht. Ich werde kurz im Abschnitt „In der Dyade“ auf Bions Modelle hinweisen, die mir hilfreich waren, im übrigen aber erst im Zusammenhang mit dem Fallmaterial näher darauf eingehen. Einschub Ende.

Bevor wir uns nun dem Phänomen Sprache widmen, müssen Fragen bzw. Aussagen zum vorherigen formuliert werden, weil sie später diskutiert werden sollen. Auf alle Aspekte einzugehen, die hier wert wären, bedacht zu werden, sprengte allerdings den Rahmen dieser Arbeit, die sich als ein Anfang der psychoanalytisch orientierten musiktherapeutischen Auseinandersetzung begreift. Ich beschränke mich auf eine Auswahl.

„Das Bild (!) der Wirklichkeit ideell zu reproduzieren“ bedeutet, eine simultane Organisationsform zu gebrauchen. Wir werden sehen, wie blinde Kinder dies tun. Denken als Auseinandersetzung mit sinnlichen Erkenntnisprodukten verstanden wirft die Frage auf, wie sinnliche Eindrücke zu sinnlichen Erkenntnisprodukten werden, mithin die Frage, a) welche Charakteristik jeder Wahrnehmungskanal

seinem Perzept vermittelt, und b) wie sinnliche Wahrnehmungen zu sinnlichen Erkenntnisprodukten werden.

Lorenzer blickt von außen auf das Mutter-Kind-Geschehen, denkt allerdings anders als ehemals Burlingham und Fraiberg die Mutter mit. Die Aussage „der undifferenzierte Triebbedarf gewinnt durch die Art und Weise, wie die Mutter den Körperspannungen des Kindes begegnet, ein inhaltliches Profil“ wirft die Frage auf, ob sich hier Unterschiede zwischen Mutter und sehendem Kind und Mutter und blindem Kind finden lassen. Ich meine, dass in der Dyade die Entwicklungen sehender und blinder Kinder schon auseinander laufen (wie es unter Rückgriff auf Stern von Hammer und Gruber dargestellt wurde) und uns die Begrifflichkeit von Lorenzer allein nicht weiter hilft. Dennoch ist der Blick Lorenzers unverzichtbar. Es stellt sich nämlich die Frage, wie sehr (zunächst) die Mutter imstande ist, sich selbst dem Kind zu vermitteln oder in welche Schräglage das „inhaltliche Profil“ kommt, wenn die Mutter und ihr blindes Kind sich zwar in Situationen einigen, aber diese Einigung auf je unterschiedlichen Sinnesmodalitäten basiert, über die sie sich nicht austauschen können, weil sie entweder ganz unbekannt oder unbewusst bleiben.

So ist auch folgender Satz zu hinterfragen: „Die gemeinsame Form verschiedener Interaktionen wird zum Modell und ist sowohl Produkt abgelaufener wie Muster für zukünftige Interaktionen“. Ich frage: wie „gemeinsam“ ist denn die Form von Interaktionen? Wenn Lorenzer die immer gleiche Form meint, so muss gefragt werden, wie viele visuelle (also unerkant einseitige) Aspekte dem Begriff „gemeinsam“ zugrunde liegen.

Die weitere subjektive Aufgliederung der Interaktionsformen setzt Sprache voraus: Damit Vorstellungs- und Wahrnehmungsprozesse unterschieden und von anderen Abläufen differenziert werden können, muss das Kind vom Allgemeinen auf das Besondere schließen können, ein Prozess, der an symbolische Interaktionsformen gebunden ist. Hiermit bezeichnet Lorenzer die in die Lebenspraxis eingeschriebenen Interaktionsformen, die dem Primärvorgang entwachsen sind. Interaktionsformen werden Begriffen zugeordnet. „Am Ende dieses Prozesses stehen so ein Begriff zu verschiedenen Interaktionsformen und eine Interaktionsform zu verschiedenen Begriffen in Beziehung, so daß nun mit der ‚Zugehörigkeit‘ in absteigender Konkretion ihres abstrakten Kerns die

Interaktionsform zugleich auch als eine jeweils besondere und von anderen abgegrenzte bestimmt werden kann“ (ebd.). Nur im idealtypischen Falle erreichen Interaktionsformen den Status der symbolischen, bewusst verfügbaren – und behalten ihn. Im Sozialisationsprozess kommt es zu (systematischen) Brechungen sich bildender subjektiver Strukturen.

Wenn Lorenzer von Abwehrvorgängen spricht, meint er im Wesentlichen Verdrängungsvorgänge: Abwehrfunktionen bilden sich aufgrund entstehender Konflikte in Form einer Regression auf affektsymbolisches Denken und halluzinatorische Wunscherfüllung.

Auf die Bildung von Klischees als Produkte von Verdrängungen in Lorenzers Metatheorie möchte ich nicht eingehen, weil ich zu der Ansicht gelangt bin, dass die blinden Kinder, mit denen ich arbeitete, größtenteils nicht Verdrängungsmechanismen reiferer Art, sondern Spaltungsmechanismen zur Abwehr zeigten. Ich werde im Verlauf meiner Ausführungen darlegen, wie ich zu dieser Ansicht gelangte.

Wir sind nun von (der Frage nach) den Fähigkeiten blinder Kinder und ihrer Ich-Entwicklung, die wohl am ehesten mit Persönlichkeitsbildung umschrieben werden müsste, über ein Verständnis des Ich, welches über seine Ich-Funktionen definiert werden konnte, hin zu Beziehungsformen gelangt, welche sich im Wechselspiel zwischen gesellschaftlicher Bedingtheit und ihrer Vermittlung in dyadischer Interaktion mit Lorenzer denken lassen. Die eingangs genannten Gesten der blinden Kinder können nicht umstandslos als signifikant, die Verwendung von Gegenständen kann nicht als sinnlich-symbolische Interaktion verstanden werden. Oder besser: Das Verhalten der blinden Kinder kann verstanden werden als nicht signifikant im Sinne Meads. Es gibt allerdings Strukturen. Und diese werden mittels des Szenischen Verstehens in ihren Bedeutungen auszuloten sein. Bevor ich vom Szenischen Verstehen spreche, soll der Symbolbegriff kurz beleuchtet werden.

Der Symbolbegriff nach Lorenzer

Als Definition soll gelten:

„Symbole sind psychische Gebilde, die äußere Objekte und Vorgänge oder innere Vorgänge repräsentieren, die von diesen Objekten im Wahrnehmungs- bzw. Erkenntnisprozess unterschieden werden können und die als selbständige Einheiten Gegenstand der Denk- und Erkenntnisprozesse werden“ (Lorenzer 1970b, S. 81).

Ein Symbol wird begriffen als Resultat eines Erkenntnisprozesses und bedeutet mehr als ein „stehen für“. Ein Symbol habe Bedeutung und habe immer auf den menschlichen Geist Bezug, zitiert Lorenzer Cassirer (Cassirer 1965, S. 49; zit. nach Lorenzer 1970b, S. 48). Ein Symbol ist demnach nicht Stellvertreter, sondern Vehikel für die Vorstellung eines Gegenstandes. Ihm eigen ist die Konzeptualisierung dessen, was es vermittelt, ist es doch Produkt verschiedener Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozesse. Symbolbildung wird begriffen als Ich-Funktion (Lorenzer 1970b, S. 65).

Lorenzer weist im Gang seiner Argumentation auf einen Umstand hin, der uns interessieren muss: Es gibt verschiedene Stufen des Bewusstseins und verschiedene Ebenen der Symbolbildung eines Individuums.¹ Ohne auf die Diskussion einzugehen, welche Einflüsse Ich, Es und Über-Ich auf Symbolisierungsprozesse nehmen, bzw. wie darüber im Laufe der Jahre gedacht wurde, interessiert uns u.a. der Umstand, dass die Gestaltqualität unbewusster Inhalte bei Symbolisierungsprozessen eine entscheidende Rolle spielt. Lorenzer schreibt:

„Die subliminalen Reize sind virulent, sie haben einen hohen Reizwert, aber sie sind wegen ihrer Gestaltmängel im Wachbewusstsein nicht perzipierbar. Bei den unbewußten Inhalten ist die Gesamtsituation gewiß anders, aber es liegt nahe, mindestens eine formale Übereinstimmung zu

¹ Lorenzer verweist auf tachistoskopische Versuche Pötzls (1917, 1919) zu subliminal aufgenommenen Stimuli, die nicht zur Aufnahme im Bewusstsein gelangen, sich aber als Trauminhalte gegen bewusst wahrgenommene Inhalte durchsetzen. Nicht umsonst ist es beispielsweise in Deutschland verboten, in Kinofilmen Werbebotschaften einzublenden, die so kurz erscheinen, dass sie unter der Wahrnehmungsgrenze des Auges bleiben.

unterstellen: Da wie dort besteht eine nicht perzipierbare Gestalt – jedenfalls nicht im Wachbewusstsein.“ (Lorenzer 1970b, S. 72).

Den Umstand des Gestaltmangels müssen wir im Hinterkopf behalten, wenn wir der Entfaltung des Symbolbegriffs Lorenzers weiter folgen. Wenn nämlich mit Cassirer (1960, S. 76; zit. nach Lorenzer 1970b, S. 48) gelten soll, dass „für das symbolische Denken (...) unerlässlich [ist], eine genaue Unterscheidung zwischen Wirklichem und Möglichem, zwischen Tatsache und Ideal vorzunehmen“, weil „ein Symbol keine Realexistenz als Teil der natürlichen Welt [hat]; es hat eine Bedeutung“, so muss hier mitgedacht werden, dass der Gestaltmangel, die nicht perzipierbare Gestalt, für blinde Kinder in weitaus größerem Maße „existiert“ (oder eben nicht existiert) als für sehende, und dass das weitreichende Folgen für die Unterscheidungsfähigkeit zwischen Phantasie und Realität hat.

Neben der Frage nach der Symbolbildung kleiner Kinder unter der Bedingung von Blindheit, ist die Frage nach der Symbolbildung im therapeutischen Prozess zu stellen.

Das, was in der Musiktherapie geschehen soll, ist Symbolbildung durch die Deutung der Inszenierung von Übertragung und Gegenübertragung.

Da, wie aufgezeigt, der sprachliche Rahmen nicht immer trägt, weil eine Sprachgemeinschaft in Teilen nicht besteht, bietet sich Kunst im weiteren und Musik im engeren Sinne an, die Welt festgelegter Denotate zu verlassen und in die Weite konnotativer Zuschreibungen in kreativer Weise zu nutzen – oder es zu versuchen.

Die verschiedenen Formen der Symbolbildung: Präsentative und diskursive Symbole

„Die Sprache“, so schreibt Langer, ist „unser getreuestes und unentbehrliches Abbild all unserer Erfahrung, der Welt und ihrer Ereignisse, des Denkens, Lebens und Zeitverlaufs überhaupt“ (Langer 1992/1984, S. 87). Gegenstand und Bezeichnung stehen in festgelegter Beziehung, dem Denotat. Die Einzelteile sind nach logischen – diskursiven – Prinzipien geordnet. Was sich in reihenhaften Strukturen der Sprachgesetze nicht ausdrücken lässt, bleibt ungesagt.

Langer hebt ab auf den „Charakter des Gefühls“, den man ‚als Anzeichen dafür, wie der Geist einen Gegenstand erfaßt‘ nehmen kann. Die Sprache ist gänzlich ungeeignet, dergleichen zu artikulieren“ (ebd., S. 106).

„Es gibt jedoch eine bestimmte Art des Symbolismus, die wie geschaffen ist zur Erklärung des ‚Unsagbaren‘, obgleich ihr die Haupttugend der Sprache, die Denotation, abgeht. Der höchst entwickelte Typus einer solchen rein konnotativen Semantik ist die Musik“ (ebd., S. 107), weil sie aufgrund ihrer Abstraktheit in besonderem Maße geeignet ist, allein durch ihre Formenbildung emotive Erfahrungen zu veranschaulichen, denn die Musik weist strukturelle Analogien zum Körper- und Affekt(er)leben auf.

„Wie die erste Wirkung, welche die Sprache auf die geistige Entwicklung ausübt, so besteht die bleibende Wirkung der Musik darin, daß Dinge begreifbar, nicht daß Aussagen gespeichert werden. Nicht zur Kommunikation, sondern zur Einsicht verhilft uns die Musik, zum Wissen darum, was es, schlicht gesagt ‚mit den Gefühlen auf sich hat‘“ (ebd., S. 239).

Auf Höhe der Primärorganisationen nimmt Lorenzer mit Langer die präsentativen Symbole an. Präsentative Symbolik ist nicht Darstellung von Gemütsbewegungen, sondern das „logische Bild“ von Emotionen, bringt ihre Gehalte nicht nach Art eines gegliederten festen Vokabulars zum Ausdruck, sondern ist als semantischer Ausdruck zu verstehen. Wie in der Situation der Spracheinführung wird auch beim präsentativen Symbol ein Erlebnisgehalt auf einen Begriff gebracht: Sprachloses wird zum Ausdruck und zeigt dialogische Struktur. Während allerdings in der Phase der Spracheinführung auf ein bestehendes Vokabular zurückgegriffen wird, meint die präsentative Symbolbildung – etwa in Form künstlerischer Kreativität – eine Neueinführung einer Darstellungsfigur, die ein noch ungefasstes Erleben vor dem Hintergrund diskursiv definierter/definierbarer Umwelt artikulieren soll. Gebräuchliche Formelemente werden aufgelöst. Beides, das Geschehen in der Mutter-Kind-Beziehung wie die schöpferische Kreativität in der Kunst – und in der Musiktherapie, wie ich ergänzen möchte –, legt „durch ihre Formenbestimmung Figuren der Emotionalität [fest]“ (Lorenzer 1970b, S. 117).

Um Symbole in ihrem „Erscheinungsbild“ zu verstehen, schlägt Lorenzer das Instrument des Szenischen Verstehens vor, und ich nehme den Vorschlag auf. Wenn nämlich Kunst Emotionalität artikulieren soll, so ist „präsentative Symbolbildung als *Prozeß* der Verständigung eines oder mehrerer Individuen (...) Einigung über Interaktionssymbole, genauer gesagt: gemeinsam verbindliche Formulierung von bis dahin unbegriffenen, weil außerhalb des Konsenses stehenden Verkehrsformen“ (Lorenzer 1972, S. 117). Im Hin und Her zwischen einem Bild und einem Prozess soll erkundet werden, wie die Symbolbildung blinder Kinder vonstatten geht.

„Über ‚künstlerische Dialogsituationen‘ werden abgewiesene Protosymbole (abgewiesen in der primären Sozialisation) mobilisiert und in den allgemeinen Konsens als neu zugelassene Symbolformationen aufgenommen“ (Lorenzer 1972, S. 120). Ungewohntes kann in einer kreativ-künstlerischen Situation Dialog werden.

In der Dyade

Symbolisierungsprozesse in ihren Anfängen werden heute in unterschiedlicher Weise konzipiert, z.B. als solche der Psychisierung oder Mentalisierung (Fonagy und Target 2002a, 2005). Ich fasse das Geschehen zwischen dem blinden Kind und mir in der klinischen Situation der Musiktherapie u.a. mit Begrifflichkeiten von Bion, wonach körperliche Prozesse des Kindes von ihm schrittweise repräsentiert und zu psychischen Inhalten werden. Und zwar aus einem ganz bestimmten Grund:

Bions theoretische Modelle entspringen wesentlich seiner Arbeit mit psychotischen Menschen. Ich behaupte nicht, blinde Kinder seien „psychotisch“, allerdings meine ich (und werde es darstellen), dass auch blinde Kinder in einer fragmentierten Welt leben, wie es für psychotische Menschen angenommen wird: Ihnen sind in der frühesten Entwicklungszeit Zusammenhänge menschlicher Verhaltensweisen (in Sonderheit der Mutter) nicht in der konsistenten Weise zuteil geworden, dass sie daraus für sich ein stabiles Selbstempfinden, getragen von sicheren Subjekt- und Objektrepräsentanzen, hätten entwickeln können.

Bions Theorie von container/contained beschreibt Formen der Mutter-Kind-Beziehung unter zu Hilfenahme räumlicher Vorstellungen: innen und außen,

Gefäß und Inhalt. Das ist hilfreich, da an diesen Bildvorstellungen sehr offenkundig wird, dass eben dieses Gebundensein an räumliches Vorstellen zu reflektieren ist.

Mehr noch ist für meine Zwecke das Modell von Beta- und Alpha-Elementen als Verwandlung roher Sinnesdaten in verfügbare psychische Inhalte mittels einer Alpha-Funktion hilfreich, denn die blinden Kinder ließen erkennen, dass sie sich – weitgehend im Empfinden „ozeanischer Ungebundenheit“ des autistisch-berührenden Modus nach Ogden (2006) lebend – von Fragmenten umgeben, gestört oder überwältigt fühlten, was m.E. spezifische Ängste und Traumatisierungen nach sich zog. Bion hat reale und psychische Fragmente mannigfacher Art unterschieden und in ihrem Verhältnis zum Individuum gedacht und damit eine Fülle an Vorstellungshilfen geliefert. Anders als Lorenzer hebt Bion eine Intention des Säuglings in den Vordergrund seiner Überlegungen: sein Konzept, nach dem der Säugling über Präkonzeptionen verfüge, die anhand stattgehabter Realisierungen zu Konzepten würden, kontrastiert das, was Lorenzer über die Wandlung von kindlichem Körper-Bedarf in Bedürfnis schreibt, wenn er (Lorenzer) von der Einschreibung mütterlich vermittelter Sozialisationsformen ins Kind innerhalb der Einigungssituationen im interaktiven Zusammenwirken von Mutter und Kind spricht.

Ich arbeite mit Modellen beider Autoren.

Endlich ist das Konzept der paranoid-schizoiden und der depressiven Position, welches Bion von Melanie Klein übernommen (und erweitert) hat, für meine Überlegungen von zentraler Bedeutung. Demnach kann die depressive Position nur erklommen werden, wenn u.a. Trauer um ein verlorenes Objekt erlebt werden kann.

Konzepte der Symbolisierung

Vor dem Hintergrund der genannten psychoanalytischen Konzepte werden Modelle der Entwicklung einer Symbolisierungsfähigkeit für Dyade (Gergely et al. 2002) und Triade (Hobson 2003) herangezogen und bei Bedarf im laufenden Text kurz erläutert. Gergely benennt besondere Charakteristika im Prozess des Interagierens von Mutter und Kind und ihre Auswirkungen auf die Fähigkeit des Kindes, Interaktionen und Objekte als bedeutend zu erleben. Hobson beschreibt

am Vorgang des Zeigens die kindliche Entwicklung, wenn das Kind einen Gegenstand nicht mehr erlangen, sondern über ihn kommunizieren möchte.

Ein übergeordnetes psychoanalytisches Modell von Symbolisierungsprozessen bzw. einer Entwicklung zur Fähigkeit dazu übernehme ich von Money-Kyrle (1968; in Hinshelwood 1993), welcher drei Stufen der Entwicklung einer Symbolisierungsfähigkeit nach Kleinianischem Verständnis beschreibt.

Streng genommen ist die Stufe 1 nicht Repräsentation, da zwischen Objekt und Symbol nicht unterschieden wird. Diese drei Schritte sind wesentliche Bestandteile der Entwicklung hin zur depressiven Position und ihrer Bewältigung:

1. Konkrete Repräsentanz körperlicher Sensationen: Sobald sie bewusst werden, kommt es zur bewussten Phantasie von einem Objekt, das vollkommen real ist.
2. Ideographen: Die Umwandlung von Beta-Elementen in brauchbare psychische Inhalte lässt nach Bion Ideographen (visuelle Bilder) entstehen und/oder die Ausstattung der Träume (Alpha-Elemente).
3. Verbalisierung: Ideographen (Alpha-Elemente) eignen sich, sobald sie gebildet worden sind, zur Produktion von Träumen oder entwickeln sich weiter zu Symbolen in Form verbaler Repräsentanz.

Der erste Entwicklungsschritt vollzieht sich von konkreter Repräsentanz hin zu der Phase der Ideographen. Schritt zwei, von der Position der visuellen Bilder hin zur sprachlichen Repräsentanz, beschreibt die Entwicklung hin zur eigentlichen Ich-Bildung. Mit Erreichen der dritten Stufe kann von „Ich“ gesprochen werden. Funktion von Symbolen ist es, als Container¹ der projektiven Identifizierung emotionaler Zustände zu dienen. Schritt eins und zwei sind davon abhängig, dass eine Alpha-Funktion adäquat operiert. Versagt die Alpha-Funktion, so werden Objekte ihrer Funktion entkleidet und nehmen verfolgenden Charakter an, was zu einem Zustand pansicher (namenloser) Angst führt.

Die Alpha-Funktion kann aufgrund einer expressiven Frustration versagen, sodass eine Präkonzeption mit einer Realisierung nur so selten zusammentrifft, dass sich keine Konzeption entwickelt noch die Fähigkeit, Gedanken zu denken (Hinshelwood 1993, S. 639 f).

¹ Zur Schreibweise des Begriffs container: Ich verwende das Begriffspaar container/contained in englischer Schreibweise klein geschrieben, hingegen den allein stehenden Begriff in eingedeutschter Schreibweise als „Container“.

Ich werde im Folgenden die Etappen der Symbolbildung, wie sie sich mir in der Musiktherapie zeigte, darstellen und die genannten Begrifflichkeiten dafür verwenden. Da es mir darum geht, einen Anfang in besagter Fragestellung zu machen, beschränke ich mich: Man kann nicht alles auf einmal schreiben. Hier also der Versuch, eine begriffliche Fassung eines Phänomens anhand praktischer Erfahrungen in der Musiktherapie vorzunehmen, nämlich der Tatsache, dass etwas nicht Vorhandenes eine Beziehung maßgeblich beeinflusst und welche Auswirkungen dies auf die blinden Kinder haben kann, solange dieses Fehlen nicht gedacht, reflektiert, eben symbolisiert werden kann – von wem auch immer.

Ich gehe davon aus, dass es in der Entwicklung geburtsblinder Klein- und Vorschulkinder blindenspezifische Formen von Symbolisierungsstörungen geben kann (nicht muss!), welche in der Musiktherapie reflektiert und repräsentiert werden können, und zwar ausdrücklich in der *Musiktherapie*. Allerdings dies nicht, weil (wie oft behauptet wird) Musik für Blinde „gut“ sei, sondern deshalb, weil die Musiktherapie erstens ein Prozess-Medium ist und sich in musikalischen Prozessen Äquivalente zu Körperprozessen finden lassen und zweitens, weil Musiktherapie die Möglichkeit bietet, akustische „Ereignisse“ des Kindes als körperlich bewegt-tönend-beschreibende Äußerungen des Kindes zu *begreifen* und die antwortenden der Musiktherapeutin ins Erleben der blinden Kinder „einzufädeln“ und später sehr deutlich in bewegte und tönende und deskriptive Elemente mit je eigenen Aussagen wieder aufzuschlüsseln. D.h. dezentrierende und zentrierende Bewegungen gehen der Fokussierung voraus – und folgen ihr, wie es nur in musikalischen Verläufen möglich ist.

Das Szenische Verstehen

Wie sollen nun all’ die genannten Theorien „auf einen Nenner gebracht“ werden? Lorenzer entwickelte eine Meta-Theorie, die darüber Auskunft gibt, wie die Anwendung verschiedener Theorien zu denken und durchzuführen sei.¹

Allgemein kann gesagt werden, dass das „Szenische Verstehen“ nach Lorenzer die dritte und letzte Etappe eines psychoanalytischen Erkenntnisweges ist. Dem „szenischen Verstehen“ gehen das logische und das psychologische Verstehen des

¹ Der Leser mache sich die Mühe, eine detaillierte Darstellung des Szenischen Verstehens im Anhang (S. 258) zu suchen. Ich setze Kenntnisse psychoanalytischer Theorien und Meta-Theorien voraus, so auch diese.

Patienten/Klienten durch den Analytiker/Musiktherapeuten voraus. Der Therapeut legt dabei zunächst seine eigenen lebenspraktischen Vorannahmen an das in der Therapie Erlebte an, um ein Verstehen des Patienten innerhalb seiner (des Patienten) Lebenswirklichkeit zu erlangen. In Auseinandersetzung mit psychoanalytischen und musiktherapeutischen Theorien (Lorenzer nennt sie „verstandene Verhaltensformen“) wird auf gruppenspezifische Besonderheiten und zum Schluss auf allgemein menschliche Verhaltensweisen geschlossen. Im Fokus stehen dabei sinnlich verarmte, zerfaserte oder zerbrochene Verhaltensweisen, und zwar ganz vorrangig deren besondere Struktur (nicht so sehr die Inhalte). Ziel ist es, das gemeinsam in coenästhetischer Weise Erlebte (dem Erleben in der Dyade gleich) in (die symbolische Form der) Sprache zu fassen. Dabei wird das gemeinsame Erleben in seiner spezifischen musikalischen Form aus diakritischer Perspektive betrachtet, als präsentatives Symbol verstanden und der Einigungsprozess im gemeinsamen Tun einer (zunächst noch unverständenen) Deutung gleichgesetzt. Subjekt ist die therapeutische Dyade. Dabei gilt mir das Verhalten der untersuchten Kinder als Niederschlag (bisher stattgehabter) zwischenmenschlicher Verhältnisse. „Individuelle Strukturen sind Produkte. Die Grundelemente individueller Strukturen werden allesamt hergestellt in einem (...) praktisch-dialektischen Prozeß, der – kontrapunktisch zur großen Auseinandersetzung des Menschen mit äußerer Natur – Auseinandersetzung mit innerer Natur [des Kindes, HWB] ist“ (Lorenzer 1976, S. 223). Der Weg zur diskursiven Fassung des „Subjektes (in) der Musiktherapie“ führt von der präsentativen Form des Musikalischen über eine bilderreiche, malende Sprache hin zur abstrakten Fassung der „Inhalte“. Dabei gilt, dass nie in Sprache aufgenommene bestimmte Interaktionsformen sich als „Lücken“ bestimmen lassen, deren spezifische Form in der Musiktherapie erkannt werden konnte, benannt wurde und im weiteren Gegenstand meiner Überlegungen sein wird.

Hermeneutik

Eine psychoanalytisch aufgestellte Musiktherapie sucht nicht danach, ausschließlich Einzelerlebnisse des blinden Kindes zu symbolisieren, sondern sie sucht Sinnzusammenhänge in ihren sprachlichen und interaktiven Strukturen. Dies geschieht in der hermeneutischen Aufarbeitung der Differenz von Kind und Musiktherapeutin. In dem hier beschriebenen Fall einer Musiktherapie mit

geburtsblinden Kindern kreist die Problematisierung der aufzuarbeitenden Verhaltensweisen nicht um Resultate von Verdrängungsprozessen, sondern wesentlich um Auswirkungen von Spaltungsprozessen.

Meines Erachtens trägt das Erleben abbrechender Interaktionen bzw. einbrechender Objekte in der Dyade wesentlich dazu bei, dass sich weder sichere Objekt- noch Subjektrepräsentanzen (des blinden Kindes) ausbilden noch Sicherheit über Interaktionen und ihre Bedeutung einstellt. Das Gefühl absoluter Unsicherheit und Ausgeliefertheit führt dazu, dass Spaltungs- und Omnipotenz Tendenzen bis ins Alter von sechs Jahren andauern und die depressive Position (Klein) nicht erlangt wird. Die Beziehungsformen in der Musiktherapie tragen den Charakter von Bruchstücken der Sozialisation. Sie symbolisieren die Interaktionsstrukturen der blinden Kinder, ohne, dass sie den Kindern selbst verfügbar wären. Subjekt des hermeneutischen Feldes in der Musiktherapie ist demzufolge zunächst die Dyade von blindem Kind und Musiktherapeutin (Lorenzer 1976). Um es mit Lorenzer zu formulieren: Genau an der Brechung der (meiner) eigenen lebenspraktischen Vorannahmen entwickelte sich meine Fragestellung und in der Irritation szenischer Erwartung suchte ich nach Antworten. Meine lebenspraktischen Vorannahmen mussten dazu problematisierbar und reflektierbar sein, d.h. als symbolische Interaktionsformen funktionieren, mit einem Wort „bewusst“ im Verstehensprozess einsetzbar sein. Ich musste mich fragen, mit welchem Arbeitsmodell eines „Menschenbildes“ und seinen Verhaltensweisen ich im therapeutischen Prozess tätig war. Die für ein Verstehen tauglichen Modelle mussten sprachlich intakt sein.

Die Schwierigkeit, einen Forschungsgegenstand erkunden zu wollen und gleichzeitig die eigene sprachlich-theoretische Verortung zu hinterfragen – und dies alles in einem Feld, das arm an Spiegelprozessen, aber reich an Bombardement durch Beta-Elemente bzw. projektive Identifizierungsvorgänge ist – stellt eine große Belastung des psychischen Gleichgewichts dar.

Hier sind wir ans Ende der ein- und hinführenden Informationen gelangt.

In Teil II wird anhand von ausgewählten Beispielen dargestellt, was sich in der Musiktherapie abspielte, und die Entwicklung der blinden Kinder, wie ich sie beobachtet habe, sowie die Rolle der Musik diskutiert.

Teil II

II.1 Erste Entwicklungsphase: Kontaktaufnahme und Entstehung von Erwartungen – Von namenlosen Formen zu Reihen

Einführung in Teil II

In der musiktherapeutischen Praxis muss zunächst die Frage Beachtung finden, in welcher Weise das blinde Kleinkind Beziehung aufnehmen kann.

Für blinde Kinder gilt, dass die Möglichkeiten, Objekte zu erreichen, eingeschränkt sind (Warren 1984). Eine Objekt Konstanz entwickelt sich nach Fraiberg (1968) 3 – 5 Jahre später als bei sehenden Kindern. Die blinden Kinder haben große Schwierigkeiten, Ich und Nicht-Ich voneinander zu unterscheiden. Dies bezieht sich auf die Unterscheidung des eigenen Körpers von anderen Gegenständen, auf Gedanken und Gefühle (Meščerjakov 2001). Die kognitive Entwicklung blinder Kinder ist nach Lowenfeld (1948) vor allem deshalb oft verzögert, weil die Menge und Unterschiedlichkeit von Erfahrungen eingeschränkt ist, die Möglichkeit, sie zu bekommen geringer ist als bei sehenden Kindern und die Kontrolle von Umgebung bzw. dem Selbst im Umgang mit der Umgebung eingeschränkt ist. Während die Sichtigkeit für die Bildung von Konzepten und Strategien für sehende Kinder sehr hilfreich ist, müssen blinde Kinder auf andere Hilfen zur Konzeptbildung zurückgreifen. Solche Konzeptbildungen sind im Gegensatz zu Visus-gestützten aber nie simultan, sondern immer sukzessiv. D.h. sie benötigen u.a. Zeit.

Das Setting

Alle 14 Tage kam ich mit Keyboard und einem Korb voller kleinerer Instrumente wie Handtrommel, Schellentrommel, Glöckchenstab und -bändern in mehrfacher Ausführung, Glockenspiel, Kalimben verschiedener Größe, Rasseln verschiedener Größe und unterschiedlichen Materials, Bürsten aller Art (Zahn-, Hut-, Pilz-, Kleider-, Topf-, Flaschenbürsten etc.), Küchengeräten wie Quirl und Schneebesen verschiedener Art. Zuweilen war die Gitarre dabei, das Knopfakkordeon, das Cello, das Waldhorn, Boomwhackers, eine Zither oder ein kleines Monochord. Das Keyboard lag immer auf dem Boden. Der Korb stand immer daneben.

Die Therapie fand in einem abgeschlossenen Raum im Hause der Eltern statt: das war das Arbeitszimmer des Vaters, ein Kinder- und Spielzimmer, die „gute Stube“. Eine Musiktherapie-Einheit dauerte maximal 40 Minuten.

Um einen „therapeutischen Raum“ vom allgemeinen Alltagsgeschehen abzugrenzen, brachte ich anfangs einen Teppich mit, auf dem wir sitzen sollten. Schnell stellte sich heraus, dass eine weiche Unterlage viele Geräusche und Aktionen verhindert und der normale (meist harte) Fußbodenbelag besser geeignet ist, dem Kind eine sichere Orientierung zu geben.

Die Eltern waren darüber informiert, dass ich herausfinden wollte, in welcher Weise sich ihr Kind durch Musik ansprechen ließ und wie es mit den Instrumenten und mir Kontakt aufnahm mit dem Ziel, mehr oder anderes über seine Entwicklungsformen und -möglichkeiten zu erfahren.

Fazit zum Setting

Der 14-Tage-Rhythmus führte dazu, dass ich den Eindruck gewann, die Musiktherapiestunden seien für die Kinder wie einzelne Inseln: Die Abstände waren so groß, dass eine kontinuierliche Weiterarbeit an begonnenen Themen nur in Ausnahmefällen möglich war. Dennoch möchte ich von einer Entwicklung der Kinder sprechen. Welchen Anteil an der Entwicklung die Musiktherapie hatte oder ob sie vielmehr zum Erscheinen und Erklingen brachte, was sich auf anderen Lebensfeldern der Kinder (bisher unbemerkt) zutrug, ist von Fall zu Fall unterschiedlich zu beantworten und wird im Folgenden dargestellt.

Erhebung und Auswertung der Daten¹

Das von mir gesammelte Fallmaterial von 201 Musiktherapieeinheiten wurde wie folgt ausgewertet: Aus jedem Stundenprotokoll wurde ein Stichwortkatalog der Vorkommnisse erstellt. Merkmalgruppen waren z.B.:

¹ Mittels einer Fragebogenerhebung habe ich versucht, den Stellenwert der Musik im Leben der Kinder, wie ihn die Eltern ausmachen können, zu bestimmen. Es kann grob gesagt werden, dass die meisten Eltern Musik als pädagogisches Hilfsmittel schätzten (Zähl- und ABC-Lieder), dass sie Musik in Übergangssituationen einsetzten (gleich gibt es Essen, Schlafen gehen, zum Einkaufen fahren wollen, etc.) oder dem Kind zum Genuss oder Zeitvertreib anboten. Vier von sechs Müttern schätzten die Musikalität ihres Kindes hoch ein, zwei wussten es nicht. Drei von sechs Müttern schickten sich an, Musikunterricht für ihr Kind zu organisieren. – Weil meine Fragestellung recht unspezifisch war, habe ich auf eine Darstellung meiner Fragebogenaktion hier verzichtet.

- Verhalten des Kindes: z.B. es bewegt sich nicht, es bewegt sich stereotyp, es ist durchgängig unruhig oder angespannt, etc.
- Kontakt des Kindes zu Instrumenten: Gebrauch der Instrumente (daran lutschen, hinein beißen, damit werfen, im Falle des Keyboards: sich darauf legen, etc.); Menge der Instrumente (ein Instrument oder mehrere gleichzeitig); Verwendung (ein Instrument steht für etwas anderes); etc.
- Kontakt zur Musiktherapeutin oder Verwendung der Musiktherapeutin wie ein unbelebter Gegenstand: kommt es zu gemeinsamer Aktion oder geteilter Aufmerksamkeit oder nicht
- Besonderes Thema: gibt es ein herausragendes Thema, das mit einem Schlagwort oder Satz zu benennen ist
- Interventionen: welche, wie oft, wann; Reaktionen des Kindes auf meine Interventionen: ohne Reaktion, heftige Attacke gegen Instrument oder mich, Antwort
- Länge der Stunde, Form von Anfang und Ende: wie kommt das Kind, wie trennt es sich (z.B. geht grußlos davon)
- Besondere Vorkommnisse: Kind geht zur Toilette – die Stunde ist nur kurz unterbrochen oder bricht ganz ab; das Kind hat einen epileptischen Anfall oder einen Schreikrampf
- Eltern: wie verabschieden sie das Kind, wie verabschieden sie sich selbst; bleiben sie anwesend; wie gestaltet sich der erste Kontakt nach der Musiktherapie zum Kind und/oder zur Musiktherapeutin

Die 201 Stichwortsammlungen (Karteikarten) wurden nach verschiedenen Kriterien grob quantifiziert, systematisiert und immer wieder neu geordnet. Ordnungsgruppen waren z.B.:

- Bei allen Kindern auftretende Phänomene: z.B. das stereotype Manipulieren von Gegenständen; das Hopsen auf der Stelle derjenigen Kinder, die laufen konnten; Äußerungen von Missbehagen (das Kind zieht die Schultern hoch, hat eine marmorierte Haut, etc.) und der Umstand, nie etwas zu vermissen (z.B. die Gegenwart der Mutter)
- Phänomene, die von Anfang bis Ende blieben: z.B. das Lutschen an Instrumenten

- Phänomene, die verschwanden: z.B. das Beißen, Spucken, Kratzen; aber auch die „Gleichgültigkeit“ gegenüber Personen oder Ereignissen
- Phänomene, die neu hinzu kamen: z.B. gemeinsames Singen und gemeinsames Schweigen; Trauer beim Schluss einer Stunde
- Phänomene, die nur bei den mehrfach behinderten Kindern¹ auftraten (z.B. Mutter wird bis zum Ende der Therapie nicht vermisst) und solche, die nur bei den ausschließlich blinden Kindern² auftraten (z.B. sprechen, erzählen, Geschichten ausdenken; mich mit Namen anreden; Mutter soll etwas hören, das wir in der Stunde ausprobiert haben)
- Sechs Entwicklungsverläufe von der ersten bis zur letzten Stunde

Mein Ziel dabei war, vor dem Hintergrund bekannten Materials über das Verhalten blinder Kinder neue Eigenschaften des kindlichen Verhaltens zu finden. Dazu las ich meine Daten im Hinblick auf theoretische Konzepte sozusagen quer. Um von der Analyse qualitativer Daten zu einer Theorieentwicklung zu kommen, war ein ständiges Vergleichen (also ein zeitgleiches Kodieren und Analysieren der Daten) notwendig.

„Die Methode des ständigen Vergleichens unternimmt (...) keinen Versuch, sich der Universalität oder der Unanfechtbarkeit der als kausalen Erklärungen oder anderer vorgebrachten Eigenschaften zu versichern. (...) Da es ihr nicht um Beweise geht, bedarf die Methode des ständigen Vergleichens (...) der Sättigung durch Daten – sie muss weder alle Daten in Betracht ziehen, noch muss sie die Daten einzig auf klar definierte Fälle einschränken“ (Glaser und Strauss 2005, S. 110).

Die Daten wurden in Analysekatoren eingordnet, durch das Vergleichen konnten Eigenschaften von Kategorien bestimmt, sowie Zusammenhänge und Bedingungen bestimmter Vorkommnisse benannt werden.

¹ Zu den drei mehrfach behinderten Kindern zähle ich auch ein Mädchen, von dem mir Testergebnisse nicht bekannt waren. Es wies allerdings Spitzfüße auf, hatte keine Daumenopposition und lief und sprach nicht.

² Zu den ausschließlich blinden Kindern zähle ich auch zwei Kinder, die neben der Blindheit weitere körperliche Beeinträchtigungen hatten, aber in ihrer Beweglichkeit nicht eingeschränkt waren und keinerlei geistige Behinderung zeigten.

Z.B. wurde mir deutlich, dass keines der blinden Kinder anfangs so etwas wie eine Erwartungshaltung in Bezug auf die Klänge (der Instrumente) zeigte, dass vielmehr Lust oder Unlust an Bewegungen eher zufällig Geräusche nach sich zogen, die die Kinder eher an sich selbst verorteten als an den Instrumenten. Hier waren mir Ausführungen zur Entwicklung und psychoanalytischen Deutung des kindlichen Zeichnens sehr wertvoll (Lowenfeld 1957, Winnicott 1980/1977, Widlöcher 1984, Brosat und Töttemeyer 2007), weil das Zusammenspiel aus körperlichen Fertigkeiten und psychischen Fähigkeiten in der Auseinandersetzung mit dem Material (Stifte brechen ab, das Papier hat einen Rand, also ein „Ende“) hin zu einem Produkt, welches das sehende Kind antizipiert hat, aufgezeigt wird. Es heißt, der Arm führe zunächst und das Auge folge, was sich im Laufe der Entwicklung umkehre. Analoges ließ sich in der Musiktherapie beobachten.

Indem ich Kategorien kindlichen Verhaltens und deren Eigenschaften (z.B. Begleitumstände des Auftretens) immer deutlicher bestimmen konnte, verließ ich die beschreibende Ebene, formulierte Erklärungen und entwickelte endlich eine Theorie über ein Modell der Symbolbildung dieser sechs Kinder. Musik war dabei das Medium unserer Begegnungen.

Zur Auswahl des hier vorgestellten Fallmaterials

Aus den Kategorien wählte ich solches Fallmaterial, das im Kontakt eines jeden Kindes zu mir auftrat.

1. Es gab eine Form der frühen Kontakte, die alle Kinder zu Anfang einer jeden Stunde zeigten (mindestens in den ersten 3 Stunden, bei manchen Kindern auch 15 Stunden lang) und eine weitere Form früher Kontakte, die in abgeschwächter Weise auftrat, kürzer und seltener, aber bei allen Kindern. Nur eines der Kinder schien diese zweite Form des Kontaktes zu bevorzugen, weshalb ich sie kürzer darstelle.

Weiterhin musste dieses Material Veränderungen aufweisen: entweder veränderte das Kind sein Verhalten oder ich meines, weil ich etwas begriffen hatte, was wiederum zu Reaktionen des Kindes führte.

2. Das (mutmaßliche) Erleben eines Umgebenseins von unverbundenen Teilen des blinden Kindes und sein Umgang mit mir als einem „Teile-Reservoir“ stellt die zweite Kategorie dar, die sich im musikalischen Miteinander veränderte und unsere Beziehung nachhaltig vertiefte.

Die dritte Kategorie betrifft das Entstehen einer geteilten Aufmerksamkeit für ein Drittes.

3. Die Symbolverwendung durch das Kind und einen gemeinsamen Austausch darüber hat es ausschließlich bei den drei blinden Kindern gegeben, die sprechen konnten. Nichtsdestotrotz werte ich bestimmte Verhaltensweisen eines Kindes als symbolischen Ausdruck für sein Leben und Sein in seiner Welt.

Die vierte Kategorie betrifft meinen Prozess des Verstehens, wenn man so will meine Möglichkeit, etwas Fehlendes zu symbolisieren.

4. Dieses „Fehlende“ (zwischen den blinden Kindern und mir) hat eine charakteristische Qualität, von der ich berichten werde.

Diese vier Kategorien fügte ich mit aller Vorsicht und Vorläufigkeit zu dem hier vorgestellten Modell einer Entwicklungsreihe zusammen, deren Phasen nacheinander und immer in dieser Reihenfolge auftraten.

Modell der Musiktherapie mit sechs geburtsblinden Kindern

Erste Entwicklungsphase: Von namenlosen Formen zu Reihen

Musikalische Verläufe, die als typisch in der Phase der Annäherung auszumachen waren – und Annäherung bedeutet hier: wie bemerkte das Kind die Musiktherapeutin oder die Instrumente?, und: wie kam es zu Interaktionen? –, zeichneten sich durch eine Entwicklung von (bzw. eines Bewusstseins für) Reihen bzw. Reihungen aus, die sich aus einem Zustand der Ungeschiedenheit des Kindes entwickelte.

Zweite Entwicklungsphase: Von Fragmenten und Containern – Symptombehandlung und die Entstehung von Bewusstsein für Körpergrenzen

Es etablierte sich eine Form von Bezogensein, die zunächst von Ab- und Einbrüchen gekennzeichnet war und zu einem Bewusstsein von Trennung und Getrenntsein führte.

Dritte Entwicklungsphase: Von Rhythmen in die Welt der Geschichten

Das Kind brachte Musik zum Verschwinden und eine „Leerstelle“ wurde symbolisiert.

Vierte Entwicklungsphase: Der Blick aus entfernter Perspektive auf die Musiktherapie

Die Frage, was in der Musiktherapie für die Beziehung konstitutiv war, lässt sich beantworten. Formen der Symbolisierung und die Rolle der Musik können benannt werden.

Weiteres Material

Ich habe weiteres Material angefügt. Es sind meine Gedanken zum Verwecheln von Ursache und Wirkung und zum Hopsen auf der Stelle. Ich habe die Gedanken aus den Erfahrungen entwickelt, die ich mit den Kindern in der Musiktherapie gesammelt hatte. Sie sollen meine Hypothesen verdeutlichen.

Zum Umgang mit den Daten der Kinder

Um die Persönlichkeiten der Kinder und ihrer Familien zu schützen, verzichte ich auf eine sehr genaue Beschreibung ihrer Lebensumstände, habe manche Details geändert, aber typische Merkmale herausgearbeitet. Mein Kenntnisstand über die Behinderungsursache und -art war und ist von Kind zu Kind sehr unterschiedlich. Ich habe für jede Entwicklungsphase, die ich darstellen werde, ein besonders typisches Beispiel ausgewählt.

Im letzten Kapitel werden alle Kinder noch einmal auftreten und ich werde beschreiben, wie wir sie verlassen.

Praktisches und Theoretisches: Zur Kleinteiligkeit meiner Darstellung

Ich habe mich entschieden, in/mit sehr kleinen Einheiten zu arbeiten. So beschreibe ich nicht ganze Stundenverläufe, sondern nur Ausschnitte, die charakteristische Merkmale aufweisen, die ich diskutieren möchte. Außerdem habe ich nach jedem Praxisbeispiel Gedanken und Reflexionen angeführt. Dies ist für Lesende anstrengend und stellt ihre/Ihre Geduld auf eine harte Probe. Angenehmer wäre es, zusammenhängende Geschichten zu lesen und Theoretisches im Anschluss gebündelt durchzuarbeiten. Es kann bei einer Forschungsdauer von 2 Jahren und durchschnittlich 33 Musiktherapie-Einheiten je Kind kaum von „längeren Therapien“ gesprochen werden, die einzelnen Stunden lagen soweit auseinander, dass die Veränderungen, die die Kinder zeigten, nicht unmittelbar auf die Musiktherapie zurückzuführen sind. Es kann daher nur das Material einer Stunde ausgelotet werden. Umfangreichere Konzepte zu erarbeiten bleibt späteren Arbeiten vorbehalten.

II.1.1 Kontaktaufnahme – Von der Notwendigkeit, ein blindes Kind vierfach zu spiegeln

Zur Darstellung der prägnanteren Form von Kontaktaufnahme – das Kind verharrt stumm und lässt sich ohne Gegenwehr berühren – berichte ich von Hanna. Zwischen ihr und mir traten die Phänomene, welche ich beschreiben möchte, am deutlichsten hervor. Es haben aber alle Kinder in den ersten Stunden ein Verhalten wie Hanna gezeigt.

Hanna war zum Zeitpunkt unseres Kennenlernens vier Jahre alt. Ein freundliches und zugewandtes Kind mit einem hübschen Gesicht und blauen Augen. Sie konnte nur über kurze Zeit frei sitzen, lief noch nicht und sprach bisher erst wenige Worte (Mama, Papa, aua). Hanna besuchte vormittags einen Kindergarten und hier die „integrative Gruppe“ gemeinsam mit anderen entwicklungsverzögerten Kindern, sie erhielt Physio- und Sprachtherapie. Verschiedene Untersuchungen und Testes hatten nach Angaben der Eltern über Behinderungen außer der Blindheit keine Hinweise gegeben.

Als Therapieziel wurde seitens der Eltern der Wunsch geäußert, Hanna solle sprechen und laufen lernen.

Der Beginn

Als die Mutter gegangen war, verharrte Hanna reglos auf dem Boden sitzend. Ob das Kind lauschte oder nicht war schwer auszumachen, es reagierte nicht auf Ansprache. Hanna reagierte auch nicht auf Geräusche oder Töne, die ich beim Auspacken der Instrumente machte. Zuweilen reagierte sie mit dem Anhalten des Atems auf einen bellenden Hund draußen auf der Straße, das Klingeln des Telefons oder eine schlagende Tür im Haus. Ansonsten herrschte Bewegungslosigkeit und Stille.

Erstes Beispiel „Kontakt entsteht“

Ausschnitt aus der 1. Stunde

Ich habe das Keyboard parallel zu Hannas ausgestreckten Beinen gelegt. Hanna kann nur kurz frei sitzen: Sie schwankt dauernd und fällt, ohne sich mit den Händen abzustützen, immer wieder zur Seite hin um. Auf meine Ansprache reagiert sie entweder nicht oder zuweilen mit einem fragenden aufwärts

modulierten „na?“. Auf die von mir angeschlagenen Keyboard-Töne reagiert Hanna nicht, bleibt schwankend in der Position, die sie hat. Mit den Armen vollzieht das Mädchen wiederholt kleine Bewegungen durch die Luft; Anfang und Ende der Bewegungen verlieren sich. Insgesamt ist Hanna in heiterer Gelassenheit anwesend, zeigt aber weder für den eigenen Körper noch für sie umgebende Dinge oder Personen ein Interesse.

Zunächst sitze ich ebenfalls mit ausgestreckten Beinen neben Hanna.

Auf meine Berührungen reagiert sie zunächst nicht: Ich streiche mit meiner Hand über einen Arm leicht aufwärts, dann abwärts und vokalisiere dazu aufsteigend bzw. abfallend. Hanna reagiert nicht, soweit ich es beobachten oder auch an der Muskelspannung fühlen kann. Ich ändere die Dynamik meines Streichens und Singens: Das letzte Stück abwärts erhält etwas mehr Druck und Schwung in der berührenden Bewegung und etwas mehr Lautstärke in der begleitenden Stimmführung. Der Weg den Arm hinauf endet nun ebenfalls mit einem deutlich vokalisiertem Endpunkt (einem „Ruck“ mit Atemstopp) auf der Schulter. Hanna reagiert mit einem Einhalten des Atems. Um besser handeln zu können setze ich mir Hanna locker zwischen meine ausgestreckten Beine.

Kurz darauf vollzieht Hanna eine sanfte, langsame Bewegung des rechten Armes und ich richte es so ein, dass sie mit ihrer nach unten geführten Hand auf meinem rechten Handrücken zu liegen kommt. Hanna reagiert nicht sichtbar auf die Berührung. Nun hebe ich meinen rechten Arm, Hannas Hand auf der meinen liegend, und führe vorsichtig, aufsteigend singend, eine kleine Bewegung nach oben aus, verharre kurz und führe die Arme, abwärts vokalisierend, wieder herab zum Boden. Dies wiederholt sich mehrmals und zunächst ohne eine dynamische Veränderung. Meine Aufmerksamkeit ist auf das Höchste gespannt. Ich will das Kind keinesfalls zu etwas bringen, das es nicht möchte.

Die gemeinsam vollführte Bewegung wiederholt sich mehrmals und endet auf dem Boden immer deutlicher mit meinem geschnauften Ausatmen – die Sache ist anstrengend – und ich puste heftig hervor: „geschafft!“, wenn wir mit den Händen am Boden angekommen sind. Oben in der Luft schwebend mit einem gehaltenen Arm singe ich einen gehaltenen Ton.

Die oben gehaltenen Arme und der gesungene Ton werden anstrengend, mir geht die Luft aus. So gebe ich dem gesungenen Ton nun einige Impulse, die ausdrücken sollen: „Es geht aufs Ende meiner Luft zu, tu was (wenn du willst).“ Ich singe:

uh? – uuuh?? – UUUH???” Hanna reagiert in dieser Stunde und in den folgenden zwei Begegnungen nicht.

Ausschnitt aus 4. Stunde

In der vierten Stunde vokalisiert das Kind die gemeinsam vollzogenen Bewegungen mit. Der Akzent der Bodenberührung wird nun mit „Bomm“ zum Wort, die schwebende, in der Luft gehaltene Bewegung „heißt“ „Aaaah – a – a – A – A? ???“. Hanna ist aufmerksam und kreischt vor Vergnügen, wenn sich der gehaltene Ton in der Luft mit einem dringlicher werdenden „Ah“ lösen zu wollen scheint und wir endlich beide wie befreit schnaufend die Spannung lockern und die Arme mit abfallendem Vokalisieren herab fallen lassen.

Diskussion

Ich unterbreche hier, weil ich diskutieren möchte, warum ich die Sequenzen vorstelle.

Der animierende Charakter von Instrumenten ist in der Musiktherapie zumeist ein visueller, er kam in der Musiktherapie mit der blinden Hanna nicht zum Tragen. Hanna fiel wiederholt um, ohne sich dabei abzustützen, sie bewegte schwebend die Arme ohne erkennbares Ziel. Propriozeptive Reize reichten nicht aus, damit Hanna das Gleichgewicht halten konnte. Sie erschien als Kind, welches in „ozeanischen Weiten“ lebend anscheinend kein Empfinden einer körperlichen oder örtlichen Orientierung oder einer „Körperhülle“ entwickelt hatte. Hanna vokalisierte mit, antwortete aber nicht, was ich als Indiz dafür werte, dass Hanna Ich und Nicht-Ich nicht unterschied.

Hanna machte nicht den Eindruck, als könne sie meine Absichten, Wünsche oder emotionalen Einstellungen erkennen. (Hier glich sie den anderen Kindern. Ab und zu war es drei Kindern möglich, meine Absichten zu erraten.)

In der Gegenübertragung entstanden in mir beim Anblick vor allem des Rückens des Kindes sofort Assoziationen von Schutzlosigkeit, Kälte, und dem Streichen der Zugluft über den kleinen Körper, der dadurch weiter auszukühlen schien. Hände und Füße erschienen (und waren) kalt. Das Schwanken des kleinen Körpers ließ Empfindungen von Haltlosigkeit, Verlorenheit in mir aufsteigen. Deutlich empfand ich in mir das Bestreben, das Kind zu stützen, zu schützen und zu wärmen. Ich deckte aber den Rücken des Kindes nicht mit einer Decke oder

meinen Händen zu, denn ich mochte nicht übergriffig handeln, indem ich einen (von mir vermuteten) Notstand einfach behob, sondern wollte die Botschaft verstehen lernen, die mir der kleine gebogene Rücken vermittelte. Ich fühlte mich angerührt und „angesprochen“: das Kind war mir ein gleichwertiges Gegenüber und kein bedürftiges Wesen.

Es war nach der Veränderung der Sitzposition deutlich zu spüren, dass sich Hanna mir „überließ“, also etwas bemerkt hatte und aufmerksam verfolgte. Meine Idee war, ihren Atem durch meinen zunächst unbedingt zu „halten“. Um ihren Atem allerdings besser/genauer begleiten zu können oder ihm antworten zu können, etwa, indem ich leicht selbst meinen Atem änderte, musste das „Halten“ an anderer Stelle – eben körperlich – erfolgen. So begab ich mich in die neue Sitzposition, nicht ohne mir darüber klar zu sein, dass dies ein Übergriff sein konnte, der später reflektiert werden musste. Es half nichts: Wollte ich dem Kind mehr Verständnis entgegen bringen und solches entwickeln, schien es keine andere Wahl zu geben, als dem Kind gegenüber körperlich anders präsent zu sein als nur neben ihm zu sitzen: ich richtete eine Halte- und eine Kommunikationsebene ein. Indem zunächst ich, dann wir beide Endpunkte von „Strecken“ unterschiedlich markierten, fand mein Erleben von „hier unten auf dem Boden ist Schluss“ und des „mir geht hier oben die Luft aus“ in enger Verknüpfung an das Kind seine Form. Inhalt und Form entwickelten sich. Ich fing an, Reihen als Reihen zu begreifen und Zeitabläufe als solche wahrzunehmen, was in mir ein Gefühl von Freude auslöste. Meine gesungenen Töne wurden mir bewusst als Träger emotionaler wie hindeutender Äußerungen. Es schien so, als hätten wir beide das Empfinden entwickelt, gemeinsam an etwas beteiligt zu sein, gemeinsam etwas zu schaffen.

Spezifisch ist, dass sich in der Tätigkeit meine Einstellung zum Kind entwickelte (gleichwertiges Gegenüber, kein bedürftiges Wesen). Ich erlebte das Kind und glich dies mit Verhaltensweisen und Befindlichkeitsäußerungen, die ich kannte, ab. Ich versuchte, Hanna zu verstehen. Nämlich nach Lorenzer auf logischem und psychologischem Weg,¹ indem und nachdem wir in Interaktionen beschäftigt waren. Es entstanden Strecken, Reihen, Endpunkte erstens als räumliche Haltepunkte, zweitens als „geteiltes Erlebnis“ zwischen Hanna und mir. Dabei

¹ Das Szenische Verstehen wird sich erst einige Wochen später einstellen.

entdeckte ich, dass jedes Tun, welches vokalisierend begleitet vonstatten geht, mehrere Botschaften in sich vereint: im berührenden Mitvollzug spiegelte ich taktil die kindlichen Bewegungen, in der vokalen Begleitung fand sich die Körperspannung Hannas in anderem Modus wieder. Dadurch erfuhr Hanna nicht nur, was sie tat, sondern konnte bemerken, dass ihr Tun eine Bedeutung hatte.

Theoretische Überlegungen

Nach Freud gilt, dass sich jede psychische Funktion aus einer körperlichen entwickelt. Das bewusste Ich neigt dazu, im psychischen Apparat die Kontaktfläche zur Außenwelt zu besetzen. Anzieu meint, das Haut-Ich diene dem Zusammenhalt der Psyche (1996/1985). Das Individuum, das sich auf die Erfahrungen des eigenen psychischen Lebens vorbereite, könne demnach die „archaischen Abwehrmechanismen wie Spaltung und projektive Identifikation nur [nutzen], (...) wenn es sich eines engen und stabilen körperlichen Kontaktes zu Haut, Muskeln und Handflächen der Mutter (...) sicher ist und wenn sich die Randbereiche der eigenen und mütterlichen Psyche wechselseitig einschließen“ (Anzieu 1996, S. 131 f). Anzieu stellt im Weiteren einen Zusammenhang her zwischen dem Erleben einer inneren Leere und dem Fehlen des stützenden Objekts in der frühesten Säuglingszeit. Dieses stützende Objekt dient der primären Identifikation, wenn/indem sich das Kind daran ankuscht und von ihm getragen wird. Bei diesem Ankuscheln passiert ja mehr, als dass das Kind einfach nur getragen würde. Es übertragen sich in der Form, wie die Mutter das Kind hält, deren Wünsche und Vorstellungen, die sie von dem Kind, aber auch von sich selbst in Beziehung zum Kind, hat. Die sichere Mutter wird das Kind fest genug halten, dass es sich nicht beengt, aber sicher gehalten fühlt. Die unsichere wird durch zaghaftes Berühren das Kind entweder nervös machen oder in Ängste, fallengelassen zu werden, stürzen. Durch Berührungen kann die Mutter das Kind necken, auch erschrecken, ihm Ablehnung oder Unaufmerksamkeit signalisieren. Kurz: Sie kann ihm Botschaften übermitteln durch die Art, wie sie das Kind berührt. Das Kind und seine heranreifende Psyche *ist* nach Anzieu und Ogden zunächst ganz Haut. Ganz nach Art der Umgangsformen der Mutter kann sich das Kind umhüllt fühlen (Anzieu spricht dann von dem Empfinden der Haut als einer Tasche) oder das Empfinden entwickeln, an seiner Haut „pralle die Außenwelt teilweise ab“ (Anzieu: die Haut fungiert als Barriere). Die Haut kann nach Anzieu

als Filter fungieren und „den Austausch und die Einschreibung der ersten Spuren“ regeln und damit „Vorstellungen überhaupt erst möglich machen“ (ebd., S. 130). Die Haut spiegelt nach Anzieu die Realität, d.h. sie gibt Auskunft darüber, welche Einflüsse innerer oder äußerer Art in der Psyche einen spezifischen Niederschlag finden.

Bald gesellt sich zur taktilen Hülle auch die auditive als Folge einer Wechselwirkung: in Echolalien und Echopraxien ahmen sich Mutter und Kind nach, und dadurch kann der Säugling allmählich seine Empfindungen und Gefühle als eigene wahrnehmen. Anzieu nennt dieses Wechselspiel eine Funktion mit zwei Anteilen: einem Gefäß und einem Inhalt. Anzieu verweist auf Bions container/contained-Modell und die Vorstellung der Wirkungsweise der Alpha-Funktion und meint, der Trieb eines Individuums werde „als Drang, als motorische Kraft wahrgenommen, wenn er auf Grenzen und spezifische Eintrittspunkte in den psychischen Raum trifft“ und bilde in der komplementären Wechselbeziehung zwischen der Haut und dem psychischen Kern die Kontinuität des Selbst. Ist die Behälterfunktion des Haut-Ichs schwach, so kommt es zu zwei spezifischen Ängsten: „die Angst vor einer diffusen, anhaltenden, auf viele Stellen verteilten, (...) nicht zu beruhigenden triebhaften Erregung als Ausdruck einer psychischen Topik, die aus einem Kern ohne Rinde besteht (...). Im zweiten Falle gibt es eine Haut, aber sie ist durchlöchert. Es ist ein Haut-Ich-Sieb, die Gedanken und Erinnerungen werden nur schwer behalten (...). Es gibt eine starke Angst vor der Entleerung des Inneren“ (ebd., S. 134 f).

Ich stützte Hanna, indem/wenn ich hinter ihr saß, den Rücken im realen Sinne, aber auch im übertragenen. In meinem Empfinden umhüllte ich sie mit meiner Wärme, meiner Kraft, „meinen guten Gedanken“ (ohne dabei allerdings wirklich zu denken), die da sagten: dies ist dein Rücken, der dich nach hinten gut abschirmt. Ich schrieb aber auch Botschaften in ihre Haut ein: „Hoppla, da passiert etwas unerwartetes“ oder auch „uff, höher/länger kann ich nicht“.

Musiktherapeutin und Kind waren einander in einer Situation des holding (Winnicott) verbunden, die eine Trennung der Personen noch nicht kannte. Hanna konnte sich gehalten fühlen und erlebte so die Haut, die dem Zusammenhalt der Psyche dient (ebd., S. 131): Die Kontaktfläche zur äußeren Welt wurde spürbar

und konnte als Leinwand (etwa für aggressive Impulse) des Individuums dienlich werden, wie Winnicott schreibt. Und dadurch, dass das Kind sich von mir halten ließ, gewann ich Sicherheit und Ruhe in meinem Tun. Die (durch mich beigesteuerten) akustischen Reize fügten sich „synchroton“ ein, verwiesen aber schon darauf, dass sie sich vom taktile Gefühlten lösen könnten. D.h. schon in der bewussten Wahrnehmung des Taktilen und des Akustischen nahm die Möglichkeit, ein Drittes, und damit ein Symbol zu etablieren, seinen Anfang.

Noch sagten taktile Impulse dem Kind: „das bist du, hier bist du“, und der Umstand, dass die Musiktherapeutin die Berührungen größtenteils leistete und akustisch unterlegte, sagte: „das bedeutest du mir.“¹ Schon deutete sich aber an, dass die Haut bzw. der Kontakt zu einem Dritten werden würde: Das „Ich halte dich“ wurde zu einem bewussten Akt der Musiktherapeutin, welche wie Winnicott und Anzieu einhellig meinen, über „ihre Hände“ (gemeint sind die Hände der Mutter) eine psychische Funktion im Kind anlegt. Anzieu übernimmt den Begriff „gegenseitige Inklusion“ von Sami-Ali (1974) hierfür: Die sinnlichen Interaktionen haben schon symbolischen Wert, sie sind schon ein Halten *und* eine Botschaft.

Sinnlich-symbolische Interaktionsformen

Damit sind sie mit Lorenzer sinnlich-symbolische Interaktionsformen: Die Interaktion, die sich hier zunächst als ganze Situation symbolisierte, vollzog sich wie die ursprüngliche zwischen Mutter und Kind in genau entsprechender sinnlicher Unmittelbarkeit. Sie wurde aber (nach Lorenzer) zu einer sinnlich-symbolischen, weil an ihr die Ich-Struktur des Kindes beteiligt war bzw. ihren Niederschlag fand. D.h. die Abbildung einer (früheren) kindlichen Lebenssituation wurde schon dadurch Symbol, dass sie als Abbildung erkennbar eine Interaktionsform mit szenischem Charakter war. Das Kind war beteiligt mit der Intention, die Selbstverfügung innerhalb eines szenischen Geschehens zu übernehmen.

¹ „Es ist bekannt, dass eine ausschließlich materielle Befriedigung der vitalen Bedürfnisse ohne sensorischen und affektiven Austausch zum Hospitalismus oder Autismus führen kann“ (ebd., S. 129). Man kann ein Streicheln schwerlich „eine materiale Befriedigung ohne sensorischen Austausch“ nennen, allerdings ein liebloses Reiben der Haut ohne Konzentration auf das Kind oder das Tun und ohne „liebvolle Hinwendung“ ist sehr wohl möglich. So wie es blinde Kinder mit „blinden Händen“ gibt, gibt es auch Eltern, Erzieher und Therapeuten, deren Hände nicht zum blinden Kind „sprechen“.

Es hat zwischen Hanna und mir konkrete Formeln der Einigung gegeben, und aus dem Gesamtgefüge kristallisierte sich das blinde Kind als ein Individuum heraus, das in der und der Situation so und so im Gesamtgefüge des Tuns mitwirkte. So entwickelte sich im konkreten szenischen Gefüge, in der Einigung auf eine Interaktionsform, die kindliche Verhaltens- und die Körperstruktur, was im folgenden Beispiel noch deutlicher hervor treten wird. Mit Lorenzer nehme ich als Ausgangspunkt für die Subjektbildung zeitliche Markierungen bei Prozessen der Ausbildung einer subjektiven Identität an. So konnte zunächst im dyadischen Geschehen all meine Aufmerksamkeit der Regulierung des Gleichgewichts zwischen Hanna und mir, mit Bion in einem Zustand der rêverie, gelten.

Da dies in engem körperlichen Kontakt geschah, gelangte die kindliche Körperhülle in den Fokus. Bion (z.B. 1962a, 1962b), Anzieu (1996) und Ogden (2006) haben die Funktion und Wichtigkeit der Körperhülle benannt. An ihr finden Austauschprozesse statt, die mehr sind als das Empfinden von Wohl- oder Missbehagen.

Erwartung und Realisierung

„Nur wo eine Präkonzeption¹ existiert, ist eine sinnvolle Begegnung mit der Realität, das Erkennen einer ‚Realisierung‘ oder – semiotisch gesprochen – die Interpretation eines Zeichens in Relation zu seinem Objekt möglich“, schreibt Bion (1992/1963). Hanna war meist heiter und gelöst, sie schien ein Kind mit generell schwach ausgebildeten Erwartungen zu sein. Hinzu kam ohne Zweifel die Schwierigkeit für das blinde Mädchen, Erwartungen, die sich auf vorangegangene Erfahrungen gründeten (also Konzeptionen von bereits ausgebildeten Interaktionsformen), und deren Realisierung als auf einander bezogen wahrzunehmen. Dies gelang innerhalb der Musiktherapie in engem körperlichen Kontakt bzw. es gelang dann, wenn ein Kontinuum als Vergleichsgröße diente. Dieses Kontinuum war das körperliche Halten des Kindes durch mich, wovon das hinweisende Streichen über einen Arm unterschieden war. D.h. mein Tun diente dem Zweck, (weitere) Konzeptionen überhaupt erst zu installieren. Über die regelmäßige Erfahrung konnte dem Kind deutlich werden, dass es etwas erwarten

¹ Präkonzeptionen sind etwas, das nach Bion immer schon da ist, aber zugleich auch immer wieder durch Zerfallsprozesse aus Konzeptionen entstehen muss (im Zerfallen der depressiven zur paranoid-schizoiden Position). Präkonzeptionen sind unbewusst, Erwartungen können bewusst sein. Ich spreche von Erwartungen und meine damit eine bewusstseinsfähige Haltung.

konnte. Da das therapeutische Handeln aber in engster Abstimmung mit Hanna geschah und überdies ein Körperliches war, können wir in Bezug auf die Ausgangsfrage nach dem Stellenwert von körperlichen Gesten folgendes sagen:

Die eben geschilderte Interaktion hat sich bis zum Ende der Therapie bei allen Kindern in kürzeren oder längeren Sequenzen immer wieder ereignet. Allerdings stellten sich Varianten ein, welche Hanna initiierte. Zunächst gilt es festzuhalten, dass die Form der Beziehung, wie sie hier dargestellt ist, Hanna die Möglichkeit einräumte, zu jedem Zeitpunkt selbst die Regie zu übernehmen. Indem ich hinter Hanna saß und sie stützte, wurde dem Kind eine „primäre Identifizierung mit einem stützenden Objekt, an das sich das Kind ankuscht“ ermöglicht, welche es dem Kind nach Anzieu ermöglicht, ein „Erschrecken vor der inneren Leere“ zu vermeiden, welches sich einstellt, wenn kein stützendes Objekt der Psyche ihren Schwerpunkt verleiht, wenn kein Rückgrat vorhanden ist, das dem „Körper und den Gedanken Halt gibt“ (Anzieu 1996, S. 132).

Die musiktherapeutische Intervention

Vollkommen synchrone Prozesse der Armbewegung von Hanna und mir plus Vokalisation liefen aus in Endpunkte von „Strecken“, die unterschiedlich markiert wurden.

Für das sehende Kind gilt nach Gergely (2002): Befindet sich der Säugling in einer kontingenten Situation, so erlebt er sich als kausal aktiv Handelnden. Dies nahm ich für Hanna auch an: Ich setzte dem Tun Hannas nichts entgegen, sondern war bemüht, mich ihrem Tun und Wollen ganz anzupassen.

Ich schlage nun vor, folgendes für das blinde Kind anzunehmen, nämlich, dass das Zusammenspiel aus hoher Kontingenzbezogenheit, Markiertheit und Nichtsequentialität zwar Repräsentationen, also Erinnerungsspuren von Personen oder Handlungsabläufen, im blinden Kind bildet, nicht aber zu einem Erleben des „Als-ob“-Modus („Mutter tut nur so; das ist nicht echt“) führen kann, da das blinde Kind normalerweise nicht verschiedene Sequenzen oder Sequenzlängen unterscheiden kann, da es die haltende Spiegelerfahrung des Visus nicht macht. Ich meine, dass für das blinde Kind unterschiedliche Sequenzlängen sowie variantenreiche Markierungen einfach „bedeuten“, dass die Mutter

unterschiedlicher Stimmung ist, und eben nicht, dass sie auf das Kind bezogen handelt und ihm seine eigenen Affekte spiegelt. Ich gehe davon aus, dass Varianten sowohl von interaktiven Prozessen wie Markierungen weitgehend eben nicht als bedeutungstragende Varianten, sondern als unverstandene neue Aktionen auf den blinden Säugling einwirken und seine Verwirrung vergrößern. Und dies solange, bis es dem blinden Kind gelingt, die „andere“ Interaktion vor dem Hintergrund vieler „gleicher“ zu unterscheiden.

Die von mir beforschten blinden Kleinkinder ließen erkennen, dass sie Absichten anderer Personen zuweilen erkannten, nicht aber Wünsche oder emotionale Einstellungen.

Aus dem gemeinsamen Tun im körperlichen Erleben entwickelten sich Markierungen wie das Tonhalten mit verstärkter Akzentuierung („mir geht die Luft aus“). Dabei geschah folgendes:

Ich hielt den kindlichen Körper real und mit hoher Konzentration, beschrieb den Körper singend, kommentierte mein Tun ohne dies in Worte zu fassen, sondern indem ich meine Angestrengtheit in ein Schnaufen, Husten und Röcheln übergehen ließ und die „Freude“ über das Angekommensein und die Entspannung im Lachen äußerte. So sandte ich Appelle an das Kind.

Blindenspezifisch ist, dass erst vor gleichem Grund das andere als solches gewahrt werden kann.

Schlussgedanken zum ersten Beispiel

Wesentliches Mittel in der Findung einer „Begegnung“ und ihrem Ausbau war das absolut synchrone Handeln der Musiktherapeutin mit multimodaler Verknüpfung. Es bahnten sich rhythmische, melodiose Reihen an und es vollzogen sich körperliche „Bindungen“: eine körperliche Berührung als Haltepunkt plus eine berührend-beschreibende Bewegung (dies ist dein Arm, er ist sooooo lang, von Schulter bis Hand), eine Ebene affektiver Äußerungen (puh, ist das anstrengend) und eine „Gesprächsebene“ (na, was hältst du denn davon?).

Etwas, das normalerweise gleichzeitig und unbewusst geschieht, wurde hier aufgegliedert und entschlüsselt: ich begegnete Hanna in vierfacher Weise.

II.1.2 Fokussierung und Unterscheidung von „Ich“ und „Nicht-Ich“ – Eine Szene entsteht

Zweites Beispiel „Das Mäuslein“

Der Begriff „das Mäuslein“ ist während der Musiktherapie nicht gefallen. Ich habe nachträglich meine „fortlaufende“ Hand als Mäuslein titulierte, als mir klar wurde, dass Hanna und ich gemeinsam eine Szene zum Erscheinen gebracht hatten, nämlich eine Art Fangen-Spiel, bei dem Hanna versuchte, eine Maus zu fangen und ich das Tun des Kindes mit Interesse verfolgte, begleitete und kommentierte. Ich fühlte mich erinnert an ein kleines gleichnamiges Klavierstück (Das Mäuschen) von Jerzy Lefeld, welches das schnelle Laufen, Bewegungen mit abruptem Richtungswechsel und das Schnuppern einer (etwas kitschigen, Kindern zugeschriebenen Vorstellung von) Maus darstellt.

Die nächste Entwicklungsstufe zeichnet sich dadurch aus, dass zyklische und markierte Prozesse für Hanna spürbar werden als etwas Bedeutsames.

Ausschnitt aus der 6. Stunde

Hanna ist dazu übergegangen, meine Hand dazu zu benutzen, auf dem Keyboard Töne zu produzieren: unsere Hände waren verschiedentlich auf die Keyboardtasten gefallen, dabei hatte ich ihr meine Finger in die Handflächen gelegt, die sie (ohne Daumenopposition) ergriff. Noch scheint klar, dass sie aus der Bewegung kommend die Impulse setzt (nicht aus einem erwarteten Klangerlebnis). Sie hebt, meinen Daumen gepackt, ihren/meinen Arm (ich begleite singend) und lässt unsere Hände auf die Keyboardtasten fallen. Hat meine Hand nun – begleitet vom abfallenden Singen mit Schnaufen und Pusten – die Tasten des Keyboards erreicht, beginne ich, meine Finger zu bewegen und Hannas Griff „davonzulaufen“ (so moderat, dass meine Hand ihr nicht wirklich verloren geht) und dazu zu rufen: „Schnell, schnell, halt sie fest, sie läuft davon!“ Dazu schnaufe und atme ich heftig, verstärke die Körperspannung und lache dazu, um den spielerischen Charakter deutlich werden zu lassen. Hanna fällt in die erhöhte Stimmlage ein, kreischt laut – und tut nichts mit ihrer Hand. Das Spiel wiederholt sich: meine Hand ruckelt und zieht und „will davon“. Allmählich verstärkt Hanna ihren Griff, hält meinen Daumen fester und wird nun an Hand und Arm mitgeschüttelt von meiner Hand, die „fortlaufen will“. Das Spiel gewinnt mit

jeder Wiederholung deutlicher an Kontur: Endlich läuft meine Hand, fest gepackt am Daumen von Hanna, über die Tasten auf und ab, über ihr Bein und kommt endlich auf ihrem Knie zur Ruhe.

Diskussion

Aus verlässlichen Regelmäßigkeiten entwickelten sich Erwartungen des Kindes, meine Handlungen waren zunächst völlig synchron auf Hanna abgestimmt. Sie „hielt“ *meine Hand* noch nicht. Ich allerdings schrieb ihr das Halten meines Daumens zu, indem ich rief, lachte, schnaufte und (so wenig) mit dem Daumen zappelte, dass er ihr nicht verloren gehen konnte. Meine erhöhte Spannung in Stimme und Körper nahm Bezug auf das Geschehen in den Händen, interpretierte und ordnete es zwischen uns ein.

Theoretische Überlegungen

Burlingham hatte postuliert, es müsse dem blinden Kind ermöglicht werden, statt der Auge-Hand-Koordination des sehenden Kindes eine Ohr-Hand-Koordination zu entwickeln. Wie dies zu bewerkstelligen sei, sagte sie nicht. Mit den Begriffsinstrumenten Bions und Niedeckens kann ein Vermittlungsschritt versucht werden.

Ich meine mit Bion, dass sich Konzeptionen von Welt im Individuum nur bilden, wenn es häufig genug – bzw. erfahrbar genug – Koppelungen aus Erwartungen und Realereignissen im Leben des blinden Kindes gibt. Diese müssen zunächst eng körperlich sein. Ich springe einmal ins Leben sehender Kinder, um zu verdeutlichen, was ich meine:

In der Entwicklung des Zeichnens sehender Kinder im Vorschulalter (siehe Widlöcher 1974) kommt das Geschehen aus der körperlichen Bewegung (damit ist noch nicht gesagt, in welchem Verhältnis Lust an der Bewegung und Abwehrprozesse stehen!), und in kleinen Etappen beginnt das Kind, seine gezeichneten Resultate überhaupt erst in Beziehung zu seinem eigenen Tun (dem Schwingen des Armes) zu erleben. Im Hin und Her zwischen Bewegung und Zeichnung entwickelt sich allmählich der Wechsel der Hand-Auge-Koordination (die Hand tut etwas, das Auge realisiert das Resultat auf dem Blatt Papier) hin zur Auge-Hand-Koordination (das Auge will ein bestimmtes Produkt, die Hand ist bemüht, es zu zeichnen). Der Wechsel von der Aktion „Bewegung plus (Zufalls-)

Resultat“ hin zur Aktion „Vorstellung von Resultat zieht bestimmte Bewegungen nach sich“ bedeutet einen enormen Entwicklungsschritt für sehende Kinder. Ein weiterer Schritt ist geschafft, wenn das Kind im Gezeichneten Abbildungen entdeckt und etwa einem Schnörkel den Begriff „eine Ente“ zuordnet.¹

Weil blinde Kinder Resultate ihres Tuns nicht immer unmittelbar/sicher erleben können, also mit Bion die Koppelung aus Konzeption und Realisation sehr störanfällig ist, kommt der Realisation im Erleben blinder Kinder ein anderer Stellenwert zu als dies für sehende Kinder der Fall ist.

Daher schlage ich vor, für die Etablierung eines Erlebens der Beziehung aus Konzeption und eintretendem Realereignis für die Therapie blinder Kinder den umgekehrten Weg zu beschreiten und in erster Näherung zu sagen: Jede Antwort eines anderen weist der Intention/Konzeption ihre Wertigkeit zu. Jede Aktion/Imitation des blinden Kindes wird durch die Antwort des Objektes zu einer Absicht, wenn das blinde Kind denn die Antwort bezogen auf seine Intention/Konzeption überhaupt erfahren kann.

Im Beispiel stellte sich das so dar: Weil ich so tat, als wollte die Hand dem Griff von Hanna „fortlaufen“ und vokal begleitend dazu sprach, sang und rief, d.h. die Spannung erhöhte, fasste Hanna tatsächlich etwas fester zu. Sie wird dabei kein Bewusstsein davon gehabt haben, dass sie etwas festhalten wollte, so wie sie von dem „Objekt Hand“ bzw. „Objekt Mäuslein“ keine Vorstellung hatte. Allerdings war die Gesamtsituation, in der wir uns befanden, die lustvolle Szene „Wir tun etwas gemeinsam!“ die Keimzelle der Ausdifferenzierung von Hannas Anteil an der Szene (und meinem). Niedecken schreibt: „Das gestische Ineinander der dyadischen Einigungssituation ist als Gesamtsubjekt aufzufassen, das die Aktualität der situativen Struktur als Reiz aufzunehmen und mit einer Interaktionsform sozusagen ‚auf einen Nenner‘ zu bringen hat“ (Niedecken 2002, S. 926). Das „Mäuslein-fangen“ war das Gesamtsubjekt, in welchem Hanna und ich in charakteristischer affektiver Weise verbunden waren. Die aktuelle situative Struktur war nach meinem Verständnis, dass Hanna zwar aufmerksam war, aber eben (noch) nicht zufasste, obwohl das Festhaltenmüssen eines Objekts, das zu „entlaufen drohte“, als Reiz angelegt zu sein schien.

Das „Mäuslein“ wollte davon und verwies damit bereits auf ein Außerhalb der Dyade. Die ganze Spielszene enthielt ein triadisches Moment, denn meine Absicht

¹ Ich kann darauf hier nur sehr verkürzt eingehen und empfehle die Lektüre der sehr anregenden Arbeit von Widlöcher (1974).

war es, auf etwas Drittes (hier in Form der „fortlaufenden Hand“) zu verweisen. Dieses Außerhalb war ein räumliches und auf visuellem Wege dem blinden Kind nicht zugänglich, weil für Hanna alles, was außerhalb ihrer Reichweite war, nicht mehr existierte. So kann man m.E. sagen, dass das „fortlaufende Dritte“ seine spezifische Form von „außerhalb“ erst konstituierte. Es war nicht wie für ein sehendes Kind etwas, das „woanders“ war und unter Rückversicherung auf die schützende Dyade betrachtet werden konnte.

An dieser Stelle kann ich, um den Fluss meiner Argumentation nicht zu sehr zu unterbrechen, nur andeuten, dass für blinde Kleinkinder eine wesentliche Schwierigkeit darin besteht, Gegenstände wie etwa ein Auto nur dann wahrnehmen zu können, wenn es in Funktion ist, also Geräusche macht. Das blinde Kind kann, anders als das sehende, demnach ein Auto nur als ein „Ding mit Geräusch/in Funktion“ konzeptualisieren. Dass dieses Auto gegenwärtig, aber ausgeschaltet ist, können sehende Kleinkinder wie nebenbei bemerken und konzeptualisieren, blinde Kinder bemerken es lange nicht und denken also kein Auto als „anwesend, aber nicht in Funktion, also still“. Es ergeben sich hieraus gravierende Konsequenzen für das Vermögen, einen Gegenstand als abwesend denken zu lernen. Es bestehen für blinde Kinder außerdem Schwierigkeiten, einen Oberbegriff „Auto“ zu bilden, wie ich schon andeutete, was für blinde Kinder die Konsequenz hat, dass sie allenfalls denken können: „dieses bestimmte Auto ist nicht hier“, und nicht: „gar kein Auto ist hier“.

Hanna, und mit ihr alle anderen fünf Kinder, konnten anfangs nicht unterscheiden, ob ich ihnen einen Gegenstand als solchen „zeigen“ wollte oder ob ich auf ihn hinwies. Eine Differenz zum aktuellen Geschehen in der Dyade, die, wie Niedecken schreibt, „im Fortgang des sozialisatorischen Prozesses zu einer sich zeitlich durchhaltenden intentionalen Identität des kindlichen Subjekts sich verdichten wird“ (Niedecken 2002, S. 927), ist erst dann möglich, wenn dies in sinnlichen Interaktionsformen gründet. Im Beispiel würde es bedeuten, dass das „Mäuslein“ (meine Hand) der kleinen Hand Hannas entläuft, und zwar hörbar auf den Tasten des Keyboards, und wiederkommt und erneut davonrennt, und so weiter.

Wir können also sagen, dass Burlinghams Idee zu kurz greift, wenn sie die Signale, die über den visuellen Kanal möglich sind, 1:1 durch den akustischen Kanal ersetzen will. Das „Außerhalb“ der Dyade, welches räumlich definiert sein kann, muss für das blinde Kind an der Grenze zwischen „Miteinandersein“ und „Nicht-Miteinandersein“ erfahrbar werden, denn erst an der gemeinsam erkundeten Grenze wird dem blinden Kind das „innen“ der Dyade und das „außen“ erfahrbar.

Immerhin: Hannas und mein Rufen und Lachen, waren (von außen betrachtet) sowohl Ausdruck einer geteilten Aufmerksamkeit – unser Tun erlebten wir beide in innigem Austausch – als auch bezogen auf ein Drittes, nämlich die Aktion „davonlaufende Hand“. Der springende Punkt dabei war, dass Hanna erleben können musste, dass es einen Unterschied macht, ob wir in einer Interaktion Einigung oder Nicht-Einigung (bei gleichzeitiger Anwesenheit) praktizierten oder ob andererseits eine Einigung die Abwesenheit eines Gegenstandes zum Inhalt hatte.

Über die beschriebene Szene lernte Hanna sich selbst und mich in Aktion kennen. Es war noch ein weiter Weg, bis Hanna würde spüren können, dass sie selbst und ich anwesend waren, auch wenn wir beide still waren. Ebenfalls lange dauerte es, bis Hanna eine Szene „wir sind still“ als eine Szene erleben konnte und nicht mehr von einem Erleben eines gähnenden Abgrunds der Vernichtung überwältigt werden musste.

Schlussgedanken zum zweiten Beispiel

Es hat sich in meiner musiktherapeutischen Arbeit mit schwerst mehrfachbehinderten wie blinden Kindern bewährt, den verkrampten Körperteilen der Kinder (etwa Händen, dem Kiefer, den überstreckten Füßen) höchste Aufmerksamkeit und Zuwendung zu widmen. So winde ich beispielsweise einen Finger in die geballten Fäuste der Kinder, ruckele, zuckele und spreche davon, wie „stark“ sie mich halten. Ich spreche also dem jeweiligen Kind ein Vermögen zu – „ooh, du hältst mich aber stark fest, sooo stark bist du!“ – und ein Wollen zu (so wie jede „genügend gute Mutter“ es im entspannt-fröhlichen „Dialog allein“ mit ihrem Säugling tut). Dies hilft mir, einen Kontakt zum Kind aufzunehmen, der auf einer „gleichwertigen“ Ebene stattfindet. Damit meine ich: Ich wende mich nicht dem schwerstbehinderten, hilfsbedürftigen,

„armen“ Kind zu, sondern ich begegne einem (jungen) Menschen und wir kommen darüber ins „Gespräch“, was dieser kleine Mensch grade tut, nämlich etwas festhalten.¹ Mit anderen Worten: meine „Antwort“, Idee, Phantasie macht aus dem Krampf des Kindes ein Festhalten. Ich verkenne damit nicht, dass das behinderte Kind krampft. Sondern ich begegne dem Kind da, wo es (für mich spürbar) *ist*.

Die Koppelung aus kindlichem Tun und dem „Resultat“ ist in diesen Szenen genauso unklar im Verhältnis zwischen Ursache und Wirkung wie es das für das blinde Kind üblicherweise ist.² Der Unterschied zwischen dem blinden Kind und dem schwerstbehinderten Kind ist der, dass ich dem schwerst mehrfachbehinderten Kind ein Befinden (zunächst) zuspreche, um zu einem gemeinsamen Erleben zu kommen, während ich dem blinden Kind darüber hinaus das Vermögen zuspreche, etwas erkennen zu können.

In ähnlicher Weise entwickelte sich auch das Spiel „Erschrecken statt Verstecken“, von dem im Folgenden die Rede sein wird. In der Einigung auf eine Interaktion ist es das Privileg (und die Aufgabe) der Musiktherapeutin, der Situation einen Namen zu geben.

¹ Und wenn es im Vermögen eines so schwer behinderten Kindes ist, (nur) zu atmen, dann atme ich eben mit und spreche über den Lufthauch – meiner kann ja für das Kind hier und da zu spüren sein – und den Weg, den die Luft innen und außen nimmt, etc.

² So erlernt ein blindes Kind nicht die Funktionsweise eines Türschlosses, weil es wissen will, was dahinter ist. Vielmehr wird vom Vater nur deshalb ein Schloss angebracht, damit das Kind die Gelegenheit bzw. Herausforderung erhalten soll, seine Funktionsweise zu erkunden. Nicht der Inhalt des Schrankes soll vor dem Kind verborgen/geschützt werden, sondern das Kind soll sich mit Mechanismen auseinander setzen: darum werden künstliche Barrieren errichtet. Das Thema wird uns später noch beschäftigen.

II.1.3 Das Dritte kommt hinzu – Das Kind behauptet sich in der Szene Drittes Beispiel „Erschrecken statt Verstecken“

Ausschnitt aus der 7. Stunde

Aus der rein synchronen Interaktion von Hanna und mir kristallisiert sich eine zeitliche Verzögerung eher zufällig heraus. Hanna schleudert ihren rechten Arm (ohne meine Hand gefasst zu haben) in Richtung Tastatur (die Hand hat keine Führungsrolle und tastet nicht, es führt nach wie vor der Arm) und vokalisiert dazu ein „bomm“. Ich habe nicht aufgepasst und komme „zu spät“ mit meiner Hand auf den Tasten an. Bei dem erneuten Geräusch auf den Tasten zuckt Hanna zusammen und ich wende mich reflexartig ihr zu und rufe laut „Hua, ein Schreck, oh Mensch, jetzt habe ich dich erschreckt!“ Hanna nimmt sofort mein lautes Rufen auf und fällt in das „Hua!“ ein. Es bleibt bei der erhöhten Intensität und ich rufe „Mensch, Hanna, das wollte ich nicht, so ein Schreck!“ Da haut Hanna, noch immer im laut rufenden Duktus ihren Arm schon wieder auf die Tasten, ich komme wie eben (nun absichtlich) zeitverzögert hinterher, es kommt zum zweiten „Knall“, wir rufen, kreischen, lachen beide.

Diskussion

Zunächst erschrak ich, war in Sorge um das Kind und sein Erleben meiner Nachlässigkeit. In meinem Empfinden stellte sich aber schnell die Gewissheit ein, dass ich Hanna diese Art Schreck zumuten durfte, weil ich meinte, sie könne ihn verarbeiten, wenn ich dabei helfe.

Wir waren im lauten Rufen beide gehalten: Wir hatten uns „ins Einvernehmen gesetzt“ und hauten kräftig auf die Tasten. Der „Schreck“ wurde von uns beiden nun mit einem angehaltenen Atem und einem kurzen „huch?“ benannt, woraufhin wir beide in ein Lachen einfielen.

Theoretische Überlegungen

Ich möchte hier Hanna für einige generalisierende Gedanken verlassen.

So gehe ich davon aus, dass blinde Kinder in ihrem Alltag ständig durch einbrechende Reize traumatisiert werden. Ich gehe ferner davon aus, dass blinde Kinder unter diesen Umständen nur über einen kleinen Vorrat an Alpha-Elementen und Alpha-Funktionen (Bion) verfügen und größtenteils umhüllt oder

angefüllt von unverstandenen sinnlichen Rohdaten (Beta-Elementen) sind. Mit Lorenzer: ich meine, blinde Kinder „verfügen“ über ein geringeres Repertoire an sinnlich-symbolischen Interaktionsformen als sehende Kinder (im glückenden Fall), statt dessen haben sie „szenische Arrangements“ auswendig gelernt und versuchen nun, sie situationsadäquat abzurufen. In diesen „szenischen Arrangements“ ist die Rolle blinder Kinder oft nicht eine selbstbestimmte, aber immerhin klar vorgegeben (siehe hierzu auch Länger (2002): blinde Kinder suchen bestimmte Arrangements auf, um sie zu beherrschen). Dies entlastet die kindliche Psyche vorübergehend, schafft aber keine Entwicklung, denn das Kind kann Bekanntes abrufen und muss nicht Neues explorieren.

Gemeinhin werden Traumata so aufgefasst, dass sie vorhandene Funktionen eines psychischen Apparates überlasten oder sogar zerstören. Im Falle blinder Kinder muss davon ausgegangen werden, dass sich bestimmte psychische Funktionen gar nicht haben bilden können. Man könnte von strukturellen Störungen sprechen: es gibt Ich-Funktionen, die niemals bestanden haben.¹

¹ Funktionelle und strukturelle Ich-Störungen sind gegeneinander abzugrenzen. Funktionelle Ich-Störungen sind das Resultat von Abwehroperationen, mit der Folge, dass die Funktionen gestört sind. Es wird bei dieser Art einer Ich-Funktionsstörung die Ausübung einer Funktion unterlassen, weil – in der Terminologie Lorenzers (1970a) ausgedrückt – ihr Sprachsymbol aufgrund einer Verschiebung einer verpönten und deshalb verdrängten, desymbolisierten triebbestimmten Interaktionsform eine extensionale Bedeutungserweiterung erfahren hat, die inhaltlich jedoch nicht mehr reflektierbar ist. Anders bei strukturellen Ich-Störungen. Vermutlich Fenichel (1938) hat den Begriff in Bezug auf eine „zerrissene und deformierte Persönlichkeit“ des modernen Neurotikers als Erster benutzt. Fenichel tat dies in Abgrenzung zum klassischen Neurotiker, der eine verhältnismäßig intakte Persönlichkeit besitzt. Es handelt sich bei strukturellen Ich-Störungen um eine ‚strukturelle Abweichung des Ichs (...) von einem fiktiven Normal-Ich‘, welche nicht aus einer erlebnisbedingten Beeinträchtigung primär intakter Funktionen, sondern aus ‚erlebnisbedingten Störungen ... der *Disponibilität von Ich-Funktionen zur Ausübung überhaupt*‘ resultieren, die einen ‚Defekt‘ oder ‚Mangel‘ kennzeichnen“ (Zepf 2006, S. 82 f). Diese Mängel werden erfasst „mittels einer Wahrnehmungseinstellung, die sich auf das beobachtbare Verhalten und nicht – wie die psychoanalytische – auf lebensgeschichtliche Erlebniszusammenhänge richtet, in denen die klinischen Manifestationen gründen“ (ebd., S. 83). Die Äußerungen des Patienten werden zwecks Diagnostik wie Beobachtungsdaten als Indikatoren betrachtet, welche das jeweilige Funktionsniveau des Ichs anzeigen sollen. Die Behandlung strukturell Ich-gestörter Patienten geht davon aus, „daß die Wiederherstellung eines fiktiven Normal-Ich der Bearbeitung von Inhalten vorausgehen muß“ (ebd., 83), was bedeutet, dass der Therapeut dem Patienten solange basale Ich-Funktionen (zur Erreichung bzw. Aufrechterhaltung von kreativer Wandlungsfähigkeit und Introspektionsfähigkeit) zur Verfügung stellen muss, bis der Patient in der Lage ist, sie selbst wieder in eigene Regie zu übernehmen. Dies tut der Therapeut, „indem er das Identifikationsbedürfnis des Patienten nutzt und sich selbst als Objekt für ‚selektive Identifizierungen‘ anbietet“ (ebd., 83 f). Es sind damit allgemein menschliche Attribute zur Identifizierung gemeint, welche Therapeuten besitzen. Von hier ist es nur ein kleiner Schritt zur Definition eines gesellschaftlich vorgegebenen Rollensystems, „entlang dem die Ich-Funktionen befragt werden, ob und inwieweit sie dem Patienten erlauben, sich in den sozialen Rollen zu bewegen und sich in sie einzupassen“ (ebd.). So ist es konsequent und folgerichtig, dass

Ich meine nun folgendes:

Wir müssen mit Bion zunächst das Verhältnis Konzeption – Realisierung betrachten, denn eine Beziehung der Struktur „wenn – dann“ ist (wie andere auch) konstitutiv für menschliche Verhältnisse. Wir können dann annehmen, dass dieses Verhältnis für blinde Kinder brüchig ist und nicht dazu angetan, als Basis für die weitere Entwicklung in Richtung Konzeption – Nichtrealisierung auszureichen. Erschwerend kommt hinzu, dass propriozeptive Empfindungen eines blinden Kindes nicht ausreichen, seine Position und Wirkmächtigkeit in einer Szene zu bestimmen. Um sein Subjektsein erleben zu können, ist das Individuum (in unserem Falle das blinde Kind) auf eine Korrelierung mit Außenwahrnehmungen (Niedecken 2002, S. 937) angewiesen. Niedecken zitiert dazu Proust:

„Wenn die Welt um mich herum aus irgendeinem Grund sich genauso verändern würde, als handelte ich in ihr, während ich in Wirklichkeit nur Intentionen zu einem solchen Handeln ausbildete, würde ich es schwer haben, ohne plausible Erklärung dem Gedanken zu widerstehen, daß ich selbst die Handelnde sei“ (Proust 2000, S. 318, zit. nach Niedecken 2002, S. 934).

Das bedeutet, mit Niedecken formuliert:

„Die Objektwahrnehmung ist, anders als die sensorische Reizaufnahme, auf die selbstreferentielle Funktion des Bewußtseins angewiesen – das Bewußtsein muß gleichsam sagen können: ‚Ich nehme wahr‘“ (Niedecken 2002, S. 937).

Ich meine, dass die Bedingungen, in denen blinde Kinder leben, mit Bion – Konzeption und Realisierung – und Niedecken folgendermaßen beschrieben werden können, um auch eine Vorstellung davon zu entwickeln, wie die Binnenverhältnisse zwischen den blinden Kindern und der Musiktherapeutin beschaffen sind: „Ich nehme wahr – und zwar unverbundene Sinneseindrücke oder -einbrüche, denen ich keinen Referenzrahmen zuordnen kann.“ Es ergeben

Zepf seine Ausführungen zu strukturellen Ich-Störungen nicht weiterführt, sondern die Problematisierung der gesellschaftlichen Normen- und Wertevorgaben als Abschluss seiner Überlegungen in den Raum stellt.

sich daraus unmittelbare Folgen für eine Musiktherapie, nämlich die, Musik als Drittes, oft als Kontinuum, zu nutzen. Niedecken hatte formuliert,

„daß Propriozeption und das szenische Muster eines wahrgenommenen Handlungskomplexes einander nur zur Selbstreferenz hin korreliert werden können, wenn ein Drittes hinzutritt“ (ebd., S. 934).

Dieses Dritte ist nicht nur einfach die Musik. Der entscheidende Punkt ist, dass Musik aus einem Gegenstand (z.B. Keyboard oder auch Musiktherapeutin) plus Geräuschen/Tönen besteht, was – wie wir sehen werden – von den blinden Kindern meiner Studie zusammenlaufend oder unterschieden erlebt werden konnte.

Zurück zu Hanna.

Ich habe behauptet, dass (mit Bion gesprochen) Verhältnisse aus Konzeptionen plus Realisierungen sich bei Hanna in brüchiger Form gebildet haben mögen und dass ihre Fähigkeit, unerwartet einbrechende Elemente in die subjektive Verfügbarkeit zu übernehmen, also mittels einer Alpha-Funktion aus Beta-Elementen Alpha-Elemente zu bilden, als mangelhaft beschrieben werden kann. Begreift man aber nun das szenische Miteinander zwischen Hanna und mir als eines, das vom „Vorrang der Szene“ (Niedecken) geprägt ist, kann die Betrachtungsebene, die lediglich einen Mangel zu benennen weiß, verlassen werden.

Niedecken hat

„ausgehend von Lorenzers Überlegungen zum ‚Szenischen Verstehen‘, den Begriff vom ‚Vorrang der Szenen‘ geprägt. Als Szenen sind sowohl biologische Austauschvorgänge als auch kulturelle Interaktions- und Kommunikationsmuster beschreibbar. Sie besitzen eine situative Struktur, über die sie unterschieden bzw. auch aufeinander bezogen werden können. Ihr Vorrang vor dem Subjekt ergibt sich, je nach Betrachtung, aus kulturellen und biologischen Vorgaben: aus Reiz-Reaktionsverläufen, Entladungsmustern, Stoffwechsel-Austauschprozessen, aus

Handlungsschablonen, Phantasmen und Metaphern, die an jeder Subjektwerdung bestimmend teilhaben“ (Niedecken 2009, S. 3).

Damit ist es möglich, die „nicht verfügbaren Elemente“ als „Abkömmlinge des Vorrangs der Szenen, als Interaktionsformen, körperliche[n] Niederschlag interaktiver Praxis“ aufzufassen, wie Niedecken es vorschlägt (Niedecken 2009, S. 10). „Nicht verfügbar“ in unserem Beispiel war der Knall, der plötzlich auftauchte, und in Hanna einen Affekt des Erschreckens auslöste. Weil nun meine „zu spät kommende Hand“ Teil des interaktiven Miteinanders, also Produkt der Szene war, konnte ich die Störung als „Teil des Spiels“ (nämlich misslungene Aktion im Umkreis gelungener Aktionen) erspüren und Hannas Schreck sofort halten, stützen und sogar in ihre subjektive Verfügbarkeit überführen: sie war es ja, die in der Folge lustvoll „Knall plus ‚huch‘-Reaktion“ initiierte. Und darüber lachten wir dann: über das nun neu „geschaffene und gefundene“ Spiel. Hanna konnte sich also den überraschenden Einbruch über eine affektive Bedeutungszuweisung aneignen, ihm eine subjektive Bedeutung geben und aus dem passiv erlittenen Erleben ins aktiv handelnde Tun gelangen. Sie war über ihr Handeln nun Subjekt (in) der Szene und nahm eine Rolle ein, die affektiv bestimmt war.

Ich möchte diese Gedanken, die für meine Auffassung von der Arbeit mit blinden Kindern zentral sind und den qualitativen Sprung von einer Auffassung der Blindheit als Mangel, den es zu kompensieren gälte, hin zu einem Verhältnis der gleichrangigen Begegnung bedeuten, mit einer Zusammenfassung bezogen auf das „Ich“ des Kindes an dieser Stelle beschließen.

Lorenzer (1970b) schreibt, die sinnlich-symbolischen Interaktionsformen seien die erste Ich-Struktur, in welcher die Interaktionsformen organisiert werden. Niedecken (2002, 2009) fasst den Begriff des Vorrangs der Szene, um biologische wie kulturelle Interaktions- und Kommunikationsmuster beschreibbar zu machen, welche aufgrund einer Situationsstruktur dem sich entwickelnden Subjekt voran gehen. In der Szene zwischen Hanna und mir haben wir nicht unser Spiel mit Bewegungen und Tönen neu erfunden, sondern es wurde von uns beiden neu gestaltet – wir fanden und schufen. Da Hanna und ich nicht als Subjekt und Objekt eindeutig auseinander zu definieren waren, kann man mit Niedecken sagen, der Einigungsvorgang geschah unter dem Vorrang der Szenen. Das dieser

Szene innewohnende „intentionale Gefälle“ (Niedecken 2009) nennt Niedecken „Intention der Szene“, dem Niedecken die „Intention der Inszenierung“ gegenüber stellt. Beide gehen nicht ineinander auf, vielmehr ist die szenische Struktur „ein Objektivum, ein Widerständiges, demgegenüber sich vermittelt der Intention der Inszenierung ein subjektives Motiv, ein mit der Intention der Szene Nichtidentisches, behaupten kann“ (Niedecken 2009, S. 3). Als „Intention der Szene“ kann im Spiel von Hanna und mir das gemeinsame Wiederholen des gewollten und erwarteten Überraschungsmoments gelten, während die „Intention der Inszenierung“ Hannas in der sinnlichen Erfahrung von Anspannung und sich hingebender Lösung der Körperspannung gesehen werden kann. Hanna fädelt also in die Intention der Szene ihr subjektives Intendieren ein. Mein Beteiligtsein war nicht dominierend, sondern gleich der schwebenden Aufmerksamkeit so gehalten, dass Hanna und ich gleichberechtigt gestaltend teilhatten. Hanna konnte das Geschehen mitbestimmen bzw. ihre „intentionale Identität“ (ebd.) ausbilden. Und so begründeten sich im gemeinsamen Tun Konzeptionen (Bion) oder mit Niedecken genauer: Die „affektiven Bedeutungen werden von nun an die Intention der Inszenierung und d.h. den Erwartungshorizont der Interaktionsformen begründen, mit welcher das Individuum sich als Subjekt in den Szenen einfinden kann“ (ebd., S. 4).

Mit Winnicott kann gesagt werden, dass die Interaktion zwischen Hanna und mir eine Gefundene war und als eine selbst Geschaffene erkannt werden konnte. Hier ist mit Niedecken die „Subjektwerdung innerhalb von Szenen benannt“, welche ich auf die Formel brachte, an der Antwort definiere sich die Intention der Frage, bzw. an der Reaktion der Mutter/Musiktherapeutin entwickle sich das Kind.

Die von Niedecken heraus gearbeitete Differenz von Intention der Szene und Intention der Inszenierung verhilft zur Fassung eines Problems, welches m.E. grade bei blinden Kindern gehäuft auftaucht: Überraschungen treten als Einbrüche ins kindliche Erleben ein. Und es ist nicht gesagt, ob die Mutter bisher (ausreichend oft und passend) in der Lage war, das vom Kind als „unvorhersehbar“ Erlebte wahrzunehmen und ihm bei der affektiven Bearbeitung haltend zu Hilfe zu kommen. Es besteht die Gefahr, dass sie mit einem „du brauchst keine Angst zu haben“ darüber hinweg geht und das Kind doppelt kränkt: es bleibt im Schreck allein und erlebt die Mutter distanziert-überlegen. Die nicht gehaltene Überraschung wird (mit Bion) als Beta-Element weiter

unverstanden existieren. Hanna und ich umspielten in unserem Tun die Szene „wenn – dann“, Konzeption und Realisierung, und an der Realisierung bildete sich Konzeption als eine charakteristische aus.

Mit Niedecken kann ein Manko in Bions Begrifflichkeit von Konzeption und Frustrationstoleranz benannt werden, nämlich, dass ein Trauma als Folge eines konstitutionellen Mangels erscheinen muss. Bion denkt in seinem Modell aus Konzeption und Negativ-Erfahrung den Anfang des denkenden Weltbezugs. Dazu benötigt er Begriffe wie den der „Elemente“, die in subjektive Verfügung genommen werden können oder nicht. Und deshalb eignet sich Bions Modell zunächst hervorragend zur Darstellung der therapeutischen Arbeit mit Blinden: der unverbundene Element-Charakter allen Erlebens, wie ich ihn bei den blinden Kindern ausgemacht zu haben meine, ist damit gut beschreibbar. Zu Reizeinbrüchen, die vom Individuum nicht in eigene Verfügung übernommen werden können, schreibt Niedecken:

„Wo der Reizeinbruch einer frustrierenden Interaktion unmodifiziert das Individuum überwältigt, bilden sich defiziente Interaktionsformen, denen es am Erleben des Zugleich eines selbst Geschaffenen und wieder Gefundenen mangelt“ (Niedecken 2009, S. 11).

Auch sie bestimmen die weitere Entwicklung.

Indem ich zu Hanna sprach – in Lautstärke und Intensität dem Geräusch und unserer Körperspannung gleich – nahm ich Hanna mit hinaus aus dem Schrecken und half ihr, nicht identisch zu sein mit dem Schrecken, bzw. ihrer Rolle als vom Schrecken Überwältigte. Gleichzeitig wurde der Schreck hinein genommen in unsere gemeinsame Verfügung. Mithin: Die frustrierende oder überwältigende Praxis konnte als Szene begriffen werden und musste nicht aufs Subjekt und seine Frustrationstoleranz bezogen werden. Das Kind und seine Intention wurde als ein mit den szenischen Vorgaben Nichtidentisches gedacht. So konnte Hanna zwischen den Rollen pendeln, die in der Szene des Erschreckens angelegt waren: Sie konnte den Schrecken selbst auslösen, konnte ebenfalls ein Stocken mit einem „huch?!“ des Erschreckens theatralisch darstellen und erlöst in schallendes Gelächter ausbrechen, also selbst Verfügung übernehmen und mit einem „ist ja nicht so schlimm“ Bedeutung zuweisen (siehe Niedecken 2009, S. 12).

Weitere Aspekte

Es scheint mir, dass Hanna nicht wie ein sehendes Kind an dieser Stelle ein Verstecken und Erscheinen im Außen erlebte, sondern im Innen.

Die Spiele „Kuckuck, wo bist du!“, bei denen eine Hand vor das Gesicht gehalten wird und dem kleinen Kind noch nicht klar ist, dass es sichtbar bleibt für die Anderen, wenn es sein Gesicht verbirgt, verweisen darauf, dass dem Kind innen und außen noch nicht getrennt sind: Seine Identität oder sein Empfinden von Existenz sind ganz an das sichtbare Vorhandensein des anderen gebunden. Das „Verschwinden“ des anderen ist für ein sehendes kleines Kind aushaltbar, ja sogar lustvoll, wenn Rahmenbedingungen¹ sicher genug erlebt werden. Dem blinden Kind können Versteckspiele, die akustisch von Erwachsenen geleitet werden, kaum je diese Verkettung von Lust und Angst vermitteln. Der Umstand, in einer Welt verloren zu gehen, kann (noch) nicht „gespielt“ werden: Die vergleichsweise sichere Verankerung in einer sichtbaren Welt eben durch das Sehen, die dem „Verschwinden“ voran gehen muss, ist dem blinden Kind verwehrt.² Es sind noch wesentlich die von außen eindringenden taktilen und akustischen Reize, die das Kind überraschen und vielleicht überfordern.

Überlegungen zum Therapieverlauf

So ereignete sich statt des Spiels „Verstecken“ hier das Spiel „Erschrecken“: Da, wo das sehende Kind die äußere Leere – die Abwesenheit der Mutter und also implizit seine eigene Abwesenheit – „umspielen“ kann, ist es beim blinden Kind Hanna die „innere“³ Leere gewesen.

Anzieu schreibt, das Erschrecken vor der inneren Leere entstehe durch das „Fehlen des stützenden Objektes, welches notwendig ist, damit die Psyche ihren Schwerpunkt findet“ (ebd., S. 132). Anzieu verweist auf Bacon, der zerfließende Körper malte, welche „durch Haut und Kleidung oberflächlich zusammengehalten werden, denen allerdings das Rückgrat fehlt, das den Gedanken und dem Körper

¹ Natürlich müssen auch Objektrepräsentanzen bereits angelegt sein. Von ihnen wird später die Rede sein.

² Fraiberg et al. haben entsprechende Versuche mit Versteckspielen durchgeführt und kamen zu dem Schluss, dass blinde Kinder leicht in Verwirrung geraten, wenn z.B. ein Sessel den direkten Weg zur „versteckten“ Mutter verstellt, dass blinde Kinder ferner kein (übergeordnetes) räumliches Vorstellungsvermögen entwickeln über die Aufteilung der Zimmer in der Wohnung und sich ausschließlich nach (analogen Bewegungsabläufen beim Abschreiten von) Wegen, die zurückzulegen sind, orientieren.

³ Für den erwachsenen Betrachter kann von „innerer“ Befindlichkeit des Kindes die Rede sein. Im gemeinsamen Tun wird dies zunächst nicht deutlich.

Halt gibt“ (ebd., S. 132). Er schreibt weiter: „Hier spielt nicht die phantasmatische Inkorporation der nährenden Brust eine Rolle, sondern die primäre Identifikation mit einem stützenden Objekt, an das sich das Kind ankuscht und von dem es gehalten wird“ (ebd., S. 132).

Gut angekuscht konnte das Kind Hanna mit der Musiktherapeutin gemeinsam den „Schrecken“ aushalten und umspielen.

Das Spiel mit dem Schrecken ist fester Bestandteil aller musiktherapeutischen Begegnungen in der Anfangszeit gewesen. Der „Schreck“ verwies bereits auf das Kommende: die Frage nach Abwesenheit und Vergessen-werden.¹

Therapeutisch wirksames Mittel war zunächst die Koppelung von taktiler und akustischer Begleitung:² Es ist das „Ich halte dich“ und das „Ich erzähle dir, dass ich dich halte“, welches wirksam wurde: die Musiktherapeutin reflektierte handelnd *und* sprechend die Situation, das mögliche Empfinden des Kindes *und* das eigene Handeln.

Ich meine, Musiktherapie mit blinden Kindern bedeutet, immer „eine Ebene mehr“ mitzudenken, und dies auch auszusprechen.

Die Spiegelfläche des sehenden Kindes befindet sich „außen“, die des blinden Kindes innerhalb der antwortenden/reflektierenden erwachsenen Person, und ganz besonders in der Therapie!

Die äußere Spiegelfläche – egal, ob wir hier das Gesicht des Kindes meinen, auf welchem sich im Mienenspiel dessen innere Befindlichkeit für den Erwachsenen abbildet oder umgekehrt das Gesicht der Mutter, welches deren Emotionen abbildet oder ob wir von einem gläsernen Spiegel sprechen, in welchem sich das Kind spiegelt, was vom Erwachsenen kommentiert wird –, die äußere Spiegelfläche erlaubt dem Erwachsenen Zugriff und Reflexionsmöglichkeit. Es wird ihm damit möglich, das Empfinden des Kindes zu repräsentieren, im Terminus von Bion: eine Alpha-Funktion zu aktivieren.

¹ Das Umspielen eines je nach Reife des Kindes unterschiedlich zu fassenden „Nichts“ wird dazu führen, dass die Alpha-Funktion der Therapeutin in ihrer Beschaffenheit deutlicher hervor tritt.

² Es „existiert“ noch kein Raum. Später wird das Thema „Raum“ wichtig werden. Eines der Kinder wird in die Keyboardtasche kriechen und die anderen Kinder wollen von Decken und Kissen umhüllt werden.

Der Erwachsene, der für ein blindes Kind in der Weise einer Alpha-Funktion wirken will, muss dessen eingedenk sein, dass das blinde Kind im normalen Alltag über nahezu keine Spiegelungsmöglichkeit verfügt.

Ich möchte den Unterschied zwischen Schreck und Angst aufzeigen.

„Bei *Angst behält* die Körperich-Grenze ihre narzisstische Besetzung, wahrscheinlich ist sie durch die gespannte Erwartung und die mit ihr verbundene libidinöse Betonung des Ichs, das bewusst oder unbewusst von Gefahr bedroht ist, sogar stärker narzisstisch besetzt. Diese narzisstisch libidinöse Besetzung erklärt zum Teil das Bestehen von *Angstlust*. Beim *Schrecken verliert* das Ich seine narzisstische Grenzbesetzung; jeder Schrecken ist mit Entfremdungsgefühl verbunden. (...) Eigentlich darf es uns nicht wundern, dass die Außenwelt bei Entblößung der Ichgrenze von ihrer *narzisstischen* Besetzung, die wir ständig als gesundes Körperich-Gefühl empfinden, entfremdet ist“ (P. Federn 1978/1927, S. 46, kursiv im Original).

„Vom Narzissmus wird die psychische Repräsentanz der Wahrnehmungspforten, das ist die Körperich-Grenze, mit Körperichgefühl besetzt. Wir hörten schon, dass diese narzisstische Hülle normaler- und pathologischerweise – nach Stärke, Ausdehnung und Widerstandskraft – variiert und mit ihr das Körperichgefühl“ (P. Federn ebd., S. 47).

Beim Versteckspiel sehender Kinder ist es die bange Erwartung, gefunden bzw. entdeckt zu werden, die das Kind in eine Spannung versetzt. Federn spricht von der libidinösen Betonung des Ich im Zustand der Angst und verweist auf die Angstlust, von der auch M. Balint (1999/1959) schreibt. Das Entfremdungsgefühl beim Schrecken, von dem Federn schreibt, schien mir für die blinden Kinder etwas Alltägliches zu sein, das fatalerweise die Entfremdungserfahrung eines jeden blinden Kindes immer neu anfachte. Das Erschrecken bleibt, so vermute ich, solange so etwas unfassbares, wie sich ein blindes Kind in einem ungeschiedenen Zustand ozeanischen Fließens befindet und nicht differenzieren

kann, wovor es (und warum) Angst hat. Damit das Kind überhaupt etwas als „anders“ oder „bedeutsam“ oder eben „angstauslösend“ erleben kann, so denke ich, muss es eine Unterbrechung des Kontinuums vielleicht in Form von Schreck oder einer Markierung spüren, die *repräsentiert* wird. Angst, so schilderten mir nämlich die Mütter, zeige ihr blindes Kind erst in Situationen, in denen es sich schon einmal erschrocken hatte und die künftig für das Kind erinnerbar waren.¹ Angst, die Mutter zu verlieren, etwa in Abschiedssituationen an der Kindergartentür, hat nach Angaben der Mütter keines der Kinder gezeigt.² In eine ähnliche Richtung wie ich es hier für blinde Kinder vorschlage, argumentiert auch Bick, wenn sie auf die Wichtigkeit, eine „Katastrophe“ in moderater Form zur psychischen Entwicklung erleben und verarbeiten zu können, verweist (siehe dazu Hinshelwood 1993).

Die Verhaltensweisen von Hanna – hier stellvertretend für das Verhalten aller Kinder zu Beginn der Musiktherapie – lässt darauf schließen, dass sie sich in einem „ozeanischen Erleben“ befand. Ogden (2006) spricht vom autistisch-berührenden Modus. Die Begegnungsformen sind körperlicher Art (Ogden spricht sogar davon, das Kind in diesem Modus *habe* nicht eine Haut, sondern *sei* seine Haut) und hier im Wesentlichen rhythmisch orientiert, d.h. ich hatte immer das Wechselspiel zwischen Regelmäßigkeiten und ihren Unterbrechungen im Sinn: das blinde Kind Hanna *war* diese rhythmisch-musikalische Beziehungsform, es erlebte sie nicht wirklich.

Ähnlich wertet auch Leikert (2008) die „enorme Bedeutung zeitlicher Rhythmen“, wenn er schreibt:

„Genau genommen ist der Rhythmus der Objektbeziehung das *Sein* selbst, da das Subjekt, abgesehen von dieser sinnlichen Begegnung, weder vom Objekt, noch von sich selbst ein stabiles inneres Konzept hat“ (Leikert 2008, S. 174),

¹ Dies war z.B. der Schreck, als ein Hund heran gesprungen war, gebellt und das Kind überraschend beleckt hatte oder auch ein überraschend im Nachbargarten angeworfener Benzinrasenmäher.

² Nicht jede Mutter war darüber froh. Manche Mutter bedauerte es spüren zu müssen, wie leicht und ohne erkennbaren Schmerz das Kind sich abwandte.

und er verweist auf Ogden:¹

„Sensorische Erfahrung im autistisch-berührenden Modus besitzt eine Rhythmikqualität, die zur Seinskontinuität wird; sie verfügt über die Qualität der Begrenzung, die den Beginn der Erfahrung eines Ortes darstellt, an dem man fühlt, denkt und lebt; sie weist Züge auf wie Form, Härte, Wärme, strukturelle Beschaffenheit, die die beginnenden Eigenschaften des Gefühls/Wissens darüber sind, wer man ist“ (Ogden 2006, S. 56).

Leikert fokussiert auf den zeitlichen Aspekt des Kinetischen und nicht wesentlich auf den taktilen (Leikert 2008, S. 175). Ich möchte für die blinden Kinder in dieser Entwicklungsphase ausdrücklich darauf hinweisen, dass es eben die Verknüpfung aus Taktilen und Rhythmischen war, welche zur Etablierung eines Erlebens einer „Differenz im haltenden Kontinuum“ unbedingt vonnöten war. Während das Taktile sozusagen das Präzente/Präsentative abbildete oder *war*, eröffnete das rhythmische Element des therapeutischen Tuns den Weg ins diskursive, variierbare, kombinierbare, und zwar zunächst ohne schon im Bewusstsein der Musiktherapeutin angelangt zu sein: die Assoziationen, welche die Musiktherapeutin mitbrachte, wirkten formbildend.

Auch Ogden geht auf das Phänomen des Schreckens ein. Es ist nach Ogden der Schreck, „der abrupte Bruch in Form, Symmetrie, Rhythmus, Hautformung etc. [, welcher] das körperliche Ende des Kleinkindes [kennzeichnet]“ (Ogden ebd., S. 36). Zur vorsichtigen Markierung einer „Endhaftigkeit“ des Kindes, zum moderaten Erleben einer „Katastrophe“ anhand des Erlebens eines Schreckens ist es im beschriebenen Beispiel dergestalt gekommen, dass die Musiktherapeutin das Erleben des Kindes erspürte, würdigte und seinen Schreck auslösenden Charakter „beseitigte“, indem sie das Kind physisch wie psychisch hielt und mit ihm gemeinsam „Erschrecken“ spielte – und das auch benannte. (Damit sind die drei Säulen einer Bildung der Alpha-Funktion benannt: bemerken, würdigen, Abhilfe schaffen.) Das Benennen, also „die vierte Dimension“, ist m.E. das in der Arbeit mit blinden Kindern unabdingbar notwendige Reflektieren des Tuns. Es ist die

¹ Ich zitiere hier nicht die Sekundärliteratur in Leikert, sondern denselben Text aus der dt. Ausgabe von 2006.

„Spiegelung“ oder Abbildung seiner eigenen Intention oder seines Tuns, die der Erwachsene vornehmen muss, sonst wird das Kind glauben müssen, es werde zusätzlich und weiterhin durch den Erwachsenen erschreckt.

Schlussgedanken zum dritten Beispiel

In synchronen und zyklischen Prozessen kam es zur Markierung des therapeutischen Tuns und zu einem „gemäßigten Einbruch“. Neu war, dass die Musiktherapeutin 1. das Kind hielt und stützte und damit gegen ein Tabu¹ verstieß, 2. die Bewegungen des Kindes durch Berührung mitvollzog, 3. dieses vokalisierend begleitete und 4. gleichzeitig benannte. Es kam also zur Begegnung auf vier verschiedenen Ebenen (intermodale Verknüpfung). Etwas, das dem Kind nicht möglich war, konstruierte die Musiktherapeutin: Perspektiven und die Möglichkeit zum Perspektivwechsel. Dabei kam es zu Überschneidungen zwischen jeweils zwei Kontaktebenen: halten und hinweisend streichen sind in ihren Bedeutungen differenzierbar, streichen und vokalisieren sind differenzierbar, vokalisieren und sprechen sind differenzierbar.

¹ In der psychotherapeutischen Beziehung ist eine körperliche Berührung normalerweise ein absolutes „no go“. In der Arbeit mit Blinden müssen manche Regeln allerdings modifiziert und Handlungsweisen angepasst werden.

II.1.4 Aus zeitlichen Vollzügen entsteht Raum

Viertes Beispiel „Hier und da“

Der Referenzrahmen meiner Sichtigkeit kommt mir zu Bewusstsein.

Ausschnitt aus der 9. Stunde

Hanna sitzt zwischen meinen Beinen parallel zur Keyboardtastatur, die sich rechts von uns befindet. Links neben uns auf dem Boden liegt die Handtrommel. Hanna „rudert“ mit den Armen durch die Luft. Endlich bekommt sie meinen linken Daumen zu fassen und legt meine Hand auf ihrem/meinem linken Oberschenkel ab. Ich sage dazu „uff“ und „Bein“. Wieder rudert Hanna mit den Armen und wankt mit dem Oberkörper. Diesmal greift sie meinen linken Daumen und legt ihn weit hinter uns links ab. Ich sage dazu „weg“. Endlich greift sie irgendwie in die Luft, findet meine Hand, nimmt meinen linken Daumen und lässt die Hand „irgendwo“ wieder los. Sie tut all dies ernst und recht energisch, es gibt kein Zögern, wenn sie meine Hand ergriffen hat. Ich singe auf- und abfallende Linien ohne irgendeine Orientierung auf einen Grundton hin und frage mich, wo der dritte Ort sein könnte und ob es einen „Ort“ überhaupt gibt.

Diskussion

Dieses „die Hände sind weg“ war meiner visuellen Verstehensweise geschuldet: Hände vor uns waren „da“ und sichtbar, Hände hinter uns waren genauso „da“ wie vorher, nur nicht sichtbar. Indem ich das „Anwesend-sein“ und „Abwesend-sein“ aussprach, konnte ich es als meinem Verstehenssystem zugehörig begreifen und in seiner Bedeutung für die Beziehung reflektieren. Damit Hanna und ich nicht „Zwei auf einem schwankenden Schiff auf dem weiten Ozean“ waren, hätte es meiner Angebundenheit an räumliche Ordnungen bedurft. Stattdessen war zunächst lediglich ein lineares Singen ohne „Orientierung auf einen Grundton“ möglich.

Schlussgedanken zum vierten Beispiel

Eine Musiktherapie-Stunde später ereignete sich eine „Räumlichkeit“ des „hier“ und „da“ unmerklich zwischen Hanna und mir: wir saßen nun nebeneinander. In der darauf folgenden Stunde später saßen wir uns gegenüber.

Das „Dritte“,¹ von dem Altmeyer (2009) meint, es sei in der Psychoanalyse nicht eindeutig festgelegt, war m.E. immer latent vorhanden. Es war ja mein erklärtes Ziel, jeder Bewegung und Regung Hannas (wie jeden Kindes) grundsätzlich einen Sinn zuzusprechen, auch wenn er mir noch verborgen war (und es möglicherweise bliebe). Aber auch eine geänderte Sitzposition bedeutete eine Änderung des Bezogenseins und wurde, sobald sie ausgesprochen und in Worte gefasst war, zu einem „Etwas“, über dessen Bedeutung nachgedacht werden konnte. Indem Hanna mir gegenüber saß wurde sie mir ein Gegenüber. Die synchronen musikalischen Verläufe, die Hanna und ich zunächst hinter einander, dann neben einander sitzend geteilt hatten, erlangten immer mehr den Charakter des zueinander-Sprechens, des Dialogs. Ich musste Hanna nicht mehr die Lage des Keyboards weisen, sie wurde sicher in ihrem Abstand zum Instrument und auch sicher in dem, was sie mit dem Keyboard tat. Zwischen Hanna, dem Keyboard und mir entstand ein Raum, der als Rahmen zu halten vermochte.

Kam nämlich die Mutter nach dem Ende der Stunde, so geschah es zuweilen, dass Hanna stolz auf Musiktherapeutin und Keyboard wies und sich innerhalb dieses Arrangements präsentierte.

¹ Altmeyer (2009) legt dar, dass es in der Psychoanalyse sehr unterschiedliche Modelle dafür gibt, was „das Dritte“ genannt wird. Nach Meinung Längers und Herrmanns ist es wohl der „Blick der Anderen“, welcher das blinde Individuum in seinem So-sein konstituiert: Der Blick des Sehenden ist immer schon da, hat immer schon erfasst, was der Blinde erst ertasten muss. Die Meinung des Sehenden über das (gemeinsam) Erlebte, steht immer vor der des Blinden. Hier bleibt die Frage danach, was in der Musiktherapie das Dritte sein kann, zunächst offen. Im letzten Kapitel wird sie wieder aufgegriffen.

II.1.5 Das Spiel in Arrangements – Das Kind entwickelt Erwartungen

Fünftes Beispiel „Gute Nacht, guten Morgen“

Hanna saß nun sicherer und verlangte, dass das Keyboard gut erreichbar neben ihr auf dem Boden liegen sollte. Wir saßen uns gegenüber. Es gab klar unterscheidbare Sequenzen zwischen „Hanna macht Musik“ und „Hanna macht nicht Musik“, sowie „gemeinsam Tun“, „allein Tun“ und „Nacheinander“. Es gab auch ein „Körperkontakt haben“ und ein „Nicht-Körperkontakt“.

Ausschnitt aus der 11. Stunde

Wir sitzen uns gegenüber und berühren uns nicht. Das Keyboard liegt neben uns. Bewegungen Hannas und bewegungslose Momente sind bisher in einander übergegangen, ohne dass ich dazu eine Idee hätte entwickeln können.

Hanna legt sich nach kurzem Spiel am Keyboard auf den Rücken (ich begleite mit abfallender Vokalisation) und verharrt still. Da ich nicht weiß, was dies bedeuten könnte, aber entschlossen bin, dem Tun des Kindes Sinn¹ zuzusprechen, gähne ich laut und sage zum Kind gähnend-gedehnt „Gute Nacht, uaahh, und schlaf schön, Hanna!“, schmatze ein wenig und summe ein Schlaflied. Sie verharrt still. Als Hanna sich nach einer kleinen Weile aufrichtet (begleitet von einem gesungenen ansteigenden Vokal), „begrüße“ ich sie „erfreut“ rufend: „Guten Morgen, Hanna, da bist du ja wieder!“ Hannas Gesicht löst sich, der Mund öffnet sich, sie sagt im Duktus meines Ausrufs: „Ah!“ Das Ganze wiederholt sich mehrmals und das Kind entwickelt von Mal zu Mal einen erwartungsvolleren Gesichtsausdruck, wenn es sich wieder erhebt. Endlich „gähnen“ und „schnarchen“ Hanna und ich beide, wenn sie auf dem Rücken liegt, und ich summe dann ein kleines Schlaflied bis Hanna sich wieder aufrichtet. Dann „jubeln“ wir beide um die Wette: „Hurra, Guten Morgen, jetzt geht's los!“ D.h. ich rufe Worte, Hanna fällt in die Tonhöhe und -gestaltung ein.

Ich vollziehe Hannas Bewegungen nicht mehr körperlich-real mit.

¹ Laing plädiert eindringlich dafür, in der Arbeit mit schizoiden Patienten allem Tun derselben einen Sinn zuzusprechen, egal, ob dieser später revidiert werden müsse. Dringend sei die generelle Bereitschaft und Tätigkeit, dem Handeln eines schizoid oder schizophren erkrankten Menschen Sinn beizumessen und das auch auszudrücken.

Diskussion

In meinem Empfinden begegneten wir uns: Wir saßen einander gegenüber, entfernten und trennten uns, trafen erneut zusammen. Ob Hanna tatsächlich mir begegnete oder sich selbst in meinem Resonieren, ist nicht von Belang.

Theoretische Überlegungen

Das Spiel hieß „Guten Morgen“, es inszenierte sich darin das Ankommen, Gesehen-werden, Gehalten-werden. Mit Niedecken (2009) kann man sagen: die situative Struktur erlaubte es, dass Hanna die Intention ihrer Inszenierung darin unterbringen konnte: einerseits ankommen und freudig begrüßt werden, und andererseits zum Schlafen, der kleinen Trennung, getröstet verabschiedet werden und sich darin begleitet und behütet in den Gedanken der Mutter aufgehoben wissen.

Hanna schaffte es also, die entsprechende szenische Struktur nutzend, sich als Handelnde mit ihren Intentionen einzubringen. Eine sinnlich-symbolische Interaktionsform war entstanden, die sie für ihre Subjektbildung nutzen konnte. Anders als sehende Kinder, die ihre Subjektbildung auf eine fiktive Autonomie gründen können, bleibt Hanna zunächst in einem Gesamtsubjekt verhaftet. Dieses Gebundensein an ein Gesamtsubjekt wird sie dann zu symbolisieren lernen müssen, um damit symbolisch bestimmt umgehen zu können. „Dazu sind zunächst sinnlich-symbolische Interaktionsformen unverzichtbar, und präsentative Symbolisierungen geeigneter als diskursive, weil sie die Eingebundenheit aufnehmen, während das Diskursive auf Autonomie gründet“ (Niedecken 2010).¹

Den Bewegungen von Hanna gab ich einen „Sinn“, welcher durchaus einen vorläufigen Charakter haben konnte und sollte. Das Sein Hannas in verschiedenen Spannungszuständen wurde von mir zu einem Erleben von Regelmäßigkeiten „mit Aussage“ (Erwachen, Einschlafen) zusammen gefügt. Diese Arrangements (die Guten-Morgen-Situation, das immer gleiche Gute-Nacht-Geschehen), welche eng an gesellschaftlichen Konventionen orientiert waren, sollten für Hanna die Möglichkeiten bieten, Erwartungen entwickeln zu können. Zudem ermöglichte es mir, das Kind in seinen verschiedenen Facetten zu erleben und dem Kind dies „widerzuspiegeln“, indem ich Situationen benannte. D.h.: die Musiktherapeutin

¹ Persönliche Mitteilung, April 2010.

begann, in spielerischer, phantasievoller Weise über das Kind zu denken, und es das auch wissen zu lassen. D.h. mit Bion: sie entwickelte ihre Alpha-Funktion an und mit dem blinden Kind.

Eine Schwierigkeit der aufsuchenden Musiktherapie lag für mich darin, mir der Spielsituation bewusst zu werden. Der „haltende Rahmen“, gegen welchen sich eine therapeutische Spielsituation als solche absetzen konnte, war schwierig als solcher in der Beziehung zwischen uns beiden zu etablieren: erstens saßen wir ja im Wohnzimmer der Familie und waren Teil des „Nachmittagsgeschehens“ im Haus. „Realität des Alltags“ und „Phantasie in der Musiktherapie“ standen ständig in der Gefahr, ineinander zu verschwimmen. Zweitens gab es lange keine Verständigung zwischen Hanna und mir darüber, dass wir zwei etwas Spielerisches taten.

Schlussgedanken zum fünften Beispiel

Die hier geschilderten Interventionen, aus dem Bestreben, in Kontakt zu kommen bzw. zu verstehen – beides zunächst ungeschieden – zielten darauf, intermodale Verknüpfungen dem Kind anzubieten. Im gemeinsamen Vollzug bildete sich in der Musiktherapeutin ein Verständnis über die Problematik „ankommen“ und „lösen“. Indem der Impuls des musikalischen Geschehens mit einem crescendo auf dem Fußboden oder der Tastatur landete, bildete sich das Bewusstsein für ein „da ist es“ und in der Umkehrung ein „wo ist es“. Über die Interaktionen konnte sich – der Musiktherapeutin und dem Kind – Bedeutung vermitteln: Liegen *ist* etwas, in diesem Falle „schlafen, gähnen, ruhige Stimme, gute-Nacht-Lied“, sich aufrichten *ist* „guten Morgen, höhere Stimmlage, schnelleres Tempo“.

Antwort auf die Frage, wie das Kind die Musiktherapeutin bemerkt

Die Musiktherapeutin richtete es so ein, dass sie die Armbewegungen des Kindes synchron mitvollzog und dass das Kind ein Rascheln der Kleidung und auch Berührungen durch Musiktherapeutin wie nebensächlich spürte. Die Mitbewegungen der Musiktherapeutin, sei es im Vokalisieren, sei es im körperlichen Mitvollzug, mussten zunächst vollkommen synchron erfolgen, sollte das Kind „Bezüge“ erfahren können: Alle Aktionen der Musiktherapeutin, die nicht auf so körpernahe Weise bezogen waren, liefen Gefahr, unbemerkt zu bleiben.

Hierbei stoßen wir erstmals an ein sprachliches Problem:

Schon der Umstand, dass ich von „unbemerkt bleiben“ schreibe, intendiert bereits ein Bewusstsein für ein Fehlen. Diese Thematik ist in dieser frühen Phase der Musiktherapie bereits als ein Ahnen vorhanden, aber unbegriffen und unsprachlich.

Gemäß der Fragestellung, wie das Kind meine Gegenwart bemerkt, ist eine erste Antwort die: durch das Aufnehmen kleinster Regungen und Bewegungen in für das Kind spürbarer Weise.

Da die Bewusstwerdung immer an das Erfassen von „etwas“ gebunden ist, kristallisieren sich an diesem Punkt verschiedene Intentionen heraus:

Einmal begreife ich die „ziellosen“ Bewegungen des Kindes als Ausdruck eines schwebenden Zustands, das blinde Kind ist meiner Meinung nach in einem Zustand des ozeanischen Fühlens: alles „schwimmt“ und hat wenig Kontur, von überraschenden Einbrüchen abgesehen, auf die ich an späterer Stelle zu sprechen kommen werde. Zunächst gilt die Vermutung, dass dem Kind wenig in seiner Außenwelt etwas „bedeutet“. Es befindet sich in einem Zustand, den Ogden mit autistisch-berührend umschreibt.

Ich habe daher wann immer möglich intermodale Verknüpfungen hergestellt, damit Hanna ihre eigenen Bewegungen reflektiert erlebt. In Ermangelung einer visuellen Spiegelung (des Kindes im Gesicht der Mutter, nach dem Verständnis Winnicotts) konnte tonales Geschehen plus körperliches Halten dem Kind dabei helfen, eine Erfahrung von Kontinuitäten zu machen, welche ihm mutmaßlich bisher verwehrt waren. Ich gehe davon aus, dass alle sechs blinden Kinder kaum je Gelegenheit hatten, Varianten von Interaktionsformen als „Varianten“ zu erfassen. Ich glaube vielmehr, dass die Kinder sich von einer verwirrenden Vielzahl an Verhaltensweisen erwachsener Personen umgeben fühlten, denen sie keine Bedeutung geben konnten: für die blinden Kinder waren abweichende Interaktionsverläufe jedes Mal „neue“ und eben keine Varianten des altbekannten. So schreibt zwar Dornes (2006) dem noch jungen (sehenden) Säugling die Fähigkeit zu, aus konvergenten Interaktionsformen eine Vorstellung von einer Person zu entwickeln. Hingegen Fogel (1997) schreibt, dass dies für das blinde Kind keine Gültigkeit hat: eine Person tauche immer wieder als eine andere auf,

nur (psychisch) kranke Menschen erschienen dem Blinden immer gleich. Die von Dornes beschriebene Fähigkeit des Säuglings, ein *sich änderndes* Objekt von einem *anderen* Objekt zu unterscheiden, trifft auf den blinden Säugling nur sehr bedingt zu.

Um meine Ansicht zu begründen, möchte ich auf Gergelys (2002) Säuglingsbeobachtungen verweisen und die Schlüsse, die er für sehende Kinder aus seinen Beobachtungen zieht.

Zunächst beobachtete er in Mutter-Kind-Interaktionen synchrone Prozesse: Säuglinge bis zum Alter von etwa 3 Monaten zeigen demnach eine deutliche Präferenz für perfekt kontingente Handlungsverläufe und Vorgänge. Der Säugling ist „genetisch auf das Erkennen und Erkunden von Reizen ausgerichtet“ (Gergely 2002, S. 816). Durch die Differenzierung verschiedener Grade von Kontingenzen zwischen Reiz und Reaktion kann dieser angeborene *Kontingenzentdeckungsmechanismus* Reizereignisse identifizieren, die sensorische Folgen der motorischen Körperreaktionen des Säuglings selbst sind, im Gegensatz zu Reizen aus äußeren Quellen. Ferner finden sich zyklische Prozesse: Säuglinge in den ersten beiden Lebensmonaten zeigen eine Präferenz für zyklische Wiederholungen körperzentrierter Aktivitäten. Allmählich etablieren sich zwischen Mutter und Kind leichte zeitliche Verschiebungen, die aber immer noch als Beziehungsgeschehen erlebt werden: Kinder, die älter als 3 Monate sind, weisen keine Präferenz mehr für perfekt selbstkontingente Reize auf. Sie bevorzugen leicht zeitlich versetzte Reaktionen auf Reize. Dieser vermutlich reifebedingte Wechsel lenkt den Organismus hin zur Erkundung und Repräsentation der sozialen Welt, schreibt Gergely.

Im interaktiven Geschehen bildet sich die Fähigkeit zur Affektregulation aus: Der Säugling besitzt ursprünglich nicht die Möglichkeit, affektive Impulse selbst zu regulieren, er muss sich auf die zustandsmodulierende Intervention der Mutter verlassen.

Wie kommt es zur Internalisierung der mütterlichen Funktion der Affektregulierung? Säuglingsforscher und Psychoanalytiker weisen einer bestimmten Verhaltensweise, mit der Eltern die Affektzustände des Säuglings regulieren, eine zentrale Bedeutung in diesem Prozess zu: dem Phänomen des Affektspiegels.

Gergely et al. spezifizieren, welche psychischen Prozesse dafür verantwortlich sind, dass es zur Internalisierung der emotionalen Regulationsfunktion kommt.

Kinder sind laut Gergely aufgrund von drei Merkmalen mütterlichen Spiegelns in der Lage, sich zu beruhigen.

1. „Markiertheit“: Empathisches Affektspiegeln ist markiert, d.h. in der Regel übertrieben. Die Mutter verwendet einen „Als-ob“-Ausdrucksstil. „Wir behaupten (...), dass die deutliche Markiertheit des Spiegelns die Zuschreibung der wahrgenommenen Emotion zur Mutter blockiert, indem sie dem Säugling signalisiert: das ist „nicht echt“ – Mutter ist nicht wirklich böse oder ängstlich“ (Gergely 2002, S. 820).

2. „Nichtsequentialität“: Diese Interpretation wird durch die Tatsache verstärkt, dass markiertes Affektspiegeln nichtsequential ist. D.h. die Folgen, die sich üblicherweise bei einer wirklich ärgerlichen Mutter einstellen, treten hier nicht auf.

3. „Kontingenzbezogenheit“: „Da das markierte Affektspiegeln sehr starke Kontingenz mit dem mimischen¹ und lautlichen Gefühlsausdruck des Säuglings aufweist (zeitlich kontingent und in Raum und relativer Intensität ähnlich) wird der Säugling dank seines Mechanismus zur Kontingenzentdeckung automatisch ein hohes Niveau kausaler Kontrolle über den gespiegelten Ausdruck erkennen“ (Gergely 2002, S. 821).

Laut Gergely bildet der Säugling aufgrund der drei Unterscheidungsmerkmale Markiertheit, Nichtsequentialität und hohe Kontingenzbezogenheit Repräsentationen, also Erinnerungsspuren von Personen oder Handlungsabläufen. Soweit Gergely.

Ich möchte nun für den blinden Säugling folgendes annehmen: die frühen dyadischen Interaktionen werden (eine „genügend gute“ Mutter vorausgesetzt) reich an sensorischen Austauschprozessen sein. Da aber dem blinden Kind eine Wahrnehmungsebene fehlt, kann es Markierungen nur als ein lauterer Sprechen der Mutter erkennen und nicht – vor dem Hintergrund etwa eines lächelnden Gesichts der Mutter – deren Botschaft „das ist nicht echt“. Das blinde Kind kann gar nicht anders, als alles „für echt“ zu nehmen. Und so nimmt es auch verkürzte Sequenzen als das, was sie sind, eben einfach „kürzere Botschaftsverläufe“.

¹ Da der fehlt, kann das Kind nicht die andere Sinneseindrücke organisierende Qualität des „Überblicks“ gewinnen.

Ich gelange zu dieser Ansicht aufgrund der Erzählungen der Mütter, sie könnten ihre Kinder nicht trösten: es ist dem blinden Kind demnach nicht möglich, das einführende lautmalerische Sprechen der tröstenden Mutter als auf seinen eigenen Schmerz bezogen und also affektregulierend zu erspüren. Das blinde Kind meint vielmehr, auch die Mutter habe sich weh getan. Der schon erwähnte fehlende Perspektivwechsel des blinden Kindes zieht es nach sich, dass das blinde Kind alles 1 zu 1 als Realität – bzw. das, was es dafür hält – erlebt.

Hudelmayer (1970) hat in seiner Forschungsstudie Daten zusammengetragen zur Begriffsbildung blinder Kinder. Demnach fällt es ihnen bis ins Schulalter hinein schwer, Oberbegriffe zu bilden. Ich nehme an, dass dies für Verhaltenssequenzen genauso gilt wie für Sachbegriffe. Viel Kraft wenden blinde Kinder dafür auf, sich örtlich-räumlich zu orientieren und situationsgerecht zu verhalten. Weil die Orientierung so schwierig ist, ist ein Mindestmaß an immer gleichen Rahmenbedingungen nötig, damit sich das blinde Kind zurecht findet.

Abweichungen aller Art können dem blinden Kind nur, wirklich nur dann eine Bereicherung werden, wenn ein genügend großes Quantum an Orientierung gebenden Grundkonstanten vorhanden ist.

Im bisher Beschriebenen ist der haltende Grund der körperliche Kontakt gewesen. Vor dem sicheren „Grund“ konnte Hanna ein Spiel überhaupt erst entwickeln. Mit Winnicott kann formuliert werden: am Anfang benötigt das Kind eine Mutter (Therapeutin) die *ist*, und nicht eine, die schon *handelt*.

An dieser Stelle verabschieden wir uns von Hanna. Im letzten Kapitel werde ich beschreiben, welche Qualität die Beziehung von Hanna und mir hatte, als die Musiktherapie endete und welche Änderungen es in Hannas Leben gab.

Nicht alle Kinder waren am Anfang heiter und gelöst, wenn die Musiktherapie begann. Ich möchte noch auf eine andere Verhaltensweise eingehen, die sich in den ersten Stunden des gegenseitigen Kennenlernens immer wieder zeigte, und die ich vorstelle, weil ich sie als ebenso typisch klassifiziere wie das eben Dargestellte, auch, wenn sie seltener auftrat.

II.1.6 Kontaktaufnahme bei starrer Körperhülle

Sechstes Beispiel „Lass das!“

Das Angebot, eine Musiktherapie wahrzunehmen, haben Valentinas Eltern gern angenommen, weil das geburtsblinde Mädchen neugierig auf seine Umwelt ist und Freude an Musik hat.

Valentina kam blind zur Welt, was in den ersten vier Wochen ihres Lebens niemandem auffiel. Weitere Behinderungen wurden nicht festgestellt. Neben einer Frühförderung erhielt sie (im Zeitraum der Musiktherapie) Physiotherapie. Bedarf an weiterer Therapie für Valentina bestand nach Ansicht der Ärzte nicht, es gab also auch für eine Musiktherapie kein Therapieziel. Valentina war bei meinem ersten Besuch drei Jahre alt. Sie lebte in einer Familie mit Geschwistern: alle waren sehr gespannt, was hier und jetzt passieren sollte. Ich wurde herzlich empfangen und durfte mit Valentina im zentralen Wohnraum „Musik machen“. Die Mutter schaute (begeistert) zu.

Ausschnitt aus der 1. Stunde

Valentina sitzt auf dem Boden. Meine Versuche, mich sprechend und Geräusche produzierend bekannt zu machen, sind ohne erkennbare Reaktion des Kindes verklungen, Instrumente sind ausgepackt und liegen auf dem Boden neben Valentina drapiert bereit. Valentinas Körper ist aufs höchste gespannt. Der Kopf von mir abgewandt. Die Miene spielt zwischen Verschlossenheit und Aufmerksamkeit.

Auf – vorher angekündigte – Geräusche oder Töne reagiert das Kind heftig empört: „Lass das!“. Dennoch ist Valentina aufmerksam und scheint erwartungsvoll: irgendetwas soll wohl passieren. Auch ich weiß nicht, was.

Mir fallen die nackten Füße Valentinas auf: sie wackelt mit den Zehen.

Kontakt entsteht schließlich über eine Kalimba, welche ich klappernd und schlurrend über den Holzfußboden in die Nähe des Kindes führe und dabei „mit der Stimme“ des Instrumentes wie „zu sich selbst“ spreche, dass ich die Kalimba sei, hier über den Boden ginge und die Valentina besuchen wolle – ah! – da sei ja ein Fuß, ob ich den mal anstupsen dürfe.... dazu lasse ich die zarten Töne der Kalimba erklingen. Valentina hält die Luft an und lässt es zu, dass die Kalimba an ihren Fuß stupst.

Es gibt immer ein Bewegungsgeräusch von Kalimba (und mir) und das „Selbstgespräch“ der Kalimba, welches genau benennt, was gerade passiert.

Valentina schiebt die Kalimba langsam mit dem Fuß weg. Ich lasse sie los, sie schaukelt noch eine Weile gut vernehmlich auf ihrem gewölbten Rücken hin und her. Ich untermale das Schieben des Fußes von Valentina mit einem „wuuuu“, das mit einem Schlussschwung endet. Dann lasse ich die Kalimba erneut herankommen, hopsend, klappernd und schlurrend und dies lautmalend begleitend.

Aus dem Tun entwickelt sich ein Spiel, das wir oftmals wiederholen: Die Kalimba kommt heran, macht sich bemerkbar, wird von Valentina weg geschoben, schaukelt eine Weile, kommt erneut bis zum Fuß des Kindes.

Diskussion

Valentinas heftige Äußerung „Lass das!“ und ihre leichte Drehung weg von mir hatte beinahe etwas theatralisches an sich, jedenfalls hatte ich den Eindruck, in wirkliche Nöte sei das Mädchen durch meine Gegenwart nicht gekommen: Sie hätte sich entfernen, völlig verstummen oder laut schreien können.

Valentina machte den Eindruck, eine abwehrende Außenhülle zu haben. Dennoch/gleichzeitig erlebte ich es, als könne ich tief in Valentina hinein blicken: Dadurch, dass sie z.B. verrutschte Kleidung nicht richtete, sich an meinem Blick nicht orientierte oder in der Ausrichtung korrigierte, irgendwo in den Raum hinein sprach, den Abstand zwischen uns beiden nicht veränderte, etc. konnten meine Blicke ungehindert auf dem Kind ruhen. Dies machte mich tief betroffen, ich erlebte meine Blicke als voyeuristisch, obwohl nichts in dem Geschehen die Verwendung dieses Begriffes eigentlich rechtfertigte. Ich war verunsichert. Mein Empfinden war: von außen komme ich nicht „ran“, aber in der Seele und den intimsten Bereichen bin ich schon „drin“. Ich musste teilweise die Augen schließen, um mich zu beruhigen und mich auf den Klang meiner eigenen Stimme zu konzentrieren.

Die „harte Außenhaut“ des Körpers hatte ein Gegenstück im Hören: Valentina verbat sich jedwede Töne: „Lass das!“. Dies – das „Verbot“, Töne machen zu dürfen – empfand ich in der Gegenübertragung als „in Ordnung“: die Musiktherapeutin geht ihres ureigensten Mediums verlustig. Mir kam das ganz

richtig vor: Es wurde die Frage aufgeworfen, wer mittels welchen Mediums kommunizierte.

Während also Valentina sich mit dem Oberkörper abwandte, wackelte sie mit den Zehen. Weit weg vom Gesicht und den empfindsamen Ohren, so dachte ich, könnte ich immerhin den „neugierigen, lustigen Füßen“ einmal „Guten Tag“ sagen, und am besten mit etwas, das ebenso klein war wie ihre Füße und charakteristische Geräusche machte: bei Annäherung Klappern und Schaben, bei „Unterhaltung“ mit Valentina leises, Klingen und „Klimpern“, beim Liegen auf dem Kalimbarücken das leise Geräusch des Hin-und-Her-Schaukelns. Damit, so dachte ich, müsste die Größe meiner Person und das Klingen meiner Stimme an Bedrohlichkeit verlieren, schließlich „unterhielt sich“ nun lediglich „eine Kalimba mit einem Fuß“. Es musste auch nicht länger Valentina mir ausweichen, sondern es konnte der Fuß die Kalimba nach Belieben wegschieben. D.h.: das Kind konnte bleiben, und seine Anfangsabwehr konnte bei Gegenwart der Personen durch Fuß und Kalimba gespielt, inszeniert werden.

Theoretische Überlegungen

In dem Spiel mit der Kalimba gelang es Valentina, sich eines Objektes – der Kalimba – zu erwehren, dessen Absichten und Beschaffenheit sie noch nicht kannte. Indem sie es wegschob, bildete sich eine Interaktion, die durch unsere Einigung eine Interaktionsform wurde: Schieben.

Das Schieben bezeichnete zwei Orte sinnlicher Aktionen: hier die kindliche Körperspannung beim Wegschieben, dort die Wahrnehmung des klappernden Geräusches.

Valentinas erste Reaktionen („Lass das!“) erlebte ich wie die Wirkungsweise einer festen Körperhülle als Schutz vor einbruchartigen akustischen oder taktilen Sinneseindrücken, welche solange nicht zur Bildung ganzer Objektrepräsentanzen dienten, solange Erfahrungen von Kontingenz, identischen Orts-, Zeit- und Intensitätsmerkmalen verschiedener Reize dem blinden Kind verborgen blieben. Valentina kam mir sehr empfindlich vor: keine Bewegung, kein Geräusch, das ich machte, blieb unbemerkt. Heftig rief sie mich „zur Ordnung“ und immer wieder hörte ich „Lass das!“.

Ich vermute, dass die Kalimba (auch) stellvertretend für eine Klasse an „Elementen“ steht, die das Kind immer wieder überwältigten. Die Mutter hatte

berichtet, Valentina könne stundenlang vor dem Heizkörper sitzen und mit einem Kochlöffel dagegen schlagen. Valentina war ein sehr aufgewecktes Kind und versuchte m.E. auf diese Weise nicht nur, einen Bewegungsmangel auszugleichen oder sich an Geräuschen zu erfreuen, sondern sie versuchte durch diese Manipulationen einen Bezug zur Realität herzustellen, sie in eigene Verfügung zu nehmen.

Die unverbundenen, dem blinden Kind „Sinn“-losen eindringenden Elemente kann man mit Bion Beta-Elemente nennen. Sie werden für die projektive Identifizierung verwendet „und für eine Art des Denkens (...), das von der Manipulation dessen abhängt, was als Ding-an-sich empfunden wird, als ob eine solche Manipulation Worte oder Ideen ersetzen könnte“ (Bion 1962a, S. 53). Gelingen die Etablierung der Alpha-Funktion, so würde das Bewusstsein von der Bürde der Gedanken entlastet werden. Gelingt dies aber nicht und bleiben viele Beta-Elemente vorhanden, so kommt es nach Bion weder zur Verdrängung, noch zur Hemmung noch zum Denken. Vielmehr ist das Subjekt „nicht in der Lage, irgendeinen einzelnen Reiz unbemerkt zu lassen; aber solche Überempfindlichkeit bedeutet keineswegs Kontakt mit der Realität“ (Bion ebd., S. 55). Valentina konnte keine Reize (von mir, von der Straße vor dem Fenster, im Haus) unbemerkt lassen.

Indem nun in der Musiktherapie die kindliche Bewegung des Fußes von mir lautmalend begleitet wurde, entstand eine sinnlich-symbolische Interaktionsform: Böhme-Bloem (2008) weist uns darauf hin, dass wir damit zugleich ein Modell des Überstiegs von einem körperlichen sensomotorischen Erleben in seelisches Fühlen beschreiben: „Die Urszene der ‚Symbolbildung‘ liegt in der Transformation zwischen kindlicher Projektion und Rückintrojektion“ (Böhme-Bloem 2008, S. 111 f). Valentinas körperliche Anstrengung, meine Lautmalerei, eingebunden in eine Geschichte bzw. meine Beschreibungen, war mehr: ich erlebte das gemeinsame Tun als die Realisierung einer situativen Struktur und die Einfädelung der kindlichen Intention in das Gemeinsame: Valentina setzte die Impulse, nicht ich.

Es vollzog sich wiederholt eine Überbrückung zwischen „da am Fuß“ und „weg“, welches in immer gleicher Weise erfolgte, sinnlich war und von mir benannt wurde. D.h. implizit war das Thema der gesamten Forschung bereits in der ersten Stunde gegenwärtig: „weg“ – was ist das?, wo ist das?, was bewirkt das?

Gleichzeitig konnte das eindringende Unbekannte (eigentlich ich) vom Kind in eigene Verfügung übernommen werden: Valentina schob die Kalimba weg, – d.h. sie selbst konnte sich erwehren und ihrem Bedürfnis nach Distanz wurde Rechnung getragen, ohne dass es zu einer Trennung gekommen wäre – und die erneute Annäherung wiederholte sich so oft, bis das Kind das sichere Empfinden haben konnte: ich kann mich erfolgreich wehren; was ich nicht will, kommt mir nicht zu nahe; ich werde aber nicht allein gelassen/verlassen; ich kann das Fremde kennenlernen, ich möchte das Fremde kennenlernen.

Schlussgedanken zum sechsten Beispiel

Die kindliche Kontaktaufnahme begann hier mit einem Wegschieben (oder einer anderen abwehrenden Geste) und wurde von mir intermodal gestaltet:

Immer, wenn das Kind einen Gegenstand (meist die Kalimba) von sich schob – in das ansonsten nicht fassbare „weg“ – begleitete ich dies mit einem der Bewegung (-sspannung) entsprechenden Ausruf: Das Kind konnte sich in seinem Erleben „gespiegelt“ bzw. „resoniert“ finden. Auf dem harten Fußboden schaukelte die Kalimba hin und her und ließ das „Weg-sein“ noch einen Moment hörbar bleiben. Ich brachte die Kalimba zum Kind zurück, damit sich das Spiel wiederholen konnte: etwas, das wiederkommen kann, ist nicht (für immer) fort und kann gedacht werden. Etwas, das hörbar heran kommt, macht weniger Furcht und ist nicht überraschend da.

Mit Kindern, welche heftig und empört auf jede Berührung reagierten – man rufe sich ins Gedächtnis, dass wir auf dem Fußboden saßen – war eine Sitzposition neben einander am günstigsten: eine Berührung konnte, wenn z.B. *ich* mit *Valentina* über ihren Fuß und die Kalimba redete, „im Ganzen“ erfolgen (etwa in Form eines Schwankens, eines leichten Schulterremplers) und hatte keinen so „zudringlichen“ Charakter wie etwa eine Berührung mit der Hand. Auch hier war das Mittel der Wahl die Hörbarmachung allen Tuns des Kindes (Mitvokalisieren) und der Therapeutin (Rascheln der Kleidung, deutliches Atemgeräusch) durch die Musiktherapeutin, sodass die Handlungsweisen in Beziehung zueinander vom Kind erlebt werden konnten.

Die Symbolbildung nahm hier ihren Anfang, wenn ansonsten unverbundene Teile verankert wurden in Interaktionsformen: sie hatten eine Form, sie waren sinnlich-

symbolisch, d.h. sie hatten einen Namen. Das auseinander Geworfensein von Beta-Elementen (eine Kalimba war zunächst einmal ein namenloses Nichts für Valentina) und die Wiederholung des Trennens, auseinander Werfens (oder Fragmentierens) wurden hier im therapeutischen Prozess gehalten. Das namenlose Verschwinden wurde nicht festgeschrieben, etwas Neues ereignete sich: Das blinde Kind spürte seine Verfügung über die Kalimba und erlebte über das Interagieren Begegnung in der Musiktherapie.

Soweit zur ersten Begegnung mit Valentina. Die Kalimba ist während der zwei Forschungsjahre das bevorzugte Instrument (neben dem Keyboard) für Valentina geblieben. Die Kalimba „erlebte Abenteuer“ bei der Erkundung der unmittelbaren Umgebung von Valentina (sie fiel in den Instrumentenkorb und musste mühsam heraus klettern, verding sich im Hosenbein Valentinas, stolperte über Teppichfransen, etc.), sie „fütterte“ Valentina, wurde von Valentina „gefüttert“, auch „schlafen gelegt“, erhielt weitere Geschwister (eine größere und zwei kleinere Kalimben) und spazierte über die Keyboard-Tasten auf „Bärenjagd“.

Ich werde noch weiteres von Valentina erzählen und zum Schluss beschreiben, wie wir uns nach zwei Jahren trennten.

II.1.7 Zur Verwechslung von Ursache und Wirkung

Siebtes Beispiel „... weil ich geweint hab’.“

Ich stelle hier Gedanken vor, die einen sehr vorläufigen Charakter haben. Sie beziehen sich auf die Wenn-dann-Beziehungen von Valentina. Es sind Gedanken, die zu meiner ersten Hypothese über spezifische Symbolisierungsstörungen hinführen und Hintergründe ausloten helfen sollen. Valentina haben wir schon kennen gelernt. Bei meinem Eintreffen war die Atmosphäre an diesem Tag im Haus angespannt.

Ausschnitt aus der 15. Stunde

Valentina ist unglücklich. Das Mädchen und ich sitzen neben dem Keyboard und Valentina spricht unentwegt zwei Sätze vor sich hin. „Mama schimpft“ ist der eine, und „weil die Valentina geweint hat“ ist der andere. Dann macht sie greinende Geräusche und beginnt von vorn. Ich sitze ratlos daneben und warte auf eine „Eingebung“, die sich nicht einstellen will.

Diskussion

Ich spürte eine Not des Kindes. Ganz offenkundig konnte sich Valentina nicht aus einer misslichen Lage befreien, deren Umstände ich nicht kannte. Hatte die Mama zuerst geschimpft und Valentina begann danach zu weinen, oder weinte Valentina und brachte die Mutter dazu, zu schimpfen, oder war alles ganz anders? Das Greinen, mit dem Valentina immer wieder ihre Sätze unterbrach, war mir unangenehm. Beinahe kam es mir vor, als karikiere sich das Kind selbst: Valentina schien seltsam distanziert von ihrem „Greinen“, es hatte fast den Anschein, als mache sie sich selbst darüber lustig. Es kam mir die Frage in den Sinn, ob dies eine Reaktion sei, die Valentina von einem anderen Menschen gehört hatte, als sie unglücklich gewesen war, oder ob sie sich von ihrem Kummer zu befreien versuchte, indem sie das eigene Wimmern „spielte“. Das war nämlich deutlich spürbar: sie weinte nicht wirklich, sondern sie machte Laute, die gemeinhin als lautlicher Ausdruck für ein Geräusch des Weinens stehen. (So wie das „wau-wau“ in unseren Breiten für das Bellen eines Hundes steht.) Wen imitierte sie also, und warum? Der Verwirrung über Ursache und Wirkung entsprach hier eine „gespielte“ oder imitierte Affektäußerung, von der ich nicht wusste, wohin sie gehörte.

Theoretische Überlegungen

Eher „mechanische“ Aspekte der Schwierigkeiten blinder Kinder, „Ursache-Wirkung-Beziehungen“ zu erfassen, wurden von Gruber und Hammer (2002) aufgezeigt: die Unmöglichkeit für ein blindes Kind etwa, Anfang und Ende von Redeflächen (und damit logische Bezüge) in einer Unterhaltung auszumachen, keine Möglichkeit zum Perspektivwechsel.

Immer voraus gesetzt, mein Verständnis der Kausalitäten in Valentinas Satz entsprechen (in einer ersten Annäherung) dem, was sie ausdrücken wollte, so könnte angenommen werden, Valentina befinde sich in einem Erleben von vermuteter Selbstverursachung. Davon war schon die Rede, ich zitiere noch einmal Proust in Niedecken:

„Wenn die Welt um mich herum aus irgendeinem Grund sich genauso verändern würde, als handelte ich in ihr, während ich in Wirklichkeit nur Intentionen zu einem solchen Handeln ausbildete, würde ich es schwer haben, ohne plausible Erklärung dem Gedanken zu widerstehen, daß ich selbst die Handelnde sei“ (Proust 2000, S. 318, zit. nach Niedecken 2002, S. 934).

Ich möchte ein Zitat von Enid Balint (1997) anfügen. Sie diskutiert die Analyse eines Patienten, der die Realität „auf Eis legte“ (ebd., S. 135), andererseits aber „kein Gefühl für sich selbst an einem bestimmten Ort“ (ebd.) hatte und spricht dann von einer Umwelt und ihrem Wert, als Projektionsfläche dienlich zu sein:

„Bewußtes Denken setzt das Gefühl voraus, jemand zu sein. Möglich wird dieses Gefühl nur, wenn dieser Jemand zu einer Umwelt gehört, in die er selbst projizieren und deren Projektionen er verwenden kann, um sich später zu ihnen in Beziehung zu setzen. Um bewußt sein zu können, muß es ein ‚Ich‘ und ein ‚Du‘ geben: eine Beziehung innerhalb eines Settings. Bion (1970) sagt, daß das Denken (das heißt Bewußtheit) zur Bewältigung von Versagung notwendig sei und daß das Denken einem Patienten, der Versagung (oder, wie ich es ausdrücke, die äußere Realität) nicht zu ertragen vermag, nicht die Erleichterung verschaffe, die es ihm vermitteln würde, wenn er Frustrationen tolerieren könnte. Äußere Realität, so

schrecklich sie auch sein mag, ist besser als nichts“ (E. Balint 1997, S. 135).

Balint beschreibt dann den Patienten in seinem Verhalten weiter als jemanden, der mit dem Wortlaut von Büchern spielen konnte, was ihm erlaubte, die Geschichten zu seinen eigenen zu machen, „während er sich seine frühen Objekte nie hatte aneignen können. Diese wurden ebenso wie zu Beginn der Analyse die Analytikerin nicht wahrgenommen, sie waren nicht Teil seiner Welt, blieben unerreichbar, unveränderbar, unverwandelbar, er konnte nicht mit ihnen spielen“ (ebd.). Ich habe die beiden Zitate niedergeschrieben, weil ich meine, dass Valentina in ihrem Erleben eben zwischen diesen Extremen schwankte: Die Welt veränderte sich immer wieder in für Valentina großenteils nicht nachvollziehbarer Weise (das Kind könnte vor seiner Macht erschrecken, wenn es annähme, sein Denken habe die Änderungen bewirkt); ihr Einfluss, wenn es den denn gegeben hat, hatte Valentina oftmals kaum spürbar werden können. Ihre Fähigkeiten, Muster und Ähnlichkeiten von Verhaltensweisen und deren Auswirkungen zu erkennen, waren bei Valentina m.E. bisher so wenig ausgebildet, dass Ungleiches – oder genauer: sich Veränderndes – dagegen schwer für das Mädchen auszumachen war. Und wenn eine so allumfassende Unsicherheit über Ursachen und Wirkungen eigenen und fremden Handelns bestanden hatte und fortbestand, darf, wie Balint es mit Bion (1970) für ihren Patienten beschreibt, auch für Valentina vermutet werden, dass eine Frustrationstoleranz bisher sehr schwach entwickelt wurde und sich statt dessen die Tendenz zur Verleugnung von Wahrnehmungen¹ ausbildete.

Richten wir zunächst unseren Fokus auf den Umstand des (von mir vermuteten) Erlebens von „Selbstverursachung“ der kleinen Valentina.

Den „Affekt der Selbstverursachung“ in seiner Entstehung konzipiert Zepf (2006) als Abwehrvorgang der „Desymbolisierung eines Schmerzaffekts“ für einen (sehenden) Säugling im vorsprachlichen Entwicklungsabschnitt. Es käme demnach bei (nachhaltiger und wiederholter) Veränderung eines Aspektes einer Interaktionsform durch die Mutter zu einer veränderten Erlebnisqualität der (1.

¹ Von blinden Schulkindern wird berichtet, sie würden sich nicht nach herunter gefallenen Gegenständen bücken, sondern sie ignorieren: zu peinlich für sie, sich zu bemühen etwas zu ertasten, was die Sehenden mit einem Blick schon erfasst haben.

nicht mehr formgerechten, 2. nicht mehr befriedigenden) Interaktionsform für den Säugling: statt Schmerz träte im Erleben des Säuglings Stress auf, statt eines Misslingens erlebe der Säugling eben den Affekt der Selbstverursachung und statt eines Kummers erlebe der Säugling einen Affekt der Erschöpfung. Während sich in einem Erleben des Säuglings von Misslingen, Schmerz und Kummer eine entsprechende Objektwelt als abwesend repräsentiere, würde im Erleben von Selbstverursachung, Stress und Erschöpfung keine Objektwelt mehr repräsentiert, es wende sich das „Bedürfnis, das sich ehemals auf die Objektwelt richtete, in eine objektlose Aktivität“ (Zepf 2006, S. 126). Beide Male aber hatte sich für den Säugling bei Zepf schon eine Interaktionsform als solche ausgebildet, sonst hätte es zu einer Abwehr ja nicht kommen können. Ferner spricht Zepf von einer Abwehr auf vorsprachlicher Ebene, für die der Säugling bereits in der Lage sein muss, die eigenen Aktivitäten, die er abwehrt, als Bedingungen für eine äußere Gefahr zu erkennen. Und dies – das Erleben einer sicheren Interaktionsform und die Auswirkungen eigener Aktivitäten –, so vermute ich, kann für Valentina nicht angenommen werden.

Diese Konzeption von Zepf möchte ich hier zunächst so stehen lassen. Das, was er beschreibt, ist möglicherweise eine spätere Überformung dessen, was sich bereits früher in der Entwicklung der blinden Valentina zugetragen hat.

Gehen wir also auf der Suche nach möglichen Ursachen für Valentinas Verhaltensweise weiter zurück.

Grundsätzlich neige ich der Ansicht zu, dass sich in der ganz frühen Säuglingszeit für das blinde Baby Mutter-Kind-Interaktionen zugetragen haben könnten, die es als eher inkonsistent, vielleicht sogar diffus und chaotisch erlebte. Das gelingende Zusammenspiel von Mutter und Kind musste (wie immer) in den ersten Wochen erst gefunden werden. Und in diesem Interagieren bildete sich an den Verhaltensweisen beider (vorrangig der Mutter, aber auch des Kindes) der kindliche Körperbedarf zu einem Bedürfnis aus (Lorenzer). Valentinas Mutter (so wie die anderen Mütter der blinden Kinder auch) berichtete davon, dass Valentina nicht kräftig und eindeutig ihrem Hunger Ausdruck verliehen habe; oder jedenfalls sei die Mutter oft im Unklaren gewesen, ob Valentina nun Hunger habe oder nicht. Valentina sei (beim Trinken und auch sonst) nie gierig gewesen, auch habe Valentina sie während des Stillens nie gebissen. Ich möchte hier nicht zu

sehr spekulieren und das Ausloten der Hintergründe kompetenteren Fachleuten überlassen. Immerhin vermute ich, dass sich ab dem dritten Lebensmonat deutlich am Verhalten des Kindes ablesen ließ, dass es eine Vielzahl von Interaktionen als chaotisch erlebt hatte und erlebte, sich in einem Empfinden tiefer Verunsicherung befand und entsprechend wenig formgerecht für die Mutter reagierte oder agierte. Gierig kann ein Kind ja nur saugen, wenn es eine Erlebensform der Erwartung, ja sogar so etwas wie einen Anspruch, überhaupt hat bilden können; und beißen wird ein Kind auch nur dann, wenn es immerhin so angstfrei ist, dass es spürt, dass es sich das auch leisten kann bzw. wenn es etwas Bekanntes, das es entbehrt hat, wieder erkennt. Ich glaube nun, dass die blinde Valentina das Verschiedene im Gleichen von Interaktionsformen nicht unterscheiden konnte. Natürlich schmeckte, roch und fühlte Valentina die vertraute Person der Mutter. Wie aber hatte oder hätte sie sich von einem Gefühl des Überwältigtseins befreien sollen? Überwältigtsein vom Einbruch körperlich erlebten Unbehagens oder Schmerzes einerseits und Überwältigtsein vom Einbruch mütterlicher Gegenwart andererseits.

Die wichtige Phase der paranoid-schizoiden Position, die u.a. dadurch gekennzeichnet ist, dass der (sehende) Säugling während des Stillvorgangs nuckelt und schaut, und dass er das Nuckeln für eine Weile unterbricht, wenn er etwas intensiv „ins Auge fasst“, ist die Zeit, in der er – mit Melanie Klein gesprochen – im glückenden Falle die gute Brust erspüren kann in der Gewissheit, dass es die gute Brust gibt. Ich nehme an, dass das Schauen des sehenden Säuglings ihm schrittweise dazu verhilft, Interaktionen als Interaktionen zu begreifen, Unterschiede im Gleichen (also Varianten) auszumachen und sich selbst als aktiv Handelnden zu konzipieren: durch das Schauen wird das Nuckeln dem Säugling als eigene Aktivität konzipierbar, durch das Schauen wird die Gegenwart der Mutter für den Säugling, auch wenn keine Milch fließt, „gehalten“. Der blinde Säugling, so vermute ich, ist „ganz Saugen“ (schlucken, riechen, schmecken, etc). Für den sehenden Säugling ist das Verhalten der Mutter – Zepf stellt uns in seiner oben erwähnten Konzeption eine neurotische Mutter vor, die unter dem Druck, verdrängen zu müssen, den Säugling durch neuerdings ständig unterbrochene Stillvorgänge irritiert – der Anlass zur Desymbolisierung: Affektsymbole werden verschoben. Der sehende Säugling wird (immerhin) gestillt, er kann aber über die neuartigen Umstände des ständigen Abbrechens des

Stillvorgangs in Todesängste geraten. Der blinde Säugling, so vermute ich, steht in Gefahr, gar nichts zum „Verschieben“ oder Abwehren zu haben, weil nichts konsistent genug ist, abgewehrt zu werden.

Zurück zu Valentina.

Ich meine, dass die Verwirrung Valentinas, von der ich oben kurz berichtete, weniger aus einem Abwehrvorgang resultiert als vielmehr einer Konfusion entspringt, die aus dem Erleben einer als fragmentiert wahrgenommenen Objektwelt erwachsen ist: Valentina, so vermute ich, hat sich damals und bis heute (von der Mutter oder anderen nahen Personen) nicht hinreichend wahrgenommen fühlen können in der Welt ihrer Objekte, und sie hat sich selbst in ihrem Tun und Bewirken wenig erleben können.

Zurück zu der kleinen Vignette:

Das Kind glaubte, selbst Stress bzw. Schmerz verursacht zu haben. Das heute 4-jährige Mädchen hatte sich seine Vorstellung von Welt geschaffen. Wie omnipotent sie sich selbst darin erlebte, kann hier nicht ausgemacht werden. Immerhin traten für Valentina in ein Wechselverhältnis generell die „realen Selbstverursachungen“, etwa, wenn das blinde Kind gegen einen Sessel gelaufen war und sich gestoßen hatte (und also wirklich zum eigenen Schmerzempfinden beitrug) einerseits und die psychischen Affekte von Selbstverursachung andererseits. Auch der Umstand, dass sich das Kind am Sessel stieß, lässt bereits erahnen, dass eine solche Verursachung dieser „Szene“ hatte innewohnen können, die im Erleben sehender Menschen gar keine Rolle spielt: „Wer hat den Sessel dort weggenommen und hier hingestellt?“ D.h.: dem schlichten Umstand eines „verrückten Möbels“ wohnte hier sofort eine „psychische Dimension“ inne: „War das Möbel selbst aktiv?“ (ganz kleine Kinder), „hat jemand mit Absicht mich hindern wollen?“, „war jemand nachlässig, aber er müsste doch wissen...“ (ältere Kinder). Dieses Erleben bildet generell das „Gegenstück“ zum Erleben von Omnipotenz – nämlich Ohnmacht – und verstärkt das Empfinden gemäß der paranoid-schizoiden Position, aus dem sich Valentina allerdings bisher nicht hatte befreien können: Der „Feind“ blieb unsichtbar, ungreifbar, er war nicht ein Objekt

mit verschiedenen Facetten, sondern wurde von Valentina m.E. noch immer als „böse Fragmente“ konzipiert.¹

Valentina verwechselte Ursache und Wirkung. Um sich zu befreien von einem Unbehagen, auf das sie keinen Einfluss nehmen konnte, nahm sie Zuflucht zur Imitation und Identifizierung: sie „spielte“ ein Greinen. Anders als der Patient Balints konnte Valentina den Text nicht zu einer eigenen Geschichte umformulieren. Bloße Nachahmung aber kommt nicht der Verinnerlichung des entsprechenden Objektes gleich. Nur wenn die Ichbesetzung sich auf das *Produkt* der Nachahmung erstreckt, kann man von Identifizierung des Ichs mit dem Objekt sprechen. Das Objekt-in-Beziehung (die Mutter in ihrer Beziehung zu Valentina) und das Subjekt-in-Beziehung (Valentina in Beziehung zur Mutter) waren in einer szenischen Gesamtheit miteinander verflochten.

Damit ein Objekt als wirklich empfunden werden kann, müssen zwei Bedingungen zusammenfallen:

„Ein Objekt wird, *ohne Hilfe jeglicher Realitätsprüfung*, als *wirklich* empfunden, wenn es nicht nur vom Ich ausgeschlossen ist, sondern auch, wenn seine Eindrücke eine gut besetzte Ichgrenze von außen treffen“ (Weiss in Federn 1978, S. 19, kursiv im Original).

Gut besetzte „Körpergrenzen“² schien Valentina nicht zu haben, was nicht verwundern kann, da das Sehen der Sinn schlechthin ist, der nicht nur Äußeres im Außen verortet: es kann über das Gesehene das Sehen und der Sehende selbst vergessen werden. Auf diese Weise können Dinge immer wieder neu abgelöst werden vom Betrachter und in räumlicher Beziehung begriffen werden. Nach Straus (1956) dient der Gesichtssinn am vollkommensten der erkennenden Einsicht, losgelöst vom Subjekt oder auch in Beziehung. Straus weist uns darauf hin, dass in jeder Sinnesmodalität ein Gerichtet-sein-auf und ein Getroffen-sein-

¹ Valentina kann sich nicht „entäußern“. Nimmt ihr ein Spielkamerad einen Keks weg, so kann Valentina den Verursacher nicht im Außen ausmachen, ihren Ärger nicht „ausscheiden“ (das Objekt besetzen) und dem Jungen hinterher laufen, um den Keks zurück zu erbeuten und dem Jungen einen kräftigen Rempler zu verpassen. Sie kann nur in sich und an sich erspüren „mir wurde Kummer zugefügt“. Das aggressive Moment kann an ein äußeres Objekt nicht geheftet werden. Der Kummer, den Valentina erlebt, erscheint immer als zusammenhangloses Fragment, das in ihr Körpererleben einbricht.

² Tustin (1989/1981 und 1993) unterscheidet verschiedene Typen der Verkapselung und ordnet ihnen psychische Deformationen unterschiedlicher Schwere zu.

von in einer Wechselbeziehung steht (Straus 1956, S. 393 f).¹ Ich vermute, dass die Unterscheidung zwischen Gerichtetsein und Getroffensein für Mutter wie Valentina eine Schwierigkeit darstellte und beide in dem Empfinden lebten, überwältigt zu werden. Oder besser: Die Szene einer solchen Verwicklung war nicht dazu angetan, dass sich das kindliche Subjekt in die Szene hätte einfädeln, die Regie übernehmen und seine Intention in der Inszenierung umsetzen können. Und zwar deshalb nicht, weil das blinde Kindergartenkind gelernt hatte, eine Situation zu erkennen und in ihr adäquat zu reagieren. Statt also die eigene Intention einzubringen, versuchte Valentina normalerweise, „richtig“ zu handeln. Die für ein sehendes Kind hilfreichen Rahmenbedingungen einer Begegnung mit der Mutter entlasten dieses: an dem und dem Ort geschieht erfahrungsgemäß das und das und Mutter handelt so und so. Es selbst muss nicht zwangsläufig dominierende Person im Geschehen sein. Das blinde Kind hingegen erlebt sich potentiell immer als ergriffen von der Szene und hat die Möglichkeit, „richtig“ mitzumachen oder aber sich dominierend dagegen zur Wehr zu setzen. Es kann ja nicht Kausalitäten als regelnde Elemente bemerken: wenn die Mutter z.B. besonders ärgerlich ist, könnte das sehende Kind bemerken, dass das Waschbecken mit Tuschkastenfarbe verschmiert ist und kombinieren, dass der Bruder, den es eben mit dem Pinsel vorüber gehen sah, hier eine Unordnung hinterlassen hat, auf welche die Mutter ärgerlich reagiert. Das blinde Kind befindet sich immer schon innerhalb einer Szenerie und wird ergriffen von ihr inne wohnenden Affekten, ohne die Informationen über Rahmenbedingungen als von ihm getrennte Parameter erspüren zu können. Das blinde Kind erleidet also den Ärger der Mutter, ohne eine Chance zu haben, sich davon anders zu distanzieren als durch Anpassung oder Verleugnung.

Und so fädelte sich Valentina in der von mir geschilderten kleinen Sequenz ein in die Affekte, die der Szene innewohnten. Sie wollte sich „richtig“ verhalten und ordnete ihr Subjektsein der Szene unter. Was Valentina dazu veranlasst haben mag, sich selbst als Ursache der mütterlichen Schelte zu begreifen, wissen wir nicht. Mir ist es hier darum zu tun, überhaupt einen Prozess des Nachdenkens zu

¹ Übrigens widersprechen sich die Aussagen Straus' und Bions' nicht, wenn der eine meint, der Hautsinn berühre ein Subjekt am unmittelbarsten mit schlechter Möglichkeit, sich mental zu distanzieren, und der andere darauf hinweist, der Tastsinn erlaube das Eindämmen überschießender Phantasietätigkeiten.

beginnen. Und so möchte ich es an dieser Stelle mit meinen – ich betone es noch einmal – sehr vorläufigen Überlegungen bewenden lassen.

Nicht nur für das blinde Kind Valentina bedeutete ein Wegfall der Möglichkeit zum Überblick eine Beeinträchtigung der Bestimmung des eigenen Standpunktes. Es schien auch für die Familie des blinden Kindes eine Schwierigkeit zu sein, Grenzziehungen so zu gestalten, dass sich inwendig und außerhalb gut leben lässt.

Schlussgedanken zum siebten Beispiel

Die „Grenzen“ der Familie bieten wenig Schutz

Das Bemühen mancher Eltern um musiktherapeutische Stunden (vor dem ersten Kontakt) und ihre abweisenden Verhaltensweisen (als ich dann kam) standen in merkwürdigem Kontrast zueinander: Das Schild an der Haustür hieß den Besucher herzlich willkommen, nichtsdestotrotz musste ich oft lange an Türen klingeln, wurde wiederholt gleich ganz vergessen und reiste unverrichteter Dinge wieder ab. Aggressionen der Familien (-mitglieder) waren unterschiedlich stark ausgeprägt und richteten sich teilweise gegen mich, aber auch gegen Ärzte und therapeutische Fachleute oder Einrichtungen: Es war, als könne sich eine Familie der Eingriffe von außen schwer erwehren, bzw. als sei ein fremdes Objekt (in Form einer fachlichen Meinung) eingedrungen, das nun eingekapselt werden musste und in der Folge als Fremdkörper das eigene Empfinden vergiftete: der Innenraum (der Eltern oder Familienmitglieder) wurde zwar durch die „fachlichen Meinungen“ gefüllt, sodass eine Leerstelle nicht länger schmerzhaft an das Unfassbare erinnerte. Dennoch war eine Entmündigung die Folge, wenn das eingekapselte Objekt (die Meinung der Experten) mit der Außenwelt (den Anforderungen der Realität an Anpassungsmechanismen des Kindes und der Familie) kommunizierten, ohne dass die Eltern als regelnde Instanz die „Oberhoheit“ über das Geschehen in ihrer Familie behielten.

Dadurch, dass ich fünf von sechs Kindern in ihrem Familienzu Hause aufsuchte, war ich ein eindringendes Objekt par excellence. In den Fällen, in denen es mir gelang, das unverständene Tun des Kindes zu registrieren, zu ertragen und das Nicht-Verstehen auszuhalten und unverbrüchlich daran festzuhalten, dass es einen Sinn gibt – dass es immer einen Sinn gibt –, konnte die Familie das angespannte Verhältnis zu mir lockern.

II.1.8 Gedanken zum Schluss des Kapitels:

Meine Hypothese zu einer Symbolisierungsstörung und musiktherapeutischen Intervention

Meines Erachtens muss davon ausgegangen werden, dass die „musikalischen“ dialogischen Prozesse mit ihrem Variantenreichtum, die einem sehenden Kind und seiner Mutter erlauben, in Interaktionsprozessen Bedeutungen zu entwickeln oder zuzuordnen, für das blinde Kind einfach aussagelose Fragmente – bzw. immer wieder neue unverstandene Sequenzen – sind, mit Bion: Beta-Elemente. Es kommt für das blinde Kind u.U. zu einem hohen Maß an nicht repräsentierten Körpersensationen.

Ich schlage vor, als eine erste Stufe einer Symbolisierungsstörung des blinden Kindergartenkindes anzunehmen, dass ihm – mit Bion gesprochen – die Beziehung zwischen einer Erwartung und einem eintretendem Realereignis nicht immer hinreichend wahrnehmbar ist, als dass sich eine Konzeption sicher entwickeln könnte. Wie ich in meinen Überlegungen zum Verwechseln von Ursache und Wirkung schon andeutete: ich meine, die Interaktionen zwischen Mutter und Kind sind für das blinde Kind nicht von der konsistenten Art, wie für das sehende Kind, sondern werden von ihm als eher chaotisch erlebt.

Musiktherapeutisch wird dem begegnet, indem die Musiktherapeutin immer *eine Ebene mehr* dem Kind anbietet: 1. sie stützt oder hält das Kind (real und psychisch), 2. sie streicht oder berührt, 3. sie tönt dazu und endlich 4. benennt sie mit Worten, was sie tut. Was dabei geschieht, ist ganz vorrangig, dass die Musiktherapeutin eine Alpha-Funktion ausbildet, indem sie ihre eigenen Ich-Funktionen der Wahrnehmung, des Organisierens und Synthetisierens etc. zuerst, stellvertretend und vermittelnd einsetzt.

Das therapeutische Handeln könnte als „Defragmentierung“ bezeichnet werden: Die Musiktherapeutin weist verstreuten Einzeleindrücken, von denen das Kind umgeben oder mit denen es angefüllt ist, zuerst überhaupt eine Bedeutung zu, indem sie sie bemerkt. Danach ordnet sie ihnen neue und zusammenhängende sinnliche „Orte“ zu, die durch synchrone „vierspurige“ Prozesse sinnlich-symbolisch etabliert werden.

Vorbemerkungen zu den folgenden zwei Kapiteln

Im Folgenden wird es um Phänomene des „Fehlens“ gehen. Ich möchte der Leserin/dem Leser ein kleines Beispiel geben, damit deutlich wird, was ich damit meine.

Stellen wir uns je ein sehendes Kind und ein blindes Kind, vielleicht im Alter von 4 oder 5 Jahren, in der Küche im Gespräch mit der Mutter vor. Plötzlich antwortet die Mutter nicht mehr. Das sehende Kind kann bemerken, dass die Mutter eben aus dem Raum gegangen ist und eine kleine Gießkanne in der Hand trägt um die Pflanzen im Flur zu gießen. Das blinde Kind hingegen kann dies nicht bemerken. Es erfährt nur „ein Fehlen“, ein „keine Antwort“ von vollkommen undifferenzierter Qualität. Während das sehende Kind also die „im Flur befindliche und Blumen gießende Mutter“ realisieren kann, erlebt das blinde Kind die nämliche Szene nicht als ein „etwas, aber woanders“, sondern nur als eine gähnende Leere. Ich vermute, dass das blinde Kind noch nicht einmal empfinden kann „Mutter ist nicht mehr da“, sondern bestenfalls „hier ohne Mama“. Möglicherweise empfindet das blinde Kind aber auch einzig ein „nicht da“, welches Mutter und es selbst gleichermaßen meint. Denn, auch wenn das blinde Kind die Schritte der Mutter gehört hat, so weiß es nicht, was die Ursache des Weggehens der Mutter ist (wenn diese es nicht benennt). Das blinde Kind bleibt also in jedem Falle allein zurück und hat nahezu keine Möglichkeit, sich aus dem Unbehagen zu befreien, welches sich einstellen kann: „Geht die Mutter, weil ich etwas falsch gemacht habe?“

Ich möchte damit sagen: Das sehende Kind hat im Alter von 4 oder 5 Jahren bereits einige Erfahrungen damit, die Abwesenheit etwa der Mutter als ein „war mal da, ist jetzt fort“ zu denken als „ist nicht mehr hier, sondern dort“. Niedecken (2008) hat beschrieben, in welcher Weise sich das Vermögen eines (sehenden) Kindes, einen verlorenen Gegenstand ins eigene Begriffsvermögen zu nehmen, darstellt, als das Kind sagt: „Ich weiß, wo das ist. Das ist weg!“ D.h. das Abstraktionsvermögen des Kindes ist soweit gereift, dass es einen Gegenstand, den im Beispiel Niedeckens die Mutter mit zunehmender Panik sucht, mit dem Begriff „weg“ benennen kann. Das Besondere daran ist, dass das Kind sich aus einer emotional aufgeladenen Situation soweit befreien kann, dass ihm das distanziert-organisierende, diskursiv-beschreibende Benennen möglich ist. Es hat sich damit aus der unmittelbaren Betroffenheit durch die aufgeregte Mutter (die

das Kind nicht halten oder trösten kann, die ihm also nicht hilft, die Verunsicherung zu ertragen) gelöst.

Die Frage des blinden Kindes, und dies ist wichtig, richtet sich immer auf diese Problematik: „Ist etwas für immer verschwunden, wenn ich es nicht mehr höre?“ Das eindruckliche Beispiel des blinden Mädchens Ann (Omwake und Solnit 1961) bringt die lebensbedrohliche Situation blinder Kinder auf den Punkt: „Wo ist die Liebe meiner Mutter, wenn ihre Stimme hart wird?!“ Dies meine ich mit abbrechenden Interaktionen. Übrig bleiben „Interaktionsfetzen“, um deren Bindung das blinde Kind bemüht ist, wenn es die „Reste“ von Beziehungsformen ständig wiederholt, z.B. Gesprächsfloskeln.

Abschließend seien „einbrechende Objekte“ spezifiziert. Damit meine ich z.B. den plötzlich im Nachbargarten angeworfenen Benzinrasenmäher. Das sehende Kind kann (in Sekundenbruchteilen) mit einem Blick erfassen, dass es der (bekannte) Nachbar ist, welcher, durch Zaun oder Hecke getrennt, an seinem Gerät beschäftigt ist. Das blinde Kind hat keine Chance: es ist dem überwältigend einbrechenden Krach schutzlos und hilflos ausgeliefert und wird künftig Angst haben, im Garten zu spielen. Überdies hat das Geschrei des blinden Kindes kein Ziel. Es kann nicht schreiend ausdrücken: „Der böse Mann hat mich erschreckt!“ Dem blinden Kind ist nur möglich zu schreien: „Mir wurde Schreck, Angst, Trauma zugefügt!“ Und weil dies so ist, kann das blinde Kindergarten- oder Vorschulkind so schwer (oder gar nicht) Verdrängung entwickeln und bleibt oft im Stadium primitiver Abwehrprozesse von Spaltung und Omnipotenzphantasie verhaftet.

II.2 Zweite Entwicklungsphase: Von Fragmenten zur Gestaltung rhythmischer Verläufe

„Wenn die Fähigkeit zur Wahrnehmung fehlt (...), kann man dann sagen, daß ein solches Individuum wirklich bewußt sei? (...) Äußere Realität jedenfalls kann für das Individuum nur existieren, wenn es sie introjiziert und sich mit ihr identifiziert hat und sie dann *imaginativ wahrnimmt*. Identifizierung allein genügt nicht.“
E. Balint 1997, S. 134 f, kursiv im Original

„Wir können eine Hypothese nur dann in uns aufnehmen, wenn wir sie in unsere psychische Dynamik integrieren. Sonst geraten wir nämlich in Gefahr, unbewegliche, mit Theoriefetzen gefüllte Schubladen aneinanderzureihen, die in unserem Ich für sich allein nicht nutzbar sind. Erst durch Mitschwingen – durch Resonanz, ein Begriff aus der Musik – kann eine Hypothese in Bewegung kommen und mit den dynamischen Assoziationen des Patienten zusammentreffen (...).“
G. Laval 2009, S. 342

Einführung ins Thema der zweiten Entwicklungsphase:

Das Kind organisiert seine Welt aus Teilen

Die Begriffe „Fragmente“ oder auch „Fragmentierung“ stehen als große Überschrift für die „zweite Phase“ der Musiktherapie. Diese zweite Phase haben nicht alle Kinder erreicht, aber doch drei von ihnen, nämlich jene, die sprechen konnten. In diesem Kapitel soll es um unverbunden erscheinende Worte, Wortfetzen, abrupt endende Bewegungs- und Verhaltensweisen der blinden Kinder gehen, aber auch um „aneinander geklebte Fragmente“, denen es an innerem Zusammenhalt mangelte. Es handelt sich um Eindrücke, die ich gewann, die einen bruchstückhaften Charakter hatten: Ich erlebte es anfangs so, dass ich immer nur Teile „zu fassen bekam“ und ihren Sinn nicht erkennen konnte, weil mir ein größeres Ganzes (einer Lebenssituation oder Geschichte) bzw. der dahinter stehende Bezugsrahmen verborgen blieb. Damit empfand ich mutmaßlich das, was auch das blinde Kind erlebte.

Die beiden Zitate, die ich auf das blinde Kind wie die sehende Musiktherapeutin gleichermaßen bezogen wissen will, stehen für die Problematik, die diese Phase prägte: Wie können die von mir „Fragmente“ genannten Elemente einer psychischen Verfügung – einer Symbolisierung – zugänglich gemacht werden? Es ging demnach um ein Problem der (psychischen) Organisation von auf das Individuum eintreffenden Eindrücken, bei dem die Erwachsene dem blinden Kind oft nicht helfen konnte, denn die nicht angeschaute Sehende befand sich während des Kontaktes mit einem blinden Kind ebenfalls in einer Verunsicherungssituation.

Zunächst blieb ein Ding (z.B. ein Musikinstrument) für die blinden Kinder immer dieses eine konkret erfahrene und/oder es „bestand“ aus Eigenschaften, die das Kind sozusagen für den Kontakt mit Sehenden auswendig lernte/gelernt hatte, ohne eine affektive Beziehung zu bilden. Ein „Bild“ hatten die Kinder von Gegenständen oder Personen anfangs nicht: sie konnten lediglich ein „Abbild“, einen getasteten Abdruck oder einen Höreindruck gewinnen. Sich „ein Bild machen“ bedeutet aber „eine innere Einstellung“ entwickeln und meint etwas anderes.

Auf ein solches „persönliches Bild“ konnte anfangs in der Musiktherapie nicht zurückgegriffen werden, und die „Bildlosigkeit“, die (doch/immerhin) die Form einer Fragmentansammlung hatte, drohte auch mich zu verarmen (Spittler-Massolle 2001).¹

Das Verhalten der Kinder zu Beginn der zweiten Phase

Ab etwa der 5. bis 8. Stunde waren alle Kinder nun aktiver: Sie kannten mich besser, wussten, dass das Keyboard zuverlässig dabei war und immer am selben Ort lag, hatten ihre Lieblingsinstrumente erkoren (die sie allerdings noch lange nicht selbständig aus dem Korb nahmen), und hatten ihre Lieblingsspiele mit mir erprobt. Großenteils waren es alte Formen, die die Kinder auch mit den Eltern

¹ Für die Arbeit des Psychoanalytikers und Therapeuten mit psychotischen Kindern wird dies – eine Ansammlung unverbundener Teile – immer wieder beschrieben (z.B. Joseph 1960, Stork et al. 1994, 1996). Daher erscheint es mir immerhin prüfenswert, ob nicht Verhaltensweisen blinder Kinder statt durchweg auf die autistischer Kinder bezogen zu werden, mit den Besonderheiten psychotischer Kinder verglichen werden könnten. Die Ansätze Laings (1973, 1977), der Menschen mit psychotischen Lebensformen in ihrer Welt verstehen wollte, könnten hier vielleicht erste Anhaltspunkte liefern.

spielten. Die Entstehung zweier neuer „Spiele“ will ich hier aufzeigen und diskutieren.

Dies waren die besonderen Verhaltensweisen, die sich zu Beginn dieser (zweiten) Phase der Musiktherapie beobachten ließen:

Vier von sechs Kindern hopsten bei Aufregung (etwa, wenn ich kam) auf der Stelle und drehten sich um die eigene Achse. Alle liebten es, Gegenstände durchs Zimmer zu werfen, manchmal wollten sie mich dabei treffen, manchmal nicht.

Oft waren die Kinder nur an gegenständlichen Teilbereichen interessiert: Objekte in ihrer Ganzheit erkundete keines der blinden Kinder in meiner Gegenwart. Stattdessen erlebte ich stereotypes Handeln ohne Dynamik, sowie manuelles bzw. operatives Hantieren.

Die Geschichten, welche die Kinder erzählten, waren eigentlich unvollständige Aufzählungen von Erlebnissen und davon geprägt, dass omnipotent alles gekonnt wurde. Ihre Affekte erlebte ich oft als überschießend, die Kinder schienen es geradezu darauf anzulegen, im Gegenüber (mir) Affektäußerungen zu initiieren und sich ihrerseits davon affizieren zu lassen.

Es wurde deutlich, dass keines der Kinder ein Verständnis von Raum oder auch Gefäß und Inhalt oder Ursache und Wirkung hatte. Ein *Spielraum* war bisher nicht entstanden, stattdessen erlebte ich, dass alle Kinder feste Arrangements herzustellen und zu beherrschen bestrebt waren.

Mir fiel auf, dass bis auf Anton, von dem später berichtet werden soll, alle Kinder ich und du, mein und dein verwechselten. Nur Anton benutzte Phantasieworte als bewusst „phantasierend“ und bat sich dafür sehr energisch Stille und Aufmerksamkeit aus! Alle anderen Kinder bedienten sich bisher oft einer echolalischen Sprache.

Bevor ich zu zwei musiktherapeutischen Beispielen in der „Phase der Fragmente“ komme, möchte ich zwei Aspekte beleuchten, die als Hinführung gedacht sind: Einmal werde ich zum körperlichen Tun und Erleben des blinden Kindes Valentina (hier stellvertretend für vier der Kinder; zwei konnten bis zum Ende der Musiktherapie gar nicht oder nicht sicher frei laufen) im Hopfen und Drehen Gedanken ausführen. Zweitens stelle ich einige grundsätzliche Überlegungen zum Umgang mit Fragmenten an, ich benutze das Bild von Puzzleteilen, wie ich ihn bei den Kindern erlebte und selbst praktizierte. Ich hoffe, dass dann deutlich

werden kann, warum ich das Beispiel der „schwebenden Elemente“ unter der Überschrift „Die Therapeutin, die vergessen werden kann!“ führe, warum ich es erwähnenswert finde, dass das blinde Kind Jonathan ein ums andere Mal „Hilfe, ich muss spucken!“ spielt, wie sich aus dem körperlichen Erleben des Kindes und unserem Umgang mit Fragmenten ein weiterer Symbolisierungsschritt vollzog und welche Rolle die Musik dabei spielte.

II.2.1 Was das Ich nicht organisiert, wird durch Bewegung gebannt

Achtes Beispiel „Das Hopsen auf der Stelle“

Wir kennen Valentina schon. Ihr Verhalten war an diesem Tag bei meinem Ankommen von großer Unruhe geprägt. Es schien Ärger gegeben zu haben, denn auch die Mutter machte einen weniger offenen und aufgeschlossenen Eindruck als sonst.

Ausschnitt aus der 17. Stunde

Als ich ankomme, erwartet mich Valentina aufgeregt an der Tür: sie hopst auf der Stelle und dreht sich dabei um die eigene Achse. Die Mutter reagiert genervt und drückt das Kind sanft nieder: es solle sich nun setzen und auf „die Musiktherapie“ warten. Valentina steht immer wieder auf und hopst auf der Stelle. Wir betreten den Wohnraum, die Mutter verlässt uns. Während ich das Keyboard auspacke hopst Valentina ungelenk auf der Stelle und spricht, ruft oder murmelt dazu einzelne Wörter: „Papa – sssst – Fenster – hihihi – hin – Hilfe! – Wasser“, etc.. Ich verstehe (akustisch) kaum ein Wort und auch den Sinn nicht, bin ratlos.

Diskussion

Das Verhalten Valentinas löste in mir heftige Gegenübertragungsempfindungen aus. Erstens Sorge um die körperliche Unversehrtheit des Kindes: überall Gegenstände, an denen es sich stoßen könnte. Zweitens geriet ich in einen Wechsel zwischen dem Bemühen, Worte und Tun des Mädchens verstehen zu wollen einerseits – also einer konzentrierten Aufmerksamkeit – und dem Wunsch mich abzuwenden andererseits – d.h. dem Streben nach Entspannung –, weil mich Tun und Worte verwirrten. Das Kind war un(be)greifbar. Drittens mochte ich gern mit Valentina in Kontakt kommen, was jetzt nicht ging.

Ich empfand Verwirrung: Es fehlte mir etwas zwischen den (verbalen) Fragmenten. Ich sah das Kind (es hopste vor mir auf und ab) und ich hörte das Kind. Aber was das alles bedeuten sollte, ahnte ich nicht. Ich war konfrontiert mit doppeltem Nichtwissen: es schien etwas zu geben, wovon ich nicht Kenntnis hatte („Papa“, „psst“, „Wasser“, etc.) und von dem ich zusätzlich die Rahmenbedingungen nicht kannte (sprach das Kind zu mir, war es eine Kindergartengeschichte, ein Erlebnis?). Ich war gestresst und in meinem

Gegenübertragungsempfinden mit einer Leerstelle konfrontiert, die nicht als „leer“ zu empfinden war, weil es keine Grenzen gab, zwischen denen das Fehlen in Länge, Breite, Größe, Intensität oder sonst einer Qualität struktureller Beschaffenheit zu spüren gewesen wäre: Die Wortfetzen waren „gebunden“, wenn man so will, in einem Kind und seiner Drehbewegung. Das „Anliegen“ des Kindes war „perfekt getarnt“ und drang doch mit großer Energie in mein (Gegenübertragungs-) Erleben ein.

Theoretische Überlegungen

Von dem beglückenden Gefühl, als blindes Kind in einem leeren Zimmer sich dem Drehen und Kreiseln auf der Stelle hinzugeben, berichtet eindrücklich Lusseyran (2001/1963). Er spricht von dem Gefühl, unangreifbar zu sein, zu „fliegen“, kurz: ein Gefühl von Freiheit, Ekstase, vielleicht von Angstlust, wie Balint (1999/1959) sie beschreibt, zu erleben. Es fragt sich, ob das blinde Kind mittels des Drehens eine sensorische „Schutzhülle“ bildet/empfindet. Immer wieder beschrieben wird ja der Zusammenhang zwischen der Rolle des Sehens und der Fähigkeit, Realität und Imagination zu unterscheiden. „Omwake und Solnit (1961) glauben in diesem Zusammenhang, dass Blindheit die Konstruktion eines verdrängenden, sensorischen Filters behindere und somit eine Überflutung des Ichs durch unerträgliche Affekte begünstige“ (Herrmann 2006, S. 45). Das blinde Kind Valentina wies also, so vermute ich, potentiell eindringende Impulse im Drehen ab. Überdies stellte sich mir die Frage, ob angenommen werden kann, dass „eindringende Impulse“ nicht ausschließlich solche sind, die aus der Außenwelt auf das Kind einwirken, sondern auch psychische sein können.

Das Dilemma blinder Kinder kann mit Federn sehr genau umrissen werden:

„Wird eine Ich-Grenze stark libidinös gefühlt und nicht inhaltlich gewußt, so entsteht ein Gefühl von Ekstase, wird sie nur gewußt und nicht gefühlt, so werden die Eindrücke entfremdet“ (P. Federn 1978, S. 88). Die Ekstase des kindlichen Drehens stünde demnach „entfremdeten Eindrücken“ unvermittelt gegenüber, wie sie als „Schubladenwissen“ von Laval benannt wurden.

Ich vermute, dass es (generell gesprochen) ein Spezifikum im Erleben blinder Kinder ist, dass sich genau an der Hautgrenze „libidinöses Fühlen“ und „inhaltliches Wissen“ so schwer einander vermitteln lassen, weil die körperlichen

Sensationen so schlecht zu repräsentieren sind. Einfach ausgedrückt: Was Valentina fühlte, fühlte sie nur und wusste es nicht. Und was Valentina wusste, war oft auswendig gelernt, aber nicht als sinnlicher Niederschlag repräsentiert. Dies gilt allerdings nicht allumfassend, denn manches Fühlen und Erleben war zwischen Valentina und der Mutter zum Gesprächsgegenstand geworden, etwa, wenn die Mutter mit Valentina übte, sich verbal gegen Rempler und Stöße von anderen Kindern zur Wehr zu setzen: Mit dem Satz „Lass das!“ lernte Valentina, sich in ihrer Körperlichkeit abzugrenzen, den erhaltenen Stoß als vom Objekt ausgegangen zu verorten und durch den Satz auch wieder an das Objekt „abzuführen“.

Anzieu schreibt dazu:

„Verliert die äußere Grenze des Ichs ihre Besetzung, werden die äußeren Objekte, die weiterhin vom Subjekt deutlich wahrgenommen werden und sogar sein Interesse finden, als fremd, unbekannt, und sogar als nicht wirklich vorhanden angesehen (was zum Verlust des Realitätssinnes¹ führen kann). Während des Heilungsprozesses vergrößert sich die libidinöse Besetzung an der Grenze, was zu einer wärmeren und intensiveren Wahrnehmung der Objekte führt (Federn). Auch ohne die Hilfe der Realitätsprüfung² wird ein Objekt dann als real erlebt, wenn es (a) sich außerhalb des Ichs befindet, und wenn (b) die von ihm hervorgerufenen Eindrücke auf eine gut besetzte Ich-Grenze treffen“ (Anzieu 1996, S. 126).³

Ich meine, dass das blinde Kind Valentina eben dieses Gefühl im Drehen verlor, von fremden, unbekanntem Gegenständen umgeben zu sein: es blendete sie ekstatisch aus. Meine Vermutung ist, dass sich Valentina nur schwer der inneren oder äußeren Objekte erwehren konnte. Sie war in der Lage, mit zunehmendem

¹ Zur organisch bedingten Einschränkung tritt die psychische Dimension hinzu und gibt dem Prozess der „Realitätsentfremdung“ wie ich meine eine verstärkende Dynamik.

² Paul Federn (1978) unterscheidet von der (gröberen) Realitätsprüfung das wesentlich „feinere“ Wirklichkeitsempfinden. Dieser Unterscheidung weiter nachzugehen erscheint lohnend, da blinde Kinder neben der Realitätsprüfung ganz wesentlich eine Prüfung der Realität vornehmen müssen, was etwas ganz anderes ist und eigene Probleme mit sich bringt.

³ Siehe hierzu Straus (1956) und Kleinert (2009).

Alter immer mehr Impulse im Außen zu erleben, ohne ihnen allerdings immer eine eigene Bedeutung geben zu können.

Schlussgedanken zum achten Beispiel

Es steht zu vermuten, dass die von Federn als Heilungsprozesse benannten Vorgänge – ein Objekt real erleben, wenn es außerhalb des Ich verortet wird und auf eine gut besetzte Ich-Grenze trifft – sich bei einem blinden Kind derart ereignen, dass das Kind zuerst eine gut besetzte Körperhülle empfinden können muss und erst dann erleben kann, was innerhalb oder außerhalb des Körpers liegt. Ich gehe davon aus, dass sich Valentina im Erleben der paranoid-schizoiden Position befand und noch keine Verdrängung im reiferen Sinne leisten konnte: sie vollzog Abwehr wie hier beschrieben körperlich im Hopsen und Drehen, was aus der Ohnmacht, Einfluss zu nehmen, entstand und zu einer Sonderung von innen und außen (noch) nicht beitragen konnte und in omnipotenten Verfügungsanspruch: „Kenn’ ich schon, kann ich schon, will ich nicht!“ mündete.

Soweit zum unmittelbar körperlichen Aspekt meines Themas. Nun einige Gedanken zum Umgang mit Fragmenten.

Wenn Puzzleteile in eine Reihe gelegt werden, ergibt sich auch ein Bild – Überlegungen zu einer Bildlosigkeit als Qualität

Für blinde Kinder gilt: Eine Gefahr im Umgang mit unbeweglichen, dem Ich nicht nutzbaren (Theorie-) Fetzen (Laval 2009) stellt die Tendenz dar, diese Fetzen in einer Krisenzeit nun sehr fest zu halten. Dabei stehen das „Maß“ an Unintegriertheit und die Kraftanstrengung des Festhaltens in unmittelbarer Beziehung. Wandeln sich außerdem noch die Rahmenbedingungen (etwa, wenn das blinde Kind an unbekanntem Ort ist oder eine fremde Person auftaucht), so vergrößert sich das Missverhältnis zwischen den „Reihen unbeweglicher, mit Theoriefetzen gefüllter Schubladen“, der „Festigkeit“ des Zugriffs und den veränderten Bedingungen.

Bezogen auf die blinden Kinder sehe ich ein doppeltes Dilemma. Erstens: Sie bekommen nur Fetzen einer Welt zu fassen, halten diese, um Orientierung bemüht, oft sehr fest (entweder, indem sie wirklich Gegenstände festhalten,

unentwegt Worte wiederholen oder stereotyp klappernde Geräusche machen), und können dann weder die „Fetzen“ im Zusammenwirken auf ihre Eigenschaften und Nutzbarkeit untersuchen, noch den Wechsel sich wandelnder Umweltbedingungen akzeptieren und in ihr psychisches wie lebenspraktisch organisiertes Leben integrieren.

Zweitens aber: Etwas, das nicht „haltbar“ scheint, wird dementsprechend fort geschleudert. So ist die zweite Verhaltensweise, mit gegenständlichen Objekten umzugehen, die, sie von oder um sich zu werfen. Dazwischen scheint es für die blinden Kinder keine andere Möglichkeit zu geben, mit Objekten umzugehen.

Beide Verhaltensweisen, das Festhalten wie das Wegwerfen, sind m.E. Ausdruck eines tiefen inneren Chaos'. Das aus einem erlebten Unintegriertheitszustand resultierende Katastrophengefühl ist nach Bick (1968) die eigentliche und wesentliche Erfahrung, die auf der einen Seite zum Brennpunkt menschlicher Existenz würde, der zu entkommen aber auf der anderen Seite jedermann Gedanken und Denken einsetze. Bick begreift die Katastrophe als Auseinanderfallen, als endlosen Sturz oder das Gefühl, das Innere verflüssige sich oder quelle unkontrolliert hervor. Sie meint, dass die Reaktion auf diese Angst in einem verzweifelten Einsatz der Sinne bestehe, um das Selbst beisammen zu halten und ein Gefühl von Gehaltenwerden zu erlangen, durch Konzentration etwa auf leuchtende Gegenstände oder Geräusche. Später könnten bestimmte Aktivitäten und Bewegungen sowie das Denken selbst diese Funktion übernehmen. „Adhäsionsidentifizierung“ bezeichnet den Versuch, sich selbst durch Anheftung an ein Objekt zusammenzuhalten, *ohne* dass Projektions- oder Introjektionsvorgänge stattfinden (Bick 1968, S. 236 ff).

Ich meine, dass sich Projektionsvorgänge entwickeln können, wenn es ein Objekt gibt, das sich für das blinde Kind spürbar zur Verfügung hält und durch Resonanz seinen Schwingungen eben das zur Verfügung stellt, was fehlt, nämlich Assoziationen.

Damit kommen wir zum Wirken einer Musiktherapie.

Laval hat einen Vorschlag zur Intervention:

„Erst durch Mitschwingen – durch Resonanz, ein Begriff aus der Musik – kann eine Hypothese in Bewegung kommen und mit den dynamischen Assoziationen des Patienten zusammentreffen“ (G. Laval 2009, ebd.).

Die „dynamischen Assoziationen“ sollen hier ausgelotet werden. Es werden die Formen untersucht, die die blinden Kinder in der Handhabung der „Fetzen“ oder Fragmente zeigten. Bisher stehen das Festhalten und das Loslassen von Fragmenten als starre Größen. Noch schwingt nichts.

Nicht nur das blinde Kind, auch die Musiktherapeutin war einer „Fragmentierung“ ausgesetzt: Die Gefahr, „unbewegliche Theoriefetzen“ aneinander zu reihen, war (zwischendurch immer wieder) gegeben. Mit zunehmendem Verständnis aber erlebte ich, dass die Kinder sich durch die Prozesse der Projektion heftig in meine Psyche einschrieben: Die Musiktherapeutin wurde mit Elementen „bombardiert“. Im Wechsel zwischen Verschmelzung mit und Distanzierung vom Kind konnte ich leicht in Gefahr geraten, mich hinter theoretischem Wissen zu „verschanzen“, um mich zu schützen. Leicht geriet die Musiktherapeutin in Gefahr, eine „Wissens-Sammlung“ mit einer Vorstellung vom Gang der Therapie zu verwechseln.

Sich ein „Bild“ machen bedeutet, dass zu einer Wahrnehmung weitere persönliche Faktoren (wie etwa sozioökonomische Bedingungen, individuelle empirische Daten, fachliches Hintergrundwissen etc.) hinzutreten und so das persönliche Bild von einer Sache prägen.

Auf ein solches Bild konnte in der Musiktherapie (lange) nicht zurück gegriffen werden, und die „Bildlosigkeit“, die die Form einer Fragmentansammlung hatte, drohte auch die Sehende zu verarmen (Spittler-Massolle 2001), wie es für die Arbeit des Psychoanalytikers/Therapeuten mit psychotischen Kindern beschrieben wird (siehe z.B. Stork et al. 1994, 1996). Ich konnte eine organisierende Zusammenschau des Interagierens lange nicht leisten und legte – genau wie die Kinder – zunächst nur eine Erfahrung hinter die andere, ein Puzzleteilchen neben das nächste.

II.2.2 Von der Wichtigkeit, etwas zu haben, das man vergessen kann

Neuntes Beispiel „Die schwebenden Elemente“

Einführung

Kleine gemurmelte Worte ohne Satzgefüge und Ausrichtung; plötzliches Lachen oder Geräusche eines Weinens, die die Kinder wahrscheinlich in Erinnerung an ein Erlebnis hervorstießen (überhaupt müssen blinde Kinder viel anstrengende Erinnerungsarbeit leisten); vereinzelte Töne am Keyboard und richtungslose Bewegungselemente; abrupt abbrechende manipulierende Tätigkeiten; fallen gelassene Gegenstände; kurz: alles das, was ich Fragmente nannte, verstand ich als Ausdruck des Verhältnisses aller sechs blinder Kinder in ihrer Welt, ohne, dass ich zunächst eine Idee für eine Umgehensweise oder ein tieferes Verständnis hätte entwickeln können. Ich fühlte mich von den Kindern ausgeschlossen von ihrem Tun, ohne, dass das ein aktives Ausschließen gewesen wäre, auch das Wort „gleichgültig“ beschreibt das Verhältnis zu mir nicht. Die Kinder waren meistens freundlich, wir hatten es „nett“ miteinander. Nur kam es nicht zu einem symbolischen Gebrauch der Fragmente durch die Kinder oder mich. Das änderte sich mit dem Erleben der beiden Stunden mit Jonathan, von denen ich berichten will. Was ich in diesen Stunden begriff, ermöglichte mir, auch bei den anderen Kindern zu sehen, welches hemmende Umstände einer Symbolbildung dieser sechs blinden Kinder sein mochten und wie eine musiktherapeutische Intervention zur kindlichen Symbolbildung eingesetzt werden konnte (und dies auch tat).

So möchte ich von Jonathan (5) erzählen, der reif geboren wurde und dessen Blindheit zunächst nicht bemerkt worden war. Jonathan hatte eine ältere Schwester, die sich fürsorglich um ihn kümmerte und eine jüngere Schwester, die ihn oft ärgerte. Er besuchte einen Kindergarten und ging nachmittags manchmal in der Nachbarschaft spielen.¹ Seine Eltern waren sehr um Integration des Kindes bemüht und loteten schon Möglichkeiten für den Schulbesuch, Musikunterricht und andere Aktivitäten aus. Es gab kein vereinbartes Therapieziel, aber die Eltern waren daran interessiert, mehr und neues über ihr Kind zu erfahren. Jonathan war lebhaft und interessiert an den musiktherapeutischen Stunden, er war musikalisch und sang oft und gern. Jonathan spielte mit Ehrfurcht, beinahe andächtig,

¹ Das Spiel Jonathans mit Kindergartenfreunden gestaltete sich allerdings für die Mütter anstrengend, weil es ohne Regie nicht ging und am besten Spiele mit festen Regeln funktionierten, über die die Mütter wachen mussten.

Keyboard, liebte darüber hinaus besonders die Schellentrommel, die er oft als Kopfkissen benutzte.

Ausschnitt aus der 9. Stunde

Das Keyboard liegt in dem kleinen Zimmer auf dem Boden, übrige Instrumente befinden sich im Korb. Jonathan ist eine Weile um die eigene Achse gesprungen, kommt aber dann zur Ruhe und setzt sich vor das Keyboard.

Jonathan schlägt sehr zart einzelne Töne an. Er sagt „die Töne“ und antwortet auf Nachfrage,¹ was sie wohl sagen, nicht. Mit dem Jungen ins Gespräch zu kommen, ist nicht möglich, er scheint mich nicht zu bemerken, schlägt ab und zu einen Ton an. Dann wieder spricht er in einer Art Phantasiesprache Silben und „Worte“ in nicht endenden Ketten. Ich verstehe Inhalte und Zusammenhänge nicht. Der Junge „plappert“ vor sich hin.

Ich stelle den vereinzelt Tönen des Kindes „meine“ Töne „an die Seite“ durch ein Singen oder mit Tönen auf der Tastatur. Erkennbar reagiert Jonathan nicht. Er spricht weiter vereinzelt Worte, meist Phantasiewörter, deren Zusammenhang mir nicht klar wird. Ich werde schläfrig und etwas unwillig und frage mich, wie lange das noch so gehen wird.

Endlich wird es ganz still. Ganz leicht an mich gelehnt spielt er einen vereinzelt Ton, lauscht, bleibt still. Spielt den Ton erneut, lauscht, verharrt still. Sagt sehr leise: „Die Töne“, schweigt. Sagt „Papa“ und ein Wort, das ich nicht verstehe, weil der Junge nun flüstert. Es wird deutlich, dass Jonathan nicht mit mir spricht. Aber er lehnt leicht an mir und ich fühle mich berührt. Immer wieder sagt das Kind ein Wort oder auch zwei und schweigt danach lange, spielt vielleicht auch einen Ton und verharrt dann still. Zunächst scheint Jonathan auf meinen Atem zu lauschen. Dann ist es die ruhige Bewegung meines Körpers, der er sich hingibt. Mein Empfinden ist, dass er diese Form des Kontaktes suchte und mich nun „vergessen“ hat. Der Kontakt ist von aller Aggression frei. Ich bin stark berührt, lange nach dem Notizbuch, um mich zu sammeln, und notiere, was er spricht, in dem deutlichen Bewusstsein, die „aufsteigenden Elemente“ als Zeugin zu würdigen und im Notizbuch zu „verwahren“. Endlich richtet er sich auf, erfrischt, wie mir vorkommt, und sehr klar. Sehr vergnügt hilft Jonathan beim Einräumen

¹ Grundsätzlich gilt, dass blinde Kinder oft auf Fragen nicht antworten. Dies hat mehrere Gründe. Einer davon ist, dass blinde Kinder nicht wissen, was sie wollen, z.B. deshalb, weil ihnen Optionen nicht bewußt sind.

der Instrumente. Dann geschieht etwas Unerwartetes: Er sagt zum ersten Mal überhaupt „Auf Wiedersehen, Heike“ und geht vergnügt davon.

Diskussion

Anfangs fühlte ich mich ausgeschlossen, war unwillig und bald gelangweilt. Meine Versuche, das Tun des Kindes zu begleiten, schienen ungehört zu verklingen. Indem das Kind sich dann an mich lehnte, also Kontakt über die körperliche, sehr leichte Berührung hergestellt wurde, begann ich frei im Kopf zu werden und das zu hören und zu spüren, was sich „zwischen“ den Worten vermittelte. Ich achtete darauf, vernehmlich und ruhig zu atmen, zuverlässig anwesend zu sein. Die zarte Struktur schwebender Teile, deren Besonderheit in der leichten, schwebenden, nicht mehr oder noch nicht „bezogenen“ Beziehung lag, sollte nicht gehindert werden. Indem das Bezogensein körperlich hergestellt war, indem also (eine wie auch immer geartete) „Realität“ für das Kind und mich gleichermaßen sicher verortet schien, wurden die Fragmente als imaginative Elemente spürbar.

Als ich zum Notizbuch griff, spürte ich, dass ich dem Kind und seinem Tun und mir selbst gleichermaßen Wichtigkeit zuerkannte. Mit der Schaffung eines Gefäßes (Notizbuch und meine eigene Psyche) begann ich mit einigem Interesse zu verfolgen, welcher Art der Inhalt wohl sein mochte. Und ich bemerkte: Es geschah etwas Wesentliches, das zart und fein war. Meine Umschreibung für das, was seitens des Kindes geschah, fasste ich in die Worte „aufsteigende Elemente“, meine Vorstellung war bildlich: es waren zarte Seifenblasen. Alle Müdigkeit war verflogen, alle Angestrengtheit einer geruhsamen Aufmerksamkeit gewichen.

Unmittelbar verantwortlich für die Entlastung des Kindes war nach meiner Meinung der Umstand, dass die Musiktherapeutin vergessen werden konnte. Keine anstrengende Erinnerungsarbeit war für das Kind nötig. Nichts musste behalten werden. Die Musiktherapeutin behielt im Notizbuch (dies ist die äußere Handlung, die mir begreifen half), was zu halten war, das Kind konnte frei sein und vergessen. Das Erlebnis des „Mein“, im Hautsinn am zwingendsten erfüllt (Straus, S. 393), wurde hier stellvertretend von der Musiktherapeutin gehalten.

Das Kind konnte das Abgeben¹ von etwas vollziehen – die Worte, die Musiktherapie-Stunde, die Person der Musiktherapeutin –, ohne neidisch darum bemüht zu sein, für sich selbst genügend zu behalten und ohne Angst vor möglicherweise überwältigenden Reaktionen.

Das Atmen der Musiktherapeutin hatte das leichte Ausströmen und Hereinnehmen, das vom Kind kaum zu leisten war,² stellvertretend vollzogen. Anzieu schreibt: „Der Laut-Spiegel – und später der visuelle Spiegel – bilden zuerst eine Struktur für das Selbst, dann für das Ich, vorausgesetzt, dass die Mutter dem Kind gleichzeitig etwas von sich selbst und von ihm mitteilt und dass diese Mitteilung zu den primären psychischen Eigenschaften, die das entstehende Selbst des Babys empfindet, in Beziehung steht“ (Anzieu, S. 223). Es war also notwendig für die musiktherapeutische Beziehung, sich der Tatsache bewusst zu sein, dass das Kind nicht eigentlich gespiegelt werden musste. Die Mutter-Musiktherapeutin musste „von sich selbst“ etwas geben. Hier waren es zunächst Schutz und Sicherheit eines Containers.

Etwas, das „da“ ist, kann abgegeben werden, etwas, das einmal vorhanden war, kann als abwesend gedacht – und vergessen – werden: hier waren es die Worte, die nicht eigentlich selbst einen Sinn in sich trugen, sondern als „musikalische Fragmente“ vom Kind gefühlt wurden als etwas, das den Körper und die Psyche Jonathans „leicht“ verlassen konnte.

Um auf das Bild mit den Puzzle-Teilchen zurückzukommen: Erst wenn der Untergrund sicher ist und keine Forderung an das Kind heran getragen wird, kann es die Teilchen neu mischen.

Hier waren „die Gedanken“ zuerst da, und der Apparat zum Denken entwickelte sich entsprechend.

Die Fragmente als schwebende Elemente verstanden, halfen das Phänomen der „Unbezogenheit“ verstehen, weil sie in einer zunächst „rhythmischen“ Form von „Nicht-Rhythmus“ in (m)einem musikalischen Verständnis verortet werden konnten, und dies sogar sinnlich-symbolisch: ich sammelte sie im Notizbuch. Der

¹ Es fällt blinden Kindern sehr schwer, etwas abzugeben. Dies kann nicht verwundern: Jemand, der nie wissen kann, ob andere mehr haben, jemand, der nie Mengenvorstellungen vergleichend entwickelt, kann schwer teilen. Psychisch: Nur über das Bekommen lernt das Kind das Abgeben. Bei unklaren Körpergrenzen kann „etwas bekommen“ als eigene Qualität nur schwer erlebt werden.

² Deshalb nicht, weil eine Bewusstheit für innere/äußere Realität nicht geschieden und von Phantasie/Wahn nicht sicher getrennt erlebt werden kann.

„lose Verbund“ verinnerlichter Elemente im Kind wurde nicht länger gänzlich ohne Bedeutung und ungenannt weiter getragen, sondern von mir gehalten.

Melodien im Tun des Kindes als Ausdruck einer Aussage oder Meinung fand ich nicht, sondern einen Rhythmus, der kein Rhythmus war.

Der Nicht-Rhythmus der „schwebenden Elemente“ konnte m.E. entstehen und bewusst werden, weil und als das Kind körperliche Anbindung und ein Mindestmaß an Sicherheit empfand. Das krampfhaftes Festhalten von Bruchstücken (z.B. Erinnerungsfetzen plus Affektäußerungen) bzw. das Loslassen und stereotype Manipulieren von Gegenständen konnte Jonathan zugunsten eines entspannten Fließens aufgeben. Indem ich im zweiten Schritt das leise ungeordnete Schweben als eben dieses – eine schwebende Unordnung – im Vorgang des Aufschreibens als solches begriff, konnte das kreative Potential des Kindes und meines wirksam werden: Als einmal begriffen und benannt war, dass „kein Rhythmus“ ein Etwas ist, nämlich eine Konzeptualisierung eines Erlebenszustandes, wurde das leise Schweben der Worte und Wortbruchstücke, der Geräusche und Töne zum Symbol.

Die hier beschriebene Stunde mit Jonathan hat sich in ähnlicher Weise bei allen Kindern vollzogen. Es gab Unterschiede in den Inhalten der Worte (manchmal gab es Geschichten, manchmal – wie hier bei Jonathan – nicht), die je nach Lebenslage des Kindes erheblich von einander abwichen. Aber „Inhalte“ waren ja auch nicht entscheidend, sondern die musikalische Form. Und immer sind es diese leichten Elemente gewesen, die mich zunächst in ein Pendeln zwischen Schläfrigkeit einerseits und Ungeduld andererseits brachten, bevor mir meine Rolle als „Zeugin“ bewusst wurde und nachhaltig alle Müdigkeit beendete. Durch die real vorhandenen Gegenstände (Keyboard und Notizbuch) hatte ich selbst Objekte, die ich als Container nutzen konnte, zur Verfügung und konnte meinerseits zu einem für das Kind hilfreichen Gefäß werden. Gehaltensein und Verstandenwerden spürte das Kind nicht durch mein Zuhören, sondern durch das körperliche Angelehntsein und die Tatsache, dass ich das Gehörte als einen zarten, fragilen Rhythmus repräsentierte und auch psychisch hielt. Jonathan sagte zum Abschied erstmals „auf Wiedersehen“, weil er ein Empfinden hatte, den Raum zu verlassen, *in dem etwas geschehen war*.

Theoretische Überlegungen zur Verwendung von Worten in der musiktherapeutischen Arbeit

Bion hat herausgearbeitet, dass es für psychotisch erkrankte Menschen typisch ist, ein „Denken im Sinne von Manipulation von Worten und Gedanken, um damit in Abwesenheit des Objekts zu arbeiten“ nicht vollziehen zu können (Bion 1997/1965, S. 66). Es scheint Bion so zu sein, dass ein psychotischer Patient auf die Anwesenheit eines Gegenstandes/Objektes in der äußeren Realität warten müsse, um „denken“ zu können. Die Parallelen zum Erleben geburtsblinder Menschen treten noch deutlicher hervor, wenn man folgendes bedenkt:

„Es ist, als ob der Mensch nach der einen Sichtweise nie das Ding an sich erkennen könnte, sondern lediglich primäre und sekundäre Qualitäten, während er nach der anderen Sicht nie etwas „wissen“ kann *außer* dem Ding an sich“ (ebd., kursiv im Original).

Für die Musiktherapie mit Jonathan galt eben das, was Bion über die Besonderheit der Verwendung von Worten schreibt:

„Obwohl Worte benutzt werden, ähnelt die Kommunikation mehr einer musikalischen oder künstlerischen als einer sprachlichen Kommunikation“ (ebd., S. 67).

Und folgerichtig war es der „musikalische“ Aspekt der kindlichen Äußerungen, der ein Verstehen eines im Symptom verborgenen symbolischen Gehaltes und die Bildung für ein Bewusstsein von Inhalt und Behältnis, von innen und außen ermöglichte.

Die Symbolbildung hat – ganz allgemein gesprochen – mit dem Sinn und der Wertigkeit von Objekten zu tun, die den Objekten zugeordnet werden. Der Symbolgehalt wird an der Verwendung eines Objektes deutlich. Kennzeichen der paranoid-schizoiden Position ist das Erleben des Kindes, von Objekten verfolgt zu sein. Analog zum Erleben einer ständig „brechenden“ und „unterbrochenen“ dinglichen Umwelt fehlt dem blinden Kind die Folie für eine „Gesamtschau“. Die fast zwanghafte Notwendigkeit des blinden Kindes, Ordnungen herstellen zu müssen, „verklebt“ Objekte und deren Symbolgehalt. Übrig bleibt eine Sprache,

die nur „Dinge“ produziert, da dem Kind außen nur „Dinge“ begegnen, die zusätzlich an der wenig (oder überstark angespannt) empfundenen Haut(-grenze) ihre spezifische Dinghaftigkeit nicht offenbaren können. Um es mit dem Bild der Puzzle-Teilchen zu beschreiben: das Kind setzt Teil an Teil, Wort an Wort. Die Struktur erscheint wie die eines Satzes: und, ja, eine Linie ist entstanden. Erst wenn das Kind aber die Teilchen ablegen kann und sie sicher verwahrt erlebt, kann es zu schieben und neu zu ordnen beginnen. Die Verwendungsweise der Worte entspricht also einer künstlerischen, die Anfangs sehr schablonenhaft ist.

Schlussgedanken zum neunten Beispiel

Das blinde Kind benutzt die Musiktherapeutin als ganze Person

Das gute Objekt – oft war es der Papa, von dem omnipotent Rettung ersehnt wurde – war nie hinreichend oft präsent, das schlechte – sehr oft die als fordernd erlebte Mutter – lauerte ständig, war zudringlich und nur für kurze Zeit auf Distanz zu halten. Das Denken wird nach Green (1975) durch ständige Unerreichbarkeit einer Bezugsperson einerseits und beherrschende Präsenz andererseits gehemmt.

In beiden Fällen war es dem blinden Kind nicht möglich, die Abwesenheit eines Objektes zu konzeptualisieren. Ein Objekt, welches ständig in den psychischen Raum einzudringen versucht, mobilisiert eine ständige Gegenbesetzung und erschöpft das Subjekt. Also stellte ich mich als manipulierbares Objekt zur Verfügung: Ich ließ mich vergessen. Dies ist ein zentraler Punkt der Therapie gewesen: M.E. musste das blinde Kind Jonathan (und alle anderen fünf ebenfalls) in die Lage versetzt werden, bei gutem Erleben des Gehaltenseins vergessen zu dürfen. Zunächst die Musiktherapeutin, dann den Rahmen der Begegnung, endlich sich selbst. Dazu musste ihm gestattet sein, zwischen dem Erleben „herauf dämmernder Elemente“ (also einer schwebenden Gelöstheit) und dem Wiederholen von zweidimensionalen Ketten¹ (seinem alten Sicherungssystem stereotyper Produktion von Geräuschen) so lange zu wechseln, bis der nächste Entwicklungsschritt vollzogen werden konnte.

Nach Green (1975) kann das *anwesende* Objekt einerseits nicht gedacht werden, da es ständig anwesend ist. Das *unerreichbare* Objekt aber kann andererseits nicht

¹ Diese Ketten fingen „irgendwo“ an und endeten „nirgendwo“, Kommunikation ließ sich an ihnen nicht herstellen.

imaginiert werden. Fatal daran ist, dass der psychische „Raum“, der nur für kurze Zeiten vom guten Objekt eingenommen wird, völlig entleert wäre, nähme nicht das böse ihn zeitweise ein. Resultat ist die Idealisierung eines guten, unerreichbaren Objekts (dieses ist sehr oft der Papa gewesen) und das Gefühl von Verfolgung durch ein böses (die Mama, der nie etwas verborgen bleibt). Der Effekt ist eine Lähmung des Denkens, die zu einer Leere im Kopf führen kann und abgewehrt wird durch „Wiederkäuen, Pseudozwangsdanken, wahnähnliche Reden etc.“ (ebd., S. 516). Dies wäre eine Erklärung dafür, warum blinde Kinder so oft monologisieren und „Phantasieworte“ benutzen. Sie halten etwas fest, von wirklicher Phantasie kann nicht die Rede sein.

Eine mögliche Reaktion des Therapeuten kann darin bestehen, dass er in einer intensiven Denkanstrengung die Leere zu füllen und das zu denken versucht, „was der Patient nicht denken kann und was sich in einem Bemühen um Phantasievorstellungen ausdrückt“ (ebd., S. 517).

„Die Leere hat nach Auffüllung verlangt, die Überfülle fordert die Entleerung. Die Suche nach einem ausgewogenen Austausch gestaltet sich schwierig. Füllt man die Leere durch die Deutung zu früh, so wiederholt man das Eindringen des schlechten Objekts; läßt man aber die Leere wie sie ist, wiederholt man die Unerreichbarkeit des guten Objekts“ (Green 1975, S. 517).

In der beschriebenen Stunde wie auch später habe ich keine Deutungen gegeben. Dem Kind wurde Gelegenheit gegeben, sich des Gefühls zu versichern, es sei an einem sicheren Ort.

„Es ist der Raum des Potentiellen und der Abwesenheit, denn, wie Freud als erster gesehen hatte, die Vorstellung des Objekts bildet sich in dessen Abwesenheit, der Quelle allen Denkens“ (ebd., S. 517).

Ich spürte in dieser und den weiteren Therapiestunden, wie Jonathan es genoss, mich nicht bemerken oder erinnern zu müssen. Durch meine akustische oder

haptisch-taktile Präsenz – sie musste absolut spannungsfrei sein! –, war genug von meinem „Vorhandensein“¹ konstituierbar für das Kind, was es brauchte.

Die Frau/Therapeutin, die vergessen werden darf, kann also durch den Umstand, keinen Anspruch auf „irgendetwas“ zu erheben, sondern im Gegenteil sich als Objekt des Vergessenwerdens anzubieten, dazu beitragen, dass Beziehung erschaffen und Verlust vermittelt werden kann. Sie wurde in der Stunde vergessen (weil sie anwesend war, gefühlt werden konnte und nicht erinnert werden musste) und nach der Stunde verabschiedet, denn sie nahm etwas mit, das gut verwahrt bei ihr bleiben konnte. Das Kind war frei.

Der imaginative Behälter

Im beschriebenen Fallbeispiel war der „Behälter“ ein imaginativer: Worte und Töne wurden durch die Zeugenschaft – mit Hilfe eines Notizbuches – der Musiktherapeutin gehalten. Die kindlichen Fragmente wurden zunächst abgebildet und erhielten durch den Akt des Schreibens/Notierens einen Symbolwert: Präsentative und diskursive Symbolik war verschränkt: noch bildeten die geschriebenen Worte lediglich ab. Ihr Erscheinungsbild ähnelte den gesprochenen Fragmenten: Was ich nicht verstand, erschien als Welle oder Kringel oder Linie.

Damit meine ich folgendes: Ich begriff von dem, was Jonathan sagte, so gut wie nichts. Normalerweise würde ich mich nun bemüht haben, besser zu verstehen. Durch das Fixieren blieb aber der (verborgene) Aussagewert erhalten und erschöpfte sich nicht. Anders als beim gesprochenen Wort – und anders als sonst im Erleben Jonathans! – verschwand nun nichts. Ich konnte z.B. das von Jonathan Gesagte als „Gesamtkunstwerk“ auffassen und mein Nicht-verstehen bei mir verorten. Ich konnte ebenso gut einzelne Worte wieder aufgreifen und mit ihm besprechen.

In Bezug auf die Symbolbildung kann gesagt werden, dass in der (vorläufigen) Visualisierung und der Möglichkeit, unterschiedliche Beziehung zu denken, ein Schritt zu einer Symbolbildung, wie Hobson sie definiert, unternommen wurde: Die Beziehung zum Aussagewert der vom Kind geäußerten Wörter und Töne

¹ Jeder kennt wohl die rasch wachsende Aufmerksamkeit, die sich einstellt, wenn man einen Menschen wahrnimmt, der besonders leise durchs Haus schleicht, um unbemerkt zu bleiben. Ich war bemüht, im Gegenteil sehr selbstverständlich und „robust“ vorhanden zu sein: wer laut poltert, hat nichts zu verbergen.

erlebte durch die Verschriftlichung eine Veränderung: Die Musiktherapeutin begann, einen Container denken zu können, denn am Inhalt bildete sich das Gefäß, das Gefäß definierte das Enthaltene als Inhalt. Das heißt, der Vorgang meines Verstehenwollens hatte eine neue Qualität bekommen: nicht länger rang ich um das Verstehen von Fetzen, Bruchstücken, Teilen, die ich am Kind verortete, sondern hatte Elemente des Kindes in ihrer unverbundenen Qualität bei mir. Und auch nicht länger „ich verstehe das Kind nicht, weil es so merkwürdig redet“, sondern, „das Kind sagt etwas, das ich nicht verstehe“. Mithin: es bildete sich meine Alpha-Funktion.

Damit eröffneten sich weitreichende Möglichkeiten. Z.B. wurde es nun möglich zu denken: Ich, die Musiktherapeutin, habe hier ein Gefäß – etwa die Musiktherapie-Stunde, ein bestimmtes Instrument, sogar mich selbst – und du möchtest, dass das (z.B.) leer bleibt.

Was also passierte, war, dass ein grundsätzlicher Perspektivwechsel etabliert wurde. Ich lernte zu begreifen, dass, wenn nichts passiert, dies eine Szene von „es passiert nichts“ sein kann. Ich konnte bemerken, wie wichtig es für dieses oder jenes der blinden Kinder sein konnte, mich vergessen zu dürfen. Aus anfänglich ohnmächtigem Hantieren wurde schrittweise die Konzeptualisierung von „Beziehung mit ohnmächtigem Handeln“ entwickelt. Und weil das (Er-)Leben Jonathans einerseits so kontrastarm war – wo endet „Ich“ und wo beginnt „Nicht-Ich“ – und andererseits so stark gefüllt mit Elementen projektiver Identifizierung, bedeutete das Auffinden solcher Denkkonzepte einen so wichtigen Schritt hin zur Symbolisierung.

Gegen die Verwirrung: Der Tastsinn befreit das Denken

Abhängig von der Anwesenheit realer Gegenstände um bestimmte Gedanken zu entwickeln war hier nicht nur das Kind, sondern auch die Musiktherapeutin.

Das Notizbuch und der Stift waren reale Gegenstände, derer ich bedurfte, um *überhaupt* zu verstehen, dass es um „innen“ und „außen“ ging. Man kann sagen, dass sich wahrscheinlich das Kind und ich, aber wenigstens ich, in einer psychischen Verfassung befanden, die nicht nur Gegenstände zur lokalen Orientierung brauchte, sondern auch auf Gegenstände warten musste, um denken

zu können. Auf die „Töne“ des Kindes konnte ich nicht auch mit Tönen antworten, wenn ich begreifen wollte.

So wie sich das Kind „befreite“, indem es sich an mich lehnte, so befreite ich mich schreibend von den Fragmenten des Kindes: Indem ich mein Notizbuch *sah*, entdeckte ich, dass es etwas zu schreiben gäbe. Indem ich es zuklappte, wusste ich, dass ich etwas verwahrte und mitnahm.

Der Tastsinn erlaubte nicht nur eine real-pragmatische Grundsicherung für das blinde Kind Jonathan, sondern vor allem eine psychische. Bion antwortet auf die Frage, welche Kriterien es einem Individuum denn erlauben, eine psychische Realität von der einer Außenwelt zu unterscheiden, folgendermaßen:

„Der Tastsinn wird üblicherweise als Antidot gegen Verwirrung verwendet (...). Sein Gebrauch, um sich die Vergewisserung zu verschaffen, die in dem Gefühl liegt, daß es eine Barriere zwischen zwei Objekten gibt, eine einschränkende Grenze, die in der Behälter-Inhalt-Beziehung fehlt (...), erzeugt den paradoxen Effekt, dass die topographisch engere Beziehung, die der taktile Kontakt impliziert, *weniger* intim, d.h. weniger verwirrend ist als die distanziertere Beziehung [des Atemorgans, des Gehörsystems oder des visuellen Systems, HWB]“ (Bion 1997/1965, S. 132, kursiv im Original).

Es ist also nicht verwunderlich, dass bei dem Ringen um ein Verständnis psychischer Inhalte des blinden Kindes neben der abstrakten Vorstellung von Inhalt und Gefäß sehr reale Gegenstände so wichtig waren: Der Körper des Kindes, jener der Musiktherapeutin, das Keyboard als Gegenstand aus Plastik, das Notizbuch, sie alle halfen dabei, dem Kind und der Musiktherapeutin zu versichern, dass es eine Trennungslinie gab.

Es wurde im Verlauf der Musiktherapie immer deutlicher: ein „Plastikding“ Keyboard ist etwas anderes als die daraus hervor quellenden Töne.

Die von Jonathan produzierten unverständenen Worte hatten bisher im Leben des Kindes ungehört verschwinden müssen oder gar den Ärger nicht verstehender Erwachsener verursacht. Dadurch, dass sie von der Musiktherapeutin in einem

Container verwahrt wurden, blieben sie unverstanden, konnten aber als „unverstanden“ registriert werden.

Die Musik, d.h. das hörbare Material, hatte keinen Inhalt, der intellektuell verstanden werden musste, vielmehr wurde der Vorgang der „Äußerung“ bzw. des „Sich-Entäußerns“ vom Kind vollzogen.

Überleitung

Das blinde Kind konnte die Musiktherapeutin vergessen. Dadurch, dass die Berührung mehr bzw. weniger war als ein Körperkontakt – mehr als ein flüchtiger, irritierender Impuls, der den kindlichen Apparat anstrengt und weniger als ein plötzlicher Zu- und Eingriff, aber mehr als ein nicht eingehaltenes Versprechen, das eine unfassliche Sehnsucht im Kind hervorruft –, verlor die Musiktherapeutin für das Kind den Beta-Element-Charakter und wurde – ihrerseits mittels des Notizbuchs – zu einem „Gegenstand“, an dem ein Denken stattfand. Die Gegenwart der Musiktherapeutin war zunächst wie ein Ton, der einfach nur ein Ton ist. Der Unterschied zum Ton, der als Symptom aussageleer ist, bestand darin, dass nun und hier der aussageleere Ton eben als „ohne Aussage“ klassifiziert werden konnte, so wie ein Unverständnis als „ein Nichtverstehen“ in ein Bewusstsein geholt werden konnte. Das Erleben im paranoid-schizoiden Zustand bezeichnet Ogden als „Leere“. Meine Ansicht ist, dass einem Gefühl „namenloser“ Leere, das aus der Unmöglichkeit resultiert, Inneres/Inhalt und Gefäß als solche zu erfassen, hier Leere in Beziehung zu „voll“ überhaupt erst einmal denkbar wurde.

Es mag befremden, dass ich gar nichts getan habe in den Beispielen: Keine verbale Entgegnung, selten ein Ton ist erklingen. Dennoch habe ich das meine beigetragen: ich habe ruhig geatmet, freundlich und ernsthaft aufgenommen, was das Kind sagte. Ich habe das Kind „gehalten“ im wörtlichen und im übertragenen Wortsinn und mich nicht länger in Denkversuchen erschöpft. Habe die jeweilige kleine Szene als Begegnung im größeren Rahmen der Musiktherapie-Stunde geschützt und das Enthaltene als Inhalt, der eines tieferen Verständnisses harrt, bewahrt.

Endlich habe ich es ausgehalten, dass das Kind mich vergisst. Nicht mehr wie bisher ignoriert bzw. gar nicht registriert, sondern leise aus dem Bemerkten verabschiedet.

II.2.3 Das Kind spuckt Unbekömmliches aus

Vor dem nächsten Beispiel möchte ich noch einmal in Erinnerung rufen, welche Ursachen für fragmentiertes Erleben bzw. fragmentierendes Agieren Bion zusammenträgt und aufmerksam machen auf die Bedingungen, aus denen das folgende Beispiel „erwächst“.

Vorbemerkungen: Vier Ursachen für die Entstehung schizoider Mechanismen

Von den von Bion formulierten Ursachen für die Entstehung schizoider Mechanismen können folgende als für blinde Kinder sehr wahrscheinliche Erlebnisweisen angenommen werden:

- Furcht vor Vernichtung aus einem nicht sicheren Gehaltenwerden, das aus
- den permanent abbrechenden Beziehungserfahrungen resultiert, gekoppelt mit
- der Unfähigkeit, die Abwesenheit von Etwas als einen Tatbestand eben des Abwesendseins zu konstituieren, sondern die Vorstellung der Anwesenheit eines bösen Objektes zu entwickeln, welches alle guten Inhalte des Innern vernichtet und die Denkfähigkeit angreift.
- Ferner die übereilte und verfrühte Herstellung von Objektbeziehungen, die aus der vergrößerten Abhängigkeit des blinden Kindes erwächst.

Gehaltenwerden und Beziehungsabbrüche –

Zum Problem der „Ungerichtetheit“

Fatal ist, dass die Abhängigkeit des blinden Kindes größer ist als beim sehenden, aber die Unsicherheit über Beziehungsabläufe eine zunehmende Gewinnung von Sicherheit ständig unterbricht und unterbindet, weil Regelabläufe als solche schwer erkannt werden können und somit Gefahr laufen, Bedeutung zu verlieren.¹ Daraus resultiert endlich eine Aggressivität, die, weil innere und äußere Realität nicht sicher unterschieden werden kann, sich ungerichtet zu entladen sucht. Ungerichtet meint: das Kind kann nicht unterscheiden, ob es inneren oder äußeren Impulsen folgt und sie ins Innen oder Außen produziert. Vielmehr entwickelt es ein Empfinden von Verfolgtsein durch die äußeren Objekte, seien dies

¹ Siehe Gergely (2002): die Bedeutungskraft verkürzter Dialoge ist dem blinden Kind nicht ersichtlich, da es einen anderen Kommunikationsablauf nicht als Variante eines schon bekannten Ablaufs (eben als *Variante*) mit abweichender also neuer Bedeutung (innerhalb des Systems) erleben kann, sondern als etwas anderes, das keinem schon existierenden Beziehungssystem angehört.

Gegenstände oder Personen. Durch die heftige Entladung verarmt das Kind mehr und mehr, es fühlt sich beraubt, ein Teufelskreis entsteht. Dazu kommt, dass das blinde Kind wenige zielgerichtete Aktivitäten nach außen bzw. auf ein Objekt hin entwickeln kann: So überraschend ein „Ärgernis“ auftaucht, so plötzlich ist es wieder verschwunden ohne eine Vorstellung über seine Beschaffenheit im Kind zu hinterlassen und ohne das Kind dazu anregen zu können, Bewältigungsmechanismen zur Änderung der Realität zu entwickeln. Das blinde Kind ist und bleibt beschäftigt mit der Regulation seiner psychischen Verfassung. Die „Dürftigkeit“ (Bion) der frühen Objektbeziehungen steht in einem auffallenden Kontrast zur Hartnäckigkeit, mit der an diesen Beziehungen festgehalten wird.

Zehntes Beispiel „Hilfe, ich muss spucken!“

Auch dieses Beispiel der zweiten Phase der Musiktherapie handelt von Jonathan. Es steht exemplarisch für die weitere Entwicklung auf dem Weg der Symbolbildung der drei sprechenden blinden Kinder.

Immer deutlicher ins Zentrum des Geschehens kamen körperliche Befindlichkeiten bzw. Prozesse Jonathans, von denen er in kleinen Wortsequenzen sprach. Es zeigte sich, dass alle Aufnahme- und Ausscheidungsprozesse einen besonderen Stellenwert hatten, aber nur sehr ungenau von ihm benannt werden konnten.

Als ich ankam, war die Mutter schon im Mantel, die Schwestern „reisebereit“: Während der Musiktherapie wollten die drei zum Einkaufen fahren. Jonathan war darüber nicht wirklich unglücklich, sondern unruhig, und wiederholte immer wieder eine Versicherung, auch er dürfe Auto fahren, auch er dürfe den Fensterheber bedienen, ja, er sei schon Auto gefahren, zu Oma. Die Mutter erklärte Jonathan, dass er beim nächsten Mal mitfahren würde. Sie schien aber bereits etwas in Eile zu sein und so gestaltete sich der Abschied sehr knapp.

Ausschnitt aus der 15. Stunde

Jonathan liebt die Keyboardeinstellung eines würgenden Geräusches.¹ Ausgiebig kann er die Tasten betätigen und sich am Geräusch erfreuen. Wir spielen heute zum dritten Mal und auch in den nächsten sechs Musiktherapie-Stunden immer wieder „Hilfe, ich muss spucken“ mit viel „aufgeregtem Drumherum“: Das Kind sagt – die besagte Keyboardtaste betätigend – es müsse spucken, und zwar ins Kinderzimmer. Ich rufe laut und „aufgeregt“, Jonathan solle schnell noch zur Toilette ins Badezimmer rennen. Da macht er selbst schon das würgende Geräusch und verkündet, er habe eben auf den Fußboden gespuckt. Nun muss ich (so sagt er) „gelaufen kommen“, muss „schimpfen“ und mit lautem Wehgeschrei² mich um das Kind und das „Aufwischen kümmern“: Also „Fußboden wischen“ = mit viel Geschnaufe über den Boden schaben, „Schlafanzug wechseln“ = etwas am T-Shirt zupfen, „Haare waschen“ = durch die Haare fahren. Und schon startet Jonathan erneut mit der Ankündigung, wieder spucken zu müssen. Ich rufe wieder „aufgeregt“: „Schnell, schnell, ins Badezimmer!“, worauf er mir verkündet, er habe es nicht geschafft. „Wohin?“, frage ich. „In den Flur“, sagt Jonathan. Wieder „wische ich den Boden“, zupfe am Hemd, „wasche“ das Gesicht ab. Ich sage: „Ach, mein Junge, dein armer Bauch, soll ich Dir eine Wärmflasche bringen?!“ Er reagiert nicht, scheint nicht zu wissen, was das bedeutet. So „bringe ich ihn zu Bett“ und „kuschele“ ihn schön gemütlich ein, sage, ich wolle eben einen Eimer holen. Kaum bin ich „weg“, beginnt er wieder (indem er die Keyboardtaste drückt) zu würgen, ich „komme gelaufen“ und rufe: „Warte, warte, hier kommt der Eimer!“ – zu spät! Der Junge hat „erbrochen“ und gibt nun genaue Anweisungen, was ich tun soll. Meine Ideen, wie mit „Fencheltee“ oder „Wärmflasche“ das Befinden zu bessern versucht werden könne, verhallen ohne erkennbare Reaktion.

Wieder und wieder ereignet sich diese Handlungsfolge. Von Mal zu Mal gelangt das Kind etwas weiter „in Richtung Badezimmer“ voran. Bis die Geschichte heute erstmals (und einmalig) ihren Endpunkt findet: Nun hat Jonathan „in das Bett der Mutter gespuckt“. Damit endet unser Spiel: Mir fällt nichts mehr ein. Jonathan möchte nun ein Tuch um den wehen Hals geschlungen bekommen, den er heute

¹ Alle Kinder liebten diese Keyboardeinstellung und benutzten sie häufig.

² Wegen des „beschmutzten Fußbodens“, nicht wegen des „Kindes, das sich unwohl fühlt“!

nicht mehr ablegen wird und in den folgenden sechs Begegnungen jedes Mal neu zu tragen wünscht.

Diskussion

Der Weggang der Mutter hatte mich verärgert. Ich fühlte mich abkommandiert in die Rolle, Jonathan in ihrer Abwesenheit zu betreuen. Nicht ich kam, sondern sie ging. Ich fragte mich, was sie da inszenierte, konnte aber keine Antwort auf die Schnelle finden. Ich hoffte, Jonathan würde nicht glauben müssen, weil ich (das Schlechte) kam, konnte die Mutter (das Gute) gehen. Andererseits konnte ich die Mutter verstehen: ohne den blinden Jungen waren manche Gänge viel schneller zu erledigen. Ich vertagte mein Denken auf später.

Ihm gefiel es, wenn ich laut wehklagte – wohlgemerkt: nicht über das „arme Kind“, sondern über den „guten Teppich“, der „vollgespuckt wurde“ – oder „schimpfte“. Jonathan hatte viel Spaß, in aller „epischen Breite“ seine Übelkeit anzukündigen und dann den Fortgang der Geschichte zu gestalten. Jede Einzelheit war wichtig und musste von mir ausgiebig „lamentierend“ benannt werden.

Es war mir anfangs unangenehm, in die Rolle einer Mutter gedrängt zu werden, die sich über den Teppich aufregt und nicht mit dem Kind fühlt. Allmählich wurde mir dann klarer, dass das Spiel nur davon lebte, dass die Mutter „ihren Part“ in Verkennung des kindlichen Erlebens einnahm. In einander verschlungen erlebte ich a) Jonathans Lust, etwas zu tun, das allem Anschein nach schon einmal Ärger verursacht hatte, es wiederholt zu tun, also auszureizen und auf die Spitze zu treiben und b) die genervte Mutter, die nur „lamentierte“.

Der Jonathan „spuckte“, die Heike „wischte“. Es ergab sich aus dem immer Gleichen endlich eine Entwicklung: Zunächst hatte er ins/im Kinderzimmer „gespuckt“, dann – „auf dem Weg zur Toilette“ – einige Male in den Flur. Ins „Badezimmer“ schaffte er es nur einmal und spuckte prompt neben die „Toilette“.¹ Endlich war er im Schlafzimmer der Eltern angekommen und „spuckte“ in Mamas Bett. Laut lamentierend (das gab er vor) musste ich „das Bettzeug abziehen“. Und hier endlich – erstmals überhaupt in der Musiktherapie

¹ Ich hatte vorgeschlagen, er solle doch zur Toilette rennen. Dies zeigt meinen Wunsch, dem Konflikt ausweichen zu wollen. Er geht zwar in das Badezimmer, d.h. er geht nicht in Opposition zu mir, aber spuckt doch „daneben“: es setzt sich durch, was sich Bahn brechen will.

mit Jonathan – durfte ich ihn halten und in den Arm nehmen! Hier angekommen war es ein Tuch, das ich eben als „Laken“ von „Mamas Bett“ abgezogen hatte (ein weiches Tuch, das sich im Instrumentenkorb befunden hatte), das ich ihm um den Hals legen durfte.

Es war also nicht der verursachende Bauchschmerz, der dem Kind schon zugänglich war, sondern der Schmerz im Hals, der eine Auswirkung des Spuckens und nicht eines zugrunde liegenden Übels war. Der Hals war damit der erste von mehreren Körperteilen, die Thema werden sollten und „getröstet“ werden durften: Schreien und Spucken macht Halsweh.

Wahrscheinlich war es so, dass ein Empfinden von psychischem Schmerz allem voran ging, dann ein Spucken auslöste und nun als körperlicher Schmerz empfunden und re-integriert werden konnte.

Die Mama blieb indes verborgen: Mehr, als in ihr Bett zu spucken, geschah nicht. „Spucken in Mutters Bett“ schien für ihn faszinierend zu sein, mir kam es natürlich vor, dass ein krankes Kind die Nähe der Mutter sucht. Interessanterweise kam die Mutter hier aber nicht (mehr) in Jonathans Geschichte vor, sondern – so fasste ich es auf – lediglich ihre Haut, in die Jonathan schlüpfen wollte, nachdem *ich* sie bzw. das Bett in meiner Position als Musiktherapeutin und Außenstehende „abgezogen und neu bezogen“ hatte. Die Mama „häutete“ sich („das Bett wurde neu bezogen“), einen Teil dieser Haut zog das Kind sich an: Der Schal hielt den „wehen Hals“ – in Wahrheit die gekränkte oder schutzlose Psyche – warm. Jonathan achtete sehr sorgfältig darauf, dass der Schal während der ganzen Stunde (und während sechs weiterer Stunden) um seinen Hals lag.

Dass Jonathan in die Mama spuckte, kann uns darauf aufmerksam machen, dass sich Jonathan in der ödipalen Phase befand und „in die Mama“ kriechen mochte. Auf die Merkmale der allgemeinen psychosexuellen Entwicklung gehe ich hier nicht ein, weil ich mich mit der Symbolbildung unter der Bedingung von Blindheit befasse. Ich werde im Zusammenhang mit Anton nochmals darauf zu sprechen kommen. Die Entwicklung der geschlechtlichen Identität blinder Kinder ist ein Thema, das verdient, in einem eigenen Rahmen weiter untersucht zu werden (siehe Gruber und Hammer 2002).¹

¹ Ein weiterer Grund dafür, dass ich die Entwicklung Jonathans hier nicht ausführlicher beschreibe, liegt darin, dass die Anonymität des Kindes und seiner Familie zu wahren ist.

Theoretische Gedanken

In Jonathans Handeln sah ich eine Verhaltensweise des autistisch-berührenden Modus': Das Kind war sich seiner Haut nicht sicher und äußerte diese Unsicherheit, indem es sich selbst Schmerzen zufügte und mich dazu brachte, wieder und wieder an seinen Kleidern herumzuzupfen. Es war, als früge Jonathan: „Wo bin ich und was ist in mir drin?“ oder auch: „Wer bin ich für dich?“.

Der Umstand, dass die Mutter im Spiel in keiner Weise attackiert wurde, wertete ich als eine Verhaltensweise des Spaltens: Die Konflikte mit der Mutter wurden ausgeschaltet.

Während des musiktherapeutischen Geschehens gab ich keine Deutungen, sondern spann die Geschichte einfach mit ihm immer weiter, wie Ferro (2005), Haag (1996) und Kurts (1996) es für die Arbeit mit psychotischen Kindern empfehlen. Sie weisen auf die Notwendigkeit hin, bei Kindern mit psychotischen Störungen auf Deutungen zunächst zu verzichten und statt dessen Geschichten weiterzuspinnen (Ferro), um zu Bildern zu gelangen, freie Assoziationen auszusprechen und Deutungen wie zu sich selbst zu sprechen – Dialog für zwei – (Haag) und Assoziationen, Bilder, Gefühle im Hier und Jetzt dem Kind anzubieten. Ich war gespannt zu erfahren, wohin uns die Geschichte führen würde. Ob ich immer weiter „zu spät“ kommen würde. Ob Jonathan irgendwann die Handtrommel als „Eimer“ benutzen würde, oder ob es bei dem Vorgang des Spuckens bleiben würde. Mein Eindruck war, dass das Kind erst einmal ein Gefühl dafür entwickeln musste, etwas zu erbrechen. Der Vorgang „von innen nach außen“ konstituierte zwei Orte (nämlich ein innen und ein außen) mittels der fühlbaren „Halsschmerzen“ an der Körpergrenze. Die ausgespuckten unbekömmlichen Brocken wurden bislang in ihrem Erscheinen bezeugt, noch nicht in ihrer Art. An meiner Reaktion konnte Jonathan bemerken, dass es nicht „böse Teile“ waren, die er ausspuckte, sondern allenfalls unbekömmliche.

Damit Jonathan alles loswerden konnte, mussten wir ausgiebig von dem Spiel Gebrauch machen. „Nahrung“ hat er nicht aufgenommen. Meine diesbezüglichen Fragen nach „Tee“ zeugten von meiner Schwierigkeit, eine „Leere“ auszuhalten. Ich habe ihn nicht bedrängt. Bion beschreibt die exzessive Spaltung (1992/1962a, S. 55 f), die darin gründet, dass Angst vor Aggression (der eigenen oder der eines Anderen) besteht und in der Folge z.B. zu einer Hemmung des kindlichen Drangs nach Nahrung führt. Die mütterliche Liebe kann demnach dazu führen, dass die

Behinderung (der kindlichen Beziehung zur Mutter) verstärkt wird, weil das Kind die Heftigkeit der Liebe nicht von Destruktivität unterscheiden kann. Die Notwendigkeit, die Nahrungsaufnahme (unter dem Diktat der Realität auch bei Angst, Neid und Hass) fortzusetzen, führt dazu, dass das Kind das zu erlangen versucht, was man später materielle Annehmlichkeiten nennt, ohne dabei die Existenz eines lebenden Objekts anzuerkennen. „Neid, der durch eine Brust erregt wird, die Liebe, Verständnis, Erfahrung und Weisheit vermittelt, stellt ein Problem dar, das durch Destruktion der Alpha-Funktion gelöst wird“ (ebd., S. 56). Durch die Verstärkung der Wünsche nach materieller Befriedigung bleibt die Sehnsucht nach Liebe unbefriedigt und verwandelt sich in Überheblichkeit und Habgier.

Nahrung nahm er nicht, aber Jonathan besaß die Fähigkeit, sich das Tuch (das „abgezogene Laken von Mamas Bett“) zu nehmen, es sich von mir um seinen Hals legen zu lassen und es in den folgenden Musiktherapie-Stunden immer wieder zu tragen.

Inhalt und Gefäß entstehen

Hier fungierte das Gefäß der Handtrommel zunächst als „Mülleimer“. Das Tun des Kindes bedeutete nicht pauschal, dass es „alles zum Kotzen findet“, sondern drückte Wunsch und Bedürfnis des Kindes aus, sich eines unbekömmlichen Inhalts zu entledigen, bzw. in aggressiver Weise ein Bedürfnis „auszudrücken“. Noch konnte Jonathan nicht verdrängen, nur spucken und spalten. Immerhin: das „Erbrochene“ war vorhanden. Mit ihm – nicht zuletzt wegen des „Schmerzes“ – auch das Kind und ich. Die Beziehung zwischen Inhalt und Gefäß, die Bion ungeschieden nannte, erfährt hier Bestimmung durch Schmerzen.

Damit die Welt Jonathans nicht von ausgestoßenen bösen Objekten bevölkert werde, wurden sie in der Handtrommel aufgefangen. Meine Ausrufe, das Handeln und das weiche Tuch dienten als Alpha-Funktion und mussten von Jonathan buchstäblich am eigenen Leibe erfahren werden, damit er Körperbefindlichkeiten als Repräsentanzen ausbilden lernte.

In den Beispielen mit Hanna in der ersten Phase der Musiktherapie war von der Haut die Rede, die, als Trägerin verschiedener Funktionen, dem Kind den Eindruck seiner Identität innerhalb der physischen Grenzen vermittelte und

darüber hinaus als Grundsicherung die Möglichkeit eröffnete, Botschaften auszutauschen, die vom Kind als bedeutend erlebt wurden.

In den Beispielen der zweiten Musiktherapie-Phase mit Jonathan ging es um das aktivere Tun des Kindes. Die Kontaktschranke war „verantwortlich für die Bewahrung der Verschiedenheit von Bewusstem und Unbewusstem (...)“ (Bion 1992/1962a, S. 74).¹ Generell gilt: Verheerend wirkt es sich nach Bion aus, wenn nur Beta-Elemente vorhanden sind, die nicht unbewusst gemacht werden können, denn dann gibt es weder Verdrängung noch Hemmung noch Denken, und das Individuum ist unfähig, etwas unbemerkt zu lassen, wobei die Überempfindlichkeit nicht gleichbedeutend ist mit Kontakt zur Realität.

Die in der Musiktherapie vom Kind Jonathan vollzogene Reizung der Grenze durch das wiederholte Spucken konnte gewertet werden als der unbewusste Versuch des Kindes, die Elemente, die es ausstieß, im Hals zu spüren. Das Unbekömmliche, das Ausgespuckte, machte dem Kind etwas fühlbar: Nicht im Innern konnte Jonathan die unbekömmlichen Elemente spüren, sondern erst und nur im Prozess des Spuckens.² Und für die Musiktherapeutin bedeutete dies, sie musste einen „Satz“ (ebd., S. 102) an Zeichen finden, die „eine Realisierung angemessen repräsentieren und es gleichzeitig ermöglichen, die Beziehung des einen Zeichens zu einem anderen, als seinen Kontext, erkennbar zu machen“ (ebd., S. 102). Kurz: es ging darum, eine geistig-emotionale Beziehung zu konkreten Objekten herzustellen.

Allgemein gilt: Es ist die Alpha-Funktion (zunächst der Mutter bzw. Musiktherapeutin), die die Kontaktschranke errichtet, indem sie Alpha-Elemente produziert. Die Kontaktschranke ist demnach ein Gebilde, das Elemente so trennt, dass auf der einen Seite Elemente das Bewusste sind und bilden, und auf der anderen Seite das Unbewusste sind und bilden. Die Kontaktschranke impliziert eine bestimmte Form der Wirkungsweise, die Bion so beschreibt:

¹ Die Existenz von Bewusstheit und Unbewusstheit hängt von der Produktion von Alpha-Elementen durch die Alpha-Funktion ab.

² An dieser Stelle sei auf die Ausführungen Gaddinis (2001) zur Ruminatio n hingewiesen. Er geht davon aus, dass es nicht ein Hungerreiz sei, der die Kinder das Essen erneut hervorwürgen lässt, sondern ein „Reizhunger“, „den die Nahrung nicht nur nicht sättigen kann, sondern im Gegenteil hervorzurufen oder sogar zu verstärken scheint; so als ob die Mahlzeit, weil sie nicht dem Befriedigungserlebnis der Vergangenheit entspricht, dasselbe frustrierende Ergebnis hervorbringt, wie es gewöhnlich die Halluzinationserfahrung beim Kind tut“ (ebd., S. 75).

„Die Theorie des Bewusstseins [Freuds; HWB] ist schwach, aber nicht falsch, wenn man sie in der Weise ergänzt, daß sie aussagt, daß das Bewußte und das Unbewußte – in der beschriebenen Form ständig gemeinsam hervorgebracht – so funktionieren wie ein Augenpaar (binokular) und dadurch zu Beziehungssetzung und Selbstbetrachtung in der Lage sind“ (ebd., S. 104).

Gleichzeitig hervor gebracht wurde hier Präsenz und Abwesenheit. Was einmal sicher da war, konnte auch als abwesend gedacht werden. Etwas, das im Außen erlebt werden konnte, konnte auch im Innen gedacht werden. Nur wenn das Kind einmal gespuckt hatte, konnte es auch willentlich *nicht* spucken. Zeichen seiner eigenen Präsenz allerdings brauchte m.E. das blinde Kind Jonathan (und mit ihm die fünf anderen Kinder) wesentlich häufiger bzw. beständiger als es bei sehenden der Fall sein mag.

Zusammenfassung des Kapitels

Von der Schwierigkeit der Symbolbildung blinder Kinder und den musiktherapeutischen Intervention, die das Erleben von Leere ermöglichten

Ich vermute, blinde Kinder haben Schwierigkeiten, Symbolisierungen herzustellen, weil die Gegenstände, Menschen und Affekte unmittelbar im Erleben auftauchen und unterschiedslos wie Sachen erlebt und folglich benutzt werden. Sie sind überraschend da und wieder weg, wie sollten sie Bedeutung für blinde Kinder erlangen?!

In den beiden genannten Beispielen der zweiten Musiktherapie-Phase mit Jonathan kam es zum Erleben von Leere. Das Erleben im ersten Beispiel wurde fühl- und denkbar durch den Umstand, dass die losen Fragmente in musikalischer Weise zusammengedacht werden konnten, nämlich als „Gefüge ohne Rhythmus“. So wurde Leere als „Nicht-Beziehung“ und „das Vergessen der Musiktherapeutin“ inszeniert und aushaltbar. Im „Spiel“ mit „losen Elementen“ wurden bisher die inneren Fragmente eines Kindes mit den Merkmalen einer Depersonalisation in ihrer Form deutlich, als und indem sie in einem Container gehalten und bewusst wurden. Das Kind vergaß die Musiktherapeutin – dies setzte voraus, dass sich die Musiktherapeutin auch vergessen ließ! Nach Winnicott gilt

die Leere als Vorbedingung für die innere Sammlung. Bezogen auf das Kind kann geschlussfolgert werden, dass sein Abschiedsgruß Resultat einer solchen Sammlung war.

D.h. in dem ganzen Gewirr von Produktion loser Elemente, Sammlung und Vergessen verschwindet die Musiktherapeutin als einmal Dagewesene nicht im „Nichts“, sondern der Verlust wurde (als künftiger Mangel) mit dem Abschiedsgruß benannt.

Ebenfalls Aufmerksamkeit verlangt die zweite Fallsequenz aus Jonathans Verlauf. Die Fähigkeit, die abwesende gute Brust zu ertragen, entwickelte sich beim blinden Kind (mutmaßlich) weniger stringent als bei einem (gesunden) sehenden Kind, da Verwirrung über Formen der an- und abwesenden „bösen“ oder „guten“ Brust bestand (und besteht). Ich halte es für möglich, dass Jonathan auch mit zunehmender intellektueller Leistungsfähigkeit nicht in der Lage war, ein „abwesendes gutes Objekt“, das als anwesend böse erlebt wurde, von einem tatsächlich anwesenden „bösen Objekt“ zu unterscheiden. So wie dem blinden Kind innere und äußere Zustände bis in die Pubertät hinein (möglicherweise, siehe Länger) schwer unterscheidbar bleiben werden, konnten wegen der erschwerten Realitätsprüfung auch äußere Objekte nicht als Phantasie oder Realität unterschieden werden: Das abwesende gute Objekt (die Mutter) wurde *real* zu einem anwesenden bösen Objekt, bzw. blieb *real* und *anwesend* und *böse*. Mit *real* meine ich hier einen Bewusstseins-nahen Erlebniszustand, der bislang kaum überwunden werden konnte und paranoid-schizoide Mechanismen verfestigte.

Wenn Bion schreibt, die *Unfähigkeit*, die Versagung zu ertragen, begünstige die Tendenz, ihr auszuweichen, so muss für das blinde Kind hier gelten: Die *Unmöglichkeit* führt zur *Unfähigkeit*. Bei Intoleranz gegen Versagung werden vom Individuum Schritte unternommen, um der Wahrnehmung des Realerlebnisses durch störende Angriffe auszuweichen.

Es kam bei Jonathan also zu einer verwickelten Gemengelage: Das blinde Kind fühlte sich durch eine „abwesende gute Brust“ (Mutter), die als „böse“ anwesend erschien, bedroht oder angegriffen und griff nun seinerseits sowohl einen potentiellen Feind an (indem er spuckte) als auch seine eigenen Wahrnehmungen (er sagte zum Abschied der Mutter keinen Ton, er sagte zur Wiederankunft der

Mutter keinen Ton), bzw. holte sich von mir das „Ausgeschimpft-werden“ ab, vielleicht, weil er meinte, selbst schuldig zu sein, vielleicht, weil er sich nicht traute, mich anzugreifen. Ich vermute, hier potenzierten sich die organisch bedingte und eine psychische „Wahrnehmungshürde“ gegenseitig.

Die Mutter fehlte ihm, und sie fehlte ihm nicht. Jonathan machte kein Aufhebens davon, dass er ausgeschlossen werden sollte. Er beschied sich mit der Musiktherapie, was mich sehr wunderte. Er attackierte mich auch nicht direkt, was andere Kinder durchaus getan hatten: sie spuckten, kratzten, kniffen mich heftig, wenn ich den Tagesrhythmus zu sehr zu stören drohte. Ich musste wohl für das Gefühl Jonathans stehen, real, anwesend und böse zu sein.

Die Erwartung, einkaufen zu gehen und das Erleben, dass es für ihn nicht stattfinden würde, hätte Jonathan intellektuell fassen können. Ich meine, er konnte nicht das Nicht-Eintreten des Erhofften erfassen oder verkraften – sonst hätte er geschrien und sich gewehrt.

II.2.4 Meine Hypothese zu einer zweiten blindheitsbedingten Symbolisierungsstörung

Ich schlage vor, eine zweite Symbolbildungsstörung wie folgt anzunehmen:

Das blinde Kind ist nicht (hinreichend) in der Lage, die Verbindung aus Konzeption und *nicht* eintretendem Realerlebnis zu repräsentieren. Der daraus resultierende Abwehrvorgang ist einmal die Flucht in omnipotentes Denken und zum anderen eine weitere Wahrnehmungseinschränkung.

Wesentliches therapeutisches Mittel in der zweiten Phase der Musiktherapie war die gezielte Auseinandersetzung mit Fragmenten, ihrer Fassung und Trennungsprozessen. Während es in der ersten Phase der Musiktherapie um die Herstellung von sicheren Verknüpfungen zwischen Erwartungen und eintretenden Realereignissen ging, sind wir in der zweiten Phase mit der Problematik von Konzeption und *nicht* eintretendem Realereignis befasst. Dazu bedurfte es der Möglichkeit für Jonathan, sich der Beziehung so gewiss zu sein, dass er die Musiktherapeutin vergessen konnte, was dadurch unterstützt wurde, dass ich nicht deutete und mich auf die Funktion als Container konzentrierte. Der Knabe gelangte zur Fähigkeit, sich zu entäußern, was ein innen und außen symbolisieren half. Damit kam sein Tun mehr in den Fokus: Am wiederholten „Erbrechen und

Aufwischen“ waren Jonathan und ich mit geteilter Aufmerksamkeit beide beteiligt, auch emotional, und darüber sind Jonathan und ich ins Gespräch gekommen, haben erste Bewertungen vorgenommen.

Wir verlassen Jonathan an dieser Stelle.

Die Geschichte des Spuckens ist hier zu Ende.¹ Er und ich haben noch über ein Jahr lang weiter Musiktherapie durchgeführt, und Jonathan hat sich weiter entwickelt. Deutlicher aber trat die nächste Phase bei Anton zutage, weshalb ich im Weiteren von Anton schreiben werde.

Überleitung zum nächsten Kapitel

Auch in der folgenden dritten Phase meiner Musiktherapie mit den blinden Kindern wird das Thema Konzeption und nicht eintretendes Realereignis Thema sein. Allerdings in anderer Form.

¹ Ein weiterer Grund dafür, dass ich die Entwicklung Jonathans hier nicht ausführlicher beschreibe, liegt darin, dass die Anonymität des Kindes und seiner Familie zu wahren ist.

II.3 Dritte Entwicklungsphase: Von Rhythmen in die Welt der Geschichten und die Symbolisierung von ‚Leere‘

„Äußere Realität, so schrecklich sie auch sein mag, ist besser als nichts.“

E. Balint 1997, S. 135

Einführung ins Thema der dritten Entwicklungsphase

Muster und Strukturen früher Mutter-Kind-Interaktionen, wie sie sich in der Körperhaltung, der Stimme, in Gestik, Mimik, in Stimmungen, Träumen, in der Symptombildung usw. niedergeschlagen haben und in der Musiktherapie ausdrückten, wurden unter dem Fokus von unverbundenen Fragmenten einerseits und unterbrochenen, zerbrochenen „Interaktionslinien“ und Kontinuitäten andererseits im voran gegangenen Kapitel dargestellt.

Hier soll eine weitere, die am weitesten entwickelte Form symbolischer Darstellung innerhalb meiner Studie, behandelt werden, wie sie gegen Ende der 2-jährigen Forschungsphase auftrat. Was im Vorangegangenen zunächst als „unterbrochene kommunikative Linie“, als Bruch im Seienden, denkbar war, gelangt nun als etwas qualitativ anderes, nämlich eine Lücke, ins Bewusstsein.

Dieser Ausdruck („Lücke“, „Leere“, „Loch“), den ich als weiteres Interaktions-Symbol des im Aufbau seiner Persönlichkeit befindlichen Kindes verstehe, konnte jedem einzelnen Kind nur nutzbar werden, wenn das Kind das Erleben reintrojizierte, für sich selbst transformierte, symbolisierte.

Zwei Beispiele werde ich darstellen und diskutieren. Das erste (das elfte insgesamt), in welchem das Erscheinen und die Veränderung eines Bachschen Präludiums durch Anton behandelt wird, gliedert sich in drei Teil-Abschnitte (Abschnitt A, B und C). Das zweite Beispiel (das zwölfte insgesamt), das ich „Der Löwe ist los!“ überschrieben habe, beschließt diese dritte Phase der Musiktherapie, es gliedert sich in zwei Teil-Abschnitte (Abschnitt A und B).

Alle Überlegungen beziehen sich auf die Musiktherapie mit Anton, weil anhand der Beispiele aus der Musiktherapie mit ihm am deutlichsten zutage trat, was ich hier vorstellen und diskutieren möchte: die Reflexion der Symbolisierung des Phänomens einer „Leere“.

II.3.1 Vom Sinn unhörbarer Töne

Elfte Beispiel „Das Präludium von J. S. Bach“

Zu den besonderen Verhaltensweisen der blinden Kinder zähle ich verschiedene Formen des stereotypen Wiederholens bestimmter Bewegungsabläufe. Ich meine das ständige Klappern mit Küchengegenständen, das immerwährende Scharren oder Schaukeln mit Gliedmaßen sind Verhaltensweisen, für die es zunächst keine Worte oder Sätze gab: Ausgestanzte, isolierte Verhaltenskomplexe (Lorenzer 1976), spannungsgeladen und oft zerfasert.

Da das Verhalten der Kinder als Niederschlag von Verhältnissen gelten kann, fragte ich mich, was es sein mochte, das bisher nicht in Sprache aufgenommen werden konnte, bzw. welche Interaktionsformen keine Entwicklung hatten nehmen können und stecken geblieben waren.

Anton war eines der blinden Kinder, das gern und ausgiebig mit Gegenständen klapperte, sie gegen den Fußboden schlug oder gegen Möbel.

Er war 8 Wochen vor dem errechneten Termin zur Welt gekommen und musste einige Wochen im Krankenhaus verbleiben. Seine Blindheit war wegen auffallend kleiner Augen sofort diagnostiziert worden. Weitere Behinderungen waren nicht festgestellt worden. Er lebte mit Mutter und älterem Bruder zusammen, ging in den Kindergarten und zum Kinderturnen. Der zarte 5-jährige Junge besaß ein umfangreich bestücktes Sortiment an CDs und Kinderkassetten und summt und sang eigentlich dauernd. Auch die Instrumente, die ich mitbrachte, waren ihm größtenteils bekannt, er bediente sie mit Geschick und offenkundiger Freude. Darüber hinaus gab Anton mir ständig Anweisungen, was ich zu tun und zu lassen hätte und tolerierte keinerlei Abweichungen von dem, was er getan haben wollte und wie es geschehen sollte. Charmant, aber unnachgiebig verfügte er über mich.

Abschnitt A: Vom Sinn der „Ketten“

Erster Ausschnitt aus der 18. Stunde

Anton war zu Beginn der Stunde fahrig und angespannt, sprang von Instrument zu Instrument, ohne je eines davon wirklich in die Hand zu nehmen oder zu betasten. Nirgends konnte er bleiben, nichts konnte ihm heute gefallen. Gegenstände flogen durchs Zimmer, und mir erschien alles fragmentiert, nichts bedeutend. Ständig

„sollte“ ich irgendetwas, es blieb aber unklar, was eigentlich. Endlich saß er vor dem Keyboard und spielte rastlos.

Wie so oft schlägt Anton mit der linken Hand eine Taste, immer dieselbe, des Keyboards an und verändert mit der rechten Hand an einem Regler den Klang. (Das Keyboard hat etwa 350 verschiedene Klang- und Rhythmus-einstellungen.) Immer abwechselnd tippt er mit einem Finger der rechten und einem der linken Hand auf immer dieselben beiden Tasten. Er tut dies in hoher Geschwindigkeit mit gleichbleibendem Tempo und unverändert hoher Spannung.

Die Elemente seines Tuns folgen in strikter Reihenfolge und ohne, dass Anton sichtbar ermüdet. Die immer gleiche Bewegung der rechten und linken Hand mit hoher Spannung des kindlichen Körpers in Rastlosigkeit, die kein Halten und kein Ziel zu kennen scheint, eilt dahin.

Ich möchte mitspielen, werde aber höflich und nachdrücklich zur Seite geschoben. Anton meint, ich könne ja Glockenspiel spielen. In einer „Schmollecke“ beginne ich lustlos auf dem Glockenspiel zu klimpern. Die technisch aufgerüsteten Klänge des Keyboards übertönen mein Tun. Plötzlich gerät Anton ins Stocken und bittet mich um Hilfe: irgendetwas an der Einstellung stimmt nicht mehr. Wir probieren beide, rempeln uns beim Wechseln der Position vor den Tasten an, beginnen zu lachen und „schimpfen“ mit dem Keyboard, das nicht so tut, wie Anton es will. Endlich spielt Anton weiter, ich bleibe vor den Tasten sitzen, beginne ebenfalls auf dem Keyboard zu spielen, angepasst in Spannung, Geschwindigkeit, Regelmäßigkeit.

In ungeordneter Folge spiele ich lose hingestreute Töne, die zunächst signalisieren sollen: „Ich habe nichts besonders vor, ich bin nur einfach dabei.“ Die Musiktherapeutin bringt viele kleine Einzeltöne auf der Tastatur und im Miteinander unter. Alles Tun Antons spielt sich in „Linien“ und „Ketten“ ab, die ich seit unserer ersten Begegnung kenne.

Wie zufällig und ohne bewusste Steuerung finden meine Finger die ersten Töne des Präludiums Nr. 1 im ersten Teil des Bachschen Wohltemperierten Klaviers. Das Kind reagiert lachend, denn unter dem ständigen Wechsel der Klangfarben – Anton schaltet immer noch nach jedem Ton erneut um – klingt das Präludium seltsam: kein Ton hat den gleichen sound wie der vorherige, das Präludium klingt eher wie ein Sammelsurium von Klängen und Geräuschen, eher rhythmisch als

tonal fassbar. Fast so wie zuvor der Spiel des Kindes: es ist eine regelmäßige Folge von Tönen zu hören. Diesmal allerdings entspannt.

Diskussion

In meinem Erleben fand ich mich anfangs durch Anton vom Keyboardspielen ausgeschlossen. Ich spürte mich durch das Dauerspiel der Töne zur Bewegungslosigkeit genötigt, kam nicht zur Ruhe, nicht zum Denken.

Das Tun Antons erschien merkwürdig paradox: das Verharren im immer Gleichen einerseits, das jeweils veränderte Geräusch, das aus der stereotypen Bewegung folgte andererseits, vermittelte mir ein Empfinden von Rastlosigkeit und Stillstand zugleich. Die Ton-Ketten, die Anton hier produzierte, bewirkten den Ausschluss der Musiktherapeutin, den Anton sogar extra benannte. Seine ganz gleiche Bewegung und das Benutzen nur jeweils einer Taste wertete ich als Zeichen für eine völlige Verengung: Eine Exploration fand zwar „irgendwie“ statt, denn schließlich veränderte sich der Klang der angeschlagenen Töne von Mal zu Mal, aber etwas anderes als das Erleben von Spannung konnte sich nicht einstellen.

Unvereinbar das (technisch aufgerüstete) Keyboard und das (analoge schlichte) Glockenspiel. Das Geschehen war wie „eingefroren“, verklebt, fest.

Bevor ich den Fortgang der Entwicklung beschreibe, möchte ich einige Erläuterungen zur Komposition Bachs einfügen, die mir halfen, das Geschehen besser zu begreifen.

Exkurs - Zur Musik

Das Präludium und seine Entstehung

Das Wohltemperierte Klavier entstand in einer Zeit, als die temperierte Stimmung¹ es erlaubte, in allen Tonarten zu komponieren und zu spielen. Es ist bis heute ungeklärt, ob Bach seine Instrumente ungleichmäßig oder gleichmäßig temperiert gestimmt hatte und es bleibt unklar, „ob Bach einen objektiven Grund hatte, den Tonarten einen unterschiedlichen Charakter beizulegen oder nicht“ (Dürr 2008, S. 66). Zur Entstehung des Werks liegen keine belegbaren Hinweise vor, Dürr verweist aber auf eine Nachricht Ernst Ludwig Gerbers.² Der zu Folge

¹ Die „eine“ temperierte Stimmung gab es damals nicht, vielmehr entwickelten sich unterschiedliche Stimmungstypen, wie Dürr (2008) ausführt.

² Sohn des Bach-Schülers Heinrich Nicolaus Gerber.

wurde das WK I¹ „an einem Orte geschrieben, wo ihm [Bach, HWB] Unmuth, Lange Weile und Mangel an jeder Art von musikalischen Instrumenten diesen Zeitvertreib abnöthigte“ (ebd., S. 67). Nach Dürr sollten Schüler Nutzen aus dem Gebrauch des Wohltemperierten Klaviers ziehen und erfahrende Spieler es zum besonderen, nämlich „erlesenen“ (Dürr 2008, S. 69) Zeitvertreib nutzen können. Zu Bachs Zeiten gab es eine Tonartästhetik,² nach der die Tonart C-Dur, in der das Präludium Nr. 1 im WK I steht, dementsprechend „ziemlich rude und frech, aber zur Freude nicht ungeschickt; auch charmant und tendre“ (ebd., S. 76) sei. Der Typus dieses Präludiums wird bezeichnet als „Klangflächenpräludium“ und steht zur Fuge in einem Verhältnis, das nicht primär, wenn überhaupt, auf melodischen, sondern auf strukturellen Eigenarten beider basiert. Dürr schreibt: „Nicht die Melodie der Spitzentöne, sondern im Gegensatz von Freiheit und Bedingung läge dann das Geheimnis der Zusammengehörigkeit beider Sätze“ (ebd., S. 93). Dynamische Kontraste spielen eine untergeordnete Rolle. Durch Hinzuziehen oder Abschalten verschiedener Register (sic!) sind Lautstärkeunterschiede zu erzielen, darüber hinaus auch über Stimmenzuwachs oder -abnahme sowie eine differenzierte Artikulation.

Das 1. Präludium ist das schlichteste im ganzen Werk und beginnt wie „aus dem Nichts“, scheinbar wie ein „improvisatorisches ‚In-die-Saiten-Greifen‘“. Alle chromatischen Töne erklingen schon einmal, was Johann Nepomuk David zu der Bemerkung veranlasst: „Am Eingang des Zyklus, dem durch die Werckmeistersche Stimmung eben die Modulation durch jedes Chroma möglich wird, setzt im Wege der Diatonik schon die Markierung aller zwölf Töne ein“ (David 1962).³ Eine erste Fassung dieses Präludiums bezeichnet Dürr als amorph (ebd., S. 100), Jürgen Trapp⁴ nennt sie chaotisch. Die uns bekannte Endfassung ist hingegen klar gegliedert, aber unthematisch.

Exkurs Ende.

¹ WK I = Abkürzung für den ersten Teil des Wohltemperierten Klaviers.

² Dürr zitiert Johann Mattheson (1713): *Das Neu=eröffnete Orchestre*, Hamburg, S. 231 - 253

³ *Das Wohltemperierte Klavier. Der Versuch einer Synopsis*, Göttingen 1962, S. 14

⁴ Persönliche Mitteilung im Mai 2010.

Theoretische Gedanken

Das Kind wiederholte unentwegt ein und denselben Ton. Anton wollte damit sicherlich nicht „musikalisch reden“ und er versuchte auch nicht, ein präsentatives Symbol zu bilden. Was erschien, war ein Fragment eines Ausdrucks, das Material des Kindes war fragmentiert. Dieser immer wiederholte Ton schien einerseits „allein“ oder verloren zu sein. Andererseits schloss mich dieser Ton bzw. das Tun des Kindes auch aus. Ich wollte dem Ton Antons eine Umgebung, ein Zuhause geben, mit den Worten Jürgen Trapps „Spielkameraden an die Seite stellen.“¹ Es sollte ein Zusammenhang geschaffen werden, der dem Ton des Kindes eine zentrale Bedeutung beimaß, ihm einen Sinn gab. Das, was hier zunächst als Symptom erschien, nämlich die Unfähigkeit des Kindes, ein musikalisches Symbol zu bilden, kann nur bemerkt werden, wenn eine Musiktherapeutin gegenwärtig ist: Ohne mich konnte sich die Szene nicht ereignen, ohne ein musiktherapeutisches Verständnis und Begriffsvermögen hätte sich das Symptom nicht bemerkbar machen können. Ich erklärte den immer wiederholten Ton zum präsentativen Symbol: Die Suche des Kindes wurde von mir bemerkt und erkannt als ein unruhiges „Hopsen auf der Stelle“, in welchem sich die Thematik von Identität und Veränderung zeigte. Mit den Worten Trapps: „Wenn der Ton nur das richtige Gewand bekäme, könnte er in die Welt kommen. Das Ich findet das richtige Gewand nicht.“

Ich suchte also etwas, das den kindlichen Ton halten konnte, damit er aus der Starre kommen könnte. Im ewigen Tätigsein verleugnete Anton, so kann vermutet werden, das Empfinden von Verlust oder Mangel: Er konnte nicht erreichen, wonach er sich sehnte.

Warum habe ich nun das C-Dur Präludium aus dem WK I gewählt? Ich suchte einen Container für das, was als Ausschlussfigur „anklang“. Bach hat mit dem Modulationsgang – gleichermaßen befreit und eingesperrt durch die (Störung der) Temperatur – die grenzenlosen Möglichkeiten des Modulierens ausgelotet. In der ersten Fassung (siehe Dürr, S. 99) hatte er die Modulation über Dissonanzen weiter geführt auch an Stellen, die eigentlich in den Stillstand hätten führen müssen: Bach streift in diesem Präludium alle 12 Tonarten und kommt mit wenig Bewegung „in die ganze Welt“. Die Komposition des C-Dur Präludiums besitzt einen doppelten Charakter: Das Statische des Klangs wird dynamisch durch die

¹ Persönliche Mitteilung Mai 2010.

fortwährende Bewegung. Alle Bewegung der Sechzehntel scheint dazu geschaffen zu sein, etwas Statisches zu benennen und/oder zu vollziehen. Das Arpeggieren in schnellen Notenwerten vermittelt das Gefühl, sich getragen zu wissen, die Zweiteiligkeit der Takte (erster Teil „schwer“, Wiederholung „leicht“) erinnert an das leise Schwingen einer Wiege. Die beiden Elemente der Ruhe (ein Akkord pro Takt) und der Bewegung (die Sechzehntelfiguren) verbinden sich einander: Das, was für die Bewegung zuständig ist (die Sechzehntel), sorgt durch das Gleichmaß für Ruhe, die Ruhe der Akkorde schreitet in langsamer Bewegung unaufhaltsam voran.

Im Takt 24 der von mir (und heute üblicherweise) gespielten späteren Fassung „öffnet sich die Welt“: Wir sind auf dem Orgelpunkt G angekommen, schreiten 8 Takte lang sozusagen in die weite Welt in einem Gefühl von Aufgehobensein, gelangen endlich über Dominantsept-Akkorde in die fühlbare Nähe der Tonika, erleben aber nochmals „eine Verzögerung durch Ausweichung in die Subdominante als Beginn einer konfigurierten Kadenz von vier Takten“ (Dürr, S. 101) und langen wieder im C-Dur an. Es stellt sich durch diese lange Schlussvorbereitung eine Wirkung von (Losgehen und) Ankommen ein.

Zwischen Takt 23 und 24 gibt es einen Bruch: Über dem As im Bass des 23. Taktes erklingen f und in den Oberstimmen der Cluster h, c' und d', eine Vermittlung zu Takt 24 (G, f, g, h, d') gibt es nicht, Bach rückt das Geschehen von einer Stelle in/auf die andere.

Die Überwindung dieser „Abbruchkante“ im Bachschen Präludium erinnert an ein Phänomen, das beobachtet werden kann, wenn kleine Kinder ein Hindernis zu überwinden haben, um zur Mutter zu gelangen. Lässt sich die Mutter, die das Kind zu sich locken möchte, von der Angst des Kindes anstecken, so wird das Kind vor der Überwindung des Hindernisses zurückschrecken. Kann hingegen die Mutter die Angst des Kindes containen und ihm die Gewissheit vermitteln, dass es den Sprung schaffen wird, so kann das Kind im Vertrauen auf die Zuversicht der Mutter das Hindernis überwinden.

Im Präludium wird die Überwindung des harmonischen Hindernisses oder Bruchs eingeleitet durch die Bassfigur Fis-As der Takte 22 und 23 hin zum G in Takt 24. Es kann (im Erleben von Spielerin und Hörer) nach Fis und As eigentlich nichts mehr passieren, das G muss erklingen, diese Zuversicht und Sicherheit werden vermittelt. Der Sprung zwischen Takt 23 und 24 ist nach der einleitenden

Wendung im Bass gar nicht mehr so schlimm: das Fis hat eine Entwicklung ermöglicht, die das „schöne Land“, das erreicht wurde (nämlich das Geschehen auf dem Grundton der Dominante), noch etwas schöner zu machen scheint. In der Not lag die „Not-Wendigkeit“ der Auflösung schon bereit. Das fragmentierte Nichtsymbolisierenkönnen Antons konnte durch mich aufgehoben werden in einem fragmentarischen präsentativen Symbol. Aus der fragmentierten „Innerung“ Antons, die er in mich projizierte, las ich den Ausdruck innerer Gestimmtheit und konnte eine „Äußerung“ auf präsentativer Ebene daraus machen bzw. Antons Tun als Äußerung verstehen. Er wollte eine Spannung abführen, dazu diente ihm die Tastatur des Keyboards. Meine Aktion bestand darin, das Tun des Kindes in einen bestehenden präsentativen Zusammenhang zu bringen: Ich fand in der Ähnlichkeit zwischen Antons Tippen und den Sechzehntelfiguren des Präludiums die Möglichkeit zur Fortschreitung in einer Entwicklung. Im Moment der musiktherapeutischen Begegnung war eine Interpretation des Symptoms als präsentatives Symbol möglich, das später diskursiv gefasst werden musste, weil alles, was ich tat, immer schon im kulturellen Kontext stand und in der Sprachgemeinschaft vorhanden war.

In meiner Wahl des Stückes griff ich auf eine Komposition Bachs zurück, die schon mit Blindheit in Zusammenhang steht. In der damaligen zeitgenössischen Musik gab es ein Symbol für zielloses Umherirren, nämlich mehr oder minder wirre Modulationen, wie sie in der 1. Fassung des Präludiums vorgekommen waren. In der späteren Fassung hat Bach das „verwirrte Herumirren“ geordneter von C-Dur wieder nach C-Dur geführt. Zwar blieb für mich ein nicht geringer „Rest“ an Unbegreiflichkeit des „Phänomens Blindsein“, aber eine gewisse Vorstellung, wie es sich anfühlen könnte blind zu sein, hatte ich im Kontakt mit Anton und durch das Erleben von Gegenübertragungsreaktionen entwickelt und suchte nun nach Orientierung für Anton und mich. Der ständige taktile Kontakt zu den Tasten (sowohl Antons wie meiner) spielte dabei eine wichtige Rolle: Akustische Phänomene allein sind nicht dazu angetan, eine sichere Verortung zu gewährleisten. Zwar war das Erleben einer „Reise“ vom Ausgangspunkt C-Dur durch „ferne Regionen“ wieder zurück zu C-Dur für mich ein Container und konnte für Anton ebenfalls einer sein. Es bedurfte aber des Erlebens eines äußeren Rahmens, damit ich mich in meiner körperlichen Wirklichkeit spüren konnte und das innen Erlebte an einem Außen kontrastieren und damit definieren konnte.

Schlicht ausgedrückt: Das Innen des musikalischen Geschehens war umrandet von einem Außen, das sich im C-Dur wie im Gegenstand Keyboard erfassen ließ. So wie es für Anton eine Umwelt geben musste, an der er sich erspüren konnte und innerhalb derer sein Tun verstanden werden und in Begriffen gefasst werden konnte, bedurfte auch ich eines Rahmens. In welcher Weise Anton und Musiktherapeutin den Rahmen des Präludiums, das Antons ständig wiederholten Ton ins Zentrum stellte und schützend umhüllte, und den Rahmen des Gegenstandes Keyboard im Fortgang der Stunde für sich nutzen konnten, soll im folgenden geschildert werden.

Die Struktur des kindlichen Tuns verwies m.E. auf vom Kind als widerspruchsvoll erlebte Interaktionsformen, Lorenzer (1976) spricht von inkonsistenten Praxisfiguren, die ihren Niederschlag in einem punktuell oder umfassend sistierten Entwicklungsprozess von Interaktionsformen gefunden haben. Der „ausgestanzte Verhaltenskomplex“ des immer gleichen Tons verwies drauf, dass weite Teile von Interaktionsformen (für den blinden Anton in der dyadischen Einigungsphase als widerspruchsvoll erlebt) nicht in Sprache hatten aufgenommen werden können und nicht zur freien denkenden Verfügung brauchbar waren. Das Kind hielt fest, was es hatte, um Orientierung und Dominanz bemüht. Lorenzer nennt solche Strukturen psychotisch.

Nach psychoanalytischer Ansicht liegt bei Psychosen eine Ich-Schwäche oder ein Strukturmangel¹ vor, welcher psychosozial oder somatisch-biologisch bedingt sein kann.² Es wird angenommen, dass Konflikte des Psychotikers zwar vorliegen, aber gegenüber den Ich-Defiziten nicht so schwer ins Gewicht fallen (Heinemann und Hopf 2008). Mentzos nimmt an, es seien „normale universelle Bipolaritäten, die unter bestimmten ungünstigen Bedingungen (...) ihre flexible Dynamik verlieren und sich zu einem rigiden Konflikt entwickeln“ (Mentzos 1995a, S. 9 f, nach Heinemann/Hopf 2008, S. 258). Diese „normalen universellen Bipolaritäten“, die Bestandteil aller Interaktionsformen innerhalb der Mutter-Kind-Dyade waren, sind es ja, die m.E. dem blinden Anton heute (noch immer) nicht sicher erschließbar waren, sondern überwältigend einbrechen konnten und in

¹ Siehe: Definition des Begriffs Ich von Zepf 2006.

² Die Frage nach organischen Ursachen für Psychosen ist nach Heinemann/Hopf (2008) naheliegend.

der Folge bzw. vorausseilend omnipotent kontrolliert werden sollten. Vorherrschend sei (so Mentzos) im Psychotiker das Gefühl, weder *mit* dem anderen, noch *ohne* ihn leben zu können. Die Parallele zum Erleben blinder Menschen liegt auf der Hand.¹ Ausgehend von der Mühe um Orientierung kam es bei Anton zur Starre, zur Fixierung automatisierter Bewegungs- und Handlungsabläufe. Der Konkretismus mechanisch wirkenden Handelns des Kindes war für die Orientierungslosigkeit fatalerweise nun maßgeblich mitverursachend: Das, was vermieden werden sollte, wurde umso nachhaltiger festgeschrieben. Anton versuchte, so meine ich, festzuhalten, was ihm nicht nur real, sondern auch psychisch ständig zu entgleiten drohte. Die einzige Organisationsform, die Anton zu beherrschen schien, war die des fortwährenden „hintereinander her“ ansonsten unzusammenhängender Fragmente, womit er auch Löcher, Lücken, Unterbrechungen von Interaktionsformen zu vermeiden bzw. zu schließen suchte.²

Abschnitt B: Musik als Gefäß – und nichts drin

Zweiter Ausschnitt aus der 18. Stunde

Anton wird übermütig. Er beginnt zu lachen und tastet nach dem Lautstärkereger. Laut lachend dreht er den Ton ganz ab. Ich spiele weiter. Das regelmäßige Klappern der Tasten ist zu hören. Er lacht und schüttelt sich vor Vergnügen. Ich spiele Empörung: „Na, das hat man gern! Ich spiele hier die wunderschönsten Dinge, und du drehst mir den Saft ab! Unglaublich!!“ und spiele und spiele, beginne von vorn. Er dreht den Ton wieder an, ist immer noch aufgeregt und lacht. Ich spiele weiter, wir lauschen einen Moment gemeinsam, dann schaltet er den Ton wieder aus. Ich sage erneut: „Na, also wirklich! Ich spiele die wuuuunderschönsten Dinge, und dann drehst du mir den Ton ab! Na so was!“ Ich spiele immer weiter. Der Vorgang wiederholt sich viele Male.

¹ Im vorigen Kapitel war die Rede davon, dass sich die blinden Kleinkinder in einem „immerwährenden“ Zustand befinden, welcher zwischen Überfüllung und Entleerung schwankt.

² Dieses Thema – der Versuch, Lücken zu füllen – wird uns auch beim folgenden Beispiel weiter beschäftigen.

Diskussion

Zunächst zu Anton: Er löschte hier den „tonalen Innenraum“ aus. D.h. er fügte mir einen Schrecken zu: Ein plötzliches Verstummen ist einem Verschwinden gleich, das nun ich zu erleiden hatte. Er löschte außerdem mein Bezugssystem aus, nämlich das, was ich C-Dur nenne und Präludium, also das Hörbare, das seine Existenz als Unhörbares verliert. D.h. hier schien erneut und in einem anderen Gewand das Thema Blindheit auf: War es zu Beginn der Stunde die Verwirrung, die Orientierungslosigkeit gewesen, die als Symbol fassbar werden konnte, so war es hier der überwältigende Einbruch in Form eines plötzlichen Verlöschtens, welcher das gesamte musikalische Bezugs- und Regelsystem ebenfalls (allerdings nur fast) eliminierte. Er kehrte sozusagen die Situation um: Antons Erfahrung wird bisher oft die (gewesen) sein, dass von allem Möglichen die Rede war, wovon er sich kein Bild machen konnte – nun war ich es, die erlebte, „dass von allem Möglichen die Rede war“, wovon ich mir aber kein Bild (mehr) machen konnte. Hier teilte mir Anton erstmals mit, wie es ist, blind zu sein, wie es ist, wenn immer von für ihn unsichtbaren Dingen die Rede ist, Sichtbarkeit aber niemals bedeutsam werden kann.

Betrachten wir aber die Szene. Auf zwei Umstände konnte diese Szene nicht verzichten, nur an ihnen und durch sie konnte die Szene als Szene überhaupt verstanden, und das heißt therapeutisch genutzt werden (abgesehen von der Tatsache, dass eine Musiktherapeutin anwesend sein musste, um innerhalb bestimmter Begrifflichkeiten eine bestimmte Form des Verstehens zu leisten).

Erstens: Nur vor dem Hintergrund des gleichlaufenden tonalen Geschehens konnte Anton etwas tun und die Wirkung seines Tuns (Ton abstellen) erleben und gleichzeitig erfahren, dass nicht alles verschwand, sondern etwas blieb. (Ein z.B. stark rhythmisiertes Stück zu unterbrechen hätte möglicherweise nur dazu geführt, dass ich begriffen hätte, dass eine dem Stück inhärente Aussage unterbunden oder unterbrochen wurde.) Durch das gleichmäßig laufende Geschehen im Präludium aber erlebte ich, dass nicht eine Aussage, sondern das Präludium als solches von Anton unterbunden wurde.

Zweitens: Die „schönen“ Töne verschwanden, aber – und dies war mindestens ebenso wichtig – die „weniger schönen“ Geräusche des Tastengeklappers blieben hörbar.

Ich will damit folgendes sagen: Weil mein Spiel das dieses (besonderen) komponierten Stückes war, konnte die Unterbrechung durch Anton für mich als eine Unterbrechung in Form einer Auslöschung wahrnehmbar und ziemlich genau definiert werden. Er unterbrach nicht ein Stück und nicht mich, sondern er brachte die Musik zum Verstummen. Das sich durchhaltende Tastengeklapper wurde dabei m.E. in zweifacher Weise bedeutsam. Einmal war durch das Klappern der Verlust an „Tönen“ für Anton nicht ein totaler – Ton oder nicht Ton –, sondern machte eine Differenzierung des Charakteristikums von Tönen erst ganz wahrnehmbar. Nicht länger ein Erleben zwischen Omnipotenz und Ohnmacht in Form von „fort und da“ (auf das Spezifikum im Erleben Blinder komme ich gleich zu sprechen) konnte/musste sich ereignen und das Kind erneut überwältigen. Zum andern war mir möglich, durch das hörbar weiter geführte Spiel dem Kind meine Anwesenheit als tragfähige Beziehung zu bekunden. Anton konnte die Wirkung seines Tuns erleben – Ton weg, Musiktherapeutin da. Etwas verschwand, aber die Beziehung blieb. Durch das Tastenklappern war es mir möglich, das Tonale sozusagen „am Faden“ im Bewusstsein zu halten.

An dieser Stelle ist es nun notwendig, von einer Verhaltensweise Antons zu berichten, die bei vier weiteren Kindern ebenfalls auftrat und in Zusammenhang mit dem hier geschilderten Beispiel aus der 18. Stunde zum besseren Verständnis der Thematik „Erscheinen – Verschwinden“ bzw. „fort – da“ beitragen kann. Anton liebte es, Glockenspielplättchen durchs Zimmer zu werfen. Das Fallenlassen oder Werfen von Gegenständen gilt als blindenspezifische Verhaltensweise, die manchmal zu den Stereotypen gerechnet wird (siehe dazu z.B. Brambring 2008a und Gruber/Hammer 2002). Die Bekundungen von Freude oder Genugtuung Antons, wenn ein Plättchen mit einem Sirren gegen Fensterscheiben, Möbel oder Wände schlug, wiesen eine Besonderheit auf: Er lachte immer, verkrampft und starr, wenn ein lautes Geräusch ertönte, er lachte aber ebenso, wenn das Geräusch einmal ausblieb (wenn ein Plättchen auf etwas Weiches gefallen war). Die Parallele zum Garnrollenspiel des Enkelkinds Freuds ist leicht herstellbar. Egal, ob man nun vermutet, Anton habe sein Erleben des Überwältigwerdens, des Einbruchs von traumatisierenden Eindrücken zum Ausdruck gebracht oder habe zwischen sich und einem Gegenstand Abstand schaffen (konstituieren) wollen, um sich von einem Unbehagen zu befreien. Fakt

ist, dass die Verbindung zwischen Kind und Gegenstand hier, anders als bei Freuds Enkel, der die Schnur in der Hand gehalten hatte, nicht mehr bestand. Das immer gleiche (in meinen Ohren aggressive) Lachen Antons, mit dem er die Geräusche jedes auftreffenden Plättchens quittierte, ließ mich vermuten, dass es Ausdruck seiner versuchten omnipotenten Verfügung über das Plättchen war: nichts anderes durfte hörbar werden als ein lautes Klirren. Anton schien jedes andere Geräusch „auszublenden“, er hörte gar nicht richtig hin. Auch das Rückholen der verstreuten Glockenspielplättchen gestaltete sich anders als bei Freuds Enkel: Entweder holte ich die Plättchen zurück oder Anton kroch durch das Zimmer und sammelte sie wieder ein. Beides aber – meine und auch seine „Sammelaktion“ – war von völlig anderer Art als das entsprechende Tun des Freudschen Enkels. (Ganz abgesehen davon, dass Freuds Enkelkind allein war und Anton hier in meiner Gegenwart aktiv war. Anton spielte das Wurfspiel mit kleinen Gegenständen aber auch allein, wie mir die Mutter erzählte.) Die Qualität von An- und Abwesenheit des Gegenstandes (möglicherweise ein Bewältigungsversuch Antons zur Verarbeitung von An- und Abwesenheit der Mutter) musste für Anton unverständlich bleiben, solange er nicht selbst Verfügung über das Geschehen erlangen konnte. Er konnte die Flugbahn des Geschosses nicht beobachten, konnte nicht selbst bei Beibehaltung seiner Position im Raum das Plättchen zurück holen, sondern nur omnipotent seine Verfügung über ein Geräusch behaupten, ohne die Verläufe des realen Geschehens zu erfassen. Es fehlte Anton der Faden, mittels dessen Freuds Enkel die Garnrolle zurückholen konnte. Wie hätte der blinde Knabe eine psychische Aneignung leisten sollen? Wenn also Anton im Wurfspiel keinen „Faden“ hatte, so konnte ich immerhin einen äußeren Rahmen schaffen und damit ein Begriffssystem etablieren und dem Kind mein Verstehen (so weit es reichte) als einen Container anbieten. Meine ersten Versuche, die Flugbahn der Plättchen mit „sssst“ zu begleiten, stießen bei Anton auf reges Interesse, und den Aufprall mit einem „peng!“ zu benennen, konnte helfen, Antons „Verfügenwollen“ aus der Omnipotenz wenn nicht herauszulösen, so doch ins Bewusstsein zu heben. Mal war es ein „peng!“, dann wieder ein „plopp!“ oder ein „klirr!“, mit dem wir ein Geräusch benennen – besser: begrüßen – konnten. Es gab also Differenz der Geräusche und Gemeinsamkeit bzw. geteilte Aufmerksamkeit im Tun. Eine weitere Fassung des Geschehens stellte sich ein, als wir dem Werfen Antons

Kommandos voran stellten: „Achtung, fertig, los!“. Dadurch wurde das Werfen als solches spürbar „eine Aktion“, eine Tat, ein Etwas. Anfang, Verlauf und vorläufiges Ende des Tuns von Anton war damit benannt. Es blieb die (für mich im Gegenübertragungserleben) schmerzliche Frage offen, wie Anton würde spürbar werden können, dass er selbst noch da war, wenn das Plättchen (die Mutter) fort war.¹ Das „Fortsein“ hatte noch keine Qualität bekommen, auf die Anton hätte rückholend selbst einwirken können. Noch immer holte ich die Plättchen zurück, was nicht dazu angetan war, Antons Omnipotenz erleben zu verändern, oder er selbst sammelte die Plättchen ein, was aber Suchen und Umherirren bedeutete und Anton nicht das Gefühl vermitteln konnte, das Vermögen zu haben, die Plättchen (die Mutter oder sich selbst) hervorzuholen. Er musste suchend wieder zu intensiv in das Erleben von Verlorenhaben oder Verlorensein eintauchen und konnte sich davon (durchs Zimmer krabbelnd) nicht distanzieren.

Anhand des bis hier geschilderten Verlaufs der musiktherapeutischen Stunde mit Bachs Präludium im Zusammenhang mit meinen Äußerungen zum Fortschleudern von Gegenständen will ich nun ein Spezifikum im Erleben Antons (und vier weiterer Kinder) erneut diskutieren und die Rolle des zum Verschwinden gebrachten Präludiums aufzeigen, nämlich die Frage nach dem Erleben von „fort und da“, dem Umgang mit Objekten und der Frage nach sich bildenden Objektrepräsentanzen.

Theoretische Überlegungen

Ich hatte bereits davon gesprochen, dass im Erleben blinder Klein- und Kindergartenkinder Gegenstände, wenn sie nicht mehr wahrnehmbar sind, aufhören zu existieren. Dies ist u.a. gemeint, wenn von brüchigen Objektrepräsentanzen die Rede ist; dass auch Selbst-Repräsentanzen brüchig sind, habe ich mehrfach zum Ausdruck gebracht. Ich hatte auch geschrieben, dass es für Jonathan (stellvertretend für zwei weitere Kinder, die diese Phase der

¹ Ich glaube, dass im Erleben von Anton eher das Empfinden „hier ohne Mama“ herrschte als eine schon „personalere“ Vorstellung von Mama bzw. ihrer Abwesenheit. Ich bin ebenfalls der Meinung, dass sich das Empfinden des blinden Antons „hier ohne Mama“ brüchiger darstellt als ich es denken kann. Eine tiefer gehende Auseinandersetzung mit der Problematik brüchiger Selbst- und Objektrepräsentanzen bleibt späteren Arbeiten vorbehalten.

Entwicklung erreichen), etwas sicher Anwesendes geben musste, das sich vergessen lassen konnte, damit sich an ihm eine durchgehaltene Existenz erspüren lassen konnte. Nun soll genauer ausgelotet werden, was damit gemeint ist.

Zunächst gilt es festzuhalten, dass es eine für die Kinder erfahrbare Umwelt geben musste, in und an der sich das Tun der blinden Mädchen und Jungen meiner Studie ereignen konnte. Sodann bedurfte es einer Sprache, damit das Tun der Kinder konzeptualisiert werden konnte. Die Schwierigkeit bestand darin, dass das Sprachspiel der sehenden Musiktherapeutin bestimmte Gegebenheiten und Vorgänge nicht für die blinden Kinder, und das heißt innerhalb ihres blindenspezifischen Sprachspiels, konzeptualisieren konnte. Es gibt – bezogen auf gegenwärtig sein und abwesend sein sowie erscheinen und entschwinden – z.B. Eigenschaften von Gegenständen, die sich ausschließen (eine vollkommen rote Rose kann nicht gleichzeitig ganz weiß sein, Niedecken 2010) oder deren Beschaffenheit für Blinde immer erklärungsbedürftig bleibt: Bedeutet das Verstummen eines Automotors, dass das Auto fort ist oder dass es ausgeschaltet wurde? (Wahrscheinlich löst es sich im Erleben der Kinder in seiner Existenz auf, denn es hat keine Relevanz für die blinden Kinder, wo das Auto ist, wenn es verstummt ist.) Die und der Lesende wird sich erinnern, dass ich schon davon berichtete, dass die blinden Kinder (nach dem, was die Mütter mehrheitlich erzählten) an der Tür des Kindergartens so leicht oder flüchtig von der Mutter Abschied nahmen, dass manche von ihnen gekränkt war. Wie sich also Gegenstände oder Personen im Bewusstsein oder Erleben blinder Kinder „auf- und wieder abbauen“, können Sehende nicht wissen, aber es werden sukzessive oder additive Prozesse als sehr wahrscheinlich angenommen (Burlingham, Fraiberg, Warren), und zwar solche, die die blinden Kinder erspürend (hörend, riechend, tastend, schmeckend), also mitten im Geschehen erfahren: Die Kinder sind von jedem Geschehen immer unmittelbar ergriffen, distanzieren sich nicht. Sie sind im Kindergartenalter noch nicht zu einer Subjekt-Position gelangt, von der aus sie Objekte sicher als „etwas anderes“ beurteilen oder benennen könnten oder gelernt hätten, dass diese Objekte gegenwärtig sein oder kürzer und länger abwesend sein können. (Ich hatte schon erwähnt, dass die sechs blinden Kinder eine abwesende gute Brust m.E. noch nicht konzeptualisieren konnten.)

Damit mag erklärlich werden, warum die blinden Kinder ausnahmslos so heftig reagierten, wenn etwas nicht nach ihrem Willen geschah. Sei es, dass nicht die

erwünschte Speise aufgetragen wurde, dass nicht schnell genug ein Spielzeug gebracht wurde oder die geliebte Kinderkassette nicht sofort erklang: Keines der Kinder hatte bisher, so schien es, „keine Nudeln, statt dessen Reis“ konzeptualisieren können oder „Legosteine nicht jetzt, sondern später“. Es schien, als erlitten die blinden Kinder ausnahmslos einen als überwältigend erlebten Einbruch nach dem anderen, der in Worten heißen könnte: „nicht Nudeln“, „nicht Lego“, „nicht Musik“.¹ In Worten Bions: die böse Brust brach unvermittelt ein, die gute Brust ließ sich (noch) nicht als verneinte, als abwesende denken. Noch immer, so schien es, waren die blinden Kinder darauf angewiesen, dass alle fremden sensorischen Eindrücke von ihnen ferngehalten wurden, die die Abwesenheit der guten Brust manifest hätten werden lassen können (Niedecken 2010, S. 14). Anderssein, d.h. eine Außenwelt, konnte von den blinden Kindern noch nicht erfasst werden als eine sich durchhaltende. Vielmehr müssen wir vermuten, dass „gute Brust“ und „böse Brust“ (noch immer) alternierende Szenen waren. Ich schrieb es eingangs schon, und kann mit Niedecken (2010) nur wiederholen:

„Differenz, ‚Andersheit als eine Verneinung‘, kann im dyadischen Gesamtorganismus noch nicht erfasst werden. Die ‚böse Brust‘ ist das schlechthin Udenkbare, namenlose Bedrohung, die Überflutung mit β -Elementen“ (ebd., S. 14).

Betrachten wir mit Niedecken eine kleine Szene, die uns helfen kann, das Geschehen der 18. Musiktherapie-Stunde mit Anton begrifflich besser zu fassen. Niedecken (2010) beschreibt die Tante, die, einen sechs Wochen alten Säugling haltend, die Spannung im Körper des Kindes erspürt und darum bemüht ist, tastend und balancierend für Spannungsausgleich zu sorgen. Sie möchte, dass bedrohliche sensorische Eindrücke ausgeschlossen bleiben, wobei sich das Ausschließen (des Fremden) auch auf sie selbst als nichtidentisch (Nicht-Mama)

¹ An dieser Stelle ist auf eine Ungenauigkeit hinzuweisen. Der Einbruch der bösen Brust, der das namenlose Udenkbare bedeutet, tritt hier wahrscheinlich in leicht geänderter Form auf. Wenn das blinde Kind schon „nicht Nudeln“ denken kann, so ist der Einbruch nicht mehr „namenlos“. Es ist aber keinem der blinden Kinder bisher gelungen, „nicht Nudeln“ so zu konzeptualisieren, dass eine sich zeitlich durchhaltende Vorstellung existierte, die auf ein „später“ oder auf „etwas anderes“ hoffen lassen könnte. Insofern ist der Einbruch, den die Kinder erleben, heftig und vernichtet die Vorstellung von „Nudeln“.

bezieht. Für unseren Zusammenhang ist an Niedeckens Darstellung folgendes von Bedeutung:

„Das mimetische Ausbalancieren der Tante setzt die reflexgebundene Leiblichkeit des Säuglings um in Gesten, es kann sich ein schützender Rand¹ ausbilden, der das dyadische Binnen gegen sein Jenseits abgrenzt“ (ebd., S. 16).

D.h., indem die Tante das Fremde auszuschließen versucht, ermöglicht sie dem Säugling, im „dyadischen Binnen“ das „Eigene im Fremden“ zu finden. Und – so verstehe ich Niedeckens Hinweis auf Gesten – indem sie von Gesten spricht wird ihr Tun, so „verschmolzen“ oder „ergriffen“ die Tante mit/von dem Geschehen in der Dyade auch ist, einer diskursiven Sprache zugänglich: Die Tante hat sich nicht nur erspürend erlebt, sondern sie hat die Gesten visuell bemerkt und kann sich denkend distanzieren.

Und der Säugling? Im Bestreben, sich eines Unbehagens zu entledigen, welches noch nicht so groß ist, dass die Szene zusammenbräche, scheint es der Säugling „als Subjektpol der Intention der Inszenierung“ zu sein, der, aufmerksam den Blick auf die Tante gerichtet, „im Vorrang der Szene seinen Ort finden muss“ (ebd., S. 17). Und so zeigt sich, dass Tante und Säugling in der Lage sind, die Spannung, d.h. ein Ich und ein Du in Beziehung über eine kleine Zeitspanne hin zu halten. Niedecken sieht den Ansatz des Subjekts und spezifischer des Ich-Erlebens im „interaktive[n] Vorgang des In-der-Schwebe-Haltens, in welchem die Tante sich der Suche des Kindes nach jener ‚zeitlich sich durchhaltenden Identität‘ zur Verfügung stellt, in der Reflexe zu Gesten aufgehoben und aus Reiz-Reaktions-Mechanismen frühe Denkvorgänge werden“ (ebd., S. 18).

¹ Diesen „Rand“ fasst Niedecken genauer. Sie formuliert (zunächst mit Bezug auf Kleinert), dass der Erfahrungswelt eine gewisse Komplexitätsschwelle innewohne, jenseits der Widersprüche nicht bemerkbar seien und diesseits der alles liege, „was mit einem Blick überschaubar“ (Niedecken 2010, S. 5) sei. Niedecken erweitert den Begriff dahingehend, dass innerhalb der Komplexitätsschwelle alles liege, was dem Subjekt generell denkerisch zugänglich sei und ergänzt, da sie Denkvorgänge vor der Ausbildung des logischen Denkens erfassen wolle, es gehe ihr hier um „durch Komplexitätsschwellen voneinander getrennte oder trennbare Erlebnisbereiche und je darauf bezogene Sprachspiele“ (ebd., S. 6). – Ich werde es bei dem allgemeinen Begriff „Rand“ belassen und meine hier damit wie Niedecken den „Rand“ zwischen einem Innerhalb und einem Außerhalb der Dyade und außerdem den Rand, der zwischen den Sprachspielen Sehender und Blinder existiert.

Ging es also zunächst darum, dass der Säugling das Eigene im Fremden suchte, so geht es in der späteren Entwicklung (generell gesprochen) darum, ob das Subjekt etwas als Vorstellung Vorhandenes auch in der Wahrnehmung (Realität) wiederfinden kann, sodass ein Vorgestelltes (nicht Reales) gegen ein Reales (außen Vorhandenes) erlebt und die empfundene Körperlichkeit dagegen abgegrenzt werden kann.

Vom Wechselspiel zwischen Vorgestelltem und Realem hatten die Beispiele der Musiktherapie mit Jonathan gehandelt: Am realen Notizbuch hatte ich die leisen Worte Jonathans, am (gespielten) Eimer das „Erbrochene“ Jonathans bemerken und benennen können. Bei Jonathan war es primär um die Körpergrenzen des Kindes und sein Innen und ein noch recht indifferentes Außen gegangen, auf das Jonathan in der Musiktherapie noch so gut wie keinen aktiven Zugriff nahm.

Bei Anton war das anders. Er nahm das Keyboard aktiv in Anspruch. Ich will erneut auf Niedecken Bezug nehmen, um darzustellen, wie ich Antons Handeln begriff.

Wie Niedecken schreibt, ist das nun zehn Monate alte Kind in der Lage, die Tante durch seinen Blick auf Abstand zu halten und damit den Rand seines „Erlebnisuniversums“ (ebd.) zu markieren. Hier, so Niedecken, stünden dem Kind für Versteckspiele mit den Eltern Vorstellungen eines abwesenden guten Objektes bereits zur Verfügung, nicht aber in Bezug auf die Tante, sodass (weil alles Fremde bisher im dyadischen Binnen ausgeschlossen wurde) ein mit Fremden bevölkerter Raum für das Kind noch nicht existiere, sondern nur ein nichtidentisches, also nicht bestimmbares Außenmilieu (ebd.).

Für den 5-jährigen Anton (und die anderen blinden Kinder) nahm ich ein solches nichtidentisches, nicht bestimmbares Außenmilieu ebenfalls an (nicht durchgängig, aber ausgeprägt). Die Schwierigkeit für Anton bestand m.E. darin, dass er den Rand seines „Erlebnisuniversums“ nicht bestimmen konnte und es deshalb keine Grenze mit einem „Außen“ oder „Fremd“ gab, gegen das er sich handelnd und denkend hätte stemmen können, wie Niedecken es vom zehn Monate alten Mädchen berichtet. Während das sehende Kind dem (drohenden) Einbruch des Fremden, die Tante mit bannendem Blick auf Abstand haltend, mit eigener Körperaktion – eine Garnrolle werfend – entgegen tritt und die Intention seiner Inszenierung zur Geltung bringt, hatte Anton die Metallplättchen in einen offenen Raum geworfen. Antons Aktion haftete mithin noch sehr der Charakter

an, Unbekömmliches, ein Unbehagen, das als Körperspannung erlebt wurde, auszuscheiden. Während sich das sehende zehn Monate alte Kind anschickt, sich dem Vorrang der Szene „Richtung bestimmend“ (ebd.) entgegen zu stellen, wirkte das Werfen Antons richtungslos, nicht bestimmend. Die Verneinung, die Niedeckens (in ihrem Beispiel) im bannenden Blick und dem Werfen der Garnrolle des Kindes ausmacht, bedarf der vom Kind wahrgenommenen Tante „am Rand der Szene“ als *Rand der Szene*, hier nimmt die Emanzipation des Subjektes von der Szene ihren Anfang.

Wir finden also in den Worten Niedeckens wieder, was ich am Beispiel mit Hanna in einer ersten Näherung hatte zeigen wollen. Es hatte des körperlichen „Grundes“ oder Hintergrundes bedurft, vor oder an welchem sich eine Botschaft für Hanna abzeichnen konnte. In ihm war sozusagen die äußere Wirklichkeit gekennzeichnet und abgegrenzt. Der Rand des kindlichen Körpers bei Hanna entsprach (auch) dem Rand der „persönlichen Sphäre“ des Kindes in der Szene, den das Mädchen in Niedeckens (zweitem) Beispiel mit dem bannenden Blick bildet. Im Falle von Hanna hatte ich die Kennzeichnung des Randes vorgenommen, indem ich den Körper nicht nur haltend trug, sondern die Körperhülle strich und benannte. Hanna haltend hatte ich mich den Spannungen des Körpers anzupassen versucht, damit nicht Fremdes (als überwältigend erlebte sensorische Eindrücke) einbrechen könnte. Weil aber Hanna kein Säugling mehr war, hatte ich rasch das Empfinden, sie könne, wenn ich die Markierung des Randes übernahm, sich ins Aktive wenden.¹

Aber zurück zu Anton: Ich hatte gesagt, seinem Werfen der Glockenspielplättchen durch den Raum habe noch immer eine Omnipotenzvorstellung angehaftet. Er warf und quittierte jedes Geräusch mit Jubel, auch wenn nichts zu hören war. Meine vokalen Begleitungen und auch die voran gestellten Kommandos konnten mir das Geschehen als Geste zugänglich machen, aus der Omnipotenz verhalf es Anton zunächst nicht. Die Wendung ins Aktive unter Aufgabe der Omnipotenz geschah in der 18. Stunde. Hier konnte Anton das Keyboard und seine Tasten als Rand seines persönlichen Erlebnisfeldes fixieren (etwa so, wie das zehn Monate alte Mädchen in Niedeckens zweitem Beispiel die Tante fest im Blick hält) – schließlich hatte er mir zunächst das Glockenspiel zgedacht – und dann den *Gegen-stand* Keyboard als Bedingung für seine Verneinung benutzt und sich als

¹ Die Leserin und der Leser wird sich erinnern, dass eingangs vom Reizschutz schon die Rede war.

Subjekt gegen die Objektwelt behauptet, indem er die Töne abschaltete. Indem Anton die Töne an- und abschaltete, konnte er sich – über eine propriozeptive Körpererfahrung – betreffs einer bestimmten Handlung als potent erleben und entwickelte eine zunehmend differenzierte Hörfähigkeit. Er konnte bemerken, was sich tonal abspielte und musste nicht länger Folgen seines Tuns behaupten.

Es hielt sich eine Spannung zwischen Anton und mir, ein Ich und ein Du blieben in Beziehung. Anton musste nicht erneut zusammen mit den Tönen „verschwinden“: Das, was dem Enkel Freuds die Gitterstäbe des Bettchen gewesen sein mochten und dem Mädchen Niedeckens ein schläfrig anwesender Vater, auf dessen Schoß es saß, konnte für Anton das Keyboard sein. Dem Faden in Freuds Beispiel entsprach das Klappern der Tasten und der Lautstärkereglern. Das Kind im Beispiel Niedeckens konstituiert sich als von der Tante unabhängig und die Tante bzw. Garnrolle von sich unabhängig, „sich selbst als ein intentionales Innen, die Garnrolle (Tante) als eigenständiges, jedoch nicht mehr übermächtiges, sondern qua Übergangsobjekt behandelbares Außen“ (ebd., S. 24). War es mir in den Stunden, da Anton Plättchen durch den Raum warf und omnipotent jedes nicht gewünschte Klangresultat ausschloss, nicht gelungen, mehr als Beschreibungen beizusteuern, so war es hier möglich, die Omnipotenz Antons aufzulösen, weil eine Bewusstheit für Begrenztheit/Begrenzungen entstand. Indem das Präludium in C-Dur erklang, stand es nicht in D-Dur oder G-Dur. Indem etwas, das nur als Hörbares Aussagen zu Geltung bringen kann, unhörbar gemacht wurde, konnte der Akt des Unhörbarmachens diskursiv-sprachlich gefasst und bewertet werden. Maßgeblich daran war, dass Anton (oder ich) nicht etwa leise spielte, sondern dass Anton einen Regler des Gerätes bediente: Der Einbruch blieb, hier von Anton in eigene Verfügung genommen. Dadurch, dass tonales Geschehen vorhanden gewesen war, konnten wir über sein Fehlen fabulieren und einem nun fehlenden Dritten gegenüber als zwei gleichberechtigte Personen bezogen sein, weil die rhythmische Figur des Klapperns uns eine sich zeitlich durchhaltende Basis bot.

Indem ich das Spiel des Kindes weiterführte, ließ ich Anton spüren, was ich begriffen hatte von seinem Tun. Ich signalisierte Übereinkunft und gab ihm meine Meinung zurück. Mit Worten Bions: Ich fungierte mit meiner Alpha-Funktion als Container, indem ich die tonalen Einzelgeräusche des Kindes in „verstandene

Elemente“, Alpha-Elemente, ihm zu Reintrojektion anbot. Diese Elemente waren deshalb von anderer Qualität als die von ihm produzierten „Tonketten“, weil sie einen inneren Zusammenhalt, eine Logik und strukturierte Beziehung untereinander – und zu mir – hatten. Dass es sich hier um eines der wenigen komponierten Stücke handelte, die in der Musiktherapie mit Anton zum Einsatz kamen, machte gegenüber frei improvisierten Stücken einen kleinen, aber feinen Unterschied.

Improvisierte Stücke waren meistens Lieder, die ihren Text aus der intersubjektiven Beziehung heraus entfalteten und Abbilder des mutmaßlichen Empfindens Antons oder eben der Beziehung des Kindes zur Musiktherapeutin in ihrer spezifischen Form waren. Mithin Abbild des „Subjekts therapeutische Beziehung“.

Hier geschah etwas anderes: Der Gegenstand „Bachsche Komposition“ brachte mich erst auf den Gedanken, dass wir einen Gegenstand behandelten. Da dieses Objekt aber ein „Geschaffenes“, ein Stück Kulturgut, war, brachte es seine eigene Sprache mit und machte auch uns sprachfähig. Innerhalb der Komposition konnte ein „Loch“ ausgemacht und überwunden werden wie der Bruch im Sprung von Takt 23 zu Takt 24, eine Vermittlung gab es nicht. Und damit war eine Definition von „Leere“ in einer ersten Näherung greifbar geworden. Zwischen zwei gut definierbaren Punkten existierte ein unüberwindbarer Abgrund. Mit Langer kann formuliert werden: Das Präsentative wurde unter Verweis auf den diskursiven Rahmen dem Denken zugänglich, und zwar das, was Anton fehlt: das Sehvermögen.

Abschnitt C: In der Stille entsteht das Denken, in seiner Abwesenheit wird das Objekt geschaffen

Die Fortsetzung der Stunde

Noch einmal ist aus Antons „Tonveränderungskontinuum“ der immer gleich getippten Knöpfe das von mir übernommene Spiel des bestimmten Präludiums geworden und ich lade ihn ein, an „meinem wuuuuunderschönen Tun“ mitzuwirken, was Anton begeistert aufschreiend tut! Im gleichen Tempo wie ich spielt Anton abwechselnd mit allen Fingern beider Hände locker auf den Tasten dahin. Eine Weile hat er keine Hand frei zur Veränderung der Tonqualitäten, eine Einstellung bleibt bestehen, wir sind hörbar. Ich verlasse das Präludium, bleibe

aber im gleichen Duktus und spiele seinem Tun ähnlich lose Folgen von Tönen. Ein munteres Spiel läuft vor sich hin, Anton kichert und scheint vergnügt. Ich sage: „Hach, ist das schön, hach, ist das schön!“ Mit einer Hand weiter spielend tastet er sich „heimlich“ mit links an den Lautstärkereger heran und dreht – in dem Bestreben, dies für mich überraschend zu tun, ich bin mir dessen sicher – plötzlich den Ton ab. Wie vorher spielen wir beidhändig auf den nun nur klappernd zu vernehmenden Tasten weiter. Er gluckst vor Vergnügen. Ich sage: „Du, wir sind zwei Künstler!“ – „Ja“, haucht er hingebungsvoll, „wir sind zwei Künstler!“ Ich wieder: „Hach, wie spielen wir beide doch so schön!“ Er: „Ja, Heike, wir spielen wirklich sooooo schööööön!“ Dabei muss er kichern und glucksen und scheint vor Freude beinahe „platzen“ zu wollen. Ich bleibe weiterhin „ernst“. In gleicher Weise perlen nun abwechselnd einmal Töne und einmal das Klappern dahin. Anton schaltet hin und her. Wir versichern uns gegenseitig in getragenen Ernst (ich) und versuchtem Ernst (er) noch mindestens 20 Mal, wie „schön“ die hörbare oder nicht hörbare Musik doch sei und dass wir beide doch „Künstler“ seien.

Diskussion

Auf zwei Aspekte dieses Stundenabschnitts möchte ich hinweisen.

Erstens: Wir behaupteten nicht länger nur vom Unhörbaren, es sei schön. Wir bewerteten für uns etwas als „schön“, und zwar ganz klar im Einvernehmen, dass das Hörbare wahrlich – nach allgemein gültiger Meinung, die wir beide kannten – nicht schön genannt werden konnte. Indem ich den getragenen, markierten Sprachstil beibehielt, gab ich Anton die Möglichkeit, mit mir eine distanzierte Position zum Spiel aufrecht zu halten und gleichzeitig vergnügt zu registrieren, dass wir beide es waren, die dem Tun seinen Wert beimaßen, welcher zu seinem großen Vergnügen eben nicht unbedingt mit landläufigen Bewertungen kompatibel war. Das Wort „Künstler“ gab dem Tun eine zusätzliche Wertigkeit über den handelnden und musikalischen Genuss hinaus: wir waren „wer“. Mit dem Begriff „Künstler“ hielt die Möglichkeit Einzug, beizeiten auch etwas anderes zu sein als ein „Künstler“ bzw. andere Dinge zu tun, die ebenfalls einen Namen erhalten könnten. Der Begriff umschrieb eine besondere Weise unserer Bezogenheit und half verstehen, dass wir unser „Sein“ innerhalb eines Tuns definierten, nicht aber unsere ganze Person: „Ich tue, also bin ich – Künstler, oder

was ich sonst will.“ D.h. die Verfügungskraft des Kindes über das, was es sein wollte, schien hier deutlich auf.

Bedeutungen sind Zuschreibungen von Subjekten, nicht Eigenschaften von Objekten. Diese intersubjektive Erfahrung befreite das Kind mental von den Beschränkungen seiner subjektiven Perspektive im Hier-und-Jetzt, sie lehrte ‚seine Seele fliegen‘ (Hobson 2003, S. 89). Altmeyer (2009) fasst zusammen, was in dieser Phase geschah:

„Hier erkennt das Kind allmählich, daß es verschiedene Perspektiven nicht nur auf Objekte gibt, sondern auch auf das, was es tut, und schließlich auf seine Person als Ganzes. In dem Maße, wie diese affektiv modulierte Erkenntnis reift [im Alter zwischen 12 und 15 Monaten beim sehenden Kind, HWB], lernt das Kind, nicht nur die Außenwelt, sondern auch sich selbst mit den Augen des Anderen zu betrachten. Nun versucht es, den exzentrischen Blick des Anderen in sein Selbstbild zu integrieren, ein mentaler Vorgang, den die Psychoanalyse Verinnerlichung oder Internalisierung nennt und dessen Gelingen wiederum von der emotionalen Qualität der Beziehung abhängt“ (ebd., S. 402).¹

Zweitens: Nach „Verwirrung“ bzw. „Herumirren“ und „Einbruch“ der vergangenen Abschnitte wurde nun erneut das Erschrecken Thema. Erneut, und diesmal überraschter als zuvor, stand ich im Nichts. Ich sollte erschrecken. Dieses „im-Nichts-Stehen“ und das Erschrecken darüber verweist auf etwas Allgemeines und etwas Besonderes. Das Allgemeine ist der Junge, dessen psycho-sexuelle Entwicklung sich in der ödipalen Phase befindet. Das Besondere ist die Ich-Entwicklung unter der Bedingung von Blindheit. An dieser Stelle möchte ich es zunächst mit dem Hinweis bewenden lassen, dass die Entwicklung Antons erschwert sein mochte, weil es für Eltern blinder Kinder schwierig ist, Vorstellungen und Phantasien betreffs der Zukunft zu entwickeln.² Das Thema ödipale Phase wird uns im folgenden Beispiel weiter beschäftigen.

¹ Die für sehende nicht behinderte Kinder angegebene Altersangabe kann für blinde Kinder nicht übernommen werden.

² Bereits jetzt muss ich darauf hinweisen, dass ich in der Beschreibung Antons aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes auf weitere Details verzichte.

Schlussgedanken zum elften Beispiel

Erstmals ist die Blindheit Antons Thema geworden. Identität und Entwicklung waren Themen, die sich in der Verschränkung aus immer gleichen Notenwerten und schier schrankenlosen Modulationen zeigten, fassbar geworden durch einen Rand, der Erlebnisbereiche und das jeweilige Sprachspiel von einander trennen konnte. Einbrüche ins tonale Geschehen, von Anton in Szene gesetzt, erlaubten es mir, zu verstehen, dass ich etwas erfuhr, das für Anton ein immer wiederkehrendes Erleben ist: Von sichtbaren Dingen ist die Rede, ohne dass die Blindheit Antons reflektiert würde. Durch das sich durchhaltende Spiel mit verschwindenden und wieder erscheinenden Tönen konnten sich das Ich und das Du von Anton und mir über eine kleine Zeit halten, was Kennzeichen einer sich anbahnenden Entwicklung sein mochte, die nicht länger und unausweichlich den abrupten Szenenwechsel zwischen „böser Brust“ und „guter Brust“ fortschreiben musste, sondern Antons Vermögen vergrößerte, eine Vorstellung einer „guten Brust“ über eine Zeit zu konstituieren.

Die Therapiezeit neigte sich dem Ende zu, wir würden noch sieben Stunden gemeinsam haben. Es schien mir so, dass sich mehr und mehr wirkliche Entwicklungs- und Konfliktthemen in der Musiktherapie bearbeiten ließen: Anton war ins Spielen gekommen, handelte mehr und mehr im „Als-ob“-Modus und konnte mit mir als einer Partnerin auch humorvoll umgehen.

Am abschließenden Beispiel wurde mir mit aller Deutlichkeit bewusst, in wie enger Verknüpfung mein Symbolisierungsvermögen und das Antons verbunden waren: Er war darauf angewiesen, dass ich etwas verstanden hatte, worum er noch rang. Es fragte sich aber immer, in welcher Weise mein Verstehen-können als Sehende seinem Verstehen-können als blindem Kind hilfreich werden konnte.

II.3.2 Das Stottern und die narzisstische Kränkung durch Blindheit

Zwölftes Beispiel „Der Löwe ist los!“

Abschnitt A: Das Stottern

Nach den Ferien stotterte Anton. Ich erfuh von der Mutter, dass es Spannungen in der Familie gegeben hatte, und vermutete, dass diese die Abhängigkeits- und Autonomiekonflikte Antons verstärkt haben könnten, welche sich in letzter Zeit angedeutet hatten.

Ausschnitt aus der 23. Stunde

Anton ist aufgeregt und kann es kaum erwarten, bis das Keyboard spielbereit ist. Endlich sitzen wir vor dem Keyboard auf dem Boden. Er will mir unbedingt etwas sagen, kann aber keinen Satz zu Ende bringen und gerät schließlich mit Armen und Beinen in wilde Bewegungen, die den ganzen Körper erfassen. Endlich schlägt er – links-rechts, links-rechts – mit den Händen auf die Tastatur in diesem Rhythmus: kurz-lang, kurz-lang. Viel Energie ist spürbar. Die Tonfolgen erinnern mich an aufspringende Quartetten wie in einer Melodie aus einem Marionettenspiel der Augsburger Puppenkiste nach der Geschichte „Der Löwe ist los“ von Max Kruse und ich beginne sie, während Anton weiter auf die Tasten schlägt, zu spielen.



(Melodie: Hermann Amann)

Die Welt, sie hält den Atem an, die Leute schau'n entsetzt!
Wer kommt da um die Ecke dort die Straße lang gewetzt?
Wer wackelt mit der Mähne und zeigt die Löwenzähne?
Wer kommt denn dort so gelb und groß?
Der Löwe, der Löwe, der Löwe ist los!

Der Zoo in unsrer kleinen Stadt hat keinen Löwen mehr,
der Käfig, wo er drinnen war, der steht seit heute leer!
Und nun sind auch die Straßen so leer und ganz verlassen!
Die Angst, sie ist so riesengroß!
Der Löwe, der Löwe, der Löwe ist los!
(Liedtext: Manfred Jenning)

Eine Weile sind wir beide beschäftigt: Anton patscht weiter mit seinen Händen auf die Tastatur, ich spiele das Lied, spiele aber immer wieder falsche Töne. Tempo und Rhythmus entsprechen sich und laufen synchron dahin. Anton fängt an zu lachen, das Spiel gefällt ihm. Sogar meine immer wieder daneben gehenden Töne hört das musikalische Kind mit Vergnügen: „Heike, was machst Du da für einen Mist?!“ Vom Text erinnere ich nur Teile, die ich durch sinngemäße Worte ersetze. Klar aber singen (genauer: grölen) wir endlich beide die Schlusszeile: „Der Löwe, der Löwe, der Löwe ist los!“

Diskussion

Stau und Stockung des Redeflusses Antons erlebte ich zunächst als quälend. Das ganze Kind machte den Eindruck, einerseits rastlos und überhastet, andererseits gebremst zu sein. Wie befreiend wirkte endlich sein Schlagen auf die Tasten. Der springende Rhythmus verlor das aggressive Moment und strebte nun nach vorn. Das musikalische Kind hatte also das Klangresultat seines Tuns in eigene Behandlung und Verfügung übernommen. Ich versuchte, dem Tun Antons – genauer: dem Resultat seines Tuns – eine Form zu geben und diese aus dem zu entwickeln, was Anton äußerte. Hier war es die Form eines punktierten Rhythmus’.

Theoretische Überlegungen

Es war für mich nicht auszumachen, wo für Anton „der Feind“ lauerte. Die gewohnten Lebensabläufe in Antons Leben waren allem Anschein nach in bedrohliche Unordnung geraten und hinderten sowohl sein Erleben einer sicheren Abhängigkeitsbeziehung wie die Möglichkeit, auf Basis dieser Sicherheit Autonomie zu erlangen. Wo und wie sollte Anton Sicherheit erleben können, wenn Form (das Haus und sein Klima einer aufgeladenen Atmosphäre) und Inhalt (die Streitpunkte), weil ineinander verstrickt, gleichermaßen bedrohlich für ihn wurden? Zudem war dem blinden Anton ja in keiner Weise klar, wofür er selbst die Verantwortung trug. Schon sehende Kinder fühlen sich oft am Streit der Eltern schuldig. Viel weniger noch als sehende Kinder konnte Anton bemerken, ob er in das konfliktreiche Geschehen überhaupt „inhaltlich“ einbezogen war, ob also der Streit in der Familie Reaktion auf sein Tun und Lassen gewesen war. „Wenn Reaktionen, die die Kontinuität des Seins zerstören, ständig wiederkehren, wird ein Schema der Zerstückelung des Seins in Gang gesetzt“, es kommt zu „Fragmentierungen“ (Auchter 1995, S. 12, in: Steimer 2000, S. 111). Wieder erlebte Anton nur Bruchstückhaftes: Was war Thema, worum sollte er besorgt sein, was könnte er tun? Ich glaube, dass für Anton die Dramatik a) der diffus-ängstigenden Familiensituation plus b) sein eigenes unfassbar-unmittelbares Sein inmitten der aufgeladenen Atmosphäre darin lag, dass er noch weniger Möglichkeiten hatte, sich aus der Beklemmung zu befreien, als ein sehendes Kind. Das sehende Kind kann streitende Menschen sehen und in (einem vielleicht nur kleinen Rest an) Distanz von sich als getrennt erleben. Das blinde Kind hat die streitenden Stimmen „in sich“, es wird unmittelbar aufgeladen von etwas, das ihm eigentlich nicht zugehört: man kann Augen schließen – Ohren nicht. Wie sollte es also Anton gelingen können, Objekt- und Selbstrepräsentanzen sicher zu unterscheiden, wenn er alles Gehörte als „Situationsrepräsentanz“ in einem Stück erlebte? Wie sollte er – um mit Winnicott zu sprechen – Besorgnis für ein Objekt entwickeln können, das als hörbares Objekt schon immer „innen“ war?

Ich meine daher, dass das für Anton in der Musiktherapie wirksam wurde, wovon schon mit Bion die Rede war, ein psychotisch Erkrankter (hier: ein von Zerstückelung umgebener und in Verschmelzung gebundener Anton) brauche ein Objekt – wichtig: hier ist mit „Objekt“ nun ein Gegenstand gemeint – vermittelt

dessen er denken könne. So wie sehende Kinder ihre Ängste, die im Dunklen auftreten, an ein phantasiertes „Monster“ unter dem Bett heften können und damit nach außen verlagern, so konnte in der Musiktherapie Anton seine tief wirkenden Ängste an „den Löwen“ heften.

Der Unterschied zur Visualisierung liegt darin, dass das sehende Kind Objekte der/für die Angst (leichter) selbst schaffen kann, mithin dem Konturlosen mittels eines furchteinflößenden Objekts (Gegenstandes) Richtung und Ziel geben kann, während das blinde Kind darauf warten muss, dass solche Objekte „vorbei kommen“, damit es sie „erschaffen“ kann, ähnlich wie der Psychotiker (nach Bion) auch auf solche besetzbaren Gegenstände warten muss, um denken zu können.

Zur Musiktherapie: Das Kind war angefüllt mit etwas, das contained werden musste. Dafür suchte ich nach einem Namen, d.h. ich suchte das Diskursive im Präsentativen. Die Spannung des Kindes kam bei mir an, Anton teilte mir auf präsentativer Ebene mit, dass er etwas nicht mitteilen konnte: Das, was er sagen wollte, war zunächst eingesperrt und kam nun heraus. Wut war dabei, ich erahnte Aggression. Diese Aggression wollte nicht(s) zerstören, was daran ablesbar war, dass die Geschichte und die Stunde nicht schlimm endeten.

Wut oder Aggression konnten in vierfacher Weise verstanden werden.

Erstens: Die „allgemeine“ Beziehung zwischen Aggression, Atem und Stottern.

Krause (1981) macht uns darauf aufmerksam, dass das Stottern durch vorsprachliche Regeln entsteht, „die sich auf den Affektausdruck und die Empathie zwischen Interaktanden beziehen“ (ebd., S. 72) und sich in der sprachlichen Phase auswirken:

„Zu einem Zeitpunkt, zu dem die Sprache bereits ziemlich entwickelt ist, und Teile der affektabsorbierenden Kapazität übernehmen sollte, wird sie praktisch überlastet. Weil ‚es‘ sonst nicht ausgedrückt werden kann und darf, wird alles in die sprachliche Aussage gepackt, womit die eben erst beginnende Sprachentwicklung in ein übles Fahrwasser gerät. Anstatt zu beruhigen und zu erklären, wird Sprache mit unerklärlichen affektiven Einbrüchen verbunden“ (ebd., S. 72).

In einer ersten, sehr vereinfachten Näherung kann gesagt werden, dass der Sprachfluss Antons durch Affekte überlagert wurde.¹ Wir spielten damit noch ein wenig weiter: Indem das Atemanhalten im Liedtext thematisiert wurde, war das Stottern gehalten und es wurde ihm ein Platz oder eine Berechtigung zuerkannt: bei Entsetzen, Erschrecken, innerer Erregung – Luft anhalten.² Dass es sich um den angehaltenen Atem der Anderen handelte, fiel zunächst wegen der Betriebsamkeit unseres Tuns nicht weiter ins Gewicht, ging sozusagen im ungeordneten Getümmel unter.

Zweitens: Aggression, Stottern und Trieb.

Weiter weist Krause darauf hin, dass das Stottern selbst ein aggressiver Akt sei, der darin bestünde, dass die Übergabe eines Redeplatzes dem Nicht-Stotternden bzw. Zuhörenden verweigert werde. Ein Gespräch ist ja ein komplexer Vorgang, der reguliert und organisiert werden muss und der u.a. darin besteht, dem anderen zu gestatten, ins eigene Feld sozusagen einzudringen, wenn der Sprecher dem zuvor Hörenden den Redeplatz übergibt oder überlässt. Es mag also sein, dass Anton auch darüber wütend war, sein Redefeld begrenzen zu müssen.³ Und das werte ich so, dass Anton erlebte, dass sein Triebäußerungsfluss gehemmt oder unterbrochen war oder wurde. Der 5-jährige Anton befand sich in der ödipalen Phase und bedurfte der Möglichkeiten, sich als Junge auszuleben, und das heißt: Er benötigte fassbare Umweltbedingungen, an denen er sich als „echter Junge“ spüren konnte. Die wichtigste Beziehungserfahrung in dieser Zeit der kindlichen Entwicklung ist die einer stabilen Beziehung zwischen Vater, Mutter und Kind, „also eine Regulation im Dreieck“ (Fröhlich-Gildhoff und Hufnagel 1997, zit. nach Gruber und Hammer 2002, S. 129).

„Bei blinden Kindern ist die ödipale Auseinandersetzung manchmal durch die Abwesenheit des Vaters oder durch die Vereinnahmung von Seiten

¹ Auf eine genauere Darstellung der vielfältigen Meinungen zu Entstehung und Behandlung des Stotterns muss hier verzichtet werden. Dem interessierten Leser sei die Lektüre von Rainer Krause (1981): „Sprache und Affekt“ sehr empfohlen.

² Siehe hierzu auch die Ausführungen von T. Plänklers (2003): Trieb, Objekt, Raum. Veränderungen im psychoanalytischen Verständnis der Angst.

³ Berühmte Sänger oder Sprecher sind oder waren manchmal Stotterer. Diese verblüffende Tatsache lässt sich leicht erklären: dort, wo ein Text vorhanden, sein Fortgang garantiert und das Redefeld ohne Einschränkungen gewährleistet ist, kann der Stotterer auf seine Wut, sich einschränken zu müssen, verzichten. Persönliche Mitteilung von Jürgen Trapp 2010.

einer Bezugsperson erschwert. Durch die mangelnde Repräsentation sicherer und klarer triadischer Beziehungen kann es in der Folge zu einer ambivalenten Beziehungsgestaltung (...) kommen“ (ebd.).

„Die Identifikation mit dem Rollenbild und die Festlegung der Geschlechtsidentität sind nach der Untersuchung von Lackner (1991) verzögert, da u.a. aufgrund tabuisierten Tastsinnes grundlegende Kenntnisse über das eigene und das andere Geschlecht fehlen“ (Gruber und Hammer 2002, S. 129).

Der Triebäußerungsfluss kam durch die Geschichte mit dem Löwen wieder in Gang, als sich Anton mit dem Löwen identifizieren konnte. Die Figur des Löwen erlaubte es Anton, sich großspurig zu zeigen, also die Intention seiner Inszenierung in der Szene unterzubringen, wozu gehörte, dass jemand anders Angst hatte – und nicht mehr er. Es schien mithin die Frage auf, wie sich der Löwe aus der Abhängigkeit befreien konnte und wie sexuelles Begehren in den Griff zu bekommen war.¹

Drittens: Mein falsches Spiel.

In enger Beziehung zum vorher Genannten stand m.E. die unbewusste Vorstellung Antons, für mein falsches Spiel verantwortlich zu sein. Er glaubte, seine Wut habe mich schlecht spielen lassen. Möglicherweise hatte er eine Wut gegen die Stunde mit mir empfunden (oder sie gegen die Musiktherapie gerichtet) und brauchte mich nun, um „an mir“ wütend zu werden, seine Wut anzulassen. Es war m.E. durchaus wahrscheinlich, dass er meinte, mich durch seine Wut verletzt zu haben, sodass ich nun falsch spielte.

Viertens: Stottern und die narzisstische Kränkung durch Blindheit.

Dem Löwen wurden im Liedtext Attribute beigegeben, die seine Großartigkeit, seine Gefährlichkeit erkennen ließen. Die narzisstische Kränkung des Blindseins des Kindes Anton schien auf. Hierzu noch einmal Krause. Er weist auf das Setting der klassischen Psychoanalyse hin und meint, dass der optische und nonverbale Kanal beim Liegen des Patienten zwar mit guten Gründen reduziert werde, aber

¹ Auch an dieser Stelle muss auf weitere Daten des Kindes und der Geschehnisse in der Musiktherapie aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes verzichtet werden.

leicht zu einer „Überhitzung“ des verbalsprachlichen Kanals führe (Krause 1981, S. 72).

„Der Entlastungscharakter sprachlich geäußerter Affekte ist in bezug auf seine kathartischen Funktionen sicher geringer als der des nonverbalen Verhaltens“ (ebd., S. 72 f).

D.h.: das blinde Kind Anton, das sowieso schon Schwierigkeiten hatte, Bedingungen zu finden, an denen es sich groß und potent ausleben und fühlen konnte (weil möglicherweise elterliche Phantasien ihn z.B. nicht in Bäume klettern sahen und er auch nicht in Bäume klettern konnte, und selbst wenn das gelungen wäre, seinen Triumph wenig hätte vergleichend ausmessen können), wurde durch die Blindheit und die daraus resultierende Einschränkung in wilden, „jungenspezifischen“ Körperaktivitäten zusätzlich gekränkt, weil er die Wut über sein Unvermögen nur innerhalb enger Grenzen körperlich ausagieren konnte, und statt dessen eher sprachlich zu fassen versuchen musste.

Als die Affekte Antons in Aktionen umgesetzt wurden und einen Namen erhielten, entstand eine Szene, innerhalb der Anton seine Intention unterbrachte. Anton konnte Schritte zu einer größeren Reife unternehmen, als es gelungen war, seine zunächst heftigen Schläge auf das Keyboard zu einer gemeinsamen Geschichte zu inszenieren.

Abschnitt B: Abschied

Das Ende der Stunde

Wir waren über das Probieren „löwenartigen Spiels“ auf den Tasten, über das gemeinsame Brüllen und Grölen, über falsches (ich nach seiner Meinung) und richtiges (er nach eigenem Erleben) Spiel und der Diskussion, was eigentlich richtig und falsch sei, zu einer sehr innigen, humorvollen Beziehung gelangt.

Als ich Anton das Ende der Stunde ankündige, will er in die Keyboardtasche kriechen und von mir mitgenommen werden. Er will nicht akzeptieren, dass es das Keyboard ist, das ich mitnehmen werde, und nicht er. Meinen Weggang will er hinaus zögern, indem er immer wieder kleine Instrumente aus dem Korb nimmt

und fortschleudert. Ich bin bekümmert und weiß nicht recht, wie ich ihm beim Abschiednehmen helfen kann. Endlich ist alles eingepackt, da läuft er zur Tür, schließt sie von außen und hält sie zu. Er will mich nicht gehen lassen, ich soll bleiben und weiter „Löwe“ mit ihm spielen. Dabei weint Anton bitterlich! Da ich ihn in seiner Trauer ernst nehmen will, sage ich ihm ein ums andere Mal, dass es schwer ist, etwas Schönes beenden und mich gehen lassen zu müssen, wie stark sein Wunsch nach „behalten“ sei und wie stark er die Tür zuhalte und dass er – logisch – traurig sei. An dem Wort „logisch“ hängt er dann sinnend eine Weile fest: „...ist ja logisch“, und gibt schließlich die Tür frei.

Diskussion und Schlussgedanken zum zwölften Beispiel

Auf drei Aspekte möchte ich hinweisen.

Erstens: Anton hat hier deutlich gemacht, dass er mich als Frau erkannt hatte. Dem Wunsch contained zu werden verlieh er Ausdruck, indem er in die Tasche, in mich, zu kriechen versuchte.

Zweitens: Nach der Präludium-Stunde, in der es um kontinuierliches Anwesendsein, um das sich zeitliche Durchhalten der Vorstellung von Objekt-Repräsentanzen (als „gute Brust“) gegangen war, und erste Versuche Antons unternommen wurden, die sich durchhaltende „gute Brust“ vorsichtig zu erwarten, musste nach der sehr innig erlebten Beziehung in dieser „Löwen-Stunde“ mein nahender Abschied das Kind wieder in höchste Nöte werfen.

Und drittens: Sowohl in der Präludium-Stunde wie in der hier zu Ende gegangenen hatten wir an der Selbstreflexion des Kindes als blindem gearbeitet – und nun sollte ich wieder verschwinden. Eine für Anton wohl doppelt quälende Drohung. Da verdient das Zauberwort „logisch“, welches Anton schließlich bewog, mich gehen zu lassen, besondere Beachtung.

Mit diesem Wort gab ich zu verstehen, dass ich verstanden hatte, dass mir sein Tun verständlich war und dass ich es würdigte. Er brauchte für sich und seinen Kummer einen Container, und den hat er erhalten und – summend und singend – mitgenommen.

Zuvor hatte Anton mich eingesperrt, so wie er in Blindheit „eingesperrt“ war. Ich spürte seine Verlustangst, als er die Tür so fest zuhielt. Anton konnte gehen, als ich ein Symbol gefunden hatte und ihm vermitteln konnte: seine Not wurde

eingehüllt in das Symbol für mein Verstehen und Halten. D.h.: Anton fand etwas ihm Inneres in der Außenwelt wieder.

Das Wort „logisch“ war ein diskursives Symbol, das als präsentatives fungierte. Und als solch ein präsentatives Symbol konnte es die Spannung des Kindes lösen. Es wirkte als Container. So wirken präsentative Symbole, so wirkt Musik. (Ich werde auf die Bedeutung des Wortes „logisch“ noch zurück kommen.)

Hier verlassen wir Anton. Ich werde am Ende meiner Darstellungen im Teil III Auskunft über das Ende der Musiktherapie und den Abschied von Anton geben.

Exkurs

Narzissmus und die Rolle der Musik als Spiegel in der Musiktherapie

„Der Narzissmus –
das sind, nachträglich betrachtet, von Anfang an die Anderen
und die Geschichte ihrer ‚Einführung‘.“
Schneider 2005, S. 318

Ein weiteres Konzept, welches sich mit Störungen der frühen Spiegelung befasst, ist das des Narzissmus. Es soll hier Erwähnung finden, denn Decker-Voigt (2008) weist darauf hin, dass die Zunahme narzisstischer Störungen an der Wende vom 20. zum 21. Jahrhundert in verstärktem Maße auch die Musiktherapeuten beschäftigen muss und wird.

Das Lehrbuch Musiktherapie (Decker-Voigt, Oberegelsbacher, Timmermann 2008) führt verschiedene Etappen/Reifungsgrade der Fähigkeit eines Individuums auf, in einer Wechselbeziehung aus Eigenliebe und „Du-Liebe“ zu einer „positiven Einstellung Menschen gegenüber“ zu gelangen (ebd., S. 155).

Ein gekränkter oder kranker Narzissmus bedeutet, so Decker-Voigt, dass die Balance zwischen „Eigenliebe und Du-Liebe“ oder Selbstakzeptanz und Fremdakzeptanz nicht (mehr) dynamisch vorhanden ist, was sich in einem Erleben des Menschen von Allmacht einerseits und Ohnmacht andererseits äußere. Decker-Voigt verweist darauf, dass einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung häufig das Erleben von Gewalt zugrunde liege, „z.B. durch bedingte Liebe („Wenn-dann-Liebe“) oder durch Liebesentzug“ (Decker-Voigt 2008, S. 156).

Decker-Voigt verweist darauf, dass in heutiger Zeit die Gefahr zur Ausbildung einer narzisstischen Persönlichkeit in jeder Lebenskrise bestehe, die „mit radikalen Veränderungen der bisherigen Spiegelung“ verbunden sei (ebd., S. 157). Als eine mögliche Bedingung führt Decker-Voigt „die Veränderung des Körperbildes“ auf, wie sie infolge einer Krebserkrankung oder eines Verkehrsunfalls entstehen könne. Eine weitere Bedingung, die für unsere Zeit in besonderer Weise gilt, sind die „Leistungsprofil-Anforderungen für Funktionierende, d.h. erfolgreiche Mitglieder unserer Gesellschaft“ (ebd., S. 158).

Die Frage nach dem Körperbild der blinden Kinder ist bisher nur beiläufig angeklungen. Implizit habe ich an den Fallbeispielen allerdings versucht deutlich zu machen, dass eine Vorstellung von der eigenen Körperlichkeit bzw. ein Körperbild bei keinem der Kinder vorhanden war. Leistungsprofilanforderungen, so meine ich, bestehen für die blinden Kinder in verstärktem Maße.

Die Musik „klingt“ im Mythos von Narcissos schon an, denn es ist die Nymphe Echo, welche ihm „nach allen vorherigen Beziehungsscheiterungen“ (ebd.) in die Einsamkeit folgt, ohne ihm eine Hilfe sein zu können: sie kann ihn nur imitieren.

„Und kein Mensch wird oder bleibt gesund, wenn er ständig geehrt wird, wenn er auf keinen psychodynamisch lebendigen Menschen als Spiegel trifft“ (ebd., S. 158).

Musik wird dann zum Spiegel, wenn ein Mensch seine narzisstischen Sehnsüchte und Bedürfnisse in die gehörte, geliebte, abgelehnte Musik projiziert. Dem Musiktherapeuten bieten sich somit „reichhaltige Verstehensmöglichkeiten im Blick auf die narzisstische Struktur des Patienten“, wenn im therapeutischen Prozess Musik eingespielt wird (über Tonträger oder „den des künstlerischen Repertoires mächtigen Musiktherapeuten“, ebd.).

Decker-Voigt weist auf die langen Behandlungszeiten narzisstisch gestörter Patienten hin, „in denen die therapeutische Begleitung ein ständiges Auf und Ab des Idealisiertwerdens und der darauffolgenden sicheren Abwertung/Entwertung auszuhalten“ (ebd., S. 163) sei.

Bevor im nächsten Kapitel der zusammenfassende „Blick auf das Bild“ versucht werden soll, will ich einen weiteren Hinweis Decker-Voigts aufnehmen. Er schreibt, eine „zeitversetzte Spiegelung“ biete eine hocheffiziente Wirksamkeit in der Behandlung narzisstisch gekränkter Menschen. Hiermit sind nicht wie im ersten Kapitel Zeitverschiebungen von wenigen Sekunden (-Bruchteilen) gemeint, wie sie in den frühen Mutter-Kind-Interaktionen vorkommen, sondern z.B. Tonbandmitschnitte oder Videoaufnahmen. Letztere stellen die Möglichkeit zu intermodalen Verfahrensschritten dar und erhöhen die Beweglichkeit zwischen Selbst- und Fremdakzeptanz des Patienten umso mehr, je mehr er auf der

therapeutischen Beziehungsebene ein lebendiges Gegenüber erleben kann, und die Musik als „emotionalen Resonanzgeber“ (Decker-Voigt 2008, S. 165) nutzen lernt.

Übertragen auf die musiktherapeutische Arbeit mit blinden Kindern möchte ich folgende Ergänzung anfügen: Die Videoaufnahmen, welche ich machte und den Eltern zur Verfügung stellte, haben m.E. den Müttern/Eltern „spiegelnde Dienste“ erwiesen. Und zwar vor allem deshalb, weil sie durch mich (die CDs) eine Fremdakzeptanz ihres Kindes bzw. ihrer Situation erlebten. Darüber hinaus boten die Videomitschnitte Kind und Eltern die Möglichkeiten, Situationen geteilter Aufmerksamkeit zu erleben: das Tun des Kindes im Film wurde zur Folie für begutachtende Meinungen, mithin zu einem „Projektionsschirm“ (ebd.). Dies ist deshalb erwähnenswert, weil die Reife eines Kindes nach Hobson ja auch dadurch gefördert wird, dass das Kind sein Spiel von den Eltern bewertet findet bzw. bewerten lässt. Da die blinden Kinder meiner Studie aber ihr Tun und die Bewertung durch die Eltern schlecht voneinander abstrahieren konnten, war es im gemeinsamen Betrachten bzw. Hören einer Filmsequenz gut möglich, sich über etwas auszutauschen, das das jeweilige Kind getan hatte. Gemeinsam „Musiktherapie schauen“ sei für manche Eltern wie „Urlaubsbilder im Fotoalbum ansehen“ gewesen, sagten sie.

Resonanz brauchten aber auch die Eltern, vor allem die Mütter: Nur, wenn sie sich dessen bewusst werden konnten, dass und in welchem Umfang sie ihrem blinden Kind ausreichend gute Bedingungen schufen, konnten sie mental frei werden, auch imaginativer Facetten ihrer Beziehung zum Kind gewahr¹ zu werden. Dazu bedarf es eines Spiegels bzw. einer Resonanz für die Familien blinder Kinder. Jeder Arzt oder Therapeut ist ein solcher Resonanzgeber.

Exkurs Ende.

¹ Ich glaube nicht, dass sie immer bewusst werden (müssen). Aber ihre Wirksamkeit, etwa in Form der von Bion beschriebenen „rêverie“, entfalten träumerische Gedanken nur, wenn der Blindheit des Kindes angemessene Hilfen installiert, und dann nicht weiter bedacht werden müssen. Das Schuldempfinden der Mütter lässt sich nur so eindämmen. Und nur mit eingedämmtem Schuldempfinden wird die Mutter handlungsfähig, d.h. zur Liebe fähig.

Teil III

III.1 Vierte Entwicklungsphase: Der Blick aus der Ferne auf das Bild

„Das Geheimnis macht dem Rätsel Platz,
und das Rätsel öffnet den Geist
- in der gleichen Zeit, in der es ihn verwirrt -,
macht ihn offen wenn nicht für die Lösung,
so doch für die Suche nach ihr.“
J.-B. Pontalis 2007/1990, S. 16

Die Fähigkeit, die sich in der von mir als „vierte Entwicklungsphase“ bezeichneten Bewusstseinskategorie entwickelte, betraf die beteiligten Erwachsenen, in Sonderheit mich selbst in meiner Funktion als Musiktherapeutin. Ich meine das Vermögen, als sehender Mensch zu reflektieren, dass das Empfinden des Angesehenwerdens fehlt. Von Anfang an fragte ich mich, wie es wohl möglich sein könnte, etwas zu symbolisieren, das nicht da ist. Ich bin auf mögliche Antworten gestoßen, die ich hier vorstelle.

Ich hatte ja anfangs mein Visus-gebundenes Begriffssystem als mögliche Hürde benannt bei/in meinem Bemühen, die sechs blinden Kinder zu verstehen.

Ich beginne also mit Gedanken zum Agieren oder Symbolisieren von „Leere“ und fahre dann mit der Beantwortung meiner Forschungsfragen fort.

Wenn ein Fehlen nicht symbolisiert werden kann oder:

Anmerkung zur Schwierigkeit, dem „leeren“ Blick des Kindes zu begegnen

Frühe kommunikative Prozesse zwischen Mutter und Kind sind größtenteils intuitiv. Spätestens seit Entdeckung der Spiegelneurone¹ lässt sich nun auch wissenschaftlich nachweisen, was z.B. Winnicott schon vorher wusste, nämlich, dass der visuelle Kontakt ein hohes Maß an AffektAbstimmung zwischen zwei Personen ermöglicht. Es spiegelt sich nicht nur das Kind im Auge der Mutter, vielmehr erhält auch sie in ihrem Tun und Sein Bestätigung, ja Bedeutung durch Blick und Reaktionen des Kindes. Erhält die Mutter diese Rückmeldungen nicht, so kann auch sie in ihrer Kreativität im Verhältnis zum Kind verarmen (siehe hierzu Spittler-Massolle 2001).

¹ Siehe hierzu z.B. Bauer (2006).

Durch die Blicklosigkeit seines Gesichts kann das blinde Kind für eine sehende Person eins werden mit dem „unerreichten, frustrierenden Objekt“, das jeder erlebt hat, ohne sich dessen immer bewusst zu sein. D.h. ein „Nicht-Spiegelvorgang“ pendelt ebenso hin und her wie ein Spiegelungsvorgang. Die Verschmelzung von Subjekt und Objekt nimmt mit jedem nicht gelingenden Kontakt nur weiter zu. So weist Zeul (2005) uns darauf hin, dass der Blick in ein starres Gesicht ein Erschrecken auslösen kann, das nicht etwa Todesfurcht, sondern Erschrecken darüber bedeutet, dass der psychische Vorgang, den Freud (1916) für die Melancholie formuliert hatte, in welchem „der Schatten des Objektes auf das Ich fällt“, sich materialisiert hat.¹

D.h. die Asymmetrie des Schauens (der eine tut es, der andere nicht) führt zu einer wechselseitigen Beziehungsstörung, die nicht nur gemeinsames Erleben auf ein Minimum reduziert, sondern auch den Objektcharakter des jeweils anderen Menschen in seiner Wertigkeit nachhaltig verändert, weil (wie in der Melancholie) eine starke Fixierung auf das Objekt besteht. Die Unfähigkeit, die Abwesenheit eines ganzen Bündels an Begegnungsformen zu akzeptieren und dies zu betrauern (bei gleichzeitiger Gegenwart des die Pein auslösenden Individuums), kann die Fixierung an das Objekt vergrößern. Beide leben dann in dem Empfinden, mit dem Verlust des jeweiligen Objekts ginge das Subjekt selbst ein Stück weit verloren.

Dies bedeutet: der Sehende gerät in Gefahr, das blinde Kind mit dem reduzierten Bündel an Interaktionsformen gleichzusetzen. Das, was dem Sehenden fehlt, kann durch Fixierung nicht behoben werden. Die Qualität der Beziehung lässt sich durch quantitative Änderungen nicht „Visus-adäquater“ gestalten. Oder mit Winnicott: die Katastrophe, die hier zu verhindern versucht wird, indem das Objekt fixiert wird, hat bereits stattgefunden. Nur kann dies niemand bemerken. Beide verlieren an Eigenständigkeit und Lebendigkeit, weil beide die notwendige Form von Trennung nicht leisten können, solange eine *spürbare Anwesenheit* nicht die Grundlage dafür bietet zu wissen, *was* man denn verliert, verabschiedet, entbehrt.

¹ „Bei der Trauer ist die Welt arm und leer geworden, bei der Melancholie ist es das Ich selbst“ (Freud 1916, S. 431). „Der Schatten des Objekts fiel so auf das Ich, welches nun von einer besonderen Instanz wie ein Objekt, wie das verlassene Objekt, beurteilt werden konnte. Auf diese Weise hatte sich der Objektverlust in einen Ichverlust verwandelt, der Konflikt zwischen dem Ich und der geliebten Person in einen Zwiespalt zwischen der Ichkritik und dem durch Identifizierung veränderten Ich“ (ebd., S. 435).

Während der gesamten Zeit meiner Auseinandersetzung mit dem Thema hat mich eine Studie Sadako Imamuras aus dem Jahr 1962 beschäftigt, die kommunikative Prozesse blinder Kinder in ihren Familien (in einer Länder übergreifenden Studie) untersuchte und mit Prozessen zwischen sehenden Kindern und ihren Familien verglich und u.a. das Phänomen beschrieb, dass Mütter Bitten ihrer blinden Kinder immer wieder ignorierten, was Mütter sehender Kinder nie taten.

Imamura fand, dass unter Müttern blinder Kinder die Tendenz, kindliche Bitten zu ignorieren und – abwechselnd häufig – ihnen zu entsprechen oder sie abzulehnen, die häufigste Verhaltensweise darstellte, während Mütter sehender Kinder entweder sehr oft oder sehr selten den kindlichen Bitten nachkamen, sie aber nicht ignorierten. Daraus schloss Imamura, dass das mütterliche Verhalten, nicht aber der Umstand des Blindseins, über Abhängigkeit und Selbständigkeit eines blinden Kindes entscheide.

Die Frage, warum Mütter blinder Kinder wiederholt ignorierendes Verhalten zeigten, wurde von Imamura mit den Schuldgefühlen und der Feindseligkeit der Mütter den Kindern gegenüber erklärt. Ausdruck davon war demnach eine verkappte Zurückweisung der Kinder in Form von Ignorieren. Mütter mit Schuldgefühlen, so Imamura, konnten demnach nicht offen ihren Groll ausdrücken, indem sie etwa eine Weigerung aussprachen, und drückten ihn eher in einer heimlichen Art aus – eben durch Nichtbeachtung, was wieder die Verunsicherung der Kinder vergrößerte.

Soweit Imamura.

Ich vermute, dass sehende Menschen im Kontakt mit blinden Menschen generell in der Gefahr stehen, ein Fehlen oder eine Leere zu agieren. Und ich meine ferner, dass sie sich damit in einen gesellschaftlichen Kontext/Konsens stellen, der recht allumfassend ist und auch von Herrmann (persönliche Mitteilung 2006) gesehen wird. Überdies denke ich, dass Eltern blinder Kinder in Abhängigkeit vom Faktor des Schuldempfindens kaum in der Lage sind, sich einer Leere bewusst zu werden. Um was sollten sie trauern? Das, was fehlt, das „Dritte“, das die Beziehung nichtsdestotrotz maßgeblich beeinflusst, ist nicht da und kann nicht gedacht werden. Die Mütter bei Imamura fanden sich selbst nicht vom Kind

„erkannt“ und schienen unfähig, sich des als tyrannisch erlebten Kindes anders als durch Ignorieren zu erwehren.

Anders in meiner Studie.

Eine Mutter durchschlug diesen gordischen Knoten für sich und ihr Kind in wirksamer Weise, indem sie formulierte: „Mein Kind ist blind, aber nicht blöd!“ Sie unternahm alles, damit ihr blindes Kind in die Lage versetzt wurde, selbständig tätig zu werden.

Die Gestalttherapie kennt den Begriff von Figur und Grund. Ich erlebte das Handeln der genannten Mutter als eine bewusste Einflussnahme auf den „Grund“ – so ließ sie extra ein Treppengeländer anfertigen und tief genug für ihr Kind anbringen, setzte ein Kinderwaschbecken tiefer, ja, sie lernte sogar, dass die auf dem Boden verstreut liegenden Kabelreste in Großvaters Werkschuppen zum Dreiradfahren ihres blinden Kindes wichtiges Orientierungsmittel waren und nicht aufgeräumt werden durften –, sodass die „Figur“ des blinden Kindes sich einer fühlbaren und gut angepassten Umwelt gewahr und bewusst werden konnte. Sie war also in der Lage, das „Geheimnis“ der besonderen Beziehung zu ihrem blinden Kind in ein „Rätsel“ zu verwandeln, dessen Lösungsmöglichkeiten durchaus zu finden waren.

Diese Mutter hat es geschafft, die Spiegelprozesse, wie sie z.B. von Winnicott zwischen Mutter und Kind verstanden und beschrieben wurden, in solche nach Art eines Dreiecksverhältnisses umzubauen. Sie hat die Blindheit ihres Kindes in Beziehung zur Umwelt gesetzt – also dort, wo sie „behandelbar“ ist, wo die Mutter tätig werden kann und nicht ohnmächtig bleiben muss – und nicht (oder jedenfalls viel weniger als manche andere der Mütter) als Hinderung zwischen sich selbst und dem Kind „etabliert“ und mit psychischer Anstrengung („das musst du doch nun verstehen!“, „das musst du doch nun können!“) zu beheben versucht.

So direkt, wie die beschriebene Mutter die Probleme anpacken konnte, geschah es in der Musiktherapie nicht. Auch in der Musiktherapie gab es „Leerstellen“, und dank der Musik waren sie beschreibbar. Ich möchte aber zu den Forschungsfragen kommen und meine, dass über die Diskussion meiner Antworten implizit auch die „Leerstellen“ und das therapeutische Umgehen damit deutlich werden.

III.2 Antworten auf die Forschungsfragen

Vorbemerkung: Eine grundsätzliche Schwierigkeit stellt die Tatsache dar, dass ich die blinden Kinder 14-tägig besuchte. Aufgrund der weiten Abstände zwischen den Therapiestunden kann die „Ich-Entwicklung“ nur unter Vorbehalt benannt werden. Allerdings: Das Instrumentarium und seine spezifische Handhabung sowie den Umgang mit mir konnten die Kinder nicht zwischendurch, sondern nur in den Musiktherapie-Stunden „erlernen“, sodass ich meine Ergebnisse (nur) in Bezug zur Musiktherapie vorstelle und auf Spekulationen über die Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit der Kinder verzichte.

Die Fragen:

1. Kann Musiktherapie die Ich-Entwicklung blinder Kinder fördern?
2. Was ist die Rolle der Musik und der Musiktherapie in der Entwicklung?
3. Wie stellt sich Symbolisierung unter der Bedingung von Blindheit dar?

III.2.1 Antwort auf die erste Frage

Ja. Das kindliche Ich verstanden als durch seine Funktionen definiert gelangt durch die Organisation von Wahrnehmungen in der Musiktherapie und durch musikalische Interaktionen zu einer Synthese, welche es dem blinden Kind erlaubt, Körperrepräsentanzen auszubilden, Fragmente in Bedeutungszusammenhänge einzugliedern und sich selbst als Teil der eigenen Geschichte zu erleben.

III.2.2 Antwort auf die zweite Frage

Die Rolle der Musik ist vielschichtig und lässt sich in folgende Aspekte aufgliedern:

Verlaufsformen: Reihen

Im ersten Praxiskapitel (Hanna) kam es als Grundvoraussetzung eines therapeutischen Prozesses zu Formen von Verbindungen, die sich musikalisch darstellten und gestalten ließen. Aus einer „undifferenzierten Welt“ entwickelten sich Interaktionen. Das Kind und die Musiktherapeutin konnten Erwartungen entwickeln und ihre sichere Befriedigung/Erfüllung erleben. Dies alles vor dem

Hintergrund einer sicheren Basis, die zunächst den Körperkontakt zwischen Kind und Musiktherapeutin als Schutz etablierte und dann weiter ausdifferenzierte in die Verwendung eines akustischen Schutzes/Filters und die Möglichkeit, über sinnliche Kontakte auch (hinweisende/auf ein Drittes verweisende) Botschaften auszutauschen. In den Verlaufsformen (den sinnlichen, musikalischen Formen des Verlaufs) bahnte sich die Möglichkeit des Stockens, der Unterbrechung, aber auch des sicheren Kontinuums an. In den Verläufen lernte ich zu bemerken, dass etwas auch „nicht laufen“ kann bzw.: nur etwas, das einmal da war, kann als „nicht da“ repräsentiert werden.

Strukturen: Rhythmen

Eine Struktur kann, ist sie einmal begriffen, auch unstrukturiert erscheinen und „Löcher“ aufweisen. Das strukturschwache Geschehen, welches sich zwischen Jonathan und mir im „Schweben der Elemente“ inszenierte und vor einem deutlich spürbaren körperlichen Halt die schwebenden Fragmente erst wahrnehmbar machte, installierte erst ein Begreifen von dem, was mit Bions Konzept des container/contained benannt ist. Mit der Fassung des Geschehens als einem „Bild“ von Gefäß und Inhalt wurde das Handeln zur sinnlich-symbolischen Interaktionsform. Einen Schritt unternahm ich, indem ich die Worte des Kindes bewusst sammelte. Aber ebenfalls einen Schritt tat Jonathan: er gab mit dem Abschiedsgruß zu erkennen, dass es für ihn etwas gegeben hatte, das zu verabschieden war. Dies verweist u.a. darauf: Wenn wir etwas tun können und dies in geteilter Aufmerksamkeit miteinander tun, dann können wir auch „nichts“ tun, ohne dass einer von uns beiden dabei „verloren“ geht.

Positionsbestimmungen: Szenen

Es konnten Szenen zu zweit als solche begriffen werden, hier entwickelte sich in der Einigung auf die/in der Szene das Dritte: ein Fehlen in der Beziehung. Damit konnten Positionen von Subjekt und Objekt nun benannt werden.

Mit einem „räumlichen Verständnis“ ließ sich etwas als „zwischen den Beteiligten“ fassen, was bisher für jedes Individuum (für Hanna und Jonathan) ein „eigenes“ Problem gewesen war. Bei Hanna die Frage an mich: Für wen ist

eigentlich was wie „weg“? Bei Jonathan die Frage: Wer sagt eigentlich, welche Ordnung von Fragmenten für wen wo sinnvoll ist?

Bei Anton kam mir das Empfinden von Leere, einem Fehlenden, der Blindheit des Kindes zu Bewusstsein. Im Spiel, das wesentlich zu (durchaus räumlich gedachten) Positionen fand, wurde die „Leere“ nicht mehr als Mangel (des Kindes) mit (zwischenmenschlichen Störungs-) Folgen beschrieben. Das Nicht-Sehen (Nicht-Wahrnehmen, Nicht-Begreifen, Wie-werten) blieb nicht beim Kind, sondern wurde in gemeinsame Verantwortung genommen. Anton schuf eine *vom Klang entleerte Form* des Anwesendseins. D.h. auch, dass die sehende Erwachsene nicht länger versuchen muss, „Blindheit“ zu denken, sondern ihr statt dessen Rechnung tragen kann.

Mit Lorenzer kann formuliert werden, dass das fehlende Dritte bisher in einem Mangel und einer Disharmonie von Interaktionsformen „in-Beziehung-zu“ bestand. Die Beziehung – zwischen dem blinden Kind und mir, vielleicht auch generell zwischen einem blinden und einem sehenden Menschen – und das jeweilige Produkt, die Szene, an der beide „in-Beziehung-zu“ beteiligt sind und den je anderen erfahren, weist normalerweise so viele Missverständnisse und nicht reflektierte Nicht-Verständnisse auf, dass der Kontakt zum bloßen Festhalten verkommt: Ein schlechtes Objekt ist besser als gar keines – und das Objekt muss gar nicht schlecht sein! Im Gegenteil. Je besser es ist, desto schmerzlicher kann das Missverstehen beide treffen. Lässt der Druck des sich räumlich und/oder psychisch Orientierens nach, so kann das blinde Kind loslassen. Vielleicht wirft es dann mit Gegenständen, glücklich, sich befreien zu können. Und so durfte das geworfene Glockenspielplättchen vom Kind nicht wirklich wahrgenommen werden: die Sorge, ob es kaputt gehen könnte – die sowieso kaum bestand – musste zusätzlich magisch ausgeschaltet werden.

Die vom Klang entleerte Form des klappernden Tastengeräusches repräsentierte genau die verschiedenen Interaktionsformen, welche m.E. als unerkannte Störungen das Beziehungsgeschehen der sechs blinden Kinder so nachhaltig beeinträchtigten. Eine Beziehung fand zwar statt, eine Szene ereignete sich, aber sie war leer. Keiner der Anwesenden erhielt anfangs die Resonanz, die er/sie benötigte.

Die (bisher unbemerkte) Koppelung aus klappernden Geräuschen der Tasten einerseits und Tönen andererseits an ein Keyboard gelangte hier zum

Bewusstsein. Das bloße So-sein des Gerätes Keyboard – es kam schon zum Einsatz, wenn das blinde Kind sich einfach auf die Tasten legte und gemütlich entspannte – gelangte in eine Spannung zu der „Aussage“ der Töne. Und in diesem Zwischenraum entwickelte sich das Spiel. Nicht länger konnte der Satz gelten „es ist, was es ist“, sondern eine Bedeutungsvielfalt wurde eröffnet: 1. das Kind machte die Musiktherapeutin durch Tonabdrehen „weg“ (eine Rolle der Musik) und durfte sicher darauf vertrauen, dass sie blieb; 2. das lustvolle „krause“ Spiel wurde „schön“ genannt (eine weitere Rolle der Musik): das blinde Kind nahm begeistert-ehrfürchtig den Begriff der „Künstler“ auf. Hier wurde (zum einen) eine doppelte Mutter/Musiktherapeutin etabliert. Sie war es, die hier „getrennt“ wurde: Die Keyboardspielerin wurde manipuliert, weggemacht und hergeholt nach Belieben des Kindes, die haltende Person blieb! Das Kind (zum zweiten) erlebte sich selbst auch in doppelter Weise. Das „reale“ Tun des Kindes (Betätigen von Knöpfen und Tasten) wurde unterschieden von dem „wahren“ Tun (das Objekt Musiktherapeutin bzw. klingende Töne verschwinden lassen – nicht aber länger bloß manipulierend!) (Pontalis 2007/1990).¹ Und endlich (drittens) ist das Tun ein Spiel geworden. D.h. die „Inszenierung“ eines „geschäftigen Tätigseins“, die Vorgabe durch eine „Szene der Interaktion“ oder „Szene des Musikmachens“ (oft massiv von den Eltern gefordert: „Nun spiel’ doch mal schön!“, „Spiel’ Heike doch mal vor, was du kannst!“) musste nicht mehr für den Inhalt stehen, die Begegnung zwischen zwei Menschen. Der Aussagewert dessen, das sich inszenierte, konnte differenziert werden in blindheitsbedingtes Handeln des blinden Kindes hier und kindliches Spiel dort – unter weitgehender Vermeidung dessen, was als Vorstellung Erwachsener über „Blinde können gut Musik“ o.ä. bestand und besteht. Somit konnte – und damit haben wir den Rückschluss zu den Müttern/Eltern vollzogen – der Blindheit des Kindes Rechnung getragen werden, ohne dass das Kind als individuelle Persönlichkeit (unter der Hand und unbemerkt) gleichgesetzt wurde mit der Blindheit und den damit einhergehenden Einschränkungen.

¹ Pontalis beschreibt die „Rückerstattung und Wiederherstellung einer Realität“ und grenzt sie ab gegen die Bewegung, „die der Deprimierte durchmacht, der das Wahre auf das Reale *erniedrigt* (eine Mauer ist eine Mauer) und auf diese Weise der Metapher jede Möglichkeit, einzugreifen, verwehrt. Hier nun ist es das Reale, das eine Erhöhung bis hinauf zum Wahren erfährt: Alle Sinne waren ‚in ein Licht getaucht‘, ‚das doch unbedingte Wahrheit war“ (Pontalis 2007/1990, S. 19). Zu Einsatz und Wirkung von Metaphern in therapeutischen Prozessen siehe Buchholz 2005, 2008.

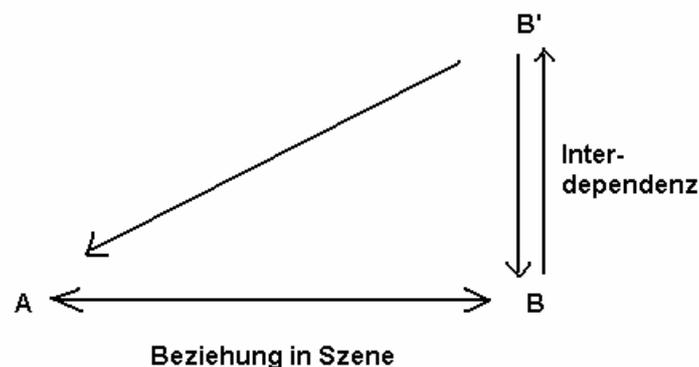
Spiegelungen und Resonanzen

In meinen Überlegungen nahmen die Versuche, Menschen und zwischenmenschliche Beziehungen gedanklich in Teilbereiche aufzugliedern bzw. aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten, um zu neuen Denkmöglichkeiten zu gelangen, einen großen Raum ein. Die von Lorenzer benannten Formen des Beteiligtseins des Analytikers/Therapeuten in coenästhetischer bzw. diakritischer Position erlauben eine Differenzierung des Bezogenseins, die ich im folgenden mit „B“ (coenästhetisch beteiligt) und „B'“ (in diakritischer Distanz befindlich) beschreibe.

Zu Beginn der musiktherapeutischen Begegnungen spielte sich Therapie ab wie in Skizze 1 dargestellt. Der Begriff „Beziehung in Szene“ soll andeuten, dass Kind und Musiktherapeutin aufeinander bezogen etwas tun oder erleben.

A (blindes Kind) und B (Therapeutin) kommunizierten, interagierten. Die Therapeutin musste dann Distanz (B') gewinnen und das Geschehen betrachten, sie begab sich aus der coenästhetischen in die diakritische Position bzw. nahm, wie Bion sagt, einen bifokalen Blick ein.

Skizze 1:



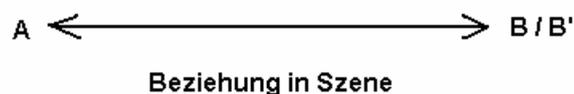
Die Schwierigkeit bestand darin, dass das blinde Kind zunächst nicht in der Lage war, sich als von B' betrachtet zu erleben. Uwe Herrmann¹ fand für den Umstand, dass das blinde Kind keinen Perspektivwechsel vollziehen und sich nicht im Auge

¹ Persönliche Mitteilung 2006.

der Mutter finden kann, den Ausdruck, das blinde Kind schaue nicht *in* den Spiegel (und finde dort sich selbst), sondern es schaue *auf* den Spiegel und erlebe die mütterliche Reaktion als Ausdruck der mütterlichen Befindlichkeit – ganz ohne eine Ahnung vom „Glanz im Auge der Mutter“ zu haben.

Die Musiktherapeutin, die sich (wie unten in Skizze 2 dargestellt) dem Kind in „zweierlei Weise“ nahte – ich benutze das Modell Lorenzers zu coenästhetischer und diakritischer Position sowie Winnicotts Konzept der Umwelt- und Objektmutter synonym (auch wenn dies theoretisch schwierig ist): es geht mir um ein Bewusstsein, sowohl handelnd als auch denkend anwesend zu sein und dies zu reflektieren – erlebte permanent eine Reduktion auf $B' = B$, sie drohte selbst Überblick und Weitblick zu verlieren, mit dem Objekt Kind zu verschmelzen, wie ich eingangs des Kapitels beschrieben hatte.

Skizze 2:

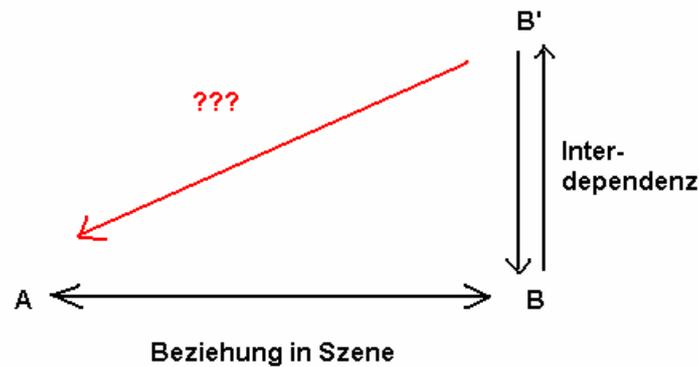


Die sechs Kinder bemerkten anfangs nicht, dass die Musiktherapeutin als in der Szene körperlich verwickelt eine andere war als diejenige, die aus der beobachtenden Distanz heraus handelte, etwa in einer Situation des Tröstens, wenn das Kind sich weh getan hatte oder auch als Kommentierende im „Als-ob“-Spiel.

Keines der sechs blinden Kinder konnte (anders als sehende Kinder dies im fraglichen Alter können) eine Phantasie von sich selbst bilden: Das Erleben, „Ich

im Erleben meiner Mutter“ bedeutete ein Stadium, das die von mir beforschten blinden Kinder zunächst nicht realisierten.¹ Ich nannte das, was sich zwischen blindem Kind und Musiktherapeutin zunächst zutrug „es ist, was es ist“.

In Skizze 3 wird dies graphisch dargestellt:



Die Beziehung zwischen B', also der therapeutisch deutenden oder intervenierenden Erwachsenen, und A, dem blinden Kind, blieb anfangs unerwidert. Das Kind bildete keine Theory of Mind, war nicht in der Lage, sich als Betrachtetes (visuell) gespiegelt zu erleben. Auch tonales Resonieren konnte keines der blinden Kinder anfangs als Reaktion auf sein eigenes Tun erleben.

Die Szenen, die sich zwischen den beforschten Kindern und mir abspielten, hatten anfangs keine räumliche, keine dreidimensionale Form. Alles war flach, zweidimensional, ein unmittelbares Hin und Her wörtlicher Rede. Mindestens im ersten Jahr konnten die Kinder nicht erfahren, wie sie auf andere (mich) wirkten. Dies schrieb ich der rein organisch gegebenen Bedingung der Kinder zu – nicht primär ihrer Psyche.

¹ Eindrücklich das Beispiel mit Valentina, die zur Faschingszeit verkleidet mir bei meinem Eintreffen entgegen rief, sie sei eine Prinzessin, ich solle schnell kommen und schauen. Mir kam, als ich das blinde Mädchen dann sah, mit aller Macht zu Bewusstsein, dass wir das Prinzessin-Sein Valentinas nicht teilen konnten: Sie war 1. nicht in die „Rolle“ einer Prinzessin geschlüpft, sondern trug (lediglich) besondere Kleidung, welche ich bemerken sollte. Diese Kleidung war aber 2. nicht besonders anzuschauen, sondern besonders weich, was ich damals nicht in seiner Wichtigkeit für das Kind begriff. Ich habe schon viele 4- oder 5-jährige Faschings-Prinzessinnen gesehen, diese aber erfüllte mich mit abgrundtiefer Traurigkeit, weil ich damals meinte, mit Valentina niemals gemeinsame Freude erleben und wirklich teilen zu können.

Um zu einer „Phantasie vom blinden Kind“ zu gelangen, konstruierte ich das Modell „eines Umwelt- und eines Objekt-Kindes“.

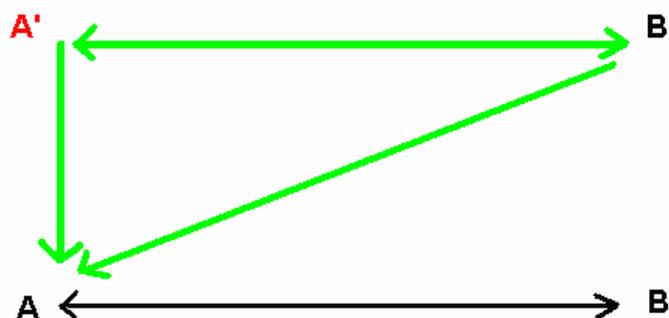
Das jeweilige Kind (A) hatte anfangs, so stellte ich mir vor, eine sehr organisch-körperliche Beziehung zu einem Gegenüber/mir (B), wobei B im Erleben des betreffenden Kindes fragmentiert war.

B (die „reale“ Person) und B' (die in beobachtender Distanz befindliche) standen in einem Interdependenzverhältnis, welches ständig bedroht war, da kein Echo, keine Idee, keine Phantasie des Kindes antwortete, denn A' existierte (bis auf eine Ausnahme)¹ in keiner kindlichen oder elterlichen Vorstellung, war ungedacht. Daher blieb auch die Beziehung B' → A' unbeantwortet und affizierte B' mit „Nichtvorstellung“.

Die angestrebte Beziehung

So kann die von mir gedachte und im Folgenden angestrebte Beziehung zwischen blindem Kind und Musiktherapeutin, die sich auch wirklich einstellte, wie folgt dargestellt werden:

1. Das Kind sprach über und von sich und konnte mit der Musiktherapeutin über das eigene Tun (A' und B' reden über A; Skizze 4) sprechen. Beispiel: Anton drehte den Ton ab und Kind und Musiktherapeutin redeten über die Konsequenzen. Skizze 4:

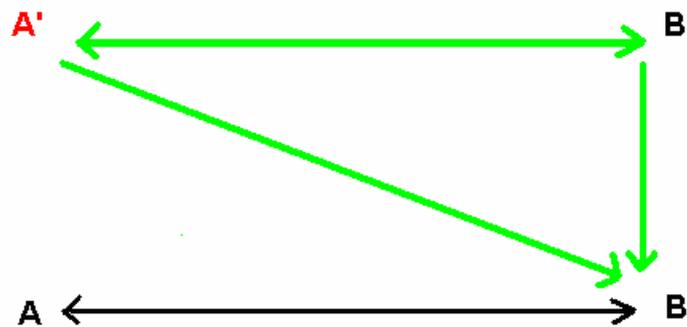


¹ Diese Ausnahme bildete die Mutter, die mir sagte, ihr Kind sei blind, aber nicht blöd. Sie sprach nicht nur zum Kind, sondern auch vom Kind und mit dem Kind über es selbst, z.B. in Form von Geschichten.

2. Kind und Musiktherapeutin redeten über das Tun der Musiktherapeutin (B) gemeinsam (A' und B' reden über B; Skizze 5) und urteilten. Beispiel: Im Spiel mit dem „Löwen“ wurde dies möglich. Anton war traurig und konnte sich im Gespräch mit der Musiktherapeutin (A' und B' reden über B) über deren Weggang getröstet und gehalten finden.

In der Triangulierung differenzierten sich Subjekt und Objekt weiter heraus.¹

Kind und Musiktherapeutin redeten über das Tun der Musiktherapeutin, Skizze 5:



Dimensionen der Musiktherapie

Ziel der Musiktherapie war es, die Zweidimensionalität um eine Dimension zu erweitern, also eine „n+1“-Dimension zu schaffen. Die Musik leistete dies präsentativ und diskursiv in verschränkter Weise, sie hat ja immer die Chance, Aussagen auf zwei Ebenen zu transportieren.

Was die Musiktherapie leisten konnte, war, dem Kind Szenen anzubieten.

Der Szenencharakter² hatte das Ziel, dem Kind Gelegenheit zu geben, seine Intention einer Inszenierung in einer Szene unterzubringen, sich also einzufädeln in ein musikalisches Tun. Im Einigungsprozess entstand dann ein Symbol einer

¹ Lacans Modell des Spiegelstadiums hat für meine Überlegungen nicht Pate gestanden! Vielmehr ging ich aus von Winnicotts Umwelt- und Objekt-Mutter sowie Lorenzers coenästhetischer und diakritischer Position: Ich wollte das zur Umwelt- und Objekt-Mutter adäquat „passende“, antwortende Kind „finden“.

² Siehe dazu Niedecken (2002): Zur Selbstreferenz des Bewußtseins. Oder: Wie konstituiert sich das Subjekt einer Szene.

Beziehung, an welcher sich die beteiligten Individuen weiter als Objekt und Subjekt ausdifferenzieren ließen.

Die Interventionen

Dazu musste erstens die Anordnung von Instrumenten, ihre Bedienungsweise und die Klangmöglichkeiten dem Kind hinreichend bekannt werden. Zweitens musste die Therapeutin (im Gegensatz zu manchen anderen Menschen) ohne jegliche Ansprüche (auch gedanklich!) anwesend sein und es ertragen können, in Fragmenten erschaffen zu werden.¹ Sie musste es ertragen können, sich anfangs wie ein autistisches Objekt (Tustin) behandeln zu lassen, also nicht als Person anwesend sein zu können. Sie musste, mit den Worten Spittler-Massolles (2001), sich kastrieren lassen und tiefe Eindrücke in die eigene Seele ertragen und bearbeiten lernen.²

So habe ich zunächst die taktile und später die akustische Ebene als Vergleichsgröße zu halten versucht (indem ich lautierend die Bewegungen des Kindes begleitete) und gleichzeitig als Handelnde am Geschehen teilgenommen (indem ich davon sprach, dass wir hier beteiligt sind). Damit habe ich in einer psychischen Verfassung als „Dividuum“ (Gutwinski-Jeggle 2003) „mit einem seienden und einem beobachtenden Selbstanteil“ (Böhme-Bloem 2008, S. 118) als Container gedient.

Man könnte sagen, ich habe eine Trennung in mir vollzogen. Und so konnte auch (m)eine Antwort mehr sein als ein Echo, nämlich interpretierte Rückgabe dessen, was ich verstanden hatte. Es läßt sich also formulieren, dass die Musiktherapeutin in sich selbst das vollzog, was bei sehendem Kind und sehender erwachsener Person vor dem Spiegel geschieht: beide sehen hinein. In der Musiktherapie nun schaute die Musiktherapeutin in ihren inneren Spiegel und beschrieb und umspielte das, was sie darin sah, nämlich die zwei Personen (Kind und Musiktherapeutin) in Interaktion. Zur Symbolbildung gehört das Dritte, und wenn es – wie in der Musiktherapie mit den sechs blinden Kindern – anfangs zwischen den Individuen nicht zu finden war, so musste es eben im Inneren der

¹ Man kann sich vorstellen, vom blinden Kind wie ein Puzzle-Spiel aus Teilen zusammengesetzt zu werden und je nach Notwendigkeit des kindlichen Individuums auch wieder in Teile zerlegt zu werden.

² Nicht von Ungefähr schreibt Hochmann (1996), dass Kinder, die derart spalten und projizieren, (nur) in Teams behandelt werden.

Musiktherapeutin konstruiert werden.¹ Vielleicht kann man sagen, ich hätte mit mir selbst gesprochen und darüber beratschlagt, was hier die Alpha-Funktion sein und leisten könnte. Die Alpha-Funktion ist ja nicht von Anfang an einfach in der Mutter „vorhanden“, sondern sie bildet sich im Zusammenspiel zwischen Mutter und Kind. Und weil die enge visuelle Abstimmung fehlte, die normalerweise Qualität und Quantität der mütterlichen Alpha-Funktion mitbestimmt, fand die Abstimmung akustisch statt: ich sang, lauterte, sprach in den Musiktherapie-Stunden und konnte daran hören, welche Beziehungsmomente ich am Kind wahrgenommen hatte, wie ich sie interpretierte. Gleichzeitig konnte ich bemerken, wie das Kind auf mein Lautieren reagierte und registrieren, wie gut meine Anpassung wirklich war. Mein Sprechen von Worten war größtenteils das Hervorbringen von Nonsens-Versen: Ich wusste oft nicht, was „das alles hier“ bedeuten könnte und fand in Rhythmus und Klang meiner Verse meine direktkörperliche Einstellung zum Kind (wiegen oder stille halten, den Arm berühren oder lieber den Fuß kitzeln, etc), im Sinn der Worte aber das Denken von Einstellungen und ggf. Handlungsanweisungen. („Hopp, über den Zaun, über das Dach, weit hinaus!“ war ein Vers, den ich mit Carla oft sang, weil/wenn sie unruhig auf den Füßen tänzelte. So fand ich, dass Carlas Problem nicht „die Füße“ waren, sondern dass Carla ihre Lust auf das Leben da draußen, auf Springen und Hüpfen und Sommer und Sonne nicht in eine Vorwärtsbewegung umsetzen konnte.)

Zur Symbolbildung nach Hobson (2003) gehört, dass das Kind (schon im gut zwischen den Individuen etablierten triadischen Geschehen) auf einen Gegenstand weist und diesen nicht mehr einfach haben möchte, sondern in einen kommunikativen Austausch mit dem Erwachsenen treten möchte. Dies „in-Beziehung-treten“ mit gemeinsamer Aufmerksamkeit war es, das ich mit allen Kindern und von Anfang an praktizierte. Ich habe also ein Element des triadischen Symbolbildungsprozesses schon in der Dyade angewandt.

¹ So kann es kaum verwundern, dass ich nach den Musiktherapie-Stunden auf der Autofahrt nach Hause nie Musik hören konnte: es gab nichts, was mich hätte containen können, außer dem Brummen des Fahrzeugs.

Musiktherapie mit blinden Kindern – Meine Verortung

Grundlage meiner Überlegungen zu einer Musiktherapie mit blinden Kindern sind die auf spezifische Weise gestörten Interaktionen zwischen Kind und Musiktherapeutin, ist das weitumfassende Nicht-Verstehen von sprachlichen und gestischen Figuren aller blinden Kinder, deren Verhalten ich untersuchte.

Auf Basis meiner lebenspraktischen Vorannahmen habe ich in einem dreistufigen Aufbau versucht, zu einem logischen, einem psychologischen und einem szenischen Verstehen des kindlichen Sprechens und Handelns zu gelangen. Dabei habe ich Besonderheiten der blinden Kinder mit gruppenspezifischen Verhaltensweisen, sofern sie in der Literatur fixiert sind und dokumentiert wurden, verglichen und mit generellen „verstandenen Verhaltensformen“, die in psychoanalytischen Theorien ihren Platz gefunden haben, in Zusammenhänge eingefasst.

Ausgangspunkt waren dabei sinnlich verarmte Handlungen der Kinder, für die es keine Worte gab. Es waren Aussparungen, die nie definiert worden waren.

Da sich zerstörte/gestörte Praxisfiguren (auch) als gestörte Sprachspiele zeigten, waren logisches und psychologisches Verstehen zunächst oft nicht möglich. Das Nicht-Verständigtsein war daher Gegenstand meiner Bemühungen: Da die hermeneutische Erfassung des Erkenntnisgegenstands die Aufhebung des Nicht-Verständigtseins voraussetzt, erfolgte der Schritt zur Fassung über die Erforschung musikalischer Figuren und Strukturen. Diese vollzog sich über eine Fortschreibung und Modifikation präsentativer Formen.

Die Musikinstrumente und ihre Potentiale animierten die blinden Kinder – nachdem die erste Phase der „ozeanischen Ungeschiedenheit“ der Kinder hinter uns lag – zum Gebrauch der Gegenstände (incl. Musiktherapeutin).

Mit Bion kann formuliert werden: Die Kinder benötigten (zunächst) ein Objekt, um denken zu können. Sowohl Gegenstand wie Geräusch wirkten als Katalysator für das interaktive Geschehen.

Die Musiktherapeutin, die die Geräusche vernahm, nach musikalischen Regeln probeweise ordnete und organisierte, tat dies im Feld der Übertragungs- und Gegenübertragungskräfte, sodass ihre Antworten nicht nur solche auf das Kind, sondern auch immer Antworten innerhalb eines szenischen Geschehens waren.

Die Musik spielte für mein eigenes Gehaltensein innerhalb der Musiktherapie-Stunden eine Rolle. Dieses Gehaltensein benötigte ich, um meinerseits die Kinder teilhaben zu lassen am Gefühl guter innerer Verortung. Da ich das Fremdpsychische ja nicht „wissen“ kann, versuchte ich die kindlichen Bewegungen (incl. solcher des Sprechens und seiner Gestalten) über analoge musikalische Formen gleichzeitig zu verstehen und zu behandeln.

Hanna konnte, indem ich sie vor dem real-körperlichen Grund sicheren Gehaltenseins mehrfach spiegelte, ihre Bewegungen als ihr selbst zugehörig erleben und erkundete sie. Sie lernte, (mit Bion gesagt) Konzeptionen und Realisierungen zu etablieren und Repräsentationen körperlicher Prozesse zu entwickeln.

Jonathan: Nach Federn, so Anzieu, bedeutet einen Psychotiker zu behandeln, ihm dabei zu helfen, seine psychische Energie nicht zu verschwenden, sondern zu bewahren. „Es heißt, seine Verdrängung nicht aufzuheben, sondern neue zu schaffen. (...) Es heißt auch, die geschwächte Ich-Grenze zwischen psychischer Realität und äußerer Realität neu zu beleben, die falschen Realitäten zu berichtigen und den Kranken dazu zu bringen, ihm Klarheit über den dreifachen Status seines Körpers zu verschaffen: als Teil des Ichs, als Teil der äußeren Welt und als Grenze zwischen dem Ich und der Welt“ (Anzieu 1996, S. 127). Ich meine, dass eben diese Möglichkeit, psychische Energie zu sammeln und Verdrängung zu ermöglichen, hier angebahnt wurde. Jonathan lernte – ausgehend vom sinnlich-symbolischen Spiel des „daneben Spuckens“ bzw. „nie bis ins Bad Gelangens“ –, dass auf eine Konzeption auch eine Nicht-Realisierung als eine „logische Konsequenz“ eintreten kann und ein „etwas“, z.B. eine Stille, sein kann. D.h. eine gewisse Abstraktionsfähigkeit entwickelte sich. (Eine Vorstellung von etwas, das jetzt nicht „da“ ist, ist schon sehr abstrakt.)

Hatte Anton „Lücken“ (als Spezifikum seines Erlebens von in der Welt sein) durch permanentes Spiel zu füllen versucht (so meine Interpretation), so konnte den Lücken im musiktherapeutischen Spiel der Charakter eines „Fehlens“ gegeben werden, was dazu führte, dass Anton einen Verlust betrauern lernte. Lücken zwischen Anton und Musiktherapeutin bestanden zunächst darin, dass das Kind die Musiktherapeutin gar nicht wahrnahm in dem Sinne, dass es sie aus seinen Wahrnehmungen (omnipotent) ausschloss, etwa dann, wenn die

Musiktherapeutin etwas sagte oder tat, das Anton nicht passte. Nachdem das Kind das Bewegungs- und Sprachprofil der Musiktherapeutin kennen gelernt hatte, konnte es zu einer anderen Form von Lücken kommen. Sie können beschrieben werden vor dem Hintergrund einer Grundbeziehung ruhiger Gegenwart, deren Lücken nun z.B. ein Schweigen sein und wiederum durch verschiedene sprachlich-gesangliche oder musikalische Laute gefüllt werden konnten. Dabei kam es darauf an, dass die Anfangs- und Endpunkte von Lücken (also Beginn und Ende einer Stille oder auch einer Bewegungslosigkeit) als „Beginn“ und „Ende“ einen je eigenen Wert erhielten.¹

Endlich schuf oder füllte Anton Lücken aktiv. Ob er Lücken produzierte, indem er Dinge von sich warf, die nun im unmittelbaren Umfeld fehlten, oder ob er Lücken stopfte, indem er eine Stille mit Geräusch füllte, konnte ich nicht immer entscheiden. Vielleicht ist es eine Sache der Betrachtungsebene: je nachdem, was man als Grund und was als Figur ausmachen möchte.

III.2.3 Antwort auf die dritte Frage

Zur Frage nach der Symbolbildung unter der Bedingung von Blindheit – Meine Hypothese über zwei blindenspezifische Symbolisierungsstörungen: Modell einer spezifischen Störung der Beziehung aus Konzeption und Realisierung sowie Konzeption und Nicht-Realisierung

Unter II.1.8 und II.2.4 habe ich meine Gedanken zu möglichen Symbolisierungsstörungen blinder Kinder vorgestellt, nämlich einmal ihr Unvermögen, Konzeption und Realisierung auf einander bezogen zu erleben und zweitens Konzeption und Nicht-Realisierung zu konzeptualisieren.

Unter Rekurs auf meine bisher gemachten Aussagen stelle ich noch einmal ausführlich ein Modell einer Symbolisierungsstörung vor, das sich an der mangelnden Fähigkeit der blinden Kinder orientiert, Konzeption und Nicht-Realisierung zu repräsentieren – dies ist meine (zweite) Hypothese. Ich tue das, weil die Ich-Funktion der visuellen Wahrnehmung darin eine große Rolle spielt.

¹ In einer Stunde, die nicht Aufnahme in meine schriftliche Darstellung fand, hatte ich den Eindruck, dass das Ende einer Spieluhrmelodie für Jonathan nicht ein Enden der Melodie bedeutete, sondern den „Einbruch“ anderer akustischer Reize. Genauso erlebte ich, dass Jonathan den Gute-Nacht-Gruß der Mutter nicht als Tagesende begreifen konnte, sondern als Ausgangspunkt für eine angstvolle Stille der Nacht.

Bions Konzeption und Sprache bringen unmissverständlich auf den Punkt, was ich in der Musiktherapie erlebte: Ein Miteinander im Feld mit wenig Orientierung, aber großem Wunsch nach Beziehung.

Nach Bion (1962a, 1962b, 1963) gilt: Muss ein Individuum bei zu großer Frustration auf omnipotente Mechanismen wie den übermäßigen Gebrauch der projektiven Identifizierung zurückgreifen, um Erfahrungen zu leugnen oder auszuräumen, so tritt an die Stelle des guten ein negatives Objekt, das sofort vertrieben werden muss, was zur Fragmentierung von Objekten führen kann, die mit negativen Erfahrungen gefüllt sind und zum Lernen nicht genutzt werden können. Zudem wird die Wahrnehmung von Objekten zerstört. Die Ich-Funktion der Wahrnehmung steht (neben der der Realitätsprüfung) in engem Wechselverhältnis zur Bildung psychotischer Ich-Strukturen und wirkt sich auf die Entwicklung einer Symbolisierungsfähigkeit blinder Kinder, wie ich als hypothetische Annahme vorschlage, folgendermaßen aus:

Fragmente (von Objekten und Interaktionen) können nicht repräsentiert werden, weil das blinde Kind sich mit dem Containing der Mutter nicht identifizieren kann, solange ihm der Perspektivwechsel fehlt und nicht denkend kompensiert werden kann bzw. (dies ist meine Annahme) eine Wahrnehmungsebene als Vergleichsgröße fehlt. Ich werte die im Praxisteil von mir beschriebenen Verhaltensweisen der von mir untersuchten sechs blinden Kinder als Indizien für ihr Leben (im autistisch-berührenden Modus zu Beginn der Forschung, und ab Beginn des zweiten Jahres:) in der paranoid-schizoiden Position, die solange nicht zu überwinden war, wie das Fehlen nicht von den sehenden Erwachsenen repräsentiert und vom Kind nicht vor/an einer Vergleichs-/Grundebene (Niedecken (2010) spricht von Komplexitätsschwelle) erlebt werden konnte. Kennzeichen des kindlichen Verhaltens war z.B. das ungebrochene Omnipotenzverhalten, welches m.E. darauf verweist, dass den geburtsblinden Kindern meiner Studie bisher nicht eine Repräsentanz von Konzeption und *nicht* eintretendem Realerlebnis gelungen war. Die Kinder konnten nicht trauern. Jedenfalls solange nicht, wie es nicht zu einer Repräsentanzbildung von „Fehlen“ kam.

Ich möchte Vergleiche anstellen zwischen dem Erleben psychotisch Erkrankter und dem der sechs blinden Kinder, weil das Leben beider Gruppen als im Umfeld

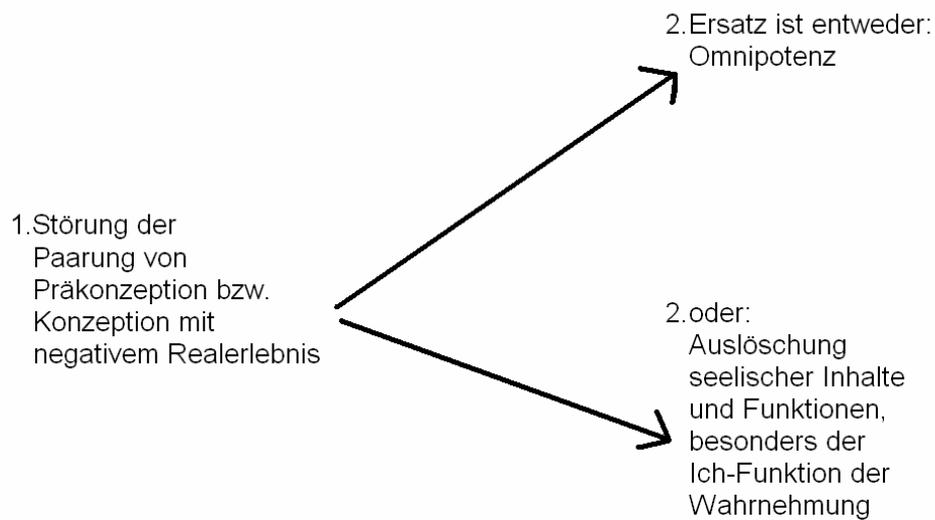
nicht repräsentierter Fragmente beschrieben werden könnte, wie ich meine, und einige Ähnlichkeiten aufweist, die ich diskutieren möchte.

Müller (2009) beschreibt die auf eben jener nicht vollzogenen Repräsentanz aus Prä-/Konzeption und negativem Realerlebnis entstehende Symbolisierungsstörung psychotisch Erkrankter so:

„Entweder ist Omnipotenz der Ersatz für die Paarung von Präkonzeption/Konzeption mit dem negativen Realerlebnis, oder, noch radikaler, es entwickelt sich vollständige Auslöschung, Verwerfung aller seelischen Inhalte und Funktion, besonders der Ich-Funktion der Wahrnehmung. Es herrscht dann zwar Bewußtsein als Perzeption der Wahrnehmung von Sinneseindrücken aus der Realität, aber kein Bewußtsein als Apperzeption, Reflexion dieser Wahrnehmungen. Ein solcher seelischer Apparat kann Sinneswahrnehmungen empfangen, doch ist keine Alpha-Funktion vorhanden, um die Sinneswahrnehmung in Alpha-Elemente zu verwandeln und ‚somit eine Fähigkeit zu ermöglichen, »selbst-bewußt« und »unbewußt« zu sein‘ (Bion 2002 [1962b], S. 231), Bedeutungen zu generieren, zu symbolisieren, zu träumen, zu verdrängen, zu erinnern“ (Müller 2009, S. 754).

Müller fügt noch hinzu, dass die Frage nahe liege, ob nicht ein affektives Trauma sich ereignet habe, bevor sich die Symbolisierung entfaltet habe (ebd.) und so die emotionale und kognitive Verbindung zwischen Mutter und Kind zusammengebrochen sei. Von den m.E. im autistisch-berührenden Modus erfolgten Einbrüchen im Erleben der blinden Kinder mit entsprechend traumatisierenden Folgen war schon die Rede. Müllers Hinweis auf den Zusammenbruch der Ich-Funktion der Wahrnehmungen ist für uns von Interesse, weil der Zusammenhang zwischen dem Sehen und der Existenz fragmentierter (und fragmentierender) psychischer Elemente beide auf dem Umstand beruhen, dass Prä-/Konzeptionen und negatives Ereignis nicht repräsentiert werden konnten/können. Müllers Überlegungen fasse ich in Abbildung 1 zusammen.

Abb. 1: Symbolisierungsstörung bei Psychosen:



Zu Abbildung 1:

Störung der Symbolbildung bei Psychosen kann gedacht werden als das Resultat aus der (1.) Störung der Paarung Präkonzeption/Konzeption und negatives Realerlebnis mit den Folgen der (2.) Flucht in die Omnipotenz und/oder der (2.) Auslöschung psychischer Inhalte und Funktionen, hier besonders der Ich-Funktion der Wahrnehmung.

Für die Entwicklung der Psyche geburtsblinder Kinder lässt sich die spezifische Störung der Symbolbildung, so meine Hypothese, wie in Abb. 2 darstellen:

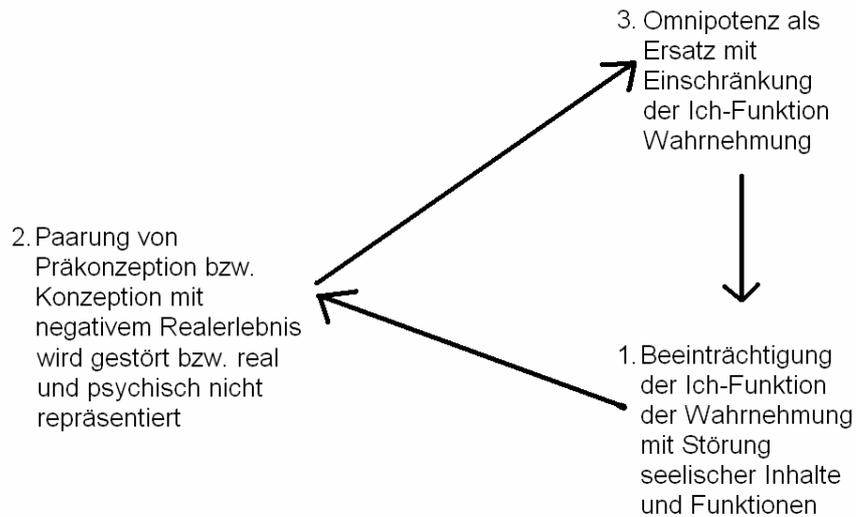


Abb. 2: Symbolisierungsstörung bei Blindheit

Aus dem Dreiecksverhältnis zwischen Wahrnehmung, der (nicht gelingenden) Repräsentanz von Fehlen/Abwesenheit und Omnipotenz lässt sich m.E. als Modell der Störung der Symbolbildung blinder Kinder folgendes Modell konstruieren:

Die Unmöglichkeit einer (visuellen) Wahrnehmung (1.) erschwert das Erleben von Prä-/Konzeption und Nicht-Realisierung (2.), führt zu Omnipotenz als Ersatz der eingeschränkten Wahrnehmung (3.) und mündet ein in eine neuerliche Vermeidung von Wahrnehmungen, nun allerdings nicht mehr primär organisch bedingt, sondern psychisch.

Und dies, weil das physische Bezugssystem fehlt. Die psychische Realisierung von Abwesenheit misslingt solange, wie eine Internalisierung einer zuverlässigen Bindung zwischen einer Konzeption und dem Eintritt des Realerlebnisses nicht realisiert/symbolisiert wird und somit ein Fehlen überhaupt erst denkbar macht.¹

¹ Erst, wenn ich mit der Murmel in der Tasse gespielt habe, wird denkbar, dass die Murmel auch aus der Tasse heraus fallen kann und dann neben der Tasse liegt. Erst, wenn ein rhythmisches Gleichmaß von der erwachsenen Person als rhythmisches Gleichmaß abstrahiert werden kann (also nicht dem pädagogischen Ziel etwa des Zählenlernens dient), ist es möglich, kleine Pausen einzufügen/auszusparen, die dann ihre Bedeutung aus der Unterbrechung des Gewohnten ziehen können.

Soweit meine hypothetischen Annahmen vor dem Hintergrund der Theorien Bions und Ausführungen Müllers.

Symbolisierungsstörung nach Lorenzer

Die blinden Kinder zeichneten sich dadurch aus, dass es ihnen in weiten Teilen unmöglich war, selbstbestimmt in symbolisches Handeln zu kommen. Da sie Gegenstände größtenteils/anfangs gereicht bekommen mussten, damit sie sie explorieren konnten, war die Eigenverfügung oft eingeschränkt oder gehemmt. Damit fielen – darauf weist Lorenzer (1992/1984) hin – ganze „Bedeutungsfelder im Erleben“ aus (ebd., S. 167). Man stelle sich das 3-jährige Kind vor, dem immer wieder gesagt wird „Mach’ doch mal!“. Anpassung oder Rebellion können logische Reaktionen des Kindes sein, Eigeninitiative und Selbstverfügung können unter diesen Umständen ersterben. Dass das Verhalten in so einem Fall eine Verkürzung auf „instrumentell-strategisches Verfügen“ erfahren konnte, lag außerdem an der Angst des blinden Kindes (z.B. Jonathans) vor ungewissen Gefahren einerseits und der Notwendigkeit sich zu orientieren andererseits. (Man erinnere sich: Länger (2002) hatte andere/sehende Menschen im Erleben blinder Menschen „Orientierungsbojen“ genannt, also verfügbare Gegenstände zum „Nutzen“.) Lorenzer sieht im Ausfall von sinnlichen Bedeutungsfeldern und der daraus resultierenden Verhaltensverkürzung auf instrumentell-strategisches Verhalten eine Bedingung für die Ausbildung von Aggressivität, „die Menschen und Dinge gleichgültig-gleichgeltend zu destruieren vermag“ (ebd.). Nichts anderes beschreibt die Soziologin Länger.

Eine wie auch immer affektiv besetzte Umwelt der frühen Beziehungen nennt Lorenzer „Heimat“. Dies gilt auch für eine erlebnisarme: Eine auf Erlebnisschablonen verkürzte (Lorenzer schreibt „einfunktionalisierte“, ebd., S. 168) Welterfahrung beruht auf einer defizitären Ausbildung sinnlich-symbolischer Interaktionsformen aufgrund verkürzter – und das heißt sinnlich auf wenige Formangebote eingeschränkte – Erlebnisbereiche.

Erlebnisbereiche – und das ist m.E. die Crux – sind für blinde Kinder generell eingeschränkt und erfahren eine zusätzliche Behinderung durch den Umstand, dass 1. fast aller Kontakt zur Gegenstandswelt über menschlich-soziale Vermittlung stattfindet und Eigeninitiative zerstört und 2. die Formangebote immer eine auf bestimmte Weise strukturierte Wahrnehmung erzwingen und

Verhaltensweisen „züchten“. Mit Lorenzer: „Wirkung und Ware werden in Schablonen zusammengefügt“ (ebd., S. 173).

Was die blinden Kinder also anfangs in der Musiktherapie taten, spricht einmal davon, welche Bedeutung sie den verfügbaren Gegenständen – stellvertretend für ursprüngliche Situationen – gaben. Die Struktur sensomotorischer Komplexe blieb hier die gleiche wie sie dort gewesen war.

Aufgrund der verminderten Eigenaktivität der blinden Kinder war die Entstehung von Protosymbolen möglicherweise ebenfalls eingeschränkt. Und auf Basis als brüchig erlebter Praxisfiguren konnte sich auch das dazu gehörige Sinngefüge nur brüchig ausbilden bzw. den Sinn „Brüchigkeit“ oder „brüchig“ ausbilden, was sich z.B. im Gebrauch von Gegenständen (Keyboard und Musiktherapeutin) als Ausdruck und Niederschlag der sinnlich-symbolischen Formen „im“ Kind zeigte.

Das symbolische Spiel der blinden Kinder

Ich möchte daher behaupten, dass die von mir untersuchten Kinder durchaus symbolisch spielten und dass das Spiel einmal ihr Erleben „abbrechender Interaktionen“ abbildete und entsprechende Gegenübertragungs-Reaktionen in mir auslöste, z.B. die große Anstrengung, verstehen – und das heißt im wesentlichen: Verbindungen und ihre Strukturen und Gesetzmäßigkeiten denken – zu wollen.¹

Andererseits zeigte sich aber auch das Bemühen der blinden Kinder, über gegenständliche Bedeutungsträger ins freie Spiel zu gelangen und also spielerische Verfügung über unverarbeitete Erlebnisse zu erlangen via Abbildung dieser Situationen. Der Gang dabei war dieser:

Szenisch-sinnliche Erlebnisschläge entfaltete jedes blinde Kind in der Musiktherapie als sinnlich-symbolische Interaktionsformen. Ihr Formenreichtum war anfangs gering, aber auffindbar, besonders in musikalischen Verstehensmustern: Ohne Verbindungen zunächst Hanna, dann in der Musiktherapie in reihenhaften Verbindungen in Kontakt gekommen; in kleinteiliger Zerstückelung anfangs Jonathan, dann das Auffangen und Halten sowohl der Fragmente wie des Kindes in Gefäßen als musiktherapeutische Handlungs-, Behandlungs-, Deutungsoption; endlich die verklebte Klammerung Antons an immer gleichen Tonketten, in Musik aufgenommen, zum Gefäß

¹ Um sie aber „verbinden“ zu können, mussten verkrustete oder ungebundene Fragmente zunächst als solche isoliert betrachtet und probeweise hier oder dort ins gemeinsame Tun eingefügt werden.

gestaltet, zur Geschichte entwickelt. Einer „Verkürzung von Erlebnisbereichen“ wurde also in der Musiktherapie dadurch begegnet, dass sinnliches Erleben dem Kind frei von Schablonen (im Sinne Lorenzers und seinen Gedanken zu „Ware und Wirkung“ meint „Schablone“ hier die Gefahr einer Verknüpfung durch sehende Erwachsene: Kind und Blindheit, sein Verhalten und seine Psyche) ermöglicht wurde. Präsentative Organisationsmuster körperlicher, sprachlicher und vor allem musikalischer Formen wurden als Formeln (das durchaus!) verstanden und probeweise mit Bedeutungen aus dem Erleben der Musiktherapeutin (stellvertretend für einen Weltbezug) verglichen. Da sowohl präsentative Symbole der Musik wie sinnlich-symbolische Interaktionsformen unmittelbar sinnlich sind, ließen sich strukturelle Wesensmerkmale von einer auf die andere Ebene übertragen, und zwar als szenische Gebilde. Dabei trat deutlich zutage, dass „Formeln der Weltdeutung und des sozialen Verhaltens“ (ebd., S. 165) sehender und blinder Menschen grundsätzliche Unterscheide aufweisen.

Das Spiel blinder Kinder allgemein, welches teilweise egozentrisch genannt werden muss, fasse ich dennoch als ein symbolisches auf. In den Szenen innerhalb der Musiktherapie symbolisierte sich ihr „in-der-Welt-sein“, ihr „Weltbezug“. Sie spielten ihr sinnlich-symbolisches Erleben von abbrechenden Interaktionen, die so zu „abgebrochenen Interaktionsformen“ wurden. Sie spielten ferner ihr/ein „Nicht-Verstehen“ unbenannter Phänomene.

Lorenzers Definition von Symbol hilft bei der Überbrückung einer theoretischen Kluft: Nicht nur die Verwendung von Gegenständen als Stellvertreter für etwas anderes (ein Stück Holz für ein Auto, eine Puppe für das Kind selbst, etc.) kann als symbolisches Spiel gelten: „Symbole sind psychische Gebilde, die äußere Objekte und Vorgänge oder innere Vorgänge repräsentieren, die von diesen Objekten im Wahrnehmungs- bzw. Erkenntnisprozess unterschieden werden können und die als selbständige Einheiten Gegenstand der Denk- und Erkenntnisprozesse werden“ (Lorenzer 1970, S. 91). Für mich soll als Repräsentanzen gelten, was in der Musiktherapie geschah. Anfangs verwendeten die Kinder nicht Symbole im Sinne von: dieser Holzklötz ist ein Auto. Hier war ich es, die Symbole als solche zu verstehen trachtete. Und ich war es, die „in Erkenntnisprozessen“ zunächst probeweise und vorläufig diese Repräsentanzen von Objekten und – noch wichtiger! – Vorgängen äußerer und innerer Art

wahrzunehmen bemüht war. Wie dann allerdings Jonathan und Anton die Verwendung von Symbolen, wie sie im Verständnis Burlinghams und Fraibergs existiert haben mag, leisteten, habe ich dargestellt. Die sinnlich-symbolischen Interaktionsformen, die aus sinnlichen Interaktionen erwachsen, bildeten den Anfang meines Verständnisses vom Symbolisierungsvermögen der sechs blinden Kinder, welches immer mit meiner Fähigkeit, solche Prozesse zu bemerken und repräsentieren, verknüpft ist.

Objektwahrnehmung und die Rolle der Musik

Wenn die Wahrnehmung von Objekten (menschlichen und gegenständlichen) gestört war oder sogar vermieden wurde, so kompensierten die blinden Kinder dies, indem sie Reproduktionen vornahmen. (Was in Stereotypen übergehen konnte und den Energiehaushalt regulieren half.) Diese Reproduktionen allerdings gestatteten zunächst nicht, sich symbolisch zu entwickeln. Man könnte sagen, das blinde Kind Anton habe „ich-und-ich-und-ich-tut-dies-dies-dies-dies“ gespielt. Kam nun aber Musik ins Spiel – oder genauer: sein Tun als etwas Musikalisches in mein Bewusstsein –, so ließen sich die Reproduktionen eingebunden in musikalische Strukturen in neutraler Art (jedenfalls wertschätzend) betrachten, konnte man doch aus „ich-und-ich-und-ich“ erstens rhythmische Spiele, zweitens Liedanfänge und drittens Zweier-Improvisationen bilden: Das Kind sagte immer „ich“, die Therapeutin sagte „und“ und veränderte das „und“, wodurch auch das „Ich“ Veränderung erfuhr. Wesentlich daran war, dass es nicht zu einem „oder“ im Sinne von Konkurrenz kam, sondern das „und“ auf Achtung des Gegenwärtigen und mögliche Erweiterung abzielte.¹

Die musikalischen Rhythmen waren wichtig, weil sie das blinde Kind hielten und ein Mittun hervorrufen konnten. Dies galt für alle Kinder gleichermaßen: Die nur blinden und die blind-mehrfachbehinderten. Die Lieder waren ebenfalls für alle Kinder von großer Bedeutung: Die Kinder liebten es, gesungen zu bekommen, wer sie in diesem Lied waren. Während sich allerdings die nur blinden Kinder hier als Individuum von einer erwachsenen Person differenziert im Umweltgeschehen wahrgenommen fanden, war für die blind-mehrfachbehinderten Kinder stark der Rückbezug auf sich selbst vonnöten: dem Kind wurde Persönlichkeit zugeschrieben, dem Handeln des Kindes ein Sinn unterstellt. Ich

¹ Eine „brüchige“ Persönlichkeit wird mit Sinn belegt, „mehr“ nicht.

sagte es schon: Ob dieser Sinn stimmte oder nicht, war völlig zweitrangig. Es ging zunächst nur darum, Sinn einzuführen, d.h. das Kind einer Sinnhaftigkeit für würdig zu halten und dies so zu formulieren, dass die Eltern den Sinn erleben konnten.¹

¹ Anrührend erlebte ich die Äußerungen einer Mutter, die die Improvisation am Klavier zwischen ihrem Kind und der Therapeutin miterlebt hatte: Sie wollte Kind und Therapeutin in einem Jazz-Club in New Orleans anmelden.

III.3 Allgemeine Grundlegung für eine Musiktherapie mit geburtsblinden Kindern oder: Blindsein ist etwas anderes als „nicht sehen“

Sowohl ein Blinder wie ein Sehender können sich Vorstellungen über das Sein des jeweils anderen machen, werden aber bemerken, dass diese Vorstellungen über das Sein des anderen unzutreffend und für ein tieferes Verständnis unzureichend sind.

Der sehende Mensch nimmt Zuschreibungen vor, beispielsweise die, dass der Blinde blind sei. Es entspringt seiner *Erkenntnis*, zu bemerken, dass sein eigenes „nicht blind“-Sein und das „nicht sehend“-Sein des Blinden sich hier begegnen. Auf Seiten des Blinden hingegen muss von der unmittelbaren *Erfahrung* gesprochen werden, dass sein eigenes „nicht-sehend“-Sein und das „nicht-blind“-Sein des Gegenübers hier aufeinander treffen. Ich gehe davon aus, dass in Bezug auf den Blinden von einer Kränkung gesprochen werden muss: was er selbst empfindet, kann der andere distanziert behaupten. Jeder der beiden muss von der eigenen Grunderfahrung ausgehen und kann das Erleben des anderen nur über Negation des eigenen definieren. Beide begegnen sich in einem Feld aus Zuschreibungen und Wahrnehmungen, in dem nicht nur kein Konsens über Vokabeln herrscht, sondern obendrein die Form der unmittelbaren Betroffenheit stark von einander abweicht. Die Fülle der Eigenwahrnehmungen und unmittelbarer Betroffenheit überwiegt beim Blinden erheblich.

Hinzu kommt noch dies:

Ich behaupte aufgrund meiner Erfahrungen in der Musiktherapie, dass ein blindes Kind länger im Erleben von Omnipotenz verbleibt als ein sehendes Kind. In kleinen Etappen kann das sehende Kind erleben, dass und wie sich menschliche und gegenständliche Objekte unter seinem Einfluss oder auch gegen seinen Einfluss verändern. Schritt für Schritt lernt es, sein Tun als wirksam oder unwirksam einzuschätzen. Das blinde Kind wird länger der Allmacht seiner Gedanken und Wünsche verhaftet bleiben, weil es Auswirkungen größtenteils einfach nicht wahrnehmen kann. Unerwartet eintretende Resultate kommen der Erfahrung von Zerschlagen der eigenen Macht gleich und sind oft überwältigend. Endlich begegnen sich beide innerhalb einer Gesellschaft, die eine Gesellschaft Sehender ist und Norm gebend fungiert, Integration des bzw. vom Blinden fordert. Es obliegt also, sofern dies nicht zwischen beiden reflektiert wird,

automatisch dem Sehenden, das Tun des Blinden zu deuten. Glofke-Schulz (2007) z.B. beschreibt eindrücklich, welche Arroganz Sehende Blinden gegenüber (oft unwissend) an den Tag legen und welche Gefühle von Ohnmacht und Kränkung dies in Blinden auslösen kann. Um zu einer emanzipierten Grundhaltung zu gelangen, ist es für den Sehenden nötig, sich nicht nur seines wertenden Begriffssystems bewusst zu werden, sondern überdies die eigene Person in Handeln und Urteilen zu hinterfragen.

Für die Musiktherapie mit geburtsblinden Kindern bedeutet dies, dass eine Begegnung, die eine Gleichwertigkeit der Personen in ihrem jeweils „Sogeworden-Sein“ proklamiert, auf dem Feld der präsentativen Symbolik stattfinden muss. Beide Personen bringen das ihre ein, und die im therapeutischen Feld – Winnicotts Übergangsraum gleich – stattfindenden Gesten des blinden Kindes sind als systemimmanent und „logisch in der kindlichen Welt“ zu verstehen, auch und vor allem dann, wenn das Begriffssystem des Therapeuten nicht trägt. Es muss von der Musiktherapeutin ausgehalten werden können, dass sie anfangs gar nichts versteht: kein sehend-logisches Verständnis hilft verstehen. Und kein sehend-logisches darf es, denn sonst würde unter der Hand nur wieder das Kind „eingepasst“ in die sehende Logik.

III.3.1 Zum Unterschied zwischen einem „blind in der Welt Sein“ und einem „sehend in der Welt Sein“ und dem Problem seiner jeweiligen begrifflichen Fassung – oder: Vom Wert präsentativer Symbolik in der Musiktherapie mit blinden Kindern

Ich werde im Folgenden Begriffe Langers (1992/1942) – diskursive und präsentative Symbolik – und die Begriffe Denotation und Konnotation, wie Zepf (2006) sie verwendet, in meinen Gedankengängen zu verbinden suchen, um der Leserin und dem Leser zu verdeutlichen, warum die präsentative Logik für die therapeutische Arbeit mit Blinden m.E. eine herausragende Rolle spielt.¹

¹ Der Versuch, eine auch nur annähernd genaue Definition der Begriffe und ihre Vermittlung zu leisten, wird von mir nicht unternommen und bleibt späteren Arbeiten vorbehalten.

Erleben und Bewusstheit – Konnotation und Denotation

Eine Herausforderung in der (hier beschriebenen) Therapie mit den blinden Kindern und Beziehungen zu blinden Menschen überhaupt stellt der Umstand dar, dass Konnotationen nicht geteilt werden (können) und auch denotative Zuschreibungen keine Übereinkunft bedeuten.

Nähern wir uns dem Problem, indem wir versuchen, die Begriffe von „Erleben“, „Bewusstsein“ und „Vorstellung“ ein wenig einzukreisen.

1. Erleben ist immer ein Erleben von etwas, welches nur erlebt werden kann, wenn ein wie auch immer geartetes Bewusstsein herrscht. Erleben impliziert also Bewusstsein.

2. Bewusstsein und Vorstellungen:

Freud (1913, S. 300) unterschied die bewusste Objektvorstellung in Wort- und Sachvorstellung. Er meinte, dass die Einheit der Sprachfunktion „Wort“ zusammengesetzt sei aus akustischen, visuellen und kinästhetischen Elementen. Diese sensorischen Elemente seien Produkte der Wahrnehmung und würden beim Sprechakt mit der motorischen „Sprachbewegungsvorstellung“ in einem „Assoziationskomplex“ zusammen gefasst. Die Wortvorstellung, die sich, so Freud, mit der Objektvorstellung verknüpfe, erschien ihm als ein abgeschlossener Vorstellungskomplex, die Objektvorstellung hingegen als offener.

„Die Wortvorstellung ist nicht von allen ihren Bestandteilen [Lesebild, Schriftbild, Bewegungsbild und Klangbild], sondern bloß vom Klangbild her mit den Objektvorstellungen verknüpft. Unter den Objektassoziationen sind es die visuellen, welche das Objekt in ähnlicher Weise vertreten, wie das Klangbild das Wort vertritt“ (Freud 1891, S 79; zit. nach Zepf 1997, S. 19).

Schließen wir hier gleich an und loten aus, in welchem Verhältnis wir uns die Verbindung aus Wortvorstellung und Objekt denken müssen, so gelangen wir zum Klang, hingegen Objektassoziationen werden über den Visus gebildet, hauptsächlich über ein Bild erschaffen.

Zepf bezeichnet als „Denotation“ Vorstellungen von Objekten, die im Umfang ihrer Begriffe liegen: Die Vorstellungen konstituieren die denotativen Bedeutungen der sprachlichen Zeichen. Dagegen sind es

„die vorgestellten Beziehungen, die Interaktionsformen eines Subjekts mit diesen Objekten, die ebenfalls dem Umfang dieser Begriffe angehören, [die] deren konnotative Bedeutung ausmachen. Die extensionalen Bestimmungen¹ eines Begriffs gliedern sich in konnotative und denotative, wobei der konnotative Bedeutungsraum sprachlicher Zeichen immer ein Teil ihres denotativen ist“ (Zepf 2006 Band I, S. 219).

„Denotative Bedeutungen sind Verallgemeinerungen der Wirklichkeit, die in Begriffen kristallisiert und fixiert sind“ (ebd., S. 27).

Daraus ist, wenn wir die Äußerungen Freuds und Zepfs zusammendenken, zu schließen, dass denotative Bedeutungen wesentlich in visuellen Bedingungen gründen und der Lebenspraxis ferner stehen als konnotative Bedeutungen, weil letztere durch Interaktionsformen konstituiert werden.

Um meine Argumente ausführen zu können, bedarf es noch der Begriffe der Objektivität bzw. „objektive[r] Zusammenhänge, in denen die durch Worte bezeichneten Gegenstände stehen“, der Lebenspraxis und (erneut) der Sprache.

3. Objektivität, Lebenspraxis und Sprache:

„Die Interaktionsformen, die auf Begriffe gebracht werden können, konstituieren die ‚konnotativen‘ Bedeutungen der sprachlichen Zeichen eines Subjekts. Das semantische System der Sprache eines Subjekts bildet sich aber nicht nur über dessen Lebenspraxis. Die erworbene Sprache verfügt bereits über ein semantisches System, in dem die Erkenntnisse, die Handlungsanweisungen und Handlungsnormen als Resultate der gesellschaftlichen Erkenntnistätigkeit festgehalten sind. Sie verweisen auf die objektiven Zusammenhänge, in denen die durch Worte bezeichneten

¹ Denotation und Konnotation differenzieren die Extension eines Begriffes in der Beziehung zum sprachlichen Zeichen (Zepf 2006, S. 219).

Gegenstände stehen und konstituieren die sog. ‚denotativen‘ Bedeutungen der Sprache“ (Zepf 1997, S. 26 f).

Diese „objektiven Zusammenhänge“, in denen die durch Worte bezeichneten Gegenstände stehen, sind, so meine Vermutung, für Blinde größtenteils nicht nachvollziehbar:¹ Das semantische System von Sprache, das sich aus der Lebenspraxis Blinder – so nehme ich an – entwickelt, kollidiert mit dem „semantische[n] System [Sehender, HWB], in dem die Erkenntnisse, die Handlungsanweisungen und Handlungsnormen als Resultate der gesellschaftlichen Erkenntnistätigkeit [Sehender, HWB] festgehalten sind“ (ebd.). Noch eindeutiger vom Standpunkt Sehender aus formuliert es Leontjew (1959), den Zepf zitiert:

„Die Vorstellungswelt, die Wissenschaft, die Sprache einer gegebenen Gesellschaft existieren als Systeme von Bedeutungen. Die Bedeutungen gehören damit zum Bereich der objektiven historischen Erscheinungen [...]. [Die] Bedeutung wird im Gegenstand oder in der Erscheinung, d.h. in einem System gegebener Beziehungen und Zusammenhänge objektiv erschlossen“ (Leontjew 1959, S. 180 f; zit. nach Zepf 1997, S. 27).²

Bedeutungen gehören demnach laut Leontjew zum Bereich der objektiven Erscheinungen, und Sprachsymbole endlich, so Zepf:

„versetzen das Subjekt in die Lage, von sich selbst und seinen, ihrem konnotativen Bedeutungsraum angehörigen Objektbeziehungen zu abstrahieren, die Objekte in ihren objektiven, denotativen Gegenstandsbedeutungen zu erfassen und sich selbst in eine bewußte Beziehung zu ihnen zu setzen“ (Zepf 1997, S. 27).

¹ Ich hatte schon erwähnt, dass blinde Vorschulkinder nicht Vater-Mutter-Kind-Spiele spielen, dass es für sie nicht möglich ist, zwei Personen (außerhalb ihrer selbst) zueinander in Beziehung zu denken und dass sie auch mit weniger Spielzeugen beschäftigt sind als sehende Kinder, weil sie sich Beschaffenheit und Position der Spielzeuge merken müß(t)en.

² Für eine Therapeutin, die damit beschäftigt ist, mehr vom „In-der-Welt-Sein“ Blinder zu begreifen, stellt sich die Frage, in welcher Weise sich solche „objektiven Erscheinungen“ oder „objektiven Beziehungen und Zusammenhänge“ darstellen mögen.

Letzteres nun – Sprachsymbole versetzen das Subjekt in die Lage, von sich selbst und seinen, ihrem konnotativen Bedeutungsraum angehörigen Objektbeziehungen zu abstrahieren – bleibt, sofern es das Abstraktionsvermögen blinder Kinder betrifft, zu hinterfragen.

Um nun meine Meinung darzulegen:

Der Gebrauch diskursiver Logik greift auf einen Referenzrahmen zurück, welcher m.E. für einen großen Teil der Menschen aus überwiegend optischen Wahrnehmungen oder Vorstellungen besteht: Man hat ein Bild oder macht sich ein Bild. Welcher Art ein Referenzrahmen blinder Menschen ist, weiß ich nicht.¹ Denotative Begriffe eines Gegenstandes, so vermute ich, rufen in sehenden Menschen unmittelbar ein Bild hervor. Konnotationen, also Bedeutungen, die wesentlich aus gemachten Erfahrungen bestehen, stehen den präsentativen Symbolen nahe, denn es geht bei präsentativen Symbolen, etwa „bei der Kunst immer darum (...), innere Erfahrungen, die sich einer diskursiven Erfassung widersetzen, auf dem bildhaften Niveau zu artikulieren“ (Lorenzer 1970, S. 78). Ich meine nun, dass es leichter ist, sich gegenseitig zu verstehen, wenn ein Sehender und ein Blinder sich über Erlebensweisen austauschen als über „absolute“ oder „objektive“ Tatbestände. Und das meint sowohl gemeinsames Erleben wie den Austausch über das, was man erlebt hat.²

Was mich so irritierte, war der Umstand, dass ich meine diskursiven Beschreibungen, die Zuschreibungen sind, hinterfragen musste. „Objektive Erscheinungen“ und mein Vokabular, das ebenso „objektive denotative Gegenstandsbedeutungen“ behauptete, erwies sich als ein Code, den die blinden Kinder größtenteils nicht verstanden.³ Natürlich sind auch die blinden Kinder in gesellschaftliche Prozesse eingebunden und davon geprägt. Und doch stehen sie,

¹ Zur Begriffsbildung blinder Schüler hat Hudelmayer (1970) geforscht, zum Thema „Vorstellungen von Gegenständen“ nach Art der Surrogatvorstellungen Blinder siehe Heller 1989. Heller nennt die Surrogatvorstellungen höchst unvollständige Objektwahrnehmungen, die zudem häufig durch Wunschvorstellungen Blinder angereichert seien.

² In diesem Zusammenhang möchte ich auf eine Fußnote Lorenzers (1970) hinweisen: Zur Unterscheidung der beiden Skalen von Symbolisierungsfähigkeit und Symbolniveau schlägt im K. Horn vor, von „subjektivem Vermögen“ versus „objektivem Vermögen“ zu sprechen.

³ Über das, was die blinden Kinder an meiner Erwachsenensprache nicht verstanden, weil sie Kinder waren, konnte während der Supervision nachgedacht werden und ist hier nicht Thema.

wie ich aus meinen Beobachtungen schließe, in weiten Teilen außerhalb der „Objektivität“, welche Leontjew und Zepf beschreiben.¹

Die Funktionsweise einer diskursiven Logik kennt die Möglichkeit einer distanzierten Außensicht. Die diskursive Logik erlaubt es einem Sprecher, das Gesagte gleichzeitig zu konterkarieren, zu unterstützen, zu überhöhen, zu transzendieren, etc., kurz: die eigene Distanz oder Meinung zu einer Aussage in ein Verhältnis zu setzen. Das Sehen ist so konstitutiv in unserer Gesellschaft, dass dieser Sinn, der das Organ par excellence ist, Distanz zu schaffen, oft nicht reflektiert bzw. für selbstverständlich genommen wird.

Die präsentative Logik verbleibt dagegen nahe der Lebenspraxis und den Interaktionen, also elementareren Codes: präsentative Symbolik wird (ein Stück weit) gelebt, bzw. in ihr tritt die Lebenswirklichkeit eines Menschen, möglicherweise zunächst als Symptom, zutage. (Damit soll nicht behauptet werden, es handele sich bei präsentativen Symbolen um weniger komplizierte oder komplexe Symbole als es für diskursive gilt.)² Wenn sich also ein blinder und ein sehender Mensch als Gleichwertige begegnen wollen, so geschieht dies sinnvollerweise auf eine Art, die von Zuschreibungen, die eine Objektivität behaupten wollen, möglichst frei ist. Konnotative Bedeutungen, solche der Lebenspraxis entstammenden Sinnzuschreibungen, erschienen z.B. in der präsentativen Symbolik der Musik. Das „In-der-Welt-Sein“ wurde Klang. Um eine präsentative Symbolik zu verstehen war es nötig, einen wie auch immer gearteten Anspruch auf Objektivität aufzugeben bzw. ihn als Visus-geprägt zu entdecken und reflektieren. Das hieß konkret, Bewegungen innerhalb eines szenischen Gesamt mit- und nachzuvollziehen, und es bedeutete, den eigenen Referenzrahmen, wenn nicht abzulegen, so doch ständig zu hinterfragen.

¹ Als Möglichkeit, meine Konflikte und mein Ringen um adäquate Darstellungsmöglichkeiten des in musiktherapeutischen Situationen Erlebten zu bewältigen, standen spirituelle oder mystische Vorstellungen über blinde Menschen bereit. Die darin oft enthaltene Verneinung eines westeuropäisch-kapitalistischen Weltverständnisses und die Abkehr von entsprechenden Werten sollte und konnte im Rahmen dieser meiner Auseinandersetzung die Lösung nicht sein und bleibt weiteren Forschungen überlassen.

² Die interessierte Leserin, der interessierte Leser findet in Lorenzers Büchlein „Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffs“ (1970) eine Fülle ausdifferenzierter Gedanken zum Thema.

Wie ein diskursives Symbol als präsentatives fungierte – oder: Warum das Wort „logisch“ als Zauberwort fungieren konnte

An dieser Stelle möchte ich meine Gedanken im Anschluss an die „Löwen-Stunde“ noch einmal aufnehmen und erklären, was es mit Gebrauch und Funktion des Wortes „logisch“ auf sich hatte.

Anton hatte schon oft die Musiktherapie mit dem Summen eines kleinen Motivs, das in der Stunde erklingen war, verlassen und hatte seine Gehbewegungen in Einklang mit dem rhythmisiert gesungenen „Tonspiel“ gebracht.

Das Wort „logisch“ weist die Vokale „o“ und „i“ auf und bietet als Abschluss sozusagen einen Mund voll „sch“. Ich meine, dass das Wort „logisch“ für Anton einen sinnlichen Genuss bedeutete. Es schien so, als habe Anton eine wohlschmeckende Speise im Mund und schöbe die Bissen mit der Zunge hin und her und schürze oder spanne dabei die Lippen an.

Ich glaube, dass Anton dieses Wort nicht kannte. Alle anderen Worte, die ich gesagt hatte, mochten ihren eigenen Anspruch auf Verstandenwerden mitgebracht haben. (Und ein blindes Kind muss viel verstehen lernen, da (fast) alle Anweisungen oder Hinweise, die ihm andere Menschen zur Orientierung geben können, über den auditiven Kanal stattfinden und überdies größtenteils ein intellektuelles Verstehen nötig machen.) So könnte es sein, dass sich Anton sträubte, Worte zu verstehen: Wenn man Kummer hatte, noch verstehen zu sollen, überstieg vielleicht doch die Möglichkeiten des Kindes, auf den Anspruch, selbst verstanden zu werden, verzichten zu müssen. Das Wort „logisch“ musste Anton nicht verstehen. Dieses Wort hatte er von mir erhalten. Es war mein Geschenk an ihn. Und: Im Satz „Das ist ja logisch“ konnte sich eine Welt eröffnen. Er konnte im Geiste leise hin und her bewegen – so wie den Klang im Mund – was wohl ein „Logisch“ sein mochte. Das diskursive Symbol fungierte als präsentatives, es reichte, dass Anton es als präsentatives nahm, er musste seinen diskursiven Wert nicht kennen. Und damit konnte er mich verlassen. Wohlgermerkt: Er ging – ließ die Tür los und ging singend und summend davon. Er musste nicht mehr mit Händen zu halten versuchen, was ihm entschwinden wollte, sondern hatte in Mund und Gedanken etwas, das er nun neugierig erkundete.

Soweit zum Problem der Begrifflichkeiten und dem Stellenwert der präsentativen Symbolik in der Musiktherapie.

III.3.2 Zusammenfassung der Musiktherapie mit blinden Kleinkindern in sieben Etappen

Eins

Kind und Musiktherapeutin sitzen auf dem Boden neben dem Keyboard.

Das Kind tut nichts.

Die Musiktherapeutin

- hält das Kind
- lautiert jede Bewegung des Kindes mit
- streicht über die sich bewegenden oder krampfenden Körperteile des Kindes
- beschreibt singend das gemeinsame Tun und Erleben in Worten

Die Interventionen:

Die Musiktherapeutin hält das Kind. Sie sitzt hinter dem Kind und hält es. Die Musiktherapeutin gestaltet lautierend, den Körper streichend, singend mit Worten jede Bewegung des Kindes. Sie richtet es so ein, dass Hände oder Füße des Kindes auf die Tastatur des Keyboards fallen.

Ich habe als Beispiel von den Anfängen der Musiktherapie mit Hanna berichtet.

Die Prozesse können wie folgt beschrieben werden:

Die Prozesse sind synchron und zyklisch. Intersubjektivität wird hergestellt über körperlichen Kontakt und dessen Be-/Umschreibung durch die Musiktherapeutin. Da das Kind Ich und Nicht-Ich nicht unterscheiden kann und dies im Gegenübertragungserleben der Musiktherapeutin spürbar ist, muss das „Inter“-Subjektivsein benannt werden.

Aus Sicht der Psychoanalyse kann formuliert werden:

Körperliche Repräsentanzen des Kindes bilden sich, indem sie zunächst der Musiktherapeutin, dann dem Kind bewusst verfügbar werden. Die Musiktherapeutin ist immer einen Schritt voraus und entwickelt bildliche Vorstellungen, d.h. sie führt das Erlebte in andere Modalitäten über, damit sie sich

aus dem coenästhetischen Geschehen in einen diakritischen Abstand lösen kann. Das Verhältnis aus Konzeption und Realisierung wird etabliert, d.h. die sichere wenn-dann-Beziehung. Das Kind lernt, dass es etwas erwarten darf.

Blindenspezifisch daran ist:

Die Musiktherapie beginnt nicht mit Musik oder Instrumenten, weil/welche das Kind nicht exploriert, sondern am Körper des Kindes. Sie muss das Kind und sich selbst spiegeln. Sie tut dies mit Berührungen und Tönen.

1. Einsicht:

Es muss immer einen sicheren und haltenden Grund für das Kind geben, vor dem erst eine Kommunikation als das davon Differentielle stattfinden kann.

2. Einsicht:

Egal, was die Musiktherapeutin tut, sie handelt immer auf einer Ebene mehr: Halten und lautierendes Begleiten reicht nicht. Die Musiktherapeutin kommt ins Sprechen, auch wenn die Worte anfangs nicht erkennbar Sinn ergeben: Die Musiktherapeutin tritt einerseits zu sich selbst in Zwiesprache: „Was tue ich hier?“ Außerdem kann die sprachliche Fassung Atmosphärisches (bei Lorenzer Protosymbole), das die Begegnung als „Bedeutungshof“ noch unerkannt umgibt, überhaupt als vorhanden merkbar machen: „Ich erlebe, habe aber (noch) keine Sprache.“ Die vokale Begleitung der Musiktherapeutin muss ein Singen sein, damit der Zwang eines diskursiven Bedeutens von Anfang an unterbunden wird. Im Singen ist Gegenwärtigsein gegeben und vorsichtige Versuche, zu verstehen, können durch gelegentlich eingestreute Worte unternommen und als solche reflektiert werden. Das Erleben: „Es ist, was es ist“, welches typisch ist für die Arbeit mit spaltenden (z.B. psychotischen) Kindern, wird so durchbrochen. Das Prinzip nenne ich: „n+1“.

Zu beachten ist:

Eine typische Gefahr dabei kann sein, dass die Musiktherapeutin unbewusst meinen kann, die Behinderung auflösen zu können. Sie kann, wie manches Elternpaar, versucht sein, gegen die Katastrophe zu kämpfen, ohne zu bemerken, dass diese längst stattgefunden hat. Hilfreich kann sein, Kinderzeichnungen zu betrachten und zu bemerken, wie in frühen Phasen aus der schwungvollen

Bewegung des kindlichen Armes zunächst Striche und „Krakeleien“ entstehen, die vom Arm ausgehen – und das Auge überraschen. So wie sich erst allmählich die Fähigkeit des sehenden Kindes bildet, dass das Auge den Arm führt – d.h., dass das Kind eine Vorstellung zu realisieren trachtet –, genauso bildet sich im blinden Kind ganz allmählich die Fähigkeit, eine klangliche Vorstellung realisieren zu wollen, d.h. ein Geräusch überhaupt produzieren zu wollen. Es kann tröstlich sein, die „kleinen, wirren“ Tongebilde der Anfangszeit mit den ungeschickten Strichen auf dem Papier zu vergleichen.

Zwei

Das Kind macht mit, was die Musiktherapeutin initiiert. Das Kind übernimmt zeitweise den Startimpuls für ein gemeinsames Tun. Das Kind provoziert Interaffektivität.

Die Musiktherapeutin

- hält das Kind
- lautiert jede Bewegung des Kindes mit
- streicht über die sich bewegenden oder krampfenden Körperteile des Kindes
- beschreibt singend das gemeinsame Tun und Erleben in Worten

Die Interventionen:

Die Musiktherapeutin hält das Kind. Sie sitzt neben dem Kind. Sie lautiert zum Tun des Kindes mit. Sie singt mit Worten, was passiert. Sie setzt markierte Unterschiede zwischen einer Bewegung des Kindes, die sie berührend und in der gleichen Körperspannung wie das Kind mitvollzieht und ihren eigenen Impulsen, z.B. indem die Hand der Musiktherapeutin der Hand des Kindes plötzlich „zu entkommen“ sucht. Es werden Sequenzen fester Abläufe etabliert.

Ich habe dies an den Beispielen „Das Mäuslein“ und „Guten Morgen, gute Nacht“ aufgezeigt.

Die Prozesse können wie folgt beschrieben werden:

Die Musiktherapeutin etabliert zyklische Prozesse und leicht asynchrone Verläufe zwischen Kind und Musiktherapeutin. Sie etabliert Variationen und fügt Markierungen ein, z.B. Endpunkte von Sequenzen. Sie variiert Sequenzlängen. Die Kontingenzbezogenheit verschiedener Modalitäten wird allmählich aufgelöst. Interaffektivität wird erreicht über das Ablösen bekannter Prozesse durch ihre Varianten. Gemeinsam durchgeführte Bewegungen erfahren nun verschiedene agogische Qualitäten wie crescendo – decrescendo, accelerando – diminuendo.

Aus Sicht der Psychoanalyse lässt sich formulieren:

Körperliche Repräsentanzen bilden sich. Konzeptionen werden gesichert und mit Realisierungen leicht unterschiedlicher Art versehen.

Blindenspezifisch daran ist:

Da Ich und Nicht-Ich für das Kind nach wie vor ungeschieden sind, wird immer noch mit „einer Begegnungsebene mehr“ von der Musiktherapeutin gehandelt: Sie hält das Kind, sie kommuniziert mit dem Kind und sie benennt, dass sie kommuniziert.

3. Einsicht:

Die Musiktherapeutin lernt: Begriffe wie „weg“ haben für das blinde Kind keine Relevanz. Das bedeutet, dass in dieser Entwicklungsphase nur eine leibliche, ganzkörperliche Erlebensweise dem Kind die wichtige Erfahrung einer Anwesenheit und eines Verschwindens als Prozess vermitteln kann.

4. Einsicht:

In der Antwort durch die Musiktherapeutin bildet sich die Art der Erwartung (Intention) des Kindes als eine spezifische überhaupt erst heraus.

5. Einsicht:

Die Musiktherapeutin lernt: Sequenzen des Tuns als szenische Arrangements finden innerhalb eines therapeutischen Rahmens statt, sie sind nicht der therapeutische Rahmen.

6. Einsicht:

Die Musiktherapeutin lernt, dass in Wahrheit (und in Anlehnung an Winnicott) „vier Personen“ anwesend sind: Ein Umwelt- und ein Objekt-Kind, sowie eine

Umwelt- und eine Objekt-Musiktherapeutin. Die Musiktherapeutin kommuniziert mit dem Objekt-Kind über das Dritte seines Umwelt-Körpers oder seines Tuns. Sie selbst hält mit sich Zwiesprache über ihr Handeln und Denken.

Zu beachten ist:

Eine typische Gefahr kann sein, dass die Musiktherapeutin nicht reflektiert, dass sie zwischen Ohnmachts- und Allmachtgefühlen hin und her schwankt. Verzweiflung und Euphorie können abwechseln. Immer wieder erlebt die Musiktherapeutin, dass das Kind sie als Person und Mensch nicht wahrnimmt und alles „ist, was es ist“, d.h. nicht über sich hinaus weist. Hilfreich kann eine Reflexion über Bilder oder Zeichnungen sein, die die Tatsache bewusst macht, dass alle bildliche Darstellung an einen Rahmen gebunden ist, am Bilderrahmen seine Begrenzung findet, und dass die Musiktherapeutin selbst bestimmt, ob sie sich quasi „im Bild“ befindet oder von außen darauf schaut.

Drei

Das Kind ist erwartungsvoll und lautiert, als die Musiktherapeutin kommt.

Es übernimmt die Initiative, indem es die Hände der Musiktherapeutin packt und die Richtung, Geschwindigkeit und Intensität des Tuns bestimmt. Das Kind sucht aktiv das Keyboard für die Produktion von Tönen und Geräuschen. Es übernimmt aktiv die Initiative im Wiederholen und umspielen des überraschend eingebrochenen „Geräusches“ mitsamt der Schreckreaktion des Kindes („huch?!“).

Die Musiktherapeutin

- hält das Kind
- lautiert jede Bewegung des Kindes mit
- streicht über Körperteile des Kindes
- beschreibt singend das gemeinsame Tun und Erleben in Worten

Die Interventionen:

Der kindliche Körper als Objekt wird durch Berührung an verschiedenen Stellen markiert und dieses benannt. Ein überraschender Einbruch wird gehalten und über diesen ungewollt von der Musiktherapeutin ausgelösten Schreck wird eine

Interintentionalität angebahnt, denn das Dritte außerhalb der Dyade durchbricht die Bezogenheit von Kind und Musiktherapeutin kurzfristig, kann sie aber nicht auflösen. Nur weil die Bezogenheit körperlich, akustisch und mental besteht, wird der Schreck als solcher fassbar und benannt.

An einem Beispiel aus der Musiktherapie mit Hanna – „Der Schreck“ – habe ich dies dargestellt.

Die Prozesse können wie folgt benannt werden:

Das Lautieren und streichende Berühren des Kindes durch die Musiktherapeutin wird asynchron, Pausen treten auf. Dialogische Strukturen vollziehen sich. Neben Varianten bekannter musikalischer Sequenzen kommt es zu einem Einbruch, der wie eine besonders heftige Markierung wirkt und in seinen möglichen Bedeutungen ausgelotet wird. Interaffektivität erfährt eine Stabilisierung, als beide den Schreck umspielen. Hier nimmt auch die Interintentionalität (die geteilte Aufmerksamkeit, der gemeinsame Wille) ihren Anfang: Beide sind auf den „Schreck“ gerichtet, beide sind im „Spiel mit dem Schrecken“ aufeinander und auf das Dritte ausgerichtet.

Aus Sicht der Psychoanalyse lässt sich formulieren:

Beta-Elemente (plötzliche Spannungszunahme des Kindes) werden in Alpha-Funktion gehalten. Der Schreck ist nicht namenlos, sondern wird als absichtlich wiederholtes Erleben mit Spannungsauf- und -abbau umspielt. Erstmals bahnt sich vor dem Hintergrund sicherer gewordener Beziehung aus Konzeption und Realisierung eine Konstellation aus Konzeption und Nicht-Realisierung an. In den Termini Lorenzers beschrieben: In sinnlich-symbolischen Interaktionsformen wird das Bekannte auf neue Weise und spielerisch inszeniert. Eine erste selbständige Stellvertretung einer früheren Interaktion wird vollzogen. Das Kind übernimmt die Regie.

Zur Erinnerung: Ich berichtete, wie Hanna als Individuum innerhalb einer als fragmentiert erlebten Welt – gut darstellbar mit Konzepten Bions – von einem Affekt des Erschreckens hätte überwältigt werden können, wenn es mir nicht gelungen wäre, den durch einen Knall ausgelösten Affekt sogleich zu halten und Hanna in (durch mich) repräsentierter Weise erneut zu vermitteln. Indem ich

meine zu spät kommende Hand (die den Schrecken ausgelöst hatte) als Teil des Spiels und Produkt der Szene begriff, konnte Hanna selbst über dieses Produkt verfügen und das Erschrecken eigenhändig auslösen. Sie konnte beide Rollen des Geschehens – Auslösen des Schreckens und Ergriffensein vom Schreck samt Ausruf – theatralisch darstellen, d.h. in der Szene eine eigene Intention unterbringen und damit den „Erwartungshorizont der Interaktionsformen begründen, mit welchem das Individuum sich als Subjekt in der Szene einfinden kann“ (Niedecken 2009, S. 4). Das bedeutet: Die frustrierende oder überwältigende Praxis konnte als Szene begriffen werden und musste nicht aufs Subjekt und seine Frustrationstoleranz (und also einen möglichen Mangel) bezogen werden. Das Kind konnte von mir als mit den szenischen Vorgaben Nichtidentisches (Niedecken) gedacht werden und sich in der Szene behaupten.

Blindenspezifisch daran ist:

Erstmals wird ein „anderes Objekt“ ins gemeinsame Erleben genommen. Ein „Schreck“ ist nicht länger namenlos, sondern wird ins eigene Verfügen herein genommen.

7. Einsicht:

Die Musiktherapeutin lernt, dass für das Erleben des blinden Kindes gilt: wenn der Körper der Musiktherapeutin (noch) da ist, ist auch das Kind „da“, d.h. das Erleben von Existenz ist an das Vorhandensein des Objektes Musiktherapeutin gebunden.

8. Einssicht:

Die Musiktherapeutin ist bereit, vom Kind gefunden zu werden. Gleiches gilt für das Keyboard.

Vier

Das Kind übernimmt nun durchgängig die Initiative, d.h. es kann sich die Musiktherapeutin bzw. die musiktherapeutische Stunde nutzbar machen. Das Kind träumt. Es singt und spricht in Worten, deren Bedeutung größtenteils unverstanden bleibt.

Die Musiktherapeutin

- lautiert nicht mehr aktiv begleitend die Bewegungen des Kindes, sondern macht die eigene Gegenwart durch ruhiges Anwesendsein und hörbar ruhige Atmung wahrnehmbar
- hält und berührt das Kind nicht durchgängig, sondern nur ab und zu wie unabsichtlich zur Versicherung ihrer Gegenwart
- versieht die gemeinsamen Aktionen mit „markierenden emotionalen Ausrufen“
- singt, spricht und flüstert, was geschieht

Die Interventionen:

Die Musiktherapeutin bietet körperliche Berührungspunkte für leichten Kontakt. Sie hält nicht mehr körperlich, sondern durch affektive Äußerungen (nicht mehr vorrangig taktiler, sondern akustischer Filter). Sie hält sich selbst und das Kind, indem sie sich selbst eines Gegenstandes bedient, der das Denken erleichtert. Im Gegenübertragungserleben übernimmt sie die Anstrengung um Orientierung, Sicherung, Halt, Akzeptanz. Sie lässt sich vergessen.

Im Beispiel der „Schwebenden Elemente“ habe ich davon berichtet, wie Jonathan mich „vergaß“.

Folgende Prozesse können beschrieben werden:

Das Geschehen vollzieht sich in synchroner Bezogenheit körperlicher Berührung. Zyklische, asynchrone oder markierte Momente gibt es nicht. Es herrscht eine affektive Bezogenheit. Das Kind redet zu sich. Der symbolische Gehalt der Worte ist nicht ein diskursiv-inhaltlicher, sondern ein präsentativer.

Aus der Perspektive der Psychoanalyse kann bemerkt werden:

Die „schwebenden Elemente“ taugen als Inhalte des kindlichen Träumens. Die Beta-Elemente werden durch die Alpha-Funktion, die sich in dieser Situation in ihrer besonderen Form erst ausbildet, zu bildlichen Vorstellungen der Musiktherapeutin. Schwebende Elemente sind als auf einander bezogen oder auch als unbezogen immerhin denkbar. D.h. dem Undenkbaren wird ein weiteres Mal die Möglichkeit abgerungen, etwas als anwesend oder auch als abwesend zu

imaginieren. Das Kind braucht den Körper der Musiktherapeutin, um psychisch entlastet zu sein. In der Gegenübertragung erlebt die Musiktherapeutin die unverbunden erscheinenden Sprachfetzen weniger als Worte, denn als Beta-Elemente, deren Spezifikum ihre Unverbundenheit ist. Sie stellt einen Container derart zur Verfügung, dass sie selbst ein Notizbuch benutzt, um denken und halten zu können. Dies hilft ihr, die Beziehung zwischen Gefäß und Inhalt, die keine Grenze kennt, zu spüren und vor allem im Bewusstsein zu halten.

In den Termini Lorenzers formuliert: Indem ich die Worte des Kindes wie einen poetischen Text begreife, erlaube ich dem Kind, mir seine Weltdeutung (die keine Welt-, „anschauung“ ist!) und seine sozialen Formen in sinnlichen Interaktionen zu vermitteln. Mein Nichtverstehen hindert mich nicht, mich dem szenischen Charakter entsprechend zu verhalten. Logisches und psychologisches Nicht-Verstehen sind in der Szene zum Ausdruck gebracht und sinnlich-symbolisch gefasst.

Blindenspezifisch daran ist folgendes:

In taktilem Bezogenheit kann das Kind, nach Anzieu, seine Haut als Schutzhülle erfahren. Es entwickelt sich daran (in der Musiktherapeutin) eine erste Vorstellung von „außen“: Die bildliche Vorstellung der Musiktherapeutin und das Notizbuch (Gefäß) mit den Aufzeichnungen der kindlichen Äußerungen (Inhalt) bahnt ein Bewusstsein für körperliche Ausscheidungsprozesse an.

Darüber hinaus entwickelt sich vor dem Hintergrund der Problematik der Trennung von Ich und Nicht-Ich die Frage, wer oder was Container ist und wer oder was der Inhalt, ob es nicht ein Austausch zwischen zwei Containern und deren Inhalten ist, wobei der Container des Kindes als solcher in diesem Vorgang erst „entdeckt“ wird. Die Musiktherapeutin entwickelt im Gegenübertragungserleben das Gefühl, vom Kind vergessen zu sein. Dies erscheint paradox: Sie bietet dem Kind einen Container und wird andererseits innerhalb des Geschehens vergessen, solange sie in körperlichen Kontakt und leise atmend entspannt verharrt. Das Kind indessen muss das Gefühl gehabt haben, dass es in der Stunde „etwas“ erlebt hat, denn es sagt zum ersten Mal überhaupt „Auf Wiedersehen!“. Indem das Kind die Musiktherapeutin „vergaß“ muss ihm möglich gewesen sein, die Musiktherapeutin so zu repräsentieren, dass es sie – wieder ins Bewusstsein geholt – verabschieden konnte.

8. Einsicht:

Die Musiktherapeutin bemerkt, dass sie einen Container – innerhalb einer szenischen Sequenz und innerhalb eines therapeutischen Rahmens – zur Verfügung stellt. D.h. räumliche Bezogenheiten und ihre Bedeutungen werden fassbar.

9. Einsicht:

Das Kind beginnt, indem es träumend spricht, in Ungeschiedenheit zwischen innen und außen zu handeln. Indem die Musiktherapeutin die „schwebenden sprachlichen Elemente“ als visuelle Elemente erleben und im Notizbuch (als graphisch-poetische Notation) festhalten kann, wird eine zunächst äußere Verortung vorgenommen. (Am Echo kann das Kind bemerken, dass es sich entäußert hat.)

10: Einsicht:

Die Musiktherapeutin muss sich als ganzes Objekt vergessen lassen.

Fünf

Das Kind kommt ins Spielen. Es spielt eine Szene, das Keyboard als Impulsgeber benutzend, nach.

Die Musiktherapeutin

- Das Lautieren wird abgelöst durch die Anweisung des Kindes, die Musiktherapeutin solle laut lamentieren.
- Die Musiktherapeutin hält nicht länger das Kind, sondern dessen „ausgespuckte“ Produkte.
- Die streichende Berührung wird abgelöst durch ein reales Halstuch.
- Singen wird zu Benennen, was geschieht. Wortbedeutungen und Bedeutungshöfe werden geteilt.

Die Interventionen:

Die Musiktherapeutin bietet im gemeinsamen Spiel einen realen Behälter zum Auffangen der kindlichen Ausscheidungsprodukte. Außerdem umsorgt sie die „verletzte“ Grenze am Austrittsort des Unbekömmlichen (Hals) mit einem weichen Tuch. Sie sucht die Ursache für die Unbekömmlichkeit des

„Erbrochenen“ im Inneren des Kindes zu verorten – noch ohne Resonanz. Sie gibt keine Deutung, sondern nur behutsame Beschreibungen des Geschehens.

Im Beispiel „Hilfe, ich muss spucken!“ zeigte ich, wie Jonathan und ich erstmals gemeinsam spielen.

Folgende Prozesse können beschrieben werden:

Das Geschehen ist zyklisch und erfährt eine allmähliche Steigerung der Intensität und Verkürzung der Sequenzlänge. Der „Als-ob“-Modus ist vorhanden, allerdings so schwach ausgebildet, dass das Spiel nicht immer als „Spiel“ dem Kind deutlich ist. Das Kind ist Urheber des Geschehens und gestaltet aktiv. Die Interintentionalität wird klar vom Kind dominiert, ist aber gegeben. Das Kind redet zu sich und zu mir.

Aus psychoanalytischer Sicht kann dargestellt werden:

Die Töne des Keyboards werden zum Ausgangspunkt für Bilder, Worte, eine Geschichte. Eine container/contained-Beziehung wird konkret umspielt. Die Grenze zwischen innen und außen, zwischen Gefäß und Inhalt tritt im Vollzug deutlich als schmerzender Hals zutage. Die Beziehung aus Konzeption und Nicht-Realisierung (das Kind spuckt nie in den Eimer) wird lustvoll in Szene gesetzt. In Worten Lorenzers: Die sinnlich-symbolische Interaktionsform wird mit einer sprachsymbolischen verknüpft. Die Szene mit dem „Versuch“ und dem wiederholten „nicht geschafft“ erlaubt es dem Kind, sich mit einem körperlichen Spannungsaufbau und -abbau leiblich zu erleben. Mit dem Konzept Niedeckens: Seine Intention kann sich in der der szenischen Spielsituation aktiv durchsetzen.

Blindenspezifisch daran ist:

An der schmerzenden Körpergrenze des Halses wird die Unterscheidung zwischen innen und außen für das Kind erfahrbar. Indem das „Außen“ durch das Spiel mit Eimer, Lappen und viel Getöse für das blinde Kind immer realer wird, bekommt auch in der Unterscheidung zwischen Ich und Nicht-Ich das Du individuelle Kontur. Außerdem gilt: Im gemeinsam gespielten Scheitern an der Aufgabe, den Eimer oder die Toilette zu erreichen, sind wir zwei bereits in Abgrenzung zu einer Erwartung verbunden: Das „man sollte“ einer gesellschaftlich vorgegebenen

Konvention gibt unserem Spiel einen diskursiven Rahmen. Unser Tun wird beschreibbar als Abweichung vom „geschafft“.

Die Rolle der Musik:

Die fest eingestellten Klänge auf dem Keyboard erlauben es dem Kind, sich mit seinem Erleben einzufädeln in ein äußeres Handeln. Anhand des Objektes „Klang“, an welchem sich das Kind festhält, kann das Kind loslassen, weil es sich verstanden und gehalten fühlt.

11. Einsicht:

Indem das Kind Beziehungen zwischen „geschafft“ und „nicht geschafft“ in szenisch-darstellender Weise erfährt und selbst gestaltet, können ihm Kausalitäten begreifbar werden. Die Szene bedarf eines sicheren Rahmens, denn noch könnte das Kind von sich selbst noch nur formulieren: „Ich bin Spucken“, aber nicht „Ich habe am Donnerstag gespuckt“. Erst am realen Gegenstand des Halstuchs kann es Erinnerung, Erkenntnis und Bedeutungszuweisung allmählich entwickeln.

12. Einsicht:

Indem wir hier das Spucken umspielen besteht die Chance, in geteilter Aufmerksamkeit so etwas wie eine gemeinsame Einstellung zum Geschehen herzustellen.

13. Einsicht:

Manche Eltern haben wenige Möglichkeiten, sich ihr Kind in einer gesellschaftlich akzeptierten Rolle vorzustellen. Die ambivalente Einstellung mancher Eltern der Musiktherapeutin gegenüber wird so verständlich: Sie (um)spielt mit dem Kind das, was Teil oder Auswirkung der Behinderung ist und eigentlich „weg“ gehabt werden will.

Zu beachten ist:

Eine typische Schwierigkeit taucht mit der Frage auf, ob maximale Anpassung oder die Beschäftigung mit unliebsamen Auswirkungen der Behinderung im Fokus einer Therapie stehen soll. Diese Frage wird oft unausgesprochen an die Musiktherapeutin heran getragen. Alterstypische sexuelle Entwicklungsmerkmale treten auf, verstärkt durch den Umstand, dass wir körpernah arbeiten. Auf typische ödipale Konflikte gehe ich hier nicht ein, sondern bleibe mit

blindenspezifischen Entwicklungsmerkmalen befasst. Kennzeichen der blinden Knaben ist, dass die Triebstärke umso heftiger erscheint, je weniger sich Objekte fassen lassen, an denen Orientierung oder Triebabfuhr möglich ist.

Sechs

Kind und Musiktherapeutin sitzen wie immer vor dem Keyboard. Das Kind ist aktiv und dominiert das Geschehen. Es weiß genau, was es will und schätzt die akustischen Resultate seines Tuns nicht nur ein, sondern geht mit deutlichen Erwartungen an Klänge ans Keyboard.

Die Musiktherapeutin

- Das Lautieren ist überwiegend der instrumentalen Begleitung mit Keyboard oder Handtrommel gewichen.
- Gehalten wird die Aktivität des Kindes in der Aufmerksamkeit der Musiktherapeutin.
- Das Singen ist zu einem Kommentieren geworden: kindliches Tun und Resultat bzw. Nicht-Resultat (etwas anderes oder gar nichts passiert) wird von der Musiktherapeutin kommentiert. Gemeinsam hergestellte Geräusch-Produkte werden von uns beiden kommentiert.

Die Interventionen:

Musiktherapeutin „überbrückt“ Pausen. Dazu übt sie eine Tätigkeit, z.B. das Spiel auf den Tasten, auch ohne hörbaren sound weiter aus. Dies im Bewusstsein, das Kind zu halten. (Ich habe beschrieben, mit welcher Deutlichkeit mir das bewusst war.) Mit dem vom Kind bewirkten Verschwinden des Tones „verschwindet“ auch die Musiktherapeutin – und ist noch da. Vielleicht kann man sagen, ein „Nicht-Ich“, das auf eine besondere Art personale Anteile hat (Klänge, die produziert werden) verschwindet, und ein „Du“, das auch personale Anteile hat (das unermüdliche Tun, der spürbare Körper) bleibt sicher vorhanden. Das heißt: das Kind hat das Erleben, auch es selbst sei noch da. In gemeinsamer Aufmerksamkeit reden wir und weisen Bedeutungen zu, welche von allgemeinen Konventionen abweichen. D.h. wir sind auf den gesellschaftlichen Rahmen bezogen, spielen damit, fühlen uns davon nicht überwältigt.

Als Beispiel diene das Spiel mit dem Präludium Nr.1 aus dem Wohltemperierten Klavier von J. S. Bach, in welchem Anton immer wieder den Ton abdrehte.

Folgende Prozesse können beschrieben werden:

Das gemeinsame Spiel erfährt deutliche Markierungen, die das Kind vornimmt. Wir reden von und über uns. Wir geben uns einen Namen und nennen uns „Künstler“. Das Kind ist zu Distanzierung, Differenzierung und Humor fähig. Wir setzen uns ins Einvernehmen über das, was wir von uns selbst halten wollen.

Aus Sicht der Psychoanalyse lässt sich formulieren:

Die Musiktherapeutin als ganzes Objekt wird zum Verschwinden gebracht (bei fühlbarer Gegenwart des Keyboards). D.h. wieder wird vor dem Hintergrund eines sicher vorhandenen Grundes eine sozusagen „davor“ existierende Figur vom Kind behandelt. Die bisher diffuse Furcht, etwas (unwissentlich) zu zerstören, wurde in der absichtsvollen „Beseitigung“ des Klanges umspielt und ermöglicht nun Trauer um Verlust. Nach Klein Anzeichen des Erreichens der depressiven Position. Konzeption und Nicht-Realisierung werden im Spiel ausprobiert und benannt. Stille ist nicht Beziehungsabbruch, sondern wird in einem Container als ein Inhalt gehalten: „Das ist leer/still. Das soll so sein.“ Wir setzen uns ins Einvernehmen darüber, dass wir Bedeutungen unserem Tun bzw. uns selbst zuerkennen. Und wir sind uns einig darin, dass wir diese Bedeutungszuschreibung vornehmen in Abgrenzung von der „landläufigen“ Meinung, nach der unser Spiel sicher nicht schön genannt würde. Wir spielen, Künstler zu sein. D.h. wir sind beide distanziert zu unserem Tun, ja, zu uns selbst und unseren Leistungen.

Zunächst wird die gesamte Situation symbolisiert. Die Szene, ausgehend von der anfangs mechanischen Spielweise des Kindes, entfaltet sich unter gemeinsamer Regie. Das immer Gleiche wird als sicher vorhanden und dynamisch gestaltet. Das Bachsche Präludium bildet einen „Vorrang der Szene“, der seine eigene Dynamik entfaltet. Das Kind kann sich bzw. seine Intention als „Nichtidentisches“ (Niedecken 2009) innerhalb des szenischen Geschehens sowohl finden wie schaffen. Die Sorge um den Verlust von Halt ist an das Objekt (die Musiktherapeutin) delegiert. Sie erhält die Szene aufrecht, das Kind kann sich ins musikalische Gleichmaß einfädeln und an ihm sein Leiden bearbeiten. Die präsentative Symbolik geht in die diskursive über.

Blindenspezifisch daran ist:

Die Markierungen Antons sind charakteristischerweise „Negativ-Marken“. Angst des Kindes vor Zerstörung als unkontrollierbare Auswirkung des Tuns (auf das das Kind wenig Einfluss hat) wird zur Sorge um das Objekt. Das Festhalten (des immer gleichen Tons) löst sich nicht in die gegenteilige Aktion des Wegwerfens, sondern wird zum „Loslassen“ im traurigen Abschiednehmen am Stunden-Ende. Das Thema Blindheit ist in Bachs Musik (Modulationen, Stillstand vor und Sprung über eine Dissonanz) enthalten. Ebenso das Thema Identität und Entwicklung wird in miteinander verschränkter Weise umspielt: Bewegung auf der Stelle (Sechzehntel) und Modulation.

Musik:

Aus einer Starre des kindlichen repetitiven Tuns wird durch therapeutische Intervention ein gleichmäßiger Rhythmus, welcher entweder gemeinsam verändert wird oder als haltender Grund eines durchgehaltenen Rhythmus' die individuelle Entfaltung des Kindes ermöglicht. Die Musik beinhaltet schon das Thema Blindheit: Erlebensweisen des Umherirrens, überraschender Einbrüche, tiefen Erschreckens und beruhigten Ankommens werden – als sensomotorische Niederschläge von Lebenspraxis im Körper gespeichert – in der aktuellen Spiel- und Hörpraxis abgebildet bzw. erneut aktiviert. Identität und Entwicklung sind als Thema in der Musik verankert.

14. Einsicht:

Das pseudo-diskursive stereotype Tun des Kindes mit starrem Rhythmus wird als präsentatives Phänomen seiner Suche nach Halt und Orientierung verstanden und über Zwischenschritte zu einem diskursiven Symbol, das den Hintergrund der kindlichen Not deutlich macht: „Was ist da, wo alles still ist?“; „Wo bin ich, wenn nichts hörbar ist?“

15. Einsicht:

Das Kind zerstört die Musiktherapeutin, aber Heike ist noch da: Das Kind braucht ein Du, um ein Nicht-Ich denken zu können. Das Kind braucht auch ein Du, um das Nichtgegenwärtigsein des Nicht-Ich spüren zu können. Nur wenn das Objekt (die Musiktherapeutin) sich zerstören lassen kann und überlebt, wird das Kind all' die komplizierten Mechanismen beherrschen lernen können, die aus der

omnipotenten Vermeidung der Registrierung seiner Behinderung bzw. seiner Folgen herausführen. Nur die Symbolisierung eines „da ist nichts“ wird das Kind instand setzen, verschiedene Formen von Abwesenheit zu unterscheiden und nicht länger mit dem Verlust der eigenen Identität gleichzusetzen.

16. Einsicht:

Die Angstbedingung Wahrnehmungsverlust = Objektverlust wird umspielt und damit das Thema Blindheit.

17. Einsicht:

Das blinde Kind hat Schwierigkeiten, zwei menschliche Objekte oder auch Gegenstände, die außerhalb seiner Reichweite sind, in Beziehung zueinander zu denken. Auf dem Keyboard (und jedem Tasteninstrument) ist die/eine Ordnung schon da, sie muss vom Kind nur „gefunden“ werden. Aufbauend auf dem „immer Gleichen“ kann „das Andere“ gefunden werden.

18. Einsicht:

Das Keyboard hat einen Namen: in diesem sind die losen Ton-Elemente „gebunden“. Wir zwei haben uns auch einen Namen geben („Künstler“), der die besonderen Möglichkeiten unseres Tuns und Verbundenseins anklingen lässt.

Zu bedenken ist:

Mit heftigen Gefühlsausbrüchen des blinden Kindes und starken Gegenübertragungsreaktionen muss die Musiktherapeutin rechnen.

Sieben

Das Kind ist aktiv. Es spielt. Es nutzt das Keyboard, indem es das Instrument umarmt, sich darauf gemütlich einrichtet, zuweilen leicht Tasten antippt oder auch heftig darauf schlägt. Es spricht die Musiktherapeutin direkt an, gibt aber keine Befehle (mehr).

Die Musiktherapeutin

- Statt zu lautieren setzt die Musiktherapeutin Bewegungen des Kindes in (s)eine Melodie auf dem Keyboard um.
- Halt und Gegenstand für Berührung ist nun das Keyboard.
- Das Singen mit Worten wird zum Lied.

- Das Kommentieren des gemeinsamen Spiels wird zum Gespräch über den Löwen.

Die Interventionen:

Die Bewegung des Kindes wird im Duktus genau aufgenommen und zu einem Lied erweitert, dessen Melodie dem Spiel des Kindes in der rhythmischen und formalen Struktur ähnlich ist. Die Musiktherapeutin hat das vom Kind eingebrachte „gestische Material“ von einer präsentativen Ebene auf eine andere verschoben.

Beispiel: Das Spiel „Der Löwe ist los!“

Die Prozesse können wie folgt beschrieben werden:

Das Geschehen ist zyklisch: „der Löwe“ (das Kind) befindet sich abwechselnd im Käfig oder in der Stadt. Das Kind redet mit mir über den Löwen, eigentlich über und von sich. Eine Geschichte wird entworfen, d.h. in die Gegenwart kommt Bewegung, wird nicht länger festgehalten.

Aus psychoanalytischer Sicht kann formuliert werden:

In den Termini Lorenzers: Die sinnlich-symbolischen Interaktionsformen werden mit sprachsymbolischen verknüpft. Die aufspringende Quarte ist der körperlich-sinnliche Niederschlag des angespannten Kindes, welches zwischen Bangen und Hoffen, Aufbruch und Verharren hin und her schwankt. Mit dem Löwen ist die Aktion benannt. Mit Niedeckens Konzept einer „Intention der Inszenierung“ versus ‚Intention der Szene‘: Das Kind kann beide Positionen – das gespannte Gefühl, abspringen zu wollen und die mutlose Ermattung – in der Szene vom Löwen unterbringen. Die Geschichte, die ihre eigene Dynamik, Form und Struktur mitbringt, gibt soviel Halt, dass sie als Rahmen dienen kann und lässt genug „Spielraum“ für die Intention des Kindes. Das Kind in der ödipalen Phase findet Gelegenheit, Triebwünsche an den Löwen zu heften.

Blindenspezifisch daran ist:

Wir erleben eine geteilte Aufmerksamkeit. Der Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt, welcher hier zutage tritt, hat nicht das sich entfernende Objekt

zum Thema, sondern setzt Anton instand, sich spielend selbst als derjenige zu imaginieren, der geht. Außerdem muss hier das blinde Kind nicht länger ein Arrangement vorgeben, welches es sicher zu beherrschen trachtet. Vielmehr werden ein bekannter und ein neuer Lebensraum spielend ausgelotet.

Musik:

Die Musik bringt die Affektlage des Kindes zum Klingen und erlaubt das Resonieren der Musiktherapeutin. Die präsentative Symbolik wird in eine diskursive überführt.

19. Einsicht:

Es taucht die Frage auf: Ist da eine Welt, in der das blinde Kind ist/sein kann oder ist es dazu gezwungen sich (weiterhin) omnipotent „seine“ Welt zu schaffen? Wird es sich mit seinen Intentionen in Szenen einbringen können oder aber überwältigt sein und Rollenklischees bedienen lernen?

20. Einsicht:

Die Musiktherapeutin kann eine Begleitung blinder Kinder im Prozess ihrer Entwicklung nicht leisten, ohne sich darüber immer wieder Klarheit zu verschaffen, wo sie steht. Dies ist deshalb schwierig, weil Visus-spezifisches Denken und Sprechen an der Realität blinder Kinder zeitweise vorbei geht und dazu führen kann, mit verstärkter Denkanstrengung das „Geheimnis“ lösen zu wollen. Eine Möglichkeit, sich in blinde Kinder einzufühlen und dennoch immer wieder zur nötigen Abgrenzung zu finden, besteht darin, das Erlebte zwischen verschiedenen präsentativen Ebenen hin und her zu schieben.¹ Einen Stift oder ein Musikinstrument in der Hand zu haben, bedeutet, ein Objekt zu haben, mittels dessen man denken kann. Die besonderen Begegnungsformen zwischen blinden und sehenden Menschen sind nicht ein Geheimnis, das gewusst oder nicht gewusst werden kann. Vielmehr betrachte ich sie als Rätsel, für dessen Lösung verschiedene Perspektiven einzunehmen und theoretische Modelle anzulegen sind, wie ich es hier versuchte.

¹ Die musiktherapeutische Arbeit mit blinden Kindern bringt es mit sich, dass die Musiktherapeutin in weitem Umfang in eine Verschmolzenheit mit dem Kind eintaucht. Um zu einer diakritischen Sichtweise zu gelangen und nicht in die Gefahr zu geraten, blindenspezifische Formen des „in-einer-Situation-verschmolzen-Seins“ zu agieren und ebenso wenig die Rettung im Ignorieren des blinden Kindes suchen zu müssen, kann eine Orientierung an räumlichen Gegebenheiten von Zeichnungen oder Bildern hilfreich sein.

III.4 Schluss und Abschied

Nach zwei Jahren Datenerhebung war diese Phase meiner Forschungsarbeit abgeschlossen und es hieß Abschied nehmen und reflektieren, was wir in den gemeinsamen Jahren erlebt und bearbeitet hatten.

Von den Anfängen der Musiktherapie mit Hanna, die zunächst so wenig zu erwarten schien und in so unbändiger Lebensfreude Initiative zu übernehmen lernte, habe ich ausführlich berichtet.

Nach zwei Jahren hatten sie und ich ein Repertoire an zehn Spielen entwickelt, sie hatte Worte wie „Bein“ oder „Arm“ erlernt, initiierte selbst verschiedene Spiele und konnte klar machen, was sie wollte und was nicht. Sie war nun fähig, in den Vierfüßlerstand zu gehen und sich rückwärts durch den Raum zu bewegen. Die Hoffnung der Mutter, Hanna werde sprechen und laufen lernen, erfüllte sich in diesen zwei Jahren nicht. Hanna wurde nach den Sommerferien in einer Schule mir integrativer Klasse eingeschult.

Susanne, von der ich hier nicht geschrieben habe, entwickelte ausgeprägte Vorlieben am Keyboard. Sie hatte anfangs nicht frei sitzen können, war ängstlich und zu keiner Bewegung bereit. Ihr Interesse an gemeinsam gemachter Musik wurde sehr schnell spürbar. Sie lernte, selbständig Lieder zu spielen, zeigte aber bald keine Neigung mehr, sie „vorzuspielen“. Susanne hatte zu Beginn der Musiktherapie den Eindruck gemacht, vor mir Ehrfurcht zu empfinden, weil ich „alles konnte“: Zwar liebte sie mein Spiel etwa des kleinen Menuetts¹ von Boccherini, machte aber den Eindruck, Angst vor meiner Überlegenheit zu haben, was sich in einer Scheu zeigte, selbst etwas zu spielen. Bald lernte sie, meine Fehler nicht nur zu bemerken, sondern sie traute sich auch, mich darauf aufmerksam zu machen und endlich sogar abschätzig, dann überlegen-entschuldigend darauf zu reagieren. D.h., dass das „Fehlerhafte“ ausgemacht und von Susanne bewertet werden konnte. Eine weitere Bearbeitung erfolgte im lustvoll schrägen Spiel an anderer Stelle: Unsere Welt wurde für eine Weile die des Jazz, was die Mutter zu der glücklichen Äußerung anregte, sie wolle uns zwei in New Orleans in einem Jazz-Club anmelden. Der liebevolle, stolze Blick, mit dem die Mutter hier auf ihr blindes Kind schauen konnte, hat der Entwicklung

¹ Luigi Boccherini: Menuett aus dem Streichquartett Opus 13 Nr. 5 E-Dur (1771)

Susannes sicher ebenso gedient wie die Musiktherapie. Susanne lernte laufen, den Gebrauch weniger Worte und wurde in einer Sonderschule eingeschult.

Carla zeigte zu Beginn der Musiktherapie eine Vielzahl stereotyper Verhaltensweisen. Sie hatte mich nicht wahrgenommen oder sich sehr heftig gegen meine Anwesenheit gewehrt, und wir (die Eltern, das Kind und ich) hatten ihre Attacken auf mich verstehen gelernt, sodass nach zwei Jahren soviel Vertrautheit gewachsen war, dass nun die „eigentliche“ Psychotherapie mit Carla hätte beginnen können. Auch Carlas Verhalten schien mir anfangs fragmentiert, kleinteilig und zusammenhanglos zu sein, was (s)ich in Nonsens-Versen zum Klingen brachte. Diese handelten nun, im Gegensatz zu Liedern bei Hanna und Susanne, nicht mehr nur vom kindlichen Körper, von Orten oder Arrangements, sondern von Carlas ausgeprägtem Willen, zu gestalten, zu formen, sich zu bewegen. Carla wollte immer wieder das Lied vom Pony hören, das unruhig mit den Hufen scharrt und dann weit über's Land traben soll. Ich gewann den Eindruck, dass Carla ihre Sehbehinderung wie eine lästige Einschränkung ihres Lebens- und Explorationswillens empfand. Ihre Gesten schienen zu sagen: „Nerv' mich nicht, hilf mit lieber!“

Die gemeinsame Aufmerksamkeit, die anfangs brüchig gewesen war und immer wieder in stereotype Handlungen einmündete, ließ sich im gemeinsamen leicht asynchronen Handtrommel-Spiel länger durchhalten und gestalten. Am Ende der zwei Jahre hatten wir einen festen Stamm an Spielen und Liedern.

Carla wechselte während der Zeit meiner Datenerhebung vom Kindergarten in die Schule und dann den Schulort, weil in einer Sonderschule in der Nähe der Eltern ein Platz für sie frei geworden war.

Valentina: Eine „direkte“ Kontaktaufnahme zwischen Valentina und mir war anfangs nicht möglich gewesen, sondern über eine Kalimba erfolgt. Das blinde Mädchen forderte geradezu die Verwendung eines Dritten, auf das wir beide Bezug nehmen konnten. Aus der Verwendung des Gegenstandes wurde im Laufe der Zeit eine persönliche Verfügung, ein Spiel, an dem auch Valentina spielend teilnahm. Dieses Spiel Valentinas brach oft ab, ohne dass mir zunächst klar war, warum. Es zeigte sich allerdings, dass die „Beziehungsbruchstücke“ für Valentina nicht „verschwanden“, sondern in meist ungeordneter Form weiter existierten.

Dies trat zutage, wenn wir Spiele spielten wie „Kuchen backen“: Hier erschienen Worte und Klänge, Instrumente und Gegenstände erneut und wurden sozusagen auf dem musikalischen Spiel „aufgefädelt“ und in einem Gefäß (hier dem „Ofen“ und einer „Keksdose“) von Valentina aufbewahrt. Valentina hatte die Musik in ihr Leben integriert, als wir uns verabschiedeten. Die Mutter hatte mehrere Instrumente besorgt, die rege in Gebrauch waren. Das Mädchen würde weiterhin in den Kindergarten gehen, vielleicht einen Kinderchor besuchen. Valentina blieb während der ganzen Zeit am „unabhängigsten“ von mir: dass ich kam, war schön – einer psychotherapeutischen Begleitung allerdings bedurfte Valentina am wenigsten von allen. Von Valentina lernte ich, wie unabhängig, glücklich und frei ein blindes Kind aufwachsen kann. Sie war eine sehr energische junge Person und das einzige Kind, das mir (im zweiten Jahr) regelmäßig Witze erzählte.

Jonathan hatte es wohl von allen sechs Kindern am schwierigsten. Obwohl in einer liebevollen Familie zuhause, machte das zarte Kind den Eindruck, von den Anforderungen des Lebens sehr belastet zu sein. Jonathan war ein freundliches, höfliches Kind. Und doch schien es ihn anzustrengen, mich bemerken zu sollen. Er schien mich am liebsten wahrzunehmen, wenn ich flüsterte oder generell zurückhaltend war. Worte und Töne wollte er, wie er sagte, durch die Ohren oder den Mund aufnehmen und „trinken“. Seine Sprache war immer (wie) Poesie: entweder klangen seine (oft ausgedachten) Worte wunderschön oder Satzbau und Wortwahl seiner Rede regte zum Nachsinnen an. Als wir das Spiel „Hilfe, ich muss spucken!“ gefunden hatten, war eigentlich die Zeit gekommen, den individuellen Problemen des Kindes (ödpale Konflikte, Abhängigkeits- und Autonomiekonflikte) Aufmerksamkeit zu widmen. Jonathans Entwicklung von sinnlich-symbolischen Interaktionsformen zur Symbolverwendung im engeren Sinne habe ich ausführlich beschrieben. Jonathan wurde vom Schulbesuch ein Jahr zurückgestellt und würde weiter den Kindergarten besuchen.

Anton hatte anfangs das Geschehen in der Musiktherapie klar dominiert und mich (ausgesprochen höflich) an die Seite gebeten, damit ich ihn nicht störte. Er war lebhaft, fröhlich und immer interessiert. Er schien meist eine klare Vorstellung davon zu haben, welcher Klang jetzt recht wäre. Es kann also nicht verwundern, dass Anton das Kind war, das am intensivsten mit den Themen Blindheit und

„Konzeption – Nicht-Realisierung“ befasst war und als einziges gegen Ende der zwei Jahre (in der Beziehung zu mir) echte Trauer zeigte. Musik spielte in Antons Familie eine große Rolle und er würde Musikunterricht erhalten, worauf er sich schon freute. Auch würde er eingeschult werden: viel Neues wartete also.

III.5 Offene Fragen

Die Problematik ist nicht so sehr, was offen geblieben ist, sondern eher, welche Fragen überhaupt gestellt worden sind, welche Antworten gefunden wurden und welche Relevanz sie haben.

Diese Arbeit versteht sich als der Versuch, einen Fächer zu öffnen.

Es geht – was das interpersonale therapeutische Geschehen betrifft – sowohl um Inhalte als auch um Begegnungsformen bzw. die Verschränkungsformen zwischen beidem. Das kommunikative Problem, das zwischen Blinden und Sehenden besteht, weil sie nicht auf den gleichen Pool an Denotationen und Konnotationen zurückgreifen können, ist in der Musik nur teilweise aufzulösen. Um überhaupt einen Zugang zu finden, waren mir Lorenzers Ausführungen zu einer psychoanalytischen Meta-Theorie hilfreich: In der Gewissheit, dass sich eine Szene ereignet – oder eben eine (von mir erwartete) Szene *nicht* ereignet bzw. *in einer Szene* nichts ereignet –, konnte ich mich selbst gehalten fühlen.

Der Unterschied zwischen Setting und Rahmen ist ein Punkt, der hier nicht ausführlich genug zur Sprache kam. Die Fragen zum Setting sind eher pragmatisch zu beantworten. Die Vorteile einer aufsuchenden Musiktherapie bestehen vor allem darin, dass Familien und Kind von langen Fahrzeiten entlastet sind und das blinde Kind nicht eine unbekannte Umgebung erkunden muss. Nachteilig wirkt sich hingegen aus, dass die Musiktherapie als ein Gestaltungselement des „familiären Nachmittags“ für das Kind schwerer als etwas „Unterschiedenes“ auszumachen ist und leicht im „Trubel“ untergehen kann bzw. das Familienleben stört.

Die Fragen zum Rahmen bedürfen einer differenzierten Auseinandersetzung, weil sie Fragen des Menschenbildes einer Musiktherapeutin oder eines Musiktherapeuten und ihr/sein Verständnis von Therapeut-sein berühren: wie will ich dem Kind begegnen und welche Rahmenbedingungen kann ich schaffen und auch als solche bewusst hinterfragen? Ich habe diese Frage für mich in der Weise gelöst, dass ich mich als zwei Personen empfand, so wie Winnicott es für die zwei Mütter des unreifen Kindes beschrieben hat.

Es bleibt offen, welche Bedeutung eine psychoanalytisch verstandene Musiktherapie in der Therapie blinder Kinder haben kann. Ich meine, dass es

gerade die Psychoanalyse ist, die hier große Chancen hat, da sie Sprache in sehr viel differenzierterer Weise mitreflektiert als es manche andere Therapieformen tun: Nicht nur eine Aussage als solche wird hinterfragt, sondern auch die Form ihres sprachlichen Ausdrucks – und in der Musiktherapie finden darüber hinaus Körperspannung, körperliche Geste, Position im Raum, Umgang mit dem eigenen Körper, den Instrumenten, der anderen Person sowie jede Art von Lautmalerei Beachtung und Gehör – und zwar bezogen auf beide Menschen im therapeutischen Geschehen: was denkt der eine vom anderen. Vom Wert der präsentativen Symbolik als Ausdrucksmittel habe ich berichtet.

Es wurden Fragen berührt zum Stellenwert des Sehens und dem, was jemand sieht bzw. welche Bedeutung er/sie – und warum – dem Gesehenen beimisst. Dabei werden philosophische Fragen berührt ebenso wie solche der Psychiatrie. Sie können hier nicht behandelt werden. Einen kurzen Überblick zu Pathologien des Blicks (Sehender) gibt Küchenhoff (2007).

Die Frage nach dem Verhältnis zwischen Angst, Raum und Enge, wie Plänkers (2003) sie formuliert, hat mich während der vergangenen Jahre beschäftigt, ohne, dass ich bisher eine Idee für die Arbeit mit blinden Kindern hätte entwickeln können.

Offen bleibt die Frage, wie viel Unruhe die Musiktherapie in die Familien brachte. Mein Eindruck ist, dass es vorrangig die Mütter sind, denen therapeutische Begleitung hilfreich sein könnte. Sie erleben weitgehend ebenfalls Einbrüche. Diese sind gekoppelt an Anforderungen, denen die Eltern gerecht werden sollen, wenn sie dem blindem Kind beste Förderung angedeihen lassen möchten. Ausnahmslos alle Eltern, die ich kennen lernte, fühlten sich aber „ungehalten“ im doppelten Wortsinn. Das Wechselbad der Gefühle wird dadurch verschärft, dass dem Blinden und seiner Familie Wertungen entgegen gebracht werden (d.h. Chancen und Risiken werden bewertet), der Wert des blinden Menschen selbst aber leicht gemindert wird, weil sich Zukunft schwer phantasieren lässt.

Endlich habe ich den Vätern hier keinen Raum gegeben. Vier Väter erlebte ich als nicht anwesend, zwei waren liebevoll bemüht und präsent. Interessierte Lesende seien auf einschlägige Literatur zum Thema verwiesen.

Grundsätzlich gilt:

Die von mir behandelten Fragen stellen nicht einen repräsentativen Querschnitt aus der musiktherapeutischen Arbeit mit geburtsblinden Kindern dar, sondern sollen als ein Beitrag zu den „Anfängen einer psychoanalytisch orientierten Musiktherapie mit geburtsblinden Kindern“ unter besonderer Berücksichtigung der Frage nach einer Symbolbildung verstanden werden.

Es wurden auch nicht solche Fragen gestellt, deren Antwort zum Greifen nahe schien bzw. in Werken zur Kindermusiktherapie behandelt wurden. Vielmehr wurden von mir solche Aspekte der Musiktherapie vorgestellt und bedacht, die mir Probleme bereiteten. Ich trage also nicht (nur) musiktherapeutische Lösungsansätze zur Bewältigung von Schwierigkeiten (in der Entwicklung blinder Kleinkinder) vor. Es war mein Ansinnen, auch die Sichtigkeit der Musiktherapeutin oder des Musiktherapeuten zu hinterfragen. Sie oder er befindet sich an einer Schnittstelle zwischen normierender Umwelt und blindem Kind und hat mit dem Medium Musik eine „Sprache“ zur Verfügung, die ihr oder ihm tiefere Einblicke gestattet als es den Eltern oft möglich ist.

Dies habe ich als ein Privileg empfunden.

III.6 Nachwort

Die Musiktherapeutin wurde sich ihres Handelns und Fühlens innerhalb der musiktherapeutischen Sitzungen bewusst, was ich Repräsentanz Erster Ordnung nenne. Gemeint sind hier Antworten auf Fragen wie: „Warum habe ich so gehandelt, was war Sinn und Ursache? Was war das Resultat, wollte ich dieses oder doch etwas anderes erreichen?“

Entscheidend war nun, eine Repräsentanz Zweiter Ordnung zu entwickeln, indem in einem weiteren Schritt ein Überblick aus einer externen Warte erlangt wurde auf die Musiktherapie und das darin befindliche Gesamtgeschehen vor dem Hintergrund einer Umwelt des Kindes mit seinen darin handelnden Personen. Die Musiktherapeutin musste sich als Teil ihrer eigenen und dieser Umwelt im Geschehen selbst symbolisieren. Analog dem Verhalten mancher Mütter in Imamura's Studie, die nicht den Blick in die toten Augen des Kindes ertrugen und flüchteten, musste die Musiktherapeutin reflektieren, welcher Verhaltensweisen sie sich bediente, um dem Schmerzlichen, Bedrohlichen zu entkommen und ob ihr gesellschaftliche Konventionen dabei Vorschub für Ausweichmanöver leisteten. Das heißt, sie musste nicht nur von außen – quasi aus der Perspektive des Beobachters, *Supervisors* – auf das innertherapeutische Geschehen schauen, sondern auch ihren Standpunkt außerhalb des unmittelbaren Geschehens mit bedenken. Neben dem Bewusstsein für das eigene Menschenbild meine ich damit ein waches Bewusstsein dafür, dass Blindheit Kontext bezogen hergestellt wird. Als Hilfe und Anschauungsmaterial dienten mir Zeichnungen und Bilder und die Frage, wie ein Künstler mit Rahmen und Begrenzungen (etwa der Leinwand) umgegangen war und wie lebenspraktische oder zeitgeschichtliche Kontexte auf seine künstlerische Form eingewirkt haben mochten.

In Verwendung des Szenischen Verstehens Lorenzers (innerhalb der therapeutischen Situation) musste ich auf das logische und psychologische Verstehen in Teilen verzichten. Stattdessen musste ich zu der Fähigkeit gelangen, mich in meiner Betrachterposition außerhalb des Musiktherapie-Geschehens zu imaginieren. Ich musste mich selbst auch außerhalb des therapeutischen Geschehens neu definieren, mein Sprach- und Denksystem hinterfragen, um nicht über Fallstricke allzu sicher geglaubten Wissens über Blinde zu stolpern.

Wir sind am Ende dieser Reise angelangt.

Teil IV

IV.1 Anhang: Alfred Lorenzers Begriff des „Szenischen Verstehens“

Wie der Begriff schon sagt, geht es um das Begreifen einer Szene. Genauer gesagt um das Begreifen dreier Szenen:

- Ursprungsszene
- geschilderte oder phantasierte Situation
- jetzige Situation zwischen AnalysandIn und PsychoanalytikerIn

Das hermeneutische Konzept des Szenischen Verstehens entwickelte Alfred Lorenzer im Rahmen einer Metatheorie der Psychoanalyse. Das Lebensdrama des Individuums, seine unbewussten und bewussten Entwürfe, seine Interaktionen mit seiner Mit- und Umwelt sind hier der Gegenstand der Psychoanalyse. „Sinn“ interessiert dieses Verstehen nicht als ein von den Subjekten abgelöstes Objektives, sondern als Verwirklichung des Subjektes in seinem Beziehungsfeld (Lorenzer 1970a/2000, S. 141). Die Gefühlsreaktionen des Therapeuten (Gegenübertragung bzw. deren Reflexion) geben (die) wichtige(sten) Informationen über latente Szenen, Wünsche, Ängste. Alfred Lorenzer hat verschiedene Ebenen von Verstehen unterschieden:

- a) Logisches Verstehen rekonstruiert den sachlichen Gehalt von Kommunikation und Interaktion,
- b) psychologisches Verstehen zielt auf den emotionalen Beziehungsgehalt,
- c) szenisches Verstehen zielt auf Szenenmuster, welche gewissermaßen als Organisator bisher verstreuter Lebensäußerungen hervortreten.

Hier die Darstellung einiger Termini, die zur Erfassung des Begriffs „Szenisches Verstehen“ unerlässlich sind:

1. Selbst (-repräsentanz), Objekt (-repräsentanz), Situation

Das Selbst (eines jeden Menschen, hier des Analysanden) in der und der Situation bildet ein Symbol der Selbstrepräsentanz; in der und der Situation repräsentieren die und die Einzelsymbole das Objekt. (Objektrepräsentanz weisen grundsätzlich einen Beziehungscharakter auf.) Verbunden werden die mit einander in Beziehung stehenden Symbole der Selbst- und Objektrepräsentanz durch die Situation, die ebenfalls als Symbol gefasst wird. D.h. die Symbole aus Selbstrepräsentanz, aus Objektrepräsentanz und als Symbole gefasste strukturierte Beziehungen können sich nur synchron entwickeln.

Die therapeutische Operation ist ein vergleichbarer Vorgang, denn jede erneute regressive Teilnahme (des Analytikers an der Situation des Analysanden) knüpft an eine ungeschiedene Beziehungslage an.

Mit dem Begreifen der Situationen als Sinn einer konkreten Szene wird dreierlei differenziert.

Die Position des Selbst (in einer so und so gearteten Verhaltensstruktur) wird als Symbol betrachtet.

In Abhebung gegen das korrespondierende Symbol des Selbst tritt ein Symbol innerhalb der Objektrepräsentanz hervor.

Die Beziehung wird als Symbol begreifbar.

2. Symbol – Klischee

Wird eine Beziehungssituation (mit Symbolcharakter) vom Kind als konfliktiv und für es selbst bedrohlich erlebt, so kann das Kind sich z.B. durch Verdrängung zunächst aus der Gefahr retten. (Stark verkürzt: Das Kind wehrt seine inneren Triebwünsche ab, weil es spürt, dass das Ausleben dieser Triebwünsche es in die Gefahr brächte, von Erwachsenen „vernichtet“ oder „beschädigt“ zu werden.) Die Distanz zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen wird zunehmend aufgelöst, die Szene wird regressiv „eingeschmolzen“ zu etwas „funktionell-Szenischem“. Von nun an wird jede Szene, die dieser Situation in ihrer Struktur genügend ähnlich ist, unbewusst agiert. Aus dem Symbol ist ein Klischee geworden, welches emotional hoch besetzt ist (bleibt), nicht begriffen werden kann (die Originalszene bietet das vollständige Bild, während alle späteren Szenen bereits von der sekundären Überarbeitung verschleiert sind und eine Mauer zwischen Realität und Phantasie aufgerichtet ist.) und sich unverzögert entlädt. Wir sprechen auch vom Wiederholungszwang. Die Wiederkehr des Verdrängten zwingt den Patienten, in immer gleicher Weise szenisch zu agieren. Diese Reproduktionen der infantilen Beziehungsmuster in den Szenen der Gegenwart führen den Analytiker zu den Originalvorfällen.

3. Übertragung – Gegenübertragung

Um den Analysanden in seiner Wirklichkeit und seinen Lebensbezügen zu verstehen, lässt sich der Analytiker absichtlich, emotional beteiligt und wachsam darauf ein, verwickelt zu werden: Der Analytiker lässt sich ein auf den Prozess von Übertragung und Gegenübertragung. Indem der Analytiker erlebt, wie der Analysand ihn ins Übertragungs- und Gegenübertragungsspiel verstrickt (ebd., S.225), beginnt er als Symbol zu fassen, was passiert, und kann es in sich als Selbst- und Objektrepräsentanzen distanzieren. Hierbei kann der Analytiker in konkordanter oder aber komplementärer Weise empfinden. Der Analytiker erlangt über das sich-Bewusstmachen der in ihm stattfindenden Vorgänge eine reifere Form der Teilnahme, nämlich das Verstehen.

4. „Gesteuerte Regression“

In seiner Differenzierung von „logischem Verstehen“ und „Nacherleben“ kommt Lorenzer zu dem Schluss, dass beide Verstehensformen die Grenzen zum Unbewussten nicht überschreiten können. Das Verstehen, das hier am Werk ist, beginnt immer mit logischem Verstehen. Es richtet sich als psychologisches Verstehen auf die Realität in den psychischen Vorgängen des Patienten, geht aber über zu einem szenischen Verstehen, das auf das Erfassen der Situation des Patienten im Feld seiner Objekt-Beziehungen aus ist (ebd., S. 187).

Die Mittel des Verstehens sind vorübergehende Identifikation und Wandlung von bloßem Einbezogensein (des Analytikers) in Teilnahme mit einer Bestimmung der Positionen von Analysand und Analytiker: Bloße Teilhabe des Analytikers wird zu bewusster Teilnahme an der Situation des Analysanden.

Im Analytiker steigen Abkömmlinge des eigenen Unbewussten als Reaktion auf den Analysanden auf, die er wahrnimmt.

Er schließt daraus auf seine eigenen unbewussten Vorgänge.

Die Einsicht in eigene unbewusste Prozesse erlaubt dem Analytiker eine vorübergehende Identifikation mit den unbewussten Prozessen im Analysanden, die seine (des Analytikers) bewusste Reaktionen hervorrufen.

Nach der Regression hin zur koinästhetischen [alternative Schreibweise ist „coenästhetisch“; HWB] Funktionsweise folgt ein weiterer Prozessschritt: Ordnen und Verbalisieren: Hier ist die diakritische Funktionsweise gemeint. Die koinästhetische Organisationsweise wirkt dabei wie der Primär-, die diakritische wie der Sekundärvorgang (ebd., S. 219).

Der Verstehensprozess besteht demnach aus zwei Schritten.

- Schritt 1: Einsicht wird gewonnen in regressiver (= koinästhetisch verankerter) Position des Analytikers.
- Schritt 2: Der Analytiker geht weiter in die diakritische Phase ohne die Identifikation mit dem Analysanden zu lösen.

5. Wandlung der Beziehung

Der Analytiker ist dem Analysanden immer einen kleinen Schritt voraus.

- Auflösung der Regression
- Übergang von Primär- zu Sekundärprozessen
- Wandlung von unbewusster Teilhabe (= nur agierbar, nicht von Analytiker agierte Szene) zu verstehender Teilnahme an bewusst gewordener Situation

Im Analytiker werden drei Arten von Symbolen der Reflexion zugänglich:

- Symbole des Bereichs Selbstrepräsentanzen des Analytikers
- Symbole des Bereichs Objektrepräsentanzen (Repräsentanzen des Analysanden im Analytiker)
- Symbole, die die Beziehungen zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen als „Situation“ fassen

Diese letzte Art der Symbole ist die wichtigste, weil früheste, auf dem Weg der Rückwandlung von Klischee zu Symbol.

6. Die Sprachzerstörung und ihre Rekonstruktion

Wenn zwei Leute dieselbe Vokabel benutzen, meinen sie nicht notwendigerweise das gleiche.

Wie schon erwähnt, geschieht bei der Verwandlung (eigentlich Rückwandlung) einer als Symbol begriffenen Szene zum Klischee mehrerlei. So ist klischeebestimmtes Verhalten z.B. ist von der Sprachkommunikation ausgeschlossen. Durch das unablässige Überformen allen Verhaltens (also auch des klischeebestimmten) wird der Verlust an subjektiver Verfügung ausgeglichen. D.h. realitätsangemessenes und -unangemessenes Verhalten vermischen sich. Eine Szene spielt sich ab, die ihre Energie/Emotion in dieser Form aus einer weit zurückliegenden Szene erhält. (Ein Agierender zieht einen Anderen mit hinein. Übertragung und Gegenübertragung findet überall statt.)

Die im Bildungsprozess des Individuums sich entwickelnden Strukturen sind zugleich Strukturen der Sprache und des Handelns, so dass beim Verdrängungsprozess die Strukturen zwar aus der Kommunikation ausgeschlossen werden, ihre Dynamik als Klischee aber bewahren. Das neurotische Verhalten bleibt an die Bildungsprozesse gebunden, die Motive verlieren aber ihren Symbolcharakter, sie werden unzugänglich. Szenisches

Verstehen kann sich den Weg zum Originalfall bahnen, weil sich in den Szenen die vom Symbolgefüge ausgeschlossenen Interaktionen durchsetzen.

Der Analytiker nun „nimmt aus der Praxis selbst die zur Praxis gehörende Sprache des Analysanden ab und holt das aus der Kommunikation Ausgeschlossene wieder in den Zusammenhang der Sprachgemeinschaft ein. Diese Leistung wird in einer „topischen Progression“ erbracht. Die topische Progression verwandelt Teilhabe in bewusste Teilnahme an der Situation des Patienten, sie komplettiert das aufgespaltene Sprachspiel wieder“(ebd., S. 228).

7. Das Verstehen

Nach Lorenzer spielt sich psychoanalytisches Verstehen auf einer Ebene ab, welche sowohl das logische Verstehen als das Bemühen um das Verstehen des Sinns des Gesprochenen als auch das psychologische Verstehen als Nacherleben der mitgeteilten Erlebnisse (somit dem Verstehen des Sprechers) überschreitet. Das szenische Verstehen nimmt das logische und das psychologische Verstehen in seinen Dienst, erfasst aber neben dem Sinn der Mitteilungen und den Erlebnisvorgängen auch den Sinnzusammenhang in Bezug auf die Lebensgeschichte des Patienten. Das Verstehen der sinnvollen Realität ist gleichbedeutend mit der Fähigkeit, die Beziehungssituation des Subjektes zu seinen Objekten und die Interaktion des Subjektes zu verstehen. Lorenzer beschreibt, wie Verstehen sich als subjektiver und intersubjektiver Vorgang denken lässt.

Indem das Subjekt Beziehung zu anderen Subjekten aufnimmt, reinszeniert es aus der Kindheit übernommene Interaktionsstrukturen; ihnen gilt das szenische Verstehen. Es erfasst die unbewußten, abgespaltenen Anteile des Ich und trägt auf diese Weise zur Komplettierung der Szene bei. Insofern geht szenisches Verstehen über das Nachempfinden von Erlebnisweisen weit hinaus.

Das Evidenzerleben (im Analytiker) markiert beim logischen Verstehen einen qualitativen Sprung, es ist der Übergang vom noch-nicht-ganz-Verstandenen zum jetzt-verstehe-ich.

Zur Erinnerung: Das Verstehen beruht auf der Erfüllung – gesichert durch Evidenzerlebnisse – von Antizipationen aufgrund der Übereinstimmung von Analytiker und Analysand als Angehörige einer Sprachgemeinschaft. In der Psychoanalyse besteht das Problem, dass wir über den gemeinsamen Besitz von kommunizierten Antizipationen „verstehen“, gleichzeitig aber die unbewussten Gehalte von der Kommunikation ausgeschlossen sind. Sprachgemeinschaft bekommt einen zweischichtigen Beziehungsrahmen als

- Teilnahme an einem gemeinsamen Sprachspiel mit übereinstimmenden Symbolen,
- Teilnahme an einem gemeinsamen Sprachspiel mit Regeln, die ihren
- Symbolcharakter verloren haben (ebd., S.198).

Durch die Teilnahme am Sprachspiel im letztgenannten Sinne eröffnet sich also die Möglichkeit, die Schranke des Verstehens, die von der Verdrängung gesetzt wird, zu durchbrechen. So findet sich Zugang zu verborgenem Sinn, zur lebensgeschichtlichen Individualität des jeweiligen Individuums. Die

Wiederherstellung der gestörten Sprache, der gestörten Symbolik kann am historisch exakten Einsatzpunkt ansetzen.

Ergebnis dieses Vorgangs ist das Verbalisieren der Situation inklusive der verschiedenen Positionen, die Analytiker und Analysand einnehmen. Endpunkt des Prozesses ist die Distanzierung von Selbst- und Objektrepräsentanzen zunächst im Analytiker. Das Begreifen der Situation als Symbol gibt dann dem Analysanden die Freiheit der Reflexion und Handlung. „Das Verstehen schließt ab mit einer Deutung, in der die Gestalt des situativen Verstehens in Worte gefasst wird“ (ebd. S. 160 f). In der Deutung „...kann der Analytiker die einzelnen konkreten Szenen miteinander verknüpfen, kann er den Sinnzusammenhang, der die Bedeutung der konkreten Einzelszene ausmacht, dem Patienten erkennbar machen“ (ebd. S. 155).

IV.2 Literatur

Die hier aufgeführte Literatur stellt eine für die Fragestellung, die meiner Forschungsarbeit zugrunde liegt, relevante Auswahl an Texten dar, die ich verwendet habe. Sie bildet eine Schnittmenge aus folgenden Disziplinen:

- Psychoanalytische Theorien (im wesentlichen Sigmund Freuds und Melanie Kleins und ihrer Nachfolger) zum Verständnis psychischer Entwicklungen
- Forschungsergebnisse zur Symbolisierung (z.B. Fonagy et al. und Hobson)
- Ergebnisse der Säuglingsbeobachtungen und -forschungen nach Stern und Gergely
- Psychologische bzw. psychoanalytische Forschungen zu blinden Kindern
- Musiktherapie mit blinden Kindern
- einige philosophische Texte zu Blick und Blindheit
- philosophische und psychoanalytische Texte zu Kommunikations- und Interaktionsprozessen
- Theorien der Behandlungstechnik
- Methoden qualitativer Forschungen, Forschungsmethoden künstlerischer Therapien

Dem Leser wird auffallen, dass Texte teilweise aus dem früheren 20. Jahrhundert stammen. Besonders bei Texten zu psychoanalytischen Beobachtungen blinder Kinder kann dies verwundern. Es lässt einen Rückschluss darauf zu, dass in letzter Zeit weniger psychoanalytische als vielmehr verhaltenstherapeutische Therapien und entsprechende Studien durchgeführt werden. Die reichhaltige Literatur zu verhaltenstherapeutisch orientierter Musiktherapie wurde hier nicht aufgenommen.

- Aepkers, F. (2008): Mit deinen Augen. Musiktherapie mit blinden Kindern und Jugendlichen. VDM Verlag Dr. Müller, Saarbrücken
- Aepkers, F., Stark, A. (2005): Musiktherapie in einer Schule für Blinde. In: Tüpker, R. et. al. (Hg.): Musiktherapie in der Schule. Reichert, Wiesbaden, S. 125 – 136
- Altmeyer, M. (2009): Dreiecksbeziehungen. Annäherungen im interdisziplinären Diskurs über das Subjekt. In: Psyche – ZPsychoanal 63, April 2009. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 399 – 413
- Anzieu, D. (1996): Das Haut-Ich. Suhrkamp TB, Frankfurt/M. Franz. Original 1985: Le Moi-peau. Bordas, Paris
- Balint, E. (1997): Bevor Ich war. Wahrnehmung und Imagination in der Psychoanalyse. Klett-Cotta, Stuttgart. Engl. Orig.: (1993): Before I was. Psychoanalysis and the Imagination. New York, London
- Balint, M. (1938): Ich-Stärke, Ich-Pädagogik und „Lernen“. In: (1969): Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt/M. und Hamburg, S. 202 – 213

- Balint, M (1999⁵/1959): *Angstlust und Regression*. Klett-Cotta, Stuttgart. Engl. Orig.: (1959): *Thrills and Regressions*. London
- Balint, M. (1969/1965): *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*. Fischer, Frankfurt/M. und Hamburg. Engl. Orig.: (1965): *Primary Love and Psycho-analytic Technique*. Tavistock Publications, London
- Balint, M., Hunt, J., Joyce, D., Marinker, M., Woodcock, J. (1975): *Das Wiederholungsrezept. Behandlung oder Diagnose?* Klett, Stuttgart. Engl. Orig.: (1970): *Treatment or Diagnosis. A Study of Repeat Prescriptions in General Practice*. London
- Barthes, R. (1990): *Der entgegenkommende und der stumpfe Sinn. Kritische Essays III*. Suhrkamp, Frankfurt/M. Franz. Original (1982): *L'obvie et l'obtus. Essais critiques III*. Edition du Seuil
- Bartolami, M. D., Martino, L. A. (2002): *Music Therapy in a Private Scholl Setting for Children with Multiple Handicaps who are Visually Impaired or Blind*. www.voices.no
- Bauer, J. (2006¹¹): *Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. Heyne Verlag, München
- Becker, M. (2002): *Begegnung im Niemandsland – Musiktherapie mit schwermehrfachbehinderten Menschen*. Beltz, Weinheim, Berlin, Basel
- Becker, M. (2006): *Das Konzept des ‚fehlenden Selbst‘ als Abwehrkonfiguration und seine Symbolisierung in zeitgenössischer Musik*. In: *Psyche – ZPsychoanal* 60, Dezember 2006. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 1227 – 1254
- Belgrad, J., Görlich, B., König, H.-D., Schmid Noerr, G. (Hg.) (1987): *Zur Idee einer psychoanalytischen Sozialforschung. Dimensionen szenischen Verstehens*. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/M.
- Bermes, C. (2004²): *Maurice Merleau-Ponty zur Einführung*. Junius, Hamburg
- Bick, E. (1964): *Bemerkungen zur Säuglingsbeobachtung in der psychoanalytischen Ausbildung*. In: Frank, C. et al. (Hg.) (2006): *Jahrbuch Psychoanalyse Band 53*. Frommann-Holzboog, Stuttgart, S. 179 – 197. Vortrag vor der Britischen Psychoanalytischen Gesellschaft im Juli 1963, veröffentl. in: (1964): *Int. J. Psycho-Anal.* 45, S. 558 – 566
- Bick, E. (1968): *Das Hauterleben in frühen Objektbeziehungen*. In: Bott Spillius, E. (Hg.) (2002): *Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis. Band 1: Beiträge zur Theorie*. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 236 – 240
- Bielska-Content, E. (2007): *Das „Modell der Multiplen Theories of Mind“ und die Erweiterung der „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“*. In: *Psyche – ZPsychoanal* 61, August 2007. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 754 – 780
- Bildungszentrum für Blinde und Sehbehinderte (1988): *Spuren in die Zukunft. Lebensperspektiven sehgeschädigter Menschen*. Nürnberg

- Bion, W. R. Zur Unterscheidung von psychotischen und nicht-psychotischen Persönlichkeiten. In: Bott Spillius, E. (Hg.) (2002): Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis. Band 1: Beiträge zur Theorie. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 75 – 99. Engl. Original (1957): The Differentiation of the Psychotic from the Non-Psychotic Personalities. *Int. J. Psycho-Anal.* 38, S. 266 – 275
- Bion, W. R. Angriffe auf Verbindungen. In: Bott Spillius, E. (Hg.) (2002): Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis. Band 1: Beiträge zur Theorie. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 110 – 129. Engl. Original (1959): Attacks on Linking. *Int. J. Psycho-Anal.* 40, S. 308 – 315
- Bion, W. R. (1992): Lernen durch Erfahrung. Suhrkamp, Frankfurt/M. Engl. Original (1962a): Learning from Experience. Mariesfield Library, Karnac, London
- Bion, W. R. (1962b): Eine Theorie des Denkens. In: Bott Spillius, E. (Hg.) (2002): Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis. Band 1: Beiträge zur Theorie. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 225 – 235, und in: *Psyche – ZPsychoanal* 27, Oktober 1963, S. 426 – 435. Engl. Original (1962): A theory of Thinking. *Int. J. Psycho-Anal.* 43, S. 306 – 310
- Bion, W. R. (1992): Elemente der Psychoanalyse. Suhrkamp TB, Frankfurt/M. Engl. Original (1963): Elements of Psycho-Analysis. Mariesfield Library, Karnac, London
- Bion, W. R. Anmerkungen zu Erinnerung und Wunsch. In: Bott Spillius, E. (Hg.) (2002): Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis. Band 2: Anwendungen. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 22 – 28. Engl. Original (1967): Notes on Memory and Desire. *Psycho-Analytic Forum* Bd. 2, Nr. 3, S. 271 – 280
- Blank, H. R. (1957): Psychoanalysis and Blindness. In: *Psychoanal. Q.* 26, S. 1 – 24
- Blood, A. J., Zatorre, R. J. (2001): Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. Montreal Neurological Institute, McGill University, Montreal, QC, Canada H3A 2B4. Edited by Marcus E. Raichle. Washington University School of Medicine, St. Louis, MO, Seite 11818 – 11823, www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.191355898
- Blum, W. (2004): Höhlengleichnisse. Thema mit Variationen. Aisthesis, Bielefeld
- Böhme-Bloem, C. (2008): Gedanken zur semiotischen Ebene. Der Mensch – animal symbolicum et diabolicum. Plädoyer für einen konnotativen Theoriegebrauch beim Prozess der Symbolbildung, der Desymbolisierung und der Diabolbildung. In: Niedecken, D. (Hg.): *Szene und Containment. Wilfried Bion und Alfred Lorenzer: Ein fiktiver Dialog.* Tectum, Marburg/Lahn, S. 103 – 135
- Bott Spillius, E. (Hg.) (2002/1990): Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis. Band 1: Beiträge zur Theorie. Klett-Cotta,

- Stuttgart. Engl. Original (1988): Melanie Klein today. Tavistock Publications, London
- Bott Spillius, E., Feldman, M. (Hg.) (1994): Betty Joseph: Psychisches Gleichgewicht und psychische Veränderung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Bowlby, J. (2006): Bindung. Reinhardt, München und Basel. Engl. Orig. (1969): Attachment and Loss, Volume 1: Attachment © Attachment. The Tavistock Institute of Human Relations, London
- Bowlby, J. (2006): Bindung und Verlust, Band 2: Trennung. Angst und Zorn. Reinhardt, München und Basel. Engl. Orig. (1973): Attachment and Loss, Volume 2: Separation – Anxiety and Anger © Separation. The Tavistock Institute of Human Relations, London
- Bowlby, J. (2006): Bindung und Verlust, Band 3: Verlust: Trauer und Depression. Engl. Orig. (1980): Attachment and Loss, Volume 3: Loss – Sadness and Depression © Loss, The Tavistock Institute of Human Relations, London
- Bowlby, J. (2001/1982): Das Glück und die Trauer. Herstellung und Lösung affektiver Bindungen. Klett-Cotta, Stuttgart. Engl. Orig.: Kapitel 1 – 7: (1979): The Making and Breaking of Affectional Bonds. Tavistock Publications. 8. Kapitel (1980): In: International Review of Psychoanalysis
- Brambring, M. (1989): Methodological and conceptual issues in the construction of a developmental test for blind infants and preschoolers. In: M. Brambring, F. Lösel & H. Skowronek (Eds.): Children at risk: Assessment, longitudinal research and intervention. De Gruyter, Berlin, S. 136 – 154
- Brambring, M. (1993): Lehrstunden eines blinden Kindes. Entwicklung und Frühförderung in den ersten Lebensjahren. Ernst Reinhard Verlag, München
- Brambring, M. (1999): Entwicklung blinder Klein- und Vorschulkinder. Edition Bentheim, Würzburg
- Brambring, M. (2008a): Angeborene Blindheit und hochgradige Sehbehinderung. Online-Familien-Handbuch, www.familienhandbuch.de
- Brambring, M. (2008b): Erwerb der Perspektivübernahme (Theory of Mind) bei blindgeborenen Kindern. Vortrag am 17.7.2008 auf dem 34. Kongress des Verbandes der Blindenpädagogen e.V., Hannover
- Brosat, H., Töttemeyer, N. (2007): Der Mann-Zeichen-Test nach Hermann Ziler. Aschendorff, Münster
- Buchholz, M. B. (2005): Der Körper in der Sprache. Begegnungen zwischen Psychoanalyse und kognitiver Linguistik. In: Fischer, H. R. (Hg.) (2005): Eine Rose ist eine Rose... Zur Rolle und Funktion von Metaphern in Wissenschaft und Therapie. Velbrück Wissenschaft, Weilerswist, S. 167 – 197
- Buchholz, M. B. (2008): Worte hören, Bilder sehen – Seelische Bewegungen und ihre Metaphern. In: Psyche – ZPsychoanal 62, Juni 2008. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 552 – 580

- Burlingham, D. (1935): Die Einfühlung des Kleinkindes in die Mutter. In: *Imago*. Band 21. Leipzig, Intern. Psychoanalyt. Verlag, S. 429 – 444
- Burlingham, D. (1961): Some Notes on the Development of the Blind. *Psychoanal. St. Child* 16, S. 121 – 145
- Burlingham, D. (1964): Hearing and its Role in the Development of the Blind. *Psychoanal. St. Child* 19, S. 95 – 112
- Burlingham, D. (1965): Some problems of ego-development in blind children. *Psychoanal. St. Child* 20, S. 194 – 208
- Burlingham, D. (1968a): Occupations and Toys for Blind Children. *Int. J. Psychoanal.* 49, S. 477 – 480
- Burlingham, D. (1968b): The Re-Education of a Retarded Blind Child. *Psychoanal. St. Child* 23, S. 369 – 385
- Burlingham, D. (1972): *Psychoanalytic studies of the sighted and the blind*. International Universities Press, New York
- Burlingham, D. (1989): *Labyrinth Kindheit. Beiträge zur Psychoanalyse des Kindes*. Fischer, Frankfurt/M.
- Codding, P. (1984): Music Therapy for Visually Impaired Children. In: *Music Therapy for Handicapped Children*. Meseraull Printing Inc., Lawrence, Kansas, USA
- Codding, P. (2000): Music Therapy Literature and Clinical Applications for Blind and Severely Visually Impaired Persons: 1940 – 2000. In: *Effectiveness of Music Therapy Procedures: Documentation of Research and Clinical Practice*. The American Music Therapy Association, Silver Spring, USA
- Cycon, R. (Hg.) (2000): *Melanie Klein. Gesammelte Schriften. Band 3: Schriften 1946 – 1963*. Frommann-Holzboog, Stuttgart. Engl. Original (1975): *The Writings of Melanie Klein*. The Hogarth Press, London
- Dale, N. (2005): Early signs of developmental setback and autism in infants with severe visual impairment. In: Pring, L. (Hg.) (2005): *Autism and Blindness*. Whurr Publ., London and Philadelphia, S. 74 – 98
- Davis, M., Wallbridge, D. (2007³): Eine Einführung in das Werk von D. W. Winnicott. Originalausgabe (1981): *Boundary and Space. An Introduction to the Work of D. W. Winnicott*. Verlag Brunner/Mazel, New York
- Decker-Voigt, H.-H. (1999): *Mit Musik ins Leben. Wie Klänge wirken: Schwangerschaft und frühe Kindheit*. Ariston, München
- Decker-Voigt, H.-H. (2000): *Aus der Seele gespielt. Eine Einführung in Musiktherapie*. Mosaik bei Goldmann, München
- Decker-Voigt, H.-H. (Hg.) (2001): *Schulen der Musiktherapie*. Reinhardt, München, Basel
- Decker-Voigt, H.-H., Knill, P. J., Weymann, E. (1996): *Lexikon Musiktherapie*. Hogrefe, Göttingen

- Decker-Voigt, H.-H. (2008): Narzissmus: „Wer klingt am schönsten im ganzen Land?“. In: Decker-Voigt, H.-H., Oberegelsbacher, D., Timmermann, T. (2008): Lehrbuch Musiktherapie. Ernst Reinhardt Verlag München, Basel, S. 153 – 166
- Decker-Voigt, H.-H., Oberegelsbacher, D., Timmermann, T. (2008): Lehrbuch Musiktherapie. Ernst Reinhardt Verlag München, Basel
- Degenhardt, S., Rath, W. (2001): Blinden- und Sehbehindertenpädagogik. Studentexte zur Geschichte der Behindertenpädagogik, Bd. 2. Luchterhand, Neuwied, Berlin
- Dehm-Gauwerky, B (2006): Inszenierungen des Sterbens – innere und äußere Wirklichkeiten im Übergang. Eine psychoanalytische Studie über den Prozess des Sterbens anhand der musiktherapeutischen Praxis mit altersdementen Menschen. Tectum Verlag, Marburg
- Dellisch, H. (2005): Pathogene Entwicklung am Beispiel von Neurosen, Borderline und Psychosen bei Kindern und Jugendlichen. Vorlesung am 09.03.05, Klagenfurt. Siehe auch: www.uni-klu.ac.at/psy/
- Dietz, M., Haitzer, S., Köwing, G., Kraus, B. (2000): Felix auf Achse. Mobilitätsgeschichten für blinde und sehbehinderte Kinder. Nikolauspflge, Stuttgart
- Dornes, M. (2006⁸/1997): Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. Fischer TB, Frankfurt/M.
- Dornes, M. (2002): Ist die Kleinkindforschung irrelevant für die Psychoanalyse? Anmerkungen zu einer Kontroverse und zur psychoanalytischen Epistemologie. In: Psyche – ZPsychoanal 56, Sonderheft September/Oktober 2002. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 888 – 921
- Dornes, M. (2005): Buch-Essay: Theorien der Symbolbildung. In: Psyche – ZPsychoanal 59, Januar 2005. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 72 – 81
- Drechs, S., Brecht, K. (1982): Psychoanalytische Ich-Psychologie. Grundlagen und Entwicklung. Suhrkamp-Taschenbuch, Frankfurt/M. (Suhrkamp 1975)
- Dürr, A. (2008³): Johann Sebastian Bach. Das Wohltemperierte Klavier. Bärenreiter, Kassel, Basel, London, New York, Praha
- Eggebrecht, H. H. (1984): Bachs Kunst der Fuge. Erscheinung und Deutung. Piper, München
- Eppel, H. (1965): Die Identifizierung in der Kinderpsychotherapie. (Original in: Psyche – ZPsychoanal 19, 1965) In: Biermann, G. (1988): Handbuch der Kinderpsychotherapie. Fischer TB, Frankfurt/M., S. 186 – 198
- Eskelinen de Folch, T. (2006): Raum, Zeit und Denkfähigkeit in der Kinderanalyse. In: Frank, C. et al. (Hg.) (2006): Jahrbuch Psychoanalyse Band 53. Frommann-Holzboog, Stuttgart. Überarb. Version eines Vortrags auf der DPV-Tagung in Bremen am 30.5.2005, S. 143 – 163

- Erikson, E. H. (1973/1959): Identität und Lebenszyklus. Amerik. Original (1959): Identity and the Life Cycle. Suhrkamp Taschenbuch, Frankfurt/M.
- Erdheim, M. (2001): Omnipotenz als Möglichkeitssinn. Freie Assoziation, 4. Jahrgang, Heft 1. Daedalus Verlag, Münster
- Federn, P. (1978/1927): Ichpsychologie und die Psychosen. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Ferro, A. (2005): Im analytischen Raum. Emotionen, Erzählungen, Transformationen. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Feser, D. (2009): Position zur inklusiven Beschulung und Bildung blinder und sehbehinderter Menschen in der Bundesrepublik Deutschland des Verbandes für Blinden- und Sehbehindertenpädagogik e. V. (VBS). In: blind-sehbehindert, 129. Jahrgang, Heft 3. Edition Bentheim, Würzburg, S. 231 – 232
- Fetscher, R. (1981): Das Selbst und das Ich. In: Psyche – ZPsychoanal 35, Juli 1981. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 616 – 641
- Fetscher, R. (1985): Das Ich, das Es und das Unbewusste. In: Psyche – ZPsychoanal 39, März 1985. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 241 – 275
- Fetscher, R. (1985): Der Aufbau des Selbst. In: Psyche – ZPsychoanal 39, August 1985. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 674 – 707
- Flick, U. (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg
- Finscher, L. (1969): Zum Parodieproblem bei Bach. In: Geck, M. (Hg.) (1969): Bach-Interpretationen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 94 – 105
- Fischer, H. R. (Hg.) (2005): Eine Rose ist eine Rose... Zur Rolle und Funktion von Metaphern in Wissenschaft und Therapie. Velbrück Wissenschaft, Weilerswist
- Fogel A. (1997): Seeing and being seen. In: Lewis V. and Collins G. M. (Hg.): Blindness and psychological Development in Young Children. BPS Books, Leicester, S. 86 – 98
- Fonagy, P. et al. (2002a): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Klett-Cotta, Stuttgart
- Fonagy, P., Target, M. (2002b): Neubewertung der Entwicklung der Affektregulation vor dem Hintergrund von Winnicotts Konzept des "Falschen Selbst". In: Psyche – ZPsychoanal 56, Sonderheft September/Oktober 2002. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 839 – 862
- Fonagy, P., Target, M. (2005²/2003): Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Foucault, M (1994): Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Suhrkamp, Frankfurt/M. Franz. Orig. (1975): Surveiller te punit. La naissons de la prison. Editions Gallimard

- Foucault, M. (2008⁸): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Fischer TB, Frankfurt/M. Franz. Orig. (1963): La naissance de la clinique. Presses Universitaires de France.
- Fink-Eitel, H. (2002⁴): Michel Foucault zur Einführung. Junius, Hamburg
- Fraiberg, S. (1968): Parallel and Divergent Patterns in Blind and Sighted Infants. *Psychoanal. St. Child* 23, S. 264 – 300
- Fraiberg, S. (1969): Libidinal Object Constancy and Mental Representation. *Psychoanal. St. Child* 24, S. 9 – 47
- Fraiberg, S. (1971): Separation Crisis in Two Blind Children. *Psychoanal. St. Child* 26, S. 355 – 371
- Fraiberg, S. (1977a): Insights from the Blind. *Comparative Studies of Blind and Sighted Infants*. Verlag Basic Inc., New York
- Fraiberg, S. (1977b): Congenital Sensory and Motor Deficits and Ego Formation. *Annual Psychoanal.* 5, S. 169 – 194
- Fraiberg, S. (1979): Blind infants and their mothers: an examination of the sign system. In: Bullock, M. (Hg.) (1979): *Before speech. The beginning of interpersonal communication*. Cambridge University Press, Cambridge, S. 149 – 169
- Fraiberg, S., Freedman, D. A. (1964): Studies in the Ego Development of the Congenitally Child. *Psychoanal. St. Child* 19. New Haven, S. 113 – 169
- Fraiberg, S., Siegel, B. L., Gibson, R. (1966): The Role of Sound in the Search Behavior of a Blind Infant. *Psychoanal. St. Child* 21, S. 327 – 357
- Fraiberg, S., Adelson, E. (1973): Self-Representation in Language and Play: Observations of Blind Children. *Psychoanal. Q.* 42, S. 539 – 562
- Frank, C., Weiß, H. (Hg.) (2002): *Kleinianische Theorie in klinischer Praxis*. Schriften von Elizabeth Bott Spillius. Klett-Cotta, Stuttgart
- Freedman, D. (1977): Studies in Sensory Deprivation. *Annual Psychoanal.* 5, S. 195 – 215
- Freedman, D. A. (1981): Speech, Language, and the Vocal-Auditory Connection. *Psychoanal. St. Child* 36, S. 105 – 127
- Freedman, D. A. (1982): Angeborene Defekte. Die Auswirkungen kongenitalen und perinatalen Sinnesverlustes auf die Entwicklung der Persönlichkeit. In: Eicke, D. (Hg.): *Neue Wege der Psychoanalyse*. Beltz, Weinheim, Basel, S. 196 – 221
- Freud, A. (1982¹³): Das Ich und die Abwehrmechanismen. Kindler TB, München
- Freud, A. (1965): Die Rolle der körperlichen Krankheit im Seelenleben des Kindes. In: Biermann, G. (Hg.) (1988): *Handbuch der Kinderpsychotherapie*. Fischer TB, Frankfurt/M., S. 350 – 363. Original in: Freud, A. (1965): *Einführung in die Psychoanalyse für Pädagogen*. Huber, Bern-Stuttgart. Erstveröffentl. (1952): *The Role of Bodily Illness in the Mental Life of Children*. *Psychoanal. St. Child* 7, S. 69 – 81

- Freud, S. (1905): Bruchstück einer Hysterie-Analyse. GW V, Fischer TB Verlag, Frankfurt/M., S. 161 – 286
- Freud, S. (1911): Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens. GW VIII, Fischer TB Verlag, Frankfurt/M., S. 230 – 238
- Freud, S. (1913): Das Unbewußte. GW X, Fischer TB Verlag, Frankfurt/M., S. 263 – 303
- Freud, S. (1914): Zur Einführung des Narzissmus. GW X, Fischer TB Verlag, Frankfurt/M., S. 139 – 170
- Freud, S. (1916): Trauer und Melancholie. GW X, Fischer TB Verlag, Frankfurt/M., S. 427 – 446
- Freud, S. (1920): Jenseits des Lustprinzips. GW XIII, Fischer TB Verlag, Frankfurt/M., S. 1 – 69
- Freud, S. (1923): Das Ich und das Es. GW XIII, Fischer TB Verlag, Frankfurt/M. S. 237 – 289
- Freud, S. (1924): Das ökonomische Problem des Masochismus. GW VIII, Fischer TB Verlag, Frankfurt/M., S. 371 – 383
- Freud, S. (1930): Das Unbehagen in der Kultur, GW XIV, Fischer TB Verlag, Frankfurt/M., S. 417 – 506
- Frohne-Hagemann, I., Pleß-Adamczyk, H. (2005): Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD-10. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Frommer, J. (2007): Psychoanalyse und qualitative Sozialforschung in Konvergenz: Gibt es Möglichkeiten, voneinander zu lernen? In: Psyche – ZPsychoanal 61, August 2007. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 781 – 803
- Gaddini, E. (2001): Das Ich ist vor allem ein körperliches. Beiträge zur Psychoanalyse der ersten Strukturen. Edition Diskord, Tübingen
- Geck, M. (Hg.) (1969): Bach-Interpretationen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Gergely, G. (2002): Ein neuer Zugang zu Margaret Mahler: Normaler Autismus, Symbiose, Spaltung und libidinöse Objekt Konstanz aus der Perspektive der kognitiven Entwicklungstheorie. In: Psyche – ZPsychoanal 56, Sonderheft September/Okttober 2002, S. 809 – 838. Original (2000): Reapproaching Mahler: New perspectives on normal autism, symbiosis, splitting and libidinal object constancy from cognitive developmental theory. In: Journal of the American Psychoanalytic Association 48, 2000, Nr. 4, S. 1197 – 1228
- Gibbons, R. (2005): Guidelines for teaching students with visual impairment and autistic spectrum disorders. In: Pring, L. (Hg.) (2005): Autism and Blindness. Whurr Publ., London and Philadelphia, S. 158 – 180
- Ginsburg, H., Opper, S. (1985⁴): Piagets Theorie der geistigen Entwicklung. Klett-Cotta, Stuttgart

- Glaser, B. G., Strauss, A. L. (2005²): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Huber, Bern. Original (1967): The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. De Gruyter, New York
- Glofke-Schulz, E.-M. (2007): Löwin im Dschungel. Blinde und sehbehinderte Menschen zwischen Stigma und Selbstwertung. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Goschl, A., Brambring, M., Gematl, H., Rohlmann, A. (1997): Längsschnittstudie zur neuropsychologischen Entwicklung blinder früh- und reifgeborener Kinder. In (1997): Kindheit und Entwicklung, 2. Heft. Hogrefe, Göttingen
- Green, A. (1975): Aktuelle Probleme der psychoanalytischen Theorie und Praxis. Analytiker, Symbolisierung und Abwesenheit im Rahmen der psychoanalytischen Situation. Über Veränderungen der analytischen Praxis und Erfahrung. In: Psyche – ZPsychoanal 29, Juni 1975. Klett, Stuttgart, S. 503 – 542
- Green, A. (2004): Die tote Mutter. Psychoanalytische Studien zu Lebensnarzißmus und Todesnarzißmus. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Gruber, H., Hammer, A. (Hg.) (2002²): Ich sehe anders. Medizinische, psychologische und pädagogische Grundlagen der Blindheit und Sehbehinderung bei Kindern. Edition Bentheim, Würzburg
- Grünbacher, H. (2003): Zu einem Verständnis des Szenischen Verstehens von A. Lorenzer. Vortrag im Rahmen eines Seminars zur Psychoanalyse in der Musiktherapie an der Musikhochschule Hamburg am 29.08.2003
- Gutwinski-Jeggle, J. (2003): Netze und Gefäße zum Bergen von Abwesendem und Verlorenem. Gedanken zur Rolle der Sprache im Rahmen einer psychoanalytischen Theorie der Symbolbildung. In: Psyche – ZPsychoanal 57, November 2003. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 1057 – 1085
- Gutwinski-Jeggle, J., Lenga, G., Loch, W., (1985): Zur Konvergenz linguistischer und psychoanalytischer Textuntersuchungen. In: Psyche – ZPsychoanal 39, Januar 1985. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 23 – 43
- Haag, G. (1996): Psychoanalytischer Ansatz bei Autismus und kindlichen Psychosen. In: Stork, J. (Hg.): Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes und Jugendalters. 4. Jg., Heft 2. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 160 – 173
- Habermas, J. (1968): Erkenntnis und Interesse. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Habermas, J. (1989²): Der philosophische Diskurs der Moderne. Zwölf Vorlesungen. Suhrkamp Taschenbuch, Frankfurt/M.
- Habermas, J. (2001): Kommunikatives Handeln und detranszendentalisierte Vernunft. Reclam, Stuttgart

- Habermas, T. (1999): Geliebte Objekte. Symbole und Instrumente der Identitätsbildung. Erstveröffentlichung (1996): De Gruyter, Berlin, New York
- Hartmann, H. (1964): Zur psychoanalytischen Theorie des Ichs. Sonderheft der Psyche zum 70. Geburtstag Heinz Hartmanns. Klett, Stuttgart
- Haupt, U. (2006): Wie Lernen beginnt. Grundfragen der Entwicklung und Förderung schwer behinderter Kinder. Kohlhammer, Stuttgart
- Hebel, S. (2007): Gesundheit und Krankheit. Die Suche nach dem heilen Leben. In: Hebel, S., Kessler, W. (Hg): Macht's besser. Die Welt verändern und das Leben genießen. Publik Forum, Oberursel, S. 108 – 116
- Hecker, W. (1998): Entwicklungsunterschiede zwischen früh- und reifgeborenen blinden Kindern. Ein Vergleich der Entwicklung und Verhaltensbesonderheiten im ersten bis dritten Lebensjahr. Roderer Verlag, Regensburg
- Hecker, W. (2004): Warum eine spezielle Frühförderung für sehgeschädigte Kinder? (Überarbeitete Fassung eines Vortrags zum 25-j. Jubiläum der Frühförderung in Nürnberg am 27.06.2003). In: blind sehbehindert. Zeitschrift für das Sehgeschädigten-Bildungswesen. Verband der Blinden- und Sehbehindertenpädagogen, Hannover, S. 3 – 13
- Hegi, F. (1998): Übergänge zwischen Sprache und Musik. Die Wirkungskomponenten der Musiktherapie. Junfermann, Paderborn
- Hegi-Portmann, F., Lutz Hochreutener, S., Rüdisüli Voerkel, M. (2006): Musik als Wissenschaft. Grundlagen, Praxis, Forschung und Ausbildung. Staffel Druck AG, Zürich
- Heinemann, E., Hopf, H. (2008³): Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie. Kohlhammer, Stuttgart
- Heller, T. (1989): Studien zur Blindenpsychologie. Faks.-Ausg. d. Ausg. Engelmann, Leipzig, 1904
- Herrmann, U. (2008): Der Blick der tastenden Hand – Braucht das Selbst ein Bild? Vortrag am 15.7.2008 auf dem Kongress der Blindenpädagogen, Hannover
- Herrmann, U. (2006): Blick und Blindheit in der Kunsttherapie. In: Kunst & Therapie. Zeitschrift für bildnerische Therapien. Claus Richter Verlag, Köln. 1/2006, S. 43 – 54
- Hinshelwood, R. D. (1993): Wörterbuch der kleinianischen Psychoanalyse. Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart
- Hobson, P. (2003): Wie wir denken lernen. Gehirnentwicklung und die Rolle der Gefühle. Patmos/Walter, Düsseldorf und Zürich. Engl. Orig. (2002): The Cradle of Thought. Exploring the Origins of Thinking. Macmillan, London

- Hobson, R. P. (2005): Why connect? On the relation between autism and blindness. In: Pring, L. (Hg.) (2005): Autism and Blindness. Whurr Publ., London and Philadelphia, S. 10 – 25
- Hobson, R. P., et al. (1988): 'Autism' revisited: the case of congenital blindness. In: Lewis, V. und Collis, G. M. (Hg.): Blindness and Psychological Development in Young Children. BPS Books, Leicester, S. 99 – 115
- Hochmann, J. (1996): Die kindliche Psychose und die Institution. In: Stork, J. (Hg.): Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes und Jugendalters. 4. Jg., Heft 2. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 145 – 159. Franz. Original: (1995): La psychose de l'enfant et l'institution. In: Lebovici, S., Diatkine, R., Soulé, M.: Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Bd. II. PUF, Paris
- Hübner, B. (2007): Wenn das Vertrauen erschüttert wird. Bindungsmuster bei schwer kranken Kindern. In: Dr. med. Mabuse. Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe. Nr. 166, 32. Jg., März/April 2007. Mabuse-Verlag, Frankfurt/M., S. 43 – 46
- Hübner, W. (2006): „Jenseits der Worte“. Versuch über projektive Identifizierung und ästhetische Erfahrung. Erw. Fass. Vortrag 27.8.2004 Universität Hamburg. In: Psyche – ZPsychoanal 60, April 2006. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 319 – 348
- Hudelmayer, D. (1970): Nicht-sprachliches Lernen von Begriffen. Untersuchungen über die Begriffsbildung bei geburtsblinden Schülern. Klett, Stuttgart
- Imamura, S. (1965): Mother and Blind Child. The Influence of Child-Rearing Practices on the Behavior of Preschool Blind Children. American Foundation of the Blind, New York
- Imhof, M. (2003): Zuhören. Psychologische Aspekte auditiver Informationsverarbeitung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Jaeggi, E. (2006): Von den Grenzen der Psychotherapie. Vortrag im Rahmen der Tagung „Design für die Seele“. In: Evangelische Zentralstelle für Weltanschauungsfragen. Materialdienst der EZW, 12/2006, Berlin, S. 463 – 470
- Joseph, B. (1959): Ein Aspekt des Wiederholungszwangs. In: Bott Spillius, E., Feldman, M. (Hg.) (1994): Betty Joseph: Psychisches Gleichgewicht und psychische Veränderung. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 31 – 57. Engl. Original (1989): Psychic Equilibrium and Psychic Change
- Joseph, B. (1960): Über einige Persönlichkeitsmerkmale des Psychopathen. In: Bott Spillius, E., Feldman, M. (Hg.) (1994): Betty Joseph: Psychisches Gleichgewicht und psychische Veränderung. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 58 – 74
- Joseph, B. (1971): Ein klinischer Beitrag über die Analyse einer Perversion. In: Bott Spillius, E., Feldman, M. (1994) (Hg.): Betty Joseph:

- Psychisches Gleichgewicht und psychische Veränderung. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 81 – 104
- Joseph, B. (1989/1971): Über Passivität und Aggression: ihre Wechselwirkung. In: Bott Spillius, E., Feldman, M. (Hg.) (1994): Betty Joseph: Psychisches Gleichgewicht und psychische Veränderung. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 105 – 115
- Joseph, B. (1975): Der unzugängliche Patient. In: Bott Spillius, E., Feldman, M. (Hg.) (1994): Betty Joseph: Psychisches Gleichgewicht und psychische Veränderung. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 116 – 134
- Jordan, R. (2005): Educational implications of autism and visual impairment. In: Pring, L. (Hg.) (2005): Autism and Blindness. Whurr Publ., London and Philadelphia, S. 142 – 157
- Kammerer, E. et al. (2003): Jugendpsychiatrische Aspekte von Sehbehinderung und Blindheit. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, S. 316 – 328. Abgedruckt in: blind sehbehindert. Zeitschrift für das Sehgeschädigten-Bildungswesen. 4/2006. VzFB, Hannover, S. 301 – 313
- Katzenbach, D. (1992): Die soziale Konstitution der Vernunft. Erklären, Verstehen und Verständigung bei Piaget, Freud, Habermas. Asanger, Heidelberg
- Kern, P. (2006): Connecting and learning through music: Music Therapy for young children with visual impairments and their families. Music Therapy Today (online Vol. VII, Issue I, March), S. 99 – 105. <http://www.musictherapyworld.net>
- Kern, P. (2006): Music Therapy for Infants and Toddlers with visual Impairments. Early Childhood Newsletter. American Music Therapy Association's Early Childhood Network. Vol. 12, Juni 2006, S. 10
- Klein, G. S. (1962): Blindness and Isolation. Psychoanal. St. Child 17, S. 82 – 93
- Klein, M. (1930): Die Bedeutung der Symbolbildung für die Ichentwicklung. In: Klein, M. (2001): Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 36 – 54. Engl. Original: The Importance of Symbol-Formation in the Development of the Ego. In: (1948): Contributions to Psycho-Analysis 1921 – 1945. Hogarth, London
- Klein, M. (1931): Frühe Angstsituationen im Spiegel künstlerischer Darstellungen. In: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse. Bd. 17, Heft 4. Internat. Psychoanalyt. Verl., Wien (als Mitteilung gehalten in der British Psycho-Analytical Society am 15.5.1929, erschienen im Internat. Journal of Psycho-Analysis X, 1929)
- Klein, M. (2001⁷): Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Klett-Cotta, Stuttgart

- Kleinert, E. (2006): Das kategoriale System und der Ort der Mathematik. In: Hamburger Beiträge zur Mathematik. Heft 246. www.math.uni-hamburg.de/research/papers/hbm/hbm2006246.pdf
- Kleinert, E. (2008): Mathematik und Psychoanalyse: Versuche einer Annäherung. Frege und Freud über die Verneinung. Hamburger Beiträge zur Mathematik. www.math.uni-hamburg.de/research/papers/hbm/hbm316.pdf
- Kleinert, E. (2009): Zur Ästhesiologie. Referat zur Kultur-AG. Mai/Juni 2009. Unver. Manuskript
- Klöppel, R. (1997): Die Kunst des Musizierens. Von den physiologischen und psychologischen Grundlagen zur Praxis. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Köhler-Weisker, A. (2006): Esther Bick: Eine Pionierin der teilnehmenden Säuglingsbeobachtung. In: Frank, C. et al. (Hg.) (2006): Jahrbuch Psychoanalyse Band 53. Frommann-Holzboog, Stuttgart, S. 165 – 177
- Kohlbrunner, J. (2004): Psychodynamik des Stotterns. Psychosoziale Ursachen, Stottertheorien, tiefenpsychologisch orientierte Therapie, Zukunftsperspektiven der Sprachtherapieausbildung. Kohlhammer, Stuttgart
- Korczak, J. (1973): Wenn ich wieder klein bin und andere Geschichten von Kindern. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen. Polnische Erstveröffentlichung 1925
- Krause, R. (1981): Sprache und Affekt. Das Stottern und seine Behandlung. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz
- Kunze, S. (1969): Gattungen der Fuge in Bachs Wohltemperiertem Klavier. In: Geck, M. (Hg.) (1969): Bach-Interpretationen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Küchenhoff, J. (2007): Sehen und Gesehenwerden: Identität und Beziehung im Blick. In: Psyche – ZPsychoanal 61, Mai 2007. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 448 – 462
- Länger, C. (2002): Im Spiegel von Blindheit. Eine Kultursoziologie des Sehannes. Lucius & Lucius, Stuttgart
- Lacan, J. (1949): Das Spiegelstadium als Bildner der Ich-Funktion, wie sie uns in der psychoanalytischen Erfahrung erscheint. S. 61 – 70. In: (1996⁴): Schriften I. Quadriga. Weinheim, Berlin. Franz. Original (1966): Editions du Seuil, Paris
- Lacan, J. (1996⁴): Schriften I. Quadriga. Weinheim, Berlin. Franz. Original (1966): Editions du Seuil, Paris
- Lacan, J. (1996⁴): Die vier Grundbegriffe der Psychoanalyse. Das Seminar Buch XI. Quadriga. Weinheim, Berlin. Franz. Original (1973): Editions du Seuil, Paris
- Laing, R. D. (1977): Das geteilte Selbst. Eine existentielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn. rororo, Hamburg. Engl. Original (1960): The Devided Self. Tavistock, London

- Laing, R. D. (1973⁶): Phänomenologie der Erfahrung. Suhrkamp, Frankfurt/M. Engl. Original (1967): The Politics of Experience
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (1975²): Das Vokabular der Psychoanalyse. 2 Bände. Suhrkamp TB, Frankfurt/M.
- Laval, G. (2005): Das psychische Funktionieren in der Verneinung. In: Psyche – ZPsychoanal 59, April 2005. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 336 – 360. Dt. Übersetzung eines Vortrags im Rahmen des Treffens der deutsch-französischen Kommission der DPV. Frankfurt/M. am 27.4.2004
- Leekam, S., Wyver, S. (2005): Beyond ‘modality’ and innateness: sensory experience, social interaction and symbolic development in children with autism and blindness. In: Pring, L. (Hg.): Autism and Blindness. Whurr Publ., London and Philadelphia, S. 26 – 49
- Lefeld, J. (1988): Das Mäuschen. In: Das Tastenkrokodil. Leichte Klavierstücke für Kinder. Breitkopf & Härtel, Wiesbaden, S. 27. Poln. Original: (1968): PWM Edition, Kraków, Polen
- Leikert, S. (1996): Diskurs der Musik und Einschreibung des Vaternamens im Wohltemperierten Klavier von J. S. Bach. In: Oberhoff, B. (Hg.) (2002): Psychoanalyse und Musik. Eine Bestandaufnahme. Psychosozial-Verlag, Gießen, S. 363 – 388
- Leikert, S. (2007): Die Stimme. Transformation und Insistenz des archaischen Objekts – Die kinetische Semantik. In: Psyche – ZPsychoanal 61, Mai 2005. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 463 – 492
- Leikert, S. (2008): Den Spiegel durchqueren. Die kinetische Semantik in Musik und Psychoanalyse. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Leikert, S., Ruff, W. (1999): Therapieverläufe im stationären Setting. Eine psychoanalytische Untersuchung zur Prozessqualität. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Lewis, V., Collis, G. M. (1997): Blindness and Psychological Development in Young Children. BPS Books, Leicester
- Lewis, V., Collis, G. M. (2005): Blind children and children with autism: research methods fit for purpose. In: Pring, L. (Hg.) (2005): Autism and Blindness. Whurr Publ., London and Philadelphia, S. 128 – 141
- Lorenzer, A. (2000⁵/1970a): Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Lorenzer, A. (1970b): Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffs. Edition Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Lorenzer, A. (1971²): Symbol, Interaktion und Praxis. In: Lorenzer, A., Dahmer, H., Horn, K., Brede, K., Schwanenberg, E. (1971²): Psychoanalytische Sozialwissenschaft. Suhrkamp TB, Frankfurt/M.
- Lorenzer, A. (1972): Zur Begründung einer materialistischen Sozialisations-
theorie. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Lorenzer, A. (1976): Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis. Ein historisch-materialistischer Entwurf. Suhrkamp, Frankfurt/M.

- Lorenzer, A. (1985): Der Psychoanalytiker als Detektiv, der Detektiv als Psychoanalytiker. In: Psyche – ZPsychoanal 39, Januar 1985. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 1 – 11
- Lorenzer, A. (1986): „... gab mir ein Gott zu sagen, was ich leide“ – Emanzipation und Methode. In: Psyche – ZPsychoanal 40, Dezember 1986. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 1051 – 1062
- Lorenzer, A., Orban, P. (1979): Psychoanalyse als Sozialwissenschaft und das Konzept der Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. In: Kindheit. Zeitschrift zur Erforschung der psychischen Entwicklung. Akad. Verl.-Ges., Wiesbaden
- Lowenfeld, V. (1957): Die Kunst des Kindes. Verlag „Öffentliches Leben“, Frankfurt/M. Amerik. Original: Your Child and his Art. Macmillan Company, New York
- Lusseyran, J. (2001¹²/1963): Das wiedergefundene Licht. Die Lebensgeschichte eines Blinden im französischen Widerstand. Klett-Cotta, Stuttgart
- Mannoni, M. (1972): Das zurückgebliebene Kind und seine Mutter. Walter-Verlag, Olten. Franz. Original (1964): L'enfant arriéré et sa mère. Editions du Seuil, Paris
- Markowitsch, H.-J. (2005²): Dem Gedächtnis auf der Spur. Vom Erinnern und Vergessen. Primus Verlag, Darmstadt
- Mayring, P. (1993²): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Beltz Psychologie-Verlags-Union, Weinheim
- McLeod, J. (2003²): Doing Counselling Research. Sage, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC
- Mead, G. H. (1973): Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus. Suhrkamp Taschenbuch, Frankfurt/M. Amerik. Original (1934): Mind, Self and Society. From the standpoint of a social behaviorist
- Meinberg, E. (1988): Das Menschenbild der modernen Erziehungswissenschaft. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Meščerjakov, A. (2001): Helen Keller war nicht allein. Taubblindheit und die soziale Entwicklung der menschlichen Psyche. (Russ. Orig. 1974) Edition Marhold, Berlin
- Müller, T. (2009): Die psychotische Transformation der Persönlichkeit. In: Psyche – ZPsychoanal 63, August 2009. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 748 – 772
- Nadig, M. (1986): Die Kultur der Frau. Fischer, Stuttgart
- Nagera, H., Colonna, A. B. (1965): Aspects of the Contribution of Sight to Ego and Drive Development – A Comparison of the Development of Some Blind and Sighted Children. Psychoanal. St. Child 20, S. 267 – 287
- Niedecken, D. (1988): Einsätze. Material und Beziehungsfigur im musikalischen Produzieren. VSA-Verlag, Hamburg

- Niedecken, D. (1989): Namenlos. Geistig Behinderte verstehen. Piper, München
- Niedecken, D. (2002): Zur Selbstreferenz des Bewußtseins. Oder: Wie konstituiert sich das Subjekt einer Szene. In: Psyche – ZPsychoanal 56, Sonderheft September/Okttober 2002. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 922 – 945
- Niedecken, D. (2004): Neue Perspektiven in einer alten Kontroverse: Melanie Klein. In: Psyche – ZPsychoanal 58, Februar 2004. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 114 – 149
- Niedecken, D. (2008): Zerstörung des Denkens in Institutionen. Zur Dimension des Sozialen bei Wilfried Bion. In: Niedecken, D. (Hg.) (2008): Szene und Containment. Wilfried Bion und Alfred Lorenzer: Ein fiktiver Dialog. Tectum Verlag, Marburg, S. 175 – 202
- Niedecken, D. (2009): Der Vorrang der Szenen und der heureka-Kern der Interaktionsformen. Unveröffentlichtes Manuskript. Vortrag gehalten zur affilierten Mitgliedschaft, PAH Hamburg 2009
- Niedecken, D. (2010): Körper-Ich und der Satz vom Widerspruch. Unveröff. Manuskript, Hamburg
- Niedecken, D., Lauschmann, I., Pötzl, M. (2003): Psychoanalytische Reflexion in der pädagogischen Praxis. Innere und äußere Integration von Menschen mit Behinderung. Beltz, Weinheim, Basel, Berlin
- Niedecken, D. (Hg.) (2008): Szene und Containment. Wilfried Bion und Alfred Lorenzer: Ein fiktiver Dialog. Tectum Verlag, Marburg
- Nielsen, L. (1992): Bist du blind? Entwicklungsförderung sehgeschädigter Kinder. Edition Bentheim, Würzburg
- Nielsen, L. (1996): Schritt für Schritt. Frühes Lernen von sehgeschädigten und mehrfachbehinderten Kindern. Edition Bentheim, Würzburg
- Nielsen, L. (2001²): Das Ich und der Raum. Aktives Lernen im „Kleinen Raum“. Edition Bentheim, Würzburg
- Nissen, G. (1977): Psychopathologie des Kindesalters. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Nöcker-Ribaupierre, M. (Hg.) (2003): Hören – Brücke ins Leben. Musiktherapie mit früh- und neugeborenen Kindern. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Nöcker-Ribaupierre, M. (Hg.) (2005): Ritual, System, Resource. Konzepte in der Musiktherapie. Reichert, Wiesbaden
- Nonnenmacher, K. (2006): Das schwarze Licht der Moderne. Zur Ästhetik der Blindheit. Max Niemeyer Verlag, Tübingen
- Nordoff, P., Robins, C. (1975): Musik als Therapie für behinderte Kinder. Forschungen und Erfahrungen. Klett, Stuttgart
- Oberhoff, B. (Hg.) (2002): Psychoanalyse und Musik. Eine Bestandsaufnahme. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Ockelford, A., Pring, L., Welch, G., Treffert, D. (2006): Focus on Music. Exploring the musical interests and abilities of blind and partially-

- sighted children and young people with septo-optic dysplasia. Institute of Education, University of London
- Ogden, T. H. (2006/1989): Frühe Formen des Erlebens. Psychosozial-Verlag. Gießen. Amerik. Original (1989): The Primitive Edge of Experience. Paterson March Ltd and Jason Aronson Inc.
- Ogden, T. H. (2001/1997): Analytische Träumerei und Deutung. Zur Kunst der Psychoanalyse. Springer, Wien und New York. Amerik. Original (1997): Reverie and Interpretation: Sensing Something Human. Jason Aronson Inc. and Mark Paterson
- Ogden, T. H. (2004/2001): Gespräche im Zwischenbereich des Träumens. Der analytische Dritte in Träumen, Dichtung und analytischer Literatur. Psychosozial-Verlag, Gießen. Amerik. Original (2001): Conversations at the Frontier of Dreaming. Paterson March Ltd. and Jason Aronson Inc.
- Omwake E. B., Solnit A. J. (1961): It Is'nt Fair. The Treatment of a Blind Child. Psychoanal. St. Child 16, S. 352 – 404
- Orff, G. (1974): Die Orff-Musiktherapie. Aktive Förderung der Entwicklung des Kindes. Kindler, München
- Orff, G. (1982): Der Wert des akustischen Phänomens und des prämelodischen Spiels in der Entwicklung eines blinden Mädchens. In: Musiktherapeutische Umschau. Bd. 3, Heft 4. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, New York, S. 283 – 293
- O'Shaughnessy, E. (1981): W. R. Bions Theorie des Denkens und neue Techniken der Kinderanalyse. In: Bott Spillius, E. (Hg.) (2002): Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis. Band 2: Anwendungen. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 237 – 256
- Pagel, G. (2007⁵): Jacques Lacan. Zur Einführung. Junius, Hamburg
- Papadakis, M. (1995): „Zur Hölle mit der Realität!“ Zur Internalisierung des Realitätsprinzips speziell im Hinblick auf das Werk von W. R. Bion. In: Schneider, G., Seidler, G. H. (Hg.) (1995): Internalisierung und Strukturbildung. Theoretische Perspektiven und klinische Anwendungen in Psychoanalyse und Psychotherapie. Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 236 – 249
- Peller, L. (1988): Das Spiel als Spiegel der Libido-Entwicklung. In: Biermann, G. (Hg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie. Fischer TB, Frankfurt/M., S. 38 – 48. Originalbeitrag: Libidinal Development as Reflected in Play. In: Psychoanalysis 13 (1955) 3, sowie in: Mary Haworth: (1964): Child Psychotherapy. Basic Books, New York, London
- Pérez-Pereira, M., Conti-Ramsden, G. (2005): Do blind children show autistic features? In: Pring, L. (Hg.) (2005): Autism and Blindness. Whurr Publ., London and Philadelphia, S. 99 – 127
- Petersen, P. (2002): Forschungsmethoden künstlerischer Therapien. Grundlagen – Projekte – Vorschläge. Mayer, Stuttgart, Berlin

- Piaget, J. (1975): Nachahmung, Spiel und Traum. Die Entwicklung der Symbolfunktion beim Kinde. Gesammelte Werke Bd. 5, Studienausgabe. Klett, Stuttgart
- Plänkers, T. (2003): Trieb, Objekt, Raum. Veränderungen im psychoanalytischen Verständnis der Angst. In: Psyche – ZPsychoanal 57, Juni 2003. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 487 – 522
- Plänkers, T. (2005): Sprechen im Klaustrium. Zur Psychodynamik des Stotterns. In: Psyche – ZPsychoanal 59, März 2005. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 197 – 223
- Plahl, Ch., Koch-Temming, H. (2005): Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen – Methoden – Praxisfelder. Huber, Hogrefe AG, Bern
- Platon (2006): Der Staat. Reclam, Stuttgart
- Pontalis, J.-B. (2007): Die Macht der Anziehung. Psychoanalyse des Traums, der Übertragung und der Wörter. Dietmar Klotz, Eschborn
- Prause-Weber, M.-C. (2005): Musik bei blinden und sehbehinderten Menschen. In: Musik-, Tanz- und Kunsttherapie, 16. Jg., Heft 2. Hogrefe, Göttingen, S. 57 – 62
- Preisler, G. (1988): Social and emotional development of blind children: a longitudinal study. In: Lewis, V. und Collis, G. M. (Hg.): Blindness and Psychological Development in Young Children. BPS Books, Leicester, S. 69 – 98
- Priestley, M. (1982): Musiktherapeutische Erfahrungen. Grundlagen und Praxis. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart. Bärenreiter Verlag, Kassel
- Priestley, M. (1983): Analytische Musiktherapie. Vorlesungen am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke. Klett-Cotta, Stuttgart
- Pring, L., Tadic, V. (2005): More than meets the eye: blindness, talent and autism. In: Pring, L. (Hg.) (2005): Autism and Blindness. Whurr Publ., London and Philadelphia, S. 50 – 73
- Pring, L. (Hg.) (2005): Autism and Blindness. Research and Reflections. Whurr Publishers, London and Philadelphia
- Pring, L. (2008): Social-cognitive development in children with visual impairment. Vortrag am 17.7.2008 auf dem 34. Kongress des Verbandes der Blindenpädagogen e.V., Hannover
- Pschyrembel, W. (1982²⁵⁴): Klinisches Wörterbuch. De Gruyter, Berlin, New York
- Racker, H. (1951): Ein Beitrag zur Psychoanalyse der Musik. In: Oberhoff, B. (Hg.) (2002): Psychoanalyse und Musik. Eine Bestandaufnahme. Psychosozial-Verlag, Gießen, S. 127 – 156
- Racker, H. (1965): Psychoanalytische Betrachtungen über die Musik und den Musiker. In: Oberhoff, B. (Hg.) (2002): Psychoanalyse und Musik. Eine Bestandaufnahme. Psychosozial-Verlag, Gießen, S. 211 – 232
- Racker, H. (2002⁶): Übertragung und Gegenübertragung. Reinhardt, München

- Raguse, H. (1995): Internalisierung und Symbolisierung – Überlegungen zum kleinianischen Verständnis von Verinnerlichung. In: Schneider, G., Seidler, G.H. (Hg.) (1995): Internalisierung und Strukturbildung. Theoretische Perspektiven und klinische Anwendungen in Psychoanalyse und Psychotherapie. Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 71 – 94
- Richebächer, S. (2009): Sabina Spielrein – eine Pionierin in Psychoanalyse und Kinderanalyse. In: Psyche – ZPsychoanal 63, Juni 2009. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 589 – 613
- Rohde-Dachser, C. (2004): Buchbesprechung von Perelberg, Rosine J (Hg.): Dreaming and Thinking. London (Institute of Psycho-Analysis) 2000. In: Psyche – ZPsychoanal 58, Februar 2004. Klett-Cotta, Stuttgart
- Rossegger-Ryba, R. (1988): Zum Selbstkonzept blinder Kinder. Eine psychologische Untersuchung der Auswirkung der Sehschädigung auf die Entwicklung des Selbstkonzepts bei blinden Kindern. Unver. Diplomarbeit an der Universität Wien
- Sandler, A. (1963): Aspects of Passivity and Ego Development in the Blind Infant. Psychoanal. St. Child 18, S. 343 – 360
- Sarimski, K. (1986): Interaktion mit behinderten Kindern. Entwicklung und Störung früher Interaktionsprozesse. Ernst Reinhard Verlag, München
- Schmid-Noerr, G. (2007): „Warum berührt uns die Kunst?“ Zum psychoanalytischen Konzept der Symbolbildung. Vortrag zum 5-jährigen Jubiläum der Arbeitsgruppe „Psychoanalyse und Kulturtheorie“ am Institut für Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Theater, Hamburg, im Rahmen der Vortragsreihe: Kulturprodukte als Lebensentwürfe – Ihre Bedeutung für Abwehr und Identitätsbildung und ihre Rolle in alltäglichen und therapeutischen Interaktionen. 7.9.2007
- Schneider, G., Seidler, G. H. (Hg.) (1995): Internalisierung und Strukturbildung. Theoretische Perspektiven und klinische Anwendungen in Psychoanalyse und Psychotherapie. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Schneider, P. (2005): Kommentar zu Freuds ‚Zur Einführung des Narzißmus‘. In: Psyche – ZPsychoanal 59, April 2005. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 316 – 335
- Schumacher, K., Calvet-Kruppa, C. (2001): Die Relevanz entwicklungspsychologischer Erkenntnisse für die Musiktherapie. In: H.-H. Decker-Voigt (Hg.): Schulen der Musiktherapie. Ernst Reinhard Verlag München, Basel, S. 102 – 124
- Schumacher, K., Calvet, C., Stallmann, M. (2005): „Zwischenmenschliche Beziehungsfähigkeit“ – Ergebnisse der Reliabilitätsprüfung eines neu entwickelten Instrumentes zum Wirkungsnachweis musiktherapeutischer Arbeit. In: Müller-Oursin, B. (Hg.): Ich wachse, wenn ich Musik mache. Musiktherapie mit chronisch

- kranken und von Behinderung bedrohten Kindern. Reichert, Wiesbaden, S. 75 – 104
- Schumacher, K., Calvet, C. (2007): Entwicklungspsychologisch orientierte Kindermusiktherapie – am Beispiel der „Synchronisation“ als relevantes Moment. In: Stiff, U., Tüpker, R. (Hg.) (2007): Kindermusiktherapie. Richtungen und Methoden. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 27 – 61
- Schüßler, G. (2002): Aktuelle Konzeption des Unbewußten. Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Heft 48. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 192 – 214
- Segal, H. (1957): Notes on symbol formation. Int. J. Psycho-Anal. 38, S. 391 – 397
- Segal, H. (1988): Bemerkungen zur Symbolbildung. In: Bott Spillius, E. (Hg.) (2002): Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis. Band 1: Beiträge zur Theorie. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 202 – 224
- Spangler, G., Zimmermann, P (Hg.) (2002⁴): Die Bindungstheorie. Grundlagen – Forschung und Anwendung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Spittler-Massolle, H.-P. (2001): Blindheit und blindenpädagogischer Blick. Der Brief über die Blinden zum Gebrauch für die Sehenden von Denis Diderot und seine Bedeutung für den Begriff von Blindheit in der Gegenwart. Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt/M.
- Spitz, R. A. (1973³/1954): Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Direkte Beobachtungen an Säuglingen des ersten Lebensjahres. Klett, Stuttgart. Franz. Original (1954): Genèse des premières relations objectales. In: Revue Française de Psychoanalyse, Presses Universitaires de France
- Spitz, R. A. (1972/1958): Eine genetische Feldtheorie der Ichbildung. Original: A Genetic Field Theory of Ego Formation. Vorlesung vom 27.5.1958. S. Fischer, Frankfurt/M.
- Spitz, R. A. (1969²/1965): Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr. Klett, Stuttgart. Original (1965): The First Year of Life. A Psychoanalytic Study of Normal and Deviant Development of Object Relation. International Universities Press Inc., New York
- Stegmüller, W. (1975): Das Problem der Induktion: Humes Herausforderung und moderne Antworten. Der sogenannte Zirkel des Verstehens. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Steimer, B. (2000): Suche nach Liebe und Inszenierung von Ablehnung. Adoptiv- und Pflegekinder in einer neuen Familie. Lambertus, Freiburg i. Br.
- Stern, D. N. (2005¹⁴/1990): Tagebuch eines Babys. Was ein Kind sieht, spürt, fühlt und denkt. Piper, München und Zürich. Amerik. Orig. (1990): Diary of a Baby. Basic Books, New York

- Stern, D. N. et al. (2002): Nicht-deutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. Das „Etwas-mehr“ als Deutung. In: *Psyche – ZPsychoanal* 56, Sonderheft September/Oktober 2002, S. 974 – 1006. Engl. Original (1998): “Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy“. In: *Int. J. Psycho-Anal.* 79, S. 903 – 921
- Stiff, U., Tüpker, R. (Hg.) (2007): *Kindermusiktherapie. Richtungen und Methoden.* Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Stork, J. (1994a): Über autistische und psychotische Kinder. Versuch einer Einführung in das Thema. In: Stork, J. (Hg.) (1994): *Psychosen im Kindesalter I. Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters.* 2. Jg., Heft 2. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 125 – 137
- Stork, J. (1994b): Zur Entstehung der Psychosen im Kindesalter. In: Stork, J. (Hg.) (1994): *Psychosen im Kindesalter I. Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters.* 2. Jg., Heft 2. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 208 – 248
- Stork, J. (Hg.) (1994): *Psychosen im Kindesalter I. Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters.* 2. Jg., Heft 2. Klett-Cotta, Stuttgart
- Stork, J., Thaler, A.-L. (1996): Gibt es einen Weg aus der psychotischen Verklebung mit der Mutter? Die Geschichte einer Pseudodebilität. In: Stork, J. (Hg.) (1996): *Psychosen im Kindesalter II. Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters.* 4. Jg., Heft 2. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 216 – 229
- Stork, J. (Hg.) (1996): *Psychosen im Kindesalter II. Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters.* 4. Jg., Heft 2. Klett-Cotta, Stuttgart
- Straus, E. (1956²): *Vom Sinn der Sinne. Ein Beitrag zur Grundlegung der Psychologie.* Springer-Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg
- Tager-Flusberg, H. (2005): Reflections on the connections between autism and blindness. In: Pring, L. (Hg.) (2005): *Autism and Blindness.* Whurr Publ., London and Philadelphia, S. 181 – 188
- Taurek, B. H. F. (1997²): *Emmanuel Lévinas zur Einführung.* Junius, Hamburg
- Tenbrink, D. (2000): Musik als Möglichkeit zum Ausdruck und zur Transformation präverbaler Erlebnismuster. In: Oberhoff, B. (Hg.) (2002): *Psychoanalyse und Musik. Eine Bestandaufnahme.* Psychosozial-Verlag, Gießen, S. 453 – 470
- Tustin, F. (1989): *Autistische Zustände bei Kindern.* Klett-Cotta, Stuttgart. Engl. Original (1981): *Autistic States in Children.* Routledge & Kegan Paul, London

- Tustin, F. (1993): Anmerkungen zum psychogenen Autismus. In: *Psyche – ZPsychoanal* 47, Dezember 1993. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 1172 – 1181
- Verband der Blinden- und Sehbehindertenpädagogen und -pädagoginnen e. V. (Hg.) (2009): *Teilhabe gestalten. XXXIV. Kongress des VBS. Kongressbericht, 14. – 18. Juli 2008 in Hannover. Edition Bentheim, Würzburg*
- Warren, D. H. (1984): *Blindness and early childhood development* (2 ed.). American Foundation for the Blind, New York
- Warren, D. H. (1994): *Blindness and Children. An Individual Differences Approach*. Cambridge University Press
- Warsitz, R.-P. (2006): Der Raum des Sprechens und die Zeit der Deutung im psychoanalytischen Prozeß. In: *Psyche – ZPsychoanal* 60, Januar 2006. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 1 – 30
- Widlöcher, D. (1984): *Was eine Kinderzeichnung verrät. Methode und Beispiele psychoanalytischer Deutung*. Fischer TB, Frankfurt/M.
- Williams, P. (2005) Einverleibung eines invasiven Objekts. In: *Psyche – ZPsychoanal* 59, April 2005, S. 293 – 315. Engl. Original (2004): Incorporation of an invasive object. In: *Int. J. Psycho-Anal.* 85, S. 1333 – 1348
- Winnicott, D. W. (1941): The Observation of Infants in a Set Situation. Dt.: Die Beobachtung von Säuglingen in einer vorgegebenen Situation. In: *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*
- Winnicott, D. W. (1957): On the Contribution of Direct Child Observation to Psycho-Analysis. Dt.: Über den Beitrag direkter Beobachtung von Kindern in der Psychoanalyse. In: *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*
- Winnicott, D. W. (2001⁶/1973): *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. Fischer, Frankfurt/M. Engl. Original (1958) in: *Collected Papers*, Tavistock Publ., London
- Winnicott, D. W. (1984): *Familie und individuelle Entwicklung*. Fischer, Frankfurt/M. Engl. Original (1965): *The Family and Individual Development*, Tavistock Publications Limited, London
- Winnicott, D. W. (1993⁷/1973): *Vom Spiel zur Kreativität*. Klett-Cotta, Stuttgart. Engl. Original 1971
- Winnicott, D. W. (1974): Fear of Breakdown. *International Review of Psycho-Analysis* 1, S. 103 – 107
- Winnicott, D. W. (2002/1974): *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Winnicott, D.W. (1980/1977): *Piggle – Eine Kinderanalyse*. Klett-Cotta, Stuttgart. Engl. Original (1977): *The Piggle. An Account of the Psychoanalytic Treatment of a Little Girl*. International Universities Press, New York

- Winnicott, D. W. (1995): Die spontane Geste. Ausgewählte Briefe. Klett-Cotta, Stuttgart. Engl. Orig. (1987): "The Spontaneous Gesture". Harvard University Press, Cambridge
- Winnicott, D. W.: Die volle Nutzung der ersten Behandlungsstunde. In: Biermann, G. (1988): Handbuch der Kinderpsychotherapie. Fischer TB, Frankfurt/M., S. 169 – 185
- Winnicott, D. W. (1990): Der Anfang ist unsere Heimat. Essays. Klett-Cotta, Stuttgart
- Wright, K. (1991): Vision and Separation between Mother and Baby. Jason Aronson Inc. Northvale, New Jersey
- Wygotski, L. S. (1975): Zur Psychologie und Pädagogik der kindlichen Defektivität. In: Die Sonderschule, Jg. 1975, Berlin (Volk und Wissen), S. 65 – 72. Nachdruck aus dem Sammelband „Fragen der Erziehung blinder, gehörloser und schwachsinniger Kinder“ mit Aufsätzen und Materialien, erschienen unter der Redaktion von L. S. Wygotski, herausgegeben von der Abteilung sozialer und rechtlicher Schutz für Unmündige, Hauptverwaltung Sozialerziehung, des Volkskommissariats für Volksbildung der RSFSR, Moskau 1924, S. 5 –30. Der Beitrag ist geringfügig gekürzt. (W. Lange, Berlin, übersetzte diesen Nachdruck aus der „Defektologija“, Moskau, 6. Jg. (1974), H. 2)
- Zepf, S. (1987): Ich-Funktionen und Interaktionsformen. In: Belgrad, J. et al. (Hg.) (1987): Zur Idee einer psychoanalytischen Sozialforschung. Fischer TB, Frankfurt/M., S. 136 – 150
- Zepf, S. (Hg.) (1993): Die Erkundung des Irrationalen. Bausteine einer analytischen Sozialpsychologie nebst einigen Kulturanalysen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Zepf, S. (1997): Gefühle, Sprache und Erleben. Psychologische Befunde – psychoanalytische Einsichten. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Zepf, S. (Hg.) (1998): Wer sich nicht bewegt, der spürt auch seine Fesseln nicht. Anmerkungen zur gegenwärtigen Lage der Psychoanalyse. Edition psychosozial, Gießen
- Zepf, S. (2006²): Allgemeine psychoanalytische Neurosenlehre, Psychosomatik und Sozialpsychologie. Ein kritisches Lehrbuch. Psychosozial-Verlag, Gießen (Band I bis III)
- Zepf, S., Hartmann, S. (1989): Psychoanalytische Praxis und Theoriebildung: Verstehen und Begreifen. Eine erkenntniskritische Untersuchung. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokio
- Zeul, M. (2009): Augenmaske: Der Blick im Film. In: Psyche – ZPsychoanal 59, Mai 2009. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 431 – 443

Sekundärliteratur

- Auchter, Th. (1995): Winnicotts Aggressionstheorie. Unveröffentl. Manuskript
- Baron-Cohen, S. (1994): How to build a baby that can read minds: Cognitive mechanisms in mind-reading. *Cahiers de Psychologie Cognitive* 13, S. 513 – 552
- Baron-Cohen, S. (1995): *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind.* MIT Press, Cambridge, MA
- Bion, W. R. (1970): *Attention and Interpretation: A Scientific Approach to Insight in Psycho-Analysis and Groups.* Tavistock, London
- Buchholz, M. B. (2006): Profession und empirische Forschung in der Psychoanalyse – Ihre Souveränität und Integration. In: *Psyche – ZPsychoanal* 60, Mai 2006. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 426 – 454
- Cassirer, E. (1965): *Was ist der Mensch.* Darmstadt
- Ferenczi, S. (1949): in “Notes and Fragments“, *Int. J. Psycho-Anal.* 30
- Fonagy, P., Target, M. (1998a): Towards understanding violence: The use of the body and the role of the father. In: R. Perelberg (Hg.): *Psychoanalytic Understanding of Violence and Suicide.* Routledge, London
- Fonagy, P., Target, M. (1998b): Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanal Dial* 8, S. 87 – 114
- Freud, S. (1891): *Zur Auffassung der Aphasien.* Deuticke, Leipzig (Nachdruck: Fischer, Frankfurt/M. 1992)
- Frith, U. (2003): *Autism: Explaining the enigma.* Blackwell Publ., Oxford
- Fröhlich-Gildhoff, K., Hufnagel, G. (1991): Personenzentrierte Störungslehre unter besonderer Berücksichtigung moderner entwicklungspsychologischer Erkenntnisse. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung.* I, S. 37 – 49
- Gaddini, E. (1992): *A Psychoanalytic Theory of Infantile Experience.* Tavistock, London
- Gergely, G. (1992): Developmental reconstructions: infancy from the point of view of psychoanalysis and developmental psychology. *Psychoanal Cont Thought* 14, S. 3 – 55
- Gergely, G. (1999): Early social-emotional development: contingency perception and the social biofeedback model. In: Rochat, P. (Hg.), S. 101 – 136
- Gergely, G., Watson, J. (1996): The social biofeedback model of parental affect-mirroring. *Int. Psychoanal* 77, S. 1181 – 1212
- Gergely, G., Magyar, J., Balázs, A. (1999): Childhood autism as ‘blindness’ to less than perfect contingencies. Poster. Biennial Conference of the International Society for Research in Childhood and Adolescent Psychopathology (ISRCAP), Barcelona
- Gibson, E. J. (1949): *Principles of Perceptual Learning and Development.* Prentice Hall, Englewood Cliffs, N. J.

- Kekelis, L. S., Prinz, P. M. (1996): Blind and sighted children with their mothers: The development of discourse skills. *Journal of Visual Impairment and Blindness* 90, S. 423 – 436
- Klein, M. (1935): Beitrag zur Psychogenese der manisch-depressiven Zustände. In: *Gesammelte Schriften*. R. Cycon (Hg.): Bd. I/II. Frommann-Holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt, S. 29 – 75
- Kris, E. (1952): *Psychoanalytic Explorations in Art*. Internat. Univers. Press, New York
- Lackner, K. (1991): Die Entwicklung des Geschlechtskonzeptes bei blinden und sehenden Kindern. Unveröff. Diplomarbeit. Universität Wien
- Leontjew, A. N. (1971): Probleme der Entwicklung des Psychischen. *Volk und Wissen*, Berlin. Russ. Original 1959
- Loveland, K. (1991): Social affordances and interaction. *Autism and the affordances of the human environment*. *Ecological Psychology* 3, S. 99 – 199
- Loveland, K. (2001): Toward an ecological theory of autism. In: Burack, J. A., Charman, T., Yirmiya, N., Zelazo, P. R. (Hg.): *The Development of Autism*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, N. J., S. 17 – 37
- Mead, G. H. (1968): *Mind, Self and Society*, deutsch: *Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus*, Frankfurt/M.
- Money-Kyrle, R. (1968): Cognitive Development. In: Ders. (1978): *The Collected Papers of Roger Money-Kyrle*. Clunie, Perth. S. 416 – 433, zit. nach: Hinshelwood, R. D. (1993): *Wörterbuch der kleinianischen Psychoanalyse*. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 638 ff
- Plessner, H. (1970): Anthropologie der Sinne. In: *Philosophische Anthropologie*. Fischer, Frankfurt/M. S. 187 – 319. zit. nach: Küchenhoff, J. (2007): Sehen und Gesehenwerden. In: *Psyche – ZPsychoanal* 61, Mai 2007. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 445 – 462
- Proust, J. (2000): Awareness of agency. In: T. Metzinger (Hg.): *Neural Correlates of Consciousness. Empirical and Conceptual Questions*. MIT Pr., Cambridge, Mass.
- Rochat, P. (1999): *Early Social Cognition*. Erlbaum, Hillsdale
- Segal, H. (1981): Die Funktion des Traums. In: Segal, H.: *Wahnvorstellungen und künstlerische Kreativität*. Stuttgart
- Sohn, L. (1985): Narzisstische Organisation, projektive Identifizierung und die Bildung des Identifikanten. In: Bott Spillius, E. (Hg.) (2002): *Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis*. Band 1: Beiträge zur Theorie. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 239 – 266. Engl. Original (1988): Narcissistic Organization, Projective Identification, and the Formation of the Identificate. *Int. J. Psychoanal.* 66, S. 201 – 213
- Sopena, C. (2002): Verhängnis: Eine todbringende Leidenschaft. In: *Psyche – ZPsychoanal* 56, Dezember 2002. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 1250 – 1255

- Trevarthen, C. (1993): The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communication. In: U. Neisser (Hg.): The Perceived Self. Cambridge UP, Cambridge, UK
- Weinländer, H. G. (1985): Psychologie der Blinden und Sehbehinderten. In: Rath, W. und Hudelmayer, D. (Hg.): Pädagogik der Blinden und Sehbehinderten. Handbuch der Sonderpädagogik, Band 2. Marhold, Berlin, S. 517 – 532
- Winnicott, D. W. (1967): Die Lokalisierung des kulturellen Erlebens. In: (1974): Vom Spiel zur Kreativität. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 111 – 120

Dank

... den sechs blinden Kindern und ihren Familien für zwei Jahre der intensiven Kontakte, ihre Bereitschaft, mich an ihrem Leben teilhaben zu lassen, für Vertrauen und Offenheit sowie die reichen Erfahrungen, die ich machen durfte.

... dem Landesbildungszentrum für Blinde, Hannover, für die Unterstützung bei der Suche nach blinden Kindern und ihren Familien, die der Beteiligung an einer musiktherapeutischen Forschungsstudie zustimmten.

... der Andreas-Tobias-Kind-Stiftung, Hamburg, für die großzügige finanzielle Unterstützung.

... den Gutachtern meiner Arbeit, Frau Dr. phil. habil. Dietmut Niedecken, Hamburg, und Herrn Prof. Dr. Dieter Katzenbach, Frankfurt/M., für eine behutsame und kluge Begleitung.

... dem Kunsttherapeuten Uwe Herrmann, Hannover, für kollegiale Gespräche und dem Supervisor und Bach-Kenner Jürgen Trapp, Hamburg, für seine achtungsvolle Art, mir ganz neue Zugänge zum Verständnis der Barockmusik zu eröffnen.

... meinen Kindern Jan-Christoph, Markus Michael und Gabriele Elisabeth für ihre Liebe und freundliche Nachsicht, wenn ich wieder in Gedanken war.

Und ich danke meinem Ehemann Uwe Becker für seinen Glauben an meine Fähigkeiten, seine unermüdliche Bereitschaft, mir zuzuhören und für die vielen langen Gespräche am Küchentisch.

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst und keine als die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe.

Heike Wrogemann-Becker
Hermannsburg, im Juni 2010

Lebenslauf

Persönliche Angaben

Geburtsdatum: 22.09.1960
Geburtsort: Ebstorf, Kreis Uelzen, Niedersachsen
Familienstand: verheiratet, drei Kinder

Bildung und Ausbildung

Schule:
1971 – 1980 Christian-Gymnasium Hermannsburg

Musik:
1966 – 1980 Klavierunterricht
1971 – 1980 Violoncellounterricht und Waldhornunterricht,
Schulorchester, Chor, Orff-AG, Blockflöten-
Ensemble, Posaunenchor

Studium:
1980 – 1982 Musikhochschule Lübeck, Lehramt an
Gymnasien (Sek. II)
1982 – 1986 Hochschule Mozarteum, „Orff-Institut“, Salzburg,
Österreich, Elementare Musik- und Bewegungserziehung
2002 – 2005 Hochschule für Musik und Theater Hamburg,
berufsbegleitendes Aufbau-Studium Musiktherapie

Abschlüsse

1980 Abitur
1986 Lehrbefähigung für Elementare Musik- und
Bewegungserziehung
2005 Diplom-Musiktherapeutin
2005 Heilpraktikerin für Psychotherapie (HPG)

Ausgeübte Tätigkeiten

1986 – 1989 Lehrkraft an einer Musikschule
1989 – 1994 Familienphase
seit 1994 freiberufliche Tätigkeit als Musik- und
Bewegungspädagogin: Instrumentalunterricht
(Klavier, Cello), Kurse in Rhythmik
seit 1996 Projekte: Kinderfreizeiten, Kindermusical,
Tanzwochenenden für Familien, Fortbildungen für
Erzieherinnen und Lehrer, Mitarbeit in einer
Familienbildungsstätte
seit 2004 freiberufliche Tätigkeit als Musiktherapeutin:
Schwerpunkt blinde, sehgeschädigte und
mehrfach behinderte Kinder
seit 2005 Dipl.-Musiktherapeutin/Psychotherapie (HPG)
seit 2006 Forschungsprojekt: „Ich-Entwicklung blinder
Kinder und die Rolle der Musiktherapie“,
Stipendiatin der Kind-Stiftung Hamburg,
Vorträge zur Musiktherapie mit blinden Kindern