

Der Klang der Stille

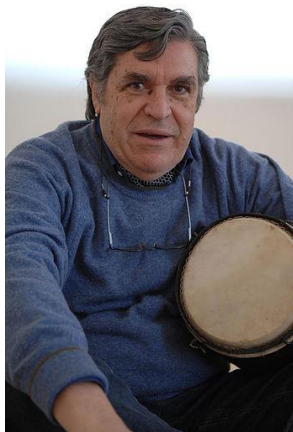
Rolando O. Benenzon im Gespräch¹

“Die Stille ist Teil der narzisstischen Wunde. Sie macht uns Angst davor, dass wir nicht existieren könnten; oder davor, dass man denken könnte, wir existierten nicht. In der Begegnung mit der Stille begibt sich der Musiktherapeut in eine Risikosituation. Sie offenbart ihm aber auch Affektivität, Gefühle, Verhalten, und Charakter des Patienten. Stille bedeutet, sich der Kreativität des Patienten zu öffnen.“

Rolando Benenzon, Vortrag bei einem Kongress zur Komaforschung „Giornata dei Risvegli“, Bologna 2002

Rolando O. Benenzon

Der argentinische Psychiater, Musiktherapeut und Komponist Rolando O. Benenzon (* 1939) gründete 1966 den gang an der medizinischen del Salvador in Buenos Aires. Er Präsident der World Federation sowie Vor-sitzender der zweiten Weltkonferenz. Heu-te ist er und Supervisor für reichen Universitäten, Schulen über zwanzig Ländern. Der munity wurde Prof. Benenzon re bekannt durch workshops in seine Buchveröffentlichung „Ein-therapie“, die mit einem Vorwort von Gertrud Orff 1983 beim Kösel-Verlag, München, erschien. Die website <http://fundacionbenenzon.org/> enthält viele Information (auf spanisch) zu Benenzon. Außerdem sind bei youtube einige Beispiele zu finden.



Musiktherapie-Studien-Fakultät der Universidad war Mitgründer und erster of Music Therapy (WFMT), Mu-siktherapie-Professor, Ehr-enmitglied Musiktherapie an zahl- und Berufsverbänden in deutschsprachigen Com-Anfang der achtziger Jah-Deutschland und durch führung in die Musik-therapie

Prof. Benenzon, wie definieren Sie die Benenzon-Musiktherapie?

Heute nenne ich das Modell „Nonverbale Therapie nach Benenzon“ (Terapia no-verbal Benenzoniana = TNVB). Von Anfang an empfand ich in meiner Arbeit als Psychiater und Musiktherapeut mit autistischen Kindern, dass die Rolle und Handhabung der Instrumente – ich nenne diese in Spanisch mediadores, also Mediatoren – der Funktion von

¹ Mit Prof. Benenzon (Argentinien) sprach Bettina Eichmanns im Februar 2017

Übergangsobjekten ähnelt und weit hinausgeht über das, was wir gewöhnlich mit Musik assoziieren.

Definieren bedeutet, einen komplexen Gedanken stark zu kondensieren, aber oft auch einzuschränken. Zur Beschreibung der Grundzüge der TNVB würde ich Ihnen sagen, dass sie die Bildung eines Bindungsraums zwischen Patient und Therapeut bedeutet, in dem alle „Mediatoren“ des nonverbalen Kontexts – also körperlich-klanglich-musikalische Botschaften, Raum, Zeit, Geruch, Temperatur, auch Stille, kurz: sämtliche nonverbalen Kommunikationsmittel – gezielt zusammenwirken, um die Lebensqualität des Patienten zu verbessern.

Was sind die besonderen Merkmale der „Nonverbalen Therapie“ (TNVB)?

Die TNVB hat die Dimension des Nonverbalen an erste Stelle gerückt und vertieft. Das rein nonverbale Setting ist nicht ein Raum, in dem das gesprochene Wort durch andere Kanäle ersetzt wird. Ich muss ihn nicht unbedingt mit etwas füllen. Es hat seine eigene Kraft, seinen eigenen Klang, seine eigene Ethik. Non-verbale Kommunikation findet immer statt, auch wenn scheinbar nichts *klingt*. Das ist nicht das Gleiche wie Stille im Sinne der Abwesenheit von Klang, von sichtbarer Aktion.

Neben der stringenten Aufarbeitung der nonverbalen Dimension ist die Entwicklung einer eigenen didaktischen Methode eine Besonderheit der TNVB. Mir war immer klar, dass wir als Musiktherapeuten in unserer Ausbildung an uns selbst das Nonverbale erfahren müssen. So wie es der Patient auch erlebt. Darum werden alle methodischen Aspekte, die ich nur eingeschränkt verbal vermitteln kann, in der Non-verbale Methode meiner Musiktherapie-Didaktik uneingeschränkt erfahrbar gemacht. Das ist, im Sinne Daniel Sterns, ein transmodaler Kommunikationsvorgang.

Können Sie ein Beispiel aus der Praxis nennen?

Eine angehende Musiktherapeutin kam einmal zu mir in die Supervision. Sie brachte einen Fall aus ihrem Praktikum mit. Dieses Praktikum beinhaltete eine vergleichende Studie zur Musiktherapie mit Patienten im vegetativen Stadium (heute UWS). Die Musiktherapeutin musste vor und nach jeder Sitzung einige physiologische Werte des Patienten messen und festhalten, darunter Blutdruck, Atemzüge pro Minute etc. Ich sagte ihr, dass ich diese Parameter für nicht geeignet hielt, um den Effekt der Sitzung zu ermitteln, aber dass sie auf diese Messungen schon in der zweiten Sitzung nicht mehr angewiesen sein, sondern sie durch die amodale Wahrnehmung des Zustands des Patienten bereits kennen würde. Sie wollte das

nicht glauben. Nach dem Praktikum erzählte sie mir, dass es genau so eingetreten ist. Sie hatte den Patienten ganzheitlich – eben amodal – wahrgenommen. Der menschliche Wahrnehmungsapparat, in der therapeutischen Beziehung, ist der differenzierteste überhaupt. Diese Art des Zuhörens trainiere ich in meinen Seminaren.

Welche Schwerpunkte legen Sie darüber hinaus in Ihren Seminaren?

In meinen sechs Seminaren der Didaktischen Musiktherapie ist eines der Ziele, den Therapeuten zu schützen - ich empfinde das als einen Aspekt der Ethik des Non-verbalen. Der Körper des Musiktherapeuten absorbiert die gesamte nonverbale Kommunikation, verarbeitet also sehr starke Eindrücke. Schon in der Ausbildung muss die Figur des Therapeuten, die in der therapeutischen Beziehung gegenüber dem Patienten als psychischer „Behälter“ im Sinne von Wilfred Bions „container“ fungiert, auch selbst von einem „Behälter“ umfasst („contained“) werden.

Weitere zentrale Themen sind das ISO-Prinzip (Identità sonora, Klang-Identität), sowie meine tiefenpsychologisch motivierte Klassifikation der Instrumente. Ich meine hier nicht nur musikalische Instrumente, sondern alles, was wir als Mediatoren in der non-verbale Therapie verwenden.

Für welche Personen oder Bereiche ist die TNVB geeignet?

Sie kann in allen Bereichen angewendet werden. Es gibt keine Mindestanforderungen an den oder die Patienten, weder kognitiver noch körperlicher Art. Ich habe zunächst vorrangig mit autistischen Kindern gearbeitet. Vor zwanzig Jahren habe ich begonnen, mit Komapatienten zu arbeiten und ein Forschungsprojekt in diesem Bereich begleitet. Mein fünftes Seminar zu den klinischen Anwendungen der TNVB widmet sich den folgenden vier Pathologien: Autismus, Koma, Alzheimer und chronischer Schmerz. Alle diese Personen haben gemeinsam, dass das gesprochene Wort für sie keinen Sinn hat, oder ihn verloren hat. Diese Personen kommunizieren ganz oder vorrangig mit ihrem Körper, über den ihr (Unter)-Bewusstsein zum Ausdruck kommt.

Was unterscheidet Ihrer Meinung nach die TNVB von anderen Methoden?

Ich habe das Modell nie als reine Arbeitsanweisung entwickelt, denn man kann nicht so viele Regeln und Fakten vermitteln. Jeder Patient, jede therapeutische Beziehung, jede Sitzung ist einzigartig und sehr komplex. Mir ging es vielmehr darum, eine therapeutische Grundhaltung, auch eine Art und Weise, sich der Welt, sich selbst, dem Anderen gegenüber zu verhalten. Die Aspekte der Selbsterfahrung, der Beobachtung und des Zuhörens sind zentral und bleiben es

für das gesamte Leben. Die TNVB hat ihren eigenen Ausbildungsverlauf, und sie kann, wie schon angesprochen, mit allen Patientengruppen verwendet werden. Es gibt keine Ausschlusskriterien.

Anfang der Achtziger Jahre, vor über 35 Jahren, haben Sie in der Nähe von München ein Seminar für deutsche Musiktherapeuten gehalten. Wie waren die Reaktionen? Was erinnern Sie daran?

Damals erlebten die fertig ausgebildeten Musiktherapeuten zum ersten Mal ein durchgehend nonverbales Setting. In den Ausbildungen wurde das selten wirklich durchgespielt. Man arbeitete stark am eigenen Agieren, entwickelte aber wenig die Qualitäten des Zuhörens, die Fähigkeit, abzuwarten; die Stille zuzulassen; es auszuhalten, wenn nichts passiert. Auch heute spüre ich immer noch in meinen Seminaren, zum Teil sogar bei ausgebildeten Musiktherapeuten, eine gewisse Skepsis gegenüber dem nonverbalen Setting im Weiterbildungskontext. Wir waren damals sehr viele, und die Resonanz war groß, so dass auch gleich eine Übersetzung meines beim Kösel-Verlag erschienenen Buches ‚Einführung in die Musiktherapie‘ entstand. Ich habe noch die Briefe von Gertrud Orff, die das Seminar organisiert hat, Prof. Harm Willms, und der Übersetzerin meines Buches, Hannelore Seebaß. Ihnen allen bin ich bis heute sehr dankbar.

Wie hat sich Ihr Modell seither entwickelt?

Seit der Bestimmung der ersten Grundlagen vor gut vierzig Jahren bis zur heutigen TNVB ist natürlich viel passiert. Damals stand die Formulierung von klaren Arbeitsmethoden und -techniken sowie dem theoretischen Referenzwerk im Vordergrund. Inzwischen ist ein Modell entstanden, das seinen Horizont auf andere Wissensbereiche ausdehnt, um in Theorie und Praxis dem holistischen Prinzip zu folgen. Erkenntnistheorie, Physik und Philosophie, Kunst und Literatur wurden einbezogen. Die Entwicklungen in der Säuglingsforschung und Themen wie Intersubjektivität haben wichtige Ansätze der TNVB von anderer Seite beleuchtet und wertvolle Aufschlüsse für unsere Arbeit geliefert.

Auf was genau beziehen Sie sich?

Im nonverbalen Setting kann die Gesamtheit der Ausdrucks- und Kommunikationsformen nur simultan agieren. Das ist genau die transmodale Kommunikation, wie sie Daniel Stern zwischen Müttern und Babys beobachtet und beschrieben hat. Ich muss als Therapeut also auch über alle diese Kanäle „amodal“ empfangen können. Diese Haltung muss ich trainieren, um dem Patienten die Möglichkeit der Regression zu geben.

Was ist in Ihren Seminaren heute anders im Vergleich zu den ersten Jahren?

Im Zusammenwirken meiner klinischen, didaktischen und supervisorischen Arbeit sind außerdem die Konzepte ISO und Übergangsobjekte (mediadores) weiterentwickelt worden. Die Seminare der Stufen 1 bis 5 dauern immer noch jeweils ein Wochenende zu den Themen Einführung, Gruppentherapie, Einzeltherapie, ISO-Prinzip, Klinische Anwendungen.

Inzwischen ist eine neue, sechste Seminarstufe hinzugekommen. Dieses Seminar vereint alle vorherigen fünf Seminare in sich. Das Konzept der „Perle“ (aus Literatur und Quantenpsychologie) kommt hier zum Einsatz. Schon immer hat mich Hermann Hesses Roman ‚Das Glasperlenspiel‘ fasziniert. Einerseits wegen der evidenten Parallelen zwischen den psychologischen Funktionen des Spiels mit wichtigen Wirkungsweisen unserer „mediadores“, die Hesse meiner Meinung nach in seinem Roman sehr treffend erfasst hat. Die Perle wurde dann von der Quantenpsychologie aufgegriffen, hat aber eine lange Tradition im Gebet und in der Meditation.

In der sechsten Seminarstufe durchleben wir die vorherigen Stufen quasi spielend noch einmal. Mit Hilfe eines eigenen Perlensystems analysieren wir die Sitzungen tiefenpsychologisch.

In welchen Ländern ist das Benenzon-Modell verbreitet?

Außer in Argentinien und an der Benenzon-Stiftung in Buenos-Aires ist das Modell in fast allen südamerikanischen Ländern, in musiktherapeutischer Ausbildung und klinischer Praxis, präsent. Ebenso in Spanien, Portugal, Belgien, Frankreich, Italien und Zypern. In über zwanzig Ländern gibt es Benenzon-Zentren, wo meine Seminare von weltweit 220 Magistern angeboten werden. Die Magister kommen auch aus Rumänien, Tschechien, Finnland, Deutschland und der Dominikanischen Republik. 2014 wurde die Internationale Benenzon-Akademie Zypern eröffnet. Den Begriff Magister habe ich – natürlich – in Hesses Roman entdeckt. Mir gefiel die Affinität zu den Geisteswissenschaften einerseits, zum Meister im Sinne eines spirituellen Lehrers andererseits. Dabei war mir weniger das Spirituelle an sich wichtig, sondern die Idee des Empfangens einer Lehre und ihres Weitergebens. In diesem Kreislauf steckt auch eine demütige Haltung des Lehrers. Ein Benenzon-Techniker (tecnico) hat alle sechs Seminarstufen erfolgreich abgeschlossen und kann sie in der klinischen Praxis anwenden. Ein Magister durchläuft bei mir in Buenos Aires die Fortbildung zum Trainier, kann also die Seminare abhalten.

Dieses Jahr wird zum ersten Mal seit langer Zeit wieder ein Seminar zur Benenzon-Methode in Deutschland stattfinden?

Meine Präsenz in Deutschland hat sich nicht so entwickelt wie in meinem eigenen Sprachraum. Trotzdem sind viele Themen, auf die ich mich konzentriert habe, inzwischen fest in unserer Profession und den Musiktherapieausbildungen verankert.

Das ISO-Prinzip ist überall bekannt, aber nicht alle verbinden es mit Ihrem Namen. Ist es ein von Ihnen eingeführter Begriff?

Im musiktherapeutischen Bereich ja. Terminologisch geht das ISO-Prinzip auf den amerikanischen Psychiater und Pionier der Musiktherapie Ira Maximilian Altshuler zurück. Er verwendete *Iso* (das griechische Wort für „gleich“) im Sinne der „Entsprechung“ zwischen dem Gefühlsgehalt eines Musikstücks und dem Gemütszustand des Patienten.

Meine Übertragung des kurzen Wortes auf die Klangidentität („Identità Sonora“) betrifft viel mehr als nur akustische Phänomene. Heute gibt es diverse Formen des ISO (den universellen, den kulturellen, den der Gruppe, der Umgebung, der Familie und so weiter). Mit anderen Worten: ISO ist die Identität von allem, was der non-verbale Dimension angehört. Ich spreche heute von der ISO-Spirale. Ich habe bewusst ein eigenes Seminar – die vierte Stufe - dem ISO-Prinzip gewidmet, denn das Thema wurde schon bald ein Grundpfeiler meiner Arbeit.

Prof. Benenzon, vielen Dank für das Gespräch.

Bettina Eichmanns, be@musik-therapie.net

Musiktherapeutin (CMT Centro di Musicoterapia, Mailand) und Musikwissenschaftlerin (LMU München). Schülerin von Rolando Benenzon und Magister der Benenzon-Methode (Fundaciòn Benenzon, Buenos Aires). Dozentin für Musiktherapie an diversen staatlichen und privaten Schulen in Italien. Spezialisierung auf die Anwendung der Benenzon-Methode bei Personen mit UWS/ MCS sowie in der Geriatrie.