

Vom Einklang zum Dialog

Die Therapeutische Beziehung in der Musiktherapie mit Aphasiepatienten

Mag. Maria Wild

Beziehung begleitet uns durch unser ganzes Leben, von der Geburt bis zum Tod. Wir gestalten unsere Beziehungen zum Großteil durch Sprache. Doch was geschieht, wenn wir eines Tages ohne Sprache erwachen? Aphasiepatienten werden auf Grund ihrer Sprachstörung täglich damit konfrontiert, dass sie nicht oder nur eingeschränkt verbal mit ihrer Umwelt in Kontakt treten können.

Aphasie

Definition

Aphasie ist eine erworbene Sprachstörung in Folge einer umschriebenen Hirnschädigung (zu 80% ist dies ein Schlaganfall). Je nach Schweregrad der Schädigung sind folgende Modalitäten der Sprache betroffen: das Sprechen, Verstehen, Lesen oder Schreiben.

Es gibt vier Standardtypen, bei denen je ein Symptom im Vordergrund steht:

Bei der Broca Aphasie steht eine Sprachproduktionsstörung im Vordergrund, bei der Wernicke Aphasie eine Sprachverständnisstörung. Bei der Globalen Aphasie sind beide Bereiche beeinträchtigt und bei der leichtesten Form, der Amnestischen Aphasie, sind Wortfindungsstörungen das Hauptsymptom.

Psychosoziale Auswirkungen

Eine Aphasie wirkt sich immens auf die Lebensqualitäten des Betroffenen aus; sowohl auf psychischer als auch auf sozialer Ebene. Die Sprachlosigkeit des Patienten stellt auch gerade im Rehabilitationsprozess ein Problem dar. Gerade in der Anfangsphase, wo der Aphasiker noch nicht weiß, was mit ihm los ist, und er weder danach fragen kann, noch Informationen versteht, gerät er in Unsicherheit und bekommt Angst. Der Betroffene kann nicht verbal auf sich aufmerksam machen und sich nicht immer wehren, wenn etwas gegen seinen Willen geschieht. Dadurch erlebt er sich in der Rolle des Abhängigen, Hilflosen, der weder Kontrolle über seinen Körper/ seine Sprache, noch Einfluss auf das Geschehen in seinem Umfeld hat.

Das Selbstkonzept eines Aphasikers ist meist erheblich beeinträchtigt; daher wird seine Selbst-Wahrnehmung durch die Reaktion des Gegenübers auf ihn beeinflusst. Erfährt der Patient, dass sich seine Mitmenschen von ihm abwenden, erlebt er, dass er mit seiner Beeinträchtigung anderen zum Problem wird und diese ihm genauso hilflos gegenüberstehen, wie er sich selbst fühlt. Es entstehen Gefühle der Depression, Frustration, Aggression und in Folge kann es dazu führen, dass sich der Patient zurückzieht und in eine soziale Isolation gerät.

Bedeutung der Beziehung

In einer stabilen Beziehung erfährt der Patient Halt und Sicherheit. Das Gegenüber dient dem Betroffenen sowohl als Unterstützung als auch als „Spiegel“. Der Umgang des Gegenübers mit ihm hat einen großen Einfluss darauf, wie der Aphasiepatient sich selbst und seine Störung wahrnimmt und in Folge darauf, wie der Rehabilitationsprozess und die Krankheitsverarbeitung ablaufen. Das Erleben von Kontrolle, die Erfahrung, einen Einfluss auf sich und das Geschehen um sich herum zu haben, ist von besonderer Bedeutung. Wenn der Patient erfährt, dass er nicht hilflos ist, kann er seine Fähigkeiten und Ressourcen erkennen, was zu einer Stärkung der Identität beiträgt.

Musiktherapeutische Beziehung mit Aphasiepatienten

Verlauf der musiktherapeutischen Beziehung mit Aphasiepatienten

Die musiktherapeutische Beziehung verläuft im Grunde von einer Phase, in welcher Patient und Therapeut sich im Einklang befinden bis hin zu einer Phase, in welcher sich der Patient als autonomes Individuum erlebt und mit dem Therapeuten in Dialog treten kann. Hier wird der Verlauf in folgende drei Phasen eingeteilt:

„Wir-Phase“: Unsicherheit, Angst und Hilflosigkeit sind beim Patienten vorherrschend. Er ist auf den Halt des Therapeuten angewiesen. Dieser spürt in der Echo-Gegenübertragung¹ die Unsicherheit des Patienten zum Teil selbst. Sie kann aber durch ein Gefühl der Erleichterung abgelöst werden, wenn der erste Kontakt zum Patienten, durch einen Blick oder musikalisch durch das Gefühl des Einklangs, hergestellt ist. Der Therapeut bietet dem Patienten durch ein Struktur gebendes Angebot und durch sein einfühlsames Verhalten Sicherheit, wodurch Vertrauen aufgebaut werden kann.

„Ich-Phase“: Der Patient beginnt mit Hilfe des Therapeuten, sich besser zu spüren, er nimmt vermehrt eigene Bedürfnisse und Gefühle wahr. In dieser Phase werden sich Aphasiepatienten zum Teil erstmals ihrer Defizite und somit auch ihrer Sprachstörung bewusst. Zeitgleich tauchen Gefühle wie Wut, Frustration, Ungeduld aber auch Depression und Trauer auf, die der Patient meist noch nicht regulieren kann. Der Therapeut bietet dem Betroffenen Halt und Sicherheit und unterstützt ihn beim Ausdruck und bei der Regulation der Emotionen. Ressourcenorientiertes Arbeiten ist in dieser Phase sehr wichtig, damit das Selbstvertrauen des Patienten gefördert werden kann.

„Ich-Du-Phase“: Das Gegenüber taucht für den Patienten auf: er zeigt vermehrt Interesse an diesem oder nimmt Bezug auf die Spielweise bzw. das Verhalten des Therapeuten. Wenn das Vertrauen groß genug ist kann der Therapeut versuchen, sich langsam vom Spiel des Patienten zu lösen und eigene Ideen einzubringen. Es entsteht ein Dialog zwischen Patient und Therapeut, in welchem sich jeder selbst einbringt und auf den anderen eingeht. Die Beziehung wird gestärkt und zugleich zeigt sich beim Patienten vermehrt Mitteilungsbedürfnis. Persönliche, emotionale Themen können in den Mittelpunkt rücken und in der Musik ausgedrückt und bearbeitet werden. Der Patient erlebt, dass er seinen Gefühlen nicht hilflos ausgeliefert ist. Erst in dieser Phase ist die eigentliche Krankheitsverarbeitung im Sinne einer Trauerarbeit möglich.

¹ Ein von Priestley geprägter Begriff, der bedeutet, dass der Therapeut seine Reaktionen auf die bewussten sowie unbewussten Emotionen des Patienten wahrnimmt. Der Therapeut arbeitet mit dem Phänomen der Echo-Gegenübertragung, wenn er die noch verborgenen, noch nicht ausdrückbaren Emotionen des Patienten zum (musikalischen) Ausdruck bringt.

Schwerpunkte innerhalb einzelner Rehabilitationsphasen

Innerhalb der **Frührehabilitation** stehen das Bieten von Sicherheit und Halt sowie die Anregung der Selbstwahrnehmung im Vordergrund. Techniken wie das Singen im Atemrhythmus nach Gustorff sowie andere regressiv-symbiotische Angebote wie das Singen von Kinder- und Wiegenliedern mit gleichzeitiger Körperberührung helfen Kontakt aufzubauen sowie die Selbstwahrnehmung zu fördern. Der Patient wird von Gefühlen wie Angst, Trauer, Wut regelrecht überschwemmt, da er diese noch nicht selbst regulieren kann. Somit hilft der Therapeut stellvertretend beim Ausdruck und bei der Regulation der Emotionen.

Im Übergang zur **Spätrehabilitation** stellen sich oft Spontanremissionen ein und das tatsächliche Ausmaß der Sprachstörung kommt zum Vorschein. Dies bewirkt beim Aphasiker erneut Gefühle wie Wut, Trauer und Ungeduld und befördert ihn in einen Zustand der Hilflosigkeit. Er braucht Halt und Unterstützung des Therapeuten, der ihn beim Ausdruck der Emotionen begleitet. Das Finden und Stärken von vorhandenen Ressourcen steht in dieser Zeit im Vordergrund, um neuen Lebensmut zu verschaffen und das Selbstwertgefühl zu stärken. Rezeptionen und Phantasiereisen können dem Patienten Entspannung und Stärkung bieten. Wenn die Beziehung zum Therapeuten gestärkt ist, können Emotionen vermehrt zugelassen und thematisiert werden. In Improvisationen erlebt sich der Patient in einer neuen Rolle als gleichberechtigten, selbstwirksamen Interaktionspartner.

In der **ambulanten Langzeitbetreuung** sind die Schwerpunkte ähnlich wie in der Spätrehabilitation, wenn der Patient davor keine Möglichkeit zur Krankheitsverarbeitung hatte. Hier geht es meist darum, sich von neuem spüren zu lernen – also um eine Förderung der Körper- sowie der Gefühlswahrnehmung. Der Ausdruck des Patienten kann anfangs ein sehr stereotyper sein. Wenn genug Vertrauen zum Therapeuten vorhanden ist, können eingefahrenen Muster langsam gelöst werden, das instrumentale Spiel des Patienten wird freier und er kann sich auf Neues einlassen. Dieses Erleben kann sich dann in weiterer Folge auch positiv auf das verbale Verhalten auswirken – der Patient wird selbstsicherer und mutiger.

Besonderheiten innerhalb der musiktherapeutischen Beziehung mit Aphasiepatienten

Die Besonderheiten ergeben sich aus der Sprachstörung und deren Auswirkungen auf das Selbsterleben des Patienten. Aphasiepatienten sind meist extrem verunsichert im Kontakt. Es braucht lange, bis ein Vertrauen zum Gegenüber aufgebaut ist und es bleibt, auch wenn es einmal aufgebaut ist, weiterhin fragil. Jegliche Konfrontationen müssen daher gut durchdacht sein und sollten eher selten eingesetzt werden. Ansonsten kann ein Rückzug aus dem Kontakt provoziert werden.

In musikalischen Interaktionen erleben sich Betroffene als gleichberechtigter Partner. Während sie im verbalen Ausdruck sehr unsicher sind, blühen sie im musikalischen Kontakt – wo sie sich als aktiv Kommunizierender erleben – sichtlich auf.

Das Singen kann anfangs, wenn der Aphasiker noch über keine Sprache verfügt, als Ausdrucksmöglichkeit genutzt werden, da dies meist trotz der Sprachstörung möglich ist. Wenn aber der Punkt erreicht ist, an dem der Patient mit seiner Situation und seinen Gefühlen überfordert ist, sollte Singen in manchen Fällen vermieden werden, da es den Aphasiker mit seiner Sprachstörung konfrontiert. In dieser Zeit ist es besser, auf Instrumente zurückzugreifen und ressourcenstärkend zu arbeiten.

Viele Aphasiker erhalten während der Rehabilitation keine Psychotherapie und andere Therapien zielen hauptsächlich auf die Wiedererlangung der Sprache ab. Daher haben Betroffene keine Möglichkeit zur Krankheitsverarbeitung und Emotionen treten in den Hintergrund. Die Musiktherapie ist oft die einzige Möglichkeit, sich den Gefühlen und dem Erleben des Patienten anzunähern. Dabei ist der Therapeut stark auf die Echo-Gegenübertragung angewiesen, da ihm der Patient meist nicht sagen kann, was ihm durch den Kopf geht oder wie er sich fühlt. Da auch ein Reflektieren nur begrenzt möglich ist, sind erlebnisorientierte Aspekte – v.a. im Sinne des Probehandelns – von großer Bedeutung und haben eine nachhaltige Wirkung auf das Selbst-Erleben und Verhalten des Aphasiker.

Kategorienliste

Die hier vorgestellte Kategorienliste ermöglicht die Untersuchung der musiktherapeutischen Beziehung mit Aphasiepatienten und in weiterer Folge auch Interpretationen über den therapeutischen Verlauf und die Krankheitsverarbeitung. Die Kategorienliste erhebt nicht den Anspruch eines Messinstrumentes, sondern soll eine Unterstützung bzw. ein Leitfaden zum genauen Beobachten und Beschreiben der musiktherapeutischen Beziehung mit Aphasiepatienten sein.

Dabei soll Aufschluss über folgende Fragen gegeben werden: Wann war zum ersten Mal ein Kontakt erlebbar? Wann bzw. wie gestalten sich Momente der Nähe und der Distanz? In welchem emotionalen Zustand befindet sich der Patient und welche Bedürfnisse resultieren daraus? Wie geht der Therapeut darauf ein? Wie ist der Grad der Bezogenheit auf Seiten des Patienten bzw. auf Seiten des Therapeuten?

Die Kategorienliste ist so gestaltet, dass zur Auswertung schriftliche Therapieprotokolle herangezogen werden können; außerdem berücksichtigt sie – da eine Beziehung immer zwischen zwei Polen entsteht – beide Seiten, die des Patienten und die des Therapeuten.

Sie ist in folgende 5 Kategorien eingeteilt:

Kategorie 1: Emotionale Grundstimmung

Wie ist die Atmosphäre innerhalb einer Stunde. Welche Emotionen tauchen beim Patienten auf und wie verändern sich diese im Laufe der Stunde?

Kategorie 2: Gegenübertragungsphänomene

Welche Gefühle, Gedanken hat der Therapeut?

Kategorie 3: Musikalisches Ausdrucksverhalten

Wie ist die musikalische Aktivität innerhalb der Improvisation, bringt sich der Patient ein und wie reagiert er auf Kontaktangebote? Entstehen dabei synchrone Momente zwischen Therapeut und Patient?

Kategorie 4: Nonverbales/ verbales Verhalten

Zeigt der Patient nonverbal oder verbal ein Mitteilungsbedürfnis bzw. Kontaktbedürfnis. Auch hier können sich synchrone Momente zeigen, z.B. ein gemeinsamer Einschwingungsvorgang wie das synchrone Einatmen zu Beginn einer Improvisation.

Kategorie 5: Interaktionsstil des Therapeuten

Wie geht der Therapeut auf die Bedürfnisse bzw. das Verhalten des Patienten ein?

Falldarstellung – Frau B

Frau B., eine 72 jährige Pensionistin, kommt mit der Diagnose Broca-Aphasie und Hemiplegie rechts nach Insult auf die Station der Neurologischen Rehabilitation. Ihr Zustand bessert sich schnell innerhalb der ersten Wochen, sodass sie sich immer leichter verständigen kann und am Ende nur noch Wortfindungsstörungen vorhanden sind. Frau B. zeigt eine hohe compliance in den Therapien, da sie rasch wieder genesen will um ihren pflegebedürftigen Mann zu versorgen. Die Tatsache, dass sie ihren Mann nun nicht mehr selbst pflegen und nicht bei ihm sein kann, stellt eine enorme zusätzliche Belastung für Frau B. dar. Die insgesamt 15 Musiktherapieeinheiten finden zweimal wöchentlich in einem Zeitraum von 2 Monaten statt.

In den ersten zwei Stunden lernt Frau B. die verschiedenen Möglichkeiten innerhalb der Musiktherapie, wie Instrumentalimprovisationen, Rezeptionen oder Lieder singen, kennen. Sie ist sehr offen und ist sowohl über Blicke als auch musikalisch im Kontakt mit der Therapeutin. Als beide zum ersten Mal Lieder singen ist die Patientin sehr gerührt von der Tatsache, dass ihr dies gelingt, obwohl sie zu dem Zeitpunkt kaum sprechen kann. Dies stellt für sie eine Möglichkeit dar, sich auszudrücken. In der dritten Stunde tauchen Gefühle der Wut und Trauer auf, welche Frau B. nicht zulassen kann, da diese noch zu bedrohlich sind. Sie schluckt die Tränen und will sich ablenken. In den nächsten zwei Stunden geht es daher um Stabilisierung; sie braucht viel Nähe und Sicherheit, die sie in entspannenden Rezeptionen und Instrumentalimprovisationen erhält. In diesen Stunden kommt es erstmals zu einer dialogischen Interaktion, wobei sich Frau B. sehr an das Spiel der Therapeutin hält. Von der sechsten bis zur zwölften Stunde erlangt die Patientin ihre Sprachfähigkeit immer mehr zurück. Auch die Beziehung zur Therapeutin ist bereits so stabil, dass Frau B. zu erzählen beginnt, wie ihre Situation zu Hause mit ihrem Mann ist. Sie erinnert sich auch daran, was früher für sie möglich war und jetzt nicht mehr ist. Dadurch kommen vermehrt Emotionen der Trauer und Frustration zum Vorschein, sowie Angst davor, die Identität zu verlieren und wie ein Kind behandelt zu werden. Nun, da sie sich auch verbal ausdrücken kann, sind ihre Ansprüche an sich selbst höher als zu Beginn. Frau B. will immer seltener singen, da sie dies nun mit der Tatsache konfrontiert, dass auch das Singen nicht mehr so einfach geht wie früher. In der Musiktherapie steht Ressourcenfindung und -stärkung im Vordergrund. In Phantasieereisen bezieht sie Kraft aus Naturbildern. Diese Gefühle kann sie immer mehr gemeinsam mit der Therapeutin in Instrumentalimprovisationen verinnerlichen, was auch einen Beitrag zur Identitätsfindung² leistet. Frau B. vertraut sich immer mehr der Therapeutin an und kann in den Musiktherapiestunden soweit loslassen, dass sie in der 12. Stunde zum ersten Mal die Trauer zulässt und weint. Ab der 13. Stunde erlebt sich die Patientin gestärkt und hat immer mehr das Gefühl, zu spüren wer sie ist bzw. welche Bedürfnisse sie hat. Sie bringt in den Sitzungen vermehrt eigene Wünsche und Ideen ein und testet verschiedene Spielweisen in den Improvisationen. Sie sucht dabei weiterhin die Nähe zur Therapeutin. Die Improvisationen werden zunehmend symbolhafter: mit der Unterstützung der Therapeutin, welche für die Patientin einen haltgebenden „Boden“ spielt, kann sie ihre Gefühle bezüglich ihrer Situation ausdrücken. Sie erfährt, dass sie den Emotionen nicht machtlos ausgeliefert ist und Erlebnisse der Autonomie kehren zurück. In der Abschiedsstunde ist Frau B. sowohl verbal, als auch über Blicke und musikalisch in Kontakt mit der Therapeutin. Sie wünscht sich die Angebote, die ihr innerhalb der Musiktherapie am meisten Kraft gegeben haben: Rezeptionen über Naturbilder sowie Instrumentalimprovisationen, in welchen sie die Nähe zur Therapeutin erfährt. Es tritt in dieser Stunde Trauer über den Abschied auf, aber Frau B. blickt auch nach vorne und freut sich auf ihre Entlassung und den Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik.

² Frau B. erlebt sich als starke Frau, erkennt aber auch, dass sie nicht alles allein bewältigen muss, sondern loslassen und sich jemanden anvertrauen kann.

Kategorienliste

Mag. Maria Wild

1) Emotionale Grundstimmung

Grundstimmung:

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Freude | Unsicherheit | Offenheit | Neutralität | Entspannung | Anspannung | Ungeduld |
| <input type="checkbox"/> |
| Wut | Trauer | Depression | Vertrauen | Misstrauen | Frustration | Angst |

Picks in:

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Freude | Unsicherheit | Offenheit | Neutralität | Entspannung | Anspannung | Ungeduld |
| <input type="checkbox"/> |
| Wut | Trauer | Depression | Vertrauen | Misstrauen | Frustration | Angst |

Anmerkungen:

2) Gegenübertragungsphänomene

Wie fühlt sich der Therapeut?

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| angespannt | müde | konzentriert | entspannt | unsicher | sprachlos | gestresst |
| <input type="checkbox"/> |
| erleichtert | erfreut | funktionalisiert | einbezogen | wütend | traurig | frustriert |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| nicht wahrgenommen | | | | | | |

Welche Gedanken gehen ihm durch den Kopf?

3) Musikalisches Ausdrucksverhalten

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Passivität | <input type="checkbox"/> Aktivität |
| <input type="checkbox"/> Mitgehen bei Dynamikunterschieden | <input type="checkbox"/> Füllen von Pausen |
| <input type="checkbox"/> Sich zum Mitspielen motivieren lassen | <input type="checkbox"/> Dialogisieren |
| <input type="checkbox"/> Aufgreifen von Motiven des Therapeuten | <input type="checkbox"/> Ignorieren des Therapeuten |
| <input type="checkbox"/> Führen | <input type="checkbox"/> Folgen |
| <input type="checkbox"/> Einbringen von eigenen Ideen | <input type="checkbox"/> Explorieren von Instrumenten |
| <input type="checkbox"/> Stimmeinsatz: Lautieren | <input type="checkbox"/> Stimmeinsatz: Singen |
| <input type="checkbox"/> Unsicherheit | <input type="checkbox"/> Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Musikalisches Miteinander | <input type="checkbox"/> Reagiert auf Verhalten des Therapeuten |
| <input type="checkbox"/> Abbrechen der Improvisation | <input type="checkbox"/> Beenden der Aktivität bei Liedende |

Synchrone Momente:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> synchroner Beginn des Liedes | <input type="checkbox"/> synchrones Beenden des Liedes |
| <input type="checkbox"/> synchrone Töne | <input type="checkbox"/> synchroner Dynamikwechsel |

Anmerkungen:

4) Nonverbales/verbales Ausdrucksverhalten

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> verschlossen | <input type="checkbox"/> nimmt sich nicht wahr | <input type="checkbox"/> ist ganz bei sich |
| <input type="checkbox"/> nimmt Therapeut nicht wahr | <input type="checkbox"/> ignoriert den Therapeuten | <input type="checkbox"/> weist Kontakt ab |
| <input type="checkbox"/> Blickkontakt | <input type="checkbox"/> Körperkontakt zulassen | <input type="checkbox"/> Körperkontakt aktiv |
| <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeit | <input type="checkbox"/> Lächeln | <input type="checkbox"/> Rückversicherung |
| <input type="checkbox"/> Interesse am Therapeuten | <input type="checkbox"/> bringt persönliche Themen | <input type="checkbox"/> Mitteilungsbedürfnis |
| <input type="checkbox"/> zeigt Einfühlungsvermögen | <input type="checkbox"/> sicherer Ausdruck | <input type="checkbox"/> unsicherer Ausdruck |

Synchrone Momente:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Intrasynchronisation | <input type="checkbox"/> Einschwingungsvorgang |
| <input type="checkbox"/> synchrones Lautieren | <input type="checkbox"/> synchrone Mimik/ Gestik |

Anmerkungen:

5) Interaktionsstil des Therapeuten

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> umfassend | <input type="checkbox"/> schützend | <input type="checkbox"/> einfühlsam/warm | <input type="checkbox"/> freudig/ erregt |
| <input type="checkbox"/> ungeduldig | <input type="checkbox"/> ablehnend | <input type="checkbox"/> beobachtend | <input type="checkbox"/> eingreifend |
| <input type="checkbox"/> aufgreifend | <input type="checkbox"/> leitend | <input type="checkbox"/> folgend | <input type="checkbox"/> begleitend |
| <input type="checkbox"/> strukturierend | <input type="checkbox"/> offen lassend | <input type="checkbox"/> überfahrend | <input type="checkbox"/> abwartend |
| <input type="checkbox"/> anregend | <input type="checkbox"/> motivierend | <input type="checkbox"/> kommentierend | <input type="checkbox"/> regulierend |
| <input type="checkbox"/> bestätigend | <input type="checkbox"/> dialogisierend | <input type="checkbox"/> konfrontierend | |

Anmerkungen:

Literatur

- Wild, Maria (2010). Vom Einklang zum Dialog. Die therapeutische Beziehung in der Musiktherapie mit Aphasiepatienten. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Diplomstudium Musiktherapie, Universität für Musik und darstellende Kunst, Wien.