

Klang der Würde

Rezeptive Musiktherapie bei pflegebedürftigen Menschen mit veränderten Bewußtseinszuständen aufgrund neurologischer Schädigungen

Peter Keßler

Mein Name ist Peter Keßler, ich bin 44 Jahre alt und von Beruf Gesundheits- und Krankenpfleger.

Am 10. Januar 2000 begann mein Einstieg mit dem Aufnahme- und Informationstag in die musiktherapeutische Zusatzausbildung der Universität Siegen.

Praxisstelle und beruflicher Background

Im Rahmen der Ausbildung hatte sich mir nach langer erfolgloser Suche nach einer geeigneten Stelle die Möglichkeit eröffnet, die dazu gehörige Praxistätigkeit in einer Einrichtung zur Rehabilitation von Menschen mit neurologischen Schädigungen der Stufe F abzuleisten.

Vom 13.05.2015 bis zum 31.08.2016 war ich dort für die eigenverantwortliche musiktherapeutische Betreuung und Begleitung von Langzeitrehabilitanden zuständig, die dort aufgrund der Spätfolgen unterschiedlicher neurologischer Grunderkrankungen pflegerisch und rehabilitativ betreut werden müssen.

Zur Erklärung: Bei der Rehabilitationsstufe der Phase F handelt es sich um die letzte Phase der Spätrehabilitation.

Diese wird wiederum zweifach unterteilt in die Phase F1, bei der noch ein noch vorhandenes latentes Rehabilitationspotenzial vermutet wird und demzufolge aktivierende Pflege und rehabilitative Maßnahmen angeordnet werden, mit dem Ziel der Förderung des Funktionszustandes und des Mobilisierungsgrades zur Fortentwicklung des individuellen Rehabilitationspotentials.

Diese Phase wird zeitlich begrenzt verstanden.

Phase F2 ist hingegen zeitlich unbegrenzt. Hier werden werden bleibende Fähigkeitsstörungen und ein geringes Rehabilitationspotenzial vermutet.

Es steht zustandserhaltende Pflege mit rehabilitativen Anteilen im Vordergrund
(*Bienstein und Hannich n. Holzwarth, 2012, S.22*)

Mithin handelt es sich also um ein Pflegewohnheim, in dem den Bewohnern weitergehende rehabilitative Angebote gemacht werden.

Dies waren neben aktivierender Alltagsgestaltung durch Pflege und Tagesbetreuung , medizinische Behandlung durch externe Ärzte ebenso Maßnahmen von Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten, sowie die psychosoziale Betreuung und das Angebot der Snoezelen-Therapie durch die hausinterne Sozialarbeiterin.

Mein Auftrag dort lautete, ein zusätzliches musikalisch-therapeutisches Angebot im Rahmen der rehabilitativen Maßnahmen zu schaffen und umzusetzen.

Ich organisierte mein Projekt dahingehend, dass ich einmal pro Woche ganztägig einerseits mit zwei Gruppen im aktiven musiktherapeutischen Setting von jeweils einer Stunde und andererseits zunächst mit zwei, später drei Einzelkunden für jeweils ca. 30 Minuten rezeptiv-musiktherapeutisch arbeitete.

Wegen des Umfangs und der sehr unterschiedlichen Anforderungen des Projektes, in Bezug auf die Herangehensweisen und Zielsetzungen dieser beiden Arbeitsfelder, habe ich mich dazu entschlossen, hier nur auf die einzeltherapeutische Arbeit einzugehen.

Meine Rolle, gerade im Hinblick auf das einzelorientierte Setting sah ich diesbezüglich in einer Erweiterung der psychosozialen Betreuungsangebote im Sinne einer beziehungstherapeutischen, supportiven Begleitung. Ergänzend zu den mehr funktional ausgerichteten biomedizinischen Zielsetzung anderer Behandlungsmaßnahmen (Holzwarth, 2012, S. 24).

Bei meinen Klienten der rezeptiven Einzeltherapien handelte es sich um Heimbewohner, die auf Grund ihrer Bewusstseinslage und kognitiver und motorischer Einschränkungen nicht in der Lage waren, selbstständig in musikalische Aktion zu gehen. Ich werde sie an dieser Stelle später noch genauer vorstellen und einen Einblick in die Arbeit mit ihnen geben.

Meine bisherige berufliche Vorerfahrung in der Krankenpflege erlebte ich in der therapeutischen Arbeit als sehr ambivalenten Faktor. So war ich es in der Versorgungspflege gewohnt, mich quasi als „Hilfs-Ich“ in einem eher funktionalen unterstützenden Kontext zur Verfügung zu stellen. Waschen, lagern, säubern, Nahrung anreichern, Transfer ins Bett/den Rollstuhl, usw. bezog sich immer auf äußere, praktische Aspekte des Lebens der Beeinträchtigten.

Für eine emphatische, tiefgehende Würdigung der personalen Gesamtheit der Patienten mit all ihren Bedürfnissen fehlten oft sowohl die Zeit, die Ressourcen und, oft genug, auch die eigene Kraft.

Somit musste ich meine gesamte innere Haltung, den Fokus meiner Aufmerksamkeit und meine Erwartungen neu aufstellen. Aus dem Pfleger wurde ein Therapeut, aus dem Patienten wurde ein Klient.

Ich musste, kurz gesagt, lernen, mit neuen Augen zu sehen.

Andererseits war mir durch meine pflegerische Tätigkeit die Art der Einrichtung, die dortigen Gegebenheiten und das Klientel als solches bereits vertraut. Ich hatte also weniger neue Eindrücke zu integrieren und konnte mich leichter in das Umfeld eingewöhnen.

Das Für-den-Klienten-Spiel von Musik in einem therapeutischen Kontext verstehe ich als Angebot zur Beziehungsaufnahme.

Sowohl zu mir in der Person des Therapeuten als auch zu eigenen hilfreichen inneren Persönlichkeitsanteilen und Ressourcen.

Dies soll Lebensqualität der Betroffenen verbessern. Ihnen abseits des Alltags, der oft von der Erfahrung von Abhängigkeit, Fremdbestimmung und der eigenen Wahrnehmung ihrer körperlichen, kognitiven und psychischen Defizite geprägt ist, neue und positive Erfahrungen von sich selbst und ihrer Umwelt ermöglichen.

Ich sah dem zufolge meine Aufgabe darin, für diese Menschen einen ästhetisch-klanglichen Erlebnisraum zu schaffen (Holzwarth, 2012, S.89-91).

In diesem sollten Erfahrungen von unbedingter Integrität, Identität, Selbstwert und sowohl sinnhafter Zugehörigkeit einerseits, als auch der Individualität und Einmaligkeit der eigenen Person andererseits möglich sein.

Die Gesamtheit dieser Erlebnisqualitäten bezeichne ich als „Erlebte Würde“, daher auch der Titel dieses Abschlußvortrages.

Die Musiktherapeutin Karin Holzwarth gebraucht in ihrer Arbeit mit Wachkomapatienten alternativ den Begriff des „Selbsterinnerns“ (Holzwarth, 2012 S.13), eine Beschreibung die ich ebenfalls sehr treffend finde, aber die ich noch bewusst um eine qualitative Bewertungsstufe erweitern möchte.

Setting und Arbeitsweise

Die Therapien fanden meist jeweils auf den Zimmern statt, einige wenige Male, wenn dies nicht möglich war, in ruhigen, abgelegenen Bereichen des Hauses, um einen weitestgehend störungsfreien Ablauf der Therapie zu gewährleisten.

Während der musiktherapeutischen Arbeit lagen meine Klienten in der Regel im Bett, manchmal saßen sie auch im Rollstuhl. Die Beziehungsaufnahme begann bereits beim Eintreten ins Zimmer.

Zunächst die sensorische Erfassung der Atmosphäre im Raum: Wie sind die Lichtverhältnisse, wie ist das Wetter vor dem Fenster, wie die Temperatur ? Gibt es Gerüche, Geräusche ? Kommen sie aus dem Raum oder von außerhalb ?

Anschließend wende ich mich dem Klienten selber zu.

Wie ist seine Körperhaltung ? Ist sie angespannt oder relaxiert ? Bewegt er sich oder liegt er still ? Was für Bewegungen führt er aus ? Welcher Art sind die Bewegungen ? In welchem Tempo, in welche Richtung ? sind sie verspannt, dezent oder ausladend?

Gibt es eine isolierte Aktion oder sind es mehrere und wie sind sie koordiniert ?

Als nächstes beobachte ich näherzutreten die Reaktion auf mein erscheinen:

Nimmt er mich wahr ? Ab welcher Entfernung ? Erkennt er mich ? Wie empfindet er meine Anwesenheit ?

Schließlich die Beurteilung der Mimik: Ist sie verspannt oder entspannt ? Ist sie synchron oder verzerrt ? Welche Informationen über die aktuelle Befindlichkeit und den emotionalen Zustand drückt sie aus ? Ist sie leidvoll, ängstlich, traurig, freudig, aggressiv, müde oder neugierig ?

Es folgen Ansprache und Begrüßung: Wie reagiert mein Klient darauf ? Wendet er sich mir zu oder weg von mir ? Sieht er mich überhaupt an? Antwortet er mir vielleicht sogar, sei es nun durch Mimik, Gestik, eine Lautäußerung, oder gar durch Sprache ?

Alle solchen Informationen versuche ich zu erfassen, um mir einen persönlichen Eindruck über die aktuelle Situation zu verschaffen.

Natürlich geschieht das alles relativ zeitnah und simultan.

Ich versuche dabei so wenig rational-analytisch wie möglich zu sein, um meine eigene Emotionalität nicht abzuspalten und mich auch auf der Ebene der persönlichen Befindlichkeit auf den Klienten „einzuschwingen“.

Aufgrund dieser ersten Einschätzung versuche ich nun, die aktuelle Bedürftigkeit zu des Klienten zu erfassen und eine passende musikalische Antwort darauf gleichsam zu erfüllen.

Anschließend erfolgt auf Grundlage dieser Informationen eine erste Vorabauswahl der in Frage kommenden Musikinstrumente.

Ich habe immer eine relativ gleich bleibende Instrumentenauswahl dabei. Diese besteht aus einer Klangschale mittlerer Größe, einer Sansula, einer Kantele, einem Paar Zimbeln, einer Rahmentrommel und einer Stahlsaitengitarre , die ich aber auch von Zeit zu Zeit durch eine Körpertambura ersetzt habe.

Nun erfolgt die Phase der Auswahl durch den Klienten. Ich stelle ihm die Instrumente klanglich vor und erfrage, ob er dieses Instrument gerne hören würde.

Ich beginne in der Regel mit dem Instrument, das mir für eine passende musikalische Intervention am wahrscheinlichsten erscheint.

Das Auswahlverfahren gestaltet sich in der Praxis mitunter sehr mühsam, da eine eindeutige Antwort wegen der zurückgenommenen Fähigkeit zur Kommunikation und der verlangsamten oder blockierten kognitiven Verarbeitung oft nicht zu bekommen ist.

Hier muss ich oft mimische, gestische, lautierete oder vegetative Äußerungen des Klienten zu Rate ziehen, interpretieren, oder -letztendlich- auf meine eigene therapeutische Intuition vertrauen und die Auswahl selbstständig vornehmen.

Die Eingangsphase der eigentlichen musiktherapeutischen Intervention beginne ich behutsam.

Meist spiele ich nur einen leisen Ton, den ich im Raum nachklingen lasse.

Auf diesen lasse ich einen zweiten folgen, dann einen dritten, usw.

Dabei verkürze ich allmählich die zeitlichen Intervalle zwischen den einzelnen Tönen, bis ich zu dem Tempo komme, das mir angemessen erscheint.

Die Melodieführung gestalte ich unterschiedlich. Manchmal spiele ich komponierte Stücke aus meinem eigenen Repertoire, wenn ich der Ansicht bin, dass sie das emotionale Bedürfnis des Klienten in angemessener Weise beantworten können.

Oder an deren melodiose Struktur er sich orientieren kann und die es ihm ermöglicht, diese zu erkennen und zu integrieren und dadurch strukturelle kognitive Prozesse einüben zu können.

Der größte Anteil der Musik, die ich Verwende ist jedoch von improvisierter Natur und richtet sich nach meinem Bemühen, den therapeutischen Prozess zu erspüren und mich mit meinen Klängen in ihn einzufügen, ganz nach der Forderung einer humanistischen Arbeitsweise nach dem Handeln im hier und jetzt.

Dazu singe ich vokale Improvisationen, zeitweise Obertöne und kurze, mantraähnliche Passagen, wobei ich keine realen Worte benutze, sondern diese aus dem Moment entstehen lasse.

Meist halte ich auch den Gesang bewusst zwischen zwei in der Aussprache einander ähnlichen Vokalklängen, um eine Mehrdeutigkeit und somit eine potenzielle Vergrößerung der Menge des angebotenen therapeutischen Materials zu erreichen.

Dies soll es dem Klienten erlauben, auf diejenigen Inhalte zugreifen zu können, die seinem aktuellen Bedürfnis entsprechen.

Ich greife dabei auch stimmliche Äußerungen der Klienten wie seufzen, stöhnen, husten, brabbeln usw. zurück und versuche, sie in eine musikalische Form zu überführen. Dadurch möchte ich dem Patienten quasi als nonverbales Mittel der Spiegelung und der Paraphrasierung eine Rückmeldung über sich selbst geben.

Den Abschluss gestalte ich als ausklingen, wobei ich immer leiser werde oder die letzten Töne bewusst lange verklingen lasse. Anschließend lasse ich noch für einige Momente einen Raum der Stille entstehen, um meinem Klienten Zeit zum nachspüren, integrieren und verabschieden des gerade Erlebten zu geben.

Das Ende zeige ich schließlich grundsätzlich noch durch drei Anschläge mit der Zimbel. So verdeutliche ich: „Jetzt ist die Musik zu Ende“. Außerdem setze ich so einen Impuls für die Reorientierung und das wieder ankommen im hier und jetzt.

Fallbeispiel: A. ist 41 Jahre alt und seit sechs Jahren im Pflegeheim. Sie hatte nach einer Reanimation einen hypoxischen Hirnschaden erlitten. Zwar ist sie ansprechbar, aber sprachlich und im Denken sehr verlangsamt und nur mit Mühe dazu in der Lage, Zusammenhänge zu verstehen.

Ihr Lieblingsinstrument ist die Sansula. Sobald ich sie spiele und dazu singe, schließt sie die Augen. Ihre Gesichtszüge entspannen sich.

Oft folgt eine Phase, in der sie das Gesicht verzieht, so als ob sie starken Emotionen ausgesetzt ist oder sich sehr angerührt fühlt. Anschließend entspannt sie wieder und bleibt still liegen bis nach dem letzten Zimbelschlag.

Sie wirkt nach unserer Arbeit im Anschluss sehr aufgeräumt und klar. Dies geschieht so oft in eben genau jener Abfolge, dass mir dies äußerst bedeutungsvoll erscheint.

Die reflektierende Aufarbeitung des Erlebten unterlasse ich weitestgehend, aus folgenden Gründen :

Erstens ist Fähigkeit zum sprachlichen Ausdruck der Klienten stark eingeschränkt bzw. gar nicht mehr vorhanden.

Und zweitens möchte ich unter Berücksichtigung der herabgesetzten kognitiven Funktionen vermeiden, dass die Forderungen nach einer gedanklichen Reflexion und adäquater Beschreibung den Klienten überfordern und ihn in einen Zustand von Scham, Selbstentwertung und Resignation treiben könnte.

Daher beschränke ich die Abschlussfragen auf einfache Sätze.

Beispiel: Ich: „Wie war es für Dich?“- Klient: „Schön“- Ich: „Ja ? Hat es dir gut getan?“- Klient: „Ja“- Ich: „Prima, das freut mich für Dich“.

Anschließend erfolgt die Verabschiedung und das Verlassen des Zimmers.

In meiner Arbeit habe ich übrigens nur bei einem Patienten an das biographische Musikrepertoire angeknüpft und das hauptsächlich auf Grundlage von Improvisationen auf der Gitarre.

Die Verwendung von Musik aus der Vergangenheit der Klienten scheint mir in diesem Kontext zu riskant, denn es ist unsicher, wie sich dies auswirkt.

Da sich das Leben der Klienten in traumatischer Weise völlig verändert hat besteht für mich die reelle Gefahr, Erinnerungen an das anzutriggern was entgültig verloren ist, oder schlimmer noch, traumatisches Material selbst.

Das Abspielen von Musik über Tonträgern unterlasse ich ebenso, da auf den Zimmern sehr oft das Radio läuft und somit eine Unterscheidung der Musik im therapeutischen Kontext von der ständig im Tagesverlauf aufgenommenen schwierig bis unmöglich für den Klienten wäre.

So lege ich meinen Hauptfokus auf das Beziehungsangebot im hier und jetzt. Oft dauert es trotzdem einige Zeit , bevor diese Menschen merken, dass dort jemand ist der für sie persönlich musiziert.

Als sensorische Instrumente zur Orientierung im therapeutischen Prozess dienen mir, wie bereits erwähnt, zum einen körperliche Reaktionen der Klienten, aus denen ich Informationen über den psychischen Zustand ableiten kann wie Haltung, Mimik, Gestik, Muskeltonus und Bewegungen, vegetative Reaktionen wie erröten oder erblassen, Atemrhythmus- und Tiefe, Husten, Schnauben und Niesen sowie stimmliche Äußerungen.

Wichtiger erscheint mir im therapeutischen Kontext aber weit mehr das klassische Übertragungs-/ Gegenübertragungsgeschehen.

Für dieses Phänomen des „emphatischen Einblick und Anteilnehmens“ an der Innenwelt unserer Klienten, haben wir Musiktherapeuten den wunderschönen Begriff des In-Resonanz-gehen, oder auch Echo-Gegenübertragung, geprägt durch die britische Pionierin der modernen Musiktherapie, Mary Priestley (*Holwarth, 2012, S. 30*).

Das einführende Bemühen um Verständnis erweist sich dabei für mich immer wieder als sehr wichtiges Mittel um das therapeutische Geschehen adäquat wahrzunehmen.

Was bewegt diesen Menschen gerade, wie fühlt er sich körperlich oder psychisch, was ist das Thema das er gerade einbringt ?

Wie fühle ich mich gerade dem Klienten gegenüber ? Habe ich Angst, bin ich besorgt, fühle ich mich unter Druck, unzulänglich, gelangweilt, erfreut ?

All diese Eindrücke eröffnen mir die Möglichkeit, mich in meinem Spiel auf den Klienten auszurichten den Prozess der Therapie in seinem Sinne zu steuern und noch wichtiger: Sie geben ihm die Möglichkeit, auf mich und das Geschehen und meine Handlungen Einfluss zu nehmen oder auch diese zu unterbinden.

Noch eine Anmerkung zu meiner therapeutischen Haltung: Ich bevorzuge in meiner Arbeit die von der Psychoanalytikerin Karen Horney propagierte „mitfühlende Achtsamkeit“. Diese beschrieb sie als unbegrenzte, nicht urteilende, aber warmherzige Empfänglichkeit, mit einem Fokus auf das Gegenwärtige und die Präsenz, wie sie auch wiederum von Karin Holzwarth vertreten wird (Holzwarth, 2012, S.56)

Hilfreich waren für mich im Verlauf meiner therapeutischen Arbeit auch die biographischen Informationen über meine Klienten, die ich im Vorfeld von der Sozialarbeiterin erhalten habe.

Ferner unterstützten auch die persönliche Einschätzungen und fortlaufende Rückmeldungen von ihr als auch die des Pflegepersonal und der anderen Therapeuten meine Arbeit mit dem Klienten.

Als ein weiteres sehr gutes Hilfsmittel erwiesen sich auch die Fotowände, die neben jedem Bett aufgehängt waren. Diese zeigten Bilder der Klienten aus ihrem früheren Leben. Alleine oder mit Freunden oder Familienmitgliedern.

Dadurch war eine gute Einschätzung über die Persönlichkeiten und ein Abgleich mit dem gegenwärtigen Status möglich. Oft half mir ein Blick auf diese Fotos, um wieder neue Ideen für den Fortlauf des therapeutische Geschehen entwickeln zu können und mich immer wieder neu in den Prozess der Therapie zu integrieren.

Fallbeispiel: S. ist eine 34 Jahre junge Frau und seit vier Jahren in der Einrichtung. Bei der Geburt ihres letzten Kindes war es zu massiven Blutungen gekommen, die zu einer bleibenden Gehirnschädigung führten. Aus ihrer Biografie ist mir bekannt, das sie seit ihrem 5. Lebensjahr vornehmlich in Heimen aufgewachsen ist.

Auf der Fotowand sind vor allem Aufnahmen von ihr mit ihren Kindern zu sehen. Beim Betrachten der Bilder gewinne ich den Eindruck von einer lebensbejahenden, sensiblen jungen Frau, die eine sehr innige Bindung zu ihren Kindern zu haben scheint.

Die Sozialarbeiterin beschreibt, das S. zu Anfang gute Fortschritte machte und ruhig ihre Umgebung beobachtete, so als ob sie erkennen könnte, was um sie herum passiert.

Die Fotos aus dieser Zeit bestätigen bei mir diesen Eindruck. Eine dramatische Wende setzte ein, nachdem sie einen Besuch von ihren Kindern erhielt. Danach zog sie sich zusehends immer mehr in sich zurück, bis sie in ihrem aktuellen Status verblieb.

Über S., ihren Status und die Arbeit mit ihr werde ich an späterer Stelle noch einmal eingehen.

Erwähnen möchte ich außerdem noch ein Phänomen, das ich immer wieder beobachten konnte und für mich zu einem Schlüsselerlebnis für die Beurteilung und Lenkung meiner rezeptiv-klanglichen Arbeit wurde.

Gemeint ist hier ebenfalls die Resonanz. Allerdings nicht in einem übertragenen Sinne wie vormals bei Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehen angemerkt, sondern ganz konkret, als klangliches Phänomen.

Bei der Arbeit mit der Körpertambura fiel mir auf, dass in einigen Bereichen des Instruments eine Zunahme des Klangvolumens und ein deutlich erweitertes Obertonspektrum zu hören waren.

Diese Bereiche stimmten nicht immer zwangsläufig mit bauartlichen Eigenschaften des Instruments überein, also etwa im Bereich des Schalloches oder der Flageolett-Punkte. Außerdem verschoben sich diese Bereiche kontinuierlich hin und her.

Beim Singen fiel mir auf, dass einige Töne, je nach Tonhöhe, gesungenem Laut und gewähltem Stimmregister ebenfalls ein größeres Klangvolumen und ein erweitertes Obertonspektrum zu hören waren.

Anfangs verwirrte mich dies etwas. Aber weil es sich so „stimmig“ anhörte und auch die Klienten vermehrte Reaktionen zeigten und ich außerdem das Gefühl hatte, jetzt „ganz nah dran“ an meinem Gegenüber zu sein, fokussierte ich meine Bemühungen darauf, gerade diese klanglichen Bereiche möglichst oft zu finden und so lange wie möglich zu halten.

Auf dieses Phänomen werde ich später aber noch genauer eingehen, wenn ich die Rolle der Musik in meiner Arbeit näher erörtere.

Fachliche Grundlage meiner therapeutischen Arbeit

Hierbei habe ich mich hauptsächlich am musiktherapeutischen Ansatz von Karin Holzwarth für die Arbeit mit Wachkomapatienten und dem psychotraumatologischen Konzept des Wachkomas nach Andreas Zieger orientiert.

Per Definition ist ein psychisches Trauma das Einwirken eines oder mehrerer so schwerwiegender Ereignisse auf ein Individuum, dass die persönlichen innerpsychischen Bewältigungsmöglichkeiten zur Verarbeitung nicht mehr ausreichen.

Das medizinische Klassifikationssystem ICD10 definiert Trauma als:

„...ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß (kurz oder lananhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein...“

(Dilling/Mombour/Schmidt, 2015, S.207)

„...Der Betroffene erlebt das traumatische Ereignis als extreme seelische Verletzung, die Angst und Schrecken hervorruft, verbunden mit einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses und einem Zustand völliger Verzweiflung und Hilflosigkeit...“ (Ermann, 2007, S. 144).

Geschieht dies, so kann nach Beendigung der Situation eine Verarbeitung und Integration der verschiedenen sensorischen und emotionalen Eindrücke zu einem stimmigen Gesamtbild und eine Überführung desselben ins Langzeitgedächtnis, im Sinne einer inneren Gewissheit wie „Es ist vorbei, ich bin wieder in Sicherheit“ unterbleiben.

Statt dessen sind sämtliche Eindrücke quasi unsortiert an verschiedenen Stellen des Gedächtnisses isoliert als Erinnerungsfragmente abgelegt und bleiben als eine Art „Traumagedächtnis“ aktiv. (Seidler, 2013, S. 75-76)

Das Erlebnis eines Traumas kann verschiedene psychische Folgeerkrankungen nach sich ziehen.

Insgesamt kann bei diesen Menschen ein Rückzug (innerlich, als sogenannte dissoziative Zustände, wie auch äußerlich, als eine soziale Selbstisolation) beobachtet werden. Dies dient der Vermeidung von Situationen, in denen eine potentielle neue Bedrohung oder eine Konfrontation mit retraumatisierenden Ereignissen eintreten könnte.

Der neurochirurgische Facharzt und Komaforscher Andreas Zieger setzt die typischen Symptome von Wachkomapatienten wie vermehrte vegetative Aktivität (schwitzen, verkrampfter Muskeltonus, erröten), verstärkte schreckhafte Reaktionen auf externe Reize, starre, verkrampfte Mimik, und Streckspasmen in einem wachkomatösen Zustand in Relation zu den Symptomen einer posttraumatischen Stressbelastung. Er versteht diese Erscheinungen nicht als ausschließliche neuropathologische Symptome, sondern ebenso als Ausdruck von schwerer Traumatisierung. (Zieger, 2016, S.5)

Insbesondere die typische Körperhaltung sieht er unter diesem psychotraumatologischen Aspekt.

Zusammengekrümmter Körper, angewinkelte Arme und Beine und andere körperliche Symptome sind Schutzhaltung und Ausdruck von Verletztheit. Sie signalisieren Isolation und Zurückgezogenheit, quasi verkörperte Traumatisierung. (Zieger, 2016, S.9)

Diese Sichtweise lässt sich wohl ohne weiteres nachvollziehen.

Ein rupturiertes Aneurysma im Gehirn, ein Herzinfarkt, ein Schädelbasisbruch, eine Enzephalitis sind in der Erfahrung sicherlich für jeden Menschen lebensbedrohende Erlebnisse, denen man in der Regel hilflos ausgeliefert ist.

Hinzu kommen Folgeereignisse wie hilflose und panische Angehörige, das Erleben der „gewaltsamen“ Reanimation, die deprivierenden Verhältnisse in der Notaufnahme und auf der Intensivstation.

Dazu eventuelle Stürze vom Behandlungstisch oder aus dem Bett, inadäquate pflegerische Versorgung oder Vernachlässigung, und dies alles, ohne aktiv auf die Geschehnisse, die einen doch so persönlich und unmittelbar betreffen, Einfluss nehmen zu können. (i.A.a. Zieger, 2016, S. 5)

Und nach dem Überstehen der Akutphase ist das Leben nicht mehr so wie es einmal war. Häufig bestehen Einschränkungen im kognitiven Bereich und die Unfähigkeit zur Kommunikation. Lähmungen verschärfen die Abhängigkeit von fremder Hilfe bei den einfachsten Dingen des täglichen Lebens, um nur einige Beispiele zu nennen .

All dies führt zu einer Rücknahme des Ichs auf, wie Zieger es nennt, das „autonome Körperselbst“ um der Bedrohung und Hilflosigkeit durch die völlig neu erlebte Umwelt zu entgehen. (Holzwarth, 2012, S.25)

Die Erkenntnisse Ziegers und anderer Therapeuten änderten den Blick auf Menschen mit einer veränderten Bewusstseinsstruktur nach erworbener neurologischer Schädigung. Sie ermöglichten einen neu gestalteten beziehungsmedizinischen und psychotherapeutischen Zugang zu den Betroffenen.

Die Musiktherapeutin Karin Holzwarth vertritt in ihrem Buch: „wach bleiben – Musiktherapie und Wachkoma“ ein rezeptives Behandlungsmodell.

In diesem integriert sie die Erkenntnisse Ziegers und anderer mit differenzierten bewusstseinspsychologischen Überlegungen, spirituellen Erfahrungen und Erkenntnissen aus der Säuglingsforschung.

Ganzheitlich integriert, in einem beziehungsfokussierten Rahmen, plädiert sie für die Schaffung eines klanglichen Raumes, wie ich ihn ebenfalls bereits postuliert habe.

Dieser soll eine atmosphärisch-tragende Beziehungsaufnahme, ähnlich wie die der Mutter-Kind-Rêverie beim Stillen ermöglichen und zu einem Moment elementaren Ankommens führen in dem, was zur eigenen Mitte und zum Selbst werden kann. (Holzwarth, 2012, S.27)

Ähnlich wie Holzwarth befürworte auch ich die Erfahrungen spiritueller Art im therapeutischen Kontext.

Es ist mir in diesem Zusammenhang sehr wichtig eines im Vorfeld richtig zu stellen:

Der Begriff der spirituellen Erfahrung ist leider stark vorbelastet und wird oft inflationär gebraucht und mit Weltfremdheit, unseriösem esoterischem Denken und Sentimentalität gleichgesetzt.

Daher bevorzuge ich lieber die Ausdrücke „transpersonal“ oder „Urerfahrungen“.

Damit meine ich die existentielle innere Gewährwerdung von Zugehörigkeit, Identität und Urvertrauen in mein Dasein und das der Welt, die mich umgibt. Zu dieser Art Erfahrung ist jeder Mensch fähig, unabhängig von allen weltanschaulichen Deutungen.

Der Arzt und Begründer der analytischen Psychologie, C.G. Jung, meinte dazu:

„Indem ich mich einzigartig weiß in meiner persönlichen Kombination, d.h. letztlich begrenzt, habe ich die Möglichkeit, auch des Grenzenlosen bewusst zu werden. Aber nur dann.“ (Jaffé, 2003, S.328)

Auch der Traumaforscher Peter Levine spricht in seinem Buch „Sprache ohne Worte“ ebenfalls von spirituellen Erfahrungen und ihrem Potential, posttraumatische Belastungen zum positiven zu transformieren. (Levine, 2010, S. 417-426)

Zur Schaffung eines Rahmens, in dem solch positive Erfahrungen existentieller Art möglich sind ist Musik nach meiner Erfahrung ein sehr geeignetes Medium.

Um die zu veranschaulichen, möchte ich weitere Einblicke in meine Arbeit mit S. geben:

Die meiste Zeit über liegt S. im Bett, den Grad ihrer Bewusstheit ließe sich wohl am ehesten mit „Minimally Responsive State“ bezeichnen, da sie zwar wach ist, aber nicht redet und auch sonst so gut wie nicht mit den Personen in ihrem Umfeld kommuniziert.

Oft ist es nicht einmal ersichtlich, ob sie diese überhaupt als Personen erkennt oder wie sie sie wahrnimmt. Sie ist die meiste Zeit motorisch aktiv bis unruhig, wobei sie ihre Arme und Hände nicht benutzen kann, da diese spastisch verschränkt auf ihrer Brust fixiert sind.

Was mir sehr stark auffällt ist ihr häufiges spucken und die Tendenz, mit Mund und Zunge ihre Schulter, ihr Kopfkissen oder andere Gegenstände in ihrem unmittelbaren Gesichtsumfeld zu betasten. In meiner Assoziation tendiere ich stark dazu, sie im Entwicklungsstatus eines Säuglings wahrzunehmen.

Insgesamt macht sie einen nach außen hin abgeschlossenen, auf sich selbst zurückgezogenen Eindruck, genau wie Zieger ihn beschreibt.

Meine Phantasie dazu: S. hatte es trotz der schwierigen Bedingungen in ihrer Kindheit geschafft, ihrem Leben halt und Sinn zu geben, indem sie sich stark mit ihrer Mutterrolle identifizierte. Bei dem Besuch ihrer Kinder realisierte sie, dass es ihr nicht mehr möglich war, diese Rolle weiterhin auszuüben und für ihre Kinder da zu sein, dies bedeutete für sie einen weiteren traumatischen Einbruch und Verlust sämtlicher essentieller Ressourcen, .

Der einzige Ausweg für sie war ein Eigenausschluss aus der Welt und selbst die Regression auf den Entwicklungsstand eines Babys zu vollziehen .

Die Arbeit mit ihr gestaltet sich sehr schwierig, da sie ihren Aufmerksamkeitsfokus nur für kurze Zeit halten kann und ich in einer Therapieeinheit sehr oft das Angebot wechseln muss.

Zum anderen haben Klänge eine stark aktivierende Wirkung auf sie und ich muss darauf achten, sie nicht in einen Status der Überstimulation zu bringen. Als sehr gutes Mittel erweist sich hier das bereits angesprochene musikalische spiegeln ihrer lautierten Äußerungen.

Nach etwas mehr als einem halben Jahr der Arbeit mit ihr meldet mir die Sozialarbeiterin zurück, sie erlebe S. jetzt als sehr viel ruhiger und mehr im außen, so wie zum Aufenthaltsbeginn. Einige Zeit später berichtet sie mir, das sie von den Mitarbeitern der Pflege gerufen wurde, weil S. laut weinte und nicht zu beruhigen war. Als sie fragte: „Was hast du denn?“ „Vermisst du deine Kinder?“ antwortete S. mit einem lauten „JAAAAA“.

Meine persönliche Eindruck dazu, der auch von der Sozialarbeiterin weitgehend bejaht wurde: S. hatte sich so weit stabilisieren können, dass das Erleben des Verlustes ihrer Kinder zugelassen und betrauert werden konnte.

Bei einer anderen Gelegenheit, ich spiele gerade die Kantele für sie, streckt sie plötzlich ihre rechte Hand nach dem Instrument aus. Ich halte ihr das Instrument an die Finger und bewege es so, das sie die Saiten angezupft werden,

S. lässt dies zu und wiederholt dies mehrmals . Dies ist für mich ein Moment des Übergangs von rezeptiver zu aktiver Musiktherapie, ein aktives, gestaltendes handeln gemeinsam mit mir als Gegenüber. Dies empfinde ich als sehr bedeutsam.

In einer unserer letzten Sitzungen lächelt sie mich beim Eintreten an, ich spiele Gitarre für sie. Sie liegt ruhig und entspannt da und lauscht, manchmal schließt sie die Augen. Als eine Krankenpflegerin versehentlich den Raum betritt, ist sie kurz irritiert, wendet sich dann aber wieder der Musik zu. So habe ich S. noch nie zuvor erlebt.

Ich habe den Eindruck einer erwachsenen jungen Frau, die sich ganz der Musik und der Entspannung hingibt und sich autonom selbst regulieren kann. Auch die Pflegerin ist beeindruckt und meint, dass sie dies

unbedingt dokumentieren wolle.

Man kann also wohl sagen, dass die Musik S. eine Selbststabilisierung ermöglichte, die es ihr erlaubte, aus dem Zustand selbstgewählter Isolation herauszutreten und sich der Umgebung und reiferen Persönlichkeitsanteilen anzuvertrauen.

Die Funktion der Musik

Christoph Schwabe, ein Pionier der Musiktherapie im deutschsprachigen Raum und Schöpfer der regulativen Musiktherapie (ebenfalls ein rezeptives Verfahren) beschreibt die Funktion der Musik im Hinblick auf das pathologische Symptom als einen Bildner von einer Erweiterung des Wahrnehmungs- und Beziehungsraumes. (Schwabe, 1987, S.97)

Im therapeutischen Kontext stellt sie ein Objekt der Beziehung dar. Der Klient wendet sich mit seiner Aufmerksamkeit der Musik zu und die Musik wendet sich gleichsam ihm zu. Anders als ein personales Beziehungsobjekt ändert sich die Musik aber nicht im Laufe der Beziehungsaufnahme. (Schwabe, 1987, S.97)

Die Musik bleibt also kontinuierlich, präsent und verlässlich, anders als vielleicht eine reale Person, die eben auch enttäuschen oder verletzen kann.

Damit bietet sie dem Klienten einen sicheren Rahmen für eine vertrauensvolle Zuwendung und eine Wahrnehmung der Realität im Außen.

Dies ist, finde ich, ein sehr wichtiger Aspekt in Bezug auf die bereits angesprochenen existentiellen Erlebnisinhalte, die dem Klienten ermöglicht werden sollen.

Für mich persönlich war das eine wichtige Lektion, da ich lernen musste, mich in meiner persönlichen Präsenz zurückzunehmen, zu der ich mich in gut gemeinter Absicht gedrängt fühlte.

Es war aber auch eine große Entlastung, aus dieser großen Verantwortung quasi entlassen zu werden und, im übertragenden Sinn, im musikalischen Prozess „nur“ derjenige zu sein, der den eigentlichen Therapeuten, eben die Musik, zur Verfügung stellen sollte.

Schwabe führt weiterhin aus, dass im gleichen Maße, in dem durch den Klienten eine Zuwendung zur Musik erfolgt, eine Abwendung des Klienten von seinen Symptomen erfolgt.

Somit ist in Konsequenz zu dieser Feststellung die Fokussierung, die das Symptom und den ihm zugrunde liegenden Konflikt im übertragenen Sinne genährt und am Leben gehalten hat, unterbrochen und der geschädigte Bereich kann regenerieren, bzw. mit der Selbstregulation beginnen. (Schwabe, 1987., S.98)

Als Beispiel hierfür konnte ich oft und mitunter ausgeprägt eine motorische Aktivierung bei meiner Klientin beobachten. Ein Arm, der noch Minuten vorher steif und angespannt war, wurde plötzlich willentlich bewegt.

Eine verkrampte und geschlossene Körperhaltung wurde aufgegeben zugunsten eines offenen und entspannten Liegens oder Sitzens und eine starre oder verkrampte Mimik wurde entspannt und ebenmäßig.

Fallbeispiel: Herr S. ist 50 Jahre alt und wohnt seit drei Jahren im Pflegeheim, nachdem er eine subdurale Blutung infolge der Ruptur eines Aneurysmas erlitten hat.

Zu Beginn ist er Mitglied in einer der beiden Gruppen für aktive Musiktherapie die ich betreue und spielt dort sehr engagiert und begeistert mit. Etwa zum Jahreswechsel von 2015 auf 2016 verschlechtert sich jedoch sein Zustand rapide.

Er reagiert kaum noch auf Ansprache, und nimmt die meiste Zeit über eine starre und verkrampfte Körperhaltung ein, seine Mimik ist stark angespannt, so als ob er einem großen Leidensdruck ausgesetzt ist oder als ob er starke Angst empfindet.

Ich beschließe, ihn weiterhin in Einzeltherapie zu betreuen. Es stellt sich mit der Zeit heraus, dass sein Lieblingsinstrument die Gitarre ist. Sobald ich beginne zu spielen wirkt er zusehends gelöster, seine Mimik entspannt sich, oft führt zur Musik Bewegungen aus, meist kann er im Anschluss mit mir auch wieder eingeschränkt sprachlich kommunizieren.

Die Angehörigen der Pflege bestätigen mir, dass er nach der Musiktherapie ruhiger und entspannter ist.

In einer Sitzung streckt er plötzlich in einer langsamen, kontrollierten Bewegung seinen linken Arm nach vorne aus und hält ihn dort, mit vertikaler Faust und erhobenem Daumen.

Ich habe unwillkürlich die Phantasie eines Konzertes, in dem das Publikum Wunderkerzen oder Feuerzeuge nach oben hält. Etwas später lässt er seine rechte Hand an seinem Rollstuhl herunterhängen und führt mit den Fingern Bewegungen aus, so als ob er selber Gitarre oder E-Bass spielen würde.

Hier wird also nicht nur die beschriebene motorische Aktivierung deutlich, sondern diese Situation kann ebenso als Beleg für den vormals erwähnten existentiellen Erfahrungsraum gesehen werden. Über die Identifizierung mit der Musik war es für Herrn S. möglich, sich sowohl als integraler Teil einer größeren Gemeinschaft (Publikum) als auch als wertvolles, schaffendes und schöpferisches Individuum (Musiker) wahrzunehmen.

Im Kontext mit den schon erwähnten Ausführungen Ziegers könnte man also schließen, dass der starre Schutzpanzer der Traumatisierung aufgegeben werden konnte und eine Öffnung und ein „sich bewegen“ in der Umwelt wieder möglich war.

Auch Zieger erwähnt übrigens Musik und beschreibt sie als Medium, in dem nonverbale Austauschprozesse sensibel gestaltet werden können. (Zieger, 2016, S.20)

Schwabe schreibt außerdem von der Eigenschaft der Musik, als Informationsmedium weniger konkret als Sprache zu sein (Schwabe, 1987., S.99). Somit können auch auf emotionaler Ebene vieldeutige Inhalte übermittelt werden, was natürlich bei einem Klientel mit reduzierten rationalen Verarbeitungsmöglichkeiten von Vorteil ist.

Außerdem möchte ich erwähnen, dass Menschen in einem pathologisch veränderten Bewusstseinszustand oft über eine veränderte Zeitwahrnehmung verfügen (Holzwarth, 2012, S.24) und eine verlässliche klangliche Struktur („Musik ist vom Menschen gestaltete Zeit“) hier Halt und Sicherheit vermitteln kann.

Melodie, Tempo, Takt, usw. unterliegen einer festgelegten zeitlichen Ordnung, sonst würden wir die Gesamtheit dieser Elemente nicht als Musik wahrnehmen können.

Ich hatte ja bereits die von mir erlebte Wahrnehmung der veränderten klanglichen Resonanz erwähnt.

Es war für mich eine große Erleichterung, als ich erfuhr, dass ich mit dieser Wahrnehmung nicht alleine bin.

Auch der Arzt Dr. Otto-Heinrich Silber beschreibt dieses Phänomen und nennt es „Schwingungsdialog“.

Er beschreibt, wie ein Klang auf einen Patienten trifft und von diesem, je nach körperlicher und psychischer Verfassung aufgenommen wird, dort Resonanzen auslöst und diese wiederum auf Therapeut und Instrument zurückgeworfen werden und wiederum deren Resonanz beeinflussen. *(Silber,/Hess,/Hoeren, 2010, S. 152-154)*

Dies legt meiner Meinung nach eine Verbindung zur Körperpsychotherapie nahe, wo man ebenfalls davon ausgeht, dass sich psychische Gegebenheiten ihren Ausdruck in körperlichen Veränderungen suchen.

Persönliches Fazit

In meiner Praxistätigkeit als Musiktherapeut begegnete ich Menschen, die jene Standards, welche die meisten von uns als Grundbedingung für eine lebenswerte Existenz bezeichnen würden, weit hinter sich lassen mussten.

Deshalb war es für mich um so beeindruckender und anrührender zu beobachten, welches Ressourcenpotential Klänge und Musik für solche Menschen bereit zu stellen vermögen.

Auch nach jahrelanger Erfahrung als Musiker und einer intensiven Zeit der Ausbildung kann ich immer wieder nur darüber staunen, welche heilsame Kraft diese uralte und dennoch zeitlose Form der tonalen Gestaltung auf Menschen ausüben kann.

Zwar waren nachhaltige Heilungseffekte nur ansatzweise zu beobachten, aber mit mehr hatte ich auch nicht gerechnet, dafür war das Ausmaß der Schädigungen bei den Betroffenen einfach zu groß, der Behandlungszeitraum zu kurz.

Spektakuläre Erfolge wie das plötzliche Erwachen aus einem Koma sind wohl eher ein seltenes Phänomen und, so denke ich, hauptsächlich der Musiktherapie in der akuten Rehabilitationsphase vorbehalten.

Dennoch konnte ich in meiner praktischen Tätigkeit beobachten, wie Menschen, die sich, zumindest von unserem Standpunkt aus, in einem Randbereich der Existenz befinden, zeitweise Abstand gewinnen konnten von ihren Einschränkungen.

Die sich mit Hilfe der Musik kleine Räume des Heilseins schaffen konnten, Fenster zum Erleben integrierter Identität und Selbstgewahrnehmung als Wesen, denen Sinn und Zugehörigkeit zum Leben innewohnen.

Ferner erlaubten sie mir Begegnungen, wie ich sie, das muss ich zugeben, nicht für möglich gehalten hatte.

Zum Abschluss meines Vortrages und damit auch meiner nun fast siebzehnjährigen Ausbildung zum Musiktherapeuten möchte ich mich an alle wenden, die mir in dieser langen Zeit als Dozenten oder Kommilitonen begegnet sind und mir wertvolle Erfahrungen und Impulse vermittelt haben, weit über bloßes theoretisches Wissen hinaus.

Euch allen möchte ich sagen: Vielen Dank, für alles !

Literaturverzeichnis:

Holzwarth, Karin: wach bleiben-Musiktherapie und Wachkoma. Zur Phänomenologie des menschlichen Bewußtseins, Reichert Verlag, Wiesbaden, 2012

Zieger, Andreas: Traumatisiert an Leib und Seele – Konsequenzen für den Umgang mit Wachkoma-Patienten aus beziehungsmedizinischer Sicht, <http://www.a-zieger.de/Dateien/Wachkoma/Traumatisiert.pdf>, Oldenburg, Online-Zugriff 2016

Schwabe, Christoph: Regulative Musiktherapie, VEB Georg Thieme, Leipzig, 1987

Silber, Otto Heinrich/Hess, Peter/Hoeren, Jürgen: Klangtherapie. Klangschalen, Gongs, Gesang, Didgeridoos, Monochorde, Trommeln und andere Instrumente in der therapeutischen Praxis. Ihre Anwendung und Wirkung, Traumzeit-Verlag, Battweiler, 2007/2010

Seidler, Günter H.: Psychotraumatologie. Das Lehrbuch, Kohlhammer, Stuttgart, 2013

Levine, Peter A.: Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt, Kösel-Verlag, München, 2011

Ermann, Michael: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage, Kohlhammer, Stuttgart, 2007

Jaffé, Aniela (Hrsg.): C. G. Jung. Erinnerungen/Träume/Gedanken, Walter Verlag, Zürich und Düsseldorf, 1971

Dilling, Horst/Mombour, Werner/Schmidt, Martin H.: ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, Hogrefe, Bern, 2015